

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

VANESSA DANIELE MIZEVSKI

**DISPONIBILIDADE DO TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS E ANTI-HIV
NO BRASIL: ANO-BASE 2012**

PORTO ALEGRE

2014

VANESSA DANIELE MIZEVSKI

**DISPONIBILIDADE DO TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS E ANTI-HIV NO BRASIL:
ANO-BASE 2012**

Trabalho de Conclusão de Curso II apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem pelo curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Barcellos
Teixeira

PORTO ALEGRE

2014

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 OBJETIVOS	6
2.1 OBJETIVO GERAL	6
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
3 CONTEXTO TEÓRICO	7
3.1 SÍFILIS	7
3.2 HIV/ AIDS	9
3.3 TESTAGEM RÁPIDA	11
3.4 PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA: ESTRATÉGIA PARA MUDANÇA.....	12
4 MÉTODO	16
4.1 TIPO DE ESTUDO	16
4.2 FONTES DE DADOS.....	16
4.3 COLETA DOS DADOS	17
4.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	17
5 ASPECTOS ÉTICOS	18
6 ARTIGO.....	19
REFERÊNCIAS.....	35
ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DE USO DOS DADOS DO PMAQ.....	38
ANEXO B– APROVAÇÃO DA COMPESQ- EENF	39
ANEXO C– COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA UFRGS CARTA DE APROVAÇÃO	40
ANEXO D– NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGO NA REVISTA ESCOLHIDA	41

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Aids) e a Sífilis são duas doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), altamente incidentes, cujos tratamentos estão disponíveis gratuitamente no sistema público de saúde brasileiro. Essas doenças, quando não tratadas, produzem grande impacto na saúde das pessoas, podendo levá-las a morte. A testagem para ambas as DSTs está disponível no sistema público de saúde, apesar disso, muitas pessoas desconhecem sua condição sorológica, o que impede a possibilidade de tratamento e, possivelmente, aumenta a cadeia de transmissibilidade das mesmas.

Atenção especial tem sido dada ao HIV (vírus da imunodeficiência humana), pois se estima que no Brasil, mais de 650 mil pessoas estejam vivendo com HIV/Aids, das quais cerca de 150 mil não sabem sua sorológica, pois nunca fizeram um teste anti-HIV (BRASIL, 2012). Em relação à sífilis, a Organização Mundial da Saúde estima que no Brasil ocorram anualmente 937 mil casos novos a cada ano, dados não compatíveis com o sistema oficial de notificação do país, que registra os casos desde 1986, o que demonstra o subdiagnóstico e subnotificação (BRASIL, 2014d).

Como estratégia de enfrentamento para essas DSTs, no ano de 2011 começou a ser implantado nos estabelecimentos de saúde do Brasil a testagem rápida anti-HIV e Sífilis. O objetivo é possibilitar o diagnóstico precoce e oportunizar acompanhamento e tratamento adequado. Permitir ao indivíduo o conhecimento de uma sorologia positiva e possibilitar tratamento é especialmente importante no caso do HIV, já que a AIDS não possui cura até o momento, mas pode não se manifestar quando há tratamento adequado. Já no caso da Sífilis, o conhecimento da sorologia positiva e a possibilidade de tratamento levam à cura.

Os testes rápidos foram um grande avanço para o enfrentamento destas doenças, pois possibilita diagnóstico de modo rápido e confiável. A testagem rápida também deve ser vista como um meio de controle dessas doenças, pois permite conhecer com mais precisão as medidas de frequência de doenças – incidência e prevalência. A partir de medidas mais precisas, outras estratégias de enfrentamento podem se tornar mais eficazes, como as campanhas de prevenção visando proteção específica, a partir do conhecimento dos fatores de risco ou associados à soropositividade das duas doenças.

Porém, ainda há muitas dificuldades no sistema público para a implementação

dos testes rápidos, seja por questões de desconhecimento da população, ou questões de infraestrutura, logística ou de recursos humanos. Embora seja uma iniciativa nova, a testagem rápida conta com protocolos e documentos específicos explicando como realizar o teste; além de ser preconizado que pelo menos um profissional seja capacitado para a realização do teste, em cada estabelecimento de saúde.

Para aumentar a efetividade da implementação do teste rápido nos serviços de atenção primária, Porto Alegre está trabalhando com a lógica do matriciamento. Hoje, nos estabelecimentos de saúde da atenção primária, o matriciamento tem como objetivo trabalhar com a corresponsabilização do cuidado do paciente entre profissionais da rede básica com profissionais de centros especializados, e capacitar os profissionais da atenção primária prestando um suporte de consultoria permanente além propiciar meios alternativos de tratamento (MACHADO; CAMATTA, 2013).

Durante a graduação presenciei em vários locais, na cidade de Porto Alegre, a falta de materiais para a realização de cuidados e procedimentos específicos. Quando houve o surgimento dos testes rápidos nos estabelecimentos de saúde, me questionei se haveria teste em quantidade suficiente para atender a demanda das unidades, se seria possível atender adequadamente a população que procurasse atendimento desse tipo. Interagindo com profissionais que trabalham no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), tomei conhecimento que essa questão seria aprofundada nesse programa, momento em que me interessei por estudar sobre a disponibilidade de testes rápidos de HIV e Sífilis nos estabelecimentos de saúde do Brasil participantes do PMAQ, gerando a minha questão de pesquisa: qual é a disponibilidade dos testes rápidos para HIV e Sífilis no Brasil, por regiões, no Rio Grande do Sul e em Porto Alegre? Acredito que é essencial ao enfermeiro conhecer esses dados, pois todo o cuidado deve ser planejado, e faz parte da gestão do cuidado na rede de saúde, o envolvimento gerencial do enfermeiro com os insumos que envolvem a assistência à saúde.

No caso dos testes rápidos especialmente do teste anti-HIV, existe uma rede de profissionais especializados para prestar apoio matricial para a execução da testagem na atenção primária, entretanto para o sucesso dessa iniciativa, além do apoio, a disponibilidade de insumos deve ser verificada. Essa questão é o objeto de investigação do presente trabalho de conclusão de curso.

2 OBJETIVOS

A seguir serão apresentados o objetivo geral e os objetivos específicos.

2.1 Objetivo Geral

Verificar a disponibilidade do teste rápido para Sífilis e anti-HIV nos estabelecimentos de saúde do Brasil.

2.2 Objetivos específicos

a) Descrever a disponibilidade de testes rápidos para Sífilis e anti-HIV entre regiões do Brasil.

b) Descrever a disponibilidade de testes rápidos para Sífilis e anti-HIV no estado do Rio Grande do Sul.

c) Descrever a disponibilidade de testes rápidos para Sífilis e anti-HIV em Porto Alegre.

d) Comparar a disponibilidade de testes rápidos para Sífilis e anti-HIV entre regiões do Brasil.

3 CONTEXTO TEÓRICO

A seguir serão apresentados alguns aspectos históricos dos assuntos abordados por este estudo.

3.1 Sífilis

A Sífilis é uma enfermidade sistêmica, exclusiva do ser humano, conhecida desde o século XV (BRASIL, 2010), de transmissão sexual e/ou vertical, ou seja, da mãe para o feto e via sanguínea. O agente transmissor da doença é o *Treponema pallidum*. Na população em geral estima-se que, anualmente, ocorram cerca de 12 milhões de casos novos de sífilis no mundo e que pelo menos meio milhão de crianças nasçam com a forma congênita da doença: Sífilis Congênita (SC) (FREITAS et al., 2013).

A SC pode acarretar abortamento, óbito fetal e morte neonatal além de a criança vir a desenvolver os sinais clínicos da Sífilis; esses sinais, na criança, podem não se manifestar por até dois anos ou se manifestar logo após o parto na forma de pneumonia, feridas no corpo, cegueira, dentes deformados, problemas ósseos, surdez ou deficiência mental.

A Sífilis tem sua evolução lenta e quando não tratada, alterna períodos sintomáticos e assintomáticos; se dividindo em três fases: Sífilis primária, Sífilis secundária e Sífilis terciária. Quanto mais cedo se inicia o tratamento mais chances há de os testes sanguíneos deixarem de serem reagentes.

Na primeira fase após a infecção, ocorre um período de incubação entre 10 e 90 dias. A lesão que primeiro surge ocorre no local da contaminação, é indolor e com secreção. Essa lesão se cura espontaneamente, e se não tratada, a Sífilis primária evolui para a fase secundária. Nesta fase, aparece como manifestação clínica o exantema (erupção) cutâneo, rico em treponemas e se apresenta na forma de máculas, pápulas ou de grandes placas eritematosas branco-acinzentadas, denominadas *condiloma lata*, que podem aparecer em regiões úmidas do corpo. Se não tratada pode ficar latente sem

sintomas aparentes ou evoluir depois de dez, vinte anos ou mais para a sífilis terciária. Esta se manifesta na forma de inflamação e destruição de tecidos e ossos. É caracterizada por formação de gomas sífilíticas, tumorações amolecidas vistas na pele e nas membranas mucosas, que também podem acometer qualquer parte do corpo, inclusive no esqueleto ósseo. As manifestações mais graves incluem a Sífilis cardiovascular e a Neurosífilis (BRASIL, 2006).

No Brasil, embora tenham sido implantados protocolos e programas para o controle da SC, o aumento do número de casos preocupa as autoridades em saúde. Os dados são observados através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) que entre 2005 e junho de 2012, registrou a notificação de 57.700 casos de sífilis em gestantes, sendo expressivo nas Regiões Sudeste e Nordeste, com 21.941 (38,0%) e 14.828 (25,7%) casos, respectivamente (BRASIL, 2012). Em Porto Alegre a incidência da Sífilis Congênita atingiu 14 casos por 1000 nascidos vivos no ano de 2011 (PORTO ALEGRE, 2013).

Esses números reforçam a importância da realização dos testes rápidos para um diagnóstico precoce e imediato. Por isso há protocolos no Brasil, normatizados pelo MS que preconizam que as gestantes ao realizarem o pré-natal devem fazer os testes para HIV e Sífilis além de outras doenças na 1ª consulta do pré-natal, no 3º trimestre da gestação e no momento do parto, independentemente de exames anteriores (BRASIL, 2014). A dificuldade encontrada é que um número expressivo de gestantes não realiza nenhuma consulta de pré-natal.

O diagnóstico da Sífilis se dá através de testes treponêmicos, que empregam o antígeno do *Treponema pallidum* e detectam anticorpos antitreponêmicos, e testes não-treponêmicos que analisam outros anticorpos não específicos da Sífilis, mas presentes na infecção. Geralmente os dois tipos de teste são realizados para a certeza absoluta do diagnóstico, pois alguns fatores podem gerar um falso-positivo, como a pessoa examinada ter câncer, lepra ou doenças autoimunes; ou falso-negativo que pode ocorrer na infecção tardia da Sífilis.

O tratamento usual da Sífilis se dá através da utilização da Penicilina cristalina em dose única (na fase primária), podendo ser utilizados outros medicamentos como a eretromicina ou doxicilina se o tratamento com Penicilina cristalina não for eficaz ou não poder ser utilizada pelo paciente. (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

3.2 HIV/ AIDS

A descoberta dos primeiros casos de Aids se deu no início da década de 80 e até hoje ainda não se sabe ao certo sua verdadeira origem. A doença logo foi considerada uma pandemia mundial devido ao aumento explosivo de novos casos. A doença foi considerada por muito tempo uma sentença de morte, pois não havia tratamento adequado que garantisse ao infectado uma sobrevida com qualidade. Inicialmente associaram-se a Aids as pessoas que fossem homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas. Houve uma distorção no entendimento do significado do termo “grupo de risco”, oriundo da epidemiologia, causando grande preconceito contra esses grupos de pessoas. Posteriormente foi descoberto que todos estavam suscetíveis a contrair o vírus HIV (causador da Aids) se tivessem “comportamentos de risco”, como o não uso de preservativos nas relações sexuais. Há de se fazer uma diferenciação entre o HIV e a Aids. O HIV é o vírus que causa a imunossupressão do sistema de defesa do organismo, já a AIDS é o vírus manifestado como doença.

Em 2012 houve 2,3 milhões casos novos de Aids no mundo, comparando com outros anos, há um declínio nos números de casos novos e de óbitos. Hoje há cerca de 35,3 milhões de pessoas convivendo com o vírus no mundo (UNAIDS, 2014). No entanto o que preocupa é o diagnóstico tardio desses casos, o que pode aumentar a possibilidade de transmissão. Há estudos que afirmam que 40% das mulheres só descobrem a sorologia positiva nas consultas de pré-natal (TEIXEIRA, 2012).

