UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS

CURSO DE MEDICINA

DIEGO AFONSO COÊLHO SANTANA

A INFLUÊNCIA DA CARGA VIRAL NA ESCOLHA DA VIA DE PARTO NA GESTANTE QUE CONVIVE COM O HIV NO SAE/HULW

JOÃO PESSOA

2022

DIEGO AFONSO COÊLHO SANTANA

A INFLUÊNCIA DA CARGA VIRAL NA ESCOLHA DA VIA DE PARTO NA GESTANTE QUE CONVIVE COM O HIV NO SAE/HULW

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba.

Orientadora: Profª. Ma. Clarissa Barros Madruga.

JOÃO PESSOA

2022

Catalogação na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

S232i Santana, Diego Afonso Coelho.
A influência da carga viral na escolha da via de parto na gestante que convive com o HIV no SAE/HULW / Diego Afonso Coelho Santana. - João Pessoa, 2022.
47 f. : il.

Orientação: Clarissa Barros Madruga.
TCC (Graduação) - UFPB/CCM.

1. HIV. 2. Gestação. 3. Transmissão vertical. 4. TARV. I. Madruga, Clarissa Barros. II. Título.

UFPB/CCM CDU 616.9:618.2(043.2)

Elaborado por RODRIGO MESCHIATTI - CRB-PB-000776/O

Diego Afonso Coêlho Santana

A INFLUÊNCIA DA CARGA VIRAL NA ESCOLHA DA VIA DE PARTO NA GESTANTE QUE CONVIVE COM O HIV NO SAE/HULW

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado na Faculdade de Medicina da UFPB como requisito básico para a conclusão do Curso de Medicina.

Aprovado em: 16/11/2022.

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
gov.br
CLARISSA BARROS MADRUGA
Data: 24/11/2022 22:17:16-0300
Verifique em https://verificador.iti.br

Clarissa Barros Madruga UFPB

Documento assinado digitalmente
ICP Brasil
FRANCISCO BERNARDINO DA SILVA NETO
Data: 28/11/2022 09:20:55-0300
Verifique em https://verificador.iti.br

Francisco Bernardino da Silva Neto UFPB

Gilka Paiva Oliveira Costa

UFPB

RESUMO

Os avanços no combate ao HIV, bem como um aumento do acesso à terapia antirretroviral, permitiram uma redução da morbimortalidade relacionadas ao vírus. No Brasil, os programas de saúde contribuíram para uma redução geral da incidência de casos de infecção pelo HIV. Apesar disso, observou-se um aumento no número de casos de HIV em gestantes nos últimos dez anos. Nesse contexto, a prevenção da transmissão vertical do vírus adquire importância como método de interromper a cadeia de transmissão do vírus. O presente trabalho teve como objetivo relacionar a carga viral à via de parto escolhida em gestantes que convivem com o HIV que foram atendidas no HULW e que realizam acompanhamento no SAE/HULW. Além disso, foi avaliada a contagem de linfócitos T CD4 e o esquema de TARV escolhido durante o parto, bem como a carga viral dos recém-nascidos após o parto. O presente trabalho é caracterizado como um estudo observacional transversal, descritivo, com abordagem quantitativa. Participaram do projeto 31 integrantes, cujos prontuários do SAE/HULW foram analisados para a coleta de dados. Após a análise das variáveis, identificou-se que não houve relação entre a via de parto e a carga viral das pacientes. Foram identificadas 12 indicações diferentes de cesárea nos 24 casos em que a via de parto cirúrgica foi escolhida, das quais 75% tiveram indicação absoluta para a operação realizada. Quanto ao acompanhamento das pacientes no SAE/HULW, observou-se que a maior parte das gestantes realizou um número adequado de consultas pré-natal, bem como estavam em uso regular de TARV, possuíam carga viral indetectável e um número de linfócitos TCD4+ superior a 200 células/mm³. Todos os esquemas de TARV adotados estavam de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde de 2022, assim como não foi observado nenhum caso de transmissão vertical do vírus. A partir dos resultados obtidos, verificou-se que os cuidados oferecidos à gestante que convivem como HIV pelo SAE/HULW contribuíram efetivamente para o controle da infecção pelo vírus e para sua transmissão vertical.

Palavras-chave: HIV, gestação, transmissão vertical, TARV

ABSTRACT

Advances in the fight against HIV, as well as an increase in access to antiretroviral therapy, have allowed a reduction in morbidity and mortality related to the virus. In Brazil, health programs contributed to an overall reduction in the incidence of cases of HIV infection. However, there has been an increase in the number of HIV cases in pregnant women in the last ten years. Within this context, the prevention of vertical transmission of the virus is an important method of interrupting its chain of infection. The present work aimed to relate the viral load to the chosen mode of delivery in pregnant women living with HIV who were treated at the HULW and who are followed up at the SAEMI/HULW. In addition, the CD4 T lymphocyte count and the ART regimen chosen during delivery were also analyzed, as well as the viral load of newborns after delivery. A cross-sectional, descriptive, observational study with a quantitative approach was conducted in the referred service. 31 patients participated in the project, whose SAE/HULW records were analyzed for data collection. After the data's analysis, it was shown no relation between the viral load and the mode of delivery. Twelve different indications of cesarean section were identified in a total of 24 surgeries, of which 75% had an absolute indication. Regarding the follow-up of patients at the SAE/HULW, it was observed that most of the pregnant women had performed an adequate number of prenatal consultations, in addition they had an undetectable viral load, were in regular use of the ART and had a count of CD4+ T lymphocytes greater than 200 cells/mm³. All ART regimens used were in accordance with the Ministry of Health's recommendations of 2022, and no cases of vertical transmission of the virus were observed. Based on the results obtained, the care offered to pregnant women effectively contributed to the control of the virus infection and its vertical transmission.

Key words: HIV, gestation, vertical transmission, ART.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Idade 21
Gráfico 2 – Origem 22
Gráfico 3 – Profissão 23
Gráfico 4 - Estado civil 24
Gráfico 5 – Escolaridade 24
Gráfico 6 - Consultas de pré-natal 25
Gráfico 7 - Uso de TARV na gestação 25
Gráfico 8 - Tipo de TARV 26
Gráfico 9 - Valor da carga viral 27
Gráfico 10 - Contagem de linfócitos T CD4+ 27
Gráfico 11 - Via de parto 28
Gráfico 12 - Indicações da via de parto 28
Gráfico 13 - Via de parto conforme a carga viral 30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AZT Zidovudina

CV Carga Viral

DTG Dolutegravir

EFZ Efavirenz

HIV Vírus da Imunodeficiência Humana

HULW Hospital Universitário Lauro Wanderley

LT Linfócitos T

MS Ministério da Saúde

NVP Neverapina

OMS Organização Mundial da Saúde

TARV Terapia Antirretroviral

TDF Tenofovir

TV Transmissão Vertical

RAL Raltegravir

SAE Serviço de Assistência Especializada

3TC Lamivudina

LISTA DE SÍMBOLOS

%	Porcentagem
®	Marca registrada
+	Positivo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO **10**
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA **12**
3. JUSTIFICATIVA **15**
4. OBJETIVOS **17**
4.1 OBJETIVO GERAL **17**
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS **17**
5. METODOLOGIA **18**
5.1 TIPO DE ESTUDO E CENÁRIO 18
5.2 AMOSTRAGEM 18
5.3 COLETA DE DADOS 18
5.4 ANÁLISE DOS DADOS 18
5.5 LIMITAÇÕES 19
5.6 ASPECTOS ÉTICOS 19
6. RESULTADOS **21**
7. DISCUSSÃO **31**
8. CONCLUSÃO **37**
REFERÊNCIAS **39**
APÊNDICE A **42**
APÊNDICE B **43**
ANEXO A **45**
ANEXO B **47**

1. INTRODUÇÃO

Desde o relato dos primeiros casos da síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS) em 1981, seguido do isolamento do seu agente causador (vírus da imunodeficiência humana – HIV) em 1983, até o final dos anos 2010, muitos foram os avanços científicos. Embora a resolução completa da infecção não seja possível, é bem entendido seu mecanismo de ação, sendo possível a realização de medidas eficazes de prevenção, bem como medidas de controle da carga viral (GRECO, 2016).

A infecção pelo HIV é uma condição de caráter crônico que predispõe o paciente a diversas comorbidades, podendo evoluir para a AIDS, caso não seja feito um diagnóstico ou tratamento adequado. As complicações podem ocorrer pela ação direta do vírus, que provoca um estado inflamatório sistêmico, agravando ou desencadeando distúrbios metabólicos e degenerativos, ou pelo estado de imunossupressão que ele causa, deixando o paciente sujeito a doenças oportunistas (LAZZAROTTO, DERESZ e SPRINZ, 2010).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o aumento do acesso da terapia antirretroviral (TARV) permitiu uma diminuição da mortalidade mundial de causas relacionadas ao HIV. Enquanto foram documentadas 1,4 milhões de mortes no ano de 2000, observou-se uma queda para 770 mil mortes em 2018 (OMS, 2019).

Contudo, as cifras de pessoas convivendo com o HIV permanecem elevadas. O número de 24,9 milhões de pessoas infectadas no mundo pelo vírus em 2000 aumentou para 37,9 milhões em 2018 (OMS, 2019), demonstrando que ainda há uma transmissão elevada da doença, apesar do acesso a meios de prevenção e terapia adequada. Cabe destacar que o número de pessoas que convivem com condições crônicas, incluindo-se a infecção pelo HIV, também se eleva devido ao aumento da sobrevida populacional.

No Brasil, os atuais programas de saúde contribuíram para uma redução da morbidade e mortalidade da doença no âmbito nacional, assim como é visto mundialmente. No período de 2007 a 2021, foram notificados 381.693 novos casos de infecção pelo HIV. Nesse mesmo período, referente a população

feminina, foram notificados 115.333 novos casos de infecção pelo HIV, dois quais 56,8% entre as faixas etárias de 20 a 39 anos. Em relação aos casos de AIDS, observou-se uma diminuição nos números de casos anuais desde o ano de 2013 (BRASIL, 2021).

Ao se analisar os casos de HIV em gestantes, percebe-se um aumento de 30,3% na taxa de detecção do vírus de 2010 a 2020. Além disso, cabe-se destacar que, apesar do aumento ser verificado em todas as regiões do Brasil, as regiões Norte e Nordeste obtiveram as maiores taxas de aumento nos últimos 10 anos – 111,3% e 73,8%, respectivamente (BRASIL, 2021).

