



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE**

**POLÍTICAS PÚBLICAS NO CÂNCER DE MAMA E
COLO DO ÚTERO: ATUAÇÃO DO GESTOR**

ARTIGO DE ESPECIALIZAÇÃO

Josiane Bizzi Schlemmer

**Santa Maria, RS, Brasil
2014**

**POLÍTICAS PÚBLICAS NO CÂNCER DE MAMA E
COLO DO ÚTERO: ATUAÇÃO DO GESTOR**

Por

Josiane Bizzi Schlemmer

Artigo de especialização apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/CESNORS - RS), como requisito parcial para a obtenção do grau de **Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.**

Orientadora: Prof. (Dra) Suzinara Beatriz Soares de Lima

Santa Maria, RS, Brasil
2014

**Universidade Federal de Santa Maria
Curso de Pós-Graduação
Gestão de Organização Pública em Saúde - EaD**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Trabalho de Conclusão da Pós-graduação

**POLÍTICAS PÚBLICAS NO CÂNCER DE MAMA E
COLO DO ÚTERO: ATUAÇÃO DO GESTOR**

elaborado por
Josiane Bizzi Schlemmer

Como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof^a. Dr^a. Suzinara Soares de Lima
(Orientador)

Prof. Ms. Fernanda Sarturi
(Examinador)

Prof. Ms. Neida Luiza Kaspary Pellenz
(Examinador)

Santa Maria, 08 de julho de 2014

Políticas Públicas no câncer de mama e do colo do útero: atuação do gestor

Public Political in breast and uterine cervical cancer: action manager

Josiane Bizzi Schlemmer¹, Suzinara Soares de Lima²

¹ Nutricionista. Doutoranda em Ciências Biológicas: Bioquímica Toxicológica na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil. Email: jobizzi@yahoo.com.br.

² Enfermeira. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da UFSM-Rs/Doutorada em Enfermagem pela UFRJ/Brasil. Email: suzibslima@yahoo.com.br.

Resumo: O câncer ganha relevância pelo perfil epidemiológico que vem apresentando. Em mulheres, entre os mais incidentes, estão os cânceres de mama e colo do útero. Políticas públicas estabelecem metas e soluções através de ações contra estes tipos de cânceres, sendo fundamentais para a recuperação e aceitação da doença. A atuação do gestor é de suma importância, visto que ele elabora diretrizes visando à melhoria dos serviços prestados à população e uma melhor qualidade de vida desses pacientes. Portanto, esta pesquisa tem por objetivo realizar uma revisão bibliográfica sobre as Políticas Públicas no câncer feminino, assim como a atuação do gestor, dando ênfase ao câncer de mama e do colo do útero. Foi realizada busca em diferentes bases eletrônicas de dados no período de 2004 a 2014. Para que sejam efetivas as políticas públicas é preciso garantir que todos os gestores sejam parceiros no planejamento e na execução das mesmas.

Descritores: neoplasia de mama, neoplasia do colo do útero, políticas públicas, gestor em saúde

Abstract: The cancer becomes relevant for epidemiological profile has been showing. In women, among the most incidents are breast and cervix uteri cancers. Public politics set goals and solutions through actions against these types of cancers, being fundamental to recovery and acceptance of the disease. The role of manager is extremely important, since it prepares guidelines in order to improve services to the population and a better quality of life for these patients. Therefore, this research aims to review literature on Public Political in female cancer, as well as the actions of the manager, focusing on breast and cervix uteri cancers. This search was performed in different electronic databases from 2004 to 2014. To be effective the public politics is necessary to ensure that all managers are partners in planning and executing them.

Descriptors: breast neoplasm, uterine cervical neoplasm, public politics, health manager

INTRODUÇÃO

Atualmente o câncer representa a segunda maior causa de mortalidade no Brasil. Nas últimas décadas, o câncer ganhou uma grande dimensão, convertendo-se em um evidente problema de saúde pública mundial. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que, no ano 2030, pode-se esperar 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, com câncer.¹

O câncer é uma doença com uma base multifatorial e o conhecimento dos fatores de risco, especialmente os hábitos que podem ser modificados, são importantes na redução do número de casos desta doença.²

O câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres, quando diagnosticado em fases iniciais tem grandes chances de cura, com uma sobrevida de 97% em cinco anos.³ No Brasil, este tipo de câncer é o mais prevalente no sexo feminino, acometendo mulheres com idades principalmente entre 40 e 69 anos, sendo a maior causa de morte por câncer.⁴ Não há estratégias específicas que permitam a prevenção primária do câncer de mama, embora sua incidência possa ser diminuída através de ações voltadas para a promoção da saúde, enfatizando a atenção aos fatores de risco, incluindo obesidade e tabagismo.⁵

O câncer do colo do útero é o terceiro tumor mais frequente na população feminina, atrás do câncer de mama e do colorretal, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil.⁶

O diagnóstico de câncer impõe grande impacto emocional ao paciente e seus familiares, principalmente quando evolui para um estágio avançado, sem perspectiva de cura.⁷⁻⁸ Os desconfortos físicos, psicossociais e espirituais vivenciados pelo paciente com câncer ocorrem paralelamente a outros enfrentamentos e a luta incessante no curso da doença diminui a qualidade de vida, merecendo a atenção dos profissionais da saúde.⁹

A sobrevida do paciente com câncer é o parâmetro mais utilizado para avaliar resultados na área oncológica, inclusive epidemiológica, na qual as taxas de mortalidade são de alta relevância, sendo possível abordar técnicas estatísticas com observações obtidas em registros de serviços de saúde.³

As dificuldades na prevenção primária contribuem para o aumento da incidência e mortalidade por câncer de mama.¹⁰ Esse tipo de neoplasia denuncia a vulnerabilidade da atenção primária à saúde da mulher no que se refere ao controle

dos fatores de risco, assim como os procedimentos a serem implementados ante à instalação da referida doença.¹¹

O bom prognóstico do câncer de mama e do colo do útero quando detectado precocemente, incentiva a elaboração de estudos que identifiquem características da população feminina e sua relação com condutas positivas quanto a essas práticas preventivas. Tal conhecimento pode fundamentar ações dos profissionais de saúde e contribuir efetivamente para a melhoria da qualidade de saúde da mulher.¹²

Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer no Brasil justificam a implantação de estratégias efetivas de controle dessa doença que incluem ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento e de cuidados paliativos, quando esses se fizerem necessários.¹³

Estudos da OMS demonstram que a elaboração de programas nacionais ou regionais de controle do câncer são essenciais enquanto estratégia de controle da doença, independentemente da situação econômica do país ou região, recomendando a implantação de programas em nações onde a doença tenha expressão epidemiológica, os fatores de risco estejam em ascensão e existe a limitação de recursos financeiros.¹⁴

A gestão de trabalho e a educação tem sido uma questão crucial para a aceitação e eficácia do tratamento do câncer. Cabe aos gestores decidir e construir políticas a partir de suas instituições,¹⁵ assim como promover condições de trabalho apropriadas e estímulo à formação continuada, constituir de fato uma rede de referência funcional, divulgando o potencial dos serviços e da política nacional de humanização de modo a permitir a atenção integral e qualificada ao pacientes.¹⁶

Os progressos do conhecimento da doença e de ações e estratégias nesse campo podem alterar substantivamente os determinantes fundamentais para uma recuperação e aceitação da doença. Para que sejam efetivas, as políticas, programas e ações planejadas para prevenir o câncer, é preciso estabelecer metas e agir em conjunto, garantindo aos gestores envolvidos no processo, ser parceiros no planejamento e na execução das políticas, com isso proporcionar uma melhor qualidade de vida para esses pacientes.¹⁵

A partir disso, por se tratar de uma doença crônica, com alto nível de ascensão e considerado um grave problema de saúde pública mundial, se torna de fundamental importância o estudo da implantação de políticas públicas no câncer

feminino para uma melhor qualidade de vida destes pacientes. Nesse sentido, esta pesquisa tem por objetivo realizar uma revisão bibliográfica sobre as Políticas Públicas no câncer de mama e do colo do útero, assim como a atuação do gestor.

