



**LÍDIA MAYUMI OKUDA**

**PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO AO HIV EM TUBARÃO (SC)**

**TUBARÃO**

**2019**

**LÍDIA MAYUMI OKUDA**

**PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO AO HIV EM TUBARÃO (SC)**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Graduação em  
Medicina como requisito parcial ao grau de  
Médico.

Universidade do Sul de Santa Catarina.

Orientador: Prof. Dra. Fabiana Schuelter

Trevisol

**TUBARÃO**

**2019**

## SUMÁRIO

<b>FOLHA DE ROSTO</b> .....	4
<b>RESUMO</b> .....	5
<b>ABSTRACT</b> .....	6
<b>RESUMEN</b> .....	7
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	8
<b>MÉTODOS</b> .....	9
<b>RESULTADOS</b> .....	11
<b>DISCUSSÃO</b> .....	14
<b>CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES</b> .....	17
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	17
<b>APROVAÇÃO CEP UNISUL</b> .....	23
<b>NORMAS DA REVISTA</b> .....	26

## FOLHA DE ROSTO

### **PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO AO HIV EM TUBARÃO (SC)**

*HIV POST-EXPOSURE PROPHYLAXIS IN TUBARÃO (SC)*

*PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN AL VIH EN TUBARÃO (SC)*

#### **Profilaxia pós-exposição ao HIV**

**Lídia Mayumi Okuda<sup>1</sup>, Maria Gabrielle Ribeiro<sup>2</sup>, Fabiana Schuelter-Trevisol<sup>3</sup>**

1. Acadêmica do Curso de Graduação em Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul), Tubarão, Santa Catarina, Brasil. E-mail: lidia.okuda@gmail.com. Orcid: (<https://orcid.org/0000-0003-2237-804X>)
2. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul), Tubarão, Santa Catarina, Brasil. E-mail: gaby\_mgr@hotmail.com. Orcid: (<https://orcid.org/0000-0002-5392-128X>)
3. Professora doutora do Curso de Graduação em Medicina e do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul), Tubarão, Santa Catarina, Brasil. E-mail: fastrevisol@gmail.com. Orcid: (<https://orcid.org/0000-0003-0997-1594>)

Autor responsável:

Prof. Dr<sup>a</sup>. Fabiana Schuelter Trevisol  
Avenida José Acácio Moreira, 787  
Tubarão – Santa Catarina – Brasil CEP 88704-900  
e-mail: fastrevisol@gmail.com  
fone: (+55 048) 3621-3363

Este estudo é resultado de um Trabalho de Conclusão de Curso da Graduação em Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina, apresentado em 2019.

Número de palavras no texto: 1907

Número de palavras no resumo: 150

#### **FONTE DE FINANCIAMENTO E CONFLITO DE INTERESSES**

Sem financiamento. Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

## RESUMO

**Objetivo:** Este estudo teve como objetivo verificar a frequência da utilização da profilaxia pós-exposição (PEP) ao HIV na população do Sul de Santa Catarina. **Métodos:** Estudo transversal em que foram analisados formulários de dispensação de medicamentos da PEP, fichas de notificação compulsória e de acompanhamento dos pacientes atendidos no Centro de Atendimento Especializado em Saúde (CAES), entre janeiro/2015 e dezembro/2017. **Resultados:** Totalizaram 127 registros de uso da PEP. Houve predomínio de mulheres (60,6%), média de idade de 31,9 anos e relação sexual desprotegida como forma de exposição mais prevalente. Constatou-se a utilização de 10 esquemas antirretrovirais distintos. Apenas 11,8% realizaram o acompanhamento com teste anti-HIV após três meses do início do uso da PEP, e não houve caso de soroconversão entre estes. **Conclusão:** Apesar da tecnologia de profilaxia pós-exposição ao HIV ser efetiva, torna-se importante a adesão ao esquema prescrito e acompanhamento de sua efetividade por realização de testes sorológicos.

Palavras-chave: HIV, aids, Profilaxia pós-exposição, Terapia antirretroviral

**ABSTRACT**

**Objective:** The aim of this study was to verify the frequency of the use of HIV post-exposure prophylaxis (PEP) in the population of Southern Santa Catarina. **Methods:** A cross-sectional study in which PEP drug dispensation forms, compulsory notification and follow-up forms of 127 patients from the Center of Specialized Health Care (CAES) were analyzed between 2015 and 2017. **Results:** Amounted to 127 records PEP's use. The cases were predominantly female (60.6%), an average age of 31.9 years, with unprotected sexual intercourse being the most prevalent form of exposure. It was noted 10 different antiretroviral drug regimens were used. Only 11.8% attended the follow-up appointment to do HIV testing after three months of initiation of PEP, and there was no case of seroconversion between these. **Conclusion:** Although HIV post-exposure prophylaxis technology is effective, adherence to the prescribed schedule and monitoring of its effectiveness through serological testing is important.

Keywords: HIV, aids, HIV Post-exposure prophylaxis, Antiretroviral therapy

## RESUMEN

**Introducción:** Este estudio tuvo como objetivo verificar la frecuencia de la utilización de la profilaxis post-exposición (PEP) al VIH en la población del sur de Santa Catarina.

**Métodos:** Estudio transversal en que fueron analizados formularios de dispensación de medicamentos de la PEP, fichas de notificación obligatoria y de acompañamiento de los pacientes atendidos en el Centro de Atención Especializada en Salud (CAES), entre enero/2015 y diciembre/2017. **Resultados:** Totalizado 127 registros de uso de la PEP. Se observó predominio de mujeres (60,6%), edad media de 31,9 años y relación sexual desprotegida como forma de exposición más prevalente. Se constató la utilización de 10 esquemas antirretrovirales distintos. Sólo el 11,8% realizó el seguimiento con prueba anti-VIH después de tres meses del inicio del uso de la PEP, y no hubo caso de seroconversión entre estos. **Conclusión:** Aunque la tecnología de profilaxis post-exposición al VIH sea efectiva, es importante la adhesión al esquema prescrito y el seguimiento de su efectividad por realización de pruebas serológicas.

Palabras llave: VIH, sida, Profilaxis post-exposición, Terapia antirretroviral

## INTRODUÇÃO

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) é o agente etiológico responsável pela síndrome da imunodeficiência adquirida (aids). Após a infecção, ocorre a depleção progressiva de linfócitos T CD4<sup>+</sup>, que tem como consequência a imunodeficiência, com a instalação de doenças oportunistas e neoplasias<sup>1,2</sup>.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 2017, havia a estimativa de 36,9 milhões de pessoas infectadas pelo HIV no mundo, sendo 1,8 milhões casos novos. Da totalidade, 1,8 milhões eram crianças (menores de 15 anos) e 35,1 milhões adultos. Além disso, cerca de 9,4 milhões não sabiam seu estado sorológico<sup>3</sup>. De 1980 até junho de 2018, no Brasil, conforme dados do Ministério da Saúde (MS), existiam aproximadamente 926.742 casos de aids notificados. De acordo com a categoria de exposição em maiores de 13 anos de idade, em 2017, mais de 90% do total foi por transmissão sexual e há uma relação entre sexos de 22 homens para cada 10 mulheres<sup>4</sup>.