No Brasil a epidemia segue a mesma lógica mundial: muitos casos no início da epidemia e declínio nos anos atuais. No entanto, o Rio Grande do Sul se mantém no topo da lista em número de casos novos, tendo sua capital, Porto Alegre, como a cidade brasileira com maior incidência e prevalência de casos da Aids, apresentando 93,7 casos para cada 100.00 habitantes em 2012 (BRASIL, 2013). E os números podem ser maiores, pois há muitos infectados pelo vírus que desconhecem a sua condição sorológica.

Logo no início da epidemia de Aids, não havia tratamento adequado para a doença, apenas 10 anos depois do primeiro caso ser descoberto, o AZT; um medicamento inicialmente utilizado para o tratamento do câncer, começou a ser utilizado no tratamento da doença. Houve várias manifestações no mundo contra os valores absurdos cobrados pelas empresas farmacêuticas sobre o AZT e estudos para o

desenvolvimento de novas drogas começaram a surgir. Na década de 90, o Brasil passou a produzir o AZT e disponibilizar mais onze medicamentos na rede pública gratuitamente. Atualmente há 21 medicamentos gratuitos para o tratamento da pessoa infectada pelo HIV. Acredita-se que cerca 9,7 milhões de pessoas estejam em tratamento no mundo, mas apenas 34% do montante que necessita tratamento (UNAIDS, 2014). Uma das dificuldades de continuidade do tratamento são os efeitos colaterais dos medicamentos para tratamento da Aids como náuseas, inapetência e sonolência, além de outros fatores, como o tamanho das pílulas, dificuldade de ingerir os medicamentos nos horários corretos, aceitação de sua condição e apoio familiar (BRASIL, 2008).

Muitos ainda são os desafios para promover a qualidade de vida das pessoas infectadas com HIV/ Aids, mas o Brasil já evoluiu muito nesse quesito. Ainda falta melhorar a capacitação dos profissionais que atendem a população mais suscetível ao contágio criando um ambiente favorável para o atendimento dessas pessoas. Hoje, a discriminação dos infectados por HIV já não está tão presente na sociedade quanto no período de seu surgimento, porém ainda há muito estigma e preconceitos pontuais, como a questão da maternidade para mulheres infectadas com o HIV. Por isso, a conscientização da população sobre o que é a Aids e como se transmite além de campanhas de prevenção devem ser permanentes.

Atualmente, o HIV pode ser detectado de duas formas: através dos testes sorológicos laboratoriais tradicionais como o teste ELISA (o mais usado), Imunofluorescência indireta para o HIV-1, Imunoblot, Western Blot e através dos testes rápidos anti-HIV. Os quatro primeiros são caros e exigem profissionais específicos e especializados, além de necessitarem de estrutura física e alta tecnologia laboratorial que muitas vezes não está disponível para os serviços de saúde. Estes testes baseiam-se na detecção de anticorpos contra o HIV presentes ou não na amostra do paciente. Em adultos, esses anticorpos aparecem no sangue dos indivíduos infectados, em média de quatro a 12 semanas após a infecção, já em crianças até os 18 meses o teste pode não ser conclusivo, pois os possíveis anticorpos presentes no sangue podem ser da mãe e não da criança (BRASIL, 2013). A realização do teste rápido anti-HIV não demanda estrutura física cara e especializada, é de fácil transporte, o resultado é fornecido em até trinta minutos, há possibilidade de aconselhamento no recebimento do resultado o que possibilita criação de vínculo com o local de realização do teste, além de poder ser

realizado por qualquer profissional de ensino superior da área da saúde devidamente capacitado (BRASIL, 2014a).

Mas para que o usuário possa usufruir desses benefícios o teste deve estar disponível para realização a qualquer momento, sem agendamento ou falta de insumo.

3.3 Testagem Rápida

Diagnóstico correto e rápido sempre foi e será um diferencial no tratamento de qualquer patologia de origem infecciosa, um resultado rápido e confiável pode fazer a diferença na qualidade e expectativa de vida, especialmente quando há tratamento disponível.

Como estratégia para o enfrentamento do crescente número de infectados pela Sífilis e HIV, além de outras DSTs, é implementada no Brasil uma nova metodologia de diagnóstico: a testagem rápida, técnica já empregada em outros países desde a década de 90.

A testagem rápida no Brasil começou a ser utilizada inicialmente nos locais de difícil acesso, que careciam de laboratórios, o que dificultava o diagnóstico. Após, a testagem foi estendida a maternidades com objetivo de possibilitar o tratamento às mães infectadas e diminuir a transmissão vertical. Com o passar do tempo o Ministério da Saúde (MS) passou a distribuir os testes rápidos em lugares que achasse necessário, já que o mesmo é o órgão federal que normatiza a distribuição desse tipo de insumo, como também quais locais serão atendidos (BRASIL, 2011).

O teste rápido para sífilis é um teste imunocromatográfico, treponêmico, de uso único para detecção de anticorpos específicos para *Treponema pallidum*. Pode ser realizado com amostra de sangue total, soro ou plasma. Dentro da proposta de ampliação do acesso ao diagnóstico, conforme a Portaria nº 3.242, de 30 de dezembro de 2011, o teste rápido para sífilis é utilizado em situações especiais e como triagem (BRASIL, 2011).

A testagem rápida anti-HIV é uma ferramenta que substitui a testagem laboratorial para confirmação da infecção pelo HIV, visando a descentralização desse processo, normatizada pela Portaria nº 151, de 14 de outubro de 2009. Os testes rápidos são testes qualitativos, de alta especificidade e sensibilidade para a detecção de

anticorpos específicos para o HIV, e podem ser realizados com amostras de soro, plasma e sangue total, num prazo de até 30 minutos (BRASIL, 2014g). A testagem rápida possui inúmeras vantagens: é mais imediata do que os testes laboratoriais convencionais, oferecendo quase que instantaneamente o resultado, e evitando que o paciente necessite voltar em outro momento para a busca do resultado, distanciando-o dos serviços de saúde. Além disso, possibilita o atendimento imediato ao paciente, não necessita profissionais especializados em equipamentos sofisticados, oferece aconselhamento no próprio local de realização do teste.

Outra vantagem é a disponibilidade de testagem nas consultas de pré-natal, o que facilita a execução do protocolo para evitar a transmissão vertical do HIV. O diagnóstico possibilita o uso de medicamentos antirretrovirais durante o período de gravidez e no trabalho de parto, reduzindo a chance de transmissão vertical para menos de 1% (BRASIL, 2014 d).

Além de ser utilizado para testagem de usuários da atenção primária, o teste rápido também passou a se usado também em casos de acidentes biológicos, auxiliando na confirmação da necessidade de profilaxia medicamentosa emergencial ao profissional de saúde que sofre acidente com perfuro cortantes, devendo sempre informar ao usuário o objetivo e as implicações do resultado do teste e a confidencialidade do resultado (BRASIL, 2014c).

Para a correta utilização dos testes rápidos o Ministério da Saúde (MS) criou protocolos a serem seguidos durante a realização dos testes e prioriza que apenas os profissionais que foram corretamente treinados realizem a técnica. Cada teste rápido tem uma indicação específica e deve ser oferecido por livre demanda e sem territorialização; visando promover a prevenção e tratamento das DST's rapidamente e com eficácia.

3.4 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: estratégia para mudança

Desde o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, vem se buscando a melhoria da prestação de serviços à população brasileira. O SUS tem sua base em três doutrinas: a integralidade, equidade e universalidade e dez princípios

organizativos: regionalização, hierarquização, resolutividade, descentralização, controle social e complementação do setor privado. O SUS busca um novo modelo de assistência que prioriza a prevenção e promoção de saúde e não mais seguir o modelo curativo biomédico, centrado no diagnóstico e tratamento de doenças.

Nos últimos anos, muitas ações foram desenvolvidas para atender esse novo modelo, em especial a descentralização do atendimento em saúde e o incentivo a resolutividade de algumas patologias já Atenção Primária ou Atenção Básica (AB). Uma das ações para melhorar o atendimento na AB foi através de incentivos financeiros. Em 2011, o PMAQ surge como um programa em que o Governo Federal se compromete a desenvolver ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade no SUS. Esse programa avalia o atendimento dado ao usuário e as estruturas físicas e de recursos humanos das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

O PMAQ tem como objetivo avaliar a qualidade do atendimento e estruturas do SUS voltado principalmente para a AB, além de “mensurar os possíveis efeitos da política de saúde com vistas a subsidiar a tomada de decisão, garantir a transparência dos processos de gestão do SUS e dar visibilidade aos resultados alcançados, além de fortalecer o controle social e o foco do sistema de saúde nos usuários” (BRASIL, 2013).

Atualmente, são muitos os desafios para melhorar a AB, como a precariedade das estruturas físicas dos estabelecimentos de saúde, a falta de estratégias de educação permanente para os profissionais que atendem nesses locais e a alta rotatividade desses profissionais, que dificulta o vínculo do usuário com o estabelecimento de saúde, além da sobrecarga de trabalho e falta de profissionais.

Outra dificuldade presente ainda em muitos estabelecimentos de saúde são os diferentes contratos de trabalho: funcionário federal, estatutário e contrato emergencial. Em um mesmo local e exercendo a mesma função, a remuneração recebida é diferente mesmo cumprindo a mesma jornada de trabalho. Isso torna difícil gerenciar uma equipe e mobilizar a todos para continuamente melhorar o atendimento aos usuários em geral.

O PMAQ se divide em quatro fases de implementação: adesão e contratualização/recontratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização, sendo um processo cíclico e complementar.

No primeiro ciclo a adesão ocorreu por indicação dos Gestores Municipais, que através do Portal do Gestor definiu quantas unidades participariam do PMAQ podendo prever as que participaram do segundo ciclo, visando à adesão universal dos estabelecimentos da AB. Essa etapa foi obrigatória para continuidade na segunda etapa.

A primeira fase consistiu de uma pactuação entre as equipes da AB e gestores municipais e o MS. Para as equipes que participaram do primeiro ciclo, ocorreu a recontractualização que visa estabelecer parâmetros e objetivos a serem alcançados de forma mais justa, conforme a região e situação de cada equipe. Após a segunda fase ser homologada pelo MS o município passa a receber, por cada equipe contractualizada, 20% do valor integral do Componente de Qualidade do Piso da Atenção Básica Variável, um dos eixos que compõem o financiamento da saúde (BRASIL, 2013).

As equipes da AB participantes devem então efetuar alguns ajustes em seu processo de trabalho como: programar e implementar o acolhimento da demanda espontânea dos usuários, pactuar metas de melhoria no atendimento com os gestores municipais, desenvolver ações intersetoriais voltadas para o cuidado e a promoção da saúde e estar em conformidade com os princípios da AB previstos no PMAQ e na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2013).

A segunda fase do PMAQ possui quatro níveis:

- a) autoavaliação: onde através de um instrumento a própria equipe avaliará a qualidade de atendimento prestado;
- b) monitoramento: será continuamente avaliado a qualidade do atendimento comparando os resultados obtidos em cada fase;
- c) educação permanente: além de aprendizado continuado a educação permanente servirá também como ferramenta para o planejamento e criação de estratégias de enfrentamento de dificuldades do dia a dia das equipes da AB;
- d) apoio Institucional: suporte oferecido pelo MS, coordenações estaduais e gestões municipais conforme suas responsabilidades na implementação das mudanças dos processos de trabalho.

A terceira fase do PMAQ consiste na avaliação externa que é realizada pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) em parceria com Instituições de Ensino e/ou Pesquisa de todo o país. A avaliação se dá por entrevistas com profissionais das equipes participantes e com usuários para avaliar a veracidade das informações do instrumento de autoavaliação, disponibilizado no site do DAB (BRASIL, 2013). Conforme a avaliação recebida pelas equipes da AB o município poderá receber mais do que 20% do PAB variável ou manter o percentual.

A quarta fase do PMAQ é recontractualização. Ocorre depois que as equipes que atenderam as exigências iniciais do PMAQ e foram certificadas. Nessa fase, conforme o desempenho de cada equipe da AB serão estabelecidos novos indicadores e

compromissos a serem atingidos, completando o ciclo de qualidade previsto pelo programa (BRASIL,2013).

O PMAQ é uma ferramenta inovadora para a melhoria da AB e avaliação do acesso à população das diferentes tecnologias de cuidado disponíveis, entre elas os testes rápidos anti-HIV, objetos deste estudo.

4 MÉTODO

A seguir será descrita a metodologia utilizada na elaboração desse estudo.

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional de cunho ecológico que buscou verificar a disponibilidade de testes rápidos anti-HIV e Sífilis nos estabelecimentos de saúde participantes do PMAQ ano-base 2012.

