

Contribuições da Consulta Pública - PCDT para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST) - CONITEC

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
06/07/2018	Paciente	Muito boa	Não		
06/07/2018	Paciente	Boa	Não		
07/07/2018	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, Incluir a PREP e PEP no manual da IST.		
08/07/2018	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
10/07/2018	Profissional de saúde	Boa	Sim, Fortalecer as ações de promoção prevenção	Ampliar as testes rápidos gu	
11/07/2018	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
12/07/2018	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, falta concluir a informação no quadro 26 da página 117 - exame ginecológico e IST.		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
12/07/2018	Profissional de saúde	Boa	<p>Sim, Está confuso o uso de “titulações” e “diluições” no diagnóstico e acompanhamento da sífilis congênita. Por exemplo, no fluxograma 12 (pág. 86) há um quadro em que está escrito: “Crianças com teste não treponêmico duas titulações maior que o materno: fluxograma figura 2”. Enquanto, em outro quadro está escrito: “Se a mãe adequadamente tratada, criança assintomática e teste treponêmico menor que o materno ou maior que o materno em até 1 diluição:”. Ainda mais, está incongruente com o escrito no item 4.2.6.2, em que é explicitado exemplos de variação da diluição em que 1 diluição = 1 título, como: "Aumento da titulação em duas diluições (ex. de 1:16 para 1:64; ou de 1;4 para1:16)". É interessante manter somente uma denominação, como "titulação".</p>	<p>Houve diversas mudanças no protocolo. Contudo, na avaliação de crianças, provenientes de mães adequadamente tratadas, com TNT da criança igual ou menor que 2 diluições que o materno, somente com critério diferenciador o “exame físico” para determinar a possibilidade de “Avaliação”, com exames laboratoriais e o “Tratamento”, parece que vai reduzir muito a sensibilidade para a identificação de casos de sífilis congênita. Ainda mais, que 50% dos casos é assintomático ao nascimento. A avaliação laboratorial e radiológica dessas crianças fornecia uma maior segurança para o seguimento na Atenção Básica. Claro, isso não tira a responsabilidade da Atenção Básica de monitorar o aparecimento de sinais sugestivos de sífilis (precoce ou tardio). Contudo, inúmeros fatores podem afetar o seguimento, como a adesão a puericultura, distância e acessibilidade. Logo, aumentar a sensibilidade do rastreamento no hospital/casa de parto beneficiaria a criança e sua família. Não acredito que isso aumentaria tanto os custos ou seria mais oneroso do que o tratamento de um uma criança com diagnóstico tardio de sífilis congênita.Nada contra quadros, porém fluxogramas são mais visualmente didáticos. Coloquei um exemplo no uplloado do arquivo.</p>	Clique aqui
12/07/2018	Instituição de saúde	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
12/07/2018	Especialista no tema do protocolo	Boa	Sim, 2.7.1 Vacina HPV Texto atual: "A imunização para HPV é realizada através de vacina quadrivalente e está indicada para meninos e meninas de 9 a 13 anos" Sugestão: "A imunização para HPV é realizada através de vacina quadrivalente e está indicada para meninos e meninas de 9 a 14 anos" A sugestão em manter a indicação da vacina contra HPV entre 9 e 14 anos deve-se à baixa procura de serviços para promoção de saúde nesta faixa etária, ampliando em um ano. Considerando que a vacina contra o Meningococo C é indicada a adolescentes entre 11 e 14 anos, acreditamos que alguns adolescentes não imunizados contra o HPV podem ser beneficiados com esta vacina ao procurarem a vacina contra Meningo C aos 14 anos de idade. 2.7.3 Vacina HAV Considerar instituir a vacinação a todos homens que fazem sexo com homens.		
12/07/2018	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não, achei uma excelente proposta	
12/07/2018	Especialista no tema do protocolo	Regular	Sim, No 2.4 Adolescentes iniciação sexual (quando se fala iniciação em escolares, fica vago pois escolar compreende uma larga faixa de idade) este tipo de informação tem que minimamente ter uma media de idade ,tem obrigatoriamente ser mais precisa.No 3 Estrategiasultima frase antes do quadro 7 (evitar a reinfeção ou a infecção de seus parceiros)No 4.2.4.3 Quadro12 (repetição : Teste não Treponêmico - Reagente +Teste Treponêmico Reagente.		
12/07/2018	Profissional de saúde	Boa	Não	Os fluxogramas poderiam ficar mais legíveis.	
12/07/2018	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
12/07/2018	Profissional de saúde	Regular	Não		
13/07/2018	Profissional de saúde	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
13/07/2018	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, No capítulo sobre sífilis incluir a informação que indivíduos sintomáticos para sífilis e teste treponêmico reagente sem registro de tratamento, deverão ser tratadas imediatamente.	Reforçar a realização dos exames das parcerias sexuais das gestantes e a inclusão do pré-natal do homem neste protocolo.	
