

Contribuições da Consulta Pública - PCDT - 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
07/12/2020	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Não		
08/12/2020	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
09/12/2020	Profissional de saúde	Boa	Sim, Gostaria de revisão sobre a consideração do tratamento materno na sífilis da gestante . Ela é considerada adequadamente tratada mesmo quando o tratamento ocorre a menos de 30 dias do parto . Não vale a pena rever esse critério ?! Pois é um tempo muito curto para termos tratamento do concepto intrauterino		
09/12/2020	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, Rever o Quadro 14, da pág 41 - Resultados de testes treponêmicos e não treponêmicos de sífilis, interpretação e conduta. Neste quadro as informações sobre notificação de caso estão discordantes das definições de caso do Quadro 56 - Critérios para definição de casos de sífilis adquirida, da pág 159. No quadro 56, na situação 1, os casos que forem assintomáticos deverão ser notificados qdo apresentarem dois testes reagentes (TT e TNT), enquanto que o quadro 14 menciona notificar os casos com um teste reagente, sem informar se são casos sintomáticos ou assintomático. Precisa incluir no Quadro 14 que o caso será notificado se o paciente for sintomático qdo tiver apenas um teste reagente, mas o tratamento deverá ser realizado com o resultado de um teste, desde que seja afastada a cicatriz sorológica.		
11/12/2020	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
11/12/2020	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Não		
12/12/2020	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
14/12/2020	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, No quesito tratamento da gestante com sífilis, o trecho no manual atual não fica claro se o tratamento deve iniciar e terminar até 30 dias antes do parto ou se deve ser iniciado e findo dentro dos 30 dias do parto.		
14/12/2020	Paciente	Boa	Sim, Grupo de Apoio psicoeducação/psicoterapia em grupo de pessoas vivendo com vírus HIV/AIDS ou qualquer outra IST/DST.	Ter a abrangência, ou melhor a aplicabilidade de grupos de psicoterapia de pessoas que vivem com o vírus e pessoas que vivem com pessoas que tem o vírus mas não possuem o vírus.	
14/12/2020	Profissional de saúde	Boa	Não		
16/12/2020	Interessado no tema	Muito boa	Não	Acredito que o PCDT está bastante completo e traz uma ampla gama de terapias relacionadas às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Ressalto a necessidade de mais campanhas sobre a Prevenção das doenças sexualmente transmissíveis nas faixa etárias mais jovens e entre os idosos, já que há um aumento de disseminação de HIV neste público nos últimos anos. Em relação ao tratamento Profilático Pré Exposição, sugiro que a CONITEC esteja atenta e considere a recomendação da nova geração de tratamento desta categoria. Existe o Medicamento Descovy, que representa um upgrade em relação ao Truvada, já que traz melhorias relacionadas à problemas renais e de ossos para a população que utiliza a droga por longos anos. O medicamento pode reduzir a chance de infecção do HIV em até 95%. Nos Estados Unidos, a droga já foi registrada pelo Food and Drug Administration (FDA).	

