

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE DOENÇAS INFECCIOSAS, PARASITÁRIAS E
INFLAMATÓRIAS

WENDERSENN PITTERSON DA SILVA IDEÃO

TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV NO PERÍODO
PÓS-PARTO: reflexões sobre ações preventivas

JOÃO PESSOA/PB

2023

WENDERSENN PITTERSON DA SILVA IDEÃO

**TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV NO ALEITAMENTO
MATERNO: reflexões sobre ações preventivas**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao Centro de Ciências
Médicas da Universidade Federal da
Paraíba, em cumprimento às exigências
para obtenção do título de Graduado em
Medicina.

Orientadora: Profa. Ma. Clarissa Barros
Madruga

JOÃO PESSOA/PB
2023

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

I19t Ideão, Wendersenn Pitterson da Silva.
Transmissão vertical do HIV no período pós-parto:
reflexões sobre ações preventivas / Wendersenn
Pitterson da Silva Ideão. - João Pessoa, 2023.
40f. : il.

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

1. HIV. 2. Transmissão vertical. 3. Lactação. I.
Madruga, Clarissa Barros. II. Título.

UFPB/CCM

CDU 616.9(043.2)

**TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV NO ALEITAMENTO MATERNO: REFLEXÕES
SOBRE AÇÕES PREVENTIVAS**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao Centro de Ciências
Médicas da Universidade Federal da
Paraíba, em cumprimento às exigências
para obtenção do título de Graduado em
Medicina.

Aprovado em: 04/08/2023

Clarissa Barros Madruga

Profa. Ma. Clarissa Barros Madruga (Orientador)
Departamento de Doenças Infecciosas, Parasitárias e Inflamatórias (UFPB)

Profa. Isabel P. Fernandes

Profa. Dra. Ana Isabel Vieira Fernandes
Departamento de Doenças Infecciosas, Parasitárias e Inflamatórias (UFPB)

Aureliano B. da Silva

Profa. Dra. Aureliana Barboza Da Silva
Departamento de Obstetrícia e Ginecologia (UFPB)

João Pessoa

2023

RESUMO

Palavras-chave: HIV, Transmissão Vertical, Lactação

É fundamental identificar as fragilidades assistenciais na cadeia de transmissão do HIV para tratar os problemas causados por essa infecção como uma questão de saúde pública e, assim, melhorar seus indicadores. A transmissão vertical é a principal causa de infecções pelo vírus na faixa infantil, e o aleitamento materno contribui para uma parcela substancial de novos casos. O mecanismo pelo qual isso ocorre não foi totalmente elucidado, e as evidências científicas não corroboram o entendimento de que a supressão viral materna resulta no fim da transmissão pelo leite, apesar de indicarem uma diminuição relativa do risco. Dessa forma, rompe-se com o paradigma de que indetectável é igual a intransmissível, atribuído a outras formas de transmissão. Este trabalho versa sobre um caso no qual a genitora seguiu todos os protocolos propostos pelo Ministério da Saúde, porém ocorreu o diagnóstico de infecção pelo HIV pós-natal em sua prole. Evidenciando-se que há uma lacuna no fluxo de testes diagnósticos, especialmente no período pós-concepção, no âmbito do sistema público de saúde brasileiro. Destaca-se que os programas precisam revisar e usar rotineiramente seus dados para selecionar e otimizar a implementação de abordagens de prestação de serviços de testagem de HIV. Além da importância de envolver o parceiro nas consultas pré-natais e nas discussões sobre a saúde sexual e reprodutiva pode ajudar a identificar possíveis exposições ao vírus, facilitar a testagem e garantir que ambos os parceiros recebam o suporte necessário. Sendo estas, estratégias chaves para alcançar os objetivos da década e da eliminação da transmissão vertical, propostos pela Organização Mundial da Saúde.

ABSTRACT

Key words: HIV; Infectious Disease Transmission, Vertical; Lactation

It is crucial to identify how care providers in the HIV transmission chain can address the issues caused by this infection as a matter of public health and thus improve its indicators. Vertical transmission is the main cause of HIV acquisition in children, and breastfeeding contributes to a substantial portion of new cases. The mechanism by which this occurs has not been fully elucidated, and scientific evidence does not support the understanding that maternal viral suppression leads to the end of transmission through breastfeeding, although it indicates a relative decrease in risk. Therefore, the paradigm that undetectable equals untransmittable, attributed to other forms of transmission, is broken. This study focuses on a case in which the mother followed all protocols proposed by the Ministry of Health, but postnatal HIV infection was diagnosed in her profile. This highlights a gap in the diagnostic testing process, especially during the post-conception period, within the Brazilian public healthcare system. It is emphasized that programs need to review and regularly use their data to select and optimize the implementation of HIV testing service approaches. In addition to the importance of involving the partner in prenatal consultations and discussions on sexual and reproductive health, this can help identify possible virus exposures, facilitate testing, and ensure that both partners receive the necessary support. These are key strategies to achieve the goals of the decade and the elimination of vertical transmission proposed by the World Health Organization.

LISTAS DE SIGLAS

3TC Lamivudina

AIDS Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Acquired Immunodeficiency Syndrome)

ABC Abacavir

ARV Antirretroviral

ATV Atazanavir

AZT Zidovudina

CV-HIV Carga viral de HIV

DRV Darunavir

EFZ Efavirenz

EV Endovenoso

HIV Vírus da Imunodeficiência Humana (Human Immunodeficiency Virus)

IG Idade Gestacional

INI Inibidor da Integrase

ITRN Inibidor da Transcriptase Reversa Análogo de Nucleosídeo

ITRnt Inibidor da Transcriptase Reversa Não Análogo de Nucleosídeo

IST Infecção Sexualmente Transmissível

LT-CD4+ Linfócitos T-CD4+

MS Ministério da Saúde do Brasil

MVHIV Mulheres vivendo com HIV

NVP Nevirapina

OMS Organização Mundial da Saúde

PEP Profilaxia Pós-Exposição (Post-Exposure Prophylaxis)

PreP Profilaxia Pré-Exposição Sexual (Pre-Exposure Prophylaxis)

PVHIV Pessoas vivendo com HIV

RAL Raltegravir

RNA Ácido Ribonucleico (RiboNucleic Acid)

SAEMI Serviço de Atendimento Especializado Materno Infantil

SIDA Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SIV Vírus da imunodeficiência símia (Simian immunodeficiency virus)

SUS Sistema Único de Saúde

TARV Terapia Antirretroviral

TDF Tenofovir

TGI Trato Gastrointestinal

UNAIDS Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (Joint United Nations Programme on HIV/Aids)

VO Via Oral

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
OBJETIVOS	14
REVISÃO DE LITERATURA	15
RELATO DE CASO	17
DISCUSSÃO	18
CONCLUSÕES	21
REFERÊNCIAS	22
APÊNDICE A – Solicitação de Dispensa de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	28
APÊNDICE B – Instrumento de Coleta	30
ANEXO A – Termo de Compromisso Financeiro do Pesquisador	31
ANEXO B – Termo de Compromisso de Utilização de Dados	32
ANEXO C – Certificado ICH Boas Práticas Clínicas E6 (R2)	34
ANEXO D – Parecer Consubstanciado do CEP	35
ANEXO E – Parecer da Comissão de TCC	40

INTRODUÇÃO

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) é um retrovírus com genoma RNA da família Retroviridae, pertencente ao grupo dos retrovírus citopáticos não oncogênicos. É o agente etiológico da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), que leva à deterioração do sistema imunológico, propiciando o desenvolvimento de infecções oportunistas, como tuberculose, infecções fúngicas, infecções bacterianas graves e alguns tipos de câncer. A comunidade internacional comprometeu-se a acabar com a epidemia de HIV, considerando-a um problema de saúde pública, até 2030 (OMS, 2016), por meio da redução do número de infecções, que foi de 1,5 milhão em 2020 para 335.000 até 2030, e da redução das mortes, que foi de 680.000 em 2020 para menos de 240.000 em 2030 (OMS, 2021). As diversas estratégias para alcançar esse objetivo envolvem a interrupção oportuna da cadeia de transmissão do vírus, que pode ocorrer por via sexual, sanguínea e vertical.

O aleitamento materno contribui para uma proporção substancial de novas infecções por HIV na faixa etária infantil (UNAIDS, 2019). As primeiras evidências da transmissão viral através do leite materno incluíram a detecção do vírus no leite materno, estudos observacionais nos quais bebês amamentados tiveram maior taxa de transmissão do que bebês não amamentados, e casos em que as mulheres adquiriram o HIV após a gravidez e depois transmitiram para o bebê amamentado (John et al., 1996). Também houve relatos de infecção em bebês nascidos de mães sem HIV, mas amamentados por barrigas de aluguel soropositivas (Goedhals et al., 2012).

