

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
CURSO DE FARMÁCIA**

MANOELLA PUGLIESE

**ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL EM GESTANTES COM
HIV: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Porto Alegre

2021

MANOELLA PUGLIESE

**ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL EM GESTANTES COM
HIV: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

**Trabalho de Conclusão de Curso de
graduação apresentado à Faculdade de
Farmácia da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel em Farmácia.**

**Orientador: Prof. Dr. Diego Gnatta
Coorientadora: Farm. Fernanda Daros
Stedile**

**Porto Alegre
2021**

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família, Luiz Antônio, Valquíria e Mariana. Especialmente dedicado à minha mãe, Valquíria, que além de sempre acreditar em mim e no meu potencial, me ensinou a ter perseverança e jamais desistir dos meus sonhos. E mesmo no momento mais difícil das nossas vidas, manteve a cabeça erguida e a mente positiva, mostrando a força de uma leoa.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, à Deus.

Segundamente, à minha família, os Pugliese, pai, mãe e mana. Vocês foram e sempre serão a minha base e o meu alicerce. Representam força e dedicação. Se hoje estou aqui, escrevendo esse Trabalho de Conclusão de Curso foi por que vocês me deram o melhor exemplo, o maior amor do mundo e a melhor educação que eu poderia receber. Meu pai querido, quantas vezes discutimos pois eu não entendia a tua linguagem do amor nem a do perdão, obrigada por tudo que abriu mão na vida para dar o melhor para mim e à Mariana. Minha mãe, guerreira, esforçada, determinada, amorosa e dedicada com tudo que abraça na sua vida, esse TCC é especialmente dedicado a ti, que foi o meu exemplo para concluir essa graduação, obrigada por tudo que sempre fez e continua fazendo por nós quatro. Mariana, minha irmã, desde o dia em que nasceu, eu trabalho incessantemente para ser bom exemplo para ti, ainda que falhe muitas vezes. Amo muito vocês três, obrigada por tudo, sempre.

Ao meu namorado, Rafael, parceiro, companheiro, dedicado e muito amado, por ter voltado a minha vida e fazer parte dessa história e da nossa história juntos. Que esse seja apenas o início de uma linda vida juntos, baseada no amor e no respeito. Obrigada por tudo, sempre.

À Lili, Nala, Milla, Peteleco e especialmente para a minha filha Panqueca, que assim como os outros totós, sempre demonstra um amor incondicional e puro por todos nós. Panqueca é a minha parceira, arteira e amorosa, e durante toda a escrita deste trabalho estava ao meu lado deitadinha ou se colocando entre eu e o computador pedindo um pouco de atenção.

Aos meus amigos e amigas de vida, que foram tão importantes durante essa caminhada (e principalmente aos que se mostraram mais pacientes agora na reta final): Scheron Rathke (minha Regininha), Matheus Alves (meu mano amado, querido e engraçado), Luísa Menna (minha amiga pra todas as horas), Gabriela Silvano (minha amiga sempre com ombros e ouvidos a postos), Luciana Canello (minha amigona guerreira e mãezona), Franciele Monteiro (minha parceira de estudos), Francine Berticelli (minha companheira de faculdade), Ketlen Moraes (meu presente do curso técnico), Gabriela Collar (meu presente do GHC e do estágio 2 em 2021), Emily Garcia (minha aniganaga),

Bianca Dolne (minha florzinha lili), Marcos Sampaio (meu presente do Colégio Rosário), Gabriela Vieira (minha companheira dessa louca faculdade) e Patrícia Ferreira (minha parceria de Bioquímica II e da vida).

Aos meus dindos e tios emprestados que sempre torceram, vibraram com as minhas conquistas e sempre deram bons conselhos.

À todos os auxiliares e bioquímicos de todos os setores e turnos do Laboratório Central de Análises Clínicas do Grupo Hospitalar Conceição, e em especial, Vânia (minha segunda mãe), Ilton (meu segundo pai) e Luiz Fernando (o irmão mais velho que eu não tive), por todo conhecimento que me foi passado durante esses anos de convívio e por todas as risadas, piadas, conselhos e ombros amigos.

Ao Grupo Hospitalar Conceição, que foi e ainda é a minha primeira casa profissional, onde tanto aprendi, cresci e amadureci como pessoa e como profissional.

Ao meu orientador Diego Gnatta, que topou esse desafio e sempre foi de excelente orientação em todos os projetos que estamos juntos, sempre incentivando e valorizando os seus alunos. E à minha coorientadora Fernanda, que se dedicou e me ajudou muito no desenvolvimento deste TCC.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul e à Faculdade de Farmácia, pelo ensino de qualidade e excelência.

APRESENTAÇÃO

Este trabalho foi elaborado em formato de artigo científico, de acordo com as normas da revista *Clinical and Biomedical Research*. Tais normas foram anexadas ao final do documento (anexo II), para uma melhor leitura e compreensão da banca avaliadora.

Adesão ao tratamento antirretroviral em gestantes com HIV: uma revisão integrativa

Antiretroviral adherence in pregnant women with HIV: an integrative review

Manoella Pugliese¹, Fernanda Daros Stedile², Diego Gnatta³

1 Aluna de Graduação do Curso de Farmácia, Faculdade de Farmácia, UFRGS, RS – Brasil

2 Aluna de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, Faculdade de Farmácia, UFRGS, RS – Brasil

3 Professor Titular do Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, Faculdade de Farmácia, UFRGS, RS – Brasil

*Corresponding author: Dr. Diego Gnatta, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Av. Ipiranga, 2752, sala 203, 90610-000, Porto Alegre, RS, Brazil.

e-mail: diego.gnatta@ufrgs.br

RESUMO

As taxas de não adesão ao tratamento antirretroviral em gestantes no Brasil e no mundo são preocupantes, visto que a adesão adequada ao tratamento é uma das estratégias para evitar a transmissão vertical do HIV. Foi realizada uma revisão integrativa da literatura para analisar a adesão à terapia antirretroviral entre gestantes infectadas pelo HIV no Brasil e no mundo, bem como verificar os principais métodos utilizados nos estudos. Foi realizada busca de artigos realizada nas bases de dados, no mês de setembro de 2021, sem restrição de idioma. Após a análise dos critérios de inclusão e exclusão, foram extraídos os seguintes dados de cada estudo: título, autor e origem do estudo, ano, objetivo, amostra, delineamento, método para aferir a adesão à terapia antirretroviral e a taxa de adesão relatada no artigo. Foram incluídos 11 artigos para compor esta revisão integrativa. Os estudos diferenciaram quanto ao método utilizado para aferir a adesão e a taxa reportada de não adesão ao tratamento antirretroviral, sendo que houve variação entre 5,0% e 48,3%. Estas taxas variaram principalmente pelos métodos utilizados para aferir a adesão ao tratamento, pelo ponto de corte para considerar o paciente aderente e pelo delineamento do estudo.

Descritores: adesão à medicação, HIV, gestantes, antirretrovirais.

ABSTRACT

The rates of non-adherence to antiretroviral treatment in pregnant women in Brazil and worldwide are worrisome, since adequate adherence to treatment is one of the strategies to prevent vertical transmission of HIV. An integrative literature review was carried out to analyze adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected pregnant women in Brazil and worldwide, as well as to verify the main methods used in the studies. The search for articles was carried out in the databases, in September 2021, without language restriction. After analyzing the inclusion and exclusion criteria, the following data were extracted from each study: title, author and origin of the study, year, objective, sample, design, method for measuring adherence to antiretroviral therapy and adherence rate reported in the article . 11 articles were included to compose this integrative review. The studies differed in terms of

the method used to measure adherence and the reported rate of non-adherence to antiretroviral treatment, with a variation between 5.0% and 48.3%. These rates varied mainly due to the methods used to assess adherence to treatment, the cut-off point to consider the compliant patient, and the study design.