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
21/12/2020	Empresa	Boa	<p>Sim,Na página 11, aonde são mencionados contraceptivos: “Quando uma pessoa/casal chega ao serviço de saúde em busca de anticoncepção, oferecem-se várias opções, como: anticoncepcional oral ou injetável, DIU com cobre, preservativo, vasectomia etc. Até métodos com menor eficácia podem ser utilizados pelas pessoas/casais a depender de sua indicação, como preservativos.”Muitos elementos devem ser considerados na opção por um tratamento contraceptivo, incluindo segurança, eficácia, disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e tolerância. Além disso, a escolha de um método contraceptivo deve estar sempre acompanhada do uso correto e consistente de preservativos masculinos ou femininos para que haja dupla proteção, isto é, impedindo a disseminação de ISTs. (Curtis KM, 2016)No geral, a efetividade dos contraceptivos depende da combinação entre a eficácia inerente ao método e a sua utilização de forma correta e contínua. Os métodos de longa ação (LARCs) são altamente efetivos na prevenção da gravidez não planejada (>99%), com efetividade superior à medroxiprogesterona injetável, que requer administração a cada três meses e tem taxa de falha de 6% em situação de vida real. (Curtis KM, 2016) Dentre os métodos oferecidos pelo SUS, somente um é classificado como LARC, o DIU de cobre, sendo dois permanentes (laqueadura e vasectomia) e os restantes de curta ação. Os contraceptivos reversíveis de curta ação apresentam maiores taxas de falha, o que decorre principalmente da baixa adesão e continuação dos tratamentos, incluindo a não utilização e o uso inconsistente ou incorreto do método contraceptivo. Os contraceptivos reversíveis mais utilizados são pílulas orais e o preservativo masculino, os quais apresentam taxas anuais de falha relacionadas ao uso de 9% e 18%, respectivamente. (Parks C, 2016)</p>	<p>O planejamento familiar, no Brasil, é um direito amparado pelo artigo 226, parágrafo 7º, da Constituição Federal, e pela Lei 9.263, de 1996. Deste modo, cabe ao Estado prover recursos para o exercício deste direito, bem como ações em políticas de saúde que contemplem a concepção e a contracepção. (Pierre LA dos S, 2010) A Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos e as políticas nacionais de saúde da mulher fortalecem a garantia dos direitos constitucionais e têm efeitos diretos na saúde reprodutiva e na melhoria dos indicadores socioeconômicos. (Farias MR, 2016)A nível mundial, a Organização das Nações Unidas (ONU) incluiu em sua agenda de 2030 para o desenvolvimento sustentável, a necessidade da garantia do acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo planejamento familiar, informação e educação. Além disso, a ONU indica a integração da temática de saúde reprodutiva nos programas e estratégias de saúde nacionais, visando garantir uma vida saudável à população e promover o bem-estar de todos, em todas as idades. (United Nations, 2015) A OMS reforça a necessidade de realização do planejamento familiar, devendo haver a garantia do acesso aos métodos contraceptivos para mulheres e casais. (World Health Organization (WHO), 2018)Apesar da variedade de métodos contraceptivos disponíveis e da oferta de muitos deles nos serviços públicos, a ocorrência da gravidez não planejada ainda é muito alta, 55% segundo estudo publicado. (Le HH, 2014) A falta de acesso e o uso incorreto ou inconsistente dos contraceptivos, principais causas de falha na prevenção da gravidez não planejada, afetam principalmente populações femininas em</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>situação de vulnerabilidade social e/ou econômica. (Hathaway M, 2014)Em relação ao custo de gravidez, o estudo de Le et al., 2014 estimaram o custo médio de gravidez não planejada no sistema público de saúde brasileiro para o ano de 2010, com base em dados do DATASUS. Além da gravidez resultando em um nascido vivo, o valor apresentado também incluiu o custo com a ocorrência de abortos e possíveis complicações neonatais, sendo em média R\$ 2.293 por gravidez não planejada. (Le HH, 2014)Entre estas populações, destaca-se, por exemplo, mulheres que vivem com HIV. A ocorrência de uma gestação não planejada pode ter consequências significativas em morbidade materna e transmissão vertical do HIV. (Calvert C, 2013) Segundo a OMS, a realização de planejamento familiar é capaz de reduzir o risco