METODOLOGIA

A pesquisa realizada consiste de uma revisão narrativa da literatura de caráter exploratório e descritivo a respeito de Políticas Públicas no câncer feminino, com ênfase no câncer de mama e do colo do útero, assim como a atuação do gestor nessas políticas.

Esta revisão foi realizada no período de março a julho de 2014 e foi elaborada utilizando artigos deste período somados a artigos publicados em anos anteriores.

A pesquisa utilizou as bases de dados do *PubMed*, *Scielo*, *Bireme* e *Lilacs* e revistas científicas a fim de buscar as informações atualizadas disponíveis em relação ao tema do trabalho. Os seguintes descritores foram utilizados: neoplasia de mama, neoplasia do colo do útero, políticas públicas e gestor de saúde.

Foram critérios de inclusão no estudo: artigos indexados nos banco de dados com os descritores elencados acima; artigos publicados na íntegra em periódicos nacionais e internacionais, disponíveis gratuitamente e publicados nos idiomas português, inglês e espanhol.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O problema do câncer no Brasil ganha relevância pelo perfil epidemiológico que essa doença vem apresentando, e, com isso, o tema conquista espaço nas agendas políticas e técnicas de todas as esferas de governo.⁶

A cada ano, o câncer tem se firmado como um problema de saúde pública em todo o mundo.¹⁷ Há décadas, com o desenvolvimento das indústrias e o crescimento das cidades o ser humano tem sido exposto a uma grande quantidade de compostos químicos que estão distribuídos no ambiente e são capazes de danificar o material genético. Dessa forma, a célula lesada ao invés de exercer normalmente sua função, ela acaba agindo descontroladamente, até formar uma massa denominada tumor.¹⁸

Os fatores de risco para o surgimento do câncer podem ser de origem genética ou constitucional e ambiental. Dentre os fatores ambientais predominam o tabaco, álcool, exposição a raios solares, obesidade, alimentação, entre outros.¹⁹

No Brasil, de acordo com Instituto Nacional de Câncer (INCA), órgão do Ministério da Saúde (MS), a estimativa para o ano de 2014, que será válida também para o ano de 2015, aponta para a ocorrência de aproximadamente 576 mil casos novos de câncer, reforçando a magnitude do problema do câncer no país. Sem considerar os casos de câncer de pele não melanoma estima-se 395 mil casos novos de câncer, 204 mil para o sexo masculino e 190 mil para sexo feminino. Em mulheres, os tipos mais incidentes serão os cânceres de mama, cólon e reto e colo do útero.⁶

Em 2030, a carga global será de 21,4 milhões de casos novos de câncer e 13,2 milhões de mortes por câncer, em consequência do crescimento e do envelhecimento da população, bem como da redução na mortalidade infantil e nas mortes por doenças infecciosas em países em desenvolvimento.⁶

O conhecimento sobre a situação dessa doença permite estabelecer prioridades e alocar recursos de forma direcionada para a modificação positiva desse cenário na população brasileira. É incontestável que o câncer hoje, no Brasil, é um problema de saúde pública, cujo controle e prevenção deverão ser priorizados em todas as regiões, desde as mais desenvolvidas (cultural, social e economicamente), até as mais desiguais. As abordagens orientadas para enfrentar esse problema de saúde são múltiplas, incluindo: ações de educação para saúde em todos os níveis da sociedade; prevenção orientada para indivíduos e grupos; geração de opinião pública; apoio e estímulo à formulação de legislação específica para o enfrentamento de fatores de risco relacionados à doença; e fortalecimento de ações em escolas e ambientes de trabalho.⁶

As condições socioeconômicas, o confinamento geográfico e étnico, além de diferentes modalidades de acesso individual aos serviços de saúde, ocasionam surgimento de barreiras prejudiciais à descoberta precoce de doenças, em especial das neoplasias. Alguns cânceres têm sido objetos de políticas de saúde coletiva, visando seu rastreamento e redução de sua mortalidade. O aumento substancial no uso de testes para rastreamento deste tipo de doença, durante as décadas de 1980 e 1990, não ocorreu de maneira uniforme em todos os estratos sociais, apenas os que tinham melhores condições financeiras se beneficiaram.²⁰

Com relação ao desenvolvimento de estratégias nacionais de controle do câncer, a OMS enfatiza que os países devem levar em consideração as seguintes

abordagens: prevenção primária, detecção precoce e prevenção secundária, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos.²¹

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica. As metas desses programas eram definidas pelo nível central de gestão nacional, sem qualquer avaliação das necessidades de saúde das populações locais. Um dos resultados dessa prática foi a fragmentação da assistência e o baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher.²²

Ações de controle do câncer de mama e do colo do útero tiveram um marco histórico em 1984, com o lançamento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) pelo MS, que propunha o cuidado para além da tradicional atenção ao ciclo gravídico-puerperal. Em suas bases programáticas, é destacada a prevenção dos cânceres do colo do útero e da mama.²³ Este programa tem como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção. Esse programa incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, no planejamento familiar, doença sexualmente transmissível, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres. Essa estratégia política contribuiu com avanços no campo da saúde da mulher, mas precisava avançar em aspectos preventivos e de promoção da saúde.²²

O Programa de Oncologia do Instituto Nacional de Câncer/MS (Pró-Onco) foi criado em 1986, como estrutura técnico-administrativa da extinta Campanha Nacional de Combate ao Câncer. Em 1990 o programa tornou-se Coordenação de Programas de Controle de Câncer e suas linhas básicas de trabalho eram a informação e a educação sobre os cânceres mais incidentes, dentre eles, o câncer de mama e do colo do útero.²⁴

Em 1995, o MS reconheceu a necessidade de um programa de âmbito nacional, visando ao controle do câncer do colo do útero. O projeto-piloto, denominado “Viva Mulher”, foi implantado em 1997 e priorizava mulheres entre 35 e

