

Contribuições da Consulta Pública - PCDT - PCDT de Aids em crianças e adolescentes - 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
16/05/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
16/05/2017	Interessado no tema	Muito boa	Não		
16/05/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não	PENSO QUE TRATAMENTO QUE POSSIBILITE MENOS EFEITOS COLATERAIS E PROPORCIONE O CUIDAR, DEVA SER RELEVANTES PARA UMA QUALIDADE DE VIDAS	
16/05/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
16/05/2017	Interessado no tema	Boa	Não		
17/05/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, 4.1 Orientações para o atendimento dos cuidados imediatos com o recém-nascido (RN)No item 3- Limpar com compressas macias todo sangue e secreções visíveis no RN, imediatamente após o nascimento e realizar o proceder com banho, ainda na sala de parto, usando preferencialmente chuveirinho, torneira ou qualquer fonte de água corrente (23-25). A sugestão é que inverta o procedimento para Imediatamente proceder o banho, ainda na sala de parto, caso não seja possível limpar com compressas macias...A compressa mesmo que utilizada de forma delicada, vai esfregar as secreções e neste momento poderá lesar a pele delicada da criança, além de uma possível contaminação.Aspirar delicadamente as vias aéreas do RN, evitando traumatismos em mucosas (26,27).5. Aspirar, delicadamente com sonda oral, o conteúdo gástrico de líquido amniótico. Se houversangue, realizar lavado gástrico com soro fisiológico.Neste ponto. sugiro incluir a uma frase antes: Se for necessário realizar aspiração oral, a mesma deve ser de forma mais delicada possível, evitando traumatismos em mucosas...	Quando indicado, acrescentar nevirapina, com início o mais precoce possível, nas primeiras 48 horas de vida. Quadro 1. A embalagem com 1 frasco plástico contendo 240 ml da Nevirapina é muito grande para uma criança que só utilizará por 3 dias.A sugestão é que o Ministério da Saúde e o Departamento de IST, Aids e HV, solicite as empresas que fornecem a medicação que solicitem a Anvisa uma apresentação de frasco com 50ml.	

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
17/05/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, Sentir falta da recomendação para só realizar administração de medicação IM na sala de parto, após o banho. Esse cuidado pode evitar que contaminação durante o procedimento. Ex. Adm. de Vitamina K (kanakion), ou qualquer outra medicação indicada.		
19/05/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, acrescentar no diagnóstico de TBC pleural a biopsia com identificação de granuloma tuberculoide		
25/05/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, - O quadro 1, página 20, cita a indicação de profilaxia com zidovudina por via oral apenas. Há casos em que os médicos prescrevem AZT IV em prematuros. Na minha opinião, isto deveria estar previsto no PCDT.- O quadro 11, página 34: falta a informação que dolutegravir é para maiores de 40kg- Quadro da página 45: traz entricitabina, amprenavir e indinavir, que não fazem parte do elenco.- Quadro 37, página 92: considerar a inclusão da informação que dolutegravir não pode ser utilizado com RHZE no tratamento para tuberculose.		
26/05/2017	Profissional de saúde	Boa	Não		
26/05/2017	Paciente	Muito boa	Não		
30/05/2017	Paciente	Muito boa	Sim, É absolutamente necessário que crianças e adolescentes tenham a chance de NÃO se tratarem com efavirenz ou nevirapina. Efavirenz pelos efeitos neuropsiquiátricos que são extremamente debilitantes. A nevirapina por seus efeitos adversos no fígado nas primeiras semanas ou meses de tratamento.		