Nesse cenário, o programa de pré-natal brasileiro propõe cuidados em saúde nos três níveis de atenção da rede SUS e parte do princípio de que o período gestacional apresenta diversas oportunidades para a prevenção de morbidade e mortalidade que podem afetar tanto a mãe quanto o filho. As estratégias do programa brasileiro englobam o rastreamento e a prevenção de condições clínicas de saúde, como hipertensão arterial, diabetes, hemoglobinopatias e incompatibilidade sanguínea do sistema ABO e RH, assim como condições infectocontagiosas, como HIV, sífilis, hepatites virais, toxoplasmose e infecções do trato urinário (Caderneta da Gestante, 2022). No que se refere à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, o programa prioriza a prevenção combinada, abordando questões biomédicas, comportamentais e estruturais. Nesse contexto, prevê-se que o teste para HIV seja realizado no primeiro trimestre, idealmente na

primeira consulta do pré-natal, no início do terceiro trimestre de gestação e no momento do parto, podendo ainda ser feito em qualquer outro momento em que haja exposição de risco ou violência sexual (PCDT MS, 2022).

Além disso, o programa brasileiro também inclui a estratégia de pré-natal do parceiro, com o objetivo de preparar o homem para a paternidade ativa e consciente, além de detectar precocemente doenças, atualizar a carteira vacinal e incentivar a participação em atividades educativas nos serviços de saúde. Nesse contexto, propõe-se a realização de testes sanguíneos para identificação do tipo sanguíneo no sistema ABO e RH, hemograma, perfil lipídico, glicemia e sorologias para HIV, sífilis, hepatites B e C (Caderneta da Gestante, 2022).

Os testes rápidos para HIV são métodos preferenciais para o diagnóstico, pois possibilitam o início adequado da TARV (Terapia Antirretroviral) e uma resposta virológica mais precoce. A testagem laboratorial pode ser utilizada, desde que a entrega do resultado ocorra em tempo oportuno, ou seja, em até 14 dias. O programa brasileiro também prevê a realização imediata do teste de carga viral (CV-HIV) após a confirmação da infecção pelo HIV por qualquer um dos fluxogramas de diagnóstico. Também é indicado o teste de genotipagem pré-tratamento para todas as gestantes, o qual deve ser solicitado e a amostra de sangue coletada antes do início da TARV. Não é necessário aguardar o resultado da genotipagem para iniciar a TARV.

No caso de uma paciente soropositiva com desejo de engravidar ou já em gestação, a política de saúde parte do princípio do direito reprodutivo e do acesso ao planejamento sexual e reprodutivo. As estratégias visam garantir que elas estejam em tratamento regular, com boa adesão à TARV, assintomáticas e sem infecções oportunistas. Além disso, é importante atualizar a situação vacinal e assegurar que tenham pelo menos duas CV-HIV indetectáveis consecutivas, sendo a última realizada em até seis meses. Também é necessário garantir que tenham exames negativos para sífilis e outras ISTs, mesmo que sejam assintomáticas, e ajustar as medicações de potencial teratogênico, quando necessário.

O Ministério da Saúde prevê três situações de risco de exposição ao HIV e propõe diferentes abordagens de acordo com os perfis sorológicos dos parceiros. A primeira situação envolve uma mulher soropositiva e um homem soronegativo para o HIV, sendo recomendada a realização de autoinseminação vaginal programada como forma de prevenção da transmissão para o parceiro. A segunda

situação envolve um homem soropositivo e uma mulher soronegativa para HIV, sendo recomendada a prescrição de TARV com boa adesão para o homem, visando uma carga viral indetectável. Também é possível o uso de PrEP (Profilaxia Pré-Exposição) pela mulher, com a indicação de avaliação da continuidade da profilaxia em caso de gestação, além da recomendação do uso regular de preservativo. Essa estratégia de barreira é recomendada para prevenir a transmissão viral para a mulher durante o aleitamento. A terceira situação envolve casais soropositivos, que estão em uso de TARV com boa adesão, ambos com CV-HIV indetectável, assintomáticos e com pesquisa de IST negativa, e eles podem realizar a concepção natural planejada.

No caso de gestantes diagnosticadas com HIV, independentemente da metodologia de testagem utilizada, elas devem ser encaminhadas para o seguimento pré-natal de alto risco ou para o Serviço de Atendimento Especializado Materno Infantil (SAEMI). A taxa de transmissão vertical, quando se utiliza TARV e mantém a carga viral do HIV abaixo de 1000 cópias/mL, é inferior a 1%, e ainda menor quando a carga viral é indetectável. Portanto, durante o acompanhamento da gestante infectada pelo HIV, pelo menos quatro exames de carga viral do HIV devem ser realizados: na primeira consulta pré-natal, para determinar a quantidade de vírus no organismo; duas a quatro semanas após o início da TARV, para avaliar a resposta ao tratamento; na 28ª semana, para definir o esquema de profilaxia para o recém-nascido exposto (BRASIL MS, 2021); e na 34ª semana, para decidir sobre a via de parto. Também é recomendado realizar um novo exame de carga viral do HIV duas a quatro semanas após a mudança do esquema terapêutico, ou a qualquer momento em que haja dúvidas sobre a adesão ao tratamento. Em relação à contagem de linfócitos T CD4+, ela deve ser feita na primeira consulta pré-natal e a cada três meses durante a gestação para gestantes que estão iniciando o tratamento. Para as gestantes em acompanhamento clínico e com carga viral do HIV indetectável devido à TARV, solicita-se a contagem de linfócitos T CD4+ juntamente com a carga viral do HIV na primeira consulta, na 28ª semana e na 34ª semana.

Durante o primeiro trimestre de gestação, a mulher assintomática, sem infecções oportunistas e com contagem de linfócitos T CD4+ acima de 350 células/mm³, deve ser orientada sobre a importância da adesão ao tratamento e sobre a possibilidade de iniciar a TARV apenas após o término do primeiro trimestre. Para qualquer regime antirretroviral, não há completa segurança em relação à

exposição fetal durante o primeiro trimestre, apesar da importância da TARV para a saúde materna e da significativa redução da transmissão vertical do HIV. Portanto, essa decisão deve ser tomada em conjunto com a equipe assistente e a pessoa vivendo com HIV. Além disso, independentemente da carga viral do HIV, recomenda-se que as gestantes continuem utilizando preservativos masculinos ou femininos em suas relações sexuais, a fim de se protegerem contra sífilis e outras infecções sexualmente transmissíveis.

O esquema medicamentoso inicial sempre deve incluir a combinação de três medicamentos antirretrovirais, sendo dois inibidores da transcriptase reversa nucleosídeos/nucleotídeos (ITRN/ITRnt) associados a um inibidor da integrase (INI), geralmente tenofovir, lamivudina e dolutegravir ou raltegravir. A associação tenofovir/lamivudina (TDF/3TC) é a preferencial para gestantes infectadas pelo HIV, pois possui facilidade posológica (dose única diária) e apresenta um perfil favorável em relação à lipoatrofia e à toxicidade hematológica, que são associadas à zidovudina. Em caso de impossibilidade de usar TDF/3TC, a associação AZT/3TC é a segunda opção recomendada. Se essa combinação também não puder ser usada, então o abacavir (ABC) associado a 3TC é a terceira opção, com cuidado especial para evitar possíveis reações de hipersensibilidade (HLA-B*5701 negativo).

O dolutegravir é a opção preferencial como terceiro medicamento antirretroviral. Em maio de 2018, após o alerta da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre a possível associação do uso de dolutegravir no período periconcepcional com a ocorrência de defeitos no tubo neural (NOTA INFORMATIVA Nº 1/2022-CGIST/.DCCI/SVS/MS), foram impostas restrições ao uso desse medicamento em mulheres com potencial reprodutivo e gestantes durante o primeiro trimestre de gestação. A partir desse primeiro alerta, outras evidências científicas baseadas na vigilância contínua de mulheres em uso de dolutegravir foram levantadas, e essas evidências não confirmaram a associação do uso de dolutegravir com defeitos no tubo neural (PEREIRA, 2021; ZASH, 2020; SHORT, 2018; MONEY, 2019).

O Raltegravir (RAL) é o ARV da classe dos INI mais estudado na população de mulheres grávidas, sendo o INI de escolha para gestantes em início de TARV e impacta na necessidade de monitoramento do perfil hepático durante toda a gestação. Em caso de alteração de transaminases, o ARV deverá ser descontinuado e substituído por um dos esquemas alternativos, de acordo com resultado da

genotipagem pré-tratamento. O seguimento deverá demonstrar normalização das provas de perfil hepático. Ademais, todas as gestantes que iniciarem TARV durante a gestação com esquema TDF/3TC/RAL poderão realizar troca do ARV para DTG após o final da gestação, reforçando-se que a amamentação é contraindicada para toda MVHIV (PCDT MS, 2022).

Para gestantes infectadas pelo HIV, já em uso de TARV prévia ao diagnóstico da gestação e apresentando CV-HIV indetectável ou abaixo de 50 cópias/mL, recomenda-se manter o mesmo esquema ARV, desde que não contenha medicamento contraindicado na gestação. Trocas de medicação podem implicar eventos adversos e piora de adesão, que se associam a escapes virais e, durante a gestação, aumentam o risco de transmissão vertical do HIV. Recomenda-se bastante cautela em substituições de ARV nesse cenário; as trocas devem se restringir a situações excepcionais ou a decisões tomadas entre médico e paciente, com controle de carga viral precoce para avaliar o controle viral (PCDT MS, 2022).

Além do RAL, o esquema alternativo para o 3º ARV ainda consta da associação Atazanavir (ATV) com Ritonavir (RTV) ou associação Darunavir (DRV) com RTV. Em situações de contraindicação aos ARV alternativos ou considerando particularidades do caso, utilizar Efavirenz (EFZ), porém, seu uso deve estar condicionado à sensibilidade demonstrada no exame de genotipagem do HIV pré-tratamento (PCDT MS, 2022).

No que tange aos cuidados intrapartos, o Ministério da Saúde possui protocolos de uso de AZT endovenoso e via de parto que definem três situações distintas para profilaxia da transmissão vertical, a depender da carga viral da paciente na 34ª semana de gestação. A primeira envolve o parto cesárea eletiva, empelcado, associado à AZT EV, após 38 semanas para cargas virais desconhecidas ou superiores a 1000 cópias/ml. A segunda, parto por via obstétrica, podendo ser vaginal, associado a AZT EV, em casos de CV inferior a mil cópias. A terceira, parto por via obstétrica, podendo ser vaginal, apenas com manutenção da TARV de uso habitual, quando a CV-HIV estivesse indetectável junto a uma boa adesão ao tratamento. O AZT injetável deve ser administrado durante o início do trabalho de parto, ou até 3 (três) horas antes da cesariana eletiva, até o clampeamento do cordão umbilical. Não é recomendável a substituição do AZT injetável no momento do parto pelo AZT via oral para gestante, em razão da

absorção errática do AZT VO, sem evidência que garanta nível sérico adequado no momento oportuno.

Quanto à utilização de antirretrovirais na profilaxia de criança exposta, varia conforme a idade gestacional e o risco de exposição. São consideradas de baixo risco aquelas em que a mãe fez uso regular de TARV na gestação com CV-HIV indetectável a partir da 28ª semana e sem falha na adesão. Para elas, está determinado esquema de AZT oral por 28 dias. Enquanto que são consideradas de alto risco as que não cumprem todos esses critérios, sendo recomendado esquema de acordo com a idade gestacional. Quando esta for 37 semanas ou mais, usa-se AZT/3TC/RAL. Caso entre 34 e 37 semanas, faz-se AZT/3TC/NVP. Abaixo de 34 semanas, usa-se somente o AZT. O acompanhamento clínico e laboratorial deve ser mensal nos primeiros seis meses e, no mínimo, bimestral a partir do 1º ano de vida.

Para o diagnóstico do HIV no lactente, usa-se a dosagem da carga viral, visto que os testes sorológicos não auxiliam em crianças menores de 18 meses. A CV-HIV deve ser coletada no momento do nascimento, com 14 dias, 6 semanas e 12 semanas de vida. Caso positivo (>5.000 cópias/ml) em algum desses momentos, faz-se uma nova coleta para confirmar o diagnóstico. Caso não haja diagnóstico nesses momentos, a criança é considerada provavelmente não infectada, sendo necessária a realização de sorologia após 18 meses para documentar a sororreversão e notificar a criança como não infectada.

OBJETIVOS

Objetivo geral:

Relatar um caso de transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana em que a genitora seguiu todos os protocolos propostos pelo Ministério da Saúde, porém confirmou-se o diagnóstico em sua prole. Mostrando que há uma lacuna no fluxo de testes diagnósticos, especialmente no período pós-concepção, para prevenção da transmissão vertical no âmbito do sistema público de saúde brasileiro.

Objetivos específicos:

- Identificar possíveis falhas na cadeia de cuidado que resultaram na transmissão vertical do HIV
- Destacar a necessidade de implementação do pré-natal do parceiro nas UBS

- Sugerir medidas preventivas complementares ao modelo preconizado pelo Ministério da Saúde

REVISÃO DE LITERATURA

O mecanismo de transmissão do HIV através do leite materno não foi totalmente elucidado. O RNA viral foi encontrado tanto no colostro quanto no leite materno mais tardio. No entanto, alguns estudos sugerem que as células infectadas pelo vírus desempenham um papel mais importante na transmissão pelo aleitamento do que o vírus livre de células (Rousseau et al., 2004; Koulinska et al., 2006). A porta de entrada do vírus no organismo do lactente ainda não está definida, mas algumas evidências, com modelos artificiais de tecido e com SIV (Tugizov et al., 2012; Milush et al., 2004; Abel et al., 2006), sugerem que a quebra da integridade da barreira epitelial intestinal (Lehman et al., 2007; Veazey, 2003; Kourtis et al., 2013) ou as células dos órgãos de defesa do trato gastrointestinal, como linfócitos T, macrófagos e células dendríticas, podem desempenhar essa função (Lapenta et al., 1999; Shen et al., 2009).

No que tange à variação do risco referente ao momento da transmissão viral pelo leite, ainda é um ponto de debate na literatura. Dados de ensaios clínicos sobre prevenção da transmissão vertical do HIV sugerem que o risco de transmissão pela amamentação é maior nos primeiros meses de vida do bebê e diminui com o tempo (Lagergren, 2000; Miotti et al., 1999). Por outro lado, uma metanálise sugeriu que o risco de transmissão tardia pelo leite materno (após um mês de idade) parece ser relativamente constante em 8,9 transmissões por 100 pessoas-ano de amamentação (The Breastfeeding and HIV International Transmission Study Group, 2004).

Nesse cenário, em meta-análises de vários estudos observacionais, o risco de transmissão pós-natal do HIV foi significativamente maior entre mulheres com infecção aguda versus crônica pelo HIV (29% x 14% na ausência de antirretrovirais; risco 2,9 vezes maior em estudos incluindo antirretrovirais). Essa observação pode estar relacionada ao nível muito mais alto de RNA do HIV observado na infecção aguda pelo vírus (Van de Perre et al., 1991; Drake et al., 2014). Outros fatores de risco que podem afetar a transmissão do HIV para o bebê incluem o aleitamento complementado com sólidos, presença de doença inflamatória em trato

gastrointestinal da criança, o estado imunológico da mãe, presença de resistência materna ao HIV e presença de mastite e abscesso mamário, devido ao recrutamento de células inflamatórias infectadas.

Dados clínicos e laboratoriais sugerem que o fator mais importante que afeta a transmissão do HIV para o bebê é o nível de viremia na mãe (John et al., 2001). Níveis mais elevados de RNA do HIV no plasma materno e no leite materno, especialmente quando o material genético viral está presente em células do leite materno (Ndirangu et al., 2012; Rousseau et al., 2004), estão associados a um aumento do risco de transmissão. No entanto, algumas evidências sugerem que a supressão do HIV no plasma não elimina completamente o risco de transmissão através do leite materno. Em mulheres que amamentam, um risco de transmissão duas vezes maior foi associado a cada aumento de 10 vezes na carga viral do leite materno (Rousseau et al., 2003).

Em uma revisão sistemática envolvendo mulheres em TARV durante a amamentação, o risco de transmissão agrupado aos 6 meses, foi de 1,08%, enquanto que aos 12 meses foi de 2,93%. É provável que nessa revisão nem todas as mulheres que amamentavam realmente tivessem supressão viral, apesar de estarem recebendo TARV (Bispo et al., 2017). Por outro lado, vários estudos demonstraram que mulheres grávidas e lactantes que alcançam a supressão virológica com agentes antirretrovirais têm baixas taxas de transmissão do HIV para seus bebês, com taxas relatadas variando de menos de 1% a 5% (Flynn et al., 2018; Shapiro et al., 2010; Kesho Bora Study, 2011; Thomas et al., 2011). O estudo PROMISE, um grande estudo controlado e randomizado realizado em 14 locais na África Subsaariana e na Índia, avaliou a profilaxia infantil com NVP por 18 meses e a ausência de TARV materno durante a amamentação, e relatou taxas de transmissão muito baixas, de 0,57%. Esse mesmo estudo não demonstrou diferença nas taxas de transmissão do HIV pós-natal entre TARV materno e profilaxia infantil durante 24 meses de amamentação (Flynn et al., 2018). Sem profilaxia contínua após o parto, uma meta-análise demonstrou que mais 9% dos bebês nascidos de mães com HIV serão infectados após um mês de idade através da amamentação (Leroy et al., 1998). Portanto, a terapia antirretroviral materna e a profilaxia infantil demonstram reduzir significativamente o risco de transmissão viral pelo aleitamento.

No entanto, durante o estudo PROMISE, duas das sete transmissões de HIV durante a amamentação ocorreram entre mulheres em TARV com cargas virais

inferiores a 40 cópias/mL próximas ao momento da transmissão (Flynn et al., 2021). Isso corrobora a ideia de que, embora haja fortes evidências de que o HIV não é transmitido sexualmente quando a carga viral é indetectável, os resultados de diversos estudos de transmissão durante a amamentação sugerem que o conceito de que indetectável é igual a intransmissível ("U = U") pode não se aplicar à transmissão pelo leite materno (Bispo et al., 2017).

RELATO DE CASO

Paciente feminina, de 24 anos de idade, apresentou resultados positivos em testes rápidos para HIV durante exames de rotina realizados na Unidade Básica de Saúde (UBS), onde recebe acompanhamento regular. Ela possui um filho com 1 ano e 8 meses de idade, que ainda estava em fase de amamentação. Durante a gestação, aos 23 anos, a paciente realizou pré-natal na mesma UBS, iniciando o acompanhamento no primeiro trimestre (com 2 meses de idade gestacional). Durante esse período, compareceu a 12 consultas, que incluíram testes para sífilis e HIV, com resultados negativos. No momento do parto, os testes de sorologia também foram negativos para essas infecções. A paciente relata que durante a gestação manteve um relacionamento instável com o pai da criança e se separou dele aos 2 meses de gestação. Permaneceram separados por 8 meses, período em que a paciente não teve outros parceiros. Após reataram o relacionamento, mantiveram relações sem o uso de preservativos.

Ao receber o diagnóstico de HIV, a paciente foi orientada a interromper imediatamente a amamentação e levar seu filho à UBS para ser testado, confirmando-se assim a transmissão vertical do vírus. A criança foi encaminhada a um Serviço de Referência, onde foi internada devido a um quadro de diarreia persistente, associada a febre e perda de peso significativa (1 kg) no mês anterior. Durante a internação da criança, a paciente afirmou não estar mais se relacionando com o pai da criança. Tanto a mãe quanto o filho realizaram coletas para carga viral e iniciaram o tratamento antirretroviral (TARV) durante a internação, de acordo com o protocolo de tratamento atual.

Além disso, a paciente faz acompanhamento para transtorno do humor e depressão, com histórico de um episódio de psicose associado. Ela relata ter um suporte e rede de apoio limitados, vivendo em uma casa alugada com a mãe e um sobrinho. No momento, está desempregada, dependendo de programas sociais e

trabalhos domésticos temporários sem vínculo empregatício. Ela não concluiu o ensino médio.

DISCUSSÃO

No caso apresentado, temos uma genitora que, embora tenha realizado todas as medidas que competiam a ela pelo protocolo de prevenção da transmissão vertical no Brasil, adquiriu o HIV em um momento em que o risco de transmissão persistia. Houve falhas na linha de cuidado, tanto pela ausência de cumprimento das medidas previstas, como a inclusão efetiva do parceiro no pré-natal - situação que infelizmente ocorre corriqueiramente no Brasil. Entre 2017 e 2021, foram realizadas cerca de 29 milhões de consultas pré-natais com gestantes, enquanto apenas 44 mil foram realizadas com parceiros (FERRAZ, 2022). Como pela carência de medidas que os protocolos não englobam.

O Ministério da Saúde do Brasil considera que a medida mais efetiva para a prevenção de IST no recém-nascido é o diagnóstico e tratamento da gestante e de sua parceria sexual. E no caso do HIV, define que os testes devem ser realizados de rotina, na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no primeiro trimestre da gestação), no início do terceiro trimestre e no momento do parto (MS, 2022). Além da realização dos testes nas parcerias sexuais no primeiro contato com a Unidade de Saúde (MS, 2016). Isso tudo com o intuito de proteger o feto durante uma janela de transmissão vertical de nove meses. Porém, no que se refere ao período de amamentação, que pela recomendação do próprio Ministério deve durar dois anos, não existem protocolos para realização de testes em nenhum dos dois, somente recomenda-se o uso de preservativos e evitar comportamentos de risco (MS, 2022).

Além disso, o Ministério propõe estratégias de prevenção da transmissão vertical pelo aleitamento que envolvem a inibição da lactação em mães soropositivas e a distribuição de fórmula infantil pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para os filhos de mães portadoras do HIV/AIDS por pelo menos seis meses, sem prazo final para o benefício. Também é contraindicado o aleitamento cruzado, o aleitamento misto e o uso do leite humano pasteurizado domiciliarmente. Para mães soronegativas na hora do parto, é recomendada orientação sobre o uso do preservativo durante a lactação. Em caso de suspeita de infecção materna, com alto risco de transmissão para o lactente, orienta-se a imediata interrupção da amamentação, a realização de

testagem para HIV na mãe e no lactente para detecção precoce da infecção pelo HIV, avaliação para PEP e acompanhamento da criança exposta (MS, 2022). No entanto, não há nenhuma orientação quanto à realização de testes de rotina nos parceiros ou nas próprias mães em lactação.

A Organização Mundial da Saúde considera o conhecimento do próprio status do HIV e dos parceiros como essencial para a prevenção da transmissão viral, e nesse ponto específico se insere a testagem nos serviços de saúde. Apesar do aumento no número de testes de HIV realizados a cada ano, 19% das pessoas que vivem com HIV no mundo desconhecem seu status, e em muitos locais, os serviços que realizam testes não são suficientemente focados, deixando de diagnosticar pessoas com alto risco e que não conhecem seu status (UNAIDS). O Brasil apresenta números melhores, estima-se que 920 mil pessoas vivem com HIV, das quais 89% foram diagnosticadas (Boletim Epidemiológico de HIV e Aids, 2020), observando-se uma queda em 2020, devido à mobilização dos profissionais de saúde pela pandemia de COVID-19. No que se refere às gestantes, em um período de dez anos, houve um aumento de 30,3% na taxa de detecção de HIV: em 2010, registraram-se 2,1 casos por mil nascidos vivos e, em 2020, essa taxa passou para 2,7 por mil nascidos vivos. Esse aumento pode ser explicado, em parte, pela ampliação do diagnóstico no pré-natal e pela melhoria da vigilância na prevenção da transmissão vertical do HIV (Boletim Epidemiológico de HIV e Aids, 2021).

A taxa de detecção de AIDS em menores de cinco anos tem sido utilizada como indicador proxy para o monitoramento da transmissão vertical do HIV. Observou-se queda na taxa para o Brasil nos últimos dez anos, passando de 4,0 casos por 100 mil habitantes em 2010 para 1,2 casos por 100 mil habitantes em 2020, o que corresponde a uma redução de 69,7% (Boletim Epidemiológico de HIV e Aids, 2021). É uma redução significativa, que indica que as decisões adotadas pelo Ministério da Saúde estão no caminho certo. No entanto, vale lembrar que o Brasil é signatário do compromisso mundial de eliminar a transmissão vertical do HIV, e para tanto, a OMS vem reafirmando em suas diretrizes a importância da detecção de casos e testes fora dos programas para prevenir a transmissão de mãe para filho e identificar crianças que não se beneficiaram desses programas (OMS, 2014; OMS, 2021).

O reteste entre pessoas que são HIV negativas ou de status desconhecido possui dois objetivos principais: monitorar a eficácia das intervenções de prevenção

do HIV e identificar e tratar novas infecções por HIV o mais cedo possível quando os esforços de prevenção falharam. Globalmente, a maioria das lactantes com teste de HIV negativo não precisará repetir o teste, porém é preciso considerar a epidemiologia da infecção para avaliar a necessidade de um reteste. Um estudo da OMS, que construiu modelos matemáticos determinísticos para avaliar o impacto econômico e de saúde de testes maternos após o parto, concluiu que em regiões de alta prevalência viral, realizar testes em todas as lactantes com 14 dias, 6 meses ou 9 meses após o parto é custo-efetivo, sendo o resultado de dois testes similar ao de três. Enquanto a realização de retestes em locais com baixa prevalência viral só seria custo-efetiva em grupos prioritários e em mulheres cujos parceiros são soropositivos e não alcançaram supressão viral (OMS, 2019; MEISNER, J. et al, 2021). Portanto, no caso em questão, a paciente não teria indicação para realização de teste de rastreamento durante a lactação.

No entanto, a partir das recomendações para aumentar o poder diagnóstico e a custo-efetividade dos testes de HIV, de diretrizes internacionais, como as da OMS e do Reino Unido, observa-se que a paciente poderia se beneficiar de medidas defendidas por essas diretrizes, como: a realização de testes em pontos gatilho, como na prática de relações sexuais desprotegidas com novos ou casuais parceiros; a estratégia de criação de demanda, ou seja, apresentar a testagem como um ato de responsabilidade, mobilizando os usuários do sistema de saúde para tomar a iniciativa de requerer o teste quando suspeitarem de exposições de risco; e a atitude dos profissionais de saúde, identificando o risco por meio de uma ausculta qualificada e incentivando a autoavaliação das pacientes. Tudo isso com a finalidade de aumentar a probabilidade pré-teste (OMS, 2021; NICE, 2016). Nesse sentido, poderia ter sido realizado um teste mais precocemente na paciente do caso em questão, considerando que ela tinha uma vida sexual ativa com alguém que apresentava um status HIV desconhecido.

Diante do diagnóstico materno durante o aleitamento, a criança do caso poderia se beneficiar do protocolo de profilaxia pós-exposição (PEP) preconizado pelo Ministério da Saúde. Para as crianças que foram amamentadas por pessoa-fonte com risco de transmissão de HIV, deve-se orientar a imediata interrupção da amamentação e cuidados com a mama, extração e descarte do leite ordenhado, enquanto se realiza a investigação diagnóstica. Deverá ser realizado exame de carga viral do HIV e iniciada a PEP (até 72 horas da última exposição),

simultaneamente à investigação diagnóstica. O esquema básico envolve o uso combinado de zidovudina, tenofovir e raltegravir durante 28 dias em crianças de até 2 anos de idade. Existe um esquema alternativo para o período de aleitamento, no qual o raltegravir é substituído pela nevirapina em menores de 14 dias de vida e, em maiores, é substituído pelo lopinavir/ritonavir (PCDT PEP, 2021). A OMS também possui um protocolo que utiliza a zidovudina com ou sem a nevirapina, reconhecendo, no entanto, como uma medida de baixa evidência, visto que os estudos não envolvem o diagnóstico materno durante o aleitamento, mas provavelmente também se aplicam a essa configuração (OMS, 2021).

CONCLUSÕES

A despeito de décadas de avanço na redução da transmissão vertical do HIV, pela ampliação dos protocolos de diagnóstico e de tratamento, a infecção na primeira infância ainda é uma realidade no mundo e no Brasil, sendo o aleitamento materno um fator que contribui para uma parcela substancial de novos casos. A partir do caso percebe-se que a inclusão do parceiro é uma medida negligenciada nas unidades de saúde brasileira e que poderia ter sido diferencial no caso em questão. Envolver o parceiro nas consultas pré-natais e nas discussões sobre a saúde sexual e reprodutiva pode ajudar a identificar possíveis exposições ao vírus, facilitar a testagem e garantir que ambos os parceiros recebam o suporte necessário. Nesse contexto, a Organização Mundial da Saúde, considera que os programas precisam revisar e usar rotineiramente seus dados para selecionar e otimizar a implementação de abordagens de prestação de serviços de testagem de HIV para atingir populações e configurações geográficas com a maior proporção de pessoas vivendo com HIV que não conhece seu status, como uma estratégia chave para alcançar os objetivos da década e da eliminação da transmissão vertical.

REFERÊNCIAS

ABEL, K. et al. Rapid Virus Dissemination in Infant Macaques after Oral Simian Immunodeficiency Virus Exposure in the Presence of Local Innate Immune Responses. *Journal of Virology*, v. 80, n. 13, p. 6357–6367, jul. 2006. Disponível em: <https://journals.asm.org/doi/10.1128/JVI.02240-05?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed>

BHIVA. British HIV Association guidelines for the management of HIV in pregnancy and postpartum 2018. Disponível em: <<https://www.bhiva.org/file/5bfd30be95deb/BHIVA-guidelines-for-the-management-of-HIV-in-pregnancy.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2023

BISPO, S. et al. Postnatal HIV transmission in breastfed infants of HIV-infected women on ART: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the International AIDS Society*, v. 20, n. 1, p. 21251, 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28362072/>>

BRASIL. Caderneta da Gestante. 6ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. NOTA INFORMATIVA Nº 1/2022-CGIST/DCCI/SVS/MS. Dispõe sobre as recomendações do uso de dolutegravir em gestantes independentemente da idade gestacional e mulheres vivendo com HIV em idade fértil, com intenção de engravidar. Brasília, DF: MS, 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Fluxogramas para prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites B e C nas instituições que realizam parto / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021

CDC. Human immunodeficiency virus (HIV). Disponível em: <<https://www.cdc.gov/breastfeeding/breastfeeding-special-circumstances/maternal-or-infant-illnesses/hiv.html>>. Acesso em: 15 mar. 2023.

CPS. Prevention of vertical HIV transmission and management of the HIV-exposed infant in Canada in 2014. Disponível em:<https://cps.ca/uploads/committees/16160_bitn.pdf>

DRAKE, A. L. et al. Incident HIV during Pregnancy and Postpartum and Risk of Mother-to-Child HIV Transmission: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS Medicine, v. 11, n. 2, p. e1001608, 25 fev. 2014. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3934828/>>

FLYNN, P. M. et al. Association of Maternal Viral Load and CD4 Count With Perinatal HIV-1 Transmission Risk During Breastfeeding in the PROMISE Postpartum Component. JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, v. 88, n. 2, p. 206–213, 1 out. 2021. Disponível em:<https://journals.lww.com/jaids/Abstract/2021/10010/Association_of_Maternal_Viral_Load_and_CD4_Count.13.aspx>

FLYNN, P. M. et al. Prevention of HIV-1 Transmission Through Breastfeeding: Efficacy and Safety of Maternal Antiretroviral Therapy Versus Infant Nevirapine Prophylaxis for Duration of Breastfeeding in HIV-1-Infected Women With High CD4 Cell Count (IMPAACT PROMISE): A Randomized, Open-Label, Clinical Trial. JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, v. 77, n. 4, p. 383–392, 1 abr. 2018. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5825265/>>

GOEDHALS, D. et al. The tainted milk of human kindness. The Lancet, v. 380, n. 9842, p. 702, ago. 2012. Disponível em:<[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60957-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60957-X/fulltext)>

JOHN, G. C. et al. Correlates of Mother-to-Child Human Immunodeficiency Virus Type 1 (HIV-1) Transmission: Association with Maternal Plasma HIV-1 RNA Load, Genital HIV-1 DNA Shedding, and Breast Infections. The Journal of Infectious Diseases, v. 183, n. 2, p. 206–212, 15 jan. 2001. Disponível em:<<https://academic.oup.com/jid/article/183/2/206/846601?login=false>>

JOHN, G. C.; KREISS, J. Mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1. Epidemiologic Reviews, v. 18, n. 2, p. 149–157, 1996. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3372415/>>

KESHO BORA STUDY. Triple antiretroviral compared with zidovudine and single-dose nevirapine prophylaxis during pregnancy and breastfeeding for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1: a randomised controlled trial. The Lancet Infectious Diseases, v. 11, n. 3, p. 171–180, mar. 2011. Disponível

em:<[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(10\)70288-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(10)70288-7/fulltext)>

KOULINSKA, I. N. et al. Transmission of Cell-Free and Cell-Associated HIV-1 Through Breast-Feeding. JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, v. 41, n. 1, p. 93–99, 1 jan. 2006. Disponível em:<https://journals.lww.com/jaids/Fulltext/2006/01010/Transmission_of_Cell_Free_and_Cell_Associated.15.aspx>

KOURTIS, A. P. et al. Role of Intestinal Mucosal Integrity in HIV Transmission to Infants Through Breast-feeding: The BAN Study. The Journal of Infectious Diseases, v. 208, n. 4, p. 653–661, 15 ago. 2013. Disponível em:<<https://academic.oup.com/jid/article/208/4/653/919942?login=false>>

LAGERGREN, J. Utility of Endoscopic Screening for Upper Gastrointestinal Adenocarcinoma. JAMA, v. 284, n. 8, p. 961, 23 ago. 2000. Disponível em:<<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/1030918>>

LAPENTA, C. et al. Human intestinal lamina propria lymphocytes are naturally permissive to HIV-1 infection. European Journal of Immunology, v. 29, n. 4, p. 1202–1208, abr. 1999. Disponível em:<[https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)1521-4141\(199904\)29:04%3C1202::AID-IMMU1202%3E3.0.CO;2-O](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1521-4141(199904)29:04%3C1202::AID-IMMU1202%3E3.0.CO;2-O)>

LEHMAN, D. A.; FARQUHAR, C. Biological mechanisms of vertical human immunodeficiency virus (HIV-1) transmission. Reviews in Medical Virology, v. 17, n. 6, p. 381–403, nov. 2007. Disponível em:<<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/rmv.543>>

LEROY, V. et al. International multicentre pooled analysis of late postnatal mother-to-child transmission of HIV-1 infection. The Lancet, v. 352, n. 9128, p. 597–600, ago. 1998. Disponível em:<[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(98\)01419-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(98)01419-6/fulltext)>

MILUSH, J. M. et al. Rapid dissemination of SIV following oral inoculation. AIDS, v. 18, n. 18, p. 2371, 3 dez. 2004. Disponível em:<https://journals.lww.com/aidsonline/Fulltext/2004/12030/Rapid_dissemination_of_SIV_following_oral.4.aspx>

Ministério da Saúde. Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pre_natal_parceiro_profissionais_saude.pdf>

MIOTTI, P. G. et al. HIV Transmission Through Breastfeeding: A Study in Malawi. JAMA, v. 282, n. 8, p. 744, 25 ago. 1999. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/191323>>

MONEY, D. et al. Congenital anomalies following antenatal exposure to dolutegravir: a Canadian surveillance study. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, v. 126, n. 11, p. 1338–1345, out. 2019.

NDIRANGU, J. et al. Cell-Free (RNA) and Cell-Associated (DNA) HIV-1 and Postnatal Transmission through Breastfeeding. PLoS ONE, v. 7, n. 12, p. e51493, 28 dez. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3532207/>>

PEREIRA, G. F. M. 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, jan. 2021.

ROUSSEAU, C. M. et al. Association of Levels of HIV-1–Infected Breast Milk Cells and Risk of Mother-to-Child Transmission. The Journal of Infectious Diseases, v. 190, n. 10, p. 1880–1888, 15 nov. 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3384735/>>

ROUSSEAU, C. M. et al. Longitudinal Analysis of Human Immunodeficiency Virus Type 1 RNA in Breast Milk and of Its Relationship to Infant Infection and Maternal Disease. The Journal of Infectious Diseases, v. 187, n. 5, p. 741–747, mar. 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3384731/>>

SHAPIRO, R. L. et al. Antiretroviral regimens in pregnancy and breast-feeding in Botswana. The New England Journal of Medicine, v. 362, n. 24, p. 2282–2294, 17 jun. 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2999916/>>

SHEN, R. et al. Dendritic cells transmit HIV-1 through human small intestinal mucosa. Journal of Leukocyte Biology, v. 87, n. 4, p. 663–670, 9 dez. 2009. Disponível em: <<https://jlb.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1189/jlb.0909605>>

SHORT, William R. et al. Integrase Inhibitor Exposure and CNS and Neural Tube Defects: Data from the Antiretroviral Pregnancy Registry (APR). blood, v. 1, p. 2. THE BREASTFEEDING AND HIV INTERNATIONAL TRANSMISSION STUDY GROUP. Late Postnatal Transmission of HIV-1 in Breast-Fed Children: An Individual Patient Data Meta-Analysis. The Journal of Infectious Diseases, v. 189, n. 12, p. 2154–2166, 15 jun. 2004. Disponível em: <<https://academic.oup.com/jid/article/189/12/2154/858093?login=false>>

THOMAS, T. K. et al. Triple-antiretroviral prophylaxis to prevent mother-to-child HIV transmission through breastfeeding--the Kisumu Breastfeeding Study, Kenya: a clinical trial. *PLoS medicine*, v. 8, n. 3, p. e1001015, mar. 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3066129/>>

TUGIZOV, S. M. et al. Differential Transmission of HIV Traversing Fetal Oral/Intestinal Epithelia and Adult Oral Epithelia. *Journal of Virology*, v. 86, n. 5, p. 2556–2570, mar. 2012. Disponível em: <https://journals.asm.org/doi/10.1128/JVI.06578-11?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed>

UNAIDS. Start free stay free AIDS free - 2019 report. Disponível em: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2019/20190722_UNAIDS_SFSAF_2019>

VAN DE PERRE, P. et al. Postnatal Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 from Mother to Infant: A Prospective Cohort Study in Kigali, Rwanda. *New England Journal of Medicine*, v. 325, n. 9, p. 593–598, 29 ago. 1991. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJM199108293250901?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20www.ncbi.nlm.nih.gov>

VEAZEY, R.; LACKNER, A. The mucosal immune system and HIV-1 infection. *AIDS reviews*, v. 5, n. 4, p. 245–252, 2003. Disponível Em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15012003/>>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global health sector strategy on HIV: 2016-2021. Disponível em: <<https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-HIV-2016.05>>. Acesso em: 9 maio. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. HIV/AIDS. Disponível em: <<https://www.who.int/health-topics/hiv-aids>>. Acesso em: 9 maio. 2022.

ZASH, Rebecca et al. Update on neural tube defects with antiretroviral exposure in the Tsepamo study, Botswana. *AIDS*, p. 6-10, 2020.

FERRAZ, J.S.P. et al. Panorama epidemiológico do pré-natal do parceiro e pré-natal da gestante no Brasil. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*. 2022. Disponível em: <<https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/4995>>. Acesso em: 17 jun. 2023.

AIDSinfo | UNAIDS. Disponível em: <<https://aidsinfo.unaids.org/>>. Acesso em: 17 jun. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico de HIV e Aids 2020. Brasília (DF): MS, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2020/hiv-aids/boletim_hiv_aids_2020_com_marcas.pdf>. Acesso em 17 de junho de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico de HIV e Aids 2021. Brasília (DF): MS, 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2021/boletim-epidemiologico-especial-hiv-aids-2021.pdf/view>> Acesso em 17 de junho de 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring, 2021: recommendations for a public health approach. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>>. Acesso em 17 de junho de 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. March 2014 supplement to the 2013 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach, 2014. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/104264>>. Acesso em 17 de junho de 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Consolidated guidelines on HIV testing services, 2019. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336323>>. Acesso em 17 de junho de 2023.

MEISNER, J. et al. Optimizing HIV retesting during pregnancy and postpartum in four countries: a cost-effectiveness analysis. Journal of the International AIDS Society, v. 24, n. 4, abr. 2021.

Recommendations | HIV testing: increasing uptake among people who may have undiagnosed HIV | Guidance | NICE. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/ng60/chapter/Recommendations>>. Acesso em: 17 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais, 2021. Brasília (DF): MS, 2021. Disponível em: <<http://antigo.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-pep-de-risco>> Acesso em 17 de junho de 2023.

APÊNDICE A – Solicitação de Dispensa de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, **WENDERSENN PITTERSON DA SILVA IDEÃO**, responsável pela pesquisa intitulada **“TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV NO PERÍODO PÓS-PARTO: reflexões sobre ações preventivas”**, orientado pela Profa. Ma. Clarissa Barros Madruga, matrícula 3676911, do Departamento de Doenças Infecciosas, Parasitárias e Inflamatórias do CCM/HULW, por este termo solicito ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP do CCM/UFPB, a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, conforme justificativa exposta abaixo.

O referido projeto trata-se de estudo descritivo retrospectivo, com obtenção de dados secundários, coletados a partir de prontuários físico e virtual, não sendo possível a obtenção da anuência da participante, pois a mesma não reside em João Pessoa e não mais realiza acompanhamento nesse serviço, tornando inviável seu deslocamento.

Não haverá nenhuma intervenção com a paciente, nem coletas de exames, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, não havendo riscos físicos, biológicos ou psicológicos, nem custos de deslocamento ou de qualquer outra natureza para os pacientes.

Assegurar-se-á a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização/discriminação dos participantes deste estudo, de acordo com as leis 12.984 de 2014 e 14.289 de 2022, que regem os direitos das pessoas com HIV.

Diante do exposto declaro que o acesso aos dados registrados em prontuário dos pacientes ou em bases de dados para fins de pesquisa científica serão feitos somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CCM/UFPB; asseguro o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados preservando integralmente o anonimato do participante; asseguro a confidencialidade e não utilização das informações obtidas para estudo proposto em prejuízo dos participantes diretos e indiretos; os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para finalidade prevista no protocolo.

Clarissa

Wendersenn Ideão

Devido à impossibilidade de obtenção do TCLE de todos os sujeitos, assino este termo para salvaguardar seus direitos.

João Pessoa, 20 de março de 2023

Wenderson Pitterson de Silva Ideão

Assinatura

Nome Completo do Pesquisador Responsável

Jeannina Barros Madruga

Assinatura

Nome Completo do Orientadora

APÊNDICE B – Instrumento de Coleta

Data:

1) Idade: _____ anos

2) Etnia: () branca () negra () parda () indígena () outra

3) Religião: () católica () protestante () islâmica () judia () outra

4) Escolaridade: () nenhuma () ensino fundamental 1 () ensino fundamental 2 ()
ensino médio () ensino superior

5) Alfabetização: () analfabeto () sabe ler e escrever

6) Estado civil: () solteiro () casado () viúvo () divorciado () união estável () outro

7) Orientação sexual: () heterossexual () homossexual () bissexual () assexual

8) Local de procedência: _____

9) Situação de renda: () boa () média () ruim

10) Planejamento gestacional: () gestação planejada () gestação não planejada

10) Início do Pré-Natal: ____ / ____ / ____

11) Número de consultas Pré-Natal: _____

12) Data do parto: ____ / ____ / ____

13) Tempo de amamentação: _____

13) Data do diagnóstico de HIV: ____ / ____ / ____

11) Exames Iniciais:

CV: _____ Data: ____ / ____ / ____

CD4: _____ Data: ____ / ____ / ____

12) TARV: _____ -

ANEXO A – Termo de Compromisso Financeiro do Pesquisador

TERMO DE COMPROMISSO FINANCEIRO DO PESQUISADOR

Ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

Eu, **WENDERSENN PITTERSON DA SILVA IDEÃO**, responsável pela pesquisa intitulada **“TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV NO PERÍODO PÓS-PARTO: reflexões sobre ações preventivas”**, orientado pela Profa. Ma. Clarissa Barros Madruga, matrícula 3676911, do Departamento de Doenças Infecciosas, Parasitárias e Inflamatórias do CCM/HULW, declaro que: tenho conhecimento dos termos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, e assumo o compromisso financeiro do estudo, orçado em R\$ 8.713,20.

João Pessoa, 20 de março de 2023

Pesquisador Responsável: Wendersenn Pitterson da Silva Ideão

CPF: 703.603.844-63

Assinatura: Wendersenn Ideão

Orientadora: Clarissa Barros Madruga

CPF: 049.518.824-77

Assinatura: Clarissa Barros Madruga

ANEXO B – Termo de Compromisso de Utilização de Dados

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)

Nós, **WENDERSENN PITTERSON DA SILVA IDEÃO**, pesquisador responsável, e **Clarissa Barros Madruga**, orientadora, envolvidos no projeto de pesquisa intitulada **"TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV NO PERÍODO PÓS-PARTO: reflexões sobre ações preventivas"** assinaremos esse TCUD para a salvaguarda dos direitos dos participantes de pesquisa devido à impossibilidade de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os participantes do estudo.

As informações necessárias ao estudo estão contidas nos prontuários digital e físico de cada paciente, nos arquivos fornecidos pela instituição responsável, Hospital Universitário Lauro Wanderley.

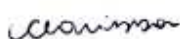
Nos comprometemos em manter a confidencialidade sobre os dados coletados, como estabelecido na Resolução CNS 466/2012 e suas complementares, e ao publicar os resultados da pesquisa, manteremos o anonimato das pessoas cujos dados foram pesquisados.

Nos comprometemos a codificar os dados de identificação do participante ao coletar os dados para nosso instrumento de coleta de dados, para aumentar a confidencialidade e assegurar o anonimato do participante.

Declaramos, ainda, estarmos ciente de que é de nossa responsabilidade a integridade das informações e a privacidade dos participantes da pesquisa. Também nos comprometemos que os dados coletados não serão repassados a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa abaixo relacionada.

Estamos cientes do direito do participante da pesquisa a solicitar indenização por dano causado pela pesquisa (por exemplo a perda do anonimato) nos termos da Resolução CNS nº. 466, de 2012, itens IV.3 e V.7; e Código Civil, Lei 10.406, de 2002, artigos 927 a 954, Capítulos I, "Da Obrigação de Indenizar", e II, "Da Indenização", Título IX, "Da Responsabilidade Civil").

Nos comprometemos, ainda, com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos na pesquisa citada acima aqui, e que somente serão coletados após a sua aprovação do protocolo de pesquisa no Sistema CEP/CONEP.



João Pessoa, 20 de março de 2023.

Pesquisador	CPF	Assinatura
Clarisa Barros Madruga	049.518.824-77	<i>Clarissa Madruga</i>
Wendersenn Pitterson da Silva Ideão	703.603.844-63	<i>Wendersenn Ideão</i>

ANEXO C – Certificado ICH Boas Práticas Clínicas E6 (R2)



Hereby Certifies that

**WENDERSENN PITTERSON
DA SILVA IDEÃO**

has completed the e-learning course

**ICH BOAS PRÁTICAS
CLÍNICAS E6 (R2)**

with a score of

89%

on

20/03/2023

This e-learning course has been formally recognised for its quality and content by the following organisations and institutions

*This ICH E6 GCP Investigator Site Training meets the Minimum Criteria for ICH GCP Investigator Site Personnel Training identified by **TransCelerate BioPharma** as necessary to enable mutual recognition of GCP training among trial sponsors.*



Global Health Training Centre
globalhealthtrainingcentre.org/elearning

Certificate Number 2542e5d5-0a5f-4bcc-8f21-1163653a14cf Version number 0

ANEXO D – Parecer Consubstanciado do CEP

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA / CCM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV NO PERÍODO PÓS-PARTO: reflexões sobre ações preventivas

Pesquisador: CLARISSA BARROS MADRUGA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 68829323.1.0000.8069

Instituição Proponente: UFPB - Centro de Ciências Médicas/CCM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.046.760

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_ 2117233.pdf, de 05/04/2023. Trata-se de estudo descritivo retrospectivo, com obtenção de dados secundários, coletados a partir de prontuários físico e virtual, por meio de relato de caso.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Relatar um caso de transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana em que a genitora seguiu todos os protocolos propostos pelo Ministério da Saúde, porém confirmou-se o diagnóstico em sua prole. Mostrando que há uma lacuna no fluxo de testes diagnósticos, especialmente no período pós-concepção, para prevenção da transmissão vertical no âmbito do sistema público de saúde brasileiro.

Objetivo Secundário:

Identificar possíveis falhas na cadeia de cuidado que resultaram na transmissão vertical do HIV;

Destacar a necessidade de implementação do pré-natal do parceiro nas UBS

Sugerir medidas preventivas complementares ao modelo preconizado pelo Ministério da Saúde

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7308

E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme verificado abaixo, o estudo em tela consente tecer ponderações concernentes aos aspectos éticos envolvidos no item riscos e benefícios, segundo diretrizes contidas nas Resoluções CNS nº 466/2012, estando os riscos da pesquisa justificados mediante os benefícios esperados:

Riscos:

A pesquisa será realizada apenas com dados secundários (prontuário médico) não havendo riscos físicos ou psicológicos para a paciente, e nem custos para a mesma. Os potenciais riscos seriam quebra accidental de sigilo, e para minimizar esses riscos os dados serão manuseados apenas após a aprovação do CEP e da instituição (HULW), a coleta dos dados se procederá no SAME/HULW, no ambiente físico em que se dá a guarda dos prontuários. As informações coletadas por meio de instrumento de coleta serão guardadas de fora sigilosa na residência da pesquisadora principal, e serão destruídos após 5 anos.

