

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE FARMÁCIA  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE FARMÁCIA

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO E  
FARMACOLÓGICO DE GESTANTES VIVENDO  
COM HIV E GESTANTES DE ALTO RISCO**

**DANIELA AVILA AYOUB**

PORTO ALEGRE, 2024

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE FARMÁCIA  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE FARMÁCIA

Daniela Avila Ayoub

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO E  
FARMACOLÓGICO DE GESTANTES VIVENDO  
COM HIV E GESTANTES DE ALTO RISCO**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Farmácia da  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
como requisito à obtenção do título de grau  
de Farmacêutico.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dra. Tatiane da Silva Dal Pizzol

Porto Alegre, 2024

## **APRESENTAÇÃO**

Esse Trabalho de Conclusão de Curso foi redigido sob a forma de artigo ao qual foi elaborado segundo as normas da revista Ciência & Saúde Coletiva, apresentadas em anexo.

## **Perfil Sociodemográfico, Clínico e Farmacológico de Gestantes Vivendo com HIV e Gestantes de Alto Risco**

### **RESUMO**

**OBJETIVO:** caracterizar e comparar o perfil sociodemográfico, clínico e farmacológico das gestantes de alto risco e gestantes vivendo com HIV, durante o pré natal. **MÉTODO:** estudo transversal realizado no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, em Porto Alegre. Os dados das gestantes foram coletados desde o pré-natal até o parto, com informações sociodemográficas, histórico de saúde e uso de medicamentos. Foram realizadas análises descritivas por meio do programa SPSS v.18. **RESULTADOS:** Das 312 gestantes de alto risco, 17 vivem com HIV (5,4%). As gestantes com HIV apresentaram idade de  $23,6 \pm 4,3$  anos, 35,3% identificaram-se como brancas e 35,3% como pretas. No grupo de alto risco, a média de idade foi  $25,7 \pm 8,1$  anos, e 70,2% identificaram-se como brancas. Metade das gestantes com HIV planejou a gravidez, começando o acompanhamento entre 15 e 28 semanas. 29,7% das gestantes de alto risco planejaram a gravidez, com 70,3% iniciando o acompanhamento entre 15 e 28 semanas. Todas as gestantes com HIV utilizaram antirretrovirais, e os suplementos foram prevalentes, destacando-se o Sulfato Ferroso e o Ácido Fólico. **CONCLUSÃO:** este estudo descreve o perfil farmacoepidemiológico de gestantes gestantes de alto risco, com enfoque em gestantes HIV, oferecendo informações essenciais para o desenvolvimento de estratégias visando aprimorar o atendimento a essas populações.

### **Palavras-chave**

Gravidez de Alto Risco; HIV; Cuidado Pré-Natal; Uso de Medicamentos

## **ABSTRACT**

**OBJECTIVE:** To characterize and compare the sociodemographic, clinical and pharmacological profile of high-risk pregnant women and pregnant women living with HIV during prenatal care. **METHOD:** a cross-sectional study carried out at the Presidente Vargas Maternal and Child Hospital in Porto Alegre. Data on pregnant women was collected from prenatal care until delivery, including sociodemographic information, health history and medication use. The analyses used descriptive statistics and variable association tests. **RESULTS:** Of the 312 high-risk pregnant women, 17 were living with HIV (5.4%). The pregnant women with HIV, with a average age of  $23.6 \pm 4.3$  years old, 35.3% identified themselves as white and 35.3% as black. In the high-risk group, the average age was  $25.7 \pm 8.1$  years old, and 70.2% identified themselves as white. Half of the HIV-positive pregnant women planned their pregnancy, starting follow-up between 15 and 28 weeks. 29.7% of the high-risk pregnant women planned their pregnancy, with 70.3% starting follow-up between 15 and 28 weeks. All pregnant women with HIV used antiretroviral drugs, and supplements were prevalent, with Ferrous Sulphate and Folic Acid standing out. **CONCLUSION:** This study provided a comprehensive view of the pharmacoepidemiological profile of these pregnant women, offering essential information for the development of strategies aimed at improving care for these specific populations.

### **Key-words**

Pregnancy, High-Risk; HIV; Prenatal Care; Drug Utilization

## **Introdução**

A gestação evolui normalmente sem complicações. Contudo, uma pequena parcela de gestantes enfrenta desafios mais significativos devido a condições específicas, configurando o que é conhecido como Gestação de Alto Risco. Este grupo compreende aquelas situações em que as chances de impacto na vida ou saúde da mãe, do feto e do recém-nascido são mais elevadas do que a média da população considerada<sup>1</sup>.

Essa suscetibilidade a evoluções desfavoráveis muitas vezes está associada a características individuais e condições sociodemográficas, como idade extremamente jovem (<15 anos) ou avançada (>40 anos), obesidade com índice de massa corporal (IMC) superior a 40 ou baixo peso no início da gestação com IMC inferior a 18. Além disso, fatores relacionados à história reprodutiva anterior, como abortamentos espontâneos de repetição, e condições clínicas prévias à gestação, exemplificadas pela presença do vírus HIV, contribuem para a classificação de uma gestação como de alto risco<sup>2</sup>.

A gestação demanda uma avaliação cuidadosa do uso de medicamentos. É essencial considerar com cautela a segurança tanto da mulher quanto do feto, uma vez que o uso inadequado pode estar relacionado a eventos como aborto, prematuridade, morte neonatal, entre outras complicações<sup>3</sup>. Embora não haja evidências definitivas sobre a segurança do uso de medicamentos durante a gravidez, pesquisas apontam uma alta prevalência de sua utilização nesse período. Daw et al. observaram que estudos prévios envolvendo gestantes apresentaram uma considerável variabilidade nas estimativas do uso global de medicamentos prescritos durante a gravidez, abrangendo uma faixa de 27% a 93% das mulheres grávidas que receberam pelo menos uma prescrição, excluindo vitaminas e minerais<sup>4</sup>.

Dentre os diversos fatores geradores de risco gestacional, destaca-se o HIV. De acordo com o Boletim Epidemiológico sobre HIV e Aids de 2023, no Brasil, no período de 2000 até junho

de 2023, houve a notificação de 158.429 gestantes/parturientes/puérperas com infecção pelo HIV. Destas, 37,0% eram residentes da região Sudeste, seguidas pelas regiões Sul (28,7%), Nordeste (19,1%), Norte (9,3%) e Centro-Oeste (5,9%). Nas capitais, Porto Alegre se destaca como a capital com a maior taxa de detecção, registrando 17 casos/1.000 NV em 2022, cinco vezes a taxa nacional que é de 3,1 casos/1.000 NV<sup>5,6</sup>.

Um estudo realizado com gestantes vivendo com HIV em Belo Horizonte mostrou que a maioria dessas gestações ocorreu em mulheres que já tinham conhecimento prévio da infecção pelo HIV. E que cerca de 71,1% das mulheres informaram estar em união estável. O diagnóstico em mais da metade dos casos ocorreu durante alguma gravidez. Além disso, 56,7% usaram anti-retrovirais, e não foram registrados casos de transmissão vertical do HIV neste grupo de gestantes<sup>7</sup>.