Key words: *medication adherence, HIV, pregnant women, anti-HIV agents*

INTRODUÇÃO

No Brasil, a Política Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Humana (DST/Aids) - Princípios e Diretrizes, redigida no ano de 1999, determina as estratégias de promoção, proteção e prevenção da contaminação pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e o acesso ao diagnóstico e a assistência pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, o documento também especifica as ações conjuntas do SUS, Organizações Não-Governamentais e equipe multiprofissional de saúde. A integração dos profissionais dos serviços com as Estratégias de Saúde da Família (ESF) e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) é fundamental para garantir a equidade e integralidade do cuidado. No entanto, é necessário buscar a sincronização dessas ações por meio da gestão do sistema e tecnologia da atenção básica nos níveis nacional, estadual e municipal, em um processo compartilhado, buscando otimizar a saúde do sistema. Essa estruturação da política de saúde exige que diferentes atores cheguem a um consenso sobre a definição de atribuição e estratégia durante o tratamento. (1)

Entre o período de janeiro de 2000 a junho de 2020, no Brasil, foram notificadas 134.328 gestantes infectadas com o HIV, sendo 8.312 notificações no ano de 2019, correspondendo a uma taxa de detecção de 2,8 casos/mil nascidos vivos. Até junho de 2020, segundo dados apresentados no último Boletim Epidemiológico HIV/AIDS – Ministério da Saúde, constavam 4.148 novas notificações de gestantes infectadas, sendo as regiões Sudeste (32,8%) e Sul (26,6%) as que apresentaram a maior identificação de gestantes infectadas pelo HIV. A taxa de detecção do HIV em gestantes, na região Sul do Brasil, em 2019, foi de 5,6 casos/mil nascidos vivos, sendo que a capital do Rio Grande do Sul - Porto Alegre - apresentou uma taxa de detecção de 17,6 casos/mil nascidos vivos, sendo a mais alta da região Sul do país. Analisando os dados, é possível perceber que houve um aumento da taxa de detecção em gestantes de 2,3 casos/mil nascidos vivos em 2009 para 2,8 no ano de 2019 e isso pode ser explicado devido à implementação de políticas públicas voltadas à prevenção da transmissão vertical (TV) do HIV, com ampliação do diagnóstico pré-natal e vigilância epidemiológica. Desde 2000, a infecção pelo HIV entre gestantes, puérperas e crianças expostas ao risco de TV tornou-se notificação obrigatória. (2,3)

No Brasil, desde 1996 o SUS é responsável pelo financiamento e distribuição de todos os medicamentos antirretrovirais e desde 2013 garante o tratamento para todas as pessoas vivendo com HIV/Aids independentemente da carga viral. Pela rede do SUS, estão

disponíveis 19 medicamentos e 34 apresentações farmacêuticas para distribuição às pessoas em tratamento. A terapia antirretroviral (TARV) mais comumente utilizada é a tripla (composta por dois Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos (ITRN) associados a um Inibidor de Transcriptase Reversa Não-análogo de Nucleosídeo (ITRNN) ou a um Inibidor da Protease reforçado com ritonavir (IP/R)), sendo que a programação desses medicamentos é feita pela Coordenação Nacional de DST/Aids, com base nas séries históricas do total de pacientes adultos e pediátricos em TARV, no número e percentual de pacientes em uso de cada medicamento e no tipo de esquema terapêutico utilizado. Essas informações são repassadas mensalmente pelas Coordenações Estaduais de DST/Aids e pela Assistência Farmacêutica, por meio do Boletim Mensal para Avaliação do Uso de Medicamentos/Aids e Mapa de Movimento Mensal de Medicamentos/Aids. No Brasil, a dispensação de medicamentos antirretrovirais se dá através de Farmácias Especiais vinculadas ao Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM). Dados mundiais do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS) em 2020 mostram que 84% das mulheres grávidas vivendo com HIV, têm acesso à TARV para prevenção da TV ao bebê. (4–8)

O “Protocolo de Assistência Farmacêutica em DST/HIV/Aids” de 2010, preconiza como devem ser conduzidas as etapas da Assistência Farmacêutica (AF): seleção, programação, aquisição, distribuição de antirretrovirais, requisição, transporte, armazenamento e dispensação dos medicamentos. Os medicamentos antirretrovirais fazem parte do Componente Estratégico da AF e o financiamento dos mesmos ocorre pela União e a programação é feita pelos Estados. (5)

Em outros países, como os africanos, as condutas são guiadas pelo programa da Organização Mundial da Saúde, intitulado “Programa de prevenção à transmissão vertical do HIV”, contando com três protocolos de cuidados terapêuticos. O “*Option A*” conta com uma conduta terapêutica para a mulher com carga viral maior que 350 cópias/mm³ e outra para mulheres com carga viral menor que 350 cópias/mm³, já o “*Option B*” recomenda a terapia antirretroviral tripla independente da carga viral da mulher. O “*Option B +*”, criado em 2010, é indicado para mulheres em período pré-natal e durante toda a sua vida, sendo uma terapia mais simples que os “*Option A*” e “*B*”, visto que não há a necessidade de quantificação da carga viral e a TARV tripla é iniciada assim que detectada a infecção pelo HIV. Apesar dos custos dos “*Option B e B+*” serem mais altos que os do “*Option A*”, a relação custo-benefício é melhor, fazendo com que o “*Option A*” tenha menor escolha.

Além disso, o “*Option B +*” apresenta uma melhor adesão ao tratamento nas gestantes, visto que não é necessário paradas e retomadas de tratamento devido aos efeitos adversos, bem como auxilia na profilaxia de gestações futuras e quando o parceiro é sorodiscordante da mulher. (9)

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), a adesão ao tratamento refere-se ao comportamento da pessoa, inclusive de tomar medicamentos, que está de acordo com as recomendações dos profissionais de saúde. A adesão à TARV depende de muitos fatores, como aspectos físicos, sociais, comportamentais e psicológicos. Esta depende de metodologia, ferramentas e incentivos específicos, especialmente o grau de participação dos pacientes e cuidadores do mesmo, promovendo o desenvolvimento de um plano terapêutico junto ao paciente, facilitando que o mesmo entenda a sua importância, bem como tenha o apoio psicossocial que é essencial para o sucesso do tratamento. Essas ações conjuntas são fundamentais ao acompanhamento do tratamento, para eventuais ajustes e particularidades de cada tratamento. A não adesão à TARV é considerada uma séria ameaça à eficácia do tratamento e à qualidade de vida dos usuários e, em conjunto, leva ao aumento da mortalidade e morbidade. A promoção da adesão ao tratamento vai além do simples controle da ingestão de medicamentos, devendo esta ser entendida em um sentido amplo, incluindo o fortalecimento da capacidade das pessoas que vivem com HIV/AIDS, o contato com a equipe de saúde, a obtenção de informações e o acompanhamento clínico e laboratorial de cada paciente, e compartilhamento de informações relacionados à saúde, incluindo para aqueles indivíduos que não usam TARV. (5)

São consideradas medidas indiretas de aferição à adesão o autorrelato, relatório do prescritor, contagem de comprimidos, monitoramento eletrônico de prescrição e frequência de retirada da farmácia. Já a identificação e observação direta de fármacos, metabólitos ou biomarcadores em fluidos corporais é um método direto para avaliar a adesão ao tratamento. As escalas de conformidade podem ajudar em pesquisas destinadas a explorar a adesão, pois a partir desses aspectos, podemos obter informações sobre os comportamentos dos pacientes em relação ao tratamento, entendendo as barreiras à conformidade e as crenças dos pacientes sobre o uso da TARV. (10–12)

