

**ADOLESCÊNCIA, JUVENTUDE E HIV/AIDS: estudo de  
fatores associados**

**SÃO LUÍS, MA  
SETEMBRO – 2016**

**REGIANE DA SILVA AMARAL**

**ADOLESCÊNCIA, JUVENTUDE E HIV/AIDS: estudo de fatores associados**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Programas e Serviços de Saúde da Universidade Ceuma como requisito para obtenção do título de Mestre em Gestão de Programas e Serviços de Saúde

**Orientador (a):** Profa. Dr<sup>a</sup>. Rosane da Silva Dias

**SÃO LUÍS, MA  
SETEMBRO– 2016**

AMARAL, Regiane da Silva

Adolescência, juventude e HIV/Aids: estudo de fatores associados / Regiane da Silva Amaral. – Ceuma Universidade, São Luís, 2016.

85 f.: il.

Orientador(a): Rosane da Silva Dias

Dissertação (Mestrado em Gestão de Programas e Serviços de Saúde) – Universidade Ceuma, 2016.

1. Adolescente. 2. Adulto Jovem. 3. HIV. 4. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. I. Título.

CDU 616.97-053(812.1)

## ADOLESCÊNCIA, JUVENTUDE E HIV/AIDS: estudo de fatores associados

Regiane da Silva Amaral

Dissertação aprovada em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ pela banca examinadora constituída dos seguintes membros:

### **Banca Examinadora:**

---

Profa. Dra. Rosane da Silva Dias  
Orientadora  
Universidade Ceuma

---

Profa. Dra. Sarah Tarcisia Rebelo Ferreira de Carvalho  
Examinadora Externa  
Universidade Ceuma

---

Profa. Dra. Ilana Maria Almeida Felipe  
Examinadora Interna  
Universidade Ceuma

---

Profa. Dra. Flor de Maria Mendonça Araújo  
Suplente Interno  
Universidade Ceuma

---

Prof. Dra. Walesca Oliveira Modesto  
Suplente Externo  
Universidade Ceuma

À minha amada filha Melissa Pimenta Amaral  
da Silva.

## AGRADECIMENTOS

É chegada a hora de reconhecer o valor do outro, de agradecer àqueles que perto ou distante participaram da concretização deste trabalho que sem dúvida, pode ser nomeado como sonho!

Sem dúvida, a força, o apoio, o desejo, as orações, as vibrações e a confiança daqueles que compartilham a vida conosco, são necessários para o alcance das metas que planejamos para nossas vidas.

Assim, o trabalho não estaria completo se o sentimento de gratidão não pudesse ser expressado aos que muito me ajudaram na construção do mesmo:

Primeiramente a Deus, meu paizinho salvador, fonte inesgotável de sabedoria. A Ele eu só posso agradecer por mais uma graça permitida;

A meus amados e queridos pais, são meus pais porque me escolheram. Como sempre, foram os alicerces principais para mais essa conquista.

À minha muito amada filha, Melissa, que tanto reclamou dos momentos que tive ausente em prol deste projeto. Filha, acredite o grande objetivo de todo esse trabalho é servir-lhe de inspiração e orgulho, além de proporcionar-lhe uma vida digna e feliz.

Ao meu companheiro Marcos que além de participar das idas e vindas na coleta de dados para o trabalho, respeitou os momentos que precisei dedicar-me às leituras, escritas e estudo.

Aos meus familiares que me apoiaram nessa jornada.

À minha orientadora Professora Dra. Rosane da Silva Dias que em meio a um dos momentos mais sublimes da vida de uma mulher, a gestação de seu primogênito, não hesitou em prosseguir na firme e brilhante orientação.

Afortunadamente, pude contar com a consultoria de profissionais especialistas em suas respectivas áreas: em estatística, a professora Laíse e em normalização de trabalhos científicos: Jousiane Leite. A vocês duas, meu respeito pelo trabalho e minha gratidão pela prontidão em colaborar.

À equipe do Mestrado da Universidade Ceuma, incluindo-se os docentes e os profissionais de apoio, pela dedicação e compromisso na oferta de serviço educacional de qualidade.

Às equipes dos CTA's, em especial aos coordenadores das duas unidades e aos servidores (CTA Anil e Lira), que gentilmente cederam horas de seus trabalhos para junto comigo extraírem os dados do sistema SI-CTA.

À minha amiga Fernanda Regina Martins Pinheiro, pelo companheirismo na vida e pelo espírito de colaboração sempre presente.

Aos amigos do peito, especialmente à mais que amiga, a também comadre Thayara Coimbra Lima, o anjo utilizado pelo Senhor para anunciar a mensagem do Mestrado.

Às minhas “Amigas Mestras” Aurelice, Daniela, Patricia e Nayanna., pela força, amizade e companheirismo. A amizade de vocês fez com que a experiência do mestrado fosse agradável e prazerosa.

Em cada fim, venta um começo.

Rubem Alves



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –Distribuição das características sociodemográficas de adolescentes e adultos jovens atendidos nos centros de referência para a testagem sorológica anti-HIV, São Luís, Maranhão, 2012 – 2014. (N=5.786) .....	38
Tabela 2 – Análise das variáveis relacionadas à infecção pelo HIV/Aids, segundo <i>status</i> sorológico, de adolescentes e adultos jovens atendidos nos centros de referência para a testagem sorológica anti-HIV, São Luís, Maranhão, 2012 – 2014. (N=5.786) .....	39
Tabela 3 – Análise das variáveis associadas ao HIV/Aids em adolescentes e adultos jovens do sexo masculino atendidos nos centros de referência para a testagem sorológica anti-HIV, São Luís, Maranhão, 2012 – 2014. (N=5.786) .....	41
Tabela 4 – Análise das variáveis associadas ao HIV/Aids em adolescentes e adultos jovens do sexo feminino atendidos nos centros de referência para a testagem sorológica anti-HIV, São Luís, Maranhão, 2012 – 2014. (N= 5.786) .....	43

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AIDS	-	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CDC	-	Centers for Diseases and Prevention
CTA	-	Centro de Testagem e Aconselhamento
DST	-	Doença Sexualmente Transmitida
ECA	-	Estatuto da Criança e do Adolescente
EUA	-	Estados Unidos da América
IST 's	-	Infecções Sexualmente Transmissíveis
HIV	-	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH	-	Homem que faz Sexo com outro Homem
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
PN/DST/AIDS	-	Programa Nacional de DST e AIDS do Ministério da Saúde do Ministério da Saúde
PVHA	-	Pessoa Vivendo com HIV/Aids
SEMUS	-	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TARV	-	Terapia antirretroviral
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## LISTA DE SÍMBOLOS

$\chi^2$ : Qui quadrado

N: Frequência absoluta

AMARAL, Regiane da Silva, **Adolescência, Juventude e HIV/Aids: estudo de fatores associados**, 2016, Dissertação (Mestrado em Gestão de Programas e Serviços de Saúde) - Programa de Pós-graduação em Gestão de Programas e Serviços de Saúde, Universidade Ceuma, São Luís, 85 p.

## RESUMO

**Introdução:** A juvenização da pandemia de infecção pelo HIV/Aids, caracterizada pelo aumento de casos entre indivíduos com faixa etária entre 15 e 24 anos, expressa a vulnerabilidade deste grupo populacional à este grave problema de saúde pública. **Objetivo:** O estudo procurou analisar a associação de variáveis sociocomportamentais ao HIV/Aids entre adolescentes e adultos jovens. **Métodos:** Neste estudo transversal e analítico, foram analisadas informações de adolescentes e adultos jovens, ambos os sexos, faixa etária entre 10 e 24 anos, que realizaram testagem sorológica em duas unidades de referência para testagem sorológica anti-HIV na capital do Maranhão, no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2014. Foi utilizada base de dados secundários do sistema SI-CTA. Foram processadas informações de 5.786 indivíduos. Os dados foram digitados e analisados no SPSS versão 18.0. Na estatística descritiva, as variáveis qualitativas são apresentadas através de frequências absolutas e relativas. A associação entre as variáveis explanatória e as variáveis respostas foi realizada através do teste Qui-quadrado de Pearson. Os resultados foram interpretados ao nível de significância de 5% ( $p \leq 0,05$ ). **Resultados:** No período estudado, 84 jovens estavam infectados pelo HIV (1%). Verificou-se maior proporção de soropositivos entre os indivíduos do sexo masculino (67,9%); escolaridade acima de 8 anos de idade (64,3%) e entre os que se declararam heterossexuais (85,7%). Verificou-se maior proporção de soropositivos entre indivíduos com faixa etária entre 20 e 24 anos de idade. Associou-se ao HIV variáveis como: sexo ( $p < 0,001$ ), escolaridade ( $p < 0,001$ ), uso de drogas ( $p < 0,001$ ), doença sexualmente transmissível ( $p = 0,001$ ), orientação sexual ( $p < 0,001$ ) e uso de preservativo com parceiro eventual no último ano

( $p < 0,001$ ). **Conclusões:** A faixa etária mais acometida pelo HIV/Aids foi entre 20 e 24 anos de idade. Encontrou-se maior prevalência de soropositivos entre sujeitos do sexo masculino. Observou-se que o comportamento sexual de risco destacou-se como elemento de vulnerabilidade entre os pesquisados.

**Palavras-chave:** Adolescente. Adulto Jovem. AIDS. HIV. Fatores de risco.

AMARAL, Regiane da Silva, **Adolescence, Youth and HIV/AIDS: study of associated factors**, 2016 Dissertation (Master Programs and Health Services Management) - Program Postgraduate Program Management and Health Services, University Ceuma, San Luis, 85 p.

## ABSTRACT

**Introduction:** The juvenilisation of pandemic of HIV/AIDS infection, characterized by the increase in cases among individuals aged between 15 and 24 years, expresses the vulnerability of this population group to this serious public health problem. **Objective:** The study sought to examine the association of social behavior variables to HIV/AIDS among adolescents and young adults. **Methods:** In this cross-sectional study and analysis, we analyzed information of adolescents and young adults, both sexes, age range between 10 and 24 years, who underwent serological testing in two reference units for serological testing for HIV in the principal city of Maranhão, in the period from January 2012 to December 2014. It was used based on secondary data from the system itself and CTA. Were processed information of 5,786 individuals. The data were entered and analyzed using SPSS version 18.0. In descriptive statistics, the qualitative variables are presented by absolute and relative frequencies. The association between the variables explanatory and response variables was performed using Pearson's chi-square test. The results were interpreted at the 5% level of significance ( $p < 0.05$ ). **Results:** In the period studied, 84 young people were infected by HIV (1%). There was a greater proportion of HIV among males (67.9%); education above 8 years of age (64.3%) and among those who declared themselves heterosexuals (85.7%). There was a greater proportion of HIV among individuals aged between 20 and 24 years of age. Was associated to HIV such variables as: sex ( $p < 0.001$ ), education ( $p < 0.001$ ), drug use ( $p < 0.001$ ), sexually transmitted disease ( $p = 0.001$ ), sexual orientation ( $p < 0.001$ ) and condom use with casual partner in the last year ( $p < 0.001$ ). **Conclusions:** The age group most affected by HIV/aids was between 20 and 24 years of age.

We found a higher prevalence of HIV among male subjects. It was observed that the high-risk sexual behavior stood out as an element of vulnerability among respondents.

**Keywords:** Adolescent. Young Adult. AIDS. HIV. Risk Factors.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>155</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>18</b>
<b>2.1</b>	<b>Geral</b> .....	<b>18</b>
<b>2.2</b>	<b>Específicos</b> .....	<b>18</b>
<b>3</b>	<b>HIPÓTESES</b> .....	<b>19</b>
<b>4</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>20</b>
<b>4.1</b>	<b>Aspectos históricos, epideomológicoe sociais da Aids</b> .....	<b>20</b>
<b>4.2</b>	<b>Adolescência e juventude no contexto da infecção pelo HIV/Aids</b> .....	<b>23</b>
<b>5</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	<b>27</b>
<b>5.1</b>	<b>Desenho do estudo</b> .....	<b>27</b>
<b>5.2</b>	<b>Local do estudo</b> .....	<b>27</b>
<b>5.3</b>	<b>População e amostra</b> .....	<b>28</b>
<b>5.4</b>	<b>Crítérios de elegibilidade</b> .....	<b>28</b>
<b>5.4.1</b>	<b>Crítérios de inclusão</b> .....	<b>28</b>
<b>5.5</b>	<b>Métodos de coleta de dados</b> .....	<b>28</b>
<b>5.5.1</b>	<b>Instrumentos e procedimentos para coleta de dados</b> .....	<b>28</b>
<b>5.6</b>	<b>Análise estatística dos dados</b> .....	<b>30</b>
<b>5.7</b>	<b>Aspectos éticos</b> .....	<b>30</b>
<b>6</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>31</b>
<b>6.1</b>	<b>Artigo</b> .....	<b>31</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>53</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>55</b>
	<b>APÊNDICE A – PEDIDO DE DISPENSA DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	<b>59</b>
	<b>ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA</b> .....	<b>60</b>
	<b>ANEXO B – OFÍCIO ASSINADO E DATADO PELOS DIRETORES DOS CTA ANIL E LIRA</b> .....	<b>61</b>
	<b>ANEXO C – PARECER DE APROVAÇÃO DO TRABALHO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) DA UNIVERSIDADE CEUMA</b> .....	<b>62</b>
	<b>ANEXO D – FORMULÁRIO DE ATENDIMENO DO SI-CTA</b> .....	<b>65</b>
	<b>ANEXO E - NORMAS DA REVISTA GAÚCHA DE ENFERMAGEM</b> .....	<b>70</b>





## 1 INTRODUÇÃO

Passadas três décadas após registro dos primeiros casos, da bem definida história natural da doença, da descoberta do Vírus da Imunodeficiência Humana - HIV como seu agente etiológico, da existência de métodos de diagnósticos confiáveis e do avanço na terapia antirretroviral (TARV), a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - Aids, continua apresentando-se com um dos mais significativos problemas de saúde pública do planeta. (VILLAMARINHO et al 2013).

O caráter pandêmico, complexo, instável e multifacetado da infecção pelo HIV/Aids suscitou a necessidade de vigilância constante de suas tendências, das características das populações mais afetadas, dos comportamentos que favorecem a propagação do vírus, bem como das respostas políticas oficiais em seus diversos contextos (NASCIMENTO; SOUSA; PINTO, 2014).

As constantes alterações no perfil epidemiológico, confirmadas pela trajetória histórica desta pandemia, revelam que alguns grupos societários mostraram-se mais vulneráveis que os outros, evidenciando que características do comportamento humano individual e coletivo influenciam na disseminação do vírus (STEPHAN; HENN; DONALISIO, 2010).

No Brasil, atualmente, observa-se uma epidemia de HIV/Aids estável e concentrada em alguns subgrupos populacionais, delineando uma forte tendência de pauperização, heterossexualização e juvenização da epidemia no território nacional, destacando o aumento da prevalência da infecção entre os jovens brasileiros (ARAÚJO et al, 2012; SCHNEIDER et al, 2008).

O progressivo aumento de Pessoas que Vivem com HIV/Aids (PVHA) cuja faixa etária compreende-se entre a adolescência e o início da vida adulta, constitui-se importante forma de expressão das vulnerabilidades dos adolescentes e jovens, com destaque para os comportamentos de risco, bastante presente entre os mesmos, especialmente àqueles ligados ao exercício da sexualidade, assim como a falta de acesso a serviços de saúde e de orientação sexual (ARAÚJO et al, 2012).

Diversos estudos identificam que adolescentes e adultos jovens constituem importante grupo social, em termos de risco epidemiológico, para infecções sexualmente transmissíveis (IST's), a exemplo da infecção pelo HIV e, por tal motivo, apontado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como prioridade nas campanhas de prevenção. (PEREIRA et al, 2014; GUPTA, 2011).

Nesse sentido, ressalta-se que pesquisadores e gestores de políticas públicas voltadas para esta temática, deverão dispensar atenção especial à adolescência, visto que nesta etapa da vida futuros padrões comportamentais, notadamente aqueles referentes à sexualidade começam a ser definidos e, provavelmente perdurarão por toda vida adulta.(PAIVA et al, 2008).

Em virtude do exposto, e considerando que a infecção pelo HIV permanece como doença incurável, justifica-se a necessidade de investimento em uma análise detalhada dos fatores que estão associados a esta infecção entre adolescentes e jovens, considerando para tanto, uma investigação do problema a partir de um contexto bastante propício: o município de São Luís, cidade que apresenta altas taxas de infecção pelo HIV e que ocupa posição de destaque no cenário nacional em número de casos notificados oficialmente.

Apesar da tendência crescente de notificações na região nordeste do país, e do Maranhão, assim como de sua capital, destacarem-se no cenário nacional como territórios de alta prevalência de infecções pelo HIV, não foram encontrados registros científicos que analisem fatores correlatos a esta infecção entre adolescentes e adultos jovens, evidenciando assim a relevância do estudo.

No sentido de compreender com maior riqueza de detalhes a problemática, a pesquisa foi conduzida pelos seguintes questionamentos:

- ✓ Qual o perfil do adolescente e adulto jovem que realiza testagem anti-HIV nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) de São Luís, Maranhão?
- ✓ Qual a prevalência de soropositividade para o HIV/Aids entre adolescentes e adultos jovens que realizaram a testagem sorológica anti-HIV em São Luís, Maranhão?
- ✓ Quais são os fatores sociocomportamentais que estão associados à infecção pelo HIV/Aids entre adolescentes e adultos jovens que realizaram a testagem sorológica anti-HIV em São Luís, Maranhão?

Para o desenvolvimento da pesquisa, no que tange à pesquisa de campo, foram coletados dados no Sistema de Informação do CTA (SI-CTA), relacionados ao grupo etário compreendido entre 10 e 24 anos, cuja realização da testagem anti-HIV ocorreu no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2014.

Em termos de estruturação, além dos elementos que fundamentam essa introdução, temos um capítulo subsequente que apresenta os objetivos da pesquisa, seguido do capítulo que descreve as hipóteses do estudo.

O capítulo subsequente traz um recorte teórico do problema, o qual está subdividido em dois subcapítulos: o primeiro intitulado: “Aspectos epidemiológicos, históricos e sociais da Aids” que contextualiza a doença através do seu histórico, epidemiologia e seus aspectos psicossociais. E o segundo: “Adolescência e juventude no contexto da infecção pelo HIV/Aids” que compreende uma abordagem sobre a adolescência e a juventude, refletindo a influência que determinados fatores exercem no que tange a epidemia de HIV/Aids.

Em seguida, é apresentado o percurso metodológico do trabalho, no qual são detalhados o desenho do estudo, o método de coleta de dados, a população e as variáveis estudadas, os critérios de elegibilidade assim como os aspectos éticos da pesquisa.

O último capítulo expõe os resultados da pesquisa, os quais estão apresentados sob a forma de artigo original intitulado: ASSOCIAÇÃO ENTRE CARACTERÍSTICAS SOCIOCOMPORTAMENTAIS E INFECÇÃO PELO HIV/AIDS EM ADOLESCENTES E ADULTOS JOVENS, o qual foi submetido à Revista Gaúcha de Enfermagem (RGE), de classificação qualis B1.

Nas considerações finais são apresentadas as últimas reflexões sobre a problemática estudada, bem como são apontadas sugestões para superação do problema, visando contribuir para prevenção da infecção pelo HIV entre de adolescentes e adultos jovens na cidade de São Luís, Maranhão.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Analisar os fatores associados à infecção pelo HIV/Aids entre adolescentes e adultos jovens atendidos pelos centros de referência na testagem anti-HIV do município de São Luís, Maranhão.