Assim, a aquisição de dados epidemiológicos específicos destinados às gestantes consideradas de alto risco, incluindo aquelas que enfrentam a condição de viver com o HIV, revela-se de significativa relevância. Essa abordagem visa direcionar de maneira eficaz o planejamento futuro dos cuidados a serem oferecidos a esses grupos de gestantes.

## **Objetivo**

O objetivo do estudo foi caracterizar e comparar o perfil sociodemográfico, clínico e farmacológico das gestantes de alto risco e gestantes vivendo com HIV, durante o pré natal.

## **Método**

Conduzimos um estudo transversal no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, localizado em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Esse hospital possui capacidade instalada de 174 leitos de internação atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e é uma referência no atendimento a mulheres vítimas de violência sexual e crianças vítimas de violências diversas. Os serviços oferecidos abrangem desde atendimento de emergência para crianças e mulheres grávidas até consultas ambulatoriais em diversas especialidades, acompanhamento de vítimas de violência, consultas pré-natais com foco em gravidez na adolescência, pré-natal de alto risco e atendimento a gestantes com HIV. Consultas e grupos de apoio são promovidos, nos quais as gestantes recebem orientação de uma equipe multiprofissional.

As gestantes participantes da pesquisa receberam acompanhamento durante o período que engloba o pré-natal, internação hospitalar e parto, todos realizados no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas. Os critérios estabelecidos para a inclusão no estudo foram realização do acompanhamento pré-natal de alto risco e parto no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas. Foram excluídas gestantes que realizaram o pré-natal de alto risco em outra instituição, a falta de dados e o parto ocorrido em outra unidade hospitalar.

Duas pesquisadoras conduziram a coleta de dados, a qual foi realizada por meio da extração de dados nos prontuários eletrônicos para planilhas eletrônicas construídas para esta finalidade. As variáveis examinadas para este estudo foram: idade, cor da pele autodeclarada, escolaridade, ocupação, estado civil, local de residência, condições de saúde preexistentes, histórico de internação no pré-natal e medicamentos prescritos. Além da consulta ao prontuário eletrônico do hospital, consultas ao Sistema de Dispensação de Medicamentos (DIS) e a utilização do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (e SUS)

foram realizadas para complementar informações ausentes, especialmente aquelas relacionadas às prescrições e ao uso de medicamentos. O e-SUS é um conjunto de sistemas criados pelo Ministério da Saúde do Brasil e tem como objetivo digitalizar e aprimorar a administração da Atenção Básica à Saúde. Entre as informações que podem ser registradas no e-SUS estão os dados dos pacientes e detalhes sobre as consultas, incluindo as prescrições de medicamentos. O Sistema DIS, por sua vez, foi desenvolvido pela Prefeitura de Porto Alegre, e tem como finalidade dispensar medicamentos elencados na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), proporcionando acesso aos usuários do Sistema Único de Saúde na capital porto-alegrense.

Para a categorização das ocupações das gestantes, utilizou-se o Código Brasileiro de Ocupações (CBO) domiciliar como referência principal. Adicionalmente, foram contemplados outros grupos de ocupações, incluindo estudantes, do lar e desempregadas. Essa abordagem ampliada permitiu uma análise mais abrangente, incluindo diferentes situações ocupacionais presentes na amostra de gestantes participantes do estudo.

Os dados coletados foram inseridos em uma planilha do Microsoft Excel® 2010 e, posteriormente, submetidos à análise por meio de estatística descritiva utilizando o software SPSS v. 18. Variáveis com distribuição normal serão descritas como média e desvio padrão. Foi feita a associação de variáveis pelo teste exato de Fisher.

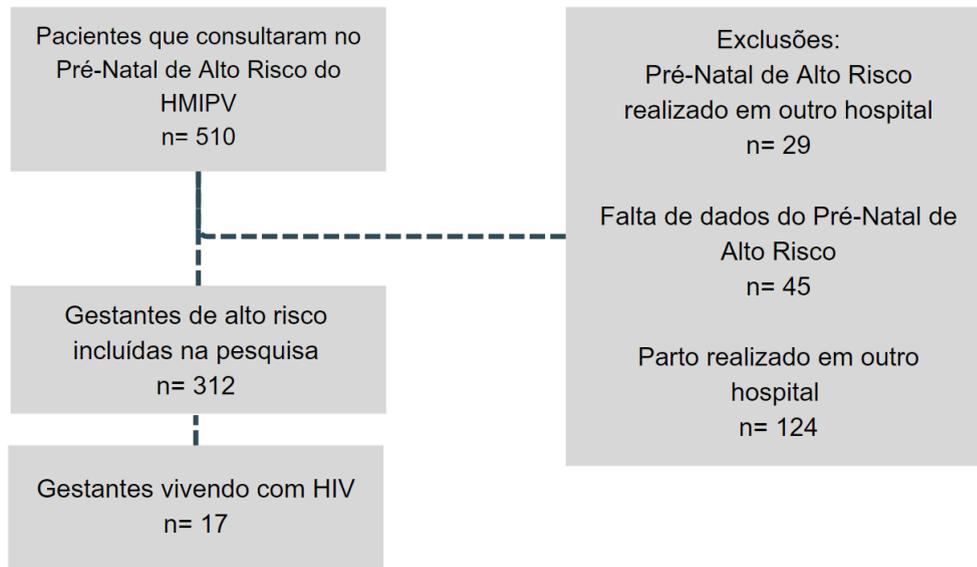
Este estudo faz parte do projeto de Ações de Farmácia Clínica no Âmbito da Saúde da Criança e da Mulher e possui aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (CAAE 46447821700005329). Além disso, foi assinado pelas pesquisadoras responsáveis pela coleta de dados um Termo de Compromisso para a Utilização de Dados de Prontuários

Médicos, em que pesquisadores se comprometeram a garantir e preservar as informações dos prontuários e base de dados dos Serviços e do Arquivo Médico do HMIPV, garantindo a confidencialidade dos pacientes. Concordando igualmente que as informações coletadas serão utilizadas única e exclusivamente para execução do projeto acima descrito. As informações poderão ser divulgadas de forma anônima.

### **Resultados**

O estudo incluiu 312 gestantes de alto risco, das quais 17 estavam vivendo com o HIV, correspondendo a 5,4% da amostra total. Entre as gestantes com o vírus HIV, cinco receberam o diagnóstico da doença durante o período gestacional.

**Figura 1: Fluxograma de seleção das gestantes de alto risco para inclusão na pesquisa.  
Porto Alegre - RS, 2021 - 2022**



A média de idade das gestantes vivendo com HIV é de  $23,6 \pm 4,3$  anos. Conforme apresentado na Tabela 1, a maioria das gestantes deste grupo (64,7%) são mulheres com idades entre 15 e 25 anos, e que 35,3% identificaram-se como brancas, 35,3% como pretas e 29,4% como pardas. A maioria delas (58,8%) era casada e 41,2% haviam concluído o ensino fundamental. A maior parte residia em Porto Alegre (82,4%), e 41,2% desempenhavam atividades domésticas.

