

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
Faculdade de Farmácia  
Disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso de Farmácia

**IMPACTO DO TRATAMENTO COM ANTIDEPRESSIVOS NA ADESÃO  
À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL: ARTIGO DE REVISÃO**

Yakime de Brito Adrião

Porto Alegre, julho de 2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
Faculdade de Farmácia  
Disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso de Farmácia

**IMPACTO DO TRATAMENTO COM ANTIDEPRESSIVOS NA ADESÃO  
À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL: ARTIGO DE REVISÃO**

**IMPACT OF ANTIDEPRESSIVE TREATMENT ON ANTIRETROVIRAL THERAPY  
ADHERENCE: REVIEW ARTICLE**

Yakime de Brito Adrião

Professor Orientador: Diogo Pilger

Porto Alegre, julho de 2017

## **Apresentação**

Este artigo foi elaborado segundo as normas da “Revista de Saúde Pública” (Anexo) na qualidade de “Artigo de Revisão”.

**Resumo:**

Uma das maiores dificuldades no combate ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é a adesão ao tratamento com medicamentos antirretrovirais. A depressão, comumente observada em indivíduos soropositivos, está relacionada à má adesão e, portanto, o seu tratamento com antidepressivos é uma opção. Com o objetivo de analisar a relação entre o tratamento com antidepressivos e a adesão à terapia antirretroviral (TARV), a presente revisão narrativa realizou uma busca nas bases de dados PUBMED, COCHRANE LIBRARY, EMBASE e na interface de pesquisa da Biblioteca Virtual em Saúde – BIREME (LILACS e MEDLINE), com restrição de linguagem. Com base nos critérios de inclusão, 13 artigos, publicados até 31 de março de 2017, foram selecionados para o estudo de revisão, onde 9 verificaram melhora na adesão à TARV em soropositivos deprimidos tratados com antidepressivos. Logo, ficou evidente a importância do diagnóstico e adequado tratamento da depressão em soropositivos deprimidos, visando a qualidade de vida.

**Descritores:** Antidepressivos; Antirretrovirais, Adesão à medicação;

**Abstract:**

One of the greatest difficulties in combating the Human Immunodeficiency Virus (HIV) is adherence to treatment with antiretroviral drugs. Depression, commonly seen in seropositive individuals, is related to poor adherence, and therefore, its treatment with antidepressants is an option. In order to analyze the relationship between treatment with antidepressants and adherence to antiretroviral therapy (ART), the present narrative review searched the databases PUBMED, COCHRANE LIBRARY, EMBASE and the research interface of the Virtual Health Library - BIREME (LILACS and MEDLINE), with language restriction. Based on the inclusion criteria, 13 articles, published until March 31, 2017, were selected for the review study, where 9 verified improvement in ART adherence in depressed seropositives treated with antidepressants. Therefore, it was evident the importance of the diagnosis and appropriate treatment of depression in depressed seropositives, aiming the quality of life.

**Keywords:** Antidepressive Agents; Anti-Retroviral Agents; Medication Adherence;

# **IMPACTO DO TRATAMENTO COM ANTIDEPRESSIVOS NA ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL: ARTIGO DE REVISÃO**

Yakime de Brito Adrião<sup>1</sup> & Diogo Pilger\*<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, RS, Brasil.

<sup>2</sup>Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, Brasil.

\*Autor Correspondente: D. Pilger, Programa de Pós-graduação em Assistência Farmacêutica, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Av. Ipiranga 2752, Porto Alegre, RS 90610-000, Brasil. Telefone: (51) 3308-5767. E-mail: diogopharma@gmail.com

## Introdução

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), até o final do ano de 2015 havia aproximadamente 36.7 milhões de pessoas vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Já na metade do ano de 2016, 18.2 milhões de soropositivos estavam fazendo uso da terapia antirretroviral (TARV), terapia esta que reduziu em 1.1 milhão o número de pessoas morrendo por causas relacionadas ao HIV.<sup>1a</sup>

A inclusão da terapia antirretroviral como tratamento para os portadores do vírus HIV mudou a forma como estes viam a doença, onde a certeza de morte deu lugar à qualidade de vida. Tal realidade, porém, depende fortemente da adesão rigorosa do paciente à TARV<sup>2,3</sup>. No entanto, o tratamento com medicamentos antirretrovirais é conhecido principalmente por seus efeitos colaterais muito incômodos, como diarreia, vômitos e insônia, além de alterações que ocorrem a longo prazo como, por exemplo, danos metabólicos e neuropsiquiátricos<sup>4b</sup>. A complexidade do tratamento também é vista como um ponto negativo do tratamento, influenciando na adesão à TARV<sup>5,6,7</sup>. Ao final, torna-se compreensível a dificuldade de adesão ao tratamento, mesmo sendo este essencial no combate ao vírus HIV, impedindo sua multiplicação no organismo<sup>2</sup>. Apesar de um mínimo de 90% já ter sido descrito na literatura<sup>8</sup>, Paterson et al.2 (2000) em estudo observacional prospectivo, estabelece que uma adesão de no mínimo 95% é necessária para que a supressão do vírus seja eficaz e que níveis abaixo disso estão associados a taxas menores de supressão viral e risco de falha virológica<sup>2,9</sup>.

Além da saúde física, a saúde mental destes indivíduos tem exigido atenção especial dos profissionais da saúde não só devido ao tropismo do vírus pelo sistema nervoso central (SNC), mas também pelo impacto psicológico gerado pelo diagnóstico e também pela evolução da infecção nos indivíduos afetados<sup>10</sup>. A depressão é um dos transtornos psiquiátricos mais comuns de serem observados em soropositivos<sup>11</sup>.

Estima-se que a prevalência de Depressão Maior em HIV-positivos seja de 36%<sup>12-15</sup>. Sabe-se, também, que a depressão possui influência negativa sobre a adesão ao tratamento<sup>16</sup>, dificultando a sua eficácia, além de aumentar a

---

<sup>a</sup> WHO | World Health Organization [Internet].2017.

<sup>b</sup> Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais [Internet]. 2017.

morbimortalidade e as chances de transmitir o vírus<sup>17-22</sup>. Além disso, os riscos de depressão<sup>23</sup> e suicídio<sup>24</sup> são aumentados quando se é portador do vírus HIV. Portanto, a depressão é talvez mais um obstáculo a ser ultrapassado por uma parcela de soropositivos na busca pela adesão plena à terapia antirretroviral e, conseqüentemente, na busca pela qualidade de vida.

Estudos mostram que o uso de antidepressivos, por indivíduos soropositivos e deprimidos, está associado à melhora na adesão ao medicamento antirretroviral<sup>25-27</sup> e que o tratamento do Transtorno Depressivo Maior (TDM) nestes indivíduos pode ser realizado de forma eficaz através de antidepressivos típicos<sup>28</sup>. Apesar do risco de ocorrerem interações medicamentosas entre ambos os tratamentos<sup>29,30</sup>, a depressão não tratada pode ser ainda mais prejudicial à progressão da doença<sup>31</sup>.

A presente revisão, tem como objetivo avaliar se o tratamento com antidepressivos pode contribuir na melhora da adesão à TARV.

## **Métodos**

Trata-se de uma revisão narrativa descritiva, tradicionalmente nomeada de revisão da literatura, onde, a partir da pergunta norteadora: “O tratamento com antidepressivos por indivíduos soropositivos e deprimidos pode contribuir na melhora da adesão à TARV?”; Foram realizadas buscas nas bases de dados PUBMED, EMBASE, COCHRANE LIBRARY e na interface de pesquisa da Biblioteca Virtual em Saúde – BIREME (filtrou-se por LILACS e MEDLINE). Para isto, utilizou-se descritores pertinentes ao tema, estabelecidos de acordo com os termos utilizados em cada base de dados, restringindo-se às línguas portuguesa, inglesa e espanhola, sem limite de tempo.

