

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
PÓS-GRADUAÇÃO ESPECIALIZAÇÃO EM
GESTÃO DE ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE**

**HEPATITE C,
UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA?**

ARTIGO CIENTÍFICO

Tobias Abich Rodrigues

Cachoeira do Sul, RS, Brasil

2014

PG-EGOPS/UFSM,RS

RODRIGUES, Tobias Abich

Especialista

2014

**HEPATITE C:
UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA?**

Tobias Abich Rodrigues

Artigo científico apresentado ao Curso de Pós-Graduação Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção de **Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde**

Orientador: Prof^ª Dr^ª. Giovana Cristina Ceni

Cachoeira do Sul, RS, Brasil

2014

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

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Artigo Científico

**HEPATITE C:
UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA?**

elaborado por
Tobias Abich Rodrigues

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

COMISSÃO EXAMINADORA:

Giovana Cristina Ceni, Dr^a
(Presidente/Orientador)

Loiva Beatriz Dellepiane, Dr^a (UFSM)

Caroline Curry Martins, Msc. (UFSM)

Cachoeira do Sul, 12 de junho de 2014

AGRADECIMENTOS

Leticia Abich Rodrigues Barbosa Franco: pela paciência e compreensão;

Universidade Federal de Santa Maria – pela qualidade do ensino público e gratuito;

Universidade Aberta do Brasil – por viabilizar a realização deste curso;

Dr^a Giovana Cristina Ceni – por me guiar durante esta caminhada.

Raquel Ruppenthal – pela presteza e suporte ofertados;

Luciane Domingues – Pelas produtivas conversas;

Coordenação e docentes do PPGPPC – pela condução do curso de forma estimulante;

A todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho, e não estão nominalmente citados.

RESUMO

Artigo Científico

Pós-Graduação Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde
Universidade Federal de Santa Maria

HEPATITE C: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA?

AUTOR: TOBIAS ABICH RODRIGUES

ORIENTADORA: DR^a GIOVANA CRISTINA CENI

Data e Local da Defesa: Cachoeira do Sul, 12 de julho de 2014.

O objetivo desta pesquisa é identificar o comportamento epidemiológico da Hepatite C no Brasil, com enfoque no Rio Grande do Sul (RS) e em Cachoeira do Sul, através da produção de indicadores. Trata-se de um estudo documental, retrospectivo e descritivo realizado a partir da pesquisa de dados secundários obtidos através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde (SINAN). Os resultados obtidos apontaram que no Brasil a epidemia vem se estabilizando, no RS há um crescente número de novos casos, e em Cachoeira do Sul os números são inconstantes. Houve predomínio de hepatite viral causada somente pelo Vírus da Hepatite C (HCV) e o RS foi o estado com maior incidência, enquanto Cachoeira do Sul foi o 127º do estado. A maioria das notificações aponta faixa etária de 40 a 59 anos, sexo masculino e forma crônico/portador da doença. O estudo demonstrou a expansão da epidemia, principalmente em território gaúcho, e a importância do processo de notificações de novos casos, além de esboçar um plano de ação para enfrentamento deste problema de saúde pública em Cachoeira do Sul. O impacto esperado é a produção de indicadores mais fidedignos à realidade local, que contribuam com o processo de gestão de saúde pública, e serviam de base para construção de políticas públicas destinadas ao enfrentamento desta epidemia.

Palavras-chave: Hepatite C; HCV; Saúde pública.

ABSTRACT

Scientific Article

Graduate Specialization in Management of Public Health Organization
Universidade Federal de Santa Maria

HEPATITIS C:

A PUBLIC HEALTH PROBLEM?

AUTHOR: TOBIAS ABICH RODRIUES

ADVISER: DR^a GIOVANA CRISTINA CENI

Defense Place and Date: Cachoeira do Sul, July 12th, 2014.

The objective of this research is to identify the epidemiological behavior of hepatitis C in Brazil, focusing on the Rio Grande do Sul (RS) and Cachoeira do Sul, through the production of indicators. It is a documentary, a retrospective study from the research of secondary data obtained from the Information System for Notifiable Diseases of the Ministry of Health (SINAN). The results showed that in Brazil the epidemic has stabilized in RS there is a growing number of new cases, and in Cachoeira do Sul numbers are fickle. There was a prevalence of viral hepatitis caused by Hepatitis C virus (HCV) and RS only was the state with the highest incidence, while Cachoeira do Sul was the 127 of the state. Most reports pointing aged 40 to 59 years, male and chronic form / carrier of the disease. The study demonstrated the spread of the epidemic, especially in state territory, and the importance of notifications of new cases process, and outline a plan of action for tackling this public health problem in Cachoeira do Sul The expected impact is the production of indicators more reliable to local conditions, which contribute to the process of public health management, and served as the basis for construction of public policies aimed at tackling this epidemic.

Key words: Hepatitis C; HCV; public health

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Notificações por classificação etiológica.....	19
Tabela 2 - Incidência de HCV nos municípios do Rio Grande do Sul em 2012.....	21
Tabela 3 - Perfil epidemiológico das Hepatites Virais.....	22

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Número de notificações de Hepatite C a cada 10 milhões de habitantes, no Brasil, Rio Grande de Sul e Cachoeira do Sul.....	19
Figura 2 - Incidência de HCV nos estados brasileiros em 2012.....	20

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Acre
BA	Bahia
BR	Brasil
COMCAM	Comunidade dos Municípios de Campo Mourão
ES	Espirito Santo
HAV	Vírus da Hepatite A
HBV	Vírus da Hepatite B
HCV	Vírus da Hepatite C
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PEG	Planejamento Estratégico Governamental
PR	Paraná
RJ	Rio de Janeiro
RS	Rio Grande do Sul
SC	Santa Catarina
SEER	Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde
SP	São Paulo
UFMS	Universidade Federal de Santa Maria
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Normas para publicação.....	33
---------------------------------------	----

SUMÁRIO

RESUMO	11
ABSTRACT	11
RESUMEN	12
INTRODUÇÃO	13
METODOLOGIA	17
RESULTADO	17
DISCUSSÃO	22
CONCLUSÃO	27
REFERÊNCIAS	29
ANEXO A	33

HEPATITE C, UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA?**HEPATITIS C, A PUBLIC HEALTH PROBLEM?****HEPATITIS C, UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA?****RESUMO**

Objetivos: Identificar o comportamento epidemiológico da Hepatite C no Brasil, com enfoque no Rio Grande do Sul (RS) e em Cachoeira do Sul. **Métodos:** Trata-se de um estudo documental, retrospectivo e descritivo realizado a partir da pesquisa de dados secundários obtidos através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde (SINAN). **Resultados:** No Brasil a epidemia vem se estabilizando, no RS há um crescente número de novos casos, e em Cachoeira do Sul os números são inconstantes. Houve predomínio de hepatite viral causada somente pelo HCV. O RS foi o estado com maior incidência, enquanto Cachoeira do Sul foi o 127° do estado. A maioria das notificações aponta faixa etária de 40 a 59 anos, sexo masculino e forma crônico/portador da doença. **Conclusões:** O estudo demonstrou a expansão da epidemia, principalmente em território gaúcho, e a importância do processo de notificações de novos casos.