Quanto às demais gestantes de alto risco, a média de idade é de  $25,7 \pm 8,1$ , e estas se concentram principalmente em duas faixas etárias: 46,8% têm entre 15 e 25 anos, enquanto 46,4% estão na faixa etária de 26 a 40 anos. A maior parte das mulheres desse grupo (70,2%) identificam-se como brancas. O estado civil solteiro foi observado em 46,3%, e 27,3% tinham ensino fundamental incompleto. Além disso, 7,8% não tinham concluído o ensino

superior, enquanto 5,8% possuíam formação completa nesse nível de ensino. A maioria (74,6%) residia em Porto Alegre, e 22,7% eram estudantes entre as gestantes de alto risco.

**Tabela 1: Variáveis sociodemográficas das gestantes vivendo com HIV e gestantes de alto risco Porto Alegre - RS, 2021 - 2022**

Variáveis	Gestantes vivendo com HIV		Gestantes de alto risco		Valor-p
	N (17)	%	N (295)	%	
<b>Idade</b>					
< 15 anos	0	0	12	4,1	
15 a 25 anos	11	64,7	138	46,8	
26 a 40 anos	6	35,3	137	46,4	0,297
> 40 anos	0	0	8	2,7	
<b>Cor da pele autodeclarada</b>					
Amarela	0	0	6	2	
Branca	6	35,3	207	70,2	
Parda	5	29,4	33	11,2	0,020
Preta	6	35,3	49	16,6	
<b>Estado Civil</b>					
Solteira	4	23,5	136	46,3	
Casada	10	58,8	75	25,5	
Divorciada/ Separada	2	11,8	5	1,7	0,002
União Estável	1	5,9	78	26,5	
<b>Escolaridade</b>					

<b>Ensino Fundamental Completo</b>	7	41,2	30	10,2	
<b>Ensino Fundamental Incompleto</b>	1	5,9	80	27,3	
<b>Ensino Médio Completo</b>	4	23,5	75	25,6	
<b>Ensino Médio Incompleto</b>	5	29,4	68	23,2	0,005
<b>Ensino Superior Completo</b>	0	0	17	5,8	
<b>Ensino Superior Incompleto</b>	0	0	23	7,8	
<b>Local de Residência</b>					
<b>Porto Alegre</b>	14	82,4	220	74,6	
<b>Região Metropolitana</b>	2	11,8	53	18,0	0,749
<b>Interior</b>	1	5,9	22	7,5	
<b>Ocupação</b>					
<b>Estudante</b>	1	5,9	67	22,7	
<b>Desempregada</b>	3	17,6	42	14,4	
<b>Do Lar</b>	7	41,2	48	16,3	
<b>Membros das forças armadas, policiais e bombeiros militares</b>	1	5,9	14	4,7	
<b>Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados</b>	5	29,4	55	18,6	0,027
<b>Trabalhadores dos serviços administrativos</b>	0	0	31	10,5	

<b>Profissionais das ciências e das artes</b>	0	0	10	3,4
<b>Outros</b>	0	0	28	9,5

Nota: Os totais diferem devido a dados sociodemográficos faltantes.

CBO Domiciliar 2002: Classificação que foi implementada nas demais pesquisas domiciliares do IBGE a partir de 2002

A Tabela 2 expõe as características reprodutivas nos grupos de gestantes vivendo com HIV e nas gestantes consideradas de alto risco, juntamente com os motivos de internação por complicações durante o pré-natal.

Para as gestantes vivendo com HIV, os resultados revelam que metade delas planejou a gravidez. Na primeira consulta, a maioria iniciou o acompanhamento nas primeiras 14 semanas (41,2%), seguido por 15 a 28 semanas (58,8%), sem registros de início após 28 semanas. Em relação ao uso de substâncias, todas evitaram o consumo de álcool, mas 11,8% relataram o uso de tabaco, e 17,6% mencionaram o uso de drogas ilícitas. Quanto ao tipo de parto, houve um leve predomínio de partos vaginais 52,9% .

Já para as demais gestantes, 29,7% realizaram um planejamento prévio da gestação, enquanto 70,3% não tiveram essa oportunidade. Quanto à idade gestacional na primeira consulta, 28,8% iniciaram o acompanhamento até 14 semanas, 49,5% entre 15 e 28 semanas, e 21,7% começaram após a 28ª semana. Em relação ao uso de substâncias, 4,8% relataram o consumo de álcool, 11,9% tabaco e 2,7% drogas ilícitas. Já quanto ao tipo de parto, 52,8% foram vaginais.

**Tabela 2: Características reprodutivas das gestantes vivendo com HIV e gestantes de alto risco Porto Alegre - RS, 2021 - 2022**

Variáveis	Gestantes vivendo com HIV		Gestantes de alto risco	
	N	%	N	%
<b>Planejamento da Gestação</b>				
Sim	8	50	78	29,7
Não	8	50	185	70,3
<b>Idade Gestacional na Primeira Consulta</b>				
Até 14 semanas	7	41,2	85	28,8
15 a 28 semanas	10	58,8	146	49,5
≥ 29 semanas	0	0	64	21,7
<b>Uso de Álcool na Gestação</b>				
Sim	0	0	14	4,8
Não	17	100	280	95,2
<b>Uso de Tabaco na Gestação</b>				
Sim	2	11,8	35	11,9
Não	15	88,2	260	88,1
<b>Uso de Drogas Ilícitas na Gestação</b>				
Sim	3	17,6	8	2,7
Não	14	82,4	287	97,3
<b>Tipo de Parto</b>				
Vaginal	9	52,9	151	52,8
Cesariana	8	47,1	135	47,2

Nota: Os totais diferem devido a dados faltantes.

Na Tabela 3 é demonstrado as características de saúde antes e durante o pré-natal de alto risco. Para o grupo de gestantes vivendo com HIV, 5,9% apresentaram, além do vírus, condições como asma, hipertensão, hipotireoidismo, transtorno por uso de substâncias e

obesidade. Quanto aos motivos de internação durante o pré-natal, 11,8% foram hospitalizadas devido a insuficiência istmocervical e malformação fetal.

No grupo de gestantes de alto risco, foram identificadas condições preexistentes, como transtornos psiquiátricos (43,1%), hipertensão (24,6%), diabetes mellitus (18,5%), asma (17,7%), além de outras comorbidades. Adicionalmente, 23,4% tiveram complicações que demandaram internação durante o pré-natal, com causas variadas, incluindo falta de controle glicêmico, pré-eclâmpsia, pielonefrite, insuficiência istmocervical, malformação fetal, falta de controle pressórico, razões psiquiátricas, entre outros, conforme descrito na Tabela 3.