Os descritores utilizados como termos *Mesh*, *Decs* e *Emtree* foram: Antiretroviral Therapy, Highly Active; Anti-Retroviral Agents; Antiretrovirus Agent; Highly Active Antiretroviral Therapy; Antidepressive Agents; Antidepressant Agent; Medication Adherence; Patient Compliance e Medication Compliance. A estratégia de busca na base dados PUBMED foi: ((Antiretroviral Therapy, Highly Active OR Anti-Retroviral Agents)) AND Antidepressive Agents AND (Patient compliance OR Medication adherence). A estratégia de busca completa para a base de dados PUBMED encontra-se na Figura 2.

Todas as referências encontradas com a busca foram primeiramente captadas pelo gerenciador de referências Mendeley® para verificação de estudos repetidos e

análise do título/resumo. Artigos de revisão, metanálise, teses e comentários foram excluídos, assim como artigos que não fossem pertinentes ao tema de interesse.

Foram selecionados para análise na íntegra, estudos realizados em pacientes soropositivos para HIV, diagnosticados com qualquer tipo de depressão, em tratamento com antidepressivos, de qualquer faixa etária e sexo, que realizaram medida adesão indireta ao tratamento antirretroviral.

Estudos que consideraram como aderentes participantes com adesão de 90% ou 95% foram incluídos na revisão.

A extração de dados dos artigos selecionados foi realizada por apenas um revisor, tabulados de acordo com as seguintes informações: autores, ano de publicação, tipo de delineamento, características sociodemográficas, período de estudo, métodos utilizados, principais achados e limitações

## **Resultados**

A partir da busca realizada, foram identificados 161 estudos, dos quais 13 foram incluídos nesta revisão. O fluxograma da seleção de artigos é apresentado na Figura 1.

Na Tabela 1 encontram-se as principais características dos estudos selecionados: autor e ano de publicação, tipo de delineamento, características da população incluída no estudo, métodos utilizados para medida de adesão e diagnóstico de depressão.

Dos 13 artigos selecionados, 6 são estudos observacionais (Tabela 2), sendo 5 coorte retrospectivo e 1 coorte prospectivo, além de 7 ensaios clínicos (Tabela 3), destes 6 randomizados e 1 não-controlado. Dentre todos, 9 estudos apresentaram uma correlação positiva entre o uso de antidepressivos e a adesão à TARV, o que significa melhora na adesão à TARV quando em uso concomitante com antidepressivos<sup>6,25,26,32-37</sup>.

Foram diversos os métodos utilizados para medir a adesão à terapia antirretroviral, porém nesta revisão optou-se por avaliar somente as medidas indiretas de adesão: autorrelato (n=8), registros de dispensação de medicamentos da farmácia (n=4) e contagem de pílulas (n=1). Considerou-se como autorrelato não somente a medida de adesão realizada através de entrevistas ou instrumentos estruturados, mas também a contagem de pílulas realizada por outros meios de comunicação (telefone).

O período de tempo em que a adesão foi avaliada variou de 4 meses a 4 anos.

Os métodos utilizados para identificação e avaliação da depressão foram os mais variados: Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9) (n=4), Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) (n=2), Beck Depression Inventory - II (BDI-II) (n=2), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - IV (DSM-IV) (n=1), International Classification of Diseases - 9 (ICD-9) (n=4), Center for Epidemiological Studies Depression Scale - 10 (CESD-10) (n=1), Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) (n=1) e National Drug Code (NDC) (n=2). Quatro estudos utilizaram dois métodos para diagnóstico e avaliação da depressão, enquanto o restante (n=9) utilizou apenas um método.

Quanto à população para as quais os estudos foram orientados, 2 deles avaliaram indivíduos desabrigados/marginalmente alojados, 1 avaliou usuários de drogas, 1 avaliou indigentes e/ou sem seguro, 1 avaliou segurados privados e o restante não avaliou uma população específica (n=8).

### Estudos Observacionais

Akincigil et al.<sup>37</sup> em estudo retrospectivo com duração de 4 anos, com 1.150 pacientes assegurados pelo plano de saúde e identificados pelos códigos de diagnóstico de depressão de acordo com o ICD-9, verificaram que dentre os indivíduos com maior adesão ao tratamento com antidepressivos, 70% mostraram-se aderentes à TARV (considerou-se aderentes MPR  $\geq$  90%). Indivíduos nunca antes tratados com antidepressivos foram significativamente mais propensos a aderir à TARV. Além disso, indivíduos com adesão considerada ruim ao tratamento com antidepressivo tiveram adesão à TARV melhor do que os indivíduos que não estavam em tratamento com antidepressivos. De forma não linear, a adesão aos antidepressivos foi preditor da adesão à TARV.

Em estudo retrospectivo similar, Kong et al.<sup>36</sup> avaliaram a adesão à TARV de 3.286 soropositivos deprimidos por 1 ano, verificando que indivíduos em tratamento com antidepressivos foram quase duas vezes mais propensos a aderir à medicação antirretroviral em comparação com os que não o fizeram (*Odds Ratio* (OR)=1.92, 95% CI: 1.12-3.29).

Através de análise prospectiva, Tsai et al.<sup>35</sup> (2010) focaram em outra população, composta por 158 participantes desabrigados e alojados marginalmente, onde a adesão à TARV por indivíduos soropositivos deprimidos aumentou em 25% (95% CI: 14%-36%;  $P < 0.001$ ) quando tratados com antidepressivos e a probabilidade

de reportar uma adesão de 100% quase dobrou (OR=1.94, 95% CI: 1.20-3.13; P=0.006).

Turner et al.<sup>38</sup>, em estudo retrospectivo, também se propuseram a observar uma população diferente, neste caso 5.103 usuários de drogas HIV-positivos e deprimidos para medir a adesão à TARV ( $\geq 95\%$ ). Em modelo de estudo separado por gênero, tanto em homens quanto em mulheres foi verificado um efeito positivo na adesão à TARV quando em tratamento com antidepressivos, porém não significativo. Walkup et al.<sup>11</sup>, com 406 participantes soropositivos deprimidos verificam que após um mês de tratamento com antidepressivos a probabilidade de adesão à TARV aumentou em quase 30% (OR=1.28, 95% CI: 1.16-1.41).

Em estudo publicado por Yun et al.<sup>25</sup>, após 6 meses de tratamento, a proporção de pacientes soropositivos deprimidos aderentes à TARV ( $\geq 95\%$ ) foi significativamente menor naqueles que não receberam tratamento com antidepressivo quando comparados com aqueles que receberam tratamento (35% vs. 65% respectivamente; P=0.01). Além disso, indivíduos aderentes ao antidepressivos demonstraram maior adesão à TARV em comparação com não aderentes (69% vs. 31% respectivamente; P=0.001).

### Ensaio Clínicos

Bottonari et al.<sup>33</sup>, em ensaio randomizado verificou adesão ( $\geq 90\%$ ) à TARV em 67,26% dos soropositivos deprimidos considerados aderentes ao tratamento com antidepressivos ( $\geq 90\%$ ). Ao final, a adesão ao tratamento com antidepressivos era predizente de adesão à TARV.

Cruess et al.<sup>34</sup> verificaram em 3 meses de estudo que a adesão à TARV era maior em soropositivos deprimidos em tratamento com antidepressivos (87,40% vs. 82,43%), independente da classe, assim como a melhor adesão ao tratamento com antidepressivos esteve relacionada com a melhor adesão à TARV (P=0,009).