Para a prevenção da transmissão do HIV são preconizadas intervenções biomédicas e comportamentais<sup>5,6</sup>. As comportamentais englobam a compreensão, ações e práticas efetivas relacionadas à redução da exposição ao vírus, como o uso adequado de preservativo, realização de teste anti-HIV<sup>7</sup>, não compartilhamento de agulhas e seringas<sup>6</sup>, entre outras. Já entre as formas de prevenção biomédica, a terapia antirretroviral (TARV) utilizada corretamente, incluindo a profilaxia medicamentosa pré e pós-exposição ao HIV são consideradas as principais alternativas profiláticas<sup>8</sup>.

A profilaxia pós-exposição (PEP) ao HIV constitui-se do aproveitamento da “janela de oportunidade”, representada pelo período entre o contato com o vírus e sua invasão no organismo até o seu acesso aos linfonodos regionais. Este tempo pode transcorrer por até 72 horas. Contudo, estudos sugerem que as duas primeiras horas

seriam o prazo ideal para a utilização efetiva de antirretrovirais como estratégia de redução do inóculo viral<sup>7-9</sup>.

No Brasil, desde a década de 1990, a PEP está disponível pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para profissionais de saúde submetidos a situações de possível infecção pelo HIV por acidentes ocupacionais. Em 1998, foi viabilizado para vítimas de violência sexual. A partir de 2011 esta prática foi estendida para qualquer indivíduo em situação de exposição sexual de risco, como a não utilização de preservativo ou o rompimento dele em relações sexuais consentidas<sup>10</sup>.

A aids ainda é considerada epidêmica e sem cura, por vezes, fatal<sup>11</sup>. Entretanto, há estratégias quimioproláticas que objetivam a diminuição da morbidade e mortalidade associadas a aids, devendo ter uma maior abrangência nas redes públicas e privadas de saúde. A PEP é eficaz na profilaxia da infecção pelo HIV, quando utilizada de acordo com protocolo clínico, podendo evitar a infecção viral e, conseqüentemente, o desenvolvimento da doença, sendo, portanto, estratégia custo-efetiva<sup>12,13</sup>. O objetivo deste estudo visa estabelecer a prevalência da utilização da PEP na população de Tubarão – SC, durante o período de janeiro de 2015 a dezembro de 2017.

## **MÉTODOS**

Foi realizado estudo observacional transversal, a partir de dados coletados no Centro de Atendimento Especializado em Saúde (CAES). O CAES é um serviço de saúde pública municipal da cidade de Tubarão, que atende uma área constituída por 18 municípios da região. A população estudada foi composta por pessoas que utilizaram a PEP durante o período de janeiro de 2015 a dezembro de 2017, no serviço supracitado.

Os critérios de inclusão foram indivíduos expostos a situações de risco de contato com HIV e que receberam profilaxia pós-exposição ao HIV, ou seja, casos notificados de violência sexual, acidentes ocupacionais com perfurocortantes contaminados ou contato direto com materiais biológicos e relações sexuais consensuais e desprotegidas no período entre janeiro de 2015 a dezembro de 2017. A amostra foi do tipo censo. Devido a maior parte dos pacientes serem de Tubarão, foi considerada a população total de Tubarão do censo de 2010 realizado pelo IBGE, para o cálculo da frequência de uso da PEP.

Os dados foram extraídos dos formulários de dispensação de medicamentos da PEP, fichas de notificação compulsória e de acompanhamento do caso.

As variáveis independentes analisadas foram: idade da pessoa em anos, sexo, motivo do uso da PEP (violência sexual, acidente ocupacional e relação sexual desprotegida), esquema de antirretrovirais utilizados, data de utilização da PEP; a variável dependente foi o resultado do teste anti-HIV após três meses da profilaxia (reagente ou não reagente).

Os dados coletados foram transmitidos para o software Epidata v.3.1 e analisados no software SPSS v.20.0. Empregou-se a epidemiologia descritiva para a apresentação dos dados, utilizando-se teste Anova de post-hoc de Tukey para a comparação de médias. Para variáveis categóricas empregou-se o teste de qui-quadrado de Pearson. O nível de confiança estabelecido foi de 95%.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade do Sul de Santa Catarina (CEP Unisul), com parecer nº 2.880.634, em que foram respeitados os preceitos da resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, em 8 de setembro de 2018.

## RESULTADOS

Nos anos em estudo, 127 pessoas procuraram o serviço para uso da PEP. Assim, a frequência do uso de PEP, considerando a população do município de Tubarão conforme censo de 2010, foi de 1,21 a cada 1.000 habitantes. A média de idade das pessoas que utilizaram a PEP foi de 31,9 (DP 10,5), variando de 0 a 61 anos de idade.

A Tabela 1 apresenta os dados demográficos e relativos ao uso da PEP.

Tabela 1: Dados demográficos e categorização do tipo de exposição dos indivíduos que usaram a PEP no CAES, entre 2015 a 2017 (n=127).

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	77	60,6
Masculino	50	39,4
Idade		
0-19	11	8,7
20-39	91	71,7
40-59	24	18,9
≥60	1	0,8
Motivo de uso da PEP		
Acidente	45	35,4
Violência sexual	30	23,6
Relação sexual desprotegida	52	40,9
Ano de uso da PEP		
2015	36	28,3
2016	46	36,2
2017	45	35,4

A violência sexual e os acidentes ocupacionais foram predominantes entre as mulheres, enquanto as relações sexuais desprotegidas (consentidas) ocorreram mais entre os homens ( $p < 0,001$ ), como motivo de procura do serviço para uso da PEP. A média de idade nos casos de violência sexual foi menor quando comparada aos casos de acidentes e relações sexuais desprotegidas ( $p = 0,02$ ).

A Figura 1 apresenta a distribuição dos motivos da PEP em relação ao sexo.