49 anos que nunca haviam feito o exame preventivo ou que estavam sem fazê-lo há mais de três anos. Neste programa também foram iniciadas ações para formulação de diretrizes e estruturação da rede assistencial na detecção precoce do câncer de mama. Em 1999 deu-se início à estruturação funcional e técnico-gerencial para o controle do câncer de mama, cujo programa foi expandido a nível nacional com iniciativas voltadas para a detecção precoce.²⁵

Em 1998, o MS instituiu o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo do Útero. A primeira fase de intensificação ocorreu com a adoção de estratégias para estruturação da rede assistencial, estabelecimento de um sistema de informações para o monitoramento das ações e dos mecanismos para mobilização e captação de mulheres, assim como definição das competências nos três níveis de governo.²⁶

No ano de 1999 foi implantado pelo INCA em parceria com o Departamento de Informática do SUS (Datapus), o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero – SISCOLO, uma ferramenta de gerência das ações do programa de controle do câncer de colo do útero.²⁷

Em 2004, o Documento de Consenso propôs as diretrizes técnicas para o controle do câncer de mama no Brasil. Este documento recomenda, como principais estratégias de rastreamento populacional, um exame mamográfico pelo menos a cada dois anos, para mulheres de 50 a 69 anos de idade, e o exame clínico anual das mamas, para mulheres de 40 a 49 anos.²⁸

Em 2005, o MS instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, onde reconheceu a magnitude do câncer como problema de saúde pública. Com o lançamento desta política, o controle dos cânceres do colo do útero e de mama foi destacado como componente fundamental dos planos estaduais e municipais de saúde.²⁹ Neste mesmo ano foi elaborado o Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Colo e de Mama (2005-2007), que propôs seis diretrizes estratégicas: aumento de cobertura da população-alvo, garantia da qualidade, fortalecimento do sistema de informação, desenvolvimento de capacitações, estratégia de mobilização social e desenvolvimento de pesquisas.³⁰

A importância da detecção precoce dessas neoplasias foi reafirmada no Pacto pela Saúde em 2006, com a inclusão de indicadores na pactuação de metas com

estados e municípios para a melhoria do desempenho das ações prioritárias da agenda sanitária nacional.³⁰

A implantação do Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA), em junho de 2009, o aumento da oferta de mamografias pelo Ministério da Saúde (Mais Saúde 2008-2011) e a publicação de documentos, dentre os quais os parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama e as recomendações para a redução da mortalidade do câncer de mama no Brasil, lançadas pelo INCA em 2010, vêm dinamizando a organização das ações de controle.³¹

Em 2010, o MS, considerando a persistência da relevância epidemiológica do câncer de colo do útero no Brasil e sua magnitude social, instituiu um grupo de trabalho com a finalidade de avaliar o Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo do Útero.³² As conclusões e recomendações foram reunidas no Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero.²⁹

A priorização do controle do câncer de mama e do colo do útero foi reafirmada em março de 2011, com o lançamento do Plano Nacional de Fortalecimento da Rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer. O plano prevê a intensificação das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer nos estados e municípios. Em relação ao câncer de mama, a perspectiva é a garantia de confirmação diagnóstica das lesões palpáveis e das identificadas no rastreamento; implantação da gestão da qualidade da mamografia; a ampliação da oferta de mamografia de rastreamento; a comunicação e a mobilização social e o fortalecimento da gestão do programa.³⁴

Também em 2011, o desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde - Rede de Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento do Câncer do Colo do Útero e Mama - é reafirmado como estratégia de reestruturação do sistema de saúde, tanto no que se refere a sua organização, quanto na qualidade e impacto da atenção prestada, e representa o acúmulo e o aperfeiçoamento da política de saúde com aprofundamento de ações efetivas para a consolidação do SUS, como política pública voltada para a garantia de direitos constitucionais de cidadania, garantindo o acesso aos serviços e ao cuidado integral.³⁵

As ações da Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica são diversas no controle dos cânceres do colo do útero e da mama, que vão desde cadastro e identificação da população prioritária ao acompanhamento das usuárias em cuidados paliativos. As ações de prevenção da saúde são uma estratégia

fundamental, não só para aumentar a frequência e adesão das mulheres aos exames, como para reforçar sinais e sintomas de alerta, que devem ser observados pelas usuárias.³⁶

A Atenção Secundária à Saúde são compostos por unidades ambulatoriais, que podem ou não estar localizadas na estrutura de um hospital; e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, responsáveis pela oferta de consultas e exames especializados, devendo servir de referência para um conjunto de unidades de Atenção Básica, prestando atendimento mediante encaminhamento.³⁶

A atenção terciária é composta por serviços de apoio diagnóstico e terapêutico hospitalares. Com a atenção especializada ela constitui referência para a Atenção Básica dentro da lógica de hierarquização e regionalização do SUS. A Rede de Atenção Terciária, no caso da atenção ao câncer, é o nível assistencial no qual são realizados os procedimentos cirúrgicos e de alta complexidade em oncologia, ou seja, cirurgia oncológica, radioterapia e quimioterapia, e que é responsável pela oferta ou coordenação dos cuidados paliativos dos pacientes com câncer.³⁶

Ainda em 2011, foi publicada pelo INCA, a atualização das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero.³⁷ A inclusão das ações de controle de câncer está entre os dezesseis Objetivos Estratégicos do MS para o período 2011 – 2015, com destaque para a ampliação de acesso, diagnóstico e tratamento em tempo oportuno dos cânceres de mama e do colo do útero.⁶

Em 2013, instituiu o Sistema de Informação de Câncer (SISCAN), no âmbito do SUS. Trata-se de uma versão em plataforma web que integra o SISCOLO e o SISMAMA.³⁸

O MS através da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (2013) define as responsabilidades dos gestores do SUS na condução das ações nesta área. Competem ao Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (vários níveis de gestão), em seu âmbito de atuação, organizar a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, considerando-se todos os pontos de atenção, bem como os sistemas logísticos e de apoio necessários para garantir a oferta de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos, de forma oportuna, para o controle do câncer; assim como garantir que todos os estabelecimentos de saúde que prestam atendimento às pessoas com câncer, possuam infraestrutura adequada, recursos humanos capacitados, recursos

materiais, equipamentos e insumos suficientes, de maneira a garantir o cuidado necessário. Além disso, os gestores devem garantir atuação territorial, a formação e a qualificação dos profissionais e dos trabalhadores de saúde de acordo com as diretrizes da Política de Educação Permanente em Saúde, monitorar, avaliar e auditar a cobertura, produção, desempenho e qualidade das ações e serviços de prevenção e de controle do câncer no país no âmbito do SUS, entre outras.³⁹

As competências do Gestor Federal, ou seja, Ministério da Saúde, são prestar apoio institucional às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios no processo de qualificação e de consolidação da atenção ao paciente com câncer; definir diretrizes gerais para a organização de linhas de cuidado para os tipos de câncer mais prevalentes na população brasileira, assim como analisar as informações providas dos sistemas de informação federais vigentes que tenham relação com o câncer e utilizá-las para planejamento e programação de ações e de serviços de saúde e para tomada de decisões. Compete também elaborar protocolos e diretrizes clínicas terapêuticas de maneira a qualificar o cuidado das pessoas com câncer; realizar estudos no intuito de subsidiar os gestores de saúde e tomadores de decisões no que se refere à incorporação de novas tecnologias ou novos usos de tecnologias já existentes no SUS; estabelecer diretrizes e recomendações, em âmbito nacional, para a prevenção e o controle do câncer, levando em consideração aspectos epidemiológicos, sociais, culturais e econômicos do local que irá incorporar e implantar as diretrizes e recomendações assim como, efetuar a habilitação dos estabelecimentos de saúde que realizam a atenção à saúde das pessoas com câncer.³⁹