No pequeno estudo realizado por Dalessandro et al.<sup>6</sup>, o tratamento com antidepressivos após 6 meses demonstrou ter influência positiva sobre a adesão ao tratamento com antirretrovirais. A adesão à TARV relatada após o tratamento com antidepressivos foi melhor (P<0.0001), assim como a adesão de indivíduos tratados em comparação com os não-tratados (P<0.001).

Gaynes et al.<sup>32</sup>, em estudo piloto com pequena amostra (n=55), verificou em 4 meses um aumento de 10% (95% CI: 11%-32%) na proporção de soropositivos deprimidos aderentes à TARV ( $\geq 95\%$ ) quando em tratamento com antidepressivos.

Nos estudos realizados por Pence et al.<sup>39</sup>, Pyne et al.<sup>40</sup> e Tsai et al.<sup>41</sup> (2013), não foram verificadas melhoras significativas na adesão à TARV em soropositivos deprimidos tratados com antidepressivos.

A maior adesão ao tratamento com antidepressivos também esteve relacionada à maior adesão à TARV<sup>25,37,33,34</sup>.

## **Discussão**

Foram encontrados 13 artigos que abordam o tema proposto, tratando-se de um número pequeno diante da relevância do tema. Exceto pelo ano de 2012, onde 3 publicações foram encontradas com a busca, houve em média uma publicação ao ano, levando a crer que trata-se de um assunto não muito explorado pelos pesquisadores.

Ao contrário de Turner et al.<sup>38</sup> que não encontraram diferença significativa em seus resultados, todos os 5 estudos de coorte restantes verificaram uma relação positiva entre tratamento com antidepressivos por pessoas HIV-positivas deprimidas e a adesão à TARV<sup>25,26,35-37</sup>, corroborando também com achados de Horberg et al.<sup>27</sup>.

Tendo em vista que a população utilizada no estudo é composta por usuários de drogas e que, em um de seus resultados, foi verificada uma maior probabilidade de melhora na adesão à TARV em mulheres tratadas com antidepressivos em conjunto com psicoterapia, Turner et al.<sup>38</sup> discute a possibilidade de que usuários de drogas necessitem de um tratamento mais completo, não somente com antidepressivos, para que a adesão seja alcançada.

A presença de associação entre o tratamento com antidepressivos e a melhora na adesão à TARV em estudos observacionais não permite estabelecer relações causais. Logo, alguns fatores devem ser levados em consideração como o tipo de amostra populacional, critérios de inclusão e métodos de medida de adesão.

Dentre os ensaios clínicos, os 3 estudos que não verificaram uma associação positiva<sup>39-41</sup>, eram compostos por uma população com alta adesão inicial, onde talvez haja pouco a ser melhorado a ponto de observar resultados significativos.

Apesar de não estar definido um padrão ouro de medida de adesão<sup>42-44</sup>, a principal limitação presente em todos os estudos pode-se dizer que é a medida de

adesão indireta, onde a certeza de que o participante reportou sua adesão fielmente ao estudo, seja através de questionários ou número de cápsulas, não é garantida, assim como registros de dispensação não garantem a utilização dos medicamentos dispensados pelos usuários.

O presente estudo de revisão também possui limitações, que incluem a falta de homogeneidade entre os estudos selecionados, visto que cada um tinha seu objetivo principal, além de explorarem diferentes tipos de depressão, em diferentes populações, sendo isso um fator que dificulta a análise e a comparação entre os artigos. A análise das referências dos artigos incluídos na revisão não foi realizada, o que pode ter promovido a perda de pesquisas relevantes.

Sabendo que a incidência de depressão em soropositivos é significativa<sup>12-15</sup> e que esta possui influência negativa sobre a adesão à TARV<sup>16</sup>, a presente revisão se propôs a analisar estudos que relacionam o tratamento com antidepressivos de soropositivos deprimidos com a adesão à terapia antirretroviral até 31 de março de 2017.

Ao final, tem-se que a maioria dos estudos sugerem uma melhoria na adesão à TARV por soropositivos deprimidos quando tratados com antidepressivos. Além disso, uma correlação entre a adesão ao tratamento com antidepressivos e a adesão à TARV também foi verificada. Sendo assim, percebe-se a importância do correto diagnóstico, junto com adequado tratamento da depressão destes indivíduos, visando sempre alcançar uma melhor adesão à TARV e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

1. WHO | World Health Organization [Internet]. WHO. World Health Organization; 2017 [citado 27 de junho de 2017]. Available at: <http://www.who.int/hiv/en/>
2. Paterson D, Swindells S, Mohr J, Brester M, Vergis E, Squier C, et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Intern Med.* 2000;133(1):21–30.
3. D’Arminio M, Testa L, Adorni F, Chiesa E, Bini T, Moscatelli GC, et al. Clinical outcome and predictive factors of failure of highly active antiretroviral therapy in antiretroviral-experienced patients in advanced stages of HIV-1 infection. *AIDS.* 1998;12(13):1631–7.
4. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais [Internet]. 2017 [citado 27 de junho de 2017]. Available at: <http://www.aids.gov.br/pagina/efeitos-colaterais>
5. Kumar V, Encinosa W. Effects of antidepressant treatment on antiretroviral regimen adherence among depressed HIV-infected patients. *Psychiatr Q.* 2009;80(3):131–41.
6. Dalessandro M, Conti CM, Gambi F, Falasca K, Doyle R, Conti P, et al. Antidepressant therapy can improve adherence to antiretroviral regimens among HIV-infected and depressed patients. Vol. 27, *Journal of clinical psychopharmacology.* 2007.
7. Chesney M. The Elusive Gold Standard. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2006;43(Supplement 1):S149–55.
8. Lima V, Harrigan R, Murray M, Moore D, Wood E, Hogg R, et al. Differential impact of adherence on long-term treatment response among naive HIV-infected individuals. *Aids.* 2008;22(17):2371–80.
9. Henderson K, Hindman J, Johnson S, Valuck R, Kiser J. Assessing the Effectiveness of Pharmacy-Based Adherence Interventions on Antiretroviral Adherence in Persons with HIV. *AIDS Patient Care STDS.* 2011;25(4):221–8.
10. Malbergier A, Schöffel A. Tratamento de depressão em indivíduos infectados pelo HIV. *Rev Bras Psiquiatr.* 2001;23(3):160–7.
11. Seth R, Granville-Grossman K, Goldmeier D, Lynch S. Psychiatric illnesses in patients with HIV infection and AIDS referred to the liaison psychiatrist. *Br J Psychiatry.* 1991;159(SEPT.):347–50.