A TV do HIV ocorre quando há a passagem do vírus para o bebê, que pode ocorrer durante a gestação, durante o parto ou durante a amamentação. São fatores de risco para transmissão ao bebê: presença de carga viral materna, adesão inadequada à TARV durante a gestação e a relação inadequada entre o tempo efetivo da TARV e o parto. As “Recomendações para profilaxia da TV do HIV e TARV em gestantes”, de 2020, preconiza

as seguintes medidas para redução da taxa de TV: uso de TARV com boa adesão durante a gestação, para fins de profilaxia da TV do HIV e/ou para tratamento propriamente dito; utilização de Zidovudina (AZT) injetável durante o trabalho de parto na gestante com carga viral maior ou igual a 1.000 cópias/mL a partir da 34ª semana de gestação; sempre que possível realizar o parto empelidado (membranas corioamnióticas íntegras); clampeamento do cordão umbilical sem ordenha e administração de AZT oral para o recém-nascido exposto ao HIV após os cuidados imediatos ou nas primeiras quatro horas após o nascimento, devendo ser mantido durante as primeiras quatro semanas de vida. De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes de Tratamento (PCDT) para a Prevenção de TV de HIV, Sífilis e Hepatite Viral - 2020, a amamentação é contraindicada porque o bebê está em risco de TV, devendo ser ofertada a fórmula infantil, e não indica que a TARV deve ser suspensa após o parto pela mãe. (13,14)

A adesão à TARV durante a gestação é um desafio, principalmente pelos efeitos adversos nas gestantes. Quando a supressão da carga viral materna (menos de 1.000 cópias/mL) é alcançada perto do parto, o uso de TARV durante a gravidez pode reduzir a taxa de TV do HIV de aproximadamente 30% para menos de 1%, o que é um fator importante na prevenção de infecções neonatais. No entanto, estudos mostraram que apenas cerca de 70% das mulheres grávidas que receberam tratamento e foram expostas à TARV atingiram supressão viral próximo ao parto, principalmente devido à adesão insuficiente ao tratamento. Isto está relacionado ao desenvolvimento de resistência viral, falência terapêutica e surgimento de cepas multirresistentes, sendo de extrema importância o uso de estratégias que visem aumentar a adesão ao tratamento do portador de HIV/Aids. É muito importante que essas gestantes sejam acompanhadas regularmente nos serviços de saúde para entender os benefícios do tratamento e tenham espaço para discutir suas dúvidas e ansiedades em relação ao tratamento, bem como suas inseguranças quanto aos efeitos da TARV no feto e no recém-nascido. (14–17)

Sabendo da importância do tema proposto, o objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão integrativa da literatura para verificar a adesão à terapia antirretroviral de gestantes infectadas pelo HIV no Brasil e no mundo e os principais métodos usados para aferir a adesão.

MATERIAIS E MÉTODOS

A partir do objetivo proposto neste trabalho, buscamos responder à seguinte pergunta: "Qual a taxa de adesão ao tratamento antirretroviral em gestantes com HIV no Brasil e no mundo e quais os principais métodos utilizados para aferir a adesão?"

O levantamento dos artigos científicos ocorreu no mês de setembro de 2021, nas bases de dados Pubmed, Bireme, Medline, Scielo e o Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome (JAIDS), que mesmo não sendo considerado uma base de dados, foi considerada importante ferramenta de busca devido à sua importância na área de estudo. Não houve restrição de idioma e ano de publicação na busca. Foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) "Gestantes", "Adesão à medicação" e "HIV", bem como os termos *Medical Subject Headings* (MeSH) "pregnant women", "medication adherence" e "anti-HIV agents".

Os critérios de inclusão foram artigos disponíveis eletronicamente na versão completa que abordassem o objeto de estudo. Critérios de exclusão foram estudos que não se adequaram ao tema, pesquisas que não reportaram a taxa de adesão ao tratamento, estudos que realizaram análise qualitativa dos dados ou os sujeitos de pesquisa não eram gestantes.

Após a análise dos critérios de inclusão e exclusão, foram extraídos os seguintes dados de cada estudo: título, autor e origem do estudo, ano, objetivo, amostra, delineamento, método para aferir a adesão à terapia antirretroviral e a taxa de adesão relatada no artigo.

RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em quatro tópicos.

1- Características gerais dos artigos

Conforme é demonstrado na **Figura¹ (anexo I)**, nesta revisão integrativa foram encontrados 53 artigos, sendo excluídos 19 por não contemplarem algum dos critérios de inclusão (estudos não eram realizados em gestantes e/ou não tratavam sobre a TARV e/ou não abordavam a adesão ao tratamento). Após a leitura completa dos 34 artigos selecionados foram excluídos 23 artigos por realizarem uma análise qualitativa da adesão ao tratamento, verificando somente aspectos sociodemográficos, ambientais e psicológicos para o sucesso ou não da adesão à terapia antirretroviral, não relatando taxa de adesão. A amostra final analisada foi de 11 estudos, descritos nas **Tabelas^{1,2 e 3} (anexo I)**.

2- Período, delineamento e amostra

Como demonstrado na Tabela 1, todos os estudos ocorreram após o ano de 2012. Dez estudos foram realizados em populações do continente africano e apenas um estudo foi realizado no Brasil. Com relação às amostras analisadas nos estudos, variaram de 5 a 7.953 gestantes e/ou puérperas, no menor e no maior estudo, respectivamente. Os delineamentos de estudo foram: seis estudos transversais (54,5%), três estudos de coorte (27,3%) e dois ensaios clínicos randomizados (18,2%).

3- Medidas de adesão

Dos 11 artigos incluídos nesta revisão integrativa, três (17–19) estudos aferiram a adesão através de método direto - quantificação de carga viral, três (20–22) estudos através de métodos indiretos - como autorrelato e relato de profissionais assistenciais e contagem de comprimidos e cinco (23–27) estudos aferiram a adesão usando tanto métodos diretos quanto métodos indiretos.

4- Taxas de adesão

Entre os estudos analisados, a taxa de adesão variou entre 51,7% (17) e 95,0% (26). Estas taxas variaram principalmente pelos métodos utilizados para aferir a adesão ao tratamento, pelo ponto de corte para considerar o paciente aderente e pelo delineamento do estudo.

DISCUSSÃO

Poucos estudos abordaram a adesão de gestantes brasileiras à terapia antirretroviral. Em nossa pesquisa, encontramos a maior proporção de estudos com mulheres grávidas em países africanos. Ainda no processo de busca, observamos que poucos estudos objetivam utilizar métodos padronizados de avaliação da adesão, sendo que vários deles relatam a adesão ao tratamento sem citar o método de obtenção dos dados ou realizam uma pesquisa qualitativa, em relação à visão do paciente sobre o tratamento. Uma grande parte dos artigos encontrados, que não foram incluídos devido aos nossos critérios de exclusão, abordavam a adesão ao tratamento através de uma avaliação qualitativa, analisando aspectos biopsicossociais e sociodemográficos.

