

Contribuições da Consulta Pública - PCDT - Prevenção da transmissão vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais - 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
20/08/2020	Interessado no tema	Muito boa	Não		
20/08/2020	Interessado no tema	Boa	Não		
20/08/2020	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não	Nao	
20/08/2020	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
21/08/2020	Interessado no tema	Muito ruim	Não		
21/08/2020	Profissional de saúde	Ruim	Sim, Gostaria da alteração e inclusão das medicações para fibrose cística na liberação pela sistema único de saúde (SUS).	Direito à saúde e ao tratamento à todos respeitando a equidade, universalidade.	
21/08/2020	Interessado no tema	Muito boa	Não		
21/08/2020	Interessado no tema	Muito boa	Não		
24/08/2020	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
25/08/2020	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
25/08/2020	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
25/08/2020	Profissional de saúde	Boa	Sim, O tratamento da parceria deveria voltar a ser incluído como critério de tratamento adequado de sífilis na gestante pois elas mantêm atividade sexual e podem se reinfectar		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
25/08/2020	Profissional de saúde	Boa	Não	Apenas me preocupa a mudança do protocolo em relação aos recém nascidos, devido a sífilis congênita. Na maternidade onde atuo temos uma grande incidência de recém nascidos expostos a sífilis congênita. Me incomoda a não realização de punção lombar em comparação ao protocolo antigo e o atual.	
25/08/2020	Interessado no tema	Boa	Sim, Poderia atualizar os termos camisinha feminina e masculina para camisinha interna e externa		
26/08/2020	Interessado no tema	Muito boa	Não	Vai ajudar muito a quem precisa boa iniciativa	
26/08/2020	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
26/08/2020	Profissional de saúde	Boa	Não		
27/08/2020	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Sim, deixo como sugestão que a coleta para pesquisa de streptococcus anal e vaginal nas gestantes ocorra entre 36 e 37 semanas e não dentre 35-37 sem, pois estudos americanos (ACOG)diz que depois de 4 semanas seria recomendada nova coleta, desta maneira evitaríamos a necessidade de nova coletadeixo como segunda sugestão deixar por escrito autorização para enfermeiros poderem prescrever penicilina benzatina para o tratamento de sífilis na gestação, a fim de dar celeridade ao início do tratamento, especialmente com a adoção do teste rápido.		
27/08/2020	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Material muito rico em HIV, Sífilis e Hepatites Virais, sem necessidade de perguntas.	
28/08/2020	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, No item 4.8. Resposta imunológica ao tratamento de sífilis, no texto está confuso se devemos considerar resposta imunológica adequada a "diminuição da titulação em duas diluições em 3 meses" ou "diminuição da titulação em duas diluições em 6 meses para recente e 12 meses para sífilis tardia".		

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
28/08/2020	Profissional de saúde	Muito boa	Não	ATUO COMO APOIADORA DO PROJETO SIFILIS NAO ,reconheço a importancia da atualização e a articulação para fortalecer as politicas relacionadas as ISTs	
29/08/2020	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, Recomendação de tratar as gestantes sempre com três doses de penicilina como forma de prevenção	Gostaria de comentar sobre o tratamento de gestante com sífilis, acredito que seria interessante colocar alguma recomendação para os profissionais de saúde quanto a dificuldade no diagnóstico da sífilis primária, e da recomendação de tratar as gestantes sempre com três doses de penicilina	
30/08/2020	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Ruim	Não		
31/08/2020	Interessado no tema	Muito boa	Não		
01/09/2020	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Ruim	Não		
01/09/2020	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
01/09/2020	Paciente	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
01/09/2020	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	<p>Sim, Esquema de TARV preferencial para gestante: Ao escolher um regime de medicamento anti-retroviral (ARV) para uma mulher grávida, os provedores e pacientes devem considerar vários fatores, incluindo efeitos adversos, interações medicamentosas, farmacocinética (PKs), conveniência dos medicamentos individuais e combinações de medicamentos no regime, segurança na gravidez e dados da genotipagem do paciente quando disponível e comorbidades. Os mesmos regimes que são recomendados para o tratamento de adultas não grávidas devem ser usados</p> <p>em mulheres grávidas pois dados sugerem que a exposição adequada ao medicamento é alcançada durante a gravidez; os médicos devem pesar os riscos de efeitos adversos para mulheres, fetos ou bebês em comparação com os benefícios desses regimes e reconhecer que muitas vezes existem dados incompletos sobre a segurança dos medicamentos da TARV na gravidez. Na maioria dos casos, as mulheres que se apresentam para atendimento obstétrico em regimes TARV totalmente supressivos devem continuar seus regimes atuais. As alterações da farmacocinética durante a gravidez podem levar a níveis plasmáticos mais baixos dos medicamentos e exigir doses maiores, dosagem mais frequente, reforço ou monitoramento da carga viral mais frequente. A exposição ao dolutegravir (DTG) na época da concepção foi associada a um pequeno aumento no risco de defeitos do tubo neural infantil na Botsuana (0,3%). Esse risco era maior do que o risco de DTN em bebês nascidos de mulheres que estavam recebendo efavirenz (0,05%) e mulheres sem HIV (0,08%). Não há dados suficientes para determinar o risco de DTNs com o uso pré-concepção de todos os regimes preferidos e alternativos, incluindo DTG, nos Estados Unidos. Tendo em vista a rápida supressão virológica necessária para diminuir riscos de transmissão vertical do vírus e com base nas evidências disponíveis, e em concordância com o que o Painel americano publicou em abril de 2020, recomendo o DTG como uma droga preferida para mulheres grávidas, independentemente do trimestre, e como droga</p>	<p>Concordo fortemente com a nova recomendação da realização da testagem para HCV (preferencialmente com teste rápido) em todas as gestantes na primeira consulta de pré-natal (preferencialmente no primeiro trimestre), em todas as gestações e nas mulheres em planejamento reprodutivo. Acredito que aumentaremos o número de diagnósticos pré-natais e poderemos prestar uma melhor assistência aos filhos de mãe HCV+.</p>	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
			alternativa para mulheres que estão tentando conceber.Enfatiza-se a importância do aconselhamento e da tomada de decisão informada sobre todos os regimes de ARV para pessoas com HIV.Quando o uso do DTG é continuado após o parto, os médicos devem discutir os desejos reprodutivos, os riscos e benefícios de conceber com o DTG e as opções contraceptivas.		
03/09/2020	Interessado no tema	Muito boa	Não		
03/09/2020	Interessado no tema	Boa	Não		
03/09/2020	Interessado no tema	Muito boa	Não		
03/09/2020	Interessado no tema	Muito boa	Não	Não	
03/09/2020	Interessado no tema	Muito boa	Não	Não	
03/09/2020	Interessado no tema	Muito boa	Não		
03/09/2020	Interessado no tema	Muito boa	Não	Não	
03/09/2020	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não	Porque a imunização de HPV não pode ser feita após a adolescência via SUS?	