Tendo em vista o número de casos de infecção pelo HIV em mulheres em idade fértil, bem como aumento do número de casos notificados em gestantes, a prevenção da transmissão vertical adquire grande importância na interrupção da cadeia de transmissão do vírus.

O risco de transmissão vertical do HIV em pacientes que realizaram um acompanhamento adequado durante o pré-natal, associado a uma assistência adequada ao parto e ao puerpério, é menor que 2%. Todavia, os casos nos quais não é realizado um seguimento adequado, o risco é de 15 a 45% (OMS, 2016).

Dessa forma, a realização adequada do acompanhamento de gestantes que convivem com HIV, bem como a assistência ao parto em pacientes com HIV é fundamental, visto que permite tanto a prevenção da transmissão do vírus, quanto oferece uma melhor qualidade de vida a paciente e ao recém-nascido.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O controle da infecção do HIV é fundamental tanto para impedir a progressão para a AIDS, quanto para diminuir a transmissão do vírus entre a população. Ao fazer uso da terapia antirretroviral, sabe-se que é possível tornar a carga viral indetectável e aumentar a quantidade de linfócitos T CD4+, o que reduz a morbidade da doença, pois diminui as alterações metabólicas, bem como a ocorrência de doenças oportunistas. Além disso, os pacientes com carga viral indetectável são considerados como não transmissores da doença (BRASIL, 2018).

Quanto à infecção pelo HIV durante a gestação, além do tratamento materno para controle da infecção, há também a necessidade da adoção de medidas que visem impedir a transmissão para o feto. Em relação a isso, a realização de uma abordagem diagnóstica e tratamento adequados são essenciais tanto para a saúde da mãe, quanto da criança. O Mistério da Saúde recomenda a testagem para HIV na primeira consulta do pré-natal ou durante o primeiro trimestre de gestação e no início do terceiro trimestre. Além disso, recomenda-se também a testagem rápida para o vírus durante a admissão em maternidade. Nos casos de confirmação da infecção, deve-se realizar a contagem da carga viral do HIV (BRASIL, 2019).

Uma abordagem diagnóstica adequada se faz importante, visto que um atraso na realização do diagnóstico da infecção pelo HIV durante a gestação aumenta a chance de transmissão do vírus, sobretudo devido ao atraso na implementação da terapia antirretroviral. O diagnóstico materno feito durante o pós-parto também é um fator que eleva o risco de transmissão vertical, devido a não realização dos devidos cuidados durante o momento do parto e exposição do recém-nascido ao leite materno contaminado (SIQUEIRA et al., 2021).

O tratamento antirretroviral, no Brasil, é recomendado para todas as pessoas que convivem com o HIV. Dessa forma a TARV é indicada para toda gestante infectada pelo vírus, independente de seu estágio clínico ou imunológico, não devendo ser suspensa após o parto. O esquema de TARV recomendada na gestação é o esquema tríplice da associação de tenofovir

(TDF), lamivudina (3TC) e dolutegravirr (DTG). Com o uso desse esquema, busca-se obter a supressão da carga viral do HIV, que é de extrema importância para a redução da taxa de transmissão vertical (BRASIL, 2022).

Além da TARV materna, a recomendação da via de parto de acordo com a carga viral, os cuidados imediatos com o recém-nascido exposto ao HIV, a não amamentação e a realização do esquema indicado de medicação antirretroviral para o recém-nascido são outras recomendações que auxiliam na redução da TV. Quando empregadas, tais medidas permitem taxas de transmissão vertical de 1% a 2% (OLIVEIRA et al., 2018).

Em relação ao parto em gestantes que convivem com o HIV, a via cirúrgica está indicada nas mulheres cuja carga viral não é conhecida ou esteja com valores maiores que 1000 cópias/mL. Nesses casos, opta-se por realizar a cesariana eletiva a partir da 38ª semana gestacional, diminuindo o risco de transmissão vertical do vírus. (BRASIL, 2019; VASCONCELOS et al., 2021).

Em contrapartida, é possível optar pela via eutócica quando a paciente está em uso da TARV e possui carga viral indetectável, o que reduz o tempo de internação hospitalar, complicações cirúrgicas e risco de infecção. Além disso, não havendo contraindicação obstétrica, pode-se realizar a via vaginal em gestantes que obtiveram valores de carga viral abaixo de 1000 cópias/mL, porém detectável. Nesses casos, a gestante deverá fazer uso de AZT intravenoso (VASCONCELOS et al., 2021).

Ressalta-se que, mesmo com uma carga viral suprimida, medidas de prevenção da transmissão vertical devem ser seguidas na sala de parto, como realizar a retirada do recém-nascido com as membranas amnióticas integras – caso possível – o clampeamento imediato do cordão umbilical, o banho imediato e a primeira dose oral de AZT. Em casos nos quais a carga viral materna é desconhecida ou detectável, deve-se acrescentar a lamivudina (3TC) e o raltegravir (RTG) à profilaxia do neonato. Essas medicações devem ser mantidas por 04 semanas (BRASIL, 2021a).

Além dos cuidados iniciais com a criança exposta ao HIV, deve-se realizar também o atendimento no Serviço de Atenção Especializada. Durante os primeiros seis meses de vida, o acompanhamento deve ser realizado

mensalmente, passando para consultas bimestrais a partir do primeiro ano. Em relação aos exames de carga viral durante o acompanhamento da criança, o primeiro deve ser colhido após o nascimento. Caso o resultado seja indetectável, deve-se repeti-lo com 14 dias. Permanecendo negativo, coleta-se duas e seis semanas após o término da profilaxia com antirretroviral. O diagnóstico de infecção pelo HIV é dado caso seja constatado dois resultados acima de 5000 cópias/mL. (BRASIL, 2022).

3. JUSTIFICATIVA

Embora em um contexto nacional o que tem se observado em relação ao HIV/AIDS seja uma redução geral da incidência no período de 2014 até 2018, houve um aumento na notificação de casos de AIDS na Região Nordeste. Na Paraíba, nesse mesmo período, foram registrados 199 novos casos de infecção pelo HIV em 2014, contra 521 em 2018. O número de gestantes infectadas pelo HIV na Paraíba também se elevou. Nesses mesmos anos, os números de gestantes que conviviam com o HIV foram de 80 em 2014, contra 102 em 2018 (BRASIL, 2021).

Esse novo aumento de pessoas convivendo com o vírus surge devido a fatores como a diminuição de medidas preventivas, associada a uma adesão insuficiente da terapia antirretroviral, bem como o desconhecimento do paciente frente a sua condição. Em relação as gestantes, tal aumento também pode ser justificado pela ampliação do diagnóstico em consultas de pré-natal e uma vigilância na prevenção da transmissão vertical do HIV (GRANGEIRO, CASTANHEIRA e NEMES, 2015).

Mesmo com um aumento de gestantes infectadas pelo HIV, a taxa de detecção de AIDS em menores de 5 anos, que é utilizada como indicador para monitorar a transmissão vertical do vírus, sofreu uma queda de 69,7% nos últimos 10 anos no Brasil. Tal diminuição foi observada em todas as regiões do Brasil. Na Paraíba, a taxa era de 3,1 casos por 100.000 habitantes em 2010, que foi reduzida para 0,7 casos por 100.000 habitantes em 2020 (Brasil, 2021).

O uso da TARV, bem como os adequados cuidados durante o pré-natal e a assistência ao parto, promovem a diminuição da transmissão vertical HIV. Em relação ao momento do parto, que é um evento marcante para as pacientes, é importante que sua via seja adequadamente definida, como forma de ofertar a atenção a saúde apropriada para a mãe e o recém-nascido (BELLOTTO et al., 2019).

Segundo as recomendações do Ministério da Saúde, a cesárea eletiva é indicada quando a paciente possui carga viral (CV) desconhecida ou maior que 1.000 cópias por mililitro de sangue após 34 semanas de gestação. Já a via

eutócica é indicada quando a paciente está em uso da TARV e com supressão da CV (BRASIL, 2019).

Nesse contexto, buscou-se analisar, por meio deste trabalho, como é realizada a assistência ao parto no HULW em pacientes que convivem com o HIV e que realizam acompanhamento no SAE/HULW, relacionando-se a carga viral a via de parto escolhida. Além disso, também foi avaliada a contagem de linfócitos T CD4 e o esquema de TARV escolhido durante o parto, bem como a CV dos recém-nascidos após o parto.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Relacionar a carga viral à via de parto escolhida em gestantes que convivem com o HIV que foram atendidas no HULW e que realizam acompanhamento no SAE/HULW.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil epidemiológico das gestantes atendidas no SAEMI/HULW;
- Avaliar o número de consultas realizadas no SAEMI/HULW;
- Descrever as terapias antirretrovirais prescritas para as gestantes;
- Descrever a contagem de Linfócitos T CD4+ antes do parto;
- Avaliar a carga viral dos recém-nascidos após o parto.

5. METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO E CENÁRIO

O presente trabalho se configura como um estudo observacional transversal, descritivo, com abordagem quantitativa. Será realizado no Serviço de Assistência Especializada do Hospital Universitário Lauro Wanderley (SAE/HULW)

5.2 AMOSTRAGEM

A amostra foi composta por um total de 31 integrantes. Como critérios de inclusão foram selecionadas para o estudo pacientes do sexo feminino, com parto realizado entre os anos de 2018 e 2022, que estão realizando acompanhamento no SAE/HULW e cujo pré-natal foi feito também no mesmo serviço. Serão excluídas as pacientes que não tiveram o parto realizado no HULW. A seleção das pacientes para o estudo ocorreu de acordo com os dias de atendimento no SAE ao longo da semana, buscando-se integrar ao estudo todas as pacientes que foram atendidas no respectivo serviço durante o período de coleta de dados e que possuíssem os critérios de inclusão.

5.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HULW no dia 29/09/2022, sendo realizada entre os dias 30/09/2022 e 14/10/2022. Os prontuários das pacientes selecionadas foram avaliados, utilizando o questionário (Apêndice A) criado pelo pesquisador. Os dados do prontuário referente à idade, escolaridade, estado civil, local de origem, residência e ocupação serão coletados para compor os parâmetros epidemiológicos. Informações referentes à carga viral das pacientes durante a gestação, bem como a contagem de linfócitos TCD4+ foram coletadas para relacioná-las com a via de parto escolhida. Além disso, foram coletadas também informações referentes ao uso e tipo de terapia antirretroviral utilizada nas pacientes e a carga viral do recém-nascido.

5.4 ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente, os dados foram armazenados por meio de planilhas do programa Excel®. Após a finalização da coleta de dados, as variáveis foram,

então, transferidas para realização de análises estatísticas no programa IBM SPSS®.