Após a análise dos artigos desta revisão, observamos que diferentes métodos foram utilizados para aferir a adesão ao tratamento. No estudo realizado por Faria *et al.* (2014) foi utilizada a presença ou não de carga viral indetectável (abaixo de 50 cópias/mL) como desfecho dicotômico de adesão ao tratamento, classificando a paciente em aderente ou não aderente ao tratamento. A identificação de biomarcadores em fluidos corporais é um método direto e a melhor medida para verificar o uso da terapia antirretroviral. No entanto, esse método não é aplicado rotineiramente visto que é dispendioso e invasivo. A taxa de adesão ao tratamento realizado nesse estudo foi o que apresentou a menor taxa de todas, e isso pode se dever ao fato que foi utilizado o método direto para realizar a aferição. A revisão sistemática de Nachege *et al.* (2012) incluiu 51 estudos sobre adesão à terapia antirretroviral durante e após a gravidez em países de baixa, média e alta renda, a maioria dos quais foi realizada nos Estados Unidos (14,3%), Quênia (6,1%), África do Sul (5,1%) e Zâmbia (5,1%) e apenas dois estudos do Brasil foram incluídos nesta revisão.

No estudo realizado por Henegar *et al.* (2015) que contava com tamanho amostral de 7.510 gestantes com HIV, foi utilizado o método indireto - controle de dispensação de medicamentos - apresentando uma adesão de 89,1%. Apesar de apresentar uma taxa de adesão alta, esse dado pode ter sido superestimado, uma vez que somente o controle de dispensação de medicamentos não garante que a gestante realmente está fazendo uso da terapia antirretroviral.

Os estudos realizados por Washio *et al.* (2021) e Tarekegn *et al.* (2019) também fizeram uso de método indireto de aferição de adesão ao tratamento, usando o autorrelato como forma de medida. Como dito anteriormente, os métodos indiretos parecem superestimar os dados obtidos, visto que esses estudos também apresentaram altas taxas de adesão ao tratamento. O estudo de Washio *et al.* (2021) apresentou taxa de 80% de adesão na primeira consulta da gestante em uso de TARV e 100% de adesão nas consultas de acompanhamento, porém essa adesão superestimada pode se dever ao fato de poucas gestantes terem sido usadas na pesquisa. Já o estudo de Tarekegn *et al.* (2019) apresentou taxa de 82,6% de adesão à TARV. Estes outros dois estudos corroboram com o citado anteriormente, onde provavelmente há uma superestimação dos dados, devido aos métodos indiretos que foram utilizados nos três estudos.

O estudo realizado por Aferu *et al.* (2020) utilizando 103 gestantes com HIV inovou ao utilizar não somente a carga viral como método direto, mas também a detecção de infecções oportunistas nestas gestantes. Além desses dois métodos diretos, também foi associado o método indireto de consultas de acompanhamento, onde foi utilizado o autorrelato durante as mesmas, sendo que 34% das gestantes afirmaram que tiveram efeitos adversos relacionados à farmacoterapia e 31% não tiveram adesão ao tratamento por outros motivos que não foram especificados pelos autores.

Em 2017, Onoya *et al.* realizou estudo com o maior número amostral que foi verificado nesta revisão integrativa. No total foram 7.953 gestantes acompanhadas durante a gestação e no pós-parto para investigar a falha virológica e o abandono ao tratamento antirretroviral. O estudo apresentou resultado de 95% de adesão ao tratamento nessas gestantes, o que pode ser considerado um ótimo resultado devido à utilização de diferentes tipos de métodos para aferição da adesão.

O estudo conduzido por Phillips *et al.* (2017) mostrou que as recomendações globais estão avançando no sentido de tornar o monitoramento da carga viral o padrão de tratamento para os programas de TARV, porém, devido à viabilidade e restrições de custo, ainda podem haver problemas de acesso em ambientes com poucos recursos. Uma vez que o teste de carga viral raramente é realizado, devido aos ambientes com poucos recursos, o feedback do resultado pode ser atrasado. Com isso, além da medida de adesão ao tratamento ser prejudicada, a chance de transmissão vertical é aumentada.

No estudo realizado por Brittain *et al.* (2018) foi abordado que há uma necessidade de monitoramento da carga viral como parte do planejamento da gravidez para mulheres em TARV, visto que este conhecimento pode ser importante para alcançar uma concepção mais segura e promover uma gravidez saudável. A importância do acompanhamento é reforçado com o que foi visto por Giuliano *et al.* (2016), onde 21 de 23 gestantes apresentaram carga viral maior que 350 células/mm³ após seis meses de gestação devido à falha terapêutica, à demora em iniciar o uso da TARV e ao nível socioeconômico dessas gestantes não ser alto.

Segundo estudo realizado por Okonji *et al.* (2012), 92% das gestantes que participaram do estudo eram aderentes à TARV até pelo menos 24 semanas pós-parto e 88% delas tinham carga viral indetectável. Diferentemente deste resultado, Erlwanger *et al.* (2017) verificaram que a maior taxa de abandono de tratamento ocorria em até três meses após o início. Também foi verificado que a idade das gestantes influencia nessa taxa, visto que as adolescentes (15 a 19 anos) abandonaram o tratamento mais rapidamente do que mulheres mais maduras.

Quando os estudos utilizaram tanto o método indireto quanto o método direto para aferir a adesão ao tratamento, foi observada uma medida mais precisa de adesão. Dos artigos analisados nesta revisão integrativa, cinco estudos apresentaram uso do método direto de quantificação de carga viral e algum outro método indireto para aferição da adesão ao tratamento (autorrelato ou controle de dispensação de medicamentos). Estes estudos apresentaram taxas de adesão ao tratamento entre 67,7% (24) e 95,0% (26).

Nos estudos que utilizaram somente o método direto de aferição de adesão, as taxas de não-adesão ao tratamento ficaram entre 5% (18) e 48,3% (17), enquanto as taxas de não-adesão ao tratamento nos estudos que utilizaram métodos indiretos chegaram a no máximo 17,4% (21). Os estudos que utilizaram tanto o método direto quanto o indireto apresentaram taxas entre 5% (26) e 34% (23).

O estudo que apresentou a menor taxa de adesão ao tratamento foi o de Faria *et al.* (2014) e destacamos aqui que foi o único estudo que envolveu pacientes brasileiros. Isso mostra que apesar do tratamento ser distribuído gratuitamente pelo SUS, a população pode ter problemas de acessibilidade a esses medicamentos. É importante reforçar que o papel do farmacêutico nas equipes multiprofissionais de saúde é de extrema importância, agregando com seus conhecimentos, bem como garantindo o acesso e o uso racional dos medicamentos que fazem parte do componente estratégico da Assistência Farmacêutica.

Quando os medicamentos são consumidos de forma inadequada ou insuficiente,

contribuem para o desenvolvimento de cepas multirresistentes e falha terapêutica, levando ao adoecimento do paciente e redução da qualidade de vida. Há uma relação direta entre a adesão ao tratamento e a carga viral, sendo que estudos mostram que o paciente deve consumir pelo menos 95% dos medicamentos prescritos para que a carga viral seja mantida indetectável. Esta alta taxa de adesão necessária para o sucesso terapêutico, exige que o paciente faça mudanças em sua rotina diária e é complexo pelos diversos fatores envolvidos. (15)

Os principais motivos que influenciam a adesão ao tratamento são relacionados a aspectos psicossociais, como sexo, idade, renda, escolaridade, uso de drogas, aceitação e nível de conhecimento da doença, transtornos psiquiátricos, suporte social, entre outros. Sabe-se que a adesão pode diminuir com a complexidade e duração do tratamento, bem como a diminuição dos efeitos adversos dos medicamentos utilizados. (15) Além desses aspectos, foi observado nos estudos qualitativos, que apareceram na nossa pesquisa no primeiro momento, que muitas gestações não eram planejadas e eram fruto de violência e abuso sexual. Estes estudos também analisaram que houve abandono do parceiro quando a mulher foi diagnosticada com HIV e que, além disso, a maioria dessas mulheres não sabia o status sorológico do seu parceiro.