Já aos Gestores Estaduais, ou seja, as Secretarias de Saúde dos Estados, competem especificamente coordenar a organização e a implantação dos planos regionais e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS; definir estratégias de articulação com as Secretarias Municipais de Saúde com vistas ao desenvolvimento de planos regionais para garantir a prevenção e o cuidado integral da pessoa com câncer; coordenar o apoio aos Municípios para organização e implantação das linhas de cuidado de tumores específicos, assim como analisar os dados estaduais relacionados às ações de prevenção e de controle do câncer produzidos pelos sistemas de informação vigentes e utilizá-los de forma a otimizar o planejamento das ações e a qualificar a atenção prestada às pessoas com câncer. Além destas, compete ainda, implantar e manter o funcionamento do

sistema de registros hospitalares de câncer nas unidades habilitadas em alta complexidade em oncologia; analisar os dados enviados pelas Secretarias Municipais de Saúde, divulgar suas informações e enviá-las para o INCA/SAS/MS e para a Secretaria de Vigilância em Saúde, responsáveis pela consolidação nacional dos dados. Cabe ainda selecionar, contratar e remunerar os profissionais de saúde que compõem as equipes multidisciplinares dos estabelecimentos de saúde de natureza pública, assim como manter atualizado seus dados e apoiar os Municípios na educação permanente dos profissionais de saúde a fim de promover a qualificação profissional, entre outras.³⁹

As responsabilidades que competem ao Gestor Municipal, ou seja, às Secretarias Municipais de Saúde, são pactuar regionalmente todas as ações e os serviços necessários para a atenção integral da pessoa com câncer; planejar e programar as ações e os serviços necessários para a prevenção e o controle do câncer, assim como o cuidado das pessoas com câncer, considerando sua base territorial, considerando os serviços disponíveis no município e as necessidades de saúde locais, assim como planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população e operacionalizar a contratualização dos serviços, quando não existir capacidade instalada no próprio município. Além destas, cabe também pactuar as linhas de cuidado na região de saúde, garantindo a oferta de cuidado às pessoas com câncer nos diferentes pontos de atenção; atuar a regulação e o fluxo de usuários entre os serviços da rede de atenção à saúde; analisar os dados municipais relativos às ações de prevenção e às ações de serviços prestados às pessoas com câncer e utilizá-los de forma a otimizar o planejamento das ações locais e a qualificar a atenção das pessoas com câncer, assim como selecionar, contratar e remunerar os profissionais de saúde que compõem as equipes multidisciplinares dos estabelecimentos de saúde públicos e manter seus dados atualizados, entre outras.³⁹

À Secretaria de Saúde do Distrito Federal competem as atribuições reservadas às Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios.³⁹

Ainda em 2013, o MS redefiniu a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito), no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. A QualiCito consiste na definição de padrões de qualidade e na avaliação da qualidade do exame citopatológico do colo

do útero por meio do acompanhamento, pelos gestores do SUS, do desempenho dos laboratórios públicos e privados prestadores de serviços para o SUS.⁴⁰

Em 2014, instituiu o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo do Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico do Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação.⁴¹

E por fim, ainda em 2014, o MS, por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI), iniciou a campanha de vacinação de meninas entre 11 e 13 anos contra o papiloma vírus humano (HPV). A vacina é quadrivalente, oferecendo proteção contra os subtipos 6, 11, 16 e 18 do HPV. A vacina traz importante contribuição nas ações de prevenção do câncer do colo do útero.⁴²

Para que sejam efetivas, as políticas, os programas e as ações planejadas para prevenir o câncer entre populações, é preciso garantir que todos os profissionais envolvidos no processo sejam parceiros no planejamento e na execução das políticas. Os formuladores de políticas e formadores de opinião precisam estabelecer metas e especificar as expectativas que sejam de longo prazo e realísticas.⁶

Devido ao grande número de mulheres com esta doença, é imprescindível que ocorra a expansão do conhecimento sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da doença na população feminina. Portanto, é de suma importância a atuação do gestor nas políticas públicas, pois cabe a ele elaborar diretrizes, visando à melhoria dos serviços prestados à população, também criar programas ou inovar as políticas já existentes, definindo novas estratégias para solucionar problemas da coletividade, sempre de acordo com a viabilidade social, econômica e política.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, o câncer assume importância epidemiológica cada vez maior, com o aumento do número de novos casos e mortalidade estável ou crescente, inclusive para alguns tumores considerados evitáveis ou curáveis.

Apesar da magnitude do problema e dos transtornos físicos e emocionais vinculados à doença, o conhecimento hoje disponível através de políticas públicas e ações desenvolvidas com equipes multidisciplinares permitem prevenir novos casos, bem como a detecção precoce e o consequente tratamento imediato. Técnicas

adequadas de controle e cuidados paliativos disponíveis podem garantir uma melhor qualidade de vida aos pacientes com quadros mais avançados da doença.

É de suma importância programas estratégicos, ações educativas e também políticas públicas de saúde que busquem conscientizar a população de risco sobre a prevenção do câncer de mama e do colo do útero, através de exames clínicos rotineiros, e que melhorem a oferta dos serviços prestados a população e o acesso desse público a recursos que possibilitem diagnóstico precoce. As políticas públicas estabelecem metas e encaminham soluções para resolver problemas sociais nas mais diversas áreas, como na área da saúde, através de ações contra os cânceres de mama e do colo do útero.

A atuação do gestor é de suma importância, pois cabe a ele realizar estudos no intuito de aperfeiçoar técnicas e embasar conhecimentos para tomadas de decisões no que diz respeito ao câncer. Devem ainda, proporcionar aos profissionais da saúde atualizações, para uma melhor capacitação dos mesmos, assim como divulgar ações preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher. Ações educativas a respeito de fatores modificáveis também devem ser focados como aqueles relacionados aos hábitos de vida, uma vez que a adoção de hábitos saudáveis contribui não só para a prevenção do câncer como melhora significativamente a qualidade de vida e previne outras patologias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, OMS, 2014. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/index.asp?ID=7>. Acesso em: 23 de abril de 2014.
2. Pinho VFS., Coutinho ESF. Risk factors for breast cancer: a systematic review of studies with female samples among the general population in Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2005, 21(2):351-360.
3. Pedersen L, Gunnarsdottir KA, Rasmussen BB, Moeller S, Lanng C. The prognostic influence of multifocality in breast cancer patients. *The Breast*. 2004; 13(3):188-193.
4. Trufelli DC, Miranda VC, Santos MBB, Fraile NMP, Pecoroni PG, Gonzaga SFR, Riechelmann R, Kaliks R, Del Giglio A. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. *Rev Assoc Med Bras*. 2008; 54(1):72-76.