16/07/2018	Profissional de saúde	Boa	Não		
18/07/2018	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
18/07/2018	Profissional de saúde	Boa	Sim, Nota informativa 2 ver analisar a mudança da notificação	O sistema Sinan e notificação sífilis adquirida de 2008 onde propôr as mudanças	
18/07/2018	Paciente	Muito boa	Não		
19/07/2018	Profissional de saúde	Boa	Não		
19/07/2018	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, Gostei muito quando abordaram na página 65 sobre a prevalência dos casos de sífilis, principalmente em pessoas vivendo com o HIV/ Aids. Percebo que alguns colegas profissionais de saúde quando atendem PVHIV parecem esquecer que elas também têm ou podem ter vida sexual ativa. Por que não testar para Sífilis, Hep B e C? Temos tanta facilidade com o acesso aos testes rápidos. Precisamos falar mais sobre os direitos sexuais e necessidade de prevenção principalmente nesse aspecto.	Precisa muito ser esclarecido que uma pessoa TRANS, que tem silicone, pode receber a administração da penicilina na região do músculo (Deltóide). Vários profissionais infelizmente têm medo de anafilaxia ou efeitos colaterais e acabam por não tratar a sífilis. É muito preocupante ver essa realidade e desconhecimento. Precisa ser divulgado!	
20/07/2018	Interessado no tema	Boa	Não		
21/07/2018	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, 2.7.1 Vacina de HPV => Ampliar a vacinação de HPV para toda população e não restringir mais por faixa etária. Adição de notificação obrigatória ao Ministério da Saúde no caso de qualquer IST, para poder fomentar o DataSUS com uma quantidade melhor de dados e o Estado poder promover uma melhor prevenção e tratamento das mesmas.		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
24/07/2018	Especialista no tema do protocolo	Boa	<p>Sim, Fala-se na página 28 sobre os meninos que devem ser vacinados contra HPV, porém depois na parte que fala sobre a doença (página 186), não se fala quase nada dos homens, apenas das mulheres. O esquema vacinal para meninos de 11 a 14 anos e para meninas de 9 a 14 anos (http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/14/Informe-T-cnico-HPV-MENINGITE.pdf) e quando se fala em pacientes com HIV (9 a 26 anos), ela não é indicada somente para mulheres, para meninos e homens também. Além disto, ele é um dos principais causadores do câncer de pênis, sendo as principais formas de prevenção, além da vacinação, a higiene pessoal após a masturbação e após o ato sexual e o uso de preservativos nas relações sexuais.</p>		
24/07/2018	Paciente	Boa	<p>Sim, Necessidade da Integração Familiar. O Estigma é geralmente devido pela Intolerância Familiar e não Aceitação.</p>	<p>Os Dados Clínicos e Estatísticos já são conhecidos e monitorados. Importante mencionar que após Implementação do TARV os Casos de IST/DST aumentaram pelo não uso de Preservativo.</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
24/07/2018	Profissional de saúde	Boa	<p>Sim, - Gostaria de comentar quanto ao uso da Penicilina G benzatina, 7200.00 UI, em casos de violência sexual. o que justificaria o uso de tantas BZT, sendo que a pessoa pode ter acabado de ser exposta, caracterizando assim uma profilaxia. e esse tratamento entraria como sífilis tardia. entendo que poderia ser uma cobertura maior de grande aspecto. mas não estaríamos expondo o paciente a um maior retorno a unidade, sofrimento, uso de antibiótico sem real necessidade?A realização de exames de controle, o retorno com 30 dias após a exposição e o tempo de janela poderiam ser usados para um diagnóstico rápido e aí sim tratar a paciente com o tratamento adequando, que mesmo assim não seriam 6 bzt.</p>	<p>- Nos rodapés dos tratamentos, se informa o uso de anti-inflamatórios, como no caso da herpes, mas não se informa quais. Também sobre o uso de pomadas antibióticas. Esse protocolo regulamenta a prescrição por enfermeiros e médicos. Será possível que enfermeiros prescrever esses outros medicamentos? Quais seriam esses? mesmo não havendo possibilidade de prescrição de enfermagem, quais seriam os medicamentos?- Caso o paciente em tratamento de sífilis fique impossibilitado por algum motivo de tomar a BZT no dia agendado, e tome no dia posterior esse tratamento pode ser considerado válido? Sabemos que os níveis séricos da BZT não caem tão rapidamente. pode ser realizada a conduta de, acompanhar laboratorialmente esses pacientes, e se esse se mantiverem com 3 títulos menores em 6 meses, , posso considerar tratado? Quanto tempo posso considerar de intervalo entre as BZT,para não ter de reiniciar o tratamentoconsidero muito importante certas informações no protocolo, caso não haja nenhuma possibilidade que isso fique exposto. evitando assim certas duvidas.</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