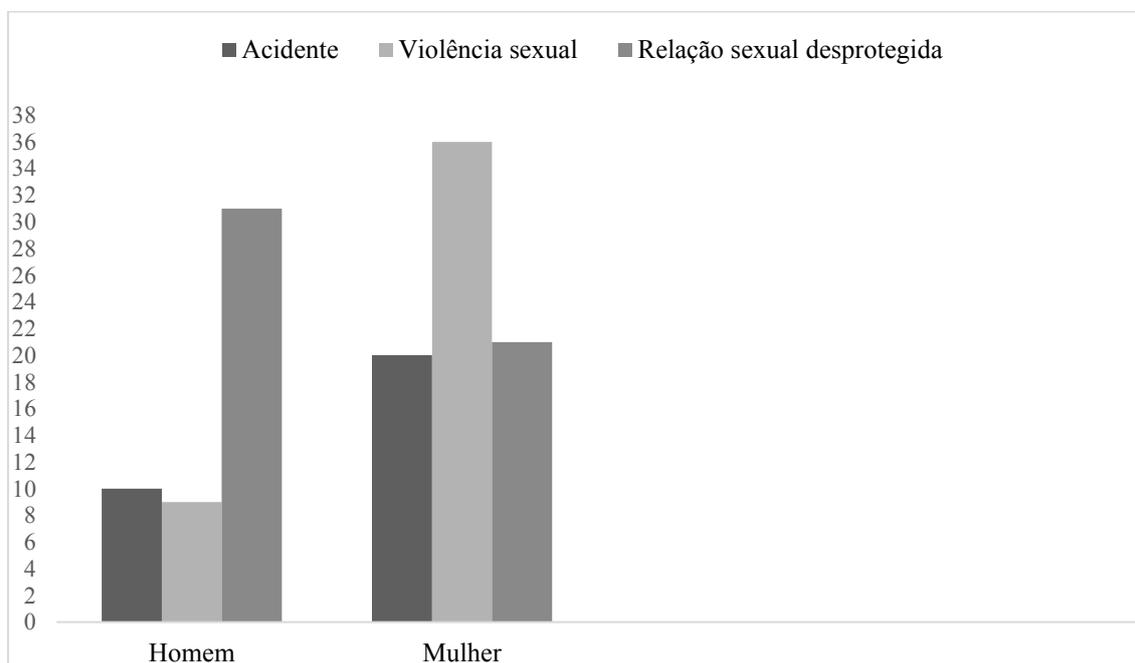


Figura 1: Distribuição dos motivos do uso da PEP em relação ao sexo, entre 2015 e 2017, no CAES (n=127).

Foram constatadas a utilização de 10 esquemas antirretrovirais distintos, que são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2: Esquemas de antirretrovirais utilizados no PEP entre os usuários que buscaram o serviço no CAES, entre 2015 a 2017(n= 127).

<b>Esquema ARV</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
ATV/r + TDF + 3TC	33	26,0
LPV/r + TDF + 3TC	33	26,0
LPV/r + AZT + 3TC	23	18,1
AZT + TDF + 3TC	11	8,7
DTG + TDF + 3TC	8	6,3
AZT + 3TC	7	5,5
EFV + TDF + 3TC	6	4,7
LPV/r + AZT + 3TC (solução oral)	4	3,1
Fosamprenavir/r + TDF + 3TC	1	0,8
ATV + AZT + 3TC	1	0,8

ATV = Atazanavir; TDF = Tenofovir; 3TC = Lamivudina; LPV/r = Lopinavir + Ritonavir; AZT = Zidovudina; EFV = Efavirenz; DTG = Dolutegravir; ATV/r = Atazanavir + ritonavir.

O protocolo da quimioprofilaxia preconizado pelo Ministério da Saúde condizente ao período vigente, atendeu 50% em 2015, 15,2% em 2016 e 15,6% em 2017. Apesar da variabilidade de esquemas utilizados, não houve casos de soroconversão dos pacientes que terminaram o seguimento.

O acompanhamento após três meses da utilização da PEP é recomendado para todos os pacientes que realizaram a profilaxia. Da totalidade, 11,8% compareceram à consulta e realizaram o teste anti-HIV, sendo todos não reagentes.

## DISCUSSÃO

Este estudo avaliou a frequência do uso da PEP em um serviço de atendimento especializado em HIV/aids na cidade de Tubarão, Santa Catarina. Foi constatada a frequência de 1,21 para cada 1.000 habitantes, sendo a maioria mulheres por motivo de violência sexual e acidente ocupacional, como também a relação sexual desprotegida predominando no sexo masculino.

O estudo descritivo realizado por *Carneiro et al* no ano de 2016 corrobora com os dados encontrados, da totalidade de pacientes que se expuseram a sangue e outros fluidos, atendidos em um hospital de doenças infecciosas em Fortaleza no ano de 2014, a maioria era do sexo feminino<sup>14</sup>. Em virtude da superior expressão de mulheres na área de enfermagem, auxiliar e técnico em enfermagem, as quais estão mais susceptíveis a este tipo de exposição, justifica os resultados encontrados<sup>15</sup>. Também, sabe-se da maior vulnerabilidade feminina como vítimas de violência sexual<sup>16,17</sup>. A avaliação do perfil epidemiológico de violência sexual entre crianças e adolescentes de 2011 a 2017, realizado pelo MS, constatou o aumento das notificações e a prevalência de casos entre meninas<sup>18</sup>, reforçando a inferioridade da média de idade obtida nesta categoria de exposição.

Como possível explicação a maior representatividade masculina na relação sexual desprotegida, com base em outros estudos, houve aumento progressivo da procura da PEP por homens que tiveram exposição sexual desprotegida com outros homens<sup>19,20</sup>. Observa-se uma mudança comportamental no sexo sem uso de preservativos, como a sua valorização pela espontaneidade, sensação, naturalidade, a não perda da oportunidade, o esquecimento devido ao uso de álcool e outras drogas<sup>21</sup>.

Um resultado inesperado deste estudo foi o expressivo número de envolvidos em acidentes ocupacionais que utilizaram a PEP, refletindo na questão da biossegurança na área da saúde. Pode ser consequência da falta de orientação, prática incorreta e /ou pouca fiscalização da segurança no trabalho.<sup>22,23</sup>

Observou-se o emprego de diversos esquemas terapêuticos distintos na utilização da PEP. Pode-se inferir como justificativa desta variedade, conforme algumas pesquisas, a presença de comorbidades e medicamentos em uso que contraindicam a prescrição de algum antirretroviral<sup>24</sup>, não tolerabilidade a algum dos fármacos utilizados<sup>25</sup>, existência de parâmetros que podem sugerir resistência viral, pessoa-fonte fazendo uso de TARV, gravidez<sup>10,26</sup> e idade inferior a 12 anos<sup>27</sup>. Além disso, durante este período houve diferentes atualizações das diretrizes implementadas pelo MS. Até meados de 2015, o protocolo clínico básico preconizado era zidovudina (AZT) e lamivudina (3TC), ambos antirretrovirais inibidores da transcriptase reversa análogo de nucleosídeo (ITRN). Em casos considerados de maior gravidade, associava-se o tenofovir (TDF), pertencente a mesma classe farmacológica<sup>28</sup>. Posteriormente, houve uma modificação, além de 3TC e TDF, compunham duas outras drogas inibidoras da protease, a atazanavir (ATV) e ritonavir (r)<sup>29</sup>. Desde 2017, recomenda-se a combinação de dois ITRN com outra classe (inibidores da transcriptase reversa não análogo de nucleosídeo, inibidor de integrase ou lopinavir + r). A adoção do esquema TDF em conjunto com 3TC e dolutegravir (DTG) foi preconizada pelo menor número de efeitos adversos e baixa interação medicamentosa, devendo ser utilizado por 28 dias consecutivos e acompanhamento de três meses<sup>10</sup>.