Na epidemiologia, nos estudos observacionais a alocação de uma determinada exposição está fora do controle do pesquisador, pois ele observa, mas não interfere no problema.

Os estudos ecológicos, também chamados de estudos agregados (ROTHMAN; GREENLAND; LASH, 2011) são úteis para gerar hipóteses. Em um estudo ecológico, a unidade de análise são grupos de pessoas ou dados, e não há avaliação isolada do indivíduo ou dado. Esses estudos são úteis para comparações entre populações em diferentes lugares no mesmo período de tempo ou, ainda, em uma série temporal, comparando a mesma população em diferentes momentos (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÖM, 2011).

4.2 Fontes de dados

A base de dados do PMAQ, disponibilizada pelo Ministério da Saúde (MS), para fins de pesquisa acadêmica, foi utilizada como fonte de dados sobre a disponibilidade das testagens rápidas anti-HIV e Sífilis utilizadas em todo país. Os códigos para identificação dos estados e municípios foram obtidos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os códigos dos estabelecimentos de saúde foram pesquisados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sendo

selecionados a partir desses códigos os estabelecimentos de saúde que participaram desta pesquisa.

4.3 Coleta dos dados

Inicialmente foi descrito em forma de tabela o número de estabelecimentos de saúde que se enquadraram na categoria da atenção básica existentes no Brasil, apresentado as regiões do Brasil, no estado do Rio Grande do Sul e na cidade de Porto Alegre. Utilizando o programa SPPS foi selecionado o módulo de perguntas I. 13 e I. 16 do banco de dado do PMAQ ano-base 2012. Após, os estabelecimentos de saúde participantes do PMAQ foram agrupados em regiões do Brasil, separados por tipo de teste rápido e descritos através das variáveis cujas possibilidades de resposta eram: “sempre disponível, às vezes disponível, nunca disponível”. Utilizando como referencia as siglas dos estados foram selecionados os estabelecimentos alocados no estado do RS e também descritos em forma de tabela segundos as mesmas variáveis. Para conhecer as respostas fornecidas pelos estabelecimentos de saúde de Porto Alegre utilizaram-se o registro de cidades do IBGE e o CNES que possibilitou separar de todos os estabelecimentos do país apenas aqueles que pertencem ao município.

4.4 Análise dos dados

Para análise de dados foi utilizada a estatística descritiva. Os dados foram apresentados em números absolutos e percentuais em forma de tabela. Comparações entre regiões do Brasil foram conduzidas utilizando-se o teste de homogeneidade de proporções, baseado na estatística de qui-quadrado de Pearson. Foi considerado o nível de significância de 5%.

5 ASPECTOS ÉTICOS

No presente estudo as autoras trabalharam com sistemas de informação de domínio público (IBGE e CNES), que possuem informações de livre acesso.

Os dados do PMAQ constituem uma base de dados secundária de domínio privado até o momento, pois servirão para a gestão, avaliação e planejamento em saúde. Também possui finalidade acadêmica, e para tanto os dados encontram-se disponíveis com professores das Universidades que conduziram a coleta de dados do PMAQ.

A autorização do uso desses dados neste trabalho foi concedida pelo professor coordenador do PMAQ, em nossa universidade e um dos detentores dos dados do PMAQ (ANEXO A). O módulo I do PMAQ trabalhou com dados agregados dos estabelecimentos de saúde, o que não permite a identificação dos indivíduos que forneceram os dados que compõem a base de dados, portanto, a privacidade das informações está assegurada (BRASIL, 2013).

Este projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pela Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem desta universidade (ANEXO B).

6 ARTIGO

A seguir os resultados obtidos com este estudo serão apresentados sob forma de artigo, segundo as normas da revista escolhida: Revista Gaúcha de Enfermagem.

DISPONIBILIDADE DO TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS E ANTI-HIV NO BRASIL ANO-BASE: 2012

Vanessa Daniele Mizevski

Luciana Barcellos Teixeira

RESUMO

Como estratégia de enfrentamento para a Sífilis e Aids, no ano de 2011 foi implantada, nos estabelecimentos de saúde de atenção primária do Brasil, a testagem rápida. O objetivo deste estudo foi verificar a disponibilidade dos testes rápidos no Brasil, utilizando-se dados do PMAQ-2012. Trata-se de um estudo epidemiológico ecológico. Em 96,6% e 86% dos estabelecimentos, respectivamente, o teste para sífilis e anti-HIV não estavam disponíveis. Teste para sífilis sempre disponível foi encontrado com maior frequência na região centro-oeste (6,1%; $p<0,01$) e teste anti-HIV na região sudeste (30,5%; $p<0,01$). Estes achados demonstram desigualdades regionais na distribuição dos insumos e também apontam a carência destes materiais. Considerando os elevados índices de Sífilis e Aids em nosso país, acredita-se que a testagem rápida é uma estratégia de enfrentamento de extrema relevância, e portanto, é urgente a revisão da implementação desta política, para possibilitar amplo acesso à testagem na atenção primária em saúde.

Descritores: Teste rápido, HIV, Sífilis, Enfermagem.

ABSTRACT

As a strategy to deal with Syphilis and HIV-Aids, Rapid Testing was implemented in primary health care establishments in Brazil, in 2011. The aim of this study was to check the availability of rapid testing in Brazil, using data from the PMAQ-2012. It is an epidemiological and ecological study. Syphilis and HIV antibody tests were unavailable in 96.6% and 86% of health establishments, respectively. Syphilis tests permanently available were found in higher numbers in the Central-West region (6.1%; $p<0.01$), with HIV antibody tests more prominent in the Southeast (30.5%; $p<0.01$). The evidence of this study shows regional inequality in the distribution of resources and also point to a lack of these materials. Considering the high rates of Syphilis and Aids in our country, rapid testing is seen as a highly relevant strategy in dealing with these diseases within public health and, as such, an urgent review is necessary for the implementation of this policy, to ensure greater access to testing in primary health care.

Key Words: *Quick Test, HIV, Syphilis, Nursing.*

Title: *Availability of quick teste for Syphilis and HIV in Brazil base year: 2012.*

RESUMEN

Como estrategia de enfrentamiento para Sífilis y Sida, en el año de 2011 se implantó, en los establecimientos de salud de atención primaria de Brasil, el testeo rápido. El objetivo de este estudio fue verificar la disponibilidad de las pruebas rápidas en Brasil, utilizándose datos del PMAQ-2012. Se trata de un estudio epidemiológico ecológico. El 96,6% y el 86% de los establecimientos de salud, respectivamente, el test para sífilis y anti-HIV no estaban disponibles. Test para sífilis siempre disponible fue encontrado con más frecuencia en la región centro oeste (6,1%; $p<0,01$) y test anti-HIV en la región sudeste (30,5%; $p<0,01$). Los descubrimientos demuestran desigualdades regionales en la distribución de los insumos y también señalan la carencia de estos materiales. Considerando los elevados índices de Sífilis y Sida en nuestro país, se cree que el testeo rápido es una estrategia de enfrentamiento de extremada relevancia en la salud pública, y por lo tanto, es urgente la revisión de la implementación de esta política, para posibilitar amplio acceso al testeo en la atención primaria en salud.

Palabras clave: *Prueba rápida, VIH, sífilis, Enfermería*

Título: *Disponibilidade de prueba rápida para Sífilis y VHI em Brasil base-año: 2012.*

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Aids) e a Sífilis são duas doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), altamente incidentes, cujos tratamentos estão disponíveis gratuitamente no sistema público de saúde brasileiro. Essas doenças, quando não tratadas, produzem grande impacto na saúde das pessoas, podendo levá-las a morte. A testagem para ambas as DSTs está disponível no sistema público de saúde, apesar disso, muitas pessoas desconhecem sua condição sorológica, o que impede a possibilidade de tratamento e, possivelmente, aumenta a cadeia de transmissibilidade das mesmas.

Atenção especial tem sido dada ao HIV (vírus da imunodeficiência humana), pois desde o início da epidemia, o Brasil tem 656.701 mil casos notificados de AIDS⁽¹⁾, e uma estimativa de que cerca de 150 mil não sabem sua sorológica, pois nunca fizeram um teste anti-HIV⁽²⁾. No Brasil a epidemia segue a mesma lógica mundial: muitos casos no início da epidemia e declínio nos anos atuais. No entanto, o Rio Grande do Sul se mantém no topo da lista em número de casos novos, tendo sua capital, Porto Alegre, como a cidade brasileira com maior incidência e prevalência de casos da Aids, apresentando 93,7 casos para cada 100.00 habitantes em 2012⁽³⁾. E os números podem ser maiores, pois há muitos infectados pelo vírus que desconhecem a sua condição sorológica.

Em relação à Sífilis, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que no Brasil ocorram anualmente 937 mil casos novos a cada ano, dados não compatíveis com o sistema oficial de notificação do país, que registra os casos desde 1986, o que demonstra o subdiagnóstico e subnotificação^(2,4,5).

Ambos os agravos acometem um expressivo número de mulheres em idade reprodutiva. Por isso, atenção especial deve ser dada à saúde da mulher, no que concernem as orientações para realização de testagem, evitando a transmissão vertical^(6,7).

Em relação ao HIV, o diagnóstico possibilita o uso de medicamentos antirretrovirais durante o período de gravidez e no trabalho de parto, reduzindo a chance de transmissão vertical para menos de 1%^(1,2).

Estimativas da OMS revelaram uma taxa de transmissão vertical de 25% no Brasil em 2004, aproximadamente 49 mil gestantes e 12 mil nascidos vivos com Sífilis. É relevante ressaltar que a Sífilis congênita pode acarretar abortamento, óbito fetal e

morte neonatal além de a criança vir a desenvolver os sinais clínicos da Sífilis. Com a realização do diagnóstico da sífilis e o tratamento adequado da gestante, e do parceiro, durante o pré-natal, é possível eliminar a sífilis congênita, ou seja, reduzir o agravo para até 0,5 casos por mil nascidos vivos^(2,4).

Tendo em vista a magnitude e a transcendência das doenças apresentadas, como estratégia de enfrentamento para essas DSTs, no ano de 2011 começou a ser implantado nos estabelecimentos de saúde do Brasil a testagem rápida para Sífilis e anti-HIV. O objetivo é possibilitar o diagnóstico precoce e oportunizar acompanhamento e tratamento adequado. Conforme a Portaria nº 3.242, de 30 de dezembro de 2011, o teste rápido para sífilis é utilizado em situações especiais e como triagem⁽⁸⁾. No caso da testagem rápida anti-HIV, esta é uma ferramenta que substitui a testagem laboratorial para confirmação da infecção pelo HIV, normatizada pela Portaria nº 151, de 14 de outubro de 2009. Os testes rápidos são testes qualitativos, de alta especificidade e sensibilidade para a detecção de anticorpos específicos para o HIV, e podem ser realizados com amostras de soro, plasma e sangue total, num prazo de até 30 minutos⁽⁹⁾. A testagem rápida possui inúmeras vantagens: é mais imediata do que os testes laboratoriais convencionais, oferecendo quase que instantaneamente o resultado, e evitando que o paciente necessite voltar em outro momento para a busca do resultado, distanciando-o dos serviços de saúde. Além disso, possibilita o atendimento imediato ao paciente, não necessita profissionais especializados em equipamentos sofisticados, oferece aconselhamento no próprio local de realização do teste. Outra vantagem é a disponibilidade de testagem nas consultas de pré-natal, o que facilita a execução do protocolo para evitar a transmissão vertical do HIV⁽⁹⁻¹¹⁾.

Porém, ainda há muitas dificuldades no sistema público para a implementação dos testes rápidos, seja por questões de desconhecimento da população, ou questões de infraestrutura, logística ou de recursos humanos. Embora seja uma iniciativa nova, a testagem rápida conta com protocolos e documentos específicos explicando como realizar o teste; além de ser preconizado que pelo menos um profissional seja capacitado para a realização do teste em cada estabelecimento de saúde. O objetivo deste estudo é verificar a disponibilidade dos testes rápidos nos estabelecimentos de saúde no Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional de cunho ecológico que

buscou verificar a disponibilidade de testes rápidos para Sífilis e anti-HIV nos estabelecimentos de saúde participantes do PMAQ ano-base 2012.

Na epidemiologia, nos estudos observacionais a alocação de uma determinada exposição está fora do controle do pesquisador, pois ele observa, mas não interfere no problema. Os estudos ecológicos, também chamados de estudos agregados⁽¹²⁾ são úteis para gerar hipóteses. Em um estudo ecológico, a unidade de análise são grupos de pessoas ou dados, e não há avaliação isolada do indivíduo ou dado. Esses estudos são úteis para comparações entre populações em diferentes lugares no mesmo período de tempo ou, ainda, para avaliação de implementação de políticas em diferentes localidades⁽¹³⁾.

