

ISSN: 2179-6238 (impresso)

ISSN: 2236-6288 (on line)

Revista de
Pesquisa
em

Saúde

Journal of Health Research

Volume 22, N° 3
setembro/dezembro 2021

Endereço para correspondência:

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA)

Rua Barão de Itapary, 227 - Centro. 4° andar da Unidade Presidente Dutra (HUUPD) - CEP.: 65020-070

São Luís-MA. Brasil.

Telefone para contato: (98) 2109-1242 | 2109-1092

E-mail: revista@huufma.br

Disponível também em: <<http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma>>

Revista de Pesquisa em Saúde

Journal of Health Research

Quadrimestral
ISSN 2179-6238 (impresso)
ISSN 2236-6288 (on-line)

São Luís - MA - Brasil

volume 22

número 3

páginas 1-48

set/dez 2021

Revista de Pesquisa em Saúde / *Journal of Health Research* é uma publicação quadrimestral do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) que se propõe à divulgação de trabalhos científicos produzidos por pesquisadores com o objetivo de promover e disseminar a produção de conhecimentos e a socialização de experiências acadêmicas na área de saúde, assim como possibilitar o intercâmbio científico com programas de Pós-Graduação e Instituições de pesquisas nacionais e internacionais.

As versões impressa e on-line estão indexadas no sistema Latindex (Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal) e afiliada à Associação Brasileira de Editores Científicos - ABEC.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Natalino Salgado Filho
Reitor

Joyce Santos Lages
Superintendente

Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa
Gerente de Ensino e Pesquisa

Dyego José de Araújo Brito
Gerente de Atenção à Saúde

Eurico Santos Neto
Gerente de Administração e Finanças

Editores Associados / Associate Editors

Nair Portela Silva Coutinho - UFMA
Natalino Salgado Filho - UFMA
Vinicius José da Silva Nina - UFMA

Editora Chefe / Chief Editor

Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa

Editora Assistente / Assistant Editor

Cláudia Maria Coêlho Alves

Conselho Editorial / Editorial Board

Aldina Maria Prado Barral - UFBA/FIOCRUZ

Antonio Augusto Moura da Silva - UFMA

Armando da Rocha Nogueira - UFRJ

Afksendiyos Kalangos - UHG-Suíça

Carlos Magno Castelo Branco Fortaleza - UNESP

Domingo Marcolino Braile - FAMERP

Fábio Biscegli Jatene - FMUSP

Fernanda Ferreira Lopes - UFMA

Gustavo Adolfo Sierra Romero - UNB

Jackson Maurício Lopes Costa - CPqGM/FIOCRUZ

Luciane Maria de Oliveira Brito - UFMA

Márcia Mattos Gonçalves Pimentel - UERJ

Marcus Gomes Bastos - UFJF

Maria do Céu Aguiar Barbieri de Figueiredo - ESEP-Portugal

Maria Rita de Cássia Costa Monteiro - UFPA

Pablo Maria Alberto Pomerantzeff - USP

Rodolfo A. Neirotti - USA

Semiramis Jamil Hadad do Monte - UFPI

Walter José Gomes - UNIFESP

Bibliotecária / Library

Vânia Serra da Silva

Editoração Eletrônica / Desktop Publishing

Idemilson dos Anjos Silva

Rômulo da Conceição do Rosário

Revista de Pesquisa em Saúde, periódico biomédico de divulgação científica do Hospital Universitário da UFMA, v.1, n.3, 1995- .-São Luís, 1995.

v. 22, n. 2, 2021

Quadrimestral

(ISSN - 2179-6238) versão impressa

(ISSN - 2236-6288) versão online

1. Ciências da Saúde - periódicos. Universidade Federal do Maranhão. Hospital Universitário.

CDU: 61(05)

Todos os manuscritos publicados são de propriedade da revista, não sendo permitido a reprodução, mesmo que parcial em outro periódico, seja por meios eletrônicos, mecânicos, fotográficos, gravação ou quaisquer outros.

Tanto os conceitos emitidos nos manuscritos como a revisão da língua portuguesa, são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es), não refletindo necessariamente a opinião do Conselho Editorial.



Sumário / Summary

ARTIGO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

- 7 **Cuidado à pessoa com doença renal crônica na atenção primária: Perspectiva de profissionais de saúde**
CARE ON PEOPLE WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE IN PRIMARY CARE: PROFESSIONALS' PERSPECTIVE
Maria de Jesus Rodrigues de Freitas, Zeni Carvalho Lamy, Milady Cutrim Vieira Cavalcante, Clarice Maria Ribeiro de Paula Gomes, Rayssa Daiana Silveira
- 13 **Drug addiction and associated factors among people who attended a voluntary counseling and testing center in southeastern Brazil**
USO DE DROGRAS E FATORES ASSOCIADOS ENTRE AS PESSOAS QUE FREQUENTARAM UM CENTRO DE ACONSELHAMENTO E TESTES VOLUNTÁRIOS NO SUDESTE DO BRASIL
Bruna Aparecida Medeiros Pimenta, Nereida Kilza da Costa Lima, Miriane Lucindo Zucoloto, Ivana Astolpho Gandra Passeri, Enio Paulino Barbosa Rodrigues, José Antônio de Carvalho, Shirlei Aparecida Vitor, Thelma Therezinha Gonzalez, Edson Zangiacomi Martinez
- 19 **Característica epidemiológicas e clínicas de pacientes com COVID-19 internados na enfermaria de um Hospital Universitário**
EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH COVID-19 HOSPITALIZED IN THE NURSE OF A UNIVERSITY HOSPITAL
Denise da Silva Pereira, José Elias Costa Júnior, Mayara Gabrielle Barbosa Borges
- 24 **Relação entre o tempo de internação e a qualidade de vida do acompanhante de crianças internadas por longo período em um hospital terciário**
RELATIONSHIP BETWEEN LENGTH OF STAY AND QUALITY OF LIFE OF THE CAREGIVER OF CHILDREN HOSPITALIZED FOR A LONG PERIOD IN A TERTIARY HOSPITAL
Christyann Lima Campos Batista, Ana Maria de Oliveira Ramos Costa, Angela Maria Cecim de Souza Castro Lima, Ana Maria Almeida Silva Carvalho, Caroline Martins da Costa Leite, Clésio Rafael Lopes da Silva, Patrícia Luciana Serra Nunes, Marilene de Fátima Reis Ribeiro
- 29 **Construção e validação de roteiro de vídeo educativo para o manejo de dieta enteral domiciliar**
CONSTRUCTION AND VALIDATION OF NA EDUCATIONAL VIDEO SCRIPT FOR THE MANAGEMENT OF HOME ENTERAL DIET
Jordana Moreira de Almeida, Fernanda Carolina Camargo, Marli Aparecida Reis Coimbra, Aldenora Laísa Paiva de Carvalho Cordeiro, Lucas Carvalho Santana, Lúcia Aparecida Ferreira
- 34 **Estigma e enfrentamento no cotidiano de mulheres que vivem com HIV**
STIGMA AND COPING FOR WOMEN LIVING WITH HIV
Douglas Moraes Campos, Luciana Batalha Sena, Adriana Crispim de Freitas, Francisco Dimitre Rodrigo Pereira Santos, Leonel Lucas Smith de Mesquita

NOTAS REDATORIAIS / NOTES TO AUTHORS

CUIDADO À PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

CARE ON PEOPLE WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE IN PRIMARY CARE: PROFESSIONALS' PERSPECTIVE

Maria de Jesus Rodrigues de Freitas¹, Zeni Carvalho Lamy², Milady Cutrim Vieira Cavalcante³, Clarice Maria Ribeiro de Paula Gomes⁴, Rayssa Daiana Silveira Okoro⁵, Laura Lamas Martins Gonçalves²

Resumo

Introdução: A atenção primária à saúde é a principal estratégia para controle da doença renal crônica. **Objetivo:** compreender o cuidado prestado à pessoa com doença renal crônica no contexto da atenção primária à saúde na perspectiva dos profissionais de saúde. **Método:** Estudo qualitativo, realizado com profissionais da área médica e de enfermagem de Unidades Básicas de Saúde, utilizando entrevistas semiestruturadas e análise de conteúdo na modalidade temática para análise dos dados. **Resultados:** Foram identificadas duas categorias de empíricas: 1) A atenção primária à saúde não está preparada para cuidar de pessoas com doença renal crônica; 2) A atenção primária à saúde perde o contato com os usuários em tratamento de hemodiálise. **Conclusões:** Para a maioria dos profissionais, a atenção primária à saúde não está preparada para o diagnóstico da doença renal crônica ou encaminhamento oportuno e não garante a manutenção do vínculo após o início do tratamento.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Doença renal crônica. Avaliação em saúde.

Abstract

Introduction: Primary health care is the main strategy for the control of chronic kidney disease. **Objective:** To understand the care provided to people with chronic kidney disease in the context of primary health care from the perspective of health professionals. **Method:** Qualitative study with medical and nursing professionals using semi-structured interviews and content analysis in the thematic modality for data analysis. **Results:** Two empirical categories were identified: 1) Primary health care is not prepared to care for people with chronic kidney disease; 2) Primary health care hadn't been in touch with users undergoing hemodialysis. **Conclusions:** Most professionals pointed out that primary health care is not prepared for the diagnosis of chronic kidney disease or timely referral and does not guarantee permanent assistance after the start of treatment.

Keywords: Ectodermal dysplasia. Christ-Siemens-Touraine Syndrome. Anhydrotic Ectodermal Dysplasia.

Introdução

A Doença Renal Crônica (DRC), caracterizada pela perda gradual e progressiva da função renal, presente por mais de três meses¹, é uma doença silenciosa até os estágios mais avançados, o que dificulta seu diagnóstico. Medidas de prevenção da progressão dessa doença são de fundamental importância para reduzir o seu impacto na saúde pública. Para tal, é recomendado o acompanhamento sistemático das pessoas em condição de risco para o desenvolvimento de DRC².

Sabe-se que Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) são as principais causas de DRC, e as pessoas que as têm devem ser assistidas inicialmente pelos profissionais da Atenção Primária em Saúde (APS), tornando inerente a este nível de atenção o acompanhamento de pessoas que podem desenvolver ou que tenham DRC³. Essa estratégia funciona como medida protetiva contra danos renais, pois a atuação efetiva de médicos e enfermeiros torna possível o diagnóstico da doença em fases precoces, resultando em maior preparo para o tratamento dialítico e melhores resultados clínicos⁴.

Destaca-se o papel da APS enquanto ordenadora da Rede de Atenção à Saúde⁵, devendo ser a porta de entrada preferencial do sistema para os usuários com DRC de modo a atender às necessidades de saúde dessa população, contemplando todos os níveis de atenção,

sob sua coordenação⁶.

A importância da APS para o manejo da DRC é sinalizada por profissionais da área da saúde tanto desse nível de atenção como por especialistas, entendendo que os cuidados de saúde são resultados de uma interação entre a autogestão de usuários e profissionais da APS, havendo o apoio especializado secundário e terciário⁷. Além disso, o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, com vínculo territorial, característicos da APS, são imprescindíveis para otimização do acompanhamento desses usuários, tornando-a principal estratégia para o controle da DRC^{4,8}.

No Brasil, entretanto, a DRC tem sua assistência em nível primário ainda pouco resolutive⁹ e a região norte, apresenta baixo número de pacientes em acompanhamento pré-dialítico com grande dificuldade de acesso a serviços especializados¹⁰. O número de usuários que iniciam hemodiálise em estado grave e em urgência é elevado, refletindo a falta de diagnóstico precoce e encaminhamento tardio aos nefrologistas^{3,11}.

Nesse sentido, o objetivo do estudo foi compreender o cuidado prestado à pessoa com DRC no contexto da APS, a partir da percepção de profissionais de saúde, a fim de identificar as principais problemáticas enfrentadas e contribuir com o processo em busca de melhorias e resolutividade nesse nível de atenção.

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, MA, Brasil

² Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, MA, Brasil

³ Hospital Universitário. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, MA, Brasil

⁴ Programa de Residência Médica em Pediatria. Hospital Universitário. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, MA, Brasil

⁵ Curso de Graduação em Medicina. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, MA, Brasil
Contato: Clarice Maria Ribeiro de Paula Gomes. E-mail: clariceribeirogomes@hotmail.com

Métodos

Estudo do tipo avaliação qualitativa em saúde, teve como participantes profissionais da saúde de UBS. A pesquisa foi realizada na cidade de Belém – PA. Na ocasião, o município contava com 76 UBS e, dessas, 51 possuíam Estratégia Saúde da Família (ESF) – conhecidas na comunidade como “Família Saudável”, sendo a cobertura populacional de 44%.

A partir do cadastro das pessoas que realizavam hemodiálise em Belém, obtida na Associação dos Renais Crônicos e Transplantados do Pará (ARCTPA), foram identificados os usuários elegíveis para participar do estudo: idade maior que 19 anos; diagnóstico de DM tipo 2 e/ou HAS como doenças de base para DRC; ter iniciado hemodiálise em 2015 e depender exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS) para esse tratamento. Em seguida, foi verificado se havia vinculação desses com a APS e quais as UBS de referência. A partir de então, foi possível buscar os profissionais envolvidos nos cuidados de cada um dos usuários participantes.

Para fazer parte da pesquisa, os profissionais da saúde precisavam estar lotados na UBS da área de abrangência do domicílio de cada usuário identificado a partir do cadastro da ARCTPA. Houve inclusão de um médico e um enfermeiro por área adscrita. Não foram incluídos profissionais com menos de dois anos de atuação na APS.

Das oito UBS identificadas, foram selecionados oito médicos e oito enfermeiros, a partir da indicação da diretoria de cada uma dessas unidades. Para a coleta de dados foi utilizada entrevista semiestruturada. As entrevistas foram realizadas nas UBS conforme disponibilidade dos profissionais de saúde. As entrevistas foram gravadas, com o consentimento dos entrevistados e, posteriormente, transcritas. Para preservar o sigilo dos entrevistados, os nomes foram substituídos por M para médicos e E para enfermeiros, seguido do número de ordem da entrevista. Os dados foram analisados pela técnica de Análise de Conteúdo, na modalidade temática¹².

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade do Estado do Pará, sob o parecer substanciado nº 1.111.474 e atendeu às normas da Resolução CNS 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e discussão

Foram entrevistados 15 profissionais de saúde com idades entre 29 e 64 anos, sendo apenas um do sexo masculino. Todos estavam formados há mais de três anos e trabalhavam na APS no mínimo há dois anos.

A partir da análise das entrevistas sobre a percepção dos profissionais quanto a atenção dispensada às pessoas com DRC, identificaram-se duas categorias empíricas: 1) Atenção Primária à Saúde não está preparada para cuidar de pessoas com DRC; 2) A Atenção Primária à Saúde perde o contato com os usuários em tratamento de hemodiálise.

1) Atenção Primária à Saúde não está preparada para cuidar de pessoas com DRC

Neste estudo, alguns entrevistados referiram conhecer a necessidade de rastreamento da DRC e relataram rotina de acompanhamento dos usuários para identificação de comprometimento renal entre pessoas pertencentes ao grupo de risco.

Se pelo menos uma boa parte dos programas realmente funcionasse... aqui eu considero que funciona, porque os pacientes são todos acompanhados. E6

Eu costumo solicitar sempre alguns exames básicos. Entre eles ureia, creatinina, costumo pedir ultrassom de abdome total uma vez por ano na maioria dos pacientes, principalmente os hipertensos e os diabéticos que a gente sabe que pode levar a esse comprometimento maior de função renal, que é exatamente para gente estar investigando e tentando fazer o diagnóstico o mais breve possível. M1

No entanto, da maioria das falas está presente o entendimento de que a APS não está preparada para cuidar de pessoas com DRC, acolhendo de forma resolutiva às suas necessidades. Parte deles atribuiu essa percepção negativa à inexistência de uma rotina padrão para acompanhamento da DRC, em seus diversos serviços.

Olha, para te falar a verdade, apesar da gente trabalhar com hipertensos, diabéticos, que leva muito a esse problema, eu não vejo quase nada, eu não vejo na área básica de saúde, quase nenhum atendimento assim melhor, específico para o renal crônico. M2

O que a gente sabe é o que a gente leu, e a gente, quando atende algum paciente que vem, procura ver na internet. É assim que a gente vai trabalhando com eles, não temos nenhum protocolo. E1

A APS no Brasil está pautada em ações programáticas, atendimentos a grupos prioritários, atividades domiciliares e articulação com a comunidade, considerando os seus aspectos sociais, econômicos, políticos e epidemiológicos, a fim de subsidiar a identificação dos fatores de risco para o adoecimento e evitar o agravamento de uma doença¹³. Entretanto, apesar de ter resultados sanitários importantes, a APS é criticada pelo fato de não conseguir combater as causas primárias do processo de adoecimento, apresentando grandes diferenças na organização dos processos de trabalho¹⁴.

Fragilidades relacionadas ao contexto de acompanhamento à DRC na APS foram identificadas neste estudo. As falas sinalizaram ausência de ações específicas voltadas para esse público bem como de padronização dos atendimentos, podendo comprometer o manejo de uma doença, cujas características próprias, silenciosa até os estágios mais avançados, já repercutem na dificuldade do seu diagnóstico¹⁵.

Diferentes autores recomendam aos profissionais que acompanham pessoas em condição de risco, que fiquem atentos a alterações renais iniciais a fim de instituir medidas de prevenção da progressão da DRC, como no caso das pessoas com diabetes mellitus, hipertensão arterial, idosos e história familiar de nefropatias^{8,16,17}.

As falas dos entrevistados deste estudo também remetem à falta de direcionamento e clareza quanto ao papel da UBS, no contexto do atendimento à pessoa com DRC, ficando a critério de cada profissional da APS, a busca por orientações e *guidelines* existentes. Nesse contexto, parte dos profissionais desconhecem a existência dos protocolos de acompanhamento para DRC na APS e, mesmo entre aqueles que mencionam estar atentos aos grupos de risco, verificam-se condutas divergentes dos protocolos existentes, como no caso em que a médica menciona solicitar ultrassom de abdome total anualmente aos pacientes, sendo que este não consiste em exame de rastreio para DRC.

Esse desalinhamento gera problemas na efetivação da linha de cuidado voltada para a atenção

integral a esses indivíduos e, conseqüentemente, repercussões negativas no seu quadro de saúde, pois o diagnóstico tardio da DRC compromete seu manejo, levando ao início abrupto do tratamento dialítico. O estudo de Tonkin-Crine *et al.*,¹⁸ realizado com médicos nefrologistas e clínicos gerais, em quatro unidades renais da Inglaterra, apontou o baixo nível de conhecimento e de experiência dos profissionais para detecção e manejo da DRC.

Estudo realizado em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Ribeirão Preto/SP, identificou que os profissionais de saúde (médicos, enfermeira, agentes comunitárias de saúde, técnica e auxiliar de enfermagem) realizavam rastreamento na população vulnerável, no entanto, não utilizavam as recomendações para o manejo correto da doença e prevenção de riscos¹⁹.

Outras fragilidades nas atuações de médicos e enfermeiros são relacionadas à condução da DRC na atenção primária. Além do conhecimento insuficiente que repercute na prática clínica, a contínua negligência a queixas importantes também tem sido mencionada^{20,21}. A maioria dos médicos que presta assistência a pacientes com DM e HAS desconhece critérios clínicos que indicam necessidade de encaminhamento do usuário para a atenção especializada e não segue o protocolo de rastreio para DRC².

Um dos motivos para esse cenário pode ser o frágil processo de Educação Permanente em Saúde (EPS) para profissionais da APS. Uma revisão sistemática de estudos qualitativos considerando profissionais da APS, evidenciou que a ausência de EPS constituiu importante barreira para a modificação dos fatores de risco da DRC e para o controle da sua progressão²².

A EPS na APS é uma das diretrizes do Ministério da Saúde para o melhor acompanhamento de pessoas com DRC focando na prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dos fatores de risco⁸. Além disso, constitui potente ferramenta para promoção de melhorias do processo de trabalho e da assistência à saúde ofertados pela APS²³. Propõe transformar as práticas, partindo do conhecimento prévio e das experiências²⁴ em um processo de análise do cotidiano do trabalho pelos trabalhadores.

Além da sua evidente dimensão pedagógica, a EPS é uma importante estratégia de gestão, com grande potencial provocador de mudanças concretas das práticas de saúde dos usuários no cotidiano dos serviços, na medida em que favorece a reflexão sobre as práticas frente aos processos de trabalho, também pode ajudar a viabilizar a atuação coordenada e eficiente da equipe multiprofissional, voltada para a melhoria da adesão e do engajamento do usuário no próprio cuidado^{25,26}.

O estudo de Oliveira *et al.*,²⁷ ao mapear painel brasileiro de participação e atendimento a demandas de EPS das equipes de Saúde da Família, a partir do censo do PMAQ-AB no 2º Ciclo (2013), aponta que quase a totalidade das equipes que aderiram ao PMAQ-AB participaram de ações de EP para o atendimento das necessidades formativas desse grupo.

O trabalho em equipe é fundamental na atenção à saúde, pois resulta da junção de saberes de diferentes áreas que se integram, com o objetivo de garantir o cuidado adequado para os usuários, devendo ser centrado nas reais necessidades do indivíduo, a partir de ações interdisciplinares, que viabilizem estratégias integradas e resolutivas^{28,29}.

No entanto, a presença da equipe não necessariamente garante que as diferentes categorias profissionais

compartilhem objetivos comuns em direção a um processo interdisciplinar, sendo necessários dispositivos de gestão que fortaleçam e apoiem os trabalhadores nessa tarefa.

Quando ele vem, ele está matriculado aqui com o diabetes, com a pressão alta e são acompanhados pelo médico, pela enfermeira e pelo nutricionista, a gente acompanha, e quando o médico vê através de exames, vê que ele está com algum problema, ele manda para o especialista. E1

Disponibilizar o acesso a diferentes profissionais de saúde não é suficiente para garantir o cuidado integral, sendo necessário compreender o indivíduo como um todo que precisa ser atendido mediante práticas e serviços integrados³⁰.

A gente atende paciente aqui todo mês e quando a gente identifica problema renal, a gente tem que encaminhar para o clínico, e o clínico, muitas vezes, não tem a sensibilidade... talvez na pressa ele não olha os exames com essas alterações das escórias e aí ele não encaminha para o especialista. E5

Diferentes estudos têm demonstrado os efeitos positivos na prevenção e controle da DRC quando acompanhados na APS por equipe multiprofissional eficiente^{2,15,31}. Além disso, a implementação de políticas e estratégias de saúde pública por parte da equipe de saúde, que compartilham decisões com os usuários permitem seu empoderamento para manter o autocuidado³².

Realizar atividades educativas e apoiar o autocuidado, ampliando a autonomia da pessoa com DRC é uma das competências da equipe multiprofissional e pode contribuir para prevenção de DRC em qualquer estágio da doença³². A partir das entrevistas, pode-se depreender que esse tipo de atuação voltada para educação em saúde está presente no trabalho de alguns dos profissionais participantes deste estudo.

A gente orienta, faz de novo a orientação sempre e, com relação aos pacientes diabéticos, que não consegue ver direito para se administrar insulina, a gente pede que traga um acompanhante para gente poder ensinar como é que faz a administração correta, ensina direitinho. E2

No entanto, os relatos associaram a falta de aderência ao tratamento à negligência ou 'teimosia' dos usuários, evidenciando o não reconhecimento do papel estratégico dos profissionais no processo de melhoria da adesão e engajamento do usuário.

Eu acho que é descuido mesmo do paciente. Paciente que não quer fazer o tratamento direitinho. Aí foge da dieta que a nutricionista recomenda. Geralmente são pacientes difíceis de lidar, deles aceitam a doença, de fazer o tratamento correto, é um tratamento para a vida toda praticamente, paciente que tem hipertensão e diabetes tem que fazer controle a vida toda praticamente. E7

Shirazian *et al.*,³³ destacam a necessidade de utilização de mecanismos motivadores por uma equipe multiprofissional para promover a aderência ao tratamento. Em seu estudo, observaram que pessoas diabéticas com DRC tiveram mais dificuldades para adesão ao tratamento medicamentoso e dietético quando comparados àqueles sem DRC.

Diante disso, cabe mais uma vez destacar, o potencial das ações de educação permanente na promoção de mudanças das práticas de saúde a partir de reflexões sobre os processos de trabalho, de modo a despertar entre os profissionais a necessidade de construir um tratamento de modo compartilhado, possibilitando a construção também compartilhada do sentido do tratamento.

2) A Atenção Primária perde o contato com os usuários em hemodiálise

A realidade evidenciada nas falas dos entrevistados retrata a perda de contato com os usuários, até então acompanhados na APS, após iniciarem o tratamento de hemodiálise. Trata-se de uma questão que envolve muitas variáveis e que apresenta problemas desde o início do processo, como as dificuldades de encaminhamento dos usuários tratados nas UBS para DM e HAS aos outros níveis de atenção.

A gente investiga, pede os exames básicos, toda vez que a gente pode pedir na atenção básica, e quando a gente detecta algum risco, a gente encaminha. Nesse momento que o paciente não chega no especialista. M5

As equipes da APS deveriam ser o primeiro contato e coordenar as referências para as especialidades, exercendo um papel regulador pautado pela lógica garantidora do acesso ao melhor cuidado possível, conforme um projeto terapêutico definido, considerando as necessidades daquele indivíduo ou comunidade^{34,35}.

No entanto, apesar do reconhecimento da importância da APS para manejo da DRC associado ao apoio especializado secundário e terciário⁷, o encaminhamento ao especialista, ainda que oportuno, não é garantia de manutenção do cuidado do paciente com DRC de forma integrada.

A relevância do trabalho em rede é apontada por muitos estudiosos no sentido de garantia de uma abordagem integral do processo saúde-doença e por constituir estratégia com melhor impacto nos indicadores de saúde de outros países¹⁴.

Outra questão depreendida das falas é que, mesmo quando esse encaminhamento é efetivado, uma vez iniciado o tratamento de hemodiálise, não há garantia da continuidade do acompanhamento pela APS ou, quando realizado, ocorre de maneira pontual.