25/07/2018	Grupos/associação/organização de pacientes	Regular	<p>Sim, SOCIEDADE DE INFECTOLOGIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO filiada à Sociedade de Brasileira de Infectologia (SBI) Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2018 Considerações sobre o PCDT- 2018 Crianças nascidas de mães não tratadas ou tratadas inadequadamente –fluxograma 1B Se forem assintomáticas, exames complementares normais , mas VDRL reator, porém menor que duas titulações quando comparados ao materno – receberá uma dose de penicilina G benzatina? Dá para afirmar que essa criança não tenha infecção e não deva ser tratada com a penicilina G cristalina ou procaína por 10 dias? A comparação dos títulos de VDRL entre pares de crianças e suas mães demonstrou crianças com títulos superiores aos maternos em duas diluições (ou quatro vezes) em apenas 22% dos casos. A maioria dos neonatos com título quatro vezes maior que o materno é diagnosticada por apresentar sinais, sintomas e outras alterações laboratoriais compatíveis com sífilis e o diagnóstico é feito sem a necessidade de considerar essa titulação do VDRL. Por outro lado, nenhuma criança infectada, porém assintomática foi diagnosticada por esse critério. Ao avaliarmos que mais de 50% dos casos nascem assintomáticos, poderíamos concluir que muitas crianças deixariam de ser investigadas e tratadas. A presença deste parâmetro classifica o caso como altamente provável para sífilis congênita. Mas, não deve ser o único dado a ser utilizado para o diagnóstico, pois a sensibilidade é de apenas 4 a 13% e a especificidade é de 99%. Por isso, é importante ressaltar que até mesmo o título do VDRL da criança inferior ao materno não exclui a sífilis no bebê e que a decisão de tratar a criança não deve ser baseada apenas em evidências definitivas de sífilis congênita, mas também na probabilidade da infecção. Mesmo sabendo que é um parâmetro adotado pelo CDC , gostaria de saber quais foram os trabalhos que serviram de base para eleger que o título do VDRL do RN deve ser maior do que o título materno em pelo menos duas diluições para o diagnóstico de sífilis? Por outro lado, o CDC também refere que :” The absence of a fourfold or greater titer for a neonate does not</p>	Não	Clique aqui

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>exclui congenital syphilis". Não encontramos essa definição em outras infecções congênitas. Como é a dinâmica da produção de anticorpos no feto? O uso desse parâmetro de 2 diluições se assemelha ao parâmetro de falha terapêutica no adulto (aumento de 2 diluições ou aumento de quatro vezes o título). Já fizeram uma investigação no SINAN de quantas crianças que tiveram sífilis congênita por parâmetros clínicos ou laboratoriais (infectadas sem nenhuma dúvida) tinham o VDRL maior que o da mãe? Encontramos em um período de 10 anos apenas 20 crianças. Todos os RN nascidos de mães com diagnóstico de sífilis na gestação, no parto ou na suspeita clínica de sífilis congênita, devem realizar investigação para sífilis congênita, mesmo nos casos de mães adequadamente tratadas, devido à possibilidade de falha terapêutica durante a gestação que pode ocorrer em cerca de 14% dos casos. O CDC refere que, se a infecção materna é recente, devido ao alto risco de transmissão, deve ser considerado o tratamento do RN mesmo com todos os exames do RN normais, conforme descrito a seguir: "Neonates born to mothers with untreated early syphilis at the time of delivery are at increased risk for congenital syphilis, and the 10-day course of penicillin G may be considered even if the complete evaluation is normal and follow-up is certain" Diante de níveis alarmantes da doença no nosso país, da dificuldade de se estabelecer o diagnóstico definitivo de sífilis ao nascimento, da incerteza do acompanhamento ambulatorial dessas crianças, da possibilidade de surgimento da doença na criança após meses de forma abrupta e ameaçadora a vida e de sequelas tardias, é preciso seguir parâmetros que aumentem a sensibilidade do diagnóstico para que não haja perda de oportunidade de tratar nenhum caso de sífilis congênita, mesmo que de forma presuntiva. Exames no neonato Cita-se no texto que o RX de ossos longos seria realizado de acordo com a indicação clínica, mas o RX é um exame que faz parte da avaliação do RN exposto ou infectado pelo Treponema. O acometimento ósseo é uma alteração frequentemente encontrada na sífilis congênita precoce, podendo</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência												
