



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

Ao Serviço Provincial de Saúde

Nota Nº 259 / 100 /DNSP/2022

Maputo, 10 / 02 /2022

Assunto:

1. Transição das normas pediátricas (para crianças com peso abaixo de 20kg) para regimes de TARV otimizados contendo a formulação do Dolutegravir pediátrico de 10 mg (pDTG)
2. Divulgação do novo Guião de manejo de infecção por HIV na criança e adolescente (Tríptico de dosagens – Versão 2022)

A DNSP através do PNC ITS, HIV/SIDA realizou de 1 – 5 de Novembro de 2021 a formação de formadores provinciais no pacote de Normas actualizadas para o Tratamento Anti-retroviral (TARV) na criança e no adolescente, seguida de réplicas provinciais ao nível distrital e da US, em seguimento a nota nº 3220/100/DNSP/2020, datada de 15/10/2020 aprovada pela Directora Nacional de Saúde Pública.

Neste contexto, a DNSP vem por meio desta orientar á todas as províncias para á partir da data da divulgação desta circular, darem início com a implementação da transição das normas pediátricas (para crianças com peso abaixo de 20kg) para os regimes do TARV otimizados contendo a formulação do Dolutegravir pediátrico de 10 mg (pDTG).

Os aspectos a considerar na operacionalização desta circular são:

ENDEREÇO:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
C. POSTAL
Av. Eduardo Mondlane/Salvador Allende
MAPUTO – MOÇAMBIQUE

Telefones: 301897/314127/314128

Telex: 6-239 MISAU MO

FAX: 258 (1) 301897

258 (1) 314127

3311/DNSP/2022

1. Transição das normas pediátricas (para crianças com peso abaixo de 20kg) para regimes de TARV otimizados contendo a formulação do Dolutegravir pediátrico de 10 mg (pDTG)

I. Regimes recomendados para os novos inícios do TARV para crianças < 20kg

- Todas as crianças com idade superior a 4 semanas e peso entre 3kg – 19,9kg devem iniciar o TARV com ABC/3TC + pDTG (10mg).
- Quando atingirem os 20kg, devem transitar para o ABC/3TC + DTG (50mg)
- Para crianças com TB/HIV deve-se iniciar o TARV com o mesmo regime preferencial e deve-se fazer a dose adicional de DTG (de acordo com a faixa de peso) que vai manter até duas semanas após o término do tratamento para a TB (isto no caso em que o regime de TB contém Rifampicina). *Vide tabela 1 em anexo.*

II. Regimes recomendados para transição das crianças activas em TARV com peso < 20kg

- Todas as crianças actualmente em TARV com regimes com ABC/3TC+LPVr ou AZT/3TC+LPVr (40/10mg, 80/20mg, 100/25mg) independente de estarem a usar LPVr como 1ª ou 2ª linha devem transitar para o ABC/3TC+pDTG;
 - Caso ainda existam crianças activas em TARV em uso de regimes de TARV contendo NVP ou EFV, mesmo que estejam a fazer TAT, devem transitar para o ABC/3TC + pDTG.
- ⇒ A transição para o regime com pDTG deve ser feita sem depender do resultado da carga viral.

III. Regimes recomendados para novos inícios e transição das crianças com peso entre os 20 - 29,9kg e crianças com peso ≥ 30 kg

No caso de crianças ≥ 20kg que estejam a iniciar o TARV ou que estejam actualmente em regime que não inclui DTG, deve-se seguir a circular N° 04/2103/DNSP/019, datada de 30/10/2019 onde:

- Todas as crianças 20-29.9kg, independente do regime e da CV devem transitar para ABC/3TC (120/60) +DTG 50mg;
- Todas as crianças > 30kg independente do regime e da CV devem transitar para o TDF/3TC/DTG (TLD)

IV. Orientação para a implementação da dispensa de ARVs para crianças com peso < 20 kg

A. Calendário de seguimento clínico das crianças

Independente da quantidade ou meses dos ARVs dispensados para a criança, o calendário de seguimento clínico recomendado para as faixas etárias pediátricas é:

- Crianças < 2 anos de vida em TARV → consulta clínica e de APSS mensal
- Crianças ≥ 2 anos até aos 9 anos → consulta clínica e de APSS trimestral (se reunir critérios de estabilidade);
- Crianças ≥ 10 anos → Consulta clínica, de APSS e levantamento de ARVs trimestral/semestral (seguem o calendário do adulto, conforme os critérios estabelecidos).

B. Prescrição de ARVs para crianças com peso < 20 kg

- Para facilitar a gestão dos medicamentos, todas as crianças dos 0 – 9 anos devem receber os ARVs para 3 meses:
 - Desde a data do início ou reinício do TARV
 - Na data da transição para o regime optimizado, independente da idade da criança e da presença de critérios de estabilidade;
 - Em cada consulta de seguimento em que há necessidade de uma nova prescrição de ARVs.
- Criança activas em TARV que já estavam em DT, devem transitar para o pDTG e manter-se em DT (isto é, manter a consulta clínica, APSS e levantamento de ARVs trimestral).

C. Aspectos a considerar na prescrição dos ARVs

- Para todos os novos inícios ou reinícios do TARV e transições para os regimes optimizados, independente da idade, peso e dos critérios de estabilidade deve-se:
 - Prescrever os ARVs para 3 meses e;
 - Seguir o calendário de consultas clínicas e de APSS mensal/trimestral/semestral (de acordo com a idade).
- Recomendar ao cuidador para trazer sempre os frascos com os MARVs remanescentes na consulta seguinte.

- Considerar esta prescrição nos registos de farmácia como sendo DT embora a consulta clínica continue mensal.
 - O registo na farmácia como DT, passará a ser considerado o atendimento ou cuidado clínico padrão para as crianças, independente da idade, peso e critérios de estabilidade e do calendário de seguimento clínico das crianças;
- A cada mudança da faixa de peso:
 - Fazer uma nova prescrição, sem considerar o saldo de MARVs que tiver;
 - Registrar na receita o peso da criança.
- Do saldo de MARVs que o cuidador trazer a US, deve-se:
 - Orientar a farmácia para reaproveitar apenas os frascos que ainda estiverem selados e contabilizar como viável quando estiver a aviar os medicamentos de acordo com a nova receita.
 - Estes frascos podem ser usados apenas para aviar ao mesmo paciente (nunca para outro paciente).
 - Não se deve recolher para devolver ao stock da farmácia.