12. Bing E, Burnam M, Longshore D, Fleishman J, Sherbourne C, London A, et al. Psychiatric Disorders and Drug Use Among Human Immunodeficiency Virus–Infected Adults in the United States. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58(8):721.
13. Ciesla J, Roberts J. Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. *Am J Psychiatry*. 2001;158(5):725–30.
14. Kilbourne A, Justice A, Rabeneck L, Rodriguez-Barradas M, Weissman S. General medical and psychiatric comorbidity among HIV-infected veterans in the post-HAART era. *J Clin Epidemiol*. 2001;54(12 SUPPL. 1):22–8.
15. Dew M, Becker J, Sanchez J, Caldararo R, Lopez O, Wess J, et al. Prevalence and predictors of depressive, anxiety and substance use disorders in HIV-infected and uninfected men: a longitudinal evaluation. *Psychol Med*. 1997;27(2):395–409.
16. DiMatteo M, Lepper H, Croghan T. Depression Is a Risk Factor for Noncompliance With Medical Treatment. *Arch Intern Med*. 2000;160(14):2101–7.
17. Servellen G, Chang B, Garcia L, Lombardi E. Individual and system level factors associated with treatment nonadherence in human immunodeficiency virus-infected men and women. *AIDS Patient Care Stds*. 2002;16(6):269–81.
18. Ickovics J, Hamburger M, Vlahov D, Schoenbaum E, Schuman P, Boland R, et al. Mortality , CD4 Cell Count Decline , and Depressive Symptoms Among HIV-Seropositive Women Longitudinal Analysis From the HIV. 2001;285(11):1–29.
19. Riley E, Wu A, Perry S, Clark R, Moss A, Crane J, et al. Depression and drug use impact health status among marginally housed HIV-infected individuals. *AIDS Patient Care Stds*. 2003;17(8):401–6.
20. Leserman J. HIV disease progression: Depression, stress, and possible mechanisms. *Biol Psychiatry*. 2003;54(3):295–306.
21. Stein M, Solomon D, Herman D, Anderson B, Miller I. Depression severity and drug injection HIV risk behaviors. *Am J Psychiatry*. 2003;160(9):1659–62.
22. Leserman J, Jackson E, Petitto J, Golden R, Silva S, Perkins D, et al. Progression to AIDS: The effects of stress, depressive symptoms, and social support. *Psychosom Med*. 1999;61:397–406.
23. Tresiman G. AIDS education for psychiatrists. *Prim Psychiatry*. 1999;6:71–3.
24. Haller D, Miles D. Suicidal Ideation Among Psychiatric Patients with HIV : Psychiatric Morbidity and Quality of Life. 2003;7(2):0–7.

25. Yun L, Maravi M, Kobayashi J, Barton P, Davidson A. Antidepressant treatment improves adherence to antiretroviral therapy among depressed HIV-infected patients. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2005;38(4):432–8.
26. Walkup J, Wei W, Sambamoorthi U, Crystal S. Antidepressant treatment and adherence to combination antiretroviral therapy among patients with AIDS and diagnosed depression. *Psychiatr Q*. 2008;79(1):43–53.
27. Horberg M, Silverberg M, Hurley L, Towner W, Klein D, Bersoff-Matcha S, et al. Effects of depression and selective serotonin reuptake inhibitor use on adherence to highly active antiretroviral therapy and on clinical outcomes in HIV-infected patients. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2008;47(3):384–90.
28. Treisman G, McHugh P, Lyketsos C, Fishman M, Hanson A, Rosenblatt A. Evaluation and treatment of psychiatric disorders associated with HIV infection. *Res Publ Assoc Res Nerv Ment Dis*. 1994;72:239–50.
29. Elliott AJ, Russo J, Bergam K, Claypoole K, Uldall KK R-BP. Antidepressant efficacy in HIV-seropositive outpatients with major depressive disorder: an open trial of nefazodone. *J Clin Psychiatry*. 1999;60:226–31.
30. Elliott AJ, Uldall KK, Bergam K, Russo J, Claypoole K, Roy-Byrne PP. Randomized, placebo-controlled trial of paroxetine versus imipramine in depressed HIV-positive outpatients. *Am J Psychiatry*. 1998;155(3):367–72.
31. Pieper AA, Treisman GJ. Drug treatment of depression in HIV-positive patients: Safety considerations. Vol. 28, Drug Safety. 2005. p. 753–62.
32. Gaynes BN, Pence BW, Atashili J, O’Donnell JK, Njamnshi AK, Tabenyang ME, et al. Changes in HIV Outcomes Following Depression Care in a Resource-Limited Setting: Results from a Pilot Study in Bamenda, Cameroon. *PLoS One*. 2015;10(10):e0140001–e0140001.
33. Bottonari KA, Tripathi SP, Fortney JC, Curran G, Rimland D, Rodriguez-Barradas M, et al. Correlates of Antiretroviral and Antidepressant Adherence Among Depressed HIV-Infected Patients. *AIDS Patient Care STDS*. 2012;26(5):265–73.
34. Cruess DG, Kalichman SC, Amaral C, Swetzes C, Cherry C, Kalichman MO, et al. Benefits of adherence to psychotropic medications on depressive symptoms and antiretroviral medication adherence among men and women living with HIV/AIDS. *Ann Behav Med*. 2012;43(2):189–97.
35. Tsai AC, Weiser SD, Petersen ML, Ragland K, Kushel MB, Bangsberg DR, et al.

- A Marginal Structural Model to Estimate the Causal Effect of Antidepressant Medication Treatment on Viral Suppression Among Homeless and Marginally Housed Persons With HIV. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(12):1282–90.
36. Kong MC, Nahata MC, Lacombe VA, Seiber EE, Balkrishnan R. Association Between Race, Depression, and Antiretroviral Therapy Adherence in a Low-Income Population with HIV Infection. *J Gen Intern Med*. 2012;27(9):1159–64.
  37. Akincigil A, Wilson IB, Walkup JT, Siegel MJ, Huang C, Crystal S. Antidepressant treatment and adherence to antiretroviral medications among privately insured persons with HIV/AIDS. *AIDS Behav*. 2011;15(8):1819–28.
  38. Turner B, Laine C, Cosler L, Hauck W. Relationship of gender, depression, and health care delivery with antiretroviral. *J Gen Intern Med*. 2003;18:248–57.
  39. Pence BW, Gaynes BN, Adams JL, Thielman NM, Heine AD, Mugavero MJ, et al. The effect of antidepressant treatment on HIV and depression outcomes: results from a randomized trial. *AIDS*. 2015;29(15):1975–86.
  40. Pyne JM, Fortney JC, Curran GM, Tripathi S, Atkinson JH, Kilbourne AM, et al. Effectiveness of Collaborative Care for Depression in Human Immunodeficiency Virus Clinics. *Arch Intern Med*. 2010;171(1):23–31.
  41. Tsai AC, Karasic DH, Hammer GP, Charlebois ED, Ragland K, Moss AR, et al. Directly Observed Antidepressant Medication Treatment and HIV Outcomes Among Homeless and Marginally Housed HIV-Positive Adults: A Randomized Controlled Trial. *Am J Public Health*. 2013;103(2):308–15.
  42. Thompson IR, Bidgood P, Petróczi A, Denholm-Price JCW, Fielder MD. An alternative methodology for the prediction of adherence to anti HIV treatment. *AIDS Res Ther*. 2009;6:9.
  43. Ortego C, Huedo-Medina TB, Llorca J, Sevilla L, Santos P, Rodríguez E, et al. Adherence to highly active antiretroviral therapy (HAART): A meta-analysis. *AIDS Behav*. 2011;15(7):1381–96.
  44. Polejack L; Seidl EMF. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, . 2010;15(Sup 1):1201–8.