			<p>ocorrer como única manifestação em cerca de 20% das crianças. Nas crianças assintomáticas a radiografia de ossos longos poderá ser o único parâmetro alterado. Em relação à avaliação líquórica do neonato, o VDRL no líquido quando reagente, na ausência de acidente de punção, confirma o diagnóstico de neurosífilis, porém quando não reagente não afasta neurosífilis, uma vez que a sensibilidade do VDRL no líquido é baixa. É importante valorizar também os outros parâmetros que somados aumentam a sensibilidade para detecção de neurosífilis, mesmo que provável. A tabela abaixo demonstra a sensibilidade e a especificidade de marcadores de neurosífilis em comparação ao isolamento do T. pallidum no líquido pelo RIT. Avaliação líquórica</p> <table border="1" data-bbox="855 598 1469 662"> <thead> <tr> <th>Parâmetro</th> <th>Sensibilidade</th> <th>Especificidade</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>VDRL</td> <td>44%</td> <td>90%</td> </tr> <tr> <td>Ce-lularidade</td> <td>38%</td> <td>88%</td> </tr> <tr> <td>Proteína</td> <td>56%</td> <td>78%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fonte: Infectious diseases of the fetus and newborn infant. Jack S. Remington 7th ed 2011. A avaliação líquórica é de extrema importância, mesmo que a criança seja tratada com penicilina G cristalina por 10 dias. Acrescenta-se ainda a necessidade de repunção após seis meses de tratamento da criança com neurosífilis.</p> <p>Acompanhamento das crianças</p> <p>O Manual do Ministério da Saúde preconiza que durante o acompanhamento ambulatorial as crianças tenham avaliações neurológica, oftalmológica e auditivas de 6/6 meses nos primeiros dois anos de vida. Quais seriam as crianças que mais necessitariam de tais avaliações? Todas as crianças expostas, mesmo com avaliações pediátricas normais ao longo do seguimento? As crianças sintomáticas ao nascimento? Há algum trabalho que sugere esse acompanhamento com especialistas? Observa-se que a demanda por consultas para o seguimento dos casos de sífilis congênita é alta, porém, a perda do acompanhamento também é elevada, com menos de 10% das crianças recebendo alta ambulatorial. Vários trabalhos demonstram perda de seguimento dessas crianças. Um estudo em Porto Alegre mostrou que apenas 30% das crianças com sífilis foram avaliadas ambulatorialmente. Outro trabalho realizado em Minas Gerais demonstrou que 80% das crianças com</p>	Parâmetro	Sensibilidade	Especificidade	VDRL	44%	90%	Ce-lularidade	38%	88%	Proteína	56%	78%		
Parâmetro	Sensibilidade	Especificidade															
VDRL	44%	90%															
Ce-lularidade	38%	88%															
Proteína	56%	78%															

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>sífilis congênita não foram referenciadas para o acompanhamento ambulatorial. Avaliação de risco de reinfecção da gestante. Constava no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do MS de 2015 como um dos critérios de inadequação do tratamento da gestante o caso de parceiro(s) sexual(is) com sífilis sintomática ou com testes imunológicos positivos não tratado(s) ou tratado(s) inadequadamente. O atual PCDT refere que seja avaliado o risco de infecção. Segundo CDC (2015), pessoas que tiveram relação sexual há mais de 90 dias da realização em suas parcerias do diagnóstico de sífilis primária, secundária ou latente precoce (pela OMS – até 2 anos da infecção) deveriam ser tratadas presumidamente para sífilis precoce se os testes sorológicos não estivessem disponíveis. Em algumas áreas de alta prevalência para sífilis recomenda-se a notificação e o tratamento presuntivo de pessoas cujos parceiros com sífilis latente tardia apresentaram títulos de VDRL >1:32, pois títulos altos podem indicar estágio precoce da doença. Se há possibilidade de transmissão nesses estágios iniciais da doença (sífilis primária, secundária e latente precoce), então esse parâmetro não deveria estar mais claro no manual? A avaliação do tratamento do parceiro que convive com a gestante é de extrema importância, pois tem relação direta com a possibilidade de reinfecção da gestante e de seu conceito. Esse critério estava claramente definido no PCDT de 2015, servindo como orientação para milhares de profissionais de saúde na avaliação do tratamento da gestante e do neonato. Cicatriz sorológica Diante de títulos baixos de VDRL deveria ser discutido, além do conceito de cicatriz sorológica, as outras causas como fases tardia (sífilis latente tardia) ou inicial da doença em que o título ainda irá aumentar, porém com risco de infecção para o conceito. Tratamento da gestante O PCDT (2015) também refere mudanças no tratamento da gestante que se encontra na fase secundária e latente precoce com a utilização da Penicilina G benzatina na dose de 2400.000UI em cada glúteo (anteriormente era preconizada a dose total de 4.800.000 UI). Tal recomendação é semelhante