



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
PNC ITS-HIV/SIDA



Circular nº 04 / 2103 /DNSP/019

Data: 30/10 /2019

**Normas Clínicas Actualizadas para o seguimento do paciente HIV positivo**

De acordo com despacho Nº 2376/2103/DNSP/2018, datado de 05/12/2018, da Sua Excia. Sra. Ministra da Saúde, foi autorizada a introdução das Normas Clínicas Actualizadas para o seguimento do paciente seropositivo, as quais de uma forma geral contemplam o seguinte:

**Notas gerais sobre os Regimes Terapêuticos Actualizados**

Foi adicionado o Dolutegravir (DTG) nos regimes de TARV para crianças, adultos e mulheres grávidas e lactantes. O DTG está disponível no sistema nacional em duas formas de apresentação:

- DTG em dose fixa combinada (TDF/3TC/DTG) recomendado para ser administrado em toma única diária; Esta combinação constitui a opção de primeira linha preferencial para todos os pacientes adultos e crianças com peso  $\geq 30$ Kg.
- DTG em comprimido isolado de 50 mg para situações especiais nomeadamente:
  - TARV de crianças com peso entre 20 e 30 kg (vide abaixo na secção do TARV pediátrico);
  - Tratamento de pacientes com co-infecção TB/HIV (dose de reforço)
  - Uso com outras combinações de INTR (pacientes em 2ª linha de TARV, pacientes com problemas renais e que não podem receber TDF) .

As recomendações abaixo serão distribuídas em seis categorias:

1. Regimes Terapêuticos recomendados para os **ADULTOS**;
2. Regimes Profiláticos recomendados para a **PTV**;
3. Regimes recomendados para **CRIANÇAS**:

A. CRIANÇAS COM PESO < 20Kg;

B. CRIANÇAS COM PESO ≥ 20kg;

4. Profilaxia pós-exposição para todos os grupos populacionais;
5. Tratamento profilático com Isoniazida;
6. Abordagem para a transição dos activos em Dispensa Trimestral de ARVs.

## **Regimes Terapêuticos recomendados para os ADULTOS**

### **I. Regimes terapêuticos recomendados para novos inícios dos pacientes na 1ª linha do TARV**

- TDF/3TC/DTG é o regime preferencial para os novos inícios do TARV dos adultos e crianças com peso ≥ 30kg;
- TDF/3TC/EFV\* é o regime alternativo a ser oferecido para as mulheres que estejam planejando uma gravidez no momento da oferta do tratamento ou que estejam no 1º trimestre da gravidez (depois do 1º trimestre trocam para o TDF/3TC/DTG);

### **II. Transição dos pacientes adultos activos em TARV em uso de regimes de 1ª linha**

1. Todos os pacientes adultos que estejam activos em TARV com regimes de 1ª linha contendo 2INTR+1NNTR nomeadamente:
  - 1) AZT/3TC/NVP transitam para TDF/3TC/DTG sem depender da CV;
  - 2) AZT/3TC/EFV transitam para TDF/3TC/DTG sem depender da CV;
  - 3) ABC/3TC+NVP transitam para TDF/3TC/DTG sem depender da CV;
  - 4) TDF/3TC/EFV transitam para TDF/3TC/DTG sem depender da CV;

#### **Nota:**

- Todas as mulheres em idade fértil e em TARV com regimes contendo DTG, devem receber a oferta de métodos de planeamento familiar de longa duração de forma contínua e consistente, preferencialmente o Implante, Depoprovera e DIU; O planeamento familiar deve ser sempre oferecido com o método de barreira (preservativo);
- Seis meses após o início do uso de regimes com DTG, deve-se pedir a Carga Viral a todos os pacientes;

- Os pacientes que não recebiam TDF na primeira linha do TARV por apresentar história prévia de problemas renais, não deverão usar o TDF no novo regime de TARV (substituir por ABC).

### III. Regimes Terapêuticos recomendados para a 2ª linha dos ADULTOS

- O DTG e o ATV/r passam a integrar os regimes de 2ª linha do adulto;
- Assim sendo, teremos disponíveis dois esquemas para a 2ª linha do adulto no país, nomeadamente:
  - 1) 2INTR+DTG: para pacientes em falência a regimes com EFV
  - 2) 2INTR+ATV/r: para pacientes em falência a regimes com DTG
- A escolha dos regimes de 2ª linha continua sendo da responsabilidade dos comités terapêuticos (nacional e/ou provincial);

### IV. Regimes Terapêuticos recomendados para a 3ª linha de TARV

- A 3ª linha de TARV para os pacientes adultos em falência às segundas linhas com Inibidores da protease é a seguinte: TDF/AZT+3TC+DTG+DRV+RIT.
- Em crianças a alternativa ao DTG é o RAL.