D. Como registar na Ficha Mestra a consulta clínica e os levantamentos dos ARVs para as crianças

A orientação para o registo na ficha mestra está descrita no documento em anexo (anexo número 2).

E. Gestão dos ARVs na US

- A dispensa de ARVs para todas as crianças passa a ser trimestral, desde o início do tratamento, reinício ou transição para novo regime. Deste modo todas as dispensas nestas situações devem ser registadas nos modelos de gestão como DT, mesmo quando a criança tem consultas mensais.

Para garantir a qualidade do tratamento todos os MARVs devem:

- Ser mantidos nos frascos originais e com o pacote de sílica gel, que protege da humidade durante o período normal que o frasco está aberto.
- Ser aviados nos frascos originalmente concebidos, completos e selados.
- Os frascos nunca devem ser abertos e dispensados por comprimidos. A dispensa dos MARVs fora dos frascos originais compromete a qualidade dos mesmos e pode contribuir significativamente para o rápido desenvolvimento de resistência ao medicamento.

- Orientar ao cuidador da criança para abrir um frasco de cada vez por cada tipo de MARV (um frasco de pDTG e um frasco de ABC/3TC), de forma a manter a integridade dos medicamentos. E quando terminar, pode abrir outro frasco.
- A criança/cuidador deve trazer obrigatoriamente todos os frascos (tanto abertos como selados) sempre que vem á unidade sanitária. Contudo, se na consulta em que a criança muda de faixa de peso, o cuidador não trouxer os frascos com os ARVs remanescentes, não deve condicionar a nova prescrição de ARVs.
- Deve-se reaproveitar os frascos que se encontrem selados, para dispensar da nova prescrição.
 - **Se não for feita uma nova prescrição**, não devem ser recolhidos os MARVs remanescentes. Apenas monitorar se o saldo é suficiente até a próxima consulta.
 - **Se houver uma nova prescrição**, os frascos abertos são recolhidos e colocados em quarentena no depósito de medicamentos da US, para entrar no processo periódico de destruição de medicamentos.
- O aviamento, deve ser de acordo com a totalidade dos frascos que vêm prescritos na receita da criança.
 - Deve incluir os frascos selados reaproveitados (caso o cuidador tenha disponível) e os novos frascos adicionais para completar as quantidades prescritas na receita actual;
 - As quantidades dos comprimidos disponíveis nos frascos abertos não são contabilizadas para a nova dispensa, e são recolhidos pela farmácia.
- Deve-se registar apenas os novos frascos no mini-LRDA ou do LRDA; os frascos completos e selados pertencentes a criança, são reaproveitados e incluídos no aviamento, mas não são contabilizados como novo consumo nos modelos de registo.
- Deve ser verificado, no momento da dispensa, que a criança tem quantidades de todos os ARVs necessários para cobrir o período de 3 meses (DT) – especial atenção para as crianças na faixa dos 14 á 19,9Kg que necessitam de um maior número de frascos.

V. Orientações sobre quando solicitar a análise da carga viral (para os pacientes descritos nos pontos I, II e III acima)

- Novos inícios do TARV: pedir CV seis (6) meses após o início do TARV
- Activos em TARV: pedir CV seis (6) meses após a transição para o novo regime;

- A interpretação do resultado da CV, a conduta terapêutica e as CV de seguimento devem ser feitas de acordo com o algoritmo de carga viral em vigor.

VI. Regimes recomendados para os casos de intolerância e resgate em caso de falência terapêutica aos regimes otimizados (regimes de 2ª linha)

- Crianças em uso de DTG e que apresentem confirmação de falência terapêutica, devem usar no regime de resgate um inibidor de protease (LPV/r ou ATV/r);
- O pedido submetido ao comité terapêutico para a mudança de linha deve conter a seguinte informação:
 - Histórico do uso do DTG e o respectivo período;
 - Histórico de exposição prévia ao LPV/r ou ATV/r e o respectivo período de exposição;
 - Histórico de uso de INTR e INNTR (NVP, EFV, ABC, AZT ou TDF) e o respectivo período de exposição;
 - Histórico de cargas virais prévias;
 - Histórico de adesão ao tratamento;

Regimes alternativos em caso de intolerância aos ARVs	
ARV que causa intolerância	Formulação de ARV alternativa
AZT/3TC	< 30kg: ABC/3TC
	≥ 30kg: ABC/3TC ou TDF/3TC
ABC/3TC	< 30kg: AZT/3TC
	≥ 30kg: TDF/3TC ou AZT/3TC
TDF/3TC	ABC/3TC ou AZT/3TC
ATV/r ou LPV/r	DTG (pDTG ou DTG 50mg)
pDTG	LPVr
DTG (50mg ou TLD)	<25kg: LPV/r
	≥25kg: ATV/r

VII. Regimes recomendados para profilaxia pós exposição (PPE)

No contexto das transições de primeira linha para crianças, os regimes de PPE também devem ser actualizados de acordo com a seguinte tabela:

Peso	Regime preferencial	Regime alternativo
3 – 19,9kg	ABC/3TC + pDTG (10mg)	ABC/3TC+LPVr
20 – 29,9kg	ABC/3TC+DTG 50mg	ABC/3TC+LPVr ou ATVr
≥ 30kg	TDF/3TC/DTG	TDF/3TC+ATVr

VIII. Divulgação do novo Guião de manejo de infecção por HIV na criança e adolescente (Tríptico de dosagens – Versão 2022)

O PNC ITS, HIV/SIDA actualizou o guião de manejo de infecção por HIV na criança e adolescente (tríptico de dosagens versão 2022 em anexo). O tríptico de dosagens revisto contempla cinco (5) páginas e os seguintes conteúdos:

- Diagnóstico do HIV na criança exposta e tabela de diagnóstico presuntivo
- Algoritmo de testagem para o HIV em crianças dos 0 – 14 anos
- Estadiamento clínico da OMS
- Classificação e conduta em caso de desnutrição aguda
- Tratamento profilático com o cotrimoxazol, isoniazida, 3HP, ARVs e levofloxacina
- Esquemas do TARV e de troca das formulações de acordo com o peso;
- Algoritmo de diagnóstico da TB
- Tratamento da TB
- Tabela de formulações e dosagens dos ARVs.