03/09/2020	Grupos/associação/organização de pacientes	Muito boa	Não		
03/09/2020	Grupos/associação/organização de pacientes	Boa	Não	As diretrizes apresentadas neste protocolo se faz de extrema importancia para que as pessoas que convivem com hiv/aids possam ser asseguradas no sistema de saude publica,nao so para o tratamento mais para que possamos evitar novas infeccoes ,e assim podemos reduzir o numero de incidentes causados pela falta de estrutura governamental e na prevençao em grupos vulneraveis.	

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
03/09/2020	Interessado no tema	Boa	Sim, Realizar o teste para o HTLV que também é uma IST	Se a gestante testar positivo para o HTLV, o tratamento para uma gestação saudável e sem risco de transmissão transplacentária, é cuidar para que ela mantenha uma carga proviral bem baixa. O restante, segue o mesmo protocolo das outras IST	
03/09/2020	Interessado no tema	Muito boa	Não		
03/09/2020	Outra	Boa	Sim, 5.7 - Hepatite Viral CEstratégias de Concepção...O PCDT recomenda que a mulher trate a HCV antes da concepção, já que atualmente existem tratamentos “com alta taxa de cura, poucos efeitos colaterais, por um tempo mais curto que tratamentos anteriores e elimina o risco de transmissão vertical”. Porém, é necessário reforçar que é preciso ampliar o acesso a estes tratamentos. Para tanto é importante garantir o acesso universal, através de quebra de patentes e consequente redução de custo, aos tratamentos mais modernos de HCV, de modo que todas as pessoas diagnosticadas com o vírus possam realizar o tratamento, incluindo mulheres que planejam engravidar.	É necessário pensar em estratégias para melhorar o fluxo de encaminhamentos entre maternidades, inclusive particulares, e serviços de referência para o tratamento quando há diagnóstico positivo para HIV no momento do parto, sobretudo para mães em situação de maior vulnerabilidade, visando não perder a vinculação com a paciente e o acompanhamento da negatificação do recém-nascido.	
03/09/2020	Paciente	Muito boa	Não		
03/09/2020	Grupos/associação/organização de pacientes	Muito boa	Não		
03/09/2020	Interessado no tema	Muito boa	Não		
03/09/2020	Profissional de saúde	Muito boa	Não	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
03/09/2020	Especialista no tema do protocolo	Boa	<p>Sim, 1. No uso de cotrimoxazol ou Sulfadiazina e pirimetamina para profilaxia de PCP ou neurotoxoplasmose, respectivamente, sugiro incluir: trocar o uso de ácido fólico por ácido folínico. 2. Para pacientes inicialmente IgG e IgM negativas para toxoplasmose, além da sorologia trimestral durante a gestação, sugiro acrescentar orientar a paciente sobre a profilaxia (evitar água não filtrada ou fervida, ingestão de comidas cruas ou mal cozidas, contato com gatos, jardinagem, lavagem de mãos após contato com alimentos crus, se possível triagem sorológica mensal, considerando, que se a paciente soroconverter, ela se beneficiaria se o tratamento fosse iniciado até 3 semanas após a soroconversão (1). 3. Sugiro ainda no início da TARV no primeiro trimestre, considerar ao invés de ATV/RTV o raltegravir: 1. estudos pequenos do PHACS (coorte americana) mostra que o uso precoce de ATV/r poderia levar a atraso no desenvolvimento da linguagem (dados ainda sem entendimento) (2, 3, 4), além disto, essa medicação tem passagem transplacentária, e pode induzir a hiperbilirrubinemia (sem relato de kernicterus, mas de atraso na lat do RN), (5) além de no primeiro trimestre da gestação a mulher tende a emese, que é muito pior com uso de IP, quando comparada ao uso de inibidor de integrase (como RAL). Logo, sugiro trocar o ATV/r por RAL, e se for o caso, trocar o RAL por DLV após o primeiro trimestre. 4. Sugiro ainda, na definição de gestantes com sífilis inadequadamente tratada aquelas com parceiros não tratados. Na prática, esta é uma das principais causas de falha terapêutica: reinfecção por parceiros não tratados.</p>	<p>1, Toxoplasmosis screening during pregnancy in France: Opinion of an expert panel for the CNGOF. Picone O, Fuchs F, Benoist G, Binquet C, Kieffer F, Wallon M, Wehbe K, Mandelbrot L, Villena I.J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2020 Sep;49(7):101814. 2. Caniglia EC, Patel K, Huo Y, et al. Atazanavir exposure in utero and neurodevelopment in infants: a comparative safety study. AIDS. 2016;30(8):1267-1278. .3. Rice ML, Zeldow B, Siberry GK, et al. Evaluation of risk for late language emergence after in utero antiretroviral drug exposure in HIV-exposed uninfected infants. Pediatr Infect Dis J. 2013;32(10):e406-413. 4. Sirois PA, Huo Y, Williams PL, et al. Safety of perinatal exposure to antiretroviral medications: developmental outcomes in infants. Pediatr Infect Dis J. 2013;32(6):648-655. 5. Atazanavir in pregnancy: impact on neonatal hyperbilirubinemia. Mandelbrot L, Mazy F, Floch-Tudal C, Meier F, Azria E, Crenn-Hebert C, Treluyer JM, Herinomenzanahary E, Ferreira C, Peytavin G. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2011 Jul;157(1):18-21.</p>	
04/09/2020	Paciente	Boa	Não		
04/09/2020	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Dar os parabéns para a CONITEC por ter recomendado a atualização.	
04/09/2020	Interessado no tema	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
04/09/2020	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
04/09/2020	Interessado no tema	Muito boa	Não	Parabenizar o CONITEC por ter recomendado a atualização.	
04/09/2020	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
04/09/2020	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, Na cidade de Ponta Grossa, adotamos o rastreamento da sífilis em gestante nos três trimestres de gestação e antes do parto. Com esse aspecto aumentamos muito a possibilidade em encontrar gestantes com sífilis. Talvez fosse uma estratégia interessante para qualificar a busca, oportunizar mais uma testagem e garantir uma visita a mais no pré-natal.		
04/09/2020	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
04/09/2020	Interessado no tema	Boa	Não		
04/09/2020	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
06/09/2020	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Sim, Não concordo com o fluxograma do novo protocolo de 2020 que considera o VDRL do RN exposto à sífilis para iniciar tratamento a partir de 2 diluições do valor do VDRL da mãe. Trabalho com sífilis congênita desde 2013 e ví apenas 1 caso que seria passível de tratamento. Inclusive em 2019 tive 6 casos de neurisífilis que pelo protocolo(2019) nem seriam investigados.	O valor do VDRL do RN exposto a sífilis deveria ser revisto.Incluir novamente o parceiro sexual não tratado como falha no tratamento NO FLUXOGRAMA	
07/09/2020	Outra	Boa	Não	Se aprovado as atualizações no referido PCDT/2020,será possível apontar as formas de monitoramento da efetivação dos novos protocolos sugeridos, para que haja um controle social eficaz?	