a do</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>CDC, entretanto há uma nota no CDC referindo que alguns estudos têm demonstrado falha no tratamento para esses estágios sobretudo na sífilis secundária ou na presença de títulos de teste não treponêmico maior que 1:16. Alguns estudiosos recomendam uma segunda dose de penicilina G benzatina (2.4 milhões U.I.) uma semana após a dose inicial. Um trabalho mostra eficácia terapêutica de 95% com esse regime nas gestantes no secundarismo comparada a 98,2% em gestantes na sífilis primária. Na sífilis secundária é alta a possibilidade de infecção fetal pelo grande número de treponemas circulantes no organismo materno. A diminuição da eficácia terapêutica também tem sido associada à alteração da farmacocinética do antibiótico devido a mudanças fisiológicas que sofre o organismo materno, incluindo o aumento do fluxo sanguíneo renal e do volume de distribuição do fármaco. É descrito a diminuição da eficácia do tratamento com penicilina G benzatina na presença de infecção fetal com manifestações clínicas intra-útero (como por exemplo a hidropsia e a hepatoesplenomegalia, placentomegalia). Diante de uma pequena parcela de gestantes diagnosticadas na fase secundária da sífilis e da possibilidade de falha terapêutica não seria mais adequado manter a orientação do tratamento com dose total de 4.800.000 UI de Penic G benzatina? Acompanhamento da gestante Outro parâmetro de inadequação do tratamento da gestante é a ausência de queda do título do VDRL em pelo menos duas diluições em três meses, ou de quatro diluições em seis meses após a conclusão do tratamento. Entretanto, esses parâmetros estão bem estabelecidos na literatura para estágios precoces da sífilis (primária e secundária) e para população de não gestantes. Além disso, para sífilis latente tardia critérios de falha terapêutica ainda não foram bem estabelecidos na literatura. A resposta sorológica depende de alguns fatores como o estágio clínico da sífilis, titulação inicial, número de vezes em que o paciente se infectou e da idade. Muitas mulheres são diagnosticadas e tratadas após o primeiro trimestre não tendo tempo suficiente para a avaliação desse</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>parâmetro. Mudanças fisiológicas e imunológicas da gravidez podem alterar a queda do título sem significar falha terapêutica. Rac e colaboradores demonstraram que a ausência de queda do título do teste não treponêmico em pelo menos 4 vezes no parto em relação ao título no início do tratamento não foi preditor de falha terapêutica, ou seja, não esteve associada a sífilis congênita . Alguns manuais definem falha terapêutica ou reinfeção a presença de sinais ou sintomas de sífilis ou o aumento de no mínimo 4 vezes o título do teste não treponêmico que persiste por mais de duas semanas comparado ao título no início do tratamento. Bibliografia1-Stoll, B. J., F. K. Lee, S. A. Larsen, E. Hale, D. Schwartz, R. J. Rice, R. Ashby, R. Holmes, and A. J. Nahmias. 1993. Improved serodiagnosis of congenital syphilis with combined assay approach. J. Infect. Dis. 167:1093-10992-Laboratory Diagnosis and Interpretation of Tests for Syphilis. Larsen SA et all. MICROBIOLOGY REVIEWS, Jan. 1995, VOL 8 Nº 1 p. 1–21.3-Herremans T. et al. A review of diagnostic tests for congenital syphilis in newborns. Eur J Clin Microbiol Infect Dis (2010) 29:495–5014— Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. MMWR 2015; June 55- Ministério da Saúde (Brasil). Protocolo clínico e diretrizes. Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. 20156-Mascola L, Pelosi R, Blount JH Alexander CE. Inadequate treatment of syphilis in pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1984;158(8):945-9477-Genc M. Ledger WL. Syphilis in pregnancy .Sex Transm Inf. 2000;76:73–798-Alexander JM, Shef&#64257;eld JS, Sanchez PJ, May&#64257;eld J, Wendel GD Jr. Ef&#64257;cacy of treatment for syphilis in pregnancy. Obstet Gynecol 1999; 93:5–8.9-Donders GG et al. Apparent failure o fone injection of benzathine penicillin G for syphilis during pregnancy in human immunodeficiency virus-seronegative African women. Sex Transm Dis. 1997. Feb;24(2):94-101.10-Walker GJ. Antibiotics for syphilis diagnosed during pregnancy.</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>Cochrane Database Syst Rev 2001;CD001143.11-Zhu L, Qin M, Du L, et al. Maternal and congenital syphilis in Shanghai, China, 2002 to 2006. Int J Infect Dis 2010;14(Suppl 3):e45–8.12-Chow AW, Jewesson PJ. Pharmacokinetics and safety of antimicrobial agents during pregnancy. Ver Infect Dis 1985; 7:287-313.13-Philipson A. Pharmacokinetics of ampicillin during pregnancy. J Infect Dis 1977; 136(3):370-376.</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
25/07/2018	Grupos/associação/organização de pacientes	Regular	<p>Sim, Considerações sobre o PCDT- 2018 Crianças nascidas de mães não tratadas ou tratadas inadequadamente –fluxograma 1B Se forem assintomáticas, exames complementares normais , mas VDRL reator, porém menor que duas titulações quando comparados ao materno – receberá uma dose de penicilina G benzatina? Dá para afirmar que essa criança não tenha infecção e não deva ser tratada com a penicilina G cristalina ou procaína por 10 dias? A comparação dos títulos de VDRL entre pares de crianças e suas mães demonstrou crianças com títulos superiores aos maternos em duas diluições (ou quatro vezes) em apenas 22% dos casos. A maioria dos neonatos com título quatro vezes maior que o materno é diagnosticada por apresentar sinais, sintomas e outras alterações laboratoriais compatíveis com sífilis e o diagnóstico é feito sem a necessidade de considerar essa titulação do VDRL. Por outro lado, nenhuma criança infectada, porém assintomática foi diagnosticada por esse critério. Ao avaliarmos que mais de 50% dos casos nascem assintomáticos, poderíamos concluir que muitas crianças deixariam de ser investigadas e tratadas. A presença deste parâmetro classifica o caso como altamente provável para sífilis congênita. Mas, não deve ser o único dado a ser utilizado para o diagnóstico, pois a sensibilidade é de apenas 4 a 13% e a especificidade é de 99%. Por isso, é importante ressaltar que até mesmo o título do VDRL da criança inferior ao materno não exclui a sífilis no bebê e que a decisão de tratar a criança não deve ser baseada apenas em evidências definitivas de sífilis congênita, mas também na probabilidade da infecção. Mesmo sabendo que é um parâmetro adotado pelo CDC , gostaria de saber quais foram os trabalhos que serviram de base para eleger que o título do VDRL do RN deve ser maior do que o título materno em pelo menos duas diluições para o diagnóstico de sífilis? Por outro lado, o CDC também refere que :” The absence of a fourfold or greater titer for a neonate does not exclude congenital syphilis”. Não encontramos essa definição em outras infecções congênicas. Como é a dinâmica da produção de anticorpos no feto? O uso</p>	Não	Clique aqui

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>desse parâmetro de 2 diluições se assemelha ao parâmetro de falha terapêutica no adulto (aumento de 2 diluições ou aumento de quatro vezes o título). Já fizeram uma investigação no SINAN de quantas crianças que tiveram sífilis congênita por parâmetros clínicos ou laboratoriais (infectadas sem nenhuma dúvida) tinham o VDRL maior que o da mãe? Encontramos em um período de 10 anos apenas 20 crianças. Todos os RN nascidos de mães com diagnóstico de sífilis na gestação, no parto ou na suspeita clínica de sífilis congênita, devem realizar investigação para sífilis congênita, mesmo nos casos de mães adequadamente tratadas, devido à possibilidade de falha terapêutica durante a gestação que pode ocorrer em cerca de 14% dos casos. O CDC refere que, se a infecção materna é recente, devido ao alto risco de transmissão, deve ser considerado o tratamento do RN mesmo com todos os exames do RN normais, conforme descrito a seguir: “Neonates born to mothers with untreated early syphilis at the time of delivery are at increased risk for congenital syphilis, and the 10-day course of penicillin G may be considered even if the complete evaluation is normal and follow-up is certain” Diante de níveis alarmantes da doença no nosso país, da dificuldade de se estabelecer o diagnóstico definitivo de sífilis ao nascimento, da incerteza do acompanhamento ambulatorial dessas crianças, da possibilidade de surgimento da doença na criança após meses de forma abrupta e ameaçadora a vida e de sequelas tardias, é preciso seguir parâmetros que aumentem a sensibilidade do diagnóstico para que não haja perda de oportunidade de tratar nenhum caso de sífilis congênita, mesmo que de forma presuntiva. Exames no neonato Cita-se no texto que o RX de ossos longos seria realizado de acordo com a indicação clínica, mas o RX é um exame que faz parte da avaliação do RN exposto ou infectado pelo Treponema. O acometimento ósseo é uma alteração frequentemente encontrada na sífilis congênita precoce, podendo ocorrer como única manifestação em cerca de 20% das crianças. Nas crianças assintomáticas a radiografia de ossos longos poderá ser o único parâmetro alterado. Em</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência								