A base de dados do PMAQ, disponibilizada pelo Ministério da Saúde, para fins de pesquisa acadêmica, foi utilizada como fonte de dados sobre a disponibilidade das testagens rápidas para Sífilis e anti-HIV utilizadas em todo país. Os códigos para identificação dos estados e municípios foram obtidos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os códigos dos estabelecimentos de saúde foram pesquisados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sendo selecionados a partir desses códigos os estabelecimentos de saúde que participaram desta pesquisa.

Utilizando-se o programa SPSS foi selecionado o módulo de perguntas referente à disponibilidade de testagem rápida do banco de dados do PMAQ ano-base 2012. Após, os estabelecimentos de saúde participantes do PMAQ foram agrupados em regiões do Brasil, separados por tipo de teste rápido e descritos através das variáveis sobre disponibilidade, cujas possibilidades de resposta eram: “sempre disponível, às vezes disponível ou nunca disponível”.

Para análise de dados foi utilizada a estatística descritiva. Os dados são apresentados em números absolutos e percentuais em forma de tabela. Comparações entre regiões do Brasil foram conduzidas utilizando-se o teste de homogeneidade de proporções, baseado na estatística de qui-quadrado de Pearson. Foi considerado o nível de significância de 5%.

Em relação às fontes de informação, no presente estudo as autoras trabalharam com bases de dados secundárias de domínio público (IBGE e CNES), e com o PMAQ, que se constitui como uma base de dados secundária de domínio privado. O acesso ao PMAQ foi possível porque este estudo faz parte de uma pesquisa de maior amplitude

que avalia os dados do PMAQ, aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (número de aprovação 21904/2012).

RESULTADOS

Na avaliação de 2012 do PMAQ, 38.811 estabelecimentos de saúde no Brasil aderiram ao programa. Destes, cinco estabelecimentos não responderam as questões sobre disponibilidade de testagem rápida para sífilis e anti-HIV (dados não apresentados em tabela).

A Tabela 1 mostra que do total de estabelecimentos que responderam à questão sobre o teste rápido para Sífilis, 1.019 (2,6%) disseram sempre ter disponível, 296 (0,8%) responderam ter o teste disponível às vezes e 37.492 (96,6%) responderam nunca ter o teste disponível. Em relação à disponibilidade do teste anti-HIV, 4.963 (12,8%) disseram sempre ter disponível, 489 (1,3%) responderam ter o teste disponível às vezes e 33.355 (86%) responderam nunca ter o teste disponível.

TABELA 1 – Caracterização disponibilidade do teste rápido para Sífilis e anti-HIV no Brasil segundo dados obtidos durante adesão ao PMAQ por estabelecimentos de saúde, de forma espontânea, ano-base 2012.

Disponibilidade do Teste-rápido no estabelecimento de saúde	Sífilis N(%)*	Anti- HIV N(%)*
Sempre disponível	1.019(2,6%)	4.963(12,8%)
Às vezes disponível	296 (0,8%)	489 (1,3%)
Nunca disponível	37.492 (96,6%)	33.355(86%)
Número estabelecimentos que aderiram ao PMAQ	38.807(100%)	38.807(100%)

FONTE: a autora.

*Dados expressos em números absolutos e percentuais.

O total de estabelecimentos de saúde avaliados no PMAQ- 2012 em cada região no país foram: 6.279 na Região Sul (16,2%); 11.943 na Região Sudeste (30,8%); 2.706 na Região Centro-Oeste (7%); 3.210 na Região Norte (8,5%) e 14.674 na Região Nordeste (37,8%).

A Tabela 2 caracteriza a disponibilidade do teste rápido para Sífilis segundo as cinco regiões do país. Na Região Sul, do total de 6.279 estabelecimentos que responderam à questão, em 117 (1,9%) o teste rápido para Sífilis sempre estava

disponível, em 21 (0,3%) o teste estava disponível parcialmente e em 6141 (97,8%) nunca disponível. Na Região Sudeste, do total de 11940 estabelecimentos, em 251 (2,1%) o teste sempre estava disponível, em 79 (0,7%) estabelecimentos o teste estava parcialmente disponível e em 11.610 estabelecimentos de saúde (97,2%) o teste nunca estava disponível. Na Região Centro-Oeste, do total de 2.706 estabelecimentos de saúde, o teste encontrava-se sempre disponível em 184 estabelecimentos (6,8%), parcialmente disponível em 36 (1,3%) e nunca disponível em 2.486 (91,9%). Na Região Norte, das 3.210 unidades de saúde, 992 estava com o teste sempre disponível (2,6%), 292 às vezes disponível (0,8%) e 2.962 nunca disponível (96,6%). Na Região Nordeste, das 14.293 unidades avaliadas, 288 estava com o teste sempre disponível (2%), 90 às vezes disponível (0,6%), e 14.292 nunca disponível (97,4%). Através das comparações em termos de proporções entre as regiões, verificou-se que teste sempre disponível é mais comuns nas regiões centro-oeste e norte ($p < 0,01$).

TABELA 2 – Caracterização disponibilidade do teste rápido para Sífilis nas cinco Regiões do Brasil segundo dados obtidos durante adesão ao PMAQ por estabelecimentos de saúde de forma espontânea ano-base 2012.

	Região Sul	Região Sudeste	Região Centro-oeste	Região Norte	Região Nordeste	p
	N (%)*	N (%)*	N (%)*	N (%)*	N (%)*	
Disponibilidade do Teste-rápido para sífilis						<0,01**
Sempre disponível	117 (1,9%)	251 (2,1%)	184 (6,8%)	178 (5,5%)	282 (2%)	
Às vezes disponível	21 (0,3%)	79 (0,7%)	36 (1,3%)	70 (2,2%)	90 (0,6%)	
Nunca disponível	6.141 (97,8%)	11.610 (97,2%)	2.486 (91,9%)	2.962 (92,3%)	14.293 (97,4%)	
Total	6.279 (100%)	11.940 (100%)	2.706 (100%)	3.210 (100%)	14.672 (100%)	

FONTE: a autora.

*Dados expressos em números absolutos e percentuais.

**Teste de homogeneidade de proporções baseado na estatística de qui-quadrado de Pearson.

A Tabela 3 caracteriza a disponibilidade do teste rápido anti-HIV nas cinco Regiões do Brasil. Na Região Sul, do total de 6.279 estabelecimentos que responderam à questão, 531 (8,5%) unidades disseram ter o teste sempre disponível, 54 (0,9%) às vezes disponível e 5.694 (90,7%) nunca disponível. Na Região Sudeste, do total de

11.940 estabelecimentos, 3.638 (30,5%) disseram ter o teste sempre disponível, 276 (2,3%) às vezes disponível e 8.026 (67,2%) nunca disponível. Na Região Centro-Oeste, o teste estava sempre disponível em 168 unidades (6,2%), às vezes disponível em 11 (0,4%) unidades e nunca disponível em 2.527 estabelecimentos (93,4%), somando o total de 2.706 estabelecimentos avaliados. Na Região Norte, as observações dos testes, quanto à disponibilidade sempre, às vezes e nunca foram, respectivamente, de 174 (5,4%), 44 (1,4%) e 2.992 (93,2%) unidades, somando 3.210 estabelecimentos avaliados. Na Região Nordeste, do total de 14.672 unidades avaliadas, as disponibilidades sempre, às vezes e nunca, foi, respectivamente de 452 (3,1%), 104 (0,7%) e 14.116 (96,2%).

TABELA 3 – Caracterização disponibilidade do teste rápido anti-HIV nas cinco Regiões do Brasil segundo dados obtidos durante adesão ao PMAQ por estabelecimentos de saúde de forma espontânea ano-base 2012.

	Região Sul	Região Sudeste	Região Centro-oeste	Região Nordeste	Região Norte	p
	N (%)*	N (%)*	N (%)*	N (%)*	N (%)*	
Disponibilidade do Teste-rápido Anti-HIV						<0,01**
Sempre disponível	531 (8,5%)	3638 (30,5%)	168 (6,2%)	174 (5,4%)	452 (3,1%)	
Às vezes disponível	54 (0,9%)	276 (2,3%)	11 (0,4%)	44 (1,4%)	104 (0,7%)	
Nunca disponível	5.694 (90,7%)	8026 (67,2%)	2.527 (93,4%)	2.992 (93,2%)	14.116(96,2%)	
Total	6.279 (100%)	11.940 (100%)	2.706(100%)	3.210 (100%)	14.672 (100%)	

FONTE: a autora.

*Dados expressos em números absolutos e percentuais.

*** Teste de homogeneidade de proporções baseado na estatística de qui-quadrado de Pearson.

A Tabela 4 caracteriza a disponibilidade do teste rápido para Sífilis e anti-HIV segundo os estabelecimentos de saúde do Rio Grande do Sul. Do total de 1.572 estabelecimentos participante do PMAQ no estado, o teste para sífilis estava sempre e nunca disponível, respectivamente em 47 (3%) e 1.523 (96,9%) dos estabelecimentos. Quanto à disponibilidade do teste anti-HIV, estar sempre e nunca disponível foi encontrado, respectivamente, em 259 (16,5%) e 1.297 (82,5%) unidades.

TABELA 4 – Caracterização disponibilidade do teste rápido para Sífilis e anti-HIV no Rio Grande do Sul segundo dados obtidos durante adesão ao PMAQ por estabelecimentos de saúde de forma espontânea ano-base 2012.

	Sífilis N (%)*	Anti-HIV N (%)*
Disponibilidade do Teste-rápido		
Sempre disponível	47 (3%)	259 (16,5%)
Às vezes disponível	2 (0,1%)	16 (1,0%)
Nunca disponível	1.523 (96,9%)	1.297 (82,5%)
Total	1.572 (100%)	1.572 (100%)

FONTE: a autora.

*Dados expressos em números absolutos e percentuais.

A Tabela 5 caracteriza a disponibilidade do teste para Sífilis e anti-HIV segundo os estabelecimentos de Saúde de Porto Alegre aderentes ao PMAQ – 2012. Observa-se que teste para sífilis sempre e nunca disponível foi encontrado, respectivamente em 46 (22,3%) e 159 (77,2%) unidades, enquanto que o teste anti-HIV sempre e nunca disponível foi observado, respectivamente, em 74 (35,9%) e 126 (61,2%) das unidades avaliadas.

TABELA 5 – Caracterização disponibilidade do teste rápido para Sífilis e anti-HIV em Porto Alegre segundo dados obtidos durante adesão ao PMAQ por estabelecimentos de saúde de forma espontânea ano-base 2012.

	Sífilis N (%)*	Anti-HIV N (%)*
Disponibilidade do Teste-rápido		
Sempre disponível	46 (22,3%)	74 (35,9%)
Às vezes disponível	1 (0,5%)	6 (2,9%)
Nunca disponível	159 (77,2%)	126 (61,2%)
Total	206 (100%)	206 (100%)

FONTE: a autora.

*Dados expressos em números absolutos e percentuais.

DISCUSSÃO

Desde o seu surgimento a Aids, mais de 35 milhões pessoas morreram em virtude da doença. A epidemia exigiu novas tecnologias e planejamento em saúde^(14,15). Embora a cura da doença ainda não seja conhecida, com o surgimento de novas medicações, a expectativa e qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/Aids tem

melhorado muito nos últimos anos. A Aids continua sendo uma preocupação em saúde pública, pois embora o número de infectados tenha diminuído quando comparado com o início da epidemia, a cada ano surgem mais casos novos. A Sífilis, por sua vez, talvez não levante tanta discussão ao seu entorno por se tratar de uma doença curável, entretanto, as notificações, especialmente de sífilis congênita, demonstram que estamos falando de um problema de saúde pública de grande relevância, tendo em vista, que é totalmente prevenível⁽⁴⁾.

A testagem rápida, implantada no Brasil em 2011 e é uma importante estratégia de enfrentamento para a atual situação do HIV/AIDS e Sífilis no país. Conhecer sua condição sorológica possibilita ao indivíduo melhor qualidade de vida e mudança de comportamento, quando adere ao tratamento. O enfermeiro ocupa importante lugar nesse contexto, pois possui competência técnica para realização da testagem e habilidade para a realização de uma escuta sensível e acolhedora para a condução do aconselhamento, especialmente nos casos de sorologia positiva para o HIV⁽¹⁴⁾. Entretanto, para a realização de uma ação de saúde como esta, o planejamento e a disponibilidade de insumos e recursos humanos devem ser adequados^(15,16).