07/09/2020	Outra	Boa	Não	Se aprovado as novas recomendações no referido PCDT, será possível apontar formas de monitoramento da efetivação dos novos protocolos, para que haja um acompanhamento e um controle social eficaz?	

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
07/09/2020	Profissional de saúde	Boa	Não	No PCDT-IST 2020 foram incluídas algumas alterações nos capítulos de Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita, entre outros, essas alterações serão incluídas neste PCDT-TV?	
07/09/2020	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Não		
07/09/2020	Grupos/associação/organização de pacientes	Muito boa	Não		
07/09/2020	Outra	Muito boa	Não	O SUS mesmo quando o mundo torna sua face a Pandemia, não deixa seu compromisso com a saúde pública do país, elencando e atualizando estudos, normas e políticas públicas nas mais diferentes áreas da saúde.	

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
08/09/2020	Sociedade médica	Boa	<p>Sim, Prezada equipe responsável pelo PCDT, Considerando a consulta pública atual, o Departamento Científico de Infectologia da Sociedade Paranaense de Pediatria (SPP) traz alguns questionamentos, reflexões e sugestões. Gostaríamos de uma avaliação e parecer acerca de nossas argumentações, listadas a seguir.1)De acordo com a pág. 167: crianças nascidas de mulheres que têm história bem documentada de tratamento adequado para sífilis em qualquer estágio clínico, anterior à gestação, sem aumento na titulação dos testes não treponêmicos durante a gestação e sem fator de risco conhecido de reinfeção, não são consideradas expostas, e não precisam ser investigadas para sífilis congênita.</p> <p>•Posição do grupo da SPP: considerando a dificuldade de definir cicatriz sorológica, o risco de reinfeção e de não seguimento dessa criança, sugerimos realizar VDRL do binômio e caso VDRL do RN maior até uma diluição do materno, não investigar. Porém, sugerimos fazer seguimento ambulatorial dessas crianças para avaliar a negatização dos exames laboratoriais para sífilis. Caso VDRL do RN &#8805; que 2 diluições do materno, proceder como sífilis congênita.2)De acordo com a pág. 185: quando mãe considerada adequadamente tratada, não investigar RN. •Posição do grupo da SPP: considerando que na grande maioria dos serviços a perda de seguimento desta população é grande (no Hospital de Clínicas da UFPR é em torno de 50%) e não temos como garantir o seguimento dessa criança, ponderamos ser mais prudente manter o fluxo de investigação do RN ainda na maternidade.3)Foi retirada do documento, a orientação de que quando VDRL do RN for maior que o materno, devem-se repetir os exames do binômio para confirmação. •Posição do grupo da SPP: sugerimos manter a orientação, pois o VDRL não é um exame “preciso” podendo variar de acordo com vários fatores e para confirmação diagnóstica sugerimos repetir os exames.4)De acordo com a pág. 177: orienta-se solicitar exames para avaliar função hepática, pancreática, renal, eletrólitos e radiografia de tórax para todas as crianças com</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>diagnóstico de sífilis congênita. • Posição do grupo da SPP: temos dúvidas se essa recomendação deveria ser assim como está, de forma genérica, ou se deve ser mantida apenas nas crianças sintomáticas. Por exemplo, crianças com diagnóstico de sífilis congênita por mãe inadequadamente tratada, as quais são RN assintomáticos com VDRL menor que materno, acabariam fazendo todos esses exames. Acreditamos que, em contextos como esses, os exames além de serem desnecessários e custosos, causariam dor, espoliação sanguínea e irradiação ao RN. Caso criança tenha alguma evidência clínica ou laboratorial da sífilis congênita, seria realizada toda essa investigação complementar.5) Foi retirada do documento, a orientação da possibilidade de aplicação da Penicilina benzatina, nas crianças filhas de mãe adequadamente tratadas, se não houvesse garantia de seguimento ambulatorial. • Posição do grupo da SPP: sugerimos manter a recomendação, uma vez que as taxas de abandono do seguimento ambulatorial são elevadas.6) De acordo com a pág. 182: necessidade de seguimento com líquido, a cada 6 meses até normalização, nas crianças com diagnóstico de neurosífilis. • Posição do grupo da SPP: sugerimos incluir a orientação de caso estas crianças estejam assintomáticas, já com VDRL não reagentes e DNPM adequado para idade, avaliar individualmente a necessidade de realizar controle de líquido. É um exame invasivo, desconfortável para a criança e que na prática clínica não se tem mostrado resolutivo no cenário descrito.7) De acordo com a pág. 184: crianças diagnosticadas com sífilis congênita após um mês de idade e aquelas com sífilis adquirida deverão ser tratadas com benzilpenicilina potássica/cristalina. Não há opção de outras terapêuticas. • Posição do grupo da SPP: sugerimos manter opção com Penicilina procaína, caso LCR normal. Desta forma, o tratamento pode ser feito de forma ambulatorial, sem necessidade de internação e nos casos de dificuldade de acesso venoso, há a possibilidade de uso de droga intramuscular. Atenciosamente, Prof. Dra. Andréa Maciel</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
			de Oliveira Rossoni Presidente do Departamento Científico de Infectologia da Sociedade Paranaense de Pediatria		

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
08/09/2020	Profissional de saúde	Boa	<p>Sim, 1) Crianças expostas a cicatriz, e não precisam ser investigadas para sífilis congênita. Considerando a dificuldade de definir cicatriz sorológica, o risco de reinfeção e de não seguimento dessa criança, acho prudente realizar VDRL do binômio e caso VDRL do RN maior até uma diluição do materno, não investigar. Porém, fazer seguimento ambulatorial dessas crianças para avaliar a negatização dos exames laboratoriais para sífilis. Caso VDRL do RN &#8805; que 2 diluições do materno, proceder como sífilis congênita.2)Quando mãe considerada adequadamente tratada, não investigar RN. Considerando a perda de seguimento desta população e a não garantia de seguimento dessa criança, acho ser mais prudente manter o fluxo de investigação do RN ainda na maternidade.3)Foi retirada do documento, a orientação de que quando VDRL do RN for maior que o materno, devem-se repetir os exames do binômio para confirmação.4)Orientar-se solicitar exames para avaliar função hepática, pancreática, renal, eletrólitos e radiografia de tórax para todas as crianças com diagnóstico de sífilis congênita. Sugiro realizar apenas caso criança tenha alguma evidência clínica ou laboratorial da sífilis congênita, são exames não custo efetivo, para crianças assintomáticas.5)Foi retirada do documento, a orientação da possibilidade de aplicação da Penicilina benzatina, nas crianças filhas de mãe adequadamente tratadas, se não houvesse garantia de seguimento ambulatorial. Sugiro manter a recomendação, uma vez que as taxas de abandono do seguimento ambulatorial são elevadas.6)Orientado necessidade de seguimento com Líquor nos casos de neurosífilis.Sugiro incluir a orientação de caso estas crianças estejam assintomáticas, já com VDRL não reagentes e DNPM adequado para idade, avaliar individualmente a necessidade de realizar controle de líquido. 7)Para crianças diagnosticadas com sífilis congênita após um mês de idade e aquelas com sífilis adquirida deverão ser tratadas apenas com benzilpenicilina potássica/cristalina. Sugiro manter opção da Penicilina procaína, caso LCR normal.</p>	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
