

Boletim Epidemiológico Paulista

ISSN 1806-423-X
ISSN 1806-4272 – online

BEPA 70

Volume 6 Número 70 outubro/2009

BEPa

Boletim Epidemiológico Paulista

ISSN 1806-423-X

Volume 6 Nº 70

outubro de 2009

Nesta edição

- Mortalidade por Aids no município de São Paulo e indicadores de inclusão/exclusão social, 2003 a 2005
Mortality from Aids and social inclusion/exclusion indexes in the city of São Paulo, 2003 to 2005 4
- Características sociodemográficas dos voluntários de hospitais públicos estaduais, São Paulo, Brasil
Socio-demographic characteristics of public hospital volunteers, São Paulo, Brazil 13
- Políticas públicas em cuidados paliativos na assistência às pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA)
Public policies in paliative health care in the assistance designed for persons living with HIV/Aids (PVHA)..... 19
- Instruções aos Autores
Autor's Instructions 25



Endereço:
Av. Dr Arnaldo, 351
1º andar – sala 135
CEP: 01246-000 – Cerqueira César,
São Paulo/SP – Brasil
Tel.: 55 11 3066-8823/8824/8825
E-mail: bepa@saude.sp.gov.br
<http://.ccd.saude.sp.gov.br>

Os artigos publicados são de responsabilidade dos autores. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. Para republicação de qualquer material, solicitar autorização dos editores.

Expediente

Editor Geral

Clelia Maria Sarmento Souza Aranda

Editores Associados

Affonso Viviane Junior – SUCEN/SP
Ana Freitas Ribeiro – CVE/CCD/SES-SP
Fernando Fiuza – Instituto Clemente Ferreira/CCD/SES-SP
Lilian Nunes Schiavon – CD/CCD/SES-SP
Marcos da Cunha Lopes Virmond – ILSL/CCD/SES-SP
Maria Clara Gianna – CRT/DST/Aids/CCD/SES-SP
Maria Cristina Megid – CVS/CCD/SES-SP
Marta Lopes Salomão – IAL/CCD/SES-SP
Neide Yume Takaoka – Instituto Pasteur/CCD/SES-SP

Comitê Editorial

Adriana Bugno – IAL/CCD/SES-SP
Artur Kalichmam – CRT/AIDS/CCD/SES-SP
Cristiano Corrêa de Azevedo Marques – Instituto Butantan/SES-SP
Dalma da Silveira – CVS/CCD/SES-SP
Gerusa Figueiredo – CCD/SES-SP
José da Silva Guedes – Santa Casa-SP
Maria Bernadete de Paula Eduardo – CVE/CCD/SES-SP
Maria de Fátima Costa Pires – PPG/CCD/SES-SP
Telma Regina Carvalhanas – CVE/CCD/SES-SP
Vera Camargo-Neves – CCD/SES-SP
Virgínia Luna – SUCEN/SES-SP

Consultores Científicos

Albert Figueiras – Espanha
Alexandre Silva – CDC Atlanta
Eliseu Alves Waldman – FSP/USP-SP
Exedito José de Albuquerque Luna – USP
Carlos M. C. Branco Fortaleza – FM/Unesp/Botucatu- SP
Gonzalo Vecina Neto – FSP/USP
José Cássio de Moraes – FCM-SC/SP
Gustavo Romero – UnB/CNPQ
Hiro Goto – IMT/SP
José da Rocha Carvalho – FIOCRUZ-RJ
Luiz Jacintho da Silva – FM/Unicamp
Maria Mercia Barradas – ABEC
Myrna Sabino – IAL/CCD/SES-SP
Paulo Roberto Teixeira – OMS
Ricardo Ishak – CNPQ/UF Pará
Roberto Focaccia – IER/SES-SP
Vilma Pinheiro Gawyszewsk – OPAS

Coordenação Editorial

Cecília S. S. Abdalla
Cláudia Malinverni
Letícia Maria de Campos
Sylia Rehder

Centro de Produção e Divulgação Científica – CCD/SES-SP

Projeto gráfico/editoração eletrônica
Marcos Rosado – Centro de Produção e Divulgação Científica – CCD/SES-SP
Zilda M Souza – Nive/CVE/CCD/SES-SP

Mortalidade por Aids no município de São Paulo e indicadores de inclusão/exclusão social, 2003 a 2005

Mortality from Aids and social inclusion/exclusion indexes in the city of São Paulo, 2003 to 2005

Norma Farias; Karina Paiva

Departamento de Epidemiologia. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo investigar a correlação entre os coeficientes de mortalidade por Aids e índices de inclusão/exclusão social na população de 25 a 49 anos, nos 96 distritos administrativos de São Paulo (SP), entre 2003 e 2005. Dados de mortalidade coletados do Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade do Município embasaram estudo ecológico. As projeções populacionais foram obtidas da Fundação Seade, com base no Censo de 2000. Os índices sociais foram aqueles do mapa da inclusão/exclusão social para os distritos da cidade (2003). A análise estatística foi feita por meio do coeficiente de correlação de Pearson entre o logaritmo dos coeficientes de mortalidade e os indicadores sociais em cada ano, adotando um nível de significância de 5%. Entre homens e mulheres, observou-se, no início do período, correlação negativa significativa entre a mortalidade por Aids e o índice de equidade, que mede a proporção de mulheres chefes de família de lares monoparentais nos distritos administrativos de residência. Entre 2003 e 2005, encontrou-se correlação inversa ($p < 0,05$) entre a mortalidade feminina por Aids e os índices globais de inclusão social. Apesar da queda observada nos coeficientes de mortalidade por Aids em ambos os sexos, os resultados sugerem a existência de uma relação entre fatores socioeconômicos e segmentos da população, no nível contextual, mais particularmente no que concerne à posição econômica da mulher na família.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome de imunodeficiência adquirida. Coeficiente de mortalidade. Fatores socioeconômicos. Iniquidade social. Estudos ecológicos.

ABSTRACT

This study aims to investigate the correlation between AIDS mortality rate and social inclusion/exclusion indexes among persons aged 25 to 49 years in 96 administrative districts in the city of Sao Paulo between 2003 and 2005. Mortality data were collected from the Program for Improving Local Mortality Data and from population estimates based on the 2000 census of the State System Data Analysis. The social indexes were obtained from the city's map of exclusion (2003). Statistical analysis was performed using Pearson's correlation test (at 5% level). A significant negative correlation was seen among men and women in beginning of the period between AIDS mortality and the equity index, which measures the proportion of women who are family heads in the administrative districts. From 2000 to 2005, it was observed a significant negative correlation among women between AIDS mortality and the social inclusion indexes. Despite free antiretroviral therapy in Brazil, the study suggest a relationship between AIDS mortality and socioeconomic factors by the context in the districts. Social inequity could explain the differences observed in the neighborhood in São Paulo.

KEY WORDS: Acquired immunodeficiency syndrome. Mortality rate. Socioeconomic factors. Social inequity. Ecological studies.

INTRODUÇÃO

Desde a primeira metade dos anos 1980, a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a sua consequente síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids) introduziram uma mudança no padrão de mortalidade em vários países, emergindo como uma das principais causas de morte em adultos.^{1,2,3} No mundo industrializado,^{4,5,6} a mortalidade por Aids declinou progressivamente após a introdução da terapêutica combinada antirretroviral, ocorrendo um aumento importante no número de pessoas vivendo com HIV/Aids.

No Brasil, os coeficientes de mortalidade por Aids na população masculina passaram de cerca de 15/100.000 homens, em 1995, para cerca de 9/100.000, em 2003. Entre as mulheres os coeficientes têm registrado pouca

variação, com valores em torno de 4/100.000 mulheres ao longo da série histórica. A análise da evolução temporal da mortalidade no período 1990-2002, segundo macrorregiões, mostrou um declínio importante da mortalidade masculina por Aids, desde 1997, porém com tendência à estabilidade nos anos seguintes, na população masculina e feminina.^{7,8}

No Estado de São Paulo, consideradas todas as idades, o ano de 1996 foi o primeiro a registrar queda no número de óbitos.⁹ Os óbitos por Aids diminuíram tanto em número absoluto quanto em coeficientes. Entre os homens, o maior coeficiente de mortalidade foi de 35/100.000 e nas mulheres, 11/100.000, em 1995. Comparada a 2007, a redução de óbitos foi maior no sexo masculino (3 vezes menor)

do que no feminino (2,2 vezes menor). A razão de sexo nos óbitos mantém-se 2 homens por 1 mulher, desde 2000.¹⁰

No município de São Paulo os sistemas de vigilância e de monitoramento registraram, a partir da segunda metade da década de 1990, concomitante à queda na mortalidade por Aids, a existência de um aumento proporcional dos óbitos entre mulheres e na população heterossexual,^{11,12,13} consequente à própria dinâmica da epidemia. No entanto, esse aumento proporcional não define, em termos epidemiológicos, uma maior força de mortalidade nessa população em relação a outros segmentos populacionais. Além das informações sobre a tendência da mortalidade no município, estudos epidemiológicos têm explorado a questão de diferentes padrões de mortalidade segundo as condições socioeconômicas de áreas geográficas.^{14,15}

De forma geral, a evolução da mortalidade por Aids é resultante de dois fenômenos: a evolução do número de casos novos e a evolução da sobrevida dos doentes. Na medida em que as populações são selecionadas, o peso da Aids manifesta-se diferentemente entre os grupos populacionais, de acordo com os diferentes comportamentos e a complexa interação social que permeia a difusão do HIV entre os indivíduos, além dos determinantes contextuais.