Realizou-se medidas de tendência central para os dados obtidos. Em relação as variáveis numéricas (como a carga viral da gestante e do recém-nascido, a contagem de LTCD4+ e o número de consultas no pré-natal e no SAEMI/HULW), foi obtida a mediana e a média. Quanto as variáveis qualitativas (dados sociodemográficos, tipo de TARV utilizada, via de parto e sua indicação) foi medida a frequência absoluta e relativa. Para avaliar se os dados coletados apresentam uma distribuição normal, foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk.

Para avaliar a correlação da carga viral com a via de parto, foi utilizado o Teste de Qui-Quadrado. Para tanto, a carga viral foi transformada em variável nominal, podendo ser indetectável ou detectável.

5.5 LIMITAÇÕES

Quanto às limitações metodológicas, foram apenas analisadas aquelas pacientes que tiveram o parto realizado no HULW e que são acompanhadas no SAE do próprio hospital, o que possibilita a análise dos dados coletados apenas para a população em questão. Além disso, como as informações coletadas foram provenientes dos prontuários das pacientes, faltando informações em alguns casos, não sendo possível coletar todas as variáveis propostas para todas as pacientes.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi encaminhado para aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HULW antes da análise dos prontuários. A coleta de dados foi iniciada após aprovação do projeto pelo comitê, obedecendo todos os aspectos éticos e legais para estudo envolvendo seres humanos, levando-se em consideração a Resolução n° 510, de 07 de abril de 2016 (BRASIL, 2016), sendo coletado os dados referentes às pacientes após assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice B)

Em relação aos riscos do projeto, preza-se pelo sigilo e privacidade dos participantes, sendo que seus dados serão apenas divulgados em publicações científicas ou eventos, de maneira anônima, sendo que todas as informações pessoais das participantes não serão divulgadas. Como forma de assegurar tal

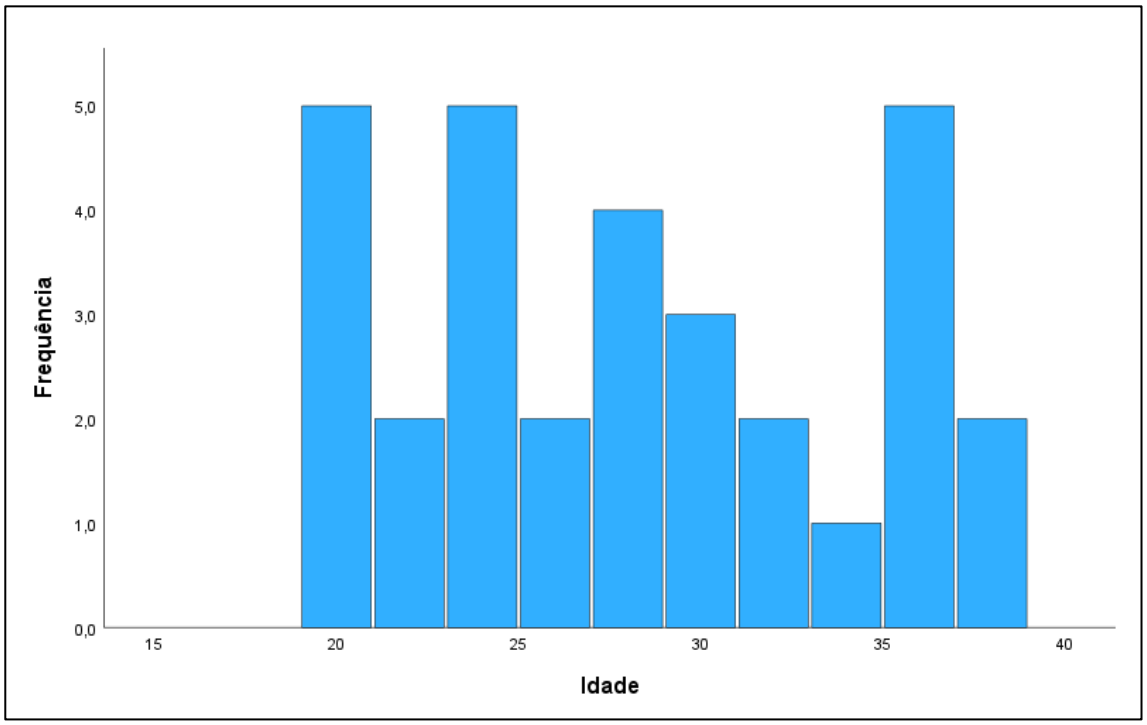
sigilo, o pesquisador seguirá o Termo de Compromisso e Confidencialidade (Anexo A) assinado, anexado ao presente trabalho. Vale ressaltar que o projeto não apresentou riscos biológicos ou físicos, visto que não foram realizados exames nas pacientes participantes.

Os custos referentes ao orçamento do projeto foram financiados pelo pesquisador, conforme o Termo de Compromisso Financeiro do Pesquisador (Anexo B).

6. RESULTADOS

Em relação ao perfil epidemiológico, verificou-se que a amostra analisada teve uma mediana de idade de 27 anos, com o P(25) de 23 anos e o P(75) de 33 anos. A idade mínima foi de 20 anos, enquanto a máxima foi de 38 anos. Tais dados são representados no gráfico 1.

Gráfico 1 - Idade



Fonte: elaborado pelo autor.

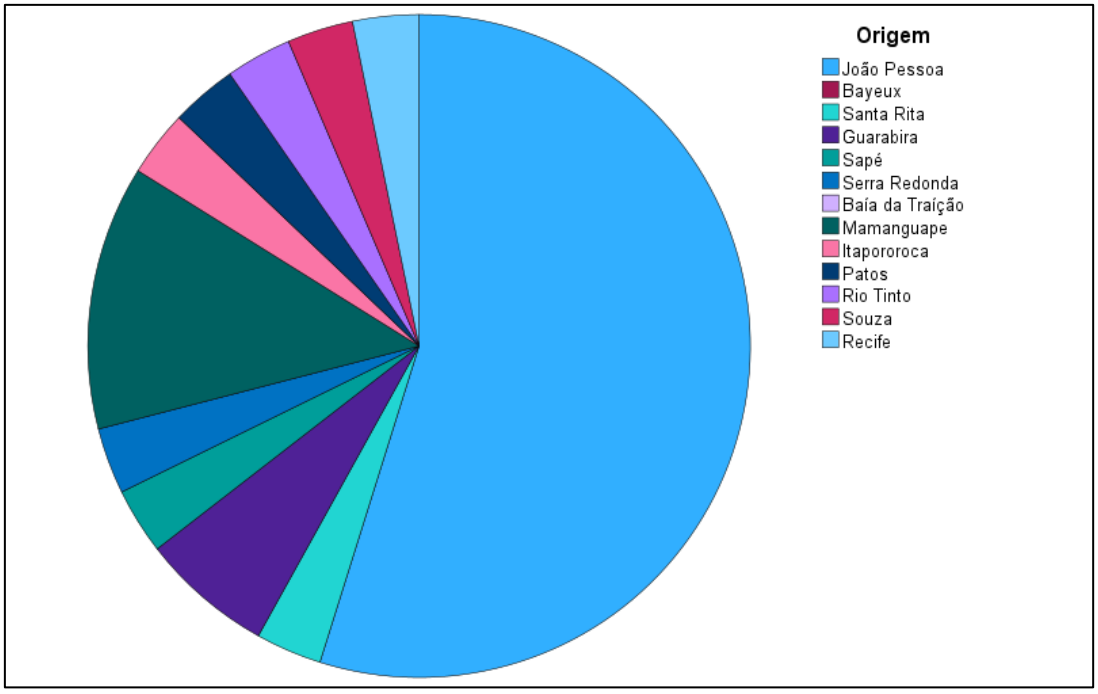
Foram identificadas 11 cidades em relação a naturalidade das participantes. 54,8% da população do estudo é natural de João Pessoa, 12,9% de Mamanguape e 6,5% de Guarabira. Todas as demais cidades observadas – Santa Rita, Sapé, Serra Redonda, Itapororoca, Patos, Rio Tinto, Souza e Recife - tiveram 3,2% da população do estudo cada (Gráfico 2).

Em relação a ocupação, não foi identificado durante a análise dos prontuários a profissão de 25,8% da amostra. Dos resultados válidos, observaram-se 6 profissões, dos quais 65,2% se enquadraram como do lar, 13% como cabelereira e 8,7% como consultora de telemarketing. As profissões de faxineira, cozinheira e autônoma tiveram cada uma 4,3% (Gráfico 3).

Quanto ao estado civil, não foi possível identificá-lo em 19,4% das pacientes. Em 48% dos resultados válidos, as pacientes se identificaram como solteiras, 28% em união estável e 24% como casadas (Gráfico 4).

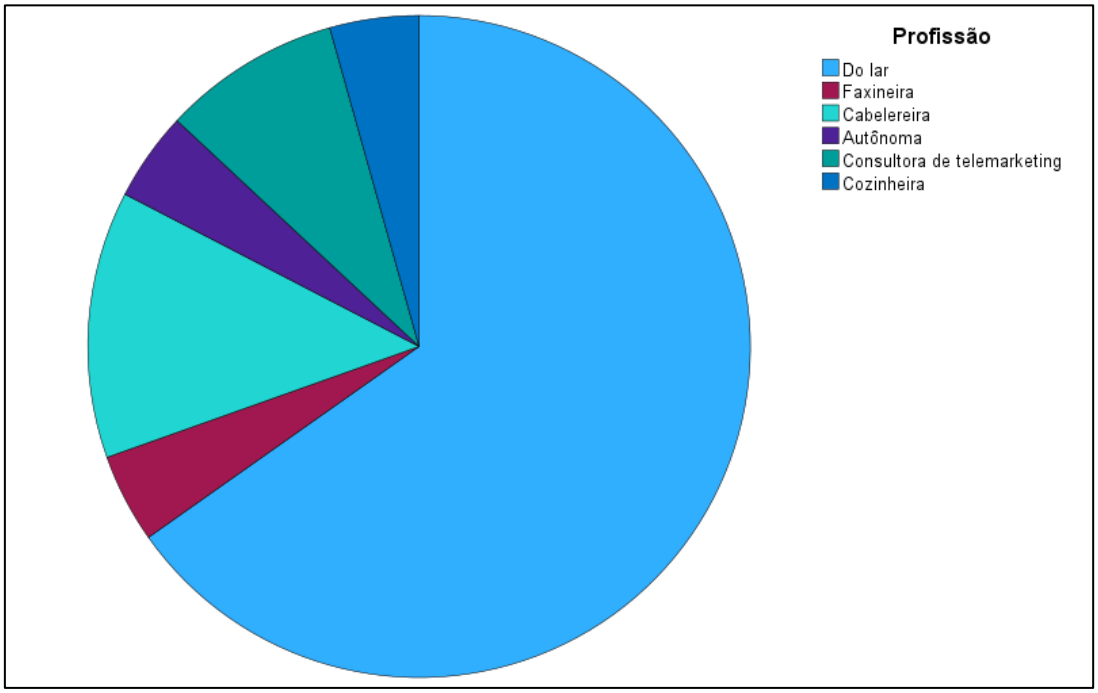
Em 25,8% da amostra não foi possível identificar o nível de escolaridade. Quanto aos resultados válidos, 21,7% possuem ensino fundamental incompleto, 21,7% possuem ensino fundamental completo, 17,4 têm ensino médio incompleto, 34,8% têm ensino médio completo e 4,3% possuem ensino superior (Gráfico 5).