08/09/2020	Empresa fabricante da tecnologia avaliada	Boa	<p>Sim, A Schering-Plough reconhece o esforço do Ministério da Saúde e em especial a equipe da SVS sobre as propostas para atualização do PCDT da Prevenção de Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Reforçamos nosso compromisso em prover amplo acesso e soluções inovadoras em saúde, que auxiliem uma melhor qualidade de vida aos pacientes. Em relação ao capítulo 8 do PCDT (Planejamento reprodutivo na contracepção em Pessoas Vivendo com HIV), consideramos a proposta de texto como muito boa, uma vez que aborda os métodos contraceptivos reversíveis de longa ação, métodos que independem da usuária para manter sua eficácia, possibilitando um planejamento reprodutivo adequado para pessoas vivendo com HIV. Continuamos atuando na linha de saúde feminina, como uma prioridade estratégica, que poderá modificar a vida de milhões de mulheres que desejam ter a escolha e o momento em que uma gravidez faça mais sentido em suas vidas. Dessa forma, gostaríamos de complementar a análise com as seguintes informações:- Tecnologia do Implante Subdérmico contraceptivo • Alta eficácia (falha de apenas 0,05% ao ano, ou 1 em cada 2.000 mulheres); • Procedimento de inserção simples e rápido sob anestesia local; • 3 anos de ação; • Pode ser utilizado em pacientes com Infecções sexualmente transmissíveis e AIDS nos estágios clínicos 3 e 4, anormalidades da cavidade uterina, estenose cervical ou câncer de colo uterino, situações nas quais há contra-indicação do uso de DIU; • uso do implante por mulheres que vivem com HIV/AIDS ou com alto risco de infecção pelo HIV é classificado pela Organização Mundial da Saúde na categoria 1 pelos critérios médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais, situação clínica para a qual não existe restrição ao uso; • Pode ter redução da eficácia contraceptiva em mulheres utilizando efavirenz devido à interação medicamentosa, mas mesmo nesta situação é classificado pela Organização Mundial da Saúde na categoria 2 pelos critérios médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais, situação clínica na</p>		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
08/09/2020	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, Eu consideraria gestante adequadamente tratada se o término do tratamento ocorresse 30 dias antes do parto.		

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
08/09/2020	Empresa fabricante da tecnologia avaliada	Ruim	<p>Sim, Dada a relevância do tema e todos os seus impactos, tanto do ponto individual quanto para o sistema de saúde, a MSD reconhece o esforço que o Ministério da Saúde, assessorado pela CONITEC, tem feito no sentido de elaborar o PCDT para prevenção da transmissão vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Todavia, em relação ao item 12 do capítulo 3 (Tratamento antirretroviral na gestação: princípios, indicações, monitoramento, manejo de eventos adversos e complicações (SIR)) achamos importante chamar a atenção para alguns pontos relevantes e que tem sido discutidos amplamente em vários fóruns, tais como em congressos recentes como o IAS 23rd International AIDS Conference 2020, conforme colocamos em alguns capturas de tela no documento anexo.1. A gestação não planejada é uma realidade no país, tendo em vista os eventos adversos causados por alguns antirretrovirais (ARVs) na peri-concepção e a interação medicamentosa que pode reduzir o efeito do contraceptivo. Nesse contexto, Efavirenz (EFV) pode reduzir o efeito de contraceptivos orais ou de depósito, como por exemplo o DMPA (acetato de medroxiprogesterona de depósito, disponível na rede pública de saúde) (1) O Atazanavir (ATZ) e o EFV podem reduzir o efeito de vários contraceptivos, conforme podemos ver no www.hiv-druginteractions.com. Ressaltando a importância desse tema, mencionamos Viellas e colaboradores, que encontraram uma taxa de gestação não-planejada no Brasil (população geral) de 55,4% (25,5% gostariam de ter esperado mais para engravidar e 29,9% não desejavam a gravidez).2. Em adição aos defeitos do tubo neural associados ao Dolutegravir (DTG), o estudo Dolomite-EPPICC é um estudo observacional europeu de coorte múltipla que avalia os resultados ao nascimento após o uso de DTG no pré-natal, no mundo real. Um total de 453 gestações em 428 mulheres de 6 coortes foram incluídas. As principais etnias eram negra africana (54%) e branca (30%). De 443 gestações únicas, 16 foram interrompidas (1 para defeitos congênitos em 29 semanas de gestação para transtorno de migração neuronal e microcefalia</p>		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>grave, com exposição a DTG na peri-concepção) e 22 terminaram em aborto espontâneo; de 10 gestações de gêmeos, 1 foi interrompida e, em 1, um feto abortado. Cinco bebês nasceram mortos, todos expostos a DTG na peri-concepção, nenhum com defeitos de nascença. 67% tiveram exposição à peri-concepção ao DTG. Um recém-nascido morreu aos 2 dias (nascido a 23 semanas de gestação) com exposição à peri-concepção ao DTG. Entre os 417 bebês nascidos vivos, havia 17 com defeitos congênitos relatados (4,1%, IC 95% 2,4, 6,5); 1 criança tinha 2 defeitos. Os 18 defeitos estavam nos seguintes sistemas: geniturinário (7), coração (3), adição de membro (polidactilia, 3), gastrointestinal (2), outro (3); nenhum defeito do SNC foi relatado. Não houve transmissão vertical (106 lactentes ainda indeterminados).³. Ressaltamos também que os desfechos desfavoráveis não estão relacionados apenas ao desenvolvimento fetal, mas também à infância, como os associados à exposição materno-fetal ao EFV e ATZ (microcefalia, convulsões e disfunção cognitiva). Estratégias contemporâneas para mitigar os riscos de transmissão vertical de HIV devem levar em consideração os eventos adversos da exposição aos antirretrovirais (ARV). Guias internacionais de tratamento não recomendam o uso de DTG devido ao risco de defeitos do tubo neural, e lembramos que houve dois casos de defeitos do tubo neural que ocorreram no Brasil conforme mencionado pela nota informativa 10/2018 – DCCI/SVS/MS atualizada pelo Ofício Circular 02/2019 – DCCI/SVS/MS. Em contrapartida, várias evidências sustentam a eficácia e o perfil de segurança de Raltegravir (RAL) para essa população, incluindo dados do Sistema de Revisão e Notificação de Eventos Adversos do fabricante do RAL, que inclui 961 relatórios prospectivos, 520 retrospectivos até 27 de maio de 2019, dados do Estudo Nacional do HIV na Gravidez e na Infância que coleta dados sobre mulheres grávidas com HIV, seus bebês e crianças atendidas para tratamento de HIV no Reino Unido e na Irlanda, e dados da ANRS-French Perinatal