



**Instituto Politécnico
Castelo Branco**
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias



MONOGRAFIA

Esclerose Múltipla e a Importância do seu Diagnóstico Precoce Literacia nos Alunos da ESALD

Barbara Sofia Lemos Ribeiro

Data

Junho 2025

**Esclerose Múltipla e a Importância do seu
Diagnóstico Precoce-Literacia nos Alunos da ESALD**

Barbara Sofia Lemos Ribeiro

2025





**Politécnico
Castelo Branco**

Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Esclerose Múltipla e a Importância do seu Diagnóstico Precoce

Literacia nos Alunos da ESALD

Barbara Sofia Lemos Ribeiro

Orientadores

Professora Doutora Joana Rita Espírito Santo Ramos Pires

Dr. Nuno Daniel Vicente Duarte

Monografia apresentada à Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de licenciado em Fisiologia Clínica, realizada sob a orientação científica da Professora Adjunta Doutora Joana Pires e do Assistente Convidado Dr. Nuno Daniel Vicente, do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Junho 2025

Composição do júri

Presidente do júri

Doutora, Patrícia Margarida dos Santos Carvalheiro Coelho

Vogais

Mestre, Cláudia Andreia Almeida dos Santos

Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica Unidade Local de Saúde Cova da Beira

Professora Adjunta Convidada, Politécnico de Castelo Branco

Doutora, Joana Rita Espírito Santo Pires

Professora Adjunta, Politécnico de Castelo Branco

Mestre, Nuno Daniel Vicente Duarte

Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica Unidade Local de Saúde Cova da Beira

Professor Adjunto Convidado, Politécnico de Castelo Branco

“An investment in knowledge always pays the best interest.” -Benjamin Franklin

Agradecimentos

Quero agradecer aos meus familiares que sempre acreditaram no meu potencial e fizeram os possíveis para poder concretizar o sonho de tirar o curso que tanto desejei. Ao meu namorado que teve um papel indispensável ao longo deste percurso, o meu sincero obrigada pelo apoio incondicional.

Agradecer aos meus amigos, tanto os que estão perto fisicamente como os que acompanharam de longe, por todo o apoio, partilha de conhecimentos e pela leitura atenta da minha Monografia. Um especial agradecimento à minha amiga, pela ajuda incansável com o SPSS.

Agradecer à minha orientadora científica Professora Doutora e Coordenadora Joana Pires e ao meu coorientador científico Professor Nuno Vicente que me acompanharam, corrigiram e disponibilizaram sempre do seu tempo para o desenvolvimento, avanço e sucesso deste trabalho.

Agradecer à Professora Doutora Patrícia Coelho pelo auxílio prestado.

Não poderia deixar de agradecer, a todos os que, de alguma forma, cruzaram o meu caminho durante esta etapa, em especial aos alunos que participaram no meu questionário e tornaram este estudo possível.

Este trabalho é o resultado de muito empenho, esforço e dedicação pessoal, mas também do apoio generoso, de muitas mentes brilhantes e corações bondosos que me ajudaram a chegar até aqui.

Resumo

A literacia em saúde (LS) diz respeito à capacidade dos indivíduos para aceder, compreender e aplicar informações relevantes à sua saúde, sendo um fator essencial na tomada de decisões informadas. No contexto da Esclerose Múltipla (EM), uma doença neurológica crónica e progressiva, a LS assume um papel crucial, sobretudo no reconhecimento precoce dos seus sintomas iniciais, que muitas vezes são vagos e inespecíficos. A ausência de conhecimento adequado sobre a doença pode levar à desvalorização destes sinais, atrasando o diagnóstico e comprometendo a eficácia das terapias. Profissionais de saúde com elevada literacia têm maior capacidade de identificar precocemente os sintomas da EM e de orientar o doente de forma eficaz.

Objetivo: Este estudo tem como principais objetivos identificar se os alunos da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias (ESALD) têm conhecimentos sobre a EM a importância do seu diagnóstico precoce e promover o aumento de literacia sobre a doença nestes futuros profissionais de saúde.

Materiais e Métodos: Estudo do tipo observacional, comparativo e quantitativo, com recolha da amostra de forma probabilística aleatória simples, através de um questionário divulgado em dois momentos distintos. A amostra foi constituída por 105 alunos da ESALD. Neste questionário foram recolhidos dados relativos aos alunos como: idade, sexo, curso e ano que frequentam, para além de 12 perguntas teóricas sobre a patologia. Foi utilizado o programa estatístico *Statiscal +package for the Social Sciences (SPSS)* para tratamento de dados.

Resultados: Estes alunos de modo geral, têm níveis adequados de LS no contexto de EM, demonstrando-se que o curso frequentado e ano de escolaridade parece estar relacionado com a assertividade das respostas. Os conceitos menos conhecidos pelos participantes são os tipos de EM, a incidência e as formas de diagnóstico. No segundo momento do questionário, verificou-se o aumento de conhecimentos sobre o tema por parte dos alunos.

Palavras chave

Esclerose Múltipla [D009103]; Alfabetização [D000067010]; Doenças autoimunes [D001327]; Diagnóstico Precoce [D042241]; Ensino Superior [D014495].

Abstract

Health literacy (HL) refers to the ability of individuals to access, understand and apply information relevant to their health, and is an essential factor in making informed decisions. In the context of Multiple Sclerosis (MS), a chronic and progressive neurological disease, HL plays a crucial role, especially in the early recognition of its initial symptoms, which are often vague and non-specific. Lack of adequate knowledge about the disease can lead to these signs being undervalued, delaying diagnosis and compromising the effectiveness of therapies. Health professionals with a high level of literacy are better able to identify the symptoms of MS at an early stage and provide effective guidance to patients.

Objective: The main objectives of this study are to identify whether students at the Dr. Lopes Dias School of Health (ESALD) have knowledge of MS, the importance of early diagnosis and to promote increased literacy about the disease among these future health professionals.

Materials and Methods: This was an observational, comparative and quantitative study, with the sample being taken in a simple randomized probabilistic manner, using a questionnaire distributed at two different times. The sample consisted of 105 ESALD students. The questionnaire collected data about the students, such as age, gender, course and year attended, as well as 12 theoretical questions about the pathology. The statistical program Stata +package for the Social Sciences was used to process the data.

Results: In general, these students have adequate levels of SL in the context of MS, showing that the course attended and year of schooling interferes with the assertiveness of the answers. The concepts least known by the participants are the types of MS, the incidence and the forms of diagnosis. At the second stage of the questionnaire, the students' knowledge of the subject increased.

Keywords

Multiple Sclerosis [C10.114.375.500]; Health Literacy [I02.233.332.186.500]; Autoimmune Diseases [C20.111]; Early Diagnosis [E01.390]; Universities [I02.783.830].

Índice geral

Lista de tabelas	XIII
Lista de gráficos	XV
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos	XVII
1. Introdução	1
2. Enquadramento teórico	3
2.1 Literacia em saúde	3
2.1.1 Origem e evolução da literacia em saúde	3
2.1.2 Literacia em Saúde e <i>Empowerment</i>	4
2.1.3 Impacto dos níveis baixos de Literacia em saúde	4
2.1.5 Níveis de Literacia dos estudantes do ensino superior	5
2.1.6 Literacia em saúde papel dos profissionais de saúde	7
2.2 Esclerose Múltipla	8
2.2.1 Estado da Arte	8
2.2.2 Importância do diagnóstico precoce e o papel da literacia	10
Contributo da Investigação	13
3. Objetivo	13
4. Materiais e Métodos	13
5. Resultados	14
5.1 Caracterização da Amostra	14
5.3 Relação entre as respostas ao questionário e os diferentes cursos	17
5.4 Relação entre o conhecimento do termo Esclerose Múltipla com as respostas efetivas sobre a doença.	20
5.5 Relação entre a assertividade a responder ao questionário e o ano letivo (comparação entre 1º e 4º ano)	22
5.6 Análise das respostas no primeiro e segundo momento do questionário	23
Discussão	29
Conclusão	33
Apêndices	39
Anexos	49

Lista de tabelas

Tabela 1: Distribuição do número de participantes por cada momento do questionário.....	15
Tabela 2: Distribuição de cada curso pela quantidade de indivíduos de cada ano letivo.....	17
Tabela 3: Distribuição das respostas corretas e erradas do curso Fisiologia Clínica e de Enfermagem, com respectivos valores-p.	18
Tabela 4: Distribuição das respostas corretas e erradas do curso CBL e IMR, com respectivos valores-p.	19
Tabela 5: Distribuição das respostas corretas e erradas do curso Fisioterapia e Mestrado, com respectivos valores-p.....	19
Tabela 6: Percentagem de respostas corretas por pergunta, comparando entre os indivíduos de 1º e 4º ano, com respectivos valores-p.	22

Lista de gráficos

Gráfico 1: Distribuição de cada momento do questionário por sexo	15
Gráfico 2: Distribuição do primeiro momento do questionário por curso	16
Gráfico 3: Distribuição do segundo momento do questionário por curso	16
Gráfico 4: Distribuição do primeiro momento do questionário por ano frequentado	16
Gráfico 5: Distribuição do segundo momento do questionário por curso	17
Gráfico 6: Distribuição da média de respostas corretas ao questionário 1 por curso	18
Gráfico 7: Distribuição da média de respostas erradas por cada curso na questão com maior erro	19
Gráfico 8: Distribuição das respostas à questão 1 “Já ouviu falar em EM?” ..	20
Gráfico 9: Distribuição das respostas por curso à questão 3 “O que é EM?”.	21
Gráfico 10: Distribuição das respostas por curso à questão 7 “Principais sintomas?”	21
Gráfico 11: Distribuição das respostas por curso à questão 10 “Existe uma cura para a EM?”	21
Gráfico 12: Distribuição das respostas por curso à questão 7 “Como é feito o diagnóstico?”	22
Gráfico 13: Comparação das respostas no primeiro e segundo momento à questão “Já ouviu falar em EM?”	23
Gráfico 14: Comparação das respostas no primeiro e segundo momento à questão “A EM é uma doença?”	24
Gráfico 15: Comparação das respostas no primeiro e segundo momento à questão “O que é EM?”	24
Gráfico 16: Comparação das respostas no primeiro e segundo momento à questão “Existem quantos tipos de EM?”	24
Gráfico 17: Comparação das respostas no primeiro e segundo momento à questão “Quem pode ser afetado por EM?”	25
Gráfico 18: Comparação das respostas no primeiro e segundo momento à questão “Qual a causa da EM?”	25
Gráfico 19: Comparação das respostas no primeiro e segundo momento à questão “Principais sintomas?”	25
Gráfico 20: Comparação das respostas no primeiro e segundo momento à questão “Existe uma cura para a EM?”	26
Gráfico 21: Comparação das respostas no primeiro e segundo momento à questão “Como é feito o diagnóstico?”	26

Gráfico 22: Comparação das respostas no primeiro e segundo momento à questão “O diagnóstico precoce pode mudar a progressão da doença?”	27
Gráfico 23: Comparação das respostas no primeiro e segundo momento à questão “Sinais de alerta?.....	27
Gráfico 24: Comparação das respostas no primeiro e segundo momento à questão “Como evolui a EM?”	27

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

LS- Literacia em saúde

EM- Esclerose Múltipla

ESALD- Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

SPSS- *Statiscal +package for the Social Sciences*

OMS- Organização Mundial de Saúde

SNC- Sistema Nervoso Central

HLS-EU- European Health Literacy Survey

SCI-Síndrome Clinicamente Isolada

RM- Ressonância Magnética

EMRR- Esclerose Múltipla Remitente-Recorrente

EMSP- Esclerose Múltipla Secundária Progressiva

EMPP- Esclerose Múltipla Primária Progressiva

EMPR- Esclerose Múltipla Progressiva Recorrente

NICE- Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica

DMT- Terapêuticas Modificadoras da Doença

IMR- Imagem Medica e Radioterapia

CBL- Ciências Biomédicas e Laboratoriais

1. Introdução

Literacia em saúde (LS) constitui um termo cada vez mais relevante em múltiplos contextos, visando capacitar a população para uma melhor compreensão da sua saúde e para a promoção da mesma [1]. Destacando-se o conhecimento necessário que devem possuir para compreender a doença, as competências para a sua prevenção e para a adoção de comportamentos que contribuam para a melhoria do estado de saúde e, conseqüentemente, da qualidade de vida [2].

O conceito LS surgiu pela primeira vez na década de 1970, desde então, a definição tem vindo a evoluir progressivamente, ampliando-se tanto em termos de abrangência conceptual quanto na sua relevância a nível global [1,3]. Em 2013, no seguimento dessa evolução, foi criado o *European Health Literacy Consortium*, no âmbito da Organização Mundial da Saúde (OMS), o que permitiu uma definição mais abrangente e estruturada do conceito [1,4]. Atualmente a LS é entendida como um conjunto de competências pessoais fundamentais, que visam aumentar o controlo individual sobre a saúde. Tal definição integra o conhecimento, a motivação e as capacidades necessárias para aceder, compreender, avaliar e aplicar informações em saúde, com o propósito de formar juízos críticos e tomar decisões fundamentadas no quotidiano, relacionadas com cuidados de saúde, prevenção de doenças e a promoção da saúde [4].

Apesar das investigações nesta área serem escassas em Portugal, as realizadas até ao presente, têm apresentado um impacto crescente em diferentes políticas. [1,2,3]. Considerando-se que os resultados em saúde, assim como a qualidade dos cuidados prestados, são influenciados de forma idêntica pelo nível de literacia dos cidadãos e dos profissionais de saúde que os recebem, passando este tema em Portugal essencialmente pelos profissionais de saúde [1].

A Esclerose múltipla (EM) é uma doença autoimune, crónica e desmielinizante que afeta o sistema nervoso central (SNC) [5,6]. É a segunda principal causa de incapacidade neurológica na população em idade ativa, destacando-se como uma patologia que afeta significativamente a qualidade de vida dos doentes, e que pode provocar incapacidades graves a longo prazo [5,6]. Apesar dos avanços terapêuticos das últimas décadas, a eficácia do tratamento depende, maioritariamente, da implementação precoce. [5,6].

Neste contexto, a LS assume um papel central, tanto para os doentes como para os profissionais de saúde, ao contribuir para o reconhecimento precoce dos sintomas, a procura atempada de cuidados médicos e a adoção de estratégias de gestão eficazes da patologia [3,4]. O conhecimento adequado sobre a EM permite que os doentes compreendam a natureza da doença, adotem comportamentos favoráveis ao seu bem-estar e desenvolvam hábitos de vida que promovam a adaptação à condição crónica. Além disso, é igualmente fundamental que familiares, cuidadores e a rede social envolvente estejam sensibilizados e informados sobre os múltiplos impactos da doença – não apenas físicos, mas

também psicológicos e sociais – de modo a garantirem um apoio mais eficaz ao doente [5,6,7].

O presente estudo tem como principal objetivo avaliar o nível de literacia sobre EM entre os estudantes da ESALD, bem como identificar a importância atribuída ao diagnóstico precoce. Pretende-se, ainda, promover a consciencialização sobre a doença através da aplicação de um questionário em dois momentos distintos, com uma intervenção informativa sobre a doença entre ambos.

2. Enquadramento teórico

2.1 Literacia em saúde

2.1.1 Origem e evolução da literacia em saúde

A LS consiste num termo amplamente utilizado e complexo, tendo sido introduzido pela primeira vez na década de 1970, no contexto educacional, como as competências mínimas necessárias na LS escolar [1]. Apenas, na década de 1990 começaram a emergir definições mais estruturadas, sendo particularmente relevante a definição proposta pela OMS, em 1998. Segundo esta, a LS refere-se às competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para aceder, compreender e utilizar informações relacionadas com a saúde, com o objetivo de promover e manter a saúde individual e coletiva [2].

No entanto, Nutbeam [4] argumenta que as definições existentes até então não captavam de forma adequada a profundidade e os objetivos centrais do conceito para a população em geral. Como resposta, propôs uma tipologia composta por três níveis distintos: a literacia básica/funcional, onde os conhecimentos básicos de leitura e escrita permitem lidar eficazmente com as situações do dia a dia; a literacia comunicativa/interativa, com aptidões cognitivas e de literacia mais avançadas, que em conjunto com aptidões sociais pode servir como uma ferramenta essencial para participar em atividades do dia a dia, extrair informação e aplicá-la mesmo quando as circunstâncias se alteram; por último, a literacia crítica que envolve as capacidades individuais mais avançadas, permitindo a análise crítica da informação e a sua utilização para exercer controlo sobre eventos da vida [4]. Esta classificação indica que os diferentes níveis de LS vão progressivamente permitindo maior autonomia e *empowerment* individual. Nutbeam [4] enquadra a definição de LS da OMS na literacia interativa e crítica.

Com o desenvolvimento do Projeto Europeu de Literacia em Saúde (*Health Literacy Survey – HLS-EU*), foi proposta uma definição mais abrangente do conceito. Esta definição sustenta que a LS se refere ao conjunto de capacidades e conhecimentos que permitem aos indivíduos localizar, interpretar, analisar criticamente e utilizar informações relacionadas com a saúde, de modo a tomarem decisões conscientes no seu dia a dia. Engloba ainda a aptidão para atuar de forma informada na prevenção de doenças e na promoção de comportamentos saudáveis, favorecendo a melhoria da sua qualidade de vida e a das comunidades em que se inserem. [1,3]. Esta conceção integra, simultaneamente, duas perspetivas fundamentais, por um lado, uma visão centrada na saúde pública e, por outro, uma abordagem individual, orientada para o desenvolvimento de capacidades pessoais. Assim, a literacia em saúde ultrapassa a mera capacidade de leitura de informações ou a simples utilização dos serviços de saúde, abrangendo as aptidões individuais necessárias para modificar comportamentos, intervir sobre os determinantes da saúde e influenciar a progressão ou prevenção de doenças [2,4].

2.1.2 Literacia em Saúde e *Empowerment*

O termo *empowerment* ganhou particular relevância na década de 90, sendo caracterizado pelo processo de cultivar o poder dos indivíduos, característica fundamental para poderem adaptar o seu dia-a-dia perante as suas necessidades [8]. Neste sentido, o ser humano é visto como agente central na promoção do seu próprio bem-estar, adquirindo competências que lhe permitem influenciar a sua qualidade de vida e adotar mudanças comportamentais ao nível individual, interpessoal e coletivo [8]. Tal processo visa o desenvolvimento de autonomia e de controlo sobre os fatores que condicionam a saúde [8,9].