de gestações não planejadas entre mulheres com HIV, resultando em menos bebês infectados pelo vírus ou órfãos. (World Health Organization (WHO), 2018) Adicionalmente, há um potencial risco de alterações congênitas do recém-nascido (defeitos de fechamento do tubo neural) pela exposição ao Dolutegravir na gestação, conforme citado no estudo de Zash 2019, o que justifica o uso de método contraceptivo com elevada efetividade (como LARC) por mulheres em idade reprodutiva. (Zash R, 2019)Neste contexto, o implante de etonogestrel se apresenta como um LARC de efeito imediato, eficaz e altamente efetivo. Sua utilização está associada a taxas muito baixas de falha relacionada ao uso (0,05%, segundo estudo de Trussel (Trussell, 2011)), pois, uma vez aplicado, não há qualquer necessidade de que a usuária administre o medicamento, como acontece com as pílulas orais e outros métodos contraceptivos. 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>independência da administração após a iniciação do tratamento faz com o que o implante de etonogestrel seja uma opção anticoncepcional conveniente para populações em situação de vulnerabilidade social que não desejam engravidar e mulheres que necessitam de contracepção imediata (Bachorik A, 2015), tendo apresentado excelentes resultados de adesão ao tratamento, satisfação e efetividade na prevenção da gravidez não planejada em programas sociais ao redor do mundo. (Peipert JF, 2012) (Lipetz C, 2009) (Ricketts S, 2014) (Biggs MA, 2015) (Connolly A, 2014) Importante reforçar que não há redução das concentrações de etonogestrel com o uso concomitante do implante e Dolutegravir. (Bishop IJ, 2020) Pode ser ainda uma opção para mulheres que desejam um método LARC, porém não desejam um método intrauterino ou possuem contra-indicações ao uso do DIU de cobre, como por exemplo no caso de mulheres vivendo com HIV com CD4 abaixo de 200, em que os DIUs não são recomendados pela OMS. ((OMS), 2015) Neste grupo, que necessita de um método contraceptivo com alta eficácia para evitar uma gravidez não planejada, pois está com comprometimento imunológico, não há atualmente LARC disponível. Contra-indicações para o uso do DIU com cobre: (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas., 2018) • Anormalidades uterinas como útero bicorno, septado ou intensa estenose cervical; • Miomas uterinos submucosos com relevante distorção da cavidade; • Em vigência de IST (infecções sexualmente transmissíveis), tais como clamídia e gonorreia; • AIDS nos estágios</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>clínicos 3 e 4; • Presença de infecção inflamatória pélvica aguda ou crônica, endometrite, cervicite mucopurulenta e tuberculose pélvica; • Câncer de colo uterino. ESTUDOS CIENTÍFICOS Kreitchmann 2012 Foi realizado um estudo prospectivo com mulheres soropositivas da cidade de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, para avaliar a adesão ao tratamento e eficácia do implante de etonogestrel na prevenção da gravidez não planejada. (Kreitchmann R, 2012) O implante de etonogestrel foi oferecido preferencialmente para mulheres infectadas com HIV que apresentavam comorbidades e histórico de baixa adesão a métodos contraceptivos. No total, 79 mulheres aderiram ao tratamento e foram acompanhadas a cada seis meses por até três anos. Cinco participantes solicitaram a remoção do implante durante o período do estudo: duas mulheres realizaram laqueadura após 20 meses da aplicação; uma participante foi submetida à histerectomia devido a uma neoplasia cervical após 22 meses; e duas mulheres solicitaram a remoção do implante devido a sangramento excessivo (ambas no mês 13). Não houve nenhuma gravidez entre as 79 participantes. O estudo concluiu que o implante de etonogestrel foi eficaz na prevenção da gravidez não planejada em mulheres soropositivas, sem a ocorrência de nenhuma gravidez, e houve alta adesão ao tratamento, com poucas descontinuações. Patel 2015 Um estudo retrospectivo de coorte com mulheres soropositivas registradas em 19 centros de tratamento no Quênia avaliou a eficácia de diferentes métodos contraceptivos na prevenção da gravidez não planejada. (Patel RC, 2015) Os autores coletaram os dados</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>referentes ao uso de contraceptivos por mulheres infectadas com HIV entre 15 e 45 anos de idade a partir de registros médicos eletrônicos. Pacientes em tratamento com antirretrovirais realizaram visitas a cada 1-3 meses, enquanto indivíduos que não receberam antirretrovirais visitaram as clínicas a cada seis meses. O desfecho primário do estudo foi incidência de gravidez, registrado conforme o relato das próprias participantes ou caso elas se apresentassem grávidas.No total, 24.560 mulheres contribuíram com 94.162 observações. Dentre os métodos contraceptivos delimitados neste dossiê, o implante de etonogestrel foi utilizado por 1.512 participantes; 16.363 utilizaram acetato de medroxiprogesterona; 2.495 fizeram uso de pílulas contraceptivas; e 720 participantes utilizaram DIU.A incidência ajustada de gravidez foi de 1,4 por 100 pacientes-anos [intervalo de confiança (IC) 95%: 1,0 a 1,8] para usuárias do implante de etonogestrel; de 4,3 por 100 pacientes-anos (IC 95%: 3,7 a 4,9) para acetato de medroxiprogesterona; e de 5,8 por 100 pacientes-anos (IC 95%: 4,7 a 7,2) para pílulas contraceptivas. Os autores não determinaram a incidência de gravidez para pacientes que utilizaram exclusivamente DIU.O estudo concluiu que o implante de etonogestrel foi eficaz na prevenção da gravidez não planejada em mulheres soropositivas. Dentre as opções de contraceptivos incluídas nesta revisão, o implante de etonogestrel apresentou a menor taxa ajustada de incidência de gravidez.MODELO DE IMPLEMENTAÇÃO CRT/ DST AIDS são destinados ao atendimento e apoio a pessoas vivendo com IST e HIV, realizando ações de vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis,</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>vigilância e prevenção das doenças e agravos não transmissíveis e dos seus fatores de risco, vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde, gestão de sistemas de informação de vigilância em saúde de âmbito nacional e que possibilitam análises de situação de saúde, ações de vigilância da saúde do trabalhador e ações de promoção em saúde. Atualmente há cerca de 157 centros em operação para atendimento a essa população, divididos entre hospitais e centros de treinamento.No Rio Grande do Sul, um estudo prospectivo ofereceu o implante de etonogestrel pela rede de atendimento a IST/HIV/Aids de Porto Alegre para mulheres infectadas com HIV que apresentavam comorbidades e histórico de baixa adesão a métodos contraceptivos. Entre as 79 participantes, apenas 5 solicitaram a remoção do implante durante o período do estudo, e não houve a ocorrência de gravidezes.(54)&#8195;Referências(OMS), O. M. (2015). Roda com os critérios médicos de elegibilidade para o uso de métodos anticoncepcionais. Fonte: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/173585/9789248549250-por.pdfBachorik A, F. J. (2015). Adolescent and Young Adult Women’s Knowledge of and Attitudes Toward Etonogestrel Implants. J Pediatr Adolesc Gynecol, 28(4):229–33.Biggs MA, R. C. (2015). Did increasing use of highly effective contraception contribute to declining abortions in Iowa? . Contraception, 91(2):167–73.Bishop IJ, G. A. (2020). Etonogestrel concentrations among contraceptive implant users in Botswana using and not using dolutegravir-based antiretroviral therapy. Contraception, 102(3):174-179. .Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.</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>Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2018). Manual Técnico para Profissionais de Saúde : DIU com Cobre TCu380A. Fonte: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/manual-tecnico-para-profissionais-de-saude-diu-com-cobre-tcu-380a/Calvert C, R. C. (2013). HIV and the Risk of Direct Obstetric Complications: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS One, 8(10):e74848.Connolly A, P. G. (2014). Association between long-acting reversible contraceptive use, teenage pregnancy, and abortion rates in England. . Int J Womens Health, 6:961–74. .Curtis KM, T. N.-B. (2016). U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. MMWR Recomm Reports., ;65(RR-3):104. .Farias MR, L. S. (2016). Use of and access to oral and injectable contraceptives in Brazil. Rev Saude Publica., 50(Supl.2). .Hathaway M, T. L.-K. (2014). Increasing LARC utilization: Any woman, any place, any time. Clin Obstet Gynecol, 57(4):718–30.Kreitchmann R, I. A. (2012). Safety and efficacy of contraceptive implants for HIV-infected women in Porto Alegre, Brazil. Int J Gynecol Obstet, 117(1):81–2.Le HH, C. M. (2014). The burden of unintended pregnancies in Brazil: A social and public health system cost analysis. Int J Womens Health, 6(1):663–70.Lipetz C, P. C. (2009). The cost-effectiveness of a long-acting reversible contraceptive (Implanon®) relative to oral contraception in a community setting. . Contraception, 79(4):304–9.Parks C, P. J. (2016). Eliminating health disparities in unintended pregnancy with long-acting reversible contraception (LARC). Am J Obstet Gynecol., 214(6):681–8.Patel RC, O. M. (2015). Pregnancy rates in HIV-positive women using contraceptives and efavirenz-</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
21/12/2020	Profissional de saúde	Muito boa	Não	<p>based or nevirapine-based antiretroviral therapy in Kenya: A retrospective cohort study. <i>Lancet HIV</i>, 2(11):e474–82. Peipert JF, M. T. (2012). Preventing unintended pregnancies by providing no-cost contraception. <i>Obstet Gynecol</i>, 120(6):1291–7. Pierre LA dos S, C. M. (2010). Family Planning in a Family Health Unit. <i>Rev Lat Am Enfermagem.</i>, 18(6):1161–8. Ricketts S, K. G. (2014). Game Change in Colorado: Widespread Use Of Long-Acting Reversible Contraceptives and Rapid Decline in Births Among Young, Low-Income Women. . <i>Perspect Sex Reprod Health</i>, 46(3):125–32. Trussell, J. (2011). Contraceptive failure in the United States. <i>Contraception</i>, 83(5):397–404. United Nations. (2015). <i>Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development</i>. Acesso em 16 de Dezembro de 2020, disponível em https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld World Health Organization (WHO). (2018). <i>Family planning/Contraception [Internet]. Fact sheet N°351</i>. Acesso em 16 de Dezembro de 2020, disponível em https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en/ Zash R, H. L. (2019). Neural-Tube Defects and Antiretroviral Treatment Regimens in Botswana. <i>N Engl J Med</i>, 381(9):827-840.</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
22/12/2020	Empresa	Boa	<p>Sim, Considerações sobre atenção às pessoas vivendo com HIV: O entusiasmo com a prevenção do HIV através do uso da profilaxia pré-exposição (PrEP) é demonstrado pela meta ambiciosa do UNAIDS de garantir que 3 milhões de pessoas com alto risco de HIV recebam PrEP até 2020 (1). Esta estratégia é um componente chave nos centros dos EUA para Controle e Prevenção de Doenças (CDC), sugerindo que o progresso em direção ao fim do HIV exigirá um forte compromisso com a PrEP (2), devendo todas as pessoas em risco de HIV receberem PREP continuamente enquanto essas pessoas permanecem em risco. Quando utilizada consistentemente, a PREP significativamente reduz o risco de aquisição de HIV entre homens que fazem sexo com homens (HSH), homens e mulheres, e pessoas que injetam drogas (3-7). A MSD vem respeitosamente enfatizar que esforços devem ser empregados para a viabilização e aderência à PrEP de forma consistente pelos indivíduos em risco. Embora o estudo realizado no Brasil, Peru e México tenha demonstrado a eficácia da PrEP, a adoção e implementação da PrEP para populações-chave tem sido lenta, conforme demonstrado durante o congresso IAS 2020 (8). Fatores contextuais e barreiras estruturais na América Latina limitam o acesso a PrEP para populações marginalizadas, como HSH e mulheres transexuais. Isso inclui atos de violência, homofobia, transfobia, falta de oportunidades econômicas, altos custos e altos níveis de estigma em relação a esses grupos, juntamente com o estigma da PrEP devido à sua associação com o HIV. HSH e mulheres trans são responsáveis por 65% das aproximadamente 100.000 novas infecções anuais por HIV na América Latina. Alternativas para PrEP oral que podem mitigar problemas de adesão incluem injetáveis de ação prolongada (9) ou dispositivos implantáveis, que constam no horizonte tecnológico da PrEP (10). De fato, a descontinuação precoce da PrEP permanece a maior barreira à efetividade da mesma (11, 12). A infecção pelo HIV na gravidez e no pós-parto tem sido associada com um aumento de até 3 vezes o risco de transmissão da mãe para o filho (OR: 2,8; 95% CI, 0,9-4,7) (13). Nesse</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>contexto, o uso da PrEP e a continuidade da mesma são estratégias relevantes entre mulheres grávidas e pós-parto, visto que não há evidências de danos, tais como parto prematuro, natimorto, baixo peso ou outros desfechos negativos para o neonato. Em relação aos indivíduos vivendo com HIV, enfatizamos