5. Matos JC, Pelloso SM, Carvalho MDB. Prevalence of Risk Factors for Breast Neoplasm in the City of Maringá, Paraná State, Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010, 18(3):352-9.
6. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Controle do Câncer de Mama. Rio de Janeiro, 2014.
7. World Health Organization (WHO). National Cancer Control Programmes: policies and managerial guidelines [Internet]. 2th ed. Geneva; 2002. Available from: <http://www.who.int/en>
8. Muñiz MS, Pérez CG. Reflections about the ethical and bioethical problems in treatment presenting with a terminal disease. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2009 25(4):98-106.
9. Wittmann-Vieira R, Goldim JR. Bioética e cuidados paliativos: tomada de decisões e qualidade de vida. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(3):334-9.
10. Borges JBR, Guarisi R, Lacerda AA, Poli JL, Borges PCG, Moraes SS. Active search of women as an efficacy factor for a breast and cervical cancer screening program in the city of Jundiaí, São Paulo, Brazil. *Einstein*. 2010, 8(1):34-9.
11. Linardi AG, Silva RM, Mendonça FAC. Práticas de saúde decorrentes dos fatores de risco para o câncer de mama em mulheres trabalhadoras. *Rev. Rene*. 2008, 9(3):92-98.
12. Bim CR, Pelloso SM, Carvalho MDB, Prevedelli ITS. Diagnóstico precoce do câncer de mama e colo uterino em mulheres do município de Guarapuava, PR, Brasil. *Rev Esc Enferm*. 2010, 44(4):940-6.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
14. Filho MN, Cecilio AM. Subsídios para um novo modelo de atenção ao câncer no Estado de São Paulo. *RAS*. 2005, 7(28):95-111.
15. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Brasil). Políticas e ações para prevenção do câncer no Brasil: alimentação, nutrição e atividade física. 2. reimpr. / INCA. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância – Rio de Janeiro: INCA, 2012.
16. Lopes GVDO, Menezes TMO, Miranda AC, Araújo KL, Guimarães ELP. Acolhimento: quando o usuário bate à porta. *Rev Bras Enferm*. 2014; 67(1):104-10.
17. Silva MPN. Síndrome da anorexia-caquexia em portadores de câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2006;52(1):59-77.
18. Corrêa GO. Câncer Endométrio, HAS-DM. 2006. 129 f. Estudo de Caso – Curso de Graduação em Nutrição, Universidade São Judas Tadeu, São Paulo, 2006.

19. Bricarello LP, Vasconcelos MIL, Rodrigues TFF. Terapia Nutricional em casos de Câncer. In: Silva SMCS, Mura JDP. Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia. São Paulo: Roca; 2007. p. 693-709.
20. Breen N, Wagener DK, Brown ML, Davis WW, Ballard-Barbash R. Progress in cancer screening over a decade: results of cancer screening from the 1987, 1992, and 1998 National Health Interview Surveys. J Natl Cancer Inst. 2001;93(22):1704-13.
21. Anderson BO, Yip CH, Smith RA, Shyyan R, Sener SF, Eniu A, Carlson RW, Azavedo E, Harford J. Guidelines for International Breast Health and Cancer Control—Implementation. 2008, 113(8):2221–2243.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.
24. Abreu E. Pró-Onco 10 anos. Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro.1997, 43(4)7.
25. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Controle do Câncer de Mama: Documento do Consenso. Rio de Janeiro, 2004.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3040, de 21 de Junho de 1998. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 408, de 30 de Agosto de 1999. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
28. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Controle do Câncer de Mama: Documento do Consenso. Rio de Janeiro, 2004.
29. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Portaria 2439. Política Nacional de Atenção Oncológica. Rio de Janeiro, 2005.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília, 2006.
31. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama. Rio de Janeiro, 2009.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 310 de 10 de Fevereiro de 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
33. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário executivo/ Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2010.

34. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Controle do Câncer do Colo do Útero. Rio de Janeiro, 2011.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.473 de 24 de junho de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
36. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica: Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília- DF. 2 ed. 2013.
37. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. – Rio de Janeiro: INCA, 2011.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.394, de 30 de dezembro de 2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
39. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). A Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer. Rio de Janeiro, 2013.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.388, de 30 de dezembro de 2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 189, de 31 de janeiro de 2014. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia Prático Sobre HPV: Guia de Perguntas e Respostas para Profissionais de Saúde. Brasília: Ministério de Saúde, 2013.

ANEXO A – Normas da revista Saúde (Santa Maria)

DIRETRIZES PARA AUTORES

INFORMAÇÕES GERAIS

Os artigos para publicação devem ser enviados **exclusivamente** à Revista Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, não sendo permitida a apresentação simultânea a outro periódico, quer na íntegra ou parcialmente, exceto resumos ou relatórios preliminares publicados em anais de reuniões científicas.

O idioma principal da Revista Saúde (Santa Maria) é o Português (BR), por este motivo, os manuscritos deverão ser encaminhados em português. O idioma secundário da Revista Saúde (Santa Maria) é o Inglês (En), por este motivo, aceitamos o envio de manuscritos na língua inglesa.

Na Revista podem ser publicados artigos escritos por especialistas de outras áreas, desde que o tema seja de interesse para a área da Saúde.

A submissão dos artigos é online no site. Todos os autores deverão ser cadastrados na página da Revista Saúde (Santa Maria). A Revista Saúde não cobra taxas para a submissão de artigos.

O nome completo de cada autor, instituição de origem, país, e-mail devem ser informados APENAS nos metadados.

O encaminhamento do manuscrito, anexos e o preenchimento de todos os dados, são de inteira responsabilidade do autor que está submetendo o manuscrito.

Os agradecimentos por ajuda financeira, assistência técnica e outros auxílios para a execução do trabalho **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 sua inserção.

Opiniões e conceitos emitidos nos manuscritos são de exclusiva responsabilidade dos autores, bem como a exatidão e procedência das citações, não refletindo necessariamente a posição/opinião do Conselho Diretor e Conselho Editorial da Revista Saúde. A Revista não assume a responsabilidade por equívocos gramaticais, e se dá, portanto, ao direito de solicitar a revisão de português aos autores.

ATENÇÃO

- Os manuscritos resultantes de estudos que envolvem seres humanos deverão indicar os procedimentos adotados para atender o constante da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e indicar o número do protocolo de aprovação do projeto de pesquisa e a data da aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Para os artigos oriundos de outros países os procedimentos adotados serão os constantes na Declaração de Helsink (1975 e revisada em 1983). A carta de aprovação do CEP (digitalizada e em pdf) deverá ser anexada no momento da submissão no Passo "Transferência de Documentos Suplementares".
- Os autores dos trabalhos encaminhados para avaliação deverão assinalar sua concordância com a "Declaração de Direito Autoral" do CREATIVE COMMONS, o qual consta no item Declaração de Direito Autoral. Ao clicar no ícone do CREATIVE COMMONS (This obra is licensed under a Creative Commons Atribuição-Uso Não-Comercial-Não a obras derivadas 3.0 Unported License) será aberta uma página que contém (em vários idiomas, inclusive o português) as condições da atribuição, uso não-comercial, vedada a criação de obras derivadas.

- Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que não são completamente aparentes, mas que podem 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, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos que possam influenciar seu trabalho.
- O Conselho Diretor assegura o anonimato dos autores no processo de avaliação por pares, bem como o anonimato dos avaliadores e sigilo quanto à participação, o que lhes garante liberdade para julgamento.
- Envio da declaração das políticas dos financiamentos recebidos caso a pesquisa envolva ensaios clínicos.

Processo de julgamento dos manuscritos

Os artigos enviados serão primeiramente analisados pela Comissão de Editoração em relação à adequação à linha editorial e às normas da revista, podendo, inclusive, apresentar sugestões aos autores para alterações que julgar necessárias. Nesse caso, o referido artigo será reavaliado. A decisão desta análise será comunicada aos autores.

Posteriormente, a avaliação do artigo é realizada pelo sistema *peer-view*, membros do Conselho Editorial ou Ad-Hoc, convidados pela Comissão de Editoração. Os pareceres são apreciados pela Comissão de Editoração que emite o parecer final, ou no caso de divergência entre os pareceres, solicita um terceiro parecer.

Após a devolução dos manuscritos, pelos dois consultores, a equipe da Revista analisa os pareceres efetuados e, com base no "parecer conclusivo", prossegue com os demais encaminhamentos.

Para publicação, além do atendimento às normas, serão considerados: atualidade, originalidade e relevância do tema, consistência científica e respeito às normas éticas.

Os pareceres dos avaliadores serão disponibilizados online para o autor responsável pela submissão que terá o prazo de 20 (vinte) dias para atender as solicitações. Caso contrário, o manuscrito será ARQUIVADO, após envio de comunicado para todos os autores, por entender-se que não houve interesse em atender a solicitação para ajustes. Porém, se houver interesse ainda em publicá-lo, o artigo deverá ser submetido novamente, sendo iniciado novo processo de julgamento por pares. Os autores deverão manter seus e-mails atualizados para receber todas as comunicações.

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 divulgação.

Tipos de trabalhos aceitos para publicação e critérios adotados para seleção

Artigos originais: são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa científica, original, inédita e concluída. O conteúdo do manuscrito deve ser apresentado da seguinte forma:

INTRODUÇÃO deve ser breve, apresentar a questão norteadora, justificativa, revisão da literatura (pertinente e relevante) e objetivos coerentes com a proposta do estudo.

METODOLOGIA: indicar os métodos empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção, os quais devem ser descritos de forma objetiva e

completa. Inserir o número do protocolo e data de aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa. Deve também referir que a pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: 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.

CONCLUSÃO OU CONSIDERAÇÕES FINAIS: As conclusões ou considerações finais devem destacar os achados mais importantes comentar as limitações e implicações para novas pesquisas.

Devem obedecer ao limite de 20 páginas no total do artigo. **AGRADECIMENTOS, APOIO FINANCEIRO OU TÉCNICO, DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE FINANCEIRO E/OU DE AFILIAÇÃO.** É responsabilidade dos autores as informações e autorizações relativas aos itens mencionados acima.

Artigos de revisão: compreende avaliação crítica, sistematizada da literatura sobre temas específicos. Deve incluir uma seção que descreva os métodos utilizados para localizar, selecionar, extrair e sintetizar os dados e conclusões. Devem obedecer ao limite de 20 páginas no total do artigo. A Revista Saúde (Santa Maria) atualmente está publicando no máximo 5 (cinco) artigos de revisão em cada edição. Se este número for ultrapassado, os demais artigos serão publicados nas próximas edições.

Nota prévia: estudos avaliativos, originais ou notas prévias de pesquisa contendo dados inéditos e relevantes para a área de abrangência da Revista. A apresentação pode acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais. Espaço destinado à síntese de Dissertação ou Tese em processo final de elaboração. Deverá conter todas as etapas do estudo. Devem obedecer ao limite de 3 páginas no total do artigo.

Editorial: de responsabilidade do Conselho Diretor da Revista, que poderá convidar autoridades para escrevê-lo. Limite de 2 páginas.

Cartas ao editor: correspondência dirigida ao editor sobre manuscrito publicado na Revista no último ano ou relato de pesquisas ou achados significativos para a área da Saúde ou áreas afins e poderão ser enviadas contendo comentários e reflexões a respeito desse material publicado. Serão publicadas a critério da Comissão Editorial. Não devem exceder a 1 página no total.

PREPARO DOS MANUSCRITOS

Os trabalhos devem ser redigidos de acordo com o Estilo Vancouver, norma elaborada pelo ICMJE (<http://www.icmje.org>). Devem ser encaminhados em Word for Windows, fonte Arial 12, espaçamento 1,5, com todas as páginas numeradas, configurados em papel A4 e com as quatro margens de 2,5 cm.

QUANTO À REDAÇÃO: os manuscritos devem ser redigidos de maneira objetiva, mantendo linguagem adequada ao estudo, bem como ressaltando a terminologia científica condizente. Recomenda-se que o(s) autor(es) busque(m) assessoria linguística profissional (revisores e/ou tradutores certificados nos idiomas português,

inglês e espanhol) antes de submeter(em) os manuscritos que possam conter incorreções e/ou inadequações morfológicas, sintáticas, idiomáticas ou de estilo. Devem ainda evitar o uso da primeira pessoa do singular “meu estudo...”, ou da primeira pessoa do plural “percebemos...”, pois em texto científico o discurso deve ser impessoal, sem juízo de valor. Os títulos das seções textuais devem ser destacados gradativamente, sem numeração.

O título do artigo e resumo com a primeira letra da sentença em maiúscula e em negrito; seção primária com a primeira letra da sentença em maiúscula e em negrito; e seção secundária em minúsculas e sublinhado. Ex.: **Título; Resumo; Abstract; Resultados** (seção primária); Princípios do cuidado de enfermagem (seção secundária). Evitar o uso de marcadores ao longo do texto.

Os manuscritos devem conter: Título (inérito) que identifique o conteúdo, em até 15 palavras e apresentá-lo nas versões que contemplem dois idiomas que a Revista adota: Português (Título), Espanhol (Título) e/ou Inglês (Title), sendo necessário apenas uma das línguas estrangeiras. Em caso do manuscrito ter origem em tese, dissertação, ou disciplina de programa de pós-graduação, deverá conter asterisco (*) ao final do título e a respectiva informação em nota de rodapé na primeira página. Essa indicação deverá ser informada somente na última versão do manuscrito, evitando a identificação da autoria.

Resumo: conciso, em até 150 palavras, elaborado em parágrafo único, acompanhado de sua versão para o Inglês (Abstract). Devem ser apresentados começando pelo mesmo idioma do trabalho. Deve conter objetivo da pesquisa, metodologia adotada, procedimentos de seleção dos sujeitos do estudo, principais resultados e as conclusões. Deverão ser destacados os novos e mais importantes aspectos do estudo.