ABSTRACT

Objectives: To identify the epidemiological behavior of hepatitis C in Brazil, focusing on the Rio Grande do Sul (RS) and Cachoeira do Sul. **Methods:** This is a documentary, a retrospective study from the research of secondary data through the Notifiable Diseases Information System of the Ministry of Health (SINAN). **Results:** In Brazil, the epidemic has stabilized, in RS there is a growing number of new cases, and in Cachoeira do Sul numbers are fickle. There was a prevalence of

viral hepatitis caused by Hepatitis C virus (HCV) only. The RS was the state with the highest incidence, while Cachoeira do Sul was the 127th of the state. Most reports pointing aged 40 to 59 years, male and chronic form / carrier of the disease. Conclusions: The study demonstrated the spread of the epidemic, especially in state territory, and the importance of notifications of new cases process.

RESUMEN

Objetivos: Identificar el comportamiento epidemiológico de la hepatitis C en Brasil, centrado en el Rio Grande do Sul (RS) y Cachoeira do Sul. **Métodos:** Se trata de un documental, un estudio retrospectivo de la investigación de datos secundarios a través de las enfermedades de declaración obligatoria del Sistema de Información del Ministerio de Salud (SINAN). **Resultados:** En Brasil, la epidemia se ha estabilizado en RS hay un número creciente de nuevos casos, y en Cachoeira do Sul números son volubles. Hubo una prevalencia de hepatitis viral causada por el virus de la hepatitis C (VHC) solo, el RS fue el estado con la mayor incidencia, mientras Cachoeira do Sul fue el 127 del estado. La mayoría de los informes que señalan entre los 40 a 59 años, hombres y crónica formulario / portador de la enfermedad. **Conclusiones:** El estudio demostró la propagación de la epidemia, sobre todo en el territorio del Estado, así como la importancia de las notificaciones de nuevo proceso de los casos.

DESCRITORES: Hepatite C; HCV; Saúde pública.

INTRODUÇÃO

O fígado é um órgão de grande importância no metabolismo humano, situado na porção superior direita do abdômen. De maneira geral, ele é responsável pela execução ou controle da maioria das reações químicas de nosso organismo, como digestão, coagulação sanguínea e metabolismo de açúcares, proteínas, gorduras, hormônios e substâncias estranhas. 1

Na vigência de doença que provoque agressão ao fígado ocorre a hepatite, que nada mais é do que a inflamação do órgão. Vários podem ser os agentes causadores de hepatite, como vírus, fungos e bactérias. Também podem causar a inflamação do fígado, a ocorrência de doenças metabólicas e o uso de substâncias hepatotóxicas como drogas, medicamentos e o abuso bebidas alcoólicas. A evolução da doença depende do agente etiológico envolvido. Se a causa for infecção por certos agentes biológicos, metabólica ou decorrente de intoxicação, a sintomatologia será mais evidente, possibilitando o diagnóstico precoce, e por consequência o tratamento mais efetivo. Em contrapartida, se o agente etiológico for o Vírus da Hepatite C (HCV), é provável que não haja sintomatologia evidente. O agente etiológico penetra na corrente sanguínea e, devido à sua afinidade pelos hepatócitos, fica alojado no fígado, onde multiplica-se e causa lesão celular. 2

O HCV é um retrovírus, pertencente à família flavivírus, subdivide-se em pelo menos 6 genótipos, sendo o 1, o mais frequente no Rio Grande do Sul, e também, o que tem menor possibilidade de cura. 3-4 O patógeno só foi identificado na década de 80, pelos pesquisadores Qui-Lim-Choo, George Kuo, Daneil Bradley e Michael Houghton. 4 A Hepatite C É considerada uma das mais importantes pandemias do século XXI e responsável por inúmeros casos de transplantes de

fígado em vários países. Duas características que a tornam um grave problema de saúde pública são a característica assintomática, que faz com que a pessoa infectada não busque atendimento especializado, e a alta taxa de cronificação, acima de 80% dos casos. 5

A transmissão da patologia é complexa, considerando que em cerca de 10 a 30% dos pacientes infectados não é possível a identificação do mecanismo envolvido. Sabe-se que o vírus pode ser transmitido verticalmente e pela via sexual e aleitamento materno, que são formas raras; e também pelo compartilhamento de perfuro cortante contaminado, que é a forma mais comum. O contato com esses materiais pode ocorrer durante o uso de drogas injetáveis ou inaláveis e execução de procedimentos como hemodiálise, acupuntura, tatuagens, cirurgias, manicures, barbearia, colocação de piercings e em acidentes ocupacionais, principalmente no caso dos profissionais da área da saúde. 6

Cerca de 80% dos portadores de HCV não conseguem eliminar espontaneamente o vírus no primeiro semestre após a infecção, o que caracteriza o início da fase crônica da doença. Nesse estágio, a patologia passa por uma fase assintomática, dificultando o diagnóstico. Cerca de 20% dos casos evoluem para cirrose hepática e 1 a 5% para hepatocarcinoma. 7

O diagnóstico é realizado através da sorologia (anti-HCV). Este marcador indica o contato prévio com o vírus e é considerado o principal marcador da infecção hepática, mas deve ser confirmado por testes moleculares. O tratamento convencional da hepatite C consiste na administração de interferon (peguilado ou não) e ribavirina durante 24 a 72 semanas. Os pacientes necessitam de acompanhamento multiprofissional desde o pré-tratamento, quando são

submetidos à criteriosa avaliação clínico-laboratorial. Antes de iniciar o tratamento, para avaliar o custo-benefício da instituição do teste; durante, devido à possibilidade de ocorrência de efeitos adversos; e finalmente, no pós-tratamento, para avaliação de Resposta Viroológica Sustentada, ou seja, se o vírus permanece indetectável 6 meses após a suspensão do tratamento. 8

Novos tratamentos vêm surgindo nos últimos anos, como por exemplo, a inclusão do Boceprevir e Telaprevir no Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para hepatite viral c e coinfeções (PCDT). Trata-se de um esforço da comunidade científica em aumentar os níveis de eficiência do tratamento, já que no caso do HCV, genótipo 1, a chance de cura está em torno de 40% à 60%, sem contar os casos de suspensão do tratamento devido à ocorrência de efeitos adversos graves. 9

Não existe vacina contra a Hepatite C, mas a contaminação pode ser evitada pelo uso de preservativo durante as relações sexuais e a utilização de perfuro cortantes esterilizados ou descartáveis. Existem alguns fatores de risco que podem estar associados ao maior grau de risco para a aquisição desta doença como o uso de álcool ou drogas e a falta de informação ou acesso a preservativos, cachimbos, seringas e agulhas descartáveis. 7 É por conta disso que torna-se importante o desenvolvimento de políticas públicas voltadas ao enfrentamento desta epidemia.