**Tabela 3: Características de saúde antes e durante pré-natal de alto risco das gestantes vivendo com HIV e gestantes de alto risco Porto Alegre - RS, 2021 - 2022.**

Variáveis	Gestantes vivendo com HIV		Gestantes de alto risco	
	N	%	N	%
<b>Condições de Saúde Preexistentes</b>				
Asma	1	5,9	23	17,7
Diabetes Mellitus	0	0	24	18,5
Hipertensão	1	5,9	32	24,6
Hipotireoidismo	1	5,9	9	6,9
Obesidade	1	5,9	14	10,8
Transtorno por uso de Substância	1	5,9	3	2,3
Transtornos Psiquiátricos	0	0	56	43,1
Gestação de Alto risco Anterior	0	0	10	7,7
Outros	1	5,9	19	14,6
<b>Internação hospitalar durante o pré-natal</b>				
Sim	2	11,8	70	23,7
Não	15	88,2	225	76,3

<b>Tempo de Internação</b>				
<b>1 - 7 dias</b>	0	0	35	50
<b>8 - 14 dias</b>	0	0	15	21,4
<b>15 ou mais dias</b>	2	100	20	28,6
<b>Motivo da Internação durante o pré natal de alto risco</b>				
<b>Insuficiência Istmocervical</b>	1	50	8	11,6
<b>Malformação Fetal</b>	1	50	4	5,8
<b>Controle Glicêmico</b>	0	0	15	21,7
<b>Pielonefrite</b>	0	0	11	15,9
<b>Pré-Eclâmpsia</b>	0	0	16	23,2
<b>Controle Pressórico</b>	0	0	4	5,8
<b>Hiperemese Gravídica</b>	0	0	2	2,9
<b>Internação Psiquiátrica</b>	0	0	7	10,1
<b>Amniorrexe</b>	0	0	1	1,4
<b>Crescimento Intrauterino Restrito</b>	0	0	2	2,9
<b>Profilaxia de Trombose Venosa Periférica</b>	0	0	2	2,9
<b>Infecção do Trato Urinário</b>	0	0	1	1,4
<b>Sangramento Vaginal</b>	0	0	1	1,4
<b>Trabalho de Parto Prematuro</b>	0	0	2	2,9

Nota: Os totais diferem devido mais de uma condição de saúde preexistente pelas gestantes e/ou em caso de mais de um motivo para internação no pré natal.

Todas as gestantes vivendo com HIV utilizaram antirretrovirais durante a gestação, conforme evidenciado na Tabela 4. Todas gestantes com HIV receberam terapia Tenofovir + Lamivudina, complementada por outros retrovirais, tais como o Atazanavir (47% das gestantes utilizaram), Ritonavir (47%) e Dolutegravir (29,4%). Além disso, uma das gestantes fez uso do Raltegravir, enquanto três utilizaram o Efavirenz. Os suplementos

também foram bastante utilizados, como o Sulfato Ferroso, utilizado por 94,1% das gestantes vivendo com HIV e Ácido Fólico, por 52,9%. O Paracetamol foi utilizado por 35,3%, a combinação da Escopolamina + Paracetamol foi utilizado por 29,4%, assim como o miconazol. Além disso, 23,5% fizeram uso de Benzilpenicilina Benzatina e 23,5% Clorpromazina.

Entre as demais gestantes de alto risco, os suplementos foram os mais prevalentes, sendo o Sulfato Ferroso utilizado por 90,8%, e o Ácido Fólico por 56,3%. Além disso, o Paracetamol (32,2%) e a Insulina NPH (31,2%) também foram bastante utilizados.

**Tabela 4: Medicamentos mais utilizados pelas gestantes vivendo com HIV e gestantes de alto risco durante pré natal**

Variáveis	Grupo de Gestantes	
	N (17)	%
<b>Medicamentos mais utilizados pelas gestantes vivendo com HIV</b>	<b>Gestantes vivendo com HIV</b>	
Tenofovir+Lamivudina	17	100
Sulfato Ferroso	16	94,1
Ácido Fólico	9	52,9
Atazanavir	8	47
Ritonavir	8	47
Paracetamol	6	35,3
Dolutegravir	5	29,4
Escopolamina+Paracetamol	5	29,4
Miconazol	5	29,4
Benzilpenicilina Benzatina	4	23,5
Clorpromazina	4	23,5
<b>Medicamentos mais utilizados pelas gestantes de alto risco</b>	<b>Gestantes de alto risco</b>	
	N (295)	%
Sulfato Ferroso	268	90,8
Ácido Fólico	166	56,3
Paracetamol	95	32,2

<b>Insulina NPH</b>	92	31,2
<b>Metoclopramida</b>	86	29,1
<b>AAS</b>	65	22
<b>Metronidazol</b>	64	21,7
<b>Miconazol</b>	60	20,3
<b>Dipirona</b>	55	18,6
<b>Metildopa</b>	52	17,6

---

Nota: Valores absolutos e porcentagens sobre o total de gestantes vivendo com HIV e gestantes de alto risco.

## **Discussão**

As diferenças entre os dois grupos de gestantes podem ser explicadas por vários fatores relacionados ao acesso à saúde, condição social e comportamento das mulheres antes e durante a gestação. Essas variações, mesmo que discretas, tornam-se visíveis nas variáveis analisadas, podendo ser associadas às disparidades nas amostras dos grupos. Isso se deve ao fato de que o grupo de gestantes de alto risco é aproximadamente 18 vezes maior que o grupo de gestantes vivendo com HIV.

Quanto à faixa etária, as gestantes vivendo com HIV concentram-se principalmente entre 15 a 25 anos. Esses resultados evidenciam uma preocupante prevalência da infecção nesse grupo mais jovem, destacando desafios específicos relacionados à prevenção e ao acesso a informações sobre saúde sexual<sup>8</sup>. Por outro lado, as gestantes de alto risco apresentam uma distribuição mais equilibrada nas faixas etárias de 15 a 25 anos e 26 a 40 anos. Isso sugere uma variedade mais abrangente de fatores de risco relacionados à gravidez em diversos grupos etários. No que diz respeito à etnia/ cor da pele autodeclarada, as gestantes vivendo com HIV exibem uma diversidade étnica considerável, com presença significativa de mulheres brancas, pretas e pardas. A presença dessa diversidade destaca a importância de

abordagens de prevenção e tratamento que levem em conta as diferentes culturas. Por outro lado, as demais gestantes de alto risco, que são em maioria brancas, mostram uma dinâmica étnica diferente, talvez ligada a fatores socioeconômicos e regionais que afetam o acesso aos cuidados de saúde.

Em relação ao estado civil e educação, a alta taxa de casamento entre as gestantes vivendo com HIV sugere um contexto de apoio familiar, porém, também levanta questões sobre a transmissão do vírus entre parceiros. Enquanto 41,2% concluíram o ensino fundamental, e nenhuma delas havia iniciado ou concluído o ensino superior. Isso destaca a necessidade de estratégias educativas específicas para essa população, considerando a associação entre níveis educacionais mais elevados e a prevenção de doenças. Por outro lado, o grupo das demais gestantes de alto risco apresenta uma proporção considerável de mulheres solteiras e com ensino fundamental incompleto, fatores que podem influenciar o acesso a recursos e as decisões relacionadas à saúde durante a gravidez.

No contexto geográfico, a concentração em Porto Alegre é notável em ambos os grupos, sendo mais proeminente entre as gestantes vivendo com HIV. Isso pode refletir desigualdades regionais no acesso a serviços de saúde especializados. A diferença nas atividades desempenhadas pelas gestantes sugere perfis socioeconômicos distintos. Enquanto as gestantes vivendo com HIV tendem a desempenhar atividades domésticas, as demais gestantes de alto risco incluem uma proporção significativa de estudantes.