Gráfico 2 - Origem



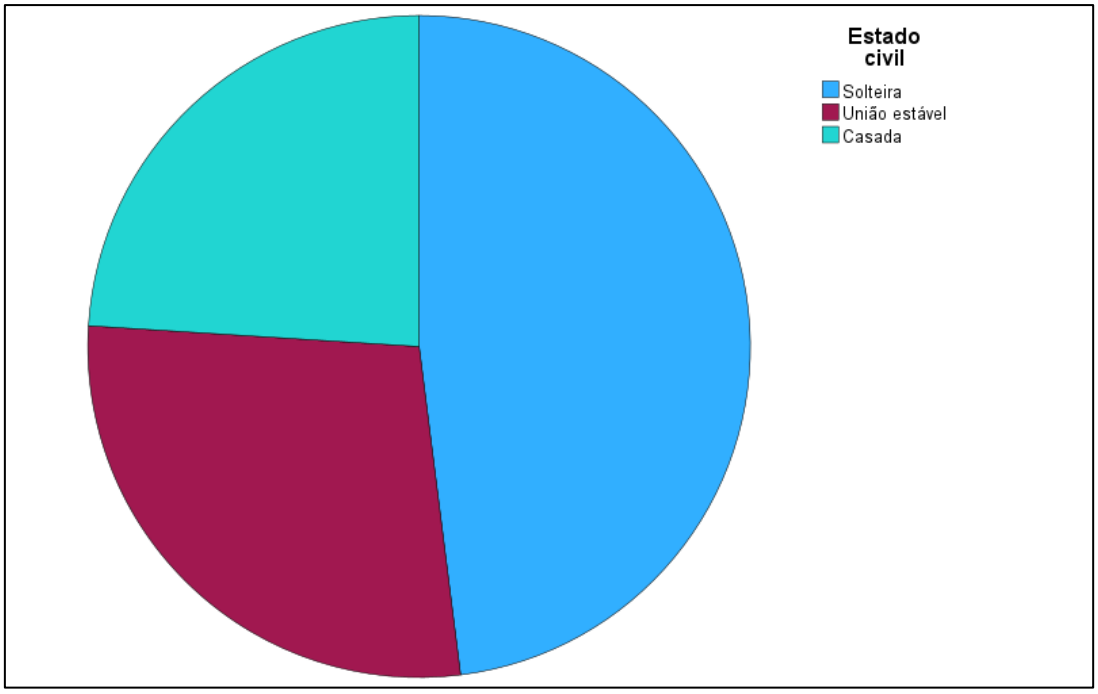
Fonte: elaborado pelo autor.

Gráfico 3 - Profissão



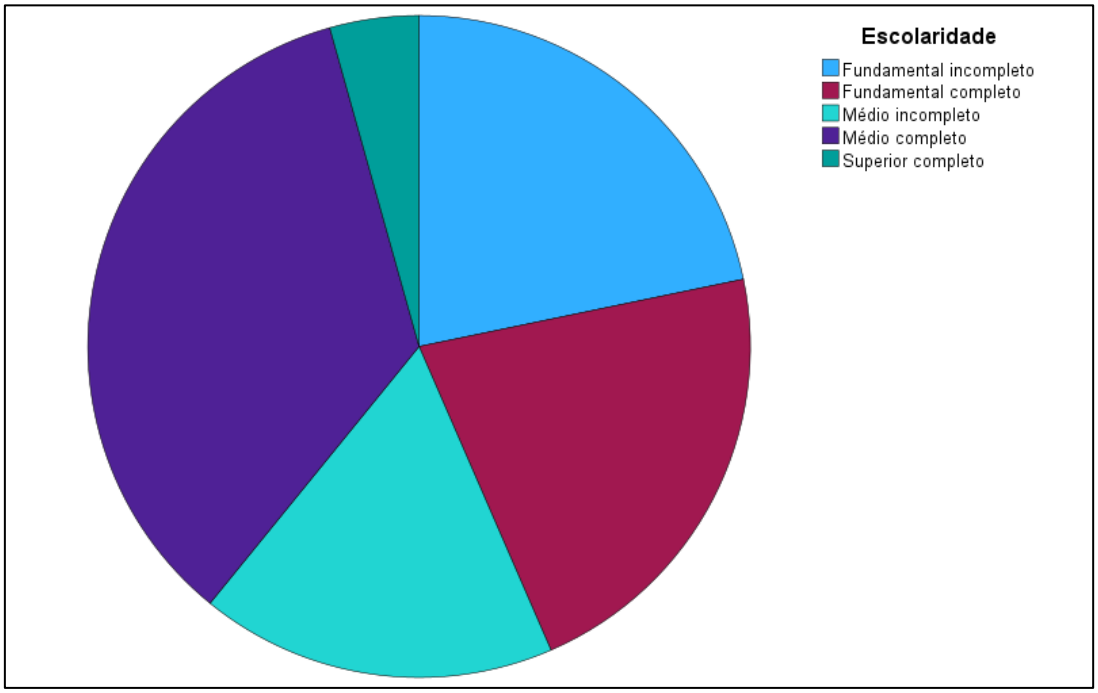
Fonte: elaborado pelo autor.

Gráfico 4 - Estado civil



Fonte: elaborado pelo autor.

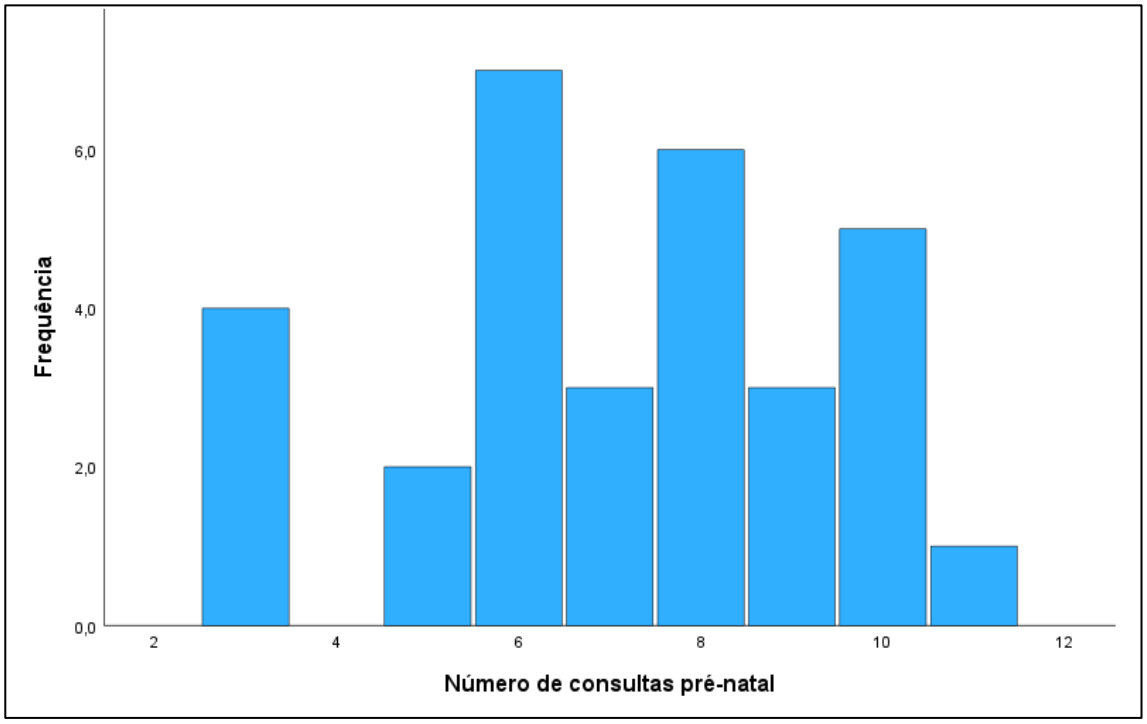
Gráfico 5- Escolaridade



Fonte: elaborado pelo autor.

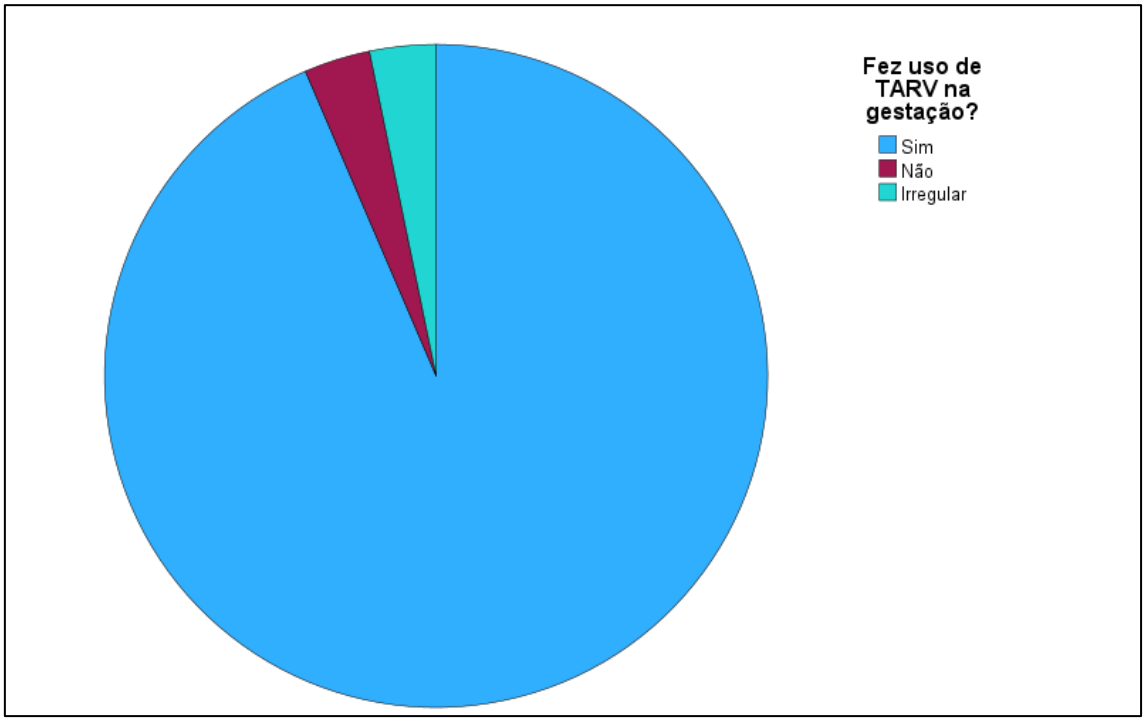
Quanto aos dados referentes ao acompanhamento no SAE, obteve-se uma média de pré-natais realizados de 7,13 consultas**.** O número mínimo observado foi de três consulta, enquanto o máximo foi de 11 consultas (Gráfico 6). Observou-se que 90,3% das pacientes realizaram TARV com boa adesão ao tratamento. 3,2% fizeram uso de TARV de maneira irregular e 3,2% não fez uso de TARV (Gráfico 7).