**TABELAS & FIGURAS**

**Tabela 1.** Estudos incluídos que avaliaram a adesão de indivíduos soropositivos deprimidos em tratamento com antidepressivos

<b>Autor, ano</b>	<b>Delineamento</b>	<b>População HIV +</b>	<b>Método identificação/ avaliação depressão</b>	<b>Método medida adesão</b>
	<b>Observacionais</b>			
Akincigil <i>et al.</i> , 2011	Coorte retrospectivo	Segurados privados	ICD-9 <sup>a</sup>	Registros de dispensação
Kong <i>et al.</i> , 2012	Coorte retrospectivo	Não específica	ICD-9/NDC <sup>b</sup>	Registros de dispensação
Tsai <i>et al.</i> , 2010	Coorte prospectivo	Desabrigados/ marginalmente alojados	BDI-II <sup>c</sup>	Autorrelato
Turner <i>et al.</i> , 2003	Coorte retrospectivo	Usuários de drogas	NDC	Registros de dispensação
Walkup <i>et al.</i> , 2008	Coorte retrospectivo	Não específica	ICD-9	Autorrelato
Yun <i>et al.</i> , 2005	Coorte retrospectivo	Indigentes e não segurados	ICD-9/ DSM-IV <sup>d</sup>	Registros de dispensação
	<b>Estudos clínicos</b>			
Bottonari <i>et al.</i> , 2012	Controlado	Não específica	PHQ-9 <sup>e</sup> / MINI <sup>f</sup>	Autorrelato
Cruess <i>et al.</i> , 2012	Controlado	Não específica	CESD-10 <sup>g</sup>	Autorrelato
Dalessandro <i>et al.</i> , 2007	Controlado	Não específica	MADRS <sup>h</sup>	Autorrelato
Gaynes <i>et al.</i> , 2015	Não controlado	Não específica	PHQ-9	Autorrelato
Pence <i>et al.</i> , 2015	Controlado	Não específica	PHQ-9/ MINI	Autorrelato
Pyne <i>et al.</i> , 2010	Controlado	Não específica	PHQ-9	Autorrelato
Tsai <i>et al.</i> , 2013	Controlado	Desabrigados/ marginalmente alojados	BDI-II	Contagem de pílulas
<b>Total</b>	<b>13</b>			

<sup>a</sup> International Classification of Diseases (ICD-9)

<sup>b</sup> National Drug Code (NDC)

<sup>c</sup> Beck Depression Inventory II

<sup>d</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)

<sup>e</sup> Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9)

<sup>f</sup> Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)

<sup>g</sup> Center for Epidemiological Studies Depression scale (CESD-10)

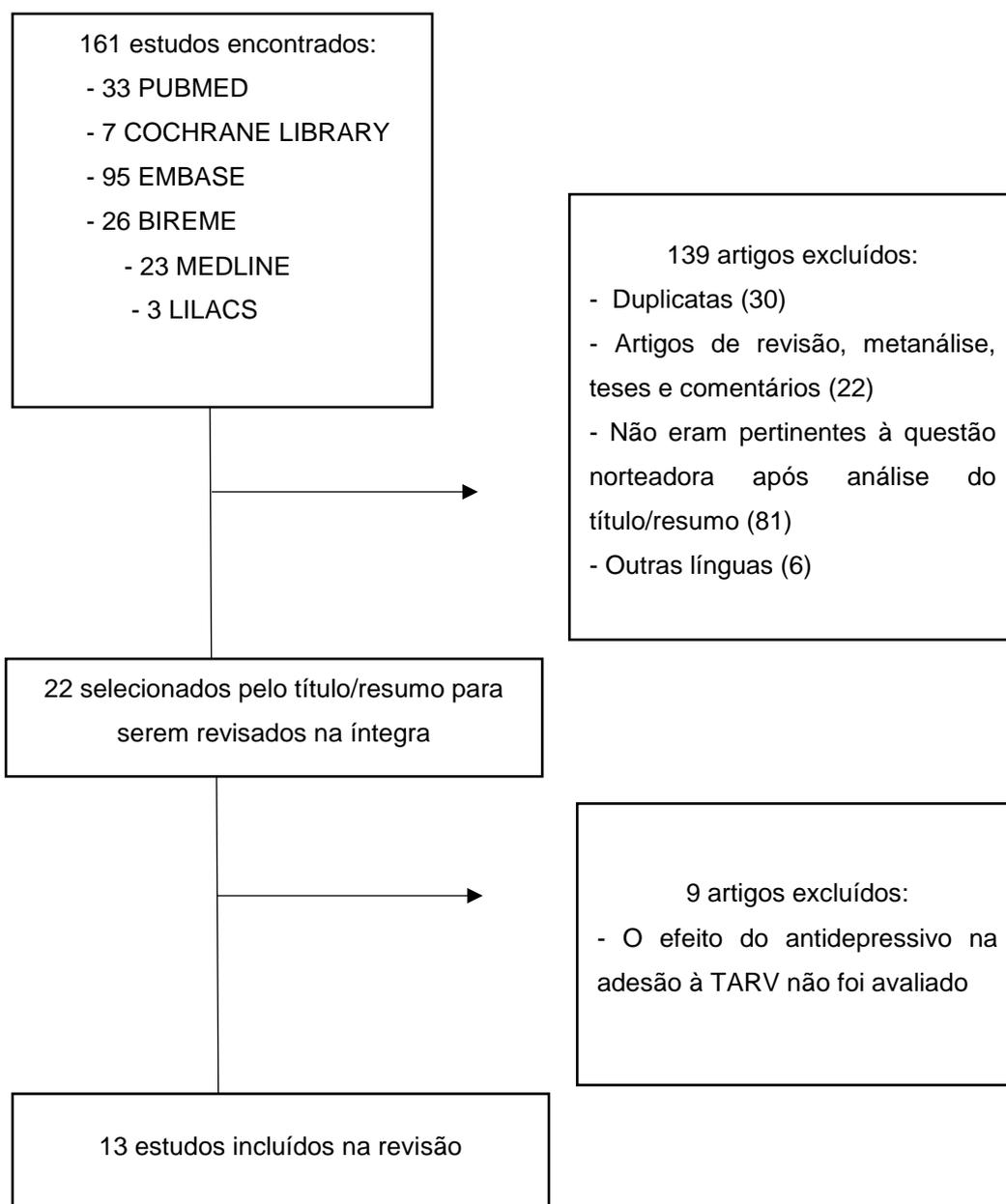
<sup>h</sup> Montgomery-Asberg Depression Rating Scale

**Tabela 2.** Estudos incluídos na revisão com resultados positivos

Autor, ano	Local	Resultados	Limitações
Akincigil <i>et al.</i> , 2011	USA	70% dos participantes aderentes à TARV.	Mínimo 6 meses de TARV; Depressão durante a TARV; Diversos tipos de depressão;
Kong <i>et al.</i> , 2012	USA	OR=1.92 (95% CI: 1.12-3.29) chances de aderir à TARV.	Mínimo 2 meses de TARV; Minoria aderente;
Tsai <i>et al.</i> , 2010	USA	Adesão aumentou em 25% (95% CI: 14%-36%); OR=1.94 (95% CI: 1.20-3.13) chances de reportar uma adesão de 100%;	Maioria mulheres; não diferenciou desfecho de acordo com as classes de antidepressivos;
Bottonari <i>et al.</i> , 2012	USA	67,26% aderentes à TARV (Dentre aderentes ao antidepressivo).	Maioria homens; maioria depressão maior; Maioria com ensino superior; autorrelato;
Cruess <i>et al.</i> , 2012	USA	87.40% aderentes à TARV.	Maioria homens de meia idade; Adesão inicial alta;
Dalessandro <i>et al.</i> , 2007	Italy	Melhora na adesão após tratamento (P < 0.0001); Tratados em comparação com não-tratados (P < 0.001);	Poucos participantes;
Gaynes <i>et al.</i> , 2015	Africa	Aumento de participantes aderentes em 10% (95% CI: 11%-32%).	Estudo piloto; Amostra pequena; adesão inicial alta; Não há grupo de comparação;
Walkup <i>et al.</i> , 2008	USA	OR=1.28 (95% CI: 1.16-1.41) chances de aderir à TARV.	Depressão durante a TARV;
Yun <i>et al.</i> , 2005	USA	65% aderentes à TARV; 69% aderentes à TARV (Dentre aderentes ao antidepressivo);	Dados de farmácia;