Este trabalho apresenta de forma clara a real disponibilidade da testagem rápida para Sífilis e anti-HIV no Brasil. Os dados encontrados mostram a carência da disponibilidade dos testes rápidos em todo Brasil. Embora implantados em 2011, na avaliação do PMAQ ocorrida em 2012, em 96,6% e 86% dos estabelecimentos de saúde de atenção primária, respectivamente, o teste rápido para Sífilis e o teste anti-HIV nunca estavam disponíveis. Ao comparar os dados pelas cinco regiões do país, desigualdades da disponibilidade também foram observadas. A Região Centro-Oeste foi a que apresentou maior percentual de teste para a sífilis sempre disponível (6,8%), seguida da Região Norte (5,5%). Em relação ao teste anti-HIV, estar sempre disponível foi mais frequentemente encontrado nas regiões Sudeste (30,5%) e Sul (8,5%).

Este trabalho apresenta algumas limitações. A avaliação do PMAQ aconteceu no ano seguinte à implantação da testagem rápida nas unidades de saúde, e as mesmas ainda estavam em processo de adequação à nova política. Além disso, a adesão ao PMAQ em 2012 não era obrigatória, portanto, este estudo não trabalha com a totalidade de estabelecimentos de saúde que realizam atenção primária no país. Ademais, não foi considerado o peso do percentual de unidades avaliadas em cada região sobre o total de unidades existentes, pois o trabalho não se propôs a calcular e comparar indicadores.

Trata-se de um estudo com uma base de dados secundária, oriunda do PMAQ,

com uma amostra de conveniência, pois a adesão ao PMAQ não era obrigatória. Ainda assim, ressaltamos que o presente estudo trabalhou com dados de mais de 38 mil estabelecimentos de saúde, distribuídos nas cinco regiões do país, o que se traduz em um diagnóstico próxima da realidade da situação sobre a disponibilidade de testagem para sífilis e anti-HIV. Ao considerarmos, o que alguns autores apontam, de que quando a adesão a um sistema de avaliação é voluntária, geralmente, são os estabelecimentos de saúde com melhores atributos que se submetem à avaliação, podemos ainda levantar a hipótese de que o estudo superestimou os percentuais de disponibilidade inferidos para cada região do país, pois se incluíssemos todos os estabelecimentos de saúde, os percentuais de teste nunca disponíveis poderiam ser superiores aos apresentados neste trabalho.

Na região Sul, no ano de 2013, houve cerca de 720 notificações de casos de sífilis congênita, o que significa que as mulheres não tem acesso a testagem e tratamento. A taxa de detecção da Aids foi de 30,9 para cada 100.000 habitantes⁽¹⁾. Em contrapartida, testes nunca disponíveis para sífilis e anti-HIV foram observados, respectivamente em 96,9% e 81,3% dos estabelecimentos avaliados.

Em Porto Alegre, no ano de 2013 foram registrados 427 casos de Sífilis em gestantes e 405 casos de sífilis congênita, embora o número de casos possa ser maior devido a não notificações⁽⁵⁾. No entanto, de todas as unidades participantes do PMAQ, apenas 47 (22,8%) possuíam o teste sempre ou às vezes disponível. Já no caso do teste rápido anti-HIV em Porto Alegre, capital brasileira com maior incidência de AIDS e que também apresenta elevada prevalência de HIV entre gestantes⁽¹⁶⁾, o teste encontrava-se sempre ou às vezes disponível em 80 unidades (38,8%), o que demonstra preocupação maior na disponibilidade deste insumo, pois como já citado anteriormente, trata-se de um agravo incurável. Ainda assim, consideramos esse percentual baixo, ao considerarmos que a atenção primária é a porta de entrada do usuário na rede de saúde, e, portanto, ter o teste rápido disponível na atenção primária, significa uma facilidade de acesso ao sistema de saúde para o usuário, representando uma possibilidade de diagnóstico precoce e tratamento, inclusive para as gestantes.

Ao apreciarmos a iniciativa anunciada pela UNAIDS^(17,18): “Tratamento 2015”, que tem como meta assegurar que qualquer pessoa tenha oportunidade de conhecer sua sorologia, garantir que todas as pessoas, em todos os lugares, tenham a oportunidade de conhecer seu status para o HIV e que nenhuma pessoa elegível tenha o acesso negado ao tratamento, independentemente de sua idade, localização ou status social, financeiro

ou legal, nós acreditamos que este estudo é de extrema relevância para a saúde pública, pois ele identifica problemas básicos que dificultam o acesso à testagem, como a falta de insumos, além de desigualdades regionais na disponibilidade dos insumos.

Para melhorar a efetividade da testagem rápida, enquanto estratégia de enfrentamento para a sífilis e Aids no país, é necessário um correto gerenciamento de insumos, pois os mesmos são fundamentais para um atendimento de qualidade, além de propiciar um ambiente de trabalho adequado. Uma pesquisa recente evidenciou que 5,4 % dos profissionais acredita que indisponibilidade do teste rápido e da terapia antirretroviral interfere negativamente na aplicação das recomendações do Ministério da Saúde para o enfrentamento da Aids⁽²⁾.

Recomendamos a continuidade deste estudo para avaliar a disponibilidade dos insumos nos anos seguintes. Recomendamos ainda, que novos estudos sejam conduzidos para avaliar outras questões que podem impactar no acesso da população à testagem rápida para a Sífilis e anti-HIV, como quantidade de recursos humanos treinados nas unidades básicas de saúde, e a oferta contínua da testagem durante o horário de funcionamento dos estabelecimentos de saúde, como recomenda a política nacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo fornece dados reais sobre a disponibilidade dos testes rápidos para Sífilis e anti-HIV, na atenção primária, insumos estes que são fundamentais para diagnóstico das patologias envolvidas.

Os dados apresentados neste trabalho são discutidos na perspectiva do cenário epidemiológico atual, onde no ano de 2012, foram notificados 39.185 casos de AIDS no Brasil., sendo a região Sul do país a mais afetada em relação ao número de casos novos de AIDS, e o RS o estado mais atingido. Em relação à sífilis, a Organização Mundial da Saúde estima que no Brasil ocorram anualmente 937 mil casos novos a cada ano, dados não compatíveis com o sistema oficial de notificação do país, que registra os casos desde 1986, o que demonstra o subdiagnóstico e subnotificação^(1,2,5).

Para mudar esse cenário, várias estratégias de enfrentamento foram pensadas e discutidas nacionalmente, especialmente no caso da Aids, estão entre estas estratégias a testagem rápida, que visa possibilitar ao indivíduo o diagnóstico precoce, e a possibilidade de mudança de comportamento e tratamento, visando a prevenção em

todos os níveis. Para a realização da testagem, uma série de questões precisa ser organizada em termos de gestão, e dentre elas está a disponibilidade dos insumos, que são imprescindíveis. Neste trabalho observamos a precariedade na disponibilidade dos insumos: teste rápido para Sífilis e anti-HIV em todas as regiões do país, um ano após a implantação da testagem rápida. Consideramos, portanto, este trabalho como de extrema relevância para esta e outras políticas públicas, pois ele demonstra que no planejamento das ações de saúde, as questões referentes ao fornecimento de insumos precisam ser melhor discutidas e planejadas, para que o insumo principal (no caso aqui os testes), não faltem nos estabelecimento de saúde do país, pois isto demonstra a preocupação com a qualidade do acesso e efetivação de uma política pública adequada às necessidades que o cenário epidemiológico aponta.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). **Aids no Brasil**. 2012. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2010/36364/aids_no_brasil_2012_17137.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2014.
2. Ministério da Saúde (BR). Departamento de DST. **Dados e pesquisa**. 2014. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/dados-e-pesquisas>>. Acesso em 29 nov 2014.
3. Ministério da Saúde (BR). **Boletim Epidemiológico - Aids e DST Ano II - nº 1 - até semana epidemiológica 26ª**. Brasília, DF, 2013. p:67.
4. Ministério da Saúde (BR). **Boletim Epidemiológico - Sífilis**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/publicacoes/Boletim_epidem_sifilis_2012.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2014.
5. Ministério da Saúde (BR). DATASUS. **Sistema de notificação de agravos de notificação SINAN**. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/tabnet?sinannet/sifigest/bases/sifilisgestan-tebrnet.def>>. Acesso 06 nov. 2014.
6. Teixeira LB et al. Sexual and reproductive health of women living with HIV in Southern Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(3):609-620, mar, 2013.
7. Teixeira LB. **Saúde sexual e reprodutiva de mulheres vivendo com HIV/AIDS no sul do Brasil**. 2012. 247 f. Tese (Doutorado) - Curso de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.
8. Ministério da Saúde (BR). **Portaria nº 3.242, de 30 de dezembro de 2011**. Brasília: Diário Oficial da União, Nº 1 de 02 de janeiro de 2012 – seção 1 págs. 50 a 52.

Disponível em:

http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2010/233/portaria_3242_12_pdf_28838.pdf . Acesso em: 14 nov. 2014.

9. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 151, de 14 de outubro de 2009. **Portaria N° 151, de 14 de Outubro de 2009**. Brasília: Diário Oficial da União, de 16 de outubro de 2009. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0151_14_10_2009.html>.

Acesso em: 14 nov. 2014. Acesso em: 14 nov. 2014.

10. Ministério da Saúde (BR). **Testagem para HIV**. Disponível em:

<<http://www.aids.gov.br/pagina/testagem-para-hiv>>. Acesso em: 11 jun. 2014.

11. Ministério da Saúde (BR). **Testes rápidos**: Considerações gerais para seu uso com ênfase na indicação de terapia antirretroviral em situações de emergência. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/61testes_rapidos.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2014.

12. Rothman KJ, Greenland S, Lash TL. **Epidemiologia Moderna**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 887p.

13. Bonita R, Beaglehole R, Kjellström T. **Epidemiologia básica**. 2.ed. São Paulo: Santos Editora, 2010. 232 p.

14. UNAIDS. **AIDS em números**. Disponível em:

<[http://www.unaids.org.br/documentos/Aids by the numbersPORT.pdf](http://www.unaids.org.br/documentos/Aids%20by%20the%20numbersPORT.pdf)>. Acesso em: 30 abr. 2014.

15. UNAIDS. **A ONU e a resposta à AIDS no Brasil**. Disponível em:

<[http://www.unaids.org.br/documentos/A ONU e a resposta - PORTUGUÊS.pdf](http://www.unaids.org.br/documentos/A%20ONU%20e%20a%20resposta%20-%20PORTUGU%C3%89S.pdf)>.

Acesso em: 05 nov. 2014.

16. Barroso L, et al. Adesão ao tratamento com antirretrovirais entre pacientes com Aids. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 5, n. 2 (2006).

17. Kurcgant P, Ciampone MHT, Melleiro MM. O planejamento nas organizações de saúde: análise da visão sistêmica. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre (RS) 2006 set;27(3):351-5.

18. Farias JPQ et al. Prevenção da transmissão vertical do HIV: atitude dos obstetras em Salvador, Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Salvador, v. 3, n. 30, p.135-141, 29 fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032008000300006&script=sci_arttext>. Acesso em: 06 nov. 2014.

REFERÊNCIAS

AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 81, p.111-26, mar. 2006.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v81n2/v81n02a02.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2014.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, T. **Epidemiologia básica**. 2.ed. São Paulo: Santos Editora, 2010. 232 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aids no Brasil**. 2012. Disponível em:

<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2010/36364/aids_no_brasil_2012_17137.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2014.

_____. **A ONU e a resposta à AIDS no Brasil**. Disponível em:

<[http://www.unaids.org.br/documentos/A ONU e a resposta - PORTUGUÊS.pdf](http://www.unaids.org.br/documentos/A%20ONU%20e%20a%20resposta%20-%20PORTUGU%C3%89S.pdf)>. Acesso em: 05 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST Ano II - nº 1 - até semana epidemiológica 26ª**. Brasília, DF, 2013. p:67.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico - Sífilis**. Brasília, 2012.

Disponível em: <http://www.dst.uff.br/publicacoes/Boletim_epidem_sifilis_2012.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos da atenção básica: HIV/Aids, hepatites e outras DST**. 18. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:

<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abca18.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST. **Dados e pesquisa**. 2014.

Disponível em:< <http://www.aids.gov.br/pagina/dados-e-pesquisas>. Acesso em 29 nov 2014.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST. **História da Aids**. 2001.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_adexao_tratamento_hiv.pdf. Acesso em: 14 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de vigilância em saúde. **Manual de adesão para pessoas vivendo com HIV e AIDS**. Brasília, 133 p., 2008. Disponível em:

<<http://www.aids.gov.br/pagina/historia-da-aids>>. Acesso em: 13 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo:** Programa Nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica(PMAQ). Brasília, 2013.