Sabe-se que os gestores são peça-chave para a manutenção de políticas públicas de saúde e que o planejamento estratégico governamental (PEG) é ferramenta essencial para enfrentar os desafios apresentados. O PEG caracteriza-se pela maior participação popular na manutenção dessas políticas, o diálogo constante entre as diferentes instâncias governamentais e a análise crítica de todas as fases da formulação, implementação e avaliação. O Estado de hoje ainda vê a

administração pública como a empresarial, o que gera a despolitização de questões de saúde pública, por isso, é fundamental a transformação deste Estado Herdado no Estado Necessário, construído através do PEG. 10

O PEG busca a evolução social, através da gestão mais qualificada, para diminuir as desigualdades sociais vigentes. Mediante o princípio da equidade, o que se almeja é a justiça social para todos. É um problema complexo que envolve múltiplos fatores, e por isso a elaboração de indicadores é ferramenta essencial, desde que os dados obtidos sejam fiéis à realidade social do país, do contrário, o planejamento construído a partir de indicadores pouco confiáveis está condenado ao fracasso. Os indicadores podem servir como ponto de referência, demonstrando a posição atual e o ponto a alcançar através da estipulação de metas. A análise das informações obtidas permite ao gestor tomar medidas que julgar necessárias para aumentar a eficiência e a eficácia do plano de ação e aperfeiçoar o processo de avaliação. 11

Em um país-continente como o Brasil, fica ainda mais evidente a importância da qualidade dos indicadores utilizados. O país apresenta características diferenciadas ao longo de seu território, e a correta mensuração das realidades locais constrói o alicerce das políticas públicas a serem desenvolvidas. Tendo em vista esta concepção, o objetivo deste estudo é fornecer indicadores sobre o comportamento epidemiológico da hepatite c e, um problema de saúde que afeta o Brasil, com enfoque nas realidades do estado do Rio Grande do Sul e no município de Cachoeira do Sul - RS.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo documental, retrospectivo e descritivo realizado a partir da pesquisa de dados secundários obtidos através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde (SINAN). A pesquisa buscou retratar a o retrospecto epidemiológico da hepatite C no âmbito nacional, do estado do Rio Grande do Sul e do município de Cachoeira do Sul, no período de 1992 à 2012.

As variáveis pesquisadas foram o número de notificações por residência, ano de notificação, sexo, faixa etária, agente etiológico associado ao HCV e classificação forma clínica. Os dados foram obtidos utilizando-se como filtros o período disponível de 2007 a 2012, ano de diagnósticos/sintomas 1992 à 2012 e Anti-hcv sorol/viro reagente. Todas as pesquisas foram filtradas por classificação etiológica Vírus C, Vírus A+C e Vírus B+C, exceto na pesquisa de forma clínica.

A construção dos indicadores foi feita a partir da relação de número de casos por habitantes, para pesquisa de notificações utilizando-se como fonte de dados adicional o DATASUS através da opção “Informações de Saúde / Estimativas de 1992 a 2013 utilizadas pelo Tribunal de Contas da União para determinação das cotas do Fundo de Participação dos Municípios (sem sexo e faixa etária)”. Os demais indicadores foram construídos através de cálculos de porcentagem relacionando períodos anteriores ou variáveis envolvidas.

RESULTADOS

De 1992 a 2012, foram notificados 94.707 casos de Hepatite C no Brasil. De 1992 a 1994, a contagem de notificações não chegava a uma centena. Somente em 2004 este número alcançou o primeiro milhar, como pode ser observado na figura 1,

que demonstra as notificações de Hepatite C a cada 10 milhões de habitantes, do ano 2004 à 2012. No período entre 2005 para 2006 o número de casos se elevou em 87%, e no ano seguinte houve um acréscimo substancial de 418% em relação a 2006. De 2007 até 2011 a quantidade de notificações se manteve relativamente constante, e em 2012 houve uma pequena diminuição no número de casos.

Em 1992, no Rio Grande do Sul (RS), foram notificados 17 casos de hepatite C e somente dez anos depois, o estado registrou mais de 100 casos. Algo semelhante com o ocorrido no restante do Brasil se sucedeu no RS de 2005 para 2006, pois, neste período, o número de notificações aumentou em 113% e em 2007 o acréscimo foi de 272% em relação ao ano anterior. Seguindo a mesma tendência da união, o estado manteve relativa constância no número de notificações até 2012.

O município de Cachoeira do Sul tem seus primeiros registros de ocorrência de casos confirmados de hepatite C em 2004 (figura 1). Diferentemente do que ocorreu com o país e o estado, não há progressão constante do número de notificações ao longo do tempo. Como exemplo disso, pode-se observar o registro de 1 notificação em 2005, 13 em 2007 e apenas 7 no ano seguinte. A média de notificações ficou em cerca de 7 por ano.

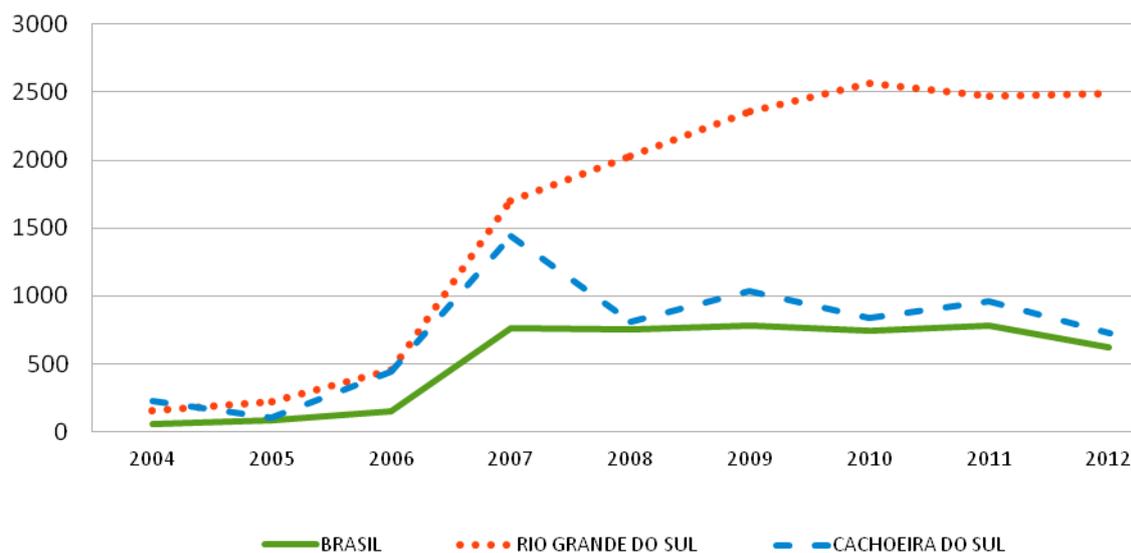


Figura 1 – Número de notificações de Hepatite C a cada 10 milhões de habitantes, no Brasil, Rio Grande de Sul e Cachoeira do Sul.