É de importância para saúde pública que as taxas de não adesão ao tratamento sejam avaliadas e as dificuldades que levam os pacientes ao abandono de tratamento sejam conhecidas pelas equipes de saúde, subsidiando ações efetivas de promoção ao tratamento. Políticas públicas efetivas e eficientes, bem como a sua ampla divulgação para as pessoas infectadas pelo HIV/Aids são necessárias para promover a adesão ao tratamento e prevenir ao máximo a transmissão vertical em gestantes. Também são necessários incentivos e treinamentos às equipes de saúde, a fim de promover manejo adequado a este público, tratando o indivíduo como um ser único, considerando as características socioeconômicas e comportamentais que influenciam diretamente na sua adesão ao tratamento. Além disso, deve existir uma atenção especial aos bebês nascidos de mães com HIV, pois apesar de não ser o objetivo nesta revisão, também foi observada a baixa adesão ao tratamento nessas crianças.

CONCLUSÃO

Os estudos que participaram desta revisão integrativa apresentaram altas taxas de não adesão ao tratamento, o que pode levar à transmissão vertical. Os métodos utilizados para aferir a adesão variaram em cada estudo (quantificação de carga viral e autorrelato, principalmente) e podem ter impactado nos resultados encontrados. Tanto as taxas de adesão ao tratamento quanto os métodos utilizados foram encontrados de forma satisfatória para esta revisão integrativa.

Visto que a adesão ao tratamento antirretroviral em gestantes é um desafio de saúde pública, e a promoção da adesão deve ser compreendida de forma ampla, considerando as individualidades dos pacientes, são necessários novos estudos sobre esta temática, a fim de direcionar esforços para estratégias efetivas e incluir estratégias para melhorar a adesão ao tratamento.

Apesar deste estudo fazer uma revisão dos dados encontrados na literatura, um dos fatores que pode ter limitado os resultados encontrados, pode ser a utilização dos operadores booleanos, que podem ter excluído desta revisão outros estudos que também abordavam o assunto mas não usavam os descritores DeCS e MeSH utilizados no título do mesmo.

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

1. POLÍTICA NACIONAL DE DST/AIDS - PRINCÍPIOS, DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS [Internet]. 1999. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_17.pdf
2. Indicadores AIDS [Internet]. Ministério da Saúde, Brasil; 2021 [citado 9 de setembro de 2021]. Disponível em: <http://indicadores.aids.gov.br/>
3. Vigilância epidemiológica [Internet]. Ministério da Saúde, Brasil; 2021 [citado 9 de setembro de 2021]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/gestores/vigilancia-epidemiologica>
4. Estatísticas sobre HIV e AIDS [Internet]. UNAIDS; 2021. Disponível em: <https://unaid.org.br/estatisticas/>
5. Protocolo de Assistência Farmacêutica em DST/HIV/Aids. Grupo de Trabalho de Assistência Farmacêutica; 2010.
6. Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV [Internet]. Ministério da Saúde, Brasil; 2008. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2007/recomendacoes-para-terapia-antirretroviral-em-adultos-infectados-pelo-hiv-2008>
7. Tratar todas as pessoas vivendo com HIV/aids [Internet]. Ministério da Saúde, Brasil; 2021 [citado 9 de setembro de 2021]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/hiv/tratar-todas-pessoas-vivendo-com-hiv-aids>
8. Nicoletti RHA, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Brazil), Programa de Informação e Apoio Técnico às Equipes Gestoras Estaduais do SUS (Brazil), organizadores. Assistência farmacêutica no SUS. 1a ed. Brasília: CONASS; 2007. 186 p. (Coleção Progestores--para entender a gestão do SUS).
9. Use of Antiretroviral Drugs for treating Pregnant Women And Preventing Hiv infection in infants [Internet]. World Health Organization; 2012. Disponível em: https://www.who.int/hiv/PMTCT_update.pdf
10. Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil: coletânea de estudos do Projeto Atar. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.; 2010.
11. Fuchs F, Wannmacher L. Farmacologia clínica e terapêutica. 5. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.
12. Remor E, Milner-Moskovics J, Preussler, G.,. Adaptação brasileira do “Cuestionario

- para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral”. Rev Saúde Pública; 2007.
13. Mendes ICM. Terapia antirretroviral para HIV: Usar duas drogas é mais eficaz que a terapia tripla? [Internet]. PEBMED; 2020 [citado 9 de setembro de 2021]. Disponível em:
<https://pebmed.com.br/terapia-antirretroviral-para-hiv-usar-duas-drogas-e-mais-eficaz-que-a-terapia-tripla/>
 14. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - Prevenção da transmissão vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais. CONITEC; 2020.
 15. Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e Aids. [Internet]. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids.; 2007. Disponível em:
https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_tratamento_aids.pdf
 16. Guia para certificação da eliminação da transmissão vertical do HIV. 2018;44.
 17. Faria ER, Carvalho FT, Lopes RS, Piccinini CA, Gonçalves TR, Santos BR. Gestação e HIV: Preditores da Adesão ao Tratamento no Contexto do Pré-natal. *Psicol Teor E Pesqui* [Internet]. junho de 2014 [citado 21 de outubro de 2021];30(2):197–203. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722014000200009&lng=pt&tlng=pt
 18. Brittain K, Remien RH, Mellins CA, Phillips TK, Zerbe A, Abrams EJ, et al. Determinants of suboptimal adherence and elevated HIV viral load in pregnant women already on antiretroviral therapy when entering antenatal care in Cape Town, South Africa. *AIDS Care* [Internet]. 2 de dezembro de 2018 [citado 21 de outubro de 2021];30(12):1517–23. Disponível em:
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09540121.2018.1503637>
 19. Giuliano M, Liotta G, Andreotti M, Mancinelli S, Buonomo E, Scarcella P, et al. Retention, transfer out and loss to follow-up two years after delivery in a cohort of HIV+ pregnant women in Malawi. *Int J STD AIDS* [Internet]. maio de 2016 [citado 21 de outubro de 2021];27(6):462–8. Disponível em:
<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0956462415585450>
 20. Henegar CE, Westreich DJ, Maskew M, Miller WC, Brookhart MA, Van Rie A. Effect of Pregnancy and the Postpartum Period on Adherence to Antiretroviral Therapy Among HIV-Infected Women Established on Treatment. *JAIDS J Acquir Immune Defic Syndr*

- [Internet]. 1º de abril de 2015 [citado 21 de outubro de 2021];68(4):477–80. Disponível em: <https://journals.lww.com/00126334-201504010-00015>
21. Tarekegn M, Baru A, Seme A. Levels of option B+ ART drugs adherence and associated factors among pregnant women following ART services at public health facilities of East Shawa Zone, Oromia, Ethiopia. *Sex Reprod Healthc* [Internet]. dezembro de 2019 [citado 21 de outubro de 2021];22:100459. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1877575619300989>
 22. Washio Y, Browne FA, Ndirangu J, Kline TL, Wechsberg WM. Antiretroviral Therapy (ART) Adherence and Prenatal Alcohol Use among Women Who Are Pregnant with HIV in South Africa. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 13 de julho de 2021 [citado 21 de outubro de 2021];18(14):7446. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/14/7446>
 23. Aferu T, Doang G, Zewudie A, Nigussie T. Adherence to Antiretroviral Therapy Among HIV-Positive Pregnant Women on followup at Mizan Tepi University Teaching and Tepi General Hospitals, Southwest Ethiopia. *J Prim Care Community Health* [Internet]. janeiro de 2020 [citado 21 de outubro de 2021];11:215013272090256. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2150132720902561>
 24. Erlwanger AS, Joseph J, Gatora T, Muzunze B, Orne-Gliemann J, Mukungunugwa S, et al. Patterns of HIV Care Clinic Attendance and Adherence to Antiretroviral Therapy Among Pregnant and Breastfeeding Women Living With HIV in the Context of Option B+ in Zimbabwe. *JAIDS J Acquir Immune Defic Syndr* [Internet]. 1º de junho de 2017 [citado 21 de outubro de 2021];75(2):S198–206. Disponível em: <https://journals.lww.com/00126334-201706011-00013>
 25. Okonji JA, Zeh C, Weidle PJ, Williamson J, Akoth B, Masaba RO, et al. CD4, Viral Load Response, and Adherence Among Antiretroviral-Naive Breast-feeding Women Receiving Triple Antiretroviral Prophylaxis for Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV in Kisumu, Kenya. *JAIDS J Acquir Immune Defic Syndr* [Internet]. 1º de outubro de 2012 [citado 21 de outubro de 2021];61(2):249–57. Disponível em: <https://journals.lww.com/00126334-201210010-00019>
 26. Onoya D, Sineke T, Brennan AT, Long L, Fox MP. Timing of pregnancy, postpartum risk of virologic failure and loss to follow-up among HIV-positive women. *AIDS* [Internet]. 17 de julho de 2017 [citado 21 de outubro de 2021];31(11):1593–602. Disponível em: <https://journals.lww.com/00002030-201707170-00011>
 27. Phillips T, Brittain K, Mellins CA, Zerbe A, Remien RH, Abrams EJ, et al. A