_____. **Portaria Nº 151, de 14 de Outubro de 2009.** Brasília: Diário Oficial da União, de 16 de outubro de 2009. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0151_14_10_2009.html>.
Acesso em: 14 nov. 2014.

_____. **Portaria nº 3.242, de 30 de dezembro de 2011.** Brasília: Diário Oficial da União, Nº 1 de 02 de janeiro de 2012 – seção 1 págs. 50 a 52. Disponível em:
http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2010/233/portaria_3242_12_pdf_28838.pdf . Acesso em: 14 nov. 2014.

_____, Ministério da Saúde. **Sistema de notificação de agravos de notificação SINAN.** Disponível em:
<<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/tabnet?sinannet/sifigest/bases/sifilisgestan-tebrnet.def>>. Acesso em: 06 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Testagem para HIV.** Disponível em:
<<http://www.aids.gov.br/pagina/testagem-para-hiv>>. Acesso em: 11 jun. 2014

_____. Ministério da Saúde. **Testes rápidos:** Considerações gerais para seu uso com ênfase na indicação de terapia antirretroviral em situações de emergência. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/61testes_rapidos.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2014.

FARIAS, J. P. Q. et al. Prevenção da transmissão vertical do HIV: atitude dos obstetras em Salvador, Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Salvador, v. 3, n. 30, p.135-141, 29 fev. 2008. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032008000300006&script=sci_arttext>.
Acesso em: 06 nov. 2014.

FREITAS, N. A. et al. Percepção das mães sobre sífilis congênita no contexto da atenção básica. **Paraninfo Digital**, Granada, n. 19, 2013. Disponível em:
<<http://www.index-f.com/para/n19/256d.php>>. Acesso em: 13 jun. 2014.

MACHADO, D. K. S.; CAMATTA, M. W. Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a saúde mental e a atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 21, p.224-232, jun, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414462X2013000200018&script=sci_arttext>. Acesso em: 30 abr. 2014.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2008. 887p.

PORTO ALEGRE. Prefeitura de Porto Alegre. **Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017**. 2013. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/plano_municipal_de_sau_de_2014_2017.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2014.

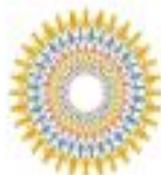
ROTHMAN, K.J.; GREENLAND, S.; LASH, T.L. **Epidemiologia Moderna**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 887p.

TEIXEIRA, L. B. et al. Sexual and reproductive health of women living with HIV in Southern Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(3):609-620, mar, 2013.

TEIXEIRA, L. B. **Saúde sexual e reprodutiva de mulheres vivendo com HIV/AIDS no sul do Brasil**. 2012. 247 f. Tese (Doutorado) - Curso de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

UNAIDS. **AIDS em números**. Disponível em: <[http://www.unaids.org.br/documentos/Aids by the numbersPORT.pdf](http://www.unaids.org.br/documentos/Aids%20by%20the%20numbersPORT.pdf)>. Acesso em: 30 abr. 2014.

ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DE USO DOS DADOS DO PMAQ



Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Escola de Enfermagem
Curso Bacharelado em Saúde Coletiva

Porto Alegre, 15 de abril de 2014.

AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS

Na qualidade de coordenador da pesquisa Avaliação da atenção básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários (Nº aprovação CEP UFRGS 21904), que utiliza os dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) do qual também sou coordenador, AUTORIZO a aluna Vanessa Daniele Mizevski (nº UFRGS 184147) e a Professora Luciana Barcellos Teixeira (nº UFRGS 83579) a utilizarem os dados necessários para a execução do projeto de TCC, da Graduação em Enfermagem da UFRGS, intitulado "DISPONIBILIDADE DO TESTE RÁPIDO PARA HIV E SÍFILIS NO BRASIL: ANO-BASE 2012".

Atenciosamente,

Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla

Professor do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva

Escola de Enfermagem, Rua São Manoel, 963, Bairro Santa Cecília, Porto Alegre/RS, CEP 90.620-110.

ANEXO B– APROVAÇÃO DA COMPESQ- EENF

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Luciana Barcellos Teixeira

Dados Gerais:

Projeto Nº:	27913	Título:	DISPONIBILIDADE DO TESTE RÁPIDO PARA HIV E SIFILIS NO BRASIL: ANO-BASE 2012
Área de conhecimento:	Saúde Coletiva	Início:	15/09/2014
		Previsão de conclusão:	30/12/2014
Situação:	Projeto em Andamento		
	Não possui projeto pai		Não possui subprojetos
Origem:	Escola de Enfermagem Departamento de Assistência e Orientação Profissional	Projeto Isolado com linha temática:	Política, Sistemas e Análise de Situação de Saúde
Local de Realização:	não informado	Projeto sem finalidade adicional	Projeto envolve aspectos éticos da categoria: Projeto em seres humanos
Não apresenta relação com Patrimônio Genético ou Conhecimento Tradicional Associado.			
Palavras Chave:			
TESTE RÁPIDO ANTI-HIV, TESTE RÁPIDO PARA SIFILIS			
Equipe UFRGS:			
Nome: LUCIANA BARCELLOS TEIXEIRA			
Coordenador - Início: 15/09/2014 Previsão de término: 30/12/2014			
Nome: VANESSA DANIELE MIZEVSKI			
Técnico: Assistente de Pesquisa - Início: 15/09/2014 Previsão de término: 30/12/2014			
Avaliações:			
Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 12/09/2014			

ANEXO C- COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA UFRGS CARTA DE APROVAÇÃO



UFRGS
UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs



CARTA DE APROVAÇÃO

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs analisou o projeto:

Número: 21904

Título: Avaliação da atenção básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários

Pesquisadores:

Equipe UFRGS:

ALCINDO ANTONIO FERLA - coordenador desde 01/12/2011
MARTA JULIA MARQUES LOPES - pesquisador desde 01/12/2011
FERNANDO NEVES HUGO - pesquisador desde 01/12/2011
TATIANA ENGEL GERHARDT - pesquisador desde 01/12/2011
CRISTINE MARIA WARMLING - pesquisador desde 01/12/2011
ALVARO KNIESTEDT - pesquisador desde 01/12/2011
ROBERTA ALVARENGA REIS - pesquisador desde 01/12/2011
MIRIAM THAIS GUTERRES DIAS - pesquisador desde 01/12/2011
LEANDRO BARBOSA DE PINHO - pesquisador desde 01/12/2011
Ana Lucília da Silva Marques - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
RAFAEL DALL'ALBA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
Mayna Yaçanã Borges de Ávila - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
MARIA LUIZA FERREIRA DE BARBA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
IRANI JESUS BORGES DA SILVA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
RAÍSSA BARBIERI BALLEJO CANTO - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
REGINA PEDROSO - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011

Equipe Externa:

Mariana Bertol Leal - pesquisador desde 01/12/2011
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - pesquisador desde 01/12/2011
Adriane Pires Batiston - pesquisador desde 01/12/2011
Vera Lúcia Kodjaoglanian - pesquisador desde 01/12/2011
Mara Lisiane de Moraes dos Santos - pesquisador desde 01/12/2011
Regina Fatima Feio Barroso - pesquisador desde 01/12/2011
Fernando Pierette Ferrari - pesquisador desde 01/12/2011
Alexandre de Souza Ramos - pesquisador desde 01/12/2011
Allan Nuno Alves de Sousa - pesquisador desde 01/12/2011
Luiz Augusto Facchini - coordenador desde 01/12/2011
Eduardo Alves Melo - pesquisador desde 01/12/2011

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs aprovou o mesmo , em reunião realizada em 01/03/2012 - Sala 01 de Reuniões do Gabinete do Reitor, 6º andar do prédio da Reitoria , por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, Terça-Feira, 13 de Março de 2012


JOSE ARTUR BOGO CHIES

ANEXO D– NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGO NA REVISTA ESCOLHIDA



Diretrizes para Autores

DIRETRIZES

Orientações para os autores

1 Apresentação

A Revista Gaúcha de Enfermagem (RGE) foi criada em 1976, pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com o objetivo de proporcionar aos enfermeiros do sul do país um veículo para divulgação de seus trabalhos. Quarta publicação no país e primeira da área no estado do Rio Grande do Sul, a RGE surgiu após a Revista Brasileira de Enfermagem, Enfermagem em Novas Dimensões (não mais em circulação) e Revista da Escola de Enfermagem da USP.

Está indexada no MEDLINE (desde 1986) e na base SCOPUS. Na área de Enfermagem, vem sendo classificada desde 2009 no estrato B1 do Qualis Periódicos, sistema criado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

A publicação também em meio eletrônico teve início em maio de 2008, com o uso da plataforma SEER (Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas). Encontram-se disponibilizados *online* os resumos dos artigos publicados desde 1983 e textos completos desde 1998.

Inicialmente, sua periodicidade era semestral, passou para quadrimestral em 2003 e para trimestral em 2006 (março, junho, setembro e dezembro).

A abreviatura de seu título é Rev Gaúcha Enferm, que deve ser utilizada em bibliografias, notas de rodapé, referências e notas bibliográficas.

Fontes de indexação

Bases Internacionais

CINAHL (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature)
CUIDEN (Base de datos de Enfermería en español: <http://www.index-f.com>)
International Nursing Index
Index Medicus Latino-Americano, nas Bases de Dados Medline

LILACS: <http://www.bireme.br>

LAPTOC (Latin American Periodicals Tables of Contents):
<http://lanic.utexas.edu/project/arl>

LatIndex (Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal):
www.latindex.unam.mx/NUEVOLAT/busquedas/indicetema.html

SCOPUS: <http://www.scopus.com>

Bases Nacionais

BDENF (da BIREME): <http://www.bireme.br>

SciELO – Scientific Electronic Library Online
(<http://www.scielo.br/rgenf>)

Participação em catálogos coletivos:

CCN (Catálogo Coletivo Nacional de Publicações Periódicas, do
IBICT: <http://www.ibict.br/ccn/aceso.htm>

SeCS (Seriados em Ciências da Saúde, da BIREME):
<http://www.bireme.br/bvs/P/pvd.htm>

Publicação

Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem.

Missão

Contribuir para a divulgação do conhecimento na área da saúde, publicando a produção científica de interesse para a Enfermagem.

Opiniões e conceitos emitidos nos manuscritos são de exclusiva responsabilidade dos autores, não refletindo necessariamente a posição da Comissão Editorial da RGE.

2 Processo de avaliação

A Revista Gaúcha de Enfermagem adota o sistema de avaliação por pares (*peer-review*) sigilosos, omitindo os nomes dos autores e consultores, para avaliação do conteúdo e adequação técnico-científica do manuscrito. No entanto, a decisão final quanto à publicação pertence à Comissão Editorial. No caso dos manuscritos aceitos para publicação, os direitos autorais são transferidos para a Revista Gaúcha de Enfermagem.

A Comissão Editorial (CED) é formada por nove docentes da Escola de Enfermagem da UFRGS, sendo um Editor-Chefe, um Editor-assistente e seis Editores de Área, e é auxiliada por um servidor técnico-administrativo e dois alunos bolsistas. Para a avaliação dos manuscritos, a Revista conta com a colaboração de consultores de instituições nacionais e internacionais.

A Revista apoia os princípios da Declaração de Helsinque, e espera que os autores dos manuscritos submetidos tenham obtido aprovação ética e seguido as exigências legais para pesquisas com seres humanos, incluindo o consentimento informado, de acordo com procedimentos de sua instituição e de seu país. Em conformidade com a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil, as pesquisas que envolvem seres humanos devem ser aprovadas por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

A Revista apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas.

A Revista recomenda enfaticamente a não fragmentação de relatórios de uma mesma pesquisa em múltiplos manuscritos.

Artigos que apresentarem semelhanças com outros já publicados não serão aceitos.

2.1 Pré-avaliação

O manuscrito, após submissão à RGE via *online*, passa por um processo de pré-avaliação pelo Editor Assistente, que avalia o atendimento às normas de publicação, relevância do artigo, bem como aspectos básicos do método e redação científica. Nesta etapa, o artigo poderá ser recusado pelo Editor Assistente, ao qual se reserva o direito de não emitir parecer consubstanciado sobre o mesmo. Caso atenda os pré-requisitos, o manuscrito é encaminhado ao Editor de Área, especialista na temática do texto.

2.2 Encaminhamento e monitoramento da avaliação

O Editor de Área seleciona dois consultores *ad hoc*, especialistas na temática do artigo em avaliação, e encaminha o manuscrito para sua avaliação por meio de formulário específico. Cabe, ainda, ao Editor de Área o monitoramento do processo de revisão e encaminhamento dos pareceres.