Tabela 1: Regimes terapêuticos para os adultos e crianças com peso  $\geq 30$ kg

Regimes de 1ª linha do TARV para o adulto	
1ª linha de TARV preferencial	TDF/3TC/DTG
1ª linha de TARV alternativa	TDF/3TC/EFV* ABC/3TC/DTG**
Regimes de 2ª linha do TARV para o adulto	
2ª linha de TARV	AZT/3TC+DTG AZT/3TC+ ATV <sub>r</sub>
Regimes de 3ª Linha do TARV para o adulto	
3ª linha de TARV	TDF/AZT+3TC+DTG+DRV+RIT

\* O DTG pode ser substituído por EFV em caso de mulheres que procuram activamente uma gravidez na altura da oferta do TARV ou naquelas grávidas durante o primeiro trimestre da gravidez;

\*\* O TDF é substituído pelo ABC em pacientes com insuficiência renal (Depuração de creatinina  $\leq 60$  ml/min)

## V. Regimes terapêuticos recomendados para pacientes com co-infecção TB/HIV

É contra-indicado o uso da NVP, LPVr (sem ajuste da dose) e ATVr com a Rifampicina. Assim sendo, nos pacientes co-infectados recomenda-se que se faça o ajuste dos regimes TARV como ilustra a tabela a seguir.

**Tabela 2:** Regimes terapêuticos para os pacientes co-infectados com TB/HIV

	Tuberculose sensível (PNCT)		TB Resistente (PNCT)		Fim do tratamento de TB (sensível e resistente)
	Esquema em uso	Passa para	Esquema em uso	Passa para	Esquema após alta do PNCT
Pacientes em 1ª linha	AZT/3TC/NPV	TDF/3TC/DTG (com ajuste de dose)	AZT/3TC/NPV	TDF/3TC/DTG	TDF/3TC/DTG
	TDF/3TC+EFV		TDF/3TC/EFV		
Pacientes em 1ª linha alternativa	TDF/3TC+ATV/r		TDF/3TC+ATV/r		
Pacientes em 2ª linha	2INTR+ATV/r	2INTR+DTG (com ajuste de dose)	2INTR+ATV/r	2INTR+DTG	2INTR+DTG

*Atenção! Todos os pacientes em TARV, há pelo menos 6 meses e que desenvolvem TB, devem ser avaliados com recurso a CV perante a possibilidade de falência terapêutica*

## Regimes Profiláticos recomendados para a PTV: Profilaxia reforçada para a criança exposta ao HIV

A profilaxia reforçada com ARVs para a criança exposta ao HIV passa a ser com o xarope de AZT e NVP, nas seguintes modalidades dependendo dos cenários encontrados:

### I. Parto na maternidade

Duração da profilaxia:

- Xarope de AZT, durante as primeiras 6 semanas de vida, de 12/12 horas;
- Xarope de NVP, durante as primeiras 12 semanas de vida, uma vez ao dia.

**Tabela 3: Dosagens e administração dos xaropes de AZT e NVP**

PROFILAXIA COM AZT (2 vezes ao dia)		
Idade Gestacional ao nascimento: < 30 semanas	Idade Gestacional ao nascimento: ≥ 30 até < 35 semanas	Idade Gestacional ao nascimento: ≥ 35 semanas
Do nascimento até completar 4 semanas de vida: 2 mg/kg/dose	Do nascimento até completar 2 Semanas de vida: 2 mg/kg/dose	Durante todo período da profilaxia: 4mg/kg/dose
Da 5 a 6 Semanas de vida: 3 mg/kg/dose	Das 3 - 6 Semanas de vida: 3 mg/kg/dose	
PROFILAXIA COM NVP (1 vez ao dia)		
Peso ao Nascimento: < 2kg	Peso ao Nascimento: ≥ 2kg até < 2.499	Peso ao Nascimento: ≥ 2.5kg
2 mg/kg/dia	10 mg/dia	15mg/dia
NOTA: Quando a criança completar 6 semanas de vida deve:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Suspender definitivamente o AZT</li> <li>▪ Trocar a dosagem de NVP para 20mg/dia, e administrar por mais 6 semanas.</li> </ul>		