Cordiais saudações.

O Director Nacional



Quinhas Fernandes, MD. MPH

Anexo 1- Tabela com regimes recomendados para TARV em crianças com TB

Tabela resumo com os Regimes recomendados para o TARV em crianças dos 0 – 14 anos (Novos inícios e as que transitam para o regime com DTG) incluindo crianças com TAT com regime contendo Rifampicina			
Peso (kg)	Crianças em TARV sem TB	Crianças em TAT com regime contendo rifampicina	Regime de TARV após terminar o Tratamento da TB
3-19.9 kg	ABC/3TC (120/60) + pDTG	ABC/3TC (120/60) + pDTG + Dose adicional de pDTG a noite	Manter o regime e suspender a dose adicional de pDTG ou DTG 50mg, duas semanas após o término do tratamento para TB
20–24.9 kg	ABC/3TC (120/60) + DTG 50mg	ABC/3TC (120/60) + DTG 50mg + Dose adicional de DTG 50mg a noite	
25–29.9 kg	ABC/3TC (600/300) + DTG 50mg	ABC/3TC (120/60) + DTG 50mg + Dose adicional de DTG50mg a noite	
≥ 30 kg	TDF/3TC/DTG (300/300/50mg)	TDF/3TC/DTG (300/300/50mg) + Dose adicional de DTG50mg a noite	
<p>1. Pacientes co -infectados TB/HIV com regime TAT para TB multirresistente (não contendo Rifampicina) fazem o regime de TARV normal</p> <p>2. Pacientes em regime com Inibidor de protease (IP; = LPV/r ou ATV/r) que não podem mudar para DTG (por causa de intolerância ao DTG ou porque mudaram para IP de resgate depois de falência de DTG) recebem os seguintes regimes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <10kg: ABC/3TC 120/60mg + AZT Xarope (10mg/mL); - ≥10kg: mudar o IP (LPV/r ou ATV/r) para EFV (200mg); <p>→ Quando terminarem o tratamento da TB voltam aos regimes prévios com IP.</p>			

Anexo 2: Como registar na Ficha Mestra a consulta clínica e os levantamentos dos ARVs para as crianças

Registo da transição para o regime otimizado com o pDTG na ficha resumo

1ª Linha	No início do TARV - TARV - Coorte (Mês / Ano) _____ / _____ / _____	
	Data _____ / _____ / _____	Regime ARV inicial de 1ª linha _____
	Unidade Sanitária _____	
	No início TARV	Gravidez <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Lactante <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Estado de OMS _____ CD4 (Nº / %)
2ª Linha	Alternativas à 1ª linha	
	23 / 01 / 2022	Novo Regime ABC/3TC (120/60) +pDTG Motivo Novo medicamento
	____ / ____ / ____	Novo Regime _____ Motivo (5)
3ª Linha	Mudança para a 2ª linha (ou substituição dentro da 2ª linha)	
	____ / ____ / ____	Novo Regime _____ Motivo _____
4ª Linha	Mudança para a 3ª linha	
	____ / ____ / ____	Novo Regime _____ Motivo _____

1. Registrar todas as transições no campo «Alternativas à 1ª linha», incluindo as crianças que estavam a fazer regime de LPV/r como 2ª linha;
2. Data em que ocorre a transição;
3. O novo regime para o qual está a transitar;
4. Motivo da transição: «Novo medicamento (5)»

Registo da data de consultas na Ficha clínica

Ficha Clínica		Nome _____					
NID (US / Anual / Individual) _____ / _____ / _____							
	1	2	3	4	5	6	7
P r o c e s s o	Consulta Actual / Outros (d / m / a)	Idade (Se > 5 anos - em anos; Se < 5 anos em meses)	Gravidez / Data Última Menstruação / Lactante (d - data / UM / L)	Estado OMC (U, UR, N)	Peso (kg)	PB (Gravidez: 6 meses do Pós-Parto; Criança de 6-59 meses)	Avaliação Nutricional
	Próxima Consulta (d / m / a)	Tensão Arterial	Plan. Familiar (Não / Metado)	Criança Edemas (0 / + 1 / + 2 / + 3 / + 4)	Comprimento / Altura (Se > 5 anos em metros; Se < 5 anos em cm)	IMC (kg / m ²)	Indicador (IMC, PB, IMC / idade, P / E)
X	4 / 2 / 22						
	4 / 3 / 22						
	/ / /						
	/ / /						

Na coluna 1 preencher:

- Data da consulta actual;
- Data da próxima consulta;
 - Marcar para 1 mês depois para as crianças elegíveis a consulta clínica e APSS mensal;
 - Marcar para 3 meses depois, se a criança for elegível a consulta clínica e de APSS trimestral;

Registo da prescrição dos ARVs na Ficha clínica (1)

17	18	19	20	21
TARV				
Linha - Dispensa (1ª, 2ª / 3ª Linha - DM / DT)	Para cada ARV Posologia de cada dose e Nº de doses / dia	Alternativa ou Mudança linha? (Não / A - M) Motivo (Código)	Efeitos Secundários (Não / Código - Grau) Adesão (Boa / Ruim / Má - B / R / M)	Mudança Estado Permanência TARV R S A O T
Regime (Siglas)				
_ Linha DM DT DS				R S A O T
ABC/3TC+ pDTG			B R M	O T
_ Linha DM DT DS				R S A O T
ABC/3TC+ pDTG			B R M	O T

Na coluna 17:

Para todas as crianças (novos inícios, reinícios ou transição para pDTG) circundar os seguintes campos:

- 1a linha de TARV
- DT (Dispensa trimestral);
- Regime de TARV prescrito (ex: ABC/3TC 120/60 + pDTG)

Todas as crianças que transitam para o regime com pDTG serão consideradas na 1ª linha, independente de estarem previamente a fazer regime de LPVr como 2ª linha.