**Tabela 3.** Estudos incluídos na revisão com resultados negativos

Autor, ano	Local	Resultados	Limitações
Pence <i>et al.</i> , 2015	USA	Resultados insignificantes	Adesão inicial alta; Depressão severa; Maioria homens;
Pyne <i>et al.</i> , 2010	USA	Resultados insignificantes	Adesão inicial alta; Maioria homens;
Tsai <i>et al.</i> , 2013	USA	Porcentagem média de aderência à ART de 0.05 (95% CI: -0.02-0.12; P=2).	Adesão inicial alta; Não há grupo controle placebo;
Turner <i>et al.</i> , 2003	USA	Resultados insignificantes	Minoria aderente; Dados de 1990, onde o regime de tratamento era mais complexo;



**Figura 1.** Fluxograma da seleção dos estudos

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
<a href="#">#8</a>	<a href="#">Add</a>	Search #3 AND #4 AND #7	<a href="#">33</a>	20:28:30
<a href="#">#7</a>	<a href="#">Add</a>	Search #5 OR #6	<a href="#">94758</a>	20:27:43
<a href="#">#6</a>	<a href="#">Add</a>	Search Medication adherence	<a href="#">23213</a>	20:27:25
<a href="#">#5</a>	<a href="#">Add</a>	Search Patient compliance	<a href="#">87578</a>	20:27:13
<a href="#">#4</a>	<a href="#">Add</a>	Search Antidepressive Agents	<a href="#">135413</a>	20:26:53
<a href="#">#3</a>	<a href="#">Add</a>	Search #1 OR #2	<a href="#">89224</a>	20:26:32
<a href="#">#2</a>	<a href="#">Add</a>	Search Anti-Retroviral Agents	<a href="#">76359</a>	20:25:56
<a href="#">#1</a>	<a href="#">Add</a>	Search Antiretroviral Therapy, Highly Active	<a href="#">23040</a>	20:25:13

**Figura 2.** Estratégia de busca para a base de dados PUBMED

**ANEXO**

## Instruções aos autores – Revista de Saúde Pública

### **Categorias de Artigos**

São aceitos manuscritos nos idiomas: português, espanhol e inglês.

O texto de manuscrito de pesquisa original deve seguir a estrutura conhecida como IMRD: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão ([Estrutura do Texto](#)). Manuscritos baseados em pesquisa qualitativa podem ter outros formatos, admitindo-se Resultados e Discussão em uma mesma seção e Considerações Finais/Conclusões. Outras categorias de manuscritos (revisões, comentários, etc.) seguem os formatos de texto a elas apropriados.

Os estudos devem ser apresentados de forma que qualquer pesquisador interessado possa reproduzir os resultados. Para isso estimulamos o uso das seguintes **recomendações**, de acordo com a categoria do manuscrito submetido:

- [CONSORT](#) checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados
- [STARD](#) checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica
- [MOOSE](#) checklist e fluxograma para metanálises e revisões sistemáticas de estudos observacionais
- [PRISMA](#) checklist e fluxograma para revisões sistemáticas e metanálises
- [STROBE](#) checklist para estudos observacionais em epidemiologia
- [RATS](#) checklist para estudos qualitativos

Pormenores sobre os itens exigidos para apresentação do manuscrito estão descritos de acordo com a [categoria de artigos](#)

### **Categorias de artigos**

#### **a) Artigos Originais**

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase- experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar o leitor quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

**Instrumentos de aferição em pesquisas populacionais** Manuscritos abordando instrumentos de aferição podem incluir aspectos relativos ao desenvolvimento, a avaliação e à adaptação transcultural para uso em estudos populacionais, excluindo-se aqueles de aplicação clínica, que não se incluem no escopo da RSP.

Aos manuscritos de instrumentos de aferição, recomenda-se que seja apresentada uma apreciação detalhada do construto a ser avaliado, incluindo seu possível gradiente de intensidade e suas eventuais subdimensões. O desenvolvimento de novo instrumento deve estar amparado em revisão de literatura, que identifique explicitamente a insuficiência de propostas prévias e justifique a necessidade de novo instrumental. Deve ser detalhada a proposição, a seleção e a confecção dos itens, bem como o emprego de estratégias para adequá-los às definições do construto, incluindo o uso de técnicas qualitativas de pesquisa (entrevistas em profundidade, grupos focais etc.), reuniões com painéis de especialistas, entre outras. O trajeto percorrido na definição da forma de mensuração dos itens e a realização de pré-testes com seus conjuntos preliminares necessitam ser descritos no texto. A avaliação das validades de face, conteúdo, critério, construto e/ou dimensional deve ser apresentada em detalhe.

Análises de confiabilidade do instrumento também devem ser apresentadas e discutidas, incluindo-se medidas de consistência interna, confiabilidade teste-reteste e/ou concordância inter-observador. Os autores devem expor o processo de seleção do instrumento final e situá-lo em perspectiva crítica e comparativa com outros instrumentos destinados a avaliar o mesmo construto ou construtos semelhantes.

Para os manuscritos sobre **adaptação transcultural** de instrumentos de aferição, além de atender, de forma geral, às recomendações supracitadas, faz-se necessário explicitar o modelo teórico norteador do processo. Os autores devem, igualmente, justificar a escolha de determinado instrumento para adaptação a um contexto sociocultural específico, com base em minuciosa revisão de literatura. Finalmente, devem indicar explicitamente quais e como foram seguidas as etapas do modelo teórico de adaptação no trabalho submetido para publicação.

Obs: O instrumento de aferição deve ser incluído como anexo dos artigos submetidos.

No preparo do manuscrito, além das [recomendações](#) citadas, verifique as instruções de formatação a seguir.

#### **Formatação:**

- Devem conter até 3500 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e

referências).

- Número de tabelas/figuras: até 5 no total. Número de referências: até 30 no total.
- Resumos no formato estruturado com até 300 palavras.

**b) Comunicações breves** – São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego.

**Formatação:**

Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais.

- Devem conter até 1500 palavras (excluindo resumos tabelas, figuras e referências)
- Número de tabelas/figuras: uma tabela ou figura. Número de referências: até 5 no total.
- Resumos no formato narrativo com até 100 palavras.

**c) Artigos de revisão**

**Revisão sistemática e meta-análise** - Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder à pergunta específica e de relevância para a saúde pública. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados. Consulte:

[MOOSE](#) checklist e fluxograma para metanálises e revisões sistemáticas de estudos observacionais

[PRISMA](#) checklist e fluxograma para revisões sistemáticas e metanálises

**Revisão narrativa/crítica** - A revisão narrativa ou revisão crítica apresenta caráter descritivo-discursivo, dedicando-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da Saúde Pública. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico- metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber.

**Formatação:**

- Devem conter até 4000 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e

referências).

- Número de tabelas/figuras: até 5 no total. Número de referências: sem limites.
- Resumos no formato estruturado com até 300 palavras, ou narrativo com até 150 palavras.

#### **d) Comentários**

Visam a estimular a discussão, introduzir o debate e "oxigenar" controvérsias sobre aspectos relevantes da saúde pública. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens destacando na Introdução o assunto e sua importância. As referências citadas devem dar sustentação aos principais aspectos abordados no artigo.

#### **Formatação:**

- Devem conter até 2000 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número de referências: até 30 no total. Número de tabelas/figuras: até 5 no total.
- Resumos no formato narrativo com até 150 palavras.

**Publicam-se também Cartas Ao Editor com até 600 palavras e até 5 referências.**

#### **Dados de Identificação do Manuscrito**

##### **Autoria**

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em declaração para esta finalidade. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima.

##### **Dados de identificação dos autores (cadastro)**

**Nome e sobrenome:** O autor deve seguir o formato pelo qual já é indexado nas bases de dados.

**Correspondência:** Deve constar o nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.

**Instituição:** Podem ser incluídas até três hierarquias institucionais de afiliação (por exemplo: departamento, faculdade, universidade).