Cohort, uma coorte prospectiva e multicêntrica que</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>inclui aproximadamente 70% das mulheres grávidas vivendo com HIV na França. Em adição à baixa interação medicamentosa com contraceptivos, RAL oferece combinação de supressão viral e segurança ao feto e ao recém-nascido com:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nenhuma evidência de aumento na taxa de aborto espontâneo, natimorto ou anomalias congênitas em mulheres grávidas expostas a RAL versus população de background; • Não foram observados defeitos do tubo neural em relatórios prospectivos de exposição a RAL na concepção ou durante o primeiro trimestre em 6/09/2019; caso de anencefalia único após exposição de RAL no segundo trimestre considerado não relacionado; • Desde 2007, 2 relatórios retrospectivos de defeitos do tubo neural com exposição à periconcepção ao RAL em MARRS: 1 nascimento (mielomeningocele), 1 aborto espontâneo (encefalocele); exposição estimada ao RAL entre mulheres de 12 a 50 anos de idade até 31 de maio de 2019: ~305.482 pacientes/ano de tratamento <p>Dessa forma, a MSD vem respeitosamente sugerir que os temas mencionados sejam revistos e que se considere a inclusão de Raltegravir como opção para a população em questão (mulheres em idade fértil e grávidas até 12 semanas), para que sejam discutidos e abordados pelo PCDT.</p> <p>Referências:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Viellas EF, Domingues RM, Dias MA et al. Prenatal care in Brazil. Cad Saude Publica. 2014;30(Suppl1):S1-15. 2. Williams PL et al. Association of maternal antiretroviral use with microcephaly in children who are HIV-exposed but uninfected (SMARTT): a prospective cohort study. The Lancet. 2020; Vol. 7-1.3. https://www.who.int/news-room/detail/22-07-2019-who-recommends-dolutegravir-as-preferred-hiv-treatment-option-in-all-populations 4. HHS Guidelines. December 2019. 5. ACS Guidelines. November 2019. 6. Ofício Circular 02/2019 – DCCI/SVS/MS. 7. Basi V et al. JAIDS. 2019;80:2648. 8. Biude J et al. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI). 2019. Abstr 744; 3.9. 9. Shamsuddin H. IDWeek 2019. Abstr 88; 3. 10. Mukherjee S et al. Am J Epidemiol. 2013;177:1271;11. 11. Lawn JE et al. Lancet. 2016;387:587; 12. 12. THE ANTIRETROVIRAL PREGNANCY REGISTRY 		

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>INTERIM REPORT. Disponível em: http://www.apregistry.com/forms/interim_report.pdf. Texas Department of Health Services. Report of Birth Defects Among 2000 - 2009 Deliveries. Disponível em: https://www.dshs.texas.gov/birthdefects/data/BD_Data_00-09/Report-of-Birth-Defects-Among-2000---2009-Deliveries/14. Canfield MA et al. Am J Public Health. 2014;104:e14;15. Saesima MM. IAS 2019. Abstr MOAX0106LB.</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
08/09/2020	Grupos/associação/organização de pacientes	Boa	<p>Sim, O Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas (MNCP) tem como missão “Promover ações de fortalecimento integral das Mulheres Vivendo com HIV e aids com foco no acesso á informação e na garantia dos direitos humanos”. É ainda principio do MNCP, o trabalho de prevenção á infecção pelo HIV das mulheres não infectadas deste país. O MNCP se norteia pelos relatos de experiências relatadas através de grupos utilizados para a comunicação do movimento, reuniões e encontros em níveis nacional, estadual e municipal, assim como de documentos e relatórios de Conferências Nacionais para as Mulheres (2007-2014), Conferencias internacionais como a de Cairo (1994) e Beijin 1995), Plano Intgrado e Enfrentamento à Feminização das Ist, HIV e Aids, dentre outros. Nesse sentido, as considerações colocadas sobre o novo PCDT da Transmissão Vertical vêm em especial, dos relatos e vivências das mulheres vivendo com HIV e aids (MVHA) que devem ser consideradas juntamente com as recomendações técnicas e científicas.O PCDT traz no seu conteúdo recomendações adequadas, contudo, temos uma preocupação de implementação e seguimento do mesmo nos municípios brasileiros em diferentes aspectos.As recomendações no atendimento às MVHA e gestantes VHA não são compatíveis com as estruturas de saúde existentes, onde o acesso aos serviços é ainda um grande desafio. As MVHA relatam atendimentos com tempo de 10 a 20 minutos, que não dá conta de atender as orientações colocadas no PCDT para acompanhamento de qualidade recomendadas para essas mulheres e incluindo ainda o parceiro, o que julgamos de suma importância.Somado a isso, a falta de informação das MVHA resultam em assimetria nas informações dentre médico e paciente, afetando a autonomia das mulheres. Nesse sentido, recomendamos promoção e acesso às informações de prevenção combinada do HIV, do conceito de I=I, de possibilidades de tratamento. A escuta do profissional deve ser ativa para que possa efetivamente ser considerada a individualidade e as especificidades das mulheres, propiciando o poder efetivo de escolha no tratamento</p>	Os comentários no texto anterior	

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>das mesmas. O MNCP e as mulheres que integram o movimento vêm com preocupação a Atenção Primária (AP) estar atendendo as MVHA e gestantes VHA devido às questões acima citadas e a considerar a infecção como uma complexidade que deve ser considerada e que a estrutura e os profissionais da AP não dão conta. A gestão compartilhada entre AP e Serviços de Referência não acontecem na prática, gerando riscos para estas mulheres. Na mesma linha de dificuldades de acesso, o tempo insuficiente nas consultas, o trabalho e direitos dos adolescentes, em serem atendidos independente da autorização de pais e/ou responsáveis, na prática não há cumprimento do Estatuto da Criança e do Adolescente, dificultando a informação, comunicação e livre arbítrio nas práticas sexuais desejada e vivenciada sem culpas, Destaca-se também o fundamentalismo religioso e o conservadorismo como mais uma forma de reprimir este direito. No que se refere a insumos e tecnologias de prevenção, o MNCP já vem ao longo dos anos reivindicando o acesso e fomento do preservativo feminino/interno. Este além de não ser ofertado de forma adequada, tem o agravante de ser fornecido atualmente em material inferior, o látex, o qual o MNCP e outros movimentos de mulheres e feministas já trouxeram a discussão com o DCCI e disseminação de informações de experiências e considerações científicas do porque não ao insumo de material de látex e a necessidade da compra pelo governo de preservativos femininos/internos de material de borracha nitrílica. Formou-se o Movimento Primavera Feminista e a campanha #LátexNão, amplamente divulgada nas mídias sociais. A Prep é também outra tecnologia que vemos imprescindível para a prevenção das mulheres (gestantes ou não) e mesmo nas recomendações de oferta, muitas pessoas que precisam não conseguem acessar, seja por não estar disponibilizada, seja por não ser considerada a necessidade e a vontade das mulheres. Esta tecnologia é de suma importância para a prevenção do HIV em mulheres em que a desigualdade de gênero e