## **2.2 Específicos**

- Estimar a prevalência de soropositividade na amostra estudada;
- Traçar o perfil sociodemográfico da amostra;
- Analisar as variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais e relacionadas ao uso do preservativo associadas à infecção pelo HIV/Aids, entre os pesquisados de acordo com o *status sorológico*;
- Analisar variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais e relacionadas ao uso do preservativo associadas à infecção pelo HIV/Aids de acordo com o sexo dos sujeitos pesquisados.

## **3 HIPÓTESES**

Tendo como ponto de partida os dados epidemiológicos e o aporte teórico com os quais desenvolveu-se esta pesquisa, apresenta-se como pressupostos básicos sobre o tema, as seguintes hipóteses:

- ✓ Além de características individuais como sexo, estado civil e raça, aspectos comportamentais como o uso de drogas e presença de IST estão associados à infecção pelo HIV/Aids entre adolescentes e jovens de São Luís – MA?
  
- ✓ O sexo dos adolescentes e adultos jovens pesquisados é um aspecto que se interpõe diante dos métodos preventivos à infecção pelo HIV/Aids, notadamente, o uso do preservativo?

## **4 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **4.1 Aspectos históricos, epidemiológicos e sociais da Aids**

A Aids foi reconhecida oficialmente em meados de 1981, nos Estados Unidos da América (EUA), a partir da identificação de casos de “sarcoma de Kaposi” (um câncer raro) e de uma pneumonia atípica (causada por *Pneumocystis carinii*), em pessoas com características semelhantes: adultos do sexo masculino, em sua maioria homossexuais e moradores de grandes centros urbanos daquele país, como Nova York, São Francisco e Los Angeles (PINTO et al., 2007).

Dada essas observações, o Center for Disease Control and Prevention (CDC), órgão de vigilância epidemiológica norte-americano, passou a observar a nova e enigmática doença, ficando alerta aos sinais e sintomas que vinham acometendo a saúde daqueles indivíduos, previamente saudáveis, descobrindo em seguida que tratava-se de uma síndrome até então desconhecida (SOUZA; SANTOS; OLIVEIRA, 2015).

A partir deste fato, pesquisadores infectologistas e epidemiologistas, com o intuito de definir o perfil clínico e epidemiológico, iniciaram um processo de investigação marcado por diversos erros e acertos e reconheceram que a misteriosa síndrome, tratava-se da Aids, cujo agente etiológico é o HIV, vírus que ao entrar no organismo humano destrói as células de defesa do corpo, levando a um quadro de imunodeficiência (NOGUEIRA et al., 2015).

Embora oficialmente os primeiros casos estejam registrados na década de 80, ressalta-se que a síndrome já acometia considerável número de pessoas no continente africano ao longo da década de 70. Contudo, fatores como um frágil sistema de vigilância em saúde e um contexto marcado por diversas mazelas sanitárias e sociais, como fome, desnutrição e guerras civis, contribuíram para que aqueles sintomas e sinais passassem despercebidos e sem a devida atenção que merecia (BASTOS, 2006).

Ressalta-se porém, que o HIV tem um longo período de incubação. Devido a este fato, um indivíduo pode infectar-se com o vírus, sem necessariamente desenvolver no organismo os sintomas da Aids, o que contribuiu para que a mesma alcançasse status de doença crônica, que mesmo permanecendo incurável, possui tratamento, de modo que uma relativa qualidade de vida seja observada entre aqueles que contraem o HIV (BRASIL, 2016).

Reconhecendo, pois, que o HIV, vírus causador da Aids, está presente no sangue, sêmen, secreção vaginal e leite materno, as vias de transmissão podem assim serem discriminadas:

- Relações sexuais desprotegidas, isto é, sem o uso do preservativo;

- Transmissão vertical ou perinatal (transmissão de mãe para filho através da via placentária, pelo canal vaginal no momento do parto, ou através do aleitamento materno).
- Através de contato com sangue infectado e seus hemoderivados (transusão de sangue contaminado com o HIV e compartilhando instrumentos que furam ou cortam, não esterilizados.) (QUEIROZ et al., 2012).

Após os primeiros registros oficiais, a Aids, constituiu-se rapidamente em um fenômeno mundial, transformando-se em grave problema de saúde pública, tornou-se epidemia que, tão logo, elevou-se à pandemia, com alastramento expressivo nas regiões mais pobres do planeta (BAZIN et al., 2014).

Os números oficiais apresentam um panorama que permite identificar a magnitude da doença. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) aproximadamente 25 milhões de vidas, em todo o mundo, foram ceifadas em decorrência da síndrome. Desde o registro do primeiro caso, na década de 80, até junho de 2015, o Brasil registrou 798.366 casos, sendo computados 290.929 mil óbitos relacionados à Aids até dezembro de 2014 (BRASIL, 2015b).

O Maranhão, estado caracterizado por grande extensão territorial e disparidades sociais e econômicas, defronta-se com altos índices de infecção pelo HIV/Aids. O Estado registrou até junho de 2015, 14.286 casos, e o número de óbitos tendo como causa básica a Aids alcançou 4.141 notificações (BRASIL, 2015b).

A capital do Maranhão, ocupa a 4ª posição entre as capitais brasileiras e a 1ª posição entre as nordestinas, no ranking da taxa de detecção (por 100.000 habitantes) de casos de Aids notificados oficialmente até 2014 no Brasil, ficando atrás somente do município de Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul (BRASIL, 2015b).

São Luís é a cidade que detém a maioria dos casos notificados no Estado, mas a epidemia se alastra por todo o Estado. O Ministério da Saúde atesta que já no ano de 2012, dos 217 municípios maranhenses, 182 apresentavam pelo menos um caso oficialmente notificado. Os municípios que apresentaram números mais expressivos, no período de 1985 e 2014 foram: São Luís com 5.405 casos, Imperatriz – 1.130 casos, São José de Ribamar - 448 casos, Timon - 441 e Caxias com 436 casos (BRASIL, 2014).

Diante do aprendizado e vivência adquiridos por três décadas de epidemia, várias fases se expressaram, desde o surgimento do HIV/Aids, caracterizando fenômenos relativos ao perfil epidemiológico desenhado com o decorrer do tempo. Assim, alguns aspectos relacionados à história desta epidemia merecem destaque, a exemplo do fato dela notadamente, restringir-se a uma determinada região geográfica e a um grupo específico de pessoas, o que



fez surgir a ideia de grupo de risco, fato inexistente na atualidade, pois a trajetória da epidemia demonstrou que toda população, independente de classe social, orientação sexual, cor, idade ou religião está exposta a esta infecção desde que medidas preventivas adequadas não sejam observadas (VIDAL et al., 2009).

Levando em consideração os aspectos sociais da Aids, o percurso da epidemia, evidenciou que a mesma se apresenta de forma multifacetada, envolta em um complexo emaranhado de determinantes, configurando-se ao longo de sua história com características dinâmicas e instáveis, fato comprovado pelas constantes modificações no perfil epidemiológico da pandemia (NASCIMENTO; SOUSA; PINTO, 2014).

Estudos recentes, como o de Chaves et al. (2014), que acompanham e analisam a trajetória da Aids no Brasil, demonstram a ocorrência de profundas alterações na evolução da epidemia no território nacional. Nesse sentido, alguns grupos têm se tornado mais vulneráveis, delineando assim, cinco tendências principais: heterossexualização, feminização, interiorização, juvenização e pauperização.

Segundo Moura et al. (2013), a afirmação acima evidencia que diferenças sociais, econômicas e culturais exercem influência sobre comportamentos e práticas de risco dos indivíduos em relação à infecção pelo vírus HIV trazendo para a análise o conceito de vulnerabilidade, bastante utilizado quando se estuda o objeto aqui focado.

Sánchez e Bertolozzi (2007) ao estudarem o conceito de vulnerabilidade, proferem que, especificamente na área da saúde, ele surge na década de 80, como possibilidade de tornar-se matriz analítica de interpretação da epidemia da Aids, apresentando-se como tentativa de superação da predominante perspectiva individualizante da doença.

Assim, o conceito de vulnerabilidade supera o conceito de “risco”, tradicional na Epidemiologia Clássica, pois ele permite entender que não existem populações de risco e sim um conjunto de fatores que propiciam as pessoas a se infectarem pelo HIV. Dada essa perspectiva, os fatores de risco são relacionados diretamente a problemas estruturais subjetivos e objetivos que tornam as pessoas mais ou menos expostas a este vírus, são eles a pobreza, a violência, a baixa escolaridade, as relações de gênero, dentre outros (SAMPAIO et al., 2011).

O conceito de vulnerabilidade pode inclusive ser utilizado no sentido de aperfeiçoar as estratégias de prevenção do HIV, pois ele não se limita apenas a identificar quem têm alguma chance de infectar-se, mas fornece elementos para avaliar objetivamente diversas possibilidades que qualquer pessoa tem de se contaminar, considerando certas características individuais e sociais, que possam estar diretamente associadas a maior exposição e menor chance de proteção diante da doença (RODRIGUES et al., 2013).

Em termos de enfrentamento, destaca-se que no Brasil, apesar da magnitude da doença no território nacional, a inserção da Aids na agenda do Sistema Único de Saúde (SUS) se deu apenas quando a epidemia já estava estabelecida no país, e resultou de esforços pioneiros de um amplo espectro de grupos e movimentos sociais nas diretrizes estabelecidas para a prevenção de novos casos e assistência aos soropositivos, fato apontado como possível fator de eficácia e credibilidade da política, ainda que tardia, estabelecida no país (SOUSA et al., 2016).

O Brasil, atualmente, apresenta uma das políticas de enfrentamento à Aids mais modernas do mundo. O sucesso desta política decorre, dentre outros fatores, da sinergia entre os diversos movimentos sociais e o Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde (PN-DST/AIDS/MS), órgão responsável pelas diretrizes para o enfrentamento desta doença no país (NUMM et al., 2009; GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009).

Destaca-se como ponto alto da política brasileira de enfrentamento à Aids, a forte rede assistencial, caracterizada pela existência de serviços ambulatoriais especializados, dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA's) e hospitais-dia, além do fácil acesso à testagem anti-HIV, insumos de prevenção e à TRAV via SUS (BRASIL, 2016).

Considerando o exposto até aqui, as análises que seguem destinam-se a refletir sobre a complexa relação adolescência, juventude e HIV/Aids.

#### **4.2 Adolescência e juventude no contexto da infecção pelo HIV/Aids**

Adolescência e juventude constituem-se categorias sociológicas de análise, cujas definições e significados são determinados pelas configurações sociais e culturais de cada sociedade (SILVA; LOPES, 2009).

A OMS entende a adolescência constitui-se como um processo fundamentalmente biológico, durante o qual se acelera o desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade. Em termos cronológicos, abrangeria o período que se inicia aos dez e se prolonga até 19 anos, dividido nas etapas pré adolescência (dos dez aos 14 anos) e a adolescência propriamente dita (dos 15 aos 19 anos). Em relação à juventude, compreende o recorte etário de quinze a vinte e quatro anos, e se define pelo processo de preparação dos indivíduos para integrarem a sociedade, assumindo papéis de adultos na sociedade, tanto no plano familiar quanto no profissional (OMS/OPS, 1985).

Juridicamente, o Estatuto da Criança e do Adolescente, instituído pela Lei 8.069, de 13 de julho de 1990, delimita a faixa etária da adolescência entre os doze e dezoito anos de idade, e não faz menção à juventude (BRASIL, 1990).

Os conceitos de adolescência e juventude, no entanto, não se circunscrevem somente na delimitação etária. O limite cronológico dessas fases da vida são influenciadas por marcadores biológicos, psíquicos e sociais, destacando-se a puberdade como fator biológico e a capacidade cognitiva e física para o ingresso no mundo do trabalho como marcador psíquico e social (BRÊTAS et al.,2008).

Nos aspectos relacionados à relação adolescência, juventude e infecção pelo HIV/Aids, indicadores de variados territórios apontam alta vulnerabilidade destes grupos a tal problema, seja por fatores individuais, como as intensas transformações biopsicossociais, ou coletivos, como a dificuldade dos sistemas de saúde e educação em reconhecer o adolescente como sujeito detentor de direitos sexuais e reprodutivos (MORAES et al., 2012).

De acordo com a nota descritiva número 345 da OMS, os adolescentes e adultos jovens devem constituir-se em prioridade absoluta em estratégias de prevenção e proteção, pois estes dois segmentos da população são altamente susceptíveis a IST's, a exemplo da infecção pelo HIV/Aids (OMS,2011).

As estimativas epidemiológicas alertam que em todo mundo, entre os infectados, mais de 10 milhões encontram-se na faixa etária entre 15 a 24 anos e a taxa de prevalência da população jovem apresenta tendência de aumento (BRASIL, 2013).

Segundo dados do Ministério da Saúde, entre 1980 e 2015, foram notificados 3.103 casos entre pessoas que estavam na faixa etária entre 10 e 14 anos, 15.492, no grupo de 15 a 19 anos e 70.517, entre 20 a 24 anos, totalizando 89.112 casos nas faixas compreendidas entre 10 a 24 anos, o que corresponde a 11,16% do total de notificações de Aids no país. (BRASIL, 2015b).

Contextualizando o problema no cenário regional, no período de 2002 a 2011, a região Nordeste apresentou aumento de 42% na taxa de incidência de infecção pelo HIV em jovens entre 15 a 24 anos (BRASIL, 2012). Em termos locais, a capital maranhense apresenta maior taxa de incidência entre os indivíduos que possuem entre 20 e 34 anos de idade (BRASIL, 2013).

Com base nos dados acima, ressalta-se a importância de apresentar as ponderações de Pereira et al. (2014), a respeito da questão. Para esses autores é relevante considerar o período de latência da infecção, que gira em torno de 8 a 10 anos, fato que leva a inferir que a maioria dos casos de Aids em adultos jovens, reportam-se à infecções ocorridas na adolescência ou no início da juventude, indicando prioridade absoluta dessa população nos serviços de saúde,

principalmente no que diz respeito à prevenção, uma vez que a precocidade das medidas de atenção refletem na evolução da infecção e da doença.

Estudos sobre a infecção pelo HIV/Aids em adolescentes e jovens alertam para o fato de que a alta vulnerabilidade destes segmentos populacionais à infecção pelo HIV/Aids está alicerçada, dentre outros fatores, no exercício da sexualidade, visto que entre estes, destaca-se como fator de exposição ao vírus, práticas sexuais desprotegidas como o uso descontínuo do preservativo com parceiros fixos ou eventuais, além da multiplicidade de parceiros entre esta camada da população (ARAÚJO, 2012).

Neste fato, reside um dos maiores desafios para o combate à disseminação da doença, já que seu enfrentamento exige mudanças comportamentais, a níveis individuais e coletivos, não apenas no que concerne ao exercício da sexualidade, mas de outros aspectos culturais, psíquicos e sociais (SASAKI, 2015).

Entre os possíveis determinantes que sugerem alta vulnerabilidade desse grupo etário, Costa et al.(2013), destaca que além do uso irregular do preservativo, a baixa escolaridade e a alta concentração de renda no país e um frágil sistema de saúde preventiva dentre outros fatores, potencializam a vulnerabilidade desses indivíduos ao HIV, evidenciando assim que a vulnerabilidade não está associada exclusivamente a fatores individuais, mas também a fatores sociais, políticos e econômicos.

Pesquisas como a de Chaves (2014), apontam ainda que, mesmo com divulgação na mídia e programas preventivos em escolas e unidades de saúde, os adolescentes e jovens, ainda possuem conhecimento disperso e equivocado sobre formas de transmissão e prevenção do HIV, influenciando assim, seus níveis de vulnerabilidade e aumentando a incidência desta infecção entre eles.

Diante dessa constatação é imprescindível enfatizar o papel que instituições escolares e de saúde ocupam no trabalho de redução da vulnerabilidade desse grupo populacional ao HIV/Aids, por meio de ações educativas em saúde, que incentivem práticas seguras diante da possibilidade de infetar-se (BESERRA, 2008).

A discussão aqui apresentada permite perceber a necessidade de aprimoramento das estratégias de saúde pública e de prevenção, em função da infecção pelo HIV/Aids entre adolescente e adultos jovens. A partir desta constatação surgiu o interesse pela sistematização dos dados que serão discutidos neste trabalho.

## **5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

### **5.1 Desenho do estudo**

Estudo quantitativo, do tipo observacional, retrospectivo de delineamento transversal.

### **5.2 Local do estudo**

A pesquisa foi realizada no município de São Luís que está localizado na Microrregião Aglomeração Urbana de São Luís, Mesorregião Norte Maranhense, possui área

de 563,44 m<sup>2</sup>. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) de São Luís é 0,768, fato que faz o município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,7 e 0,799). Dados do último Censo Demográfico realizado em 2010, revelaram que o município possuía naquele ano, 1.014.837 habitantes e deste total, 88.534 encontravam-se na faixa etária entre 10 a 14 anos e 96.841 na faixa etária correspondente entre 15 a 19 anos, ao passo que 114.808 possuíam entre 20 e 24 anos de idade (IBGE, 2016).

Os dados da pesquisa foram coletados em duas unidades de saúde, referencias na testagem sorológica para o HIV. Estas unidades são denominadas de CTA. Os CTAs, desde 1988, constituem-se como serviços de saúde especializados em diagnósticos precoce para HIV e Sífilis, tratamento de IST's, além de oferecer à população orientação preventiva por meio da técnica do aconselhamento, distribuição de material educativo, palestras em instituições e comunidades, reiterando a convicção do Ministério da Saúde no poder da informação como estratégia efetiva no combate a disseminação da epidemia de HIV no país (MONTEIRO, 2014).

No Maranhão, o primeiro CTA foi instalado em 1995, e, atualmente, a capital do Estado conta com duas unidades, vinculadas à Secretaria de Saúde do Município (SEMUS), através do Programa Municipal de DST/Aids (ROCHA, 2007).

Considerando que essas duas unidades estão localizadas em regiões opostas da cidade, fato que pode influenciar no perfil da população que acessa os serviços oferecidos, optou-se por pesquisar as duas unidades, na tentativa de capturar elementos que possam elucidar com maior clareza os questionamentos estabelecidos na proposta de estudo.

### **5.3 População e amostra**

A população do estudo foi composta por adolescentes e adultos jovens, atendidos no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2014, em dois centros de referência na testagem sorológica para o HIV situados no município de São Luís.

Apesar de no Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) delimitar os limites cronológicos da adolescência na faixa etária entre 12 e 18 anos de idade, no presente estudo utilizou-se como referência a demarcação cronológica de 10 a 19 anos estabelecida pela OMS. Esta escolha justifica-se pelo interesse em publicar os resultados em revistas científicas que utilizam os parâmetros desta instituição para definir esta etapa da vida.

## 5.4 Critérios de elegibilidade

### 5.4.1 Critérios de inclusão

Informações disponíveis no SI-CTA, referentes a adolescentes e adultos jovens, com idade entre 10 e 24 anos, ambos os sexos, que buscaram os serviços das unidades pesquisadas no município de São Luís - Maranhão, no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2014.