**Tabela 4: Dosagem em ml consoante ao peso e idade gestacional**

Do nascimento a 6 semana de vida						
PESO AO NASCIMENTO (kg)	AZT (ml) 12/12 horas					NVP (ml) 1x/dia
	IG: < 30 semanas		IG: ≥ 30 até < 35 semanas		IG: ≥ 35 Semanas	
	Duração da toma					
	0 - 4ª semana	5ª - 6ª semana	0 - 2ª semana	3ª - 6ª semanas	Nascimento - 6ª semana	
0.500 - 0.599	0.1 ml	0.2 ml	0.1 ml	0.2 ml	0.2 ml	0.1 ml
0.600 - 0.699	0.1 ml	0.2 ml	0.1 ml	0.2 ml	0.3 ml	0.1 ml
0.700 - 0.799	0.2 ml	0.2 ml	0.2 ml	0.2 ml	0.3 ml	0.2 ml
0.800 - 0.899	0.2 ml	0.3 ml	0.2 ml	0.3 ml	0.4 ml	0.2 ml
0.900 - 0.999	0.2 ml	0.3 ml	0.2 ml	0.3 ml	0.4 ml	0.2 ml
1.000 - 1.499	0.3 ml	0.4 ml	0.3 ml	0.4 ml	0.6 ml	0.3 ml
1.500 - 1.999	0.4 ml	0.6 ml	0.4 ml	0.6 ml	0.8 ml	0.4 ml
2.000 - 2.499	0.5 ml	0.7 ml	0.5 ml	0.7 ml	1.0 ml	1.0 ml
≥ 2.500					1.5 ml	1.5 ml
Da 7ª a 12ª semana de vida						
IDADE (em semanas)	NÃO APLICAVEL					2 ml
7ª a 12 semana						

A ESMI deve:

1. Administrar a primeira dose de xarope de AZT e NVP a toda criança exposta ao HIV logo após o parto ainda na maternidade, de acordo com o peso e idade gestacional;
2. No momento da alta da maternidade, deve entregar à mãe/cuidador o frasco de xarope de AZT e de NVP. Explicar à mãe como deve tratar a seringa e como deve conservar o xarope. Administrar o xarope todos os dias,
3. Informar a mãe/cuidador que os frascos de xaropes só podem ser manejados durante 1 mês. Após este período, caso sobre alguma quantidade de xarope no frasco, este deve ser descartado.
4. Explicar que quando a criança completar 1 mês, deve-se apresentar na CCR para fazer o diagnóstico, iniciar a profilaxia com CTZ e continuar a receber xaropes de AZT e NVP para tomar em casa.

IG

## II. Parto fora da maternidade

Em caso de parto fora da maternidade (mãe em TARV ou não, e criança em aleitamento materno ou não):

- Caso a mãe/cuidador se apresente com a criança na maternidade dentro das primeiras 72h, deve iniciar a profilaxia com xarope de AZT para dar durante 6 semanas e com xarope de NVP para dar durante 12 semanas;
- Caso a mãe/cuidador se apresente com a criança na maternidade após às 72h, a criança deve iniciar a profilaxia apenas com xarope de NVP e tomar durante 12 semanas.

## III. Início do TARV na lactância

No caso da mãe que é diagnosticada HIV+ na lactância (ou que volta ao seguimento e ainda está amamentando), deve ser encaminhada à CCR, e na primeira consulta a ESMI deve:

- Iniciar ou reiniciar o TARV à mãe;
- Numa US com PCR-POC, deve-se colher primeiro o PCR, e caso o PCR seja negativo, a criança deve iniciar a profilaxia com a NVP e tomar até 12 semanas após o início TARV da mãe; Se o resultado for positivo, a criança deverá ser referida para início de TARV imediato.
- Numa US com DPI convencional, a criança deve iniciar a profilaxia com a NVP e colher o PCR para enviar ao laboratório de referência. Caso o resultado de PCR seja negativo ou sem resultado de PCR, a criança deve continuar a tomar o xarope até às 12 semanas após o início do TARV da mãe.

## IV. Falência terapêutica com troca para regime alternativo (2ª linha)

Caso a mãe em aleitamento materno, tenha que fazer a troca de regime terapêutico por falência terapêutica durante o período de vigência da profilaxia reforçada na criança, esta deverá prolongar a toma do xarope de NVP até 12 semanas após o início do novo regime TARV pela mãe.