vulnerabilidade social intensifica a possibilidade de infecção, logo de TV. Nesse sentido a</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>Prep deve ser ofertada e garantida para as mulheres que manifestarem a necessidade de uso. É importante o cuidado da TV após parto, como cita o PCDT, há alto risco de TV na fase de amamentação e é preocupante ainda como inexistência de atenção neste quesito por parte dos serviços de saúde e do estado. Devido às desigualdades sociais, temos relatos que o leite distribuído a recém nascidos é dividido com outros componentes da família, nesse sentido recomendamos que este seja distribuído por mais tempo, assim como uma avaliação socioeconômica das famílias. Também temos relatos de mulheres pós parto abandonarem tratamento, nesse sentido, o acompanhamento da mulher posteriormente o nascimento da criança é fundamental. O estigma e o preconceito é um problema existente na sociedade e dentro dos serviços de saúde. Este interfere drasticamente na autoestima, na adesão e no acesso aos serviços. O acompanhamento na AP dificulta nesse quesito, relatado por diversas mulheres que não querem realizar suas consultas de HIV nas UBS. Apesar de na teoria haver brechas para acesso a outra unidade de escolha destas mulheres, não é o que acontece na prática, para além disso, como já foi citado, o MNCP não concorda que o acompanhamento deva ser realizado na AP, salvo escolha da mulher. Assim, recomendam-se investimentos nos serviços especializados. Ainda sobre o estigma e o preconceito, o MNCP, considera a necessidade da inserção deste movimento, dentre outros movimentos sociais, nas capacitações da força de trabalho da saúde, educação e assistência social, levando em conta a expertise e vivências nas temáticas de HIV e aids, racismo, violência contra as mulheres, transfobia, lesbofobia, uso de álcool e outras drogas, deficiências, juventude entre outras. Acreditamos que a nossa voz sensibilize os profissionais com mais eficiência em metodologia participativa e reflexiva do que protocolos extensos. No que se refere à esquemas de ARV na gestação, consideramos que a informação chegue de forma clara e objetiva às mulheres, em escuta ativa e focado na mulher para que esta faça sua escolha consciente. Apesar de não sermos técnicas para nos</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
08/09/2020	Interessado no Boa tema		Não	Achei o documento de fácil compreensão. Pensamos que essas doenças estão erradicadas, mas infelizmente não é verdade. O nos anima é que o SUS continua trabalhando para o enfrentamento das diferentes epidemias, ou pandemias.	

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
08/09/2020	Sociedade médica	Boa	Sim, Vide documento anexado.	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
08/09/2020	Especialista no tema do protocolo	Boa	<p>Sim, Considerações sobre o PCDT-TV1.1. Página 129: O capítulo 4 está com título ERRADO. “Capítulo 4 – Prevenção da Transmissão Vertical do HIV”CORRETO: “Capítulo 4 – Prevenção da Transmissão Vertical da sífilis2. Página 129: “.....O Capítulo 6 abrange importantes informações sobre sífilis congênita.”Que Capítulo 6? O manual termina no Capítulo 5 – Transmissão vertical das hepatites virais” – Sugiro revisar todo o texto.3. Página 130 – Acho necessário informar a referência bibliográfica da afirmação:“Tal acometimento fetal provoca entre 30% a 50% de morte in utero, parto pré-termo ou morte neonatal.”4. Página 132: Rever a numeração de TODOS os quadros do capítulo de sífilis. O Quadro 11 deveria ser Quadro 17, uma vez que o último Quadro do capítulo anterior era o 16. Sugiro rever a numeração de todas as Figuras para que sigam a ordem correta. Os Quadros e Figuras correspondem as numerações do capítulo de sífilis do PCDT-IST.5. Páginas 132 e 133: Corrigir no texto as citações numéricas dos Quadros 11 e 12. Rever no texto todas as citações numéricas de Quadros e Figuras no capítulo inteiro da sífilis. • Página 140: Sugiro acrescentar na definição de “cicatriz sorológica”: “*O diagnóstico de sífilis não estará confirmado quando houver presença de cicatriz sorológica, ou seja, tratamento anterior para sífilis com documentação da queda da titulação em pelo menos duas diluições (ex.: uma titulação de 1:16 antes do tratamento que se torna menor ou igual a 1:4 após o tratamento) e afastada a possibilidade de reinfecção.”6. Página 142 no Quadro: Sugiro acrescentar na definição de “cicatriz sorológica”: Cicatriz sorológica: tratamento anterior documentado com queda da titulação em pelo menos duas diluições e afastada a possibilidade de reinfecção.7. Página 146: Sugiro retirar do PCDT-TV a frase contida no Box que não tem efeito para gestantes, uma vez que no Quadro mencionado, não existe qualquer outra medicação indicativa no tratamento de mulheres durante a gestação: “A presença de silicone (prótese ou silicone líquido industrial) nos locais recomendados podem impossibilitar a aplicação IM da medicação. Nesses</p>		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>casos, optar pela medicação alternativa, conforme o Quadro 15".8.Página 147: corrigir a nota de rodapé, com base no artigo recente de revisão de sífilis publicado no N ENGL J MED 382;9 em 2020 – Referencia Anexada): "For the treatment of late latent infection in pregnant women, the full course of penicillin G benzathine should be repeated if the interval between doses is more than 7 days"Substituir: "bO intervalo entre doses não deve ultrapassar 14 dias. Caso isso ocorra, o esquema deve ser reiniciado (WHO, 2016)." Por: "bO intervalo entre doses não deve ultrapassar 07 dias. Caso isso ocorra, o esquema deve ser reiniciado (GHANEM et al., 2020) - N ENGL J MED 382;9 9.Página 147: Sugiro acrescentar na Nota de Rodapé deste Quadro, com a referência apontada no tratamento de sífilis recente a seguinte frase: "Alguns experts recomendam uma dose adicional de 2,4 milhões de unidades de penicilina G benzatina, IM, uma semana após a primeira a dose (GHANEM et al., 2020) - N ENGL J MED 382;9 (Some experts recommend an additional IM dose of 2.4 million units of penicillin G benzathine, given 1 week later)GHANEM et al.