## 5.5 Métodos de coleta de dados

### 5.5.1 Instrumentos e procedimentos para a coleta de dados

As informações necessárias para alcance dos objetivos foram obtidas através da análise de dados secundários encontrados no sistema de informação SI-CTA, que possuem dados contidos nos formulários de testagem sorológica anti HIV do Ministério da Saúde, cujos usuários dos CTA's respondem quando procuram a instituição para realizar a testagem anti-HIV (ANEXO D).

Os dados foram coletados após anuência da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) e das direções dos CTA's (ANEXO B), em horários acordados previamente entre a proponente e a direção da unidade em sala da instituição designada para tal atividade. Foram coletados dados referentes a variáveis de estudo que estão organizadas de acordo com os objetivos da pesquisa:

a) Variáveis sociodemográficas:

- ✓ **Sexo** (masculino e feminino);
- ✓ **Estado civil** (casado, união estável, solteiro);
- ✓ **Escolaridade** (nenhuma, 1 a 3 anos de estudo, 4 a 7 anos de estudo, 8 a 11 anos de estudo, de 12 a mais);
- ✓ **Raça/cor** (branca, amarela, preta, parda, indígena). Estas variáveis foram escolhidas com o intuito de permitir a caracterização do perfil da população estudada.

b) Variáveis clínicas e comportamentais:

- ✓ **Presença de DST** (sim ou não);
- ✓ **Exposição ao HIV** (relação sexual e outros);
- ✓ **Orientação sexual** (heterossexual e outros).

c) Variáveis relacionadas ao uso do preservativo:

- ✓ **Uso do preservativo com parceiro fixo no último ano** (sim; não e não se aplica);
- ✓ **Uso do preservativo com parceiro fixo na última relação** (sim; não e não se aplica);
- ✓ **Uso do preservativo com parceiro eventual no último ano** (sim; não e não se aplica);
- ✓ **Uso do preservativo com parceiro eventual na última relação** (sim; não e não se aplica);
- ✓ **Motivos do não uso do preservativo** (fatores pessoais e fatores externos).

Baseado no estudo de Monteiro et al. (2014) considerou-se como fatores pessoais para o não uso do preservativo, as seguintes opções: não acredita na eficácia; não sabe usar; não dispunha no momento; confia no parceiro; estava sob efeito de álcool/drogas; não acredita na possibilidade de contaminação; não acreditava na hipótese de soropositividade; não tem condição financeira para aquisição do preservativo; desejo de ter filho; relação sexual não programada; disfunção sexual ou alergia ao produto

## 5.6 Análise estatística dos dados

Os dados foram digitados e analisados no SPSS versão 18.0. Na estatística descritiva, as variáveis qualitativas são apresentadas através de frequências absolutas e relativas. A associação entre as variável explanatória (HIV) e as variáveis respostas (sexo, estado civil, escolaridade, raça, uso de drogas, DST, Tratamento DST, exposição ao HIV, orientação sexual, uso do preservativo com parceiro fixo/eventual no último ano e na última relação, motivo de não uso do preservativo com parceiro fixo/eventual no último ano) foi realizada através do teste Qui-quadrado de Pearson. Os resultados foram interpretados ao nível de significância de 5% ( $p \leq 0,05$ ).



## **5.7 Aspectos éticos**

Este estudo seguiu as normas da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade CEUMA (UNICEUMA) e aprovado com emissão do parecer nº1.009.504.(APÊNDICE A e ANEXO C)

## 6 RESULTADOS

### 6.1 Artigo

**ASSOCIAÇÃO ENTRE CARACTERÍSTICAS SOCIOCOMPORTAMENTAIS E  
INFECÇÃO PELO HIV/AIDS EM ADOLESCENTES E ADULTOS JOVENS**

Artigo escrito de acordo com as normas para publicação estabelecidas pela Revista Gaúcha de Enfermagem (RGE). Qualis B1.

## ASSOCIAÇÃO ENTRE CARACTERÍSTICAS SOCIOCOMPORTAMENTAIS E INFECÇÃO PELO HIV/AIDS EM ADOLESCENTES E ADULTOS JOVENS

Regiane da Silva Amaral<sup>1</sup>; Flor de Maria Mendonça Araújo<sup>2</sup>; Ilana Miriam Almeida Felipe<sup>3</sup>;  
Rosane da Silva Dias<sup>4</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** Analisar a associação de variáveis sociocomportamentais ao HIV/Aids entre adolescentes e adultos jovens. **Métodos:** Estudo quantitativo de corte transversal, realizado nos centros de testagem sorológica anti-HIV, da capital maranhense, com 5.786 adolescentes e adultos jovens, baseado nos dados do sistema SI-CTA. Realizou-se teste Qui-quadrado de Pearson para verificar a associação entre soropositividade e características sociocomportamentais. Os resultados foram interpretados ao nível de significância de 5% ( $p \leq 0,05$ ). **Resultados:** Verificou-se maior proporção de soropositivos entre indivíduos com faixa etária entre 20 e 24 anos de idade. Associou-se ao HIV variáveis como: sexo ( $p < 0,001$ ), escolaridade ( $p < 0,001$ ), uso de drogas ( $p < 0,001$ ), doença sexualmente transmissível ( $p = 0,001$ ), orientação sexual ( $p < 0,001$ ) e uso de preservativo com parceiro eventual no último ano

---

<sup>1</sup>Assistente Social, aluna do programa de pós graduação *stricto sensu*, mestrado em gestão de programas e serviços de saúde da Universidade Ceuma (UNICEUMA), São Luís, Ma, Brasil.

<sup>2</sup>Psicóloga, Professora Doutora do programa de pós graduação *stricto sensu*, Mestrado em gestão de programas e serviços de saúde da Universidade Ceuma. (UNICEUMA), São Luís, Ma, Brasil.

<sup>3</sup>Enfermeira, Professora Doutora do programa de pós graduação *stricto sensu*, Mestrado em gestão de programas e serviços de saúde da Universidade Ceuma. (UNICEUMA), São Luís, Ma, Brasil.

<sup>4</sup>Fisioterapeuta, Professora Doutora do programa de pós graduação *stricto sensu*, Mestrado em gestão de programas e serviços de saúde da Universidade Ceuma. (UNICEUMA), São Luís, Ma, Brasil.

( $p < 0,001$ ). **Conclusões:** Conclui-se que a infecção pelo HIV/Aids associou-se a variáveis sociocomportamentais, destacando-se o comportamento sexual de risco como elemento de vulnerabilidade entre os pesquisados.

**Palavras-chave:** Adolescente. Adulto Jovem. AIDS. HIV. Fatores de risco.

## **ASSOCIATION BETWEEN SOCIO-BEHAVIORAL CHARACTERISTICS AND HIV/AIDS INFECTION IN ADOLESCENTS AND IN TEENS AND YOUNG ADULTS**

### ***ABSTRACT***

**Objective:** To analyze the association the association of socio-behavioral variables to HIV/AIDS among adolescents and young adults. **Methods:** It is a cross-sectional study, quantitative, conducted in the centers of serologic centers for HIV, the capital of Maranhão, with 5,786 adolescents and young adults, based on the data in the SI system (CTA). Held Pearson Chi-square test to verify the association between seropositivity and socio-behavioral characteristics. The results were interpreted at the 5% level of significance ( $p \leq 0,05$ ).

**Results:** There was a greater proportion of HIV among individuals aged between 20 and 24 years. Joined the HIV factors such as: sex ( $p < 0.001$ ), education ( $p < 0.001$ ), drug use ( $p < 0.001$ ), sexually transmitted disease ( $p = 0.001$ ), sexual orientation ( $p < 0.001$ ) and condom use with casual partner in the last year ( $p < 0.001$ ). **Conclusions:** It is concluded that the HIV/AIDS infection is associated to socio-behavioral variables, highlighting the high-risk sexual behavior as an element of vulnerability among respondents.

**Keywords:** Adolescent. Young Adult. AIDS. HIV. Risk Factors.

## ASOCIACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIO-CONDUCTUALES Y LA INFECCIÓN POR EL VIH/SIDA EN ADOLESCENTES Y ADULTOS JÓVENES

### **RESUMEN**

**Objetivo:** Analizar la asociación entre las variables socio-conductuales y la infección por el VIH/SIDA en adolescentes y adultos jóvenes. **Métodos:** Estudio cuantitativo de corte transversal, realizado en dos centros de referencia para el diagnóstico del VIH/SIDA (sistema SI-CTA) en la capital de Maranhão. Para verificar la asociación entre las variables de estudio se recogieron datos de 5.786 adolescentes y adultos jóvenes y se aplicó el Chi-Cuadrado de Pearson. Los resultados fueron interpretados a un nivel de significación del 95% ( $p \leq 0,05$ ).

**Resultados:** Se encontró mayor proporción de VIH positivos entre los individuos con las siguientes características: sexo masculino (67,9%), solteros (73,8%), más de 8 años de estudio (64,3%). Resultaron significativas la asociación del VIH/SIDA con el sexo de la muestra ( $p < 0,001$ ), el nivel de enseñanza ( $p < 0,001$ ), el consumo de drogas ( $p < 0,001$ ), enfermedad de transmisión sexual ( $p = 0,001$ ), orientación sexual ( $p < 0,001$ ) y el uso de condón con una pareja ocasional en el último año ( $p < 0,001$ ). **Conclusiones:** Se pudo concluir que las características socio-conductuales estuvieron asociadas a la seropositividad de VIH/SIDA en la muestra estudiada. La no utilización de preservativos sigue siendo una señal de vulnerabilidad entre los adolescentes y los adultos jóvenes.

**Palabras clave:** Adolescentes. Adulto joven. SIDA. VIH. Factores de riesgo.

## INTRODUÇÃO

A delimitação da existência humana em períodos relaciona-se, intimamente, a diversos aspectos fundamentais da organização social e cultural. Cada sociedade, com sua respectiva cultura, reserva a cada fase da vida, diferentes expectativas. A divisão da vida em etapas permite à sociedade estabelecer possibilidades, obrigações e limitações a cada grupo de indivíduos<sup>(1)</sup>.

O Ministério da Saúde define a adolescência como o período entre dez e dezenove anos, e a caracteriza como etapa da vida intermediária entre a infância e a vida adulta. Na mesma perspectiva, define a juventude como uma categoria de análise sociológica, cujo recorte etário vai de quinze a vinte e quatro anos de idade<sup>(2)</sup>.

Entretanto, os conceitos de adolescência e juventude extrapolam a limitação cronológica. Entender essas duas etapas da vida, significa compreender que características biológicas, psíquicas e sociais, delineiam seus aspectos mais marcantes, com destaque para a adolescência, etapa na qual, há uma intensa explosão de hormônios sexuais, a saber: o início da puberdade<sup>(3)</sup>.

Estas características biopsicossociais podem contribuir para a vulnerabilidade da população jovem, isto é, adolescentes e adultos jovens, a determinadas doenças, especialmente àquelas que decorrem do comportamento sexual de risco, a exemplo da infecção pelo HIV/Aids, que encontra-se em franca expansão nessa camada da população, estabelecendo a tendência de juvenização da epidemia<sup>(4-5)</sup>.

Dados oficiais apontam que, em todo mundo, mais de dez milhões de infectados pelo HIV estão situados na faixa etária entre 15 e 24 anos de idade. No Brasil, entre os anos de 2005 e 2015, o número de casos entre pessoas com essa faixa etária duplicou, demonstrando a expressividade epidemiológica desse segmento populacional<sup>(6-7)</sup>.

Segundo dados do Ministério da Saúde, entre 1980 e 2015, foram notificados 3.103 casos entre pessoas que estavam na faixa etária entre 10 e 14 anos, 15.492, no grupo de 15 a 19 anos e 70.517, entre 20 a 24 anos, totalizando 89.112 casos nas faixas compreendidas entre 10 a 24 anos, o que corresponde a 11,16% do total de notificações de Aids no país<sup>(9)</sup>.

Contextualizando o problema no cenário regional, no período de 2002 a 2011, a região Nordeste apresentou aumento de 42% na taxa de incidência de infecção pelo HIV em jovens entre 15 a 24 anos. A capital maranhense destaca-se no ranking, ocupando a 4ª posição entre as capitais brasileiras e a 1ª entre as nordestinas<sup>(10)</sup>.

Desenvolver estudos voltados à compreensão do perfil epidemiológico da infecção pelo HIV/Aids a nível local é imprescindível para a compreensão de aspectos que favorecem a propagação do vírus, contudo, apesar do Maranhão, assim como de sua capital, destacarem-se no cenário nacional como territórios de alta prevalência de infecções pelo HIV, não foram encontrados registros científicos que analisem fatores correlatos a esta infecção entre adolescentes e adultos jovens da capital maranhense, evidenciando assim a relevância do estudo.

Frente ao exposto, nos questionamos quais são os fatores associados à infecção pelo HIV/Aids entre adolescentes e adultos jovens da capital maranhense? E assim estabelecemos como objetivo deste estudo, investigar fatores associados à infecção pelo HIV/Aids entre adolescentes e adultos jovens.

## **MÉTODOS**

Estudo observacional, de delineamento transversal, realizado nos dois centros de referência para testagem sorológica anti-HIV, do programa municipal de DST/Aids do município de São Luís, Maranhão. As informações foram obtidas no sistema de informação SI-

CTA do Ministério da Saúde, no qual são inseridas informações dos usuários que realizam testagem anti-HIV nos centros de testagem e aconselhamento (CTA).

A análise foi realizada com 5.786 adolescentes e adultos jovens, ambos os sexos, faixa etária entre 10 e 24 anos, que realizaram testagem sorológica, no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2014 nos centros de saúde acima mencionados.

Foram coletados dados referentes a variáveis de estudo organizadas de acordo com os objetivos da pesquisa em três grupos: Grupo 1. Variáveis sócio demográficas: Sexo, Estado civil, Escolaridade, Raça/Cor; Grupo 2. Variáveis clínicas e comportamentais: Presença de DST, Uso de drogas, Exposição ao HIV e Orientação sexual; Grupo 3: Variáveis relacionadas ao uso do preservativo: Uso do preservativo com parceiro fixo/eventual no último ano/ na última relação, Motivos do não uso do preservativo.

Os dados foram digitados e analisados no SPSS versão 18.0. Na estatística descritiva, as variáveis qualitativas foram apresentadas através de frequências absolutas e relativas. A associação entre as variável explanatória (HIV) e as variáveis respostas (sexo, estado civil, escolaridade, raça, uso de drogas, DST, Tratamento DST, exposição ao HIV, orientação sexual, uso do preservativo com parceiro fixo/eventual no último ano e na última relação, motivo de não uso do preservativo com parceiro fixo/eventual no último ano) foi realizada através do teste Qui-quadrado de Pearson. Os resultados foram interpretados ao nível de significância de 5% ( $p \leq 0,05$ ). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade CEUMA (Parecer nº1.009.504).



## RESULTADOS

Processaram-se dados de 5.786 indivíduos, dos quais 1% (84) apresentou soropositividade para o HIV, com maior prevalência (73,8%) em indivíduos com idade entre 20 e 24 anos.

As características sociodemográficas mais frequentes entre àqueles que realizaram a testagem anti-HIV, nas unidades pesquisadas foram: sexo feminino 63% (3620), estado civil solteiro 69,4% (4017), escolaridade entre oito a onze anos 52,5% (3037) e cor da pele parda 64,2% (3713) (Tabela 1).

**Tabela 1** –Distribuição das características sociodemográficas de adolescentes e adultos jovens atendidos nos centros de referência para a testagem sorológica anti-HIV, São Luís, Maranhão, 2012 – 2014. (N=5.786)

Características	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sociodemográficas	N	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	2166	37,0
Feminino	3620	63,0
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	4017	69,4
Casado	1604	27,7
Separado	32	0,6
Viúvo	13	0,2
<b>Anos de estudo</b>		
Nenhum	40	0,7
1 a 3 anos	199	3,4
4 a 7 anos	1087	18,8
8 a 11 anos	3037	52,5
Mais de 11 anos	1221	21,1
Não informado	202	3,5
<b>Raça</b>		
Pardo	3713	64,2
Branco	774	13,4
Negro	738	12,8
Indígena	306	5,3
Não respondeu	35	0,6
<b>TOTAL</b>	<b>5.786</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa, 2012-2014.

Na tabela 2, verificou-se maior proporção de soropositivos entre adolescentes e adultos jovens com as seguintes características: sexo masculino (67,9%), estado civil solteiro (73,8%), outras raças diferentes da parda (73,8%), escolaridade acima de 8 anos (64,3%). Notou-se ainda que há mais jovens soropositivos heterossexuais (85,7%).

Quanto as características comportamentais, 100% da amostra expôs-se ao HIV através da relação sexual. Encontrou-se mais soropositivos entre os que não fazem uso de drogas (90,5%), e entre àqueles que não tiveram DST (90,5%). A grande maioria, independente do parceiro ser fixo ou eventual, não usou preservativo na última relação sexual ou no último ano, da mesma forma, o fator pelo não uso do mesmo foi de cunho pessoal (tabela 2).

Na análise das características sociodemográficas e comportamentais de acordo com o *status* sorológico, verificou-se que sexo ( $p < 0,001$ ), escolaridade ( $p < 0,001$ ), uso de drogas ( $p < 0,001$ ), doença sexualmente transmissível ( $p = 0,001$ ), orientação sexual ( $p < 0,001$ ) e uso de preservativo eventual no último ano ( $p < 0,001$ ) foram fatores associados à infecção pelo HIV (tabela 2).

**Tabela 2** – Análise da variáveis relacionadas à infecção pelo HIV/Aids, segundo *status* sorológico, de adolescentes e adultos jovens atendidos nos centros de referência para a testagem sorológica anti-HIV, São Luís, Maranhão, 2012 – 2014. (N=5.786)

Variáveis	Soronegativo	Soropositivo	$\chi^2$	P
	N (%)	N (%)		
<b>Sociodemográficas</b>				
<b>Sexo</b>				
Masculino	2109 (37,0)	57 (67,9)	33,682	<0,001
Feminino	3593 (63,0)	27 (32,1)		
<b>Estado civil</b>				
Solteiro	3955 (69,4)	62 (73,8)	0,772	0,406
Outros	1747 (30,6)	22 (26,2)		
<b>Escolaridade</b>				
< 8 anos	1296 (22,7)	30 (35,7)	7,902	<0,001
≥ 8 anos	4406 (77,3)	54 (64,3)		
<b>Raça</b>				
Pardo (a)	1796 (31,5)	22 (26,2)	1,082	0,344
Outros	3906 (68,5)	62 (73,8)		
<b>Clínicas e comportamentais</b>				
<b>Uso de drogas</b>				

Sim	168 (2,9)	8 (9,5)	12,143	<0,001
Não	5534 (97,1)	76 (90,5)		
<b>DST</b>				
Sim	216 (3,8)	8 (9,5)	7,318	0,001
Não	5486 (96,2)	76 (90,5)		
<b>Tratamento DST</b>				
Serviço de saúde	5656 (99,2)	84 (100,0)	0,683	1,000
Farmácia	46 (0,8)	-		
<b>Exposição ao HIV</b>				
Relação sexual	5649 (99,1)	84 (100,0)	0,788	1,000
Outros	53 (0,9)	-		
<b>Orientação sexual</b>				
Heterossexual	5372 (94,2)	72 (85,7)	10,750	<0,001
Outros	330 (5,8)	12 (14,3)		
<b>Relacionadas ao uso do preservativo</b>				
<b>Uso do preservativo com parceiro fixo no último ano</b>				
Sim	1344 (23,6)	22 (26,2)	0,315	
Não	4358 (76,4)	62 (73,8)		0,605
<b>Uso do preservativo com parceiro fixo última relação</b>				
Sim	840 (14,7)	12 (14,3)	0,013	
Não	4862 (85,3)	72 (85,7)		1,000
<b>Motivo do não uso do preservativo com parceiro fixo no último ano</b>				
Fatores pessoais	5282 (92,6)	77 (91,7)	0,113	
Fatores externos	420 (7,4)	7 (8,3)		0,674
<b>Uso do preservativo com parceiro eventual último ano</b>				
Sim	699 (12,3)	21 (25,0)	12,334	
Não	5003 (87,7)	63 (75,0)		<0,001
<b>Motivo do não uso do preservativo com parceiro eventual no último ano</b>				
Fatores pessoais	5303 (93,0)	75 (89,3)	1,745	0,193
Fatores externos	399 (7,0)	9 (10,7)		

Fonte: Dados da pesquisa, 2012-2014.