**Tabela 5:** dosagem de NVP em caso de prolongamento da profilaxia para a criança exposta.

Dosagem da NVP para crianças que prolongam o uso da profilaxia com NVP		
Idade (em meses)	DOSAGEM AZT	DOSAGEM NVP (1 vez/dia)
3 á 6 meses de vida	NÃO APLICÁVEL	2 ml (20 mg/dia)
7 á 9 meses de vida		3 ml (30 mg/dia)
9 meses até ao fim da amamentação		4 ml (40 mg/dia)

**NOTA:** Caso a mae não inicie o TARV, deve-se prolongar a profilaxia reforçada (apenas com NVP) até 2 semana após o desmame.

## **REGISTO E REPORTE DO CONSUMO DO AZT E NVP PELA US**

No que concerne ao registo e reporte do consumo dos xaropes da profilaxia reforçada para criança exposta ao HIV, importa referir que:

1. O registo nos instrumentos (livro de admissão da maternidade, livro da sala de partos, resumos diários, e resumos mensais distritais e provinciais da maternidade e da CCR) não sofre nenhuma alteração, continuando o registo conforme indicado nas normas de preenchimento e o fluxo desta informação mantêm-se igualmente inalterado.
2. O consumo dos xaropes de AZT e NVP continua a ser reportado através do MMIA da US, no qual é registado o consumo mensal dos dois xaropes. O MMIA da US é alimentado pelo LRDA da farmácia, que por sua vez é alimentado semanalmente pelo LRDA simplificado da paragem única (alocado a CCR e Maternidade).
  - Na maternidade: inicialmente deve-se alocar um stock nivelado de xarope de AZT e NVP tendo em conta o contexto de cada US em termos do número esperado de partos de crianças expostas. Deve-se registar os aviamentos dos dois xaropes (AZT e NVP) no LRDA simplificado na maternidade, e fazer o resporte semanal ou quinzenal do consumo junto a farmácia da US para a reposição do stock.
  - Na CCR, deve-se registar cada aviamento no LRDA simplificado da PU, e seguir o fluxo normal de reporte do consumo semanalmente junto a farmácia da US e reposição do stock.

### **Regimes terapêuticos recomendados para crianças com < 14 anos**

As normas pediátricas actualizadas serão implementadas em duas fases:

#### **1) Fase I (teve início em Julho de 2019):**

- Introdução do DTG nos regimes pediátricos para crianças com peso  $\geq 20$  kg;
- Transição dos regimes contendo LPVr e ATVr das crianças com peso  $\geq 20$  kg activas em TARV (quer na 1ª como na 2ª linha) para regimes contendo DTG;
- Introdução de novas formulações nos regimes pediátrico (LPVr 40mg/10mg em cápsulas, LPVr 40mg/10mg em saquetas e ABC/3TC comp dispersível de 120/60 mg) para crianças < 20kg;

#### **2) Fase II (o início está previsto para Março de 2020): irá contemplar:**

- Retirada da NVP dos regimes de novos inícios TARV para crianças com peso < 20kg, e

- Transição da NVP e EFV dos regimes pediátricos (das crianças < 20 kg) para regimes mais potentes (ajustado às recomendações da OMS no momento);

## **I. Regimes Terapêuticos recomendados para novos inícios TARV nas crianças**

### **1. Regimes de 1ª Linha recomendados para Novos inícios TARV em crianças com peso inferior a 20kg**

Todas as crianças com peso inferior a 20kg (Peso entre 3 – 19,9kg) devem iniciar o TARV com:

- ABC/3TC + LPVr – se tiver exposição prévia a PTV
- AZT/3TC/NVP – se não tiver história de exposição a PTV

Todas estas crianças quando atingirem 20kg devem trocar de regime para ABC/3TC+DTG e posteriormente, aos 30kg trocar para TDF/3TC/DTG;

### **2. Regimes de 1ª Linha recomendados para Novos inícios TARV em crianças com peso igual ou superior a 20kg**

Todas a criança com peso igual ou superior a 20kg (Peso  $\geq$  20kg) deve iniciar o TARV com:

- Se o Peso estiver entre 20 – 29,9kg: iniciar o TARV com ABC/3TC + DTG e quando atingir 30kg trocar para TDF/3TC/DTG;
- Se o Peso  $\geq$  30kg: iniciar o TARV com TDF/3TC/DTG

#### **Nota:**

- As formulações de ABC/3TC tanto de 60/30mg como de 120/60 mg são recomendadas para crianças menores de 25kg. São dispersíveis (isto é, dissolvem-se facilmente em pequena quantidade de água) e devem ser administradas uma vez/dia;
- Após o consumo do stock disponível de ABC 60/30mg (a nível nacional), a CMAM irá substituir o ABC/3TC 60/30 pelo ABC/3TC 120/60mg e, será descontinuado envio de ABC 60/30mg às províncias.