Quanto à distribuição das notificações conforme agente etiológico envolvido, no Brasil e no Rio Grande do Sul, assim como em Cachoeira do Sul, como mostra a Tabela 1, há predominância de hepatite viral causada somente pelo vírus HCV. Infecções pelo Vírus da Hepatite B (HBV) em concomitância com o da C foi verificada em menos de 4%, enquanto a taxa de notificados com o HCV e o Vírus da Hepatite A (HAV) foi menor que 1% no estado e na união e inferior a 4% no município cachoeirense.

Tabela 1: Notificações por classificação etiológica

	Brasil		Rio Grande do Sul		Cachoeira do Sul	
	N° absol.	% notif.	N° absol.	% notif.	N° absol.	% notif.
Vírus C	90985	96,07	15855	97,1329	59	96,7213
Vírus B + C	3480	3,67449	432	2,64657	0	0
Vírus A + C	242	0,25552	36	0,22055	2	3,27869
Total	94707	100	16323	100	61	100

No que se refere à incidência de Hepatite C, no ano de 2012, foram notificados 17.795 novos casos no Brasil. Como indica a figura 2, o Rio Grande do Sul foi o estado com maior incidência de novos casos a cada 100 mil habitantes. Foi responsável por mais de 20% de todas as notificações da nação, enquanto o segundo colocado do ranking, São Paulo, com contagem de mais três quartos de acréscimo no número de novos casos em relação ao RS, apresentou incidência menor do que da metade da registrada no estado gaúcho, quando comparadas com as respectivas bases populacionais. Santa Catarina (SC), Rio de Janeiro (RJ) e Acre (AC) registraram a ocorrência de 12 a 15 casos de HCV a cada 100 mil habitantes, enquanto as demais unidades federativas apresentaram incidência inferior a uma dezena por 100 mil habitantes.

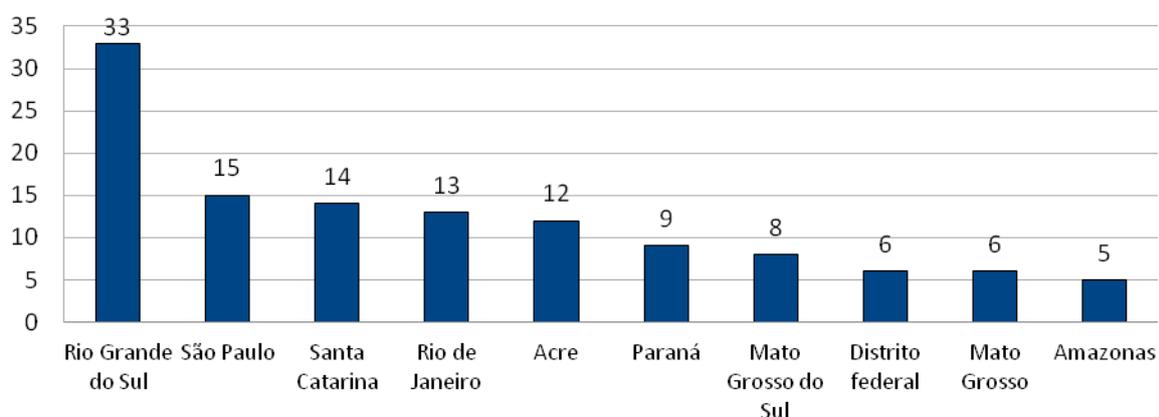


Figura 2: Incidência de HCV nos estados brasileiros em 2012

O Rio Grande do Sul está dividido em 496 municípios e, segundo os dados da Tabela 2, o município com maior incidência de casos de Hepatite C em 2012 é Charqueadas, seguido por Coronel Pilar, Sant'Ana do Livramento, Porto Alegre e Mariano Moro, respectivamente. Os municípios estão distribuídos nas regiões metropolitana de Porto Alegre, nordeste, fronteira oeste, capital e noroeste do estado, respectivamente. Cachoeira do Sul, situada na região central do Rio Grande

do Sul, é o 127º município com maior incidência, contabilizando 12 novos casos em 2012.

Tabela 2: Incidência de HCV nos municípios do Rio Grande do Sul em 2012

Município	População	Casos de HCV	Dens / 100.000	Ranking
Charqueadas	36130	135	373,6507058	1
Coronel Pilar	1702	2	117,5088132	2
Sant'Ana do Livramento	81198	89	109,608611	3
Porto Alegre	1416714	1506	106,3023306	4
Mariano Moro	2171	2	92,12344542	5

Em relação à distribuição de casos quanto a faixa etária, sexo e forma clínica dos casos notificados no período entre 1992 e 2012, a epidemia apresenta as mesmas características no Brasil, Rio Grande do Sul e Cachoeira do Sul (Tabela 3). Observa-se que aproximadamente 80% dos indivíduos notificados têm entre 20 e 59 anos, sendo que, especificamente, a faixa etária dos 40 aos 59 anos contém mais da metade de todos os casos. Quanto ao sexo, a maior parte dos registros refere-se ao masculino, embora, a maior diferença desta distribuição seja de 10%. Referente à forma clínica, há preponderância de mais de 70% de notificações da forma crônico/portador da doença e menos de 2% da forma aguda ou fulminante.

Tabela 3: Perfil epidemiológico das Hepatites Virais

Faixa Etária	Casos confirmados		
	Brasil	RS	Cach.do Sul
Em branco/Ignorado	48	4	0
19 anos ou menos	1996	285	2
20-39 anos	25.056	4.200	19
40-59 anos	51.137	8.626	33
60 anos ou mais	16.470	3.208	7
Classificação da forma clínica			
Em branco/Ignorado	1478	251	0
Hepatite Aguda	2895	373	2
Hepatite Crônica/Portador	82671	11622	58
Hepatite Fulminante	243	26	1
Inconclusivo	7420	4051	0
Total	94707	16323	61

DISCUSSÃO

Devido ao aspecto assintomático da doença, os dados referentes à incidência de HCV podem estar mascarados, porém, para se ter uma noção do tamanho da epidemia, calcula-se que cerca de 2,35% da população mundial esteja infectada, ou seja, aproximadamente 152 milhões de pessoas. A região do globo que apresenta maior prevalência de soropositivos para HCV é o Oriente Médio, com 4,7% da população, seguido da África e Europa, com 3,2% e 2,3%, respectivamente, enquanto que nas Américas a prevalência é 1,5%. Em termos de valores absolutos, a

Ásia concentra o maior número de portadores do HCV, com 83 milhões de pessoas.

12

No Brasil a prevalência estimada é de 1,4%, com 2.609.670 de infectados, o que corresponde a 18% do percentual de infectados nas Américas. Segundo Lavanchy et al. 12, o país é um dos países que tem maior prevalência na América do Sul, atrás apenas da Argentina e da Bolívia com 1,9% e 4,7%, respectivamente.