Registo da prescrição dos ARVs na Ficha clínica (2)

17	18	19	20	21
TARV				
Linha - Dispensa (1ª / 2ª / 3ª Linha - DM / DT)	Para cada ARV Posologia de cada dose e Nº de doses / dia	Alternativa ou Mudança linha? (Não / A - M)	Efeitos Secundários (Não / Código - Grau)	Mudança Estado Permanência TARV R S A O T
Regime (Siglas)		Motivo (Código)	Adesão (Boa / Ruim / Mã - B / R / M)	
_ Linha DM DT DS	ABC/3TC (120/60) 1,5cp/dia + pDTG 1,5cp/dia		B R M	R S A O T
_ Linha DM DT DS	/		B R M	R S A O T

Na coluna 18 – Levantamento de ARVs:

- Registrar a posologia de cada formulação apenas na consulta em que é feita uma nova prescrição de ARVs (nova receita);
- Na consulta em que não é prescrita uma nova receita, trancar o campo (como no exemplo);

Registo da prescrição dos ARVs na Ficha clínica (3)



Atenção!

- Deve-se fazer uma nova prescrição dos ARVs correspondentes nesta consulta, caso o paciente reporte roubos ou perda de medicamentos;
- E registar esta nova prescrição na coluna 18.

Registo dos MDS na ficha clínica, lembre-se!

- Todas crianças que sejam novos inícios ou reinícios do TARV e transições para regime otimizado, independente da idade, peso e dos critérios de estabilidade deve-se:
 - Prescrever ARVs para 3 meses e;
 - Seguir o calendário de consultas clínicas e de APSS mensal.
- Para M&A, serão considerados em MDS apenas crianças com critérios de elegibilidade para DT;
 - Idade \geq 2 anos;
 - Clinicamente estáveis
 - Estiverem em DT

Registo do MDS na Ficha clínica (1)

21	22	23	24		R Ú B R I C A
Referência para:					
Mudança Estado Permanência TARV	Outras prescrições (Excluir TPI, TPC e ARVs)	TB / PTV / PF / APSS e PP / Revelação diagnóstica / Internamento / Outro	Grupo Apoio (Código)	Modo Diferenciado Cuidados (MDC) Código	
R S A O T			Elegível (S / N)		
			Início / Continua / Fim (I / C / F)		
R S A O T			S N	S N	
			I C F	I C F	
R S A O T			S N	S N	
			I C F	I C F	

Na coluna 24 –MDS, circundar:

S (sim) – está no MDS

I - se estiver a iniciar a DT

C - se continua na DT;

Registo do MDS na Ficha clínica (2)

21	22	23	24		R Ú B R I C A
Referência para:					
Mudança Estado Permanência TARV R S A O T	Outras prescrições (Excluir TPI, TPC e ARVs)	TB / PTV / PF / APSS e PP / Revelação diagnóstica / Internamento / Outro	Grupo Apoio (Código)	Modo Diferenciado Cuidados (MDC) Código	Elegível (S / N)
			Início/Continua/ Fim (I/C/F)		
R S A O T			S N	S N	
			ICF	ICF	
R S A O T			S N	S N	
			ICF	ICF	

Atenção!

- Só deve registar **Sim** na coluna 24 (MDS), apenas para crianças que tenham:
 - Idade ≥ 2 anos;
 - Clinicamente estáveis
 - Estiverem em DT

Registo do MDS na Ficha clínica (3)

21	22	23	24		R Ú B R I C A
Referência para:					
Mudança Estado Permanência TARV R S A O T	Outras prescrições (Excluir TPI, TPC e ARVs)	TB / PTV / PF / APSS e PP / Revelação diagnóstica / Internamento / Outro	Grupo Apoio (Código)	Modo Diferenciado Cuidados (MDC) Código	Elegível (S / N)
			Início/Continua/ Fim (I/C/F)		
R S A O T			S N	S N	
			ICF	ICF	
R S A O T			S N	S N	
			ICF	ICF	

Atenção!

- Crianças < 2 anos ou crianças ≥ 2 anos que estejam a receber DT como **cuidados clínicos padrão** não devem ser consideradas como estando em MDS;

Na coluna 24 –MDS, no campo sobre elegibilidade ao MDS: circundar o N →
Não elegível aos MDS:

MDS aplicáveis para as crianças

Nº	MODELO	ABREVIATURA	Nº	MODELO	ABREVIATURA
1	Fluxo Rápido	FR	10	Dispensa Comunitária através de Brigadas Móveis	BM
2	Dispensa Trimestral de ARV*	DT	11	Dispensa Comunitária através de CM	CM
3	Dispensa Semestral de ARV*	DS	12	Extensão de Horário	EH
4	Dispensa Anual de ARV	DA	13	Paragem única no sector da TB*	TB
5	Grupos de Apoio para adesão comunitária	GA	14	Paragem única nos serviços TARV*	CT
6	Abordagem Familiar*	AF	15	Paragem única no SAAJ	SAAJ
7	Clubes de Adesão	CA	16	Paragem unica na SMI	SMI
8	Dispensa comunitária através do Provedor	DCP	17	Dispensa Descentralizada de ARV	DD
9	Dispensa Comunitária através do APE	DCA	18	Doença Avançada por HIV	DAH

*Modelos indicados para crianças

Particularidades do registo dos MDS na Ficha clínica (4)

Tendo em consideração que:

- Existem outros MDS aplicáveis para crianças para além da DT, tais como abordagem familiar (AF) e paragem única de cuidados e tratamento (CT),
- E estes modelos podem ser aplicados em separado ou de forma combinada numa mesma criança, isto é:
 - DT apenas
 - DT e CT
 - DT e AF
 - DT, AF e CT

➔ Foram levantadas algumas particularidades a serem consideradas para cada uma destas situações;

Lembre -se!