- A partir dos 25kg a criança deve tomar ABC/3TC 600/300mg (do adulto), uma vez/dia.

**Tabela 6:** Regimes terapêuticos para os novos inícios TARV pediátricos

Peso	1ª linha preferencial	Tipo de Formulação		Observação
3 –19,9 kg	ABC/3TC + LPVr* (se exposto ao PTV)  Ou  AZT/3TC/NVP* (sem exposição ao PTV) **	ABC/3TC (60/30 ou 120/60mg) 1 vez/dia	Peso < 5kg: LPVr xarope (80/20 mg) ou saquetas 40/10mg, 2 vezes/dia	Continuar até 20 kg e depois trocar para DTG
			Peso 5 – 10kg: LPVr Cápsulas ou Saquetas 40/10mg, 2 vezes/dia	
			≥ 14kg: LPVr comprimidos de 100/25mg, 2 vezes/dia	
		AZT/3TC/NVP comprimidos de 60/30/50mg (fazer indução por 15 dias e depois manutenção)		
20–24.9 kg	ABC/3TC + DTG	ABC/3TC (60/30 ou 120/60mg) 1 vez/dia	DTG comprimidos de 50 mg 1 vez/dia	
25–29.9 kg	ABC/3TC + DTG	ABC/3TC 600/300 mg 1 vez/dia	DTG comprimidos de 50 mg 1 vez/dia	
≥ 30kg	TDF /3TC/DTG	TDF/3TC/DTG (300/300/50 mg) em DEC 1cp/dia		

\* Iniciar com LPVr as crianças expostas a NVP ou cujas mães recebem TARV com EFV durante o PTV  
 \*\* Se tiver intolerância leve a NVP substituir por ABC/3TC+ EFV. Se desenvolve Steven Johnson trocar AZT/3TC/NVP para ABC/3TC+LPVr

## II. Abordagem para crianças activas em TARV

### 1. Abordagem para crianças activas em TARV com peso inferior a 20kg (peso 3 – 19,9kg)

- Todas as crianças que estejam activas em TARV, em uso de qualquer regime de TARV (2INTR+1INNTR ou 2INTR + IP) e que tenham peso < 20 kg devem manter o regime TARV em uso, isto é, NÃO DEVEM TROCAR DE REGIME;
- A cada consulta o clínico deve avaliar segundo as normas para rastreio da suspeita de falência terapêutica (clínica ou virológica);

## 2. Abordagem para crianças activas em TARV com peso superior a 20kg (peso $\geq$ 20 kg)

- Todas crianças que estejam activas em TARV, em uso de qualquer regime de ARVs que tenham peso  $\geq$  20 kg (nomeadamente AZT/3TC/NVP, AZT/3TC+EFV, ABC/3TC+NVP incluindo crianças em uso de TDF/3TC/EFV e 2INTR + LPVr como regime de 1ª ou 2ª linha) DEVEM TROCAR PARA regimes contendo DTG, isto é:
  - Se o peso estiver entre 20 – 29,9kg: alterar o TARV para ABC/3TC + DTG e quando atingir 30kg trocar para TDF/3TC/DTG
  - Se Peso  $\geq$  30kg: alterar o TARV para TDF/3TC/DTG

**Tabela 7:** Regimes terapêuticos recomendados para a troca das crianças activas em TARV

Regime actual	Peso (kg)	Regime preferencial recomendado para transição	Considerações
AZT/3TC/NVP AZT/3TC + EFV ABC/3TC + NVP ABC/3TC+EFV AZT ou ABC/3TC+LPVr	<19.9 kg	Manter o regime (NÃO TROCAR)	Avaliar para FT a cada consulta e submeter os casos suspeitos ao comité terapêutico. Aos 20kg tocar para ABC/3TC + DTG
AZT/3TC/NVP AZT/3TC + EFV ABC/3TC + NVP ABC/3TC+EFV AZT/3TC+LPVr ou ATVr ABC/3TC+LPVr ou ATVr TDF/3TC/EFV	20 – 29.9kg	Trocar para ABC/3TC + DTG	Quando atingir 30 kg muda para TDF/3TC/DTG
	$\geq$ 30 kg	Trocar para TDF/3TC/DTG	Continuar até desenvolver FT

Após a introdução das novas normas pediátricas não é esperado continuar a ter crianças nesta fase com peso  $\geq$  20kg ainda em uso de LPVr

### III. Regimes terapêuticos recomendados para a 2ª linha em crianças

Para crianças com evidência de falência terapêutica (clínica, imunológica ou virológica) a escolha do regime terapêutico de resgate (2ª linha) deve ser feita tendo em consideração os regimes de TARV previamente utilizados, isto é:

- Quando o Regime da 1ª linha em falha é composto por 2 INTR + 1INTR
- Quando o Regime da 1ª linha em falha é composto por 2 INTR + 1IP
- Quando o Regime da 1ª linha em falha é composto por 2 INTR + inibidor de integrase (DTG)

**Tabela 8: Regimes terapêuticos recomendados para a 2ª linha em crianças**

<b>Quando o Regime 1ª linha em falha contém 2INTR + 1INTR</b>		
<b>Regime em falha</b>	<b>Regime de 2ª linha preferencial em crianças &lt; 20 kg</b>	<b>Regime de 2ª linha preferencial em crianças ≥ 20kg</b>
AZT/3TC/NVP	ABC/3TC + LPVr	Não está previsto encontrar crianças nesta faixa de peso usando estes regimes com falência terapêutica pois todas estas devem transitar para ABC/3TC+ DTG ou TDF/3TC/DTG.
AZT/3TC+EFV		
ABC/3TC+NVP	AZT/3TC + LPVr	
ABC/3TC+EFV		
TDF/3TC/EFV	Não é recomendado nesta faixa de peso	AZT/3TC + DTG
<b>Quando o Regime 1ª linha em falha contém IP</b>		
<b>Regime em falha</b>	<b>Regime de 2ª linha preferencial em crianças &lt; 20 kg</b>	<b>Regime de 2ª linha preferencial em crianças ≥ 20kg</b>
ABC/3TC+ LPV/r ou ATVr	Todas as crianças com peso < 20kg em uso de IP, que apresentem sinais e sintomas de FT, <b>devem ser submetidas ao comité terapêutico Nacional para decisão.</b> <b>Não aprovar no comité provincial.</b>	Não é esperado encontrar crianças com peso acima de 20 kg em uso de IP ( <b>devem todas transitar para DTG</b> );
AZT/3TC+LPVr ou ATVr		
<b>Quando o Regime 1ª linha em falha tem DTG</b>		
<b>Regime em falha</b>	<b>Regime de 2ª linha preferencial em crianças &lt; 20 kg</b>	<b>Regime de 2ª linha preferencial em crianças ≥ 20kg</b>
ABC/3TC + DTG	Não aplicável (porque não é recomendável usar DTG nesta faixa de peso)	AZT/3TC+ LPVr
TDF/3TC/DTG		ou AZT/3TC+ATVr (se peso for ≥ 25kg)

#### IV. Regimes terapêuticos recomendados para crianças com co-infecção TB/HIV

##### 1. Crianças com TB/HIV - TB Sensível

A escolha do regime terapêutico para crianças com co-infecção TB/HIV deve ser feita tendo em consideração:

- Crianças já em TARV com regime contendo 2INTR+1INNTR na altura em que é diagnosticada a TB
- Crianças já em TARV com regime contendo IP na altura em que é diagnosticada a TB
- Crianças já em TARV com regime contendo DTG na altura em que é diagnosticada a TB
- Crianças já em tratamento para TB na altura em que deve iniciar o TARV

<b>a) Criança já em TARV com regimes contendo 2INTR + 1 INNTR na altura em que é diagnosticada a TB</b>			
<b>Idade/Peso</b>	<b>Regime TARV em uso</b>	<b>Regime TARV durante o Tratamento da TB</b>	<b>Regime de TARV após completar Tratamento da TB</b>
< 9,9kg	AZT/3TC ou ABC/3TC+NVP	Trocar para AZT/3TC+ABC	Voltar para AZT/3TC Ou ABC/3TC +NVP
10 -19,9kg	AZT/3TC ou ABC/3TC+NVP	ABC/3TC Ou AZT/3TC+EFV (trocar a NVP por EFV)	Manter o regime com ABC/3TC Ou AZT/3TC+EFV
	ABC/3TC ou AZT/3TC+EFV	<b>Manter o regime</b>	
≥ 20 kg	Não é esperado continuar neste regimes (porque deveram todas trocar para o DTG)		
Peso ≥ 30 kg	TDF/3TC/EFV	<b>Manter</b>	<b>Manter</b>