12 As maiores taxas de prevalência de soropositividade para HCV em doadores de sangue, encontram-se nos estados da região norte (2,12%). A região Sul, por sua vez, apresentou a menor taxa de prevalência (0,65%), sendo o Rio Grande do Sul, o estado com a menor (0,6%). 13 Os dados obtidos por este estudo apontam o estado de SP como o que tem maior número de notificações no período 1992-2012, em contrapartida, os dados relativos à incidência em 2012 demonstram que o RS tem proporcionalmente mais do que o dobro do número de notificações que SP. A discrepância entre os dados pode estar relacionada ao avanço da epidemia no RS, ao longo dos anos.

Santos 14 realizou um estudo com abordagem quantitativa a partir de dados secundários obtidos no SINAN da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, referentes ao período de 2010 a 2011. O autor relatou uma proporção de 28 pessoas infectadas a cada 100 mil habitantes, enquanto esta pesquisa encontrou proporção equivalente a 25 a cada 100 mil habitantes. No RS, as macrorregiões responsáveis pelos maiores números de registro de casos são, respectivamente, Metropolitana e Serra. A região dos vales é apenas a 6ª região em número de casos registrados pelo SINAN. Embora este estudo tenha utilizado a mesma metodologia que o de Santos 14, observa-se certa incoerência entre os dados levantados. Tal

fato pode estar relacionado à realização de um processo de revisão de dados, previsto no sistema SINAN.

AIDS e a Hepatite B têm o contato com sangue contaminado como via de transmissão em comum com a Hepatite C e podem servir de parâmetro para mensurar o nível desta epidemia. Em uma aplicação da metodologia deste estudo para quantificação do número de casos notificados das três patologias, no período 1992-2012, obteve-se os seguintes resultados: No Brasil, A AIDS apresenta maior número de notificações, contabilizando 504.308 notificações, ou seja, um número pouco mais de 4 vezes maior do que a Hepatite C, enquanto que a Hepatite B foi a que obteve o menor número de notificações. Deve-se levar em consideração que embora as patologias apresentem o contato com sangue contaminado em comum, o HIV e o HBV ainda podem ser transmitidos por via sexual, enquanto o HCV raramente é transmitido desta forma. 7

Quanto à idade e ao sexo, os estudos analisados ratificaram os registros desta pesquisa. 14 - 19 Em 2012, Oliveira 15 apontou a faixa etária dos 40 aos 50 anos como a mais prevalente no estado de São Paulo. 15 As pesquisas de Cerqueira 16, na microrregião de Feira de Santana, Bahia (BA), e Santos 14, no Rio Grande do Sul, registraram algo parecido: maior parte da população notificada com Hepatite C estava situada na faixa etária dos 40 aos 49 anos. 14 - 16 Da mesma forma, Coelho 17, em Juazeiro-BA e Neto 18, São José dos Pinhais, relataram que a maioria dos participantes soropositivos para o HCV tinham 40 anos ou mais. 17 - 18 Faixa etária dos 50 aos 60 anos foi uma característica em comum apontada por Mello 19 nas pessoas infectadas por o HCV, em uma investigação que envolveu

usuários do Núcleo Hospitalar epidemiológico do sul do Brasil, no período de 2007 a 2010, com dados do SINAN. 19

Quanto à forma clínica a investigação de Rocha 20 veio ao encontro desta. O autor relatou que 22,8% dos casos foram de Hepatite aguda e 70 % de Hepatite Crônica, consideradas as Hepatites B, C e D. Considerando que maior parte dos participantes com hepatite portava somente o HBV, infere-se que a porcentagem de formas crônicas de infectados pelo HCV no estudo de Rocha 20 é superior, aproximando-se assim, do resultado encontrado na presente pesquisa. Há ainda, uma provável relação com a faixa etária média das notificações, de 40 anos ou mais, que pode estar associada ao caráter assintomático da doença, que favorece o diagnóstico tardio.

Em Aracaju-SE, Rocha 20 relatou que a quantidade de notificações segue uma tendência de diminuição do número de novos casos (113 em 2007 e 71 em 2012). Foram incluídos no estudo os portadores de Hepatite c notificados na macroregião do estado do Sergipe no período de 2007 à 2012. Em comparação, o município de Cachoeira do Sul apresentou relativa constância no número de notificações, dentro do mesmo período. Tal evidência sugere que embora a epidemia de Hepatite C possa estar aumentando, há experiências municipais bem sucedidas que podem estar conseguindo fazer o controle efetivo deste problema de saúde pública.

O grande aumento do número de notificações observado nos anos de 2006 e 2007 não ocorreu nos municípios de São Paulo, conforme os dados do Centro de Vigilância Estadual -SP. A grande elevação no número das notificações observadas

no SINAN, no período citado, pode estar relacionada com as características técnicas do sistema, no que se refere à forma de notificação. 21

O diagnóstico e o tratamento de Hepatite C envolve utilização de técnicas de diagnóstico modernas, medicamentos, acompanhamento médico especializado e multidisciplinar, e tudo isso demanda um determinado gasto público. Em 2011, Carias 22 constatou que a Hepatite C está entre as doenças que apresentaram os mais altos gastos públicos no SUS. 22 Segundo Blatt 23, em 2010, o custo médio por paciente em tratamento de Hepatite C crônica com Peguinterferon 180mcg 2a e Ribavirina foi de R\$ 18.698,38, considerando um período de 48 semanas. 23 Dados como estes, quando comparados com os obtidos neste estudo, demonstram que a expansão da epidemia, principalmente em território gaúcho, associada ao alto custo desta para os cofres públicos, representa um problema de saúde pública.

Considerando os indicadores obtidos por este estudo, pode-se esboçar um plano de ação passível de ser adotado pela gestão municipal do SUS em Cachoeira do Sul, referente ao enfrentamento da epidemia de Hepatite C. O plano fica alicerçado em dois pilares: aplicação de testes rápidos e capacitação das equipes de saúde quanto à vigilância epidemiológica.

Com a finalidade de aumentar à eficiência do SUS quanto ao diagnóstico de novos casos de Hepatite C, uma importante ferramenta que poderia ser empregada é a utilização de testes rápidos para triagem de soropositivos para o HCV. A metodologia tem especificidade e sensibilidade suficientes para tal propósito, além de proporcionar redução de metade dos recursos financeiros empregados nos testes convencionais. 24

Outro ponto a ser trabalhado é a capacitação das equipes de saúde quanto à vigilância epidemiológica. No município, fica evidente a desqualificação deste processo que reflete a inconstância do número de notificações ao longo dos anos. Um exemplo de qualificação é a informatização do ato de notificação defendido por Capucho em seu estudo. O autor destaca a redução do tempo dispendido pelo profissional e a facilidade de análise dos dados como vantagens das notificações informatizadas sobre as manuais. 25

A partir da geração de economia obtida pela substituição dos testes convencionais pelo teste rápido, pode-se investir mais recursos na ampliação da cobertura do diagnóstico e na educação continuada das equipes de saúde quanto a vigilância epidemiológica da Hepatite C. O resultado deste plano de ação pode ser monitorado e avaliado através da comparação de indicadores obtidos pela mesma metodologia deste estudo com outros provenientes de outras localidades, períodos e fontes de dados diferentes.