Gráfico 6 - Número de consultas de pré-natal



Fonte: elaborado pelo autor.

Gráfico 7- uso de TARV na gestação



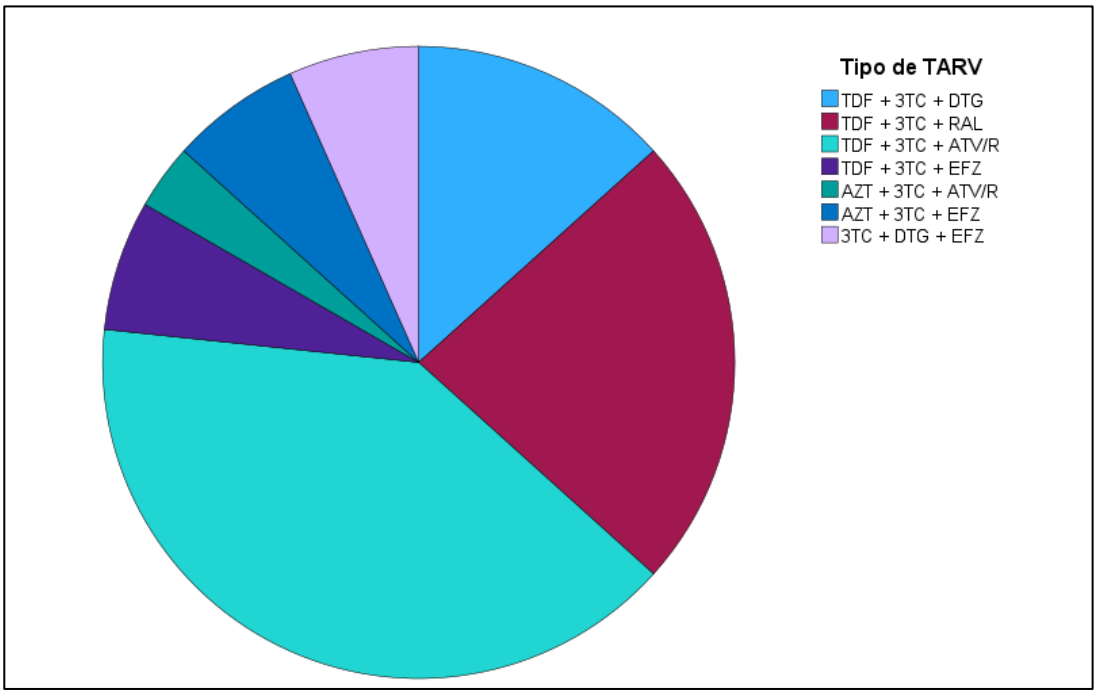
Fonte: elaborado pelo autor.

Das pacientes que realizaram TARV durante a gestação, foram observados sete esquemas diferentes de TARV. Observou-se que em 38,7% dos casos, o esquema utilizado foi TDF + 3TC + ATV/R. Em 22,6%, utilizou-se TDF + 3TC + RAL. A combinação TDF + 3TC + DTG foi observada em 12,9% dos casos. Os esquemas AZT + 3TC + EFZ, 3TC + DTG + EFZ e TDF + 3TC + EFZ foram observados em 6,5% dos casos cada. Por fim, 3,2% utilizaram AZT + 3TC + ATV/R (Gráfico 8).

Constatou-se que 90,3% realizaram coleta de carga viral na gestação, sendo que, das 28 pacientes que realizaram a coleta da CV nas 34 semanas, 24 (77,4%) obtiveram CV indetectável (Gráfico 9)

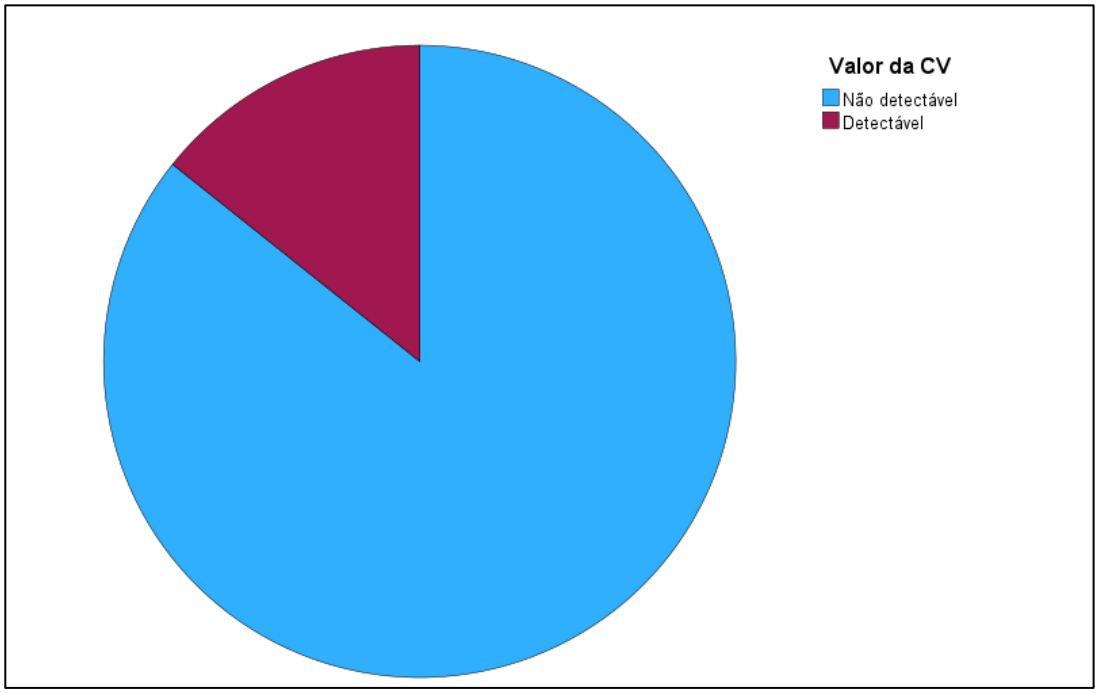
Das pacientes selecionadas para a pesquisa, 67,7% realizaram contagem de LTCD4+ durante a gestação. Dentre elas, foi observada uma mediana de 578, um P(25) de 293, um P(75) de 740. O valor mínimo observado foi de 227 linfócitos e o valor máximo, de 1125 (Gráfico 10).

Gráfico 8 - Tipo de TARV



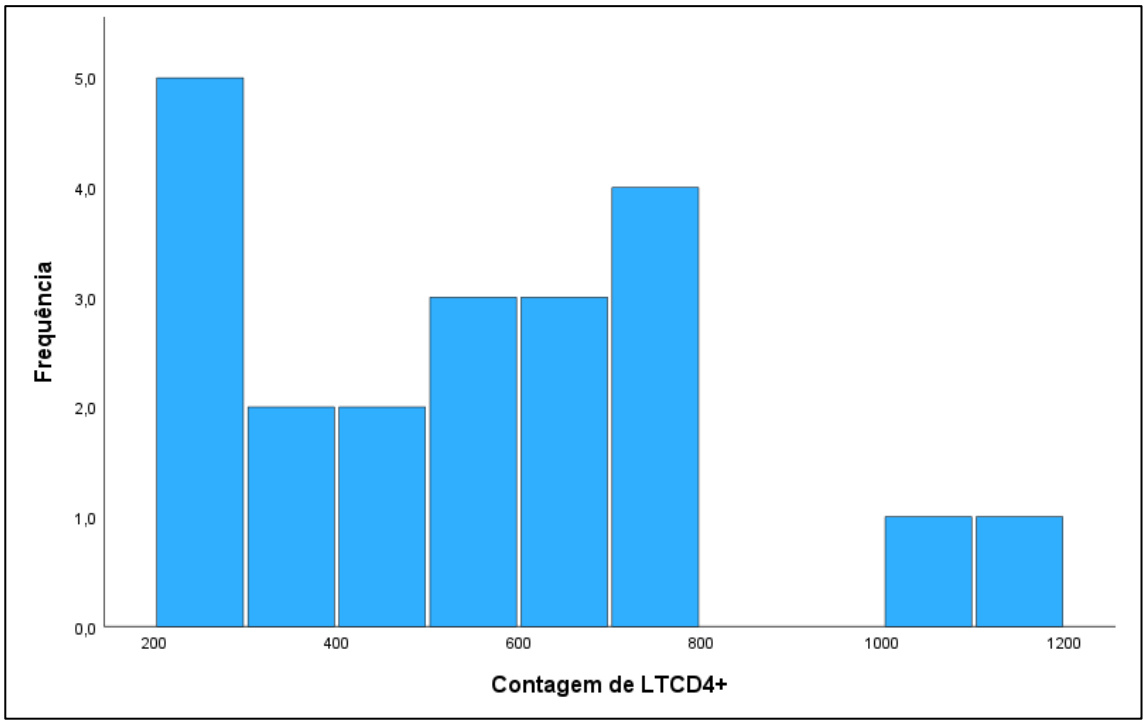
Fonte: elaborado pelo autor.

Gráfico 9 - Valor da carga viral



Fonte: elaborado pelo autor.