Um estudo anterior mostrou associações entre gestantes de alto risco e um menor número de consultas pré-natais, bem como entre o uso de cigarro durante a gestação. Com base nesses dados, a vulnerabilidade dessa população aos riscos associados ao uso de drogas ficou evidente, destacando uma lacuna que exigiu intervenções educativas urgentes<sup>9</sup>. No presente estudo, identificamos diferenças nas taxas de utilização de tabaco e drogas ilícitas entre

gestantes com e sem HIV. Os 11,8% de gestantes portadoras do vírus HIV que reportaram o consumo de tabaco e os 17,6% que mencionaram o uso de drogas ilícitas apontam para uma preocupação considerável nesse grupo específico. Em contrapartida, as demais gestantes, também apresentam índices de tabagismo (11,9%) e uso de drogas ilícitas (2,7%). No entanto, quando se compara o consumo de drogas ilícitas, essas taxas são comparativamente inferiores.

Quando pensamos nas condições preexistentes, no grupo de gestantes vivendo com HIV, além da presença do vírus, ressalta-se a coexistência de várias comorbidades, como asma, hipertensão, hipotireoidismo, transtorno por uso de substâncias e obesidade. No grupo de gestantes de alto risco, as condições preexistentes são ainda mais diversificadas, com uma expressiva prevalência de transtornos psiquiátricos, além de outras condições importantes tais como: hipertensão, diabetes mellitus, asma, obesidade e histórico de gestação anterior de alto risco. Esses resultados destacam a importância de estratégias preventivas e de gestão de cuidados específicos para atender às diversas necessidades dessas gestantes.

Quanto à internação durante o pré-natal, apenas 11,8% das gestantes vivendo com HIV necessitaram de hospitalização. As razões para essas internações foram principalmente insuficiência istmocervical e malformação fetal. Em contrapartida, o grupo de gestantes de alto risco demonstrou uma taxa mais elevada de complicações que exigiram internação (23,4%), com motivos diversos, ressaltando a complexidade dessas gestações e a necessidade de uma abordagem cuidadosa e adaptativa durante o pré-natal.

Esses fatores destacam a necessidade de uma abordagem personalizada na prestação de cuidados pré-natais, crucial para promover resultados maternos e fetais mais positivos, reconhecendo a complexidade e diversidade das experiências das gestantes. Além disso,

ressalta-se a importância de estratégias de saúde pública adaptadas às particularidades de cada grupo, visando proporcionar prevenção, tratamento e suporte adequados, especialmente para gestantes de alto risco, incluindo aquelas vivendo com HIV. A compreensão das características demográficas, socioeconômicas e educacionais dessas populações é crucial para informar políticas públicas e implementar intervenções eficazes, com o intuito de promover a saúde e reduzir disparidades. O Ministério da Saúde enfatiza que a prestação de atenção obstétrica e neonatal de qualidade e humanizada requer a adequada disponibilidade de recursos, a eficiente organização de procedimentos benéficos comprovados, evitando intervenções desnecessárias, e o estabelecimento de relações éticas que garantam privacidade, autonomia e participação nas decisões por parte da mulher e sua família. Para atingir esses objetivos, estados e municípios devem possuir uma rede de serviços bem organizada, com mecanismos claros de referência e contrarreferência, incluindo a vinculação de unidades pré-natais a maternidades/hospitais, garantia de recursos necessários, captação precoce de gestantes na comunidade, atendimento a todas as gestantes e realização de exames complementares essenciais<sup>10</sup>.

Um estudo retrospectivo conduzido por Konopka et al<sup>11</sup> com 139 gestantes vivendo com HIV no Pré-natal de Alto Risco do Hospital Universitário de Santa Maria obtiveram resultados demográficos diferentes em comparação com o estudo atual. Observou-se uma média de idade ligeiramente superior no estudo anterior, assim como distribuições raciais mais equitativas no presente estudo em contraste com a predominância de gestantes identificadas como brancas no estudo realizado em Santa Maria. Em relação ao início do pré-natal, enquanto a pesquisa realizada em 2010 apontou uma média de início na 18ª semana, mais da metade das gestantes neste estudo começaram entre as semanas 15 e 28, indicando uma compreensão positiva da importância do pré-natal, mas também ressaltando preocupações

com gestantes que iniciaram tardiamente. Quanto às vias de parto, o estudo anterior evidenciou uma preferência significativa por cesarianas, enquanto no presente estudo há uma maior equidade entre cesarianas e partos vaginais, sugerindo variações nas práticas obstétricas influenciadas por fatores como políticas de saúde e preferências médicas<sup>11</sup>.

Já um estudo transversal conduzido por Nagai et al.<sup>12</sup> no Ambulatório de Gestantes de Alto Risco do HCFMRP-USP em Ribeirão Preto envolveu 386 gestantes em atendimento pré-natal, com média de idade de  $28,7 \pm 6,2$ , sendo que a maioria das gestantes tinha até 9 anos de estudo, 47,7% eram brancas, 54,7% não trabalhavam, e 76,9% tinham companheiro. Um percentual significativo não planejou a gravidez (61,9%), e a adesão ao pré-natal foi notável, com a maioria iniciando no primeiro trimestre (86,8%). Em contraste, na pesquisa atual, a média de idade foi menor (25,7). A predominância étnica foi branca, quase metade das gestantes eram solteiras, e 27,3% tinham ensino fundamental incompleto. As consultas iniciais variaram, a maioria, entre 15 e 28 semanas. A maior parte das gestantes de alto risco não planejou a gestação. Esses dados evidenciam diferenças significativas nas características demográficas e nos padrões de cuidado pré-natal entre os dois grupos estudados.

Em comparação, os estudos diferem em termos de idade média, composição étnica, níveis educacionais e planejamento da gravidez. As diferenças nos resultados entre o estudo atual e a pesquisa realizada em Ribeirão Preto podem ser atribuídas a uma série de fatores que refletem a diversidade nas populações estudadas, bem como variações nos contextos geográficos e sistemas de saúde.

A terapia antirretroviral (TARV) é recomendada a todas as gestantes vivendo com HIV, independentemente de critérios clínicos ou imunológicos, e não deve ser interrompida após o

parto. Ao escolher a TARV, é crucial avaliar se a paciente já recebeu tratamento anteriormente, revisar o histórico de medicamentos utilizados, identificar possíveis falhas, analisar os resultados de genotipagem e relatar qualquer toxicidade ou tolerância observada<sup>13</sup>.