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
31/05/2017	Profissional de saúde	Regular	<p>Sim, 1. Sobre o diagnóstico da criança exposta (menor de 18 meses) - no texto há discordância sobre o número de pedidos de carga viral (pagina 12 e algoritmo da pagina 13 --> 2 exames. Na pagina 18, item 9 --> 3 exames, sendo a primeira carga viral ao nascimento). Como devemos proceder?2. Em relação ao tratamento, Raltegravir passa a ser primeira escolha muito precoce, em crianças a partir de 24 meses. Usaremos o comprimido? Como garantir dose adequada? Tem previsão de chegar a medicação em solução? Não ficaremos com poucas opções de resgate nos casos de falha terapêutica?3. Em relação a profilaxia com sulfas da criança exposta: é mesmo necessário manter uso da medicação até resultado de todos os exames? Não podemos considerar suspensão mais precoce naqueles que fizeram o protocolo completo na gestação/parto/RN e já tem a 1ª carga viral negativa?</p>	<p>Sugiro que o fluxograma de investigação diagnóstica de criança maior que 18 meses esteja anexado ao protocolo e não redirecionado com link (facilita a consulta e entendimento da investigação).da mesma forma, sugiro que o fluxograma para atendimento de criança e adolescente vítima de violência também esteja anexado ao protocolo, no capítulo em que o tema é discutido.</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
31/05/2017	Profissional de saúde	Muito boa	<p>Sim, Pág 18, item 9:Está discrepante a recomendação da coleta de 3 CVs para diagnóstico do HIV em lactentes. No PCDT anterior eram duas coletas de CV era centre 4 e 6 semanas do nascimento e após 4 meses de idade. Foi publicada nova evidência?Pag 19, item 4.2:A PEP do lactente está indicada no caso de diagnóstico do HIV na mãe durante o período de amamentação? Não seria a mesma abordagem do “estupro recorrente” em que não se indica PEP?Pag 36: A frase “HLA B5701...” está fora do quadroPag 40, penúltimo parágrafo:No contexto de poucas opções terapêuticas de ARV na população pediátrica é plausível se estabelecer recomendações de manejo da TARV distintas das de adultos. No entanto utilizar ITRNNs de 1ª geração para resgate da 1ª linha (seja IP/r ou INI) pode ter risco para o paciente. Sugiro reforçar a recomendação de se nortear o esquema ARV de 2ª linha SEMPRE baseado em genotipagem, pois pode haver resistência à dupla de ITRNs. Pág 41, quadro 14:Retirar o asterisco de raltegravir (já está disponível apresentação pediátrica)Pág 44, quadro 15:Na primeira falha a esquema com ITRNN a indicação preferencial de resgate com LPV/r dependeria da faixa etária. Em crianças >6 anos não seguiria o protocolo de adultos? (ATV/r>DRV/r>LPV/r).Pág 45, tabela de Penetração de ARVs no SNC:Sugiro revisar tabela segundo as referências:https://www.hindawi.com/journals/art/2016/2587094/https://academic.oup.com/cid/article/59/7/1032/2895613/ING116070-A-Study-of-the-Pharmacokinetics-andPág 46, quadro 18:Se o quadro for para qualquer idade faltou incluir o dolutegravir. Se for para menores de 12 anos excluir maraviroque e etravirina.Quadro 19: switch de enfurvirtida para raltegravir para os maiores de 12 anos?Pág 91, quadros 36 e 37:TARV inicial na TB: mantém opção de AZT+3TC+ABC? Aqui não deve ser incluído raltegravir como opção?Pág 101, capítulo 10Sugiro incluir abordagem da coinfeção HIV e HTLV em crianças.Pág 115, vacina HPV:Não está clara a indicação da vacina de HPV para meninos e em que faixa etária.ANEXO: Antirretrovirais para uso em crianças e adolescentes:Na tabela vigente tem as apresentações pediátricas em que</p>	<p>Parabéns pela constante atualização das Recomendações de TARV pediátrica tendo como base as evidências científicas mais recentes e a sustentabilidade do acesso universal e gratuito para todas as pessoas vivendo com HIV, de todas as idades.</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
			já há apresentação/definição de dose pediátrica disponível em algum guideline do mundo (EUA e/ou Europa) mesmo as ainda não registradas na ANVISA. Será mantido este padrão? Se sim, atualizar todos os ARVs.		

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
31/05/2017	Profissional de saúde	Regular	<p>Sim, 1. Sumário: Erro sequencial: tem dois itens 4.1Item 8.4 – rever grafia: Inibidores Nucleosídeos da Transcriptase Reversa análogos de nucleosídeos (ITRN)Itens 8.9 – depois não tem item 8.10, passando longo para o 8.11Item 9.3.4 – qual o nome do item?Haemophilus influenzae B – colocar gênero e espécie em itálicoItem 12 – colocar PEP entre parênteses2. Capítulo 1Página 12, 9º parágrafo, 3ª linha: “iniciar PeP”? – se a criança já estiver sendo amamentada há vários dias, qual o objetivo da PeP? Não deve ser instituída até 72 horas da exposição?Página 16, item 3.2 (particularidades da revelação...), 1º parágrafo, 3ª linha: mudar termo para Infecções Sexualmente Transmissíveis (em uso atualmente)Página 17, item 4 (manejo...), 2º parágrafo, 2ª linha: faltou fechar o parênteses após antirretrovirais – a qual a referência que justifica essa recomendação? Há algum caso na literatura de efeito a longo prazo?;Página 18, item 4.1 (orientações...), subitem 9: 3 cargas virais?; parágrafo confuso; Há alguma nova evidência