A DT passa a ser oferecida como cuidado clínico padrão para todas as crianças

Particularidades do registo dos MDS na Ficha clínica (5)

17	23	24		R Ú B R I C A
	Referência para:			
Linha - Dispensa (1ª, 2ª / 3ª Linha - DM / DT)	TB / PTV / PF / APSS e PP / Revelação diagnóstica / Internamento / Outro	Grupo Apoio (Código)	Modelo Diferenciado Cuidados (MDC) Código	
Regime (Siglas)		Elegível (S / N)		
_ Linha DM DT DS		Início / Continua / Fim (I / C / F)		
ABC/3TC+ pDTG		S N S N		
		I C F I C F		
_ Linha DM DT DS		S N S N		
ABC/3TC+ pDTG		I C F I C F		

Cenário 1: Criança com idade < 2 anos ou ≥ 2 anos e clinicamente instável

Se a criança estiver a receber DT apenas, não considerar em MDS.

Nestes casos deve-se registar:

- Coluna 17: registar DT
- Coluna 24: **no campo sobre elegibilidade ao MDS:** circundar o N → Não elegível aos MDS;

Particularidades do registo dos MDS na Ficha clínica (6)

17	23	24		R Ú B R I C A
	Referência para:			
Linha - Dispensa (1ª, 2ª / 3ª Linha - DM / DT)	TB / PTV / PF / APSS e PP / Revelação diagnóstica / Internamento / Outro	Grupo Apoio (Código)	Modelo Diferenciado Cuidados (MDC) Código	
Regime (Siglas)		Elegível (S / N)		
_ Linha DM DT DS		Início / Continua / Fim (I / C / F)		
ABC/3TC+ pDTG		S N S N		
		I C F I C F		
_ Linha DM DT DS		S N S N		
ABC/3TC+ pDTG		I C F I C F		

Cenário 2: Criança com idade < 2 anos ou ≥ 2 anos clinicamente instável e que estejam a fazer a combinação dos seguintes MDS:

- DT e AF
- DT e CT

Nestes casos deve-se:

- Coluna 17: registar DT
- Coluna 24:
 - Circundar o S → elegível ao MDS
 - O código do respectivo modelo: AF ou CT
 - Circundar o I, C ou F

Particularidades do registo dos MDS na Ficha clínica (7)

17	23	24		R Ú B R I C A
	Referência para:			
Linha - Dispensa (1ª, 2ª / 3ª Linha - DM / DT)	TB / PTV / PF / APSS e PP / Revelação diagnóstica / Internamento / Outro	Grupo Apoio (Código)	Modelo Diferenciado Cuidados (MDC) Código	Elegível (S / N) Início / Continua / Fim (I / C / F)
Regime (Siglas)		S N	S N	
_ Linha DM DT DS ABC/3TC+ pDTG		I C F	I C F	
_ Linha DM DT DS ABC/3TC+ pDTG		S N	S N	
		I C F	I C F	

Cenário 3: Criança com idade \geq 2 anos, clinicamente estável e que esteja a fazer DT ou a combinação dos seguintes MDS:

- DT e AF
- DT e CT

Nestes casos deve-se:

- Coluna 17: registar DT
- Coluna 24:
 - Circundar o S \rightarrow elegível aos MDS
 - Registrar os códigos dos respectivos modelos, separados por uma barra oblíqua (/). Ex: DT/AF ou DT/CT
 - Circundar I, C ou F

Particularidades do registo dos MDS na Ficha clínica (8)

17	23	24		R Ú B R I C A
	Referência para:			
Linha - Dispensa (1ª, 2ª / 3ª Linha - DM / DT)	TB / PTV / PF / APSS e PP / Revelação diagnóstica / Internamento / Outro	Grupo Apoio (Código)	Modelo Diferenciado Cuidados (MDC) Código	Elegível (S / N) Início / Continua / Fim (I / C / F)
Regime (Siglas)		S N	S N	
_ Linha DM DT DS ABC/3TC+ pDTG		I C F	I C F	
_ Linha DM DT DS ABC/3TC+ pDTG		S N	S N	
		I C F	I C F	

• **Nota:**

Se a criança estiver inscrita em 3 ou mais MDS, priorizar o registo dos seguintes modelos:

- Dispensa Multimensal (DT ou DS)
- Dispensa Comunitária
- Abordagem Familiar

Ex: DT+AF+CT \rightarrow registar DT/AF

DT+EH+AF \rightarrow registar DT/AF

Registo do levantamento dos ARVs na Ficha clínica (1)

Recepção	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
Levantou ARVs? (S/N)												
Dia	04											
Mês	Fev	Març	Abr									
Ano	2022	2022	2022									

Recepção: Levantou ARVs?

Circundar: **S (sim)** – para 3 meses consecutivos e preencher o mês e o ano.

Nota:

- Se a criança mudar de faixa de peso antes de completar 3 meses de tratamento:
 - Prescrever uma nova receita;
 - Actualizar os meses de tratamento de acordo com a nova receita;

Registo do levantamento dos ARVs na Ficha clínica (2)

Ex: No dia 4 de fevereiro a criança transitou para pDTG e levantou ARVs para 3 meses.

Recepção	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
Levantou ARVs? (S/N)												
Dia	04											
Mês	Fev	Març	Abr									
Ano	2022	2022	2022									

- Na consulta de 4 de Março, porque trocou de faixa de peso recebe uma nova prescrição para mais 3 meses e entrega o saldo de ARVs na US;
- Para o registo:
 - Mantem o S no levantamento do dia 4 de abril
 - Regista S para mais 1 mês

Nova prescrição

Recepção	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
Levantou ARVs? (S/N)												
Dia	04	04										
Mês	Fev	Març	Abr	Maio								
Ano	2022	2022	2022	2022								

Conta como Mês 1 da nova prescrição

Como avaliar a adesão com base na informação da Ficha clínica?