2.3 Avaliações pelos consultores

A identidade do(s) autor (es) e da sua instituição de origem são mantidas em sigilo para os dois consultores *ad hoc* bem como vice-versa. A avaliação dos consultores se dá de forma independente.

Os artigos que cumprem as normas da Revista são avaliados pelos consultores no que se refere ao mérito, originalidade, pertinência de seu conteúdo, qualidade acadêmica, conveniência de publicação e relevância para a Enfermagem e áreas afins.

Os pareceres dos consultores são apreciados pelo Editor de Área, que encaminha aos autores quando os pareceres sugerem reformulações, ou à CED, quando os pareceres sugerem recusa do manuscrito.

2.4 Reformulações do manuscrito pelos autores

O manuscrito, com as primeiras reformulações solicitadas pelos consultores *ad hoc*, deve retornar ao Editor de Área por e-mail no prazo máximo de sete (7) dias consecutivos. Fora desse prazo será considerada nova submissão. O Editor de Área encaminhará o manuscrito reformulado para avaliação da CED.

2.5 Avaliação da CED

A CED, com base nos pareceres dos consultores *ad hoc*, avaliará o manuscrito e decidirá pelo aceite, encaminhamento aos autores para novas reformulações ou pela recusa de publicação. A CED é o fórum que decide pela publicação ou não do manuscrito. Os manuscritos serão, portanto, aceitos, reformulados ou recusados. Em qualquer uma das possibilidades o autor é comunicado.

2.6 Parecer biblioteconômico

O manuscrito aprovado pela CED para publicação é encaminhado para Parecer Biblioteconômico. Nesta etapa, o manuscrito ainda poderá ser encaminhado aos autores com fins de reformulações no que tange a adequações às normas da RGE.

2.7 Cartas de aceite/tradução/editoração

Juntamente com a carta de aceite da publicação, solicitar-se-á ao(s) autor (es) a tradução do manuscrito para o idioma inglês, o que deverá ser feito por uma das empresas indicadas pela RGE. Após este processo, o manuscrito será encaminhado para editoração (diagramação e publicação).

2.8 Definição da publicação

A CED definirá o volume e o número da RGE em que o artigo será publicado e comunicará ao(s) autor (es).

A prova tipográfica será realizada pelo Editor Chefe.

2.9 Publicação online

Após a diagramação, será divulgada a versão *online* em PDF do volume/número da RGE em que o artigo será publicado. O autor, identificando a necessidade de solicitar uma errata, deverá enviá-la à Revista no prazo máximo de 30 dias após a publicação do artigo, e ficará a critério da Revista a decisão sobre sua relevância e possível distribuição.

Os autores podem acompanhar o processo de avaliação do seu manuscrito pelo sistema SEER. As decisões são comunicadas aos autores por e-mail.

3 Instruções para os autores

ORIENTAÇÕES GERAIS

Os artigos para publicação devem ser enviados exclusivamente à Revista Gaúcha de Enfermagem, sendo permitida sua reprodução em outras publicações mediante autorização do Conselho Editorial, devendo, neste caso, constar a citação da publicação original.

Na Revista podem ser publicados artigos escritos por outros especialistas, desde que o tema seja de interesse para a área de Enfermagem.

Para submeter o manuscrito não é preciso ser assinante da Revista. Contudo, deverá ser efetuado pagamento das taxas: de submissão (no momento da submissão do artigo; esta taxa não será ressarcida aos autores diante do arquivamento ou recusa do manuscrito); de publicação (no momento do aceite do manuscrito para publicação).

Ao ser designado para publicação, o manuscrito deverá ser transcrito para a versão em idioma inglês, cuja taxa de serviços deverá ser acordada com a empresa tradutora recomendada pela RGE.

Os manuscritos poderão ser encaminhados em português, espanhol ou inglês.

A submissão dos artigos deverá ser feita *online* pelo site:
<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem>

No momento da submissão, o nome completo de cada autor, instituição de origem, país, *e-mail* e resumo da biografia (afiliação completa e credenciais) devem ser informados apenas nos metadados. Os agradecimentos por ajuda financeira, assistência técnica e outros auxílios para a execução do trabalho também não deverão ser mencionados no momento da submissão. Quando do aceite do trabalho, os autores serão orientados sobre a forma de proceder para realizar a inserção dessas informações.

Os autores dos trabalhos encaminhados para avaliação deverão enviar uma Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais, elaborada conforme modelo da Revista ("Sobre" > "Políticas" > "Modelo de Declaração de Responsabilidade"), assinada por todos os autores, e encaminhá-la como documento suplementar junto com o artigo.

Nos manuscritos resultantes de estudos que envolvem seres humanos, os autores deverão indicar os procedimentos adotados para atender o que determina a Resolução Nº466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, bem como o número do protocolo de aprovação do projeto de pesquisa no corpo do texto. Uma cópia do protocolo deverá ser encaminhada à RGE como documento complementar.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores tenham interesses que, mesmo não sendo completamente aparentes, possam influenciar seus julgamentos sobre o que é publicado. O conflito de interesses pode ser de ordem pessoal, comercial, político, acadêmico ou financeiro. Quando os autores submetem um manuscrito, seja um artigo ou carta, são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros e outros que possam influenciar o conteúdo do trabalho submetido à Revista.

APRESENTAÇÕES DOS ORIGINAIS

A redação deve ser clara e concisa, com a exposição precisa dos objetivos. A argumentação deve estar fundamentada em evidências bem justificadas.

Para o preparo do manuscrito, recomenda-se a busca e citação de artigos pertinentes ao tema e previamente publicados na literatura científica nacional e internacional, facilitando a contextualização, coerência e continuidade para os leitores.

A Revista não assume a responsabilidade por equívocos gramaticais, e se dá, portanto, o direito de decidir quanto a alterações e correções.

Os trabalhos devem ser encaminhados em *Word for Windows*, fonte *Times New Roman 12*, espaçamento duplo (inclusive os resumos), com todas as páginas numeradas, configurados em papel A4 e com as quatro margens de 2,5 cm. Quando os artigos forem redigidos em português, devem respeitar o Acordo Ortográfico de 1990, promulgado em 29 de dezembro de 2008.

Os títulos das seções textuais devem ser destacados gradativamente, sem numeração. O título do artigo e o resumo devem ser em caixa-alta e em negrito (ex.: **TÍTULO**; **RESUMO**); *resumen* e *abstract*, em caixa-alta, negrito e itálico

(ex.: RESUMEN; ABSTRACT); seção primária, em caixa-alta e negrito (ex.:INTRODUÇÃO); e seção secundária, em caixa-baixa e negrito (ex.: Histórico). Evitar o uso de marcadores ao longo do texto (ex.: -, *, etc.] e alíneas [a), b), c)...).

A extensão dos artigos originais e revisões sistemáticas deve ser de no máximo 20 laudas, enquanto as reflexões teóricas devem ter, no máximo, 10 laudas.

A Revista publica artigos nas seguintes seções:

Editorial: de responsabilidade da Comissão Editorial (CED) da Revista, que poderá convidar autoridades para redigi-lo. O editorial deverá obedecer ao limite de 500 palavras;

Artigos originais: são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita. Devem obedecer à seguinte estrutura: a introdução deve apresentar a questão norteadora, justificativa, revisão da literatura (pertinente e relevante) e objetivos coerentes com a proposta do estudo. Os métodos empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa. Os resultados devem ser descritos em sequência lógica. Quando apresentar tabelas e ilustrações, o texto deve complementar e não repetir o que está descrito nestas. A discussão, que pode ser redigida junto com os resultados, deve conter comparação dos resultados com a literatura e a interpretação dos autores. As conclusões ou considerações finais devem destacar os achados mais importantes, comentar as limitações e implicações para novas pesquisas. Devem obedecer ao limite de 4.500 palavras no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e 20 referências no máximo);

Artigos de revisão sistemática: são contribuições cujo método de pesquisa é conduzido por meio da síntese de resultados de estudos originais quantitativos que tem por objetivo responder a uma questão específica e de relevância para a enfermagem ou para a saúde. Deverão ser descritos detalhadamente os procedimentos metodológicos no que se refere à busca dos estudos originais, os critérios de inclusão e exclusão utilizados, por meio dos testes preliminares e de relevância, segundo o referencial teórico metodológico adotado. A revisão sistemática poderá se caracterizar em meta-análise e ou metassíntese dependendo do tipo de abordagem metodológica do manuscrito e da compreensão do estudo. Deve obedecer ao limite de 5.000 palavras no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e não possui limite de referências);

Artigos de reflexão: formulações discursivas de efeito teorizante com fundamentação teórica filosófica sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo ou potencialmente investigativo. Devem obedecer ao limite de 2.500 palavras no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e 15 referências no máximo);

Os manuscritos devem conter:

Título: que identifique o conteúdo, em até 15 palavras;

Resumo: deve ser elaborado conforme a ABNT (NBR 6028/2003 – *Resumo: apresentação*). Em até 150 palavras, elaborado em parágrafo único, sem subtítulo, acompanhado de sua versão para o inglês (*Abstract*) e para o espanhol (*Resumen*). O primeiro resumo deve ser no idioma do trabalho. Os artigos originais devem apresentar um resumo contendo: objetivos, método (tipo do estudo, amostra, período e local da pesquisa), resultados e conclusões. No caso de artigos de reflexão teórica, a descrição da metodologia poderá ser suprimida.

Descritores: de 3 a 6, que permitam identificar o assunto do trabalho, em português (*Descritores*), espanhol (*Descriptoros*) e inglês (*Descriptors*), conforme os "Descritores em Ciências da Saúde" (<http://decs.bvs.br>), podendo a Revista modificá-los se necessário. **Título em outros idiomas:** apresentá-lo nas versões para o espanhol (*Título*) e inglês (*Title*) logo após os descritores do respectivo idioma.

Introdução: deve apresentar o problema de pesquisa, a justificativa, a revisão da literatura (pertinente e relevante) e os objetivos coerentes com a proposta do estudo.

Metodologia: deve apresentar o método empregado: tipo de estudo; referencial teórico do estudo e o utilizado para análise dos dados, inclusive os testes estatísticos quando apropriado; critérios de inclusão e exclusão de participantes; período do estudo; local do estudo; considerações éticas (nº de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa); uso de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou Termo de Consentimento para Uso de Dados, quando apropriado.

Resultados: devem ser descritos em sequência lógica. Quando forem apresentados em tabelas e ilustrações, o texto deve complementar e não repetir o que está descrito nestas. Os

resultados deverão ser apresentados separados da discussão quando se tratar de artigos originais resultantes de estudos com abordagens quantitativas.

Discussão: deve conter a comparação dos resultados com a literatura e a interpretação dos autores. Deve ser redigida junto com os resultados nos estudos qualitativos.

Conclusões ou Considerações Finais: devem destacar os achados mais importantes, comentar as limitações e as implicações para novas pesquisas e para o corpo de conhecimento na Enfermagem/Saúde.

Referências: devem ser apresentadas no máximo 20 referências para os artigos originais e 15 para as reflexões. Não há limite máximo para as revisões sistemáticas. Devem ser atualizadas (últimos cinco anos), sendo aceitáveis fora desse período no caso de constituírem referencial fundamental para o estudo. No caso de teses e dissertações, recomenda-se que sejam utilizados preferencialmente os artigos oriundos das mesmas.

Devem ser digitadas em espaço simples e separadas por um espaço simples. Utiliza-se nessa seção "Referências" e não "Referências bibliográficas". A lista de referências deve ser composta por todas as obras citadas, numeradas de acordo com sua ocorrência no corpo do texto. Deve-se utilizar o estilo de referências *Vancouver*, do *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)*, atualizado em 2013, disponível em: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html, e adaptado pela RGE (ver exemplos de referências). Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o NLM Catalog: Journals referenced in the NCBI Databases, disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals> e, para os periódicos que não se encontram nessa listagem, poderão ser utilizadas como referência as abreviaturas do Catálogo Coletivo

Nacional de Publicações Seriadas do IBICT - CCN, disponível em: <http://ccn.ibict.br/busca.jsf>.

Citações: devem ser apresentadas no texto de acordo com o sistema numérico, com os números correspondentes entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre a palavra e o número da citação. Não deve ser mencionado o nome dos autores, excluindo-se expressões como: "segundo...", "de acordo com...". Quando se tratar de citação sequencial, devem-se separar os números por hífen e, quando intercaladas, devem ser separadas por vírgula. Em caso de transcrição de palavras, frases ou parágrafos com palavras do autor (citação direta), devem-se utilizar aspas iniciais e finais na sequência do texto. Recomenda-se a utilização criteriosa desse recurso (ABNT 10520/2002).