**Coautores:** Identificar os coautores do manuscrito pelo nome, sobrenome e instituição, conforme a ordem de autoria.

**Financiamento da pesquisa:** Se a pesquisa foi subvencionada, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

**Apresentação prévia:** Tendo sido apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e ano da realização.

### **Conflito de Interesses**

Quando baseado em tese ou dissertação, indicar o nome do autor, título, ano, nome do programa de pós-graduação e instituição onde foi apresentada.

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos publicados dependem em parte de como os conflitos de interesses são administrados durante a redação, revisão por pares e tomada de decisões pelos editores.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, podem influenciar a elaboração ou avaliação de manuscritos. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira.

Quando os autores submetem um manuscrito, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros ou de outra natureza que possam ter influenciado seu trabalho. Os autores devem reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa. O relator deve revelar aos editores quaisquer conflitos de interesse que poderiam influir em sua opinião sobre o manuscrito, e, quando couber, deve declarar-se não qualificado para revisá-lo.

Se os autores não tiverem certos do que pode constituir um potencial conflito de interesses, devem contatar a secretaria editorial da Revista.

### **Declaração de Documentos**

Em conformidade com as diretrizes do **International Committee of Medical Journal Editors**, são solicitados alguns documentos e declarações do (s) autor (es) para a avaliação de seu manuscrito. Observe a relação dos documentos abaixo e, nos casos em que se aplique, anexe o documento ao processo. O momento em que tais documentos serão solicitados é variável:

<b>Documento/declaração</b>	<b>Quem assina</b>	<b>Quando anexar</b>
a. <a href="#">Carta de Apresentação</a>	Todos os autores	Na submissão
b. <a href="#">Declaração de responsabilidade</a>	Todos os autores	Na submissão
c. <a href="#">Responsabilidade pelos Agradecimentos</a>	Autor responsável	Após a aprovação
d. <a href="#">Transferência de Direitos Autorais</a>	Todos os autores	Após a aprovação

### a) **CARTA DE APRESENTAÇÃO**

A carta deve ser assinada por todos os autores e deve conter:

- Informações sobre os achados e conclusões mais importantes do manuscrito, esclarecendo seu significado para a saúde pública.
- Se os autores têm artigos publicados na linha de pesquisa do manuscrito, mencionar até três.
- Declaração de responsabilidade de cada autor: ter contribuído substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; ter contribuído significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e ter participado da aprovação da versão final do manuscrito. Para maiores informações sobre critérios de autoria, consulte o site da RSP.
- Declaração de potenciais conflitos de interesses dos autores. Atestar a exclusividade da submissão do manuscrito à RSP.

Responder- Qual a novidade do seu estudo? Por que deve ser publicado nesta revista?

### b. **DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE**

Segundo o critério de autoria do *International Committee of Medical Journal Editors*, autores devem contemplar todas as seguintes condições: (1) Contribuí substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; (2) Contribuí significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e (3) Participei da aprovação da versão final do manuscrito.

No caso de grupo grande ou multicêntrico ter desenvolvido o trabalho, o grupo deve identificar os indivíduos que aceitam a responsabilidade direta pelo manuscrito. Esses indivíduos devem contemplar totalmente os critérios para autoria definidos acima e os editores solicitarão a eles as declarações exigidas na submissão de manuscritos. O autor correspondente deve indicar claramente a forma de citação preferida para o nome do grupo e identificar seus membros.

Normalmente serão listados no final do texto do artigo.

Aquisição de financiamento, coleta de dados, ou supervisão geral de grupos de pesquisa, somente, não justificam autoria.

**Todas as pessoas relacionadas como autores devem assinar declaração de responsabilidade.**

Aquisição de financiamento, coleta de dados, ou supervisão geral de grupos de pesquisa, somente, não justificam autoria.

**Todas as pessoas relacionadas como autores devem assinar declaração de responsabilidade.**

c. **AGRADECIMENTOS**

Devem ser mencionados os nomes de pessoas que, embora não preencham os requisitos de autoria, prestaram colaboração ao trabalho. Será preciso explicitar o motivo do agradecimento, por exemplo, consultoria científica, revisão crítica do manuscrito, coleta de dados, etc. Deve haver permissão expressa dos nomeados e o autor responsável deve anexar a Declaração de Responsabilidade pelos Agradecimentos. Também pode constar desta parte apoio logístico de instituições.

d. **TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS**

Todos os autores devem ler, assinar e enviar documento transferindo os direitos autorais. O artigo só será liberado para publicação quando esse documento estiver de posse da RSP.

**Preparo do Manuscrito**

**Título no idioma original do manuscrito e em inglês**

O título deve ser conciso e completo, contendo informações relevantes que possibilitem recuperação do artigo nas bases de dados. O limite é de 90 caracteres, incluindo espaços. Se o manuscrito for submetido em inglês, fornecer também o título em português.

**Título resumido**

Deve conter até 45 caracteres.

**Descritores**

Devem ser indicados entre 3 a 10, extraídos do vocabulário "[Descritores em Ciências da Saúde](#)" (DeCS), nos idiomas português, espanhol e inglês, com base no [Medical](#)

**Subject Headings (MeSH)**. Se não forem encontrados descritores adequados para a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos livres (ou *key words*) mesmo não existentes nos vocabulários citados.

### **Figuras e Tabelas**

Todos os elementos gráficos ou tabulares apresentados serão identificados como figura ou tabela, e numerados sequencialmente a partir de um, e não como quadros, gráficos, etc.

### **Resumo**

São publicados resumos em português, espanhol e inglês. Para fins de cadastro do manuscrito, deve-se apresentar dois resumos, um na língua original do manuscrito e outro em inglês (ou em português, em caso de manuscrito apresentado em inglês). As especificações quanto ao tipo de resumo estão descritas em cada uma das **categorias de artigos**. Como regra geral, o resumo deve incluir: objetivo do estudo, principais procedimentos metodológicos (população em estudo, local e ano de realização, métodos observacionais e analíticos), principais resultados e conclusões.

### **Estrutura do texto**

*Introdução* – Deve ser curta, relatando o contexto e a justificativa do estudo, apoiados em referências pertinentes ao objetivo do manuscrito, que deve estar explícito no final desta parte. Não devem ser mencionados resultados ou conclusões do estudo que está sendo apresentado.

*Métodos* – Os procedimentos adotados devem ser descritos claramente; bem como as variáveis analisadas, com a respectiva definição quando necessária e a hipótese a ser testada. Devem ser descritas a população e a amostra, instrumentos de medida, com a apresentação, se possível, de medidas de validade; e conter informações sobre a coleta e processamento de dados. Deve ser incluída a devida referência para os métodos e técnicas empregados, inclusive os métodos estatísticos; métodos novos ou substancialmente modificados devem ser descritos, justificando as razões para seu uso e mencionando suas limitações. Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética.

*Resultados* – Devem ser apresentados em uma sequência lógica, iniciando-se com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem ser restritas àquelas necessárias para argumentação e a descrição dos dados no texto deve ser restrita aos mais importantes.

Os gráficos devem ser utilizados para destacar os resultados mais relevantes e resumir

relações complexas. Dados em gráficos e tabelas não devem ser duplicados, nem repetidos no texto. Os resultados numéricos devem especificar os métodos estatísticos utilizados na análise. Material extra ou suplementar e detalhes técnicos podem ser divulgados na versão eletrônica do artigo.

*Discussão* – A partir dos dados obtidos e resultados alcançados, os novos e importantes aspectos observados devem ser interpretados à luz da literatura científica e das teorias existentes no campo.

Argumentos e provas baseadas em comunicação de caráter pessoal ou divulgadas em documentos restritos não podem servir de apoio às argumentações do autor. Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para futuras pesquisas devem ser esclarecidas. Incluir somente hipóteses e generalizações baseadas nos dados do trabalho.