Benefícios:

Contribuição ao desenvolvimento científico, discussão sobre transmissão vertical do HIV, demonstrando a necessidade da realização do pré-natal do parceiro e contribuição no desenvolvimento de estratégias preventivas para o melhor cuidado integral da saúde do núcleo familiar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Primeira versão do projeto de pesquisa (Trabalho de Conclusão de Curso) que será feito por meio de dados secundários (prontuários físico e virtual) de uma usuária do HULW/UFPB sendo, deste modo, solicitado dispensa de TCLE por se tratar de um relato de caso retrospectivo. O cronograma da pesquisa se inicia no mês de abril e se encerra em junho de 2023, com a defesa do TCC. A pesquisa foi orçada em R\$ 8.094,20 e será feita com financiamento próprio.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os seguintes termos de apresentação obrigatória foram anexados:

PB informações básicas (gerado pela própria Plataforma Brasil)

Projeto completo

Carta de anuência (assinada digitalmente pelo HULW/UFPB)

Declaração de Manual de Boas Práticas Clínicas E6

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7308

E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA / CCM



Continuação do Parecer: 6.046.760

Certidão de aprovação do TCC pelo DDIPI/CCM/UFPB (assinado digitalmente)
Termo de Compromisso financeiro do pesquisador (assinado pelos pesquisadores)
Termo de Compromisso e Confidencialidade do Pesquisador (assinado digitalmente pela pesquisadora responsável)
Termo de Dispensa de TCLE (assinado pelos pesquisadores)
Ficha de Cadastro na GEP/HULW/UFPB (assinado digitalmente)
Folha de Rosto (assinada pela instituição proponente e pesquisador responsável)
Instrumentos para coleta de dados (Roteiro)
Orçamento
Termo de Compromisso de uso de dados (assinado pelos pesquisadores responsáveis)
Termo de Aceite de Orientação de Graduação (assinado pelos pesquisadores responsáveis)
Cronograma

Recomendações:

RECOMENDAÇÕES ADICIONAIS:

- Manter a metodologia aprovada pelo CEP/CCM/UFPB.
- Apresentar os relatórios parcial e final, via Plataforma Brasil, no ícone notificações.
- Informar ao CEP-CCM, por meio de Emenda/Notificação a inclusão de novos membros/equipe de pesquisa, via plataforma Brasil.
- Caso ocorram intercorrências durante ou após o desenvolvimento da pesquisa, a exemplo de alteração de título, mudança de local da pesquisa, população envolvida, entre outras, o (a) pesquisador (a) responsável deverá solicitar a este CEP, via Plataforma Brasil, aprovação de tais alterações, ou buscar devidas orientações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa apresenta delineamento metodológico adequado e atende às recomendações éticas da resolução que envolve seres humanos (Resolução N°466/12, CNS/MS). Deste modo, encontra-se APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ratificamos o parecer de APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa, emitido pelo Colegiado do CEP/CCM, em reunião ordinária realizada em 08 de maio de 2018.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES PARA O(S) PESQUISADORES

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1
Bairro: CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7308 **E-mail:** comitedeetica@ccm.ufpb.br

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA / CCM



Continuação do Parecer: 6.046.760

O pesquisador deverá desenvolver a pesquisa conforme delineamento aprovado no protocolo de pesquisa e só descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade, pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

Lembramos que é de responsabilidade do pesquisador assegurar que o local onde a pesquisa será realizada ofereça condições plenas de funcionamento garantindo assim a segurança e o bem-estar dos participantes da pesquisa e de quaisquer outros envolvidos.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser apresentadas por meio de EMENDA ao CEP/CCM de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

O protocolo de pesquisa, segundo cronograma apresentado pela pesquisadora responsável, terá vigência até 06/2023.

Ao término do estudo, o pesquisador deverá apresentar, online via Plataforma Brasil, através de NOTIFICAÇÃO, o Relatório final ao CEP/CCM para emissão da Certidão Definitiva por este CEP. Informamos que qualquer alteração no projeto, dificuldades, assim como os eventos adversos deverão ser comunicados a este Comitê de Ética em Pesquisa através do Pesquisador responsável uma vez que, após aprovação da pesquisa o CEP-CCM torna-se co-responsável.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2117233.pdf	05/04/2023 12:59:50		Aceito
Outros	WENDERSENN_TermoAceite.pdf	05/04/2023 12:58:46	CLARISSA BARROS MADRUGA	Aceito
Outros	WENDERSENN_TCUD.pdf	05/04/2023 12:58:11	CLARISSA BARROS MADRUGA	Aceito
Outros	WENDERSENN_InstrumentoColeta.pdf	05/04/2023 12:57:47	CLARISSA BARROS MADRUGA	Aceito
Outros	WENDERSENN_Ficha_de_cadastro_GEP.pdf	05/04/2023 12:57:23	CLARISSA BARROS MADRUGA	Aceito

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7308

E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br

**UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA / CCM**



Continuação do Parecer: 6.046.760

Outros	WENDERSENN_Confidencialidade.pdf	05/04/2023 12:56:15	CLARISSA BARROS MADRUGA	Aceito
Outros	WENDERSENN_CompromissoFinanceiro.pdf	05/04/2023 12:55:56	CLARISSA BARROS MADRUGA	Aceito
Outros	WENDERSENN_CERTIDAO_41_2022_CCM_DIP18771556385008917188.pdf	05/04/2023 12:55:20	CLARISSA BARROS MADRUGA	Aceito
Outros	WENDERSENN_BoasPraticas.pdf	05/04/2023 12:54:05	CLARISSA BARROS MADRUGA	Aceito
Outros	CLARISSA_BoasPraticas.pdf	05/04/2023 12:53:27	CLARISSA BARROS MADRUGA	Aceito
Outros	WENDERSENN_Anuencia_SEI_SEDE_28928131_Carta_SEI.pdf	05/04/2023 12:52:47	CLARISSA BARROS MADRUGA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	WENDERSENN_Dispenza_TCLE.pdf	05/04/2023 12:52:11	CLARISSA BARROS MADRUGA	Aceito
Orçamento	WENDERSENN_Orcamento.pdf	05/04/2023 12:51:37	CLARISSA BARROS MADRUGA	Aceito
Cronograma	WENDERSENN_Cronograma.pdf	05/04/2023 12:51:14	CLARISSA BARROS MADRUGA	Aceito
Brochura Pesquisa	WENDERSENN_ProjetoFinal_DOC.docx	05/04/2023 12:51:03	CLARISSA BARROS MADRUGA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	WENDERSENN_ProjetoFinal_PDF.pdf	05/04/2023 12:50:51	CLARISSA BARROS MADRUGA	Aceito
Folha de Rosto	WENDERSENN_Folha_de_rosto.pdf	05/04/2023 12:50:18	CLARISSA BARROS MADRUGA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 09 de Maio de 2023

Assinado por:

MARCIA ADRIANA DIAS MEIRELLES MOREIRA
(Coordenador(a))

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7308

E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br

ANEXO E – Parecer da Comissão de TCC

24/07/2023 16:05

https://sipac.ufpb.br/sipac/protocolo/documento/documento_visualizacao.jsf?imprimir=true&idDoc=3057119



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

PARECER Nº 6 / 2023 - CCM-COORDMED (13.39.35.07)

Nº do Protocolo: 23074.061702/2023-82

João Pessoa-PB, 04 de Julho de 2023

PROCESSO nº 23074.056007/2023-05

Interessado(a): WENDERSENN PITTERSON DA SILVA IDEAO, MATRÍCULA 20170036273.

Assunto: Solicitação de dispensa de TCC como aproveitamento de estudos, por publicação de artigo científico.

I - DA SOLICITAÇÃO

Trata-se de solicitação feita pelo(a) estudante do curso de graduação em Medicina, WENDERSENN PITTERSON DA SILVA IDEAO, MATRÍCULA 20170036273, em que se requer a dispensa de TCC por motivo de publicação de artigo científico em periódico.

II - RELATÓRIO

Considerando o requerimento do(a) discente interessado(a) com as justificativas apresentadas pelo(a) mesmo(a);

Considerando os termos da Resolução nº 01/2019 do Colegiado do curso de graduação em Medicina/UFPB;

Considerando que a publicação do artigo científico atende aos dispositivos da referida resolução, notadamente o seu art. 6º, caput, determinando que a publicação deverá ser em periódico de estrato CAPES de Qualis A1 a B5;

Considerando, por fim, que o aproveitamento, caso seja concedido, é condicionado à apresentação do trabalho (art. 6º, § 2º).

Segue o Parecer.

III - PARECER

Diante do exposto, somos de parecer favorável ao pedido, condicionando-o à obrigatoriedade da apresentação do trabalho, por parte do(a) discente interessado(a).

É o parecer, salvo melhor juízo.

(Assinado digitalmente em 17/07/2023 21:11)
AGANEIDE CASTILHO PALITOT
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
Matrícula: 1897058

(Assinado digitalmente em 04/07/2023 14:24)
ALEX TIBURTINO MEIRA
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
Matrícula: 1210723

(Assinado digitalmente em 20/07/2023 15:55)
CHRISTIAN DINIZ FERREIRA
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
Matrícula: 2347487

Para verificar a autenticidade deste documento entre em <https://sipac.ufpb.br/documentos/> informando seu número: **6**, ano: **2023**, documento(espécie): **PARECER**, data de emissão: **04/07/2023** e o código de verificação: **804eef6aae**