que atingir e manter uma carga viral indetectável é um componente essencial para acabar com a epidemia. A estratégia I = I (indetectável = intransmissível) oferece uma mudança de vida para pessoas vivendo com HIV e seus parceiros, para que vivam vidas sexuais e reprodutivas saudáveis, livres de medo e estigma. O estudo HPTN 052 (14) descobriu que efetivamente não há transmissão sexual do HIV quando o vírus é suprimido - daí o tratamento como prevenção – e esta descoberta foi aclamada como a descoberta científica do ano em 2011. Porém, o desafio de aderir à Terapia Antirretroviral diária para toda a vida é potencializado por eventos adversos que prejudicam a qualidade de vida do indivíduo. A toxicidade e os eventos adversos constituem importantes barreiras para a adesão, conforme menciona o The Continuum of Care (15). Assim, enfatizamos a necessidade de terapia individualizada especialmente para os pacientes com comorbidades, risco de comorbidades e gestantes ou aqueles que apresentam eventos adversos ou interação medicamentosa. Referências1. UNAIDS. HIV prevention 2020 road map. 2020. Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-prevention-2020-road-map_en.pdf. Acessado em 21 de dezembro de 2020.) 2. Smith JA, Anderson SJ, Harris KL, et al. Maximising HIV prevention by balancing the opportunities of today with the promises of tomorrow: a modelling study. Lancet HIV 2016; 3: e289–96. 3. Hare CB, Coll J, Ruane P, et al. The phase 3 discover study: daily F/TAF or F/TDF for HIV pre-exposure prophylaxis. CROI; Seattle, WA, USA; March 4–7, 2019. Abstract 104LB. 4. Baeten J, Donnell D, Ndase P, et al. Single-agent TDF versus combination FTC/TDF PrEP among heterosexual men and women. CROI; Boston, MA, USA; March 3–6, 2014. Abstract 43. 5. Molina JM, Capitant C,</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>Spire B, et al. On-demand preexposure prophylaxis in men at high risk for HIV-1 infection. <i>N Engl J Med</i> 2015; 373: 2237–46. 6. Grant RM, Lama JR, Anderson PL, et al. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. <i>N Engl J Med</i> 2010; 363: 2587–99. 7. Baeten JM, Donnell D, Ndase P, et al. Antiretroviral prophylaxis for HIV prevention in heterosexual men and women. <i>N Engl J Med</i> 2012; 367: 399–410. 8. Rutstein S, Smith D, Dalal S et al. Initiation, discontinuation, and restarting HIV pre-exposure prophylaxis: ongoing implementation strategies. <i>The Lancet HIV</i>, (2020), e721-e730, 7(10). 9. Markowitz M, Frank I, Grant RM, et al. Safety and tolerability of long-acting cabotegravir injections in HIV-uninfected men (ECLAIR): a multicentre, double-blind, randomised, placebo-controlled, phase 2a trial. <i>Lancet HIV</i> 2017; 4: e331–40. 10. Matthews RP, Barrett SE, Patel M, et al. First-in-human trial of MK-8591-eluting implants demonstrates concentrations suitable for HIV prophylaxis for at least one year. IAS; Mexico City; July 21–24, 2019. Abstract TUAC0401LB. 11. García-Lerma JG, Otten RA, Qari SH, et al. Prevention of rectal SHIV transmission in macaques by daily or intermittent prophylaxis with emtricitabine and tenofovir. <i>PLoS Med</i> 2008; 5: e2812. 12. Van Epps P, Wilson BM, Garner W, Beste LA, Maier MM, Ohl ME. Brief report: incidence of hiv in a nationwide cohort receiving pre-exposure prophylaxis for HIV prevention. <i>J Acquir Immune Defic Syndr</i> 2019; 82: 427–30. 13. Drake AL, Wagner A, Richardson B, John-Stewart G. Incident HIV during pregnancy and postpartum and risk of mother-to-child HIV transmission: a systematic review and meta-analysis. <i>PLoS Med</i>. 2014;11(2):e1001608. Published 2014 Feb 25. doi:10.1371/journal.pmed.1001608. 14. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. (August 2011). "Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy". <i>The New England Journal of Medicine</i>. 365 (6): 493–505. doi:10.1056/NEJMoa1105243. PMC 3200068. PMID 21767103. 15. AIDSinfo. Guidelines for the use of</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>antiretroviral agents in adults and adolescents with HIV. Disponível em: https://aidsinfo.nih.gov/guidelines/html/1/adult-and-adolescent-arv/0. Acessado em: 21 de Dezembro de 2020.