Gráfico 10 - Contagem de linfócitos T CD4+



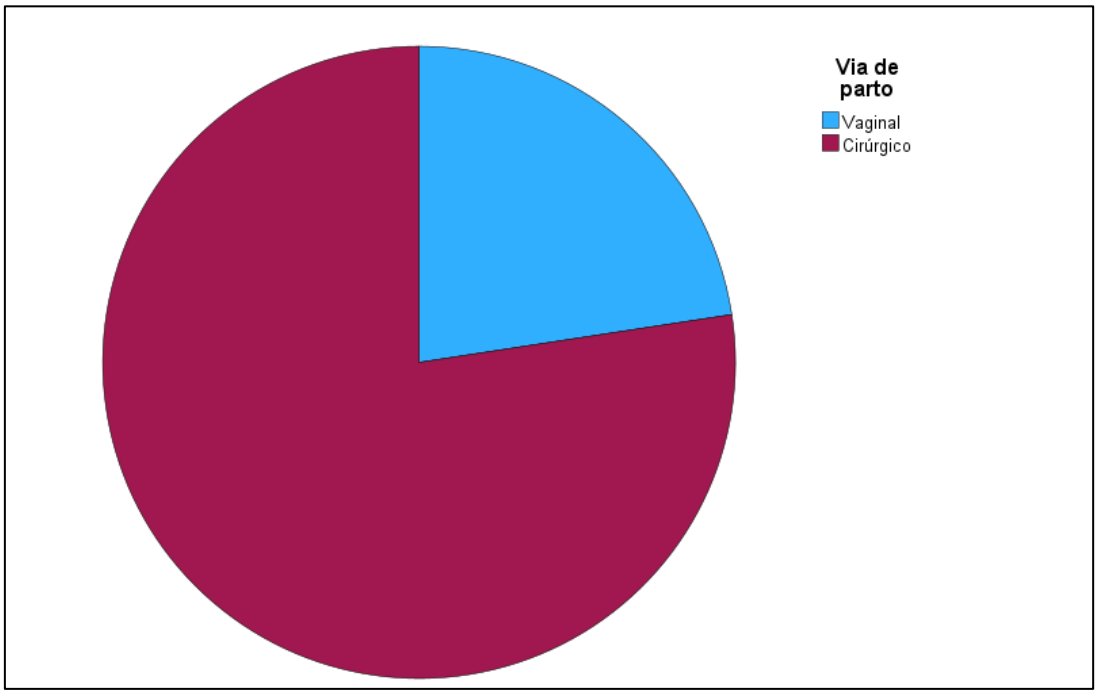
Fonte: elaborado pelo autor.

Levando em consideração os dados referentes ao parto, foram observados 24 partos cirúrgicos (77,4%) e 7 partos vaginais (22,6%). Em relação

ao parto cirúrgico, foram identificadas 12 indicações diferentes de cesárea (Gráfico 11).

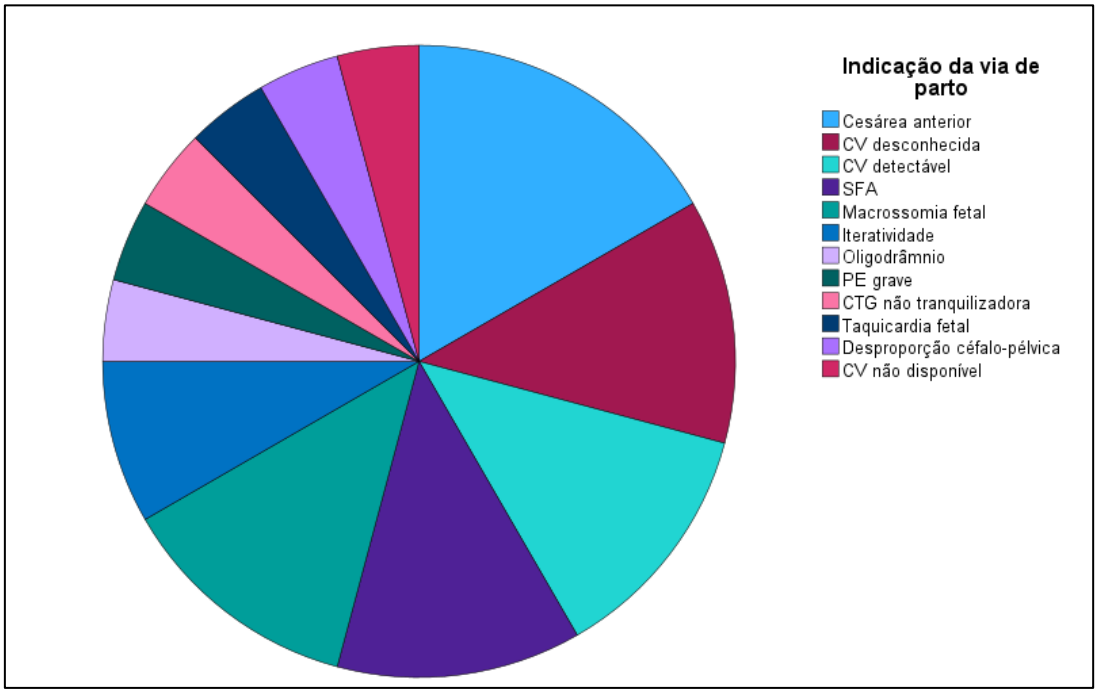
A justificativa de cesárea anterior foi observada em 12,9% dos casos, seguida de CV desconhecida, CV detectável, sofrimento fetal agudo (SFA) e macrossomia fetal, que tiveram 9,7% cada. Iteratividade foi constatada em 6,5% dos casos. As demais indicações – oligodrâmnio, pré-eclâmpsia grave, cardiotocografia não tranquilizadora, taquicardia fetal, desproporção céfalo-pélvica e CV não disponível – tiveram 3,2% cada (Gráfico 12).

Gráfico 11 - Via de parto



Fonte: elaborado pelo autor.

Gráfico 12 - Indicação da via de parto

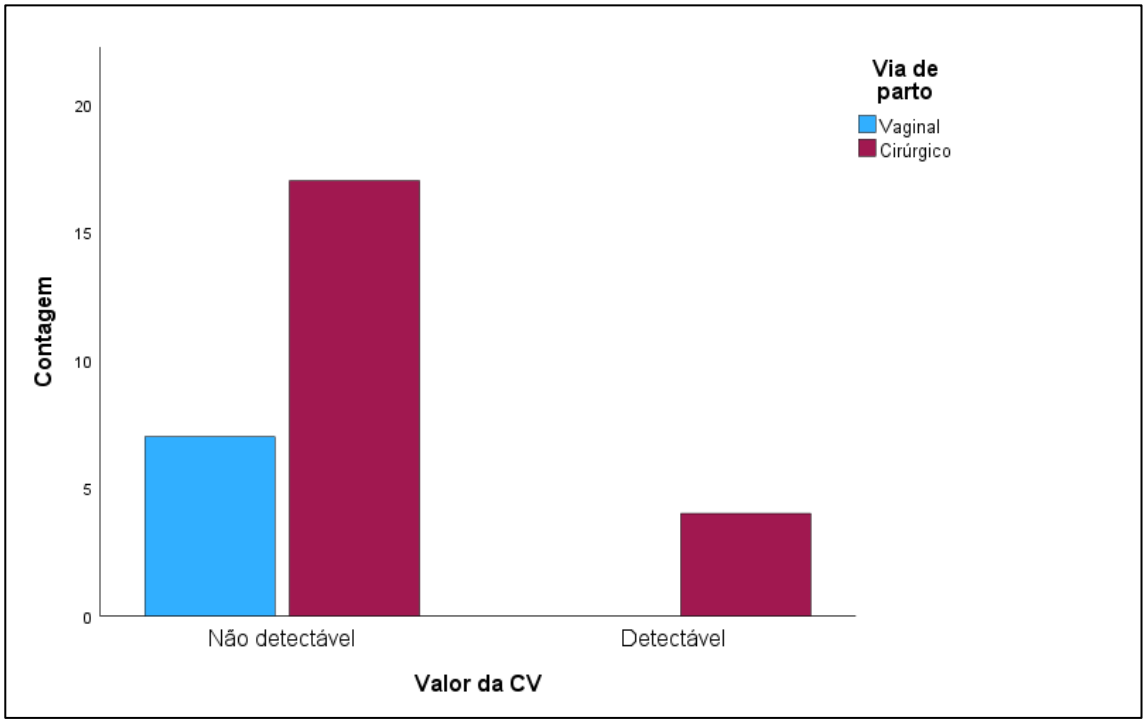


Fonte: elaborado pelo autor.

Em relação à transmissão vertical do HIV, foi visto que todos os recém-nascidos no presente estudo obtiveram uma carga viral indetectável durante a primeira coleta.

Após a realização do Teste Qui-Quadrado para fazer a correlação entre a carga viral e a via de parto, demonstrou-se que não houve correlação entre as variáveis, obtendo-se um nível de significância de 0,212. Das 24 pacientes que possuíam carga viral indetectável nas 34 semanas, 29,2% realizaram parto vaginal, enquanto 70.8% realizaram parto cirúrgico. Todas as pacientes com carga viral detectável realizaram parto cesáreo (Gráfico 13).

Gráfico 13 - Via de parto conforme a carga viral



Fonte: elaborado pelo autor.

7. DISCUSSÃO

O pré-natal das gestantes que convivem com o HIV é fundamental tanto para o controle da infecção, quanto para a redução da taxa de transmissão vertical do vírus. Para garantir o bem-estar da mãe e do feto, bem como assegurar uma boa adesão à terapia antirretroviral e obter uma boa resposta ao tratamento, recomenda-se a realização de, pelo menos, seis consultas. Tal acompanhamento deve ser feito a partir da associação do cuidado na atenção primária com o serviço de pré-natal de alto risco ou com o serviço de atenção especializada (BRASIL, 2022b).

Em relação ao seguimento da infecção pelo HIV nessas pacientes, é possível identificar alguns pontos que merecem destaque. Primeiramente, quanto à carga viral da paciente, que auxilia para verificar a resposta à TARV, bem como para definir a via de parto. Ela deve ser coletada em pelo menos três momentos – na primeira consulta do pré-natal, de duas a quatro semanas após o início da TARV e na 34ª semana de gestação (BRASIL, 2022b).

A contagem de linfócitos T CD4+ também se faz necessária durante o acompanhamento dessas pacientes. Naquelas pacientes no início do tratamento, tal exame deve ser solicitado na primeira consulta do pré-natal e a cada três meses na gestação. Caso já estivessem em acompanhamento clínico pela infecção e realizando TARV, deve-se solicitar na primeira consulta e na 34ª semana (BRASIL, 2022b).