O *empowerment* dos cidadãos, assumiu um lugar de destaque na visão de saúde ideal, seguindo a Carta de Ottawa de 1986, onde se propunha que “A promoção de saúde é o processo de permitir que as pessoas aumentem o controlo e melhorem a sua saúde” [8]. Para uns, é visto como uma dimensão relacional entre o médico e o doente, onde há a necessidade de se transmitir a informação de um para o outro, onde ambos tem o papel ativo na construção da saúde. Esta perspetiva exige a necessidade de criar estruturas igualitárias, com uma distribuição equitativa de poder entre profissionais e pacientes [8,10]. Para outros, a visão é relativamente mais individualista. Foca na escolha informada, na sensação de poder do utente, transmitindo-lhe autoestima, confiança e uma maior capacidade de autonomia na gestão do seu estado de saúde [8,10].

Definindo-se LS, neste contexto, como algo mais do que a capacidade de ler panfletos, procurar informação sobre patologias e marcar consultas, constitui-se como um pilar essencial para o *empowerment*, ao facilitar o acesso qualificado à informação em saúde e ao promover o seu uso eficaz [8,9]. No entanto, baixos níveis de LS limitam significativamente o desenvolvimento pessoal, social e cultural, refletindo-se negativamente nos resultados em saúde [11]. Importa reconhecer, contudo, que níveis elevados de LS nem sempre se traduzem, automaticamente, em boas práticas clínicas ou em uma participação ativa e informada nas decisões em saúde. Tal pode estar relacionado com fatores como crenças pessoais, níveis de confiança e autonomia percebida, e ainda com a escassa valorização do *empowerment* nas políticas e práticas de promoção da literacia [8]. Através desta capacitação e *empowerment*, a comunidade sentir-se-á dotada de ferramentas para tomar decisões sobre a sua saúde e gerir de forma mais eficaz as suas condições de saúde/doença, destacando a LS como um direito de cidadania e parte fundamental nas aptidões necessárias para funcionar na sociedade moderna [9,10].

2.1.3 Impacto dos níveis baixos de Literacia em saúde

A ligação direta entre a LS e o estado de saúde da população, encontra-se estabelecida há vários anos. Neste contexto, verifica-se que um nível limitado de conhecimento associa-se a piores resultados clínicos, menor perceção do estado de saúde e maiores desigualdades no acesso e utilização dos cuidados de saúde,

frequentemente interligados a determinantes sociais, como o nível de escolaridade, idade, rendimento e o acesso a recursos essenciais [2,8].

A baixa literacia em saúde, afeta diretamente no comportamento crítico, essencial para a gestão individual da saúde, nomeadamente no acesso atempado aos serviços, à compreensão e adesão a planos terapêuticos, à capacidade de autogestão de doenças crónicas, bem como à promoção ativa da saúde [2]. No sentido, em que a ausência de uma literacia adequada dificulta a identificação, valorização e comunicação de sintomas pelos próprios doentes, frequentemente, estes não conseguem descrever adequadamente os seus sintomas, nem procurar os serviços de saúde mais adequados, o que agrava o tempo de espera até ao diagnóstico e, conseqüentemente, compromete o prognóstico da doença [8,11]. Estes indivíduos apresentam também uma inadequada compreensão, quer dos serviços de prestação de cuidados, quer dos próprios resultados em saúde [12]. Conseqüentemente, verifica-se um aumento de hospitalizações evitáveis, uma maior prevalência e gravidade de doenças crónicas, menor adesão às orientações médicas, e maiores taxas de mortalidade e morbilidade [12].

Baixos níveis de LS, estão associados, como fatores de risco para várias doenças: como obesidade, diabetes *mellitus*, doenças cardiovasculares, cancro e algumas doenças crónicas/ autoimunes devido à complexidade dos sintomas. Trata-se de patologias cujo diagnóstico e acompanhamento exigem um elevado nível de compreensão e participação ativa do doente [2]. Destaca-se a relação entre os baixos níveis de literacia e as elevadas taxas de mortalidade. O risco de mortalidade nos idosos é claramente superior, comparativamente com os mais jovens, uma vez que existe maior dificuldade em cumprir a terapêutica instituída, menor competência na interpretação de informação de saúde e na existência de piores condições de saúde geral neste grupo populacional [2,11].

Assim sendo, torna-se necessário melhorar a LS de modo a reduzir estas mesmas desigualdades. É necessário que a informação em saúde seja a correta, confiável e acessível, que seja direcionada às necessidades e circunstâncias de diferentes grupos sociais [12]. Com o objetivo principal da redução dos riscos em saúde, para uma maior prevenção e bem-estar geral dos indivíduos, melhorar a segurança e assistência ao paciente, culminando numa melhor qualidade de vida [8,11].

2.1.5 Níveis de Literacia dos estudantes do ensino superior

No que respeita ao fator da educação, o Inquérito Europeu sobre LS, estudo que incluiu oito países da união europeia, confirmou que a LS é significativamente mais alta entre pessoas com um nível superior de educação, sendo uma das variáveis principais que afeta os níveis de LS da população em geral [8,13].

Nesse domínio, apesar de os estudos serem escassos, os que tiveram como principal objetivo estudar a LS dos estudantes do ensino superior, detetaram de forma consistente, valores inadequados de LS em mais de metade da amostra, à

exceção do estudo realizado por Runk, no qual cerca de 92,7% da sua amostra apresentou níveis de LS inferiores a suficiente - 36,1% LS inadequada e 56,6% LS problemática [4, 11, 14]. Estes baixos níveis de LS, tanto entre estudantes de cursos na área da saúde como fora dela, assim como na população em geral, são frequentemente apontados como reflexo de desigualdades sociais estruturais, influenciadas por fatores sociodemográficos. Entre os principais determinantes negativos encontram-se: ausência de comportamentos promotores de saúde, elevada utilização dos serviços de saúde, contexto socioeconómico desfavorável, reduzido nível de escolaridade, idade avançada, local de residência e o nível de habilitações literárias dos progenitores [1,2,3]

Diversos estudos [4,11,15] evidenciam que, os níveis de LS entre estudantes do ensino superior variam significativamente consoante a área de estudo, com os alunos de cursos na área da saúde a apresentarem, em geral, níveis mais elevados de LS em comparação com os de outras áreas. Um estudo realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, que envolveu mais de 4.800 estudantes universitários portugueses, revelou que 44% dos participantes apresentavam níveis inadequados ou problemáticos de LS. Este défice é particularmente acentuado entre estudantes de cursos não relacionados com a saúde, cujos níveis de LS se mantêm baixos ao longo da formação académica. Em contraste, os estudantes de cursos na área da saúde demonstram uma melhoria progressiva nos níveis de LS à medida que avançam nos seus estudos, sendo que os finalistas apresentam níveis significativamente superiores aos colegas de primeiro ano. Neste contexto, Evans demonstrou que estudantes nos primeiros anos de um determinado curso apresentam uma probabilidade 1,7 vezes superior de o seu nível de LS ser limitado, quando comparando com os estudantes de anos superiores. [15]

Ainda no estudo de Rababah [15], realizado numa universidade de ciências e tecnologias, o ano de matrícula mostrou ser um fator que influencia o nível de LS, sendo que os resultados revelaram que alunos do segundo e terceiro ano apresentaram nível de LS mais baixo no domínio “Sentir-se entendido e apoiado pelos profissionais de saúde” do que os alunos de quinto e sexto ano [15]. Mais anos de formação pressupõem um maior nível de LS pelo acumular de conhecimento e pela oportunidade que os estudantes têm de o colocar em prática. Dentro das diferentes áreas da saúde os estudantes de medicina são os que apresentam níveis superiores de LS em todas as dimensões avaliadas, quando comparando com os alunos de enfermagem e saúde pública [11,15].

Também é de realçar que a evidência mostra que a aprendizagem de disciplinas relacionadas com a saúde e com a ciência, contribuem para o aumento dos níveis de LS. Por último, tendo em conta a evidência fornecida pelos resultados obtidos, foi possível verificar que quanto mais próximo de terminar a sua formação, mais à vontade os estudantes se sentem em cada uma das dimensões da LS. A destacar ainda que, na sua maioria, independentemente do curso superior que

frequentam, a promoção da saúde consistiu na dimensão de LS na qual os estudantes sentem mais dificuldades [15].

2.1.6 Literacia em saúde papel dos profissionais de saúde

Os profissionais de saúde desempenham um papel central como possíveis promotores e ativadores da LS, nos seus diferentes contextos de intervenção e interação: profissional de saúde – pessoa e profissional de saúde – população. A melhoria dos níveis de LS, a promoção do espírito crítico das pessoas face à sua situação de saúde/doença e às ações que tomam perante o mesmo, apresentam um desafio cada vez maior em Portugal [1,2].

Desta forma foi desenvolvido o Plano de Ação para a Literacia em saúde 2019-2021 (PALS) pela Direção Geral de Saúde (DGS), que tem por base 4 objetivos específicos: promoção da adoção de estilos de vida saudáveis; capacitação para a utilização adequada do Sistema de Saúde; promoção do bem-estar na gestão da doença crónica e a promoção do conhecimento e investigação. O PALS destaca também, na maioria das áreas que define como prioritárias, os profissionais de saúde como meios transversais à concretização dos objetivos principais definidos [16]. Neste âmbito, o profissional de saúde, tem a possibilidade de pôr em prática certos comportamentos que ajudam na transmissão do conhecimento, como a utilização de estratégias de comunicação eficazes, o uso de linguagem simples, materiais visuais e exemplos práticos, bem como incentivar o diálogo para esclarecer dúvidas. São também essenciais para mitigar mitos, e incentivar para a adoção de bons hábitos de saúde [16]. A LS apresenta-se como uma área de intervenção estratégica da Saúde Pública em Portugal, que depende da interação alargada de diferentes setores, mas tem na intervenção dos profissionais de saúde a sua melhor e mais sustentada ferramenta de promoção [1,2,8].

Da mesma maneira, futuros profissionais de saúde, assumem uma elevada importância neste aspeto, pois tendo em conta estudos realizados, apesar de corresponderem aos licenciados com melhores níveis de LS, continuam a não ter os níveis adequados [15]. É necessário que futuros profissionais de saúde, não apenas no seu papel de cidadão, mas também como agente de saúde pública, possuam um nível de LS adequado à exigência da sua profissão. É por isso crucial, que adquiram competências clínicas, literárias, patogénicas e pessoais, tais como a facilidade em comunicar com o outro, transmitir informação adequada, educar para a saúde, prevenção da doença e comunicar saúde. Todas estas competências interpessoais devem ser transmitidas e ensinadas a partir do primeiro momento em que o futuro profissional de saúde se encontra em formação. Constituindo um agente indispensável na promoção da saúde, contribuindo diretamente, para o aumento da LS da população [3,9,12].

2.2 Esclerose Múltipla

2.2.1 Estado da Arte

A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença crónica, do SNC, abrangendo assim a substância branca do encéfalo e a medula espinal. O seu termo subdivide-se em duas vertentes: “Esclerose” significa cicatriz e refere-se às marcas provocadas na bainha de mielina, também conhecidas como lesões ou placas. “Múltipla” refere-se aos variadíssimos locais onde essas lesões podem acontecer, locais esses que variam de forma interpessoal e intrapessoal ao longo da evolução da doença [5, 6].

A EM caracterizando-se por um processo inflamatório que leva à desmielinização e degeneração axonal, sendo a doença neurológica mais comum em jovens-adultos e corresponde à segunda causa mais comuns de incapacidade neurológica. Esta patologia é mais frequente no norte da Europa, Estados Unidos da América, sul do Canada, Austrália e Nova Zelândia, afetando em todo mundo um total de 3 milhões de pessoas, manifestando-se geralmente entre os 20-40 anos. A doença é mais comum em mulheres e raça branca, neste momento em Portugal, estimam-se que existam aproximadamente 7-8 mil pessoas com EM. A prevalência da doença está a aumentar em muitos países em desenvolvimento, com isso torna-se crucial compreendê-la [5,6].

A etiologia desta doença, predominantemente autoimune, não é completamente compreendida, estando, no entanto, associada a determinados fatores genéticos e ambientais conhecidos, como infeções, hábitos tabágicos ou défice de vitamina D [5].

A EM é uma patologia que passa por várias fases, desde a fase assintomática, pródromos, até aos verdadeiros sintomas da doença. A suspeita clínica surge geralmente quando o indivíduo apresenta uma Síndrome Clinicamente Isolada (SCI), que pode manifestar-se através de um único sintoma ou de vários, dependendo sempre da localização e gravidade da lesão neuronal [5,6]. As primeiras manifestações costumam ocorrer sob a forma de neurite ótica, sinais e sintomas com origem em lesões na medula e tronco cerebral. Assim, a sintomatologia torna-se significativamente variável, sendo que a doença se manifesta consoante as áreas afetadas pela desmielinização, podendo causar problemas cognitivos, motores e/ou sensitivos, com diferentes padrões de evolução e de gravidade ao longo do tempo. Alguns dos sintomas mais frequentes são alterações da acuidade visual, alterações sensitivas, falta de coordenação, fadiga extrema e parestesias [5,6]. No início, observa-se normalmente uma recuperação gradual; contudo, com o passar do tempo e à medida que a reserva neuronal é destruída, essa recuperação torna-se progressivamente incompleta, deixando sequelas como alterações na sensibilidade e na perceção da profundidade nos casos de neurite ótica [5,6,16]. Esta evolução evidencia a importância do diagnóstico e tratamento precoces, uma vez que a intervenção atempada pode minimizar a progressão da deficiência ao preservar a função neuronal [7].

O seu diagnóstico é um processo complexo, dada a sintomatologia por vezes discreta e inespecífica. A heterogeneidade das manifestações clínicas, imagiológicas e a necessidade da interligação dos achados encontrados nos vários exames realizados com a história clínica são pormenores que normalmente atrasam o diagnóstico. A ressonância magnética (RM) é o método *Gold standard* para confirmar a patologia, juntamente com a punção lombar, quando necessária, auxiliando principalmente no diagnóstico clínico, diferencial e na definição do perfil prognóstico da doença. Outros exames complementares, como os potenciais evocados e as análises laboratoriais específicas, podem ser realizados para apoiar o diagnóstico diferencial. [5,6,18] Apesar de a RM ser a principal técnica de diagnóstico, a possibilidade de erro permanece significativa. Estudos mostram que, nas fases iniciais da doença, quando os sintomas ainda são vagos e pouco específicos, o exame neurológico pode ser normal ou apresentar alterações inespecíficas, levando a diagnósticos errados e, em alguns casos, ao atraso no reconhecimento da doença [18,19,20]. Este desafio evidencia a necessidade de, no futuro, se desenvolverem critérios diagnósticos mais sensíveis, capazes de equilibrar as manifestações clínicas subtis com a urgência de um diagnóstico precoce e início atempado do tratamento [21]. Atualmente, a inteligência artificial (IA) tem surgido como uma ferramenta promissora no apoio ao diagnóstico, contribuindo para uma maior precisão e rapidez na deteção da doença e permitindo intervenções terapêuticas mais precoces. Além disso, a IA facilita a monitorização contínua das regiões cerebrais afetadas, sendo um recurso importante na orientação e personalização do tratamento [22] Como demonstrado na literatura, o diagnóstico precoce é essencial para preservar a reserva neuronal, reduzir o número de lesões e minimizar as sequelas neurológicas, promovendo, assim, uma melhor qualidade de vida para os doentes [19,20].

A EM pode ser classificada em quatro formas principais: recorrente-remitente (EMRR), secundária progressiva (EMSP), primária progressiva (EMPP) e progressiva recorrente (EMPR), cada uma com características clínicas e evolução distintas [5,6]. Na EMRR, os doentes apresentam dois momentos distintos: o surto, caracterizado pelo aparecimento de sintomas neurológicos agudos com duração mínima de 24 horas e um intervalo entre surtos de pelo menos um mês, seguido de períodos de remissão em que os sintomas diminuem significativamente ou desaparecem, permitindo estabilidade clínica. Após um período de EMRR, alguns pacientes podem evoluir para EMSP, fase em que ocorre uma progressão contínua e independente dos surtos, com agravamento gradual dos sintomas. Esta transição não é inevitável e varia de indivíduo para indivíduo [5,6].

No caso da EMPP, a doença apresenta uma progressão desde o início, sem episódios de surto e remissão definidos, resultando numa deterioração contínua das capacidades neurológicas, o que impacta severamente a qualidade de vida. Já a EMPR representa uma forma rara, caracterizada pela combinação de surtos agudos com progressão contínua da doença; apesar da ocorrência de surtos, não se verifica remissão completa entre os episódios [6,20]. É fundamental reconhecer

que cada subtipo de EM requer abordagens terapêuticas específicas e personalizadas, reforçando a importância de um diagnóstico preciso e de um acompanhamento médico regular e individualizado.

No que diz respeito à gestão clínica da EM, há avanços notáveis, mas ainda existe um importante caminho a percorrer. Diversas terapias modificadoras da doença foram desenvolvidas para reduzir a frequência e a gravidade dos surtos, bem como para atrasar a progressão da doença. No entanto, a eficácia destes tratamentos pode variar de pessoa para pessoa, e muitos pacientes continuam a enfrentar desafios significativos, principalmente quando estes tratamentos são implementados em fases mais avançadas da doença [16, 18].

Além das dimensões médicas, a esclerose múltipla também levanta questões importantes no âmbito psicossocial. O impacto emocional da doença, tanto para os pacientes como para os seus familiares, não deve ser subestimado. A adaptação a uma vida com EM exige resiliência e um sistema de apoio sólido. Segundo uma pesquisa realizada em apenas 5 doentes com EM estes destacam, a importância de conhecer e compreender a patologia para conseguirem lidar com a mesma. Em segundo lugar, identificam o papel social e familiar como essencial [11].