<b><u>b) Criança já em TARV com regimes contendo Inibidor de protease (LPVr) na altura em que é diagnosticada a TB</u></b>			
<b>Idade/Peso</b>	<b>Regime TARV em uso</b>	<b>Regime TARV durante o Tratamento da TB</b>	<b>Regime de TARV após terminar o Tratamento da TB</b>
3 – 9,9kg	ABC/3TC ou AZT/3TC+ LPV/r	Trocar para AZT/3TC+ABC	Voltar para ABC/3TC+LPVr <b>Ou</b> AZT/3TC+ LPV/r
10 – 13,9kg	ABC/3TC <b>Ou</b> AZT/3TC+ LPV/r	Trocar para ABC/3TC+EFV <b>Ou</b> AZT/3TC+EFV	Voltar para ABC/3TC+LPVr <b>Ou</b> AZT/3TC+ LPV/r
14 – 19,9kg	ABC/3TC +LPVr <b>Ou</b> AZT/3TC+ LPV/r	ABC/3TC + EFV <b>Ou</b> AZT/3TC+EFV	Voltar para ABC/3TC+LPVr ou AZT/3TC+ LPV/r
		Manter o regime e fazer boosting (com RTV 25mg se disponível ou 100 mg – ver tríptico)	Manter o regime e suspender ritonavir boosting
≥ 20 kg	Não é esperado encontrar crianças nesta faixa de peso ainda a usar IP (porque deveram todas trocar para o ABC/3TC/DTG)		

<b><u>c) Criança já em TARV com regimes contendo Inibidor de integrase (DTG) na altura em que é diagnosticada a TB</u></b>			
<b>Idade/Peso</b>	<b>Regime TARV em uso</b>	<b>Regime TARV durante o Tratamento da TB</b>	<b>Regime de TARV após terminar o Tratamento da TB</b>
Peso < 20kg	Não aplicável (ainda não está disponível a formulação de DTG para esta faixa de peso);		
Peso 20kg – 29,9kg	ABC/3TC+DTG	Manter o regime e adicionar DTG 50mg ate 2 semanas após o término do tratamento para TB	Manter o regime e suspender o DTG 50mg (adicional) duas semanas após o término do tratamento para TB
≥ 30kg	TDF/3TC/DTG		

**d) Regimes para novos inícios TARV recomendados durante o tratamento da TB**

Peso	Regime TARV preferencial	Regime de TARV após terminar o Tratamento da TB
3 –9,9 kg	AZT/3TC + ABC	Trocar para ABC/3TC + LPVr
10–19.9 kg*	ABC/3TC+EFV	Manter
20 – 29,9kg**	ABC/3TC+ DTG + DTG50mg	Manter o regime e suspender o DTG 50mg duas semanas após o término do tratamento para TB
> 30kg	TDF/3TC/DTG + DTG 50mg	

\*Para crianças dos 10–19.9 kg e que atingem 20kg durante o tratamento da TB devem trocar para DTG

\*\* Para crianças dos 20 – 29,9kg e que atingem 30kg durante o tratamento da TB devem trocar para TDF/3TC/DTG

**2. Crianças com TB/HIV - TB resistente**

**a) Crianças já em TARV na altura em que é diagnosticada TB MR**

Idade/Peso	Regime TARV em uso	Regime preferencial para TAT-TB MR	Regime TARV durante o Tratamento da TB
< 10 kg	ABC/3TC ou AZT/3TC+ LPV/r	Não estará em regime com bedaquilina	Manter
	AZT/3TC/NVP		Manter Regime TARV
10 – 19,9 Kg	ABC/3TC ou AZT/3TC+ LPV/r	Dlm-LFX-LZD-CS-CFZ (usar preferencialmente regimes com Delamanide)	Manter regime TARV
	AZT/3TC/NVP		Manter regime TARV
	ABC/3TC + EFV		Manter o regime TARV
≥ 20 kg	ABC/3TC ou AZT/3TC+ LPV/r	Bdq-LFX-LZD-CS-CFZ	Trocar para ABC/3TC + DTG

<b>Situação em que a condição clínica indique o uso de Bedaquilina em crianças dos 15 – 19,9 kg</b>			
<b>Idade/Peso</b>	<b>Regime TARV em uso</b>	<b>Regime preferencial para TAT-TB MR</b>	<b>Regime TARV durante o Tratamento da TB</b>
<b>&lt; 15kg</b>	É contra- indicado usar Bedaquilina nesta faixa de peso		
<b>15-19,9 kg</b>	ABC/3TC ou AZT/3TC+ LPV/r*	Bdq-LFX-LZD-CS- CFZ	Manter
	AZT/3TC/NVP*		Manter
	ABC/3TC + EFV*		Trocar para AZT/3TC/NVP ou ABC/3TC ou AZT/3TC+ LPV/r
<b>≥ 20kg</b>	ABC/3TC+DTG ou TDF/3TC/DTG	Bdq-LFX-LZD-CS- CFZ	Manter regime TARV

Nota: Todos os casos de TB MR deve, ser submetidos ao comité terapêutico de TB para aprovação do regime terapêutico de TB a dar a criança.