OBJETIVO

O presente estudo teve por objetivo analisar a correlação entre a mortalidade por Aids entre homens e mulheres de 25 a 49 anos, residentes nos 96 distritos administrativos (DA) do município de São Paulo, de 2003 a 2005, e índices sociais dos distritos, elaborados através de

metodologia específica no mapa da inclusão/exclusão social da cidade.¹⁶

A análise de situação por áreas geográficas pode contribuir para aprofundar o conhecimento sobre informações já existentes em relação ao padrão de mortalidade e evidenciar diferenças segundo as condições sociais das áreas, contribuindo para a formulação de ações de prevenção e de assistência.

MÉTODOLOGIA

Estudo ecológico usando dados agregados de óbitos por Aids e dados demográficos para os 96 distritos administrativos do município de São Paulo na população selecionada, e índices de inclusão e de exclusão social calculados para cada distrito.

Os dados de óbitos foram obtidos do Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade do Município (PRO-AIM). Foram incluídos todos os óbitos de pessoas de 25 a 49 anos residentes no município de São Paulo, ocorridos na cidade entre 1 janeiro de 2003 e 31 de dezembro de 2005. As estimativas populacionais para cada distrito foram obtidas junto à Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados do Estado de São Paulo (Seade), com base no censo de 2000.

Em relação aos índices sociais, foram utilizados os componentes do índice de inclusão/exclusão do mapa da inclusão/exclusão social para a cidade de São Paulo, calculados em 2000*.¹⁶ Esses índices constituem indicadores compostos, produzidos para os distritos a partir de 47 variáveis socioeconômicas selecionadas em 141 bases de dados, cujos dados podem ser desagregados pelos 96 DA, além das variáveis selecionadas no censo de 2000.

*Os índices calculados em 2000 foram posteriormente atualizados em 2003, incorporando informações do censo 2000, e disponibilizados pelos autores do mapa da inclusão/exclusão social.

A consolidação dessas variáveis por distrito resultou na definição de quatro grandes índices de inclusão/exclusão social (IEX): 1) índice de autonomia (variáveis referentes à renda do chefe de família); 2) índice de desenvolvimento humano (variáveis referentes à alfabetização, longevidade, mortalidade na infância e juventude, anos potenciais de vida perdidos, homicídios, roubo); 3) índice de qualidade de vida (variáveis referentes à população moradora em favela, cortiço e improvisados, garantia de moradia, qualidade domicílios, acesso à água, esgoto e coleta de lixo, uso do tempo útil, potencial de acesso aos serviços de saúde e de educação); e 4) índice de equidade (referente à concentração de mulheres chefes de família de lares monoparentais).

Para a construção dos índices, os autores do mapa trabalharam a partir da definição de padrões básicos de inclusão, aos quais foi atribuído valor zero (0). Foi elaborada uma escala de valores para cada distrito que variou de -1 (mais excluído) a +1 (mais incluído), de acordo com as variáveis selecionadas. A consolidação dos respectivos valores originou os quatro índices citados acima para cada distrito administrativo: autonomia, qualidade de vida, desenvolvimento humano e equidade. A soma dos mesmos constituiu o índice global de inclusão/exclusão social. Dessa forma, cada distrito apresenta uma nota: positiva (distrito classificado como socialmente incluído) ou negativa (distrito classificado como socialmente excluído).

Os coeficientes de mortalidade por Aids foram calculados para a população masculina e feminina de 25 a 49 anos de idade, nos anos de 2003 a 2005, por 100.000 homens e 100.000 mulheres em cada DA. Foram realizadas as correlações para cada ano, distrito e sexo entre a mortalidade feminina e a masculina por Aids e

os quatro índices sociais, além do índice global de inclusão/exclusão, utilizando o teste de correlação de Pearson, com nível de significância fixado em 0,05. Procedeu-se à substituição das taxas nulas pelo valor 0,01 e foi realizada a transformação logarítmica dos coeficientes de mortalidade, com o intuito de responder à suposição de distribuição normal da variável Y, e, também, verificado o pressuposto de linearidade como condição de utilização do teste.

A análise estatística foi realizada no software stata 9.0.

RESULTADOS

A distribuição dos coeficientes de mortalidade masculina por Aids segundo os distritos administrativos é mostrada na Figura 1. Em 2005, sete distritos administrativos não registraram óbitos por Aids na população masculina, enquanto em três o coeficiente foi igual ou maior que 100/100.000 homens.

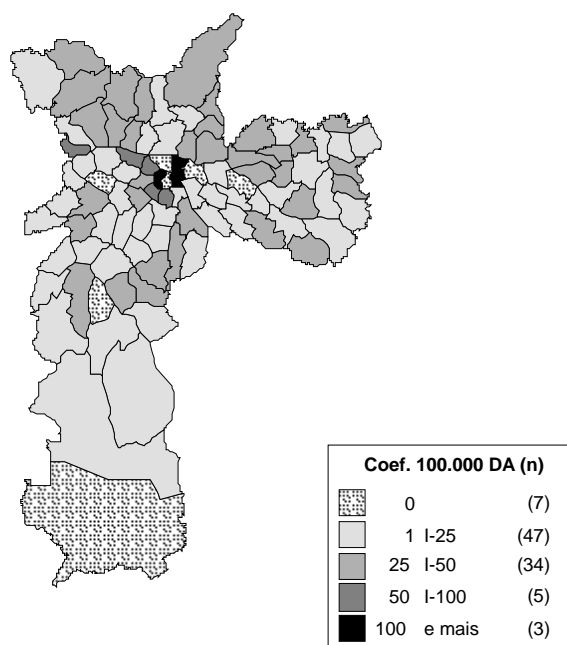


Figura 1. Distribuição dos coeficientes de mortalidade por Aids (por 100.000 habitantes) na população masculina do município de São Paulo, segundo os 96 distritos administrativos (DA) de residência, 2005.

A Figura 2 mostra a distribuição dos coeficientes na população feminina, com 27 DA sem registrar óbitos por Aids em 2005. Quatro distritos registraram coeficiente igual ou maior que 30/100.000 mulheres.

De forma geral, nota-se que os coeficientes de mortalidade segundo os DA são mais elevados na população masculina que na feminina.

Correlações ecológicas entre a mortalidade por Aids e os índices de IEX

A Tabela 1 mostra as correlações entre o logaritmo dos coeficientes de mortalidade por

Aids entre homens e mulheres, de 25 a 49 anos, nos 96 distritos administrativos do município de São Paulo, e os índices sociais referentes à autonomia, desenvolvimento humano, qualidade de vida, equidade, além do IEX global de inclusão/exclusão.

Entre os homens observou-se tendência à não correlação entre a mortalidade por Aids e os índices sociais, à exceção do índice de equidade em 2003, que apresentou correlação inversa com a mortalidade ($p < 0,05$), não se detectando mais essa correlação nos outros anos.

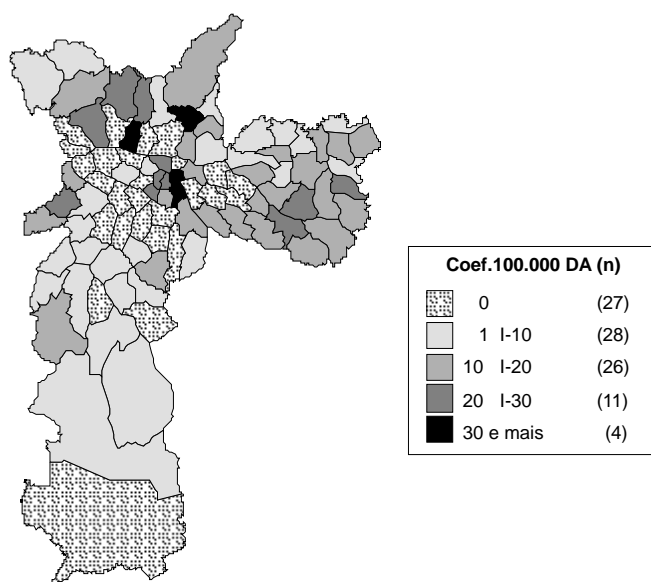


Figura 2. Distribuição dos coeficientes de mortalidade por Aids (por 100.000 habitantes) na população feminina do município de São Paulo, segundo os 96 distritos administrativos (DA) de residência, 2005.

Tabela 1. Coeficientes de correlação [i] entre o logaritmo do coeficiente de mortalidade por Aids na população masculina (H) e feminina (M) de 25 a 49 anos por 100.000, nos 96 distritos administrativos do município de São Paulo, e índices de inclusão/exclusão social (IEX), de 1994 a 2005.