			<p>relação à avaliação liquórica do neonato, o VDRL no líquido quando reagente, na ausência de acidente de punção, confirma o diagnóstico de neurosífilis, porém quando não reagente não afasta neurosífilis, uma vez que a sensibilidade do VDRL no líquido é baixa. É importante valorizar também os outros parâmetros que somados aumentam a sensibilidade para detecção de neurosífilis, mesmo que provável. A tabela abaixo demonstra a sensibilidade e a especificidade de marcadores de neurosífilis em comparação ao isolamento do T. pallidum no líquido pelo RIT. Avaliação liquórica</p> <table border="1"> <tr> <td>Sensibilidade</td> <td>Especificidade</td> </tr> <tr> <td>VDRL</td> <td>4% 90%</td> </tr> <tr> <td>Celularidade</td> <td>38% 88%</td> </tr> <tr> <td>Proteína</td> <td>6% 78%</td> </tr> </table> <p>Fonte: Infectious diseases of the fetus and newborn infant. Jack S. Remington 7th ed 2011. A avaliação liquórica é de extrema importância, mesmo que a criança seja tratada com penicilina G cristalina por 10 dias. Acrescenta-se ainda a necessidade de repunção após seis meses de tratamento da criança com neurosífilis</p> <p>Acompanhamento das crianças O Manual do Ministério da Saúde preconiza que durante o acompanhamento ambulatorial as crianças tenham avaliações neurológica, oftalmológica e auditivas de 6/6 meses nos primeiros dois anos de vida. Quais seriam as crianças que mais necessitariam de tais avaliações? Todas as crianças expostas, mesmo com avaliações pediátricas normais ao longo do seguimento? As crianças sintomáticas ao nascimento? Há algum trabalho que sugere esse acompanhamento com especialistas? Observa-se que a demanda por consultas para o seguimento dos casos de sífilis congênita é alta, porém, a perda do acompanhamento também é elevada, com menos de 10% das crianças recebendo alta ambulatorial. Vários trabalhos demonstram perda de seguimento dessas crianças. Um estudo em Porto Alegre mostrou que apenas 30% das crianças com sífilis foram avaliadas ambulatorialmente. Outro trabalho realizado em Minas Gerais demonstrou que 80% das crianças com sífilis congênita não foram referenciadas para o acompanhamento ambulatorial. Avaliação de risco de reinfecção da gestante. Constava no Protocolo Clínico e</p>	Sensibilidade	Especificidade	VDRL	4% 90%	Celularidade	38% 88%	Proteína	6% 78%		
Sensibilidade	Especificidade												
VDRL	4% 90%												
Celularidade	38% 88%												
Proteína	6% 78%												

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do MS de 2015 como um dos critérios de inadequação do tratamento da gestante o caso de parceiro(s) sexual(is) com sífilis sintomática ou com testes imunológicos positivos não tratado(s) ou tratado(s) inadequadamente. O atual PCDT refere que seja avaliado o risco de infecção. Segundo CDC (2015), pessoas que tiveram relação sexual há mais de 90 dias da realização em suas parcerias do diagnóstico de sífilis primária, secundária ou latente precoce (pela OMS – até 2 anos da infecção) deveriam ser tratadas presumidamente para sífilis precoce se os testes sorológicos não estivessem disponíveis. Em algumas áreas de alta prevalência para sífilis recomenda-se a notificação e o tratamento presuntivo de pessoas cujos parceiros com sífilis latente tardia apresentaram títulos de VDRL >1:32, pois títulos altos podem indicar estágio precoce da doença. Se há possibilidade de transmissão nesses estágios iniciais da doença (sífilis primária, secundária e latente precoce), então esse parâmetro não deveria estar mais claro no manual? A avaliação do tratamento do parceiro que convive com a gestante é de extrema importância, pois tem relação direta com a possibilidade de reinfecção da gestante e de seu conceito. Esse critério estava claramente definido no PCDT de 2015, servindo como orientação para milhares de profissionais de saúde na avaliação do tratamento da gestante e do neonato. Cicatriz sorológica Diante de títulos baixos de VDRL deveria ser discutido, além do conceito de cicatriz sorológica, as outras causas como fases tardia (sífilis latente tardia) ou inicial da doença em que o título ainda irá aumentar, porém com risco de infecção para o conceito. Tratamento da gestante O PCDT (2015) também refere mudanças no tratamento da gestante que se encontra na fase secundária e latente precoce com a utilização da Penicilina G benzatina na dose de 2400.000UI em cada glúteo (anteriormente era preconizada a dose total de 4.800.000 UI). Tal recomendação é semelhante a do CDC, entretanto há uma nota no CDC referindo que alguns estudos têm demonstrado falha no tratamento para esses estágios sobretudo na sífilis secundária ou na</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>presença de títulos de teste não treponêmico maior que 1:16. Alguns estudiosos recomendam uma segunda dose de penicilina G benzatina (2.4 milhões U.I.) uma semana após a dose inicial. Um trabalho mostra eficácia