Em relação aos fatores associados a sorologia positiva para o HIV/Aids entre os adolescentes e jovens do sexo masculino, mostraram-se estatisticamente significativos, o estado

civil ( $p=0,004$ ), o uso de preservativo com parceiro fixo na última relação ( $p= 0,002$ ) e uso do preservativo com parceiro eventual no último ano ( $p = 0,003$ ) (Tabela 3).

**Tabela 3** – Análise das variáveis associadas ao HIV/Aids em adolescentes e adultos jovens do sexo masculino atendidos nos centros de referência para a testagem sorológica anti-HIV, São Luís, Maranhão, 2012 – 2014. (N=5.786)

**ADOLESCENTES E ADULTOS JOVENS DO SEXO MASCULINO**

<b>Variáveis</b>	<b>Soropositivo N (%)</b>	<b>Soropositivo N (%)</b>	$\chi^2$	<b>p</b>
<b>Sociodemográficas</b>				
<b>Estado civil</b>				
Solteiro	1740 (82,50)	45 (78,9)	0,484	0,004
Outros	369 (17,5)	12 (21,1)	-	-
<b>Escolaridade</b>				
< 8 anos	453	16 (28,1)	1,421	0,250
≥ 8 anos	1656(78,5)	41(71,9)	-	-
<b>Raça</b>				
Pardo (a)	730(34,6)	18(31,6)	0,226	0,670
Outros	1379(65,4)	38(61,4)	-	-
<b>Clínicas e comportamentais</b>				
<b>Uso de drogas</b>				
Sim	131 (6,2)	5 (8,8)	0,618	0,400
Não	1978 (93,8)	52 (91,2)	-	-
<b>DST</b>				
Sim	138 (6,5)	7 (12,3)	2,925	0,100
Não	1971 (93,5)	50 (87,7)	-	-
<b>Exposição ao HIV</b>				
Relação sexual	2092 (99,2)	57 (100,0)	0,463	1,00
Outros	17 (0,8)	0 (0,0)	-	-
Heterossexual	1779 (84,4)	45(78,9)	1,220	
Outros	330(15,6)	12(21,1)	-	-
<b>Relacionadas ao uso do preservativo</b>				
<b>Uso do preservativo com parceiro fixo no último ano</b>				
Usou todas as vezes	273 (12,9)	4 (7,0)	4,236	
Não usou todas as	612(20,9)	23(40,4)	-	-
Não se aplica	1224 (58,0)	30 (52,6)	-	-
<b>Motivo de não uso do preservativo com parceiro fixo no último ano</b>				
Fatores pessoais	448 (21,2)	16 (28)	1,802	-
Fatores externos	117,5 (5,5)	2(3,5)	-	-
Não se aplica	1544 (73,2)	39 (68,2)	-	-
<b>Uso do Preservativo com parceiro fixo na última relação</b>				

Usou todas as vezes	369(17,5)	0(0,0)	12,205	0,002
Não usou todas as	468(22,2)	14(24,6)	-	-
Não se aplica	1272(60,3)	43(75,4)	-	-
<b>Uso do preservativo com parceiro eventual no último ano</b>				
Usou todas as vezes	206(9,8)	4(7,0)	7,01	0,030
Não usou todas as	378(17,9)	18(31,6)	-	-
Não se aplica	1525(72,3)	35(61,4)	-	-
<b>Motivos do não uso do preservativo com parceiro eventual no último ano</b>				
Fatores pessoais	919 (4,3)	9 (15,8)	16,620	0,101
Fatores externos	277 (13,1)	7 (12,3)	-	-
Não se aplica	1741 (82,6)	41 (71,9)	-	-

Fonte: Dados da pesquisa, 2012-2014.

Referente aos fatores associados a sorologia positiva para o HIV/Aids entre os adolescentes e jovens do sexo feminino, verificou-se que escolaridade ( $p=0,002$ ), uso de drogas ( $p=0,003$ ), uso de preservativo com parceiro fixo no último ano ( $p=0,018$ ) e na última relação ( $p=0,087$ ) e uso do preservativo com parceiro eventual no último ano ( $p=0,000$ ) estão associados ao HIV/Aids (tabela 4).

Ainda em relação aos resultados da tabela 3 e 4, a variável “motivos do não uso do preservativo com parceiro eventual ou fixo”, destaca-se a prevalência da resposta “não se aplica”, o que desperta atenção, visto que, todos os infectados tiveram como fator de exposição a relação sexual. Contudo, vale salientar que para ambos os sexos, a segunda resposta mais frequente para o não uso do preservativo está relacionada a fatores pessoais.

**Tabela 4** – Análise das variáveis associadas ao HIV/Aids em adolescentes e adultos jovens do sexo feminino atendidos nos centros de referência para a testagem sorológica anti-HIV, São Luís, Maranhão, 2012 – 2014. (N= 5.786)

**ADOLESCENTES E ADULTOS JOVENS DO SEXOFEMININO**

Variáveis	Soronegativo N (%)	Soropositivo N (%)	$\chi^2$	P
-----------	-----------------------	-----------------------	----------	---

<b>Sociodemográficas</b>				
<b>Estado civil</b>				
Solteiro	2215 (61,6)	17 (63,)	0,020	1,00
Outros	1378 (38,4)	10 (37,0)		
<b>Escolaridade</b>				
< 8 anos de estudo	843 (23,5)	14 (51,9)	11,953	<b>0,002</b>
> 8 anos de estudo	2750 (76,5)	13 (48,1)		-
<b>Raça</b>				
Pardos	1066 (29,7)	4 (14,8)	2,840	0,136
Outros	2527 (70,3)	23 (25,2)		-
<b>Clínicas e comportamentais</b>				
<b>Uso de drogas</b>				
Sim	37 (1,0)	3 (11,1)	24,924	<b>0,003</b>
Não	3556 (99,0)	24 (88,9)		
<b>DST</b>				
Sim	78 (2,2)	1 (3,7)	0,295	0,450
Não	3515 (97,8)	26 (96,3)		
<b>Exposição ao HIV</b>				
Relação sexual	3557 (99,0)	27 (100,0)	0,273	-
Outros	36 (1,0)	0 (0,0)		
<b>Orientação sexual</b>				
Heterossexual	3593 (100,0)	27 (100,0)	-	-
Outros	0 (0,0)	0 (0,0)		-
<b>Relacionadas ao uso do preservativo</b>				
<b>Uso do preservativo com parceiro fixo no último ano</b>				
Usou todas as vezes	320 (8,9)	1 (3,7)	8,012	0,018
Não usou todas	1319 (54,4)	9 (33,3)		
Não se aplica				
<b>Motivo do não uso do preservativo com parceiro fixo na última relação</b>				
Sim	471 (13,1)	12 (44,4)	29,593	<b>0,000</b>
Não	1593 (44,4)	14 (51,9)		-
Não se aplica	1525(42,4)	1 (3,7)		
<b>Motivo do não uso do preservativo com parceiro fixo no último ano</b>				
Fatores pessoais	1083 (30,1)	10 (37,0)	4,886	0,087
Fatores externos	303 (8,4)	5 (18,5)		
Não se aplica	2207 (61,4)	12 (44,4)		
<b>Motivo do não uso do preservativo com parceiro eventual no último ano</b>				
Usou todas as vezes	159 (4,4)	1 (3,7)	35,014	<b>0,000</b>

Não usou todas as vezes	172 (4,8)	8 (29,6)		
Não se aplica	3262 (90,8)	18 (66,7)		
<b>Motivo do não uso do preservativo com parceiro eventual no último ano</b>				
Fatores pessoais	85 (2,4)	4 (14,8)	18,924	0,131
Fatores externos	122 (3,4)	2 (7,4)		
Não se aplica	3386 (94,2)	21 (77,8)		

Fonte: Dados da pesquisa, 2012-2014.

## Discussão

Nesta investigação, destacou-se a prevalência de soropositividade para o HIV/Aids entre adolescentes e adultos jovens na faixa etária entre 20 e 24 anos, coincidindo com os achados de outros estudos realizados nas regiões Norte e Nordeste do país. <sup>(4- 10)</sup>.

Um estudo<sup>(11)</sup>, aponta que os adultos jovens (20-24 anos) representam uma das faixas etárias de maior prevalência da infecção pelo HIV, e afirma que este fato pode estar relacionado, a possível contato com o vírus, na fase da adolescência, etapa da vida na qual inicia-se comportamentos sexuais, que possivelmente perduram por toda vida.

Observou-se que o público mais frequente, nas unidades de saúde pesquisadas, constitui-se por pessoas do sexo feminino, corroborando com os resultados de estudos que mostram elevada proporção de atendimentos de mulheres nos centros de referência em IST's, HIV e Aids. Dentre os possíveis motivos apontados para a alta procura do público feminino nessas unidades de saúde, destaca-se entre outros fatores, a oferta de serviços apropriados aos protocolos recomendados no pré-natal<sup>(4-12)</sup>.

Diante desses resultados, ressalta-se a importância no investimento em ações que sejam capazes de atrair o público masculino para os serviços de saúde num modo geral, especialmente para aqueles que tenham enfoque preventivo, como o caso dos centros de saúde que atuam na

prevenção e controle da infecção pelo HIV/Aids, de forma a incentivar entre os mesmos, a cultura do auto cuidado e a adoção de comportamentos saudáveis.

A maior prevalência de soropositividade foi encontrada entre os indivíduos solteiros, sendo encontrada significância estatística entre estado civil e soropositividade no grupo de indivíduos do sexo masculino. A este respeito, enquanto um estudo aponta que adolescentes e jovens solteiros são mais inclinados para relacionamentos com múltiplos parceiros, aumentando, desta maneira as chances de infecção pelo HIV<sup>(6)</sup>, outros demonstram que pessoas casadas ou com união estável são mais propensas a contraírem o vírus<sup>(4-5)</sup>.

Esse dado merece destaque, pois demonstra o impacto que características sociodemográficas, como o estado civil, podem ter na expansão do HIV/Aids entre determinados grupos, evidenciando assim, a influência do contexto social sobre a forma como os indivíduos expõem-se a este problema. Dessa forma, o estado civil, constitui-se aspecto de extrema relevância para o planejamento e a execução de ações que visem redução de vulnerabilidades ao HIV/Aids.

Verificou-se no estudo associação positiva entre a variável sexo e infecção pelo HIV. Diante desse resultado, é importante ressaltar a complexidade que esta variável envolve, visto que padrões culturais definem os papéis sociais e sexuais que homens e mulheres devem desempenhar na sociedade, inclusive em relação ao exercício da sexualidade, de forma que, as relações de gênero, influenciam de maneira considerável, as constantes alterações do perfil epidemiológico da infecção pelo HIV/Aids<sup>(8-10-13)</sup>.

A maior prevalência de soropositividade entre os indivíduos do sexo masculino merece destaque, visto que este achado é controverso, pois embora, discorde dos resultados de estudos que encontraram maior soropositividade entre mulheres<sup>(4-10-13)</sup>, por sua vez, exprime as tendências divulgadas no último boletim epidemiológico brasileiro<sup>(7)</sup>.



De acordo com a publicação do Ministério da Saúde, no Brasil, delineia-se um progressivo declínio nos casos de Aids entre mulheres e, conseqüente aumento entre os homens. De acordo com o boletim citado, nos últimos dez anos houve um aumento de 10,8% de casos de Aids entre os homens e queda de 18,9% de casos entre mulheres<sup>(7)</sup>.

O incipiente fenômeno de masculinização da infecção pelo HIV/Aids é constatado principalmente na população de homens que fazem sexo com outros homens (HSH), que em muitos países, apresenta taxas mais elevadas em comparação a outros grupos considerados vulneráveis. No Brasil, estima-se prevalência de 4,3% de infecção pelo HIV na população de HSH na faixa etária de 18 a 24 anos. Quando comparados aos jovens no geral, a chance de um HSH infectar-se pelo HIV é treze vezes maior<sup>(14)</sup>.

Além da dificuldade dos homens em acessar serviços de prevenção e assistência à saúde num todo, historicamente, o homem tende a considerar-se “invulnerável”, rejeitando a possibilidade de adoecer, o que influencia diretamente na multiplicação de IST's e do próprio HIV<sup>(14-15)</sup>. Assim, compreende-se que o cenário das infecções pelo HIV na população masculina deve ser avaliado a partir de uma perspectiva ampliada de fatores, visto que determinante socioculturais, políticos-institucionais e características individuais interferem na vulnerabilidade masculina ao HIV/Aids.

Outro dado importante do estudo, refere-se à variável escolaridade, que mostrou-se estatisticamente significativa tanto na amostra geral, quanto no grupo de indivíduos do sexo feminino. Em relação às mulheres, ressalva-se que a escolaridade, especialmente a baixa escolaridade, constitui-se importante fator potencializador da vulnerabilidade deste público ao vírus HIV, visto que a disseminação da Aids entre as mulheres, em todo mundo, foi mais contundente entre àquelas com menor nível de formação escolar<sup>(4-8)</sup>.

Encontrou-se, no estudo maior prevalência de soropositivos entre àqueles com mais anos de estudo, isto é, indivíduos que supostamente têm mais acesso à informação.

Acredita-se que este achado revela que acesso a informação, por si só, não garante a adoção de comportamento preventivo e consequente proteção à infecção pelo HIV. Além do mais, este dado sugere existência de possíveis falhas na disseminação de informações sobre HIV/Aids, seja no ambiente escolar ou nas campanhas publicitárias governamentais, evidenciando assim grandes lacunas nos processos informativos/educativos em termos de prevenção ao HIV/Aids direcionadas às camadas mais jovens.

Em relação aos fatores de exposição, a literatura aponta a utilização de drogas lícitas e ilícitas como um importante fator de risco para a infecção pelo HIV. No atual estudo ficou evidenciado, que na amostra geral e entre os pertencentes ao sexo feminino, associação estatisticamente significativa entre soropositividade e uso de drogas, corroborando com outras pesquisas que também demonstram achados semelhantes<sup>(4-5)</sup>.

À luz destas reflexões compreende-se que a abordagem sobre o uso de drogas deve ser considerada como parte integrante das estratégias que visem prevenir ou controlar a epidemia de HIV/Aids entre adolescentes e jovens, visto que a adoção de comportamentos preventivos podem ficar prejudicados pelo uso de substâncias psicoativas.

No que concerne às características comportamentais, os resultados encontrados, revelam que as questões relacionadas à sexualidade configuram-se como importante elemento de vulnerabilidade dos adolescentes e adultos jovens pesquisados.

Na presente pesquisa, foi detectada associação estatisticamente significativa entre soropositividade e orientação sexual, destacando que todos os infectados declararam-se heterossexuais, coincidindo com os achados de outros estudos<sup>(10-13)</sup> e discordando de outros<sup>(4-11)</sup>. A este respeito, sabe-se que a heterossexualização da epidemia configura-se como uma das principais tendências da infecção pelo HIV/Aids no território nacional<sup>(13)</sup>.

Entretanto, vale enfatizar que, independente da orientação sexual, comportamentos de risco tais como, prática sexual desprotegida, podem favorecer a incidência e prevalência da

infecção pelo HIV. Assim, fica explícita a necessidade de estratégias que visem a redução de danos e mudança de atitudes frente à exposição ao vírus e, conseqüentemente reforcem a ideia de que orientação sexual, seja ela qual for, não constitui-se por si só fator de proteção a esta infecção.

A relação sexual foi a via de contágio de todos os infectados da amostra, destacando-se alta frequência de comportamento sexual de risco, representado pelo não uso, ou uso irregular do preservativo tanto com parceiro fixo e/ou eventual em ambos os sexos, coincidindo assim com achados de outros estudos que encontraram elevadas taxas de infecção pelo HIV entre adolescentes e jovens que não o utilizam ou cujo seu uso era descontínuo<sup>(11-12-16)</sup>.

A ênfase no achado decorre do fato de que no Brasil, entre os indivíduos com 13 ou mais anos de idade, a principal via de transmissão do HIV é a sexual, tanto entre os homens quanto entre as mulheres; em 2014, essa categoria correspondeu a 95,4% entre os homens e 97,1% entre as mulheres<sup>(7)</sup>.

Considerando que a amostra é constituída por indivíduos com idade entre 10 e 24 anos, faz-se necessário enfatizar a relevância que tem a família, a escola e os serviços de saúde no que diz respeito à orientação de adolescentes e adultos jovens em relação ao exercício da sexualidade, especificamente no que concerne às práticas sexuais propriamente ditas, no sentido de que conheçam métodos de prevenção e que possam usá-los, evitando exporem-se aos riscos que o sexo desprotegido ocasionam.

Prosseguindo nas análises relacionadas à sexualidade, encontrou-se associação positiva entre a variável presença de IST's e infecção pelo HIV. É comprovado cientificamente que indivíduos que possuem alguma IST, aumentam o risco de transmissão do HIV estimado entre quatro e cinco vezes, denunciando assim a relevância deste fator de exposição ao vírus da Aids. Fatores como desigualdade de gênero, a iniciação sexual precoce e a resistência à adoção de

métodos preventivos, são apontados como elementos que aumentam a vulnerabilidade de adolescentes e jovens a estas infecções<sup>(5-11-17)</sup>.

Os achados analisados acima, referentes ao comportamento sexual de adolescentes e adultos jovens denunciam a necessidade de planejamento de ações preventivas que priorizem o estímulo ao uso do preservativo entre essa parcela da população. A relevância desta ponderação reside no fato de que o preservativo é o principal método de prevenção do HIV e de outras IST's, assim como de uma gravidez não planejada.

Acrescenta-se a este fato, a relativa facilidade de aquisição do preservativo por homens e mulheres, uma vez que o mesmo é disponibilizado gratuitamente pelos serviços de saúde brasileiros. A respeito desta questão, visando principalmente os adolescentes, o Programa DST/Aids do Ministério da Saúde através da nota técnica 13/2009, recomendou às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde a facilitarem o acesso aos preservativos masculinos<sup>(18)</sup>.

Numa perspectiva sociocultural, pode-se afirmar que determinados fatores contribuem para o uso inconsistente do preservativo por parte especialmente das mulheres, colaborando para a maior vulnerabilidade feminina à infecção pelo HIV. São eles: a submissão nos relacionamentos amorosos, as relações de poder nas quais é delegado aos homens a responsabilidade pela prática de sexo seguro e a crença na relação estável como fator de proteção<sup>(11-12)</sup>.