(2020) comentam: "Despite the lack of evidence, some experts recommend an additional dose of penicillin G benzathine 1 week after the first dose for the treatment of early syphilis because of an increase in the volume of distribution". Desta forma poderíamos evitar uma possível falha terapêutica em gestantes com sífilis recente.10.Página 148: Corrigir o nome de Jarish para JARISCH11.Página 148: Sugiro corrigir o texto: "Caracteriza-se por exacerbação das lesões cutâneas – com eritema, dor ou prurido, mal-estar geral, febre, cefaleia e artralgia, que regridem espontaneamente após 12 a 24 horas (BUTLER, 2017)"Para: "Caracteriza-se por exacerbação das lesões cutâneas, mal-estar geral, febre, cefaleia e artralgia, que regridem espontaneamente após 12 a 24 horas (BUTLER, 2017)"12.Página 150: O PCDT-TV apresenta perguntas mais assertivas para descartar alergia a penicilina e menciona as manifestações clínicas que justificam encaminhar a gestante para descartar o diagnóstico de alergia à sífilis. No entanto, não aponta o que deve ser</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>feito, por exemplo: “Gestantes comprovadamente alérgicas a penicilina devem ser dessensibilizada em ambiente hospitalar”. E locais que não consegue realizar a dessensibilização como a gestante será tratada? O que a rede vai fazer? Tem profissionais prescrevendo Eritromicina??? Considero necessária orientação para a rede de atenção primária a saúde, como apresentado nos Guidelines do CDC.13. Página 163, último parágrafo: CONSTA:”... Em apenas 1% a 2% das mulheres tratadas adequadamente durante a gestação a criança nasce com infecção congênita, em comparação com 70% a 100% das gestantes não tratadas...”CONSIDERAÇÕES: Revi as referências citadas (BERMAN, 2004; BLENCOWE et al., 2011) e (CDC, 1999) e não constam estes dados. Sugiro retirar do PCDT, a não ser que encontrem a referência para estes percentuais. SUGESTÃO: “Entre mulheres com sífilis precoce não tratada, 40% das gestações resultam em aborto espontâneo (CDC, 1999). Estima-se que, na ausência de tratamento eficaz, 11% das gestações resultarão em morte fetal a termo e 13%, em partos prematuros ou baixo peso ao nascer, além de pelo menos 20% de recém-nascidos (RN) que apresentarão sinais sugestivos de SC (BERMAN, 2004; BLENCOWE et al., 2011).”14. Página 164, segundo parágrafo: corrigir a numeração da seção. Consta seção 5.5.(corrigir).15. Página 164, terceiro parágrafo: Sugiro exclui o parágrafo inteiro – não tem pertinência: “Informações mais detalhadas sobre sífilis em gestantes e sífilis congênita podem ser encontradas no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão de HIV, Sífilis e Hepatites Virais (BRASIL, 2017g)”16. Página 164: “Teste não treponêmico periférico da criança comparado com o da mãe.” Acrescentar : Teste não treponêmico de sangue periférico da criança comparado com o da mãe.17. Página 165 e 166, SUBSTITUIR ESTE TEXTO:”A definição acima condiz com os critérios de definição de casos para notificação de sífilis congênita para fins de vigilância epidemiológica. As parcerias sexuais devem ser tratadas mas não entra nos critérios epidemiológicos da sífilis</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>congênita (BRASIL, 2017). No momento do parto, é necessário uma avaliação minuciosa, com anamnese, exame físico e teste não treponêmico. Essa avaliação do profissional de saúde pode acrescentar outros dados e gerar uma conclusão de tratamento inadequado para sífilis durante a gestação, mesmo se enquadrando inicialmente dentro dos critérios epidemiológicos de tratamento adequado. O histórico de tratamento e seguimento da sífilis na gestação devem estar documentados em prontuário médico ou na caderneta da gestante, não se recomenda considerar apenas a informação verbal. A resposta imunológica adequada durante a gestação pode não ser encontrada, uma vez que isso depende do momento em que tratamento foi realizado no percurso da gestação e essa resposta imunológica é mais comum quando os títulos não treponêmicos são mais altos no início do tratamento e em estágios mais recentes da infecção (sífilis primária, secundária e latente recente). A resposta imunológica pode ser mais lenta, sem ser considerado falha de tratamento, com redução da titulação em duas diluições no intervalo de seis meses (sífilis primária, secundária e sífilis latente recente) ou 12 meses (sífilis tardia) após tratamento adequado. Muitas vezes, é difícil diferenciar entre reinfecção, reativação e resposta imunológica mais lenta, sendo fundamental a avaliação da presença de sinais ou sintomas clínicos novos, reexposição de risco, violência sexual, comorbidades, histórico do tratamento (duração, adesão e medicação utilizada) e exames laboratoriais prévios, para facilitar a elucidação diagnóstica. Para mais informações sobre prevenção de transmissão vertical de IST, consultar Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão de HIV, Sífilis e Hepatites Virais (BRASIL, 2017g)". Nessa perspectiva, a conduta de identificar adequadamente crianças expostas (mas não infectadas) é tão importante quanto detectar e tratar crianças com sífilis congênita, para não submeter as crianças expostas a condutas desnecessárias, como exames invasivos e internações prolongadas. Por este texto, conforme a última ERRATA do PCDT-IST :O tratamento das parcerias sexuais não</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>entra nos critérios epidemiológicos de definição de casos de sífilis congênita (BRASIL, 2017). Entretanto, faz-se imprescindível esse tratamento, considerando a possibilidade de reinfeção. Todas as crianças nascidas de mães diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal necessitam de uma avaliação criteriosa no momento do parto, com anamnese, exame físico e teste não treponêmico. Essa avaliação do profissional de saúde pode acrescentar outros dados e gerar uma conclusão de tratamento inadequado para sífilis durante a gestação, mesmo se enquadrando inicialmente dentro dos critérios epidemiológicos de tratamento adequado. O histórico de tratamento e seguimento da sífilis na gestação devem estar documentados em prontuário médico ou na caderneta da gestante, não se recomenda considerar apenas a informação verbal. A resposta imunológica adequada durante a gestação pode não ser encontrada, uma vez que depende do momento em que tratamento foi realizado e essa resposta é mais comum quando os títulos não treponêmicos são mais altos no início do tratamento e em estágios mais recentes da infecção (sífilis primária, secundária e latente recente). A resposta imunológica pode ser mais lenta, sem que se configure falha de tratamento, com redução da titulação em duas diluições no intervalo de seis meses (sífilis primária, secundária e sífilis latente recente) ou 12 meses (sífilis tardia) após tratamento adequado. Muitas vezes, é difícil diferenciar entre reinfeção, reativação e resposta imunológica mais lenta, sendo fundamental a avaliação da presença de sinais ou sintomas clínicos novos, reexposição de risco, violência sexual, comorbidades, histórico do tratamento (duração, adesão e medicação utilizada) e exames laboratoriais prévios, para facilitar a elucidação diagnóstica. Nessa perspectiva, a conduta de identificar adequadamente crianças expostas (mas não infectadas) é tão importante quanto detectar e tratar crianças com sífilis congênita, para não submeter as crianças expostas a condutas desnecessárias, como exames invasivos e internações prolongadas. 