



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

Exmo(a) Sr(a) Director(a)
Provincial de Saúde de

Nota Nº 3220 / 100 /DNSP/2020

Maputo, 15 / 10 /2020

Assunto: **Implementação da Fase II das normas pediátricas – Transição de regimes contendo Nevirapina e Efavirenz das crianças com peso abaixo de 20kg, para regimes de TARV otimizados e divulgação do novo Guião de manejo de infecção por HIV na criança e adolescente (Tríptico de dosagens)**

A DNSP através da circular nº 04/2103/DNSP/019 datada de 30/10/2019 enviou às DPS as normas clínicas actualizadas para o seguimento do paciente HIV, a qual, para crianças menores de 20 kg orientava para a implementação em duas fases, tendo a fase I sido orientada para a transição de crianças com peso maior de 20 kg e a fase II, (cuja implementação estava prevista para Março de 2020) seria orientada para transição das crianças com peso inferior a 20 kg.

Assim sendo, a DNSP vem por meio desta orientar à todas as províncias para, à partir da data da divulgação desta circular, iniciarem com a implementação da fase II das normas pediátricas, que preconizam a transição dos regimes contendo Nevirapina e Efavirenz das crianças com peso inferior a 20kg, para regimes de TARV otimizados.

Os aspectos a considerar na operacionalização desta transição são:

- I. Regimes recomendados para os novos inícios de TARV para crianças < 20kg**
- Todas as crianças com peso < 20kg (peso entre 3kg – 19,9kg) devem iniciar o TARV com **ABC/3TC + LPVr**.
 - Quando atingirem os 20 kg, devem transitar para o **ABC/3TC + DTG**
 - Se a criança tiver TB/HIV, deve iniciar TARV com os seguintes regimes:

- Se peso < 10kg: iniciar com AZT/3TC + ABC 60mg ou ABC/3TC + AZT (xarope)
- Se o peso estiver entre 10kg – 13,9kg: iniciar TARV com ABC/3TC + EFV
- Se o peso estiver entre 14kg – 19,9kg: iniciar TARV com ABC/3TC+ LPVr potenciado. Caso não tenha ritonavir para a potenciação ou a criança não consiga engolir o comprimido inteiro de ritonavir, fazer ABC/3TC + EFV.

Nota: Quando terminar o tratamento para TB devem transitar para ABC/3TC + LPVr. As formulações serão ajustadas conforme o peso da criança no fim do tratamento para a TB.

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

- Todas as crianças actualmente em TARV com regimes AZT/3TC+LPVr devem passar para o ABC/3TC+LPVr;
- Todas as crianças actualmente em TARV com AZT/3TC/NVP devem transitar para o ABC/3TC+LPVr;
- Todas as crianças actualmente em TARV com AZT/3TC + EFV ou AZT/3TC+ ABC devem ser avaliadas para verificar se estão a fazer o tratamento para a TB:
 - Se não estiverem em tratamento para a TB, trocar para o ABC/3TC+LPVr
 - Se estiverem em tratamento para a TB, manter o regime e quando terminar, trocar para o ABC/3TC+LPVr. As formulações serão ajustadas conforme o peso da criança, no fim do tratamento para a TB.

III. Orientação para a implementação da dispensa trimestral (DT) para crianças com peso < 20 kg em TARV com regime contendo LPVr

- a) **Crianças < 2 anos:** manter a consulta clínica e de apoio psicossocial e o levantamento de ARVs mensal. NÃO DEVEM FAZER DISPENSA TRIMESTRAL. Estas crianças devem manter a periodicidade da consulta mensal, para permitir o ajuste da dosagem ao peso, a cada consulta e ajustar a formulação de ARVs, sempre que necessário.
- b) **Crianças ≥ 2 anos:** estas crianças podem ser inclusas na dispensa trimestral respeitando os seguintes aspectos:
 - a. **Crianças activas em TARV e que já faziam a dispensa trimestral com AZT/3TC/NVP.**
 - Transitar para o ABC/3TC + LPVr
 - Prescrever ARVs para um (1) mês e marcar a consulta seguinte para trinta (30) dias após a transição (mês seguinte), para avaliar a aceitabilidade da criança ao LPVr,

os desafios da mãe ou cuidador na administração do medicamento, consequentemente a adesão e os efeitos adversos.

- Nesta consulta, se a criança tiver boa aceitabilidade e adesão ao LPVr, pode voltar a dispensa trimestral com o novo regime e oferta de apoio psicossocial trimestral;
- Caso haja factores psicossociais que afectam a adesão, risco ou má adesão confirmada, ou houver suspeita ou evidência de administração incorrecta do TARV, marcar consultas mensais para o reforço da adesão (com demonstração prática sobre a correcta administração dos medicamentos) até que esteja apto para voltar a DT;

Nota:

- **Todas estas crianças devem ser submetidas ao seguimento preventivo através de chamadas telefónicas ou visitas domiciliares para o reforço da adesão;**
- **Sempre que a criança retornar a DT, deve-se assegurar a harmonização da data da consulta da criança com a do cuidador (se aplicável).**

b. Crianças \geq 2 anos e peso $<$ 20 kg, que nunca estiveram em dispensa trimestral: podem ser inclusas na dispensa trimestral se:

- Os pais ou cuidadores consentirem;
- Estiverem em TARV há mais de 3 meses;
- Não apresentarem nenhuma condição activa do estadio clinico III ou IV da OMS;
- Tiverem avaliação de boa adesão ao TARV;
- Independente da disponibilidade do resultado da CV

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

- Seis (6) meses após o início do TARV ou após a transição para qualquer novo regime optimizado;
- A interpretação do resultado da CV e a conduta devem ser feitos de acordo com o algoritmo de carga viral em vigor.

V. Divulgação do guião de manejo de infecção por HIV na criança e adolescente (tríptico de dosagens)

O PNC ITS, HIV/SIDA actualizou o guião de manejo da infecção por HIV na criança e adolescente (tríptico de dosagens em anexo). O tríptico revisto das dosagens, contempla 4 páginas e os seguintes conteúdos:

- Diagnóstico precoce infantil e diagnóstico presuntivo

- Estadiamento clínico da OMS
- Avaliação e tratamento nutricional
- Tratamento profilático com o Cotrimoxazol, isoniazida, ARVs e levofloxacina
- Esquemas de TARV e de troca das formulações de acordo com o peso;
- Algoritmo de rastreio da TB
- Algoritmo de rastreio para testagem do HIV
- Tratamento da TB
- Tabela de formulações e dosagens de ARVs

Atenção:

O tríptico actualizado contém na página 1, o novo algoritmo de Diagnóstico Precoce Infantil de HIV (figura 1). Contudo **ESTE ALGORITMO NÃO DEVE SER IMPLEMENTADO DE IMEDIATO**. A orientação para o início da sua implementação será feita através de uma circular a ser enviada pela DNSP posteriormente.



A Directora Nacional

Rosa Marlene Manjate Cuco

(MD, MPH, Especialista de Saúde Pública, Consultora)