CONCLUSÃO

Pode-se inferir desta pesquisa, a importância do processo de notificações de novos casos. São essas informações que norteiam a gestão em saúde pública para tomada de decisões e aplicação de recursos. No Brasil, a Hepatite C parece estar sob controle, já no RS, constatou-se o avanço da epidemia ao longo dos anos, e no município de Cachoeira do Sul, os dados pesquisados apontaram a necessidade de qualificação da vigilância epidemiológica municipal. Quanto ao perfil epidemiológico, destaca-se a idade acima dos 40 anos e a forma crônica/portador da doença.

São limitações deste estudo a inexistência de informações sobre notificações

de 1992 a 2004 em Cachoeira do Sul, e o baixo número de produções científicas sobre a incidência da doença. Como complemento desta pesquisa, em estudos futuros, seria interessante a realização de uma investigação sobre o processo de notificação e vigilância epidemiológica através da aplicação de questionários e realização de entrevistas com os profissionais de saúde envolvidos e análise das fichas de notificações.

A otimização do processo de notificação pode ser alcançada através execução, sob a ótica do PEG, do plano de ação esboçado nesta pesquisa. O impacto esperado destas medidas é a produção de indicadores mais fidedignos à realidade local, que contribuam com o processo de gestão de saúde pública, e serviam de base para construção de políticas públicas destinadas ao enfrentamento desta epidemia.

REFERÊNCIAS

1. Guyton AC, Hall JE. Tratado de fisiologia médica. 11th ed. Tradução de Bárbara Alencar Martins et al. Rio de Janeiro: Elsevier; c2006. 1128 p.
2. Mitchell RN, Kumar V, Abbas AK, Fausto N, Aster JC. Fundamentos de Robbins & Cotran : patologia. 8th ed. Tradução Alcir Costa Fernandes et al. Rio de Janeiro: Elsevier; c2010. 728 p.
3. Levinson W. Microbiologia médica e imunologia. 10th ed. Tradução de Martha Maria Macedo Kyaw. Porto Alegre: Artmed; c2010. 663 p.
4. Houghton M apud Fonseca JCF da. Histórico das hepatites virais. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. [internet] 2010 May-Jun [cited 2014 May 27];(9):[26 screens]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822010000300022>
5. Teixeira R, Martins Filho OA, Oliveira GC. Hepatite c: aspectos críticos de uma epidemia silenciosa. Belo Horizonte: COOPMED/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. 212 pp.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional para a Prevenção e Controle das Hepatites Virais: Manual de aconselhamento em Hepatites Virais. [internet] [acesso em 2014 May 29]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/politicas/hepatites_aconselhamento.pdf.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Hepatite C; [internet] [acesso em 2014 may. 29]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para

hepatite viral c e coinfeccões; [internet] 2011 [acesso em 2014 may. 30]. Disponível em:

http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/49960/protocolo_hepatitec_marc_pdf_29595.pdf.

9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para hepatite viral c e coinfeccões - Manejo do paciente infectado cronicamente pelo genótipo 1 do HCV e fibrose avançada; [internet] 2011 [acesso em 2014 may. 30]. Disponível em:

http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/49960/web_suplemento_protocolo_hep_c_2013_07_01_pdf_20444.pdf.

10. Planejamento estratégico governamental / Renato Peixoto Dagnino. - Florianópolis :Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2009.166p. : il.

11. Indicadores socioeconômicos na gestão pública / Paulo de Martino Jannuzzi. -Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES :UAB, 2009.112p. : il.

12. Lavanchy D. Evolving epidemiology of hepatitis C virus. Clin Microbiol Infect. [internet] 2010 Nov-Dez [cited 2014 May 21];(9):[18 screens]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-0691.2010.03432.x/pdf..>

13. Martins T, Narciso-Schiavon JN, Schiavon L de L. Epidemiologia da infecção pelo vírus da hepatite C. Rev. Assoc. Med. Bras. [internet] 2011 Jan-Feb [cited 2014 May 22];(6):[14 screens]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302011000100024>.

14. Santos, JD de. Perfil epidemiológico dos pacientes portadores de Hepatite C notificados no estado do Rio Grande do Sul no período de 2010 a 2011. [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina; 2013. 60 p. Dissertação de mestrado profissional em epidemiologia.
15. Oliveira CV de, Prevalência e fatores de risco da infecção pelo vírus da hepatite C em amostras populacionais do estado de São Paulo com análise espacial por geoprocessamento. [dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu; 2012. 112 p. Doutorado em fisiopatologia em clínica médica.
16. Cerqueira EM de, Paraná R, Nascimento MAA do. Ocorrência de hepatites virais na microrregião de Feira de Santana, Bahia. Rev B.S.Publica Miolo.. 2010 v. 34, n 4 indd. 980-989.
17. Coelho JP, Davoglio RS, Cruz SS da, Souza AJ, Passos JS, Coelho GMP. Perfil dos portadores de vhb/vhc usuários do serviço de assistência Especializada em DST/HIV/AIDS de Juazeiro/BA. Revista Baiana de Saúde Pública. 2012 v.36, n.4.1002-1018.
18. Neto, JR, Cubas MR, Kusma SZ, Olandoski M. Prevalência da hepatite viral C em adultos usuários de serviço público de saúde do município de São José dos Pinhais - Paraná. Rev. bras. epidemiol. [internet] 2012 Sep [cited 2014 May 22];(12):[14 screens]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000300016>.
19. Mello JC, Motta T da P, Santos MC dos. Perfil epidemiológico de portadores de Hepatite C do núcleo hospitalar epidemiológico do sul do Brasil. Ensaios e Ciência: C Biológicas, Agrárias e da Saúde - Vol 15, Nº3. 2011. 55-64.

20. Rocha EAM, Guedes SAG. Perfil epidemiológico das hepatites virais no município de Aracaju/SE, 2007 a 2011. Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas (SEER) / Ideias e Inovação. [internet] 2012 Out [cited 2014 May 22];(7):[12 screens]. Available from: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/ideiaseinovacao/article/view/292/160>.
21. Centro de Vigilância Epidemiológica “Professor Alexandre Vrajac”. Hepatites virais B e C. São Paulo; 2013 [acesso em 2014 may. 21]. Available from: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/>.
22. Carias CM, Vieira FS, Giordano CV, Zucchi P. Medicamentos de dispensação excepcional: histórico e gastos do Ministério da Saúde do Brasil Rev. Saúde Pública [internet] 2011 Apr [cited 2014 May 22];(7):[11 screens]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000200001>
23. Blatt CR. Um olhar sobre a efetividade e custos do tratamento da hepatite C sob a perspectiva do Sistema Único de Saúde. [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2011. 190 p. Doutorado em farmácia.
24. Bischoff F, Koch M do CTSDT, Araújo FMF. Decision on conducting HCV Immunoblot and HCV Viral Load Tests Dependent upon the Result of the Screening Tests. Journal of Virology & Microbiology. 2013; 1-7.
25. Capucho HC, Arnas ER, Cassiani SH de B. Segurança do paciente: Comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes de saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2013;34(1):164-172.