De acordo com as recomendações do MS, Quando a TARV é iniciada durante a gestação e a paciente não teve exposição prévia a essa terapia, o esquema preferencial para o primeiro trimestre (até 12 semanas) é a combinação de Tenofovir+Lamivudina juntamente com Dolutegravir (DTG). Pacientes com HIV que engravidam durante o uso da Terapia Antirretroviral (TARV) e que se encontram estáveis, com boa tolerância ao esquema, e mantêm controles virológicos e imunológicos satisfatórios, são aconselhadas a continuar, preferencialmente, com o mesmo esquema antirretroviral iniciado antes da gestação. Em situações em que o DTG não é viável, as opções de terceira droga em combinação com Tenofovir+Lamivudina (TDF+3TC) são as seguintes: a primeira opção é Atazanavir+Ritonavir, a segunda opção é Darunavir+Raltegravir, e a terceira opção é Raltegravir (RAL). Essas alternativas são consideradas quando há restrições ao uso do DTG, garantindo uma abordagem adaptada às necessidades individuais das gestantes com HIV<sup>14</sup>. Além disso, em situações de contraindicação aos ARV alternativos ou considerando particularidades do caso uma outra alternativa seria o Efavirenz (EFZ)<sup>15</sup>.

Neste estudo, o esquema de TARV mais adotado pelas gestantes vivendo com HIV foi a combinação de Tenofovir+Lamivudina+Atazanavir+Ritonavir, seguido pela combinação de Tenofovir+Lamivudina+Dolutegravir. Além disso, três gestantes utilizaram a combinação Tenofovir+Lamivudina+Efavirenz, enquanto uma fez uso da terapia Tenofovir+Lamivudina+Raltegravir. Isso indica que um número significativo de gestantes fez uso de terapias alternativas em vez do esquema preferencial composto por Tenofovir+Lamivudina em conjunto com Dolutegravir. Essa diferença pode ser atribuída tanto ao fato das gestantes já estarem em tratamento quando engravidaram e, devido à sua

estabilidade, boa tolerância ao esquema e manutenção de controles virológicos e imunológicos satisfatórios, terem sido aconselhadas a prosseguir com o mesmo esquema antirretroviral inicialmente prescrito, quanto a diferença pode ter surgido devido a contraindicações aos medicamentos antirretrovirais alternativos ou a particularidades específicas das gestantes.

As diferenças nos medicamentos usados pelos dois grupos de gestantes do presente estudo destacam as distintas abordagens terapêuticas adotadas durante a gestação em ambas as condições. No contexto do HIV, todas as gestantes fizeram uso de antirretrovirais. Além disso, os suplementos desempenharam um papel crucial no cuidado das gestantes, com o Sulfato Ferroso sendo amplamente utilizado por 94,1%, indicando uma atenção particular à saúde nutricional dessas gestantes. O Ácido Fólico, embora em percentagem um pouco menor (52,9%), também teve uma presença significativa. De acordo com o Programa Nacional de Suplementação de Ferro, do MS, as estratégias para enfrentar a deficiência de ferro incluem a suplementação preventiva com ferro e ácido fólico, o consumo de alimentos contendo farinhas enriquecidas com esses nutrientes, e a promoção de uma alimentação equilibrada e saudável, com ênfase na ingestão de ferro de alta biodisponibilidade<sup>16</sup>.

As demais gestantes de alto risco, por sua vez, mostraram uma prevalência significativa no uso de suplementos, destacando o Sulfato Ferroso (90,8%) e o Ácido Fólico (56,3%). A terapia farmacológica incluiu desde analgésicos como Paracetamol até medicamentos específicos como Insulina NPH e Metoclopramida. Esta diversidade de medicamentos reflete as diferentes necessidades médicas das gestantes de alto risco, que podem abranger uma gama mais ampla de condições clínicas.

No estudo conduzido por Nagai et al.<sup>12</sup> no Ambulatório de Gestantes de Alto Risco do HCFMRP-USP, os medicamentos mais frequentemente utilizados pelas gestantes de alto risco foram, em ordem, Ácido Fólico, Sulfato Ferroso, Paracetamol, Metildopa, Polivitamínico, Dimenidrinato, Dipirona, Escopolamina, Cefalexina e Insulina NPH. Já neste estudo, os dez medicamentos mais prevalentes entre as gestantes de alto risco foram Sulfato Ferroso, Ácido Fólico, Paracetamol, Insulina NPH, Metoclopramida, AAS, Metronidazol, Miconazol, Dipirona e Metildopa, em ordem de frequência.

Ambos os estudos destacam o Ácido Fólico e o Sulfato Ferroso como medicamentos frequentemente utilizados, demonstrando a importância atribuída à suplementação de ácido fólico e ferro durante a gravidez para prevenir deficiências nutricionais e anemia. O Paracetamol também figura entre os medicamentos mais prevalentes em ambos os estudos, indicando sua relevância, a presença da Insulina NPH como um dos medicamentos mais utilizados em ambos os estudos destaca a necessidade de controle da glicemia em gestantes com diabetes gestacional ou preexistente.

A comparação dos resultados destaca a importância da personalização do tratamento em gestantes de alto risco, considerando suas condições de saúde específicas. As diferenças na ordem de prevalência podem ser atribuídas a variações nas populações estudadas, práticas clínicas ou fatores regionais, enfatizando a necessidade de abordagens individualizadas na gestão da saúde materna.

É conhecido que, sem intervenções durante a gestação para prevenir, o risco de transmissão vertical do HIV varia entre 25% e 30%. Dentro desse percentual, há uma probabilidade de

25% a 40% de transmissão intrauterina, 60% a 75% de transmissão durante o parto e, por meio da amamentação, uma exposição que resulta em risco de 7% a 22% a cada mamada<sup>17</sup>.

Até os primeiros momentos após o parto, os recém-nascidos das gestantes analisadas não foram diagnosticados com HIV; no entanto, é crucial monitorá-los de perto.

Para todos os neonatos expostos ao HIV durante o parto, é recomendado realizar a primeira coleta da carga viral do HIV imediatamente após o nascimento. O início da profilaxia antirretroviral, prescrita para todos os bebês expostos ao HIV, deve ocorrer ainda na sala de parto, após os cuidados imediatos, de preferência nas primeiras quatro horas após o nascimento. Todas as crianças nascidas de mães vivendo com HIV deverão receber terapia antirretroviral como uma das medidas de profilaxia para transmissão vertical. Para determinar o esquema profilático apropriado, a criança deverá ser classificada como de ALTO ou BAIXO risco de exposição, conforme os critérios descritos no protocolo clínico de HIV, sífilis e hepatite. O esquema profilático para o grupo de alto risco de exposição consiste em três anti-retrovirais: zidovudina, lamivudina e raltegravir, administrados por 28 dias. Já as crianças do grupo de baixo risco recebem profilaxia contendo apenas zidovudina, também por 28 dias<sup>18</sup>.

As crianças expostas ao HIV que tiveram diagnóstico confirmado continuarão a receber cuidados compartilhados entre um serviço especializado e a Atenção Básica. Por outro lado, aquelas expostas ao HIV e que não foram infectadas poderão ser acompanhadas exclusivamente na Atenção Básica<sup>19</sup>.

Este estudo forneceu uma descrição abrangente do perfil farmacoepidemiológico das gestantes vivendo com HIV e gestantes de alto risco. Essa análise oferece informações importantes que podem ser utilizadas no desenvolvimento de estratégias direcionadas à melhoria do atendimento a essa população específica, na instituição hospitalar foco do

estudo. Esses resultados são fundamentais para aprimorar a qualidade da assistência médica oferecida a esses grupos de pacientes.