Muitas vezes quando a gente consegue encaminhar a gente perde o contato. E1

Tenho um paciente renal crônico, a parte da diálise ele faz três vezes na semana. Mas a nossa assistência da atenção básica dele é a assistência domiciliar porque é um paciente amputado, então é um paciente que tem dificuldade de se deslocar até o posto. M3

Os entrevistados não mencionaram sua responsabilidade no processo de manutenção do vínculo ou resgate dos usuários com DRC após os encaminhamentos.

Segundo a linha de cuidado de atenção à pessoa com DRC, a APS deve manter o vínculo e o cuidado mesmo quando os usuários são referenciados para outros pontos de atenção da rede no âmbito do SUS, inclusive para aqueles em tratamento regular, com a utilização de apoio matricial dos profissionais da hemodiálise na condução dos casos⁶.

O estabelecimento de vínculo entre profissionais de saúde e usuários cria a possibilidade de uma nova prática de atenção à saúde com maior qualidade³⁶, facilitando a continuidade da relação clínica com acompanhamento dos efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia³⁶.

No contexto da DRC, a visita domiciliar (VD) poderia funcionar como estratégia de acompanhamento dos pacientes e de manutenção do vínculo com os usuários, que precisa ser permanentemente construído, implica em confiança mútua³⁷ e, ao longo do tempo, pode deixar o usuário mais confortável para relatar informações relevantes e responder melhor às recomendações, pois quando o usuário confia que o profissional fará o que é melhor para sua saúde, apresenta maior satisfação com a atenção recebida, e este é um indicador altamente preditor do uso frequente do serviço de saúde³⁴.

Porém, os participantes deste estudo reconheceram que a visita domiciliar ocorre somente para alguns pacientes, especialmente para aqueles com dificuldade de locomoção. Além disso, o seguimento dos pacientes com DRC na APS pode ser comprometido devido à fragilidade do processo de contrarreferência.

A gente manda a referência, mas dificilmente volta a contrarreferência, a gente sabe por que o paciente traz a receita do outro médico, aí a gente vê qual que foi a conduta, traz o exame que ele fez lá com o outro médico, a gente acompanha mais dessa forma. M1

A produção de saúde deve ocorrer dentro de uma rede dinâmica de serviços e ações⁹, sendo necessário o acesso aos procedimentos na atenção secundária, com sistema de marcação de consulta eficiente, sistemas de referência e contrarreferência organizados e níveis de atenção básica e secundária trabalhando de forma integrada³⁸.

Almeida *et al.*,³⁹ observaram baixa utilização de contrarreferência após consulta com especialistas no sistema de saúde, em outras capitais do país. Ainda que os usuários iniciem acompanhamento em outro nível de atenção, o vínculo com a UBS deve ser mantido e a APS deve acompanhá-los, e dialogar com os serviços de atenção secundária¹⁵.

Neste estudo, as falas remetem à uma desorganização do sistema de contrarreferência com ações não articuladas em rede e fragilidades na comunicação entre os diferentes níveis de atenção, o que dificulta a execução do atributo da APS enquanto coordenadora dos cuidados.

Os entrevistados sinalizaram dificuldades de comunicação entre os diferentes níveis de atenção. O compartilhamento de informações entre profissionais da APS e especialistas é fundamental para a utilização do modelo de equipe de referência e apoio matricial⁴⁰.

Uma equipe de referência e apoio matricial pode determinar o cuidado compartilhado entre a equipe da UBS e profissionais dos demais níveis de atenção no atendimento de modo que, quando a APS não é capaz de dar todas as respostas às demandas da população portadora de fatores de risco ou de DRC isoladamente, pode se beneficiar do apoio matricial com nefrologistas e a reorientação das instituições formadoras dos profissionais de saúde para uma atitude menos reducionista como formas de contribuir para a facilitação do acesso aos diversos recursos e níveis do

cuidado, garantindo a integralidade da atenção à pessoa com DRC⁹.

O pequeno número de profissionais entrevistados pode ser considerado como uma limitação do estudo. No entanto, isto está relacionado ao fato de que os participantes deveriam já ter atendido pessoas portadoras de DRC, e a frequência desses atendimentos não é grande na APS.

Este estudo mostrou que os profissionais desconhecem a importância dos cuidados da APS para as pessoas com DRC relacionados aos protocolos clínicos de prevenção, diagnóstico precoce e controle da doença, o que impacta no exercício da função coordenação da atenção à saúde, comprometendo a integralidade do cuidado e a efetivação da APS enquanto porta de entrada do sistema de saúde e coordenadora dos cuidados em toda a rede de atenção. Em caso de referência para hemodiálise, foi observado a perda de vínculo com o usuário, demonstrando fragilidade no processo de encaminhamento para outros níveis de atenção.

É necessário, portanto, o fortalecimento de ações de educação permanente e de apoio matricial para melhor instrumentalizar o trabalho da equipe multiprofissional na APS, além de maior investimento institucional para viabilização da APS enquanto porta de entrada do sistema de saúde e coordenadora dos cuidados em toda a rede de atenção.

Referências

1. International Society of Nephrology. *KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury* [Internet]. 2012 Mar. Disponível em: <https://kdigo.org/wp-content/uploads/2016/KDIGO-2012-Guideline-English.pdf>.
2. Paula EA, Costa MB, Colugnati FAB, Bastos RMR, Vanelli CP, Leite CCA, et al. Strengths of primary healthcare regarding care provided for chronic kidney disease. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2016; 24: 1-9.
3. Levey AS, Coresh J. Chronic kidney disease. *The Lancet*, 2012; 379(9811): 165-180.
4. Vassalotti JA, Centor R, Turner BJ, Greer RC, Choi M, Sequist TD. Practical Approach to Detection and Management of Chronic Kidney Disease for the Primary Care Clinician. *Am J Med.*, 2016; 129(2): 153-162.e7.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [citado 2021 fev 10]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 389, de 13 de março de 2014*. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. [Internet]. [citado 2021 fev 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389_13_03_2014.html.
7. Lo C, Ilic D, Teede H, Fulcher G, Gallagher M, Kerr PG, et al. Primary and tertiary health professionals' views on the health-care of patients with co-morbid diabetes and chronic kidney disease - a qualitative study. *BMC Nephrology*, 2016; 17(1).
8. Elwenspoek MMC, Patel R, Watson JC, Whiting P. Are guidelines for monitoring chronic disease in primary care evidence based? *BMJ*, 2019; I2319.
9. Pena PFA, Silva Júnior AG, Oliveira PTR, Moreira GAR, Libório AB. Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica no nível primário: pensando a integralidade e o matriciamento. *Ciênc. saúde coletiva*, 2012; 17(11): 3135-3144.
10. Fernandes NMS, Chaoubah A, Bastos K, Lopes AA, Divino-Filho JC, Pecoits-Filho R, et al. Geografia da diálise peritoneal no Brasil: análise de uma coorte de 5.819 pacientes (BRAZPD). *Braz. J. Nephrol.*, 2010; 32(3): 268-274.
11. Silva LK, Bregman R, Lessi D, Leimann B, Alves MB. Ensaio sobre a cegueira: mortalidade de pacientes com doença renal crônica em hemodiálise de emergência. *Ciênc. saúde coletiva*, 2012; 17:2971-80.
12. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2010.
13. Rahman R, Pinto RM, Zanchetta MS, Wall MM. Delivery of Community-Based Care Through Inter-professional Teams in Brazil's Unified Health System (UHS): Comparing Perceptions Across Community Health Agents (CHAs), Nurses and Physicians. *J Community Health*, 2017;42(6): 1187-1196.
14. Mendes EV. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. [citado 2021 fev 10]. Disponível em: <https://apsredes.org/o-cuidado-das-condicoes-cronicas-na-atencao-primaria-a-saude-o-imperativo-da-consolidacao-da-estrategia-da-saude-da-familia/>
15. Paula EA, Costa MB, Colugnati FAB, Bastos RMR, Vanelli CP, Leite CCA, et al. Potencialidades da atenção primária à saúde no cuidado à doença renal crônica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2016; 1-9.
16. Abreu LA, Carvalho GAB, Azeredo BA, Mangabeira RR, Souza DC, Guimarães FP, et al. Importância do diagnóstico precoce da doença renal crônica: uma revisão de literatura. *Revista Atenas Higeia*, 2019; 1(2): 19-23.
17. Fraser S, Blakeman T. Chronic kidney disease: identification and management in primary care. *Pragmat Obs Res*, 2016; 7(7): 21-32.
18. Tonkin-Crine S, Santer M, Leydon GM, Murtagh FE, Farrington K, Caskey F, et al. GPs' views on managing advanced chronic kidney disease in primary care: a qualitative study. *Br J Gen Pract.*, 2015; 65(636): e469-e477.
19. Travagim DSA, Kusumota L, Teixeira CRS, Cesarino CB. Prevenção e progressão da doença renal crônica: atuação do enfermeiro com diabéticos e hipertensos. *Rev enferm UERJ*, 2010; 291-297.
20. Nascimento RAMD, Assunção MSC, Silva Junior JM, Amendola CP, Carvalho TMD, Lima EQ, et al. Nurses' knowledge to identify early acute kidney injury. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2016; 50(3): 399-404.
21. Lima WL, Paula LB, Duarte TTP, Magro MCS. Conhecimento dos enfermeiros da atenção primária à saúde sobre fatores de risco para Lesão Renal Aguda. *Esc Anna Nery*, 2020; 24(2): 1-7.
22. Junaid Nazar CM, Kindratt TB, Ahmad SMA, Ahmed M,

- Anderson J. Barriers to the successful practice of chronic kidney diseases at the primary health care level; a systematic review. *J Renal Inj Prev*, 2014; 3(3): 61–67.
23. Mesquita LM, Valente GSC, Soeiro RL, Cortez EA, Lobo BMIS, Xavier SCM. Estratégias de Educação Permanente na Avaliação das Equipes de Saúde da Família: uma Revisão Sistemática. *Rev. bras. educ. med*, 2020; 44(1): 1–9.
24. Ribeiro DT, Nascimento DT, Cunha FM, Ozorio JC, Ferreira AV, Santos TC, et al. *O PMAQ-AB como umas das estratégias de estímulo à prática da Educação Permanente em Saúde*. In: Gomes, Barbosa, Ferla (organizadores). *A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas*. [Internet]. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2016. p. 129–141. [citado 2021 fev 7]. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/134335/000988700.pdf?sequence=1#:~:text=O%20PMAQ%2DAB%20visa%20a.>
25. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
26. Cruz CSS, Fernandes DRF, Martins SRR, Silva EJ, Silvério JB, Oliveira LC. A utilização do método clínico centrado na pessoa e a relação com a melhoria da performance clínica de médicos do programa de educação permanente para médicos da estratégia de saúde da família da região ampliada de saúde Jequitinhonha – MG. *Revista de Saúde Pública do SUS/MG*, 2017; 2(1): 105–114.
27. Oliveira IV, Santos JMM, Almeida FCS, Oliveira RN. Educação Permanente em Saúde e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: um estudo transversal e descritivo. *Saúde em Debate*, 2020; 44(124): 47–57.
28. Guimarães BEB, Branco ABAC. Trabalho em equipe na atenção básica à saúde: pesquisa bibliográfica. *Rev. Psicol. Saúde*, 2020; 12(1): 143–155.
29. Farias DN, Ribeiro KSQS, Anjos UU, Brito GEG. Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família. *Trab. educ. saúde*, 2018; 16(1): 141–162.
30. Bacellar A, Rocha JSX, Flôr MS. Abordagem centrada na pessoa e políticas públicas de saúde brasileiras do século XXI: uma aproximação possível. *Revista NUFEN*, 2012; 4(1):127–140.
31. Bauer CA, Yee J, Campbell RC. The Interdisciplinary Chronic Kidney Disease Clinic. *Chronic Renal Disease*, 2015; 587–597.
32. Daker-White G, Rogers A, Kennedy A, Blakeman T, Blickem C, Chew-Graham C. Non-disclosure of chronic kidney disease in primary care and the limits of instrumental rationality in chronic illness self-management. *Soc Sci Med*, 2015; 131: 31–39.
33. Shirazian S, Crnosija N, Weinger K, Jacobson AM, Park J, Tanenbaum ML, et al. The self-management experience of patients with type 2 diabetes and chronic kidney disease: a qualitative study. *Chronic Illness*, 2015; 12(1): 18–28.
34. Starfield, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
35. Giovanella L, Mendonça MHM. *Atenção primária à saúde*. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014. p. 493–545.
36. Brunello MEF, Ponce MAZ, Assis EG de, Andrade RL de P, Scatena LM, Palha PF, et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998–2007). *Acta paul. enferm.*, 2010; 23(1): 131–135.
37. Brasil. *Portaria no 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários. Diário Oficial da União [Internet] 2011 [citado 2021 fev 10]; (204) Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
38. Slomp Junior H, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Histórias de vida, homeopatia e educação permanente: construindo o cuidado compartilhado. *Ciênc. saúde coletiva*, 2015; 20(6): 1795–1803.
39. Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, Drago LC. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2013; 21 (SPE):131–139.
40. Chazan LF, Fortes S, Camargo Jr. KRD, Freitas GCD. O apoio matricial na Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro: uma percepção dos matriciadores com foco na Saúde Mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2019; 29(2).

DRUG ADDICTION AND ASSOCIATED FACTORS AMONG PEOPLE WHO ATTENDED A VOLUNTARY COUNSELING AND TESTING CENTER IN SOUTHEASTERN BRAZIL

USO DE DROGAS E FATORES ASSOCIADOS ENTRE AS PESSOAS QUE FREQUENTARAM UM CENTRO DE ACONSELHAMENTO E TESTES VOLUNTÁRIOS NO SUDESTE DO BRASIL

Bruna Aparecida Medeiros Pimenta¹, Nereida Kilza da Costa Lima², Miriane Lucindo Zucoloto², Ivana Astolphi Gandra Passeri³, Enio Paulino Barbosa Rodrigues³, José Antônio de Carvalho³, Shirlei Aparecida Vitor³, Thelma Therezinha Gonçalves⁴, Edson Zangiacomi Martinez²

Abstract

Introduction: Volunteer Counseling and Testing centers (VCTs) are important facilities in the fight against HIV/AIDS in Brazil. **Objective:** The main objective of this study was to describe the profile of people who attended the VCT of the School Health Center of the Ribeirão Preto School of Medicine of the University of São Paulo (VCT-CSE), highlighting the prevalence of drug use among them. The associations between sociodemographic and behavioral characteristics of the participants and drug use were also studied. **Methods:** This is a descriptive cross-sectional study using secondary data collected from sheets registered in the VCT-CSE with information about all 424 individuals who have undergone the service from January 1st to December 31st, 2016. **Results:** Attendees tend to be single (58.5%), white (59.2%), the vast majority (83.9%) had at least 8 years of formal education, and 56.5% were in the age group 25 to 35 years old. Occasional or regular use of alcohol was reported by 56.6% of the attendees. Marijuana is the most used illicit drug, followed by inhaled cocaine. Regular use of alcohol was higher among students, divorced people, and those with many sexual partners in the last 12 months. Marijuana usage was higher among younger individuals (15.4%), those who had 10 or more sexual partners in the last 12 months (33.3%) and alcohol users. **Conclusion:** Alcohol and marijuana are the most frequently reported drugs used by attendees, and the number of sexual partners is associated with the use of these drugs.

Keywords: Health Services. Drug Utilization. Marijuana Use. Alcohol Drinking. Primary Health Care.

Resumo

Introdução: Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) são importantes para o combate ao HIV/AIDS no Brasil. **Objetivo:** O objetivo principal deste estudo foi descrever o perfil das pessoas que frequentaram o CTA do Centro Escolar de Saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CTA-CSE), destacando a prevalência do uso de drogas entre elas. As associações entre as características sociodemográficas e comportamentais dos participantes e o uso de drogas também foram estudadas. **Métodos:** Este é um estudo transversal descritivo usando dados secundários de planilhas de registros de atendimentos do CTA-CSE, com informações sobre todas as 424 pessoas atendidas de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2016. **Resultados:** As pessoas atendidas eram em maior parte solteiras (58,5%), brancas (59,2%), e a grande maioria (83,9%) tinha 8 anos de educação formal, 56,5% estavam na faixa etária de 25 a 35 anos. Uso ocasional ou regular de álcool foi relatado por 56,6% dos participantes. A droga ilícita mais usada foi a maconha (13,5% usavam ocasionalmente ou regularmente). Uso regular de álcool foi alto entre os estudantes, pessoas divorciadas e aquele com muitos parceiros sexuais nos últimos 12 meses. Uso de maconha foi maior entre os jovens adultos (15,4%), aqueles com 10 ou mais parceiros sexuais nos últimos 12 meses (33,3%) e usuários de álcool. **Conclusão:** Álcool e maconha são as drogas mais frequentemente reportadas pelos usuários do CTA-CSE, e o número de parceiros sexuais é associado ao uso destas drogas.

Palavras-chave: Serviços de Saúde. Utilização de drogas. Utilização de marijuana. Consumo de álcool. Atenção Primária à Saúde.

Introduction

At the end of the 1980s, to curb the HIV epidemic, the Brazilian Health Ministry created an anonymous testing system, which included the offer of free serological tests as an important strategy for AIDS control. The main goal was to reach out at risk individuals for infection, such as homosexuals, sex workers, and injecting drug users. Currently, these facilities are named Voluntary Counseling and Testing (VCT) center¹.

In Brazil, marked changes in the AIDS epidemic were noted in the second half of the 1990s, including an increase in the number of new cases among heterosexuals, women, low-income people, and those living in medium-sized municipalities². The VCTs then expanded the availability and accessibility of their services to the general population and became a reference for universal access to testing, counseling and prevention of HIV and other sexually transmitted infections

(STI). Since 2004, the serological tests offered by the VCTs included viral hepatitis. Thus, the VCTs play a key role in health promotion, prevention, and early diagnosis of infections of sexual transmission³.

According to the Brazilian Ministry of Health, counseling is an educational process that can be developed through an interactive dialogue based on a relationship of trust between the user and the VCT health care provider⁴. The goal is to allow individuals to assess their risks and make decisions about STI prevention. In this context, the counseling aims are to promote stress level reduction, safer practices, greater adherence to treatments, and treatment of sexual and injecting drug partners. The target audience of VCTs are the vulnerable population to STI, HIV/AIDS, or viral hepatitis infection and their sexual partners, injecting drug users, persons who are willing to be tested for HIV (infected or uninfected) or for the diagnosis of hepatitis, and people who seek help due to probable risk situations^{3,4}.

¹ College of Nursing, University of São Paulo (USP), Ribeirão Preto, Brazil

² Medical School, University of São Paulo (USP), Ribeirão Preto, Brazil.

³ School Health Center of Medical School, University of São Paulo, Ribeirão Preto, Brazil.

⁴ Vitalant Research Institute, São Francisco, California, USA.

Corresponding author. Edson Zangiacomi Martinez. Email: edson@fmrp.usp.br

Several studies, both in Brazil and around the world, have shown that through VCT activities, it is possible to monitor the serological status, sociodemographic profile, and behaviors related to HIV/AIDS and other STIs in the population served, thereby improving disease prevention and control⁵⁻⁷.

Assessing the use of drugs among VCT users is important since legal drugs such as alcohol and illegal drugs worsen the harm by reducing the capacity to make judgments or take decisions in risk situations⁸. In addition, in a study describing the population tested for HIV at VCTs in São Paulo State, the prevalence of HIV infection among drug users was almost four times the prevalence of non-users⁹.

At the moment of this writing, there were 442 VCTs in Brazil (<http://www.aids.gov.br>). Of them, 138 were in the Brazil's Southeast region and 78 in the State of São Paulo. In the municipality of Ribeirão Preto, São Paulo State, Southeast Brazil, there were five VCTs dispersed in the five city's regions, including the VCT of the School Health Center (VCT-CSE) of the Ribeirão Preto Medical School of the University of São Paulo (FMRP-USP).

The main objective of this study was to describe the profile of people who attended the VCT of the School Health Center of the Ribeirão Preto School of Medicine of the University of São Paulo (VCT-CSE), highlighting the prevalence of drug use among them. The associations between sociodemographic and behavioral characteristics of the participants and drug use were also studied.

Methods

Participants, Study Design, and Sampling Methods

This was a retrospective cross-sectional survey of all consecutive individuals presenting to the VCT-CSE from January 1st to December 31st, 2016. As a routine procedure at VCT-CSE, all individuals who attend the facility are registered and are required to answer a face-to-face questionnaire performed by a trained healthcare provider. The study instrument included demographic questions, reasons for visiting the VCT, and epidemiological antecedents, such as the use of alcohol, marijuana, inhaled cocaine, injected cocaine, crack, amphetamines, heroin, and other drugs. The response set allowed answers such as "never used", "no longer use", "occasionally use" and "regularly use".

Settings

Ribeirão Preto is the eighth largest municipality in the state of São Paulo, with more than 600,000 inhabitants. The School Health Center (CSE) concentrates a large part of the assistance and research activities of the Ribeirão Preto Medical School (FMRP-USP), of the Ribeirão Preto Nursing School (EERP-USP), of the Ribeirão Preto School of Dentistry (FORP-USP) and of other units of the Campus of the University of São Paulo (USP) located in the municipality. It is estimated that in 2016, 178.754 inhabitants lived in the geographic area covered by the CSE (data from Municipal Health Secretariat). The CSE plays an important role in developing new knowledge and technologies in the context of providing health care to individuals, families, and the community in its area of coverage. Attendance at the VCT-CSE may imply the offer of anti-HIV serological testing, and this test is strictly voluntary.

Data Analysis

In a first step, all variables of interest were tabulated for identification of inconsistencies and missing information. In these cases, the correspondent instruments were verified, and possible typing errors were corrected.

Associations between the use of the most prevalent drugs and different variables were tested by Fisher's exact tests. The selection of a subset of variables that best discriminate between individuals according to the use of the most prevalent drugs was based on conditional inference tree statistical modelling, a non-parametric class of multivariate regression model that embeds tree-structured regression models into a well-defined theory of conditional inference procedures¹⁰. The conditional inference trees were fitted with the package "party" of the software R version 3.4.3.

The research was approved by the Ethics Research Committee of the CSE of the FMRP-USP (protocol number 2.104.658L).

Results

From January 1st to December 31st, 2016, 424 individuals were attended the VCT-CSE. Of those, 247 (58.3%) were males and 41.7% were females. Attendees tended to be single (58.5%), white (59.2%), the vast majority (83.9%) had at least eight years of formal education, 72.9% were employed, and 56.5% were in the age group of 25 to 35 years old. Overall, 62.5% reported drug use in the last 12 months, among whom 67.6% were male and 55.4% were female. The most common reason for visiting the VCT was to know the serological status (39.2%) followed by exposure to a high-risk situation (37.1%). A total of 77.1% of the subjects attempted the VCT for the first time. Only two attendees considered themselves sex workers, and two belonged to the confined population (Table 1).

Table 1. Demographics characteristics of the attendees at VCT-CSE, reasons for the search the facility and how users hear about the service. Ribeirão Preto, Brazil, 2016.

	Total (n=424)		Men (n = 247)		Women (n = 177)	
	n	%	n	%	n	%
Age group						
< 26 years	122	28.8	68	27.5	54	30.5
26 to 35 years	155	37.0	111	44.9	46	26.0
36 to 45 years	61	14.4	27	10.9	34	19.2
> 45 years	84	19.8	41	16.6	43	24.3
Marital status						
Single	248	62.3	152	65.0	96	58.5
Married / with partner	104	26.1	57	24.4	47	28.7
Divorced / separated	38	9.6	22	9.4	16	9.8
Widower	08	2.0	03	1.2	05	3.0
Not informed	26		13		13	
Skin color						
White	236	59.2	142	60.7	94	57.0
Black	45	11.3	24	10.3	21	12.7
Asian	07	1.7	04	1.7	03	1.8
Mullato	111	27.8	64	27.3	47	28.5
Not informed	25		13		12	
Education (years)						
Illiterate	03	0.8	02	0.9	01	0.6
1 to 3 years	08	2.0	03	1.3	05	3.0
4 to 7 years	53	13.4	32	14.0	21	12.5
8 to 11 years	167	42.2	96	42.1	71	42.2
> 11 years	165	41.7	95	41.7	70	41.7
Not informed	28		19		09	
Occupation						
Employed	266	62.7	180	72.9	86	48.6
Unemployed	49	11.6	11	4.5	38	21.5
Retired	10	2.4	08	3.2	02	1.1

Student	99	23.4	48	19.4	51	28.8
Sexual partners (last 12 months)						
None	14	3.4	04	1.7	10	5.8
1	190	46.1	100	41.7	90	52.3
2	63	15.3	36	15.0	27	15.7
3 to 5	89	21.6	59	24.6	30	17.4
6 to 9	24	5.8	17	7.1	07	4.1
10 or more	32	7.8	24	10.0	08	4.7
Not informed	12		07		05	
Reason for the search						
To know the serological status	164	39.2	88	35.8	76	44.2
Exposure to risk situation	155	37.1	100	40.6	55	32.0
Referred by a health service	48	11.5	28	11.4	20	11.6
Suspected STD	16	3.8	09	3.8	07	4.1
Prevention	10	2.4	06	2.4	04	2.4
Immunological window	08	1.9	04	1.6	04	2.3
Prenatal care	05	1.2	4	1.6	01	0.6
Referred by blood bank	02	0.5	0	0	02	1.2
Admission to employment	02	0.5	02	0.8	0	0
Symptoms related to AIDS	01	0.2	01	0.4	0	0
To check previous result	01	0.2	01	0.4	0	0
Testing for hepatitis	01	0.2	01	0.4	0	0
Home contact for hepatitis	01	0.2	01	0.4	0	0
Pre-nuptial examination	01	0.2	-	-	01	0.6
Other	03	0.7	01	0.4	02	1.2
Not informed	06		01		05	
How did you hear about the CTA service?						
Health Service / Health professional	188	46.9	102	43.4	86	51.8
Friends / Service users	143	35.7	82	34.9	61	36.8
Internet	36	9.0	26	11.6	10	6.0
Promotional material	15	3.8	13	5.5	02	1.2
Newspapers / Radio / Television	09	2.2	05	2.1	04	2.4
Blood bank	03	0.7	02	0.8	01	0.6
Telephone information services	02	0.5	01	0.4	01	0.6
Non-governmental organizations	02	0.5	02	0.8	0	0
Other	03	0.7	02	0.8	01	0.6
Not informed	23		12		11	
Is it the first attendance?						
Yes	327	77.1	188	76.1	139	78.5
No	97	22.9	59	23.9	38	21.5

exact test, the related p-values are higher than 0.05) (Table 3).

Table 2. Drug use among the users of the VCT-CSE. Ribeirão Preto, Brazil, 2016.

Drugs	Never used		No longer use		Occasionally use		Regularly use	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Alcohol	171	40.3	13	3.1	186	43.9	54	12.7
Marijuana	356	84.0	11	2.6	33	7.8	24	5.7
Inhaled cocaine	399	94.1	09	2.1	12	3.1	03	0.7
Injected cocaine	421	99.3	02	0.5	01	0.2	0	0
Crack	415	97.9	02	0.5	04	0.9	03	0.7
Amphetamines	420	99.1	02	0.5	02	0.5	0	0
Others	417	98.4	05	1.2	01	0.2	01	0.2

Table 3. Relationship between alcohol use and characteristics of the users of the VCT-CSE. Ribeirão Preto, Brazil, 2016.

	Alcohol use								Fisher's Exact Test (P-value)
	Never used (n = 171)		No longer use (n = 13)		Occasionally use (n = 186)		Regularly use (n = 54)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sex									0.13
Men	88	35.6	9	3.6	117	47.4	33	13.4	
Women	83	46.9	4	2.3	69	39.0	21	11.9	
Age group									0.08
< 26 years	42	34.4	4	3.3	63	51.6	13	10.7	
26 to 35 years	57	36.3	4	2.6	75	47.8	21	13.4	
36 to 45 years	27	44.3	2	3.3	25	41.0	7	11.5	
> 45 years	45	53.6	3	3.6	23	27.4	13	15.5	
Occupation									0.02
Employed	109	41.0	5	1.9	122	45.9	30	11.3	
Unemployed	26	53.1	3	6.1	13	26.5	7	14.3	
Retired	6	60.0	1	10.0	2	20.0	1	10.0	
Student	30	30.3	4	4.0	49	49.5	16	16.2	
Skin color									0.46
White	82	34.8	8	3.4	115	48.7	31	13.1	
Black	22	48.9	2	4.4	16	35.6	5	11.1	
Asian	3	42.9	0	0	4	57.1	0	0	
Mullato	49	44.1	1	0.9	46	41.4	15	13.5	
Marital status									0.02
Single	53	51.0	4	3.8	34	32.7	13	12.5	
Married	92	37.1	5	2.0	120	48.4	31	12.5	
Divorced	12	31.6	2	5.3	18	47.4	6	15.8	
Widower	6	75.0	1	12.5	1	12.5	0	0	

Occasional or regular use of alcohol was reported by 56.6% of the attendees. Marijuana is the most used illicit drug (13.5% use occasionally or regularly), followed by inhaled cocaine (3.1% use occasionally or regularly). There were no reports of heroin use (Table 2).

Regular alcohol use is higher among students, divorced people, and those with many sexual partners in the last 12 months. There is a higher proportion of abstemious among those with higher schooling levels. There is no clear association between alcohol use and sex, age groups, and skin color (according to the Fisher

USO DE DROGAS E FATORES ASSOCIADOS ENTRE AS PESSOAS QUE FREQUENTARAM UM CENTRO DE ACONSELHAMENTO E TESTES VOLUNTÁRIOS NO SUDESTE DO BRASIL

Education		<0.01							
Less than 7 years	28	43.8	4	6.3	22	34.4	10	15.6	
8 to 11 years	81	48.5	7	4.2	63	37.7	16	9.6	
12 years or more	51	30.9	1	0.6	93	56.4	20	12.1	
Sexual partners		<0.01							
None	8	57.1	0	0	4	28.6	2	14.3	
1	97	51.0	5	2.6	68	35.8	20	10.5	
2	20	31.8	3	4.8	33	52.4	7	11.1	
3 to 5	33	37.1	0	0	45	50.6	11	12.4	
6 to 9	4	17.4	1	4.3	14	60.9	4	17.4	
10 or more	5	15.1	2	6.1	18	54.6	8	24.2	
HIV testing result		0.17							
Reagent result	7	33.3	2	9.5	11	52.4	1	4.8	
No reagent result	158	41.5	10	2.6	164	43.0	49	12.9	

Overall, marijuana usage was higher among younger individuals (15.4%), those who had ten or more sexual partners in the last 12 months (33.3%) and alcohol users (p-values less than 0.05) (Table 4).

Table 4. Relationship between marijuana use and characteristics of the users of the VCT-CSE. Ribeirão Preto, Brazil, 2016.

	Marijuana use								Fisher's Exact Test (P value)
	Never used		No longer use		Occasionally use		Regularly use		
	(n = 356)		(n = 11)		(n = 33)		(n = 24)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sex									0.08
Men	198	80.2	7	2.8	24	9.7	18	7.3	
Women	158	89.3	4	2.3	9	5.1	6	3.4	
Age group									<0.01
< 26 years	92	75.4	3	2.5	16	13.1	11	9.0	
26 to 35 years	129	82.2	4	2.6	14	8.9	10	6.4	
36 to 45 years	55	90.2	3	4.9	0	0	3	4.9	
> 45 years	80	95.2	1	1.2	3	3.6	0	0	
Occupation									0.42
Employed	227	85.3	6	2.3	18	6.8	15	5.6	
Unemployed	44	89.8	1	2.0	1	2.0	3	6.1	
Retired	9	90.0	0	0	1	10.0	0	0	
Student	76	76.8	4	4.0	13	13.1	6	6.1	
Skin color									0.05
White	199	84.3	6	2.5	25	10.6	6	2.5	

Black	38	84.4	0	0	3	6.7	4	8.9	
Asian	6	85.7	0	0	0	0	1	14.3	
Mullato	91	82.0	4	3.6	5	4.5	11	9.9	
Marital status									0.12
Single	96	92.3	1	1.0	5	4.8	2	1.9	
Married	196	79.0	7	2.8	26	10.5	19	7.7	
Divorced	33	86.8	2	5.3	1	2.6	2	5.3	
Widower	8	100.0	0	0	0	0	0	0	
Education									0.55
Less than 7 years	54	84.4	3	4.7	3	4.7	4	6.2	
8 to 11 years	143	85.6	2	1.2	11	6.6	11	6.6	
12 years or more	137	83.0	4	2.4	16	9.7	8	4.9	
Sexual partners									<0.01
None	14	100.0	0	0	0	0	0	0	
1	174	91.6	3	1.6	10	5.3	3	1.6	
2	56	88.9	2	3.2	2	3.2	3	4.8	
3 to 5	73	82.0	4	4.5	8	9.0	4	4.5	
6 to 9	16	69.6	2	8.7	3	13.0	2	8.7	
10 or more	14	42.4	0	0	8	24.2	11	33.3	
Alcohol use									<0.01
Never used	161	94.2	3	1.7	4	2.3	3	1.8	
No longer use	11	84.6	1	7.7	0	0	1	7.7	
Occasionally use	145	78.0	05	2.7	21	11.3	15	8.0	
Regularly use	39	72.2	02	3.7	08	14.8	05	9.3	
HIV testing									0.33
Reagent result	17	81.0	01	4.8	03	14.3	0	0	
No reagent result	319	83.4	10	2.6	30	7.9	22	5.8	

A first conditional inference tree model used the characteristics of the users of the VCT-CSE to classify them among the classes of alcohol use (never used, no longer used, occasionally used, regularly used). The rectangles at the bottom of the figure correspond to the “terminal nodes” and show bar plots for the relative frequencies of alcohol use classes in each path through the tree. The algorithm selected schooling (p = 0.002) and sexual partners (p = 0.048) as the variables most able to discriminate between alcohol use classes. The first node of the conditional inference tree (the “root node”) split the data according to the schooling, suggesting that people with lower levels of education tend to be those who do not consume alcohol, while people with more schooling and many sexual partners (interior node 2) tend to consume more alcohol (Figure 1, panel (a)).

A second conditional inference tree model shows how the characteristics of the users of the VCT-CSE can be used to classify them among the classes of marijuana use. The first node split the data according to the number of sexual partners (p < 0.001), where

people with ten or more sexual partners in the last 12 months tend to be those who most use marijuana. Among the users with none or less than ten sexual partners, those who never used alcohol (interior node 2, $p = 0.038$) tend to be those who never used marijuana (Figure 1, panel (b)).

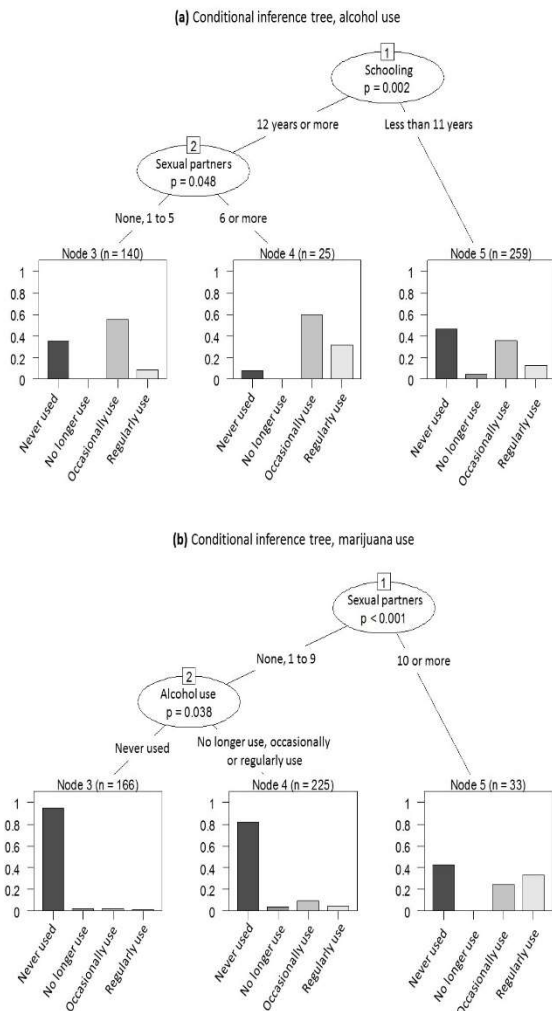


Figure 1. Conditional inference tree based on the characteristics of the users of the VCT–CSE to classify them among the classes of (a) alcohol and (b) marijuana use. Ribeirão Preto, Brazil, 2016.

Discussion

The study by Fonner et al.,¹¹ pointed that effective interventions for HIV prevention have been discovered, including pre-exposure prophylaxis, but these interventions will only succeed if more people become aware of their HIV status. This highlights the importance of the VCT in preventing HIV and accessing care and treatment. In this context, in Brazil, the number of HIV tests performed under the Unified National Health System (SUS) is 2.3 times higher in cities with VCT centers¹². The knowledge of the profile of the users of the VCT allows a better understanding of your needs and provides information to help health professionals improve their skills when they are attending to people at greater risk of exposure to HIV.

In this context, the results of this study allowed a profile of the attendees at the VCT–CSE in Ribeirão Preto, from January 1st to December 31st, 2016. The results showed that most of the attendees were

men, but this percentage is higher than that found at most VCTs in Brazil. For example, a study describing the profile of the clientele of 14 VCTs in the state of Santa Catarina identified a proportion of 35.3% of males¹³. A study conducted in Alfenas, Minas Gerais, showed a proportion of 47% of men attended at a VCT¹⁴. Relatively small percentages of men were also described in other Brazilian studies describing the profile of the attendees at VCTs^{15,16}. One possible explanation for this finding is that the primary reasons for searching the VCT–CSE were to learn about the serological status and risk situation, whereas in other studies, prenatal care is one of the most frequently cited reasons^{13–16}. Unlike many other municipalities, in Ribeirão Preto, prenatal care is usually provided by the primary health facilities, which also offer screening tests, and there is no need for pregnant women to seek the VCTs.

The drugs more frequently used by the users of the VCT are alcohol and marijuana. This result is compatible with the findings of other studies that have described the profile of the users of VCTs¹⁴. Alcohol is most used by students, people with 12 years or more of schooling, and those with many sexual partners. On the other hand, marijuana is most used by younger people and those with many sexual partners.

Conditional inference trees were used as an alternative to the traditional logistical regression analysis to study multivariate associations between the variables of interest, considering the presence of small cells in the cross-tabulations. Conditional inference trees newly evidenced that the number of sexual partners is of key importance for classifying the users of the VCT–CSE according to the pattern of use of alcohol and marijuana. This analysis showed that schooling fails to act as a protective factor for alcoholism, and people with higher education and more sexual partners tend to consume more alcohol. Although schooling did not show any significant association with marijuana use, the analysis by conditional inference trees reinforced the role of the number of sexual partners in this risk group.

Unlike other studies, we did not find a significant association between alcohol and marijuana use and HIV seropositivity. A study using a sample of individuals seeking HIV testing in two screening centers in the city of Porto Alegre, Rio Grande do Sul, showed a high association between injected drug use and HIV infection and a moderate association between alcohol, marijuana, and inhaled cocaine and HIV infection¹⁷. Significant relations between drug use and HIV seropositivity among users of VCTs also were founded in another Brazilian study conducted in Bahia¹⁸.

Beyond the well-known association between injected drugs and HIV infection, a study including women seeking a VCT in the city of Rio de Janeiro showed that among those with positive serology for syphilis, approximately 60% had already used inhaled or injected cocaine, crack or heroin¹⁹. Other study showed that the use of alcohol, inhaled or injected cocaine and crack was associated with positive serology for hepatitis C among users of 53 VCTs in Brazil²⁰. This reinforces the view that the use of drugs can increase the situation of vulnerability in which these people are already.

The limitations of the present study include the transversal design that does not allow the establishment of cause-and-effect relationships and the self-reporting of questions related to drug use that may have affected the accuracy of the results. Data were collected in a single VCT at Ribeirão Preto, which

is probably distinct from other centers. Despite these limitations, the results of this study provide important support for understanding the profile of VCT users and for future preventive actions on drug use. In conclusion, the profile of users of VCT-CSE in Ribeirão Preto is characterized mainly by single males between 26 and 35 years old, with least eight Years of formal education, who searched for the service to know their serological status or because they were exposed to a risk situation. Alcohol and marijuana are the most frequently reported drugs used by attendees, and the number of sexual partners is associated with the use of these drugs.

Referências

1. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Guidelines for Voluntary Counseling and Testing Centers (VCT) in the State of São Paulo, Brazil. *Rev. Saúde Pública*, 2009; 43(2): 383-386.
2. Silva-Lizzi EA, Nunes AA, Martinez EZ. Spatiotemporal analysis of AIDS incidence among adults in Brazil. *Curr HIV Res.*, 2016; 14(6): 466-475.
3. Wolffenbüttel K, Carneiro N. Uma breve história dos Centros de Testagem e Aconselhamento (VCT) enquanto organização tecnológica de prevenção de DST/Aids no Brasil e no estado de São Paulo. *Saúde Coletiva*, 2007; 4(18):183-187.
4. Brasil. Ministério da Saúde. *Diretrizes para organização e funcionamento dos VCT do Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
5. Germano FN, Silva TMGD, Mendoza-Sassi R, Martínez AMB. High prevalence of users who did not return to the Testing and Counseling Center (VCT) for knowing their serological status: Rio Grande, RS, Brazil. *Cien. Saude Colet.*, 2008; 13(3): 1033-1040.
6. Araújo LCD, Fernandes RCDSC, Coelho MCP, Medina-Acosta E. Prevalence of HIV infection in the Voluntary Testing and Counseling Center of the City of Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro State, Brazil, 2001-2002. *Epidemiol. Serv. Saúde.*, 2005; 14(2): 85-90.
7. Minayo MCDS, Souza ERD, Assis SGD, Cruz Neto O, Deslandes SF, Silva C M. Evaluation of Orientation and Serological Support (Anonymous HIV Testing) Centers in the Brazilian Northeast. *Cad. Saúde Pública.*, 1999; 15(2): 355-367.
8. Barbosa AJC, Bertin F, Silva RMM, Faller JW, Silva-Sobrinho RA, Zilly A. Behavioral profile of pregnant women attended in a Testing and Counseling Center in a frontier municipality. *Cogitare Enferm.*, 2016; 21(1): 1-9.
9. Farias N, Tancredi MV, Wolffenbüttel K, Tayra Â. Characteristics from persons and factors associated to HIV-seropositivity at the São Paulo State testing & counseling sites, 2000 to 2007. *BEPA Bol Epidemiol Paul.*, 2008; 5(60): 9-18.
10. Speybroeck, N. Classification and regression trees. *Int J Publ Health*, 2012; 57(1): 243-246.
11. Fonner VA, Denison J, Kennedy CE, O'Reilly, K, Sweat M. Voluntary counseling and testing (VCT) for changing HIV-related risk behavior in developing countries. *Cochrane Database Syst Rev.*, 2012; 9(9): 1-28.
12. Grangeiro A, Escuder MM, Veras MA, Barreira D, Ferraz D, Kayano J. Voluntary counseling and testing (VCT) services and their contribution to access to HIV diagnosis in Brazil. *Cad Saúde Pública*, 2009; 25(9): 2053-2063.
13. Schneider IJC, Ribeiro C, Breda D, Skalinski LM, d'Orsi E. Epidemiological profile of the clientele in HIV Testing and Counseling Centers in Santa Catarina State, Brazil, 2005. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(7): 1675-1688.
14. Vilela MP, Brito TRP, Goyatá SLT, Arantes CIS. Epidemiological profile of the clientele in HIV Testing and Counseling Center in Alfenas, Minas Gerais. *Rev Eletrônica Enferm.*, 2010; 12(2): 326-330.
15. Matos MMM, Fernandes AKJ, Mallmann CSY, Menezes MP, Lima Matos E. Socio-behavioral profile of users of the Center for Counseling and Testing - VCT STD/ AIDS, University Hospital Getúlio Vargas of Manaus city-AM. *Rev Hosp Univers Get Vargas*, 2011; 10(1): 25-33.
16. Ferreira MDPS, Silva CMFPD, Gomes MCF, Silva SMBD. HIV testing and the importance of Testing and Counseling Center's (VCT): results from a research in the municipality of Rio de Janeiro. *Cien Saude Colet.*, 2001; 6(2): 481-490.
17. Pechansky F, Kessler FHP, Diemen LV, Inciardi JA, Surratt HL. Substance use, risk situations, and HIV seroprevalence among individuals seeking free HIV testing in Porto Alegre, Brazil. *Rev Panam Salud Publica*, 2005; 18(4-5): 249-255.
18. Pereira BDS, Costa MCO, Amaral MTR, Costa HSD, Silva CALD, Sampaio VS. Factors associated with HIV/AIDS infection among adolescents and young adults enrolled in a Counseling and Testing Center in the State of Bahia, Brazil. *Cien Saude Colet.*, 2014; 19(3): 747-758.
19. Meneses MO, Vieira BDG, Queiroz ABA, Alves VH, Rodrigues DP, Silva JCS. The profile of risky sexual behavior of seropositive women for syphilis. *J Nurs UFPE on line* 2017; 11(4): 1585-1594.
20. Campos KB. Fatores Associados à Soropositividade para a Hepatite C entre usuários dos Centros de Testagem e Aconselhamento. [Dissertation]. Salvador (BA): Federal University of Bahia; 2008. 59p.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS E CLÍNICAS DE PACIENTES COM COVID-19 INTERNADOS NA ENFERMARIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO*EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH COVID-19 HOSPITALIZED IN THE NURSE OF A UNIVERSITY HOSPITAL*Denise da Silva Pereira¹, José Elias Costa Júnior¹, Mayara Gabrielle Barbosa Borges²**Resumo**

Introdução: A COVID-19 é causada pelo novo coronavírus que foi descoberto na cidade de Wuhan na China no final de 2019. Seu quadro clínico varia de infecções assintomáticas a quadros respiratórios graves. Os principais fatores de risco são: adultos ≥ 60 anos com comorbidades associadas. **Objetivo:** Identificar as características epidemiológicas e clínicas dos pacientes com diagnóstico de COVID-19 internados na enfermaria de um hospital universitário. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo de abordagem quantitativa, realizado no Hospital Universitário em São Luís - MA, a amostra foi composta por 60 pacientes. **Resultados:** Houve predomínio do sexo masculino (66,6%), com a média de idade 54 anos e que apresentaram o quadro clínico de tosse (66,6%), febre (63,3%) e dispneia (53,3%). A hipertensão arterial sistêmica (50,0%) e doença renal crônica (46,6%) foram as comorbidades mais contemplada. A oxigenoterapia foi utilizada em mais da metade dos pacientes. Como desfecho clínico 71,6% dos pacientes receberam alta hospitalar. **Conclusão:** A maioria dos pacientes com COVID-19 internados na enfermaria foram do sexo masculino, com média de idade 54 anos, que apresentaram um quadro clínico de febre, tosse e dispneia, com comorbidades associadas, com uso de oxigenoterapia e mais de 20 dias de internação.

Palavras-chave: COVID-19. Coronavírus. Epidemiologia.

Abstract

Introduction: COVID-19 is caused by the new coronavirus that was discovered in the city of Wuhan in China at the end of 2019. Its clinical picture varies from asymptomatic infections to severe respiratory conditions. The main risk factors are: adults ≥ 60 years with associated comorbidities. **Objective:** To identify the epidemiological and clinical characteristics of patients diagnosed with COVID-19 admitted to the ward of a university hospital. **Method:** This is a retrospective descriptive study with a quantitative approach, carried out at the University Hospital in São Luís - MA, the sample consisted of 60 patients. **Results:** There was a predominance of males (66,6%), with a mean age of 54 years and who presented the clinical picture of cough (66,6%), fever (63,3%) and dyspnea (53,3%). Systemic arterial hypertension (50%) and chronic kidney disease (46,6%) were the most frequent comorbidities. Oxygen therapy was used in more than half of the patients. As a clinical outcome, 71,6% of patients were discharged from hospital. **Conclusion:** Most patients with COVID-19 admitted to the ward were male, with a mean age of 54 years, who presented a clinical picture of fever, cough and dyspnea, with associated comorbidities, who used oxygen therapy and remained longer than 20 days hospitalized.

Keywords: COVID-19. Coronavirus. Epidemiology.

Introdução

Em dezembro de 2019, casos decorrentes de uma pneumonia de origem desconhecida foram identificados na China, com epicentro na cidade de Wuhan, capital da província de Hubei¹. O patógeno foi identificado como um RNA betacoronavírus de provável origem zoonótica, semelhante ao agente causador da síndrome respiratória aguda (SARS), nomeado SARS-CoV-2². A doença se espalhou rapidamente pelo território chinês e, posteriormente, pacientes infectados por SARS-CoV-2 foram identificados em outros países. Em pouco tempo, o restante do mundo foi afetado, e, em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) atribuiu para o COVID-19 (*doença do coronavírus 2019*) o status de pandemia³.

No Brasil a COVID-19 teve início em 26 de fevereiro de 2020, após a confirmação de que um homem de 61 anos de São Paulo, que retornou da Itália, testou positivo para a SARS-CoV-2⁴. O coronavírus pertence à espécie dos vírus que possuem como material genético o ácido ribonucleico (RNA), envelopados, da ordem *Nidovirales*, da família *Coronaviridae*, em geral encontrados em seres humanos. Em outros mamíferos e aves são capazes de causar doenças respiratórias, entéricas, hepáticas e neurológicas. É um vírus zoonótico, e os morcegos parecem ser o seu reservatório⁵.

O SARS-CoV-2 utiliza a enzima conversora de angiotensina 2 (ECA2) como receptor celular humano. Esta enzima está presente numa grande proporção em todo o corpo, como o intestino delgado e epitélios do pulmão, particularmente nos pneumócitos do tipo 2. Entretanto, há um aumento da expressão desta enzima nas células alveolares do pulmão e no tecido adiposo, devido ao tabagismo, poluição do ar, obesidade, o que efetivamente permite vias de invasão pelo SARS-CoV-2^{6,7}.

O quadro clínico, típico de uma síndrome gripal, pode variar seus sintomas desde uma apresentação leve e assintomática, principalmente em jovens adultos e crianças, até uma apresentação grave, incluindo choque séptico e falência respiratória⁸. O paciente com a doença COVID-19 apresenta geralmente as seguintes manifestações clínicas: febre, tosse, dispneia, mialgia, fadiga, sintomas respiratórios superiores e sintomas gastrointestinais, como diarreia⁹. Entre as complicações que ocorrem com maior frequência estão a pneumonia, insuficiência respiratória hipoxêmica e choque séptico⁹.

São considerados grupo de risco para agravamento da COVID-19 pessoas ≥ 60 anos, indivíduos que apresentem: pneumopatia, cardiovasculopatias, nefropatias, hepatopatias, doenças hematológicas, distúrbios metabólicos, transtornos neurológicos, neoplasias e obesidade¹⁰.

¹Residente do Programa de Residência Multiprofissional. Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - HU-UFMA. São Luís-MA, Brasil.2020

²Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - HU-UFMA, São Luís-MA, Brasil.2020

Contato: Denise da Silva Pereira. E-mail: denisesilva_ft@hotmail.com

A transmissão da COVID-19 pelo indivíduo infectado ocorre, principalmente, nos três primeiros dias após o início dos sintomas, embora a propagação possa ocorrer antes mesmo do aparecimento destes e em estágios posteriores da doença¹¹. Um prazo de cinco dias se estabelece entre a exposição ao vírus e o início dos sintomas (tempo de incubação), embora o intervalo possa variar de 1 a 14 dias¹². A disseminação da COVID-19 pode acontecer principalmente por intermédio de gotículas respiratórias e aerossóis exalados por indivíduos infectados durante a respiração, espirro, tosse e fala¹³.

O diagnóstico da COVID-19 pode ser realizado de maneira preliminar, por meio da avaliação dos sintomas e histórico do paciente associadas a testes sorológicos e exames de imagem¹⁴. No entanto, o diagnóstico final só é confirmado, por testes moleculares com a análise da presença do material genético viral (RNA) em amostras do indivíduo^{15,16}.

A análise atualizada de dados clínicos-epidemiológicos é fundamental para a compreensão dos diversos aspectos que permearam as internações desses pacientes com COVID-19, com atenção especial às populações mais vulneráveis, e para a estimativa de possíveis impactos no sistema público de saúde. Diante disso, objetivou-se com esse estudo identificar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com diagnóstico de COVID-19 internados na enfermaria de um hospital universitário.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo de abordagem quantitativa realizado no Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra (HUPD) da Universidade Federal do Maranhão.

A população do estudo consistiu em pacientes com diagnóstico de COVID-19 que estiveram internados na enfermaria COVID-19 no período de maio a setembro de 2020. Sendo a amostra composta por 60 pacientes.

Foram incluídos no estudo prontuários de pacientes com diagnóstico clínico de COVID-19 internados na enfermaria e excluídos prontuários de pacientes com testagem negativa para a doença.

Os dados foram coletados no período de setembro a novembro de 2020, pela análise de informações contidas nos registros de evolução médica e fisioterapêutica do sistema eletrônico de admissão e prontuário hospitalar (AGHU®) e preenchidos em um formulário criado pelos pesquisadores que abrange as variáveis sociodemográficas e clínicas da pesquisa, dentre elas sexo, idade, cor, estado civil, residência, procedência, comorbidades associadas, manifestações clínicas, uso de oxigenoterapia e desfecho clínico.

Após a coleta, os dados foram organizados e tabulados em planilha do programa Microsoft Office Excel®, por processo de dupla digitação e validação, para minimização de erros, em que foram calculadas frequências, percentuais, média e desvio padrão.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – CEP-HUUFMA, com Parecer nº4.300.492/2020.

A amostra foi composta por 60 pacientes com média de idade de $54,1 \pm 13,5$ anos, houve predomínio do sexo masculino (66,6%), cor parda (50%), solteiros (66,6%), residentes em São Luís/MA (53,3%) e com presença de comorbidades (81,6%). A procedência desses pacientes foram: ambulatório do HUPD (setores de pneumologia, hemodiálise e transplante renal) (45,0%), seguidos da UTI (Unidade de Terapia Intensiva) COVID-19 do mesmo hospital (20,0%). Com relação a história de tabagismo e etilismo a maioria não praticava esse hábito (Tabela 01).

Tabela 01 - Caracterização epidemiológica dos pacientes com COVID-19 internados na enfermaria. Hospital Universitário. São Luís, MA, Brasil. 2020.

CARACTERÍSTICAS	Média (±DP)	n	%
Sexo			
Masculino		40	66,6
Feminino		20	33,3
Idade (anos)	54,16 (±13,5)		
Cor			
Parda		30	50,0
Branca		23	38,3
Preta		07	11,6
Estado civil			
Solteiro		40	66,6
Casado		13	21,6
Outros		07	11,6
Residência			
São Luís/MA		32	53,3
Interior/MA		20	33,3
Outros		08	13,3
Procedência			
UTI COVID-19		12	20,0
UPA		10	16,6
Outros hospitalares		11	18,3
Ambulatório		27	45,0
Tabagismo			
Sim		02	3,3
Não		53	88,3
Ex-etilista		05	8,3
Comorbidades			
Sem comorbidades		11	18,3
Com comorbidades		49	81,6

Legenda: DP: Desvio Padrão; UTI: Unidade de Terapia Intensiva; UPA: Unidade de Pronto Atendimento

RESULTADOS

As comorbidades predominantes foram hipertensão arterial sistêmica (50,0%), doença renal crônica (46,6%) e pacientes com transplantes renais (36,3%). Também foram encontrados distúrbios metabólicos (Diabetes Mellitus), as cardiopatias (Insuficiência Cardíaca Congestiva), Neuropatias (AVE – Acidente Vascular Encefálico) e pneumopatias (DPOC–Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e Asma) (Tabela 02).

Tabela 02 – Comorbidades dos pacientes com COVID-19 internados na enfermaria. Hospital Universitário, HU-UFMA. São Luís, MA. Brasil. 2020

Comorbidades	n	%
HAS	30	50
DM	12	20
DRC	28	46,6
TX	22	36,6
Pnemopatias	9	15
Neuropatias	11	18,3
Cardiopatias	8	13,3

Legenda: HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica, DM: Diabetes Mellitus, DRC: Doença Renal Crônica, TX: Transplante Renal.

Os sintomas tosse (66,6%), febre (63,3%) e dispneia (53,3%) foram mais prevalentes. Dor torácica, mialgia, artralgia, cefaleia, sintomas gastrointestinais (náuseas, vômitos, diarreia), anosmia/disgeusia foram os menos relatados. Os pacientes assintomáticos foram 8,3% dos casos (Tabela 03).

Tabela 03 – Manifestações clínicas dos pacientes com COVID-19 internados na enfermaria. Hospital Universitário, HU-UFMA. São Luís, MA. Brasil. 2020.

Manifestações Clínicas	n	%
Tosse	40	66,6
Febre	38	63,3
Dispneia	32	53,3
Cefaléia	23	38,3
Sintomas gastrointestinais	17	28,3
Dor torácica	13	21,3
Mialgia/Artralgia	12	20
Anosmia/disgeusia	6	10
Assintomáticos	5	8,3

Quanto a necessidade de oxigenoterapia destaca-se a maioria dos pacientes necessitaram desse suporte (75,0%) durante o período de internação, sendo de baixo e alto fluxo, através de cateter nasal e máscara concentradora. Quanto aos dias de internação hospitalar e o desfecho clínico, foi constatado que a maioria dos pacientes permaneceram mais de 20 dias no hospital (58,3%). Como desfecho clínico, grande parte dos pacientes receberam alta hospitalar (71,6%), houve

também transferências para UTI (10%) e outras enfermarias (16,6%) e um paciente foi a óbito (1,6%) (Tabela 04).

Tabela 04: Caracterização clínica dos pacientes com COVID-19 internados na enfermaria. Hospital Universitário. São Luís, MA. Brasil. 2020.

CARACTERÍSTICAS	n	%
Uso de Oxigenoterapia		
Sim	45	75
Não	15	25
Tempo de Internação Hospitalar		
01 a 20 dias	25	41,6
Acima de 20 dias	35	58,3
Desfecho Clínico		
Alta Hospitalar	43	71,6
Transferência para outras enfermarias	10	16,6
Transferência para UTI	6	10
Óbito	1	1,6

Legenda: UTI: Unidade de Terapia Intensiva

DISCUSSÃO

Os dados desta pesquisa revelaram que houve prevalência de indivíduos do sexo masculino, com a média de idade 54,1 anos e portadores de comorbidades. Esses achados são semelhantes aos estudos de Rebouças *et al.*,¹³ um estudo transversal realizado em um hospital público na cidade de Fortaleza-Ceará com 127 pacientes, mostrou que 48% estavam na faixa etária de 36 a 60 anos, com predomínio do sexo masculino com 59,3% dos casos. A infecção por COVID-19 pode ocorrer em indivíduos de qualquer idade, porém, os idosos apresentam maior risco de evolução para formas complicadas da doença e podem demandar internação¹⁶.

O sexo masculino é o mais acometido pelo SARS-CoV-2 nos registros de hospitalizações e óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Entre os homens, a faixa etária com o maior número de casos foi entre indivíduos de 50 a 59 anos, enquanto nas mulheres foi entre 60 a 69 anos⁵. Em consonância com o estudo de Lagi *et al.*,¹⁴ realizado em Florença, Itália, demonstra que a maior parte dos casos internados durante os primeiros 30 dias da pandemia de COVID-19 eram homens com mais de 60 anos de idade. A idade avançada se configura fator de risco para a infecção pelo SARS-CoV-2, visto que aumenta as chances de evolução para a SRAG, desfecho de maior gravidade que, constantemente, demanda cuidados em Unidade de Terapia Intensiva e uso de ventilação mecânica, bem como resultar em óbito¹⁵.

Nesse estudo, a hipertensão arterial sistêmica, a doença renal crônica e pacientes transplantados renais foram as comorbidades mais acometidas pela COVID-19. Este fato pode ser justificado por esses pacientes já apresentarem um estado pró-inflamatório, com maior risco de infecção do trato respiratório superior e pneumonia¹⁶. Além disso esses pacientes estão sujeitos a infecções oportunistas, o que propicia uma maior variação de infeciosidade e de sintomas principalmente naqueles que necessitam de hemodiálise¹⁷. Também foi constatado que 8,3% dos pacientes não apresentaram comorbidades, nem fatores de risco.

No estudo de Zheng *et al.*,¹⁸ realizado na China, descreveram que 20,5% dos indivíduos apresentaram

pelo menos uma comorbidade, sendo a hipertensão arterial sistêmica a comorbidade mais prevalente (13,7%). Goyal *et al.*,¹⁹ relataram que a segunda maior comorbidade foi a obesidade (35,8%), precedido de hipertensão arterial sistêmica em 50,1% dos casos.

De uma forma geral, as comorbidades mais citadas em estudos realizados na China foram: doenças cardiovasculares, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, obesidade, doenças respiratórias, doença renal crônica e câncer²⁰. Todas essas condições estão relacionadas a um maior risco de complicações da COVID-19 e podem coexistir em um mesmo indivíduo. A existência de mais de uma comorbidade está associada a um risco ainda maior de pior prognóstico²¹.

Quando analisados as manifestações clínicas desses pacientes, a tosse, febre, e a dispneia foram os sinais e sintomas mais acometidos. Alguns pacientes com sintomas leves iniciais podem progredir com piora da doença, e assim necessitarem de hospitalizações¹⁹.

Tian *et al.*,²² em seus estudos, descrevem que os sintomas mais frequentes na admissão foram febre (82,1%), tosse (45,8%) e fadiga (26,3%). O sintoma menos relatado foi cefaleia (6,5%). Guan *et al.*,⁵ descreveram que 43,8% das pessoas com COVID-19 apresentaram febre na admissão e que 88,7% dos indivíduos desenvolveram febre durante a fase ativa da doença. Tosse foi relatada em 67,8% e sintomas gastrointestinais representavam 8,8% dos casos. Zheng *et al.*,¹⁸ observaram que a febre na admissão esteve presente em 75,8% dos indivíduos, tosse em 62,7% e de menor prevalência de sintomas gastrointestinais com 14,3%.

Os sinais clínicos mais frequentes em pacientes com COVID-19 incluem febre, tosse, fadiga, mialgia, expectoração, anorexia, aperto no peito e dispneia. Os sintomas menos frequentes são náusea e vômitos, como também diarreia, cefaleia, faringalgia, tremores e rinorreia¹⁶. Geralmente, esses sintomas ocorrem em indivíduos que podem ser tratados em domicílio e que em torno de 12 dias estão recuperados sem necessidade de hospitalização²⁰.

Segundo os estudos realizados em Wuhan na China, os portadores assintomáticos foram 86% dos casos, sendo diretamente responsáveis pela explosão da epidemia no país²². A infecção assintomática está relacionada à invasão de patógenos no organismo, desencadeando uma resposta imune específica, causando ou não danos teciduais menores, portanto clinicamente não apresenta sintomas, sinais ou mesmo alterações bioquímicas, sendo detectada apenas através de inspeção laboratorial. Além disso, tanto os pacientes no período de incubação quanto às pessoas com infecção assintomática podem disseminar o vírus e tornar-se a fonte da infecção^{8,11}.

Nesse estudo, a maioria dos pacientes necessitaram de oxigenoterapia como parte do tratamento da COVID-19 na enfermaria. Para os pacientes que apresentam desconforto respiratório com hipoxemia, frequentemente, são tratados com suporte de oxigênio inalatório através de cateter nasal ou máscara concentradora²². Em um estudo chinês realizado por Wang *et al.*,¹¹ com 1009 pacientes mostrou que 41,0% de todos os doentes foram hospitalizados e mais de 70,0% daqueles com a forma grave da doença necessitaram de oxigênio suplementar. Para os pacientes críticos a hipóxia pode

ser prejudicial e está associada a piores resultados, ou seja, aumento da morbidade²⁰.

A pesquisa identificou que os casos de COVID-19 na enfermaria ocorreram com maior prevalência no sexo masculino, com média de idade 54 anos, que apresentaram um quadro clínico de febre, tosse e dispneia e com comorbidade prévia, sendo a doença renal crônica e a hipertensão arterial sistêmica as mais frequentes. Com relação ao uso de oxigenoterapia ela foi utilizada em mais da metade dos pacientes, cujo tempo de internação foi de mais de 20 dias.

REFERÊNCIAS

1. Barros GM, Mazullo JBR, Mendes AC. Considerações sobre a relação entre a hipertensão e o prognóstico da COVID-19. *J. Health Biol. Sci.*, 2020; 8(1): 1-3.
2. Amanat F, Stadlbauer D, Strohmaier S, Nguyen TH, Chromikova V, McMahon M, *et al.* A serological assay to detect SARS-CoV-2 seroconversion in humans. *Nat Med.*, 2020; 26(7): 1033-1036.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (Covid-19) na Atenção Primária à Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020.
4. RafaelRMR, Mercedes Neto, Carvalho MMB, David HMS, Acioli S, Faria MGA. Epidemiologia, políticas públicas e pandemia de Covid-19: o que esperar no Brasil? *Rev enferm UERJ*, 2020; 28: 1-6.
5. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Liu L, Shan H, *et al.* Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med*, 2020; 382(18): 1708-1720.
6. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, *et al.* Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*, 2020; 323(11): 1061-1069.
7. Zhou M, Zhang X, Qu J. Coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Front Med*, 2020; 14(2): 126-135.
8. Rothan HA, Byrareddy SN. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *J of Autoimmunity*, 2020; 109: 1-4.
9. Prather KA, Wang CC, Schooley RT. Reducing transmission of SARS-CoV-2. *Science*, 2020; 368(6498):1422-1424.
10. Al T, Yang Z, Hou H, Zhan C, Chen C, Wenzhi NV, *et al.* Correlation of Chest CT and RT-PCR Testing in Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in China: A Report of 1014 Cases. *Radiology*, 2020; 296(2): E32-E40.
11. Wang C, Horby P, Hayden G, Gao F. A novel coronavirus outbreak of global health concern. *The Lancet*, 2020; 395(10223): 470-473.
12. Chen W, Lan Y, Yuan X, Deng X, Li Y, Cai X, *et al.* Detectable 2019-nCoV viral RNA in blood is a strong indicator for the further clinical severity. *Emerg Microbes Infect.*, 2020; 9(1): 469-473.
13. Rebouças ER, Costa RF, Miranda LR, Campos NG. Perfil demográfico e clínico de pacientes com diagnóstico de COVID-19 em um hospital público referência na cidade de Fortaleza-Ceará. *J. Health Biol Sci.*, 2020; 8(1): 1-5

14. Lagi F, Piccica M, Graziani L, Vellere L, Botta A, Tilli M, *et al.* Early experience of an infectious and tropical diseases unit during the coronavirus disease (COVID-19) pandemic, Florence, Italy, February to March 2020. *Euro Surveill.*, 2020; 25(17): 1-6.
15. Mendonça FD, Rocha SS, Pinheiro DLP, Oliveira SV. Região Norte do Brasil e a pandemia de COVID-19: análise socioeconômica e epidemiológica. *J. Health NPEPS*, 2020; 5(1): 20-37.
16. Garcia LP, Duarte E. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 2020; 29; 1-4.
17. Saraladevi N, Yang CW, Hwang SJ, Liu BC, Chen JH, Jha V. The novel coronavirus 2019 epidemic and kidneys. *Kidney Int.*, 2020; 97(5): 824-828.
18. Zheng F, Tang W, Li H, Huang YX, Xie YL, Zhou ZG. Clinical characteristics of 161 cases of corona virus disease 2019 (COVID-19) in Changsha. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 2020; 24(6): 3404-3410.
19. Goyal P, Choi JJ, Pinheiro LC, Schenck EJ, Chen R, Jabri A, *et al.* Clinical Characteristics of Covid-19 in New York City. *N Engl J Med*, 2020; 382(24): 2372-2374.
20. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, *et al.* Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet*, 2020; 020; 395(10229): 1054-1062.
21. Rodriguez AJ, Gallego V, Antezana JP, Méndez CA, Zambrano L, Paredes CF, *et al.* COVID-19 in Latin America: The implications of the first confirmed case in Brazil. *Travel Med Infect Dis.*, 2020; 35: 1-3.
22. Tian S, Hu N, Lou J, Chen K, Kang X, Xiang Z, *et al.* Characteristics of COVID-19 infection in Beijing. *J Infect*, 2020; 80(4): 401-406.

RELAÇÃO ENTRE O TEMPO DE INTERNAÇÃO E A QUALIDADE DE VIDA DO ACOMPANHANTE DE CRIANÇAS INTERNADAS POR LONGO PERÍODO EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO

RELATIONSHIP BETWEEN LENGTH OF STAY AND QUALITY OF LIFE OF THE CAREGIVER OF CHILDREN HOSPITALIZED FOR A LONG PERIOD IN A TERTIARY HOSPITAL

Christyann Lima Campos Batista¹, Ana Maria de Oliveira Ramos Costa¹, Angela Maria Cecim de Souza Castro Lima¹, Ana Maria Almeida Silva Carvalho¹, Caroline Martins da Costa Leite¹, Clésio Rafael Lopes da Silva¹, Patrícia Luciana Serra Nunes¹, Marilene de Fátima Reis Ribeiro¹

Resumo

Introdução: O processo de adoecimento na criança pode causar repercussão na saúde do cuidador. A alta demanda de cuidado exigida por essa população, somado a tempos intra-hospitalares longos pode afetar domínios de qualidade de vida dos cuidadores. **Objetivo:** Analisar a relação do tempo prolongado de internação com a percepção da qualidade de vida do cuidador de crianças internadas por longo período. **Métodos:** Amostra de 50 cuidadores com avaliação realizada ao final da internação das crianças. Foram coletados dados sociodemográficos para caracterização da amostra. Foi aplicado o questionário *World Health Organization Quality of Life - Bref* (WHOQOLBref) para mensurar a percepção da qualidade de vida. A análise de regressão linear múltipla e multivariada foi utilizada para avaliar o efeito entre as variáveis do estudo. **Resultados:** Entre as características analisadas, os domínios físico e meio ambiente parece ser os de pior percepção pelo cuidador ($p < 0,05$), que em sua maioria é a mãe da criança. Após ajustamento de variáveis expositivas, observou-se que existe uma relação inversa entre o tempo de internação da criança e a percepção de qualidade de vida do cuidador [$\beta = -0,06$, 95% IC (-0,11;0,02), $p = 0,004$]. **Conclusão:** O tempo prolongado de internação esteve associado com uma piora da percepção da qualidade de vida do cuidador acompanhante em pacientes pediátricos.

Palavras-chave: Cuidador. Qualidade de Vida. Criança. Tempo de Internação. Pediatria.

Abstract

Introduction: The illness process in the child can have repercussions on the caregiver's health. The high demand for care required by this population added to long in-hospital times can affect caregivers' quality of life domains. **Objective:** To analyze the relationship between prolonged hospitalization time and the perception of the caregiver's quality of life for children hospitalized for a long period. **Methods:** A sample of 50 caregivers were evaluated at the end of the children's hospitalization. Sociodemographic data were collected to characterize the sample. The World Health Organization Quality of Life - Bref (WHOQOLBref) questionnaire was applied to measure the perception of quality of life. Multiple and multivariate linear regression analysis was used to assess the effect between study variables. **Results:** Among the characteristics analyzed, the physical and environmental domains seem to be the ones with the worst perception by the caregiver ($p < 0.05$), who is mostly the child's mother. After adjusting for exposure variables, it was observed that there is an inverse relationship between the child's length of stay and the caregiver's perception of quality of life [$\beta = -0.06$, 95% CI (-0.11;0.02), $p = 0.004$]. **Conclusion:** in the present study, prolonged hospital stay was associated with a worsening of the accompanying caregiver's perception of quality of life in pediatric patients.

Keywords: Caregiver. Quality of Life. Children. Length of Stay. Pediatrics.

Introdução

Domínios da qualidade de vida (QV) são referidos como influenciadores de diversos desfechos referentes à saúde humana como a saúde, bem-estar e até mesmo mortalidade¹. Para o paciente internado em unidade pediátrica com doenças crônicas, essa dimensão da saúde pode estar subavaliada pois o principal cuidador da criança está intimamente relacionado com o doente, participando diretamente de todo processo de adoecimento que é prolongado pelo tempo². A qualidade de vida relacionada com a saúde tem sido reportada como comprometida quando analisada em populações de internados comparados a população geral^{3,4}.

O acolhimento à criança doente pode passar por questões subjetivas como a valorização do cuidado, podendo inclusive ser influenciada pelas informações repassadas pela equipe multiprofissional⁵. Determinantes sociais de saúde podem interferir na qualidade de vida de cuidadores de crianças⁶. Baixa escolaridade, falta de emprego e a idade podem gerar um pior impacto da carga da doença da criança no cuidador⁷. Limitações de qualidade de vida também foram reportadas em cuidadores de crianças com transtornos do neurodesenvolvimento, doenças oncológicas e neurológicas⁸⁻¹⁰.

Crianças criticamente doentes também podem ter impactos em sua qualidade de vida. Ekim¹¹ afirma

que crianças podem sofrer a síndrome de pós-internação na UTI, que é definida como uma deterioração nas funções cognitivas, mentais e no status de saúde física que pode impactar a criança por meses ou anos após a experiência de sobrevivência sob terapia intensiva. A doença crônica na infância afeta, portanto, não apenas a criança como toda a família² e as condições socioeconômicas podem evidenciar ainda mais esse impacto¹². Portanto, maneiras de oferta suporte aos cuidadores devem ser consideradas pois os impactos da hospitalização podem se manifestar nos cuidadores, principalmente na saúde mental¹³. Estratégias como a palição baseada na comunidade podem ser importantes para melhorar a qualidade de vida dos cuidadores e diminuir os custos e o tempo de internação hospitalar¹⁴.

A principal causa de internações de crianças no Brasil tem sido relacionada a causas respiratórias, parasitárias e perinatais sendo parte das doenças com ocorrência evitável, resultado do nosso contexto social e econômico¹⁵.

A qualidade de vida relacionada à saúde é um importante cuidado na tomada de decisão médica pois o estado de saúde da criança pode inclusive influenciar na saúde do cuidador devido a sua íntima relação¹⁶, bem como pode trazer prejuízos após a internação hospitalar com desfechos de deterioração por longos períodos

¹ Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. São Luís - MA, Brasil
Contato: Christyann Lima Campos Batista. E-mail: christyann.batista@huufma.br

após a alta¹⁷. De acordo com Haraldstad *et al.*,¹⁸ a QV é um importante conceito que tem sido estudado por diferentes grupos alvo, desenhos de pesquisa e instrumentos de avaliação, entretanto tem sido mais relatada em estudos publicados por países desenvolvidos. Existe ainda uma lacuna da literatura sobre como o cuidado prolongado à criança doente pode impactar na saúde mental do cuidador.

O conhecimento sobre os determinantes da qualidade de vida pode ser uma ferramenta valiosa para definição de estratégias para entender como reduzir o impacto do estresse do ambiente intra-hospitalar na relação de cuidado com a criança doente.

O objetivo deste estudo é analisar a relação do tempo prologado de internação com a percepção da qualidade de vida do cuidador de crianças internadas por longo período.

MÉTODOS

Pesquisa transversal, realizada com uma amostra não probabilística de 77 acompanhantes de crianças internadas na Pediatria do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA). Foram descartadas 20 observações pois as fichas de análise continham dados incompletos. A amostra final foi composta por 57 acompanhantes de crianças internados no hospital, entre agosto e dezembro ano de 2019.

Na Unidade Materno-Infantil do HUUFMA, encontram-se instalados 92 leitos de internação pediátrica divididos entre clínicas médica, cirúrgica e doenças infecto-parasitárias em várias especialidades pediátricas como Nefrologia, Neurocirurgia, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Cardíaca Pediátrica, Ortopedia, entre outros. O HU-UFMA é um hospital terciário de alta complexidade, referência em diversos procedimentos para o estado. Fica localizado na capital, São Luís - MA, cidade com população estimada de 1.108.975 pessoas, com renda média de 3,2 salários-mínimos.

A amostra foi composta por cuidadores principais de crianças que estiveram internados por mais de 10 dias; sem distinção de gênero, com idade a partir de 18 anos. Foram considerados cuidadores acompanhantes principais, aqueles que de forma sistemáticas estejam diretamente responsáveis pelos cuidados da assistência ao paciente. Foram excluídos cuidadores considerados eventuais, bem como cuidadores com vínculo empregatício e voluntários (aqueles que não tinham relação direta com a criança).

Inicialmente foi aplicado um questionário semi-estruturado para identificar o perfil sociodemográfico do cuidador acompanhante. As variáveis foram ser agrupadas nos seguintes conjuntos: relativas ao perfil do cuidador, relativas às condições de vida e relativas à internação hospitalar. Para mesurar a qualidade de vida do acompanhante, os participantes foram convidados a responder o questionário *World Health Organization Quality of Life -Bref* (WHOQOLBref)¹⁹, uma versão resumida do *World Health Organization Quality of Life*. A escala tem validação para a língua portuguesa.

O WHOQOLBref é um questionário de fácil aplicação, composto por 26 questões distribuídas em

quatro domínios: aspectos físicos, aspectos psicológicos, relações sociais e meio ambiente. As respostas seguem uma escala do tipo Likert (de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida).

Para a análise dos dados, adotou-se um nível de confiança de 95%, considerando um nível de significância com $p < 0,05$. A normalidade das variáveis numéricas foi testada através do teste de Shapiro-Francia. A estatística descritiva foi realizada através de contagem e frequência relativa para as variáveis categóricas e por meio de média e desvio padrão (ou mediana e variação interquartil) para as variáveis numéricas. Foram computados os domínios do WHOQOLBref em escala de 100, sendo os valores mais próximos ao máximo representando melhor qualidade de vida. O escore total foi calculado com a somatória bruta de todos os itens do questionário.

Na avaliação da associação entre o tempo de internação e o escore total da qualidade de vida, foram utilizadas técnicas de regressão linear simples e múltipla considerando as variáveis sociodemográficas como confundidoras. Por fim, foi utilizada a regressão linear multivariada para analisar a associação entre as variáveis dependentes (domínios do WHOQOLBref) e a variável independente tempo de internação em dias. Medidas de diagnóstico do ajusto dos modelos foram incluídas nas análises das tabelas. Para todos os testes, foi utilizado o software STATA (versão 16).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão com o parecer nº 3.538.538. Em todas as etapas, foram atendidos aos requisitos fundamentais da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12 e suas complementares.

RESULTADOS

A mãe foi a principal cuidadora da criança (80,7%), sendo o pai o segundo mais prevalente (10,5%), seguido de Tio(a) (5,2%). A mediana da idade do cuidador foi de 30 anos. A principal origem foi de cidade do interior do estado do Maranhão, raça parda foi a mais prevalente e a maioria não tinha trabalho formal. Em relação à renda, 36,8% da amostra declarou receber 1 salário-mínimo e a escolaridade mais referida foi ensino médio completo. O Bolsa-Família foi o benefício social reportado com maior frequência (64,9%) (Tabela 1).

Em relação as condições de vida, observa-se que a maioria da amostra tinha condições mínimas de moradia, porém destaca-se que 19,3% referiram algum grau de insegurança alimentar e a maioria da amostra tinha outras pessoas dependentes de cuidado na família. Pediatria Geral (33,3%), Neurocirurgia e Infectologia (22,8% cada) eram as especialidades de longa internação. A mediana do total do tempo de internação foi de 45 dias. O valor médio do WHOQOLBref foi de $86,49 \pm 14,76$. O valor máximo do questionário foi de 118. As médias para cada domínio apresentaram tendência proximal ao valor máximo, sendo observado um valor menor de média para o domínio Meio Ambiente ($49,57 \pm 15,34$) e maior para o domínio Relações Sociais ($63,01 \pm 20,7$) (Tabela 2).

Tabela 1 – Características de acompanhantes de crianças relativas à qualidade de vida e internação hospitalar. Hospital Universitário. São Luís - MA, Brasil. 2021

RELAÇÃO ENTRE O TEMPO DE INTERNAÇÃO E A QUALIDADE DE VIDA DO ACOMPANHANTE DE CRIANÇAS INTERNADAS POR LONGO PERÍODO EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Variáveis	n	%	Mediana (P25-P75) ou média ± DP
Relativas ao cuidador			
Sexo, feminino	51	89,5	30 (26-35)
Idade			
Origem, interior do Maranhão	43	75,4	
Raça declarada, parda	40	70,2	
Declara religião	48	87,3	
Estado civil, com companheiro	32	56,1	
Parentesco com a criança mãe	46	80,7	
Reinternações	24	42,1	
Ocupação, não trabalha	30	52,6	
Renda			
Sem renda	01	1,8	
Abaixo 1 salário-mínimo	23	40,4	
1 salário-mínimo	21	36,8	
De 1 até 2 salários-mínimos	11	19,3	
A partir de 2 salários-mínimos	01	1,8	
Escolaridade			
Não escolarizado ou analfabeto	04	7,0	
Ens. Fundamental incompleto	18	31,6	
Ens. Fundamental completo	05	8,8	
Ens. Médio incompleto	08	14,0	
Ens. Médio completo	20	35,1	
Ens. Superior completo	02	3,5	
Benefícios Sociais			
Sem resposta	13	22,8	
Benefício de Prestação Continuada	07	12,3	
Bolsa Família	37	64,9	
Relativas as condições de vida			
Pessoas que compartilham a residência			5,07 ± 2,4
Tipo de residência própria	47	82,5	
Construção de Tijolo/bloco	50	87,7	
Variáveis	n	%	Mediana (P25-P75) ou média ± DP

Coleta regular de lixo	37	64,9
Acesso a água em rede de abastecimento	34	59,7
Acesso à energia elétrica	56	98,3
Em área de desabastecimento ou alagamento	06	10,5
Em área de conflitos ou violência	15	26,3
Vivência de insegurança alimentar	11	19,3
Vizinhos compõem rede de suportividade	31	54,4
Outras pessoas na família dependentes de cuidado	26	45,6
Especialidade da internação		
Pediatria geral	19	33,3
Cirurgia pediátrica	05	8,8
Cardiologia	01	1,8
Neurocirurgia	13	22,8
Ortopedia	01	1,8
Infectologia	13	22,8
Nefrologia	05	8,8
Setor de internação		
Bloco cirúrgico	19	33,3
Bloco clínico	25	43,9
Bloco doenças infecto-parasitárias	13	22,8
Tempo total de internação em dias		45 (27-97)

NOTAS: N = contagem, % = frequência relativa, DP = desvio padrão, P25-P75 = intervalo interquartil do percentil 25% e 75%

Tabela 2 – Descrição dos domínios de qualidade de vida. Hospital Universitário. São Luís - MA, Brasil. 2021

Domínios	Média ± Desvio Padrão	Mínimo - Máximo
Físico	61,90 18,62	10,7-100
Psicológico	61,77 17,32	16,7-91,7
Relações Sociais	63,01 20,70	16,7-100
Meio ambiente	49,57 15,34	12,5-87,5
Valor bruto total	86,49 14,76	46-118

O tempo de internação foi a única variável que se manteve associada com o tempo de internação na regressão simples e múltipla ($p < 0,05$). O valor do coeficiente demonstra uma relação indireta entre o tempo de internação em dias e o valor bruto total do WHOQOL

Bref, ou seja, quanto maior o tempo de internação, pior é a percepção de qualidade de vida mensurada pelo instrumento. Nenhuma outra variável sociodemográfica

esteve associada com a percepção da qualidade de vida (Tabela 3).

Tabela 3 – Análise de regressão entre as variáveis dependentes e o escore bruto do total do indicador de qualidade de vida. Hospital Universitário. São Luís - MA, Brasil. 2021

	Simples			Múltipla		
	p-valor	β (IC 95%)	R ²	p-valor	β (IC 95%)	R ² Ajustado
Tempo de internação	0,005	-0,06 (-0,11;-0,02)	0,134	0,004	-0,06 (-0,11;0,02)	0,127
Sexo do acompanhante	0,543	-3,92 (-16,76;8,91)	0,006			
Idade acompanhante	0,542	0,13 (-0,28;0,56)	0,006			
Naturalidade	0,164	6,09 (-2,56;14,74)	0,034			
Raça	0,858	0,3 (-3,07;3,67)	0,000			
Religião	0,655	2,72 (-9,44;14,89)	0,003			
Estado civil	0,432	-2,60 (-9,2;3,99)	0,011			
Parentesco	0,484	1,98 (-3,65;7,63)	0,009			
Especialidade Médica	0,574	-0,5 (-2,28;1,28)	0,005			
Renda	0,455	-1,77 (-6,5;2,95)	0,010			
Escolaridade	0,990	0,01 (-2,52;2,55)	0,000			
Ocupação	0,981	-0,05 (-4,9;4,79)	0,000			

NOTAS: Diagnósticos: Teste de Shapiro-Francia dos resíduos para modelo simples e múltiplo, respectivamente ($p = 0,591$ e $0,592$); Breusch-Pagan / Cook-Weisberg Teste de heterocedasticidade para modelo simples e múltiplo, respectivamente ($p = 0,675$ e $0,688$). Correlação entre tempo de internação e valor total do WHOQOL Bref ($-0,366$; $p = 0,005$). Variance inflation factor = 1,00. Método de seleção de variáveis na regressão múltipla stepwise com p de entrada em 0,10 e saída de 0,05.

Observamos que os domínios Físico e Meio ambiente demonstraram uma relação negativa com o tempo de internação, semelhante ao escore total. Os domínios Psicológico e Relações Sociais não demonstraram a mesma associação ($p > 0,05$). Entretanto, a significância acumulada para as 4 variáveis foi estatisticamente considerada ($p = 0,003$) (Tabela 4).

Tabela 4 – Descrição da regressão dos domínios de qualidade de vida e sua relação com o tempo de internação. Hospital Universitário. São Luís - MA, Brasil. 2021

Domínios	Regressão Linear			
	Sim- ples	Multiva- riada	β (IC 95%)	R ²
	Valor de P	Valor de P		
Físico	0,014	0,013	-0,07 (-0,13;-0,01)	0,105
Psicoló- gico	0,165	0,164	-0,03 (-0,09;0,01)	0,034
Relações Sociais	0,455	0,454	-0,02 (-0,09;0,04)	0,010
Meio am- biente	0,001	0,000	-0,08(-0,12;-0,03)	0,190

NOTA: Teste de Breusch-Pagan ($p < 0,001$), portanto, os resíduos das 4 variáveis não são independentes uns dos outros. Teste de significância acumulada das 4 variáveis ($p = 0,003$).

DISCUSSÃO

Este estudo focou na compreensão de como o tempo de internação pode impactar na percepção da qualidade de vida do cuidador. Os resultados da pesquisa evidenciaram que quanto maior o tempo de internação, mais prejudicada é a percepção de qualidade

de vida do cuidador. Aspectos específicos da qualidade de vida (Físico e Meio Ambiente) também apresentaram relação inversa com o tempo de internação.

Achados semelhantes são reportados em estudos com crianças, porém o foco dos estudos tem sido voltado para doenças específicas ou para a criança crítica em Unidade de Terapia Intensiva. Menor tempo de internação além de menor risco de mortalidade, menor idade e diagnóstico cardíaco foram associados com melhor indicador de qualidade de vida reportados por 576 parentes de crianças criticamente doentes em estudo realizado na Bélgica¹³. A carga na qualidade de vida também foi reportada por cuidadores de crianças com autismo e com deficiências⁷.

Os cuidadores reportaram maiores escores em domínios ligados a saúde física e menores escores em saúde mental quando comparadas com a população em geral¹³. Killien *et al.*,²⁰ relataram que o tempo de internação esteve associado com a dificuldade de retorno ao estado de saúde anterior a pré-admissão no hospital de crianças que tiveram em terapia intensiva por sepse. A deterioração da qualidade de vida pós-internação por sepse também já foi relatada até após um ano da internação hospitalar¹⁷.

Nesta pesquisa, percebeu-se que a maior pertence aos estratos sociais menos favorecidos. Forte relação da renda familiar maior com a melhor qualidade de vida foi referida em estudo com crianças com hidrocefalia derivada de uma mielomeningocele¹⁰. Os cuidadores precisam de suporte para que haja uma cooperação com a comunidade para lidar com a carga e com o estresse geral pela doença da criança. A própria capacidade de adaptabilidade dos pais a situações adversas da vida bem como estratégias comportamentais para cooperação pode ser benéfica para melhora da qualidade de vida. Entretanto, estratégias para minorar o impacto na qualidade de vida de crianças com doenças

crônicas ainda representam uma lacuna na literatura científica².

As limitações deste estudo residem no baixo número da amostra e na dificuldade de encontrar informações completas em prontuários.

Os resultados mostraram a associação inversa entre o tempo de internação e a percepção da qualidade de vida de cuidadores. Domínios específicos da qualidade de vida também demonstraram a mesma relação. Estratégias para minorar os impactos da internação são necessárias para reduzir os efeitos negativos da internação prolongada.

Estudos multicêntricos são necessários com amostras mais representativas que levem em conta diferenças geográficas e culturais. Esses novos olhares podem explicar melhor a relação do tempo de internação com a qualidade de vida, levando-se em conta outros fatores que possam ser mediadores nessa relação como a gravidade da doença, o tipo de cuidador e o impacto do cuidado a depender da idade e do nível de cuidado exigido.

REFERÊNCIAS

- Gobbens RJJ, Van der Ploeg T. The prediction of mortality by the quality of life assessed with the WHOQOL-BREF: a longitudinal analysis at the domain and item levels using a seven-year follow-up period. *Qual Life Res.*, 2021; 30(7): 1951-1962
- Fairfax A, Brehaut J, Colman I, Sikora L, Kazakova A, Chakraborty P, et al. A systematic review of the association between coping strategies and quality of life among caregivers of children with chronic illness and/or disability. *BMC Pediatr*, 2019; 19(1):1-16.
- Fontela PC, Abdala FANB, Forgiarini SGI, Forgiarini Júnior LA. Quality of life in survivors after a period of hospitalization in the intensive care unit: a systematic review. *Rev Bras Ter Intensiva*, 2018; 30(4): 496-507.
- Wiethan JRV, Soares JC, Souza JA. Evaluation of functionality and quality of life in critical patients: case series report. *Acta Fisiatr.*, 2017; 24(1): 7-12.
- Nascimento FGP, Silva VR. Importância da visita à criança em unidade de terapia intensiva pediátrica: opinião dos acompanhantes. *Rev Enferm UFPE Line*, 2017; 11(10): 3920-3927.
- Rocha RS, Pinheiro LP, Oriá MOB, Ximenes LB, Pinheiro AKB, Aquino PS. Determinantes sociais da saúde e qualidade de vida de cuidadores de crianças com câncer. *Rev Gaúcha Enferm.*, 2016; 37(3): 1-6.
- Barros ALO, Gutierrez GM, Barros AO, Santos MTBR. Quality of life and burden of caregivers of children and adolescents with disabilities. *Spec Care Dent*, 2019; 39(4): 380-388.
- Reis GA, Zonta JB, Camilo BHN, Fumincelli L, Gonçalves AMS, Okido ACC. Qualidade de vida de cuidadores de crianças com transtornos do neurodesenvolvimento. *Rev Eletrônica Enferm*, 2020; 22: 1-7.
- Ocak E, Yozgat AK, Kacar D, Sucakli IA, Ozbek NY, Uneri OS, et al. Health-related Quality of Life for Children With Leukemia: Child and Parental Perceptions. *J Pediatr Hematol Oncol*, 2021; 43(1): e56-e63.
- Karmur BS, Kulkarni AV. Medical and socioeconomic predictors of quality of life in myelomeningocele patients with shunted hydrocephalus. *Child's Nerv Syst*, 2018; 34(4): 741-747.
- Ekim A. The Post-Intensive Care Syndrome in Children. *Compr Child Adolesc Nurs*, 2020; 43(1): 15-21.
- Didsbury MS, Kim S, Medway MM, Tong A, McTaggart SJ, Walker AM, et al. Socio-economic status and quality of life in children with chronic disease: A systematic review. *J Paediatr Child Health.*, 2016; 52(12): 1062-1069.
- Hordijk J, Verbruggen S, Vanhorebeek I, Van den Berghe G, Utens E, Joosten K, et al. Health-related quality of life of children and their parents 6 months after children's critical illness. *Qual Life Res*, 2020; 29(1): 179-189.
- Goldhagen J, Fafard M, Komatz K, Eason T, Livingood WC. Community-based pediatric palliative care for health related quality of life, hospital utilization and costs lessons learned from a pilot study. *BMC Palliat Care*, 2016; 15(1): 1-12.
- Pedraza DF, Araujo EMN, Pedraza DF, Araujo EMN. Internações das crianças brasileiras menores de cinco anos: revisão sistemática da literatura. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 2016; 26(1): 169-182.
- Verstraete J, Scott D. Does the child's health influence the caregiver's health using the EQ-5D instruments? *South African J Physiother*, 2020; 76(1): 1-8.
- Zimmerman JJ, Banks R, Berg RA, Zuppa A, Newth CJ, Wessel D, et al. Trajectory of Mortality and Health-Related Quality of Life Morbidity Following Community-Acquired Pediatric Septic Shock. *Crit Care Med*, 2020; 48(3): 329-337.
- Haraldstad K, Wahl A, Andenæs R, Andersen JR, Andersen MH, Beisland E, et al. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Qual Life Res.*, 2019; 28(10): 2641-2650.
- Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Rev Saude Publica*, 2000; 34(2): 178-183.
- Killien EY, Farris RWD, Watson RS, Dervan LA, Zimmerman JJ. Health-Related Quality of Life Among Survivors of Pediatric Sepsis. *Pediatr Crit Care Med*, 2019; 20(6): 501-509.

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE ROTEIRO DE VÍDEO EDUCATIVO PARA O MANEJO DE DIETA ENTERAL DOMICILIAR

CONSTRUCTION AND VALIDATION OF AN EDUCATIONAL VIDEO SCRIPT FOR THE MANAGEMENT OF HOME ENTERAL DIET

Jordana Moreira de Almeida¹, Fernanda Carolina Camargo², Marli Aparecida Reis Coimbra², Aldenora Laísa Paiva de Carvalho Cordeiro³, Lucas Carvalho Santana², Lúcia Aparecida Ferreira³

Resumo

Introdução: O vídeo educativo é um recurso útil para educação em saúde de famílias e de cuidadores, pois facilita a compreensão e melhora o conhecimento a curto prazo. **Objetivo:** Validar um roteiro de vídeo educativo para o manejo de dieta enteral domiciliar. **Métodos:** Estudo metodológico realizado entre julho de 2018 e dezembro de 2020 por meio de cinco passos: revisão integrativa da literatura, pesquisa qualitativa, produção do conteúdo do roteiro, validação do roteiro e análise. **Resultados:** Para validar do roteiro participaram 11 juízes de conteúdo e 3 juízes técnicos. Na análise de concordância obteve-se um Índice de Validade de Conteúdo maior que 0,8. **Conclusão:** A produção do conteúdo do roteiro relacionou os aspectos visuais, como cenas, posição do personagem, textos e imagens, com o áudio, tais como narração, e música. A validação do roteiro se mostrou satisfatória, e apropriada para a construção do vídeo educativo.

Palavras-chave: Nutrição Enteral. Assistência Domiciliar. Intubação Gastrointestinal. Atenção Primária à Saúde. Tecnologia da Informação.

Abstract

Introduction: The educational video is a useful resource for health education for families and caregivers, as it facilitates understanding and improves knowledge in the short term. **Objective:** To validate an educational video script for home enteral diet management. **Methods:** Methodological study carried out between July 2018 and December 2020 through five steps: integrative literature review, qualitative research, production of script content, script validation and analysis. **Results:** To validate the script, 11 content judges and 3 technical judges participated. In the agreement analysis, a Content Validity Index greater than 0.8 was obtained. **Conclusion:** The production of script content related visual aspects, such as scenes, character position, texts and images, with audio, such as narration, and music. The script validation proved to be satisfactory, and appropriate for the construction of the educational video.

Keywords: Enteral Nutrition. Home Assistance. Gastrointestinal Intubation. Primary Health Care. Information Technology.

Introdução

As Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) tem contribuído para o cuidado em saúde. Ao se tratar da atenção primária à saúde, os benefícios se aplicam no apoio à gestão intersetorial e na adoção de inovações. Mesmo diante da ampliação da aplicação desses recursos no cotidiano de trabalho do Sistema Único de Saúde, ainda são incipientes os estudos que discutem sua repercussão na qualidade do cuidado, especialmente na atenção primária à saúde¹.

Revisão de literatura de 2021 demonstrou que ainda existem limitações estruturais e técnicas que interferem na popularização de TIC na atenção primária à saúde, como a infraestrutura das unidades de saúde, resistência na adoção pelos trabalhadores, disparidade de acesso digital e necessidades constantes de treinamentos².

Outro desafio para a incorporação de TIC na atenção primária à saúde revela-se quando há a necessidade de transferência do cuidado. A continuidade do tratamento no domicílio, que se inicia por meio da alta hospitalar responsável, abrangendo orientações aos pacientes e seus familiares, é uma dimensão de importância a ser discutida na incorporação de TIC¹.

As orientações realizadas na prática pelos profissionais de saúde, apenas no momento da alta hospitalar, são insuficientes para o preparo e manejo do cuidado no domicílio. Por esse motivo, tornam-se cruciais as articulações em rede, tendo a atenção primária como o foco coordenador do cuidado³. Enfatiza-se que as estratégias de TIC contribuem para o aprendizado e solução de possíveis dúvidas que venham a surgir durante o cuidado do paciente no domicílio⁴.

O paciente que recebe alta com sonda enteral pode muitas vezes, por longos períodos, fazer uso desta via alternativa de ingestão de nutrientes no domicílio, o que necessita de orientações na prática da TNE⁵. Em relação aos benefícios da TNE, torna-se fundamental monitorar as complicações clínicas que podem ocasionar sintomas gastrointestinais nos pacientes, incluindo náuseas, vômitos, estase gástrica, refluxo gastroesofágico, distensão abdominal, cólicas, flatulência, diarreia e obstipação⁶.

Essas complicações acabam por impactar em reinternações, sobrecarregando o sistema de saúde e prejudicando qualidade de vida dos pacientes, além de implicar em esgotamento dos familiares e cuidadores.

¹ Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde. Universidade Federal do Triângulo Mineiro-UFTM. MG/Brasil.

² Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro-UFTM. MG/Brasil.

³ Docente da Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG. MG/Brasil.

Contato: Jordana Moreira de Almeida. E-mail: jordana_25ma@hotmail.com

Realidade que se agrava quando há deficiências nas orientações sobre a transição do ambiente hospitalar para o domiciliar, bem como pela descontinuidade no acompanhamento por equipes de saúde do Sistema Único de Saúde⁷.

Familiares e cuidadores que apresentam um saber de práticas domésticas para o cuidado, são pessoas que não dominam os conhecimentos e termos técnicos. Fato que reforça a necessidade de ações como treinamento e apoio contínuo à implementação de cuidado qualificados a essa demanda⁸. Emerge como questão: Como orientar familiares e cuidadores para a TNED?

A tecnologia educativa aparece como uma inovação para assegurar o processo de transição do hospital para o domicílio, no sentido de oferecer apoio e orientações aos pacientes, seus familiares e cuidadores⁴.

Nessa perspectiva, os vídeos educativos têm aplicabilidade no processo de ensino-aprendizagem das comunidades, pois combinam vários elementos, como: imagens, texto e som em um único objeto. É um recurso útil para educação em saúde de famílias e de cuidadores, pois facilitam a compreensão e o conhecimento a curto prazo^{9,10}.

Revela-se a necessidade de ampliação das pesquisas aplicadas que abordem as tecnologias educacionais, como vídeos educativos. Faz-se necessário o desenvolvimento de pesquisas nessa área para diminuir a lacuna entre os avanços tecnológicos e as necessidades práticas de familiares, cuidadores e pacientes¹¹.

O presente estudo tem como objetivo validar um roteiro de vídeo educativo para o manejo da terapia de nutrição enteral domiciliar.

Métodos

Trata-se de estudo metodológico, o qual conduz investigações de forma a possibilitar a coleta e organização dos dados para o desenvolvimento, validação, avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa¹². Foi desenvolvido no período de julho de 2018 a dezembro de 2020, abordou metodologia para produção de mídias com adaptações para estudo de validação¹³.

Para o desenvolvimento de estudos de produção de mídia, adota-se três fases: a pré-produção que consiste no planejamento e esquematização por meio do roteiro para preparação das filmagens; produção – gravação das cenas; e a pós produção – edição das cenas gravadas¹⁴. No presente estudo foi contemplada a fase de pré-produção.

E para a elaboração do roteiro do vídeo foram divididas em cinco etapas sequenciais que ocorreram de forma interdependente e inter-relacionadas: Revisão integrativa da literatura, Estudo qualitativo por grupo focal, Produção do roteiro, Validação do Roteiro, Análise da validação.

A revisão integrativa da literatura apoiou a elaboração da ideia para o vídeo educativo ao evidenciar as seguintes categorias essenciais a serem abordadas: Cuidados com a sonda; Preparo da dieta; Administração da dieta; Controle do fluxo sequencial para evitar complicações mecânicas; Incidentes comuns no domicílio e a categoria dificuldades no manejo doméstico.

Já, para a criação das cenas, a abordagem junto ao grupo focal de trabalhadores hospitalares orientou para que estivesse contido no vídeo educativo: Definição de nutrição enteral; Descrição dos materiais e alimentos necessários; Higienização do local e das mãos; Preparo da dieta semiartesanal, Condições da dieta industrializada; Administração das medicações pela sonda; Intercorrências com a sonda¹⁵.

Por meio da revisão integrativa da literatura e da pesquisa qualitativa foram identificados os principais desfechos para elaboração do conteúdo a ser passado que foi dividido em seis pequenos roteiros, para não dispersar a atenção de quem assiste (Quadro 1).

Quadro 1 – Títulos de abertura do roteiro de vídeo educativo para manejo de dieta enteral domiciliar. Uberaba- MG, 2021.

Video	Título	Síntese do conteúdo
1	O que vamos precisar para passar a dieta em casa	Utensílios e materiais necessários para o preparo da dieta
2	Como preparar a dieta enteral em casa	Higienização e modo de preparo da dieta
3	Vamos passar a dieta na sonda	Administração da dieta pela sonda enteral
4	Como higienizar os utensílios	Lavagem e desinfecção dos utensílios
5	Como passar remédios pela sonda	Formas de diluição e administração dos medicamentos
6	O que fazer nas intercorrências	Soluções para problemas que podem ocorrer com o uso da sonda enteral

Com o ensaio das cenas foi estipulada uma média de 10 minutos de vídeo. O ideal seria entre 10 e 20 minutos, inferior a esse tempo de duração a apresentação do conteúdo torna-se inconsistente, por outro lado, vídeos com tempo de duração superior a 30 minutos promovem a dispersão dos espectadores¹³.

Em relação aos aspectos de áudio, preferiu-se narrar as cenas com falas que se aproximassem da realidade do público-alvo, utilizando recursos como “voz off” (gravar primeiro as cenas, depois incluir a narração) e música instrumental para abertura da vinheta.

Para validação do conteúdo, que verifica a relevância dos itens propostos pelo material em estudo e sua representatividade em relação aos seus objetivos propostos, foram recrutados juizes de conteúdo que apresentam experiência clínica na temática e juizes técnicos que são os especialistas na produção de vídeos. Foram selecionados por meio de amostragem não probabilística intencional do tipo bola de neve^{16,17}. Foi identificado junto à universidade e ao hospital de ensino de realização do estudo, expertises na área. Já, para os juizes técnicos, que fossem profissionais da área de comunicação social (graduados ou tecnólogos) com a titulação mínima de especialista.

Foi realizado o convite e a coleta de dados apenas junto às expertises que respondiam aos critérios de inclusão: ter experiência clínica de, no mínimo, cinco anos completos na temática e apresentar ao menos uma publicação científica ou pesquisa em desenvolvimento sobre o tema¹⁸. Foram excluídas aquelas expertises que se encontravam de férias, como também aquelas que demoraram mais de 90 dias para envio das respostas dos formulários.

A amostra inicial convidada foi de 24 juízes de conteúdo e aceitaram participar uma amostra final de 11 profissionais, entre enfermeiros, nutricionistas, médicos, farmacêutico. Foram convidados 8 juízes técnicos e participaram 3 da área de comunicação social. Para coleta dos dados foi enviada carta convite e termo de consentimento livre e esclarecido por e-mail, além da utilização da plataforma on-line Google Forms para o envio dos formulários. A previsão de retorno proposto foi de até 90 dias.

Em relação ao conteúdo foram avaliados: Conteúdo temático relevante/atual; Conteúdo coerente com objetivo do vídeo; Objetivo do vídeo coerente com a prática; Informações compreensíveis; Informações suficientes; Adequado para uso do público alvo; Interesse do roteiro cresce; Apresentação agradável do roteiro; Cenas motivam próximas; Ritmo agradável; Narração tem naturalidade; Há conclusão; Símbolos visuais compreensíveis; Cenas revelam aspectos importantes; O conteúdo tem relação direta com o público; Roteiro ilustra aspectos importantes da temática; Linguagem compatível com conhecimento do público; Cenas relevantes para o público-alvo; Roteiro traz resumo ou revisão.

Os juízes responderam as questões do formulário que foram estruturadas em escala likert crescente, distribuídas em cinco pontos, registrando o grau de relação de preferência ou das afirmações: (1) Discordo Totalmente; (2) Discordo Parcialmente; (3) Não Sei/Não se Aplica; (4) Concordo Parcialmente; (5) Concordo Totalmente; de forma que quanto maior o escore maior a concordância com o item. No final do questionário teve um espaço em linhas para que os juízes expressaram opinião quanto ao roteiro ou ainda sugeriram alguma modificação.

Na análise da validação do roteiro, os dados captados do instrumento foram tabulados, processados e organizados em banco de dados. Foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) para identificar o grau de concordância entre os especialistas durante o processo de análise das respostas. Esse índice mede a proporção de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento. O IVC aceitável entre peritos deve ser de, no mínimo, 0,8 e preferencialmente maior que 0,9¹⁷. IVC foi calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados por "4" ou "5" (considerados como relevantes) divididos pelo número total de respostas.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro sob o parecer nº 2.703.137/2018.

Resultados

Após a elaboração do roteiro, este foi submetido para validação na plataforma Google forms à 24 profissionais, juízes de conteúdo. Entretanto, responderam ao questionário 11 profissionais, sendo 54,5% nutricionistas, 36,4% enfermeiros, 9,1% farmacêutico. Todos eles apresentavam experiência com Terapia de Nutrição Enteral Domíliciar.

Após o roteiro, ter passado pelo consenso dos juízes de conteúdo, foi enviado a 8 juízes técnicos, também pela plataforma Google Forms. Entretanto, responderam ao questionário apenas 3 profissionais sendo 66,7% jornalistas, 33,3% publicitários. Além disso, todos eles apresentavam experiência com produção de roteiros.

Analisando o resultado do Índice de Validade de Conteúdo dos juízes de conteúdo visualizou-se uma concordância por parte da maioria dos especialistas. Tendo uma média proporcional de Concordo totalmente 80,3%, Concordo Parcialmente 15,3% e Não se aplica 4,3%. Apenas o item (narração tem naturalidade) não atingiu o valor mínimo de IVC, fato que orientou a revisão e ajuste deste conteúdo (Tabela 1).

Tabela 1 - Nível de concordância dos juízes de conteúdo e Índice de Validade de Conteúdo (IVC) Uberaba-MG, 2021.						
	%					
Conteúdo	CT	CP	NA	DP	DT	IVC*
Temática relevante/atual	100		-	-	-	1
Conteúdo coerente com objetivo do vídeo	90,9	9,1	-	-	-	1
Coerente com a prática	90,9	9,1	-	-	-	1
Informações compreensíveis	81,8	18,2	-	-	-	1
Informações suficientes	63,6	36,4	-	-	-	1
Adequado para uso do público-alvo	90,9	9,1	-	-	-	1
Interesse do roteiro cresce	81,8	9,1	9,1	-	-	0,9
Apresentação agradável	90,9	9,1	-	-	-	1
Cenas motivadoras	72,7	9,1	18,2	-	-	0,8
Ritmo agradável	63,6	27,3	9,1	-	-	0,9
Narração tem naturalidade	45,5	27,3	27,3	-	-	0,7
Há conclusão	72,7	27,3	-	-	-	1
Visual compreensível	81,8	18,2	-	-	-	1
Aspectos importantes	81,8	9,1	9,1	-	-	0,9
Relação direta com o público	100	-	-	-	-	1
Linguagem compatível	72,7	18,2	9,1	-	-	0,9
Roteiro ilustra aspectos importantes da temática	90,9	9,1	-	-	-	1
Cenas relevantes	90,9	9,1	-	-	-	1
Roteiro traz resumo ou revisão	63,6	36,4	-	-	-	1
Total	-	-	-	-	-	0,95

Abreviações: CT= Concordo totalmente, CP= Concordo parcialmente, NA= Não se aplica, DP=discordo parcialmente, DT= Discordo totalmente, IVC= índice de validade de conteúdo.

Já na análise dos juízes técnicos o resultado da média proporcional de Concordo totalmente foi 76.5%, Concordo Parcialmente 19.6% e Não se aplica 4%. Não foi atingido o IVC nos itens (discurso narrativo eficiente e compreensível) e (Formas de apresentação das cenas adequadas). Então de acordo com as sugestões, esses itens foram reformulados, adequando de forma coerente com a proposta do estudo, apresentando informações mais compreensíveis e congruentes com o público-alvo (Tabela 2).

Tabela 2 – Nível de concordância dos juízes técnicos e Índice de Validade de Conteúdo (IVC) Uberaba-MG, 2021.

Critérios	CT	%				IVC*
		CP	NA	DP	DT	
Conteúdo temático adequado ao objetivo	100	-	-	-	-	1
Auxilia a aprendizagem	100	-	-	-	-	1
Roteiro é útil	100	-	-	-	-	1
Roteiro é atrativo	33,3	66,7	-	-	-	1
Interesse do roteiro cresce	66,7	33,3	-	-	-	1
Número de Cenas suficientes	66,7	33,3	-	-	-	1
Apresentação agradável do roteiro	33,3	66,7	-	-	-	1
Formas de apresentação das cenas adequadas	33,3	33,3	-	33,3	-	0,6
Cenas refletem aspectos importantes	66,7	33,3	-	-	-	1
Símbolos compreensíveis	66,7	33,3	-	-	-	1
O conteúdo tem relação direta com o público	100	-	-	-	-	1
Vídeo propõe empoderar cuidadores/familiares quanto aos cuidados no manejo da sonda de nutrição enteral	100	-	-	-	-	1
Vídeo gera resultados positivos	100	-	-	-	-	1
Vídeo fácil de ser usado em serviços de saúde/domicílio	100	-	-	-	-	1
Fácil aprender os conceitos utilizados e suas aplicações	100	-	-	-	-	1
Poderá ser usado por um profissional de saúde	66,7	33,3	-	-	-	1
Discurso narrativo eficiente e compreensível	66,7	-	-	33,3	-	0,6
Total	-	-	-	-	-	0,92

Abreviações: CT= Concordo totalmente, CP= Concordo parcialmente, NA= Não se aplica, DP=discordo parcialmente, DT= Discordo totalmente, IVC= índice de validade de conteúdo.

Discussão

A construção do roteiro embasado na literatura científica constitui etapa importante para orientar a produção de um vídeo, como também para guiar o processo criativo nas etapas seguintes da produção^{19,20}.

Neste estudo, as pontuações conseguidas pelos critérios de seleção dos juízes demonstraram experiências práticas e docentes na temática e as sugestões e anotações propostas contribuíram para complementar e qualificar os conteúdos referentes ao roteiro de vídeo.

Um estudo realizado na região sul do Brasil resalta que as imagens em seu contexto interativo contribuem para sensibilizar, motivar, reafirmar e educar pela percepção suscitada ao transmitirem mensagens que traduzem valores complexos para serem expostos apenas em textos²¹.

Um cuidado relevante deste estudo foi a linguagem audiovisual simples, uma vez que desperta o interesse e o entendimento do público-alvo visando alcançar os objetivos propostos com a criação do vídeo educativo. De acordo com Fehring¹⁸ o vocabulário utilizado deve ser coerente com a mensagem e com o público-alvo, convidativo e de fácil entendimento. Termos científicos devem ser substituídos e frases complexas trocadas por uma linguagem mais popular e de fácil entendimento do público¹⁹. Dentre as sugestões comentadas pelos juízes especialistas foi sugerido a modificação de alguns termos para melhorar o entendimento e dar clareza à narração.

O uso do vídeo é para facilitar o trabalho e somar em todo o processo de alta do paciente em Terapia de Nutrição Enteral Domiciliar, mas não dispensa o contato frequente para ajustar as informações e o retorno para o acompanhamento dos cuidados. Tecnologias são meios criativos e atrativos para difundir informações, podem favorecer a dinamização, o processo ensino aprendizagem e facilitar o trabalho dos profissionais da saúde, mas não o substituem²².

Para auxiliar a Atenção Primária em relação ao manejo de dieta enteral domiciliar torna-se necessário estimular o uso de tecnologias como vídeos educativos. Um estudo revelou que considerar a TIC na Atenção Primária traz impactos positivos no que tange a horizontalidade e integralidade do cuidado, incorporando práticas, saberes e ampliando novos métodos de assistência para população. Mas o cenário encontra-se desafiador quanto a efetivação e popularização dessas tecnologias no setor primário da saúde, necessitando de maiores investimentos e pesquisas para apoiar o tema².

É importante ressaltar que o roteiro utilizado se adéqua de forma satisfatória a orientação inicial e de curto prazo para o público leigo sobre a temática. Sobremaneira, se faz crucial, o incessante acompanhamento com profissional, por vezes presencialmente, para troca de experiências no manuseio do material e desenvolvimento de habilidades com o público a qual se destina o vídeo.

Considerou-se como limitação do estudo a validação clínica do material educativo com o público-alvo de apenas um serviço, além da dificuldade de retorno dos instrumentos pelos juízes especialistas na etapa de validação.

A validação se mostrou satisfatória, sendo o roteiro considerado, apropriado para construção do vídeo educativo para a Terapia de Nutrição Enteral Domiciliar e adequado para a realização de ações de educação na saúde para profissionais, cuidadores e, principalmente, para os pacientes.

Os resultados desta pesquisa poderão ser organizados junto a outros materiais para apoiarem a

implementação de dispositivos que facilitem a assimilação de informações sobre implementação dos cuidados domiciliares com a sonda, que pode se iniciar no ambiente hospitalar, por meio da educação em saúde e apoiar o cuidado continuado em rede. A organização da forma como serão transmitidas as instruções facilita e apoia o desenvolvimento de competências, empoderando os pacientes e cuidadores.

Referências

- Santos ADFD, Sobrinho DF, Araujo LL, Procópio CSD, Lopes EAS, Lima AMLD, et al. Incorporação de Tecnologias de Informação e Comunicação e qualidade na atenção básica em saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2017; 33(5): 1–14.
- Cardoso RN, Silva RS, Santos DMS. Tecnologias da informação e comunicação: ferramentas essenciais para a atenção primária a saúde. *Brazilian Journal of Health Review*, 2021; 4(1): 2691–2706.
- Smith J, Kendal S. 'Parents' and Health Professionals' Views of Collaboration in the Management of Childhood Long-Term Conditions'. *J. pediatr. Nurs*, 2018; 43: 36–44.
- Landeiro MJL, Peres HHC, Martins T. Avaliação de necessidades informacionais dos cuidadores domiciliares. *Rev. Enferm. UFSM*, 2015; 5(3): 486–98.
- Wong A, Goh G, Banks MD, Bauer JD. A systematic review of the cost and economic outcomes of home enteral nutrition. *Clin Nutr*, 2018; 2: 429–442.
- Oliveira-Filho RS, Ribeiro LMK, Caruso L, Lima PA, Damasceno NRT, Garcia Soriano F. Quality indicators for enteral and parenteral nutrition therapy: application in critically ill patients "at nutritional risk". *Nutr Hosp*, 2016; 33(5): 1027–1035.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Manual de terapia nutricional na atenção especializada hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde –SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
- Ferreira RS, Pereira LR, Teles MAB, Oliveira KCF, Barbosa-Medeiros MR. Percepção de cuidadores sobre a assistência a pacientes em nutrição enteral no âmbito domiciliar. *Rev. Enferm. UFPE online*, 2017; 11(Supl. 1): 303–308.
- Dalmolin A, Girardon-Perlini NMO, Coppetti LC, Rossato GC, Gomes JS, Silva MEN. Vídeo educativo como recurso para educação em saúde a pessoas com colostomia e familiares. *Rev Gaúcha Enferm*, 2016; 37(esp): 1–9.
- Lopes JL, Baptista RCN, Domingues TAM, Ohl RIB, Barros ALBL. Elaboração e validação de um vídeo sobre banho no leito. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2020; 28: 1–8.
- Landeiro MJL, Peres HHC, Martins T. Evaluation of the educational technology "Caring for dependent people" by family caregivers in changes and transfers of patients and tube feeding. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2016; 24: 1–8.
- Campoy LT, Rabeih SAN, Castro FFS, Nogueira PC, Terçariol CAS. Bowel rehabilitation of individuals with spinal cord injury: video production. *Rev Bras Enferm*, 2018; 71(5): 2376–2382.
- Kindem G, Musburguer R. Introduction to media production: the path to digital media production. 4 ed. Boston: Focal Press; 2009.
- Fleming SE, Reynolds J, Wallace B. Lights... camera... action! A guide for creating a DVD/Video. *Nurse Educ*, 2009; 34(3): 118–121.
- Oliveira AL, Camargo FC, Almeida JM, Monteiro DAT, Pereira EMS. Apreensões de trabalhadores hospitalares sobre orientações para o cuidado de pessoas em nutrição enteral domiciliar. *Demetra*, 2020; 15(1): 1–11.
- Pasquali L. Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Porto Alegre: Artmed Editora; 2011.
- Fehring JR. Methods to validate nursing diagnoses. *Hert Lung*, 1987; 16(6): 625–629.
- Rodrigues Júnior JC, Rebouças CBA, Castro RCMB, Oliveira PMP, Almeida PC, Pagliuca LMF. Construção de vídeo educativo para a promoção da saúde ocular em escolares. *Texto & Contexto Enferm*, 2017; 26(2): 1–11.
- Lima MB, Rebouças CBA, Castro RCMB, Cipriano MAB, Cardoso MVLML, Almeida PC. Construction and validation of educational video for the guidance of parents of children regarding clean intermittent catheterization. *Rev Esc Enferm USP*, 2017; 51: 1–7.
- Rosa BVC, Girardon-Perlini NMO, Gamboa NSG, Nietzsche EA, Beuter M, Dalmolin A. Desenvolvimento e validação de tecnologia educativa audiovisual para famílias e pessoas com colostomia por câncer. *Texto contexto-enferm*, 2019; 28: 1–15.
- Fonseca LMM, Leite AM, Mello DF, Silva MAI, Lima RAG, Scocchi CGS. Educational technology in health: contributions for pediatric and neonatal nursing. *Escola Anna Nery*, 2011; 15(1): 190–196.

ESTIGMA E ENFRENTAMENTO NO COTIDIANO DE MULHERES QUE VIVEM COM HIV

STIGMA AND COPING FOR WOMEN LIVING WITH HIV

Douglas Moraes Campos¹, Luciana Batalha Sena², Adriana Crispim de Freitas³, Francisco Dimitre Rodrigo Pereira Santos⁴, Leonel Lucas Smith de Mesquita²

Resumo

Introdução: O estigma ao HIV (Human Immunodeficiency Virus) repercute sobre distintas dimensões da vida daqueles que convivem com o vírus, sobretudo quando essa vivência é atravessada por outros marcadores sociais da diferença, como o gênero. **Objetivo:** Compreender os sentidos do estigma social ligado ao HIV e as motivações para o enfrentá-lo no cotidiano de mulheres soropositivas. **Método:** Trata-se de um estudo qualitativo com 14 mulheres, realizado no Centro de Testagem e Aconselhamento do município de Imperatriz, Maranhão, Brasil. **Resultados:** Emergiram duas categorias: Convivência e cotidiano: estigma e sofrimento social e Convivência e cotidiano: motivações para o enfrentamento. As experiências de sofrimento e de enfrentamento das participantes elucidaram que o estigma se encontra nas atividades humanas diárias como nos relacionamentos afetivos e na expressão da sexualidade. Mesmo quando o sofrimento em decorrência do estigma ao vírus limita essas atividades foi possível, através de agentes impulsionadores, que estas mulheres encontrassem maneiras de se reposicionarem e consequentemente alargar os limites impostos pelo estigma ao HIV. **Conclusão:** As experiências de sofrimento face ao estigma social revelaram uma sobreposição de vulnerabilidades que fragilizam a mulher diante das relações afetivo-sociais. Ser mulher e, também, conviver com o vírus configura uma dupla subalternização. Esta condição encontra resistência à medida que se sentem apoiadas pela na família, nos profissionais e serviços de saúde, fortalecendo a autoconfiança para o enfrentamento das dificuldades cotidianas.

Palavras-chave: Saúde da mulher. HIV. Estigma Social. Dor. Enfrentamento.

Abstract

Background: The stigma of HIV (Human Immunodeficiency Virus) has repercussions on different dimensions of the lives of those who live with the virus, especially when this experience is crossed by other social markers of difference, such as gender. **Objective:** To understand the meaning of the social stigma attached to HIV and the motivations to face it in the daily lives of HIV-positive women. **Method:** This is a qualitative study with 14 women, conducted at the Center for Testing and Counseling in the city of Imperatriz, Maranhão, Brazil. **Results:** Two categories emerged: Coexistence and daily life: stigma and social suffering and Coexistence and daily life: motivations for coping. The participants' experiences of suffering and coping elucidated that stigma is found in daily human activities such as affective relationships and the expression of sexuality. Even when the suffering due to the stigma of the virus limits these activities, it was possible, through the use of boosters, for these women to find ways to reposition themselves and consequently expand the limits imposed by HIV stigma. **Conclusion:** The experiences of suffering in the face of social stigma revealed an overlapping of vulnerabilities that weaken women in the face of affective-social relationships. To be a woman and also to live with the virus configures a double subordination. This condition is resisted as they feel supported by family, professionals, and health services, strengthening their self-confidence to face daily difficulties.

Keywords: Women's Health. HIV. Social Stigma. Pain. Cope.

Introdução

O entendimento popular sobre a epidemia do HIV (Human Immunodeficiency Virus) dá forma a maneira como as pessoas que convivem com o vírus são socialmente valorizadas. Essa consciência construída sobre e em torno do vírus carrega uma historicidade alicerçada em padrões moralizadores que expõe ao estigma grupos como homossexuais e imigrantes¹. Por isso, entender as metáforas criadas no interior deste discurso pode, também, contribuir para compreender a identidade dada ao vírus e àqueles cujo a vivência é atravessada pela soropositividade.

Isso posto, compreende-se que ao HIV foi atribuído metáforas estigmatizantes, tal como a “peste gay”, o vírus como uma “punição moral”, que atribui o papel de “sujeitos inocentes” as crianças e cônjuges de parceiros bissexuais e papel de “culpados” aos homossexuais, profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis¹. Essas interpretações populares ganham dimensões mais específicas, particularmente, quando ambientadas a alguns marcadores sociais da diferença

como gênero, raça, nível de escolaridade, dentre outros.

Percebe-se, ainda, que as políticas de assistência à saúde e as tecnologias farmacêuticas produziram coquetéis eficientes que resultaram no aumento dos índices de qualidade de vida e, consequentemente, na medicalização da vida com HIV, que se traduz não somente em um controle do vírus no corpo, mas, também, no controle da epidemia por meio do medicamento².

Alguns imponderáveis da vida cotidiana com o vírus presentes em estudos anteriores^{3,4}, como os sentimentos frente ao preconceito e desigualdades sociais presentes na intersecção entre gênero e HIV, conduzem a observação de que as trocas intersubjetivas dos distintos momentos da convivência com o HIV – diagnóstico, aceitação e enfrentamento, por exemplo – não estão pautadas somente no esquema terapêutico.

A intersecção entre HIV, estigma e gênero se faz necessária devido ao impacto que uma validação ou invalidação social terá para produzir ou intensificar o

¹ Mestrando do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Maranhão, Brasil.

² Docente do Curso de Enfermagem. Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Maranhão, Brasil.

³ Docente do Curso de Engenharia de Alimentos. Universidade Federal do Maranhão, Imperatriz, Maranhão, Brasil.

⁴ Docente do Curso de Enfermagem. Universidade Estadual do Tocantins, Augustinópolis, Tocantins, Brasil.

Contato: Douglas Moraes Campos E-mail: douglasmoraescampos@gmail.com

sofrimento de mulheres que se descobrem com o vírus, uma vez que desde a infância são socializadas de maneira diferente dos homens. Ademais, em sociedades que balizam os seus princípios na honra, com uma delimitação expressiva dos papéis sexuais entre os sexos, as mulheres que vivem com HIV tornam-se alvos da menos-valia social e, conseqüentemente, passam a lidar com distintos aspectos do sofrimento em seus cotidianos³.

A forma como manejam esse sofrimento influencia diretamente sobre o processo de elaboração da convivência com o vírus. Segundo Lazarus e Folkman⁴, as estratégias de enfrentamento têm impacto direto na saúde física e mental, com potencial capaz de modificar a evolução do estresse. Além disso, as respostas geradas no objetivo de superar os desafios do contexto de estresse transcendem a individualidade e dependem, juntamente, das relações sociais e familiares^{4,5}.

Além disso, as relações intersubjetivas entre o individual e o coletivo corroboram para a formulação dos mecanismos de enfrentamento do HIV. Dessa forma, questionou-se: “como o estigma ao HIV repercute sobre a vida de mulheres soropositivas?” e “de que maneira ações de enfrentamento ao estigma são produzidas na vida de mulheres que convivem com HIV”. Com base nestes questionamentos, o estudo teve como objetivo compreender os sentidos do estigma social ligado ao HIV e as motivações para o enfrentá-lo no cotidiano de mulheres soropositivas.

Métodos

O presente estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada no município de Imperatriz, Maranhão, Brasil entre os meses de maio a outubro de 2018. A população do estudo foram mulheres diagnosticadas com vírus do HIV que faziam parte do Grupo de Adesão do Centro de Testagem e Aconselhamento da respectiva cidade.

O GA, uma medida de incentivo do compromisso com tratamento, tem como característica um trabalho coletivo de interação e diálogo para promoção da saúde através de atividades de apoio multiprofissional, informacional e reflexão crítica do contexto de convivência com o vírus⁶. Este grupo, no município em questão, tem como coordenadora uma psicóloga e o auxílio de um paciente na qualidade de facilitador do acolhimento e de discussões. A psicóloga e o paciente facilitador foram os informantes-chave desse estudo, contribuindo para a entrada e continuidade da pesquisa de campo.

Foram tomados como critérios de inclusão: pacientes do sexo feminino, com idade igual ou superior a 18 anos e que participassem do GA. Observando esses critérios, as possíveis interlocutoras foram abordadas e apresentadas a pesquisa recebendo orientações sobre os objetivos, riscos, benefícios e demais aspectos do estudo. Participaram do estudo 14 mulheres, utilizando o critério de saturação dos sentidos para delimitação do número de interlocutoras⁷. Todas as entrevistas foram conduzidas em ambiente reservado, nas instalações do Centro de Testagem e Aconselhamento, gravadas e transcritas na íntegra.

Os instrumentos que conduziram a coleta de dados contemplaram duas abordagens. O primeiro tratou-se de um questionário fechado sobre questões

sociodemográficas e aspectos relacionados a comportamentos de saúde, o seu objetivo era promover uma conversa inicial e fornecer ao pesquisador pontes de diálogo. O segundo instrumento foi um roteiro de entrevista semiestruturado que contemplava questões disparadoras a respeito da vivência enquanto mulher e a sua sexualidade, afetividade e enfrentamento no contexto do HIV.

Como técnica de tratamento dos dados utilizou-se os preceitos teóricos da Análise de Conteúdo na modalidade temática à luz de Bardin⁸. O presente estudo laborou com uma pré-análise (leitura flutuante, exaustiva e crítica do material, compreensão das ideias apresentadas e definição das unidades de registro e de contexto); categorização e exploração (recortes e compreensão do núcleo do texto e busca por expressões significativas em torno do tema) e interpretação das falas.

Utilizou-se como arcabouço teórico para análise das falas o que articula Erving Goffman⁹ a respeito do estigma que analisa as relações individuais e coletivas para a construção social do estigma, possibilitando a compreensão dos resultados através do conceito de uma categorização social e da identidade social que é imposta a todos os sujeitos.

As repercussões do estigma sobre a vida das participantes são compreendidas no que argumenta Veena Das¹⁰⁻¹² acerca da forma como ‘eventos críticos’ – que, neste estudo, trata-se do HIV e o estigma a ele colocado – culminam em experiências de sofrimento social segundo o gênero, isto é, a maneira como o vírus e suas reverberações sociais são constructos da subjetividade das mulheres aqui entrevistadas a partir do trauma.

Os eventos críticos são experiências de trauma que têm o poder de limitar práticas ordinárias da vida, as repercussões desses eventos estão sutilmente integradas a vida daqueles que direta ou indiretamente são/foram seus personagens¹⁰. Nos escritos de Veena Das¹¹, estes eventos organizam o contexto de violência e desigualdade para com as mulheres indianas violentadas durante a Partição da Índia (1947).

No presente estudo, as reflexões em torno do sofrimento social das entrevistadas colocam o estigma social imputado ao HIV em relação com as atividades ordinárias da vida, como o relacionamento afetivo com a família, parceiros sexuais-afetivos e visita aos serviços de saúde. Compreendendo a maneira como questões de dimensões mais amplas influenciam diretamente a construção subjetiva e as ações cotidianas das mulheres entrevistadas^{10,11}.

Esta pesquisa integra o projeto “HIV/AIDS e a reintegração trabalhista: A construção do sucesso profissional versus o estigma social no mercado de trabalho”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão segundo o parecer de número 2.683.052.

Optou-se por dar nomes de mulheres que marcaram a história da teledramaturgia, música e literatura brasileira para as interlocutoras, com a finalidade de manter o sigilo acerca de suas reais identidades.

Resultados

Participaram da pesquisa 14 interlocutoras. Estas entrevistadas tinham faixa de idade compreendida entre 20 e 53 anos. Em sua maioria, declaravam-se pardas, heterossexuais e mães de pelo menos um filho, casadas ou solteiras (Quadro 1).

Durante a análise do conteúdo, emergiram duas categorias: *Convivência e cotidiano: estigma e sofrimento social*, que dialoga sobre a maneira como estigma ao HIV atravessa as experiências de vida das mulheres soropositivas, sobretudo no modo como o sofrimento atribui limites às relações sociais e afetivas; e *Convivência e cotidiano: motivações para o enfrentamento*, que apresenta as motivações para o enfrentamento do HIV, centrando-se na família e Grupo de Adesão, como fomentadores de uma rede para fortalecer o enfrentamento.

QUADRO 1: Perfil das participantes das mulheres soropositivas para HIV. Centro de Testagem e Aconselhamento, Imperatriz/MA, Brasil, 2018.

NOME FICTÍCIO	IDADE	RAÇA/COR*	ORIENTAÇÃO SEXUAL	ESCOLARIDADE	ESTADO CIVIL	FILHOS
Alice	47	Parda	Heterossexual	Ensino fundamental incompleto	Viúva	4
Carmen	34	Parda	Heterossexual	Ensino fundamental incompleto	Casada	0
Conceição	50	Parda	Heterossexual	Ensino médio incompleto	Casada	3
Débora	43	Parda	Heterossexual	Ensino fundamental incompleto	Solteira	4
Elza	37	Parda	Heterossexual	Ensino médio completo	Casada	3
Hilda	20	Parda	Heterossexual	Ensino médio completo	Solteira	0
Juliana	22	Parda	Heterossexual	Analfabeta	Solteira	3
Margarete	44	Parda	Heterossexual	Ensino fundamental incompleto	Solteira	3
Paola	53	Parda	Heterossexual	Ensino fundamental incompleto	Solteira	4
Patrícia	47	Branca	Heterossexual	Ensino superior completo	Viúva	1
Roberta	40	Parda	Heterossexual	Ensino fundamental completo	Casada	2
Sofia	40	Branca	Heterossexual	Ensino médio incompleto	Casada	0
Teresa	53	Parda	Heterossexual	Ensino fundamental incompleto	Viúva	5
Vera	46	Parda	Heterossexual	Ensino fundamental completo	Viúva	5

*Raça/cor autodeclarada pelas interlocutoras.

Convivência e cotidiano: estigma e sofrimento social

O medo de relacionar-se amorosamente, a vergonha e o abandono familiar foram as principais repercussões do estigma sobre a vida das mulheres. Estas experiências elucidaram o sofrimento pelo preconceito ao vírus e a maneira como o estigma ao HIV produziu medo de iniciar novos relacionamentos afetivo-sexuais, abandono familiar e vergonha de frequentar ambientes de saúde, tal como o Centro de Testagem e Aconselhamento.

“Eu fiquei deprimida comigo mesmo, a gente acha que o mundo da gente acabou, a vida da gente acabou [...] eu tenho medo de conhecer [outros homens], de chegar e a pessoa vir conversar comigo e eu contar, entendeu? A pessoa me discriminar. Porque acontece muito isso, né?”. (Margarete)

“[...] quando eu vim de lá de Teresina, Piauí, eu estava muito magra porque eu passava a noite em hospital, foram dois meses e pouco com o meu marido [hospitalizado por

complicações da AIDS], né, cheguei muito ruim, aí o pessoal dizia – ‘Essa daí também tá com doença feia [HIV]’ – aí se afastaram. Meus irmãos também se afastaram, hoje em dia eu digo que eu não tenho irmão; se eles sabem, não sei quem foi que falou, só sei que eles se afastaram também da minha casa, aí eu deixo de mão também, não vou ficar desesperada por isso não”. (Teresa)

“[...] eu fui para a capital da Guiana Francesa que é Caiena, aí em Caena eu fiquei internada quatro meses, falando só português, perdendo peso, caiu o cabelo todo [...] e eu fiquei lá jogada, com dois meses e meio o médico me chamou e disse que tinha o Sidá que eu não sabia nem o que que era, aí ele me disse que no Brasil se chama HIV, foi um baque [...] a vergonha da família foi grande [...] eu tinha vergonha até de vir nesse posto [Centro de Testagem e Aconselhamento] – ‘Ah! Se eu entrar nesse posto o pessoal vai saber que eu tenho’ – eu vinha com óculos escuro”. (Conceição)

Convivência e cotidiano: motivações para o enfrentamento

O processo de enfrentamento é resultado de um constante impulsionamento de diferentes atores que fazem parte da vida das mulheres, dentre esses apoiadores estão os familiares, o serviço especializado e o profissional de saúde. No Grupo de Adesão, a participação do paciente facilitador e o psicólogo, representaram o fortalecimento para o enfrentamento das questões relacionadas ao sofrimento no contexto do estigma ao HIV.

“Quando eu descobri [...] eu queria logo era morrer, mas só que teve uma amiga minha que... e minha mãe também, que teve comigo até aqui... me ajudaram muito. Mulher mesmo de fibra!”. (Elza)

“E o que fez me ter vontade de viver foi eu ver meus filhos, sabe, chorando. Um rapaz e uma moça perto de mim – ‘Mãe a senhora não pode morrer’. Foi que me fez levantar a cabeça e partir para a vida”. (Conceição)

“Foi ele [Paciente Facilitador] que sempre me dava apoio e tudo quando eu chegava aqui. Aí, naquele tempo, quando eu descobri eu estava pesando 34kg, eu pensava: – ‘Se até hoje ele tá assim bonitão, eu também posso ficar’ – aí, aquilo ali foi me dando força”. (Roberta)

“Passei por um acompanhamento com a psicóloga, ela foi muito gente boa. Ela me emprestava livros de Augusto Cury para eu ler em casa e aquilo ali me ajudou muito”. (Sofia)

Discussão

Apesar de distintas, as vivências das mulheres soropositivas pelo vírus do HIV apresentam alguns marcadores sociais da diferença que as aproximam. De maioria parda, heterossexuais, de classes sociais populares, com baixo nível de escolaridade, responsáveis pelo cuidado de casa e dos filhos têm o gênero, a raça e as condições socioeconômicas como determinantes de questões sociais e de saúde.

Uma das implicações dessas características está nas injunções de desigualdade de gênero, principalmente, quanto à infecção pelo HIV entre as mulheres no exercício de suas sexualidades, uma vez que não se identificam com os comportamentos considerados mais vulneráveis, haja a vista que na prática de suas heterossexualidades, o casamento ou a manutenção de relacionamentos estáveis obstaculiza a percepção de risco durante as relações afetivo-sexuais^{13,14}.

O diagnóstico do HIV torna ainda mais desigual este contexto e é percebido na fala das entrevistadas como um “evento crítico”. Segundo Veena Das¹⁰, esses eventos se caracterizam pela ruptura ocasionada pelo

trauma sofrido e a sua assimilação ao cotidiano de vida das pessoas e impactam tanto na vida daqueles que sofreram diretamente, quanto na vida daqueles que são histórica e imaginariamente alcançados por ela¹⁵.

Portanto, o diagnóstico do HIV enquanto evento crítico¹⁰ associou os estigmas ligados ao vírus à existência e ao modo de ser de cada uma das mulheres, ou seja, passou a integrar a subjetividade de cada uma delas. Esses estigmas produzem um contexto violento, onde estas mulheres são submetidas a experiências de sofrimento em distintas dimensões da vida como na saúde, na moralidade e, particularmente em suas falas, limitam algumas experiências humanas construídas nas interações sociais, tal como o afeto e a sexualidade.

A maioria das participantes até o momento das entrevistas estavam solteiras ou viúvas, o que desvela um possível contexto de solidão. As mulheres passaram a evitar o afeto e o sexo, como medida protetora de possíveis experiências de dor, devido a áspera trajetória ligada ao HIV enquanto resultante de práticas moralmente estigmatizadas por profundas relações com experiências de sofrimento nas trajetórias pessoais em diferentes situações de contato sujeito-sujeito e sujeito-sociedade¹¹.

O exercício da sua sexualidade é limitado, o que desvela o potencial do estigma ao HIV em modelar as experiências sociais, afetivas e sexuais e, para as interlocutoras, pode ser elevado a uma dimensão ainda mais íntima à medida que se compreende também que a situação em que o estigmatizado esconde o seu 'defeito' de outras pessoas não o afasta de que, quando sozinho, desenvolva em si a visão de que a característica ao qual se esforça para manter em segredo é por ela mesma considerada 'impura'⁹.

Algumas falas são impulsionadas por um tom de raiva sobre como os irmãos lidaram com o diagnóstico, induzindo a um conflito que associa o HIV a trajetória ligada às características historicamente estigmatizadas como a promiscuidade, uso de drogas injetáveis e a homossexualidade. Neste sentido, a família que representa núcleo de suporte e de apoio no enfrentamento do HIV, também representa um núcleo que pode se comportar como ambiente de dor onde o sofrimento repercute no lugar social que os sujeitos ocupam, neste caso, um não-lugar, um lugar de não pertencimento¹¹.

Experiências traumáticas de diagnóstico refletiram diretamente sobre a maneira como o serviço especializado foi negativamente encarado, especialmente no caso do Centro de Testagem e Aconselhamento que é reconhecido no município como espaço de diagnóstico e acompanhamento de pessoas que convivem com o HIV. Neste sentido após o diagnóstico, a mulher portadora do HIV começa a planejar a sua vida e, principalmente, as idas ao serviço de saúde de maneira a evitar encontros com aqueles que podem discriminá-la.

Nesse contexto, mais do que fazer avaliações racionais, as mulheres comportam-se de modo a se proteger de novas experiências de sofrimento. Portanto, o medo e a preocupação de serem reconhecidas nos ambientes de saúde como paciente soropositivo passaram a circunscrever as suas experiências cotidianas. As consequências desse comportamento são a perda dos feedbacks sociais que se estabelecem nas trocas cotidianas com outros sujeitos. Essas trocas são inviabilizadas pelo planejamento de um desencontro e pode, por consequência, torná-la deprimida, hostil e confusa⁹.

O sofrimento e a maneira como este se apresenta nas atividades ordinárias e muitas vezes ditas no

senso comum como "naturais" – tais como o sexo, o afeto em família, a visita a um centro de saúde – ganham novos sentidos nas experiências das entrevistadas. Os marcadores sociais da diferença contribuem para a compreensão de que enquanto mulheres de classe social popular estão expostas a contextos de desigualdade e inferiorização, sobretudo, quando suas experiências estão associadas ao HIV¹⁶.

Cabe ainda esclarecer que as importantes descobertas sobre a identidade e o estigma de Goffman⁹ contribuem, neste texto, para a análise de pontos específicos nas experiências de sofrimento das entrevistadas, entretanto, não se faz uso da ideia de uma 'identidade deteriorada'¹⁹ pelo estigma. Para isso, a visão antropológica de Veena Das¹² toma lugar na compreensão de que a doença é um acontecimento que faz perder – ou reposicionar – o modo de ser e estar no mundo e não uma "perda do self"¹². Acredita-se, portanto, que as interlocutoras da presente pesquisa não têm as suas "identidades arruinadas", mas os seus modos de ser – irmãs, mulheres de afeto e de sexo – são perdidos.

A maneira como a epidemia do HIV foi popularmente descrita tende a dar a alguns atores sociais os papéis de 'vítimas', 'culpados' e 'heróis'. Nestes contextos trágicos as mulheres – e as crianças – são os primeiros a serem afetadas pelas mazelas produzidas e, geralmente, tornam-se as 'vítimas'¹⁰. No caso do HIV, as entrevistadas descrevem a maneira como lhes foram dados os papéis de 'culpadas' de seu próprio infortúnio. Apesar disso, ao comentarem sobre enfrentamento ao vírus demonstram também uma posição de resistência aos limites criados pelo estigma ao HIV, impulsionadas por pessoas e instituições que integram a vida cotidiana¹².

Tanto o estigma, como o enfrentamento a ele, pode coabitar as diferentes dimensões da vida com HIV, assim como a lei e a transgressão da lei podem conviver, como argumenta Veena Das¹¹. Desse modo, embora os limites impostos pelo estigma ao vírus continuem a agir sobre distintas dimensões da vida e o sofrimento por eles gerados ainda vagueem pelas memórias dessas mulheres, sutilmente, através do impulsionamento de alguns motivadores as entrevistadas passaram a tomar posições mais ativas no jogo social.

Para algumas das entrevistadas, a família foi um dos principais agentes do sofrimento causado pelo estigma ao HIV. Ao compartilharem suas situações de saúde, mulheres esperam como resposta o apoio e a aceitação, o que, segundo Melo *et al.*,¹⁷ devolve a elas a habilidade de confiar em outras pessoas, sentimento importante nas relações de convívio social.

De acordo com Galvão e Paiva¹⁸ a presença do filho representa um grande motivador do enfrentamento. Sobre essa perspectiva, argumenta-se ainda que o apoio familiar estimula o acolhimento, a coragem e fortalece as ações positivas ao longo da vivência com o vírus; produzindo, ainda, um comportamento onde se avalia os riscos e se prevê danos, reconfigurando um contexto de imediatismo trágico⁴. Os impactos desse apoio contribuem para minimizar as marcas que o estigma ao HIV atribui a sua identidade, de maneira a fazer com que a vergonha anteriormente sentida dê lugar a necessidade de manter-se viva e bem para continuar a cuidar de seu filho^{19,20}.

A organização do Centro de Testagem e Aconselhamento, em Imperatriz – MA, tem o Grupo de Adesão como estratégia de promoção de vínculo entre usuários e serviço de saúde. Todos com testagem positiva para o HIV são encaminhados para o grupo, que conta

com uma psicóloga e, também, com um paciente facilitador. O diálogo que se estabelece é direcionado ao apoio emocional, mas se expande para outros domínios da vida.

O estímulo provocado pelo GA proporciona protagonismo, mobilização social e uma rede intersubjetiva de apoio⁶. Desse modo, o grupo aqui apresentado utiliza de uma abordagem que aproxima significativamente os pacientes um dos outros, mediados pela presença de um profissional da saúde e a figura representativa do paciente facilitador, atingindo a experiência subjetiva do itinerário terapêutico de seus membros.

O ambiente coletivo de troca entre pacientes de serviços especializados para HIV também é analisado na etnografia de Picelli e Díaz-Bermúdez²¹, os grupos de mútua ajuda, como chamam os autores, eram ambientes de apoio na mudança de uma fase de sofrimento intenso para uma fase de aceitação e construção de estratégias de convivência com o vírus, tornando-se espaço profícuo para a construção de novos vínculos afetivos. Assim, esses grupos promovem um espaço de múltiplas oportunidades para a construção de um ambiente de sociabilidade e, um espaço de organização política.

Notou-se, especialmente, que a figura do paciente facilitador contribui para o engajamento de outros pacientes no tratamento medicamentoso e no exercício de enfrentamento ao estigma social. O paciente facilitador tratava-se de um paciente politicamente ativo dentro e fora do ambiente do Centro de Testagem e Aconselhamento. Tinha lugar de liderança dentro do Grupo de Adesão participando dos momentos de orientação sobre os cuidados na adesão medicamentosa, acolhendo diariamente novos pacientes e, ainda, partilhando, junto à psicóloga, do comando das discussões em cada reunião do Grupo de Adesão.

O trabalho do facilitador promovia um sentimento de representatividade e identificação à medida que pessoas estigmatizadas encontram empatia à sua condição, em primeiro lugar, nos sujeitos que assim como elas compartilham do mesmo estigma⁹. Entretanto a relação entre o paciente facilitador as entrevistadas não se limitam a isso, uma vez que, segundo Picelli e Díaz-Bermúdez²¹, ao mobilizar o trabalho coletivo no interior dos grupos e buscar a resolução de situações-problemas, estes sujeitos comportam-se como pacientes e terapeutas.

A psicóloga foi figura fundamental em seu processo de construção do enfrentamento. O trabalho desta profissional de saúde e as características das atividades do grupo de adesão estimulam as pacientes a aderirem às medidas protetivas de saúde. O profissional de saúde contribui para o diálogo, permitindo uma comunicação com base na negociação no interior do itinerário terapêutico, produzindo condições essenciais para o fortalecimento e protagonismo do paciente. Portanto, o paciente não deve ser o único agente destes processos da vivência com o HIV, uma rede apoio composta por familiares, amigos e profissionais são fundamentais neste contexto²².

O enfrentamento toma formas mais sutis em pequenas atividades que estão na dimensão do cotidiano da vida com HIV, mas que produzem posições ativas de resistência às adversidades causadas pelas limitações do estigma ao HIV. Esse ato de resistir tem motivo, tem lugar, tem modo de ser; justamente, aquilo que lhes foram tomados no diagnóstico e que repercute em pequenas ações no ordinário da vida. Isso não significa que, necessariamente, estas mulheres estão

'batalhando' como 'super-heroínas' para extinguir o estigma ao HIV, mas que, nas pequenas tarefas da vida, com motivos afetivamente importantes, criam uma sobrevivência possível¹².

Neste contexto, o que demarca o processo de enfrentamento são ações de resistência que reposicionam o estigma social e se expressam nos esforços concebidos para se manter presente nos distintos espaços sociais, tanto no ambiente familiar como fora dele. Esses esforços são impulsionados pelos familiares e/ou estimuladas pelos profissionais e serviços de saúde e permitem uma sobrevivência possível^{10,11,12}.

Destaca-se como limitação do estudo o fato de que o entrevistador se tratava de um homem entrevistando mulheres, de modo que, em alguns momentos, as mulheres mostravam-se menos abertas a conversar sobre a repercussão do vírus sobre as relações afetivo-sexuais. Esta limitação foi trabalhada com participação assídua deste pesquisador durante os encontros do Grupo de Adesão e maior integração durante os momentos de orientação do paciente facilitador.

Compreende-se que o estigma está presente nos pequenos gestos das relações sociais e afetivas das mulheres aqui entrevistadas. A partir disso, é possível refletir que o diagnóstico do HIV é o início de uma sequência de novos acontecimentos nos quais o estigma social interseccionado pelo gênero, tende a submeter mulheres a experiências de sofrimento que as subalternizam não somente pela presença do vírus, mas, também, por serem mulheres. Em uma sobreposição de desigualdades e menos-valia social.

Por outro lado, o enfrentamento e a rede de apoio de distintos atores sociais, como a família, o serviço e os profissionais de saúde contribuem para o fortalecimento de comportamentos de enfrentamento, de imposição de uma resistência que se traduz no esforço em posicionar-se nos ambientes de troca intersubjetiva e, partir disso, encontrar meios de conviver com o vírus e suas repercussões cotidianas.

Referências

1. Helman CG. Cultura, Saúde e Doença. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
2. Butturi Junior A. O HIV, o ciborgue, o tecnobiodiscurso. *Trab. Ling. Aplic*, 2019; 58(2): 637-657.
3. Cecon RF, Meneghel SN. Iniquidades de gênero: mulheres com HIV/Aids em situação de violência. *Physis*, 2017; 24(4):1087-1103.
4. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. Nova York: Springer Publishing Company; 1984.
5. Santos FDRP. Mulheres convivendo com AIDS: fatores de risco, protetivos e resiliência [Dissertação]. Palmas (Tocantins): Universidade Federal do Tocantins; 2016.
6. Brasil. Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e AIDS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
8. Bardin L. Análise do Conteúdo. São Paulo: Almedina; 2011.
9. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC; 1981.
10. Das V. Critical events: an anthropological perspective on contemporary India. New Delhi: Oxford University Press; 1995.
11. Das V. O ato de testemunhar: violência, gênero e subjetividade. *Cadernos Pagu*. 2011; 37: 9-41.

12. Das V. *Affliction: health, disease, poverty*. New York: Fordham University Press; 2015.
13. Rossetto M, Maffaccioli R, Rocha CMF, Oliveira DLLCD, Serant L. Coinfecção tuberculose/HIV/aids em Porto Alegre, RS – invisibilidade e silenciamento dos grupos mais afetados. *Rev Gaúcha Enferm*, 2019; 40: 1–9.
14. Figueiredo L, Silva R, Silva I, Souza K, Silva F. Percepção de mulheres casadas sobre o risco de infecção pelo hiv e o comportamento preventivo. *Revista Enfermagem UERJ*, 2013; 21(2): 2–18.
15. Carvalho JECD. Violência e sofrimento social: a resistência feminina na obra de Veena Das. *Saúde e sociedade*, 2008; 17(3): 9–18.
16. Batista MCA, Perez OC. Participação política e marcadores sociais da diferença: reflexões sobre o tema no campo da ciência política. *Conexão Política*, 2016; 5(1): 23–34.
17. Melo ES, Rozendo CA, Argolo JGM, Queiroz AAFLN, Gir L, Reis RK. Mecanismos de enfrentamento utilizados por mulheres vivendo com HIV/aids. *Rev. Cuba. Enferm*, 2017; 33(3):1–14.
18. Galvão MT, Paiva SS. Vivências para o enfrentamento do HIV entre mulheres infectadas pelo vírus. *Rev. Bras. Enferm*, 2011; 64(6): 1022–1027.
19. Souza FBA, Sampaio ACL, Gomes MP, Silva GAS; Brugger AL, Almeida EB. Mudanças no cotidiano de mulheres vivendo com HIV: análise ambulatorial, RJ, Brasil. *Rev Pesqui: Cuid Fundam*, 2019; 11(5): 1260–1265.
20. Padoin SMM, Machiesqui SR, Paula CC, Tronco CS, De Marchi MC. Cotidiano terapêutico de adultos portadores da síndrome de imunodeficiência adquirida. *Rev. Enferm. UERJ*, 2010; 18(3): 389–393.
21. Picelli A, Díaz-Bermúdez XP. Será que esse remédio vai valer a pena mesmo? Estudo antropológico sobre a adesão às terapias antirretrovirais entre grupos de mútua ajuda de pessoas vivendo com HIV/aids. *Saúde Soc*, 2014; 23(2): 496–509.
22. Paschoal EP, Santo CCE, Gomes AMT, Santos EI, Oliveira DC, Pontes APM. Adesão à terapia antirretroviral e suas representações para pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Esc Anna Nery*, 2014; 18(1): 32–40.

NOTAS REDATORIAIS / NOTES TO AUTHORS

A Revista de Pesquisa em Saúde/*Journal of Health Research*, órgão oficial do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - UFMA é publicada quadrimestralmente, com o objetivo de promover e disseminar a produção de conhecimentos e a socialização de experiências acadêmicas na área de saúde, assim como possibilitar o intercâmbio científico com programas de Pós-Graduação e Instituições de pesquisas nacionais e internacionais.

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos à Revista de Pesquisa em Saúde/*Journal of Health Research*:

a. Os trabalhos deverão vir acompanhados de carta de apresentação assinada por seu(s) autor(es), autorizando publicação do artigo e transferindo os direitos autorais à Revista de Pesquisa em Saúde/*Journal of Health Research*.

b. Na seleção de artigos para publicação, avaliar-se-á o mérito científico do trabalho, sua adequação às normas e à política editorial adotada pela revista. Nos trabalhos de pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser informado o nº do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o mesmo foi aprovado.

c. Os manuscritos, submetidos com vistas à publicação na Revista de Pesquisa em Saúde/*Journal of Health Research*, são avaliados inicialmente pela secretaria quanto à adequação das normas. Em seguida, serão encaminhados no mínimo para 02 (dois) revisores (membro do Conselho Editorial ou consultor ad hoc) para avaliação e emissão de parecer fundamentado, os quais serão utilizados pelos editores para decidir sobre a aceitação, ou não, do mesmo. Em caso de divergência de opinião entre os avaliadores, o manuscrito será enviado a um terceiro relator para fundamentar a decisão final. Será assegurado o anonimato do(s) autor (es) nesse processo. O Conselho Editorial se reserva o direito de recusar o texto recebido e/ou sugerir modificações na estrutura e conteúdo a fim de adequar aos padrões da revista. Os autores dos manuscritos não aceitos para publicação serão notificados por carta e/ou e-mail. Somente após aprovação final, os trabalhos serão encaminhados para publicação.

d. A Revista de Pesquisa em Saúde/*Journal of Health Research* não remunera o(s) autor(es) que tenham seus artigos nela editados, porém lhes enviará 02 (dois) exemplares da edição onde seu(s) texto(s) for(em) publicado(s).

e. Não serão publicados artigos que atentem contra a ética profissional, que contenham termos ou idéias preconceituosas ou que expressem pontos de vista incompatíveis com a filosofia de trabalho do Conselho Editorial e da política da revista.

f. Os conceitos, opiniões e demais informações contidos nos textos, e publicados na Revista de Pesquisa em Saúde/*Journal of Health Research*, são de inteira responsabilidade do(s) autor (es).

1. Categorias das seções

Para fins de publicação, a Revista de Pesquisa em Saúde/*Journal of Health Research*, publica nas seguintes seções: editorial, artigos originais, artigos de revisão e atualização, relatos de caso, relatos de experiência, comunicações breves e relatórios técnicos elaborados por profissionais da área da saúde e afins, redigidos em português ou inglês. Em cada número, se aceitará a submissão de, no máximo, dois manuscritos por autor.

1.1 Editorial: de responsabilidade do corpo editorial da revista, que poderá convidar autoridade para redigi-lo.

1.2 Artigos originais: devem relatar pesquisas originais que não tenham sido publicadas ou consideradas para publicação em outros periódicos. Produção resultante de pesquisa de natureza empírica, experimental, documental ou conceitual

The Journal of Health Research is an official organ of the University Hospital of the Federal University of Maranhão - UFMA. Our Journal publishes every four months and has as an aim to promote and disseminate the development of knowledge and the socialization of academic experiences concerning to health, as well as the possibility of creating the scientific exchange among postgraduate programs and national and international research institutions.

We strongly advise all authors to read the instructions below carefully before submitting manuscripts to the Journal of Health Research.

a. The manuscripts must be accompanied by a cover letter that must be signed by each author(s) authorizing the article to be published and transferring the copyright to the Journal of Health Research.

b. In the selection of articles for publication, the scientific merit of the research, adaptation to the standards and editorial policy adopted by the Journal will be evaluated. When reporting experiments on human subjects, the protocol number of the Institution's Research Ethics Committee where the research was approved must be informed.

c. The manuscripts submitted for publication in the Journal of Health Research are firstly assessed by the editorial office for adaptation to the standards. Afterwards, the manuscripts will be addressed to a minimum of two reviewers (Member of the Editorial Board or ad hoc consultant) that will evaluate and issue a reasoned opinion to be used by the editor for deciding whether the article is accepted or not. In case of opinion divergence between the reviewers, the manuscript will be sent to a third reviewer for reasoning the final decision. The author(s) anonymity will be guaranteed in this process. The editorial board reserves the rights of refusing the received text and/or suggesting changes in the style and content in order to follow the journal standards. The authors of manuscripts not accepted for publication will be informed through letter and/or email. Only after acceptance the articles will be published.

d. The Journal of Health Research does not pay the author(s) of article(s) edited by it, however, the journal will send two issues where his/her/their text(s) was/were published.

e. The articles that do not follow the professional ethics, as well as those that show prejudice ideas or express incompatible viewpoints with the journal's policy and editorial board philosophy towards work, will not be published.

f. The concepts, opinions and other information within the texts, and published in the Journal of Health Research are of entire responsibility of author(s).

1. Categories of sections

For publication purposes, the Journal of Health Research publishes in the following sections: original, review and update articles, case and experience reports, editorial, short communications and technical reports. The manuscripts must be written in portuguese or english and elaborated by professionals of health or related areas. In each issue number the Journal will accept up to two manuscripts for submission by each author.

1.1 Editorial: the Journal editorial body is responsible by this type of submission. The Journal may invite an expert to prepare it.

1.2 Original article: should report original research that has not been previously published or considered for publication in other journals. It is a manuscript that was resulted of empirical, experimental, documental or conceptual research and which may add values to the science field and practice of

com resultados que agreguem valores ao campo científico e prático das diversas áreas da saúde. Deve conter na estrutura: resumo, abstract, introdução, métodos, resultados, discussão e referências (máximo de 6.000 palavras e cinco ilustrações).

1.3 Artigos de Revisão e Atualização: destinados a apresentação de conhecimentos disponíveis baseados numa avaliação crítica, científica, sistemática e pertinente de um determinado tema (resumo estruturado de até 250 palavras, máximo de 5.000 palavras, cinco ilustrações), e não apenas revisão de literatura, e até três autores. Mesma formatação do artigo original.

1.4 Relatos de Casos: devem ser relatos breves de casos relevantes para divulgação científica com extensão máxima de 1.500 palavras, com máximo de 3 ilustrações (tabelas e figuras), até quinze referências. Colocar no corpo do manuscrito os tópicos: introdução, relato de caso, discussão e referências. Permitido-se máximo três autores.

1.5 Comunicações Breves: devem ser relatos sobre novos resultados, interessante dentro da área de abrangência da revista. Observação clínica original, ou descrição de inovações técnicas, apresentadas de maneira breve, não excedendo a 1.700 palavras. Não colocar no corpo do manuscrito os tópicos: introdução, métodos, resultados, discussão e conclusões. Máximo três ilustrações e até quinze referências.

1.6 Relato de Experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais e de extensão. A relevância de um relato de experiência está na pertinência e importância dos problemas que nele se expõem, assim como o nível de generalização na aplicação de procedimentos ou de resultados da intervenção em outras situações similares, ou seja, serve como uma colaboração à praxis metodológica. Formato de artigos originais.

1.7 Relatórios Técnicos: devem ser precisos e relatar os resultados e recomendações de uma reunião de experts. Será considerado no formato de um editorial.

2. Forma e Estilo

2.1 Os artigos devem ser concisos e redigidos em português ou Inglês. As abreviações devem ser limitadas aos termos mencionados repetitivamente, desde que não alterem o entendimento do texto, e devem ser definidas a partir da sua primeira utilização. Cada parte do artigo deve ser impressa em páginas separadas na seguinte ordem: 1) Página de Títulos; 2) Resumo e Palavras-chave; 3) Abstract e Keywords; 4) Texto; 5) Referências; 6) E-mail, para a correspondência; 7) Ilustrações e legendas; 8) Tabelas; 9) Outras informações.

2.2 Os manuscritos devem ter as referências elaboradas de acordo com as orientações do *International Committee of Medical Journal Editors, Vancouver Group* (www.icmje.org), e do *International Committee of Medical Journal Editors Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: sample references* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

2.3 O manuscrito deve ser preparado usando software padrão de processamento de texto e deve ser impresso (fonte arial, tamanho 12) com espaço duplo em todo o texto, legendas para as figuras e referências, margens com pelo menos três cm. Abreviações devem ser usadas com moderação.

3. Organização dos manuscritos

3.1 Página de Título: página não numerada, contendo o título do artigo em português (digitada em caixa alta e em negrito com no máximo 15 palavras), inglês (somente em caixa alta). Nome completo dos autores digitados em espaço duplo na margem direita da página indicando em nota de rodapé a titulação do(s) autor(es) e instituição(es) de vínculo(s) e endereço para correspondência: nome do autor responsável e e-mail.

many health areas. It should contain in its structure: resumo, abstract, introduction, methods, results, discussion, conclusion and references (up to 6,000 words and five illustrations).

1.3 Review and update articles: have as an aim the presentation of available knowledge based on critical, scientific, systematic and relevant assessment of a particular subject (abstract of up to 250 words, maximum of 5,000 words, five illustrations), they should not only be a literature review and should be conducted of up to three authors. Same format of the original article.

1.4 Case reports: relevant brief reports that should be important to scientific publishing, with maximum of 1,500 words and three illustrations (tables and figures), up to ten references. Divide your manuscript into sections: introduction, case report, discussion and references. It is allowed up to three authors.

1.5 Short communications: should be reports about new results and interesting for the knowledge area of the journal. Original clinical observation or description of technical innovations which should be presented briefly without exceeding 1,700 words. Do not include in the body of the manuscript the items: introduction, methods, results, discussion and conclusions. Maximum of three illustrations and up to fifteen references.

1.6 Experience Report: description of academic, assistance, and extension experiences. The relevance of an experience report is the relation and importance of problems that are shown by it, as well as the level of generalization in the procedures application and results of interventions in other similar situations, in other words, it serves as collaboration to the methodological praxis. Format of original articles.

1.7 Technical Reports: should be accurate and report results and recommendations of an assembly of experts. It will be considered in an editorial format.

2 Format and Style

2.1 The articles should be concise and written in Portuguese or English. Abbreviations should be limited to the terms mentioned repeatedly. The spelled-out abbreviation followed by the abbreviation in parenthesis should be used on first mention. The abbreviation should be used unless it will not alter the text comprehension. Each part of the article should be printed on separate pages in the following order: 1) Titles Page, 2) Resumo and Descritores, 3) Abstract and Keywords; 4) Text, 5) References, 6) e-mail for correspondence, 7) Illustrations and captions, 8) Tables, 9) Other information.

2.2 The references of manuscripts should follow the norms established by the *International Committee of Medical Journal Editors, Vancouver Group* (www.icmje.org) and the *International Committee of Medical Journal Editors Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: sample references* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

2.3 The manuscript should be prepared using standard word processing software and should be printed (arial, font size 12) double-spaced throughout the text, figures captions, and references, with margins of at least 3cm. Abbreviations should be used sparingly.

3. Manuscripts structure

3.1 Title Page: not numbered, containing the title of the article in Portuguese (typed in capital letters and boldface with a maximum of 15 words), English (only with capital letters), authors' full name typed in double-spaced on the right margin of the page, and a footnote indicating the title of author (s) and institution(s) to which they are affiliated and his/her/their correspondence address (es): name of the corresponding author and email.

3.2 Resumo: deve conter no máximo 250 palavras, em caso de Artigo Original e Atualização, e 100 para Relatos de Casos, Comunicações Breves e Relato de Experiência. Devem ser estruturados, contendo introdução, objetivo(s), métodos, resultado(s) e conclusão (es).

3.3 As palavras-chaves: e seus respectivos Key Words devem ser descritores existentes no DeCS-Bireme (<http://decs.bvs.br>).

3.4 Introdução: deve indicar o objetivo do trabalho e a hipótese formulada. Informações que situem o problema na literatura e suscitem o interesse do leitor podem ser mencionadas. Devem-se evitar extensas revisões bibliográficas, histórico, bases anatômicas e excesso de nomes de autores.

3.5 Ética: toda pesquisa que envolve seres humanos e animais deve ter aprovação prévia da Comissão de Ética em Pesquisa, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsinki e as Normas Internacionais de Proteção aos Animais e a resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos. O artigo deve ser encaminhado juntamente com o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

3.6 Métodos: o texto deve ser preciso, mas breve, evitando-se extensas descrições de procedimentos usuais. É necessário identificar precisamente todas as drogas, aparelhos, fios, substâncias químicas, métodos de dosagem, etc., mas não se deve utilizar nomes comerciais, nomes ou iniciais de pacientes, nem seus números de registro no Hospital. A descrição do método deve possibilitar a reprodução dos mesmos por outros autores. Técnicas-padrões precisam apenas ser citadas.

3.7 Resultados: devem ser apresentados em sequência lógica no texto, e exclusivamente neste item, de maneira concisa, fazendo, quando necessário, referências apropriadas a tabelas que sintetizem achados experimentais ou figuras que ilustrem pontos importantes. O relato da informação deve ser conciso e impessoal. Não fazer comentários nesta sessão, reservando-os para o capítulo Discussão.

3.8 Discussão: deve incluir os principais achados, a validade e o significado do trabalho, correlacionando-o com outras publicações sobre o assunto. Deve ser clara e sucinta evitando-se extensa revisão da literatura, bem como hipóteses e generalizações sem suporte nos dados obtidos no trabalho. Neste item devem ser incluída(s) a(s) conclusão(es) do trabalho.

3.9 Referências: devem ser numeradas consecutivamente, na medida em que aparecem no texto. Listar todos os autores quando houver até seis. Para sete ou mais, listar os seis primeiros, seguido por "et al" (*et al* em itálico). Digitar a lista de referência com espaçamento duplo em folha separada. Citações no texto devem ser feitas pelo respectivo número das referências, acima da palavra correspondente, separado por vírgula (Ex.: inteligência 2, 3, 4.). As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/>). Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no "Index medicus" (Consulte: <http://ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journal&TabCmd=limits>).

- Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

- No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (Ex. EndNote®), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

4. Fontes de financiamento

3.2 Abstract: should not exceed two hundred words for original or update article, and a hundred for Case reports, Short communications and Experience report. It should be structured with the objective, material and methods, results and the conclusions. Note: when the article is written in English the abstract must come before the resumo.

3.3 Keywords: should be used descriptors from the DeCS-BIREME (<http://decs.bvs.br>).

3.4 Introduction: should provide the objective of the study and a formatted hypothesis. Information which identifies the problem in the literature and draws the reader's interest may be mentioned. Detailed literature reviews, natural history, anatomical basis and excessive number of authors should be avoided.

3.5 Ethics: any research involving experiments on humans and animals must have a prior approval from the Research Ethics Committee, according to the Helsinki Declaration, International Animal Protection and Resolution nº196/96 of the Ministry of Health about research involving humans. The article should be addressed along with the opinion of the Committee of Ethics in Research (CEP).

3.6 Methods: the text should be accurate although brief, avoiding extensive descriptions of usual procedures. It is necessary to precisely identify all drugs, devices, wires, chemicals, methods of measurement and so on. Do not use trade names, patient initials or names, or their hospital registration numbers. The method description should enable its reproduction by others. Standard techniques need only be cited.

3.7 Results: should be presented in logical sequence in the text. Only in this item, when necessary, and in a concise manner, appropriate references should be done to tables that summarize experimental findings or figures that illustrate important points. The information report must be concise and impersonal. Do not make comments on this section. All comments must be reserved for the Discussion chapter.

3.8 Discussion: should include main findings, the validity and meaning of the work, correlating it with other publications about the subject. It should be clear and concise by avoiding detailed literature review as well as hypothesis and generalizations without support from data obtained in the study. In this item should be included the conclusions.

3.9 References: should be numbered consecutively according to the order in which they are mentioned in the text. All authors should be mentioned when up to six. When there are more than six authors, you should list all the six authors followed by "et al". The list of references should be typed double-spaced and on a separate page. Citations in the text should be made by the respective number of references, above the corresponding word and separated by comma (e.g.: Knowledge 2, 3, 4.). All cited references should be listed at the end of the article in numerical order, following the general rules of the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/>). The titles of journals should be abbreviated according to the style used in "Index medicus" (<http://ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journal&TabCmd=limits>).

- All references must be presented in a correct and complete manner. The veracity of the information contained in the list of references is of author(s)'s responsibility.

- When using a reference management software (e. g. EndNote®), the author(s) must convert the references to text.

4. Funding sources

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do International Committee of Medical Journal Editors, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem co-autores.

8. Envio e submissão

Os artigos deverão ser entregues em cópia impressa e um CD na Diretoria Adjunta de Ensino, Pesquisa e Extensão, localizada no 4º andar da Unidade Presidente Dutra (HUUPD) - Rua Barão de Itapary, 227 - Centro. CEP.: 65020-070, São Luís-MA. Brasil. Telefone para contato: (98) 2109-1242, ou encaminhados por meio do e-mail: revista@huufma.br.

9. Exemplos de formas de referências:

9.1 Em Revista: Autor. Título do artigo. Título da Revista (itálico). Ano; volume (número): páginas. Jordan PH, Thonby J. Twenty years after parietal cell vagotomy antrectomy for treatment of duodenal ulcer. *Ann Surg*, 1994; 220(3): 283-296.

9.2 Em Livro: Autor. Título (itálico). Edição. Local de Publicação: Editora; ano da publicação. Bogossian L. *Choque séptico: recentes avanços de fisiopatologia e do tratamento*. 2 ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 1992.

9.3 Em Capítulo de Livro: Autor do capítulo. Título do capítulo (itálico). In: Autor do livro. Título do livro. Edição. Local de publicação: Editora; ano de publicação; páginas. Barroso FL, Souza JAG. *Perfurações pépticas gástricas e duodenais*. In Barroso FL, Vieira OM, editores. *Abdome agudo não traumático: Novas propostas*. 2. Ed. Rio de Janeiro: Robe; 1995. p. 201-220.

9.4 Em Monografia/Dissertação/Tese. Autor. Título (itálico) [Dissertação]. Local (Estado): Universidade; Ano; Páginas. Chinelli A. *Colecistectomia laparoscópica: estudo de 35 casos*. [Dissertação]. Niterói (RJ): Universidade Federal Fluminense; 1992. 71 p.

4.1 The authors must declare all sources of funding or support, institutional or private, used to perform the study.

4.2 Suppliers of materials or equipments free or with discount, must also be described as sources of funding, including the origin (city, state and country).

4.3 Authors with studies without institutional or private financial resources must state that the research did not receive funding for its implementation.

5. Conflict of interest

5.1 Authors are requested to disclose any potential conflict of interest, including political and/or financial interests associated with patents or property, materials and / or supplies provision and equipments used in the study by manufacturers.

6. Collaborators

6.1 It should be specified the individual contributions of each author in the preparation of the article.

6.2 We remind you that the criteria for authorship should be based on the deliberations of the International Committee of Medical Journal Editors that states the following: recognition of authorship should be based on substantial contributions to: 1. Conception and design or analysis and interpretation of data, 2. Article preparation or critical review of intellectual content; 3. Final approval of the version to be published. These three conditions must be fully met.

7. Acknowledgments

7.1 Possible acknowledgments include institutions that somehow provided help for the research and / or people who collaborated with the study, but that did not meet the criteria for co-authors.

8. Sending the submission

Articles should be delivered as an impressed copy and on a CD in the Adjunct Directory of Teaching, Research and Extension, located on the 4th floor of the President Dutra Unit (HUUPD) - Rua Barão de Itapary, 227 - Centro. CEP.: 65020-070, São Luís, MA. Brazil. Phone: +55 (98) 2109-1242, or it may be sent via e-mail: revista@huufma.br.

9. Examples of reference styles:

9.1 Journal: Author. Article title. Journal title (italics). year; volume (number): pages. Jordan PH, Thonby J. Twenty years after vagotomy antrectomy parietal cell for treatment of duodenal ulcer. *Ann Surg*, 1994; 220 (3): 283-296.

9.2 Book: Author. Title (italics). Edition. Place of Publication: Publisher; year of publication. Bogossian L. *Choque séptico: recentes avanços de fisiopatologia e do tratamento*. 2 ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 1992.

9.3 Chapter in Book: Author of the chapter. Chapter title (italics). In: Author of the book. Title of book. Edition. Place of publication: Publisher; year of publication; pages. Barroso FL, Souza JAG. *Perfurações pépticas gástricas e duodenais*. In Barroso FL, Vieira OM, editors. *Abdome agudo não traumático: Novas propostas*. 2. ed. Rio de Janeiro: Robe; 1995. p. 201-220.

9.4 Monograph/Dissertation/Thesis. Author. Title (italic) [Dissertation]. Place (State): University; Year; pages. Chinelli A. *Colecistectomia laparoscópica: estudo de 35 casos*. [Dissertation]. Niterói (RJ): Universidade Federal Fluminense; 1992. 71 p.

9.5 Em Material eletrônico:

I. Artigo: Autor. Título do artigo. Título do periódico [Tipo de material] Ano Mês [capturado ano mês dia]; volume (número); [número de telas] Disponível em: endereço eletrônico. Morse SS. Factors in the emergence of Infectious Diseases. *Emerg Infect Dis* [serial online] 1995 Jan/mar [capturado 1996 Jun 5]; 2 (2): [24 telas] Disponível em: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

II. Arquivo de Computador: Título [tipo de arquivo]. Versão. Local (Estado) Editora; ano. Descrição Física da mídia. Hemodynamics III: The ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2 Orlando (FL): Computereid Educational Systems; 1993.

III. Monografia em formato eletrônico: Título [tipo de material], Responsável. Editor. Edição. Versão. Local: Editora; ano: CDI, Clinical dermatology illustrated [monograph on CD-ROM]. Reeves JTR, Mailbach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1965. Notas: Todas as notas do título, dos autores ou do texto devem ser indicadas por algarismos arábicos, e ser impressas em páginas separadas, espaço simples.

IV. CD-Rom, DVD: Autor(es). Título [tipo do material]. Cidade de publicação: produtora; ano. Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

9.6 Em Anais de Congresso: Autor(es) do trabalho. Título do trabalho (itálico). Título do evento; data do evento; local e cidade do evento; editora; ano de publicação. Christensen S, Oppacher F. *An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming*. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editores. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

9.7 Em Artigo de Jornal: Autor do artigo. Título do artigo (itálico). Nome do jornal. Data; Seção: página (coluna). Tynan T. *Medical improvements lower homicide rate: study sees drop in assault rate*. The Washington Post. 2002 Aug 12; Sect. A: 2 (col. 4).

10 Tabelas

Devem ser numeradas com algarismos arábicos encabeçadas por suas legendas e explicações dos símbolos no rodapé e digitadas separadamente, uma por página. Cite as tabelas no texto em ordem numérica incluindo apenas dados necessários à compreensão de pontos importantes do texto. Os dados apresentados em tabelas não devem ser repetidos em gráficos. A montagem das tabelas deve seguir as Normas de Apresentação Tabular, estabelecidas pelo Conselho Nacional de Estatísticas (Rev Bras Est, 24: 42-60, 1963. As tabelas deverão ser elaboradas no programa Microsoft® Word®).

11 Ilustrações

São fotografias (boa resolução mínimo de 300 dpi, no formato TIFF), mapas e ilustrações (devem ser vetorizadas ou seja desenhada utilizando os softwares CorelDraw® ou Illustrator® em alta resolução, e suas dimensões não devem ter mais que 21,5x28,0cm) gráficos, desenhos, etc., que não devem ser escaneadas e de preferência em preto e branco, medindo 127mm x 178mm. As ilustrações, em branco e preto serão reproduzidas sem ônus para o(s) autor(es), mas lembramos que devido o seu alto custo para a Revista, devem ser limitadas a 5 (cinco) entre tabelas e figuras para artigos originais e 3 (três) para relatos de casos, e utilizadas quando estritamente necessárias. Todas as figuras devem ser referidas no texto, sendo numeradas consecutivamente por algarismo arábico.

9.5 Electronic Material:

I. Article: Author. Article title. Journal Title [Type of material] year month [cited year month day]; volume (number); [number of screens] Available from: electronic address. Morse SS. Factors in the emergence of Infectious Diseases. *Emerg Infect Dis* [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 2 (2): [24 screens] Available at: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

II. Computer File: Title [File Type]. Version. Place (State) Publisher; year. Descrição Física da mídia. Hemodynamics III: The ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2 Orlando (FL): Computereid Educational Systems; 1993.

III. Monograph in electronic format: Title [type of material], Responsible. Editor. Edition. Version. Place: Publisher; year: CDI, Clinical dermatology illustrated [monograph on CD-ROM]. Reeves JTR, Mailbach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1965.

IV. CD-Rom, DVD: Author (s). Title [type of material]. City of publication: producer; year. Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

9.6 Proceedings of Congresses: Author (s) of the work. Title of the work (italics). Title of event; event date; venue and city of event; publisher; year of publication. Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

9.7 Journal article: Author of the article. Article title (italics). Name of the newspaper. Date; Section: Page (column). Tynan T. Medical improvements lower homicide rate: study sections drop in assault rate. *The Washington Post*. 2002 Aug 12; Sect. A: 2 (col. 4).

10 Tables

They should be numbered with Arabic numerals, explained by captions, with explanations of symbols in the footnote and prepared separately, one per page. Cite the tables in the text in numerical order including only data needed to understand important points. The data presented in tables should not be repeated in graphs. The preparation of tables should follow the Tabular Presentation Guidelines established by the National Statistics Council (Rev. Bras. Est., 24: 42-60, 1963. The tables should be prepared in Microsoft Word software).

11 Illustrations

They are photographs (good minimum resolution of 300 dpi, in TIFF format), maps and illustrations (vector illustrations, in other words, to be drawn using Illustrator® or CorelDraw® softwares at high resolution, in black and white, and the dimensions must be no more than 21.5 x28.0cm), graphics, drawings, and so on. They should not be scanned and should be preferably in black and white, measuring 127mm x 178mm. The illustrations in black and white will be reproduced at no charge for the author (s). Remember that because of the high cost for the Journal it should be provided up to five (5) illustrations between tables and figures for original articles and 3 (three) for case reports, using only when strictly necessary. All figures must be mentioned in the text, numbered consecutively in Arabic numerals. Each figure must be accompanied by a caption that makes it clear without reference to the text. The illustrations must be identified on the back using a la-

Cada figura deve ser acompanhada de uma legenda que a torne inteligível sem referência ao texto. Deve ser identificada no verso, por meio de uma etiqueta, com o nome do autor e numeração para orientação. Os desenhos e gráficos podem ser feitos em papel vegetal com tinta nanquim, sendo as letras desenhadas com normógrafo ou sob forma de letra "set" montadas, ou ainda, utilizando impressora jato de tinta ou laser, com boa qualidade, e nunca manuscritas.

Obs: Todas as notas do título, dos autores ou do texto devem ser indicadas por algarismos arábicos, e ser impressa em páginas separadas.

bel, with the author's name, and numbered for better identification. The drawings and graphs may be made on tracing paper with nankeen ink, with the letters being drawn with a stencil or letter template set, or still, using inkjet or laser printer, with good quality, and not handwritten.

Please Note: All notes of the title, author or text should be indicated by Arabic numerals, and printed on separate pages.

ARTIGO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

- 7 **Cuidado à pessoa com doença renal crônica na atenção primária: Perspectiva de profissionais de saúde**
CARE ON PEOPLE WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE IN PRIMARY CARE: PROFESSIONALS' PERSPECTIVE
Maria de Jesus Rodrigues de Freitas, Zeni Carvalho Lamy, Milady Cutrim Vieira Cavalcante, Clarice Maria Ribeiro de Paula Gomes, Rayssa Daiana Silveira
- 13 **Drug addiction and associated factors among people who attended a voluntary counseling and testing center in southeastern Brazil**
USO DE DROGRAS E FATORES ASSOCIADOS ENTRE AS PESSOAS QUE FREQUENTARAM UM CENTRO DE ACONSELHAMENTO E TESTES VOLUNTÁRIOS NO SUDESTE DO BRASIL
Bruna Aparecida Medeiros Pimenta, Nereida Kilza da Costa Lima, Miriane Lucindo Zucoloto, Ivana Astolphi Gandra Passeri, Enio Paulino Barbosa Rodrigues, José Antônio de Carvalho, Shirlei Aparecida Vitor, Thelma Therezinha Gonçalez, Edson Zangiacomi Martinez
- 19 **Característica epidemiológicas e clínicas de pacientes com COVID-19 internados na enfermaria de um Hospital Universitário**
EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH COVID-19 HOSPITALIZED IN THE NURSE OF A UNIVERSITY HOSPITAL
Denise da Silva Pereira, José Elias Costa Júnior, Mayara Gabrielle Barbosa Borges
- 24 **Relação entre o tempo de internação e a qualidade de vida do acompanhante de crianças internadas por longo período em um hospital terciário**
RELATIONSHIP BETWEEN LENGTH OF STAY AND QUALITY OF LIFE OF THE CAREGIVER OF CHILDREN HOSPITALIZED FOR A LONG PERIOD IN A TERTIARY HOSPITAL
Christyann Lima Campos Batista, Ana Maria de Oliveira Ramos Costa, Angela Maria Cecim de Souza Castro Lima, Ana Maria Almeida Silva Carvalho, Caroline Martins da Costa Leite, Clésio Rafael Lopes da Silva, Patrícia Luciana Serra Nunes, Marilene de Fátima Reis Ribeiro
- 29 **Construção e validação de roteiro de vídeo educativo para o manejo de dieta enteral domiciliar**
CONSTRUCTION AND VALIDATION OF NA EDUCATIONAL VIDEO SCRIPT FOR THE MANAGEMENT OF HOME ENTERAL DIET
Jordana Moreira de Almeida, Fernanda Carolina Camargo, Marli Aparecida Reis Coimbra, Aldenora Laísa Paiva de Carvalho Cordeiro, Lucas Carvalho Santana, Lúcia Aparecida Ferreira
- 34 **Estigma e enfrentamento no cotidiano de mulheres que vivem com HIV**
STIGMA AND COPING FOR WOMEM LIVING WITH HIV
Douglas Moraes Campos, Luciana Batalha Sena, Adriana Crispim de Freitas, Francisco Dimitre Rodrigo Pereira Santos, Leonel Lucas Smith de Mesquita

NOTAS REDATORIAIS / NOTES TO AUTHORS