Descritores: abaixo do resumo incluir 2 a 5 descritores segundo o índice dos Descritores em Ciências da Saúde - DeCS (<http://decs.bvs.br>). Não usar os termos: Palavras-chave, Keywords. Usar: Descritores, Descriptors.

Citações: utilizar sistema numérico para identificar as obras citadas. Representá-las no texto com os números correspondentes sem parênteses e sobrescritos, após o ponto, sem mencionar o nome dos autores. Quando se tratar de citação sequencial, separar os números por hífen, quando intercaladas devem ser separadas por vírgula. Em caso de transcrição de palavras, frases ou parágrafo com palavras do autor (citação direta), devem ser utilizadas aspas na sequência do texto, até três linhas (sem itálico) e referência correspondente conforme exemplo: 13:4 (autor e página); com mais de três linhas, usar o recuo de 4 cm, letra tamanho 12 e espaço duplo entre linhas (sem aspas e sem itálico), seguindo a indicação do número correspondente ao autor e à página. Supressões devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes “[...]” Recomenda-se a utilização criteriosa deste recurso. Exemplos:

Pesquisas evidenciam que... 1-4

Autores referem que... 1,4,5

“[...] quando impossibilitado de se autocuidar”. 5:27

Depoimentos: na transliteração de comentários ou de respostas, seguir as mesmas regras das citações, porém em itálico, com o código que representar cada depoente entre parênteses. As intervenções dos autores ao que foi dito pelos participantes do estudo devem ser apresentadas entre colchetes.

Referências: A Rev Saúde (Sta Maria) adota os "Requisitos Uniformes para

Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas", publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas? Estilo Vancouver, disponível no site: <http://www.icmje.org> ou <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> (versão traduzida em português).

Os títulos de periódicos devem ser referidos abreviados, de acordo com o Index Medicus: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals>. Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consultar o site: <http://portal.revistas.bvs.br> eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano.

As referências devem ser numeradas e normalizadas de acordo com o Estilo Vancouver. Na lista de referências, as referências devem ser numeradas consecutivamente, conforme a ordem que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Referencia-se o(s) autor(e)s pelo sobrenome, apenas a letra inicial é em maiúscula, seguida do(s) nome(s) abreviado(s) e sem o ponto.

Quando o documento possui de um até seis autores, citar todos os autores, separados por vírgula; quando possui mais de seis autores, citar todos os seis primeiros autores seguidos da expressão latina "*et al*".

Com relação a abreviatura dos meses dos periódicos - em inglês e alemão, abrevia-se os meses iniciando por maiúsculas; em português, espanhol, francês e italiano, em minúsculas. Ambos serão sem ponto como recomenda o Estilo Vancouver.

Os trabalhos poderão ainda conter:

- *Ilustrações:* poderão ser incluídas até cinco (gráficos, quadros e tabelas), em preto e branco, conforme as especificações a seguir: fotografias, desenhos, gráficos e quadros são considerados Figuras, as quais devem ser elaboradas para reprodução pelo editor de layout de acordo com o formato da Revista Saúde UFSM inseridos no texto, com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte inferior e sem grifo, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto. As figuras devem ser enviadas na forma de Documento Suplementar em formato GIF ou JPG.
- *Tabelas:* devem ser elaboradas para reprodução direta pelo editor de layout, em preto e branco, inseridas no texto, com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte superior, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto, conteúdo em fonte 12 com a primeira letra em maiúscula, apresentadas em tamanho máximo de 14 x 21 cm (padrão da revista) e comprimento não deve exceder 55 linhas, incluindo título.
- Se usar dados de outra fonte, publicada ou não, obter permissão e indicar a fonte por completo. Não usar linhas horizontais ou verticais internas. Empregar em cada coluna um título curto ou abreviado. Colocar material explicativo em notas abaixo da tabela, não no título. Explicar em notas todas as abreviaturas não padronizadas usadas em cada tabela.
- *Símbolos, abreviaturas e siglas:* Usar somente abreviaturas padronizadas. A não ser no caso das unidades de medida padrão, todos os termos abreviados devem ser escritos por extenso, seguidos de sua abreviatura entre parênteses, na primeira vez que aparecem no texto, mesmo que já tenha sido informado no resumo.
- Utilizar itálico para palavras estrangeiras.
- Deve ser evitada a apresentação de apêndices (elaborados pelos autores) e anexos (apenas incluídos, sem intervenção dos autores).
-

APRESENTAÇÃO DAS REFERÊNCIAS

Disponibilizamos abaixo exemplos de apresentação de referências, baseados no estilo Vancouver. Para outros exemplos consultar o site:

www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

Para pesquisar o título abreviado do periódico consulte o site

www.ccn.ibict.br/busca.jsf.

Artigos de periódicos

Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/journals>). Para os periódicos que não se encontram nessa listagem, poderá ser utilizado como referência o Catálogo Coletivo Nacional de Publicações Seriadas do IBICT (<http://ccn.ibict.br>).

Até 6 autores, indicar todos; 7 autores ou mais, indicar os 6 primeiros e acrescentar et al.

1 Artigo Padrão

Costa MCS, Rossi LA, Lopes LM, Cioffi CL. Significados de qualidade de vida: análise interpretativa baseada na experiência de pessoas em processo de reabilitação de queimaduras. Rev Latino-Am Enfermagem. 2008;16(2):252-9.

2 Com mais de seis autores

Brunello MEF, Ponce MAZ, Assis EG, Andrade RL P, Scatena LM, Palha PF et al . O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). Acta paul. enferm. 2010 ; 23(1): 131-135.

3 Instituição como autor

Center for Disease Control. Protection against viral hepatitis. Recommendations of the immunization. Practices Advisory Committee. MMWR 1990;39(RR-21):1-27.

4 Múltiplas instituições como autor

Guidelines of the American College of Cardiology; American Heart Association 2007 for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction. Part VII. Kardiologija. 2008;48(10):74-96. Russian.

5 Artigo de autoria pessoal e organizacional

Franks PW, Jablonski KA, Delahanty LM, McAteer JB, Kahn SE, Knowler WC, Florez JC; Diabetes Prevention Program Research Group. Assessing gene-treatment interactions at the FTO and INSIG2 loci on obesity-related traits in the Diabetes Prevention Program. Diabetologia. 2008;51(12):2214-23. Epub 2008 Oct 7.

6 Sem indicação de autoria

Best practice for managing patients' postoperative pain. Nurs Times. 2005;101(11):34-7.

7 Volume com suplemento

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saúde Pública. 2004;20 Supl 2:190-8.

8 Fascículo com suplemento

de Leon-Casasola O. Implementing therapy with opioids in patients with cancer. [Review]. Oncol Nurs Forum. 2008;35 Suppl:7-12.

9 Volume em parte

Jiang Y, Jiang J, Xiong J, Cao J, Li N, Li G, Wang S. Retraction: Homocysteine-induced extracellular superoxide dismutase and its epigenetic mechanisms in monocytes. J Exp Biol. 2008;211 Pt 23:3764.