Em relação aos motivos de não uso do preservativo, apesar de todos os infectados terem a via de contato com o vírus através da relação sexual e da multiplicidade de respostas disponíveis no questionário, observou-se grande proporção de resposta “não se aplica”, o que, possivelmente, introduz um viés no resultado, impossibilitando assim, conhecer os reais motivos pelos quais os usuários não informaram.

Por fim, ressalta-se que algumas variáveis do sistema de informação, utilizadas no SI-CTA, dos centros pesquisados, não foram avaliadas devido às falhas no registro detectadas na coleta dos dados. As possíveis causas para esta lacuna podem decorrer, tanto da distração, do

esquecimento e da falta de consulta às instruções de alimentação do sistema, elaboradas pelo Ministério da Saúde, quanto da resistência do usuário em fornecer informações necessárias, inclusive à validação do resultado do teste anti-HIV.

## **CONCLUSÃO**

Neste estudo que buscou analisar fatores associados ao HIV/Aids entre adolescentes e adultos jovens, identificou-se uma amostra na qual a soropositividade para o HIV foi mais prevalente entre os pertencentes ao sexo masculino, estado civil solteiro e entre àqueles com escolaridade acima de 8 anos de estudo. Observou-se que o comportamento sexual de risco, caracterizado pelo não uso de preservativos continua sendo uma das principais formas de vulnerabilidade dos adolescentes e adultos jovens, sugerindo influência de padrões socioculturais no comportamento individual. Torna-se importante ressaltar que por tratar-se de estudos de prevalência muito baixa não foi possível fazer análises de inferências causais.

Assim, considera-se que os achados poderão nortear políticas públicas voltadas para prevenção e controle do HIV/Aids no contexto epidemiológico local e dessa forma reduzir a vulnerabilidade de adolescentes e jovens.

## **REFERÊNCIAS**

1. Silva CR, Lopes RE. Adolescência e juventude: entre conceitos e políticas públicas. Cad. ter. ocup. UFSCar. 2009 Jul-Dec; 17(2):87-106.
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília (DF); 2010.
3. Jesus FB, Lima FCA, Martins CBG, Matos KF, Souza SPS. Vulnerabilidade na adolescência: a experiência e expressão do adolescente. Rev Gaúcha Enferm. 2011; 32(2):359-67.

4. Pereira BS, Costa MCO, Amaral MTR, Costa HS, Silva CAL, Sampaio VS. Fatores associados à infecção pelo HIV/AIDS entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia. *Ciênc Saúde Colet.* 2014; 19(3):747-58.
5. Gupta GR, Ogden J, Warner A. Moving forward on women's gender-related HIV vulnerability: The good news, the bad news and what to do about it. *Glob Public Health.* 2011; 6(3 Suppl.):370-382.
6. Costa ACPJ, Lins AG, Araújo MFM, Araújo TM, Gubert FA, Vieira NFC. Vulnerabilidade de adolescentes escolares às DST/HIV, em Imperatriz – Maranhão. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013; 34(3):179-186.
7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância Epidemiológica, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico: AIDS/DST.* Brasília (DF); 2015.
8. Costa MCO, Santos BC, Souza KEP, Cruz NLA, Santana MC, Nascimento OC. HIV/AIDS e Sífilis em Gestantes Adolescentes e Adultos Jovens: fatores de Exposição e Risco dos Atendimentos de um Programa em DST/HIV/AIDS na Rede Pública de Saúde/SUS, Bahia, Brasil. *Rev. Baiana de Saúde Pública.* 2011; 35(1 Suppl.):179-185.
9. Ministério da Saúde (BR), Banco de Dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Informações em saúde, epidemiológicas e morbidade [Internet]. [citado 2016 may 05]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&VObj=http://www2.aids.gov.br/cgi/deftohtm.exe?tabnet/>.
10. Nascimento RG, Sousa RCM, Pinto DS. Aspectos sociodemográficos e comportamentais dos usuários de um Centro de Testagem e Aconselhamento para DST/AIDS da Rede Municipal de Belém, Pará, com sorologia positiva para o HIV. *Rev. Epidemiol. Controle Infecç.* 2014; 4(2):132-138.
11. Araújo TM, Monteiro CFS, Mesquita GV, Alves ELM, Carvalho KM, Monteiro RM. Fatores de risco para infecção por HIV em Adolescentes. *Ver. Enferm. UERJ.* 2012; 20(2):242-247.
12. Vilela MP, Brito TRB, Goyatá SLT, Arantes CIS. Perfil epidemiológico dos usuários do Centro de Testagem e Aconselhamento de Alfenas. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2010 [citado 2015 fev 20]; 12(2):327-30. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v12/n2/pdf/v12n2a15.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n2/pdf/v12n2a15.pdf).
13. Campos CGAP, Estima SL, Santos VS, Lazzarotto AR. A vulnerabilidade ao HIV em adolescentes: estudo retrospectivo em um centro de testagem e aconselhamento. *Reme, Rev. Min. Enferm.* 2014 Apr-Jun; 18(2):310-314.
14. Brignol S, Dourado I, Amorim LD, Kerr LRFS. Vulnerabilidade no contexto da infecção pelo HIV e sífilis numa população de homens que fazem sexo com outros homens (HSH) no Município de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2015 may; 31(5): 1-14.

15. Silva PAS, Furtado MS, Guilhon AB, Souza NVDO, David HMSL. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. *Esc. Anna Nery*. 2012; 16(3):561-8.
16. Duarte MTC, Parada CMGL, Souza LR. Vulnerabilidad de mujeres viviendo con VIH / SIDA. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014; 22(1):68-75.
17. Taquete SR. Epidemia de HIV/Aids em adolescentes no Brasil e na França: semelhanças e diferenças. *Saúde Soc*. 2013; 22(2):618-628.
18. Moraes SP, Vitale. Direitos Sexuais e reprodutivos na adolescência. *Rev. Assoc. Méd. Bras*. 2012; 58(1):48-52.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Esta investigação encerra grande utilidade para a saúde pública, representada por estimativas mais próximas da realidade maranhense e, por conseguinte, possibilita aos gestores identificar aspectos relevantes para o enfrentamento do problema aqui abordado, em nível local,

uma vez que tanto características individuais, quanto condicionantes sociais puderam ser conhecidas neste trabalho.

As lacunas encontradas nos dados coletados, apontam para a necessidade de normatização de processos e fluxos, a fim de melhorar a qualidade do sistema SI-CTA, como importante base de informações em saúde.

Entretanto, ressalvada a possibilidade da introdução de viés no presente estudo, os achados reforçam a importância de pesquisas epidemiológicas, assim como esta, que, ao rastrear fatores associados à infecção pelo HIV/Aids entre adolescentes e adultos jovens, fornecem subsídios para a tomada de decisões focadas nos reais fatores de risco.

Espera-se, assim, que as evidências encontradas possam embasar e estimular o debate quanto ao desenvolvimento das ações existentes de prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV/Aids, na perspectiva do fortalecimento da saúde pública e da garantia do compromisso de oferecer melhores condições de vida à juventude local, independentemente de seu status sorológico.

À luz do que foi exposto e considerando a natureza do programa de pós-graduação no qual este estudo está inserido, acredita-se na importância de sinalizarmos, com base na realidade encontrada, possíveis contribuições para os gestores de políticas públicas voltadas para a prevenção do HIV/Aids tais como:

- ✓ Interlocução de políticas públicas nas áreas de saúde, educação, criança e adolescência, e juventude, de modo que promovam e/ou fortaleçam ações intersetoriais para a redução das vulnerabilidades às IST/HIV/Aids vivenciadas por adolescentes e jovens ludovicenses;
- ✓ Envolvimento de adolescentes e adultos jovens na estratégia de prevenção, de modo que as ações tenham conteúdo significativo para os mesmos;
- ✓ Capacitação e sensibilização de profissionais dos serviços de saúde em IST/HIV/Aids, de modo a qualificar o acolhimento e a assistência de adolescentes e jovens, levando em conta as singularidades desses grupos;
- ✓ Investimento em campanhas educativas com foco nas práticas sexuais seguras, bem como ampliação da oferta de insumos de prevenção, como o preservativo masculino;
- ✓ Investimento em pesquisas multidisciplinares que permitam conhecer o cenário epidemiológico local, bem como fatores de risco para o avanço da infecção entre adolescente e jovens.



## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, T. M.; MONTEIRO, C. F. S.; MESQUITA, G. V.; ALVES, E. L. M.; CARVALHO, K. M.; MONTEIRO, R. M. Fatores de risco para infecção por HIV em Adolescentes. **Rev enferm.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 242-247, 2012.

BASTOS, F. I. **AIDS na terceira década**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 104 p. (Coleção Temas em Saúde).

BAZIN, G. R.; GASPAR, M. C. S.; SILVA, N. C. X. M.; MENDES, C. C.; OLIVEIRA, C. P.; BASTOS, L. S.; CARDOSO, C. A. A. Terapia antirretroviral em crianças e adolescentes infectados pelo HIV: o que sabemos após 30 anos de epidemia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 687 – 702, abr. 2014.

BESERRA, E. P.; PINHEIRO, P. N. C.; ALVES, M. D.; BARROSO, M. G. Adolescência e vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis: uma pesquisa documental. **DST J Bras Doenças Sex Transm.**, v. 20, n. 1, p. 32-35, 2008.

BRASIL. **AIDS no Brasil**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>>. Acesso em: 23 de nov. de 2015 (a).

\_\_\_\_\_. **AIDS no Brasil**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>>. Acesso em 19 de fev. de 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Banco de Dados do Sistema Único de Saúde- DATASUS. **Informações em saúde, epidemiológicas e morbidade**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&VObj=http://www2.aids.gov.br/cgi/defthtm.exe?tabnet/>> Acesso em: 05 maio 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política brasileira de enfrentamento da AIDS: resultados, avanços e perspectivas**. Brasília: MS, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília, DF, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para a Atenção Integral a Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids**. 1. ed. Brasília: MS, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico: AIDS/DST**. Brasília, DF, 2015 (b).

BRIGNOL, S.; DOURADO, I.; AMORIM, L. D.; KERR, L. R. F. S. Vulnerabilidade no contexto da infecção pelo HIV e sífilis numa população de homens que fazem sexo com outros homens (HSH) no Município de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 5, p. 1-14, maio 2015.

CAMPOS, C. G. A. P.; ESTIMA, S. L.; SANTOS, V. S.; LAZZAROTTO, A. R. A vulnerabilidade ao HIV em adolescentes: estudo retrospectivo em um centro de testagem e aconselhamento. **Reme Rev Min Enferm**, v. 18, n. 2, p. 310-314, abr./jun. 2014.

CHAVES, C. P. C.; BEZERRA, E. O.; PEREIRA, M. L. D.; WAGNER, W. Conhecimento e atitudes de adolescentes de uma escola pública sobre a transmissão sexual do HIV. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 1, p. 48-53, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672014000100804](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000100804)>. Acesso em: 30 de out. 2014.

COSTA, A. C. P. J.; LINS, A. G.; ARAÚJO, M. F. M.; ARAÚJO, T. M.; GUBERT, F. A.; VIEIRA, N. F. C. Vulnerabilidade de adolescentes escolares às DST/HIV, em Imperatriz – Maranhão. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 3, p. 179-186, 2013.

COSTA, M. C. O.; SANTOS, B. C.; SOUZA, K. E. P.; CRUZ, N. L. A.; SANTANA, M. C.; NASCIMENTO, O. C. HIV/AIDS e Sífilis em Gestantes Adolescentes e Adultos Jovens: Fatores de Exposição e Risco dos Atendimentos de um Programa em DST/HIV/AIDS na Rede Pública de Saúde/ SUS, Bahia, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 179-185, 2011.

CRUZEIRO, A. L. S.; SOUZA, L. D. M.; SILVA, R. A.; PINHEIRO, R. T.; ROCHA, C. L. A.; HORTA, B. L. Comportamento sexual de risco: fatores associados ao número de parceiros sexuais e ao uso de preservativo em adolescentes. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 1149-58, 2010.

DUARTE, M. T. C.; PARADA, C. M. G. L.; SOUZA, L. R. Vulnerabilidad de mujeres viviendo con VIH / SIDA. **Rev Latinoam Enferm.**, v. 22, n. 1, p. 68-75, 2014.

GRANGEIRO, A.; SILVA, L.; TEIXEIRA, P. R. Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. **Rev Panam Salud Publica**, v. 26, n. 1, p. 87-94, 2009.

GUPTA, G. R.; OGDEN, J.; WARNER, A. Moving forward on women's gender-related HIV vulnerability: The good news, the bad news and what to do about it. **Glob Public Health**, v. 6, n. 3, p. 370-382, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico**. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 20 de fev. 2016.

JESUS, F.B.; LIMA, F. C. A.; MARTINS, C. B. G.; MATOS, K. F.; SOUZA, S. P. S. Vulnerabilidade na adolescência: a experiência e expressão do adolescente. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 32, n. 2, p. 359-67, 2011.

MONTEIRO, S. S.; BRANDÃO, E.; VARGAS, E.; MORA, C.; SOARES, P.; DALTRO, E. Discursos sobre sexualidade em um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): diálogos possíveis entre profissionais e usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n.1, p. 137-146, 2014.

MORAES, S. P.; VITALLE. Direitos Sexuais e reprodutivos na adolescência. **Ver. Assoc. Med. Bras.**, v. 58, n.1, p. 48-52, 2012.

MOURA, L. R.; LAMOUNIER, J. R.; GUIMARÃES, P. R.; DUARTE, J. M.; BELING, M. T. C.; PINTO, J. A. The gap between knowledge on HIV/AIDS and sexual behavior: a study of teenagers in Vespasiano, Minas Gerais State, Brazil. **Cad Saúde Publica**, v. 29, n. 5, p. 1008-18, 2013.

NASCIMENTO, R. G.; SOUSA, R. C. M.; PINTO, D. S. Aspectos sociodemográficos e comportamentais dos usuários de um Centro de Testagem e Aconselhamento para DST/AIDS da Rede Municipal de Belém, Pará, com sorologia positiva para o HIV. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 4, n. 2, p. 132-138, 2014.

NOGUEIRA, V. P. F.; GOMES, A. M. T.; MACHADO, Y. T.; OLIVEIRA, D. C. Cuidado em saúde à pessoa vivendo com HIV/AIDS: representações sociais de enfermeiros e médicos. **Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, 2015.

NUMM, A. S.; FONSECA, E. M.; BASTOS, F. I.; GRUSKIN, S. AIDS treatment in Brazil: impacts and challenges. **Health Aff**, v. 28, n. 4, p. 1103-1113, jul./ago. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Riesgos para la salud de los jóvenes**. Geneva: OMS; 2011.

PEREIRA, B. S.; COSTA, M. C. O.; AMARAL, M. T. R.; COSTA, H. S.; SILVA, C. A. L.; SAMPAIO, V. S.; Fatores associados à infecção pelo HIV/AIDS entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia, Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 747-58, 2014.

PINTO, A. C. S; PINHEIRO, P. N. C; VIEIRA, N. F. C; ALVES, M. D. S. Compreensão da pandemia de AIDS nos últimos 25 anos. **DST. J. Bras Doenças Sex Transm.**, v.19, n.1,p. 45-50, 2007. Disponível em: < <http://www.dst.uff.br/revista19-1-2007/7.pdf>>. Acesso em: 09 de nov. de 2014.

QUEIROZ, N. M.; SAMPAIO, D. A.; SANTOS, E. S.; BEZERRA, A.C. Modelo logístico na determinação de fatores associados à infecção HIV em doadores de sangue na Fundação HEMOPE. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter**, v. 34, n. 3, p. 217-21, 2012.

RODRIGUES, J. A. CARNEIRO, W. S.; NOGUEIRA, J. A.; ATHAYDE, A. C. R. HIV: fatores que acentuam a vulnerabilidade na população jovem feminina. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 17, n. 1, p. 03-10, 2013.

ROCHA, A. G. V. **O Serviço Social e o enfrentamento da AIDS no Maranhão**: um estudo sobre a prática dos assistentes sociais nos programas de DST/AIDS em São Luis. 2007. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas)- Universidade Federal do Maranhão, São Luís 2007.

SAMPAIO, J.; SANTOS, R. C.; CALLOU, J. L.; SOUZA, B. B. C. Ele não quer com camisinha e eu quero me prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/AIDS no semi-árido nordestino. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 171-181, 2011.

SÁNCHEZ, A. I. M.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, mar./abr. 2007.

SASAKI, R; AZEVEDO, S. Prevalência de relação sexual e fatores associados em adolescentes escolares de Goiânia, Goiás, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n. 1, p. 95-104, jan. 2015.

SCHINEIDER, I.; RIBEIRO, C.; BRENDA, D. Perfil epidemiológico dos usuários dos Centros de Testagem e Aconselhamento do Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 7, p. 1675-1688, 2008.

SILVA, P. A. S.; FURTADO, M. S.; GUILHON, A. B.; SOUZA, N. V. D. O.; DAVID, H. M. S. L. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. **Esc AnnaNery Ver. Enferm.**, v. 16, n. 3, p. 561-8, 2012.

SILVA, C. R.; LOPES, R. E. Adolescência e juventude: entre conceitos e políticas públicas. **Cad. ter. ocup. UFSCar**, v. 17, n. 2, p. 87-106, jul./dez. 2009.

SOUSA, A.; LYRA, A.; ARAÚJO, C.; PONTES, J.; FREIRE, R.; PONTES, T. A política da AIDS no Brasil: uma revisão da literatura. **JMPHC. Journal of Management and Primary Health Care**, América do Norte, 3, jun. 2012. Disponível em: <<http://jmphc.com/ojs/index.php/01/article/view/38/34>>. Acesso em: 27 Fev. 2016.

SOUZA, W. A.; SANTOS, J. A. T.; OLIVEIRA, M. L. F. Trinta anos de avanços políticos e sociais e os novos desafios para o enfrentamento da AIDS no Brasil. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.6, n. 1, p. 487-00, 2015.

\_\_\_\_\_. Feminização da Aids e adolescência. **Adolesc. Saúde**, v. 6, n. 1, p. 33-40, 2009.

VIDAL, E. C. F.; BRAGA, V. A. B.; SILVA, M. J.; PINHEIRO, A. K. B. Políticas públicas para pessoas com HIV: discutindo direitos sexuais e reprodutivos. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 2, p. 166-174, abr./jun. 2009.

VILELA, M. P.; BRITO, T. R. B.; GOYATÁ, S. L. T.; ARANTES, C. I. S. Perfil epidemiológico dos usuários do Centro de Testagem e Aconselhamento de Alfenas, Minas Gerais. **Rev Eletrônica Enferm.**, v. 12, n. 2, p. 327-30, 2010. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v12/n2/pdf/v12n2a15.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n2/pdf/v12n2a15.pdf)>. Acesso em: 20 fev. 2015.

VILLAMARINHO, M.V.; PADILHA, M. I.; BERNARDINELLI, L. M. M.; BORENSTEIN, M. S.; MEIRELLES, B. H. S.; ANDRADE, S, R. Políticas públicas de saúde face à epidemia de AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 271-277, mar./abr. 2013.

## APÊNDICE A – PEDIDO DE DISPENSA DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### -TERMO DE DISPENSA DE TCLE

#### PEDIDO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E TERMO DE COMPROMISSO

Venho por meio deste, solicitar ao Comitê de Ética em pesquisa da Universidade CEUMA, a dispensa do TCLE, tendo em vista que a pesquisa intitulada: **COMPORTAMENTO SEXUAL DE ADOLESCENTES E SEUS REFLEXOS NA (NÃO) PREVENÇÃO DO HIV/AIDS**, será realizada através da coleta de dados secundários, utilizando-se formulários de adolescentes usuários dos serviços dos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA, do município de São Luís-MA.