As conclusões devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

## **Referências**

*Listagem:* As referências devem ser normalizadas de acordo com o **estilo Vancouver - [Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication](#)**, ordenadas por ordem de citação. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o PubMed e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até seis autores, citam-se todos; acima de seis, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina “et al”. Referências de um mesmo autor devem ser organizadas em ordem cronológica crescente. Sempre que possível incluir o DOI do documentado citado, de acordo com os exemplos a seguir.

### **Exemplos:**

#### **Artigos de periódicos**

Narvai PC. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. *Cienc Saude Coletiva*. 2000;5(2):381-92. DOI:10.1590/S1413- 81232000000200011

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al. Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2008;42(1):34- 40. DOI:10.1590/S0034-89102008000100005

#### **Livros**

Wunsch Filho V, Koifman S. Tumores malignos relacionados com o trabalho. In: Mendes R, coordenador. *Patologia do trabalho*. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2003. v.2, p. 990-1040.

Foley KM, Gelband H, editors. *Improving palliative care for cancer* Washington: National

Academy Press; 2001[citado 2003 jul 13] Disponível em:  
[http://www.nap.edu/catalog.php?record\\_id=10149](http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10149)

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas ("Citing Medicine") da National Library of Medicine, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>.

Referências a documentos não indexados na literatura científica mundial, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento (teses, relatórios de pesquisa, comunicações em eventos, dentre outros) e informações extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, se relevantes, devem figurar no rodapé das páginas do texto onde foram citadas.

### **Citação no texto**

A referência deve ser indicada pelo seu número na listagem, na forma de **expoente** antes da pontuação no texto, sem uso de parênteses, colchetes ou similares. Nos casos em que a citação do nome do autor e ano for relevante, o número da referência deve ser colocado a seguir do nome do autor. Trabalhos com dois autores devem fazer referência aos dois autores ligados por "e". Nos outros casos apresentar apenas o primeiro autor (seguido de 'et al.' em caso de autoria múltipla).

### **Exemplos:**

A promoção da saúde da população tem como referência o artigo de Evans e Stoddart<sup>9</sup>, que considera a distribuição de renda, desenvolvimento social e reação individual na determinação dos processos de saúde-doença.

Segundo Lima et al.<sup>9</sup> (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

### **Tabelas**

Devem ser apresentadas no final do texto, após as referências bibliográficas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou, para sua reprodução.

Para composição de uma tabela legível, o número máximo é de 10 colunas, dependendo da quantidade do conteúdo de cada casela. Notas em tabelas devem ser indicadas por letras e em sobrescrito.

## **Figuras**

As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.) devem ser citadas como Figuras e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e apresentadas após as tabelas. Devem conter título e legenda apresentados na parte inferior da figura. Só serão admitidas para publicação figuras suficientemente claras e com qualidade digital, preferentemente no formato vetorial.

No formato JPEG, a resolução mínima deve ser de 300 dpi. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução.

## **Checklist para submissão**

1. Nome e instituição de afiliação de cada autor, incluindo e-mail e telefone.
2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 90 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.
3. Título resumido com 45 caracteres.
4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc, docx e rtf).
5. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa em dois idiomas, um deles obrigatoriamente em inglês.
6. Resumos narrativos para manuscritos que não são de pesquisa em dois idiomas, um deles obrigatoriamente em inglês.
7. Carta de Apresentação, constando a responsabilidade de autoria e conflito de interesses, assinada por todos os autores.
8. Nome da agência financiadora e número (s) do (s) processo (s).
9. Referências normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas por ordem de citação, verificando se todas estão citadas no texto.
10. Tabelas numeradas sequencialmente, com título e notas, com no máximo 10 colunas.
11. Figura no formato vetorial ou em pdf, ou tif, ou jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi; em se tratando de gráficos, devem estar sem linhas de grade e sem volume.
12. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.

## **Processo Editorial**

### **a) Revisão da redação científica**

Para ser publicado, o manuscrito aprovado é submetido à revisão da redação científica,

gramatical e de estilo. A RSP se reserva o direito de fazer alterações visando a uma perfeita comunicação aos leitores. O autor responsável terá acesso a todas as modificações sugeridas até a última prova enviada. Inclusive a versão em inglês do artigo terá esta etapa de revisão.

## **b) Provas**

Após sua aprovação pelos editores, o manuscrito será revisado por uma equipe que fará a revisão da redação científica (clareza, brevidade, objetividade e solidez), gramatical e de estilo

O autor responsável pela correspondência receberá uma prova, em arquivo de texto (doc, docx ou rtf), com as observações/alterações feitas pela equipe de leitura técnica. O prazo para a revisão da prova é de dois dias.

Caso ainda haja dúvidas nessa prova, a equipe editorial entrará em contato para revisão, até que se chegue a uma versão final do texto. Em seguida, o texto final passará por uma revisão gramatical. Após essa revisão o autor receberá nova prova, no formato final para publicação. Nessa última revisão podem ser feitas apenas correções de erros, pois não serão admitidos mais ajustes de forma. O prazo para a revisão da prova final é de um dia.

Artigos submetidos em português ou espanhol serão vertidos para o inglês. Aproximadamente uma semana após o autor ter finalizado a prova do artigo, a RSP enviará a versão em inglês do artigo para apreciação do autor. Nesta revisão, o autor deverá atentar para possíveis erros de interpretação, vocabulário da área e principalmente, equivalência de conteúdo com a versão "original aprovada". O prazo de revisão da versão em inglês é de dois dias.

A Revista adota o sistema de publicação continuada (*rolling pass*). Desta forma, a publicação do artigo se torna mais rápida: não depende de outros artigos para fechamento de um fascículo, mas do processo individual de cada artigo. Por isso, solicitamos o cumprimento dos prazos estipulados.

## **Taxa de Publicação**

Embora as revistas recebam subvenções de instituições públicas, estas não são suficientes para sua manutenção. Assim, a cobrança de taxa de publicação passou a ser alternativa para garantir os recursos necessários para produção da RSP.

A USP garante os recursos básicos, mas não são suficientes. Assim, temos que contar com



**b) DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE**

Eu, (nome por extenso), certifico que participei da autoria do manuscrito intitulado (título) nos seguintes termos:

“Certifico que participei suficientemente do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo. ”

“Certifico que o manuscrito representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico, exceto o descrito em anexo. ”

“Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei totalmente na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o manuscrito está baseado, para exame dos editores. ”

Contribuição:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Local, data

Assinatura

**c) DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE PELOS AGRADECIMENTOS**

Eu, (nome por extenso do autor responsável pela submissão), autor do manuscrito intitulado (título completo do artigo):

Certifico que todas as pessoas que tenham contribuído substancialmente à realização deste manuscrito, mas não preencheram os critérios de autoria, estão nomeados com suas contribuições específicas em Agradecimentos no manuscrito.

Certifico que todas as pessoas mencionadas nos Agradecimentos forneceram a respectiva permissão por escrito.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

---

DATA

NOME

COMPLETO E ASSINATURA

#### **d) DECLARAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS**

Concordo que os direitos autorais referentes ao manuscrito [TÍTULO], aprovado para publicação na Revista de Saúde Pública, serão propriedade exclusiva da Faculdade de Saúde Pública, sendo possível sua reprodução, total ou parcial, em qualquer outro meio de divulgação, impresso ou eletrônico, desde que citada a fonte, conferindo os devidos créditos à Revista de Saúde Pública.

Autores:

---

---

Local, data

NOME COMPLETO +

Assinatura

---

---

Local, data

NOME COMPLETO +

Assinatura