10 Fascículo em parte

Rilling WS, Drooz A. Multidisciplinary management of hepatocellular carcinoma. J

Vasc Interv Radiol. 2002;13(9 Pt 2):S259-63.

11 Fascículo sem volume

Ribeiro LS. Uma visão sobre o tratamento dos doentes no sistema público de saúde. Rev USP. 1999;(43):55-9.

12 Sem volume e sem fascículo

Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. HRSA Careaction. 2002 Jun:1-6.

13 Artigo no qual o nome do autor possui designação familiar

King JT Jr, Horowitz MB, Kassam AB, Yonas H, Roberts MS. The short form-12 and the measurement of health status in patients with cerebral aneurysms: performance, validity, and reliability. J Neurosurg. 2005;102(3):489-94.

Infram JJ 3rd. Speaking of good health. Tenn Med. 2005 Feb;98(2):53.

14 Artigo com indicação de subtítulo

Vargas, D; Oliveira, MAF de; Luís, MAV. Atendimento ao alcoolista em serviços de atenção primária à saúde: percepções e condutas do enfermeiro. Acta Paul. Enferm. 2010;23(1):73-79.

15 Artigo com categoria indicada (revisão, abstract etc.)

Silva EP, Sudigursky D. Conceptions about palliative care: literature review. Concepciones sobre cuidados paliativos: revisión bibliográfica. [Revisão]. Acta Paul Enferm. 2008;21(3):504-8.

16 Artigo com paginação indicada por algarismos romanos

Stanhope M, Turner LM, Riley P. Vulnerable populations. [Preface]. Nurs Clin North Am. 2008;43(3):xiii-xvi.

17 Artigo contendo retratação

Duncan CP, Dealey C. Patients' feelings about hand washing, MRSA status and patient information. Br J Nurs. 2007;16(1):34-8. Retraction in: Bailey A. Br J Nurs. 2007; 16(15):915.

18 Artigos com erratas publicadas

Pereira EG, Soares CB, Campos SMS. Proposal to construct the operational base of the educative work process in collective health. Rev Latino-am Enfermagem 2007 novembro-dezembro; 15(6):1072-9. Errata en: Rev Latino-am Enfermagem 2008;16(1):163.

19 Artigo publicado eletronicamente antes da versão impressa (ahead of print)

Ribeiro Adolfo Monteiro, Guimarães Maria José, Lima Marília de Carvalho, Sarinho Sílvia Wanick, Coutinho Sônia Bechara. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. Rev Saúde Pública;43(1). ahead of print Epub 13 fev 2009.

20 Artigo provido de DOI

Barra DC C, Dal Sasso G T M. Tecnologia móvel à beira do leito: processo de enfermagem informatizado em terapia intensiva a partir da cipe 1.0®. Texto contexto - enferm. [periódico na Internet]. 2010 Mar [citado 2010 Jul 01];19(1): 54-63.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000100006&lng=pt. doi: 10.1590/S0104-07072010000100006.

21 Artigo no prelo

Villa TCS, Ruffino-Netto A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da tuberculose no Brasil. J Bras Pneumol. No prelo 2009.

Livros e outras monografias

1 Indivíduo como autor

Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 17ª ed. Rio de Janeiro:

Voices; 2007.

Waldow, VR. Cuidar. Expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis (RJ):
Voices; 2006.

2 Organizador, editor, coordenador como autor

Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH, organizadoras. Sistema
de assistência de enfermagem: evolução e tendências. 3ª ed. São Paulo: Ícone;
2005.

3 Instituição como autor e publicador

Ministério da Saúde (BR). Promoção da saúde: carta de Otawa, Declaração de
Adelaide, Declaração de Sunsvall, Declaração de Jacarta, Declaração de Bogotá.
Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

4 Capítulo de livro

Batista LE. Entre o biológico e o social: homens, masculinidade e saúde reprodutiva.
In: Goldenberg P, Marsiglia RMG, Gomes MHA (org). O clássico e o novo:
tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro:
Editora Fiocruz, 2003. p.361-5. 209-22

5 Capítulo de livro, cujo autor é o mesmo da obra

Moreira A, Oguisso T. Profissionalização da enfermagem brasileira. Rio de Janeiro:
Guanabara Koogan; 2005. Gênese da profissionalização da enfermagem; p. 23-31.

6 Livro com indicação de série

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).

7 Livro sem autor/editor responsável

HIV/AIDs resources: a nationwide directory. 10th ed. Longmont (CO): Guides for
Living; c2004. 792 p.

8 Livro com edição

Modlin IM, Sachs G. Acid related diseases: biology and treatment. 2nd ed.
Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; c2004. 522 p.

9 Livro com data de publicação/editora desconhecida e/ou estimada

Ministério da Saúde. Secretaria de Recursos Humanos da Secretaria Geral (BR).
Capacitação de enfermeiros em saúde pública para o Sistema Único de Saúde:
controle das doenças transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, [199?]. 96 p.

Hoobler S. Adventures in medicine: one doctor's life amid the great discoveries of
1940-1990. [place unknown]: S.W. Hoobler; 1991. 109 p.

10 Livro de uma série com indicação de número

Malvárez, SM, Castrillón Agudelo, MC. Panorama de la fuerza de trabajo en
enfermería en América Latina. Washington (DC): Organización Panamericana de la
Salud; 2005. (OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos HSR, 39).

11 Livro publicado também em um periódico

Cardena E, Croyle K, editors. Acute reactions to trauma and psychotherapy: a
multidisciplinary and international perspective. Binghamton (NY): Haworth Medical
Press; 2005. 130 p. (Journal of Trauma & Dissociation; vol. 6, no. 2).

12 Dicionários e obras de referência similares

Souza LCA, editor. Dicionário de administração de medicamentos na enfermagem
2005/2006: AME. 4ª ed. Rio de Janeiro: EPUB; 2004. Metadona; p. 556-7.

13 Trabalho apresentado em evento

Peduzzi M. Laços, compromissos e contradições existentes nas relações de
trabalho

na enfermagem. In: Anais do 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2001 out. 9-14; Curitiba. Curitiba: ABEn-Seção-PR; 2002. p. 167-82.

14 Dissertação e Tese

Nóbrega MFB. Processo de Trabalho em Enfermagem na Dimensão do Gerenciamento do Cuidado em um Hospital Público de Ensino. Fortaleza: [s.n.], 2006. 161 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual do Ceará, 2006.

Bernardino E. Mudança do Modelo Gerencial em um Hospital de Ensino: a reconstrução da prática de enfermagem. São Paulo: [s.n.], 2007. 178 p. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem, 2007.

Documentos legais

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União, Brasília, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43-51.

Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Básica. Parecer Nº16, de 5 de outubro de 1999: Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico [online].1999 [acesso 2006 Mar 26]. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/cne/parecer.shtm>

Material eletrônico

Artigo de revista em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];(1):[24 screens].Available from:

<http://www.cdc.gov/incidod/EID/eid.htm>

Matéria publicada em site web

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2002. Rio de Janeiro; 2002. [citado em: 12 jun 2006]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>