Além disso, a TARV deve ser iniciada em toda gestante diagnosticada com o HIV. Como esquema inicial, o tratamento deve incluir a associação de três ARV, entre os quais um inibidor nucleosídeo da transcriptase reversa (ITRN) e um inibidor nucleotídeo da transcriptase reversa (ITRNt) combinados a um inibidor de integrasse (INI). Tendo isso em vista, o esquema recomendado para o início do tratamento66 em gestantes é TDF + 3TC + DTG. Deve-se também solicitar a genotipagem do vírus para toda gestante que convive com o HIV, a fim de auxiliar no manejo da TARV (BRASIL, 2022b; OMS 2018).

Além do esquema inicial recomendado, pode-se utilizar outras combinações de ARV. Como alternativa ao uso do DTG, seja por interação

medicamentosa, ou por intolerância à medicação, o Ministério da Saúde recomenda o uso de RAL, ATV + RTV ou DRV + RTV. Pode-se também utilizar o EFZ, caso haja sensibilidade detectada na genotipagem. Como opção para substituir a combinação de ITRN de TDF/3TC, pode-se utilizar AZT + 3TC ou então ABC + 3TC (BRASIL, 2022b).

Desta forma, a realização do cuidado adequado no pré-natal ajuda a garantir uma boa adesão a TARV, bem como a diminuição dos níveis de CV e, consequentemente, contribui para a diminuição da transmissão do vírus para o feto.

A partir da análise dos dados coletados, percebe-se que apenas 19,4% das gestantes do presente estudo realizaram um número de consultas de pré-natal abaixo do mínimo recomendado, enquanto 80,4% realizaram seis ou mais consultas. Quanto às pacientes que realizaram carga viral durante a gestação, 85,7% obtiveram um valor indetectável. Destaca-se também que 93,5% das pacientes fizeram o uso da TARV na gestação.

Tais informações permitem identificar que, em sua maioria, as pacientes acompanhadas no SAE/HULW realizam uma quantidade suficiente de consultas de pré-natal. Esse fato contribuiu para a boa adesão à TARV observada que, por conseguinte, favoreceu para o valor encontrado de cargas virais indetectáveis na maior parte das pacientes. Outro indicador do bom manejo da TARV realizado no SAE é em relação à contagem de linfócitos T CD4+. Todas as pacientes que realizaram o exame obtiveram valores de LTCD4+ maiores de 200 células/mm³

Deve-se ressaltar que todas as pacientes identificadas que realizaram uso irregular de TARV também tiveram uma quantidade de consultas pré-natais abaixo do recomendado. Da mesma forma, foi observado que todas as pacientes cuja carga viral não foi realizada durante a gestação realizaram uma quantidade insuficiente de consultas.

Com o aumento do acesso à TARV, o número de gestantes que convivem com o HIV em uso da terapia também cresceu, o que gera um aumento da atenção em relação aos potenciais efeitos teratogênicos dos ARV. Contudo, estudos demonstraram uma quantidade similar de defeitos congênitos em

neonatos expostos a TARV em relação com a população geral (BAILEY et al., 2018).

A escolha do DTG como esquema inicial para TARV em gestantes é feita devido aos seus benefícios constatados superarem os possíveis riscos com o seu uso. Dentre eles, destacam-se uma boa resposta de supressão viral materna, diminuição da mortalidade materna, bem como a diminuição da transmissão horizontal e vertical do vírus. Em relação aos riscos, consta-se um aumento da morbidade materna devido ao ganho de peso associado ao DTG e morte neonatal entre os recém-nascidos de mulheres com ganho de peso associado ao DTG (BRASIL, 2022a).

No Brasil, foi realizado em 2018 um estudo retrospectivo para a avaliação dos efeitos do DTG quanto ao aumento do risco de defeitos do tubo neural (DTN), em relação ao EFZ. Não foi demonstrada associação de nenhuma das duas medicações quanto a DTN. Da mesma forma, foi demonstrada também a segurança no uso de RAL, ATV/r e EFZ durante a gestação (PEREIRA et al., 2021).

Avaliando-se a TARV empregada nas gestantes que realizam acompanhamento no SAE/HULW, nota-se que todos os esquemas utilizados estão de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2022b). Vale ressaltar que grande parte das gestantes no estudo já estavam em uso de TARV quando iniciaram o pré-natal, fator que contribui para o dado observado que apenas 13,3% das pacientes estavam em uso da terapia de escolha para o início do tratamento em gestantes.

Apesar da maior parte das gestantes no presente estudo apresentarem carga viral indetectável, havendo, portanto, indicação de realizar via de parto vaginal, o que se observou foi um maior número de partos cirúrgicos em relação a partos eutócicos. Houve um total de 24 partos cesarianos, das 31 pacientes avaliadas no estudo, com 12 indicações diferentes identificadas para a realização da cirurgia.

Segundo a OMS, o total de partos cesarianos deve estar entre dez e 15% de todos os partos realizados. No Brasil, observa-se, ao longo das últimas décadas, um aumento no número de partos cirúrgicos em relação ao número de

partos vaginais. O número de cesáreas alcançou cerca de 56,7% dos nascimentos no país, variando a taxa conforme o tipo de serviço – o total alcança 80% em serviços privados e 40% em serviços públicos (OMS, 2015; BRASIL, 2015).

Além disso, um estudo ecológico realizado pela OMS concluiu que, quando as taxas de cesárea de determinada população são inferiores a dez por cento, observa-se uma diminuição da mortalidade materna e neonatal a medida que a taxa de cesárea aumenta. Em contrapartida, quando essas taxas chegam a valores de até 30%, não foi evidenciado efeito em relação a mortalidade (YE, J. et al, 2016).

Sabe-se que a operação cesariana, quando devidamente indicada, torna-se extremante importante para a garantia do bem-estar materno-fetal. Da mesma forma, quando tal operação é feita sem que haja uma recomendação adequada, acarreta um aumento de riscos, sem necessariamente aumentar os possíveis benefícios (DA SILVA et al., 2019).

Dentre as recomendações de parto cesariano, podem identificar três grupos diferentes quanto à sua indicação – indicações eletivas, indicações intraparto e cesárea a pedido materno. Quanto as cesáreas eletivas, pode-se citar como indicação a apresentação pélvica, com contraindicação ou impossibilidade de realização de versão externa, gestação gemelar, com primeiro feto em apresentação não-cefálica, placenta prévia centro-total ou centro-parcial, acretismo placentário, infecção pelo HIV, coinfecção HIV e hepatite C, infecção pelo vírus Herpes simples, iteratividade e macrossomia feral. Ressalta-se que a maioria das indicações é relativa, devendo ser individualizada para cada paciente (AMORIM, SOUZA e PORTO, 2010b ; BRASIL, 2015).

Quanto às indicações de cesárea intraparto e de emergência, destacam-se descolamento prematuro da placenta, vasa prévia, prolapso de cordão, falha de progressão do parto e anormalidades da frequência cardíaca fetal. Em relação as cesarianas a pedido, não se deve realizá-las anteriormente a 40ª semana, bem como deve haver assinatura de termo de consentimento (BRASIL, 2015; PARO e CATANI, 2019).

Ao classificar as indicações de cesarianas identificadas no trabalho, percebe-se que 75% delas estão de acordo com as recomendações previamente citadas. Dentre as indicações de cesárea eletiva, que representaram 12 das 24 indicações, destacam-se as causas relacionadas ao HIV – CV detectável, desconhecida ou não disponível na 34ª semana – com um total de sete indicações. Identificou-se também macrossomia fetal e iteratividade, com três e duas indicações para a cirurgia, respectivamente.

Em relação às causas intraparto e de emergência, que representam 6 das 24 indicações, observam-se aquelas referentes a anormalidades da frequência cardíaca fetal – cardiotocografia não-tranquilizadora, sofrimento fetal agudo e taquicardia fetal – com um total de cinco indicações e a falha de progressão do parto, por desproporção céfalo-pélvica, com uma indicação.

Além disso, evidenciam-se ainda indicações que não seriam absolutas para a operação cesariana em seis casos, cabendo a avaliação específica da paciente pelo médico assistente. São elas cesárea anterior – observada quatro vezes – oligodrâmnio e pré-eclâmpsia grave, ambas observadas uma vez.

Segundo o Ministério da Saúde, é aconselhado que a via de parto naquelas gestantes com cirurgia cesariana prévia seja orientada conforme os riscos e benefícios de um novo procedimento cirúrgico, bem como os riscos e benefícios de um parto vaginal, levando também em consideração a opinião da gestante. Casa a mulher apresente três ou mais operações prévias (iteratividade), é recomendado que seja realizado parto cesariano (BRASIL, 2015).

Ressalta-se que, em mulheres com cesariana anterior, há um risco maior de rutura uterina durante o parto vaginal – observou-se 5,1 casos a menos dessa complicação em pacientes submetidas a uma nova cirurgia, quando comparada ao parto vaginal. Em contrapartida, a taxa de mortalidade materna é maior quando as pacientes são submetidas a uma nova cirurgia, como também se verifica um maior tempo de internação hospitalar ((AMORIM, SOUZA e PORTO, 2010a).

Quanto ao quadro de oligodrâmnio, a operação cesariana está indicada nos casos de sofrimento fetal, impossibilidade de controle da vitalidade fetal e

refratariedade perante tratamento clínico. Já nos casos de pré-eclâmpsia que há indicação de interrupção da gestação, preconiza-se que a via de nascimento deve ser escolhida conforme os riscos e benefícios de cada tipo de parto (ZIMMERMMANN et al., 2010).

No que diz a respeito sobre a transmissão vertical do HIV, não foi identificado no estudo nenhum recém-nascido com a primeira carga viral coletada detectável. Tal fato reflete que os cuidados prestados durante e após o parto, bem como no acompanhamento pré-natal, foram adequados para que tal cadeia de transmissão fosse interrompida.

A taxa de transmissão vertical encontrada no estudo reflete também o que foi constatado no Brasil nos últimos anos. No Relatório de Monitoramento Clínico das Gestantes Vivendo com o HIV, publicado em 2019 pelo Ministério da Saúde, foi demonstrado que a taxa de transmissão vertical se aproximava a 2% no país, o qual é considerado, dentre as nações cujo sistema de saúde é universal e gratuito, um exemplo no controle e tratamento da infecção pelo HIV (BRASIL, 2019; CAMPOS et al., 2021).