Índices sociais	Sexo	2003	2004	2005
IEX autonomia	Masculino	0,17	-0,03	-0,08
	Feminino	-0,25*	-0,44*	-0,46*
IEX desenvolvimento humano	Masculino	0,18	-0,02	-0,06
	Feminino	-0,21*	-0,44*	-0,50*
IEX qualidade de vida	Masculino	0,19	-0,05	0,06
	Feminino	-0,18	-0,40*	-0,54*
IEX equidade	Masculino	-0,41*	-0,16	-0,15
	Feminino	-0,33*	-0,25*	-0,39*
IEX global inclusão/exclusão	Masculino	0,1	-0,07	-0,06
	Feminino	-0,27*	-0,42*	-0,54*

[i]= coeficiente de correlação de Pearson

* $p < 0,05$

Na população feminina observou-se correlação negativa significativa entre a mortalidade por Aids e a equidade em toda a série histórica. Essas duas variáveis mostram-se, portanto, correlacionadas em sentido contrário, sugerindo que maiores coeficientes de mortalidade por Aids nessa população coincidiram com distritos com menores valores dos índices de equidade, medido pelo maior índice de mulheres chefes de família de lares monoparentais, em relação à média do município. O grau de correlação entre este indicador e a mortalidade por Aids nos 96 distritos, segundo o sexo, é visualizada na Figura 3.

Ainda entre as mulheres, observou-se correlação negativa e estatisticamente significativa ($p < 0,05$), nos anos de 2003 a 2005, entre os índices de autonomia e desenvolvimento humano, sugerindo que maiores

coeficientes de mortalidade feminina por Aids são coincidentes em distritos com menores valores para esses indicadores. Para a qualidade de vida, a correlação aparece significativa a partir de 2004, apresentando também valor inverso em relação ao indicador. Os coeficientes de correlação aumentaram durante o período, com valores mais altos em 2005: -0,46 (IEX autonomia), -0,50 (IEX desenvolvimento humano) e -0,54 (IEX qualidade de vida).

Em relação ao índice global, a correlação entre o índice de inclusão/exclusão social e a mortalidade feminina por Aids mantém-se inversa ($p < 0,05$) entre 2003 e 2005, sugerindo que coeficientes mais elevados dessa mortalidade tendem a ocorrer em distritos com menores valores de inclusão social, apresentando valor mais alto em 2005 (-0,54) (Tabela 1; Figura 4).

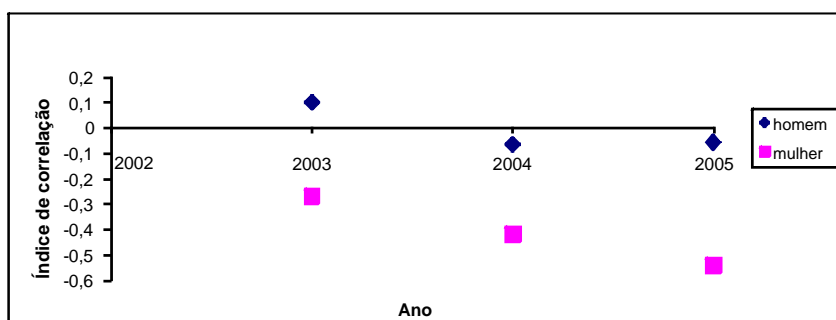


Figura 3. Correlação entre coeficientes de mortalidade por Aids e o índice de equidade nos 96 distritos.

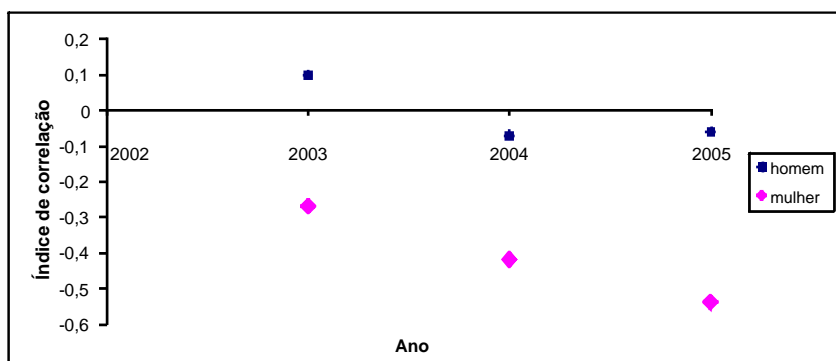


Figura 4. Correlação entre coeficientes de mortalidade por Aids e o índice global de inclusão/exclusão social nos 96 distritos administrativos do município de São Paulo, 2003 a 2005.

DISCUSSÃO

Os achados do presente estudo mostraram diferentes correlações entre a mortalidade por Aids com variáveis socioeconômicas nos 96 distritos administrativos do município de São Paulo, entre os anos de 2003 a 2005.

No entanto, alguns limites devem ser considerados. Os dados secundários provenientes de diferentes bases de dados podem interferir na qualidade das informações e introduzir vieses na interpretação dos resultados. Além disso, os pequenos valores de coeficientes em distritos podem gerar flutuações nos dados analisados, assim como diminuir o poder em detectar correlações significativas.

Os resultados deste estudo devem ser remetidos a uma discussão contextual, não sendo aplicáveis para inferências populacionais tomando-se em conta o nível individual.

A correlação negativa entre a mortalidade por Aids e a equidade sugere que essa mortalidade é maior em distritos onde o índice de equidade é menor, ou seja, os coeficientes de mortalidade por Aids têm se mostrado mais elevados nos distritos que apresentam maior concentração de mulheres chefes de família e de lares monoparentais, em relação à média da cidade. Essa observação sugere a desigualdade na mortalidade por Aids ligada à posição socioeconômica da mulher na família, isto é, a maior ocorrência dessa mortalidade é observada simultaneamente em distritos com maiores taxas de mulheres chefes de família, sendo esse um elemento de desvantagem social. Esse achado pode sugerir a hipótese de que a tipologia da família pode ser preditora da mortalidade por Aids.

Poucos estudos sobre desigualdade social em saúde têm mostrado associação entre a posição socioeconômica da mulher com o

grau de morbidade ou mortalidade dentro da família. Um estudo prospectivo, realizado na Inglaterra e País de Gales, na população em idade economicamente ativa, entre 1986 e 1996, observou a existência de importantes diferenças na mortalidade feminina, sendo a desvantagem social da mulher na família um importante preditor da mortalidade.¹⁷

Ao mesmo tempo, observou-se também que os maiores coeficientes de mortalidade feminina por Aids coincidem com os distritos mais excluídos socialmente. A ocorrência desse fenômeno pode estar refletindo a expansão da epidemia nessa população, que ocorreu juntamente com o aumento da transmissão heterossexual e a disseminação da infecção para regiões mais periféricas e distantes do “epicentro” da epidemia. Esses fenômenos foram descritos no País a partir da primeira metade da década de 1990.¹⁸

As disparidades nos indicadores de saúde podem estar relacionadas ao status social e à etnia, e têm sido relatadas em mulheres com DST e HIV.¹⁹ Um estudo realizado na cidade de Sevilha,²⁰ Espanha, com dados agregados por “áreas básicas de saúde”, mostrou associação entre variáveis socioeconômicas e a mortalidade, sendo a Aids um dos agravos que apresentou desigualdades sociais tanto em homens quanto em mulheres.

O Brasil possui uma política de distribuição ampla e gratuita dos medicamentos antirretrovirais, além de uma eficiente rede de prevenção e de assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS. Essas iniciativas têm determinado um impacto semelhante ao verificado nos países desenvolvidos, no que concerne à redução de óbitos por Aids. Considerando a existência de uma política efetiva

na luta contra a epidemia, chama atenção a importância de políticas voltadas às populações mais vulneráveis, bem como as diversidades sociocomportamentais e culturais, que podem influenciar os diferenciais de mortalidade entre diferentes áreas.

Esses fatores remetem à importância da ampliação de estudos no nível contextual e individual, com delineamentos epidemiológicos e estudos etnoepidemiológicos, a fim de melhor compreensão da evolução nos padrões de morbimortalidade.

PARKER e CAMARGO¹⁹ discutem os aspectos antropológicos e sociológicos da epidemia pelo HIV/Aids no Brasil enfocando as caracte-

rísticas de desigualdade da sociedade nas “diversas epidemias brasileiras convivendo no mesmo espaço”.

A utilização de desenhos ecológicos como abordagem em estudos sobre desigualdades sociais em pequenas áreas são importantes à medida que são valorizadas as variáveis de contexto, consideradas aquelas relacionadas com o entorno onde as pessoas vivem, como o meio ambiente físico e social, que influenciam as condições de saúde das populações. Isso se torna útil principalmente na elaboração de políticas públicas, na gestão de ações e programas de atenção à saúde que devem ser direcionados para uma dada comunidade.