17. Página 169: Sugestão para no Quadro: Consta: "Espera-se que os testes não</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>treponêmicos declinem aos 3 meses de idade, devendo ser não reagentes aos 6 meses nos casos em que a criança não tiver sido infectada”Sugiro alteração para: “Espera-se que os testes não treponêmicos declinem aos 3 meses de idade, devendo ser não reagentes aos 6 meses caso a criança não tenha sido infectada e seja apenas passagem passiva de anticorpo materno”18.Sugestão para o conteúdo do Quadro da página 169:Consta:.”Se não houver esse declínio do teste não treponêmico, a criança deverá ser investigada para SC, com realização de exames complementares e tratamento conforme a classificação clínica, além de notificação do caso.”Sugiro substituir por este texto: Se no seguimento ocorrer elevação de títulos em duas diluições em teste não treponêmico ou persistência da titulação aos 6 meses de idade, a criança deverá ser investigada, submetida a coleta de líquido (LCR), tratada para sífilis congênita com benzilpenicilina potássica (cristalina) por 10 dias e notificada a vigilância epidemiológica. 19.Página 176, primeiro parágrafo:CONSTA: “...Porém, outras manifestações, como a ceratite e a deformidade tibial, chamada tibia em sabre, podem ocorrer e progredir, a despeito de terapêutica apropriada (OKSALA, 1957).”SUBSTITUIR POR: “...Porém, outras manifestações como a ceratite intersticial (OKSALA, 1957), articulações de Clutton (RODIN, 1961) e surdez neurosensorial (KARMODY e SCHUKNECHT, 1966) podem ocorrer e progredir, a despeito de terapêutica apropriada.</p> <p>Referências:1.Oksala A. Interstitial keratitis after adequate penicillin therapy; a case report. Brit J Vener Dis. 1957 jun; 33(2):113-4. doi: 10.1136/sti.33.2.113.2.Rodin P. Clutton`s joints: a brief review of the literature, and an unusual case treated with intra-articular hydrocortisone. Brit J Vener Dis. 1961 sep; 37(3):204-06. 3.Karmody CS, Schuknecht HF. Deafness in congenital syphilis. Arch Otolaryngol. 1966 jan; 83(1):18-27. doi:10.1001/archotol.1966.0076002002000820.Página 183, primeiro parágrafo: EXCLUIR CONSTA: “O tratamento apropriado de sífilis congênita dentro dos</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>primeiros três meses de vida é capaz de prevenir algumas manifestações clínicas (não todas). A ceratite intersticial e as deformidades ósseas, como a tibia em “lâmina de sabre”, podem ocorrer ou progredir mesmo com terapia adequada.” SUGESTÃO: Exclusão total, pois já colocado na página 176 e apresentado acima a correção do texto 21. Página 183, último parágrafo: CONSTA: “Para crianças assintomáticas, ou seja, com exame físico normal, sem alterações liquóricas, com radiografias de ossos longos normais e sem outras alterações viscerais, com teste não treponêmico não reagente, o tratamento com benzilpenicilina benzatina em dose única é eficaz para prevenção de evidência clínica de sífilis congênita e queda de titulação de teste não treponêmico, conforme a Figura 8 (PARYANI et al., 1994; RADCLIFFE et al., 1997).” CORRIGIR PARA: “Para crianças assintomáticas, ou seja, com exame físico normal, sem alterações liquóricas, com radiografias de ossos longos normais e sem outras alterações viscerais, com teste não treponêmico não reagente, o tratamento com benzilpenicilina benzatina em dose única é eficaz para prevenção de evidência clínica de sífilis congênita, conforme a Figura 8 (PARYANI et al., 1994; RADCLIFFE et al., 1997).” Comentário: Nas condições acima a criança deve ser NÃO REAGENTE no TNT, portanto não tem lógica na frase ...” e queda de titulação de TNT” 22. Página 184: deve ser incluído no rodapé do Box em relação ao tratamento com Benzilpenicilina procaína: “ É necessário reiniciar o tratamento se houver atraso de mais de 24 horas na dose.” 23. Página 186, no último quadro CONSTA: “As crianças nascidas de mãe com cicatriz sorológica* para sífilis antes da gestação não necessitam de avaliação ou tratamento na maternidade. No entanto, a testagem para sífilis deve ocorrer, conforme rotina preconizada no pré-natal (1º e 3º trimestres de gestação), idealmente por meio de testes não treponêmicos.” SUGESTÃO: “As crianças nascidas de mãe com cicatriz sorológica* para sífilis antes da gestação DEVEM realizar teste não treponêmico na maternidade e na ausência de sinais/sintomas não necessitam de tratamento. A</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>testagem para sífilis no pré-natal deve ocorrer, conforme rotina preconizada (1º e 3º trimestres de gestação), idealmente por meio de testes não treponêmicos.”24. SUGIRO INCLUIR NO PCDT-TV:Existem Teste treponêmicos capazes de detectar anticorpos do tipo IgM contra o T. pallidum no sangue do RN, que são anticorpos que não atravessam a barreira placentária e, portanto, quando presentes na amostra da criança indicam resposta do sistema imune frente a sífilis, e não transferência de anticorpos maternos. Porém, esses anticorpos IgM não são detectados em todos os casos de sífilis congênita e, desta forma, um resultado negativo não exclui o diagnóstico de sífilis no RN. Por isso, não se recomenda a utilização de testes que detectam IgM, como, por exemplo, teste de absorção do anticorpo treponêmico fluorescente (Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption - FTA-Abs) IgM e imunoensaios IgM para o diagnóstico da sífilis congênita.Referências:- Workowski KA, Bolan GA. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep [internet]. 2015 jun [citado 2020 set 08]; 64 (RR-03):1-137. Disponível em: https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6403.pdf - World Health Organization (WHO). Laboratory diagnosis of sexually transmitted infections, including human immunodeficiency virus. Geneva: WHO; 2013 [citado 2020 set 08]. 228p. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85343/9789241505840_eng.pdf?sequence=125. SUGIRO INCLUIR NO PCDT-TV: Incluir um parágrafo sobre falha terapêutica de 14% em gestantes (artigo anexo)"Despite administration of the recommended penicillin regimen to the pregnant women, as many as 14% will have a fetal death, or deliver infants with clinical evidence of congenital syphilis. Many of these women have been treated for secondary syphilis late in pregnancy" (pág 77 - Syphilis in pregnancy - Sex Transm Inf 2000;76:73–79 73).Motives de falha terapêutica, conforme Manual de bolso - diretrizes para o controle da SC - 2006 - pág 48.Cerca de 14% das gestantes podem</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
08/09/2020	Especialista no tema do protocolo	Boa	<p>apresentar falência no tratamento, com consequente risco de interrupção da gravidez ou nascimento de crianças com sífilis congênita. Fatores importantes implicados na falência terapêutica são: • co-infecção sífilis - HIV; • os estágios precoces da sífilis; • altos títulos de VDRL no momento do tratamento e parto; • parto prematuro (< 36 semanas); • severidade da doença fetal: hidropsia, hepatomegalia, placentomegalia, ascite e elevação das transaminases fetais; • tratamento após 24 semanas; • esquema terapêutico reduzido: 1 dose de penicilina benzatina em sífilis precoce. Diferentes estudos têm demonstrado falha no tratamento da sífilis materna secundária e latente precoce relacionada ao esquema de tratamento recomendado pelo CDC (dose única de 2.400.000 UI de penicilina benzatina), justificando a recomendação do uso de uma segunda dose de penicilina benzatina, apesar de não ter sido comprovada, até o momento, a superioridade deste esquema. Carmen Silvia Bruniera Domingues Programa Estadual de IST/AIDS de São Paulo</p>	Erro de digitação no título do capítulo 4.	Clique aqui