Comprometo-me em assegurar a privacidade e confidencialidade na utilização de dados obtidos do material acima referido, não sendo identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo conforme preconiza a Resolução 466/12 do Conselho Nacional da Saúde.

Durante o desenvolvimento desta pesquisa os responsáveis pela mesma estarão disponíveis para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

São Luís, Maranhão \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

## ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA



Universidade do CEUMA - UNICEUMA  
REITORIA  
Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão

### Carta de Anuência

Declaro que o projeto de pesquisa intitulado “**Comportamento sexual de adolescentes e seus reflexos na (não) prevenção do HIV/AIDS**” será realizado pela aluna Regiane da Silva Amaral, aluna do Programa de Pós Graduação – Mestrado em Gestão de Programas e Serviços de Saúde. Outrossim, informo que a Instituição se compromete a disponibilizar condições de infra estrutura e dar o apoio necessário à execução do projeto de pesquisa que está sob coordenação da Doutora Rosane da Silva Dias, professora do Programa de Mestrado Profissional em Gestão de Programas e Serviços de Saúde.

São Luís, 17 de dezembro de 2014.

Prof. Dr. Valério Monteiro Neto  
Pró-Reitor de Pós-Graduação,

*Pesquisa e Extensão*

## ANEXO B – OFÍCIO ASSINADO E DATADO PELOS DIRETORES DOS CTA ANIL E LIRA



Universidade do CEUMA - UNICEUMA  
REITORIA  
Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão

OFÍCIO Nº 80/PROP/2014

São Luís, 12 de dezembro de 2014.

Prezada Senhora,

Solicitamos de V.Sa. autorização para que a discente Regiane da Silva Amaral, CPD Nº 1478744, aluna do curso de Mestrado em Gestão de Programas e Serviços de Saúde desta IES, realize uma pesquisa de campo no Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA, nos Bairros Anil e Lira, para realização do projeto de pesquisa intitulado **COMPORTAMENTO SEXUAL DE ADOLESCENTES E SEUS REFLEXOS NA (NÃO) PREVENÇÃO DO HIV/AIDS**, sob orientação de Rosane da Silva Dias, no mês de março de 2015.

Informo que a aluna se compromete em não identificar os nomes dos pacientes no artigo científico e em outras publicações oriundas do projeto.

Desta forma, coloco-me à disposição de V. Sa. para maiores esclarecimentos e agradeço desde já a atenção dispensada.

Atenciosamente,



Prof. Dr. Valério Monteiro Neto  
Pró-Reitor de Pós-Graduação,  
Pesquisa e Extensão

À Senhora  
Sabrina Furtado Cunha Araújo  
Superintendente de Assistência à Rede de Saúde/SEMUS  
Nesta

*De acordo em 08/01/15*

**Ana Luiza Borges**  
Diretora do CTA - Lira  
Matrícula nº 98416-1

*Reginaldo H.L. Loureiro Filho*  
Reginaldo H.L. Loureiro Filho  
Diretor Geral  
CTA-ANIL

**CAMPUS REASCENÇA**  
Rua Josué Montello, n.º 1 - Renaissance II -  
CEP 65.073-120 - São Luís - MA  
Fone: (98) 3214-4272.

**CAMPUS COHAMA**  
Av. Jerônimo de Albuquerque, n.º 500,  
Cohama  
CEP 65.090-645 - São Luís - MA

**CAMPUS ANIL**  
Av. Edison Brandão, s/n.º, Anil  
CEP 65.045-380 - São Luís - MA  
Fone: (98) 3243-3115-3116

**CAMPUS BACABAL**  
Rua Dias Carneiro, n.º 1748  
CEP 65.700-000 - Bacabal - MA  
Fone: (98) 3624-8402-2509

**CAMPUS IMPERATRIZ**  
Pun Barão do Rio Branco, quadra  
12 n.º 103, Maranhão Novo -  
Imperatriz, MA

# ANEXO C - PARECER DE APROVAÇÃO DO TRABALHO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) DA UNIVERSIDADE CEUMA



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Comportamento sexual de adolescentes e seus reflexos na (não) prevenção do HIV/AIDS.

**Pesquisador:** ROSANE DA SILVA DIAS

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 42825815.8.0000.5084

**Instituição Proponente:** Centro Universitário do Maranhão - UniCEUMA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.009.504

**Data da Relatoria:** 31/03/2015

### Apresentação do Projeto:

A construção do conhecimento em torno da sexualidade na adolescência é bastante significativa na história das ciências. É expressivo o volume de estudos destinados ao desvendamento dos vários aspectos ligados a esta temática. Paralelo a este considerável conhecimento acumulado sobre o assunto, ocorre o fenômeno de aumento de problemas associados ao exercício da sexualidade na adolescência, especialmente no campo da saúde, dentre estes, podem ser citados, o elevado número de gravidez e o aumento nas taxas de incidência da infecção pelo HIV entre esta parcela da população, demonstrando assim, que o comportamento sexual dos adolescentes ainda configura-se como relevante assunto para a saúde pública do país. Tomando como referência o enunciado acima, e considerando que a AIDS permanece como doença incurável, justifica-se a necessidade de investimento em uma análise detalhada dos comportamentos sexuais dos adolescentes, especialmente no que diz respeito aos seus aspectos preventivos, considerando para tanto, uma investigação do problema a partir de um contexto bastante propício, no caso, o município de São Luís, cidade que apresenta altas taxas de infecção pelo HIV.

### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

**Endereço:** DOS CASTANHEIROS  
**Bairro:** JARDIM RENASCENÇA **CEP:** 65.075-120  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)3214-4265 **Fax:** (98)3214-4212 **E-mail:** cep@ceuma.br





CENTRO UNIVERSITÁRIO DO  
MARANHÃO - UNICEUMA



Continuação do Parecer: 1.009.504

Analisar os comportamentos sexuais, especialmente no que se refere à prevenção do HIV/AIDS, entre adolescentes usuários do CTA's do município de São Luís, Maranhão.

Objetivo Secundário:

Identificar o perfil de vulnerabilidade de adolescentes frente a pandemia do HIV/AIDS

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

A pesquisa não apresenta riscos previsíveis para os sujeitos estudados, uma vez que a coleta de dados dar-se-á em prontuários

Benefícios:

Sistematização de dados que permitam evidenciar a necessidade de articulação entre políticas como as saúde e educação, com vistas a ampliar a oferta de ações preventivas ao HIV/AIDS no município, de modo que sejam planejadas com base nas reais necessidades dos adolescentes de São Luís

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa apresenta relevância científica e certamente contribuirá para esclarecer aspectos importantes a respeito do tema. A equipe executora apresenta a capacitação necessária para realizar a pesquisa.

Todos os documentos obrigatórios foram apresentados e encontram-se corretamente preenchidos.

Nenhuma

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

Todos os documentos obrigatórios foram apresentados e encontram-se corretamente preenchidos.

**Recomendações:**

Nenhuma

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

Projeto aprovado

<b>Endereço:</b> DOS CASTANHEIROS	<b>CEP:</b> 65.075-120
<b>Bairro:</b> JARDIM RENASCENÇA	
<b>UF:</b> MA	<b>Município:</b> SAO LUIS
<b>Telefone:</b> (98)3214-4265	<b>Fax:</b> (98)3214-4212 <b>E-mail:</b> cep@ceuma.br



## ANEXO D – FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO DO SI-CTA

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde PN-DST/AIDS		CTA - CENTROS DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO DO SI-CTA		Nº Requisição
Dados Orientação	1 Local (instituição) de Origem / Encaminhamento	2 Data Atendimento	3 Tipo de Orientação (Pré-Teste)	
	4 Orientador(es)/Profissional	5 1º Atendimento no CTA	6 Vai Fazer Coleta	
	8 Nº Requisição Anterior (obrigatório p/ 2ª Amostra)	9 Teste Nominal	10 Mostra Nome Etiqueta	
Dados do Usuário	11 Nº do Prontuário/Protocolo	12 Nome do Usuário ou Senha		
	13 Sexo	14 Gestante	15 Idade Gestacional (Meses)	16 Data Nascimento
	17 Estado Civil (Situação conjugal)	18 Raça/Cor		
	19 Escolaridade (anos estudos concluídos)	20 Ocupação		
	21 Número do Cartão SUS	22 Nome da mãe		
Autorização de Contato	23 Permite Contato *	24 Tipo de Contato		
	Assinatura do Usuário			
* Caso não venha buscar o resultado, autorizo este serviço de saúde a entrar em contato comigo, respeitando o meu direito a privacidade e sigilo das informações.				
Dados de Residência	25 Logradouro (rua, avenida...)	26 Complemento (apto, casa ...)	27 Número	
	28 Município	29 Bairro	30 UF	
	31 CEP	32 (DDD) Telefone	33 Zona	34 País (se residente fora do Brasil)
	Dados Complementares			
Dados da Requisição	35 Motivo da Procura		36 Origem da Clientela (como ficou sabendo do serviço)	
	37 Encaminhamento Pré-Teste (até 3 opções)		38 Local Encaminhamento	
Notas da Orientação	39 Notas da Orientação Pré-Teste / Observações:			
	Notas da Orientação Pós-Teste / Observações:			

Continuação da Requisição - Página 2			
Anecedentes Epidemiológicos	40 Procurou Banco de Sangue para se testar nos últimos 12 meses [ 1 ] Sim [ 2 ] Não	41 Apresentou DST nos últimos 12 meses [ 1 ] Sim [ 2 ] Não	42 Se apresentou DST nos últimos 12 meses, como tratou [ 1 ] Serviço de saúde [ 3 ] Auto-medicação [ 5 ] Não tratou [ 99 ] Não informado [ 2 ] Farmácia [ 4 ] Não lembra [ 98 ] Não se aplica
	43 Usou Drogas nos últimos 12 meses [ 1 ] Sim [ 2 ] Não	44 Se Fez uso de drogas nos últimos 12 meses, Especifique Quais e Suas Frequências [ 1 ] Alcool [ 3 ] Cocaína Aspirada [ 5 ] Crack [ 7 ] Anfetaminas [ 2 ] Maconha [ 4 ] Cocaína Injetável [ 6 ] Heroína [ 8 ] Outras	Legendas p/ frequência de uso de drogas: 1- Nunca usou 2- Já usou, mas não usa mais 3- Usa vez em quando 4- Usa frequentemente
	45 Compartilhou Seringas/Agulhas nos últimos 12 meses [ 1 ] Sim [ 2 ] Não [ 3 ] Não lembra [ 98 ] Não se aplica [ 99 ] Não informado		
	46 Tipo de Parcerias Sexuais e Quantidade (em números) nos últimos 12 meses [ 1 ] Homens [ 4 ] Travestis/Transexuais [ 99 ] Não informado [ 2 ] Mulheres [ 98 ] Não se aplica		
47 Tipo de Exposição (marque com X até 2 opções de resposta) [ 1 ] Relação Sexual [ 3 ] Compart. seingas/agulhas [ 5 ] Ocupacional (exp. mat. biológico) [ 7 ] Não relata risco Biolog. [ 99 ] Não informado [ 2 ] Transf. de sangue/hemod. [ 4 ] Hemofilia [ 6 ] Transmissão vertical [ 97 ] Outros			
Informações de Uso de Preservativos	48 Uso do Preservativo c/ Parceiro Fixo (atual) nos últimos 12 meses [ 1 ] Usou todas as vezes [ 4 ] Usou mais da metade das vezes [ 2 ] Não usou [ 98 ] Não se aplica [ 3 ] Usou menos da metade das vezes [ 99 ] Não informado	49 Uso do Preservativo na Última Relação com Parceiro Fixo [ 1 ] Sim [ 4 ] Sim, mas rompeu [ 2 ] Não [ 98 ] Não se aplica [ 3 ] Não lembra [ 99 ] Não informado	
	50 Motivo de Não Usar Preservativos com Parceiro Fixo [ 1 ] Não gosta [ 6 ] Confia no parceiro [ 17 ] Disfunção sexual [ 2 ] Não acredita na eficácia [ 7 ] Sob efeito de drogas/alcool [ 18 ] Violência sexual [ 3 ] Não sabe usar [ 8 ] Não consegue negociar [ 13 ] Não tem condições de comprar [ 19 ] Alergia ao Produto [ 4 ] Parceiro(a) não aceita [ 9 ] Achou que o outro não tinha HIV [ 14 ] Não deu tempo/tesão [ 97 ] Outros [ 5 ] Não dispunha no momento [ 10 ] Acha que não vai pegar [ 15 ] Desejo de ter filho [ 98 ] Não se aplica [ 16 ] Tamanho do preservativo pq/gd [ 99 ] Não informado		
	51 Risco do Parceiro Fixo [ 1 ] Relações bissexuais [ 3 ] Usuário de drogas injetáveis [ 5 ] Soropositivo p/ HIV [ 7 ] Outros [ 99 ] Não informado [ 2 ] Transfusão de sangue/hemofílico [ 4 ] Uso de outras drogas [ 6 ] Tem ou teve DST [ 98 ] Não se aplica		
	52 Uso do Preservativo c/ Parceiro(s) Eventual(is) nos últ. 12 meses [ 1 ] Usou todas as vezes [ 4 ] Usou mais da metade das vezes [ 2 ] Não usou [ 98 ] Não se aplica [ 3 ] Usou menos da metade das vezes [ 99 ] Não informado	53 Uso do Preservativo na Última Relação c/ Parceiro Eventual [ 1 ] Sim [ 4 ] Sim, mas rompeu [ 2 ] Não [ 98 ] Não se aplica [ 3 ] Não lembra [ 99 ] Não informado	
54 Motivo de Não Usar Preservativos com Parceiro Eventual [ 1 ] Não gosta [ 6 ] Confia no parceiro [ 17 ] Disfunção sexual [ 2 ] Não acredita na eficácia [ 7 ] Sob efeito de drogas/alcool [ 18 ] Violência sexual [ 3 ] Não sabe usar [ 8 ] Não consegue negociar [ 13 ] Não tem condições de comprar [ 19 ] Alergia ao Produto [ 4 ] Parceiro(a) não aceita [ 9 ] Achou que o outro não tinha HIV [ 14 ] Não deu tempo/tesão [ 97 ] Outros [ 5 ] Não dispunha no momento [ 10 ] Acha que não vai pegar [ 15 ] Desejo de ter filho [ 98 ] Não se aplica [ 16 ] Tamanho do preservativo pq/gd [ 99 ] Não informado			
Recorte	55 Recorte Populacional (marque com X até 3 opções de resposta) [ 1 ] População em geral [ 4 ] Profissional do sexo [ 7 ] Usuário de outras drogas [ 12 ] Travesti/Transexual [ 2 ] População confinada [ 5 ] Homem que faz sexo com homem [ 8 ] Pessoa vivendo com HIV/aids [ 13 ] Pessoa em exclusão social [ 3 ] Caminhoneiro [ 6 ] Usuário de drogas injetáveis [ 9 ] Portador de DST [ 14 ] Portador Hepatite B/C/D [ 10 ] Hemofílico e politransfundo [ 15 ] Estudante [ 11 ] Profissional de saúde [ 97 ] Outros:		
	56 Encaminhamento(s) Pós-Teste (até 3 opções) [ 1 ] Nenhum [ 7 ] Tratamento para hepatites [ 2 ] Repetir exame HIV/Inconclusivo [ 8 ] Tratamento para HIV [ 3 ] Repetir/Janela imunológica [ 9 ] Repetir ex. Hepatite/incon. [ 4 ] Repetir exame/2ª amostra [ 10 ] Tratamento de Sífilis [ 5 ] Assistência psicossocial [ 11 ] Vacina Hepatite B [ 6 ] Tratamento de DST [ 97 ] Outros:	57 Local (is) de Encaminhamento (s) Pós-Teste	59 Materias / Preser. fornecidos:
Encaminhamentos Pós-Teste	58 Orientador da Entrega		
Dados de Resultado			
Resultado Laboratorial	60 HIV 61 Tipo da Amostra: 62 Data Entrega: Detalhamento do tipo de teste realizado: [ 1 ] Elisa [ 2 ] Elisa e Confirmatorio [ 3 ] Teste Rápido: Resultado do Tipo do Teste: Informações do Teste Rápido: Algoritmo: Resultado: T1: [ ] [ ] T2: [ ] [ ] T3: [ ] [ ] Legenda do Algoritmo do Teste Rápido: 1- Determine HIV 1/2 2 - Teste Rápido HIV 1/2 Bio-Manquinhos Resultado Final Algoritmo HIV : [ ] [ ]	63 Hepatite C Anti-HCV [ ] [ ] D Anti-HDV [ ] [ ] B HBsAg [ ] [ ] Anti-HBc total [ ] [ ] ANTI-HBs [ ] [ ]	64 Sífilis VDRL [ ] [ ] Titulação: [ ] Doença Ativa [ ] Cicatriz Sorológ.
	65 Outras Doenças e Seus Resultados	Legendas de Resultados: 1-Não Reagente/Negativo 2-Reagente/Positivo 3-Indeterminado 4-Ignorado 5-Não realizado	Pág. 2

## INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO - SICTA v.2005

### Instruções Gerais:

- O CTA pode optar: por um atendimento simplificado no pré-teste (preenchendo apenas a primeira página do formulário e a página seguinte preencher durante o pós-teste) ou por atendimento completo (preenchendo as duas páginas do formulário logo no pré-teste).
- Dados de orientação: as questões de 1 a 10 deverão ser preenchidas para todos os usuários que buscarem o CTA.
- Dados do Usuário: todas as questões deverão ser preenchidas, as questões 21 e 22 deverão ser preenchidas apenas para usuários que optarem por teste nominal. Dados de residência (questões 25 a 34): no caso de usuários que não autorizarem contato do serviço (questão 23), deverão ser preenchidas apenas os campos "28 - município e 29-Bairro". Os demais dados residenciais não deverão ser preenchidos.
- Todos os demais campos (35 a 63) deverão ser preenchidos para todos os usuários.

### Instruções dos Campos da 1ª página :

- 1 - Local de Origem. Refere-se à unidade de saúde (instituição) que encaminhou o usuário. Caso seja demanda espontânea é o próprio CTA.
- 2 - Data de atendimento - Introduzir a data de realização do atendimento pré-teste no CTA. Deverá ser anotada no formato dd/mm/aaaa.
- 3 - Tipo de orientação (Pré-Teste) - Registrar se o usuário passou pelo aconselhamento pré-teste individual, coletivo ou individual e coletivo. Não é esperado que qualquer usuário realize coleta de sangue sem qualquer abordagem (individual e coletiva), mas caso isto tenha acontecido, registrar "nenhuma" orientação/aconselhamento pré-teste.
- 4 - Orientador(es)/Profissional - Introduzir o nome do(s) profissional(is) responsável(is) pelo(s) atendimento(s) pré-teste.
- 5 - 1º atendimento no CTA - Introduzir a resposta fornecida pelo usuário quanto ao fato de ser ou não a primeira vez que é atendida neste CTA.
- 6- Vai fazer coleta - Refere-se à coleta de sangue. Registrar se o usuário decidiu submeter-se a quaisquer das testagens oferecidas: HIV, Sífilis, Hepatites B, C e D.
- 7 - 1ª amostra - Registrar "sim" se corresponder à primeira coleta realizada para testagem (triagem sorológica). Registrar "não" apenas quando for coleta para exame confirmatório do resultado da primeira amostra (ou seja, quando o primeiro resultado tiver sido positivo/reagente ou indeterminado/inconclusivo). Todas as outras situações entram como 1ª amostra. Ex.: pessoa que retorna para realizar novo exame porque estava em janela imunológica entra como 1ª amostra .
- 8- Nº da requisição anterior - Introduzir o número que identifica a requisição anterior do mesmo usuário atendido outras vezes no CTA. O preenchimento desta informação é particularmente importante (obrigatório) nos casos de segunda amostra, permitindo vincular a exame anterior.
- 9 - Teste nominal - Registrar se o usuário optou por identificar-se ou manter o anonimato.
- 10 - Mostra nome na etiqueta - Opção de imprimir ou não o nome do usuário na etiqueta.
- 11 - Nº do Prontuário/Protocolo - Introduzir o número do prontuário/protocolo do usuário no serviço (se houver). Esta informação facilita a identificação e consulta do mesmo no sistema, principalmente daqueles que se identificaram e realizaram mais de uma testagem no CTA.
- 12 - Nome (Senha) - Introduzir o nome do usuário ou a senha escolhida por ele. No caso de testes nominais, o nome completo deve ser checado com documentos.
- 13 - Sexo - Masculino ou feminino
- 14 - Gestante - Registrar se a mulher está gestante ou não.
- 15 - Idade gestacional - Registrar o tempo de gestação (em meses) referido pela mulher.
- 16 - Data de nascimento - Registrar a data de nascimento do usuário - preencher no formato dd/mm/aa
- 17 - Estado civil/ Situação conjugal - Registrar a situação conjugal atual do usuário. Casado/amigado será definido pelo fato de morar com o(a) parceiro(a). Por exemplo, se uma mulher é viúva e atualmente está amigada com alguém, prevalece a situação atual - casada/amigada.
- 18 - Raça/cor - Pedir ao usuário que refira, dentre as opções disponíveis, sua raça/cor. É importante observar que esta classificação deverá ser auto-referida, isto é, o profissional deverá pedir ao usuário que ele relate sua própria cor dentre as categorias oferecidas.
- 19 -Escolaridade - Registrar o número de anos de estudo concluídos pelo usuário, dentro das faixas disponíveis. Lembretes: até 3ª série do ensino fundamental marcar "1 a 3 anos de estudo concluídos"; 4ª a 7ª série do ensino fundamental marcar "4 a 7 anos de estudo concluídos"; ensino fundamental completo ou ensino médio marcar "8 a 11 anos de estudo concluídos"; ensino superior completo ou incompleto marcar "de 12 a mais anos de estudo concluídos".
- 20 -Ocupação - Deverá ser preenchida de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações. Não se trata de registrar a profissão/categoria profissional, mas sim de registrar a ocupação (trabalho) atual do usuário.
- 21 - Nº do cartão SUS - Registrar o número do cartão do SUS, caso o usuário possua. Este campo deverá ser preenchido apenas por usuários que optarem por teste nominal. Para aqueles que optaram por teste nominal e não possuem o cartão, registrar "não possui".
- 22 -Nome da mãe - Este campo deverá ser preenchido somente nos casos em que o usuário tenha optado por fazer o teste nominal.
- 23 - Permite contato - O preenchimento deste campo é obrigatório e requer atenção especial dos profissionais. O profissional deverá perguntar ao usuário se ele permite que o serviço entre em contato com ele em caso de necessidade; por exemplo, se ele não retornar para buscar resultados de exames, ou se o serviço necessitar mudar data de agendamento. Além de uma autorização de contato, implica também na assunção de compromisso ético dos profissionais. Através desta permissão, os aconselhadores comprometem-se a fazer uso cauteloso das informações prestadas, sempre visando resguardar ao máximo o sigilo e confidencialidade das informações. Na prática isto significa, por exemplo, não identificar o remetente (no caso, o CTA) nas correspondências enviadas e respeitar estritamente a forma de contato que o usuário autorizou. Com isso, o que se busca é evitar qualquer impacto social negativo que possa advir da realização deste procedimento.
- 24 -Tipo de contato - Caso o usuário autorize o contato do serviço, deverão ser registradas as formas de contato por ele autorizadas. Informações adicionais e outras formas de contato autorizadas devem ser registradas no campo reservado às anotações do aconselhamento pré-teste. IMPORTANTE: Caso o usuário autorize que o serviço entre em contato, ele deverá assinar o formulário, no campo ao lado da questão 24.
- 25 - Logradouro - Refere-se ao endereço de residência do usuário - nome da rua, avenida, entre outros. Observar que as informações de endereços (exceto município) só deverão ser preenchidas caso o usuário autorize contato.
- 26 - Complemento - Refere-se ao complemento de residência, podendo ser casa, apartamento, fundos etc. Se o usuário morar em prédio, registrar aqui o número do apartamento.
- 27 - Número - Número da casa ou do prédio em que reside o usuário.

## INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO - SICTA v.2005

### Instruções dos Campos da 1ª página :

- 28 - Município - Refere-se ao município, cidade de residência do usuário.  
 29 - Bairro - Refere-se ao bairro de residência do usuário.  
 30 - UF - Introduzir a sigla da Unidade Federada (Estado) de residência do usuário.  
 31 - CEP - Introduzir o Código de Endereço Postal correspondente ao endereço de residência do usuário.  
 32 - Telefone - Registrar o telefone fornecido pelo usuário.  
 33 - Zona - Registrar se o usuário reside em zona rural ou urbana.  
 34 - País - Registrar o nome do país de residência, caso o usuário não resida no Brasil.  
 35 - Motivo da procura - Registrar o motivo que levou o usuário a procurar o CTA. Observe-se, por exemplo, que nem todas as gestantes vão ao CTA para realizar exame pré-natal; podem chegar ao CTA, por exemplo, por terem vivido uma situação de risco, ou em função do aparecimento de sinais de DST.  
 36 - Origem da clientela (como ficou sabendo o serviço) - Registrar a forma através da qual o usuário ficou sabendo do CTA.  
 37 - Encaminhamentos pré-teste - Registrar o(s) encaminhamento(s) realizados após atendimento pré-teste. Poderão ser registrados até três encaminhamentos.  
 38 - Local de encaminhamento - Registrar o nome dos locais para onde foi encaminhado o usuário após o atendimento pré-teste.  
 39 - Notas da orientação pré-teste/orientações - Registro de informações complementares do atendimento pré-teste, quando houver.  
 . Notas da Orientação pós-Teste /orientações. Registro de informações complementares do atendimento pré-teste, quando houver.

### Instruções dos Campos da 2ª página :

- 40 - Procurou banco de sangue para se testar nos últimos 12 meses - Registrar se nos últimos 12 meses o usuário fez doação de sangue com o intuito de testar-se.  
 41 - Apresentou DST nos últimos 12 meses - É papel do aconselhador ajudar o usuário a identificar se teve ou não uma DST nos últimos 12 meses, verificar com ele se teve sinais/sintomas de DST (por exemplo, úlcera genital, corrimento uretral, corrimento vaginal/cervical, verrugas genitais, bolhas).  
 42 - Se apresentou DST nos últimos 12 meses, como tratou - Caso o usuário relate ter tido DST nos últimos 12 meses, registrar o tipo de tratamento que ele buscou.  
 43 - Usou Drogas nos últimos 12 meses - refere-se ao uso, relatado pelo usuário, de qualquer droga (inclusive o álcool) nos últimos 12 meses.  
 44 - Se fez uso de drogas nos últimos 12 meses - Especificar a frequência com que o usuário relata ter usado cada uma das drogas descritas, no período de 12 meses, observando a legenda no quadro ao lado da questão. Exemplo: no caso de um usuário que faça uso frequente de álcool e cocaína aspirada, já fez uso de merla, mas nunca usou outras drogas: álcool: 4; maconha: 0; cocaína aspirada: 4; cocaína injetável: 0; crack: 0; heroína: 0; anfetaminas: 0; merla: 2.  
 45 - Compartilhou seringas nos últimos 12 meses - Caso o usuário relate uso de drogas injetáveis, de anabolizantes ou de silicone injetável (prática bastante frequente entre as travestis), o aconselhador deverá investigar se ele faz uso de seringas e agulhas descartáveis ou se compartilha com outros usuários. Se o usuário não relatar uso de substâncias injetáveis, deverá ser preenchido o campo "não se aplica".  
 46 - Tipo de parceria(s) sexual(is) e quantidade - Registrar o número de parceiros homens, de parceiras mulheres e de parceiras travestis com os quais o usuário refere ter se relacionado sexualmente nos últimos 12 meses. Se o usuário não tiver tido relações sexuais com umas destas parcerias, deverá ser registrado 0 (zero). Se o usuário não tiver tido relações sexuais nos últimos 12 meses, deverá ser registrado o campo "não se aplica".  
 47 - Tipo de exposição - Registrar de que formas o usuário relata ter se exposto ao risco de infecção pelo HIV. Poderão ser assinaladas até duas formas de exposição.  
 48 - Uso de preservativo com parceiro(a) fixo(a) nos últimos 12 meses - Registrar com que frequência o usuário relata ter usado preservativo masculino ou feminino nas relações sexuais com seu(s) parceiro(s) fixo(s). Por "menos da metade das vezes" entenda-se "na maioria das vezes não usou preservativo" e para "usa mais da metade das vezes" entenda-se "usou preservativo na maioria das relações sexuais que teve" nos últimos 12 meses.  
 49 - Uso do preservativo na última relação com parceiro fixo - Refere-se ao uso do preservativo na última relação sexual que o usuário teve com parceiro fixo, nos últimos 12 meses.  
 50 - Motivo de não usar preservativos com parceiro(a) fixo(a) - Caso o usuário relate não usar sempre o preservativo com seu(s) parceiro(s) fixo(s), investigar qual a principal razão que a leva a não usar. Esta questão não deve ser lida para o usuário, mas preenchida após exploração do tema com usuário. A partir desta conversa o aconselhador deve registrar a principal razão identificada para o não uso do preservativo nos últimos 12 meses com parceiro fixo.  
 51 - Risco do parceiro fixo - O aconselhador deve procurar identificar junto ao usuário que riscos ele identifica em seu/sua parceiro(a) fixo(a) e caso ele não identifique nenhum risco, registrar "não se aplica".  
 52 - Uso do Preservativo com parceiro(s) eventual(is) nos últimos 12 meses - Registrar com que frequência o usuário relata ter usado preservativo masculino ou feminino nas relações sexuais com seu(s) parceiro(s) eventuais(s) nos últimos 12 meses. Por "menos da metade das vezes" entenda-se "na maioria das vezes não usou preservativo" e para "usa mais da metade das vezes" entenda-se "usou preservativo na maioria das relações sexuais que teve" nos últimos 12 meses.  
 53 - Uso do preservativo na última relação com parceiro(a) eventual - Refere-se ao uso do preservativo na última relação sexual que o usuário teve com um parceiro eventual.  
 54 - Motivo de não usar preservativos com parceiro eventual - Caso o usuário relate não usar sempre o preservativo com seu(s) parceiro(s) eventual(is), investigar qual a principal razão que o leva a não usar e registrá-la.



## INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO - SICTA v.2005

### Instruções dos Campos da 2ª página :

55 - Recorte populacional - Identificar a qual dos grupos populacionais relacionados o(a) usuário(a) pertence. Caso o usuário pertença a mais de um grupo, é permitido registrar até três opções. Por exemplo: Um usuário pode ser HSH, portador de DST e profissional do sexo. Obs: Mulheres que fazem sexo com mulheres devem ser categorizadas em "outros". Importante: A categoria "Pessoa vivendo com HIV/AIDS" refere-se ao portador do HIV/AIDS.

56 - Registrar os encaminhamentos feitos após a entrega do resultado ao usuário. Poderão ser assinalados até três encaminhamentos.

57 - Local(is) de encaminhamento(s) pós-teste - Descrever para que serviços de saúde, ONG, ou outro local, o(a) usuário(a) foi encaminhado(a) após ter recebido o resultado de seus exames.

58 - Orientador da Entrega - Identificar o profissional que realizou o aconselhamento pós-teste e a entrega do resultado dos exames.

59 - Materiais/ Preservativos fornecidos --Se houve entrega de materiais informativos e de preservativos, identificar qual e quantos foram disponibilizados para o usuário.

### DADOS DE RESULTADO:

#### RESULTADO HIV:

60 - Tipo de teste realizado para diagnóstico da infecção do HIV. Selecione (1) para Elisa, (2) para Elisa e Confirmatório e (3) para Teste Rápido. Caso tenha sido solicitado o teste confirmatório, registrar somente o campo Elisa e confirmatório (com o resultado do confirmatório), não havendo necessidade de registrar o campo Elisa.

- No caso de realização dos Testes Rápidos, sempre devem ser preenchidos no mínimo dois campos de resultados. Registrar os testes realizados (T1, T2, T3), de acordo com o algoritmo da Portaria Nº 34/SVS/MS, de 28/07/2005 e resultados. Observar as legendas dos resultados no canto inferior direito do formulário.

Resultado final algoritmo HIV: O registro do resultado final do algoritmo do HIV será feito automaticamente pelo sistema.

61 - Tipo da Amostra - Descreva a amostra utilizada para o teste HIV (soro, plasma ou sangue total)

62 - Data de entrega - Registrar a data de entrega do resultado HIV.

#### RESULTADO HEPATITE:

63 - Anti-HCV - registrar o resultado da triagem sorológica para hepatite C; Anti-HDV - registrar o resultado da triagem sorológica para hepatite D; Para Hepatite B registrar, segundo legenda, se há presença dos marcadores HbsAg, Anti-HBc total, Anti-HBs.

#### RESULTADO SÍFILIS:

64 - VDRL - Registrar qual o título de VDRL foi encontrado. Ex: 1:1; 1:2; 1:4; 1:8 etc.

Informações técnicas que apoiam o preenchimento dos resultados dos exames de sífilis: Doença ativa: considerar VDRL reagente em qualquer titulação, desde que não haja resultado de exames confirmatórios (FTA-abs, TPHA, ELISA) com resultado "negativo" ou "não reagente".

Cicatriz sorológica: VDRL com títulos até 1:4 podem ser considerados "cicatriz" sorológica se houver documentação de tratamento anterior para sífilis, com queda de 2 títulos ou quatro vezes (por exemplo, de 1:8 para 1:2 sem elevação que sugira infecção ou nova infecção). Caso não haja comprovação do tratamento e queda dos títulos considerar como doença ativa.

VDRL com titulação até 1:4, pode significar também um falso positivo (em razão de outras doenças), doença inicial (menos de 30 dias de infecção) ou com muitos anos de evolução e por isso requer a realização de testes confirmatórios e seguimento. VDRL reagente em qualquer titulação, caso não seja possível afastar cicatriz sorológica ou falso positivo, indica a necessidade de encaminhamento à unidade de saúde de referência; VDRL não reagente: considerar como não infectado; avaliar história clínica e epidemiológica para, se necessário, promover nova investigação laboratorial em 30 a 60 dias;

65 - Especificar outras doenças e seus resultados - Caso o usuário tenha feito mais exames registrar seus resultados.

## ANEXO E – NORMAS DA REVISTA GAÚCHA DE ENFERMAGEM

### Diretrizes para Autores

#### 1 APRESENTAÇÃO

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

Está indexada no MEDLINE (desde 1986) e na base SCOPUS. Na área de Enfermagem, vem sendo classificada desde 2009 no estrato B1 Internacional do Qualis-Periódicos, conjunto de procedimentos criado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) para estratificação da qualidade da produção intelectual dos programas de pós-graduação.

A RGE, publicada trimestralmente nos meses de março, junho, setembro e dezembro, é editada em duas versões: impressa (ISSN 0102-6933) e eletrônica (E-ISSN 1983-1447). A publicação em meio eletrônico teve início em maio de 2008, com o uso da plataforma SEER (Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas). Encontram-se disponibilizados *online* os resumos dos artigos publicados desde 1983 e textos completos desde 1998. A partir de 2010 a RGE passa a integrar a biblioteca eletrônica SciELO.

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

#### Fontes de indexação

##### Bases Internacionais

CINAHL - Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature  
 CUIDEN - Base de datos de Enfermería en español  
 EMBASE  
 International Nursing Index  
 LILACS - Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde  
 LAPTOC - Latin American Periodicals Tables of Contents  
 LatIndex - Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
 MEDLINE/PubMed  
 MEDLINE Complete - EBSCOhost Research Databases  
 SCOPUS  
 Scielo Citation Index



### **Bases Nacionais**

BDENF - Base de Dados em Enfermagem  
 SciELO - Scientific Electronic Library Online  
 Portal de Periódicos da Capes  
 Rev@Enf Portal de Revistas de Enfermagem

### **Participação em catálogos coletivos/diretórios**

CCN - Catálogo Coletivo Nacional de Publicações Periódicas (IBICT)  
 Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde  
 Diadorim - Diretório das Políticas Editoriais das Revistas Científicas Brasileiras  
 DOAJ - Directory of Open Access Journals  
 SHERPA/RoMEO - Publisher copyright policies & self-archiving

### **Publicação**

A Revista Gaúcha de Enfermagem é publicada pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

### **Missão**

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

## **2 PROCESSO DE AVALIAÇÃO**

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

A Comissão Editorial (CED) é formada por docentes da Escola de Enfermagem da UFRGS, com as funções de Editor-Chefe, Editor-assistente e Editores de Área, com o apoio de servidores técnico-administrativos (secretário e bibliotecária) e alunos de pós-graduação. Para a avaliação dos manuscritos, a Revista conta com a colaboração de pareceristas de instituições assistenciais, de ensino e de pesquisa nacionais e internacionais.

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

aprovadas por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (<http://www.bioetica.ufrgs.br/diraber.htm>).

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

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

Os artigos que apresentarem semelhanças com outros já publicados não serão aceitos para publicação.

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

O processo de avaliação de um artigo na RGE compreende as etapas de pré-avaliação, **encaminhamento e monitoramento da avaliação, avaliação pelos pareceristas, reformulações do manuscrito pelos autores, avaliação da CED e comunicação da decisão aos autores, parecer biblioteconômico, tradução e editoração do artigo, definição da publicação e publicação *online*.**

## **2.1 Pré-avaliação**

O manuscrito, após submissão à RGE via *online*, passa por processo de pré-avaliação coordenado pelo Editor Assistente, que avalia o atendimento às normas de publicação, relevância do artigo, bem como aspectos básicos do método e redação científica. Nesta etapa, poderão ser solicitadas adequações, com o envio de *check list*, mediante o retorno dos autores e, tendo atendido as solicitações, será encaminhado ao Editor de Seção. Caso não atenda, será recusado sem emissão de parecer consubstanciado.

Caso os autores não se manifestem em até cinco dias após o envio do *check list*, o Editor Assistente enviará um segundo aviso, e não havendo resposta também em até cinco dias, arquivará esta submissão. O processo de submissão deverá ser reiniciado.

## **2.2 Encaminhamento e monitoramento da avaliação**

O Editor de Seção selecionará dois pareceristas *ad hoc*, especialistas na temática e no método do artigo em avaliação, e encaminhará o manuscrito para avaliação por meio de formulário específico. Caberá, ainda, ao Editor de Seção o monitoramento e encaminhamento do processo de avaliação. Ao receber o retorno dos pareceristas fará o encaminhamento à CED.