terapêutica de 95% com esse regime nas gestantes no secundarismo comparada a 98,2% em gestantes na sífilis primária. Na sífilis secundária é alta a possibilidade de infecção fetal pelo grande número de treponemas circulantes no organismo materno. A diminuição da eficácia terapêutica também tem sido associada à alteração da farmacocinética do antibiótico devido a mudanças fisiológicas que sofre o organismo materno, incluindo o aumento do fluxo sanguíneo renal e do volume de distribuição do fármaco. É descrito a diminuição da eficácia do tratamento com penicilina G benzatina na presença de infecção fetal com manifestações clínicas intra-útero (como por exemplo a hidropsia e a hepatoesplenomegalia, placentomegalia). Diante de uma pequena parcela de gestantes diagnosticadas na fase secundária da sífilis e da possibilidade de falha terapêutica não seria mais adequado manter a orientação do tratamento com dose total de 4.800.000 UI de Penic G benzatina? Acompanhamento da gestante Outro parâmetro de inadequação do tratamento da gestante é a ausência de queda do título do VDRL em pelo menos duas diluições em três meses, ou de quatro diluições em seis meses após a conclusão do tratamento. Entretanto, esses parâmetros estão bem estabelecidos na literatura para estágios precoces da sífilis (primária e secundária) e para população de não gestantes. Além disso, para sífilis latente tardia critérios de falha terapêutica ainda não foram bem estabelecidos na literatura. A resposta sorológica depende de alguns fatores como o estágio clínico da sífilis, titulação inicial, número de vezes em que o paciente se infectou e da idade. Muitas mulheres são diagnosticadas e tratadas após o primeiro trimestre não tendo tempo suficiente para a avaliação desse parâmetro. Mudanças fisiológicas e imunológicas da gravidez podem alterar a queda do título sem significar falha terapêutica. Rac e colaboradores demonstraram</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>que a ausência de queda do título do teste não treponêmico em pelo menos 4 vezes no parto em relação ao título no início do tratamento não foi preditor de falha terapêutica, ou seja, não esteve associada a sífilis congênita . Alguns manuais definem falha terapêutica ou reinfecção a presença de sinais ou sintomas de sífilis ou o aumento de no mínimo 4 vezes o título do teste não treponêmico que persiste por mais de duas semanas comparado ao título no início do tratamento. Tânia R. C. Vergara Presidente SIERJ Este documento foi elaborado por: Dra Denise Cardoso das Neves Sztajn bok - / Membro do Comitê Consultor do PCDT de Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais Dra. Márcia Galdino Sampaio- Membro do Comitê de Infectologia Pediátrica da SOPERJ/ Médica Infectologista do Hospital do Servidores do Estado, Membro Consultor da Câmara Técnica de Transmissão vertical de Sífilis da SES</p> <p>Bibliografia1-Stoll, B. J., F. K. Lee, S. A. Larsen, E. Hale, D. Schwartz, R. J. Rice, R. Ashby, R. Holmes, and A. J. Nahmias. 1993. Improved serodiagnosis of congenital syphilis with combined assay approach. J. Infect. Dis. 167:1093-10992-Laboratory Diagnosis and Interpretation of Tests for Syphilis. Larsen SA et al. MICROBIOLOGY REVIEWS, Jan. 1995, VOL 8 Nº 1 p. 1–21.3-Herremans T. et al. A review of diagnostic tests for congenital syphilis in newborns. Eur J Clin Microbiol Infect Dis (2010) 29:495–5014— Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. MMWR 2015; June 55- Ministério da Saúde (Brasil). Protocolo clínico e diretrizes. Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. 20156-Mascola L, Pelosi R, Blount JH Alexander CE. Inadequate treatment of syphilis in pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1984;158(8):945-9477- Genc M. Ledger WL. Syphilis in pregnancy .Sex Transm Inf. 2000;76:73–798-Alexander JM, Shef&#64257;eld JS, Sanchez PJ, May&#64257;eld J, Wendel GD Jr. Ef&#64257;cacy of treatment for syphilis in pregnancy. Obstet Gynecol 1999; 93:5–8.9-Donders GG et al.</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>Apparent failure of benzathine penicillin G for syphilis during pregnancy in human immunodeficiency virus-seronegative African women. Sex Transm Dis. 1997. Feb;24(2):94-101.10-Walker GJ. Antibiotics for syphilis diagnosed during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2001;CD001143.11-Zhu L, Qin M, Du L, et al. Maternal and congenital syphilis in Shanghai, China, 2002 to 2006. Int J Infect Dis 2010;14(Suppl 3):e45-8.12-Chow AW, Jewesson PJ. Pharmacokinetics and safety of antimicrobial agents during pregnancy. Ver Infect Dis 1985; 7:287-313.13-Philipson A. Pharmacokinetics of ampicillin during pregnancy. J Infect Dis 1977; 136(3):370-376.</p>		