A PEP, quando administrada de forma adequada, reduz o risco de transmissão do HIV em aproximadamente 85%<sup>30</sup>. Existem algumas limitações em relação a esta profilaxia, como o paciente reconhecer situações de exposição ao vírus, a duração da

terapêutica para que seja eficaz e o prazo no qual pode receber a medicação pós-exposição. Em contrapartida, a PEP é vigorosamente recomendada pela OMS e participa de um conjunto de condutas que também abrange a profilaxia pré-exposição e o início precoce da terapia antirretroviral<sup>31</sup>.

A adesão à PEP com acompanhamento da vítima exposta por três meses é primordial para a eficácia da profilaxia<sup>10</sup>. A má adesão é uma das principais causas de falha terapêutica<sup>32</sup>. Dos 127 casos, evidenciou-se que 88,2% não deram continuidade ao acompanhamento preconizado. O abandono ao tratamento poderia sugerir inúmeros fatores, dentre eles: efeitos adversos das medicações, pouco suporte do serviço de saúde pública<sup>33</sup> e aspectos socioeconômicos<sup>34</sup>.

Um estudo<sup>33</sup> mostrou que o tratamento quimioprofilático por sua complexidade, necessita de um grande empenho por parte do paciente, exigindo a adaptação do uso dos medicamentos à sua rotina diária. Segundo o MS<sup>32</sup>, fatores como acolhimento e escuta ativa do paciente pela equipe multidisciplinar; vínculo com os profissionais de saúde; capacitação adequada da equipe multidisciplinar e a compreensão do paciente sobre o tratamento e enfermidade são elementos que facilitam a adesão.

Dentre as limitações do presente estudo, destacam-se o uso de dados secundários que impedem a investigação de outras variáveis de interesse como antecedentes pessoais de exposição ao HIV e história mórbida pregressa. Além disso, a maioria dos casos foram considerados abandono, não sendo possível a avaliação da efetividade da PEP. Entretanto, os dados retratam a realidade do uso desta intervenção no controle da epidemia de HIV.

Com base no presente estudo, demonstrou-se o aumento do uso da PEP devido a relações sexuais desprotegidas, principalmente entre homens. Também, houve significativo número de mulheres que a utilizaram devido ao risco de infecção pelo HIV

em acidentes ocupacionais e violência sexual, sendo que os casos de violência apresentaram menor média de idade em comparação às outras categorias de exposição. Além disso, o expressivo número de acidentes ocupacionais sugere uma falha da biossegurança na área da saúde. Para total efetividade da profilaxia, deve-se respeitar o protocolo clínico estabelecido e realizar testes sorológicos de seguimento. Apesar de suas limitações, a PEP é importante componente na estratégia de prevenção combinada para reduzir novos casos de infecção pelo HIV.

### **CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES**

Okuda LM elaborou o projeto de pesquisa, coletou os dados e redigiu o presente manuscrito.

Ribeiro MG auxiliou na análise crítica, interpretação dos dados e redação final do manuscrito.

Schuelter-Trevisol F orientou todas as etapas do estudo, submeteu o projeto a Plataforma Brasil, realizou a análise estatística e revisou a redação final do manuscrito.

### **REFERÊNCIAS**

1. Moir S, Fauci AS. B cells in HIV infection and disease. *Nat Rev Immunol* 2009;9(4):235-45.
2. Maartens G, Celum C, Lewin S. HIV infection: epidemiology, pathogenesis, treatment, and prevention. *Lancet* 2014; 384: 258–71.
3. UNAIDS. Relatório informativo – Dia mundial contra a aids 2018 [acesso em 10 mar 2019]. Disponível em: <https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2018/11/Fact-sheet-UNAIDS-novembro-2018-1.pdf>

4. Ministério da saúde. Boletim epidemiológico – HIVaids2018 [acesso em 10 mar 2019]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivaids-2018>
5. UNAIDS. Ambitious Treatment Targets: Writing the final chapter of the AIDS epidemic [acesso em 27 abr 2018]. Disponível em: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/JC2670\\_UNAIDS\\_Treatment\\_Targets\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2670_UNAIDS_Treatment_Targets_en.pdf)
6. Marrazzo J, Del Rio C, Holtgrave D, Cohen M, Kalichman S, Mayer KH, Montaner J. HIV prevention in clinical care setting recommendations of the International Antiviral Society - USA Panel. JAMA 2014; 312(4):390-409.
7. Grangeiro A, Ferraz D, Calazans G, Zucchi M, Díaz-Bermúdez P. O efeito dos métodos preventivos na redução do risco de infecção pelo HIV nas relações sexuais e seu potencial impacto em âmbito populacional: uma revisão da literatura. Rev bras epidemiol 2015; 18(1):S43-62.
8. Kuchenbecker R. Qual é o benefício das intervenções biomédicas e comportamentais na prevenção da transmissão do HIV?. Rev bras epidemiol 2015;18(1):S26-42.
9. Ford N, Shubber Z, Calmy A, Irvine C, Rapparini C, Ajose O, Beanland R, Vitoria M, Doherty M, Mayer K. Choice of Antiretroviral Drugs for Postexposure Prophylaxis for Adults and Adolescents: A Systematic Review. Clin Infect Dis. 2015; 60:(3): S170–6.
10. Ministério da saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pós-exposição de risco (pep) à infecção pelo hiv, ist e hepatites virais [acesso em 27 abr 2018] Disponível em:

[http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2015/59183/pcdt\\_pep\\_270917.pdf?file=1&type=node&id=59183&force=1](http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2015/59183/pcdt_pep_270917.pdf?file=1&type=node&id=59183&force=1)