ANEXO A

Normas para publicação da Revista de Enfermagem da UFSM (REUFISM)

INFORMAÇÕES GERAIS

- Os artigos para publicação devem ser enviados exclusivamente à Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-REUFISM, não sendo permitida a apresentação simultânea a outro periódico, quer na íntegra ou parcialmente.
- Os manuscritos poderão ser encaminhados em português, espanhol ou inglês.
- Na REUFISM podem ser publicados artigos escritos por especialistas de outras áreas, desde que o tema seja de interesse para a área de Enfermagem.
- A submissão dos artigos é on-line no site: [http:// www.ufsm.br/reufism](http://www.ufsm.br/reufism)
- Todos os autores deverão ser cadastrados na página da REUFISM e não serão cobradas taxas para a submissão de artigos, sendo que, uma vez submetido o artigo, a autoria não poderá ser modificada.
- O encaminhamento do manuscrito, anexos e o preenchimento de todos os dados, são de inteira responsabilidade dos autores que estão submetendo o manuscrito.
- Também são de exclusiva responsabilidade dos autores, as opiniões e conceitos emitidos nos manuscritos, bem como a exatidão e procedência das citações, não refletindo necessariamente a posição/opinião do Conselho Diretor e Conselho Editorial da REUFISM.
- A Revista não assume a responsabilidade por equívocos gramaticais, e se dá, portanto, ao direito de solicitar a revisão de português aos autores.

METADADOS

Nome completo de TODOS os autores, por extenso, como os demais dados, resumo da biografia (afiliação completa e credenciais), categoria profissional, maior título universitário, nome do departamento e instituição de origem, endereço eletrônico, cidade, estado e país devem ser completados no momento da submissão e informados apenas nos metadados.

Portanto, no manuscrito submetido em "doc" deve conter apenas o trabalho científico e não apresentar os nomes ou qualquer outra forma que identifique os autores.

AGRADECIMENTOS

- 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.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA

- Os autores dos trabalhos encaminhados para avaliação deverão assinalar sua concordância com a "Declaração de Direito Autoral" do CREATIVE COMMONS, o qual consta no Passo 1 da Submissão. 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.
- 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 "4 - Transferência de Documentos Suplementares".

- 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.

PROCESSO DE JULGAMENTO DOS MANUSCRITOS

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

- 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 julgarem necessárias, por meio de um checklist. Nesse caso, o referido artigo será reavaliado. A decisão desta análise será comunicada aos autores. Posteriormente, a avaliação do artigo é realizada por dois consultores, membros do Conselho Editorial ou Ad-Hoc, convidados pela Comissão de Editoração. Os pareceres são apreciados por essa comissão que emite o parecer final, ou no caso de divergência entre os pareceres, solicita um terceiro parecer.

- 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.

- Os pareceres dos avaliadores serão disponibilizados on-line para o autor responsável pela submissão que terá o prazo de 15 (quinze) 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 15 dias após a publicação do artigo, e ficará a critério da Revista a decisão sobre sua relevância e possível divulgação.

CATEGORIAS DE MANUSCRITOS

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

Artigos originais: são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa científica, original, inédita e concluída. Limite máximo de 20 páginas. No mínimo 10 e no máximo 25 referências.

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. Limite máximo de 15 páginas. Sem limite de referências.

Relato de experiência: relatos de experiências acadêmicas, profissionais, assistenciais, de extensão, de pesquisa, entre outras, relevantes para a área da saúde. Limite máximo de 15 páginas. No mínimo 10 e no máximo 25 referências.

Artigos de reflexão: formulações discursivas de efeito teorizante com fundamentação sobre a situação global em que se encontra determinado assunto. Matéria de caráter opinativo ou análise de questões que possam contribuir para o aprofundamento de temas relacionados à área da saúde e de enfermagem. Limite máximo de 15 páginas. No mínimo 10 e no máximo 25 referências.

Resenhas: espaço destinado à síntese ou análise crítica de obras recentemente publicadas (últimos 12 meses). Não devem exceder a três páginas no total da análise. Deve apresentar referência conforme o estilo "Vancouver", da obra analisada.

Nota prévia: notas prévias de pesquisa, contendo dados inéditos e relevantes para a enfermagem. Espaço destinado à síntese de Dissertação ou Tese em processo final de elaboração. Deverá conter todas as etapas do estudo, seguindo as mesmas normas exigidas para artigos originais. Limite máximo de três 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 Enfermagem ou áreas afins e poderão ser enviadas contendo comentários e reflexões a respeito desse material publicado. Serão publicadas a critério da Comissão Editorial. Limite máximo de uma página.

Biografia: constitui-se na história de vida de pessoa que tenha contribuído com a Enfermagem ou áreas afins. Deve conter introdução, desenvolvimento e conclusão; e evidenciar o processo de coleta de dados que permitiu a construção biográfica. Limite máximo de 10 páginas.

PREPARO DOS MANUSCRITOS

Os trabalhos devem ser encaminhados em documento Microsoft Word 97-2003, fonte Trebuchet MS 12, espaçamento duplo em todo o texto, com todas as páginas numeradas, configurados em papel A4 (210 x 297 mm) e com as quatro margens de 2,5 cm. Redigidos de acordo com o Estilo Vancouver, norma elaborada pelo ICMJE (<http://www.icmje.org>).

QUANTO À REDAÇÃO

Redação 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 ou tradutores certificados nos idiomas português, inglês e espanhol) antes de submeter(em) os manuscritos que possam conter incorreções 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.

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

TÍTULOS

Título do artigo (inédito, conciso em até 15 palavras, porém informativo, excluindo localização geográfica da pesquisa e abreviações) nos idiomas português (Título), inglês (Title) e espanhol (Título). 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.

Título de seção primária e resumo - maiúsculas e negrito. Ex.: **TÍTULO; RESUMO; RESULTADOS.**

O abstract e resumen em maiúsculas, negrito e itálico. Ex.: **ABSTRACT; RESUMEN.**

Título de seção secundária - minúsculas e negritas. Princípios do cuidado de enfermagem (seção secundária). Evitar o uso de marcadores ao longo do texto.

RESUMO

Conciso, em até 150 palavras nos três idiomas, elaborado em parágrafo único, acompanhado de sua versão para o Inglês (Abstract) e para o Espanhol (Resumen), começando pelo mesmo idioma do trabalho. Deve ser estruturado separado nos itens: objetivo, método, resultados e considerações finais ou conclusões (todos em negrito). Deverão ser considerados os novos e mais importantes aspectos do estudo que destaquem o avanço do conhecimento na Enfermagem.

DESCRITORES

Abaixo do resumo incluir 3 a 5 descritores segundo o índice dos Descritores em Ciências da Saúde - DeCS (<http://decs.bvs.br>) ou Medical Subject Headings – MESH (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>). Cada descritor utilizado será apresentado com a primeira letra maiúscula, sendo separados por ponto e vírgula(;).

Não usar os termos: Palavras-chave, Keywords e Palabras-clave.

Usar: Descritores, Descriptors e Descriptores, respectivamente em português, inglês e espanhol.

INTRODUÇÃO

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

MÉTODO

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. Quanto à literatura, sugere-se a utilização de referências majoritariamente de artigos e atualizadas (dos últimos cinco anos) e sugere-se, ainda, utilizar artigos publicados na REUFMS.

CONCLUSÃO OU CONSIDERAÇÕES FINAIS

As conclusões ou considerações finais devem destacar os achados mais importantes, comentar as limitações e implicações para novas pesquisas.

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 espaço e sem mencionar o nome dos autores.

Citação sequencial - separar os números por hífen. Ex.: Pesquisas evidenciam que... 1-4

Citações intercaladas - devem ser separadas por vírgula. Ex.: Autores referem que... 1,4,5

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, em sobrescrito. Supressões devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes "[...]" Recomenda-se a utilização criteriosa deste recurso. Ex.: "[...] 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 e após o ponto. 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 ou colorido, conforme as especificações a seguir:

Tabelas - devem ser elaboradas para reprodução direta pelo editor de layout, 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. 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. Em caso de usar dados de outra fonte, publicada ou não, obter permissão e indicar a fonte por completo.

Figuras (fotografias, desenhos, gráficos e quadros) – devem ser elaboradas para reprodução pelo editor de layout de acordo com o formato da REUFMS, 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 elaboradas no programa Word ou Excel e não serem convertidas em figura do tipo JPEG, BMP, GIF, etc.

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.

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

- Utilizar itálico para palavras estrangeiras.

REFERÊNCIAS

A REUFMS 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).

Na lista de referências, as referências devem ser numeradas consecutivamente, conforme a ordem que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Portanto, devem ser numeradas e normalizadas de acordo com o Estilo Vancouver.

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".

- 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.

- Com relação à 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.

- Alguns periódicos, como no caso da REUFMS, só possuem publicação online, sendo necessário que sua referência seja sempre organizada conforme exemplo de "Artigo de revista em formato eletrônico".

EXEMPLOS:

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 Latinoam Enferm. 2008;16(2):252-9.

2 Com mais de seis autores

Brunello MEF, Ponce MAZ, Assis EG, Andrade RLP, 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):131-5.

3 Instituição como autor

Center for Disease Control. Protection against viral hepatitis: recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP). *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. *Kardiologiia*. 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. 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 Artigo no qual o nome do autor possui designação familiar (Jr, 2nd, 3rd, 4th...)

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.

Obs.: Se brasileiros, o grau de parentesco deve ser acrescentado logo após o sobrenome. Ex.: Amato Neto V.

8 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.

9 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.

10 Fascículo com suplemento

Glauser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. *Neurology*. 2002;58(12 Suppl 7):S6-12.

11 Volume em parte

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

12 Fascículo em parte

Rilling WS, Drooz A. Multidisciplinary management of hepatocellular carcinoma. *J Vasc Interv Radiol*. 2002;13(9 Pt 2):S259-63.

13 Fascículo sem volume

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

14 Sem volume e sem fascículo

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

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. Retratação de: 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 Latinoam Enferm.* 2007 nov-dez;15(6):1072-9. Errata en: *Rev Latinoam Enferm.* 2008;16(1):163.

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

Ribeiro AM, Guimarães MJ, Lima MC, Sarinho SW, Coutinho SB. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(1). Epub 13 fev 2009.

20 Artigo provido de DOI

Barra DCC, Dal Sasso GTM. Tecnologia móvel à beira do leito: processo de enfermagem informatizado em terapia intensiva a partir da cipe 1.0®. *Texto Contexto Enferm.* [internet] 2010 Mar [acesso em 2010 Jul 1];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 (In press)

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.

J Bras Pneumol.

Livros e outras monografias

1 Indivíduo como autor

Waldow, VR. *Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem.* Petrópolis (RJ): Vozes; 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 Ottawa, 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, organizadoras. *O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 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 Trabalho apresentado em evento e publicado em periódico

Imperiale AR. Obesidade, carne, gordura saturada e sedentarismo na carcinogênese do câncer do cólon. II Congresso Brasileiro de Nutrição e Câncer – GANEPÃO; 2006 maio 24-27; São Paulo, BR. Anais. (Rev bras med. 2006;63(Ed esp):8-9).

15 Dissertação e Tese

Nóbrega MFB. Processo de Trabalho em Enfermagem na Dimensão do Gerenciamento do Cuidado em um Hospital Público de Ensino [dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2006. 161 p.

Bernardino E. Mudança do Modelo Gerencial em um Hospital de Ensino: a reconstrução da prática de enfermagem [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2007. 178 p.

Obs.:

Para Mestrado [dissertação], Tese de doutorado [tese], Tese de livre-docência [tese de livre-docência], Tese PhD [PhD Thesis], para Especialização e Trabalho de Conclusão de Curso [monografia]. Ao final da referência podem ser acrescentados o grau e a área do conhecimento. Ex.: Especialização em Gestão de Pessoas.

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. [internet] 1999 [acesso em 2006 Mar 26]. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/cne/parecer.shtm>.

Material eletrônico

1 Artigo de revista em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis. [internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];(1):[24 screens]. Available from: <http://www.cdc.gov/incidod/EID/eid.htm>

2 Matéria publicada em site web

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

3 CD-ROM e DVD

Bradshaw S. The Millenium goals: dream or reality? [DVD]. London: TVE; C2004. 1 DVD: 27 min., sound, color, 4 3/4 in.

ORIENTAÇÕES GERAIS:

*As expressões contidas nas referências que determinam a edição e o tipo de material devem ser registradas na língua do artigo original. Por exemplo: 2^a ed., 2nd ed., [dissertation], [review].

*Para os autores nacionais, o acesso ao documento eletrônico é registrado com a expressão entre colchetes [acesso em...], seguida da data de acesso em formato ano, mês e dia e o endereço eletrônico antecedido de "Disponível em:"

* Para os autores estrangeiros, indica-se a seguinte estrutura [cited 2009 Feb 13] e o endereço eletrônico antecedido da expressão "Available from:"

*As datas são sempre no formato ano, mês e dia, conforme o Estilo Vancouver.

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.

A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao Editor".

Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word (desde que não ultrapassem 2MB)

URLs para as referências foram informadas quando necessário.

O texto está em espaço duplo, em todo o manuscrito; usa a fonte Trebuchet MS de 12-pontos; emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL); as figuras e tabelas estão inseridas no texto, não no final do documento, como anexos.

O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na seção Sobre a Revista.

A identificação de autoria do trabalho foi removida do arquivo e da opção Propriedades no Word, garantindo desta forma o critério de sigilo da revista, caso submetido para avaliação por pares (ex.: artigos), conforme instruções disponíveis em Assegurando a Avaliação Cega por Pares.