É fundamental ressaltar que o presente estudo possui algumas limitações, incluindo a diferença de amostra entre os dois grupos. A coleta de dados foi conduzida por meio de prontuários eletrônicos, o que pode introduzir um viés de informação, pois há a possibilidade de que informações relevantes não tenham sido devidamente registradas nos prontuários.

## REFERÊNCIAS:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de Alto Risco: Manual Técnico*. 5. ed. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2010.
2. Brasil. Ministério da Saúde. *Manual de Gestão de Alto Risco*. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Brasília, 2022.
3. Burkey, B. W., & Holmes, A. P. (2013). Evaluating medication use in pregnancy and lactation: What every pharmacist should know. *The Journal of Pediatric Pharmacology and Therapeutics: JPPT: The Official Journal of PPAG*, 18(3), 247–258. doi:10.5863/1551-6776-18.3.247
4. Daw, J. R., Hanley, G. E., Greyson, D. L., & Morgan, S. G. Prescription drug use during pregnancy in developed countries: a systematic review. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 20(9), 2011; 895–902.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. (2023). Boletim Epidemiológico nº Especial.
6. Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre. Equipe de Vigilância de Doenças Transmissíveis. (2023). Boletim Epidemiológico Especial, nº 87. 7. Romanelli, R. M. de C., Kakehasi, F. M., Tavares, M. do C. T., Melo, V. H., Goulart, L. H.
7. Romanelli, R. M. de C., Kakehasi, F. M., Tavares, M. do C. T., Melo, V. H., Goulart, L. H. F., Aguiar, R. A. L. P., & Pinto, J. A. Perfil das gestantes infectadas pelo HIV atendidas em pré-natal de alto risco de referência de Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 6(3), 2006; 329–334.

8. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Rotinas para Assistência a Adolescentes Vivendo com HIV/Aids. Série Manuais nº 69, Brasília. 2006.
9. Araújo, D. D., Leal, M. M., Santos, E. J. V., & Leal, L. B. Consumption of medicines in high-risk pregnancy: evaluation of determinants related to the use of prescription drugs and self-medication. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, 2013; 49(3), 491–499.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno 5).
11. Konopka, C. K., Beck, S. T., Wiggers, D., Silva, A. K. da, Diehl, F. P., & Santos, F. G. Perfil clínico e epidemiológico de gestantes infectadas pelo HIV em um serviço do sul do Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria: Revista Da Federacao Brasileira Das Sociedades de Ginecologia e Obstetria*, 2010; 32(4).
12. Nagai, M. M., Zanetti, M. O. B., Lemos, C. A., Campos, M. S. de A., Ayres, L. R., Duarte, G., & Pereira, L. R. L. High-risk pregnancy: characterization of medication use profile and association with clinical and sociodemographic factors. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2022; 22(3), 609–618.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Coordenação de Avaliação e Monitoramento de Tecnologias. (2019). Dolutegravir para o tratamento de gestantes vivendo com HIV. Brasília, DF.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. (2022). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas

para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília - DF.

15. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, TelessaúdeRS-UFRGS. (2022). Qual o tratamento para HIV na gestação? Porto Alegre: TelessaúdeRS. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/hiv-gestacao/>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Suplementação de Ferro, Manual de Condutas Gerais. Brasília, 2013.
17. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis Congênita e Hepatites B e C: Guia para Maternidades. 2016
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. (2022). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília - DF
19. Brasil. Ministério da Saúde. (2023). Relatório de Recomendação: Protocolos & Diretrizes - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes, Módulo 1 - Diagnóstico, Manejo e Acompanhamento de Crianças Expostas ao HIV. Brasília, DF.





Secretaria Municipal da Saúde  
Hospital Materno Infantil Presidente Vargas  
Comitê de Ética em Pesquisa



**TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS**

Título do Projeto:

Ação de Farmácia Clínica no âmbito da  
saúde da criança e da mulher

Os pesquisadores abaixo se comprometem a garantir e preservar as informações dos prontuários e base de dados dos Serviços e do Arquivo Médico do HMIPV, garantindo a confidencialidade dos pacientes. Concordam, igualmente que as informações coletadas serão utilizadas única e exclusivamente para execução do projeto acima descrito. As informações poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 05 de abril de 2021

NOME DOS PESQUISADORES	ASSINATURA
Karin Hepp Schwambach	Karin Hepp Schwambach
Paula Schneider	Paula Schneider
SANDRA CRISTINA BANIS	Sandra Cristina Banis
Deise Luisa Kocatilli	Deise Luisa Kocatilli
Adriana Steffens	Adriana Steffens
Camila Gonzalez Gamallo	Camila Gonzalez G.

CLAUDIA FERTSCH

NILCÉA DE SOUZA

  
Nilcéa de Souza

## INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

*Ciência & Saúde Coletiva* publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

*Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicada sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.*

A Revista Ciência & Saúde Coletiva aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente.

No momento em que você apresenta seu artigo, é importante estar atento ao que constitui um *preprint* e como você pode proceder para se integrar nesta primeira etapa da Ciência Aberta. O *preprint* disponibiliza artigos e outras comunicações científicas de forma imediata ou paralela à sua avaliação e validação pelos periódicos. Desta forma, acelera a comunicação dos resultados de pesquisas, garante autoria intelectual, e permite que o autor receba comentários que contribuam para melhorar seu trabalho, antes de submetê-lo a algum periódico. Embora o artigo possa ficar apenas no repositório de *preprints* (caso o autor não queira mandá-lo para um periódico), as revistas continuam exercendo as funções fundamentais de validação, preservação e disseminação das pesquisas. Portanto:

- (1) Você pode submeter agora seu artigo ao servidor *SciELO preprints* (<https://preprints.scielo.org>) ou a outro servidor confiável. Nesse caso, ele será avaliado por uma equipe de especialistas desses servidores, para verificar se o manuscrito obedece a critérios básicos quanto à estrutura do texto e tipos de documentos. Se aprovado, ele receberá um *doi* que garante sua divulgação internacional imediata.
- (2) Concomitantemente, caso você queira, pode submetê-lo à Revista Ciência & Saúde Coletiva. Os dois processos são compatíveis.
- (3) Você pode optar por apresentar o artigo apenas à Revista Ciência & Saúde Coletiva. A submissão a repositório *preprint* não é obrigatória.

A partir de 20 de janeiro de 2021, será cobrada uma taxa de submissão de R\$ 100,00 (cem reais) para artigos nacionais e US\$ 25,00 (vinte e cinco dólares) para artigos

internacionais. O valor não será devolvido em caso de recusa do material. Este apoio dos autores é indispensável para financiar o custeio da Revista, viabilizando a publicação com acesso universal dos leitores. Não é cobrada taxa de publicação. Caso o artigo vá para avaliação e receba o parecer Minor Revision (Pequena revisão) ou Major Revision (Grande Revisão) não é necessário pagar a taxa novamente quando enviar a revisão com as correções solicitadas. Somente os artigos de chamada pública com recursos próprios estão isentos de pagamento de taxa de submissão.