- O registo do levantamento de ARVs no campo «recepção – levantamento de ARVs» isoladamente não permitirá conjugar a avaliação da adesão aos levantamentos dos ARVs da criança;
- Para avaliar a adesão aos levantamentos dos ARVs da criança deve-se conjugar a informação:
 - Da coluna 18 – Levantamento de ARVs (campo onde foi preenchido a formulação, posologia e dosagem)
 - +
 - Do campo - Recepção: Levantou ARVs?

Recepção	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
Levantou ARVs?												
(S / N)												
Dia		04	04									
Mês		Fev	Març	Abr	Maio							
Ano		2022	2022	2022	2022							

18
TARV
Para cada ARV Posologia de cada dose e Nº de doses / dia
ABC/3TC (120/60) 1,5cp/dia + pDTG 1,5cp/dia

Como avaliar a adesão com base na informação da Ficha clínica?

- O registo do levantamento de ARVs no campo «recepção – levantamento de ARVs» isoladamente não permitirá conjugar a avaliação da adesão aos levantamentos dos ARVs da criança;
- Para avaliar a adesão aos levantamentos dos ARVs da criança deve-se conjugar a informação:
 - Da coluna 18 – Levantamento de ARVs (campo onde foi preenchido a formulação, posologia e dosagem)
 - +
 - Do campo - Recepção: Levantou ARVs?

Recepção	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
Levantou ARVs?												
(S / N)												
Dia		04	04									
Mês		Fev	Març	Abr	Maio							
Ano		2022	2022	2022	2022							

18
TARV
Para cada ARV Posologia de cada dose e Nº de doses / dia
ABC/3TC (120/60) 1,5cp/dia + pDTG 1,5cp/dia

Como avaliar a adesão com base na informação da Ficha clínica?

Ficha Clínica	
NID (US / Anual / Int)	
1	2
Consulta Actual / Outros (d / m / a)	Idade (Se > 5 anos - em anos; Se < 5 anos em meses)
Próxima Consulta (d / m / a)	Tensão Arterial
4 / 2 / 22	
4 / 3 / 22	
/ /	
/ /	

18
TARV
Para cada ARV Posologia de cada dose e Nº de doses / dia
ABC/3TC (120/60) 1,5cp/dia + pDTG 1,5cp/dia

Confirma-se o levantamento de Arvs se tiver registados:

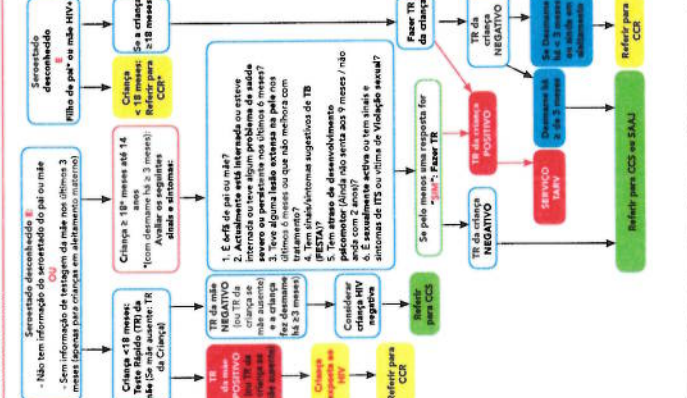
- Data da realização da consulta;
- Coluna 18 – ver se houve uma nova prescrição (atraves do preenchimento da formulação, posologia e dosagem)
- Campo - Recepção: Levantou ARVs: ver se tem registo da data (que confirma novo levantamento), circulo no S, mês e ano também registados.

Recepção	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
Levantou ARVs? (S / N)										
Dia	04	04								
Mês	Fev	Març	Abr	Maio						
Ano	2022	2022	2022	2022						

Anexo 3: Guião de manejo de infecção por HIV na criança e adolescente (Tríptico de dosagens – Versão 2022)

3 Algoritmo de testes para o HIV em crianças dos 0 - 14 anos

Primeiro verificar informação sobre testagem para o HIV na Caderneta de Saúde da Mulher, Ficha Pré-Natal ou no Cartão de Saúde da Criança, ou qualquer outro documento hospitalar que a criança tiver (Cartão do Doente ou cartão de IPT, etc)



- Criança < 18 meses, filha de mãe HIV+, (mãe soropositiva ou mãe HIV+) não é considerada para primeira exposição ao HIV. Ela deve ser referida à CCR para que seja oferecida o rastreamento da exposição ao HIV. O primeiro teste a ser oferecido é o teste rápido de HIV.
- Se o resultado do TR for positivo, ele é considerado exposta ao HIV, e deve-se fazer o PCR para confirmação segundo o algoritmo de DPI.
- Se o TR for negativo, ainda não é possível excluir a infecção por HIV. Por isso deve-se fazer o PCR mas, não oferecer TARV porque ainda não tem certeza que a criança apresenta sinais de doença grave, a mãe deve ser referida independentemente das datas do último teste de HIV feito.
- Deve-se garantir a testagem de mãe lactante HIV- negativa de 3 em 3 meses desde o início da amamentação até ao fim da amamentação e o rastreio dos critérios de elegibilidade.
- Os critérios de testagem da criança HIV negativa é igual ao da população adulta (anualmente um novo rastreio).