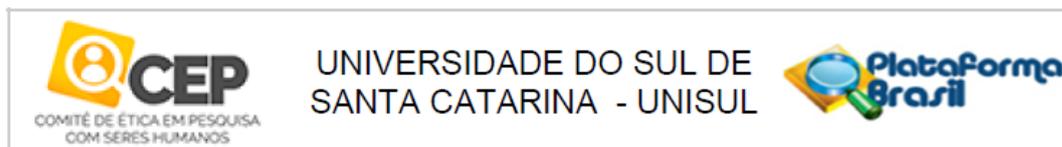
11. Piot P, Quinn TC. Response to the AIDS pandemic--a global health model [published correction appears in *N Engl J Med*. 2013 Sep 19;369(12):1180]. *N Engl J Med*. 2013;368(23):2210–8.
12. Pinkerton SD, Martin JN, Roland ME, Katz MH, Coates TJ, Kahn JO. Cost-effectiveness of postexposure prophylaxis after sexual or injection-drug exposure to human immunodeficiency virus. *Arch Intern Med*. 2004;164(1):46-54.
13. Remme M, Siapka M, Vassall A, Heise L, Jacobi J, Ahumada C, Gay J, Watts C. The cost and cost-effectiveness of gender-responsive interventions for HIV: a systematic review. *J Int AIDS Soc*. 2014;17(1):19228.
14. Carneiro M, Elias DB. Análise da profilaxia pós-exposição ao HIV em um hospital de doenças infecciosas em Fortaleza, CE. *Revista Brasileira de Análises Clínicas*. 2018;50 (1):65-70.
15. Silva JA, Paula VS, Almeida AJ, Villar LM. Investigação de acidentes biológicos entre profissionais de saúde. *Esc Anna Nery*. 2009;13(3): 508-16.
16. Dartnall E, Jewkes R. Sexual violence against women: The scope of the problem. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2013; 27(1):3–13.
17. Basile KC, Smith SG. Sexual violence victimization of women: prevalence, characteristics, and the role of public health and prevention. *Am J Lifestyle Med*. 2011;5(5):407-17.

18. Ministério da saúde. Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017. Boletim epidemiológico. 2018; 49 (27). [acesso em 22 abr 2018] Disponível em:  
<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/25/2018-024.pdf>
19. Scholten M, Suárez I, Platten M, Kümmerle T, Jung N, Wyen C, Ernst A, Horn C, Burst V, Suárez V, Rybniker J, Fätkenheuer G, Lehmann C. To prescribe, or not to prescribe: decision making in HIV-1 post-exposure prophylaxis. HIV Med. 2018; 19(9):645-65.
20. Soares J, Silva AC, Silva D, Freire ME, Nogueira J. Prevalência e fatores de risco para o HIV/AIDS em populações vulneráveis: uma revisão integrativa de literatura. Arq. Catarin Med. 2017; 46(4):182-19.
21. Wiersema J, Santella A, Canady P, Jordan A. Self-Justifications for Unsafe Sex Among Incarcerated Young Men Who Have Sex with Men and Are Living with HIV: Results from a New York City Jail-Based Pilot Intervention. J Community Health. 2019.
22. Figueiredo W, Chielli G, Freitas I, Santos J, Monteiro M. Acidentes ocupacionais por material de risco biológico: estudo etnográfico / Occupational exposure to biological materials: ethnographic study. Braz. J. of Develop. 2019;4(7)Edição Especial:4500-4518.
23. Carvalho TS, Luz RA. Acidentes biológicos com profissionais da área da saúde no Brasil: uma revisão da literatura. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo. 2018;63(1):31-6.
24. Günthard HF, Saag MS, Benson CA, del Rio C, Eron JJ, Gallant JE, Hoy JF, Mugavero MJ, Sax PE, Thompson MA, Gandhi RT, Landovitz RJ, Smith DM,

- Jacobsen DM, Volberding PA. Antiretroviral Drugs for Treatment and Prevention of HIV Infection in Adults: 2016 Recommendations of the International Antiviral Society-USA Panel. *JAMA*. 2016;316(2):191-210.
25. Chauveau M, Billaud E, Bonnet B, Merrien D, Hitoto H, Bouchez S, Michau C, Hall N, Perez L, Sécher S, Raffi F, Allavena C; COREVIH Pays de la Loire Study Group. Tenofovir DF/emtricitabine/rilpivirine as HIV post-exposure prophylaxis: results from a multicentre prospective study. *J Antimicrob Chemother*. 2019;74(4):1021-7.
26. Stanley K, Lora M, Merjavý S, Chang J, Arora S, Menchine M, Jacobson KR. HIV Prevention and Treatment: The Evolving Role of the Emergency Department. *Ann Emerg Med*. 2017;70(4):562-72.e3.
27. Penazzato M, Dominguez K, Cotton M, Barlow-Mosha L, Ford N. Choice of antiretroviral drugs for postexposure prophylaxis for children: a systematic review. *Clin Infect Dis* . 2015; 60(3): 177-81.
28. Ministério da Saúde. Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV- 2008: suplemento III – tratamento e prevenção. [acesso em 10 mar 2019] Disponível em: <http://www.aids.gov.br/es/node/59204>
29. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia antirretroviral pós-exposição de risco à infecção pelo HIV. 2015. [acesso em 10 mar 2019] Disponível em: [https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/manuais/2015\\_MS\\_Protocolo\\_HIV.pdf](https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/manuais/2015_MS_Protocolo_HIV.pdf)

30. Carrion A, Miles J, Mosley J, Smith L, Prather A, Gurley Jr M, Everton E. Prevention Strategies Against HIV Transmission: A Proactive Approach. *J Pharm Pract* 2018;31(1):82-90.
31. DiStefano A, Takeda M. HIV Pre-Exposure Prophylaxis and Postexposure Prophylaxis in Japan: Context of Use and Directions for Future Research and Action. *Aids Patient Care and STDs*. 2017;31(2):60-77.
32. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. 2018; 412. [acesso em] Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>
33. Procópio EVP, Feliciano CG, Silva KVP da, Katz CRT. Representação social da violência sexual e sua relação com a adesão ao protocolo de quimioprofilaxia do HIV em mulheres jovens e adolescentes. *Cien Saude Colet*. 2014;19(6):1961–9.
34. Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes : norma técnica [Internet]. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2012. 124 p. Disponível em: [http://www.campanhapontofinal.com.br/download/informativo\\_01.pdf](http://www.campanhapontofinal.com.br/download/informativo_01.pdf)

## APROVAÇÃO CEP UNISUL



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO AO HIV EM TUBARÃO (SC)

**Pesquisador:** Fabiana Schuelter Trevisol

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 91948518.9.0000.5369

**Instituição Proponente:** FUNDACAO UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA-UNISUL

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.880.634

#### Apresentação do Projeto:

Este parecer trata de avaliação da Carta Resposta, emitida após o último parecer anterior a este, referente ao Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina, Campus Tubarão. Considerando as recomendações do CEP no parecer anterior, as autoras propõem o estudo das características da Profilaxia Pós-Exposição (PEP) ao HIV no município de Tubarão, no período de 2015 a 2017, a partir da coleta de dados em prontuários médicos e fichas de notificação compulsória e de acompanhamento dos casos de pacientes que utilizaram a PEP durante o período de 2015 a 2018 na cidade de Tubarão, localizada no Estado de Santa Catarina. A coleta de dados será realizada a partir da aprovação do protocolo pelo CEP, no segundo semestre de 2018