REFERÊNCIAS

1. Centers for Disease Control and Prevention - CDC. Update: mortality attributable to HIV infection/AIDS among persons aged 25-44 years. United States, 1991 and 1992. *MMWR*. 1993;42:869-72.
2. Jouglu E, Le Toullec A. Impact du SIDA sur la mortalité générale en France. *Rev Epidém et Santé Publ*. 1994;42:89-91.
3. Conti S, Masocco M, Farchi G, Rezza G, Toccaceli V. Premature mortality in Italy during the first decade of the aids epidemic: 1984-1993. *Int J Epidemiol*. 1997;26:873-9.
4. Centers for Disease Control and Prevention - CDC. Trends in the HIV & AIDS Epidemic. United States; 1998.
5. European Centre for the Epidemiological Monitoring of Aids, Unaided/WHO - EUROHIV, Collaborating Centre on Aids. Mid-Year report 2000; n. 63; France; 2000.
6. Fonseca MGP, Barreira D. Coordenação Nacional de DST e Aids. A evolução da mortalidade por Aids no País, segundo sua distribuição geográfica. Brasília; 2001.
7. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Critérios de definição de casos de aids em adultos e crianças. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003. p.56.
8. Dourado I, Veras MASV, Barreira D, Brito AM. Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. *Rev Saúde Pública*. 2006;40 (Supl):9-17.
9. Waldvogel B. Aids: principal causa de morte na idade reprodutiva. Mulheres em dados - Informativo mensal sobre a mulher paulista 1997; SEADE, 1997, n.9.
10. Programa Estadual DST/AIDS - São Paulo. Análise dos dados referentes à Aids no Estado de São Paulo. *Boletim Epidemiológico*. 2008; 25(1).

11. Drumond Júnior D, Lira MMTA, Freitas M, Nitrini TMV. PRO-AIM, Secretaria Municipal de Saúde. A AIDS e os sistemas de informações de mortalidade em nível local: a experiência do PRO-AIM no município de São Paulo. São Paulo; 1996.
12. Programa de Aperfeiçoamento das Informações de Mortalidade no Município de São Paulo - PRO-AIM, Secretaria Municipal de Saúde. Estatísticas: PRO-AIM: Mortalidade por AIDS. Boletim. Desigualdades sociais na mortalidade por AIDS na cidade de São Paulo. São Paulo; 1997. 40 trimestre 1996.
13. Programa Municipal de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, Secretaria Municipal de Saúde. São Paulo; 1998b. Boletim epidemiológico. Distribuição Espacial dos Casos Notificados de Aids no Município de São Paulo. Ano II; número 3; 1998.
14. Farias NSO. Mortalidade por Aids e condições socioeconômicas no município de São Paulo, 1994 a 1999 [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2002.
15. Antunes JL, Waldman EA, Borrell C. Is it possible to reduce AIDS deaths without reinforcing socioeconomic inequalities in health? *Int J Epidemiol.* 2005;34(3):586-92.
16. Sposati A. O mapa da exclusão. In: Izique C. *Pesq FAPESP* 2003; 83: 15-20.
17. Sacker A, Firth D, Fitzpatrick R, Lynch K, Bartley M. Comparing health inequality in men and women: prospective study of mortality 1986-96. *BMJ.* 2000;17(5): 1099-110.
18. Bastos FI, Barcellos C. Geografia Social da Aids no Brasil. *Rev Saúde Pública.* 1995; 29: 52-62.
19. Steele CB, Richmond-Reese, Lomax S. Racial and ethnic disparities in HIV/AIDS, sexually transmitted diseases, and tuberculosis among Women. *J Womens Health.* 2006;15(2):116-22.
20. Ruiz-Ramos M, Sánchez J, Garrucho G, Viciana F. Desigualdades en mortalidad en la ciudad de Sevilla. *Gac Sanit.* 2004;18(1):16-23.
21. Parker R, Camargo KR. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cad Saúde Publica.* 2000;16(Suppl 1):89-102.

Recebido em: 24/04/2009
Aprovado em: 29/10/2009

Correspondência/correspondence to
Norma Farias
Rua Diana, 831 - apto. 12
CEP: 05019-000 - São Paulo/SP - Brasil
E-mail: nfarias@usp.br

Características sociodemográficas dos voluntários de hospitais públicos estaduais, São Paulo, Brasil

Socio-demographic characteristics of public hospital volunteers, São Paulo, Brazil

Maria Cezira Fantini Nogueira-Martins; Ana Aparecida Sanches Bersusa; Siomara Roberta Siqueira
Instituto de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

RESUMO

No período entre maio de 2008 e abril de 2009, foi realizada pesquisa que visava conhecer os voluntários dos hospitais públicos estaduais de São Paulo, suas atividades, suas motivações e seu perfil. Este trabalho apresenta o perfil dos 1.243 voluntários que atuam em 25 hospitais públicos (administração direta) da Grande São Paulo. No que se refere ao sexo, a maioria dos voluntários (89%) é constituída por mulheres. Quanto à idade, 71% deles têm mais de 46 anos, dos quais 48% estão acima dos 56 anos. Há uma grande variabilidade no que diz respeito à renda familiar. No que tange ao tempo de atuação (em número de anos) em atividades voluntárias, 58% estão exercendo-as há mais de dois anos, sendo 32% há mais de cinco anos. Quanto ao número de horas dedicado ao trabalho voluntário, 58% dedicam de 1 a 5 horas semanais e 22%, de 6 a 10 horas. Em síntese, como características gerais, entre os 1.243 voluntários pesquisados observa-se: a) predominância de mulheres da terceira idade; b) grande variabilidade no que diz respeito à renda familiar dos voluntários, indicando a existência de um amplo leque de motivações para a atividade voluntária; c) tendência a que o voluntário se mantenha constante em sua atividade; d) exercício de número de horas adequado de atividade voluntária pela maior parte dos voluntários.

PALAVRAS-CHAVE: Voluntários. Voluntariado. Atividade voluntária. Perfil do voluntário. Hospitais públicos. Hospitais estaduais.

ABSTRACT

During the period comprised between May, 2008 and April, 2009, a research was performed regarding a better knowledge of the volunteers working in public hospitals of the State, their activities, what motivated them and their profile. This paper presents the profile of the 1243 volunteers working in 25 public hospitals managed by the State (direct administration) at the Region of Greater São Paulo. Regarding sex, the majority of the volunteers (89%) is female. Regarding age, 71% of them are over 46 years of age, and 48% are over 56 years old. Family income is widely varied. Regarding time of work (in years), in volunteer activities, 58% are working for more than two years, and 32% are working for more than five years. Regarding the amount of hours dedicated to volunteer work, 38% dedicate 1 to 5 hours a week and 22% from 6 to 10 hours. In short, as a general characteristic of the 1243 volunteers researched, it is possible to observe: a) a predominance of elderly women; b) great variation regarding family income of the volunteers, indicating the existence of a wide range of motivation that leads to voluntary activity; c) a tendency that the volunteer is constant in the job; d) adequate number of hours dedicated to voluntary activity by most of the volunteers.

KEY WORDS: Volunteers. Voluntary. Voluntary activity. Profile of the

Em 2005, pesquisadores do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (IS/SES-SP), integrantes da linha de pesquisa "Humanização em saúde", propuseram-se a estudar o material apresentado no I Encontro Estadual de Ações de Humanização, realizado pela SES-SP em dezembro de 2004, para o qual os serviços de saúde foram convidados a encaminhar resumos sobre suas experiências. O objetivo da pesquisa foi o de descrever ações de humanização que vinham sendo implementadas no âmbito da Secretaria e verificar, a partir de experiências relatadas, como os serviços vinham "traduzindo", no seu

cotidiano, as diretrizes da política de humanização desenvolvida órgão.

Foram analisadas informações contidas nos resumos enviados por 197 serviços que descreviam ações de humanização desenvolvidas.¹ Dentre os vários dados obtidos, um deles chamou a atenção: 11% das ações de humanização estavam sob a responsabilidade de voluntários.

Em função desse dado, indicativo de que os voluntários respondem por importante parcela das ações de humanização, as autoras da presente comunicação se propuseram a estudar o tema do voluntariado no âmbito dos

hospitais públicos da Grande São Paulo, elaborando o projeto de pesquisa “Humanização e voluntariado: um estudo nos hospitais públicos da Grande São Paulo”, sob coordenação da primeira autora.

Os objetivos da pesquisa foram:

- caracterizar o perfil sócio demográfico dos voluntários;
- conhecer a vinculação entre o voluntariado e os Grupos de Trabalho em Humanização (GTH) existentes em cada hospital;
- identificar as atividades desenvolvidas no cotidiano do voluntariado; e
- compreender as motivações e os valores dos voluntários a respeito de suas atividades.

Quanto ao método, foram utilizados dois instrumentos: um roteiro de entrevista semi-estruturada (para obtenção de informações e percepções dos voluntários a respeito de seu papel, suas motivações e atividades) e um questionário (para obtenção dos dados sociodemográficos).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde, em 17/09/2007. O estudo foi desenvolvido de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas para pesquisas com seres humanos, contidas na Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde. Foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para apresentação aos entrevistados.

O projeto foi apresentado, em 2008, para duas instâncias da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo: Coordenadoria de Recursos Humanos (CRH) e Coordenadoria de Serviços de Saúde (CSS), para consolidar a parceria com as duas Coordenadorias, que deram sugestões de encaminhamento e viabilizaram o contato com os hospitais.

Em maio de 2008, foi realizada reunião de apresentação do projeto, à qual compareceram a coordenadora da pesquisa, as pesquisadoras participantes, a interlocutora de humanização da CSS, a coordenadora do Comitê de Humanização da CRH e mais 44 participantes, entre diretores e representantes da direção dos hospitais, coordenadores de voluntários e voluntários. Antes da apresentação do projeto, todos os participantes se apresentaram e mostraram vivo interesse por conhecer os detalhes da pesquisa, realçando, em seus comentários, a necessidade de que o voluntariado dos hospitais públicos tivesse maior visibilidade dentro da própria SES. A partir desse encontro, foram realizados os agendamentos para a coleta de dados, realizada entre maio de 2008 e abril de 2009.

Nesta comunicação, apresentamos os dados sobre algumas características sociodemográficas dos 1.243 voluntários que exercem atividades nas 25 instituições estudadas (hospitais, maternidades e centros de referência na Grande São Paulo, todos da administração direta). Esses dados referem-se a: sexo, idade, renda familiar, tempo de trabalho como voluntário e número de horas semanais de atividade voluntária.

No que diz respeito ao sexo, os resultados mostraram que 89% são mulheres e 11% são homens. Esses dados estão em consonância com a literatura internacional sobre o voluntariado,² que aponta um nítido predomínio do sexo feminino. A história do voluntariado mostra que, antigamente, antes de as mulheres se inserirem mais intensamente no mercado de trabalho, a atividade voluntária era uma forma de elas (especialmente as esposas de médicos) terem uma atividade significativa e um status fora do lar. Suas atividades principais eram angariar fundos, organizar jantares e eventos beneficentes.^{3,4} As características do

voluntariado têm mudado, mas a tendência de que, nos hospitais, as mulheres estejam ainda em maior número pode estar relacionada com o que HANDY e cols.⁵ denominam de *soft services*, que seriam serviços típicos de um perfil feminino, com foco no cuidado, no conforto, no bem-estar emocional e na redução da ansiedade de pacientes e familiares, o que é buscado e valorizado pelos hospitais.

No que tange à idade dos voluntários, a Figura 1 mostra sua distribuição, revelando o predomínio de pessoas mais velhas. Conforme HENDRICKS e CUTLER⁶ e WINDSOR e cols.,⁷ as pessoas mais velhas tendem a fazer, na terceira idade, uma repriorização de suas metas, colocando grande importância em experiências emocionalmente significativas mais do que em experiências relacionadas a perseguir conquistas materiais e financeiras. Assim, engajar-se em atividades voluntárias pode ser uma forma de atingir esses objetivos. Além disso, pessoas mais velhas habitualmente já viveram situações de perdas e luto, que são um dos motivos para a busca da atividade voluntária, como forma de elaboração e superação de situações penosas.

WILSON² ressalta o fato de que o voluntariado pode ser oportunidade de integração social, substituindo as relações pessoais nas situações em que não existe mais, na vida da pessoa, o trabalho ou o casamento. Por outro lado, a maturidade tende a ser um elemento de caráter positivo para o papel de voluntário, que faz com que os hospitais prefiram pessoas mais velhas em seu quadro de voluntários. SOUZA e LAUTERT⁸ referem que o trabalho voluntário pode ser uma boa alternativa para a saúde da terceira idade e consideram positiva a atitude de estimular pessoas mais velhas a serem voluntárias, pois essa atividade pode contribuir para a promoção da saúde das mesmas.

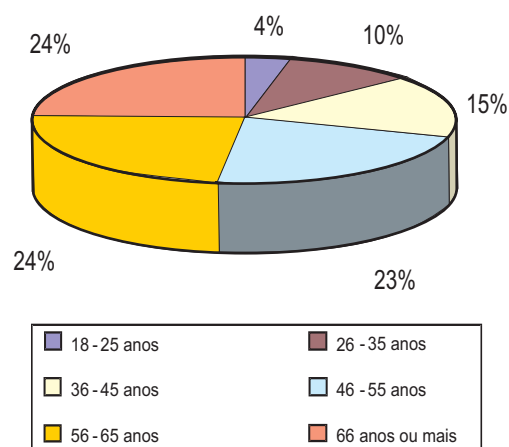
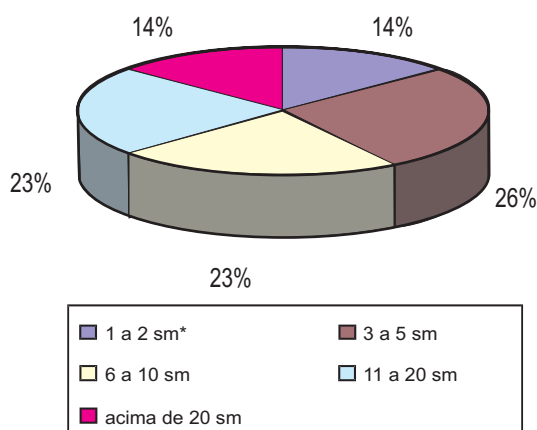


Figura 1. Distribuição por idade dos voluntários dos hospitais públicos da Grande São Paulo.

Como contraponto à predominância de pessoas de faixa etária mais elevada, chamou a atenção o fato de que 14% dos voluntários têm menos de 35 anos. Quanto à inserção dos jovens nas atividades voluntárias, possivelmente isto se deve à ênfase, em nossa cultura atual, nos valores de cidadania e solidariedade crítica,⁹ que abarcam motivações provenientes da percepção da realidade social e da capacidade de discernir as dimensões social e política presentes na relação solidária. Por outro lado, coordenadores de voluntariado relataram que alguns jovens procuram a atividade voluntária como forma de aprimorar seu currículo, já que muitas empresas privadas, instituições públicas e organizações do terceiro setor têm valorizado, na seleção para preenchimento de vagas de emprego, o fato de o candidato se dedicar ou ter se dedicado a alguma atividade voluntária.

Sobre a renda familiar, na Figura 2 observa-se expressiva diversidade de faixas de renda, o que remete a CASTER³ e HANDY e SRINIVASAN⁴, que pontuam que a atividade voluntária não é mais, como antigamente, prerrogativa de pessoas com nível socioeconômico alto. Essa diversidade pode ser atribuída a um amplo leque de motivações

que têm levado as pessoas para a atividade voluntária, como por exemplo: ajudar os outros; ser recompensadas com gratidão; obter aprovação social; exercer uma obrigação civil; construir um sentido para a própria vida; participar de um grupo social; exercitar habilidades não utilizadas habitualmente; e buscar a concretização de valores religiosos.¹⁰



*sm= salário mínimo

Figura 2. Distribuição por renda familiar dos voluntários dos hospitais públicos da Grande São Paulo.

Na Figura 3, que mostra a distribuição por tempo de trabalho como voluntário, observa-se que 58% dos voluntários estão exercendo a atividade há mais de dois anos. Autores que estudam questões referentes à gestão do voluntariado, tais como HANDY e cols.,⁵ referem que a rotatividade de voluntários é um fenômeno comum nas instituições; ressaltam também que uma alta rotatividade tende a ser contraproducente, aumentando os custos (relacionados a recrutar, selecionar e treinar voluntários) e causando impacto negativo no programa de voluntariado da instituição. Embora os coordenadores de voluntários tenham se referido à rotatividade nos hospitais, os dados desta pesquisa mos-

traram uma importante tendência à adesão dos voluntários à sua atividade.

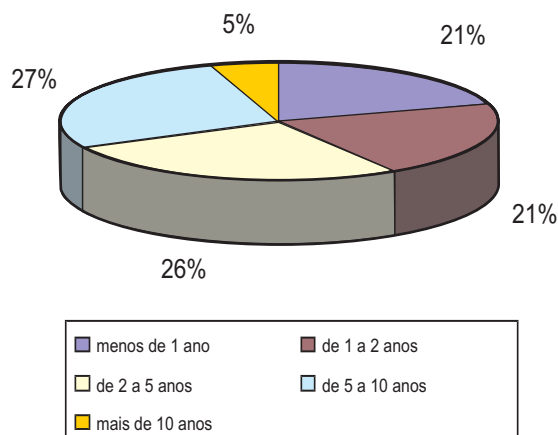


Figura 3. Distribuição por tempo de trabalho como voluntário em hospitais públicos da Grande São Paulo.

A Figura 4 mostra o número de horas semanais dedicadas à atividade voluntária, revelando que expressiva fatia da população pesquisada (80%) utiliza, no máximo, dez horas semanais para a atividade voluntária. Quanto a esse tema, é importante ressaltar que, embora a atividade voluntária seja propiciadora de uma melhora no que diz respeito ao bem estar, saúde mental e qualidade de vida do voluntário,^{11,12} por se tratar de situação em que o foco é dirigido para outros, desviando de possíveis ansiedades e preocupações próprias, os benefícios da atividade podem ser anulados por um excesso de tempo nessa atividade.⁷ O estudo de WINDSOR e cols.,⁷ que correlacionou número de horas de atividade voluntária e bem-estar físico e mental, concluiu que o número razoável de horas de atividade por semana está entre 4 e 16 horas. Assim, observa-se que a maioria dos voluntários dos hospitais pesquisados preenche o requisito recomendado pela literatura especializada.

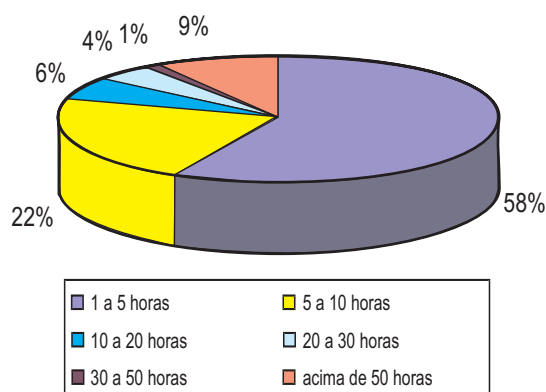


Figura 4. Distribuição por número de horas/semana de atividade voluntária em hospitais públicos da Grande São Paulo.

Em síntese, como características gerais dos 1.243 voluntários dos 25 hospitais pesquisados, observa-se: a) predominância de mulheres da terceira idade; b) grande variabilidade no que diz respeito à renda familiar dos voluntários, indicando a existência de um amplo leque de motivações para a atividade voluntária; c) tendência a que o voluntário se mantenha constante em sua atividade; d) exercício de número de horas adequado de atividade voluntária pela maior parte dos voluntários.

REFERÊNCIAS

1. Nogueira-Martins MCF, Bersusa AAS, Silva AL, Conversani DTN, Souza SR, Venâncio SI. Traduzindo a política de humanização nos serviços. *BIS*. 2005;36:27-30.
2. Wilson J. Volunteering. *Annual Review of Sociology* 2000; 26:215-240.
3. Caster JJ. A new direction in women's philanthropy. *NVSQ*. 2008;37(2):353-61.
4. Handy F, Srinivasan N. The demand for volunteer labor: a study of hospital volunteers. *NVSQ*. 2005;34(4):491-509.
5. Handy F, Mound R, Vaccaro LM, Prochaska K. Promising practices for volunteer administration in hospitals. Toronto, Canadian Centre for Philanthropy, 2004.
6. Hendricks J, Cutler SJ. Volunteerism and socioemotional selectivity in later life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2004;59:S251-S7.
7. Windsor TD, Anstey KJ, Rodgers B. Volunteering and psychological well-being among young-old adults: how much is too much? *Gerontologist*. 2008;48:59-70.
8. Souza LM, Lautert L. Trabalho voluntário: uma alternativa para a promoção da saúde de idosos. *Rev Esc. Enferm USP* 2008;42(2): 363-370.
9. Selli L, Garrafa V. Bioética, solidariedade crítica e voluntariado orgânico. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(3):473-8.
10. Blanchard JA. Hospital volunteers: a qualitative study of motivation. *IJOVA*. 2006;24(2):31-40.
11. Musick MA, Wilson J. Volunteering and depression: the role of psychological and social resources in different age groups. *Soc Sci Med*. 2003;50(2):259-69.
12. Schwartz C, Meisenhelder JB, Reed G. Altruistic social interest behaviors are associated with better mental health. *Psychosom Med*. 2003;65:778-85.

Recebido em: 26/08/2009
Aprovado em: 15/10/2009

Correspondência/correspondence to

Maria Cezira Fantini Nogueira-Martins
Rua Santo Antonio, 590 – 5º andar – CEP: 01314-000 – São Paulo/SP – Brasil
Tel.: 55 11 3293-2228 – E-mail: mcezira@saude.sp.gov.br

Financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp). Proc-07/51663-9.

Políticas públicas em cuidados paliativos na assistência às pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA)

Public policies in paliative health care in the assistance designed for persons living with HIV/Aids (PVHA)

Tânia Regina Corrêa de Souza; Rosa de Alencar Souza

Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids. Coordenação Estadual de DST/Aids. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

A Aids é uma epidemia estável no Brasil. Segundo Boletim Epidemiológico,¹ até junho de 2008 foram notificados 506.499 casos da doença no País, dos quais 192.187 no Estado de São Paulo. Apesar dos progressos das novas terapias antirretrovirais (ARV) e da política brasileira de distribuição universal de medicamentos, com impacto positivo na qualidade de vida e sobrevida dos pacientes, sabemos que dificuldades como a de adesão ao tratamento e desenvolvimento de resistência aos ARV facilitam a progressão da doença, trazendo dor, desconforto, sofrimento e, muitas vezes, a morte.

Segundo AIREs et al.,² os cuidados paliativos são importantes para pacientes com HIV/Aids, pois, apesar dos benefícios dos ARV, a terapia apresenta efeitos colaterais e desafios:

- cronificação da doença com o aumento da incidência de tumores (carcinomas agressivos);
- dislipidemias, diabetes mellitus, lipodistrofias, osteopenia/necrose óssea, disfunção hepática, neuropatia periférica e outros; e
- falta de adesão que fará a doença evoluir rapidamente e esgotarem-se as possibilidades de tratamento.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS):³ “os cuidados paliativos

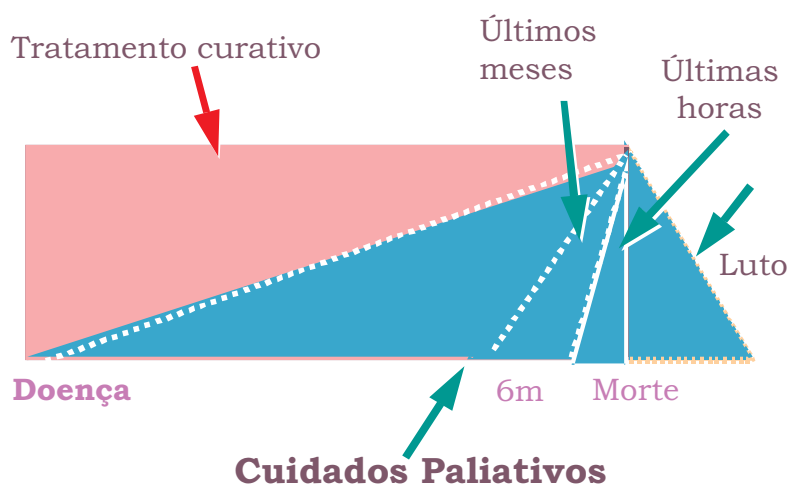
são os cuidados totais e ativos aos pacientes cuja doença não responde mais aos tratamentos curativos, e quando o controle da dor e de outros sintomas psicológicos, sociais e espirituais tornam-se prioridade. O objetivo é oferecer a melhor qualidade de vida possível aos pacientes e familiares.”

Em 2002, a OMS reviu e ampliou esse conceito: “Cuidado paliativo é a abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.”

É um grande desafio modificar a percepção de que cuidados paliativos não devem ser restritos a pacientes em final de vida, e reconhecer que vários dos seus aspectos devem ser aplicados desde o diagnóstico da infecção, mesmo quando o indivíduo se encontrar ainda assintomático. Portanto, faz-se necessário ressaltar que esse tipo de cuidado não se opõe aos cuidados curativos, mas implicam a continuidade dos cuidados e a complementaridade das duas abordagens.

A ilustração abaixo demonstra esta concepção, pois, à medida que se assume a Aids como uma doença crônica, possibilita-se a utilização desse modelo em todo curso da infecção, intensificando os cuidados paliativos conforme progressão da doença.⁴

Evolução dos cuidados paliativos



Para MACIEL⁵ o tratamento em cuidados paliativos deve ser multidimensional e iniciar-se no momento da revelação diagnóstica de uma doença que ameace a continuidade da vida. Durante o período de diagnóstico, bem como o curativo, todos os profissionais devem estar habilitados para prover assistência; porém, os momentos mais complexos e de doença avançada devem ser reservados às equipes de cuidados paliativos.

Essa modalidade de assistência pode ser facilmente adaptada aos cuidados das pessoas vivendo com Aids (PVHA), reconhecendo que muitos aspectos dos cuidados paliativos são aplicáveis desde o diagnóstico e durante todo o curso da doença, em conjunção com outros tratamentos e visando à melhoria da qualidade de vida desses pacientes, com equilíbrio entre os aspectos físicos, psíquicos, sociais e espirituais. Assim, esses pacientes podem ser cuidados em hospitais, casas de apoio, hospital-dia, ambulatório e no próprio domicílio.

Os cuidados paliativos na Aids seguem os mesmos princípios básicos propostos pela OMS, ou seja:

- afirmar a vida e olhar a morte como processo normal;
- nem antecipar nem retardar a morte;
- prover alívio para a dor e outros sintomas;
- integrar aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente; e
- oferecer um sistema de suporte para ajudar a família durante a doença do paciente e o luto.

As principais necessidades geralmente identificadas nos pacientes com Aids, na trajetória da doença, podem ser exemplificadas como:

- Físicas: conforto (higiene, alimentação, carinho), controle da dor e de outros sintomas.
- Emocionais: sentimentos de rejeição, isolamento, raiva, culpa, perdas pessoais,

medo da morte, confusão mental e depressão.

- Sociais: falta de suporte financeiro, familiar e convívio social.
- Espirituais: medo da morte real e social, medo do castigo divino, falta de fé e esperança, vivência de lutos, busca de sacramentos e sentido de viver.

Para abordar o paciente em cuidados paliativos se faz necessária a intervenção de uma equipe multidisciplinar, minimamente integrada por médico, enfermeira, técnico ou auxiliar de enfermagem, assistente social e psicólogo. É de extrema importância o apoio de outros profissionais de saúde, como nutricionista, dentista, fisioterapeuta, farmacêutico, terapeuta ocupacional e de apoio espiritual.

Diante desse cenário, a Coordenação do Programa Estadual de DST/Aids-SP – vinculada à Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CCD/SES-SP) – vem estruturando uma política de atenção integral às PVHA que propõe agregar, nas ações de prevenção e assistência, o direito do paciente e seus familiares de receberem cuidados paliativos.

Este documento tem o objetivo de divulgar a filosofia dos cuidados paliativos e propor recomendações para os serviços e profissionais de saúde da rede especializada em DST/HIV/Aids do Estado de São Paulo que estimulem a prática dos cuidados paliativos nas ações de assistência às PVHA

Controle da dor

O manejo apropriado da dor presente nos pacientes HIV/Aids é uma tarefa complexa devido à própria condição clínica, suas comorbidades, uso frequente de vários medicamentos e muitas vezes associado a

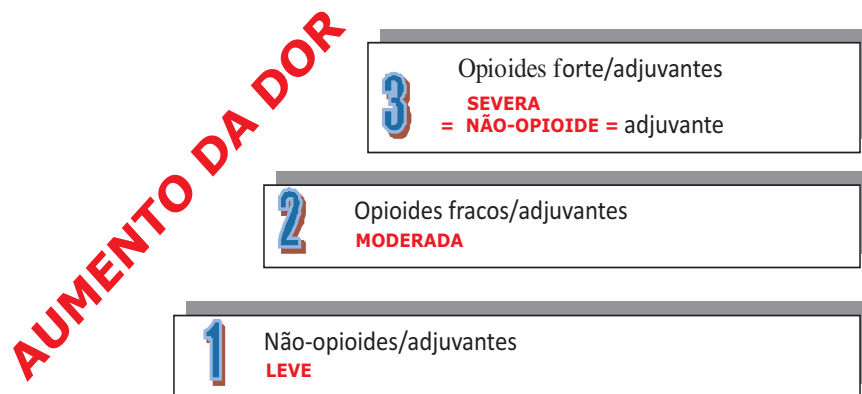
problemas socioeconômicos de difícil solução. Cabe à equipe multiprofissional saber reconhecer as necessidades do paciente, diagnosticar e investigar seus sintomas e introduzir tratamento adequado às suas queixas, principalmente valorizando a queixa de dor. Os profissionais da equipe precisam estar familiarizados com o diagnóstico e o tratamento da dor para poder beneficiar o paciente em qualquer estágio da infecção.

Vale lembrar que o conceito de dor é bastante complexo e envolve fatores físicos, psíquicos, sociais e espirituais. Portanto, a dor deve ser tratada por uma equipe multiprofissional, que deverá desenvolver projetos terapêuticos individualizados, pois a dor é universal, mas sua experiência é individual e subjetiva.

Para o sucesso do tratamento é preciso:

- desenvolver bom vínculo com o paciente, pois uma relação segura ajudará muito na adesão ao tratamento;
- introduzir nos prontuários a dor como 5º sinal vital;
- trabalhar com história de vida com foco na questão da dor;
- avaliar a intensidade da dor através de instrumentos como:
 - a. escala numérica verbal: o paciente confere um número para a intensidade da dor de 0 (ausência de dor) a 10 (dor mais intensa possível);
 - b. escala analógica visual: o paciente assinala a intensidade da dor em uma linha de 10 cm, na qual o extremo da esquerda é a ausência de dor e o extremo da direita a dor mais intensa possível;

- c. escala verbal: são usadas palavras para descrever a intensidade da dor (dor ausente, leve, moderada, intensa); e
- d. também é de grande importância o autorrelato do paciente e a observação de seu comportamento, dando atenção especial a gemidos, choro, expressão facial e movimentos corporais.
- realizar exame físico;
- usar escada analgésica (OMS) que orienta o tratamento farmacológico da dor com opioides e podem ser usados sozinhos ou combinados com outros analgésicos e adjuvantes (atiinflamatório não-hormonal, corticóide, antidepressivo, anticonvulsivante);
- realizar reuniões clínicas com oferta de material que oriente o tratamento farmacológico;
- convidar profissionais de outras instituições que trabalhem com cuidados paliativos com o objetivo de trocar experiências e desmistificar as crenças existentes em relação aos opioides;
- avaliar o quanto a dor interfere no desenvolvimento das atividades da vida diária (AVD) e na qualidade de vida do paciente;
- avaliar os efeitos colaterais e propor medidas de conforto; e
- avaliar o contexto sociocultural em que se encontra o paciente (cuidador, rede de suporte social, ambiência e crenças).



Quadro 1. Escala analgésica da dor e orientação farmacológica

Degraus	Tipo de dor	Categoria	Exemplo	Substitutos
1	Leve	Não -opi oide	Aspirina	Antiinflamatório não hormonal (AINH), paracetamol
2	Moderada	Opioide fraco	Codeína	Tramadol
3	Severa	Opioide forte	Morfina	Metadona, fentanil oxiconona

Fonte: adaptado do Manual do INCA, 2001 (www.inca.gov.br)

Controle de outros sintomas clínicos

A presença de qualquer sintoma, com certeza, é fonte de sofrimento e angústia tanto para o paciente quanto para seus familiares e equipe de saúde. É importante lembrar que o paciente não é um ser exclusivamente biológico; é necessário considerá-lo em sua integralidade.

Segundo AIREs et al., os principais sintomas físicos em pacientes com HIV/Aids em cuidados paliativos são: dor, anorexia, fadiga, confusão mental, convulsões, diarreia, dispneia, náuseas e vômitos.

Para prevenir e tratar de forma adequada esses sintomas deve-se:

- avaliar a sintomatologia, suas causas, fase da doença e prognóstico;
- rever plano terapêutico utilizando farmacologia paliativa;
- rever ou introduzir tratamento não farmacológico como: alteração de dieta, acupuntura, massagens, exercícios fisioterápicos, relaxamento, técnica de distração mental e outros;
- utilizar protocolos já definidos para o controle de sintomas em cuidados paliativos (ver bibliografia referendada); e
- não esquecer do direito à autonomia – todo tratamento deve ser discutido e acordado com o paciente e/ou familiar.

Controle das necessidades psicossociais e espirituais

Objetivando proporcionar conforto e dar alívio ao paciente e seus familiares, recomendamos à equipe de saúde:

- auxiliar o paciente a reorganizar sua vida considerando o direito à autonomia;
- avaliar o que o paciente sabe sobre seu

diagnóstico e prognóstico, informando e orientando sobre suas reais possibilidades, de acordo com o seu desejo, considerando o direito à informação;

- resgatar a autoestima do paciente;
- resgatar o que há de sadio no paciente;
- possibilitar o resgate de vínculos familiares;
- diminuir o sofrimento biopsicossocial (controlar a dor total e outros sintomas), considerando o direito ao alívio do sofrimento;
- satisfazer suas necessidades, visando à melhoria de sua qualidade de vida multidimensional (físico, psíquico, social e espiritual), considerando o direito à assistência integral;
- dar acolhimento ao paciente e familiares no enfrentamento da doença, dos lutos da Aids e da morte, considerando o direito à assistência ao luto;
- auxiliar o paciente a resolver pendências;
- dar segurança ao paciente e seus familiares, facilitando o acesso e a comunicação com o serviço e equipe de saúde;
- facilitar o processo de morrer, permitindo que o paciente/família expresse seus sentimentos;
- facilitar o processo de despedida; e
- acompanhar o “evento morte”, oferecendo suporte emocional e orientando a família nas questões administrativas (atestado de óbito e documentação para o enterro).

Instituir políticas públicas em cuidados paliativos não é tarefa fácil. Os desafios são muitos e estão aqui divididos em três grupos.

a) Recursos humanos:

- escassez de recursos humanos nos serviços;
- falta de profissionais formados em cuidados paliativos;
- profissionais que ainda prestam assistência compartimentalizada;
- dificuldade em prestar assistência multidisciplinar e interdisciplinar;
- desconhecimento da legislação vigente no atendimento de pacientes fora de possibilidade de cura; e
- dificuldade dos profissionais de saúde em lidarem com o tema da terminalidade, perdas, lutos e morte.

b) Medicamentos:

- o tratamento da dor deve ser considerado como um ato médico;
- dificuldade de acesso a opioides ou outras medicações para o controle da dor;
- mitos relacionados à dependência física, adicção e abstinência; e

- falta de conhecimento específico para o tratamento da dor.

c) Serviços paliativistas

- dificuldade de prognosticar o paciente com HIV/Aids;
- escassez de serviços que ofereçam cuidados paliativos;
- pouco investimento financeiro;
- serviços organizados no modelo tradicional da medicina, dificultando a visão de cuidados paliativos;
- dificuldade de se estabelecer a rede de referência e contrarreferência; e
- falta de recursos para pesquisas.

Nossa tarefa primordial é produzir transformações na realidade que ora se apresenta, visando à melhoria da qualidade de vida dos pacientes com HIV/Aids e seus familiares, assistidos nas instituições públicas. Para isso, se faz necessária uma ação coletiva entre Estado e sociedade para que juntos possam assegurar uma boa política de cuidados paliativos às PVHA, dando-lhes o direito de viver e morrer com dignidade.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico – Aids, ano V, nº 1, Semanas Epidemiológicas julho a dezembro/07 e janeiro a junho/08. Brasil, 2008.
2. Aires EM, Cruz R, Souza AC. Pacientes com HIV/Aids. In: Oliveira RA, coordenador. Cuidado paliativo. São Paulo: Cremesp, 2008. p. 153-77.
3. World Health Organization - WHO. Câncer pain relief and palliative care. Geneva: WHO, 1990.
4. Equipe Interdisciplinar de Cuidados Paliativos do Instituto de Infectologia Emilio Ribas. Manual de cuidados paliativos para pacientes com HIV/Aids. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2007.
5. Maciel MGS. Cuidados paliativos na prática. In: Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Fascículo 1 – Caquexia, anorexia e astenia. Programa de Educação Continuada. São Paulo: Diagraphic, 2008. p. 2-8.

Correspondência/Correspondence to

Tânia Regina Corrêa de Souza
Rua Santa Cruz, 81 - SP
CEP: 04121-000 - São Paulo/SP - Brasil
Tel.: 55 11 5084-5235 - E-mail: tania@crt.saude.sp.gov.br

Instruções aos Autores

Missão

O **Boletim Epidemiológico Paulista (Bepa)** é uma publicação mensal da Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD), órgão da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) responsável pelo planejamento e execução das ações de promoção à saúde e prevenção de quaisquer riscos, agravos e doenças, nas diversas áreas de abrangência do Sistema Único de Saúde de São Paulo (SUS-SP). Editado nos formatos impresso e eletrônico, documenta e divulga trabalhos relacionados a essas ações, de maneira rápida e precisa, estabelecendo canal de comunicação entre as diversas áreas do SUS-SP. Além de disseminar informações entre os profissionais de saúde de maneira rápida e precisa, tem como objetivo incentivar a produção de trabalhos técnico-científicos desenvolvidos no âmbito da rede pública de saúde, proporcionando a atualização e, conseqüentemente, o aprimoramento dos profissionais e das instituições responsáveis pelos processos de prevenção e controle de doenças, nas esferas pública e privada.

Política editorial

Os manuscritos submetidos ao Bepa devem atender às instruções aos autores, que seguem as diretrizes dos *Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos*, editados pela Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas (Committee of Medical Journals Editors – Grupo de Vancouver), disponíveis em: <http://www.icmje.org/>.

Após uma revisão inicial para avaliar se os autores atenderam aos padrões do Bepa, os trabalhos passam por processo de revisão por dois especialistas da área pertinente, sempre de instituições distintas daquela de origem do artigo, e cegos quanto à identidade e vínculo institucional dos autores. Após os pareceres, o Conselho Editorial, que detém a decisão final sobre a publicação ou não do trabalho, avalia a aceitação do artigo sem modificações, a sua

recusa ou devolução ao autor com as sugestões apontadas pelo revisor.

Tipos de artigo

Artigos de pesquisa – Apresentam resultados originais provenientes de estudos sobre quaisquer aspectos da prevenção e controle de agravos e de promoção à saúde, desde que no escopo da epidemiologia, incluindo relatos de casos, de surtos e/ou vigilância. Esses artigos devem ser baseados em novos dados ou perspectivas relevantes para a saúde pública. Devem relatar os resultados a partir de uma perspectiva de saúde pública, e podem, ainda, ser replicados e/ou generalizados por todo o sistema (o que foi encontrado e o que a sua descoberta significa).

Revisão – Avaliação crítica sistematizada da literatura sobre assunto relevante à saúde pública. Devem ser descritos os procedimentos adotados, esclarecendo os limites do tema. Os artigos desta seção incluem relatos de políticas de saúde pública ou relatos históricos baseados em pesquisa e análise de questões relativas a doenças emergentes ou reemergentes.

Comunicações rápidas – São relatos curtos destinados à rápida divulgação de eventos significativos no campo da vigilância à saúde. A sua publicação em versão impressa pode ser antecedida de divulgação em meio eletrônico.

Informe epidemiológico – Tem por objetivo apresentar ocorrências relevantes para a saúde coletiva, bem como divulgar dados dos sistemas públicos de informação sobre doenças e agravos e programas de prevenção ou eliminação de doenças infecto-contagiosas.

Informe técnico – Texto institucional que tem por objetivo definir procedimentos, condutas e normas técnicas das ações e atividades desenvolvidas no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP). Inclui, ainda, a divulgação de práticas, políticas e orientações sobre promoção à saúde e prevenção e controle de agravos.

Resumo – Serão aceitos resumos de teses e dissertações até um ano dois anos após a defesa.

Pelo Brasil – Deve apresentar a análise de um aspecto ou função específica da promoção à saúde, vigilância, prevenção e controle de agravos nos demais Estados brasileiros.

Atualizações – Textos que apresentam, sistematicamente, atualizações de dados estatísticos gerados pelos órgãos e programas de prevenção e controle de riscos, agravos e doenças do Estado de São Paulo.

Editoriais – São escritos por especialistas convidados a comentar artigos e tópicos especiais cobertos pelo Bepa.

Relatos de encontros – Devem focar o conteúdo do evento e não sua estrutura.

Cartas – As cartas permitem comentários sobre artigos veiculados no Bepa, e podem ser apresentadas a qualquer momento após a sua publicação.

OBS – Os informes técnicos, epidemiológico, Pelo Brasil, atualizações e relatos de encontros devem ser acompanhados de carta do diretor da instituição à qual o autor e o objeto do artigo estão vinculados. *Clique aqui* para ter acesso ao modelo.

Apresentação dos trabalhos

Ao trabalho deverá ser anexada uma carta de apresentação, assinada por todos os autores, dirigida ao Conselho Editorial do *Boletim Epidemiológico Paulista*. Nela deverão constar as seguintes informações: o trabalho não foi publicado, parcial ou integralmente, em outro periódico; nenhum autor tem vínculos comerciais que possam representar conflito de interesses com o trabalho desenvolvido; todos os autores participaram da elaboração do seu conteúdo (elaboração e execução, redação ou revisão crítica, aprovação da versão final).

Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Nesse sentido, os autores devem explicitar em MÉTODOS que a pesquisa foi concluída de acordo com os padrões exigidos pela Declaração de Helsink e aprovada por comissão de ética reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), vinculada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), bem como registro dos estudos de ensaios clínicos em base de dados, conforme recomendação aos editores da Lilacs e Scielo, disponível em: <http://bvsmodelo.bvsalud.org/site/lilacs/homepage.htm>. O nome da base de dados, sigla e/ou número do ensaio clínico deverão ser colocados ao final do RESUMO.

O trabalho deverá ser redigido em Português do Brasil, com entrelinhamento duplo. O manuscrito deve ser encaminhado em formato eletrônico (e-mail, disquete ou CD-ROM) e impresso (folha A4), aos cuidados do Editor Científico do Bepa no seguinte endereço:

Boletim Epidemiológico Paulista

Av. Dr. Arnaldo, 351, 1º andar, sala 135
Cerqueira César – São Paulo/SP, Brasil
CEP: 01246-000
bepa@saude.sp.gov.br

Estrutura dos textos

O manuscrito deverá ser apresentado segundo a estrutura das normas de Vancouver: TÍTULO; AUTORES e INSTITUIÇÕES; RESUMO e ABSTRACT; INTRODUÇÃO; METODOLOGIA; RESULTADOS; DISCUSSÃO e CONCLUSÃO (se houver); AGRADECIMENTOS; REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS; e TABELAS, FIGURAS e FOTOGRAFIAS anexas, conforme ordem a seguir.

A íntegra das instruções aos autores quanto à categoria de artigos, processo de arbitragem, preparo de manuscritos e estrutura dos textos, entre outras informações, estão disponíveis no site: http://www.cve.sade.sp.gov.br/agencia/bepa37_autor.htm.



**SECRETARIA
DA SAÚDE**