&#8195;Considerações sobre imunizações de pessoas com IST:Considerando o contexto de imunizações, na página 18, no qual é mencionada a indicação de uso para a vacina HPV: Reforçamos o benefício da imunização de acordo com indicações em bula, ou seja, uso adulto e pediátrico (entre 9 e 45 anos para meninas e mulheres e entre 9 e 26 anos para meninos e homens). Ainda, importante completar o esquema vacinal ainda que ultrapassado a faixa etária recomendada pelo Ministério da Saúde (por exemplo, no caso da primeira dose ser administrada antes dos 26 anos, a segunda e a terceira dose devem ser administradas, da mesma forma que acontece com adolescentes atualmente). (1)Na página 20 do PCDT, no qual é abordada a vacina para hepatite A: “A vacinação está disponível em Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA e nos serviços que ofertam PEP, PrEP e/ou atendimento para IST, e que tenham sala de vacina.” A tarefa de imunizar os portadores do vírus HIV é bastante árdua, pois estes indivíduos, habitualmente, já recebem uma série de medicamentos, necessitam coletar exames de sangue com frequência regular e passam em consultas com diversos profissionais da área da saúde, várias vezes ao ano. Por outro lado, para estes indivíduos, diversas são as oportunidades de encaminhá-los às “atividades preventivas”, entre as quais se encontram a adequada aplicação de vacinas. Cabe, aos serviços, a tarefa de divulgar e difundir a necessidade de vacinação aos seus usuários, o monitoramento dos eventos adversos nestas populações e a convocação dos faltosos, para que completem seus esquemas adequadamente. A inclusão de salas de vacina nos CTA auxilia na prestação de um atendimento mais acolhedor e humanizado às pessoas que são acompanhadas pelo serviço nessas unidades, conforme apontado em locais com essa iniciativa, como a Prefeitura de São Luiz/MA. (2) Ainda, o documento preparado pelo MS sobre as</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>Diretrizes para organização do CTA no âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde (3) menciona que as pessoas mais expostas ao risco de infecção pelo HIV : • Procuram com menor frequência o diagnóstico, mesmo quando oferecido por meio de campanhas e pelo serviço de saúde; • Não estão vinculadas aos serviços de saúde e tendem a não revelar as situações de exposição ao HIV, mesmo em serviços especializados em HIV/aids; • Não chegam ou demoram a chegar aos serviços de tratamento imediatamente após o diagnóstico do HIV; e • Nem sempre utilizam o preservativo, porque não querem ou não conseguem. Dessa forma, torna-se bastante relevante que haja oferta de todas as vacinas recomendadas pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) dentro do CTA para o fortalecimento do combate a doenças infectocontagiosas imunopreveníveis, posto o desafio de taxa de cobertura especialmente para essa população. Ainda, importante expandir o acesso a populações HSH para todo o país, além de São Paulo. No item 2.7 (página 22): importante a definição de estratégias específicas de comunicação sobre calendário de vacinação e a inclusão da temática vacinação durante a consulta médica. Isso precisa ser reforçado para aumento de cobertura, especialmente das doenças preveníveis por vacinação como HPV, Hepatite A e Hepatite B. A comunicação social é fundamental para ampliar o acesso às informações baseadas em evidências, especialmente sobre os benefícios da vacinação. Além da divulgação nas mídias tradicionais e eletrônicas, tais estratégias devem contemplar a busca ativa de não vacinados nas populações-alvo, parcerias com escolas e universidades, ampliação dos horários de funcionamento dos postos de vacinação, mobilização da sociedade civil e colaboração das sociedades científicas em parceria com as três instâncias de gestão, bem como o estabelecimento de parcerias intra e intersetoriais. (4) Na página 128, aonde é mencionado: Mantém-se a necessidade de prescrição médica com indicação do motivo da vacinação. Importante se atentar que a prescrição médica é necessária somente para a população especial de</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> pessoas vivendo com HIV, transplantados de órgãos sólidos, de medula óssea ou pacientes oncológicos. A vacinação está disponível em Serviços de Atenção Especializada (SAEs). Em locais como o Amazonas, é mencionado que “Nos municípios do interior do Estado onde não houver SAE, a mulher pode procurar uma Unidade Básica de Saúde para receber a vacina, sempre lembrando que é necessário a prescrição médica”. </p> <p> (5) Por fim, importante reforçar que pessoas vivendo com HIV têm mais chance de contrair doenças pneumocócicas invasivas