### **Profilaxia pós – exposição para todos os grupos populacionais**

É o tratamento profilático oferecido durante 28 dias, a pessoas seronegativas, com um episódio de exposição ao HIV, para reduzir o risco de infecção.

Critérios para a profilaxia:

- 1) **Exposição ocupacional:** profissional de saúde, que sofre acidente no âmbito do trabalho, a partir de paciente fonte HIV+ ou com seroestado desconhecido;
- 2) **Exposição não ocupacional:** qualquer indivíduo que reporta uma exposição sexual
  - Situações de violência sexual (de caso fonte HIV+ ou de seroestado desconhecido);
  - Sexo consentido com parceiro com seroestado de HIV+ conhecido (Ex: acidente como ruptura de preservativo).

**Define-se um único esquema de PPE, com 3 medicamentos, independentemente do risco da exposição sofrida.**



<b>Regimes de ARVs para Profilaxia pós-exposição em pacientes adultos e crianças ≥ 30kg</b>		
<b>Idade/peso</b>	<b>Regime PPE preferencial</b>	<b>Regime alternativo PPE</b>
<b><u>Adultos e crianças ≥ 30kg</u></b>	TDF/3TC/DTG	TDF/3TC+ATVr
		TDF/3TC+LPVr
		TDF/3TC/EFV
<p>Quando usar os regimes alternativos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Na falta do regime para o início imediato da profilaxia;</li> <li>2. Para mulheres grávidas no 1º trimestre (ou que não possam garantir que não estão grávidas) ou para mulheres em idade fértil que se recusem a usar o DTG.</li> </ol>		
<b>Regimes de ARVs para Profilaxia pós-exposição em crianças &lt; 30kg</b>		
<b>Idade/peso</b>	<b>Regime PPE preferencial</b>	<b>Regime alternativo PPE</b>
0 – 19,9 Kg	ABC/3TC + LPV/r	AZT/3TC+ LPV/r
20 - 29,9 Kg	ABC/3TC + DTG 50mg	ABC/3TC + LPV/r ou ATVr (se peso ≥ 25kg)

### **Tratamento Profilático com Isoniazida\***

- O tratamento profilático com a isoniazida (TPI), é uma profilaxia primária para prevenir que a tuberculose latente evolua para doença tuberculosa (TB activa);
- O TPI deve ser oferecido uma vez na vida a todos os pacientes HIV+ com idade superior a 12 meses e agora também em indivíduos HIV+ nos quais é identificada exposição a TB;
- É fundamental sempre excluir TB activa em todos os pacientes elegíveis ao TPI.

\*Avaliação e Manejo de Pacientes com TB, Protocolos Nacionais, Versão 1, 2018, Página 125.

## **Abordagem para a Transição dos pacientes activos em Dispensa Trimestral de ARVs**

- Todos os pacientes (crianças e adultos) que estão na dispensa trimestral e fizerem a transição para os regimes baseados em dolutegravir (DTG), devem continuar na dispensa trimestral de ARVs, sempre que os estoques dos regimes permitirem;
- A dispensa trimestral de ARVs só poderá ser feita (no âmbito da transição) para os seguintes regimes:
  - TDF/3TC/DTG para adultos e crianças (com peso  $\geq 30$ kg);
  - ABC/3TC+DTG para crianças (com peso  $\geq 20 - 29.9$ kg) .

Para garantir a implementação das normas acima referidas, vimos por meio desta, informar o seguinte:

1. Os Srs. Médicos Chefes Provinciais, devem garantir a realização de formações em trabalho, nas unidades sanitárias para transmitirem a informação acima referida;
2. As mudanças das normas devem ser implementadas imediatamente em todas às unidades sanitárias;
3. Garantir estoques de MARVs em todas às unidades sanitárias.

Cordiais saudações.

Cumpra-se.

A Directora Nacional

\_\_\_\_\_  
Dra. Rosa Marlene Manjate Cuco  
MD, MPH Especialista Consultora em Saúde Pública