Exemplos:

Pesquisas apontam que...(1-4).

Alguns autores acreditam que...(1,4-5).

"[...] e nos anos seguintes o mesmo se repetiu"(7).

Os manuscritos podem ainda conter:

Depoimentos: são frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos da pesquisa. Não utilizar aspas, e observar a seguinte estrutura: recuo do parágrafo (1,25 cm), fonte tamanho 11, em itálico, espaçamento simples, com sua identificação entre parênteses, codificada a critério do autor e separadas entre si por um espaço simples. Supressões devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes "[...]", e as intervenções dos autores ao que foi dito pelos participantes do estudo devem ser apresentadas entre colchetes.

Ilustrações: poderão ser incluídas até cinco (gráficos, quadros e tabelas), em preto e branco, conforme as especificações a seguir:

♣ **Gráficos e quadros:** devem ser apresentados conforme ABNT (NBR 6022/2003 – Informação e documentação – Artigo em publicação periódica científica impressa – Apresentação);

♣ **Tabelas:** devem ser apresentadas conforme IBGE – Normas de Apresentação Tabular, disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20-%20RJ/normastabular.pdf>;

♣ **Demais ilustrações:** apresentadas conforme ABNT (NBR 6022/2003 – Informação e documentação – Artigo em publicação periódica científica impressa – Apresentação).

Símbolos, abreviaturas e siglas: conforme ABNT (NBR 6022/2003 – Informação e documentação – Artigo em publicação periódica científica impressa – Apresentação).

Utilizar **negrito** para destaque e **itálico** para palavras estrangeiras.

Deve ser evitada a apresentação de apêndices (elaborados pelos autores) e anexos (apenas incluídos, sem intervenção dos autores).

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

Artigos de periódicos

1. *Artigo padrão*

♣ Até seis (6) autores, indicar todos; sete (7) autores ou mais, indicar os 6 primeiros e acrescentar et al.

Araújo VE, Witt RR. O ensino de enfermagem como espaço para o desenvolvimento de tecnologias de educação em saúde. *Rev Gaúcha Enferm.* 2006;27(1):117-23.

Griffiths C, Kaur G, Gantley M, Feder G, Hillier S, Goddard J, et al. Influences on hospital admission for asthma in south Asian and white adults: qualitative interview study. *BMJ.* 2001 Dec;323(7319):962-6.

2. *Instituição como autor*

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension.* 2002;40(5):679-86.

3. *Sem indicação de autoria*

Signal-averaged electrocardiography. *J Am Coll Cardiol.* 1996;27(1):238-49.

4. *Volume com suplemento*

Wiltfang J, Lewczuk P, Riederer P, Grünblatt E, Hock C, Scheltens P, et al. Trabalho de consenso de força-tarefa da WFSBP# sobre marcadores biológicos das demências: Contribuição da análise do LCR e do sangue para o diagnóstico precoce e diferencial das demências. *Rev Psiquiatr Clin.* 2009;36 Supl. 1:1-16. Hofman M, Ryan JL, Figueroa-Moseley CD, Jean-Pierre P, Morrow GR. Cancer-related fatigue: the scale of the problem. *Oncologist.* 2007;12 Suppl. 1:4-10.

5. Fascículo com suplemento

Dimeo FC. Effects of exercises on cancer-related fatigue. *Cancer.* 2001;92(6 Suppl.):1689-93.

6. Fascículo com número especial

Cunha MLC. Recém-nascidos hospitalizados: a vivência de pais e mães. *Rev Gaúcha Enferm.* 2000;21(no esp.):70-83.

7. Volume com parte

Ahrar K, Madoff DC, Gupta S, Wallace MJ, Price RE, Wright KC. Development of a large animal model for lung tumors. *J Vasc Interv Radiol.* 2002;13(9 Pt 1):923-8.

8. Fascículo sem número

Letourneau MA, MacGregor DL, Dick PT, McCabe EJ, Allen AJ, Chan VW, et al. Use of a telephone nursing line in a pediatric neurology clinic: one approach to the shortage of subspecialists. *Pediatrics.* 2003 Nov;112:1083-7.

9. Fascículo sem volume

Banit DM, Kaufer H, Hartford JM. Intraoperative frozen section analysis in revision total joint arthroplasty. *Clin Orthop.* 2002;(401):230-8.

10. Nenhum volume ou número de fascículo

Silva RC. Indivíduos HIV-positivos em atendimento. *JAMA.* 2002:1-6.

11. Paginação em algarismos romanos

Chadwick R, Schüklenk U. A política de consenso ético. *Bioética*. 2002;16(2):iii-v.

12. Indicação do tipo de artigo (se necessário)

Silveira DT. As tecnologias da informação e comunicação e sua aplicação no campo de atuação da enfermagem [editorial]. *Rev Gaúcha Enferm*. 2007;28(4):453-4.

Livros e outras monografias

13. Indivíduo como autor

Bonassa EM, Santana TR. *Enfermagem em terapêutica oncológica*. 3. ed. São Paulo: Atheneu; 2005. Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology*. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

14. Organizador, editor, compilador como autor

Guimarães JLM, Rosa DD, organizadores. *Rotinas em oncologia*. Porto Alegre: Artmed; 2008.

15. Instituição como autor e publicador

Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Guia de bolso da saúde do viajante*. Brasília (DF); 2005.

16. Capítulo de livro

Pizzichini E, Pizzichini M. Concepções sobre asma brônquica. In: Silva LCC, organizador. *Conduas em pneumologia*. Rio de Janeiro: Revinter; 2001. p. 263-5.

17. Livro com indicação de série

Braunstein F, Pépin JF. O lugar do corpo na cultura ocidental. Lisboa: Instituto Piaget; 1999. (Epistemologia e sociedade; 162) Kleinman A. Patients and healers in the context of the culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. Berkeley: University of California Press; 1980. (Comparative studies of health systems and medical care; 3).

18. Trabalho apresentado em evento

Menezes GMS, Aquino EML. Trabalho noturno na enfermagem. In: Anais do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem: cuidar-ação terapêutica da enfermagem; 1998 set. 20-25; Salvador, Brasil. Salvador: ABEn/BA; 1999. p. 309-21. Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr. 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

19. Dissertação e Tese

Schimith MD. Acolhimento e vínculo no Programa de Saúde da Família: realidade ou desejo [dissertação]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.

Outros trabalhos publicados**20. Artigo de jornal**

Quinalia E. Para aprender nas férias. Metro. 2012 dez. 12;6(1446):20 (Educação)

21. Documento jurídico

Ministério da Saúde (BR). Decreto Nº 1.948, de 3 de julho de 1996: regulamenta a Lei 8.842, sancionada em 4 de janeiro de 1994, a qual dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 1996 jul. 3;134(128 Seção 1):12277-9.

22. *Verbetes de dicionário*

Ferreira ABH. Aurélio, século XXI: o dicionário da língua portuguesa. 3. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999. Colono; p. 504.

23. *Material em fase de publicação*

Kirschbaum DIR. História da enfermagem psiquiátrica no Rio Grande do Sul: parte I. Ver Gaúcha Enferm. No prelo; 2003. Tian D, Araki H, Stahl E, Bergelson J, Kreitman M. Signature

of balancing selection in Arabidopsis. Proc. Natl. Acad. Sci. U S A. Forthcoming 2002.

Material eletrônico

♣ As expressões "disponível em" e "citado", em Espanhol são "*disponible en*" e "*citado*", e em Inglês, "*available from*" e "*cited*".

24. *Artigo de periódico em formato eletrônico*

Pedron CD, Bonilha ALL. Práticas de atendimento ao neonato na implantação de uma unidade neonatal em hospital universitário. Rev Gaúcha Enferm. [Internet]. 2008 [citado 2009 fev. 15];29(4):612-8. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7633/4688>.

25. *Artigo com Digital Object Identifier (DOI):*

Zhang M, Holman CD, Preço SD, Sanfilippo FM, Preen DB, Bulsara MK. Comorbidity and repeat admission to hospital for adverse drug reactions in older adults: retrospective cohort study. BMJ. 2009 Jan. 07; 338: a2752. doi: 10.1136/bmj. a2752.

26. *Monografia em formato eletrônico*

Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional do Câncer. O diagnóstico do câncer [Internet]. Rio de Janeiro; 1999 [citado 2008 jun. 23]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=31. Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>.

27. Trabalho disponível em anais em meio eletrônico

Stuchi RAG, Carvalho EC. Control de presión arterial e ingesta de sal: creencias de portadores de enfermedades coronarias. In: Anales del 9º Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería, 1º Coloquio Internacional de Investigación en Enfermería; 2000 mayo 29-jun. 3; Habana, Cuba [CD-ROM]. Habana: Cubana; 2000. p. 60.

28. DVD e CD-ROM

Ministério da Saúde (BR). Dez passos da alimentação saudável para crianças menores de dois anos [DVD]. Brasília (DF); 2012. Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

29. Homepage / Web site

Universidade Federal do Rio Grande do Sul [Internet]. Porto Alegre: UFRGS; 2000- [atualizado 2012 dez. 12, citado 2012 dez. 13]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/>.

30. Parte de uma área homepage / Web

Universidade Federal do Rio Grande do Sul [Internet]. Porto Alegre: UFRGS; 2000- [atualizado 2012 dez. 12, citado 2012 dez. 13]. Histórico; [aprox. 6 telas]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/ufrgs/a-ufrgs/historico>

Banco de dados na Internet**31. Banco de dados aberto**

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Brasília (DF): IBGE; c2000- [citado 2001 mar. 08]. Disponível em: <http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/>

32. Banco de dados fechado

Estatísticas sociais [Internet]. Brasília (DF): IBGE; c2000 [atualizado 2001 dez. 12; citado 2012 dez. 13]. Disponível em: <http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/>

33. Blogs

Blog da Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 2000- [citado 2009 fev. 13]. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/>

34. Contribuição para um blog

Mantone J. Head trauma haunts many, researchers say. 2008 jan. 09 [cited 2009 Feb 13]. In: Wall Street Journal. HEALTH BLOG [Internet]. New York: Dow Jones & Company, Inc. c2008- . [about 1 screen]. Available from: <http://blogs.wsj.com/health/2008/01/29/head-traumahaunts-many-researchers-say/>.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; não sendo o caso, justificar em "Comentários ao Editor".
2. Os arquivos para submissão devem ser encaminhados em Word for Windows, fonte Times New Roman 12, espaçamento duplo (inclusive os resumos), com todas as páginas numeradas, configurados em papel A4 e com as quatro margens de 2,5 cm.
3. O texto segue os requisitos de formatação da Revista segundo as Diretrizes para Autores, encontradas no menu "Sobre">"Submissões">"Diretrizes para autores".
4. O título deve ter, no máximo, 15 palavras.
5. O texto indexado não deve conter nenhuma informação que possa identificar os autores. Informações sobre os autores deve ser incluída apenas nos metadados (passo 2).
6. O título, o resumo e os descritores devem vir com suas equivalências em espanhol e inglês.
7. Os resumos não devem ultrapassar 150 palavras.
8. Os títulos das seções textuais devem ser destacados gradativamente, sem numeração. O título do artigo e resumo deve ser em letras maiúsculas e em negrito (Ex.: **TÍTULO**; **RESUMO**); *resumen eabstract* em maiúsculas, negrito e itálico (ex.: **RESUMEN**; **ABSTRACT**); seção primária em maiúscula e negrito

(ex.: **INTRODUÇÃO**); e seção secundária em minúscula e negrito (ex.: **Histórico**). Evitar o uso de marcadores ao longo do texto (Ex.: -, *, etc.] e alíneas [a), b), c)...).

9. O texto deve conter o número de palavras e de referências preconizado para cada seção da Revista (Artigos Originais, Artigos de Revisão Sistemática, Artigos de Reflexão).
10. Substituir o nome dos autores citados por sua codificação numérica, sobrescrito e entre perênteses conforme foram citados no texto, eliminando expressões do tipo "Segundo...", "De acordo com..."
11. As referências devem seguir *Vancouver* e ser atualizadas e preferencialmente de periódicos. Devem ser digitadas em espaço simples e separadas por um espaço simples.
12. A declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais deve ser assinada por todos os autores e encaminhada como documento suplementar à Revista conforme modelo contido nas Diretrizes para Autores

Declaração de Direito Autoral

Direitos Autorais para artigos publicados nesta Revista são do autor, com direitos de primeira publicação para a Revista. Em virtude de aparecerem nesta Revista de acesso público, os artigos são de uso gratuito, com atribuições próprias, em aplicações educacionais e não-comerciais.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

ISSN 0102-6933 E-ISSN 1983-1447