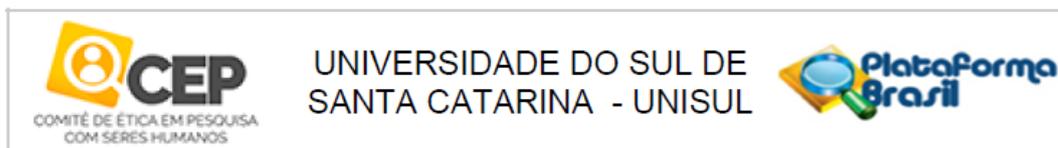
#### Objetivo da Pesquisa:

São objetivos da pesquisa, conforme consta no projeto apresentado: "Primário - Verificar a prevalência da utilização da profilaxia ps-exposio ao HIV (PEP) na populao de Tubaro SC de 2015 a 2017" e "Secundários - Descrever o perfil epidemiológico da populao que aderiu a PEP; Verificar o motivo da procura da PEP; Constatar se houve aumento na procura da PEP pela exposio em relaes sexuais consentidas e desprotegidas durante o perodo de 2015 a 2017; Analisar a efetividade da PEP na soroconversão pelo HIV".

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

São descritos os riscos e benefícios: "São previstos riscos mínimos para essa coleta de dados uma

<b>Endereço:</b> Avenida Pedra Branca, 25		
<b>Bairro:</b> Cid.Universitária Pedra Branca		<b>CEP:</b> 88.137-270
<b>UF:</b> SC	<b>Município:</b> PALHOCA	
<b>Telefone:</b> (48)3279-1036	<b>Fax:</b> (48)3279-1094	<b>E-mail:</b> cep.contato@unisul.br



Continuação do Parecer: 2.880.634

vez que no haver contato direto com os sujeitos de pesquisa e os dados de identificação não fazem parte do protocolo de coleta de dados" e "Não há um benefício direto aos participantes, mas indiretamente, o conhecimento sobre a PEP e a divulgação destes resultados poder auxiliar na divulgação desta estratégia de prevenção da cadeia de transmissão e o fortalecimento das políticas públicas no combate epidemia de aids no Brasil. Após o término da pesquisa as instituições poderão ter acesso ao resultado e, assim, a pesquisa poderá contribuir para implementação de melhorias no acesso à PEP e consequentemente na prevenção da aids. Além disso, somente a assistente da pesquisa e pesquisadora responsável terão acesso direto à estes dados, mantendo-se a confidencialidade e sigilo".

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

1. Sobre a pendência (1) do parecer anterior que solicitava esclarecimento como seriam contornados os riscos de quebra de sigilo e confidencialidade, levando em conta a população a ser estudada, a pesquisadora responsável afirma, na Carta Resposta, que somente a aluna pesquisadora e a pesquisadora responsável terão acesso à identificação dos participantes da pesquisa. Essa pendência foi resolvida.
2. Sobre a segunda pendência do parecer anterior, na qual o CEP questionou a inclusão de fichas de pacientes que receberam profilaxia para o HIV no ano de 2018 sem o uso de TCLE, foi realizada mudança do período de inclusão dos eventos para os anos de 2015, 2016 e 2017, possibilitando dessa forma a dispensa de TCLE e minimizando, dessa forma, a situação de conflito ético que consistia em utilizar prontuário de paciente que estivesse em acompanhamento na instituição, sem o uso de TCLE.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foi solicitada dispensa de TCLE para a coleta de dados em prontuário de forma retrospectiva (os pacientes não se encontram mais em acompanhamento nos estabelecimentos em que haverá consulta aos prontuários).

**Recomendações:**

Sem outras recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Foram realizadas as adequações solicitadas pelo CEP no parecer anterior a este. O protocolo se encontra adequado às recomendações vigentes no país relativas à ética em pesquisa envolvendo seres humanos e pode ser desenvolvido.

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25  
 Bairro: Cid.Universitária Pedra Branca CEP: 88.137-270  
 UF: SC Município: PALHOÇA  
 Telefone: (48)3279-1036 Fax: (48)3279-1094 E-mail: cep.contato@unisul.br



UNIVERSIDADE DO SUL DE  
SANTA CATARINA - UNISUL



Continuação do Parecer: 2.880.634

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Protocolo de pesquisa em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1151589.pdf	02/08/2018 15:27:51		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Profilaxia.docx	02/08/2018 15:26:42	Fabiana Schuelter Trevisol	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Fabiana.pdf	02/08/2018 15:20:21	Fabiana Schuelter Trevisol	Aceito
Outros	prontuario.pdf	19/06/2018 20:10:22	Fabiana Schuelter Trevisol	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CEP.pdf	19/06/2018 20:09:56	Fabiana Schuelter Trevisol	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DispensaProfilaxiaHIV.pdf	15/06/2018 13:18:21	Fabiana Schuelter Trevisol	Aceito
Folha de Rosto	conep.pdf	13/06/2018 21:41:00	Fabiana Schuelter Trevisol	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PALHOCA, 08 de Setembro de 2018

Assinado por:  
**Ana Maria Pereira Lopes**  
(Coordenador)

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25  
Bairro: Cid.Universitária Pedra Branca CEP: 88.137-270  
UF: SC Município: PALHOCA  
Telefone: (48)3279-1036 Fax: (48)3279-1094 E-mail: cep.contato@unisul.br

## NORMAS DA REVISTA

### Formato do manuscrito

Os manuscritos devem ser escritos em português. Eles devem ter espaço duplo usando a fonte Times New Roman, tamanho 12, em Rich Text Format (RTF) ou Documento do Word (DOC), usando páginas de tamanho A4 padrão com margens de 3 cm. Notas de rodapé não serão aceitas.

Cada manuscrito deve incluir:

### Página de rosto

- a) Tipo de manuscrito;
- b) Título do manuscrito, em português, inglês e espanhol;
- c) Título abreviado, para ser usado como referência de cabeçalho em cada página;
- d) Todos os nomes dos autores, afiliação institucional (até três níveis), cidade, estado, país, ORCID iD e e-mail de cada um dos autores. No caso de autores com mais de uma afiliação institucional, sugerimos que sejam incluídos separadamente
- e) endereços Nome do autor correspondente, endereço completo, e-mail e número de telefone
- f) Informações sobre monografias, dissertações ou teses que originaram o manuscrito, nomeando o autor e o ano de defesa, e todas as instituições envolvidas no estudo, se aplicável;
- g) Créditos para pesquisa de patrocinadores e financiadores (incluir o número do processo), se aplicável.