## **2.3 Avaliação pelos pareceristas**

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

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

Os pareceres dos pareceristas serão apreciados pelo Editor de Seção, que encaminha aos autores, quando os pareceres sugerem reformulações, ou à CED, quando os pareceres sugerem recusa do manuscrito.

#### **2.4 Reformulações do manuscrito pelos autores**

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

#### **2.5 Avaliação da CED e comunicação da decisão aos autores**

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

#### **2.6 Parecer biblioteconômico**

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

#### **2.7 Tradução e editoração do artigo**

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

#### **2.8 Definição da publicação**

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

A prova tipográfica será realizada pelo Editor Chefe.

#### **2.9 Publicação online**

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

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

### 3 INSTRUÇÕES PARA OS AUTORES

#### 3.1 Orientações gerais

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

Na RGE podem ser publicados artigos escritos por especialistas em outras áreas, desde que o tema seja de interesse para a área de Enfermagem. Bem como serão aceitos manuscritos nos idiomas português, espanhol ou inglês.

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

Para submeter o manuscrito não é preciso ser assinante da Revista.

A Revista irá solicitar o depósito de taxas de submissão e de publicação (<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/about/editorialPolicies#custom-1>).

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

A **taxa de submissão** deverá ser paga no momento da submissão do manuscrito. O documento de depósito bancário deverá ser digitalizado e anexado como documento suplementar no sistema SEER. A **taxa de publicação** deverá ser efetuada no momento de recebimento da carta de aceite da CED.

No momento da submissão, o nome completo de cada autor, instituição de origem, país, *e-mail* e resumo da biografia (afiliação completa e credenciais) devem ser informados apenas nos metadados. Os agradecimentos por ajuda financeira, assistência técnica e outros auxílios para a execução do trabalho não deverão ser mencionados no momento da submissão. Somente após o aceite do trabalho estas informações serão inseridas após as Referências.

Os autores dos trabalhos submetidos às RGE deverão anexar como documento suplementar uma Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais, elaborada conforme modelo da Revista (<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/about/editorialPolicies#custom-1>), assinada por todos os autores e indicando o tipo de participação de cada um na pesquisa.

Nos manuscritos resultantes de estudos que envolvem seres humanos, os autores deverão indicar os procedimentos adotados para atender o que determina a Resolução N°466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (ou a Resolução 196/96 para estudos anteriores a junho de 2013), bem como o número e data do protocolo de aprovação do projeto de pesquisa no corpo do texto. Uma cópia do protocolo deverá ser encaminhada à RGE como documento suplementar.

**Conflitos de interesses** podem surgir quando autores, revisores ou editores tenham interesses que, mesmo não sendo completamente aparentes, possam influenciar seus julgamentos sobre o que é publicado. O conflito de interesses pode ser de ordem pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira. Quando os autores submetem um manuscrito, são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos de interesse que possam influenciar ou ter influenciado o conteúdo do trabalho submetido à RGE.

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

### 3.2 Apresentações dos originais

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

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

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

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

Os títulos das seções textuais devem ser destacados gradativamente, sem numeração. O título do artigo e o resumo devem ser em caixa-alta e em negrito (ex.: **TÍTULO; RESUMO**); *abstract* e *resumen*, em caixa-alta, negrito e itálico (ex.: **ABSTRACT; RESUMEN**); seção primária, em caixa-alta e negrito (ex.: **INTRODUÇÃO**); e seção secundária, em caixa-baixa e negrito (ex.: **Histórico**). Evitar o uso de marcadores ao longo do texto (ex.: -, \*, etc.) e alíneas [a), b), c)...

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

A Revista publica as seguintes seções:

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

**Artigos originais:** são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita. Devem obedecer à seguinte estrutura: a **introdução** deve apresentar a questão norteadora, justificativa, revisão da literatura (pertinente, relevante e atualizada) e objetivos. Os **métodos** empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios

de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa. Os **resultados** devem ser descritos em sequência lógica. Quando apresentar tabelas e ilustrações, o texto deve complementar e não repetir o que está descrito nestas. A **discussão**, que pode ser redigida junto com os resultados nos estudos de abordagem qualitativa, deve desenvolver a argumentação crítica dos resultados, com o apoio na literatura, e a interpretação dos autores. As **conclusões ou considerações finais** devem destacar os achados mais importantes, comentar as limitações e implicações para novas pesquisas. Devem obedecer ao limite de **20 páginas no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e conter 20 referências, no máximo)**;

**Artigos de revisão sistemática:** são contribuições cujo método de pesquisa é conduzido por meio da síntese de resultados de estudos originais quantitativos que têm por objetivo responder a uma questão específica e de relevância para a enfermagem ou para a saúde. Os procedimentos metodológicos deverão ser descritos detalhadamente em todas as suas etapas no que se refere à busca dos estudos originais, critérios de inclusão e exclusão, testes preliminares e de níveis de evidência, segundo o referencial teórico metodológico adotado. A revisão sistemática poderá se caracterizar em meta-análise e ou metassíntese dependendo do tipo de abordagem metodológica do manuscrito e do objetivo do estudo. Os procedimentos metodológicos deverão ser detalhados em todas as etapas preconizadas pelo referencial primário adotado (p.ex. <http://www.prisma-statement.org/statement.htm>). **Devem obedecer ao limite de 20 páginas no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e não possui limite de referências)**;

**Artigos de revisão integrativa:** são contribuições cujo método de pesquisa é conduzido por meio da síntese e comparação de resultados de estudos quantitativos, qualitativos originais e reflexões teóricas criticamente sustentadas. Seu objetivo é responder questões norteadoras específicas, que expressem o estado da arte e ou as lacunas do conhecimento em relação a fenômenos relevantes para a enfermagem e ou saúde. Os procedimentos metodológicos deverão ser detalhados em todas as etapas preconizadas pelo referencial primário adotado por ex.: Cooper, Ganong, Whittemore e Knafl, Broome, dentre outros). **Não se trata de artigo de revisão da literatura. Devem obedecer ao limite de 20 páginas no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e não possui limite de referências)**;

**Artigos de reflexão:** são formulações discursivas, de efeito teorizante, com fundamentação teórica filosófica sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo ou potencialmente investigativo. Devem obedecer ao limite de **10 páginas no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e conter 15 referências no máximo)**;

**Relatos de caso:** são contribuições descritivas e contextualizadas, complementada por análise crítica fundamentada, a partir de um caso, situação, procedimento, experiência ou inovação, podendo ser na área do cuidado, do ensino ou de pesquisa. Devem conter título; resumo; descritores; introdução, objetivo, estratégia de busca na literatura; exposição do caso, técnica ou situação; discussão fundamentada na literatura; conclusão e referências. Faculta-se a inclusão de figuras, tabelas, gráficos e ilustrações. Tratando-se de relato de caso clínico, é obrigatório enviar o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos como documento suplementar. Devem obedecer ao limite de **10 páginas no total do artigo, incluindo as referências (15 no máximo)**.

Os manuscritos devem conter:

**Título:** coerente com os objetivos do estudo e que identifique o conteúdo, em até 15 palavras;

**Resumo:** o primeiro resumo deve ser apresentado no idioma do manuscrito, conter até 150 palavras, e ser acompanhado de sua versão para o inglês (*Abstract*) e para o espanhol (*Resumen*).

Deve ser elaborado obedecendo ao formato de **resumo estruturado**, com os seguintes itens:

**Objetivo:** (objetivo geral)

**Métodos:** (tipo de estudo, amostra, período e local da pesquisa, coleta de dados, análise dos dados)

**Resultados:** (principais achados com dados estatísticos, se apropriados)

**Conclusões:** (respostas aos objetivos baseadas nos resultados)

No caso de artigos de reflexão teórica, a descrição da metodologia poderá ser suprimida.

**Palavras-chave:** ao final do Resumo, indicar de 3 a 6 palavras que permitam identificar o assunto do manuscrito, em português; e suas respectivas versões para o inglês (*Keywords*) e espanhol (*Palabras clave*), conforme os “Descritores em Ciências da Saúde - DeCS” (<http://decs.bvs.br>), podendo a RGE modificá-los, se julgar necessário.

**Título em outros idiomas:** indicar o título nas versões em inglês (*Title*) e em espanhol (*Título*), logo após os palavras-chave do respectivo idioma.

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

**Metodologia ou Métodos ou Materiais e Métodos:** deve apresentar o método empregado: tipo de estudo; referencial teórico do estudo e o utilizado para análise dos dados, inclusive os testes estatísticos quando apropriados; amostra e amostragem, critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos/participantes; período do estudo; local do estudo; considerações éticas (número e data de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos); uso de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou Termo de Consentimento para Uso de Dados, quando apropriado.

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

**Discussão:** deve conter a comparação dos resultados com a literatura representativa, atualizada, e a interpretação dos autores apontando o avanço do conhecimento atual. A discussão poderá ser apresentada juntamente com os resultados quando se tratar de artigos originais resultantes de estudos com abordagens qualitativas.

**Conclusões ou Considerações Finais:** devem destacar os achados mais importantes na perspectiva dos objetivos do estudo, comentar as limitações e as implicações para novas pesquisas e para o corpo de conhecimento na área de Enfermagem e da Saúde, considerando o ensino, pesquisa, assistência e gestão.

**Referências:** devem ser apresentadas no máximo 20 referências para os artigos originais e 15 para os artigos de reflexão. Não há limite de referências para as revisões sistemáticas e as revisões integrativas. As referências, de abrangência nacional e internacional, devem ser atualizadas (últimos três a cinco anos), sendo aceitáveis fora desse período no caso de constituírem referencial primário ou clássico sobre um determinado assunto. No caso de teses e dissertações, recomenda-se que sejam citados, preferencialmente, os artigos oriundos das mesmas.

Devem ser digitadas em espaço simples e separadas por um espaço simples. Utiliza-se nessa seção o título “Referências” e não “Referências bibliográficas”. A lista de referências deve ser composta por todas as obras citadas, numeradas de acordo com sua ocorrência no corpo do texto. Deve-se utilizar o estilo de referências *Vancouver*, do *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)*, atualizado em 2013, disponível em: [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html), e adaptado pela RGE (cf. exemplos de referências). Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o *NLM Catalog: Journals referenced in the NCBI Databases*, disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>. Para os periódicos que não se encontram neste *site*, poderão ser utilizadas as abreviaturas do Catálogo Coletivo Nacional de Publicações Seriadas (CCN), do IBICT, disponível em: <http://ccn.ibict.br/busca.jsf> e o Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível em: <http://portal.revistas.bvs.br>.

**Citações:** devem ser apresentadas no texto de acordo com o sistema numérico, com os números correspondentes entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre a palavra e o número da citação e precedendo o ponto final. Nas citações não deve ser mencionado o nome dos autores, excluindo-se expressões como: “segundo...”, “de acordo com...”. Quando se tratar de citação sequencial, os números devem ser separados por hífen e, quando intercaladas, devem ser separados por vírgula. Em caso de transcrição de palavras, frases ou parágrafos com palavras do autor (citação direta), devem-se utilizar aspas iniciais e finais na sequência do texto. Recomenda-se a utilização criteriosa desse recurso, de acordo com a norma da ABNT NBR 10520/2002 (Informação e Documentação – Citações em documentos – Apresentação).

Exemplos:

Pesquisas apontam que...<sup>(1-4)</sup>.

Alguns autores acreditam que...<sup>(1,4-5)</sup>.

“[...] e nos anos seguintes o mesmo se repetiu”<sup>(7)</sup>.

Os manuscritos ainda podem conter:

**Depoimentos:** frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos/participantes da pesquisa. Não utilizar aspas, e observar a seguinte estrutura: recuo do parágrafo (1,25 cm), fonte tamanho 11, em itálico, espaçamento simples, com sua identificação entre parênteses,



codificadas a critério do(s) autor(es), e separadas entre si por um espaço simples. Supressões devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes “[...]”, e as intervenções dos autores ao que foi dito pelos participantes do estudo devem ser apresentadas entre colchetes.

**Ilustrações:** no máximo de **cinco** (gráficos, quadros e tabelas), em preto e branco, conforme as especificações a seguir:

- **Gráficos e quadros:** apresentados conforme a norma da ABNT NBR 6022/2003 (Informação e documentação – Artigo em publicação periódica científica impressa – Apresentação);

- **Tabelas:** devem ser apresentadas conforme IBGE – Normas de Apresentação Tabular, disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>;

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

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

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

**Deve ser evitada a apresentação de apêndices** (elaborados pelos autores) e **anexos** (elaborados a partir de materiais publicados por outros autores).

## EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

### Artigos de periódicos

#### *1. Artigo padrão*

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

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

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

#### *2. Instituição como autor*

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

### ***3. Sem indicação de autoria***

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

### ***4. Volume com suplemento***

Wiltfang J, Lewczuk P, Riederer P, Grünblatt E, Hock C, Scheltens P, et al. Trabalho de consenso de força-tarefa da WFSBP# sobre marcadores biológicos das demências: contribuição da análise do LCR e do sangue para o diagnóstico precoce e diferencial das demências. Rev Psiquiatr Clin. 2009;36 Supl. 1:1-16.

Hofman M, Ryan JL, Figueroa-Moseley CD, Jean-Pierre P, Morrow GR. Cancer-related fatigue: the scale of the problem. Oncologist. 2007;12 Suppl. 1:4-10.

### ***5. Fascículo com suplemento***

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

### ***6. Fascículo com número especial***

Cunha MLC. Recém-nascidos hospitalizados: a vivência de pais e mães. Rev Gaúcha Enferm. 2000;21(esp):70-83.

### ***7. Volume com parte***

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

### ***8. Fascículo sem número***

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

### ***9. Fascículo sem volume***

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

### ***10. Nenhum volume ou número de fascículo***

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

### ***11. Paginação em algarismos romanos***

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

### ***12. Indicação do tipo de artigo (se necessário)***

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

## **Livros e outras monografias**

### ***13. Pessoa física como autor***

Bonassa EM, Santana TR. Enfermagem em terapêutica oncológica. 3. ed. São Paulo: Atheneu; 2005.

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

### ***14. Organizador, editor, compilador como autor***

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

### ***15. Instituição como autor e publicador***

Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 2013 jun 13;150(112 Seção 1):59-62.

Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Guia de bolso da saúde do viajante. Brasília (DF); 2005.

### ***16. Capítulo de livro***

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

### ***17. Livro com indicação de série***

Braunstein F, Pépin JF. O lugar do corpo na cultura ocidental. Lisboa: Instituto Piaget; 1999. (Epistemologia e sociedade; 162)

Kleinman A. Patients and healers in the context of the culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. Berkeley: University of California Press; 1980. (Comparative studies of health systems and medical care; 3).

### ***18. Trabalho apresentado em evento***

Menezes GMS, Aquino EML. Trabalho noturno na enfermagem. In: Anais do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem: cuidar-ação terapêutica da enfermagem; 1998 set 20-25; Salvador, Brasil. Salvador: ABEn/BA; 1999. p. 309-21.

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

### ***19. Dissertação e Tese***

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

## **20. Artigo de jornal**

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

## **21. Documento jurídico**

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

## **22. Verbetes de dicionário**

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

## **23. Material em fase de publicação**

Kirschbaum DIR. História da enfermagem psiquiátrica no Rio Grande do Sul: parte I. Rev Gaúcha Enferm. No prelo; 2003.

Tian D, Araki H, Stahl E, Bergelson J, Kreitman M. Signature of balancing selection in Arabidopsis. Proc Natl Acad Sci USA. Forthcoming 2002.

## **Material eletrônico**

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

## **24. Artigo de periódico em formato eletrônico**

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

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

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

## **26. Monografia em formato eletrônico**

Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional do Câncer. O diagnóstico do câncer [Internet]. Rio de Janeiro; 1999 [citado 2008 jun 23]. Disponível em:[http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=31](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=31).

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>.

### ***27. Trabalho disponível em anais em meio eletrônico***

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

### ***28. DVD e CD-ROM***

Ministério da Saúde (BR). Dez passos da alimentação saudável para crianças menores de dois anos [DVD]. Brasília (DF); 2012.

Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

### ***29. Homepage / Web site***

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

### ***30. Parte de uma área homepage / Web***

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

## **Banco de dados na Internet**

### ***31. Banco de dados aberto***

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

### ***32. Banco de dados fechado***

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

### ***33. Blogs***

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

### ***34. Contribuição para um blog***

Mantone J. Head trauma haunts many, researchers say. 2008 Jan 09 [cited 2009 Feb 13]. In: Wall Street Journal. HEALTH BLOG [Internet]. New York: Dow Jones & Company,

Inc. c2008- . [about 1 screen]. Available from: <http://blogs.wsj.com/health/2008/01/29/head-traumahaunts-many-researchers-say/>.

### Condições para submissão

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

1. A contribuição é original e inédita e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; não sendo o caso, justificar em "Comentários ao Editor".
2. Os arquivos para submissão devem ser encaminhados em Word for Windows, fonte Times New Roman 12, espaçamento duplo (inclusive os resumos), com todas as páginas numeradas, configurados em papel A4 e com as quatro margens de 2,5 cm.
3. O texto segue os requisitos de formatação da Revista segundo as Diretrizes para Autores, encontradas no menu "Sobre">"Submissões">"Diretrizes para autores".
4. O título deve ter, no máximo, 15 palavras.
5. O texto indexado não deve conter nenhuma informação que possa identificar os autores. Informações sobre os autores deve ser incluída apenas **nos metadados** (passo 2).
6. O título, o resumo e os descritores devem vir com suas equivalências em espanhol e inglês.
7. Os resumos não devem ultrapassar 150 palavras. Deve ser elaborado obedecendo ao formato de **resumo estruturado**.
8. Os títulos das seções textuais devem ser destacados gradativamente, sem numeração. O título do artigo e resumo deve ser em letras maiúsculas e em negrito (Ex.: **TÍTULO; RESUMO**); *resumen* e *abstract* em maiúsculas, negrito e itálico (ex.: **RESUMEN; ABSTRACT**); seção primária em maiúscula e negrito (ex.: **INTRODUÇÃO**); e seção secundária em minúscula e negrito (ex.: **Histórico**). Evitar o uso de marcadores ao longo do texto (Ex.: -, \*, etc.) e alíneas [a), b), c)...).
9. O texto deve conter o número de palavras e de referências preconizado para cada seção da Revista (Artigos Originais, Artigos de Revisão Sistemática, Artigos de Reflexão).
10. No texto, substituir o nome dos autores citados por sua codificação numérica, sobrescrita e entre parênteses, conforme foram citados no texto e eliminando expressões do tipo "Segundo...", "De acordo com...".
11. As referências devem seguir o estilo *Vancouver e ser atualizadas e preferencialmente de periódicos. Devem ser digitadas em espaço simples e separadas por um espaço simples*.

12. A declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais deve ser assinada por todos os autores e encaminhada como documento suplementar à Revista conforme modelo contido nas Diretrizes para Autores

#### Declaração de Direito Autoral

Direitos Autorais para artigos publicados nesta Revista são do autor, com direitos de primeira publicação para a Revista. Em virtude da Revista ser de acesso público, os artigos são de uso gratuito, com atribuições própria, em aplicações educacionais e não-comerciais, estando licenciados sob uma Licença Creative Commons tipo (CC) BY-NC.