2.2.2 Importância do diagnóstico precoce e o papel da literacia

Em relação ao diagnóstico da EM, inicialmente, apenas tinha em conta as características clínicas da desmielinização, no entanto, com o avanço das tecnologias de neuroimagem, da imunologia e da investigação científica, foram desenvolvidos os critérios de McDonald, que têm vindo a ser atualizados ao longo dos anos (sendo a última revisão em 2017) [21]. Estes critérios visam integrar dados clínicos, laboratoriais e radiológicos com o objetivo de tornar o diagnóstico o mais precoce, preciso e padronizado possíveis.

Desta forma, o diagnóstico da EM continua a representar um processo complexo e exigente, com diversas peculiaridades. Segundo vários estudos, a qualidade de vida destes doentes fica bastante comprometida, principalmente quando o diagnóstico ocorre tardiamente [11,20,25]. Nestes casos, mesmo com a disponibilidade de terapêuticas modificadoras da doença (DMT), a sua eficácia tende a ser reduzida quando iniciadas numa fase mais avançada da patologia [26,27].

De acordo com as diretrizes do Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica (NICE), recomenda-se uma média de 6 semanas entre o aparecimento dos primeiros sintomas e a consulta com um médico neurologista. Posteriormente, não se deve ultrapassar novamente um total de 6 semanas até à confirmação do diagnóstico [28]. Contudo, a realidade atual mostra que existe, em média, um intervalo de cerca de nove meses entre a manifestação inicial dos sintomas e o diagnóstico definitivo da EM [28]. A maior parte destes atrasos advém da subvalorização dos sintomas iniciais por parte dos doentes, à falta de literacia em saúde, o atraso no encaminhamento para um profissional especializado, bem como

à ocorrência de diagnósticos prévios incorretos [8, 21, 28]. Apesar dos desafios, o diagnóstico precoce da EM tem demonstrado um impacto extremamente positivo no prognóstico da doença, apresentando nos últimos anos, um papel crucial na qualidade de vida destes doentes [23].

Na fase inicial da EM, muitas vezes assintomática ou com demonstrações clínicas ainda subtis, ou em casos de uma SCI, os doentes beneficiam significativamente com a terapêutica, pois esta atua de forma atenuar a atividade inflamatória e retardar o processo de neurodegeneração [5, 26, 27]. A introdução atempada da DMT tem sido associada a uma redução significativa na atividade inflamatória, diminuição do número e gravidade dos surtos, a uma menor carga de lesões na RM e a um maior atraso na progressão da incapacidade neurológica [29, 30, 31]. Além disso, estudos indicam que o diagnóstico e tratamento precoces contribuem para uma menor taxa de hospitalizações e mortalidade relacionadas com a doença. através da implementação DMT, na fase inicial da EM. Proporcionando uma redução significativa do número de hospitalizações e mortalidade associados à doença [30,31].

Além disso, o diagnóstico precoce permite um melhor planeamento e acompanhamento multidisciplinar, com inclusão de estratégias de reabilitação, suporte psicológico e social, contribuindo para uma abordagem holística do doente na sua patologia [9, 31]. O atraso no diagnóstico está frequentemente associado a uma pior evolução clínica, maior carga de lesões em exames de imagem e maior impacto na funcionalidade e autonomia dos pacientes [24, 26].

Os níveis de LS na população em geral são limitados, principalmente em relação a doenças do foro neurológico, como no caso da EM. A LS no contexto, desta patologia, assume um papel determinante na identificação precoce dos sintomas, na procura atempada de cuidados médicos, especialmente da área, para além de após o diagnóstico terem maior preocupação e adesão ao tratamento [1,19, 21]. A baixa LS, tanto dos doentes com a patologia como dos profissionais de saúde, explica a maioria dos casos de diagnóstico tardios e erróneos, devido principalmente à subvalorização dos sintomas por parte do doente, como pela falta de compreensão dos sintomas iniciais da EM, que muitas vezes são inespecíficos e comuns a variadíssimas patologias [2, 10, 19, 21]. Da mesma forma que, uma melhor LS, contribui para que os doentes, tenham um papel mais ativo na gestão da doença, procurando compreendê-la melhor e de forma autónoma tomar decisões positivas que diminuam a progressão da mesma. Estes doentes também estão mais capacitados para perceber a natureza crónica e imprevisível da EM, que influencia positivamente a sua capacidade de lidar com o diagnóstico e de se envolver de forma ativa no processo terapêutico [5, 10].

Por outro lado, níveis reduzidos estão associados a maior tempo até ao diagnóstico, dificuldades na gestão da doença, pior perceção dos sintomas e menor envolvimento nos cuidados de saúde [11]. Isto é particularmente preocupante numa

doença como a EM, em que o tempo é um fator crítico para o sucesso da intervenção terapêutica [28, 31,32].

Em relação aos profissionais de saúde, como a EM apresenta uma elevada variabilidade de sintomas iniciais, tal como a sua natureza episódica e muitas vezes subjetiva, torna-se imprescindível que estes possuam conhecimento específico e atualizado para reconhecer padrões compatíveis com a doença ainda nas suas fases iniciais [16]. Para além, da capacidade que o profissional deve ter de interpretar sinais clínicos precoces, importa também comunicar eficazmente com o doente, tomar decisões fundamentadas e aplicar os recursos disponíveis para garantir um cuidado eficiente e humanizado, que promova a adesão às terapêuticas instituídas [8,12].

Contributo da Investigação

3. Objetivo

Identificar se os alunos da ESALD têm conhecimento do que é a EM e a importância do seu diagnóstico precoce através de um questionário.

Promover o conhecimento sobre a doença (panfletos\posters);

Comparar o conhecimento antes e após a divulgação de materiais informativos sobre a patologia.

Analisar a diferença de respostas perante o curso e ano letivo;

Alertar para a falta de conhecimento nos jovens sobre uma doença que afeta maioritariamente jovens.

4. Materiais e Métodos

O presente estudo insere-se na abordagem quantitativa, observacional e comparativa, com recolha de dados através da aplicação de um questionário em dois momentos distintos: antes e após uma intervenção informativa.

A população-alvo foi constituída por todos os alunos da ESALD (845) com idade igual ou superior a 18 anos que frequentem qualquer uma das licenciaturas ou mestrado. A amostra foi selecionada por amostragem probabilística aleatória simples, garantindo que todos os elementos da população tinham igual probabilidade de serem incluídos. A participação foi voluntária e passou pela assinatura de um consentimento informado, livre e esclarecido, garantindo anonimato e confidencialidade dos dados. Posteriormente, foram separados em subgrupos perante o ano de escolaridade frequentado, sexo e curso. Neste estudo apenas existe um critério de exclusão, sendo este, ter menos de 18 anos.

Para a realização desta monografia foi aplicado um pré teste do questionário com perguntas sobre a EM via online, de modo, a ser validado por no mínimo 20 indivíduos. Estes indivíduos apresentavam características semelhantes entre si e à população alvo, com o objetivo de verificar se as perguntas estavam explícitas, sem margem para dúvidas.

A monografia passou pela comissão de ética e posteriormente à sua aprovação foi divulgado o primeiro momento do questionário ao público-alvo. Este estudo divide-se em variáveis quantitativas como idade e ano de escolaridade, e algumas variáveis qualitativas como sexo, curso frequentado e as respostas correspondentes ao 1º e 2º momento do questionário. Este inquérito foi enviado a todos os alunos matriculados na ESALD, sem a recolha de dados pessoais relativos ao nome do participante ou número de aluno. A equipa responsável por este estudo respeitou todos os princípios descritos na Declaração de Helsínquia, colocando acima da investigação o bem-estar e o benefício do participante. Declaro ainda não haver qualquer tipo de conflito de interesse por parte de qualquer um dos envolvidos neste trabalho.

Este questionário inicial, teve como objetivo avaliar a literacia dos alunos da ESALD relativamente à EM, sendo constituído por um total de 12 perguntas teóricas sobre a patologia.

Seguidamente foi anexado um poster informativo sobre EM na instituição de ensino em questão, tal como a distribuição de panfletos. Nestes materiais constaram informações básicas sobre a patologia, da mesma forma que tinha indiretamente a resposta a cada questão do questionário.

Por fim, foi enviado novamente o mesmo questionário, cerca de 2 meses depois, mas neste caso, não foi distribuído por todos os alunos da ESALD, mas apenas pelos que responderam ao primeiro momento do questionário. Para esses alunos em questão, os documentos informativos sobre a EM, foram-lhes também enviados por email semanas antes do reenvio do questionário. Desta forma, certificamo-nos que tiveram acesso aos meios informáticos, mesmo que não estivessem presentes na ESALD devido a estágio ou outras circunstâncias.

O principal objetivo com esta estratégia foi verificar se todas as atividades realizadas tiveram impacto na literacia da população em estudo e se dessa forma, no segundo momento do questionário responderiam melhor às questões.

Após a recolha dos dados correspondentes às duas etapas do estudo, as variáveis em cima descritas foram avaliadas através de uma análise descritiva simples das variáveis qualitativa. Uma análise com calculo da média, desvio padrão e percentagens para as variáveis quantitativa com o objetivo de testar as hipóteses entre as variáveis em estudo, utilizando o teste não paramétrico One Sample. Para testar a normalidade da amostra utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov, útil para testar amostras superiores a 50.

Estabeleceu-se um intervalo de confiança de 95% e como critério de significância estatística um $p \leq 0,05$. Todos os dados obtidos através da aplicação dos dois inquéritos, foram codificados recorrendo ao programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

5. Resultados

5.1 Caracterização da Amostra

A amostra final deste estudo foi constituída por 105 indivíduos da ESALD, com idade igual ou superior a 18 anos, que responderam integralmente ao questionário na primeira fase. Do total inicial de 106 participantes, um foi excluído por não cumprir o critério etário. A esses indivíduos foi enviado novamente o questionário, de modo a verificar, se após a partilha informativa sobre EM, responderiam com maior assertividade. Nesse segundo momento, responderam 78 sujeitos.

Questionário	Participantes
1º Questionário	105 (57.4%)
2º Questionário	78 (42.6%)

Tabela 1: Distribuição do número de participantes por cada momento do questionário

A amostra divide-se nas seguintes características: idade (igual ou superior a 18 anos), sexo, curso que frequentam e ano letivo.

Em relação à idade, dos 106 indivíduos que responderam ao primeiro momento do questionário, 105 eram maiores de idade ou tinham 18 anos, correspondendo a 99.1%, havendo 1 indivíduo com menos de 18 anos (0.9%), sendo posteriormente retirado da amostra. Desta forma, a amostra passou a ser 100% de alunos com 18 anos ou mais.

No primeiro momento do questionário dos 105 indivíduos, 88 (84%) eram do sexo feminino, enquanto do sexo masculino responderam 17 (16%). Já no segundo momento, novamente o sexo Feminino prevalece, neste caso com 78%.

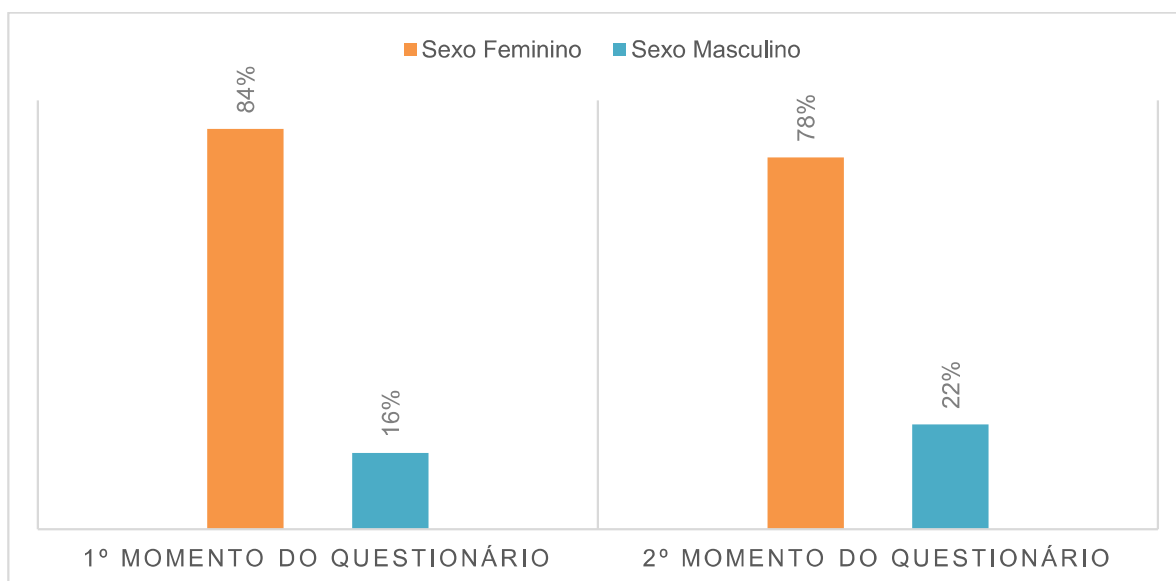


Gráfico 1: Distribuição de cada momento do questionário por sexo

Em relação à variável curso, no primeiro momento, os indivíduos de Fisioterapia responderam em maior percentagem, correspondendo a 29% (N=30), ao contrário de Imagem Médica e Radiologia, correspondendo a 4% (N=4). Fazendo parte da amostra um indivíduo de Mestrado.

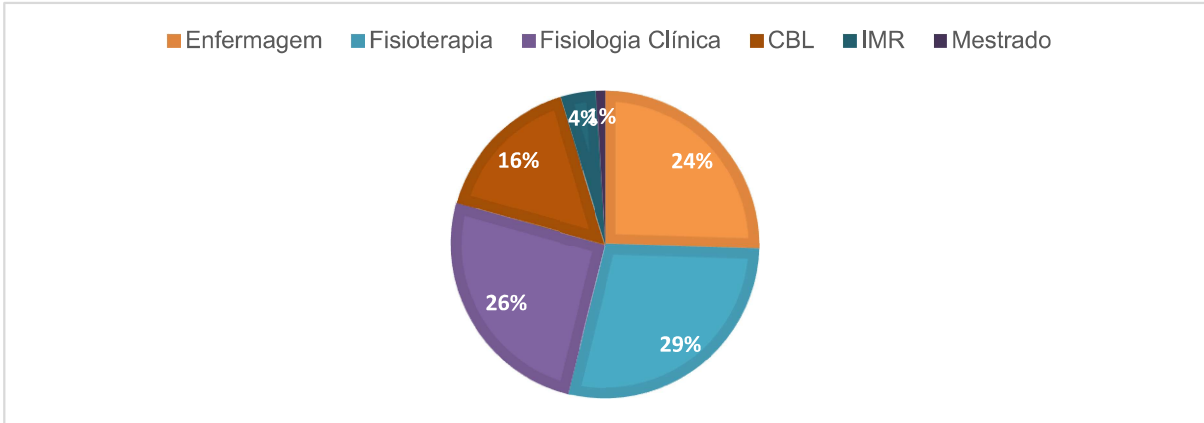


Gráfico 2: Distribuição do primeiro momento do questionário por curso

No segundo momento, constatou-se que o curso de Fisiologia Clínica respondeu em maior número com 37% (N=27), seguido dos cursos de Enfermagem e Fisioterapia em simultâneo com 23% (N=18).

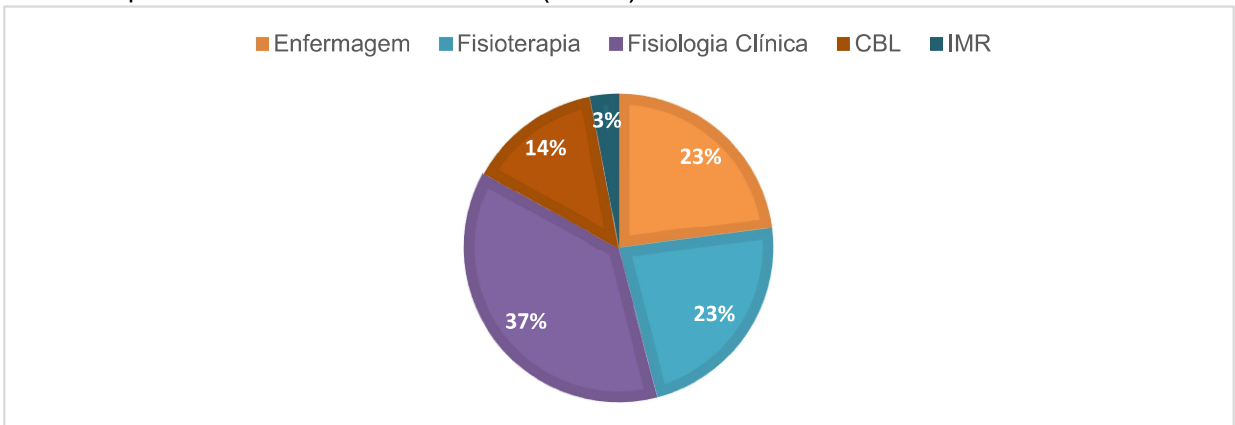


Gráfico 3: Distribuição do segundo momento do questionário por curso

Dos possíveis anos frequentados, os indivíduos de 4ºano foram os que mais participaram, correspondendo a 37% (N=39), enquanto os de segundo ano foram a minoria, com 14% (N=15).

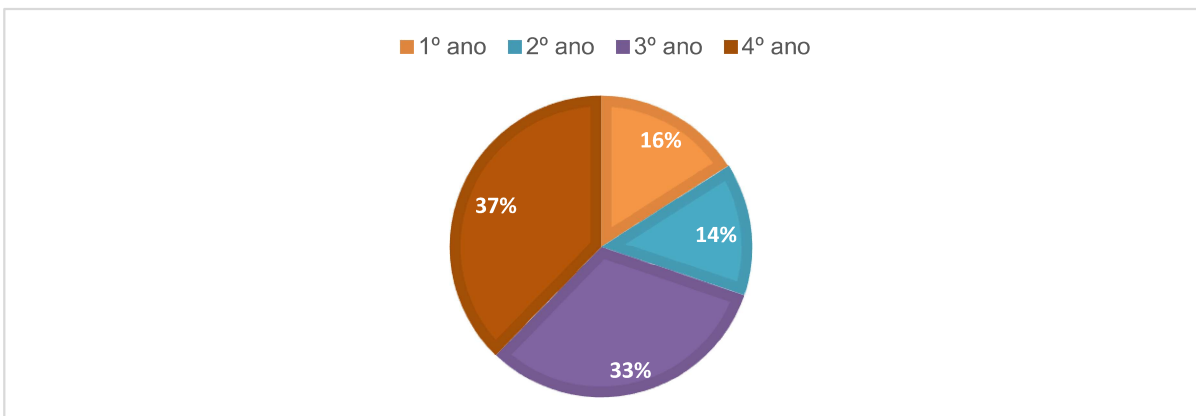


Gráfico 4: Distribuição do primeiro momento do questionário por ano frequentado

Na aplicação do segundo momento do questionário constatou-se que novamente o 4º ano foi o que participou mais, com 40% (N=31), enquanto o 1º ano foi a minoria com 10% (N=7).

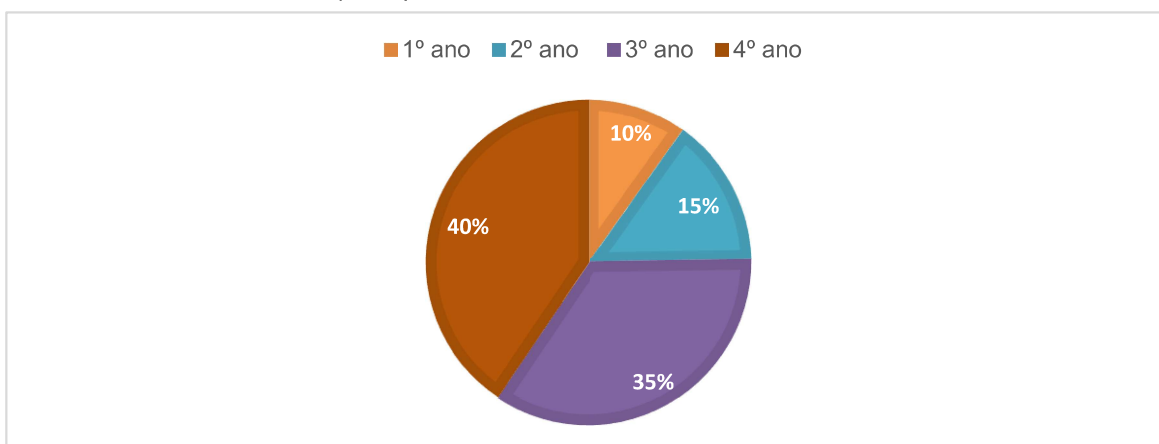


Gráfico 5: Distribuição do segundo momento do questionário por curso

5.3 Relação entre as respostas ao questionário e os diferentes cursos

No primeiro momento do questionário, responderam um total de 105 indivíduos, dos quais foram divididos perante o curso que cada um frequentava. A amostra foi constituída por 30 indivíduos de Fisioterapia (29%), 27 de Fisiologia Clínica (26%), 26 de Enfermagem (24%), 17 de CBL (16%), 4 de IMR (4%) e 1 de Mestrado (1%).

Na tabela seguinte, apresenta-se a distribuição de cada um dos cursos que respondeu ao questionário, pelo ano curricular frequentado pelos participantes.

Ano letivo	1º ano	2º ano	3º ano	4º ano
Fisiologia Clínica	2 (7.4%)	0 (0%)	10 (37%)	15 (55.6%)
Enfermagem	2 (7.7%)	4 (15.4%)	17 (65.4%)	3 (11.5%)
IMR	2 (50%)	0 (0%)	1 (25%)	1 (25%)
CBL	2 (11.8%)	7 (41.2%)	1 (5.8%)	7 (41.2%)
Fisioterapia	8 (26.7%)	4 (13.3%)	5 (16.7%)	13 (43.3%)
Mestrado	1 (100%)	0 (0%)		

Tabela 2: Distribuição de cada curso pela quantidade de indivíduos de cada ano letivo

De modo a verificar a assertividade do questionário perante o curso frequentado, realizou-se a média de respostas corretas.

Através da análise do gráfico 6 consegue perceber-se que o curso de CBL é aquele que mais assertivamente responde ao questionário com 83,80%, seguido do Mestrado com 83,30%, enquanto Enfermagem e IMR responderam de forma menos assertiva, correspondendo respetivamente a 79% e 73%.

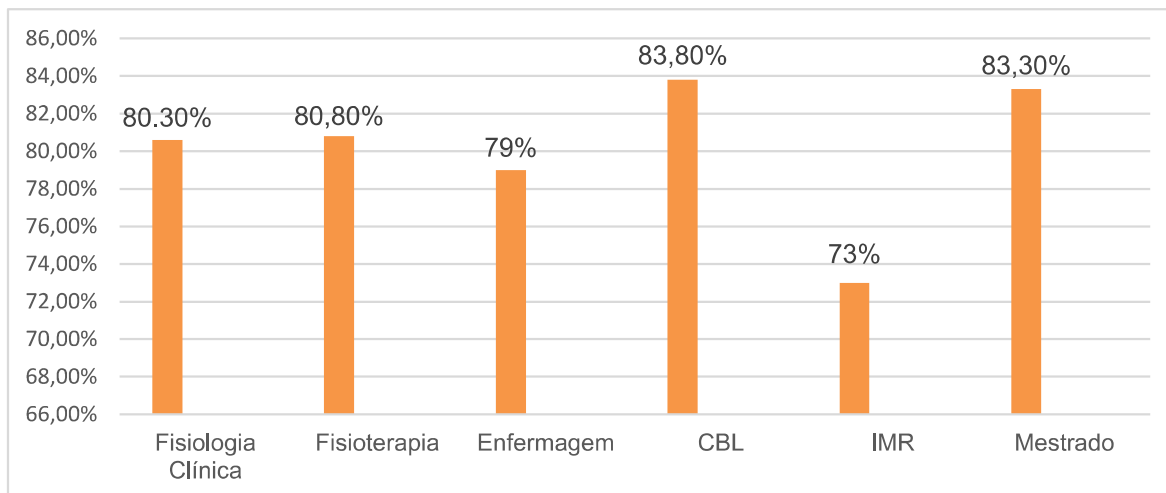


Gráfico 6: Distribuição da média de respostas corretas ao questionário 1 por curso

A partir destes dados, consta-se que os cursos que obtiveram melhor média de respostas corretas, corresponderam aos cursos onde a participação de estudantes com maior número de matrículas, foi superior. No caso de IMR e Enfermagem, ambos apresentam um número reduzido de participantes de 4º ano, correspondendo a 1 e a 3 respetivamente. Para além disso, a população de IMR é representada em 50% por indivíduos de 1º ano.

De seguida, agrupamos por cursos cada uma das perguntas do questionário por percentagem de respostas corretas e erradas. Esta divisão teve como objetivo perceber qual o curso com pior desempenho numa determinada questão, e quais as questões que os participantes tiveram mais dificuldades em responder.

Fisiologia Clínica	% de respostas corretas	% de respostas erradas	p-value	Enfermagem	% de respostas corretas	% de respostas erradas	p-value
Pergunta 1	100%	0,00%	<0,0001	Pergunta 1	100,00%	0,00%	<0,0001
Pergunta 2	92,60%	7,40%	<0,0001	Pergunta 2	100,00%	0,00%	<0,0001
Pergunta 3	81,50%	18,50%	<0,0001	Pergunta 3	80,80%	19,20%	<0,0001
Pergunta 4	70,40%	29,60%	<0,0001	Pergunta 4	38,50%	61,50%	0,015
Pergunta 5	70,40%	29,60%	<0,0001	Pergunta 5	53,80%	46,20%	<0,0001
Pergunta 6	77,80%	22,20%	<0,0001	Pergunta 6	84,60%	15,40%	<0,0001
Pergunta 7	74,10%	25,90%	<0,0001	Pergunta 7	76,90%	23,10%	<0,0001
Pergunta 8	81,50%	18,50%	<0,0001	Pergunta 8	84,60%	15,40%	<0,0001
Pergunta 9	59,30%	40,70%	<0,0001	Pergunta 9	61,50%	38,50%	<0,0001
Pergunta 10	85,20%	14,80%	<0,0001	Pergunta 10	80,80%	19,20%	<0,0001
Pergunta 11	85,20%	14,80%	<0,0001	Pergunta 11	92,30%	7,70%	<0,0001
Pergunta 12	85,20%	14,80%	<0,0001	Pergunta 12	96,20%	3,80%	<0,0001

Tabela 3: Distribuição das respostas corretas e erradas do curso Fisiologia Clínica e de Enfermagem, com respetivos valores-p.

IMR	% de respostas corretas	% de respostas erradas	p-value	CBL	% de respostas corretas	% de respostas erradas	p-value
Pergunta 1	75%	25,00%	0,219	Pergunta 1	100%	0,00%	<0,0001
Pergunta 2	100,00%	0,00%	0,219	Pergunta 2	100,00%	0,00%	<0,0001
Pergunta 3	75,00%	25,00%	0,219	Pergunta 3	82,40%	17,60%	0,186
Pergunta 4	75,00%	25,00%	1	Pergunta 4	64,70%	35,30%	0,012
Pergunta 5	75,00%	25,00%	0,688	Pergunta 5	76,50%	23,50%	0,001
Pergunta 6	75,00%	25,00%	0,607	Pergunta 6	88,20%	11,80%	<0,0001
Pergunta 7	50,00%	50,00%	0,219	Pergunta 7	76,50%	23,50%	<0,0001
Pergunta 8	75,00%	25,00%	0,223	Pergunta 8	94,10%	5,90%	<0,0001
Pergunta 9	50,00%	50,00%	0,219	Pergunta 9	58,80%	41,20%	<0,0001
Pergunta 10	75,00%	25,00%	0,219	Pergunta 10	94,10%	5,90%	<0,0001
Pergunta 11	75,00%	25,00%	0,219	Pergunta 11	82,40%	17,60%	<0,0001
Pergunta 12	75,00%	25,00%	0,219	Pergunta 12	88,20%	11,80%	<0,0001

Tabela 4: Distribuição das respostas corretas e erradas do curso CBL e IMR, com respetivos valores-p.

Fisioterapia	% de respostas corretas	% de respostas erradas	p-value	Mestrado	% de respostas corretas	% de respostas erradas	p-value
Pergunta 1	97%	3,30%	<0,0001	Pergunta 1	100,00%	0,00%	0,24
Pergunta 2	93,30%	6,70%	<0,0001	Pergunta 2	100,00%	0,00%	0,173
Pergunta 3	80,00%	20,00%	<0,0001	Pergunta 3	100,00%	0,00%	0,507
Pergunta 4	56,70%	43,30%	<0,0001	Pergunta 4	0,00%	100,00%	0,507
Pergunta 5	63,30%	36,70%	0,002	Pergunta 5	100,00%	0,00%	0,67
Pergunta 6	86,70%	22,20%	<0,0001	Pergunta 6	100,00%	0,00%	0,168
Pergunta 7	73,30%	26,70%	<0,0001	Pergunta 7	100,00%	0,00%	0,14
Pergunta 8	83,30%	16,70%	<0,0001	Pergunta 8	100,00%	0,00%	0,098
Pergunta 9	73,30%	26,70%	<0,0001	Pergunta 9	100,00%	0,00%	0,075
Pergunta 10	96,70%	3,30%	<0,0001	Pergunta 10	100,00%	0,00%	0,779
Pergunta 11	73,30%	26,70%	<0,0001	Pergunta 11	100,00%	0,00%	0,872
Pergunta 12	96,70%	3,30%	<0,0001	Pergunta 12	0,00%	100,00%	0,507

Tabela 5: Distribuição das respostas corretas e erradas do curso Fisioterapia e Mestrado, com respetivos valores-p.

Com a análise destas tabelas verifica-se que existem algumas questões que são constantemente mais erradas pelos participantes. Como a pergunta 4 “Quantos tipos de EM existem?”, a pergunta 9 “Como é feito o diagnóstico” e a pergunta 11 “Como evolui a EM?”.

No gráfico abaixo, apresenta-se a percentagem de erro correspondente à pergunta que cada curso errou mais, através da análise das tabelas anteriores.

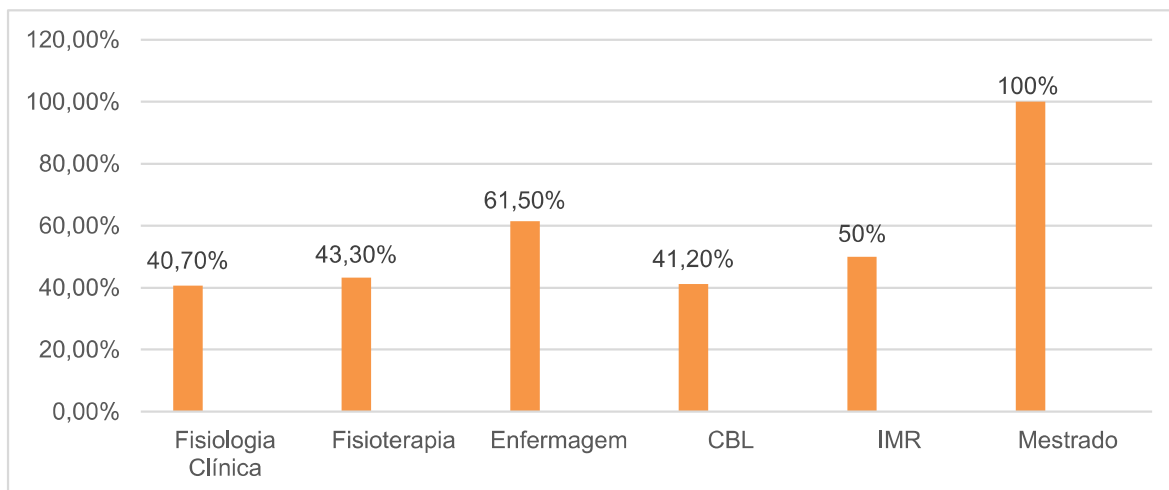


Gráfico 7: Distribuição da média de respostas erradas por cada curso na questão com maior erro

Denota-se que todos os cursos obtiveram percentagens superiores de respostas corretas do que erradas a cada pergunta do questionário, à exceção de Enfermagem, que apresentou 61.5% de respostas erradas, à questão 4 “Quantos tipos de EM existem?” Fisiologia Clínica destaca-se como o curso com menor percentagem de erro na pergunta mais errada, com 40.70%. CBL o curso com melhor média de respostas corretas apresenta uma percentagem ligeiramente maior, sendo esta 41.20%. Em relação ao curso de Mestrado não se pode fazer esta relação visto que como corresponde apenas a um individuo, sempre que erra alguma questão a percentagem de erro será 100%.

Foi identificada relação estatisticamente significativa entre os cursos de Fisiologia Clínica, Enfermagem e Fisioterapia com todas as perguntas do questionário, no caso de CBL, apenas na pergunta 3 não se verificou esta relação. Em contrapartida os cursos de IMR e Mestrado não apresentam relação estatisticamente positiva, segundo o teste One Sample, como se verifica nas tabelas através dos valores de p.

5.4 Relação entre o conhecimento do termo Esclerose Múltipla com as respostas efetivas sobre a doença.

Dos 105 indivíduos que responderam ao questionário, 103 (98.1%) já tinham ouvido falar sobre EM, enquanto os restantes 2 (1.9%) participantes nunca tinham ouvido falar. De seguida, analisou-se se estes indivíduos teriam também conhecimento sobre pontos essenciais da doença, como o tipo de patologia, principais sintomas, a existência de cura/possíveis tratamentos e formas de diagnóstico.

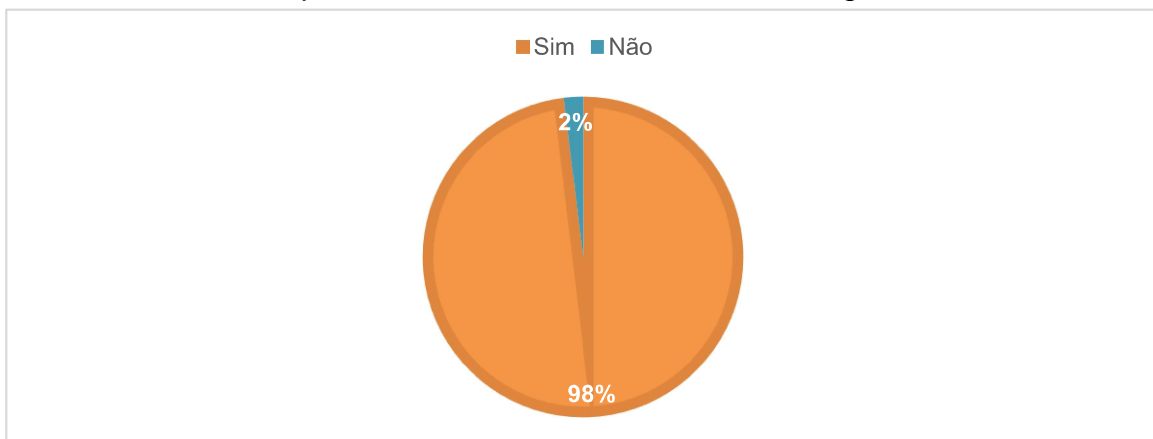


Gráfico 8: Distribuição das respostas à questão 1 “Já ouviu falar em EM?”

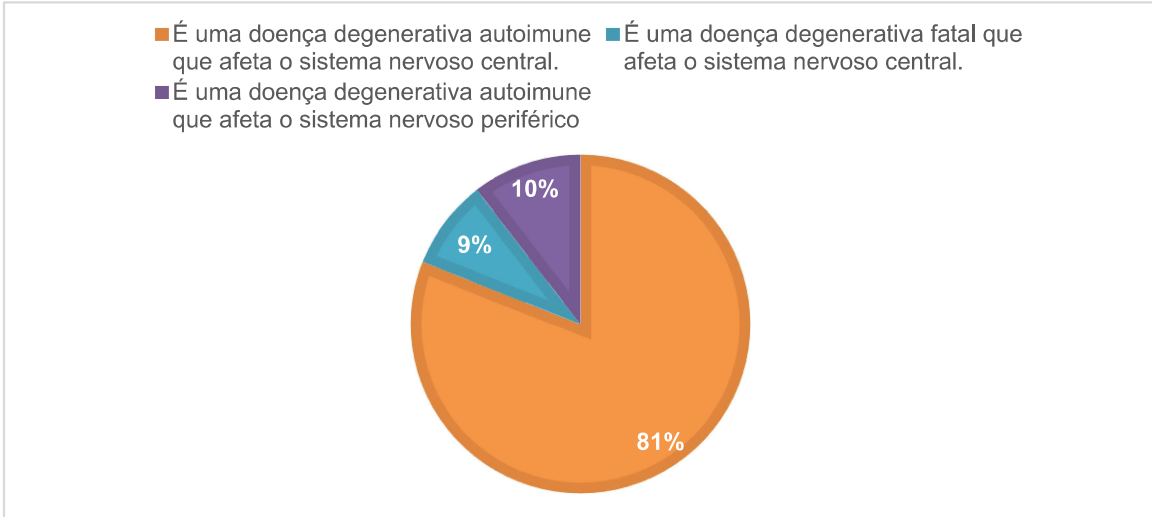


Gráfico 9: Distribuição das respostas por curso à questão 3 "O que é EM?"

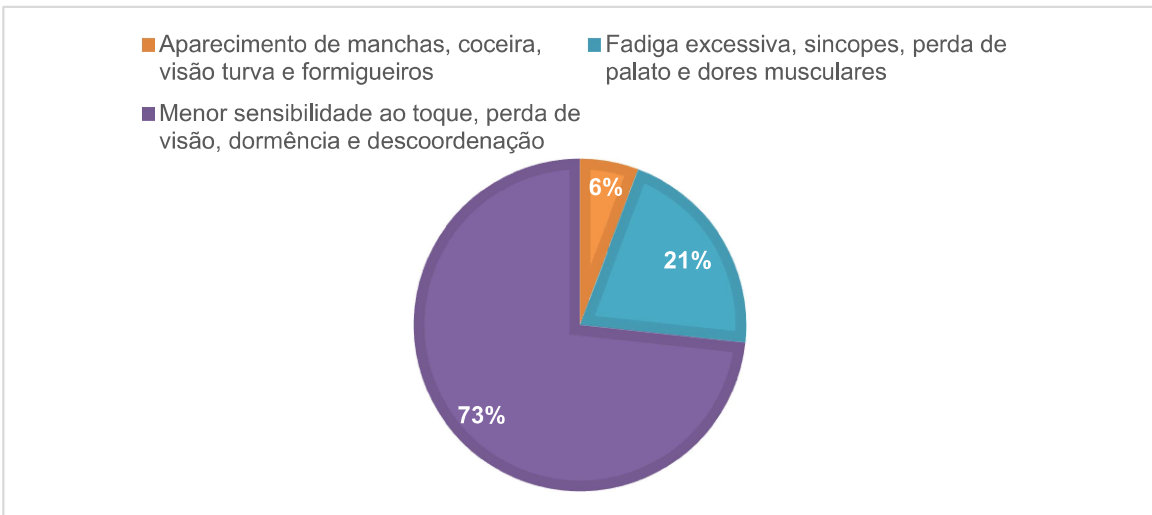


Gráfico 10: Distribuição das respostas por curso à questão 7 "Principais sintomas?"

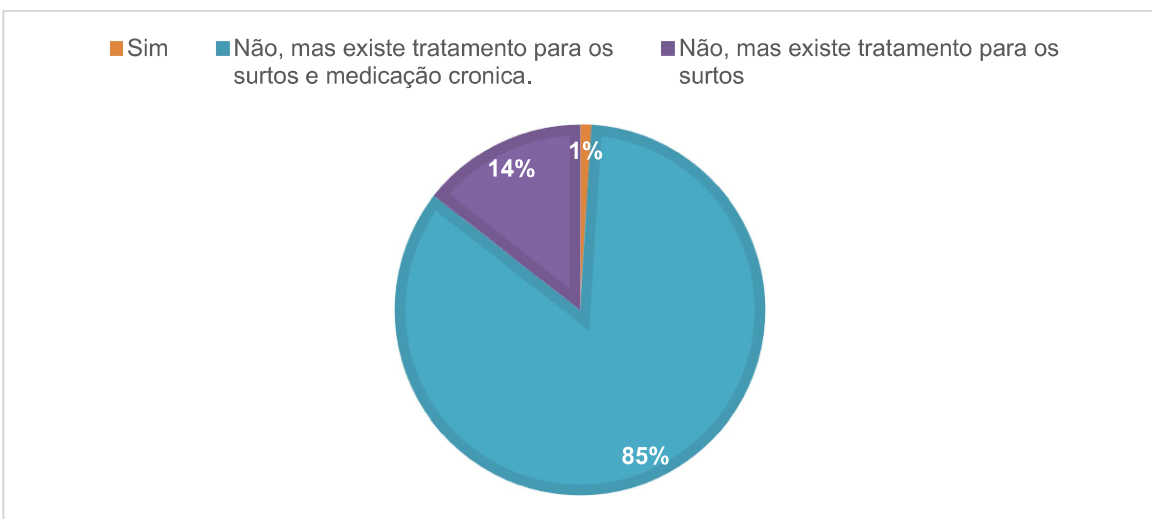


Gráfico 11: Distribuição das respostas por curso à questão 10 "Existe uma cura para a EM?"

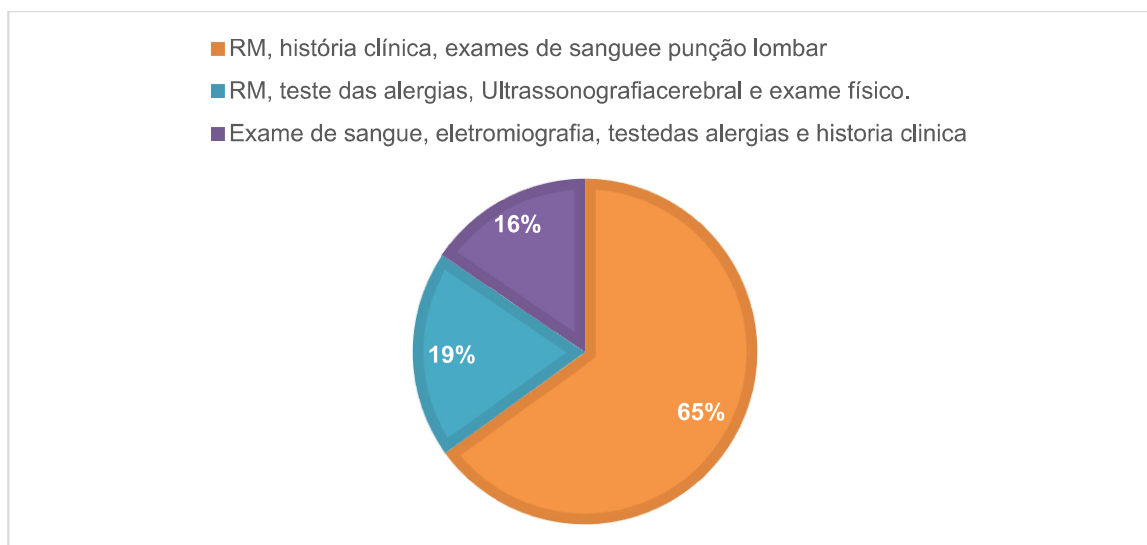


Gráfico 12: Distribuição das respostas por curso à questão 7 “Como é feito o diagnóstico?”

Tal como verificado, os indivíduos que já tinham ouvido falar sobre a EM, não acertaram outras questões sobre o tema. Em relação à questão “O que é EM?”, cerca de 19% dos participantes responderam de forma incorreta. Na questão sobre os principais sintomas a percentagem de erro correspondeu 27%, enquanto à questão quais são as formas de diagnosticar a EM, a percentagem de erro foi 35%, sendo esta uma das questões com mais respostas erradas. Na questão sobre a existência de uma cura para a EM ou tratamentos específicos para os surtos e medicação crónica a percentagem de erro, corresponde a 15,4%.

5.5 Relação entre a assertividade a responder ao questionário e o ano letivo (comparação entre 1º e 4º ano)

Na tabela seguinte, representa-se a comparação da percentagem de respostas corretas entre estudantes do 1º e 4º ano para cada uma das 12 perguntas do questionário, bem como os respetivos valores de significância estatística (p).

Questões	1º ano	p -value	4º ano	p -value
Pergunta 1	88.2%	<0.0001	100%	<0.0001
Pergunta 2	88.2%	<0.0001	94.9%	<0.0001
Pergunta 3	76.5%	<0.0001	76.9%	<0.0001
Pergunta 4	58.8%	0.839	61.5%	0.001
Pergunta 5	82.4%	<0.0001	61.5%	<0.0001
Pergunta 6	70.6%	<0.0001	82.1%	<0.0001
Pergunta 7	58.8%	0.21	76.9%	<0.0001
Pergunta 8	70.6%	<0.0001	94.9%	<0.0001
Pergunta 9	52.9%	0.21	76.9%	<0.0001
Pergunta 10	94.1%	<0.0001	89.7%	<0.0001
Pergunta 11	82.4%	<0.0001	84.6%	<0.0001
Pergunta 12	76.5%	<0.0001	87.2%	<0.0001

Tabela 6: Percentagem de respostas corretas por pergunta, comparando entre os indivíduos de 1º e 4º ano, com respetivos valores- p .

Através da mesma, verificou-se que na Pergunta 1, relativa ao conhecimento prévio sobre EM, todos os alunos de 4º ano afirmaram já ter ouvido falar da doença, enquanto no primeiro ano 11.8% responderam negativamente, relevando assim que, alguns dos indivíduos não tinham contacto prévio com o tema. Nas restantes questões, os estudantes do 4º ano registaram percentagens de acerto superiores em praticamente todas as questões, com exceção das Perguntas 5 (sobre a incidência da EM, e a Pergunta 10 (relacionada com o impacto do diagnóstico precoce), nas quais os alunos de 1º ano tiveram um desempenho ligeiramente superior.

Em todas as questões os alunos de 4º ano registaram percentagens de acerto superiores a 60%, dessa forma, a média de respostas corretas equivale a 82.3%. Os participantes de 1º ano têm 3 questões com percentagem de acerto inferior a 60%, sendo que a média de respostas corretas corresponde a 75%.

O único indivíduo de Mestrado, acertou 10 perguntas de um total de 12, representando 100% de assertividade nessas respetivas perguntas e 0% nas erradas. Correspondendo a uma percentagem de acerto de 83.30%.

Foi identificada relação estatisticamente significativa entre estes anos letivos e a maioria das perguntas do questionário, com exceção das perguntas 4 ($p=0.839$), 7 ($p=0.21$) e 9 ($p=0.21$) quando cruzadas com o grupo de 1ºano, segundo o teste One Sample.

5.6 Análise das respostas no primeiro e segundo momento do questionário

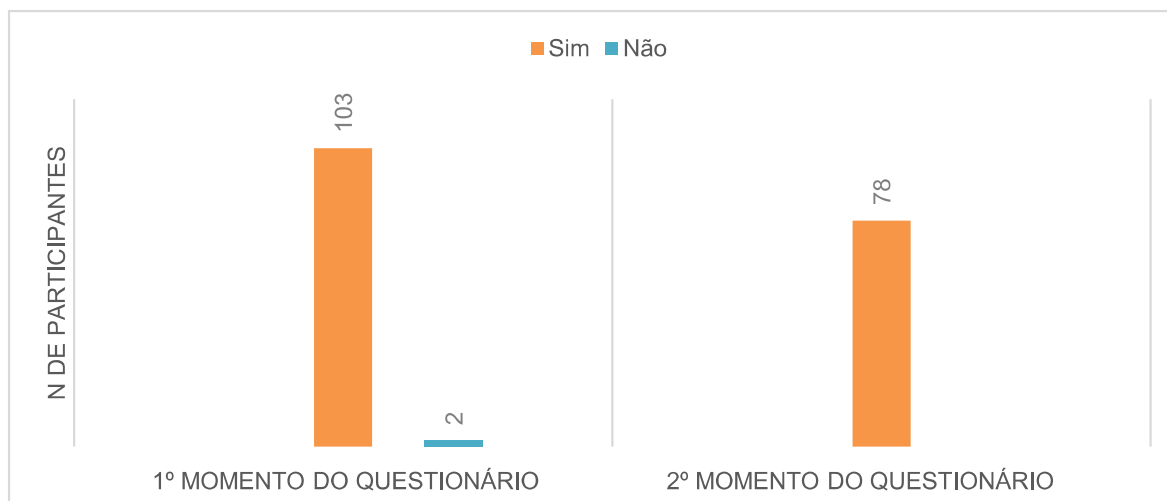


Gráfico 13: Comparação das respostas no primeiro e segundo momento à questão “Já ouviu falar em EM?”

A partir destes gráficos verifica-se que inicialmente havia participantes que não conheciam o termo de EM, enquanto no segundo momento já todos conhecem.

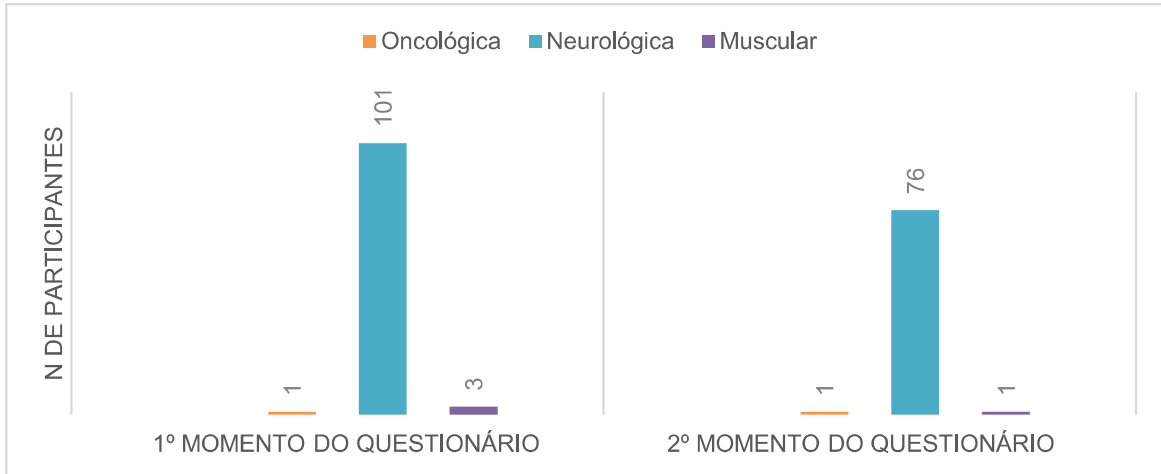


Gráfico 14: Comparação das respostas no primeiro e segundo momento à questão "A EM é uma doença?"

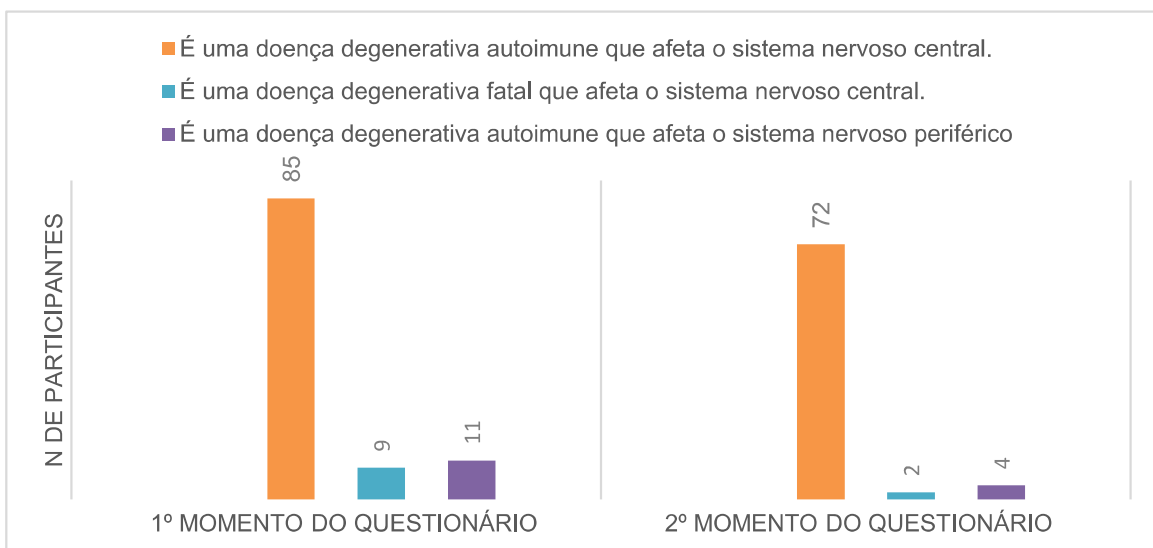


Gráfico 15: Comparação das respostas no primeiro e segundo momento à questão "O que é EM?"

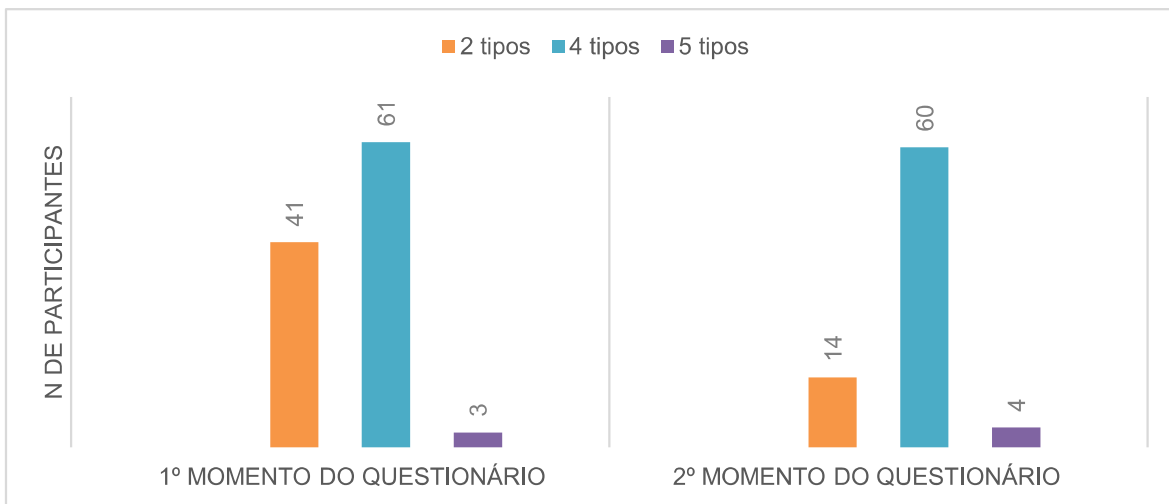


Gráfico 16: Comparação das respostas no primeiro e segundo momento à questão "Existem quantos tipos de EM?"

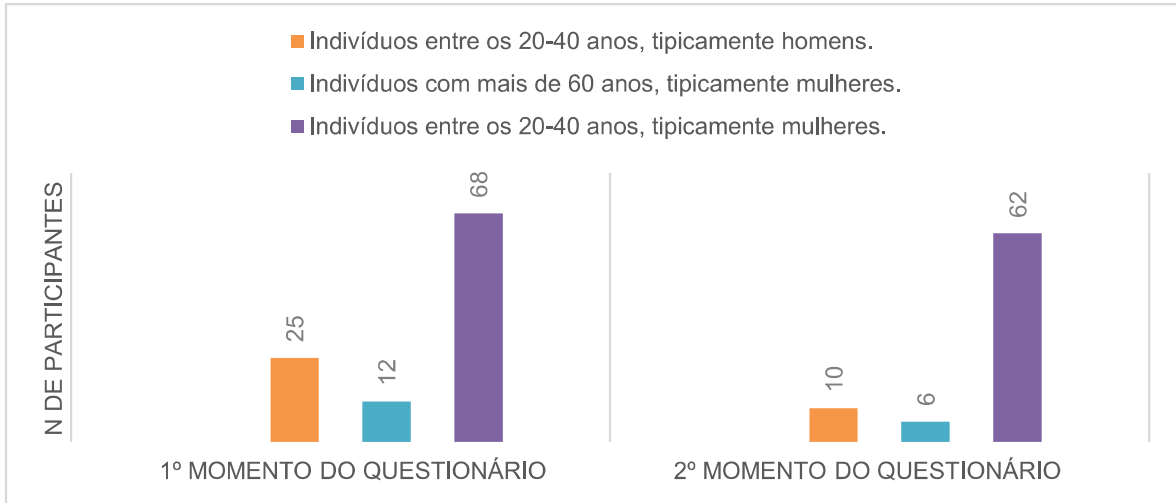


Gráfico 17: Comparação das respostas no primeiro e segundo momento à questão "Quem pode ser afetado por EM?"

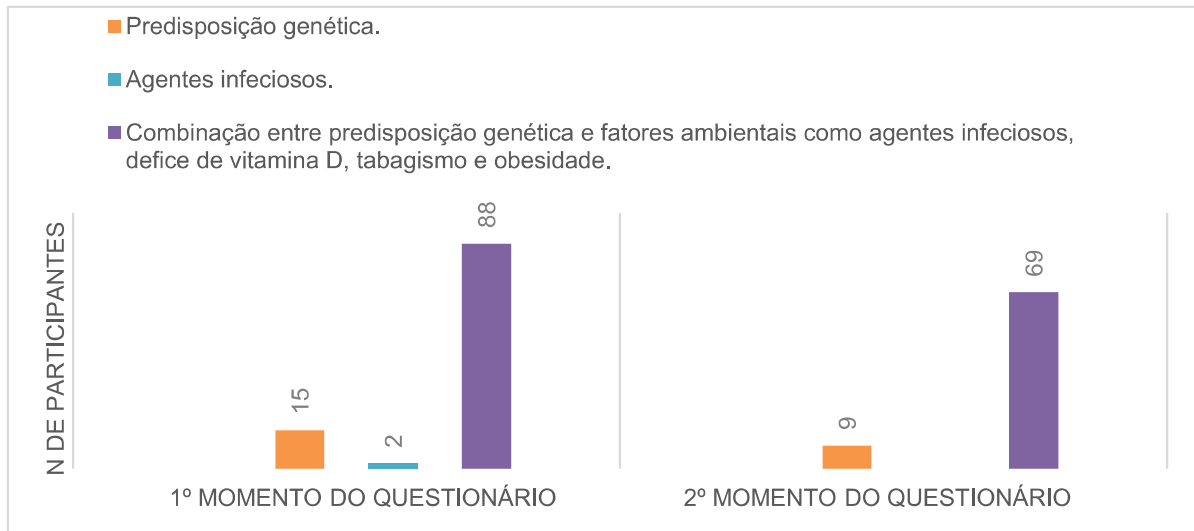


Gráfico 18: Comparação das respostas no primeiro e segundo momento à questão "Qual a causa da EM?"

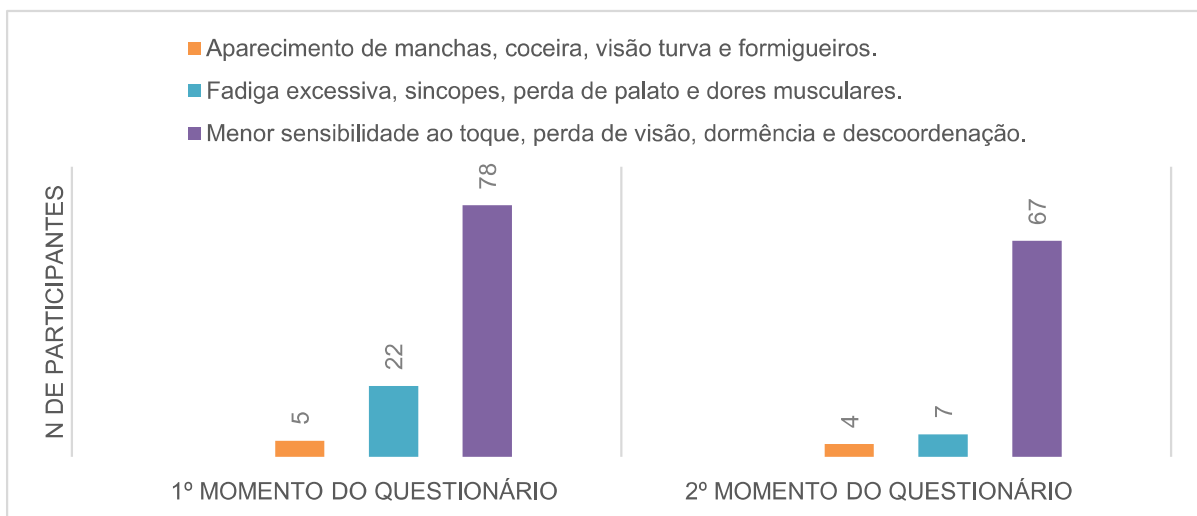


Gráfico 19: Comparação das respostas no primeiro e segundo momento à questão "Principais sintomas?"

Nestas questões denota-se uma melhoria significativa de assertividade do primeiro para o segundo momento de aplicação do questionário. Evidenciando-se principalmente nas questões relativas ao gráfico 16 e 17, onde respetivamente erraram inicialmente 44 e 37 participantes, enquanto no segundo momento do questionário erraram 18 e 16.

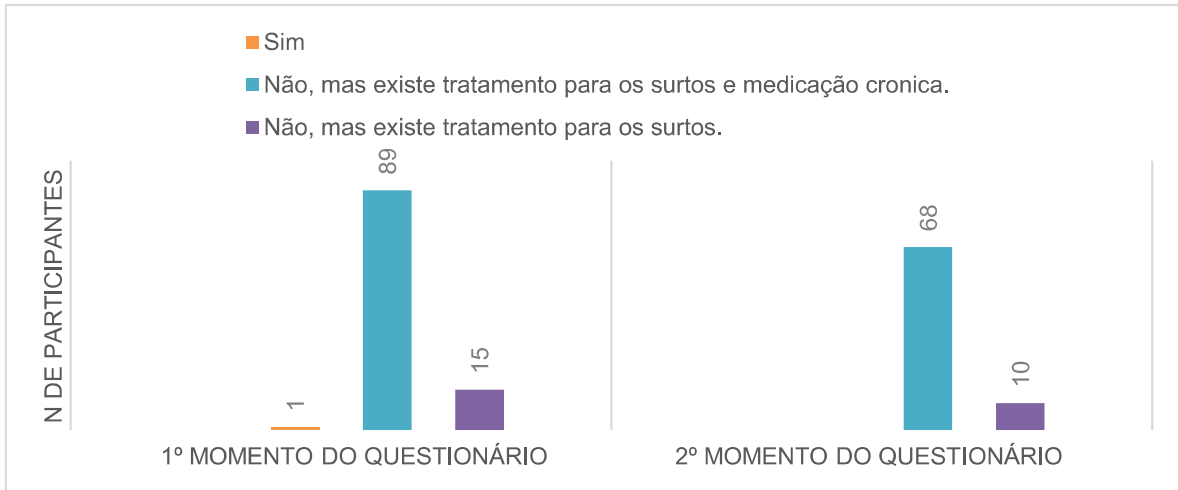


Gráfico 20: Comparação das respostas no primeiro e segundo momento à questão "Existe uma cura para a EM?"

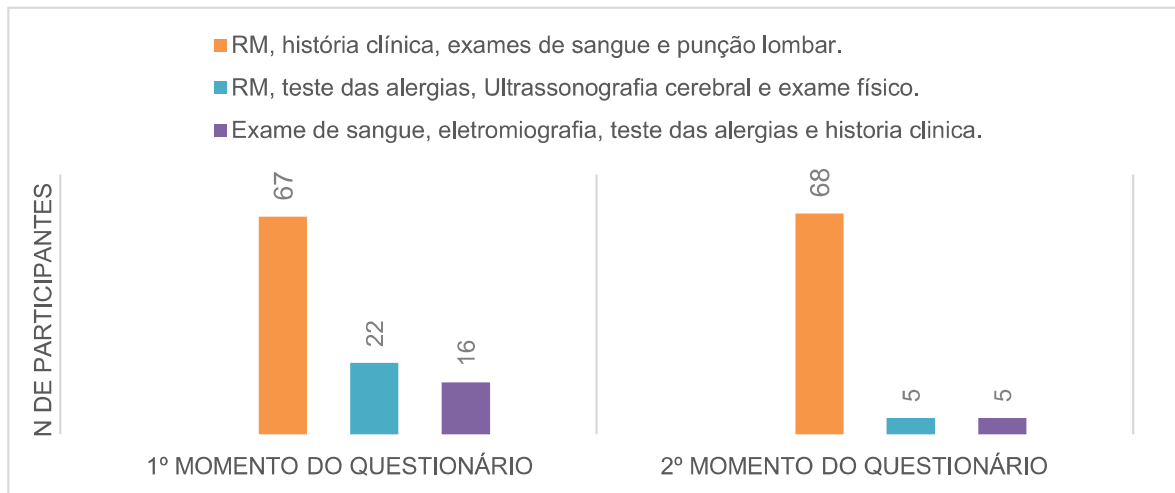


Gráfico 21: Comparação das respostas no primeiro e segundo momento à questão "Como é feito o diagnóstico?"

Em relação ao modo como é feito o diagnóstico, uma das questões mais importantes do questionário, o número de participantes a errar passou de 38 para 10.

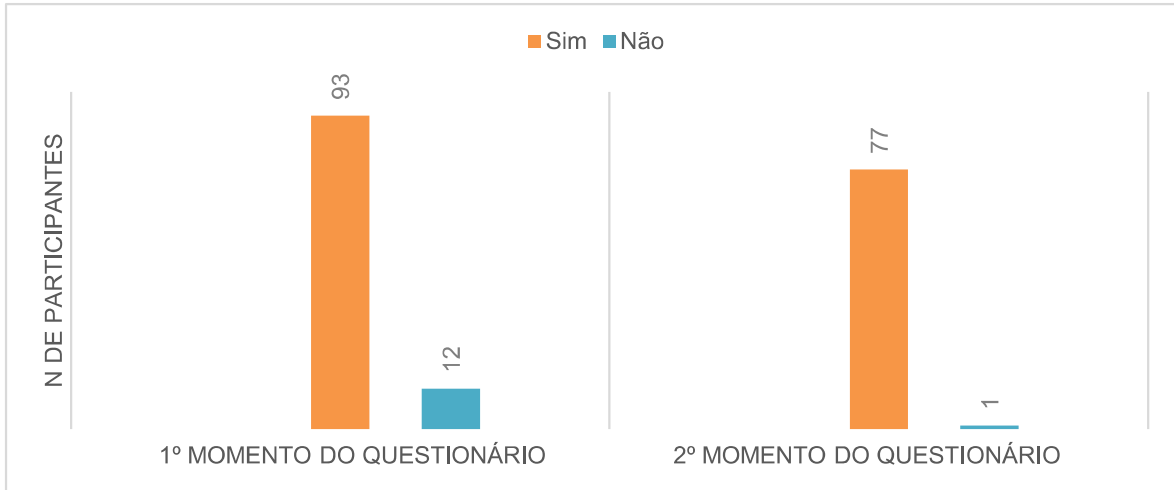


Gráfico 22: Comparação das respostas no primeiro e segundo momento à questão “O diagnóstico precoce pode mudar a progressão da doença?”

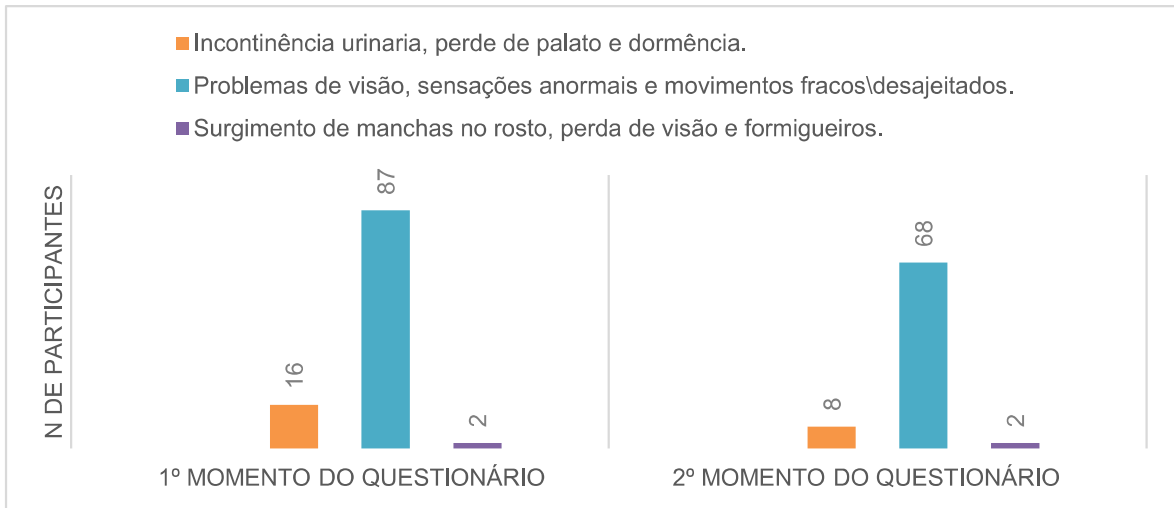


Gráfico 23: Comparação das respostas no primeiro e segundo momento à questão “Sinais de alerta?”

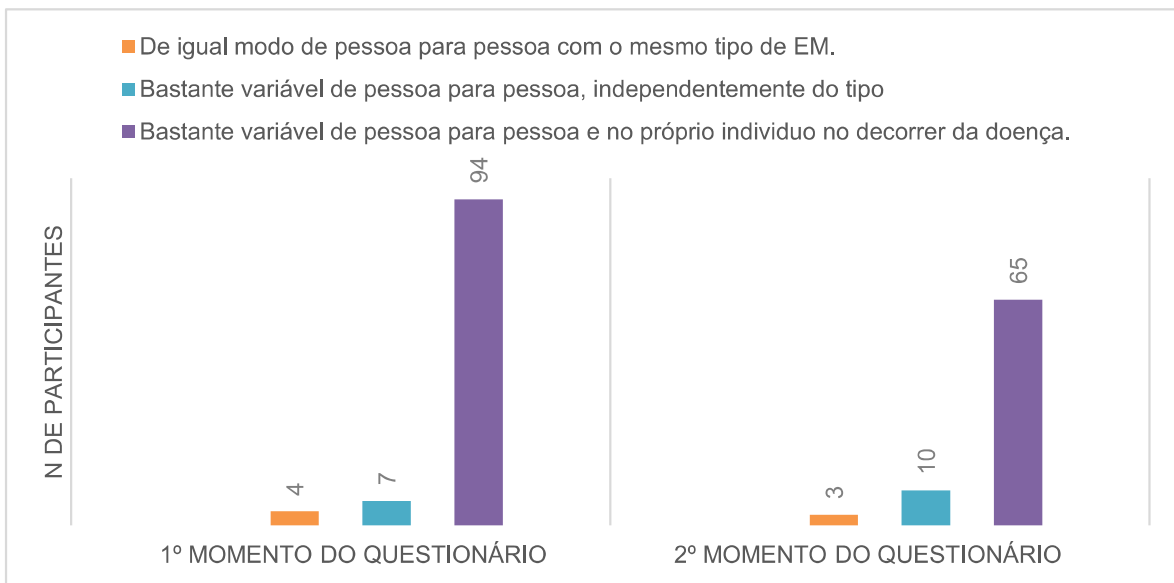


Gráfico 24: Comparação das respostas no primeiro e segundo momento à questão “Como evolui a EM?”

Através destes gráficos, consegue-se comparar as respostas correspondente a cada pergunta que constitui o questionário em ambas as fases de lançamento (momento 1 e momento 2). Verificando-se que no segundo momento do questionário, os indivíduos apresentaram maior assertividade na maioria das questões, à exceção de “Como evolui a EM?”, onde inicialmente teriam errado 11 participantes e posteriormente erraram 13.

Discussão

A LS é um conceito multidimensional que engloba diferentes componentes, incluindo o acesso à informação, a capacidade de compreender, interpretar e aplicar esse conhecimento de forma crítica e funcional [1]. Assim, o simples facto de um indivíduo ter contacto com informações sobre a EM não implica, necessariamente, que possua um entendimento aprofundado da patologia [1]. A verdadeira LS exige competências que vão além do reconhecimento do termo, exige a compreensão do que a doença representa, a sua interpretação e a capacidade de integrar esse conhecimento no quotidiano, contribuindo para decisões informadas e adequadas em contexto de saúde [1,2]. Desse modo, apesar da grande maioria dos participantes afirmarem conhecer o termo EM, como demonstra o Gráfico 8, esse conhecimento não se traduz numa compreensão sólida da patologia. Verificou-se que aspetos centrais como definição, sintomas, tratamento e métodos diagnósticos, não são dominados por uma grande parte dos inquiridos. Destacando-se, em particular, as questões “Principais sintomas” e “Como é feito o diagnóstico”, onde respetivamente 26% e 35% dos participantes responderam incorretamente. A identificação dos sintomas, e o conhecimento de como é realizado o diagnóstico são dos parâmetros mais importantes nesta patologia, uma vez que auxiliam na valorização e identificação dos sintomas, para recorrer a um profissional de saúde de forma atempada.

Relativamente aos cursos com mais conhecimento sobre o tema, esperava-se que os participantes de Fisiologia Clínica, apresentassem o melhor desempenho, dada a natureza neurológica da EM e o contacto com exames como os potenciais evocados visuais, utilizados como apoio ao diagnóstico. Através do Gráfico 6, conseguimos identificar que contrariamente ao espectável, o curso de Fisiologia Clínica não correspondeu ao curso com melhor média de respostas corretas. Em vez disso, destaca-se CBL com 83.80%, e Mestrado com 83.30%, seguido de Fisioterapia e Fisiológica que se encontram praticamente ao mesmo nível, ambos com respetivamente, 80.80% e 80.30%. Já o curso de IMR teve a média mais baixa (73%), apesar de também estar associado ao exame *gold standard* para o diagnóstico da EM, a RM. Porém o curso com melhor média não correspondeu ao curso com o melhor desempenho a nível individual das questões, ou seja, não é o curso com a menor percentagem de erro na questão onde os participantes erraram mais. Deste modo, destaca-se Fisiologia Clínica que apesar de corresponder ao curso em 4º lugar com melhor média de respostas corretas, é o curso que tem a percentagem menor de erro nas perguntas individuais, como se averigua no Gráfico 7. É também o único curso em que apenas uma questão obteve uma taxa de acerto inferior a 70%, ao contrário dos restantes, conforme demonstrado nas Tabelas 2, 3 e 4.

Segundo alguns estudos realizados anteriormente sobre LS, os níveis de conhecimento mostraram ser influenciados pelos anos de formação dos estudantes, ou seja, pelo número de matrículas. Demonstrando que estudantes nos primeiros anos de um determinado curso apresentam uma probabilidade 1,7 vezes

superior de o seu nível de LS ser limitado, quando comparando com os estudantes de anos superiores [8,15]. Da mesma forma, através da comparação dos resultados obtidos neste estudo, entre as respostas ao questionário dos alunos de 1º ano e 4ºano evidencia-se esta relação (Tabela 6). Os cursos compostos respetivamente por maior número de estudantes de 4º ano corresponderam também aos cursos com efetivamente melhores médias. Contrariamente aos cursos de Enfermagem e IMR que obtiveram níveis de assertividade de 79% e 73% respetivamente, com menor número de alunos de 4º ano, no caso de IMR metade da amostra, correspondeu a alunos de 1º ano como demonstrado pela Tabela 2 juntamente com o Gráfico 6. O aluno de Mestrado, nível mais elevado de formação comparativamente com os restantes, teve o segundo melhor resultado, o mesmo deve-se ao facto de ser apenas um individuo, assim as 2 questões que errou tem um grande peso na média final (Gráfico 6, Tabela 5 e Gráfico 7). Este efeito é suportado pelo artigo publicado por Sørensen, onde destaca que o nível de escolaridade é um dos determinantes mais consistentes da LS, verificando que pessoas com menos anos de escolaridade tendem a apresentar maiores dificuldades em lidar com informações relacionadas com a saúde. Identificando que indivíduos com menos anos de formação demonstrar menor familiaridade com terminologia médica, reconhecendo menos as patologias e as indicações dadas [33]. Neste estudo identificou-se que apenas os alunos de 1º ano não conheciam a terminologia EM, sendo também os alunos que menos sabiam responder sobre a doença apresentando 3 questões abaixo de 60% de acerto, representado pela Tabela 6. Em todas as questões os alunos de 4º ano registaram percentagens de acerto superiores a 60%, dessa forma, a média de respostas corretas equivale a 82.3%. Enquanto os participantes de 1º ano apresentam uma média de respostas corretas de 75%. Algumas estratégias que são apontadas para diminuir os baixos níveis de LS, principalmente em estudantes universitários da área da saúde, retratam a necessidade de incorporam no curso conteúdos sobre LS, comunicação em saúde e educação para a saúde. Para além de incentivarem a cultivarem um pensamento crítico e autónomo, no futuro como profissionais de saúde, mas também no presente como cidadãos informados. Através da partilha do poster e do panfleto informativo o objetivo foi verificar se a passagem de maior informação sobre o tema, iria influenciar positivamente o conhecimento dos estudantes.

Segundo a análise das respostas obtidas no primeiro momento do questionário e no segundo momento, que foram separados por um período de divulgação de material informativo sobre a patologia, verifica-se uma melhoria significativa da assertividade, tal como se comprova pelo Gráfico 13 até ao Gráfico 23. No Gráfico 24, correspondente à questão “Como evoluiu a EM?”, contrariamente às restantes questões, a percentagem de respostas corretas diminuiu no segundo momento do questionário. As questões “O que é a EM?”, “Tipos de EM?”, “Principais sintomas?” “Como é feito o diagnostico” e “O diagnóstico precoce pode mudar a progressão da doença?”, representadas nos Gráficos 15, 16,17, 21 e 22, corresponderam às quais se verificou melhorias significativas. Aplicando o cálculo da média da assertividade

total ao questionário em ambos os momentos, verifica-se que inicialmente correspondeu a 80,84%, passando no segundo momento para 88,67%, havendo uma melhoria de quase 10%. Estes dados validam a importância de estratégias educativas na promoção da LS.

A amostra, embora representativa da população estudantil da ESALD, apresentou uma distribuição desigual entre os cursos, com um número reduzido de participantes em áreas como IMR (n=4), tal como a representação única do Mestrado o que pode limitar a generalização dos resultados. Futuras investigações deverão considerar amostras mais equilibradas e abrangentes para confirmar estes achados.

Conclusão

Este estudo evidencia que o simples contacto com o termo EM não se traduz automaticamente em LS efetiva sobre a patologia. Embora a maioria dos estudantes afirme conhecer a doença, persistem lacunas, em aspetos fundamentais como os sintomas, métodos de diagnóstico e possíveis tratamentos. Verificou-se também que o nível de formação e o curso frequentado influenciam diretamente no desempenho, sendo os estudantes dos anos mais avançados os que demonstraram maior conhecimento.

A intervenção formativa aplicada entre os dois momentos do questionário revelou-se eficaz, reforçando a importância da educação em saúde como ferramenta para promover uma melhor LS. Concluiu-se que investir na LS é essencial para melhorar o conhecimento destes futuros profissionais de saúde, mas também para capacitar todos os cidadãos em geral para participarem ativamente nos seus cuidados de saúde.

Referências Bibliográficas

1. Espanha, R., Ávila, P., Veloso Mendes DESIGN, R., Fernandes, J., & Calouste Gulbenkian, F. (2015). *Literacia em Saúde em Portugal- Relatório Síntese*. Relatório Síntese Autoria Depósito Legal Edição Ficha Técnica. <http://www.gulbenkian.pt>
2. Gonzaga, A. J., & Ferreira, S. (2023). *O grande desafio da saúde contemporânea Monografia sobre Literacia em Saúde em Portugal*.
3. Lopes, C., Almeida, C., & Arriaga, M. (2019). *Literacia em Saúde na Prática*. EBOOKISPA.
4. Superior, E., Saúde, D. E., Doutora, P., Eiras, M., Adjunta, P., & Pedro, A. R. (2020). *Literacia Em Saúde Nos Estudantes Do Ensino Superior Politécnico De Lisboa*.
5. Inglese, M. (2020). *Multiple Sclerosis: New Insights and Trends*. www.ajnr.org
6. Perdicoulis, M. A. (2022). *Estado da arte no diagnóstico de Esclerose Múltipla*.
7. Capobianco, J. G. P., Ferreira, L. V. L., & Biazotto Filho, V. L. (2024). O diagnóstico tardio em portadores de esclerose múltipla altera o desfecho funcional e qualidade de vida? *Brazilian Journal of Health Review*, 7(1),
8. Pedro Duarte Marques, J., & Nuno Crespo, D. (2015). *Literacia Em Saúde: Avaliação Através Do European Health Literacy Survey Em Português Num Serviço De Internamento Hospitalar*.
9. *Andressa Teoli Nunciaronil Cristiane Marinho Pontesl, C. L. S. J., R. A. de S. (2025). Literacia para a saúde e qualidade de vida: estudo transversal. REUFMS, Revista de Enfermagem*.
10. Pedro AR. *Literacia em saúde: da gestão da informação à decisão inteligente*. Vol. 37, Revista Portuguesa de Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa; 2018.
11. Eva Sofia Quinteiro dos Santos. (2021). *Literacia em Saúde na População do Ensino Superior da Universidade de Coimbra*.
12. Kickbusch I, Wait S, Maag D. *Navigating Health: The Role Of Health Literacy*. Public Health. 24 p.
13. Consortium H-E. *Comparative report of health literacy in eight EU member states* [Internet]. 2012. [cited 2020 Jun 1]. Available from: <http://www.healthliteracy.eu>
14. Runk, L., Doberšek, K., & Vidmar, G. (2022). Health Literacy and Health Behavior of University Students. *Zdravstveno varstvo*, 61(2), 77–83. <https://doi.org/10.2478/sjph-2022-0010>
15. Superior, E., Saúde, D. E., Doutora, P., Eiras, M., Adjunta, P., & Pedro, A. R. (2020). *Literacia em Saúde nos Estudantes do Ensino Superior Politécnico de Lisboa*.
16. *Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021*. Lisboa: Ministério da Saúde; 2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021.aspx>
17. Lublin, F. D., Häring, D. A., Ganjgahi, H., Ocampo, A., Hatami, F., Čuklina, J., Aarden, P., Dahlke, F., Arnold, D. L., Wiendl, H., Chitnis, T., Nichols, T. E., Kieseier, B. C., & Bermel, R. A. (2022). How patients with multiple sclerosis acquire disability. *Brain*, 145(9), 3147–3161. <https://doi.org/10.1093/brain/awac016>
18. Uher, T., Adzima, A., Srpova, B., Noskova, L., Maréchal, B., Maceski, A. M., Krasensky, J., Stastna, D., Anđelova, M., Novotna, K., Vodehnalova, K., Motyl, J., Friedova, L., Lindner, J., Ravano,

- V., Burgetova, A., Dusek, P., Fialova, L., Havrdova, E. K., ... Vaneckova, M. (2023). Diagnostic delay of multiple sclerosis: prevalence, determinants and consequences. *Multiple Sclerosis Journal*, 29(11–12), 1437–1451. <https://doi.org/10.1177/13524585231197076>
19. Mafalda Azevedo Perdicoulis, Estado da arte no diagnóstico de Esclerose Múltipla, universidade da beira interior (abril 2022)
20. Filippi, M., Amato, M. P., Centonze, D., Gallo, P., Gasperini, C., Inglese, M., Patti, F., Pozzilli, C., Preziosa, P., & Trojano, M. (2022). Early use of high-efficacy disease-modifying therapies makes the difference in people with multiple sclerosis: an expert opinion. *Journal of Neurology*, 269(10), 5382–5394. <https://doi.org/10.1007/s00415-022-11193-w>
21. Caldas, A., Lopes, H., Silva, A., Cerqueira, J., Sá, J., Santos, J., Sousa, L., & Sá, M. (2020). *Consenso estratégico nacional para esclerose múltipla*. Universidade Católica Editora.
22. Martins, R., Gomes, S., Vicente, P., Carvalho, N., & Batista, S. (2024). The quality of life of people with multiple sclerosis in Portugal. *Revista Cuidarte*, 15(2). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2841>
23. Dantas, K. M., Lacerda, L. G., Mendes, R. F., Coelho, V. A. T., Nascimento, E. de S., Ferraz, R. L., de Araújo, L. B. S., Alves, V. T., Rêgo, A. M. B. A., & Bigatello, C. S. (2023). Esclerose Múltipla: Eficácia No Tratamento Por Meio De Imunomoduladores Injetáveis. In *Promoção da Saúde: conceito, estratégia e prevenção em pesquisa - Volume 2* (pp. 76–86). Editora Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/230613372>
24. Figueiredo, V. de A., Almeida, L. P. L., Silva, L. A., Nassif, C. M., & Freire, V. (2024). Efeitos da dieta e estilo de vida na esclerose múltipla: principais impactos das intervenções terapêuticas não farmacológicas. *Brazilian Journal of Health Review*, 7(4), e71993. <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n4-295>
25. Hauser, S. L., & Cree, B. A. C. (2020). Treatment of Multiple Sclerosis: A Review. In *American Journal of Medicine* (Vol. 133, Issue 12, pp. 1380-1390.e2). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2020.05.049>
26. McGinley, M. P., Goldschmidt, C. H., & Rae-Grant, A. D. (2021). Diagnosis and Treatment of Multiple Sclerosis: A Review. In *JAMA - Journal of the American Medical Association* (Vol. 325, Issue 8, pp. 765–779). American Medical Association. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.26858>
27. Stavropoulou De Lorenzo, S., Bakirtzis, C., Konstantinidou, N., Kesidou, E., Parissis, D., Evangelopoulos, M. E., Elsayed, D., Hamdy, E., Said, S., & Grigoriadis, N. (2024). How Early Is Early Multiple Sclerosis? In *Journal of Clinical Medicine* (Vol. 13, Issue 1). Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI). <https://doi.org/10.3390/jcm13010214>
28. Capobianco, J. G. P., Ferreira, L. V. L., & Biazotto Filho, V. L. (2024). O diagnóstico tardio em portadores de esclerose múltipla altera o desfecho funcional e qualidade de vida? *Brazilian Journal of Health Review*, 7(1), 4427–4439. <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n1-359>
29. Selmaj, K., Cree, B. A. C., Barnett, M., Thompson, A., & Hartung, H. P. (2024). Multiple sclerosis: time for early treatment with high-efficacy drugs. In *Journal of Neurology* (Vol. 271, Issue 1, pp. 105–115). Springer Science and Business Media Deutschland GmbH. <https://doi.org/10.1007/s00415-023-11969-8>
30. Filippi, M., Amato, M. P., Centonze, D., Gallo, P., Gasperini, C., Inglese, M., Patti, F., Pozzilli, C., Preziosa, P., & Trojano, M. (2022). Early use of high-efficacy disease-modifying therapies makes the difference in people with multiple sclerosis: an expert opinion. *Journal of Neurology*, 269(10), 5382–5394. <https://doi.org/10.1007/s00415-022-11193-w>
31. Ciubotaru, A., Grosu, C., Alexa, D., Covali, R., Maștaleru, A., Leon, M. M., Schreiner, T. G., Ghiciuc, C. M., Roman, E. M., Azoicăi, D., & Ignat, E. B. (2024). The Faces of “Too Late”—A

Surprisingly Progressive Cohort of “Stable” Relapsing Remitting Multiple Sclerosis Patients. *Medicina*, 60(9), 1401. <https://doi.org/10.3390/medicina60091401>

32. Cerqueira, J. J., Compston, D. A. S., Geraldes, R., Rosa, M. M., Schmierer, K., Thompson, A., Tinelli, M., & Palace, J. (2018). Time matters in multiple sclerosis: Can early treatment and long-term follow-up ensure everyone benefits from the latest advances in multiple sclerosis? In *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* (Vol. 89, Issue 8, pp. 844–850). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2017-317509>

33. Sørensen, Kristine, Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agraftotis, D., Ueters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., Van Den Broucke, S., & Helmut Brand. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053–1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>

Apêndices

Apêndice A - Consentimento Informado

Consentimento Informado Esclarecido e Livre para Investigação Estratégias de Comunicação na Sensibilização para a Importância da Literacia na Esclerose Múltipla e a importância do diagnóstico precoce

Investigador principal: Barbara Sofia Lemos Ribeiro

Orientador científico: Professor Nuno Daniel Vicente Duarte

Contacto: 939031740

Email: barbarasofiaa99@gmail.com

Local de estudo: Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Este documento, designado **Consentimento Informado Esclarecido e Livre**, dado por escrito, contém informação importante em relação ao estudo para o qual foi abordado/a, bem como o que é expectável acontecer, se decidir participar no mesmo.

A participação deste estudo é de carácter voluntário e não há qualquer tipo de custos monetários.

Leia atentamente toda a informação aqui contida. Deve sentir-se inteiramente livre para colocar qualquer questão, assim como para discutir com terceiros a decisão da sua participação neste estudo. Caso tenha qualquer tipo de dúvida relacionada com o questionário, não hesite contactar através do seguinte email: barbarasofiaa99@gmail.com.

No âmbito da unidade curricular de Metodologia de Investigação do curso de Fisiologia Clínica da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias (ESALD) do Instituto Politécnico de Castelo Branco, irá ser realizada uma investigação científica que pretende avaliar literacia de saúde na Esclerose Múltipla.

Assim, este estudo tem como objetivos:

- Analisar a literacia sobre a Esclerose Múltipla nos estudantes da ESALD.
- Alertar e sensibilizar para a falta de conhecimento sobre a patologia que afeta principalmente jovens na faixa etária destes alunos.
- Promover informação didática e informativa sobre a doença com o objetivo de aumentar o conhecimento sobre a mesma e a desmistificação de alguns mitos.
- Compreender se as estratégias aplicadas de alerta e sensibilização tiveram influência positiva com aumento da literacia da EM neste público-alvo.

Este tema é de extrema importância para consciencializar e sensibilizar os estudantes do ensino superior que serão futuros profissionais de saúde, de modo a conseguirem identificar os sinais de alerta, terem conhecimento de como devem agir e até mesmo ter informação para esclarecer um doente com EM. A participação neste estudo resultará num preenchimento de um questionário via online num tempo 1 antes da

divulgação dos posters online\ panfletos e o mesmo questionário num tempo 2 apos a informação divulgada sobre a doença. O preenchimento do questionário terá uma duração de 5-10 minutos.

A participação de cada indivíduo é voluntária e o mesmo pode recusar-se a participar. Caso decida participar neste estudo, é importante que o indivíduo tenha conhecimento de que pode desistir a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequência.

Caso se verifiquem eventos negativos no decorrer da investigação, a total responsabilidade irá ser assumida pelo orientador científico (Professor Nuno Daniel Vicente Duarte) e pelo jovem investigador responsável pela recolha de dados (Barbara Sofia Lemos Ribeiro).

Ao assinarem este documento, os participantes fornecem consentimento explícito para o tratamento dos seus dados pessoais, estando sempre garantida a possibilidade de os mesmos consultarem, retificarem ou apagarem as informações recolhidas. Os estudantes poderão ter acesso à informação reunida contactando a ESALD e os investigadores através do e-mail.

Todos os dados fornecidos pelo participante são de carácter anónimo, sendo atribuído a cada indivíduo um código de identificação em cada inquérito para garantir a confidencialidade.

O estudo irá ser dividido em duas fases, sendo que, quem responde ao questionário da primeira fase não terá obrigatoriamente de responder ao questionário da segunda fase, e vice-versa. Em ambos os questionários estão incluídos o Consentimento Informado Esclarecido e Livre.

Quando a investigação terminar, essas informações serão armazenadas nos arquivos da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias de acordo com o prazo previsto pela legislação e, após este prazo proceder-se à eliminação dos mesmos. Os resultados deste estudo serão divulgados no decorrer de comunicações orais, artigos científicos, posters científicos e congressos das áreas em estudo, a fim de serem divulgados à comunidade científica.

Assinatura do consentimento informado esclarecido e livre para investigação científica

Li (ou alguém leu para mim) o consentimento informado esclarecido e livre para a investigação científica e estou consciente do que esperar quanto à minha participação no projeto “Literacia da Esclerose Múltipla e a importância do diagnóstico precoce nos alunos da ESALD”. Tive também oportunidade de colocar todas as questões sobre o mesmo e as respostas esclareceram todas as minhas dúvidas. Assim, aceito voluntariamente participar neste estudo. Foi-me dada uma cópia deste documento.

Nome do participante

Assinatura do Participante

Data __/__/__

Investigador/ Equipa de Investigação

Os aspetos mais importantes deste estudo foram explicados ao participante ou ao seu representante, antes de solicitar a sua assinatura. Uma copia deste documento ser-lhe-á fornecida.

Nome da pessoa que recebeu o consentimento

Assinatura da pessoa que contém o consentimento

Data __/__/__

Apêndice B - Questionário individual

Informações pessoais:

1) Consente em participar neste questionário?

Sim

Não

2) Tem 18 anos ou mais?

Sim

Não

3) Sexo:

Masculino

Feminino

4) Curso que frequenta:

Fisiologia Clínica

Enfermagem

Ciências Biomédicas Laboratoriais~

Imagem Medica e Radioterapia

Fisioterapia

Mestrado

5) Ano que frequenta:

1ºano

2ºano

3ºano

4ºano

Questões de literacia sobre Esclerose Múltipla (EM):

1) Já ouviu falar em EM?

Sim

Não

2) A EM é uma doença?

Oncológica

Neurológica

- Muscular
- 3) O que é EM?
 - É uma doença degenerativa autoimune que afeta o sistema nervoso central.
 - É uma doença degenerativa fatal que afeta o sistema nervoso central.
 - É uma doença degenerativa autoimune que afeta o sistema nervoso periférico.
- 4) Existem quantos tipos de EM?
 - 2
 - 4
 - 5
- 5) Quem pode ser afetado com EM?
 - Indivíduos entre os 20-40 anos, tipicamente homens.
 - Indivíduos com mais de 60 anos, tipicamente mulheres.
 - Indivíduos entre os 20-40 anos, tipicamente mulheres.
- 6) Qual a causa da EM?
 - Predisposição genética.
 - Agentes infecciosos.
 - Combinação entre predisposição genética e fatores ambientais como agentes infecciosos, déficit de vitamina D, tabagismo e obesidade.
- 7) Principais sintomas?
 - Aparecimento de manchas, coceira, visão turva e parestesias.
 - Fadiga excessiva, síncope, perda de palato e dores musculares.
 - Menor sensibilidade ao toque, perda de visão, dormência e descoordenação.
- 8) Existe uma cura para a EM?
 - Sim.
 - Não, mas existe tratamento para os surtos e medicação crônica.
 - Não, mas existe tratamento para os surtos.
- 9) Como é feito o diagnóstico?
 - RM, história clínica, exames de sangue e punção lombar.

- RM, teste das alergias, Ultrassonografia cerebral e exame físico.
- Exame de sangue, eletromiografia, teste das alergias e história clínica.

10) O diagnóstico precoce pode mudar a progressão da doença?

- Sim.
- Não.

11) Sinais de alerta:

- Incontinência urinaria, perde de palato e dormência.
- Problemas de visão, sensações anormais e movimentos fracos\desajeitados.
- Surgimento de manchas no rosto, perda de visão e parestesias.

12) Como evolui a EM?

- De igual modo de pessoa para pessoa com o mesmo tipo de EM.
- Bastante variável de pessoa para pessoa, independentemente do tipo.
- Bastante variável de pessoa para pessoa e no próprio individuo no decorrer da doença.

Apêndice C - Poster

Esclerose Múltipla (EM) e a Importância do diagnóstico precoce



SCAN ME

O que é?

A EM é uma doença neurológica, crónica, desmielinizante e autoimune que afeta o sistema nervoso central, destruindo a bainha de mielina, camada que protege os neurónios. Sendo a principal causa de incapacidade neurológica em jovens adultos

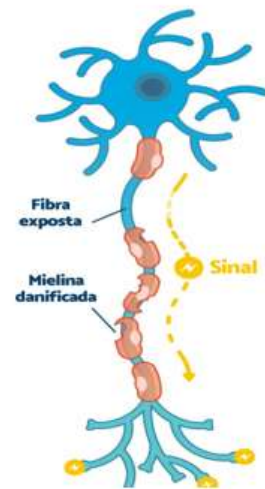


Causas?

As causas da doença ainda não são totalmente conhecidas, sabendo-se apenas que, predisposição genética, fatores ambientais e processos infecciosos podem motivar o seu aparecimento.



NEURÔNIO DANIFICADO



Tipos de EM?

85%

EMRR - Remitente recorrente:
É a manifestação clínica mais comum, caracterizada por surtos que duram dias ou semanas e, em seguida, desaparecem.

05%

EMSP - Progressiva secundária:
Pacientes que evoluíram da forma remitente-recorrente e vão piorando lenta e progressivamente.

10%

EMPP - Progressiva primária:
Apresenta uma progressão de sintomas e comprometimentos (sequelas) desde o seu aparecimento.

EMPR - Progressiva recorrente*:
apresenta surtos de forma progressiva com nítido avanço das incapacitações.



Sinais de alerta:

- Fraqueza muscular e rigidez dos membros
- Transtornos visuais (perda de visão, alteração)
- Dormência, descoordenação e desequilíbrio
- Fadiga intensa
- Incontinência intestinal e urinária

Como se faz o diagnóstico?

O diagnóstico baseia-se na história clínica, nos resultados de análises sanguíneas e de exames, como a ressonância magnética, o estudo dos potenciais evocados e a análise do líquido cefalorraquidiano extraído por punção lombar.

EM tem cura?



Existe um consenso crescente sobre a importância do diagnóstico precoce, de modo a prevenir, retardar e diminuir a progressão da doença, diminuindo os seus danos. Quanto mais tarde for descoberta, menor efeito os respetivos tratamentos têm.

Discente: Bárbara Ribeiro Nº 20211417

Dobson, R., & Giovannoni, G. (2019). Multiple sclerosis – a review. In *European Journal of Neurology* (Vol. 26, Issue 1, pp. 27–40). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/ene.13819>

Apêndice D - Panfleto

ENTENDA A ESCLEROSE MÚLTIPLA



Esclerose Múltipla: Factos e números



Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a esclerose múltipla (EM) afeta cerca de 2,5 milhões de pessoas em todo o mundo.



De acordo com dados da Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla (SPEM), estima-se que em Portugal afeta cerca de 8 mil pessoas.



Pode atingir pessoas entre os 15 e os 60 anos, no entanto, há um maior risco entre os 20 e os 40 anos. Tem uma maior incidência nas mulheres do que nos homens, numa proporção de 2,5 para 1.

Esclerose Múltipla: Doença

A EM é uma doença neurológica, crónica, desmielinizante e autoimune que afeta o sistema nervoso central, destruindo a bainha de mielina, camada que protege os neurónios. À medida que a mielina vai sofrendo danos, os sinais que se propagam ao longo dos neurónios vão sofrer alterações, levando a danos neurológicos e motores.

EM é a principal causa de incapacidade neurológica em jovens adultos.

Esclerose Múltipla: Causas

As causas exatas da EM não são completamente compreendidas, mas vários fatores podem contribuir para o desenvolvimento da doença: fatores genéticos, fatores ambientais (défice de vitamina D, infeções virais como o vírus Epstein-Barr, clima e localização geográfica), fatores imunológicos, tabagismo entre outros.

Esclerose Múltipla: Sintomas

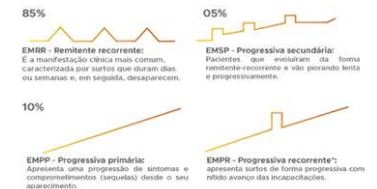
Como o sistema nervoso central controla a maior parte das funções do corpo, as pessoas que vivem com EM podem ter uma grande variedade de sintomas. Estes sintomas variam imenso de pessoa para pessoa, e até na mesma pessoa com o decorrer da doença. Entre estes inúmeros sintomas alguns podem ser:

- Cansaço extremo (fadiga);
- Dormência e formigamentos;
- Problemas de visão (visão dupla, dor atrás do olho, perda de visão);
- Alterações no andar e no equilíbrio;
- Fraqueza e rigidez musculares;
- Tremores;
- Problemas na fala e na deglutição;
- Alterações na bexiga e no intestino;
- Disfunção sexual;
- Problemas cognitivos, relacionados com a memória e o raciocínio, que incluem problemas de concentração, bem como dificuldade em concluir tarefas, em processar informações e em tomar decisões.



Esclerose Múltipla: Tipos

A esclerose múltipla (EM) pode se manifestar de diferentes formas, classificadas em tipos com base no padrão de evolução e progressão da doença. Existem quatro principais tipos de esclerose múltipla:



Tipo	Surtos	Progressão	Fatigáveis
EM Remitente-Recorrente (EMRR)	Sim	Não; entre surtos	Sim
EM Secundária Progressiva (EMSP)	Possíveis	Sim	Menos frequentes
EM Primária Progressiva (EMPP)	Não	Sim	Não
EM Progressiva-Recorrente (EMPR)	Sim	Sim	Não entre surtos

Para além destes tipos mais conhecidos, pode existir a síndrome clinicamente isolada, que se caracteriza pelo primeiro episódio de sintomas neurológicos causados por inflamação e desmielinização do sistema nervoso central.

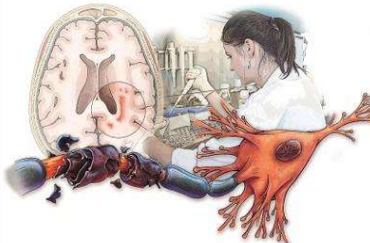
Dura pelo menos 24 horas e é frequentemente o precursor da EM, mas nem todos os casos evoluem para um diagnóstico definitivo. Se juntamente com este primeiro sintoma houver lesões desmielinizantes na RM a probabilidade de desenvolver EM aumenta.

- O diagnóstico e o tratamento EM variam dependendo do tipo da doença, tal como os seus sintomas principais podem ser variados.
- Apesar de haver formas gerais de diagnosticar e tratar a doença, um método mais personalizado acaba por ter um melhor resultado.

Esclerose Múltipla: Diagnóstico

O diagnóstico da EM não é imediato porque os sintomas associados a esta patologia, além de variados, são comuns a muitas outras patologias. Sendo por isso, um diagnóstico complexo que envolve a combinação entre a história clínica, os resultados de análises sanguíneas e de exames complementares, como a ressonância magnética, o estudo dos potenciais evocados e a análise do líquido cefalorraquidiano extraído por punção lombar.

Normalmente o diagnóstico da EM requer monitorização e um acompanhamento ao longo do tempo, especialmente em casos com sintomas mais atípicos ou quando os critérios de diagnóstico não são imediatamente preenchidos. Dai que seja um diagnóstico um pouco demorado, pois também se deve descartar outras doenças similares.



Esclerose Múltipla: Tem cura?

A EM não tem cura, mas neste momento já existem vários tratamentos eficazes e até ajustados para cada tipo de manifestação da doença. Mas no geral, os objetivos dos tratamentos são os mesmos:

- Reduzir os episódios de surtos;
- Reduzir a progressão da doença;
- Aliviar os sintomas e melhorar a qualidade de vida.

Os tratamentos são divididos em três categorias:

1. Tratamento de surtos:

Corticosteroides: Prednisona ou metilprednisolona (alta dose) para reduzir a inflamação.

2. Terapias modificadoras da doença (DMTs):

Reduzem a frequência de surtos e retardam a progressão.

Terapias sintomáticas:

Medicamentos ou fisioterapia para controlar espasticidade, dor, fadiga ou problemas urinários.

Resumo Terapêutico por Tipo

Tipo	Diagnóstico Principal	Tratamento Focado
EMRR	Surtos com remissões claras	DMTs para evitar surtos; corticóides nos surtos
EMSP	Progressão após EMRR	DMTs (siponívolo, ocrelizumab); terapias sintomáticas
EMPP	Progressão contínua desde o início	Ocrelizumab; controle sintomático
EMPR	Progressão com surtos ocasionais	Ocrelizumab; imunossupressores; corticóides

Esclerose Múltipla: Importância do diagnóstico precoce

O diagnóstico precoce é fundamental para reduzir o impacto da doença, melhorar a qualidade de vida do doente e prevenir a progressão dos danos neurológicos. Quanto mais cedo for detetada e tratada, maior a chance de limitar o processo de desmielinização e os seus consequentes danos axonais irreversíveis a nível do sistema nervoso central.

- Vários estudos demonstram que iniciar o tratamento com TMD na fase inicial da EM, antes que ocorram danos significativos, é mais eficaz do que tratar em estádios mais avançados.
- No início da doença, o sistema nervoso tem maior capacidade de reparação, começar o tratamento nessa fase, ajuda a preservar essa capacidade, evitando assim, danos irreversíveis e sintomas mais severos.
- Com isso a frequência e gravidade dos surtos também diminui significativamente.

Como apoiar:

Seja empático e promova a conscientização.



Saiba onde pode consultar mais informação:

Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla (SPEM) www.spem.pt

Rua Zófimo Pedroso, 66 - 1950-291 Lisboa
(9h00 – 13h00 e 14h00 – 18h00) T.: 218 650 480 | Tel.: 934 386 904 | spem@spem.pt

Para qualquer questão pode também contactar-me através do meu email: barbarasofia99@gmail.com

Anexos

Anexo A- Parecer Comissão de Ética



PARECER N.º 149 CE-IPCB/2024

PARECER

Título do projeto:	ESCLEROSE MULTIPLA E A IMPORTANCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE - LITERACIA NOS ALUNOS DA ESALD
Área científica:	Fisiologia Clínica
Investigador principal	Barbara Sofia Lemos Ribeiro
Equipe de investigação	-
Orientador	Nuno Daniel Vicente Duarte
Local do estudo	Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias
Tipo de estudo	Clínico sem intervenção
Submissão completa	21/02/2024
Reuniões de avaliação	n.º 5 de 10/04/2024
Relatores	– Maria Luísa Faria de Sousa Cerqueira Correia Castilho – Sara Margarida Araújo Ferreira

RELATÓRIO

Elaborado nos termos do n.º 7 do artigo 11.º do [Reg.IPCB.CE.01.02 – Regulamento da Comissão de Ética do IPCB](#)

DELIBERAÇÃO

Parecer: Positivo*

* Assim que o projeto esteja concluído, o investigador deverá enviar o estudo final para arquivo na pasta do projeto existente nesta Comissão.

Data de deliberação em reunião n.º 5: Castelo Branco, 10 de abril de 2024

Membros presentes: Alexandre José Marques Pereira, António Júlio Apóstolo Pereira Coutinho, Arnandina Maria Abrantes de Loureiro, Eduardo Sabina dos Santos Valente, Isabel Maria de Sousa Lourenço, Maria João da Silva Guardado Moreira, Maria Luísa Faria de Sousa Cerqueira Correia Castilho, Marta Filipa Geraldês Falcão e Sara Margarida Araújo Ferreira.

Relator

Assinado por: **MARIA LUÍSA FÁRIA DE SOUSA CERQUEIRA CORREIA CASTILHO**
Num. de identificação: 06580570
Data: 2024.04.24 14:41:18+01'00'

Relator

Assinado por: **Sara Margarida Araújo Ferreira**
Num. de identificação: 12003727
Data: 2024.04.24 16:37:51+01'00'

Presidente da Comissão de Ética

Assinado por: **ISABEL MARIA DE SOUSA LOURENÇO**
Num. de identificação: 04242187
Data: 2024.04.29 09:43:02+01'00'

Anexo B- Autorização Institucional

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Utilize os modelos que forem aplicáveis ao Estudo de Investigação em causa, acrescentando a informação que considerar pertinente.

PROJETO OU ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

Título:

Esclerose Múltipla e a importância do seu diagnóstico precoce- Literacia nos alunos da ESALD

Exma. Diretora da Escola

Barbara Sofia Lemos Ribeiro, na qualidade de investigador, vem por este meio solicitar a autorização para realizar no(a) Instituto Politécnico de Saúde Dr. Lopes Dias o Estudo de Investigação acima mencionado, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Assinatura

Barbara Sofia Lemos Ribeiro

Mod.IPCB.CE.02.01

Data

09/02/2024

Aprovado

Instituto de Saúde da Universidade Nova de Lisboa
Direção do Instituto de Saúde da Universidade Nova de Lisboa
Rua da Universidade Nova, 1100-029 Lisboa
Instituto de Saúde da Universidade Nova de Lisboa
Instituto de Saúde da Universidade Nova de Lisboa
Instituto de Saúde da Universidade Nova de Lisboa