4 Tabela de estabelecimento clínico pediatrico (OMS)

Estádio I	Estádio II	Estádio III	Estádio IV:
Asintomático	Linfadenopatia generalizada persistente (LGP)	Infecções recorrentes das vias respiratórias superiores	Malnutrição grave, ou perda de peso severa inexplicada
	Molusco contagioso extenso inexplicado	Infecções fúngicas do leito ungueal (>2 episódios em 6 meses)	Pneumonia por Pneumocistois Jiroveci (PJP)
	Urticária crônica recorrentes	Infecção viral verrucosa extensa da pele	Infecções bacterianas graves (oral ou cutânea > 1 mês de duração ou visceral em qualquer órgão) nos últimos 6 meses
	Aumento das parâmetros sem outra causa aparente	Herpes Zoster	Infecção crônica por Toxoplasmose do SNC
	Queilite angular	Infecção viral verrucosa extensa da pele	Encefalopatia por HIV
	Eritema gengival linear	Infecção viral verrucosa extensa da pele	Pneumonia por Pneumocistois Jiroveci (PJP)
	Infecções recorrentes das vias respiratórias superiores	Infecção viral verrucosa extensa da pele	Infecções bacterianas graves (oral ou cutânea > 1 mês de duração ou visceral em qualquer órgão) nos últimos 6 meses
	Estádio III:	Infecção viral verrucosa extensa da pele	Candidíase oral (não os primeiros 6 meses de idade)
	Malnutrição moderada inexplicada	Infecção viral verrucosa extensa da pele	Leucopenia oral fibrosa
	Diarréia persistente inexplicada (>14 dias)	Infecção viral verrucosa extensa da pele	Anemia (< 8g/dL ou neutrofilos (< 500/mm ³) ou Trombocitopenia crônica (< 50.000/mm ³) inexplicadas
	Febre persistente inexplicada (>1 mês)	Infecção viral verrucosa extensa da pele	Estádio IV:
	Candidíase oral (não os primeiros 6 meses de idade)	Infecção viral verrucosa extensa da pele	Toxoplasmose do SNC
	Doença pulmonar crônica associada ao HIV (inclui Bronquiectasias)	Infecção viral verrucosa extensa da pele	Encefalopatia por HIV
	TB ganglionar e TB pulmonar	Infecção viral verrucosa extensa da pele	Pneumonia por Pneumocistois Jiroveci (PJP)
	Leucopenia oral fibrosa	Infecção viral verrucosa extensa da pele	Infecções bacterianas graves (oral ou cutânea > 1 mês de duração ou visceral em qualquer órgão) nos últimos 6 meses
	Anemia (< 8g/dL) ou neutrofilos (< 500/mm ³) ou Trombocitopenia crônica (< 50.000/mm ³) inexplicadas	Infecção viral verrucosa extensa da pele	Candidíase orofaríngea (ou da traqueia, brônquios ou pulmões)
	Estádio IV:	Infecção viral verrucosa extensa da pele	Infecção por micobactérias não tuberculosas disseminada
	Malnutrição grave, ou perda de peso severa inexplicada	Infecção viral verrucosa extensa da pele	TB extrapulmonar disseminada
	Pneumonia por Pneumocistois Jiroveci (PJP)	Infecção viral verrucosa extensa da pele	Sarcoma de Kaposi
	Infecções bacterianas graves (oral ou cutânea > 1 mês de duração ou visceral em qualquer órgão) nos últimos 6 meses	Infecção viral verrucosa extensa da pele	Infecções por CMV
	Candidíase orofaríngea (ou da traqueia, brônquios ou pulmões)	Infecção viral verrucosa extensa da pele	Neftropatia sintomática associada ao HIV
	Infecção por micobactérias não tuberculosas disseminada	Infecção viral verrucosa extensa da pele	Micose disseminada (coccidioidose, histoplasmoses, penicilose)
	TB extrapulmonar disseminada	Infecção viral verrucosa extensa da pele	
	Sarcoma de Kaposi	Infecção viral verrucosa extensa da pele	
	Infecções por CMV	Infecção viral verrucosa extensa da pele	
	Neftropatia sintomática associada ao HIV	Infecção viral verrucosa extensa da pele	
	Micose disseminada (coccidioidose, histoplasmoses, penicilose)	Infecção viral verrucosa extensa da pele	

5 Classificação da Desnutrição Aguda

Indicadores Nutricionais	PIE ou IMC para idade	Perímetro Braquial
Desnutrição Aguda Grave (DAG)	< -3 DP	6-59 meses < 11,5 cm 5-10 anos < 13 cm 11-14 anos < 16 cm
Desnutrição Aguda Moderada (DAM)	≥ -3 DP e < -2 DP	6-59 meses ≥ 11,5 cm e < 12,5 cm 5-10 anos ≥ 13 cm e < 14,5 cm 11-14 anos ≥ 16 cm e < 18,5 cm

6 Condição em caso de Desnutrição Aguda

Condição em caso de Desnutrição Aguda em crianças	Condições para Alta
DAG com complicações (HIV +/-)	PIE ou IMC/idade ≥ -1 DP em 2 pesagens sucessivas ou sucessivas
DAG sem complicações (6 meses, HIV +/-)	PIB em duas avaliações sucessivas:
DAM	• 6-59 meses: ≥ 12,5 cm
CSB ou ASPU em ambulatório (6 meses, HIV +/-)	• 5-10 anos: ≥ 14,5 cm
	• 11-14 anos: ≥ 16,5 cm

Nota: Após a alta, continuar o controle regular por mais 3 meses para assegurar que a criança mantém o PIE ou IMC ≥ -1 DP.

7 Tipo e quantidade de saquetas de ATPU e ASPU para tratamento da DAM por idade

Quantidade de ATPU para tratamento da DAM/idade	Quantidade de ATPU para tratamento da DAM/idade
Idade	Idade
6-59 meses	1 saqueta/dia
6-11 meses	1 saqueta/dia
≥ 12 meses	2 saquetas/dia

O ASPU é a 1ª opção para tratamento da DAM e deve ser administrado às crianças < 6 meses. Em caso de limitação do stock de ASPU, priorizar a prescrição para crianças < 3 anos de idade. No entanto, se não houver stock de ASPU, o ATPU pode ser utilizado como alternativa somente na ausência do ASPU e MAE.