do que pessoas saudáveis, especialmente quando estão com suas células de defesas bem baixas. Esse grupo, além de transplantados de medula óssea e de órgãos e pacientes oncológicos podem procurar o CRIE para serem avaliados e receberem a vacina pneumocócica. A recomendação para esses grupos é que recebam o esquema sequencial com os 2 tipos de vacinas: a vacina pneumocócica conjugada 13-valente e depois de 2 meses recebam a vacina polissacarídica 23-valente. No contexto da pandemia, essencial manter seus calendários vacinais atualizados. Nesse sentido, o Ministério da Saúde divulgou uma nota, em 17 de março, reiterando a importância da imunização de pessoas vivendo com HIV contra Influenza e doenças pneumocócicas. </p> <p> (6) Referências <ol style="list-style-type: none"> 1. INCA. Ministério da Saúde. Quem pode ser vacinado contra o HPV? INCA. [Online] https://www.inca.gov.br/perguntas-frequentes/quem-pode-ser-vacinado-contra-o-hpv. 2. São Luis Agência de Notícias. Prefeitura implanta salas de imunização nos Centros de Testagem e Aconselhamento do Anil e Lira. São Luis Agência de Notícias. [Online] 2019. https://www.agenciasaoluis.com.br/noticia/22937/. 3. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle. Diretrizes para organização do CTA no âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 4. Vacina Brasil e estratégias de formação e desenvolvimento em imunizações. DOMINGUES, Carla Magda Allan Santos et al. 2019, Epidemiol. Serv. Saúde, pp. v. 28, n. 2, </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>e20190223.5. Governo Estadual Amazonas. Coordenação Estadual de DST/Aids reforça orientação sobre vacina contra o HPV, para mulheres soropositivas. Amazonas Governo do Estado. [Online] 23 de Março de 2015. https://www.amazonas.am.gov.br/2015/03/coordenacao-estadual-de-dstaids-reforca-orientacao-sobre-vacina-contra-o-hpv-para-mulheres-soropositivas/.6. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. OFÍCIO CIRCULAR Nº 8/2020/CGAHV/.DCCI/SVS/MS. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. [Online] 17 de Março de 2020. https://www.aids.gov.br/system/tdf/legislacao/2020/portarias_e_oficios_ministeriais_notas_informativas/sei_ms_-_0014011726_-_oficio_circular_-_cuidado_das_pvhiv-aids_covid-19.pdf?file=1&type=node&id=67147&force=1.</p>		
23/12/2020	Paciente	Muito boa	<p>Sim,o ministerio da saude precisa criar protocolos e diretrizes para doenças parasitarias e infeciosas o virus epstein barr, causador de diversas comorbidades e obtos porque nao existe tratamento efetivo para pacientes cronicos, entre elas estao, as sindromes de fadiga cronica, fibromialgia, cancer, etc. https://mymedfarma.com/pt/guia-da-saude/8-doencas-infeciosas-e-parasitarias/2573-infecao-cronica-do-virus-epstein-barr-ativo</p>	<p>atenção nas unidades basicas de saude e acompanhamento com protocolo de diretrizes e tratamento para o virus epsten barr, ainda nao existe tratamento para os pacientes com baixa imunidade como idosos que pegam o virus esptein barr eles entramhttps://mymedfarma.com/pt/guia-da-saude/8-doencas-infeciosas-e-parasitarias/2573-infecao-cronica-do-virus-epstein-barr-ativo como grupo de risco e imunodeprimidos, e preciso uma politica de atenção a esses casos.</p>	Clique aqui
23/12/2020	Profissional de saúde	Muito boa	Sim,Responsabilidade de cada profissional		
23/12/2020	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
23/12/2020	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
27/12/2020	Profissional de saúde	Ruim	Sim,O motivo que me fez encaminhar as minhas considerações abaixo, em anexo, por pdf são referentes a observação, investigação e notificação de Sífilis Congênita há mais de 19 anos de trabalho em vigilância epidemiológica em maternidade, junto ao binômio materno-infantil. E a minha grande preocupação são os profissionais de saúde fazerem interpretações equivocadas sobre o esquema de tratamento do atual Protocolo de 2020, e infelizmente os bebês saírem das maternidades sem o devido tratamento para Sífilis Congênita.		Clique aqui
28/12/2020	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
28/12/2020	Paciente	Muito boa	Sim, sob tratamento	sim , estou fazendo este tipo de tratamento pelo sus, mediante uso de liminar, verdadeiro descaso das autoridades	
28/12/2020	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Não	Reforçar a importância do diagnóstico, tratamento adequado da gestante e documentação desse tratamento	