### Resumo (Original em português)

Um único parágrafo contendo até 150 palavras, abrangendo as seguintes seções: Objetivo (Objetivo); Métodos (Métodos); Resultados (Resultados); e Conclusão (Conclusão Para relato de experiência, o resumo deve ser escrito em um parágrafo, contendo 150 palavras, não necessariamente em formato estruturado

### Palavras-chave

Quatro a seis palavras-chave devem ser selecionadas da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), um vocabulário estruturado pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, também conhecido por seu nome original como Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), (Biblioteca Regional de Medicina). O DeCS foi criado para padronizar uma linguagem única para indexação e recuperação de documentos científicos (disponível em <http://decs.bvs.br> ).

Versão **sumária em inglês** do resumo em português, tendo as seguintes seções:

Objetivo; Métodos; Resultados; e conclusão.

**Palavras-chave**

versão inglesa dos mesmos descritores selecionados do DeCS.

**Resumen (resumo em espanhol)**

Versão em espanhol do resumo, contendo as seguintes seções:

Objetivos; Métodos; Resultados; e Conclusão.

**Palabras llave (Palavras-chave em espanhol)**

Versão em espanhol dos mesmos descritores selecionados no DeCS.

**Texto completo do manuscrito**

O artigo original e os manuscritos da nota de pesquisa devem incluir as seguintes seções nesta ordem: Introdução; Métodos; Resultados; Discussão; e referências. Tabelas e figuras serão mencionadas na seção Resultados e incluídas no final do artigo, sempre que possível, ou em um arquivo separado (em um formato editável).

Conteúdo e definições da seção:

**Introdução** - Apresentação do problema que gerou a questão de pesquisa, a razão dada e o objetivo do estudo, nesta ordem.

**Métodos** - Descrição do desenho do estudo, da população estudada, dos métodos utilizados, incluindo, quando aplicável, o cálculo do tamanho da amostra, métodos de amostragem, procedimento de coleta de dados, variáveis estudadas e suas categorias, procedimentos de processamento e análise dos dados; Quando os estudos envolverem seres humanos ou animais, as Considerações Éticas relevantes devem ser abordadas (veja a seção Ética em pesquisa envolvendo seres humanos).

**Resultados** - Apresentação dos resultados alcançados. Pode se referir a tabelas e figuras auto-explicativas (ver item em Tabelas e Figuras abaixo).

**Discussão** - Comentários sobre os resultados alcançados, suas implicações e limitações; comparação entre o estudo e outras publicações e literatura científica relevante para o assunto O último parágrafo deve conter as conclusões e implicações dos resultados para os serviços ou políticas de saúde.

**Agradecimentos** - Para ser incluído após a seção Discussão. Eles devem ser limitados ao mínimo necessário.

**Contribuição dos autores** - Um parágrafo descrevendo a contribuição específica de cada autor.

**Referências** - O sistema numérico deve ser usado no texto ao citar referências; os números devem ser colocados em sobrescrito acima do texto, sem colchetes, imediatamente após a citação e separados um do outro por vírgula; no caso de referências com números sequenciais, elas devem ser separadas por um hífen, numerando apenas a primeira e a última referência do

intervalo seqüencial (por exemplo: 7,10-16); eles devem ser colocados após a seção de contribuições dos autores. As referências devem ser listadas na mesma ordem que as citações no texto; em cada referência os seis primeiros autores podem ser citados, se houver mais de seis autores, a expressão et al deve ser usada para se referir ao restante; os títulos de revistas, livros e editores devem ser escritos por extenso; não mais do que 30 citações devem ser feitas; para revisão sistemática e artigos de meta-análise, não há limite para o número de citações, mas o manuscrito deve manter o limite do número de palavras definido nestas Instruções; O formato de referência deve estar de acordo com o ICMJE *Recomendações para a Conduta, Relatórios, Edição e Publicação do Trabalho Acadêmico em Revistas Médicas* (disponível em [www.icmje.org](http://www.icmje.org)), com adaptações de acordo com os seguintes exemplos:

### **Artigos de periódicos**

1. Damacena GN, Szwarcwald CL, Malta, DC, Souza Júnior PRB, Vieira MLFP, Pereira CA, et al. O processo de pesquisa da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil, 2013. *Epidemiol Serv Saude*. 2015 abr-jun; 24 (2): 197-206.

- Volume com suplemento

2. Schmidt MI, Duncan BB, Hoffman JF, Moura L., Malta DC, Carvalho RM. Prevalência de diabetes e hipertensão com base em inquérito de morbidade autorreferida, Brasil, 2006. *Rev Saude Publica*. 2009 Nov; 43 Supl 2: 74-82.

- Emissão com suplemento

3. Malta DC, Leal MC, MFL Costa, Moraes Neto OL. Inquéritos nacionais de saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. *Rev Bras Epidemiol*. 2008 mai 11 (2 Supl 1): 159-67.

- Material não publicado

4. Freitas LRS, Garcia LP. Evidence and diabetes associated diabetes and arterial diseases in 1998, 2003 and 2008. *Epidemiol Serv Saude*. Não prelo 2012.

### **Livros**

5. Pereira MG. Artigos científicos: como redigir, publicar e avaliar. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

- Autoria institucional

6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

7. Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação Geral (Mato Grosso). Informativo populacional e econômico de Mato Grosso: 2008. Cuiabá: Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação Geral; 2008.

### **Capítulos de livros**

Quando o autor do capítulo não é o autor do livro

8. Hill AVS. Genética e infecção. Em: Mandell GL, Bennett JE, Princípios de Dolin R. e practile de doenças contagiosas. 7a ed. Filadélfia: Elsevier; 2010. p. 49-57.

### **Quando o autor do livro é o autor do capítulo**

9. Löwy I. Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. Capítulo 5, Estilos de Controle: mosquitos, vírus e humanos; p. 249-315.

### **Atas da conferência**

- publicadas em livros

10. Samad SA, Silva EMK. Perdas de vacinas: razões e precedentes em unidades federadas do Brasil. In: Anais da 11ª Expoepi: Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças; 2011 31 out - 3 nov; Brasília, Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. p. 142.

- Publicado em revistas

11. Oliveira DMC, Montoni V. Situação epidemiológica da leishmaniose visceral no Estado de Alagoas - 2002. In: 19ª Reunião Anual de Pesquisa Aplicada em Doença de Chagas; 7ª Reunião Anual de Pesquisa Aplicada em Leishmanioses. 2003 out 24-26; Uberaba. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Medicina Tropical; 2003. p. 21-2. (Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, vol. 36, supl. 2).

### **Ordenanças e Leis**

12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009. Regulamentação de coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio de informações sobre os óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2009 fev 12; Seção 1:37.

13. Brasil. Casa Civil. Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997. Decreto-Lei do Programa de Controle de Infecção Hospitalar em Todos os Sados Incorretos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 1997 7 de janeiro; Seção 1: 165.

### **Referências eletrônicas**

14. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008 [citado 2012 fev 5]. 349 p. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>

15. Malta DC, Morais Neto OL, Silva Junior JB. A apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. Epidemiol Serv

Saude [Internet]. 2011 dez [citado 2012 fev 6]; 20 (4): 93-107. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n4/v20n4a02.pdf>

### **Teses e dissertações**

16. Waldman EA. Vigilância epidemiológica como prática de saúde pública [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1991.

17. Daufenbach LZ. Morbidade hospitalar por causas relacionadas à influenza em idosos no Brasil, 1992 a 2006: atual, trends and impact of vacinação [dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2008.

Se algum software tiver sido usado para gerenciamento de referência, como Zotero, Endnote, Reference Manager ou outros, essas referências devem ser convertidas em texto. Os autores têm responsabilidade exclusiva pela exatidão das referências listadas e por citações corretas no texto.

### **Tabelas e figuras**

Artigos originais e de revisão devem conter até 5 tabelas e / ou figuras, no total. Para notas de pesquisa e relatórios de experiência, o limite é de 3 tabelas e / ou figuras; e para relatos de experiência, quatro tabelas e / ou figuras.

Figuras e tabelas devem ser colocadas no final do manuscrito, quando possível, ou em arquivos separados, classificados como citados no texto, sempre em formato editável. Os títulos das tabelas e figuras devem ser concisos e evitar o uso de abreviações ou acrônimos. Se estes devem ser usados em títulos, eles devem ser explicados com legendas na parte inferior de cada tabela ou figura. Tabelas e figuras devem ser apresentadas apenas em preto e branco ou cinza.

Tabelas e gráficos (classificados e intitulados da mesma forma que figuras), devem ser apresentados em texto Os seguintes formatos serão aceitos: DOC (Microsoft Word), RTF (RTF) ou ODT (Open Document Text). Organogramas e fluxogramas devem ser apresentados em formato de texto ou formato vetorial. Serão aceitos os seguintes tipos de arquivos: DOC (Microsoft Word), RTF (RTF), ODT (Open Document Text), WMF (metarquivo do Windows), EPS (Encapsulated PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Os mapas devem ser apresentados em formato vetorial. Os seguintes tipos de arquivos são aceitos: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsulated PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Os mapas originalmente produzidos em formato de imagem e posteriormente salvos em formato vetorial não serão aceitos. Os gráficos devem ser enviados em formato vetorial. Os seguintes tipos de arquivos são aceitos: XLS (Microsoft Excel), ODS (Abrir Planilha de Documentos), WMF (metarquivo do Windows), EPS (Encapsulated PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Imagens de satélite e fotografias devem ser apresentadas nos seguintes tipos: TIFF

(Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi, com tamanho mínimo de 17,5cm de largura e limite de tamanho de arquivo de 10Mb.

### **Uso de siglas**

O uso de siglas incomuns deve ser evitado. Seu uso deve ser empregado somente quando são reconhecidos pela literatura; valorizando a clareza do manuscrito. Algumas siglas reconhecidas são: WHO, HIV, AIDS.

Acrônimos com até três letras devem ser escritos em letras maiúsculas (por exemplo, DOU, USP, OIT). Quando siglas desconhecidas são usadas pela primeira vez, as palavras que elas representam devem ser escritas na íntegra, seguidas da sigla entre parênteses. Siglas e abreviaturas compostas apenas por consoantes devem ser escritas em letras maiúsculas. Acrônimos com quatro letras ou mais devem ser escritos em letras maiúsculas, se cada um deles for pronunciado separadamente (por exemplo, BNDES, INSS, IBGE). No caso de siglas com quatro letras ou mais que formam uma palavra composta de vogais e consoantes, apenas a primeira letra deve ser maiúscula (por exemplo, Funasa, Datasus, Sinan). Acrônimos, incluindo letras maiúsculas e minúsculas, devem ser escritos como originalmente criados (por exemplo, CNPq, UnB). Recomenda-se que as siglas estrangeiras (não brasileiras) sejam traduzidas para o português se tal tradução for universalmente aceita. Se não houver acrônimo correspondente em português, a sigla original deve ser usada mesmo que o nome completo em português não corresponda à sigla (por exemplo, Organização das Nações Unidas para Educação, uma Ciência e Cultura - Unesco). Algumas siglas estrangeiras foram adotadas na comunicação popular como um nome, como a palavra AIDS em inglês. A Comissão Nacional de Aids do Ministério da Saúde (CNAIDS) decidiu recomendar que todos os documentos e publicações do Ministério possam se referir à sigla pelo seu nome original em inglês, mas em letras minúsculas: aids (BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Manual de editoração e produção visual da Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2004. 272p.). a sigla original é para ser utilizada mesmo que o nome completo em português não corresponda à sigla (por exemplo, Organização das Nações Unidas para a Educação, uma Ciência e Cultura - Unesco). Algumas siglas estrangeiras foram adotadas na comunicação popular como um nome, como a palavra AIDS em inglês. A Comissão Nacional de Aids do Ministério da Saúde (CNAIDS) decidiu recomendar que todos os documentos e publicações do Ministério possam se referir à sigla pelo seu nome original em inglês, mas em letras minúsculas: aids (BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Manual de editoração e produção visual da Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2004. 272p.). a sigla original é para ser utilizada mesmo que o nome completo em português não corresponda à sigla (por exemplo, Organização das Nações Unidas para a Educação, uma Ciência e Cultura - Unesco). Algumas siglas estrangeiras foram adotadas na comunicação popular como um nome, como a palavra AIDS

em inglês. A Comissão Nacional de Aids do Ministério da Saúde (CNAIDS) decidiu recomendar que todos os documentos e publicações do Ministério possam se referir à sigla pelo seu nome original em inglês, mas em letras minúsculas: aids (BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Manual de editoração e produção visual da Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2004. 272p.). Algumas siglas estrangeiras foram adotadas na comunicação popular como um nome, como a palavra AIDS em inglês. A Comissão Nacional de Aids do Ministério da Saúde (CNAIDS) decidiu recomendar que todos os documentos e publicações do Ministério possam se referir à sigla pelo seu nome original em inglês, mas em letras minúsculas: aids (BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Manual de editoração e produção visual da Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2004. 272p.). Algumas siglas estrangeiras foram adotadas na comunicação popular como um nome, como a palavra AIDS em inglês. A Comissão Nacional de Aids do Ministério da Saúde (CNAIDS) decidiu recomendar que todos os documentos e publicações do Ministério possam se referir à sigla pelo seu nome original em inglês, mas em letras minúsculas: aids (BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Manual de editoração e produção visual da Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2004. 272p.). Manual de editoração e produção visual da Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2004. 272p.). Manual de editoração e produção visual da Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2004. 272p.). [Confira o conjunto eletrônico de siglas do Ministério da Saúde.](#)