## **Orientações para organização de números temáticos**

**1.** A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates inter pares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

### **2. Modalidades de Números Temáticos:**

**2.1.** Por Termo de Referência a convite da Editoria da Revista - enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.

**2.2.** Por Termo de Referência fechado - enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.

**2.3.** Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas. Os artigos para essa modalidade só serão aceitos os enviados no e-mail informado na chamada.

Maiores informações no site da Revista em:

<https://cienciaesaudecoletiva.com.br/chamada-publica>

**2.4.** Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

### **O que uma proposta de número temático deve conter?**

### **No conteúdo:**

- Artigos inéditos sobre o assunto temático em seus mais diferentes aspectos, devendo ser quase todos ou na totalidade, frutos de pesquisa. E algum texto de opinião que contemple o livre pensar de alguém importante da área e que tem domínio intelectual sobre o tema, o que pode ser substituído por uma entrevista com uma pessoa de referência no assunto. Uma ou duas resenhas.
- Deve incluir pesquisadores de instituições diferentes (se possível, também colegas de outros países que trabalham com o mesmo tema). Aceitam-se artigos, além de em português, em espanhol, inglês e francês.
- Um mesmo autor não pode ter seu nome incluído em mais de três artigos.

### **Na forma**

- Título (ainda que provisório) da proposta do número temático;
- Nome ou nomes dos proponentes.
- Justificativa resumida em um ou dois parágrafos contendo o tema, os objetivos da proposta, seu contexto, significado, originalidade e relevância para a Saúde Coletiva.
- Listagem dos dez (no máximo 15) artigos propostos já com possíveis títulos e nomes dos possíveis autores que serão convidados.
- Proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto;
- Proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.
- O Editorial também é responsabilidade dos proponentes.

### **Recomendações para a submissão de artigos**

#### **Notas sobre a Política Editorial**

A Revista Ciência & Saúde Coletiva reafirma sua missão de **veicular artigos originais, que tragam novidade e proporcionem avanço no conhecimento da área de saúde coletiva**. Qualquer texto que caiba nesse escopo é e será sempre bem-vindo, dentro dos critérios descritos a seguir:

- (1) O artigo não deve tratar apenas de questões de interesse local ou situar-se somente no plano descritivo.
- (2) Na sua introdução, o autor precisa deixar claro o caráter inédito da contribuição que seu artigo traz. Também é altamente recomendado que, na carta ao editor, o autor explicita, de forma detalhada, porque seu artigo constitui uma novidade e em que ele contribui para o avanço do conhecimento.

- (3) As discussões dos dados devem apresentar uma análise que, ao mesmo tempo, valorize especificidade dos achados de pesquisa ou da revisão, e coloque esses achados em diálogo com a literatura nacional e internacional.
- (4) O artigo qualitativo precisa apresentar, de forma explícita, análises e interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica que promova diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva. Exige-se também que o texto valorize o conhecimento nacional e internacional.
- (5) Quanto aos artigos de cunho quantitativo, a revista prioriza os de base populacional e provenientes de amostragem aleatória. Não se encaixam na linha editorial: os que apresentam amostras de conveniência, pequenas ou apenas descritivas; ou análises sem fundamento teórico e discussões e interpretações superficiais.
- (6) As revisões não devem apenas sumarizar o atual estado da arte, mas precisam interpretar as evidências disponíveis e produzir uma síntese que contribua para o avanço do conhecimento. Assim, a nossa orientação é publicar somente revisões de alta relevância, abrangência, originalidade e consistência teórica e metodológica, que de fato tragam novos conhecimentos ao campo da Saúde Coletiva.

Nota importante - Dado o exponencial aumento da demanda à Revista (que em 2020 ultrapassou 4.000 originais), todos os artigos passam por uma triagem inicial, realizada pelos editores-chefes. Sua decisão sobre o aceite ou não é baseada nas prioridades citadas e no mérito do manuscrito quanto à originalidade, pertinência da análise estatística ou qualitativa, adequação dos métodos e riqueza interpretativa da discussão. Levando em conta tais critérios, apenas uma pequena proporção dos originais, atualmente, é encaminhada para revisores e recebe parecer detalhado.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, [www.icmje.org](http://www.icmje.org) ou [www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf](http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf). Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

### **Seções da publicação**

**Editorial:** de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

**Artigos Temáticos:** devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

**Artigos de Temas Livres:** devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

**Artigos de Revisão:** Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

**Opinião:** texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

**Resenhas:** análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. O autor deve atribuir um título para a resenha no campo título resumido (*running head*) quando fizer a submissão. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

**Cartas:** com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica.

O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

## **Apresentação de manuscritos**

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica,

sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/keywords. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH.

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/>e <http://decs.bvs.br/>).

10. Passa a ser obrigatória a inclusão do ID ORCID no momento da submissão do artigo. Para criar um ID ORCID acesse: <http://orcid.org/content/initiative10>. Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é obrigatório que apenas um autor tenha o registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID), mas quando o artigo for aprovado e para ser publicado no SciELO, todos os autores deverão ter o registro no ORCID. Portanto, aos autores que não o têm ainda, é recomendado que façam o registro e o validem no ScholarOne. Para se registrar no ORCID entre no site (<https://orcid.org/>) e para validar o ORCID no ScholarOne, acesse o site (<https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>), e depois, na página de Log In, clique no botão Log In With ORCID iD.

## **Autoria**

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. O limite de autores por artigo é de oito autores, se exceder esse limite, os demais terão seus nomes incluídos nos agradecimentos. Há artigos com mais autores em se tratando de grupos de pesquisa ou em casos excepcionais com autorização dos editores.
3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

### **Nomenclaturas**

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

### **Ilustrações e Escalas**

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada)**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações

sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

## **Agradecimentos**

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

## **Financiamento**

RC&SC atende Portaria N<sup>o</sup> 206 do ano de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre obrigatoriedade de citação da CAPES para os trabalhos produzidos ou publicados, em qualquer mídia, que decorram de atividades financiadas, integral ou parcialmente, pela CAPES. Esses trabalhos científicos devem identificar a fonte de financiamento através da utilização do código 001 para todos os financiamentos recebidos.

## **Referências**

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:  
ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” <sup>11</sup> (p.38).  
ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza <sup>4</sup>, a cidade...”  
As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.
3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* ([http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)).
4. Os nomes das revistas **devem** ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

### **Artigos em periódicos**

1. Artigo padrão (**incluir todos os autores sem utilizar a expressão *et al.***)  
Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.  
Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.
2. Instituição como autor  
The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284.
3. Sem indicação de autoria  
Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84(2):15.
4. Número com suplemento  
Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347(9011):1337.

**Livros e outras monografias**

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana - BA*

[dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

### **Outros trabalhos publicados**

#### 13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

#### 14. Material audiovisual

*HIV+/AIDS: the facts and the future* [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

#### 15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

### **Material no prelo ou não publicado**

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.  
Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

### **Material eletrônico**

#### 16. Artigo em formato eletrônico

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

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

#### 17. Monografia em formato eletrônico



*CDI, clinical dermatology illustrated* [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2<sup>a</sup> ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

#### 18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program].  
Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Os artigos serão avaliados através da Revisão de pares por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.