8 Dosagem de ATPU para tratamento da DAG

Peso (kg)	Total saquetas de ATPU para 24 horas
4.0 - 4.9	2
5.0 - 6.4	2.5
6.5 - 8.0	3
8.1 - 9.0	3.5
9.1 - 10.0	4
10.1 - 11.4	4.5
≥ 11.5	5

9 Dosagens de AZT e NVP para profilaxia reforçada da criança exposta ao HIV de acordo com o peso

Dosagens de AZT e NVP para Profilaxia de criança exposta ao HIV		
Do nascimento até 6ª semana de vida		
Peso ao nascimento (gramas)	Quantidade de AZT (ml) (1 vez/dia)	Quantidade de NVP (ml) (1 vez/dia)
1000 g - 1499 g	0.6 ml	0.3 ml
1500 g - 1999 g	0.8 ml	0.4 ml
2000 g - 2499 g	1 ml	1 ml
≥ 2500 g	1.5 ml	1.5 ml

7ª e 12ª semana de vida

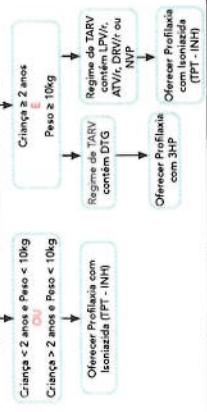
No caso de mulheres que tiveram parto fora da maternidade, independentemente de usar ou não em data de parto, devem iniciar profilaxia reforçada com AZT e NVP no 1º contacto com o US. E, suspender o AZT na 6ª semana de vida e a NVP na 12ª semana de vida.

10 Dosagem e critérios para tratamento profilático com cotrimoxazol

Peso (kg)	3-5.9	6-13.9	14-24.9	≥ 25
Xinopax (200/400mg/ml)	2.5 mL	5 mL	10 mL	N/A
Cp	½ cp	½ cp	1 cp	2 cp

Crianças < 3kg de peso, e a partir de 4 semanas de vida, até 5, 10 mg TMP/kg/dia, em dose única diária ou dividido em 2 doses de 12/12h; dar durante 3 dias por semana, dose máxima diária: TMP 25 mg/dia.

11 Algoritmo para escolha do regime preferencial (TR) para crianças HIV+ (TB sensível)



12 Dosagem de tratamento profilático com 3HP

Nº de comp. de INH de 100mg	< 3kg	3-3.9 kg	4-6.9 kg	7-9.9 kg	10-12.9 kg	13-15.9 kg	16-18.9 kg*	19-20.9 kg*	21-23.9 kg*	24-25.9 kg	26-44.9 kg	≥ 45 kg
1/2 cp	1 cp	1 cp	1 cp	1 cp	2 cp	2 cp	3 cp	4*	4.5*	5	5	5

*Crianças com peso ≥ 16 kg que consigam engolir comprimidos inteiros, passar para comprimidos de 250 mg. Nota: Se a criança não tiver resistência comprovada a Fluoroquinolonas, não deve ser oferecido TPT.

12 Dosagem de tratamento preventivo com Isoniazida

Nº de comp. de INH de 100mg	< 3kg	3-3.9 kg	4-6.9 kg	7-9.9 kg	10-13.9kg	14-19.9kg	20-24.9 kg	≥ 25kg
1/2 cp	1 cp	1 cp	1 cp	1 cp	2 cp	2 cp	2 + 1/2 cp	3 cp

Nota: O tratamento tem a duração de 6 meses.

13 Dosagem para tratamento profilático com 3HP (Isoniazida + Rifampicina)

Tipo de formulação por faixa de peso	Dosagem para crianças < 30kg*		Se a formulação disponível for Isoniazida de 100 mg		Se a formulação disponível for Isoniazida de 300mg	
	Isoniazida (cp/100mg)	Rifampicina (cp/150mg)	Isoniazida (cp/300mg)	Rifampicina (cp/300mg)	Isoniazida (cp/300mg)	Rifampicina (cp/300mg)
10-15.9 kg	3 cp/semana	2 cp/semana	1 cp/semana	2 cp/semana	1 cp/semana	2 cp/semana
16-23.9 kg	5 cp/semana	3 cp/semana	1 cp/100mg* + 2 cp/100mg*	2 cp/semana	1 cp/semana	3 cp/semana
24-29.9 kg	6 cp/semana	4 cp/semana	2 cp/semana	2 cp/semana	2 cp/semana	4 cp/semana

*Se a formulação de 3HP em DPC não estiver disponível

Se a formulação de 3HP em DPC não estiver disponível

Se a formulação de 3HP em DPC não estiver disponível

*A profilaxia com 3HP é feita uma vez/semana durante 12 semanas (3 meses).

**Caso tenha apenas comprimidos de INH 300mg disponíveis, a dosagem é de 1.5

Toda a criança com contra-indicação ao 3HP deve fazer profilaxia com Isoniazida

14 Dosagem de tratamento profilático com Isoniazida para contatos de TB-MR

Peso (kg)	Nº de comprimidos disponíveis de 100mg	Nº de comprimidos disponíveis de 250mg
< 3 kg	Referir ao médico e consultar Comité terapêutico	-
3-3.9 kg	0.5	-
4-6.9 kg	1	0.5
7-9.9 kg	1.5	0.5
10-12.9 kg	2	1
13-15.9 kg	3	1
16-18.9 kg*	3.5*	1.5
19-20.9 kg*	4*	1.5
21-23.9 kg*	4.5*	2
24-25.9 kg	5	2
26-44.9 kg	-	3
≥ 45 kg	-	4

*Crianças com peso ≥ 16 kg que consigam engolir comprimidos inteiros, passar para comprimidos de 250 mg. Nota: Se a criança não tiver resistência comprovada a Fluoroquinolonas, não deve ser oferecido TPT.

15 Dosagem de tratamento profilático com Piridoxina

Peso	< 5 kg	5-7.9 kg	8-14.9 kg	≥ 15kg
Nº de comprimidos (30mg)	1/2 cp 3x/semana	1/2 cp/dia	1 cp/dia	2 cp/dia
Nº de comprimidos (50 mg)	N/A	1/2 cp 3x/semana	1/2 cp 3x/semana	1 cp/dia