Self-Reported Adherence Measure to Screen for Elevated HIV Viral Load in Pregnant and Postpartum Women on Antiretroviral Therapy. *AIDS Behav* [Internet]. fevereiro de 2017 [citado 21 de outubro de 2021];21(2):450–61. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s10461-016-1448-0>

ANEXO I

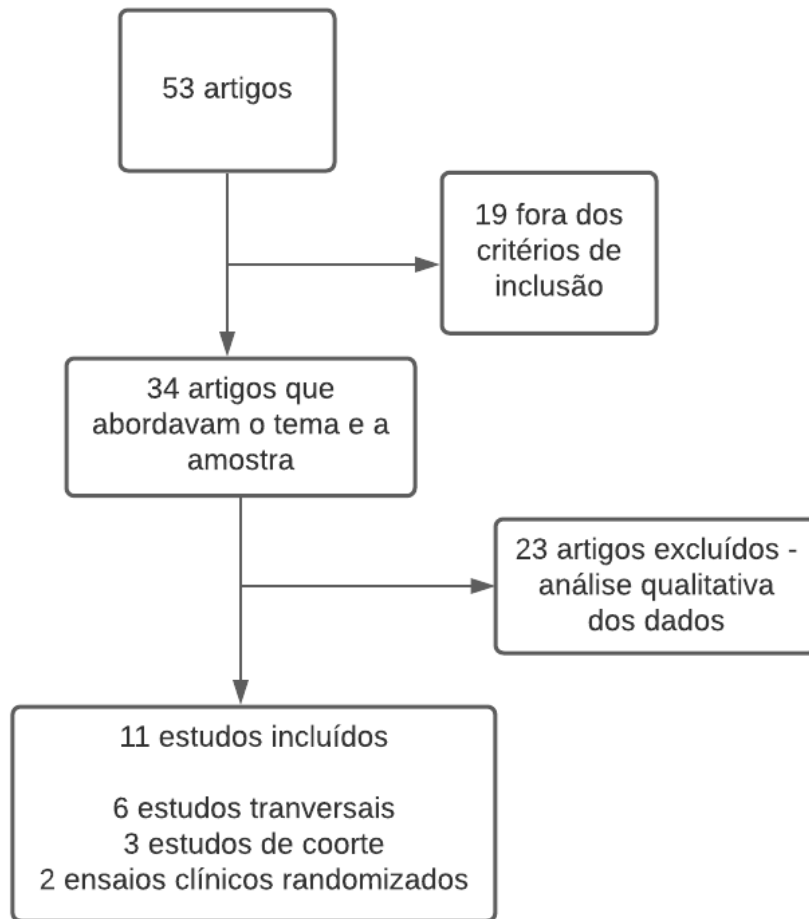


Figura 1 - Fluxograma de ferramentas de busca e seleção dos estudos analisados.

Tabela 1 - Apresentação da síntese de artigos que utilizaram somente o método direto de aferição de adesão ao tratamento.

Autores, origem e ano	País de estudo/cidade	Objetivo	População/ Amostra	Delineamento	Método (adesão a TARV)	Resultados
Brittain et al., África do Sul, 2018	Cidade do Cabo, África do Sul	Analisar a adesão à TARV, carga viral e os fatores associados a cada uma das gestantes HIV+ já em uso da TARV ao ingressar nos serviços de prevenção de Transmissão Vertical na Cidade do Cabo	482	Estudo transversal	Carga viral	95% de adesão de longa duração
Giuliano et al., Itália, 2016	Malawi	Analisar a proporção de mulheres restantes acompanhadas no local, de transferidas para outras clínicas e das que perderam o acompanhamento de tratamento	311	Coorte	Carga viral	79,4% de adesão da 25ª semana de gestação até 6 meses pós-parto ou conforme a carga viral da mãe
Faria et al., Brasil, 2014	Porto Alegre, RS, Brasil	Avaliar a adesão ao tratamento entre gestantes e identificar fatores sociodemográficos, clínicos, de apoio social, bem como os relativos ao tratamento e ao acompanhamento pré-natal que possam ser preditores da adesão.	89	Estudo transversal	Carga viral	51,7% de adesão

Tabela 2 - Apresentação da síntese de artigos que utilizaram somente o método indireto de aferição de adesão ao tratamento.

Autores, origem e ano	País de estudo/cidade	Objetivo	População/ Amostra	Delineamento	Método (adesão a TARV)	Resultados
Washio et al., Estados Unidos, 2021	África do Sul	Verificar adesão à TARV em gestantes e o uso de álcool durante a gestação	5	Estudo transversal	Auto-relato	80% de adesão na entrevista inicial e 100% nas entrevistas de acompanhamento
Tarekegn et al., Etiópia, 2019	Etiópia	Avaliar a adesão à TARV e seus fatores associados entre as gestantes em uso de Option B+ como forma de prevenção à Transmissão Vertical	293	Estudo transversal	Auto-relato	82,6% de adesão em gestantes HIV+
Henegar et al., Estados Unidos, 2015	Joanesburgo, África do Sul	Descrever o risco da não-adesão ao tratamento durante a gestação e no pós-parto entre mulheres que iniciaram TARV altamente ativa para a própria saúde em Johannesburgo	7510	Coorte	Controle de dispensação de medicamentos	89.1% de adesão

Tabela 3 - Apresentação da síntese de artigos que utilizaram métodos diretos e indiretos de aferição de adesão ao tratamento.