8. CONCLUSÃO

A partir da análise dos dados coletados dos prontuários durante a realização do presente trabalho, constatou-se que não houve relação entre a carga viral das pacientes que convivem com o HIV que realizaram o seu parto no HULW com a via de parto. A maioria das pacientes com carga viral indetectável teve parto cirúrgico, possuindo indicações absolutas em sua maior parte. Naqueles casos cuja indicação foi relativa, o presente estudo não analisou parâmetros do parto que pudessem contribuir para a justificativa da cirurgia. Ressalta-se que, nesses casos, a indicação de cesárea deve ser individualizada, garantindo que sejam realizadas conforme necessidade.

Destaca-se também que a maior parte das gestantes realizou um número adequado de consultas pré-natais no SAE/HULW. Tal fator contribuiu para a boa adesão geral a TARV encontrada na pesquisa, consequentemente, auxiliando na supressão da carga viral encontrada na maior parte das pacientes, bem como nos valores de LTCD4+ identificados. Sabe-se que a principal causa para falha da supressão viral em gestantes que convivem com o HIV é o não uso ou uso irregular da TARV, de forma que um acompanhamento adequado no pré-natal se torna extremamente importante para reduzir tais casos.

Um dos principais objetivos quanto à implementação de um acompanhamento adequado nessas gestantes que convivem com o HIV é a interrupção da cadeia de transmissão vertical do vírus, cuja taxa encontrada neste trabalho foi de zero. Tal valor, mais uma vez, indica a qualidade do acompanhamento no SAE/HULW, bem como aponta que os cuidados durante a assistência do parto, seja ele vaginal ou cesariano, estiveram de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde.

Tais resultados obtidos evidenciam um bom cuidado oferecido às pacientes que realizaram o acompanhamento pré-natal no SAE/HULW, que contribui de maneira efetiva para o controle da infecção pelo HIV e a eliminação de sua transmissão vertical. Em vista disso, ressalta-se a importância da manutenção de serviços de saúde universais e gratuitos como os oferecidos no

HULW, uma vez que tal modelo de saúde é tido como referência mundial quanto ao combate à infecção pelo HIV.

REFERÊNCIAS

AMORIM, Melania Maria Ramos; SOUZA, Alex Sandro Rolland; PORTO, Ana Maria Feitosa. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. **Femina**, v. 38, n. 8, p. 415-22, 2010a.

AMORIM, Melania Maria Ramos; SOUZA, Alex Sandro Rolland; PORTO, Ana Maria Feitosa. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte II. **Femina**, 2010b.

BAILEY, Heather et al. HIV treatment in pregnancy. **The lancet HIV**, v. 5, n. 8, p. e457-e467, 2018.

BELLOTTO, Paula Cristina Barth et al. Entre a mulher e a salvação do bebê: experiências de parto de mulheres com HIV. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e180556, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana**. 2015.

BRASIL. **Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016.** Ética na Pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais. Brasília: CNS, 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos.** Brasília, DF, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Relatório de Monitoramento Clínico das Gestantes Vivendo com HIV.** Brasília, DF, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS.** Brasília, DF, 2021a.

BRASIL. **Nota Informativa nº 6/2021 – DCCI/SVS/MS, de 17 de março de 2021.** Brasília, DF, 2021b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.** Brasília, DF, 2022a.

BRASIL. **Nota Informativa nº 1/2022 – DCCI/SVS/MS, de 25 de janeiro de 2022.** Brasília, DF, 2022b.

CAMPOS, J. R. N. et al. Public policies for coping with HIV/AIDS in countries with a universal and free health system: an analysis according to UNAIDS. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, 2021.

DA SILVA, Aline Palermo et al. As indicações de cesáreas no Brasil: uma revisão de literatura integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 24, p. e624-e624, 2019.

GRANGEIRO, Alexandre; CASTANHEIRA, Elen Rose; NEMES, Maria Inês Battistella. A re-emergência da epidemia de aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 5-8, 2015.

GRECO, Dirceu Bartolomeu. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1553-1564, 2016.

LAZZAROTTO, Alexandre Ramos; DERESZ, Luís Fernando; SPRINZ, Eduardo. HIV/AIDS e treinamento concorrente: a revisão sistemática. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 16, n. 2, p. 149-154, 2010.

OMS. Global Health Observatory (GHO) data. **World Health Organization,** 2019. Disponível em: < www.who.int/gho/hiv/epidemic_status/en>. Acesso em 10 de março de 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE OMS. **Declaração da OMS sobre taxas de cesárea**. 2015

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE**. Recomendações atualizadas sobre esquemas antirretrovirais de primeira e segunda linha e profilaxia pós-exposição e recomendações sobre diagnóstico infantil precoce do HIV: diretrizes provisórias: complementam as diretrizes consolidadas de 2016**

sobre o uso de medicamentos antirretrovirais no tratamento e prevenção da infecção pelo HIV. Organização Mundial da Saúde, 2018.

PARO, Helena Borges Martins da Silva; CATANI, Renata Rodrigues. **Indicações de cesária.** Protocolo assistencial do Hospital de Clínicas de Uberlândia. 2019.

PEREIRA, Gerson Fernando Mendes et al. Dolutegravir and pregnancy outcomes in women on antiretroviral therapy in Brazil: a retrospective national cohort study. **The Lancet HIV**, v. 8, n. 1, p. e33-e41, 2021.

YE, J. et al. Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 123, n. 5, p. 745-753, 2016.

ZIMMERMMANN, Juliana Barroso et al. Oligoidrâmnio isolado em gestação a termo: qual a melhor conduta?. **Femina**, 2010.

APÊNDICE A

Questionário para a coleta de dados do projeto *A Influência da Carga Viral na Escolha da Via de Parto na Gestante que Convive Com o HIV no SAEMI/HULW*

1. Dados sociodemográficos
   a) Idade: _____
   b) Origem:_____
   c) Profissão: _____
   d) Estado civil:_____
   e) Escolaridade: _____

2. Dados do acompanhamento no SAEMI/HULW
   a) Possui carga viral na gestação? ☐ SIM ☐ NÃO
   b) Realizou quantas consultas de pré-natal no SAEMI/HULW?

      _____
   c) Qual o valor da carga viral de 34 semanas?

      _____
   d) Qual o valor da contagem LTCD4+?

      _____
   e) Fez uso de TARV durante a gestação? ☐ SIM ☐ NÃO
   f) Qual a TARV utilizada?

      _____
   g) Qual a via de parto escolhida e sua indicação?

      _____
   h) Qual a carga viral do recém-nascido?

      _____

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Prezada senhora,

Esta pesquisa é sobre **A INFLUÊNCIA DA CARGA VIRAL NA ESCOLHA DA VIA DE PARTO NA GESTANTE QUE CONVIVE COM O HIV NO SAE/HULW** e está sendo desenvolvida por Diego Afonso Coêlho Santana, do curso de medicina da Universidade Federal da Paraíba.

O objetivo desse trabalho é relacionar a carga viral à via de parto escolhida em gestantes que convivem com o HIV que foram atendidas no HULW e que realizam acompanhamento no SAE/HULW, bem como avaliar o número de consultas de pré-natal realizadas, a terapia antirretroviral utilizada e seus efeitos colaterais, descrever a contagem de Linfócitos T CD4+ e avaliar a carga viral do recém-nascido após o parto.

Solicitamos a sua colaboração para a análise de seu prontuário do SAEMI/HULW, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional/internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Não serão realizadas coletas de exames, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, não existindo riscos físicos ou biológicos. Seu prontuário será utilizado apenas para a consulta de informações, respeitando as normas do Hospital Universitário Lauro Wanderley sobre o manuseio desse documento.

Esclareço que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, a senhora não é obrigada a fornecer informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum nado, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na instituição.

_____

Assinatura do pesquisador responsável

Considerando que fui informada dos objetivos do estudo proposto, de como será minha participação, dos riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos no trabalho sejam utilizados para fins científicos.

João Pessoa, _____ de _____ de _____.

_____

Assinatura da participante

ANEXO A

TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE DO PESQUISADOR

TÍTULO DO PROJETO:	A Influência da Carga Viral na Escolha da Via de Parto na Gestante que convive com o HIV no SAE/HULW
PESQUISADOR RESPONSÁVEL:	Diego Afonso Coêlho Santana
INSTITUIÇÃO/DEPARTAMENTO DE ORIGEM DO PESQUISADOR:	UFPB/CCM
E-MAIL DO PESQUISADOR:	diego.afonso@gmail.com
TELEFONE DO PESQUISADOR:	(61) 992982220

O Pesquisador do Projeto acima identificado assume o compromisso de:

- Garantir que a Pesquisa só será iniciada após a avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos e que os dados coletados serão armazenados pelo período mínimo de 5 anos após o término da Pesquisa;
- Preservar o sigilo e a privacidade dos voluntários cujos dados serão estudados e divulgados apenas em eventos ou publicações científicas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificá-los;
- Garantir o sigilo relativo às propriedades intelectuais e patentes industriais, além do devido respeito à dignidade humana;
- Garantir que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da Pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da Pesquisa;
- Assegurar que os resultados da Pesquisa serão anexados na Plataforma Brasil, sob a forma de Relatório Final da Pesquisa;
- Reconhecer o HULW-UFPB/EBSERH como detentor de direitos patrimoniais sob propriedade intelectual gerada no Projeto acima citado e a ele relacionado, assegurando-me o direito de figurar como autor/interventor;
- Concordar com a porcentagem de participação a título de incentivo, prevista nas Legislações em vigor, sobre dividendos oriundos da exploração da propriedade intelectual gerada;
- Indicar minha vinculação a UFPB e ao HULW/EBSERH em todas as publicações de dados nele colhidas ou em trabalhos divulgados por qualquer outro meio, citando explicitamente os nomes: Universidade Federal da

Paraíba e Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba.

João Pessoa-PB, 01 de julho Análise da influência da carga viral na escolha da via de parto na gestante que convive com o HIV no SAE/HULW

João Pessoa-PB, 01 de junho de 2022

_____

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

ANEXO B

TERMO DE COMPROMISSO FINANCEIRO DO PESQUISADOR

Ao Comitê de Ética e Pesquisa – CEP

Eu, **Diego Afonso Coêlho Santana** (pesquisador responsável) do estudo intitulado **A Influência da Carga Viral na Escolha da Via de Parto na Gestante que convive com o HIV no SAE/HULW**, declaro que: tenho conhecimento dos termos da Resolução n° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, e assumo o compromisso financeiro do estudo, orçado em R$ 103,18.

João Pessoa-PB, 01 de junho de 2022

Pesquisador Responsável: Diego Afonso Coêlho Santana

CPF: 05996205106

Assinatura: