



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ

**ESCOLA DE CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE COLETIVA**

MARIANA PEROTTA

**ABORDAGEM EPIDEMIOLÓGICA DE GESTANTES HIV+ DE
CURITIBA-PR E REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE TAXA DE
TRANSMISSÃO VERTICAL**

Curitiba

2023

MARIANA PEROTTA

**ABORDAGEM EPIDEMIOLÓGICA DE GESTANTES HIV+ DE
CURITIBA-PR E REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE TAXA DE
TRANSMISSÃO VERTICAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Odontologia, Área de Concentração em Saúde Coletiva.

**Orientador: Prof. Dr. Samuel Jorge Moysés
Coorientadora: Prof. Dra. Juliana Schaia
Rocha Orsi**

**Curitiba
2023**

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central
Sônia Maria Magalhães da Silva – CRB 9/1191

P453a
2023 Perotta, Mariana
Abordagem epidemiológica de gestantes HIV+ de Curitiba-PR e revisão sistemática sobre taxa de transmissão vertical / Mariana Perotta ; orientador: Samuel Jorge Moysés; coorientadora: Juliana Schaia Rocha Orsi. – 2023.
98 f. ; il. : 30 cm

Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2023
Inclui bibliografias

1. Mulheres HIV-positivo. 2. Grávidas – Curitiba (PR). 3. Transmissão vertical de doenças infecciosas. I. Moysés, Samuel Jorge. II. Orsi, Juliana Schaia Rocha. Ramos. III. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Educação. IV. Título.

CDD. 20. ed. – 616.9792



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ

Escola de Medicina e Ciências da Vida

TERMO DE APROVAÇÃO

MARIANA PEROTTA

ABORDAGEM EPIDEMIOLÓGICA DE GESTANTES HIV+ DE CURITIBA-PR E REVISÃO
SISTEMÁTICA SOBRE TAXA DE TRANSMISSÃO VERTICAL

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Pontifícia
Universidade Católica do Paraná, como parte dos requisitos parciais para a obtenção do
Título de **Doutor em Odontologia**, Área de Concentração **Saúde Coletiva**.

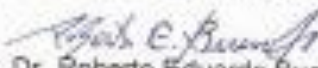
Orientador (a):


Prof. Dr. Samuel Jorge Moysés
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, PUCPR


Prof. Dr. Elisa Souza Camargo
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, PUCPR


Prof. Dr. Renata Iani Werneck
Programa de Pós-graduação em Odontologia, PUCPR


Prof. Dr. Giovana Daniela Pecharki Vianna
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, UFPR


Prof. Dr. Roberto Eduardo Bueno
Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas, UFPR

Curitiba, 10 de fevereiro de 2023.

Dedico esse trabalho ...

A Deus que permitiu que um sonho se tornasse realidade.

As mulheres, em especial, as que vivem com HIV, que ainda enfrentam tantos desafios e preconceitos.

A todas as pessoas que me incentivaram e acreditaram que seria possível.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me conduzir e me amparar nas minhas escolhas. A crença na infinitude da vida guia minhas atitudes e norteia minhas decisões, auxiliando na busca de uma conduta sempre baseada no bem.

Agradeço aos meus pais, **João Nelson e Maria Teresinha**, por me ensinarem a importância e o valor da educação e sempre apoiarem as minhas escolhas. Aos meus irmãos, **Carolina, João Henrique e Fabiana**, por me ajudarem a construir a minha trajetória; e aos meus sobrinhos **Marina, Pedro, Livia e João Vicente**, por serem as crianças da minha vida e meus incentivadores.

Ao meu namorado, **Vinicius Pegas Oenning**, por me incentivar e dividir comigo as fases dessa jornada, sempre me apoiando. Por entender os momentos de ausência e ser meu suporte nos momentos mais desafiadores.

Agradeço a todos os professores que participaram da minha formação contribuindo para a admiração pela docência e o incentivo para seguir nesse caminho. Em especial, ao professor **Eduardo Karam Saltori**, que desde a graduação me incentivou, que me propiciou a primeira oportunidade de exercer a docência, que me incentivou a fazer o mestrado e que é um dos meus exemplos como profissional.

Agradecimento especial ao meu orientador, professor **Samuel Jorge Moysés**, que desde a primeira conversa me acolheu e me orientou nessa jornada. Seu exemplo de dedicação e conduta, e todo seu conhecimento compartilhado com doação, sem restrições, foram o meu maior aprendizado nesse processo. Minha admiração pelo professor e formador de opinião que ele é cresceram ao longo desses anos do doutorado e me ajudaram a admirar ainda mais a Odontologia, e em especial a Saúde Coletiva.

Agradeço a professora **Juliana Schaia Rocha Orsi** pela sua dedicação, pelo seu acolhimento e incentivo, sempre com muita paciência e carinho. Com o seu exemplo aprendi que a dedicação, o esforço e a generosidade em transmitir conhecimento geram frutos e impacto positivo na formação dos seus alunos.

Agradeço a todos os colegas que dividiram comigo essa jornada e que ajudaram a deixar esse caminho mais fácil e leve.

À **Pontifícia Universidade Católica do Paraná** e ao **Programa de Pós-graduação em Odontologia**, por me proporcionarem uma formação de qualidade.

À **Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba** pelo apoio para a realização dessa pesquisa.

Aos meus alunos, que mesmo não participando diretamente dessa etapa, são os meus maiores incentivadores para que eu procure sempre me atualizar e contribuir positivamente na sua formação, tanto como profissionais da saúde quanto como pessoas, conscientes do seu papel na sociedade.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES), pela isenção que proporcionou a realização desse trabalho.

“O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001

*O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada.
Caminhando e semeando, no fim, terás o que colher.*

Cora Coralina

SUMÁRIO

RESUMO	1
INTRODUÇÃO GERAL.....	4
ARTIGO 1 - VERSÃO EM PORTUGUÊS	7
Página título	7
Resumo.....	7
Introdução	8
Material e Métodos.....	9
Resultados	11
Discussão	17
Conclusão	23
Referências	25
ARTIGO 2 - VERSÃO EM PORTUGUÊS	42
Página título	42
Resumo.....	42
Introdução.....	43
Material e Método	45
Resultados	52
Discussão	59
Conclusão	60
Referências.....	61
Anexos.....	69
CONCLUSÕES GERAIS	84
Referências utilizadas na Introdução Geral	86
ANEXOS.....	88
Pareceres de Comitês de Ética	88



RESUMO

As mulheres representam cerca de metade da população mundial que vive com HIV. Nesse contexto feminino da referida infecção, é importante considerar a condição das gestantes e sua eventual positividade para HIV, bem como o acesso à testagem, ao pré-natal e à medicação antirretroviral, acompanhando a evolução da gravidez, os cuidados no momento do parto e o uso correto da medicação pelos bebês nas primeiras 24 horas de vida. O controle da transmissão vertical, considerada a principal via de contaminação das crianças, é um indicador importante nesse contexto e está diretamente associado ao uso correto da medicação antirretroviral. No município de Curitiba, as gestantes HIV positivo têm acesso a um programa de pré-natal bem estruturado, com políticas de saúde adequadas que contribuem para o manejo desses indicadores, denominado Mãe Curitibana vale a vida. O objetivo geral deste estudo foi descrever o perfil sociodemográfico e de saúde das gestantes com diagnóstico positivo para HIV, nos anos de 2018, 2019 e 2020, do município de Curitiba, Paraná, Brasil. Metodologicamente, a pesquisa se desdobrou em dois estudos. No primeiro, foi realizado um estudo de natureza epidemiológica observacional, com abordagem quantitativa, em base de dados secundários referentes às notificações de gestantes HIV positivo do município de Curitiba-PR, nos anos de 2018, 2019 e 2020. O objetivo foi descrever o perfil sociodemográfico e aspectos gestacionais dessas mulheres. Os dados foram coletados do banco do SINAN (Sistema de



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA

Informação de Agravos de Notificação) e divididos em variáveis sociodemográficas e fatores gestacionais. Os resultados demonstram que a amostra (n=307) foi formada, em sua maioria, por mulheres na faixa etária de 13-30 anos, brancas e com ensino fundamental incompleto. O pré-natal foi realizado por 93,8% das gestantes, sendo que 82,4% delas faziam uso de medicação antirretroviral, 45% realizaram cesárea eletiva e para 74,6% o desfecho da gestação foi bebê nascido vivo. As variáveis estatisticamente associadas ao pré-natal foram evolução da gravidez, profilaxia com antirretroviral, tipo de parto e antirretroviral no parto ($p<0,001$). Esses resultados permitiram concluir que as gestantes de Curitiba-PR com diagnóstico de HIV apresentaram indicadores gestacionais desejados e que os dados coletados permitiram descrever o perfil da amostra e avaliar o desempenho da política de saúde para as gestantes. No segundo estudo, foi conduzida uma revisão sistemática com a pergunta norteadora: Qual a prevalência da transmissão vertical do HIV após implementação da terapia B+? A estratégia de buscas na literatura especializada foi realizada nas bases de dados *PubMed*, *Scopus*, *Cinahl*, *Cochrane Library*, *Scielo*, *Web of Science* e *Latin American and Caribbean Health Sciences Literature database-Lilacs* (via BVS), sem restrição de idiomas ou de ano de publicação. A literatura cinzenta também foi explorada. A síntese dos achados da revisão e a análise de qualidade do material incluído na mesma foram realizadas por dois pesquisadores que atuaram de forma independente. Após remoção das duplicatas, foram selecionados 1428 artigos, sendo que ao final das etapas metodológicas usualmente previstas em uma



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA

revisão sistemática, 13 artigos foram incluídos na revisão. O risco de viés foi avaliado pelo instrumento *JBI – Joanna Briggs Institute* sendo que a maioria dos artigos (71%) foi considerada de alta qualidade. A taxa de transmissão vertical variou de zero a 5,9%, sendo que em apenas dois artigos ela foi maior que 5%. Uma taxa de transmissão vertical abaixo de 5% é um dos indicadores preconizados pela Organização Mundial da Saúde e os resultados dos estudos incluídos nessa revisão demonstraram que, após a implementação da terapia B+, a maioria deles conseguiu atingir essa meta, demonstrando a efetividade desta medida preventivo-terapêutica.



INTRODUÇÃO GERAL

O vírus da imunodeficiência adquirida infecta uma parcela significativa da população mundial. De acordo com dados do Programa conjunto das Nações Unidas sobre HIV e AIDS (UNAIDS), em 2021, havia 38,4 milhões de pessoas vivendo com HIV/AIDS no mundo, sendo que 54% eram meninas ou mulheres¹. No Brasil, no período de 2007 a junho de 2021, o número de mulheres infectadas pelo HIV notificados no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) representou 30,2% dos casos².

Ao analisar esse contexto da infecção pelo HIV é fundamental considerar a vulnerabilidade feminina como um desafio de cuidados em saúde. Ainda, ao avaliar as questões relacionadas à exposição das mulheres é necessário aprofundar as questões socioculturais e epidemiológicas, com base em informações sociodemográficas e biológicas, observando como tais aspectos influenciam a suscetibilidade à infecção pelo vírus. As políticas públicas de prevenção do HIV/AIDS e promoção da saúde da mulher precisam se municiar de estratégias de sensibilização sobre vulnerabilidade, fatores de risco e exposição³.

No enfrentamento da infecção pelo HIV em mulheres, o período relacionado à concepção e maternidade é relevante para evitar a transmissão vertical para o bebê. Este tem sido um foco importante de atuação, no entanto, existem outros fatores importantes a serem considerados para uma mulher HIV positivo que deseja engravidar, incluindo a prevenção da transmissão horizontal entre parceiros, a otimização da terapia antirretroviral (TARV), a descontinuação de medicamentos potencialmente teratogênicos, a promoção de um estilo de vida saudável antes da concepção para reduzir as complicações maternas e fetais e o planejamento de uma gravidez no contexto da infecção pelo HIV^{4,5,6}.

Globalmente, atribui-se à transmissão de mãe para filho uma responsabilidade de cerca de 90% das infecções de crianças pelo HIV⁷. Para evitar essa forma de transmissão, foram desenvolvidas e implementadas diferentes opções de programas de prevenção da transmissão vertical (PTV), tais como a



opção A, a opção B e a opção B+. Tanto para a administração da opção A quanto para da opção B a taxa de CD4 tem que ser maior do que 350 células/mm³; na opção A, a gestante recebe uma dose de antirretroviral na 14^a semana de gestação, seguida por uma dose única no início do trabalho de parto e um coquetel até uma semana após o parto. Na opção B é fornecido um regime de dose tripla inicial de antirretrovirais, sendo que a medicação é continuada intraparto até o nascimento do bebê⁸.

A opção B+ foi preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2013 e passou a ser oficialmente exigida em 2015, sendo um recurso de oferecer a todas as mulheres grávidas e lactantes a terapia antirretroviral ao longo da vida, independente da contagem de CD4 e do estágio clínico da doença. Com essa terapia, o objetivo é reduzir a transmissão vertical para menos de 5% em mulheres que amamentam e menos de 2% para aquelas que não amamentam⁷. Sendo assim, é relevante revisar a literatura de maneira sistemática para verificar se esse objetivo conseguiu ser atingido nos serviços onde foi implementado.

A acessibilidade a terapias antirretrovirais e adesão ao tratamento, somadas a testagem das gestantes para o HIV, constituem medidas efetivas no controle da transmissão vertical. Porém, a falta de conhecimento da sorologia do parceiro antes da concepção, a baixa cobertura de repetição de testes durante a gravidez, as barreiras que dificultam o acesso e a adesão e os comportamentos de risco (sexo sem proteção e múltiplos parceiros) podem comprometer esse controle⁹.

Cabe ainda nesse contexto, considerar os Determinantes Sociais de Saúde (DSS), que são uma rede complexa de fatores que ameaçam, promovem ou protegem a saúde. Esses fatores se inter-relacionam e condicionam o processo saúde-doença na especificidade do indivíduo e na abrangência do modo de vida coletivo, considerando a vulnerabilidade envolvida na condição de soropositividade para o HIV. Eles relacionam-se ainda aos fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam diretamente na ocorrência de problemas de saúde¹⁰.



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA

Apesar dos serviços de vigilância epidemiológica compilarem os dados relativos à AIDS em boletins periódicos, incluindo dados das gestantes HIV positivo, não foi encontrado, na literatura consultada, um estudo analisando os dados sociodemográficos e gestacionais das gestantes HIV positivo do município de Curitiba-PR.

Assim, o objetivo geral desse trabalho foi realizar um estudo epidemiológico de gestantes com diagnóstico positivo para o HIV no município de Curitiba-PR e sistematizar a evidência sobre taxa de transmissão vertical por meio de revisão sistemática da literatura.

Os objetivos específicos foram: investigar o perfil sociodemográfico e gestacional de mulheres HIV positivo de Curitiba, para os anos de 2018, 2019 e 2020, com foco nos aspectos de pré-natal e parto; analisar, para os anos de 2018, 2019 e 2020, informações sobre o provável modo de transmissão, as condições de saúde e o tratamento recebido por mulheres gestantes HIV positivo em Curitiba; revisar sistematicamente a literatura, com enfoque para a taxa de transmissão vertical, após implementação da terapia B+ internacionalmente.



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA

ARTIGO 1 - VERSÃO EM PORTUGUÊS

Página título

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E ASPECTOS GESTACIONAIS DE MULHERES COM HIV/AIDS DE CURITIBA, BRASIL

Mariana Perotta^a

^a Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Escola de Medicina e Ciências da Vida
Programa de Pós-Graduação em Odontologia
Área de concentração: Saúde Coletiva

Recebido em 29 jun 2022

Aceito em 09 jan 2023

Resumo

Objetivo: descrever o perfil sociodemográfico e gestacional de mulheres HIV positivo de Curitiba-PR, anos 2018-2020. **Método:** pesquisa observacional, transversal, com dados do Sistema de Informação de Agravos de notificação das gestantes. Os dados foram analisados para exploração de consistência, descrição e análise. **Resultados:** amostra perfilou-se majoritariamente por mulheres brancas na faixa etária de 13-30 anos. Pré-natal foi realizado por 93,8% das gestantes, sendo que 66,1% sabiam sua condição sorológica antes do pré-natal e 45% receberam a notificação no 1º trimestre. O acesso à medicação antirretroviral ocorreu para 82,4% das gestantes e para 74,6% o desfecho da gestação foi bebê nascido vivo. As variáveis estatisticamente associadas ao pré-natal foram evolução da gravidez, profilaxia com antirretroviral, tipo de parto e antirretroviral no parto



($p < 0,001$). **Conclusão:** as gestantes da amostra apresentaram indicadores gestacionais desejados. Os dados coletados permitiram descrever o perfil da amostra e avaliar o desempenho da política de saúde para gestantes.

Palavras-chave: HIV. Gestante. Transmissão vertical de doença infecciosa. Pré-natal. Antirretroviral. Política de saúde.

Introdução

A realidade da epidemia da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) e da contaminação pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) vem se modificando no Brasil e no mundo, refletindo no perfil epidemiológico das pessoas infectadas vivendo com HIV¹. Por volta da década de 1980, a literatura relatava maior prevalência de infecção em homossexuais e bissexuais masculinos; com o passar do tempo houve um aumento entre heterossexuais, o que incrementou a feminização da epidemia^{2,3}.

O aumento da infecção em mulheres, em sua maioria em idade fértil, refletiu no aumento de gestantes portadoras do HIV⁴. Grande parte dos diagnósticos da infecção pelo HIV em mulheres ocorre durante a gestação, acarretando o risco da transmissão vertical que é a principal via de infecção de crianças. Segundo o protocolo clínico do Ministério da Saúde de 2019, em gestações planejadas, com intervenções realizadas adequadamente durante o pré-natal, parto e amamentação, o risco da transmissão do HIV pode ser reduzido a menos de 2%^{5,6}. No entanto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) adverte que sem esse adequado planejamento o risco é de 15% a 45%⁷.

Incluir no pré-natal a realização de teste para o HIV gera uma oportunidade para ações profiláticas, pois o conhecimento do diagnóstico positivo direciona melhores ações de saúde, tais como a escolha da terapia antirretroviral (TARV) adequada, o planejamento do tipo de parto e o início precoce da profilaxia para os



recém-nascidos expostos. Tudo isso, obviamente, com o objetivo de minimizar os fatores de risco da transmissão vertical e desfechos pós-natais desfavoráveis^{8,9}.

Doenças transmissíveis e que geram grande impacto na população, como a AIDS, precisam ser levadas ao conhecimento das autoridades sanitárias para nortear políticas públicas. A maneira como isso acontece é pela notificação compulsória. O diagnóstico da infecção pelo HIV e o estabelecimento da AIDS fazem parte da lista nacional de notificação compulsória de doenças. A notificação da AIDS é obrigatória desde 1986, a infecção pelo HIV na gravidez desde 2000, e a infecção pelo HIV desde 2014. No Brasil, no período de 2000 até junho de 2021, foram notificadas 141.025 gestantes infectadas com HIV¹⁰.

A análise de dados do perfil epidemiológico de gestantes HIV positivo contribui para melhor compreensão contextual da saúde da mulher e da gestante, com reflexos na saúde de seus bebês. A cidade de Curitiba-PR tem um programa bem estruturado de pré-natal que inclui as gestantes HIV positivo. No entanto, não foi observado, na literatura consultada, nenhum estudo explorando os dados dessas gestantes, permitindo descrever um perfil, tanto sociodemográfico quanto gestacional, com a possibilidade de contribuir para o refinamento de políticas públicas. Desse modo, estabeleceram-se as seguintes questões norteadoras: qual o perfil das gestantes HIV positivo de Curitiba-PR? Os indicadores gestacionais são favoráveis?

Assim, o objetivo do presente estudo foi descrever o perfil sociodemográfico e gestacional de mulheres HIV positivo da cidade de Curitiba-PR, dos anos de 2018, 2019 e 2020.

Material e Métodos

Estudo de natureza epidemiológica observacional, com abordagem quantitativa, transversal, utilizando bases de dados secundários, ou seja, proveniente de sistemas de informação em saúde da rede pública.



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba sob parecer nº 4.410.964.

A base utilizada foi o banco do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) com os dados referentes as fichas de notificação de gestante HIV positivo e também de notificação de AIDS para adultos, que inclui gestantes. Como esses dados são sigilosos, a coleta só foi realizada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Um único pesquisador compareceu à Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba onde um profissional do setor de epidemiologia acessou o banco do SINAN. O pesquisador realizou a coleta dos dados diretamente da planilha do SINAN.

Foram coletados os dados de todas as gestantes com diagnóstico de HIV positivo que foram notificadas nos anos de 2018, 2019 e 2020, caracterizando assim população do estudo. Os critérios de inclusão foram ter a notificação de gestante HIV positivo no período do estudo pelo município de Curitiba-PR, sendo que Curitiba é referência em atendimento às pessoas que vivem com HIV para determinados municípios de região metropolitana.

Os dados coletados foram organizados de acordo com variáveis preestabelecidas como: sociodemográficas (idade, raça/etnia, escolaridade, município de residência) e de fatores gestacionais (momento do diagnóstico da infecção, trimestre em que foi feita a notificação, realização do pré-natal, uso de medicação antirretroviral na gravidez, tipo de parto, se fez uso de medicação antirretroviral durante o parto, qual a evolução da gravidez, quando iniciou a medicação antirretroviral no bebê e como a gestante se contaminou com o HIV).

Os dados foram anotados em uma planilha Microsoft Excel® sendo garantida a anonimização das participantes. Depois foram exportadas para o programa estatístico SPSS (IBM Statistic 25.0®)¹¹ para exploração de consistência, descrição e análise. Foram realizados testes para verificar eventuais associações ou diferenças entre proporções, especialmente quanto ao aspecto de



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA

realização do pré-natal e demais variáveis do estudo. Foi empregado teste Qui-Quadrado de Pearson seguido pelo Teste Z de diferenças entre duas proporções com correção de Bonferroni ($p < 0,05$).

Resultados

No período de 2018 a 2020, na cidade de Curitiba-PR, 307 gestantes HIV positivo foram notificadas no SINAN. De acordo com as notificações, dentre essas gestantes, houve um predomínio de mulheres que tinham entre 13 e 30 anos (58,3%); eram brancas (74,6%) e tinham o ensino fundamental incompleto (24,4%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição de frequência de dados sociodemográficos das gestantes da amostra (n=307). Curitiba, PR, Brasil, 2022.

Variável	n	Porcentagem
Idade		
13 a 30 anos	179	58,3%
31 a 49 anos	127	41,4%
Não respondeu	1	0,3%
Total	307	100,0%
Raça/etnia		
Branca	229	74,6%
Negra	62	20,2%
Amarela	7	2,3%
Não respondeu	9	2,9%
Total	307	100,0%



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA

Escolaridade

Ensino fundamental incompleto	75	24,4%
Ensino fundamental completo	34	11,1%
Ensino médio incompleto	42	13,7%
Ensino médio completo	59	19,2%
Superior incompleto	16	5,2%
Superior completo	7	2,3%
Ignorado	74	24,1%
Total	307	100,0%

Município de residência

Curitiba	249	81,1%
Outro município	56	18,2%
Não respondeu	2	0,7%
Total	307	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa, 2018-2020.

A maioria das gestantes (81,1%) residiam em Curitiba (Tabela 1), sendo observada residência em todos os 10 Distritos Sanitários da cidade (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição de frequência das gestantes da amostra quanto ao Distrito Sanitário de residência (n=307). Curitiba, PR, Brasil, 2022.

Distrito Sanitário	n	Porcentagem
Bairro Novo	39	12,7%
Boa Vista	39	12,7%



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA

CIC	39	12,7%
Cajuru	30	9,8%
Tatuquara	25	8,1%
Matriz	20	6,5%
Boqueirão	19	6,2%
Pinheirinho	17	5,5%
Portão	15	4,9%
Santa Felicidade	6	2,0%
Não informado	2	0,7%
Outro município	56	18,2%
Total	307	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2018-2020.

Ao analisar as variáveis gestacionais da amostra, a maioria das mulheres descobriu sua condição sorológica antes do pré-natal (66,1%); teve a notificação de gestante HIV positivo no 1º trimestre (45%); realizou o pré-natal (93,8%); tomou a medicação antirretroviral (82,4%); teve como tipo de parto a cesárea eletiva (45%); usou TARV no momento do parto (65,1%) e se contaminou com o HIV por via sexual (68,1%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição de frequências das variáveis gestacionais da amostra (n=307). Curitiba, PR, Brasil, 2022.

Variável	n	Porcentagem
Diagnóstico da infecção pelo HIV		
Antes do pré-natal	203	66,1%
Durante o pré-natal	92	30,0%
Durante o parto	9	2,9%
Após o parto	3	1,0%
Total	307	100,0%



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA

Notificação de gestante HIV positivo

1º trimestre	138	45,0%
2º trimestre	84	27,3%
3º trimestre	78	25,4%
Idade gestacional ignorada	7	2,3%
Total	307	100,0%

Fez pré-natal

Sim	288	93,8%
Não	13	4,2%
Não respondido	6	2,0%
Total	307	100,0%

Fez profilaxia antirretroviral

Sim	253	82,4%
Não	26	8,5%
Não respondido	19	6,2%
Ignorado	9	2,9%
Total	307	100,0%

Tipo de parto

Cesárea eletiva	138	45,0%
Vaginal	84	27,4%
Cesárea urgência	16	5,2%
Não se aplica	11	3,6%
Não respondido	58	18,8%
Total	307	100,0%

Via de contaminação da gestante

Sexual	209	68,1%
Não soube informar	95	31,0%
Drogas	1	0,3%
Transfusão	1	0,3%



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA

Vertical	1	0,3%
Total	307	100,0%

Uso antirretroviral no parto

Sim	200	65,1%
Não	42	13,7%
Ignorado	65	21,2%
Total	307	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa, 2018-2020.

Em relação ao bebê, para 74,6% o desfecho foi de bebê nascido vivo e 71% iniciaram a TARV nas primeiras 24 horas após o parto (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição de frequências das variáveis gestacionais relativas aos bebês. Curitiba, PR, Brasil, 2022.

Variável	n	Porcentagem
Evolução da gravidez		
Nascido vivo	229	74,6%
Natimorto	2	0,7%
Aborto	16	5,2%
Não se aplica	6	2,0%
Ignorado	54	17,5%
Total	307	100,0%
Início TARV bebê		
Primeiras 24 horas	218	71,0%
Após 24 horas nascimento	2	0,7%
Não se aplica	19	6,2%
Não realizado	4	1,3%
Ignorado	8	2,6%
Não respondido	56	18,2%
Total	307	100,0%



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA

Fonte: Dados da pesquisa, 2018-2020.

Os resultados demonstraram uma significância estatística entre a realização do pré-natal e a evolução positiva da gravidez, a profilaxia com TARV, o tipo de parto e o uso de TARV no momento do parto ($p < 0,001$) (Tabela 5).

Tabela 5 – Testes de diferenças de variáveis gestacionais em relação à realização do pré-natal (n=307). Curitiba, PR, Brasil, 2022.

de pré-natal (n=337): Curitiba, PR, Brasil, 2022.				
Variáveis	Total	Fez pré-natal		Valor de p
	n (%)	sim (%)	não (%)	
Evolução gravidez				
Nascido vivo	229 (74,6%)	220a (96,1%)	9b (3,9%)	<0,001
Natimorto	2 (0,7%)	1a (50%)	1b (50%)	
Aborto	16 (5,2%)	12a (75%)	4b (25%)	
Não se aplica	6 (2,0%)	6a (100%)	0a (0%)	
Ignorado	54 (17,5%)	49a (90,7%)	5b (9,3%)	
Profilaxia antirretroviral				
Sim	253 (82,4%)	253a (100%)	0b (0%)	< 0,001
Não	26 (8,5%)	26a (100%)	0a (0%)	
Ignorado	9 (2,9%)	9a (100%)	0a (0%)	
Não respondido	19 (6,2%)	0a (0%)	19b (100%)	
Tipo de parto				
Vaginal	84 (27,4%)	77a (91,7%)	7a (8,3%)	< 0,001
Cesárea eletiva	138 (45,0%)	137a (99,3%)	1b (0,7%)	
Cesárea urgência	16 (5,2%)	14a (87,5%)	2a (6,3%)	
Não se aplica	11 (3,6%)	7a (63,6%)	4b (36,4%)	
Não respondido	58 (18,8%)	53a (91,4%)	5b (8,6%)	
TARV no parto				
Sim	200 (65,1%)	196a (98%)	4a,b (2,0%)	< 0,001
Não	42 (13,7%)	32a (76,2%)	10b (23,8%)	



Ignorado 65 (21,2%) 60a (92,3%) 5b (7,7%)

Fonte: os autores, 2022.

Teste Qui-Quadrado de Person seguido pelo Teste Z de diferenças entre duas proporções com correção de Bonferroni ($p < 0,05$).

Letras iguais indicam diferença estatisticamente não significantes entre as colunas para cada categoria da variável nas linhas.

Discussão

Em Curitiba, no período de 2018 a 2020, 307 gestantes HIV positivo foram notificadas no SINAN. Nas notificações não há informações referentes a taxa de transmissão vertical, no entanto, de acordo com o Boletim Epidemiológico da cidade, nesse período, a taxa de infecção pelo HIV em crianças com menos de 18 meses variou de 2,1% em 2018, 1,1% em 2019 a zero em 2020⁵.

Com relação a raça/etnia (cor da pele autodeclarada, segundo critério do IBGE), para os casos registrados nacionalmente no SINAN de 2007 a junho de 2018 a prevalência foi maior de gestantes HIV positivo da raça branca (46,1%)⁸, tal como entre as gestantes da amostra da presente pesquisa em Curitiba. Apesar da maioria da população brasileira (46,8%) se autodeclarar parda, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)¹² de 2019, isso pode estar relacionado com o fato das regiões Sudeste e Sul, onde há um maior predomínio de população branca, serem as regiões com maior prevalência de gestantes HIV positivo no Brasil, com 37,4% e 29,5%, respectivamente⁸.

A maioria (58,3%) das gestantes da amostra estão na faixa etária de 13 a 30 anos, embora seja um dado preocupante por serem mulheres jovens, é esperado por ser a idade reprodutiva, e está em concordância com os dados nacionais em que a faixa etária de maior prevalência é a de 20 a 24 anos (27,5%)⁸.

Destaca-se que as fichas de notificação de adultos com AIDS, assim como as de gestantes HIV positivo, não coletam dados relativos à renda. No entanto, estudos afirmam que mulheres jovens, com baixo padrão socioeconômico e poucos anos de estudo formam um grupo vulnerável para infecção perinatal, tanto



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA

pela falta de conhecimento dos fatores relacionados à infecção, quanto pela falta de reconhecimento da importância do pré-natal^{1-2,13}.

Particularmente sobre a cidade de Curitiba, ela é dividida em 10 Distritos Sanitários. São áreas geográficas e administrativas que comportam grupos populacionais com suas específicas características epidemiológicas e sociais, definidoras de iniquidades sociais refletidas na saúde em geral e nas necessidades de cuidados, bem como dos recursos de saúde para atendê-la. Os Distritos Bairro Novo, Boa Vista e CIC tiveram, cada um, 39 gestantes notificadas com HIV, representando juntos 38,1% da amostra. Ao avaliar o indicador de rendimento médio das famílias no conjunto dos Distritos, em 2010, esses três Distritos ficaram abaixo do rendimento médio de município de Curitiba (R\$ 3.774,19), sendo o rendimento dos Distritos Bairro Novo e do CIC os dois rendimentos mais baixos dentre os 10 Distritos.

De acordo com dados do Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba (IPPUC)¹⁴ o Distrito do Boa Vista é o mais populoso e, apesar do Distrito Bairro Novo ser o menos populoso, foi o que apresentou o maior crescimento (16,97%) no período de 2000 a 2010. Alguns estudos também apontam a baixa escolaridade e a baixa renda como indicadores que influenciam a evolução de doenças, tanto pela dificuldade de compreensão das informações disponibilizadas pelos profissionais quanto pela pouca oportunidade de exercer uma atividade remunerada que melhore sua qualidade de vida^{1,13,1516}.

A maior vulnerabilidade das mulheres à infecção pelo HIV pode ser influenciada por fatores objetivos e subjetivos, ressaltando-se em alguns casos o baixo nível de escolaridade, uso irregular de preservativos ou multiplicidade de parceiros. As mulheres estão em risco especial de infecção por HIV e progressão da doença devido a um conjunto de fatores biopolíticos que ainda afetam seus corpos e sexualidade¹⁷. Os fatores biológicos que contribuem para a vulnerabilidade especial das mulheres incluem características hormonais, de desenvolvimento e imunológicas. Fatores sociais e políticos como pobreza,



relações de poder de gênero e violência interagem com fatores biológicos para criar um perfil de risco para o HIV entre as mulheres¹⁸.

Em um estudo nacional em base hospitalar, "Nascer no Brasil", sobre gestantes HIV positivo, das 74 gestantes da amostra 84,0% foram diagnosticadas com HIV antes e durante o pré-natal, 95,8% realizaram pelo menos uma consulta de pré-natal e 74,9% usaram medicação antirretroviral durante a gravidez⁶. Na amostra do presente estudo os dados em relação ao diagnóstico ter ocorrido antes e durante o pré-natal (96,1%) e as gestantes terem feito uso de TARV (82,4%) foram melhores do que os dados nacionais. No entanto, apesar da taxa de gestantes que realizaram pré-natal em Curitiba (93,8%) ter sido em padrões aceitáveis, ficou um pouco abaixo do estudo nacional, mas acima de outros estudos como o de um estudo no Amapá¹⁹ que foi de 81,8%; do estudo de Alagoas² que foi 84,7%; e do estudo da Paraíba²⁰ que foi de 89%.

No entanto, é preciso ressaltar que apesar da alta porcentagem de gestantes que realizaram o pré-natal isso não necessariamente é sinônimo de qualidade, pois existem critérios como número de consultas, realização de exames laboratoriais que avaliam essa qualidade¹⁹, porém o dado do SINAN traz apenas a informação se fez ou não o pré-natal, não permitindo, dentro da proposta de avaliar o perfil das gestantes com esses dados, avaliar a qualidade do pré-natal.

Ainda sobre os dados do pré-natal, além de constatar uma boa porcentagem de gestantes que o realizaram, é importante considerar as 13 gestantes (4,2%) que não o fizeram. Além do pré-natal contribuir para a identificação do risco gestacional e condução adequada da gestante, esses dados podem estar relacionados com a falta de conhecimento da sua própria condição²¹. As 13 gestantes estavam em sua maioria (76,9%) na faixa etária de 31-49 anos, eram brancas (53,8%), com ensino fundamental incompleto/completo (30,8%) e residiam no distrito sanitário CIC (38,5%). 53,8% realizaram parto vaginal, em 61,5% das gestações o desfecho foi bebê nascido vivo, e em 76,9% não foi feita TARV no momento do parto. Aqui há aspectos relevantes, pois mais da metade dessas gestantes tiveram parto vaginal



e 76,9% não receberam medicação antirretroviral no momento do parto, condições diretamente relacionadas com o risco de transmissão vertical.

Na Declaração Política da Assembleia Geral das Nações Unidas²², de 2016, sobre o fim da AIDS, foi firmado o compromisso dos países com a meta 90-90-90, na qual 90% de todas as pessoas vivendo com HIV conheceriam seu status sorológico, 90% das pessoas com diagnóstico positivo receberiam TARV contínua, e 90% das pessoas que receberiam TARV teriam supressão viral, até 2020. Dentre as gestantes da presente amostra, foi atingida essa meta em relação ao conhecimento do status sorológico, pois 96,1% das gestantes souberam da sua infecção antes e/ou durante o pré-natal; no entanto, a meta do uso da medicação antirretroviral não foi atingido por 90% da amostra. Os dados do SINAN não informam a carga viral da gestante, impedindo a avaliação do cumprimento da última meta da OMS.

A ausência desse dado impossibilita a avaliação de uma outra condição, pois o protocolo clínico do Ministério da Saúde²³ orienta que as gestantes que apresentem carga viral indetectável, próxima ao parto, não devem ser submetidas a cesárea eletiva, e sim que a via de parto seja escolhida pela indicação obstétrica. O percentual de cesárea eletiva na presente pesquisa foi o maior (45%) dentre as vias de parto, mas sem o dado da carga viral não há como afirmar que as indicações foram corretas. Tal situação também foi descrita em outros estudos^{1,2,4,20,24}.

Quanto a evidência laboratorial, a maioria das gestantes já sabiam da sua infecção pelo HIV antes do pré-natal (66,1%) ou ficaram sabendo do seu diagnóstico durante o pré-natal (30%). Isso é positivo e reforça a importância do acompanhamento da gestação, ao propiciar o início da TARV para controle da carga viral e diminuir o risco de transmissão vertical. Porém, é importante também voltar o olhar para as gestantes que souberam da sua condição sorológica durante o parto (9) e após o parto (3) e buscar localizar onde está a fragilidade ou falha na



rede do cuidado prestado na cobertura do pré-natal e realização de testes rápidos para HIV^{13,24}.

Apesar da maioria das gestantes HIV positivo terem a sua notificação feita no 1º trimestre da gestação, é relevante considerar que mais da metade (52,5%) teve a notificação no 2º e 3º trimestres, o que contribui para um atraso no início da TARV. Isso pode ser analisado como uma captação tardia das gestantes, influenciando não apenas no manejo da infecção do HIV como de outras condições sistêmicas da gestação^{13,24}.

De todo modo, os resultados principais demonstraram uma significância estatística entre a realização do pré-natal e a evolução positiva da gravidez, a profilaxia com TARV, o tipo de parto e o uso de TARV no momento do parto. Isso evidencia que o pré-natal contribui para o desfecho do bebê nascido vivo e o acesso a medicação antirretroviral, sendo fundamental para a busca de ações e serviços que melhorem a saúde da gestante HIV positivo e do seu filho. O uso de TARV, tanto durante a gestação quanto no momento do parto, é imprescindível para que a gestante se mantenha com carga viral baixa ou indetectável e assim esteja saudável e tenha pouco ou nenhum risco de transmitir o vírus para o seu bebê^{4,13}. No entanto, um dado merece atenção: todas as 26 gestantes que não fizeram uso de TARV ao longo da gestação realizaram pré-natal, ou seja, isso pode significar tanto uma falha na conduta do serviço quanto uma falha no preenchimento da notificação.

Do total das gestantes HIV positivo, 65,1% receberam medicação antirretroviral no momento do parto e 71% dos recém-nascidos receberam TARV nas primeiras 24 horas. Esse resultado foi inferior ao estudo nacional de base hospitalar⁶, mas superior a estudos do Rio de Janeiro²⁵ e Santa Catarina²⁶.

A principal via de contaminação pelo HIV declarada pelas gestantes da amostra foi a sexual, sendo essa a principal via de contaminação relatada pela literatura^{1,27}, sendo que 31% das gestantes declararam não saber informar como se contaminaram. A literatura aponta que o diagnóstico do HIV continua associado



a tabus comportamentais, em que as mulheres não podem desfrutar da sua sexualidade de forma livre de preconceitos. Ao descobrirem a soropositividade, podem ser estigmatizadas com a ideia de que não seguiram as normas estabelecidas pela sociedade patriarcal, sendo vistas como "merecedoras" da infecção. Além disso, as mulheres vivendo com HIV podem apresentar contextos de vulnerabilização social e violência como uma das marcas da dinâmica do HIV/AIDS no universo feminino, sugerindo que esta infecção se inscreve em um âmbito de iniquidade de gênero e exclusão social já vivenciadas anteriormente²⁷⁻²⁹.

A transmissão vertical do HIV é a principal via de contaminação das crianças sendo a sua eliminação imprescindível no manejo da epidemia e um dos objetivos dos programas de pré-natal. No guia para a certificação da eliminação da transmissão vertical de HIV e/ou sífilis do Ministério da Saúde³⁰, para obter a certificação é necessário atender aos seguintes critérios mínimos: alcançar e manter as metas dos indicadores de impacto por pelo menos um ano (último ano) e as metas dos indicadores de processo por pelo menos dois anos (últimos dois anos); dispor de sistema de vigilância e monitoramento; implementar comitê de investigação para prevenção da transmissão vertical de HIV e/ou sífilis; comprovar que foram tomadas todas as medidas preventivas adequadas; resguardar os direitos humanos fundamentais, inclusive o direito à saúde e seus determinantes sociais.

Em dezembro de 2017, Curitiba foi a primeira cidade do país a receber o certificado de eliminação da transmissão vertical do HIV. É possível afirmar que o início desse processo de certificação se deu com o "Programa Mãe Curitibana Vale a Vida" implantado em março de 1999, pois foi nesse programa que se instituiu o protocolo de testagem de HIV. Outra iniciativa de vanguarda foi possibilitar a testagem de HIV em todas as unidades públicas de saúde para a população em geral, a partir de 2001. Em 2007 foi incluído o teste rápido nas maternidades e o manejo da infecção diretamente na atenção primária. Somado a esse processo,



veio a notificação de infecção pelo HIV, possibilitando uma leitura mais rápida e assertiva dos caminhos da epidemia, assim como melhores estratégias de abordagem⁵.

O Boletim Epidemiológico AIDS/HIV de Curitiba, de dezembro de 2021, elaborado com os dados até dezembro de 2020, informa que em 2019 a cidade foi reavaliada e foi mantida a certificação pelos dados de 2017 e 2018. Ressaltou-se que para os critérios ou manutenção da certificação não são contabilizados os casos de transmissão vertical por amamentação ou de gestantes que realizaram o pré-natal em outro município⁵.

As limitações deste estudo referem-se ao uso de dados secundários que podem apresentar subnotificações, inconsistências e incompletudes em razão de preenchimento inadequado das fichas de notificação e da alimentação no sistema, além da ausência de informações relevantes. No entanto, cuidados prévios foram tomados, seja na extração dos dados, seja na consistência final da base analisada para que as informações geradas fossem fidedignas e relevantes para o objetivo do estudo.

Conclusão

As gestantes de Curitiba-PR com diagnóstico de HIV apresentaram indicadores gestacionais desejados, como realizar o pré-natal, fazer a notificação no 1º trimestre, tomar a medicação antirretroviral durante a gravidez e no momento do parto, bem como obter a certificação da eliminação da transmissão vertical do HIV. De todo modo, conhecer e analisar mais detalhadamente os dados relativos a essas gestantes possibilitou estabelecer mais claramente o perfil sociodemográfico e gestacional, o que pode auxiliar na tomada de decisões de medidas mais inclusivas para aquela parcela identificada como mais vulnerável.

Os dados gestacionais permitem avaliar a efetividade da realização do pré-natal, mas principalmente observar as gestantes que não conseguiram receber a melhor linha de cuidados, e assim procurar direcionar as medidas de políticas



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA

públicas necessárias para incluir essas mulheres em busca dos melhores desfechos sociais e epidemiológicos.

Conhecer mais detalhadamente dados de subgrupos de gestantes HIV positivo, além de auxiliar na avaliação do programa de pré-natal, possibilita que esses dados sejam discutidos com resultados de outras pesquisas e de outros programas de pré-natal, possibilitando assim contribuir para o refinamento de políticas públicas e suscitar o interesse no desenvolvimento de novos estudos com esse grupo de pacientes.



Referências

- 1 Ramos MI, Tato LMP, Matín SG, Gómez MLN, Garcia LE, Francia MA et al. Clinical and epidemiologic characteristics of a cohort of HIV-infected mother-infant pairs during 21 years. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2022,91(5):479-484. doi: 10.1097/QAI.0000000000003085
- 2 Silva CM, Alves RS, Santos TS, Bragagnollo GR, Tavares CM, Santos AAP. Epidemiological overview of HIV/AIDS in pregnant women from a state of northeastern Brazil. *Rev Bras Enferm*. 2018,71(suppl 1):613-621. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0495>
- 3 Campany LNS, Amaral DM, Santos RNOL. HIV/aids no Brasil: feminização da epidemia em análise. *Rev Bioét*. 2021,29(2):374-383. <https://doi.org/10.1590/1983-80422021292475>
- 4 Feitoza HAC, Koifman RJ, Saraceni V. Avaliação das oportunidades perdidas no controle da transmissão vertical do HIV em Rio Branco, Acre, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2021,37(3):1-14. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00069820>
- 5 Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Centro de Epidemiologia. Coordenação de vigilância dos agravos crônicos transmissíveis. Coordenação Municipal de DST/AIDS/Hepatites virais. Boletim Epidemiológico AIDS/HIV, 2021, ano 8. Disponível em: https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/BOLETIM_EPIDEMIOLOGICO_2021_07%20%C3%BAltima%20vers%C3%A3o.pdf
- 6 Domingues RMSM, Saraceni V, Leal MC. Mother to child transmission of HIV in Brazil: data from the "Birth in Brazil study", a national hospital-base study. *PLoS ONE*. 2018,13(2):1-14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192985>
- 7 World Health Organization: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Global Report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2019. Geneva: World Health Organization; 2019. Disponível em <www.unaids.org>. Acesso em: 20 de junho 2022.
- 8 Freire DA, Oliveira TS, Cabral JR, Angelim RCM, Oliveira DC, Abrão FMS. Social representations of HIV/AIDS among seropositive pregnant women. 2021,55:e20200192. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0192>
- 9 Domingues RMSM, Saraceni V, Leal MC. Reporting of HIV-infected pregnant women: estimates from a Brazilian study. *Rev Saúde Pública*. 2018,52(43):1-9. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052017439>
- 10 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das hepatites virais. Boletim epidemiológico HIV/AIDS, 2021. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2021>



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA

- 11 Nichols SG, Quach P, Elm EV, et al. Reporting of studies conducted using observacional routinely collected health data (RECORD) statement: methods for arriving at consensus and developing reporting guidelines. PloS One. 2015 [acesso em 2022 abr 20];10(5):e0125620. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4428635/>
- 12 PNAD: Pesquisa Nacional por amostra de domicílios. Disponível em <ibge.gov.br>. Acesso em: 20 de abril 2022.
- 13 Trindade LNM, Nogueira LMV, Rodrigues ILA, et al. Infecção por HIV em gestantes e os desafios para o cuidado pré-natal. Rev Bras Enferm. 2021 [acesso em 2022 abr 20];7(supl 4):1-7. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/bBbKqXFybMqFpsvm5ScBFWv/?format=pdf&lang=pt>
- 14 IPPUC: Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba. Pesquisa secundária – retrato das regionais. Disponível em <ippuc.org.br>. Acesso em: 20 de abril.2022.
- 15 Correia FVP, Oliveira HF, Azevedo MRD. Children with HIV/AIDS: predisponente risk factors, a systematic review. BJHR, 2021, 4(2):8142-63. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-344>
- 16 Menezes E, Santos SR, Melo GZ, et al. Factors associated with non-compliance with antiretrovirals in HIV/AIDS patients. Acta Paul Enferm. 2018 [acesso em 2022 abr 20];31(3):299-304. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/y7VFMfdmBYdFVgQFYrSK3Zs/?format=pdf&lang=en>
- 17 Fasciana T, Capra G, Di Carlo P, Cala C, Vella M, Pistone G et al. Socio-demographic characteristics and sexual behavioral factors of patients with sexually transmitted infections attending a hospital in Southern Italy. Int J Environ Res Public Health. 2021,18(9):4722. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094722>
- 18 Bossonario PA, Ferreira MRL, Andrade RLP, Sousa KDL, Bonfim RO, Saita NM et al. Risk factors for HIV infection among adolescents and the Youth: a systematic review. Rev Latino-Am Enfermagem. 2022,30(spe):e3696. DOI: 10.1590/1518-8345.6264.3696
- 19 Teixeira SP, Aguiar DS, Nemer CRB, et al. Perfil epidemiológico de gestantes com HIV admitidas em uma maternidade de referência no Amapá. REAS/EJCH. 2020 [acesso em 2022 abr 20];12(2):1-9. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2543>
- 20 Filgueiras PL, Bastos CE, Sena EA, et al. Caracterização das gestantes portadoras de HIV no estado da Paraíba, 2008-2012. Rev Bras Ciên Saúde. 2014 [acesso em 2022 abr 20];18(2):115-124. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/IvoneidePereira/publication/287556665_Cara



[cterizacao das Gestantes Portadoras de HIV no Estado da Paraiba 2008 2012/links/5f732a7a92851c14bc9d34f7/Caracterizacao-das-Gestantes-Portadoras-de-HIV-no-Estado-da-Paraiba-2008-2012.pdf](https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458)

21 Leal MC, Esteves-Pereira AP, Viellas EF, Domingues RMSM, Gama SGN. Prenatal care in the Brazilian public health services. Rev Saúde Pública. 2020;54(8):1-12. <http://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>

22 UNAIDS. 90-90-90: na ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. 2016 http://w.w.w.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en_0.pdf

23 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/AIDS e das hepatites virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília: Ministério da Saúde, 2018 [acesso em 2022 abr 20]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>

24 Balis B, Assefa N, Egata G, Bekele H, Getachew T, Ayama GM et al. Knowledge about vertical transmission of HIV and associated factors among women living with HIV and AIDS attending antiretroviral therapy clinic, Western Ethiopia. Women's Health. 2022;18:1-7. <https://doi.org/10.1177/17455065211070675>

25 Araujo ESP, Friedman RK, Camacho LAB, et al. Cascade of access to interventions to prevent HIV mother to child transmission in the metropolitan area of Rio de Janeiro. Braz J Infect Dis. 2014 [acesso em 2022 abr 20];18(3):252-260. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bjid/a/9MqtRrG8ZvnJLjs5YzqdGYh/?format=pdf&lang=en>

26 Oliveria KWK, Oliveira SK, Barranco ABS, et al. Mother-to-child transmission of HIV in the Southern Region of Santa Catarina, from 2005 to 2015: analysis of risk factors to seroconversion in newborns. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2018 [acesso em 2022 abr 20];18(3):471-479. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/93846JKkFVw39KBG8tDbpjF/?format=pdf&lang=en>

27 Wang T, Gu Y, Ran L, Tan X, Peng S. Ways of HIV transmission in China: the effect of age, period, and cohort. Front Public Health. 2022;10:941941. doi: 10.3389/fpubh.2022.941941

28 Cavalcante AEO, Coutinho GB, Carvalho AR, Oliveira ETA, Silva SA, Moraes LMV et al. Professional women of the sex: discourse on the use of the condom and its self-perception of HIV vulnerability. Res, Soc Dev. 2021;10(2):e24010212440. DOI: 10.33448/rsd-v10i2.12440

29 Barros AN, Barros JRG, Alves RS, et al. Barreiras enfrentadas por mulheres vivendo com o HIV no relacionamento afetivo-sexual: revisão integrativa. Res, Soc



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA

Dev. 2021 [acesso em 2022 abr 20];10(13):1-8. Disponível em:
<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/21530>

30 Guia para Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical de HIV e/ou Sífilis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. 2 ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021 [acesso em 2022 abr 20]. Disponível em:
<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/guia-para-certificacao-da-eliminacao-da-transmissao-vertical-do-hiv-eou-sifilis-2021>



Normas para publicação – Revista Gaúcha de Enfermagem

A *Revista Gaúcha de Enfermagem* (RGE) tem como missão contribuir para a divulgação do conhecimento na área da saúde, publicando a produção científica de interesse para a Enfermagem. Na RGE, podem ser publicados artigos escritos por especialistas em outras áreas, desde que o tema seja de interesse para a área de Enfermagem.

A submissão de manuscritos é realizada exclusivamente por meio da Plataforma ScholarOne Manuscripts. São aceitas submissões de manuscritos nos idiomas português, espanhol ou inglês.

Os manuscritos devem ser encaminhados exclusivamente à RGE, sendo permitida sua reprodução em outras publicações, devendo, neste caso, constar a citação da publicação original na RGE, respeitando-se assim os princípios de ética na publicação científica.

A RGE publica, no máximo, dois manuscritos do mesmo autor e/ou coautor por ano. Os artigos se limitam a oito autores, com exceção (devidamente justificada na *cover letter*) dos estudos multicêntricos.

POLÍTICA DE CIÊNCIA ABERTA

A RGE solicita o preenchimento do Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta que deve ser submetido no sistema ScholarOne como arquivo suplementar.

Além disso, a RGE adota os seguintes princípios da ciência aberta:

- Preprints:

A RGE aceita submissão de manuscritos provenientes de servidores não comerciais Preprints, tais como o SciELO [Preprints](#), uma vez que não tenham sido submetidos para revisão por pares em outro periódico e/ou outro servidor simultaneamente.



O autor responsável deve indicar na cover letter no momento da submissão se o manuscrito é um preprint, informando o DOI (Digital Object Identifier) e o nome do servidor em que se encontra depositado. Reitera-se que todo manuscrito submetido de repositório preprint será, obrigatoriamente, avaliado pelos pares, conforme processo de avaliação desta revista.

- Compartilhamento de dados:

É obrigatório para os **artigos aceitos** o depósito e o compartilhamento de dados de pesquisa que apoiam a publicação do artigo e que sejam potencialmente úteis para o desenvolvimento de novas pesquisas, tais como: banco de dados, modelos, métodos, softwares, procedimentos, questionários, estatísticas, relatórios, protocolos, códigos de programa, algoritmos, diários de campo e outros materiais úteis.

O compartilhamento deve ser disponibilizado em repositórios reconhecidos pela comunidade acadêmica, tais como: o SciELO Data, Emerging Researcher Information ([EmeRI](#)) e o [Medrxiv](#).

Após o aceite do artigo, será solicitado que os autores citem e indiquem o link dos materiais no manuscrito, no capítulo MATERIAL SUPLEMENTAR, após a conclusão ou considerações finais e antes das referências.

- Abertura do processo editorial:

Nos **artigos aceitos** para publicação, será disponibilizado o nome do Editor Associado e do Editor Chefe condutores do processo avaliativo.

- Open Access:

A RGE segue a política de *Open Access*, acesso aberto, e tem seus artigos disponibilizados para integral acesso, de forma gratuita, bem como adota o sistema de publicação em fluxo contínuo.



PROCESSO DE AVALIAÇÃO

A Revista adota o sistema de avaliação por pares, parcialmente aberto, para avaliação do conteúdo e adequação técnico-científica do manuscrito.

O processo de avaliação de um manuscrito na RGE compreende as seguintes etapas: avaliação documental; avaliação pelo Editor-associado de pré-análise; avaliação pelo Editor-associado por área de especialidade; avaliação pelos consultores *ad hoc*; elaboração do parecer consubstanciado pelo Editor-associado por área de especialidade, indicando reformulações ou recusa do manuscrito; e decisão do Editor-chefe e sua comunicação aos autores.

Na avaliação documental, é realizada a conferência dos documentos requisitados na submissão do manuscrito.

O Editor-associado responsável pela pré-análise avalia o manuscrito quanto ao atendimento às normas de preparo do manuscrito, relevância do artigo, aspectos éticos, aspectos básicos do método e redação científica, preenchendo o checklist da pré-análise. Os manuscritos que não se adequarem às normas até a terceira rodada de avaliação pelo *checklist* de pré-avaliação serão arquivados. É realizada, ainda, a avaliação da similaridade textual, utilizando ferramenta para detecção de similaridade (*Software Ithenticate*), aceitando-se o limite de 30% (referências não formatadas pelo marcador de numeração do Word são computadas como similaridade pelo software). Na etapa de pré-avaliação, pode-se decidir em não dar continuidade ao processo de avaliação por não atender a estes requisitos, sem a devolução da taxa de submissão e encaminhamento da carta de recusa. Em caso de avaliação positiva, diante do atendimento dos requisitos acima, o manuscrito é encaminhado ao Editor-associado por área de especialidade.



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA

O Editor-associado por área de especialidade, realiza a avaliação de mérito e qualidade do manuscrito conforme o escopo da revista, após, encaminha o manuscrito para no mínimo dois consultores *ad hoc* ou um terceiro, se necessário, especialista na temática e/ou no método da pesquisa, os quais avaliam sua originalidade, mérito, pertinência de seu conteúdo, qualidade acadêmica, conveniência da publicação e relevância para a Enfermagem/Saúde e áreas afins.

Os pareceres dos consultores *ad hoc* são apreciados pelo Editor-associado por área de especialidade, que elabora um parecer consubstanciado único, podendo incluir outras recomendações pertinentes e após encaminha ao Editor-chefe, que decide pelo aceite, por reformulações ou recusa do manuscrito. Esta decisão é encaminhada ao(s) autor(es).

Quando houver necessidade de reformulações, o(s) autor(es) retorna(m) o manuscrito ao Editor-associado por área de especialidade, incluindo carta-resposta explicando as alterações e/ou justificando itens não atendidos. O Editor-associado por área de especialidade avaliará o cumprimento das recomendações do parecer consubstanciado emitido e retornará à avaliação com sua recomendação para subsidiar a decisão editorial do Editor-chefe. O processo de reformulação poderá ocorrer em várias rodadas até que o manuscrito atinja os critérios de qualidade estabelecidos pela Comissão Editorial até a decisão final do Editor-chefe.

Em caso de recusa do manuscrito, será comunicada ao(s) autor(es) a decisão com uma carta indicando as motivações por meio de parecer consubstanciado.

CATEGORIAS DE MANUSCRITOS

A Revista Gaúcha de Enfermagem publica as seguintes seções:



Editorial: texto de responsabilidade do Editor-chefe da Revista ou de profissionais por ele convidados.

Artigos originais: contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original e inédita, com possibilidade de replicação. Devem obedecer à seguinte estrutura textual: introdução, método, resultados, discussão, conclusão ou considerações finais e referências. Limitados a 20 páginas, exceto referências (no máximo 30).

Artigos de revisão sistemática: pesquisa conduzida por meio da síntese de resultados de estudos originais que têm por objetivo responder a uma questão específica e de relevância para a enfermagem ou para a saúde. A revisão sistemática poderá se caracterizar em meta-análise e/ou metassíntese, dependendo do tipo de abordagem metodológica do manuscrito e do objetivo do estudo. Os procedimentos metodológicos deverão ser detalhados em todas as etapas preconizadas pelo referencial primário adotado (por exemplo, PRISMA). São limitados a 20 páginas (exceto referências) e não possuem limite de referências. A Revista Gaúcha de Enfermagem requer que os protocolos das revisões sejam registrados no PROSPERO, ou disponibilizados em um site de acesso livre.

Artigos de revisão integrativa ou de revisão de escopo: Estão temporariamente suspensas.

Artigos de reflexão: formulações discursivas, com fundamentação teórica e filosófica sobre o estado da arte em que se encontra determinado assunto. Devem apresentar a argumentação e interpretação do(s) autor(es) do artigo frente ao pensamento debatido. São limitados a 15 páginas (incluindo referências) e devem conter no máximo de 20 referências.

Relatos de experiência ou de casos: contribuições descritivas e contextualizadas a partir de um caso, experiência ou inovação. Tratando-se de



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA

relato de caso clínico, é obrigatório enviar o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos como documento suplementar. São limitados a 10 páginas (incluindo referências) e devem conter no máximo 20 referências.

A preparação dos manuscritos deve seguir os guias da Equator Network conforme tipo de estudo realizado. Uma versão preenchida dos guias deverá ser anexada como documento suplementar.

A RGE recomenda enfaticamente aos autores evitar a fragmentação de resultados, aspecto que poderá prejudicar a avaliação do manuscrito.

O texto do artigo deve ser formatado em Word for Windows, fonte Times New Roman 12, espaçamento duplo (inclusive os resumos), com todas as páginas numeradas na margem inferior direita, configurados em papel A4 e com as quatro margens de 2,5 cm. Sem itálicos. Referências deverão ser formatadas pelo marcador de numeração do Word. Nenhuma informação deve ser apresentada no texto que possa identificar os autores.

A redação deve ser clara e concisa. A argumentação deve estar fundamentada em evidências sólidas e confiáveis utilizando-se da literatura científica nacional e internacional. A RGE não assume a responsabilidade por equívocos gramaticais, e se dá, portanto, o direito de decidir quanto a alterações e correções. Recomenda-se previamente a submissão a revisão gramatical e ortográfica por profissional habilitado, devendo ser anexado nos documentos suplementares a declaração do revisor. Para os artigos aceitos a revisão por profissional habilitado será obrigatória.

Os títulos das seções textuais devem ser destacados gradativamente, sem numeração, alinhados à esquerda do texto. O título do artigo e o resumo devem estar em caixa-alta e em negrito (ex.: **TÍTULO; RESUMO**); abstract e resumen, em caixa-alta e negrito (ex.: **ABSTRACT; RESUMEN**); seção primária, em



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA

caixa-alta e negrito (ex.: **INTRODUÇÃO**); e seção secundária, em caixa-baixa e negrito (ex.: **Histórico**). Evitar o uso de marcadores ao longo do texto (ex.: -, *, etc.) e alíneas [a), b), c)).

Os manuscritos devem conter:

Título: deve ser coerente com os objetivos do estudo e identificar o conteúdo do artigo, em até 15 palavras. Os três títulos (português, inglês e espanhol) devem ser redigidos em caixa alta, centralizados, em negrito e sem itálico. Os artigos apresentados em idioma diferente do português devem apresentar primeiro o título no idioma original seguido dos demais.

Resumo: o primeiro resumo deve ser apresentado no idioma do manuscrito, conter até 150 palavras, e ser acompanhado de sua versão para os demais idiomas (exemplo, inglês e espanhol). Deve estar estruturado, justificado, sem siglas, apresentando as seguintes informações: **Objetivo:** em linguagem coerente com tipo estudo e igual ao apresentado no corpo do texto. **Método:** tipo do estudo, amostra, período, local da pesquisa, coleta de dados e análise dos dados. **Resultados:** principais achados. **Conclusão:** deve responder ao(s) objetivo(s).

Palavras-chave/Keywords/Palabras clave: apresentar termos em número de três conforme os “Descritores em Ciências da Saúde - DeCS”, em português, inglês e espanhol; e três termos conforme MeSH que permitam identificar o assunto do manuscrito. Apresentam a primeira letra de cada palavra-chave em caixa alta separadas por ponto.

Introdução: apresenta o problema de pesquisa, a justificativa, a revisão da literatura (pertinente e relevante), a questão norteadora do estudo e/ou hipótese e o(s) objetivo(s) coerentes com a proposta do estudo.



Método: apresenta tipo de estudo, local de pesquisa, referencial metodológico utilizado, população e amostra (identificada, coerente e cálculo amostral quando indicado), critérios de elegibilidade (inclusão e exclusão - atentar para não considerar uso de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido como critério de elegibilidade), período e estratégia de coleta de dados, análise dos dados, e aspectos éticos (incluir nº CAAE registrado na Plataforma Brasil e protocolo de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa).

Para ensaio clínico randomizado usar o guia CONSORT (checklist e fluxograma).

Para revisões sistemáticas e metanálises seguir o guia PRISMA (checklist e fluxograma).

Para estudos observacionais em epidemiologia seguir o guia STROBE (checklist).

Para estudos qualitativos seguir o guia COREQ (checklist).

Para estudos de caso usar o CARE

Para estudos de acurácia diagnóstica usar checklist e fluxograma STARD

Resultados: apresentam-se em sequência lógica e deverão estar separados da discussão quando se tratar de artigos originais resultantes de estudos com abordagens quantitativas. Utiliza-se tempo verbal no passado para descrição dos resultados.

Quando apresentar tabelas (conforme normas do IBGE) e ilustrações (conforme normas da ABNT), totalizar no máximo de 5. O texto complementa e não repete o que está descrito nas tabelas. A tabela deve ser mencionada no texto que a antecede.



Discussão: pode ser redigida com os resultados nas pesquisas qualitativas. Deve conter comparação dos resultados com a literatura e as interpretações dos autores, apontando o avanço do conhecimento atual. Devem apresentar as limitações do estudo, bem como as contribuições e inovações para ensino, pesquisa, gestão e/ou assistência em enfermagem e saúde.

Conclusão ou Considerações finais: respondem pontualmente aos objetivos e questão de pesquisa.

Material suplementar: todos os artigos **aceitos** devem citar e indicar o link dos materiais úteis que apoiam a pesquisa disponibilizados em repositórios reconhecidos pela comunidade acadêmica.

Referências: devem ser apresentadas de acordo com o limite de cada categoria do manuscrito. As referências, de abrangência nacional e internacional, devem ser atualizadas (no mínimo 75% dos últimos três a cinco anos), sendo aceitáveis fora desse período no caso de constituírem referencial primário ou clássico sobre um determinado assunto. Aceita-se até 2 referências de preprint desde que extremamente necessárias. Sugere-se fortemente que durante o processo de avaliação por pares e a prova de prelo, os autores verifiquem se a versão citada do preprint já foi publicada, e, se possível, atualizem com a referência do periódico correspondente. No caso de teses e dissertações, recomenda-se que sejam citados, preferencialmente, os autores/artigos provenientes das mesmas.

As referências devem ser digitadas em espaço simples e separadas por um espaço simples, numeradas na ordem em que aparecem no texto e formatadas pelo marcador numérico do Word. Utiliza-se nessa seção o título “Referências”. A lista de referências deve ser composta por todas as obras citadas.

Deve-se utilizar o estilo de referências Vancouver, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE).



Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o NLM Catalog: Journals referenced in the NCBI Databases. Para os periódicos que não se encontram neste site, poderão ser utilizadas as abreviaturas do Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e do Catálogo Coletivo Nacional de Publicações Seriadas (CCN), do IBICT.

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

Depoimentos: frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos/participantes da pesquisa. Não utilizar aspas, e observar a seguinte estrutura: recuo do parágrafo (1,25 cm), fonte tamanho 11, em itálico, espaçamento simples, com sua identificação entre parênteses, codificada a critério do autor e separadas entre si por um espaço simples. Supressões devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes “[...]”, e as intervenções dos autores ao que foi dito pelos participantes do estudo devem ser apresentadas entre colchetes.

Elementos gráficos: no máximo de cinco (gráficos, quadros, tabelas e figuras), conforme as especificações a seguir:



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA

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

Tabelas: devem ser apresentadas conforme IBGE - Normas de Apresentação Tabular.

Demais elementos gráficos: apresentados conforme a norma da ABNT NBR 6022/2003 (Informação e documentação - Artigo em publicação periódica científica impressa - Apresentação).

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

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

Deve ser evitada a apresentação de apêndices (elaborados pelos autores) e anexos (elaborados sem a intervenção dos autores).

Agradecimentos por ajuda financeira, assistência técnica e outros auxílios para a execução do trabalho não deverão ser mencionados no momento da submissão. Somente após o aceite do trabalho estas informações serão inseridas após as Referências.

Nos manuscritos resultantes de estudos que envolvem seres humanos, os autores deverão indicar os procedimentos adotados para atender o que determina a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, bem como o número do protocolo de aprovação do projeto de pesquisa no corpo do texto. Uma cópia do protocolo deverá ser anexada no Passo 6 da plataforma ScholarOne, como documento suplementar.



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA

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

A submissão dos artigos deverá ser feita, exclusivamente, online, pelo site: <https://mc04.manuscriptcentral.com/rgef-scielo>.

No momento da submissão, o nome completo de cada autor, ORCID, instituição de origem, país, e-mail e resumo da biografia (afiliação completa e credenciais) devem ser informados apenas nos metadados.

Na submissão do manuscrito deverá ser preenchida a cover letter indicando a originalidade, a relevância do artigo para a Enfermagem e sua contribuição para o avanço do conhecimento na área. Não incluir nome ou minicurrículo dos autores. Se o manuscrito for um preprint, deve ser informado na cover letter obrigatoriamente o DOI (Digital Object Identifier) e o nome do servidor em que se encontra depositado.

É obrigatória, no momento da submissão, a indicação do identificador ORCID de todos os autores do manuscrito.

É obrigatório informar a contribuição de cada autor no manuscrito conforme taxonomia CRediT - CASRAI.

Os autores dos trabalhos encaminhados para avaliação deverão enviar uma Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais, elaborada conforme modelo da Revista, assinada por todos os autores, anexada como documento suplementar junto com o artigo.



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA

Os autores deverão preencher e enviar o Formulário de Conformidade com a Ciência Aberta, anexado como documento suplementar junto com o artigo. Conforme modelo disponível.



ARTIGO 2 - VERSÃO EM PORTUGUÊS

Página título

EFETIVIDADE DA TERAPIA B+ NA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Mariana Perotta¹

¹Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Escola de Medicina e Ciências da Vida
Programa de Pós-Graduação em Odontologia
Área de concentração: Saúde Coletiva

Recebido em 10 out 2022

Resumo

Este estudo teve como objetivo investigar a efetividade da terapia B+ na prevenção da transmissão vertical do HIV. Trata-se de uma revisão sistemática da literatura nas bases de dados *PubMed*, *Scopus*, *Web of Science*, *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)*, *Cinahl*, *Cochrane Library* e *Scielo*, pesquisadas com palavras-chaves pertinentes. A literatura cinzenta também foi explorada. Dos 1428 artigos selecionados no processo de busca, 13 foram incluídos na revisão, sendo nove estudos de coorte e quatro estudos transversais. Os dados das gestantes foram coletados em unidades/centros de saúde, hospitais, programas de prevenção de transmissão vertical do HIV e um centro de obstetrícia. A taxa de transmissão vertical variou de zero a 5,9%. Em dois estudos ficou abaixo de 1,0%, em quatro esteve na faixa dos 2,0%, em mais dois



estudos na faixa dos 3,0%, em outros dois na faixa dos 4,0% e finalmente dois estudos relataram os maiores valores: 5,8% e 5,9%. Uma taxa de transmissão vertical abaixo de 5% é um dos indicadores preconizados dos programas de pré-natal e de manejo da AIDS. Os achados dos estudos avaliados demonstraram que, após a implementação da terapia B+, a maioria deles apresentou uma taxa de transmissão vertical abaixo de 5%, indicando a efetividade desta medida preventivo-terapêutica.

Palavras-chave: Transmissão vertical de doença infecciosa, Gestante, HIV, Antirretroviral.

Introdução

O Programa conjunto das Nações Unidas sobre HIV e AIDS (UNAIDS) estima que, globalmente, existem aproximadamente 38,4 milhões de pessoas vivendo com HIV/AIDS, sendo que as mulheres e as meninas representam 54% dessa população¹. Em 2014 foi feita a estimativa de que, no mundo, 1,5 milhão de mulheres infectadas pelo HIV engravidam todos os anos².

Os programas de prevenção da transmissão vertical do HIV (PTV) produziram grandes avanços nas últimas décadas e muitos países conseguiram diminuir as taxas de transmissão vertical do HIV para <5%. Apesar do sucesso demonstrado pelos programas de PTV, evidências sugerem que a baixa aceitação do serviço e a baixa retenção ao longo das linhas de cuidados clínicos, para mães e seus bebês, representam um grande desafio para alcançar a eliminação da transmissão vertical. A adesão às etapas sequenciais da cadeia de prevenção da transmissão vertical é crucial, com um modelo indicando que a eliminação virtual da transmissão vertical poderia ser alcançada, com 95% de aderência a cada etapa. Aderência de 95% é difícil de alcançar em ambientes do mundo real, devido aos desafios com a adesão e retenção da terapia com antirretrovirais, conforme mostrado pelas taxas de perda de seguimento de até 88% em alguns contextos³.



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA

A incidência de crianças que adquirem HIV por transmissão vertical, em países de baixa renda, diminuiu de 400.000 em 2009 para 240.000 crianças em 2013, no entanto continua sendo expressiva⁴. O declínio pode ser atribuído em grande parte às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2010, para dois regimes de terapia antirretroviral (TARV) para a prevenção da transmissão vertical (PTV), conhecidas como opções A e B⁵.

Na Opção A (contagem de CD4 >350 células/mm³), mulheres grávidas HIV positivas recebem Zidovudina (AZT) na 14^a semana de gestação, seguida por uma dose única de nevirapina (sdNVP) no início do trabalho de parto e um coquetel de AZT e Lamuvudina (3TC) até uma semana após o parto. O bebê exposto ao HIV recebe nevirapina oral diariamente, desde o nascimento até o término da amamentação⁵.

Na opção B (contagem de CD4 >350 células/mm³) é fornecido um regime de dose tripla inicial de antirretrovirais, sendo que a medicação é continuada intraparto e até ao nascimento do bebê, se não amamentar, ou até uma semana após desmame completo. Doses orais diárias de nevirapina ou AZT são administradas ao lactente exposto ao HIV, como profilaxia nas primeiras seis semanas de vida^{5,6}.

Em 30 de junho de 2013, a OMS divulgou orientações consolidadas e atualizadas sobre o uso de medicamentos antirretrovirais para tratar e prevenir a infecção pelo HIV, sendo essas orientações oficialmente exigidas em 2015. A recomendação passou a ser o uso da terapia B+, uma estratégia de tratamento universal para a prevenção da transmissão vertical do HIV. Na opção B+, todas as mulheres grávidas ou lactantes com HIV são elegíveis para a terapia antirretroviral (TARV) vitalícia, independentemente do estágio clínico ou contagem de CD4 (os profissionais de saúde podem iniciar a TARV sem qualquer teste laboratorial). Foram estabelecidas metas de transmissão vertical <5% em populações que amamentam e <2% em populações que não amamentam⁷.



A eliminação da transmissão vertical do HIV é possível por meio da prevenção, do uso de medicamentos antirretrovirais e do teste de HIV durante a gravidez. Vários estudos foram desenvolvidos avaliando a implementação da terapia B+ em diversas cidades, em sua maioria na África, tanto na avaliação da sua adesão pelas gestantes, quanto na taxa de transmissão vertical^{3,8,9}.

Assim, objetiva-se a realização de uma revisão sistemática avaliando a efetividade da terapia B+ na diminuição da taxa de transmissão vertical, com base na literatura científica internacional atual.

Material e Método

O protocolo de pesquisa foi desenvolvido levando em consideração os itens recomendados para protocolos de revisão sistemática pelo *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-analysis Protocols (PRISMA-P)*¹⁰, sendo cadastrado na plataforma *International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO)*, sob número de registro CRD42021264738.

A pergunta norteadora dessa revisão foi: “Qual a prevalência da transmissão vertical do HIV após implementação da terapia B+?”. Foi utilizada a estratégia *CoCoPop*, para revisões sistemáticas, apresentando como: condição (Co) a transmissão vertical do HIV; contexto (Co) a implementação da terapia B+; e população (Pop) as gestantes HIV positivo. As buscas foram realizadas nas bases de dados *PubMed*, *Scopus*, *Cinahl*, *Cochrane Library*, *Scielo*, *Web of Science* e *Latin American and Caribbean Health Sciences Literature database-Lilacs* (via BVS). Foram empregados termos de busca de acordo com o *Medical Subject Headings (MeSH)* e termos livres. O quadro 1 traz a relação dos termos de busca definidos de acordo com a pergunta de estudo. As buscas foram realizadas sem restrição de data de publicação ou idioma.

Quadro 1. Relação dos descritores selecionados para busca das referências para revisão sistemática. Curitiba, 2022



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA

Condição (Co) Transmissão vertical	<i>infectious disease transmission, vertical (mesh) OR mother to child transmission (tl) OR HIV exposed infant (tl) OR vertical-HIV infection (tl) OR PMTCT (tl)</i>
Contexto (Co) Terapia B+	<i>option B (tl) OR B plus (tl) OR B program (tl) OR B+</i>
População (Pop) Gestantes HIV/AIDS	<i>HIV (mesh) OR HIV infections (mesh) OR HIV seropositivity (mesh) OR acquired immunodeficiency syndrome virus (mesh) OR human immunodeficiency virus (tl) OR AIDS serodiagnosis (mesh) OR AIDS virus (tl)</i>

Fonte: os autores.

A literatura cinzenta também foi explorada nos seguintes repositórios eletrônicos, bancos de dados bibliográficos ou mecanismo virtual de pesquisa em metadados da literatura acadêmica: *OpenGrey*, *Proquest*, Biblioteca Digital Brasileira de teses e dissertações, Banco de teses Capes, Anais do IV Congresso Brasileiro de Prevenção DST/AIDS e Google acadêmico.

Os critérios de inclusão foram artigos que avaliaram índices/indicadores de transmissão vertical após a implementação da terapia B+ para o tratamento de gestantes HIV positivo. Os critérios de exclusão foram artigos que não avaliaram índices/indicadores de transmissão vertical após a implementação da terapia B+ para o tratamento de gestantes HIV positivo, revisões, opiniões de experts, resumos de conferência, séries de caso. Não houve exclusão baseada no idioma ou ano de publicação.

O risco de viés foi avaliado de acordo com o instrumento *JBI - Joanna Briggs Institute*¹¹ para avaliação de artigos de coorte. Esse instrumento é composto por uma lista de 11 perguntas que avaliam se a exposição foi medida de forma confiável, se foram identificados fatores de confusão, se os resultados foram



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA

medidos de forma válida, se o tempo de seguimento foi relatado e suficiente para os resultados.

O quadro 2 traz o detalhamento da busca realizada, com todas as chaves de busca utilizadas em cada base de dados.

Quadro 2. Estratégias de buscas nas bases de dados. Curitiba, 2022

PUBMED – 864 artigos #1 ("infectious disease transmission, vertical"[MeSH Terms] OR "vertical infectious disease transmission"[Title/Abstract] OR "mother to child transmission"[Title/Abstract] OR "hiv exposed infant"[Title/Abstract] OR "vertical hiv infection"[Title/Abstract] OR "PMTCT"[Title/Abstract]) #2 ("option b"[Title/Abstract] OR "b plus"[Title/Abstract] OR "B"[Title/Abstract] OR "b program"[Title/Abstract]) #3 ("hiv"[MeSH Terms] OR "hiv"[Title/Abstract] OR "hiv seropositivity"[MeSH Terms] OR "hiv seropositivity"[Title/Abstract] OR "hiv"[MeSH Terms] OR "acquired immunodeficiency syndrome virus"[Title/Abstract] OR "human immunodeficiency virus"[Title/Abstract] OR "aids serodiagnosis"[MeSH Terms] OR "aids serodiagnosis"[Title/Abstract] OR "aids virus"[Title/Abstract]) #1AND#2AND#3
SCOPUS – 713 artigos #1 ((TITLE-ABS-KEY ("vertical infectious disease transmission") OR TITLE-ABS-KEY ("mother to child transmission") OR TITLE-ABS-KEY ("{hiv exposed infant}") OR TITLE-ABS-KEY ("{vertical-hiv infection}") OR TITLE-ABS-KEY (pmtct))) #2 ((TITLE-ABS-KEY ("option B") OR TITLE-ABS-KEY ("B plus") OR TITLE-ABS-KEY ("B ") OR TITLE-ABS-KEY ("B program"))) #3 ((TITLE-ABS-KEY (hiv) OR TITLE-ABS-KEY ("hiv infections") OR TITLE-ABS-KEY ("hiv seropositivity") OR TITLE-ABS-KEY ("acquired



immunodeficiency syndrome virus") OR TITLE-ABS-KEY ("human immunodeficiency virus") OR TITLE-ABS-KEY ("aids serodiagnosis") OR TITLE-ABS-KEY ("aids virus")))

#1AND#2AND#3

CINAHL – 138 artigos

#1 infectious disease transmission, vertical OR mother to child transmission OR (hiv exposed AND infant) OR (vertical-hiv AND infection) OR pmtct

#2 option B OR B plus OR B program OR B+

#3 hiv OR hiv infections OR hiv seropositivity OR acquired immunodeficiency syndrome virus OR human immunodeficiency virus OR aids serodiagnosis OR aids vírus

#1AND#2AND#3

COCHRANE – 118 artigos

#3 (#1 OR #2)

#1 MeSH descriptor: [Infectious Disease Transmission, Vertical] explode all trees

#2 (mother to child transmission*):ti,ab,kw OR (vertical NEXT HIV infection*):ti,ab,kw OR (HIV NEXT exposed infant*):ti,ab,kw OR ("PMTCT program"):ti,ab,kw (Word variations have been searched)

#4 ("option B"):ti,ab,kw OR ("B plus"):ti,ab,kw OR ("B program"):ti,ab,kw OR ("B+"):ti,ab,kw (Word variations have been searched)

#11 (#5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10)

#5 MeSH descriptor: [HIV] explode all trees

#6 MeSH descriptor: [HIV Infections] this term Only

#7 MeSH descriptor: [HIV Seropositivity] this term Only

#8 MeSH descriptor: [AIDS Serodiagnosis] this term Only



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA

#9 (Human NEXT immunodeficiency virus):ti,ab,kw OR (AIDS virus*):ti,ab,kw (Word variations have been searched) #10 MeSH descriptor: [HIV] this term Only #12 #3AND#4AND#11
WEB OF SCIENCE – 619 artigos #1 TÓPICO: ("vertical infectious disease transmission") OR TÓPICO: ("mother to child transmission") OR TÓPICO: ("hiv exposed infant") OR TÓPICO: ("vertical hiv infection") OR TÓPICO: (pmtct #2 TÓPICO: ("option B") OR TÓPICO: ("B plus") OR TÓPICO: ("B program") OR TÓPICO: ("B+") #3 TÓPICO: (HIV) OR TÓPICO: ("HIV Infection*") OR TÓPICO: ("HIV Seropositivity") OR TÓPICO: ("acquired immunodeficiency syndrome") OR TÓPICO: ("human immunodeficiency virus") OR TÓPICO: ("AIDS virus*") OR TÓPICO: ("AIDS serodiagnosis") #1AND#2AND#3
SCIELO – 12 artigos #1 TÓPICO: ("vertical infectious disease transmission") OR TÓPICO: ("mother to child transmission") OR TÓPICO: ("hiv exposed infant") OR TÓPICO: ("vertical hiv infection") OR TÓPICO: (pmtct) #2 TÓPICO: ("option B") OR TÓPICO: ("B plus") OR TÓPICO: ("B program") OR TÓPICO: ("B+") #3 TÓPICO: (HIV) OR TÓPICO: ("HIV Infection*") OR TÓPICO: ("HIV Seropositivity") OR TÓPICO: ("acquired immunodeficiency syndrome") OR TÓPICO: ("human immunodeficiency virus") OR TÓPICO: ("AIDS virus*") OR TÓPICO: ("AIDS serodiagnosis") #1AND#2AND#3
LILACS – 54 artigos



#1 ("transmissão vertical") OR ("vertical infectious disease transmission") OR ("mother to child transmission") OR ("transmissão de mãe para filho") OR ("transmissão vertical de doença infecciosa") OR ("HIV exposed infant") OR ("vertical-hiv infection") OR (pmtct) OR ("transmisión vertical de enfermedad infecciosa")

#2 ("option B") OR ("opção B") OR ("B plus") OR ("B+") OR ("B program")

#3 (HIV) OR (VIH) OR ("síndrome da imunodeficiência adquirida") OR ("HIV infectious") OR ("HIV seropositivity") OR ("acquired immunodeficiency syndrome virus") OR ("human immunodeficiency virus") OR ("aids serodiagnosis") OR ("aids virus") OR ("vírus aids") OR (sida)

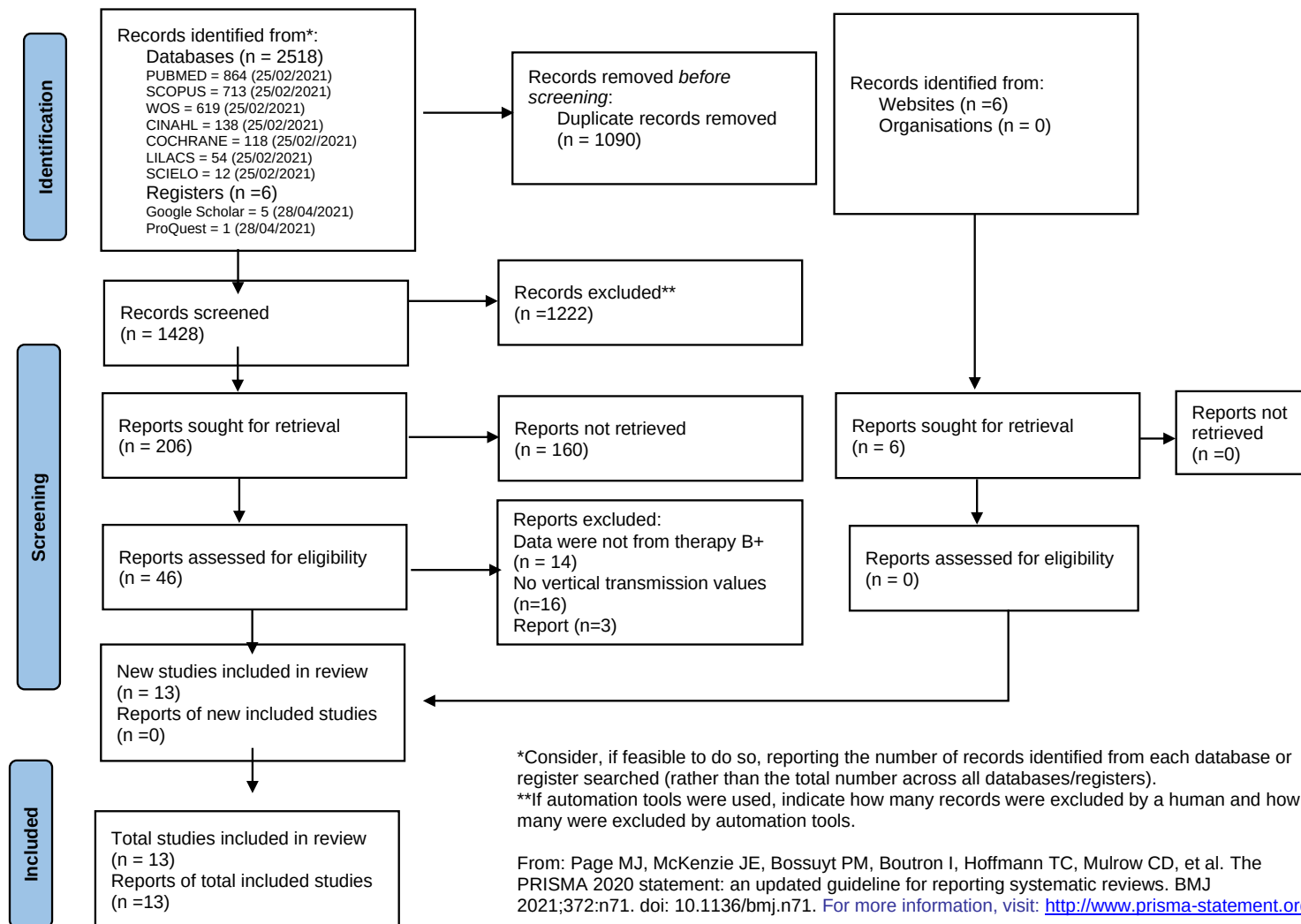
#1AND#2AND#3

Fonte: os autores.

Todos os resultados foram importados para um gerenciador de referências (Endnote X5®), permitindo, de imediato, a identificação dos artigos em duplicata. A literatura cinzenta foi explorada nos bancos de dados pertinentes, citados na seção de método.

Após a remoção das duplicatas, os artigos foram exportados para o aplicativo Rayyan® (aprendizado de máquina para triagem inicial com semiautomação), por meio do qual dois revisores fizeram a seleção independente dos artigos; primeiro pela leitura dos títulos, depois pela leitura dos resumos e por fim pela leitura dos artigos na íntegra. Não houve discordâncias, mas, caso houvesse, foi estabelecido no protocolo de revisão que elas seriam resolvidas por um terceiro revisor. O processo de seleção dos artigos que atenderam aos critérios de inclusão está resumido no fluxograma da Figura 1.

Figura 1 – fluxograma PRISMA com a sequência da seleção dos artigos em cada etapa.





Resultados

Após a remoção das duplicatas, um total de 1428 artigos foram compilados de todas as bases de dados consultadas. Após a leitura dos títulos e resumos, foram selecionados 46 artigos para a leitura na íntegra. Após a leitura das versões em texto completo, 33 artigos foram excluídos pelos seguintes motivos: os dados do artigo não eram referentes a terapia B+ ($n=14$)¹²⁻²⁴, o artigo não tinha valores da taxa de transmissão vertical ($n=16$)²⁵⁻⁴⁰ e os artigos eram relatórios de serviços ($n=3$)⁴¹⁻⁴³.

Entre os 13 artigos incluídos, 10 deles eram da África⁴⁴⁻⁵³, dois da Ásia^{54,55} e um artigo da América⁵⁶, totalizando nove estudos de coorte^{45-48,51-54,56} e quatro estudos transversais^{44,49,50,55}. O ano de publicação variou entre 2016 e 2021. Doze artigos foram escritos em inglês^{44-49,51-56} e um artigo em francês⁵⁰.

Os dados extraídos dos artigos incluídos estão resumidos na Tabela 1.

Tabela 1: Características dos estudos incluídos. Curitiba, 2022

Autor / Ano:	Tipo de estudo:	Continente	Tamanho da amostra (mães/filhos):	Taxa de transmissão vertical:	Tempo de acompanhamento	Coleta de dados
Olana et al., 2016.	Transversal	África	412 mães e 624 bebês	4,3%	6 - 8 semanas	Registro de hospital
Girma et al., 2017.	Coorte	África	494 mães e 431 bebês	0,7%	6,7 semanas	Centros de saúde
Kyaw et al., 2017.	Coorte	Ásia	678 mães e 457 bebês	2%	18 meses	Programa de prevenção de TV
Moges et al., 2017.	Coorte	África	305 mães e 305 bebês	5,9%	18 – 24 meses	Unidades de saúde
Etoori et al., 2018.	Coorte	África	665 mães e 320 bebês	2,2%	6 semanas	Setor de saúde pública
Deschamps et al., 2018.	Coorte	América	3.737 mães e 560 bebês	3,6%	12 - -24 meses	Programa de prevenção de TV
Landes et al., 2018	Transversal	África	3.519 mães e 3.519 bebês	4,7%	4 – 26 semanas	Unidades de saúde



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ

ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA

Pricilla et al., 2018.	Coorte	África	2604 mães e 1883 bebês	2,7%	18 meses	Hospital do governo
Daver et al., 2019.	Transversal	Ásia	93 mães e 74 bebês	0% (não houve)	12 – 18 meses	Departamento de obstetrícia
Nlend et al., 2019.	Transversal	África	200 mães e 120 bebês	5,8%	12 meses	Centro Hospitalar
Kassaw et al., 2020.	Coorte	África	217 mães e 198 bebês	3,7%	18 – 24 meses	Hospitais estaduais
Muyunda et al., 2020.	Coorte	África	1444 mães e 580 bebês	2,9%	Não informado	Unidades de saúde
Alamdo et al., 2021.	Coorte	África	356 mães e 356 bebês	0,61%	18 – 24 meses	Unidades de saúde

Fonte: os autores.



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA

Os dados das gestantes foram coletados em diferentes locais, tais como em unidades/centros de saúde^{45,46,48,49,52,53}, hospitais^{44,47,50,51}, programas de prevenção de transmissão vertical do HIV^{54,56} e um centro de obstetrícia⁵⁵. Essa diversidade esteve diretamente relacionada com o desenho do estudo, transversal ou coorte, e também com o tamanho das amostras, uma vez que os estudos de coorte tiveram amostras mais numerosas do que os estudos transversais.

O período de acompanhamento dos bebês para a coleta de dados referentes a transmissão vertical variou bastante, de 4-26 semanas⁴⁹, 6 semanas⁴⁸, 6-8 semanas⁴⁴, 6,7⁴⁵ semanas, 12 meses⁵⁰, 12-18 meses⁵⁵, 12-24 meses⁵⁶, 18 meses^{47,54}, e 18-24 meses^{46,51,53}, sendo que em um artigo não tinha o período de acompanhamento⁵².

Nos artigos incluídos, houve uma variação da taxa de transmissão vertical com a implementação da terapia B+, sendo a menor de zero, de um estudo realizado em um centro de obstetrícia na Ásia (Índia)⁵⁵, e a maior de 5,9% em um estudo realizado em sete unidades de saúde na África (Etiópia)⁴⁶. Em dois estudos realizados em centros de saúde na África, a taxa ficou abaixo de 1,0%; em um foi de 0,6%⁵³ e no outro de 0,7%⁴⁵. Em quatro estudos a taxa esteve na faixa dos 2%, sendo de 2% em estudo realizado na Ásia⁵⁴ em um programa de prevenção de TV; de 2,2%⁴⁸ e 2,9%⁵² em dois estudos realizados em centros de saúde na África e de 2,7% em um estudo realizado em quatro hospitais⁴⁷, também na África. No estudo realizado com dados de um programa de prevenção de TV na América a taxa foi de 3,6%⁵⁶ e a taxa de um hospital na África foi muito próxima, 3,7%⁵¹. Dois estudos na África, um em hospital⁴⁴ e um em unidade de saúde⁴⁹ apresentaram taxa na faixa dos 4%, sendo respectivamente de 4,3% e 4,7%. Os maiores valores foram de um estudo com dados de cinco hospitais na África (Etiópia)⁵⁰ que foi de 5,8% e o do estudo, já mencionado, com unidades de saúde também na Etiópia⁴⁶ (5,9%).



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA

O risco de viés foi avaliado de acordo com o instrumento *JBI - Joanna Briggs Institute*¹¹ para avaliação de artigos de coorte, com base no *checklist* dessa avaliação, os artigos que fizeram parte da revisão tiveram uma pontuação média de qualidade de 6,9, variando de cinco a oito. Dez estudos (71%) foram avaliados como de alta qualidade (pontuação > 6,9) e os outros quatro estudos de qualidade moderada (pontuação entre 5 e 6). Nenhum dos artigos foi considerado de baixa qualidade.

Das 11 perguntas do instrumento de avaliação, quatro tiveram os piores resultados, sendo que duas delas eram relacionadas com a identificação e declaração dos fatores de confusão, e as outras duas eram relacionadas com o acompanhamento da amostra. O resultado dessa avaliação está na Tabela 2.

Tabela 2. Resumo da análise de qualidade. Curitiba, 2022

Artigos Incluídos	Questões do instrumento**										
	1. Were the two groups similar and recruited from the same population?	2. Were the exposures measured similarly to assign people to both exposed and unexposed groups?	3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	4. Were confounding factors identified?	5. Were strategies to deal with confounding factors stated?	6. Were the groups participants free of the outcome at the start of the study (or at the moment of exposure)?	7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	8. Was the follow up time reported and sufficient to be long enough for outcomes to occur?	9. Was follow up complete, and if not, were the reasons to loss to follow up described and explored?	10. Were strategies to address incomplete follow up utilized?	11. Was appropriate statistical analysis used?
T. Olana/2016											
K.W.Y. Kyaw/2017											
M. Girma/2017											
N. A. Moges/2017											
A. Ndaimani/2018											
D. Etoori, 2018											
M. Lettow/2018											
M.M.Deschamps/2018											

R.A. Pricilla, 2018											
A. E.N. Nlend/2019									 mj		
B. Muyunda/2019											
R.G. Daver/2019											
M.W. Kassaw/2020											
A.G. Alamdo/2021											

 Yes
  Unclear
  No

*Adaptado de Colaboração Cochrane.

**JBI Critical Appraisal Checklist for Studies Reporting Prevalence Data



Discussão

O uso da medicação antirretroviral é uma das principais maneiras de controlar a transmissão vertical do HIV. A terapia B+ é a recomendada para o tratamento das gestantes, iniciando em qualquer período da gestação e com qualquer carga viral. Assim, saber como está a taxa de TV após a implementação dessa terapia foi o objeto de pesquisa desta revisão sistemática.

Sabendo-se que a maior via de contaminação de crianças pelo HIV é a TV, torna-se importante estabelecer a melhor evidência disponível para o manejo do pré-natal das gestantes HIV positivo, além dos cuidados inerentes a mulher, exigindo o cuidado adequado para evitar essa transmissão. De acordo com a literatura pertinente, o uso da medicação antirretroviral, levando à diminuição da carga viral da gestante, é a melhor conduta atualmente disponível para reduzir a taxa de TV. Mulheres que estavam em uso de qualquer TARV, e aquelas que iniciaram na opção B+ a tempo, foram significativamente menos propensas a transmitir o HIV⁴⁷. Mulheres que engravidaram depois de saber a sua sorologia para HIV tiveram uma chance 0,22 vezes menor de ter um filho HIV positivo, em comparação com aquelas que souberam de sua sorologia durante o pré-natal, no pós-parto ou após a gravidez⁴⁶.

A África foi o continente mais prevalente entre os estudos avaliados para essa revisão; no entanto, isso não caracteriza uma limitação do estudo, pois a África é a região do mundo onde os números da epidemia da AIDS são mais preocupantes e onde há uma maior dificuldade de adesão ao tratamento, em decorrência de dificuldades econômicas e de acesso aos programas, mesmo depois da implementação da terapia B+ que não necessita de exames laboratoriais para determinar a dose da medicação⁵². Assim, grandes esforços de pesquisa têm sido dirigidos para este continente.

Dentre os estudos considerados nessa revisão houve uma variação quanto aos locais dos estudos, aos desenhos dos estudos (coorte ou transversal) e no



tamanho das amostras, todavia isso não influenciou na avaliação da taxa de transmissão vertical, que foi calculada de acordo com o tamanho da amostra e com o programa de cada local de estudo.

Um dos indicadores preconizados pela UNAIDS⁵⁷ (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS) é a taxa de transmissão vertical do HIV menor que 5%; assim, dos 13 artigos avaliados para essa revisão somente em dois deles não foi alcançado esse resultado^{46,50}, indicando uma melhora após a implementação da terapia B+.

Uma limitação na presente revisão que reflete as limitações dos estudos primários incluídos é em relação ao tempo de acompanhamento do bebê na avaliação da taxa de transmissão vertical. Não houve padronização em tais estudos, o mais indicado pela literatura seria de 18-24 meses, sendo que esse período foi observado em apenas quatro estudos^{46,51,53,56}.

Essa limitação também foi observada quando se analisou o resultado da análise de qualidade, pois apesar de, no geral, a qualidade dos artigos ter sido considerada boa, das quatro questões mais mal avaliadas, duas eram relacionadas com o acompanhamento da amostra, no entanto, apesar do acompanhamento ser importante para a determinação da taxa de transmissão vertical, isso não impediu que ela fosse determinada nesses artigos.

Conclusão

A transmissão vertical é a principal via de contaminação das crianças por HIV, portanto reduzir a sua taxa é um dos objetivos dos programas de pré-natal e de manejo da AIDS. Uma taxa de transmissão vertical abaixo de 5% é um dos indicadores preconizados nesses programas. Os resultados dos estudos avaliados nessa revisão demonstraram que, após a implementação da terapia B+, a maioria apresentou uma taxa de transmissão vertical abaixo de 5%. Assim, como resposta ao objetivo desta revisão, conclui-se que há efetividade da terapia B+ na prevenção da transmissão vertical do HIV.



Referências

- 1 UNAIDS. FACT SHEET 2022. Estatísticas globais de HIV. Acabar com a epidemia de AIDS, disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf
- 2 UNAIDS. O Relatório Gap. Genebra [Internet]. 2014; Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Gap_report_en.pdf
- 3 Vrazo AC, Firth J, Amzel A, Sedillo R, Ryan J, Phelps BR. Interventions to significantly improve service uptake and retention of HIV positive pregnant women and HIV exposed infants along the prevention of mother to child transmission continuum of care: systematic review. Trop Med Int Health. 2018;23(2):136-48.
- 4 World Health Organization. 2014a, Global Update on the Health Sector Response to HIV. Geneva: WHO.
- 5 World Health Organization. 2010. Antiretroviral Drugs for Treating Pregnant Women and Preventing HIV Infection in Infants: Recommendations for a Public Health Approach. Geneva: WHO.
- 6 Chi BH, Stringer JS, Moodley D. Antiretroviral drug regimens to prevent mother-to-child transmission of HIV: a review of scientific, program, and policy advances for sub-Saharan Africa. Current HIV/AIDS Reports. 2013;10:124-33.
- 7 World Health Organization. 2015. Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV.
- 8 Nelson LJ, Beusenbergh M, Habiya Mbere V, Shaffer V, Nathan V, Marco A, Montero RG, Easterbrook PJ, Doherty MC. Adoption of national recommendations related to use of antiretroviral therapy before and shortly following the launch of the 2013 WHO consolidated guidelines. AIDS. 2014;28:217-24.
- 9 Maingi M, Stark AH, Iron-Segev S. The impact of option B+ on mother-to-child transmission of HIV in Africa: a systematic review. Trop Med Int Health. 2022;27(6):553-63.



- 10 Moher D, Shamseer L, Clarke M, Gherzi D, Liberati A, Petticrew M, Shekelle P, Stewart LA, The PRISMA-P Group. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Syst Rev* 2015;4(1):1-9.
- 11 Santos WM, Secoli SR, Püschel VAA. The Joanna Briggs Institute approach for systematic reviews. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2018;26:e3074.
- 12 Agabu A, Baughman AL, Fischer-Walker C, Klerk M, Mutenda N, Rusberg F, Diergaardt D, Pentikainen N, Sawadogo S, Agolory S, Dinh T. National-level effectiveness of ART to prevent early mother to child transmission of HIV in Namibia. *PloS One*. 2020;15(11):e0233341.
- 13 Aliyu MH, Blevins M, Audet CM, Shepherd BE, Hassan A, Onwujekwe O, Gebi UI, Kalish ML, Lindegren ML, Vermund SH, Wester W. Optimizing PMTCT service delivery in rural north central Nigeria: protocol and design for a cluster randomized study. *Contemp Clin Trials*. 2013;36(1):187-197.
- 14 Finocchiaro-Kessler S, Clark KF, Khamadi S, Gautney BJ, Okoth V, Goggin K. Progress toward eliminating mother to child transmission of HIV in Kenya: review of treatment guideline uptake and pediatric transmission at four government hospitals between 2010 and 2012. *AIDS Behav*. 2016;20:2602-2611.
- 15 Gill MM, Hoffman HJ, Ndatimana D, Mugwaneza P, Guay L, Ndayisaba GF, Bobrow EA, Asiimwe A, Mofenson LM. 24-month HIV-free survival among infants born to HIV-positive women enrolled in option B+ program in Kigali, Rwanda. *Medicine*. 2017;96(51):e9445.
- 16 Gumede-Moyo S, Filteau S, Munthali T, Todd J, Musonda P. Implementation effectiveness of revised (post-2010) World Health Organization guidelines on prevention of mother-to-child transmission of HIV using routinely collected data in sub-Saharan Africa: a systematic literature review. *Medicine*. 2017;96(40):e8055.
- 17 Itiola AJ, Goga AE, Ramokolo V. Trends and predictors of mother-to-child transmission of HIV in an era of protocol changes: findings from two large health facilities in north east Nigeria. *PloS ONE*. 2019;14(11):e0224670.



- 18 Mandelbrot L, Tubiana R, Chenadec JL, Dollfus C, Faye A, Pannier E, Matheron S, Khuong M, Garrait V, Reliquet V, Devidas A, Berrebi A, Allisy C, Elleau C, Arvieux C, Rouzioux C, Warszawski J, Blanche S. No perinatal HIV-1 transmission from women with effective antiretroviral therapy starting before conception. *Clin Infect Dis*. 2015;1(11):1715-25.
- 19 Marinda P, Chibwe N, Tambo E, Lulanga S, Khayeka-Wandabwa C. Challenges and opportunities of optimal breastfeeding in the context of HIV option B+ guidelines. *BMC Public Health*. 2017;17(1):1-13.
- 20 Matuskova, A. N., Suladze, A. G. Actual issues in HIV infection and prevention of perinatal HIV transmission in the South of Russia. *J Infektologii*. 2018;10(3):91-96.
- 21 Penda CI, Tejiokem MC, Sofeu CL, Ndiang ST, Ndongo FA, Kfutwah A, Guemkam G, Warszawski J, Faye A. Low rate of early vertical transmission of HIV supports the feasibility of effective implementation of the national PMTCT guidelines in routine practice of referral hospitals in Camerron. *Paediatr Int Child Health*. 2019;39(3):208-215.
- 22 Sagay AS, Ebonyi AO, Meloni ST, Musa J, Oguiche S, Ekwempu CC, Oyeboode T, Ejeliogu E, Imade GE, Agbaji OO, Okonkwo P, Kanki PJ. Mother-to-child transmission outcomes of HIV-exposed infants followed up in Jos North-Central Nigeria. *Current HIV Res*. 2015;13:193-200.
- 23 Temgoua EMS, Nkenfou CN, Bissek ACZ, Fokam J, Billong SC, Sosso SM, Tangipumdu C, Elong EL, Domkan I, Colizzi V. HIV-1 early infant diagnosis in an effective indicator of the prevention of mother-to-child transmission program performance: experience from Camerron. *Current HIV Res*. 2015;13:286-291.
- 24 Sinunu MA, Schouten EJ, Wadonda-Kabondo N, Kajawo E, Eliya M, Moyo K et al. Evaluating the impact of prevention of mother-to-child transmission of HIV in Malawi through immunization clinic-based surveillance. *PloS ONE*. 2014;9(6):e100741.



- 25 Baryamutuma R, Kansiime E, Nuwagaba CK, Nabitaka L, Muhumuza S, Akello E, Musinguzi J, Bazeyo W, Celentano J, Lindan C. An early assessment of Uganda's roll-out of option B+: service capacity and infant outcomes. *East Afr J Appl Health Monitor Eval*. 2017;1:16-21.
- 26 Chaka TE, Abebe TW, Kassa RT. Option B+ prevention of mother-to-child transmission of HIV/AIDS service intervention outcomes in selected health facilities, Adama town, Ethiopia. *HIV AIDS (Auckl)*. 2019;11:77-82.
- 27 Gamell A, Luwanda LB, Kalinjuma AV, Samson L, Ntamatungiro AJ, Weisser M, Gingo W, Tanner M, Hatz C, Letang E, Battegay M. Prevention of mother-to-child transmission of HIV option B+ cascade in rural Tanzania: the one stop clinic model. *PLoS ONE*. 2017;12(7):e0181096.
- 28 Duri K, Gumbo FZ, Munjoma PT, Chandiwana P, Mhandire K, Ziruma A, Macpherson A, Rusakaniko S, Gomo E, Misselwitz B, Mazengera LR. The university of Zimbabwe college of health sciences (UZ-CHS) BIRTH COHORT study: rationale, design and methods. *BMC Infect Dis*. 2020;20(1):725.
- 29 Gopalappa C, Stover J, Shaffer N, Mahy M. The costs and benefits of option B+ for the prevention of mother-to-child transmission of HIV. *AIDS*. 2014;28(suppl1):5-14.
- 30 Ndaimani A, Chitsike I, Haruzivishe C, Stray-Pedersen B, Ndaimani H. Mother to child transmission of HIV and its option B+ cascade predictors: an ecological study. *Ann Trop Med Public Health*. 2018;11:87-94.
- 31 Mekuria AD, Sisay AL, Hailegiorgies KK, Abebe AM. Joint and separate analysis for longitudinal and survival data on mother-to-child transmission of HIV among infected mothers on option B+ at health centers in North Shewa Zone, Ethiopia, 2017. *J Multidiscip Health*. 2020;13:1179-1189.
- 32 Ngene NC, Moodley J. New drug regimens for HIV in pregnancy and a national strategic plan to manage HIV: a south African perspective. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015;131(suppl1):19-22.



- 33 Haas AD, Oosterhout JJV, Tenthani L, Jahn A, Zwahlen M, Msukwa MT, Davies M, Tal K, Phiri N, Spoerri A, Chimbwandira F, Egger M, Keiser O. HIV transmission and retention in care among HIV-exposed children enrolled in Malawi's prevention of mother-to-child transmission programme. *J Int AIDS Soc.* 2017;20(1):21947.
- 34 Harrington BJ, DiPrete BL, Jumbe AN, Ngongondo M, Limarzi L, Wallie SD, Chagomerana MB, Hosseinipour MC'. Safety and efficacy of option B+ ART in Malawi: few severe maternal toxicity events or infant HIV infections among pregnant women initiating tenofovir/lamivudine/efavirenz. *Trop Med Int Health.* 2019;24(10):1221-1228.
- 35 Herce ME, Mtande T, Chimbwandira F, Mofolo I, Chingondole CK, Rosenberg NE, Lancaster KE, Kamanga E, Chinkonde J, Kumwenda W, Tegha G, Hosseinipour MC, Hoffman IF, Martinson FE, Stein E, Horst CM. Supporting option B+ scale up and strengthening the prevention of mother-to-child transmission cascade in central Malawi: results from a serial cross-sectional study. *BMC Infect Dis.* 2015;15:328.
- 36 Livesley N, Coly A, Karamagi E, Nsubuga-Nyombi T, Mwitwa SK, Ngonyani MM, Mvungi J, Kinyua K, Muange P, Ismail A, Quick T, Stern A. Reducing mother-to-child transmission of HIV using quality improvement approaches. *J Int Assoc Provid AIDS Care.* 2019;18:1-7.
- 37 Ndarukwa V, Zunza M. Combination antiretroviral treatment use in prevention of mother-to-child transmission programmes: 6 week HIV prevalence and relationship to time of antiretroviral treatment initiation and mixed feeding. *S Afr J Infect Dis.* 2019;34(1):1-5.
- 38 Barr BAT, Lettow MV, Oosterhout JJV, Landes M, Shiraishi RW, Amene E, Schouten E, Wadonda-Kabondo N. National estimates and risk factors associated with early mother-to-child transmission of HIV after implementation of option B+: a cross-sectional analysis. *Lancet HIV.* 2018;5(12):688-695.



- 39 Tweya H, Keiser O, Haas AD, Tenthani L, Phiri S, Egger M, Estill J. Comparative cost-effectiveness of option B+ for prevention of mother-to-child transmission of HIV in Malawi. *AIDS*. 2016;30(6):953-962.
- 40 Wang X, Guo G, Zheng J, Lu L. Cost-effectiveness of option B+ in prevention of mother-to-child transmission of HIV in Yunnan Province, China. *BMC Infect Dis*. 2019;19(1):1-12.
- 41 Barr BAT, Schouten E, Oosterhout JJV, Gupta S, Phiri H, Chimbwandira F, Thindwa D, Blair C, Jahn A, Lettow M. National HIV transmission in 4-12 week olds in Malawi's PMTCT option B+ program. 2016. Conference paper.
- 42 Linguissi LSG, Sagna T, Soubeiga ST, Gwom LC, Nkenfou CN, Obiri-Yeboah D, Ouattara AK, Pietra V, Simpure J. Prevention of mother-to-child transmission (PMTCT) of HIV: a review of the achievements and challenges in Burkina-Faso. *HIV AIDS (Auckl)*. 2019;11:165-177.
- 43 Lolekha R, Boonsuk S, Plipat T, Martin M, Tonputsu C, Punsuwan N, Naiwatanakul T, Chokephaibulkit K, Thaisri H, Phanuphak P, Chaivooth S, Ongwandee S, Baiputhong B, Pengjuntr W, Mektoon S. Elimination of mother-to-child transmission of HIV – Thailand. *MMWR*. 2016;65(22):562-566.
- 44 Olana T, Bacha T, Worku W, Tadesse BT. Early infant diagnosis of HIV infection using DNA-PCR at a referral center: an 8 years retrospective analysis. *AIDS Res Ther*. 2016; 13(1):2-7.
- 45 Girma M, Wendaferash R, Shibru H, Berhane Y, Hoelscher M, Kroidl A. Uptake and performance of prevention of mother-to-child transmission and early infant diagnosis in pregnant HIV-infected women and their exposed infants at seven health centres in Addis Ababa, Ethiopia. *Trop Med Int Health*. 2017; 22(6):765-775.
- 46 Moges NA, Kassa GM, Boneya DJ. Rate of HIV transmission and associated factors among HIV-exposed infants in selected health facilities of East and West Gojjam Zones, Northwest Ethiopia; restropective cohort study. *BMC Infect Dis*. 2017;17:2-10.



- 47 Pricilla RA, Brown M, Wexler C, Maloba M, Gautney BJ, Finocchario-Kessler S. Progress toward eliminating mother to child transmission of HIV in Kenya: review of treatment guidelines uptake and pediatric transmission between 2013 and 2016 – a follow up. *Matern Child Health J.* 2018;22(12):1685-1692.
- 48 Etoori D, Kerschberger B, Staderini N, Ndlangamandla M, Nhlabatsi B, Jobanputra K, Mthethwa-Hleza S, Parker LA, Sibanda S, Mabhena E, Pasipamire M, Kabore SM, Rush B, Jamet C, Ciglenecki I, Teck R. Challenges and successes in the implementation of option B+ to prevent mother-to-child transmission of HIV in southern Swaziland. *BMC Public Health.* 2018;18(374): 1-9.
- 49 Landes M, Lettow M, Nkhoma E, Barr BT, Truwah Z, Shouten E, Jahn A, Auld A, kalua T, Oosterhout JJ. Low detectable postpartum viral load is associated with HIV transmission in Malawi's prevention of mother-to-child transmission programme. *J Int AIDS Soc.* 2019;22(6):e25290.
- 50 Nlend AEN, Marcelle KN, Ndombo PK, Sandie AB. Efficacité à 12 mois de l'option B+ pour prévenir la transmission mère à l'enfant (PTME) du VIH à Yaoundé, Cameroun. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2019;67(3):163-167.
- 51 Kassaw MW, Abebe AM, Abate BB, Kenen GT, Kassie AM. Mother-to-child HIV transmission and its associations among exposed infants after option B+ guidelines implementation in the Amhara regional state referral hospitals, Ethiopia. *Int J Infect Dis.* 2020;95:268-275.
- 52 Muyunda B, Musonda P, Mee P, Todd J, Michelo C. Effectiveness of lifelong ART (option B+) in the prevention of mother-to-child transmission of HIV programme in Zambia: observations based on routinely collected health data. *Front Public Health.* 2019;7:401.
- 53 Alambo AG, King EJ. Retention in care and health outcomes of HIV-exposed infants in a prevention of mother-to-child transmission of HIV (PMTCT) cohort in Addis Ababa, Ethiopia. *HIV AIDS (Auckl).* 2021;13:171-179.
- 54 Kyaw KWW, Oo MM, Kyaw NTT, Phyo KH, Aung TK, Mya T, Aung N, Oo HN, Isaakidis P. Low mother-to-child HIV transmission rate but high loss-to-follow-up



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA

among mothers and babies in Mandalay, Myanmar; a cohort study. PloS ONE. 2017;12(9):e0184426.

55 Daver RG, Chhabra M. Multidrug regimen for prevention of mother-to-child transmission in human immunodeficiency virus-positive mother in India – from prevention toward elimination. JSAFOG. 2019;11(1):50-57.

56 Deschamps MM, Jannat-Khah D, Rouzier V, Bonhomme J, Pierrot J, Lee MH, Abrams E, Pape J, McNairy ML. Fifteen years of HIV and syphilis outcomes among a prevention of mother-to-child transmission program in Haiti: from monotherapy to Option B+. TMIH. 2018;23(7):724-737.

57 UNAIDS. Disponível em: <https://unaids.org.br/2022/06/relatorio-demonstra-como-o-unaids-ajudou-a-salvar-vidas/>



Anexos

Normas para publicação – Revista Ciência & Saúde Coletiva

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:



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA

(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.

Orientações para organização de números temáticos.

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 interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA

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.

- 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.

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

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

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 ou 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.



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA

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. 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.



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA

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/cscscielo>), 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 no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

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



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA

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.



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA

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 N0 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” 11 (p.38). ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, 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).



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA

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, OliveiraFilho 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



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA

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



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA

[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. Cronenberg 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>



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA

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. 2ª 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.



CONCLUSÕES GERAIS

O programa de pré-natal do município de Curitiba-PR propicia uma assistência regular às gestantes HIV positivo. Os resultados dessa pesquisa evidenciaram que a maioria tem acesso e realiza o pré-natal; isso se reflete em outros dados significativos como a maioria aderindo a medicação antirretroviral e realizando a notificação de gestante HIV positivo, já no primeiro trimestre da gestação. Essas condutas contribuem para a escolha adequada da via de parto, o uso de medicação antirretroviral pelo bebê nas primeiras 24 horas e o desfecho de bebê nascido vivo em uma grande parcela das gestações. Mesmo com esses bons indicadores é importante não deixar de considerar medidas mais inclusivas para as gestantes com maior vulnerabilidade e que, eventualmente, ainda apresentam indicadores que merecem atenção.

A transmissão vertical é um dos indicadores dos programas de pré-natal e a diminuição dessa taxa, além de contribuir para a redução da contaminação das crianças, reflete em melhores condições de saúde da gestante, pois está diretamente associada ao uso da medicação antirretroviral. A revisão da literatura aponta que esforços dos órgãos competentes em melhorar o acesso e facilitar o uso da medicação, com uma terapia que independe de exames constantes e de avaliações de condições clínicas, está refletindo na diminuição das taxas de transmissão vertical, mesmo que muitos programas não consigam a taxa preconizada. Essa melhora já gera impacto positivo em programas de prevenção de transmissão vertical, principalmente em países do continente Africano, que são os que tem os números mais preocupantes.

Apesar das pesquisas e da tecnologia terem contribuído para uma significativa mudança no contexto da epidemia de AIDS desde o seu surgimento, é relevante considerar que há ainda muitos aspectos que merecem atenção. Mesmo com o desenvolvimento de tecnologias que facilitaram a testagem, desenvolveram medicações e possibilitaram viver com o vírus HIV sem desenvolver a doença, propiciando uma considerável qualidade de vida para essas pessoas, não é



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA

possível não considerar que uma doença que pode ser evitada ainda contamine um número tão grande de pessoas todos os anos, incluindo gestantes, gerando assim um risco de contaminação para as crianças. A contaminação pelo vírus HIV pelas mulheres está associada a um contexto social muito significativo, ela está intimamente ligada à pobreza, machismo, vulnerabilidade e submissão. Diante desse cenário é importante o desenvolvimento de políticas públicas que considerem além dos indicadores de saúde também este contexto social. Muito já foi conquistado, mas há muito ainda a ser feito para melhorar o panorama dessa epidemia.



Referências utilizadas na Introdução Geral

- 1 UNAIDS. FACT SHEET 2022. Estatísticas globais de HIV. Acabar com a epidemia de AIDS, disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf
- 2 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das hepatites virais. Boletim epidemiológico HIV/AIDS, 2021. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-hivaids-2021>
- 3 Silva CM, de Oliveira VS, Claro HG, Vargens OMC. Interação social de mulheres com exposição ao HIV/AIDS: um modelo representativo. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2022;31:e20210149.
- 4 Loutfy M, Raboud J, Wong J, Yudin H, Diong C, Blitz S, Margolese S, Hart T, Ogilvie L, Masinde K, Tharao W, Linklater L, Salam K, Ongoiba F, Anjo J, Smaill F, Rachlis A, Ralph E, Walmsley S. High prevalence of unintended pregnancies in HIV-positive women of reproductive age in Ontario, Canada: a retrospective study. HIV Med. 2012;13(2):107-17.
- 5 Gogna ML, Pecheny MM, Ibarluciá I, Manzelli H, Lo'pez SB. The reproductive needs and rights of people living with HIV in Argentina: health service users' and providers' perspectives. Soc Sci Med. 2009;69: 813–820.
- 6 Koenig LJ, Espinoza L, Hodge K, Ruffo N. Young, seropositive, and pregnant: epidemiologic and psychosocial perspectives on pregnant adolescents with human immunodeficiency virus infection. Am J Obstet Gynecol. 2007;S3: 123-131.
- 7 Abdisa S, Tenaw Z. Level of adherence to option B plus PMTCT and associated factors among HIV positive pregnant and lactating women in public health facilities of Hawassa city, Southern Ethiopia. Plos ONE. 2021;16(8):e0255808.
- 8 World Health Organization. 2010. Antiretroviral Drugs for Treating Pregnant Women and Preventing HIV Infection in Infants: Recommendations for a Public Health Approach. Geneva: WHO.



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA

9 Tesfaye DJ, Hibsitu DT, Abebo TA, Asfaw FT, Lukas K, Laelago T, et al. Option B plus antiretroviral therapy adherence and associated factors among HIV positive pregnant women in Southern Ethiopia. BMC Pregnancy Childbirth. 2019,19(82):1-8.

10 Costa MIF, Viana TRF, Pinheiro PNC, Cardoso MVLML, Barbosa LP, Luna IZ. Determinantes sociais de saúde e vulnerabilidades às infecções sexualmente transmissíveis em adolescentes. Rev Bras Enferm. 2019,72(6):1595-1600.



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA

ANEXOS

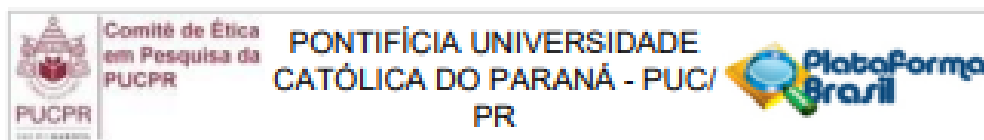
Pareceres de Comitês de Ética

	Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR	PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ - PUC/ PR	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP			
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA			
Título da Pesquisa: Perfil Sociodemográfico e de Saúde das gestantes com HIV/AIDS, da cidade de Curitiba-PR, anos 2019-2020.			
Pesquisador: MARIANA PEROTTA			
Área Temática:			
Versão: 2			
CAAE: 33014720.0.0000.0020			
Instituição Proponente: ASSOCIACAO PARANAENSE DE CULTURA - APC			
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio			
DADOS DO PARECER			
Número do Parecer: 4.205.236			
Apresentação do Projeto:			
Projeto de pesquisado doutorado em odontologia.			
Estudo de natureza epidemiológica observacional, com abordagem quantitativa, transversal em bases de dados secundários, ou seja, Sistemas de Informação em Saúde da rede pública.			
Desde o início da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no mundo observou-se uma grande mudança no perfil das pessoas que vivem com essa condição. O diagnóstico da infecção pelo HIV e a AIDS, bem como a infecção pelo HIV na gravidez são de notificação obrigatória, há uma ficha de notificação para o adulto com HIV e uma específica para a gestante com HIV, assim uma gestante com diagnóstico da infecção pelo HIV possui uma ficha da notificação do adulto com HIV e uma ficha de notificação de gestante com HIV. Essas fichas são preenchidas por um profissional de saúde que faz parte da vigilância epidemiológica e os seus dados alimentam, junto com outras doenças de notificação obrigatória, o SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). Nessas fichas são coletados dados como idade, raça, escolaridade, ocupação, município de residência, data da notificação, unidade em que foi feita a notificação, modo de transmissão e dados do pré-natal como: quando houve a evidência laboratorial da contaminação, se antes ou durante o pré-natal ou no momento do parto, quando iniciou a profilaxia com antiretrovirais e os dados em relação ao parto e o nascimento do bebê. Esses dados alimentam uma planilha de cada município e ficam registrados no SINAN. O objetivo da presente pesquisa é coletar esses dados das gestantes com HIV notificadas nos anos de 2019 e 2020, no município de Curitiba, da planilha de			
Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155			
Bairro: Prado Velho		CEP: 80.215-901	
UF: PR		Município: CURITIBA	
Telefone: (41)3271-2103	Fax: (41)3271-2103	E-mail: nep@pucpr.br	

Página 01 de 04



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA



Continuação do Protocolo: 4.265.236

dados do SINAN e analisá-los para elaborar um perfil sociodemográfico e de saúde destas gestantes e com isso contribuir para o refinamento de políticas públicas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Descrever o perfil sociodemográfico e de saúde das gestantes com diagnóstico positivo para o HIV, dos anos de 2019 e 2020, do município de Curitiba, com a análise da ficha de notificação, tanto de adulto como de gestante HIV positivo, dessas mulheres.

Objetivo Secundário: Identificar com a coleta de dados da ficha de notificação das gestantes HIV positivo, do município de Curitiba, dos anos de 2019 e 2020, informações sobre o seu pré-natal e parto; descrever com a coleta de dados da ficha de notificação para AIDS de adulto destas gestantes, informações sobre o provável modo de transmissão, as condições de saúde e o seu tratamento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os dados que serão coletados para essa pesquisa são de uma planilha já existente no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) e será mantido anonimato em relação à todos os dados, principalmente os dados sensíveis como nome, endereço, ou seja, a coleta não representa risco para as gestantes.

Benefícios: Os dados que se pretende coletar das planilhas do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) inclui dados sociodemográficos, de comportamento sexual e de saúde, e a análise destes dados ajudará a compreender melhor o perfil das gestantes com HIV/AIDS de Curitiba e contribuir para o refinamento de políticas públicas de saúde específicas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O pesquisador respondeu todas as pendências apontadas na 1ª versão do projeto em um documento denominados "respostaspendênciasdo parecerCEP"

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Propõe dispensa do TCLE sob a justificativa de que serão coletados dados secundários que já fazem parte de uma planilha, não havendo necessidade de termo de consentimento livre e esclarecido.

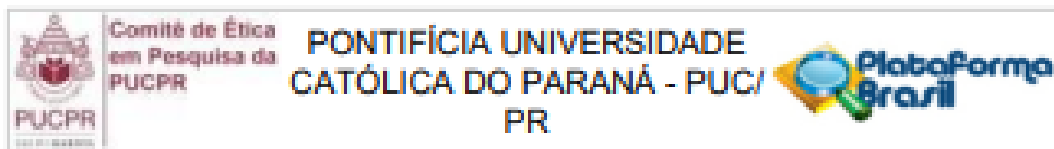
Quanto ao TCUD, o pesquisador informa que os dados aos quais terá acesso são públicos e que as informações suplementares serão acessadas por servidor que tenha acesso às planilhas por meio de login pessoal, razão pela qual pretende a dispensa do TCUD.

No tocante à autorização da Secretaria de Saúde para a utilização dos dados, o pesquisador informa que após a aprovação do projeto por esse CEP, o projeto seja analisado pelo CEP.

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
Bairro: Prado Velho **CEP:** 80.215-901
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3271-2103 **Fax:** (41)3271-2103 **E-mail:** nep@pucpr.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA



Continuação do Parecer: 4.2015.236

SMS/Curitiba

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Em resposta às pendências apontadas na 1ª versão do projeto, a pesquisadora respondeu:

- 1) Para a elaboração da metodologia do projeto de pesquisa entrei em contato com alguns profissionais que trabalham com pacientes com diagnóstico de HIV/AIDS no SUS, esse atendimento é feito no COA (Centro de Orientação e Aconselhamento), para me informar como seria o acesso aos dados que pretendo pesquisar. Em virtude desse contato foi que tive conhecimento de como as fichas de notificação são preenchidas e que os dados são transferidos posteriormente para essa planilha, inclusive com o auxílio desses profissionais tive a possibilidade de visualizar as fichas de notificação preenchidas, disponíveis em planilha de Excel pelo site do SINAN (que é público, mas que contém esses dados suplementares). Ainda assim, por compromisso interinstitucional de transparência, solicitei replicação do projeto via Plataforma Brasil, para que, após aprovação no CEP-PUCPR, ele também receba apreciação e aprovação no CEP-SMS/Curitiba, tendo em vista a referência utilizada aos serviços do COA.
- 2) Assim após apreciação e aprovação pelo CEP-SMS/Curitiba, a critério deles, se acharem necessário poderão indicar um servidor que tenha esse acesso às planilhas por meio de acesso institucional, com login pessoal, em horário fora do expediente regular para não comprometer seu horário de trabalho e fornecer para mim acesso as planilhas para realizar a pesquisa.
- 3) Em virtude disso solicito dispensa de TCUD, pois por conhecimento prévio tenho a informação que a SMS-Curitiba não fornece autorização prévia de pesquisa sem antes tramitar o projeto no seu CEP institucional. O documento anexado cumpre a pendência. Assim, frente aos esclarecimentos a respeito das pendências anteriormente apontadas, reputa-se o projeto aprovado.

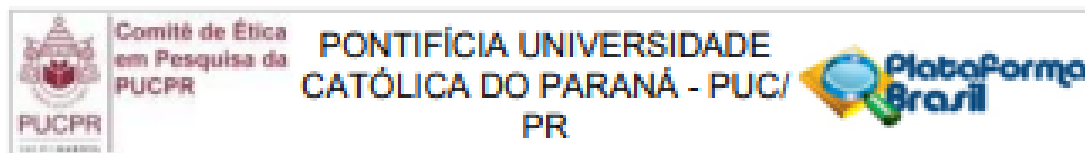
Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da Resolução 466/12, o Comitê de

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
Bairro: Prado Velho CEP: 80.215-901
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3271-2103 Fax: (41)3271-2103 E-mail: nep@pucpr.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA



Continuação do Parecer: 4.265.236

Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios anuais sobre o andamento do estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê.

Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP-PUCPR de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1565737.pdf	15/06/2020 18:57:21		Aceito
Outros	RespostapendenciadoparecerCEP.pdf	15/06/2020 18:58:32	MARIANA PEROTTA	Aceito
Cronograma	CronogramaCEP.docx	01/06/2020 15:31:52	MARIANA PEROTTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoMarianaPerottaCEP.docx	01/06/2020 15:31:31	MARIANA PEROTTA	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderoστοassinada.pdf	01/06/2020 15:30:47	MARIANA PEROTTA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 11 de Agosto de 2020

Assinado por:
Ana Carla Eling
(Coordenador(a))



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA

**SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil Sociodemográfico e de Saúde das gestantes com HIV/AIDS, da cidade de Curitiba-PR, anos 2019-2020.

Pesquisador: MARIANA PEROTTA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 33014720.0.3001.0101

Instituição Proponente: Prefeitura Municipal de Curitiba

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.410.954

Apresentação do Projeto:

Projeto protocolado no CEP/SMS sob nº 123/2020. Trata-se de resposta às pendências do parecer nº 4.289.524, de 21/09/2020. Estudo de natureza epidemiológica observacional, com abordagem quantitativa, transversal utilizando bases de dados secundários, que pretende descrever perfil sócio demográfico de gestantes com HIV. Os dados serão coletados, por um único pesquisador, de uma planilha de dados do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), garantindo-se todas as medidas protetivas para evitar exposição de dados sensíveis (nome, endereço), de modo a garantir a total anonimização das participantes. Os dados consultados serão os que tem origem das fichas de notificações de gestantes HIV positivo e das fichas de notificação de AIDS para adultos da mesma gestante. Os dados serão trabalhados de modo exploratório-descritivo, com distribuição de frequências das variáveis selecionadas das fichas de notificação. Os dados serão tabulados em uma planilha desenvolvida especificamente para essa pesquisa, sendo depois organizados e submetidos a análises estatísticas utilizando o programa estatístico SPSS (IBM Statistic 25.0®).

Objetivo da Pesquisa:

Alteração nos objetivos, no que diz respeito ao período. Objetivo geral: Descrever o perfil sociodemográfico e de saúde das gestantes com diagnóstico positivo para o HIV, dos anos de 2018 e 2019, do município de Curitiba.

Endereço: Rua Adílio Bório, 680

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.050-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41) 3360-4961

E-mail: etica@ums.curitiba.pr.gov.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ

ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 4.410.964

Objetivos específicos: 1) Revisar a literatura, na forma de uma revisão sistemática, com enfoque na gestante HIV positivo. 2) Identificar com a coleta de dados da ficha de notificação das gestantes HIV positivo, do município de Curitiba, nos anos de 2018 e 2019, informações sobre o seu pré-natal e parto. 3) Descrever com a coleta de dados da ficha de notificação para AIDS de adulto, do município de Curitiba, nos anos de 2018 e 2019, informações sobre o provável modo de transmissão, as condições de saúde e o tratamento das mulheres gestantes HIV positivo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem alterações. Riscos, conforme descrito: Os dados que serão coletados para essa pesquisa são de uma planilha já existente no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) e será mantido anonimato em relação a todos os dados, principalmente os dados sensíveis como nome, endereço, ou seja, a coleta não representa risco para as gestantes. Benefícios, conforme descrito: Os dados que se pretende coletar das planilhas do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) inclui dados sociodemográficos, de comportamento sexual e de saúde, e a análise destes dados ajudará a compreender melhor o perfil das gestantes com HIV/AIDS de Curitiba e contribuir para o refinamento de políticas públicas de saúde específicas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Ver campo de conclusões ou pendências.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados estão de acordo para o desenvolvimento da pesquisa.

Recomendações:

Ver campo de conclusões ou pendências.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Em relação às pendências apontadas no parecer nº4.289.524:1) Inclusão de riscos e benefícios no projeto, constavam somente nas Informações Básicas do Projeto na PB: pendência atendida parcialmente. Foram incluídos somente os riscos, também é necessário inclusão dos benefícios no projeto; 2) Período com dados preliminares de 2019 e 2020: pendência atendida; Alterado período dos dados para 2018 e 2019 a fim de trabalhar com dados consolidados. Adequado também o cronograma para que a coleta de dados seja realizada em 2021, permitindo a consolidação dos dados de 2019. 3) Especificação das variáveis a serem coletadas: pendência atendida parcialmente. Incluído anexo "Tabela para coleta de dados – pesquisa gestantes HIV". No entanto, salienta-se que a variável "uso de anti-retroviral durante o parto" não existe no SINAN HIV Gestante nem SINAN HIV Adulto. A variável que existe no SINAN HIV Gestante é o uso de PROFILAXIA anti-

Endereço: Rua Adílio Bório, 680

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.050-350

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-4061

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

Página 02 de 04



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 4.410.984

retroviral. Ainda, necessário incluir na tabela as variáveis de identificação que permitirão a busca da gestante na base de dados de SINAN HIV Adulto. 4 e 5) Esclarecimentos sobre período e justificativa para consulta ao SINAN HIV Adulto: pendência atendida. Esclarecido que a partir das gestantes notificadas no SINAN HIV Gestante em 2018 e 2019, serão consultadas no SINAN HIV Adulto as variáveis referentes ao provável modo de infecção e data da evidência laboratorial HIV, permitindo verificar quanto tempo decorreu da contaminação até a gestação. Pesquisadora esclarece que essa consulta será realizada somente se viável e permitido, caso contrário, será trabalhado somente com as variáveis do SINAN HIV Gestante. Para viabilizar a pesquisa, será fornecida base de dados de SINAN HIV Gestante, no formato .csv ou .xls, contendo somente as variáveis especificadas na "Tabela para coleta de dados" (incluir na Tabela as variáveis de identificação). A partir do arquivo fornecido, a pesquisadora realizará busca das gestantes - uma a uma - diretamente no SINAN HIV Adulto no serviço, em dia e horário previamente combinado e sob supervisão da Coordenação de Vigilância Epidemiológica - Agravos Crônicos (3350-9377). Salienta-se que somente poderão ser consultadas e coletadas do SINAN HIV Adulto as variáveis constantes na Tabela para coleta de dados: "Provável modo de transmissão" e "Data da evidência laboratorial HIV". Após consulta e coleta dos referidos dados, a base de dados da pesquisa deverá ser anonimizada, com a exclusão das variáveis de identificação. Projeto aprovado com recomendação, reforçando-se que somente poderá ser realizado se pesquisadora atender a todas as recomendações apontadas. Em cumprimento à Resolução CNS 466/12, este Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios parciais sobre o andamento do estudo, bem como o relatório completo ao final do estudo. Eventuais notificações, ou modificações que gerem emendas ao protocolo original, devem ser apresentadas tempestivamente, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas. Salientamos a necessidade de entrar previamente em contato com o setor envolvido na pesquisa, de posse do Termos de Aprovação da Pesquisa, para agendar as atividades necessárias com as Chefias locais.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP/SMS-Curitiba ratifica o parecer da relatoria.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_P ROJETO_1611001.pdf	10/11/2020 12:07:03		Aceito

Endereço: Rua Alípio Bório, 680

Bairro: Cristo Rei

UF: PR

Telefone: (41) 3360-4961

Município: CURITIBA

CEP: 80.050-250

E-mail: etica@unmc.curitiba.pr.gov.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA

**SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS**



Continuação do Parecer: 4.410.964

Outros	ComecaoProjetoMarianaPerottaCEP.docx	10/11/2020 12:01:19	MARIANA PEROTTA	Aceito
Outros	CronogramaCEP.docx	10/11/2020 12:00:14	MARIANA PEROTTA	Aceito
Outros	Respostapendenciaparecer.pdf	10/11/2020 11:59:48	MARIANA PEROTTA	Aceito
Outros	Tabelacoletadados.docx	10/11/2020 11:40:21	MARIANA PEROTTA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaraçãointeressesassinado.pdf	18/08/2020 11:55:14	VIVIANE MARIA SUTILE	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	17/08/2020 09:30:39	VIVIANE MARIA SUTILE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoDispensaTCLE.pdf	17/08/2020 09:29:18	VIVIANE MARIA SUTILE	Aceito
Outros	Requerimentoapreciacãoedoprojeto.pdf	17/08/2020 09:28:26	VIVIANE MARIA SUTILE	Aceito
Outros	TermoConfidencialidadededados.pdf	17/08/2020 09:27:25	VIVIANE MARIA SUTILE	Aceito
Outros	ausenciadecusto.pdf	17/08/2020 09:26:30	VIVIANE MARIA SUTILE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoAusenciaconflitointeresse.pdf	17/08/2020 09:25:50	VIVIANE MARIA SUTILE	Aceito
Outros	RespostapendenciadoparecerCEP.pdf	15/06/2020 18:58:32	MARIANA PEROTTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoMarianaPerottaCEP.docx	01/06/2020 15:31:31	MARIANA PEROTTA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

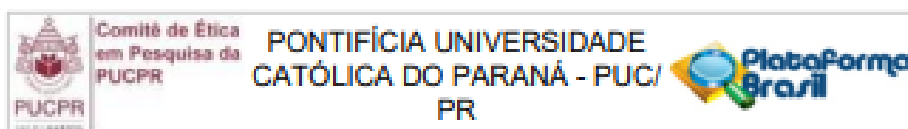
CURITIBA, 20 de Novembro de 2020

Assinado por:
antonio darcy silveira filho
(Coordenador(a))



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA

Parecer Comitê de Ética - Emenda



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Perfil Sociodemográfico e de Saúde das gestantes com HIV/AIDS, da cidade de Curitiba-PR, anos 2018-2020.

Pesquisador: MARIANA PEROTTA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 33014720.0.0000.0020

Instituição Proponente: ASSOCIACAO PARANAENSE DE CULTURA - APC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.108.561

Apresentação do Projeto:

De acordo com o que consta na Plataforma Brasil, arquivo de 26/10/2021 PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1849035_E1.pdf, é um estudo que tem a Prefeitura de Curitiba como Centro Co-participante. A presente submissão trata-se de uma Emenda, que tem como justificativa o aumento da amostra da pesquisa, possibilitando assim dados mais robustos para serem analisados, segundo descrito pela proponente. Foi anexada carta de Emenda dirigida ao Coordenador do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, com a solicitação de aprovação para, no início do ano de 2022, realizar a coleta de dados referente ao ano de 2020. Segundo argumenta, a pesquisa envolve os dados secundários do banco de dados do SINAN sobre gestantes HIV positivo. Em novembro de 2020 obteve aprovação para coletar no início de 2021 os dados consolidados referentes aos anos de 2018 e 2019, pois, segundo descrito na PB pela proponente, o fechamento da base de dados de um ano é realizado no 4º trimestre do ano subsequente. Por meio dessa emenda solicita aprovação para, no início do ano de 2022, realizar a coleta de dados referente ao ano de 2020.

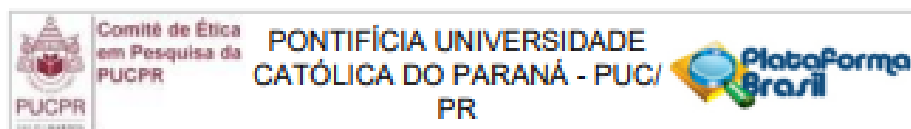
Objetivo da Pesquisa:

Não se aplica.

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
Bairro: Prado Velho **CEP:** 80215-901
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3271-2103 **Fax:** (41)3271-2103 **E-mail:** nep@pucpr.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA



Continuação do Parecer: S.184.561

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se aplica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não se aplica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta Carta de Emenda com a devida justificativa da solicitação.

Recomendações:

Organizar e encaminhar o relatório parcial da pesquisa, tendo em vista que já teve acesso a informações dos anos de 2018 e 2019.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A solicitação da proponente diz respeito a coleta de informações referentes ao ano de 2020, o que em nada altera a sua proposta de pesquisa já aprovada por esse CEP. Segundo consta, o acesso a informações já ocorreu mas fez referência aos anos de 2018 e 2019. Nesta oportunidade pretende efetuar um novo acesso aos dados, agora referentes ao ano de 2020, os quais somente estarão disponíveis a partir de 2022, segundo informa a proponente. Entende-se que sua solicitação não incide em qualquer óbice do ponto de vista ético.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da Resolução 466/12, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios anuais sobre o andamento do estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê.

Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP-PUCPR de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas.

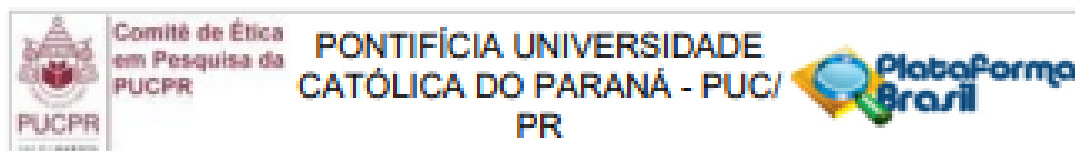
Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB - INFORMAÇÕES_BÁSICAS_184903_5_E1.pdf	26/10/2021 11:20:37		Aceito
Outros	EmendaCEP.pdf	26/10/2021 11:14:36	MARIANA PEROTTA	Aceito

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
Bairro: Prado Velho CEP: 80.215-901
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3271-2103 Fax: (41)3271-2103 E-mail: nep@pucpr.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA



Continuação do Parecer: S.108.581

Outros	RespostapendenciadoparecerCEP.pdf	15/06/2020 18:58:32	MARIANA PEROTTA	Aceito
Cronograma	CronogramaCEP.docx	01/06/2020 15:31:52	MARIANA PEROTTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoMarianaPerottaCEP.docx	01/06/2020 15:31:31	MARIANA PEROTTA	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostoassinada.pdf	01/06/2020 15:30:47	MARIANA PEROTTA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 16 de Novembro de 2021

Assinado por:
Ana Carla Eling
(Coordenador(a))