Autores, origem e ano	País de estudo/cidade	Objetivo	População/ Amostra	Delineamento	Método (adesão a TARV)	Resultados
Phillips et al., Estados Unidos, 2017	Cidade do Cabo, África do Sul	Investigar a performance da escala de triagem para identificar adesão subótima usando a carga viral como referência e avaliar as diferenças reportadas na adesão através de subgrupos sociodemográficos, incluindo grupos de risco psicossociais	452	Estudo transversal	Carga viral e adesão auto-reportada	92% tinham carga viral menor que 1000 cópias/mL e apenas 12% relataram adesão total ao tratamento
Aferu et al., Etiópia, 2020	Sudoeste da Etiópia	Estimar a adesão a TARV entre gestantes HIV+ em uma clínica de acompanhamento na Universidade de Tepi e no Hospital Geral de Tepi	103	Estudo transversal	Carga viral e infecções oportunistas e procura pelo serviço de aconselhamento	66% de adesão à TARV, 34% tiveram efeitos adversos e 31% não tiveram adesão por motivos diversos
Erlwanger et al., Zimbábue, Estados Unidos e França, 2017	Zimbábue	Descrever os padrões de adesão à TARV, esquema de dispensação e características associadas com adesão 1 ano pós iniciação de TARV entre mulheres no Estudo para eliminação entre 2014 e 2016.	1113	Ensaio randomizado	Carga viral e quantidade de retirada de medicamentos	67,7% das mulheres continuaram com a TARV 12 meses após o início do tratamento
Onoya et al., Estados Unidos, 2017	África do Sul	Avaliar a associação entre a gestação com risco de falha virológica pós-parto e perda de tratamento para HIV na África do Sul.	7953	Coorte retrospectivo	Carga viral e acompanhamento de consultas	95% de adesão ao tratamento
Okonji et al., Estados Unidos, 2012	Quênia, África	Examinar a resposta imunológica, supressão viral e adesão à TARV em mulheres lactantes recebendo terapia tripla profilaticamente.	434	Ensaio randomizado	Carga viral e contagem de comprimidos	84% de adesão ao tratamento

ANEXO II

Instruções aos Autores

Escopo e política

A Clinical and Biomedical Research (CBR), antiga Revista HCPA, é uma publicação científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAMED/UFRGS). É um periódico científico de acesso livre que tem a finalidade de publicar trabalhos de todas as áreas relevantes das Ciências da Saúde, incluindo pesquisa clínica e básica. Os critérios de seleção para publicação incluem: originalidade, relevância do tema, qualidade metodológica e adequação às normas editoriais da revista.

A CBR apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) [<http://www.who.int/ictcp/en/>] e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) [http://www.icmje.org/clin_trial.pdf]. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido número de identificação do Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC) <http://www.ensaiosclinicos.gov.br> ou de outro banco de dados oficial dedicados ao registro de ensaios clínicos.

Todos os artigos publicados são revisados por pares anônimos. Uma vez que o artigo seja aceito para publicação, os seus direitos autorais são automaticamente transferidos para a revista. O conteúdo do material enviado para publicação na CBR implica que o mesmo não tenha sido publicado e não esteja submetido a outra revista. Artigos publicados na CBR, para serem publicados em outras revistas, ainda que parcialmente, necessitarão de aprovação por escrito dos editores. Os conceitos e declarações contidos nos trabalhos são de total responsabilidade dos autores. Os artigos podem ser redigidos em português, inglês ou espanhol. As submissões em inglês são fortemente encorajadas pelos editores.

O manuscrito deve enquadrar-se em uma das diferentes categorias de artigos publicados pela revista, conforme a seguir:

Forma e preparação de artigos

SERÃO CONSIDERADOS PARA PUBLICAÇÃO

Editorial

Comentário crítico e aprofundado, preparado a convite dos editores e submetido por pessoa com notório saber sobre o assunto abordado. Os editoriais podem conter até 1000 palavras. Esta seção pode incluir o editorial de apresentação da Revista, assinado pelo Editor, além de editoriais especiais, que compreendem colaborações solicitadas sobre temas atuais ou artigos publicados na Revista.

Instruções aos Autores

Artigos de Revisão

Artigos que objetivam sintetizar e avaliar criticamente os conhecimentos disponíveis sobre determinado tema. Devem conter até 6.000 palavras. Esses artigos devem apresentar resumo, não estruturado com número não superior a 200 palavras (exceto revisões sistemáticas – ver estrutura de resumo em ‘Artigos Originais’) e uma lista abrangente, mas preferencialmente não superior a 80 referências.

Tabelas devem ser incluídas no mesmo arquivo do manuscrito (após as referências) e as figuras devem ser enviadas como documento suplementar em arquivos individuais.

Artigos Especiais

Manuscritos exclusivamente solicitados pelos editores, sobre tema de relevância científica, a autores com reconhecida expertise na área e que não se enquadrem nos critérios de Editorial.

Artigos Originais

Artigos com resultados inéditos de pesquisa, constituindo trabalhos completos que contêm todas as informações relevantes que o leitor possa avaliar seus resultados e conclusões, bem como replicar a pesquisa. A sua estrutura de texto deve apresentar os tópicos: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão. A(s) conclusão(ões) deve(m) estar no último parágrafo da Discussão, não sendo necessária uma seção específica. Implicações clínicas e limitações do estudo devem ser apontadas. Para os artigos originais, deve-se apresentar um resumo estruturado (Introdução, Métodos, Resultados e Conclusões), caso o artigo for escrito no idioma português, deverá apresentar também o resumo e título em inglês. O Resumo e o Abstract não devem exceder 250 palavras.

Os artigos submetidos nesta categoria não devem exceder 3.000 palavras. Tabelas devem ser incluídas no mesmo arquivo do manuscrito (após as referências) e as figuras devem ser enviadas como documentos suplementares em arquivos individuais.

Relatos de Caso

São artigos baseados em casos peculiares e comentários sucintos sobre a importância do caso em relação ao conhecimento atual na área. Devem conter até 1.000 palavras, com um total de, no máximo, duas tabelas ou figuras e 15 referências, já que o objetivo dos relatos não é apresentar uma revisão bibliográfica.

A sua estrutura deve apresentar os seguintes tópicos: Introdução, explicando a relevância do caso; Apresentação do caso (Relato do Caso) e Discussão. Os relatos de casos devem descrever achados novos ou pouco usuais, ou oferecer novas percepções sobre um problema estabelecido. O conteúdo deve

Instruções aos Autores

limitar-se a fatos pertinentes aos casos. O sigilo em relação à identificação dos pacientes é fundamental, não devendo ser relatadas datas precisas, iniciais ou qualquer outra informação não relevante ao caso, mas que eventualmente possa identificar o paciente. Os Relatos de Caso devem ter Resumo não estruturado com no máximo 150 palavras.

Tabelas devem ser incluídas no mesmo arquivo do manuscrito (após as referências) e as figuras devem ser enviadas como documentos suplementares em arquivos individuais.

Relatos de Casos: Imagens em Medicina

Seção destinada à publicação de Imagens elucidativas, não usuais e/ou de amplo interesse de situações médicas. Deve conter até 500 palavras e um total de cinco referências. Duas a três imagens (resolução mínima de 300 dpi).

Cartas

Opiniões e comentários sobre artigo publicado na Revista, sobre temas de relevância científica e/ou observações clínicas preliminares. O texto deve ser breve com, no máximo, 500 palavras. Apenas uma tabela e uma figura são permitidas e, no máximo, cinco referências. Não devem ter resumo.

Comunicações Breves

Comunicações breves são resultados preliminares de pesquisas originais ou estudos mais pontuais que contêm todas as informações relevantes para que o leitor possa avaliar os seus resultados e conclusões, bem como replicar a pesquisa. A estrutura é semelhante a artigos originais; no entanto, o resumo (Português, Espanhol, ou Inglês) não deve exceder 150 palavras e o texto não deve exceder 1.200 palavras. Ter no máximo duas Tabelas ou Figuras.

Suplementos

Além dos números regulares, a CBR publica o suplemento da Semana Científica do HCPA.

CONFLITOS DE INTERESSE

Conflitos de interesse surgem quando o autor tem relações pessoais ou financeiras que influenciam seu julgamento. Estas relações podem criar tendências favoráveis ou desfavoráveis a um trabalho e prejudicar a objetividade da análise. Os autores devem informar sobre possíveis conflitos de interesse na ocasião do envio do manuscrito. Cabe ao editor decidir se esta informação deve ou não ser publicada e usá-la para tomar decisões editoriais. Uma forma comum de conflito de interesse é o financiamento de trabalhos de pesquisa por terceiros, que podem ser empresas, órgãos públicos ou outros. Esta obrigação para com a entidade financiadora pode levar o pesquisador a obter resultados que a satisfaçam, tornando

Instruções aos Autores

o estudo tendencioso. Autores devem descrever a interferência do financiador em qualquer etapa do estudo, bem como a forma de financiamento e o tipo de relacionamento estabelecido entre patrocinador e autor. Os autores podem optar por informar nomes de pareceristas para os quais seu artigo não deva ser enviado, justificando-se.

PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE

Informações e imagens de pacientes que permitam sua identificação só devem ser publicadas com autorização formal e por escrito do paciente, e apenas quando necessárias ao objetivo do estudo. Para a autorização formal, o paciente deve conhecer o conteúdo do artigo e ter ciência de que este artigo poderá ser disponibilizado na internet. Em caso de dúvida sobre a possibilidade de identificação de um paciente, como fotos com tarjas sobre os olhos, deve ser obtida a autorização formal. No caso de distorção de dados para evitar identificação, autores e editores devem assegurar-se de que tais distorções não comprometam os resultados do estudo.

EXPERIÊNCIAS COM SERES HUMANOS E ANIMAIS

Toda matéria relacionada com pesquisa em seres humanos e pesquisa em animais deve ter aprovação prévia de Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) ou Comissão de Ética no Uso de Animais (CEUA), respectivamente. Os trabalhos deverão estar de acordo com as recomendações da Declaração de Helsinque (vigente ou atualizada), das Resoluções CNS 466/2012 e complementares e da Lei 11.794/2008 para estudos em animais. É importante indicar o número do registro do projeto no respectivo Comitê ou Comissão de Ética, bem como da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), se aplicável.

PREPARO DO ARTIGO

O cadastro no sistema como autor e posterior acesso com login e senha são obrigatórios para submissão e verificação do estágio das submissões.

Identificação: devem constar: a) Título do artigo, claro e conciso. Não usar abreviaturas. Título reduzido para constar no cabeçalho e título no idioma inglês; b) Nome completo dos autores; c) Afiliação dos autores com a indicação da instituição e a unidade de vínculo (títulos pessoais e cargos ocupados não deverão ser indicados); d) Indicação do autor correspondente, acompanhada do endereço institucional completo; e) Trabalho apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, o local e a data da realização.

OS NOMES DE TODOS OS AUTORES DO MANUSCRITO DEVEM SER INDICADOS NO SISTEMA COM OS RESPECTIVOS ENDEREÇOS ELETRÔNICOS.

Resumo e Palavras-chave: os artigos devem conter o resumo em português e em inglês. Verificar a estrutura e o número máximo de palavras conforme descrito para cada tipo de artigo específico (ver anteriormente). Os resumos estruturados, exigidos apenas para os artigos originais, devem apresentar, no início de cada parágrafo, o nome das subdivisões que compõem a estrutura formal do artigo (Introdução, Métodos, Resultados e Conclusões). As palavras-chave, expressões que representam o assunto tratado no trabalho, devem ser em número de 3 a 10, fornecidas pelo autor, baseando-se no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) publicado pela Bireme, que é uma tradução do MeSH (*Medical Subject Headings*) da *National Library of Medicine*, disponível no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>. As palavras-chave devem ser apresentadas em português e em inglês.

Manuscrito: deverá obedecer à estrutura exigida para cada categoria de artigo. Citações no texto e as referências citadas nas legendas das tabelas e das figuras devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto, com algarismos arábicos. As referências devem ser citadas no texto sobrescritas, conforme o exemplo: Texto¹. texto¹⁻³, texto^{4,6,9}.

Tabelas: devem ser numeradas consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e encabeçadas por um título apropriado. Devem ser citadas no texto, mas deve-se evitar a duplicação de informação. As tabelas, com seus títulos e rodapés, devem ser autoexplicativas. As abreviações devem ser especificadas como nota de rodapé sem indicação numérica. As demais notas de rodapé deverão ser feitas em algarismos arábicos e sobrescritas.

Figuras e gráficos: as ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos, etc.) devem ser enviadas em arquivos separados, em formato JPG (em alta resolução – no mínimo, 300 dpi). Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e serem suficientemente claras para permitir sua reprodução e estarem no mesmo idioma do texto. Não serão aceitas fotocópias. Se houver figuras extraídas de outros trabalhos previamente publicados, os autores devem providenciar a permissão, por escrito, para a sua reprodução. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos submetidos à publicação. As figuras devem possuir um título e legenda (se necessário). Ambos devem preceder a figura propriamente dita.

Instruções aos Autores

Abreviações: as abreviações devem ser indicadas no texto no momento de sua primeira utilização. No restante do artigo, não é necessário repetir o nome por extenso.

Nome de medicamentos: deve-se usar o nome genérico.

Havendo citação de aparelhos/equipamentos: todos os aparelhos/equipamentos citados devem incluir modelo, nome do fabricante, estado e país de fabricação.

Agradecimentos: devem incluir a colaboração de pessoas, grupos ou instituições que tenham colaborado para a realização do estudo, mas cuja contribuição não justifique suas inclusões como autores; neste item devem ser incluídos também os agradecimentos por apoio financeiro, auxílio técnico, etc. Devem vir antes das referências bibliográficas.

Conflitos de interesse: Caso haja algum conflito de interesse (ver anteriormente) o mesmo deve ser declarado. Caso não haja, colocar nesta seção: “Os autores declaram não haver conflito de interesse”

Referências: devem ser numeradas consecutivamente, na mesma ordem em que foram citadas no texto e identificadas com algarismos arábicos. A apresentação deverá estar baseada no formato denominado “*Vancouver Style*”, conforme exemplos abaixo, e os títulos de periódicos deverão ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela *List of Journal Indexed in Index Medicus, da National Library of Medicine* e disponibilizados no endereço:

<ftp://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljiweb.pdf>. Os autores

devem certificar-se de que as referências citadas no texto constam da lista de referências com datas exatas e nomes de autores corretamente grafados. A exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade dos autores. Comunicações pessoais, trabalhos inéditos ou em andamento poderão ser citados quando absolutamente necessários, mas não devem ser incluídos na lista de referências e apenas citados no texto. Caso entendam necessário, os editores podem solicitar a apresentação de trabalhos não publicados citados no manuscrito.

Exemplos de citação de referências:

Artigos de periódicos (de um até seis autores)

Almeida OP. Autoria de artigos científicos: o que fazem os tais autores? Rev Bras Psiquiatr. 1998;20:113-6.

Artigos de periódicos (mais de seis autores)

Slatopolsky E, Weerts C, Lopez-Hilker S, Norwood K, Zink M, Windus D, et al. Calcium carbonate as a phosphate binder in patients with chronic renal failure undergoing dialysis. N Engl J Med. 1986;315:157-61.

Instruções aos Autores

Artigos sem nome do autor

Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J. 1994;84:15.

Livros no todo

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

Capítulos de livro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

Livros em que editores (organizadores) são autores

Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

Teses

Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

Trabalhos apresentados em congressos

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In:

Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland;1992. p. 1561-5.

Artigo de periódico em formato eletrônico

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

Outros tipos de referência deverão seguir o documento

International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Sample References
http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Requisitos técnicos

Arquivo word (doc ou .rtf), digitado em espaço duplo, fonte tamanho 12, margem de 2 cm de cada lado, página de título, resumo e descritores, texto, agradecimentos, referências, tabelas e legendas e as imagens enviadas em formato jpg ou tiff com resolução mínima de 300dpi.

06 abr 2018