que justifique tal conduta?Página 18, item 4.1 (orientações...), subitem 11, 1ª linha: Sugestão: modificar texto de uso da fórmula láctea para 12 meses, conforme recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria. Após 6 meses os pais podem começar a oferecer leite integral, o qual traz prejuízos nutricionais às crianças. Além disso, os municípios recebem verba que viabiliza a compra e oferta de fórmula láctea até 12 meses de vida.Página 18, item 4.1 (orientações...), subitem 15: parágrafo deveria ser melhor discutido, com ênfase ao que se escreve nas carteiras de saúde das crianças (filho de mãe HIV; “mãe HIV+”, etc), pois isso é entendido como quebra de sigilo profissional (infração ética), além de causar constrangimento às mães. Página 21, subitem 4.4: profilaxia até ter 3 CVs identectáveis? Qual a nova evidência que justifica tal recomendação?Página 22, Quadro 2: confuso na questão de Profilaxia primária;Página 24, Quadro 6: TORCHs devem ser realizados conforme as sorologias realizadas pelas mães. Nos casos de mães com IgG reagente, snão há necessidade de coleta dos expostos, devido passagem</p>	<p>Avaliando todo os histórico deste Protocolo, acho que alguns capítulos poderiam ser reescritos, sendo mais objetivos e com referências mais atualizadas. Há necessidade de atualizar alguns termos, como IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis), onde no texto ainda se observa DST. Considerando o PCDT de Transmissão Vertical, há divergências de recomendações quanto aos cuidados com a gestante HIV no momento do parto referente à profilaxia com AZT endovenoso. É bem delicado se ter dois documentos técnicos do mesmo Departamento com divergências, o que pode prejudicar a tomada de conduta por profissionais da assistência. Há necessidade de abordar de forma mais significativa as questões jurídicas referentes aos cuidados de crianças e adolescentes com HIV/Aids, principalmente quanto à questão de notificação de negligência por parte dos responsáveis ao Conselho Tutelar e Promotoria da Infância e Adolescência. Muitos profissionais desconhecem a legislação referente a esse assunto, o que prejudica o seguimento e adesão dos pacientes.A questão da busca ativa pelas maternidades também precisa ser reforçado, pois muitos bebês expostos não dão entrada nos serviços especializados por conta dessa "falha" na assistência. Para finalizar, segue em anexo, parecer do Conselho de Medicina sobre a obrigatoriedade de gestantes com HIV e sífilis realizarem seu tratamento com vistas à prevenção da transmissão vertical.</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>passiva de anticorpos maternos. Página 32, Quadro 10, Classificação CD4 em < 1 ano: na classificação 2, corrigir o valor 1.4900 para 1.490; Página 34, Quadro 11: fazer observação para DTG sobre a indicação para administrar a partir de 12 anos e com peso > 40kg; Página 36, Quadro, 4º parâmetro (CD4): divergências quando comparado com o Quadro da página 32 quanto à periodicidade da coleta; Página 36, item sobre HLA*B5701: menciona Quadro 11 a seguir, porém o quadro não existe; na realidade seria Quadro 12 Página 38, sub-item Resposta Imunológica Incompleta, 2ª linha: imunossupressão grave não seria < 22% (conforme o Quadro 10)? Página 41, Quadro 14: no Brasil já dispomos de comprimidos mastigáveis de RAL Página 45: quadro em cima da página sem denominação Página 95 (capítulo sobre tuberculose): há duplicidade do item Observações. Página 102: Quadro 47 diverge do Quadro 10 na página 32, e também do Quadro da página 129. Página 110 (Capítulo sobre imunizações): há grande dificuldade em segui-lo devido falta de conhecimento dos profissionais da atenção básica sobre o calendário vacinal dos expostos. Muitos serviços não tem sala de vacina, o que prejudica a logística, ocasionando vários atrasos no calendário. Seria importante uma melhor divulgação sobre as diferenças nos calendários, reforçando a importância da vacinação dos expostos como forma de proteção para os contatos com HIV/Aids. Página 116 (Capítulo sobre PEP em crianças): considero importante colocar os esquemas recomendados e suas respectivas dosagens. Muitos profissionais não infectologistas não sabem calcular as doses, ocasionando muitas vezes sub ou superdosagem.</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
31/05/2017	Profissional de saúde	Regular	Sim, 1-Pagina 11:quadro tipo da imunodeficiência primária: 10 sinais de alerta infecção vertical HIV, incluir: lesões de pele recorrente e disseminadas como: herpes zoster , molusco contagioso, verruga plana;; evolução atípica da BCG, atraso do desenvolvimento neuropsicomotor2- Não seria interessante sugerir uma carga viral mais precoce nos lactentes que com o cenário 2 que necessitaram da nevirapina no pós-parto3- esta meio confuso no texto e nas tabela o momento de solicitação das CV para diagnóstico4-clareamento precoce no cordão em sala de parto, não é a recomendação da OMS5-pag 32, tabela 10 , valor CD4 < 1ano,classif 2: 750/1499 6- quadro 11 e 14 tem que ter um consenso		
01/06/2017	Paciente	Boa	Sim, GOSTARIA DE ACRESCENTAR O USO DO RALTEGRAVIR PARA PESSOAS COM RESISTENCIA E QUE NÃO TOLERAM O USO DO DOLUTEGRAVIR COM RISCO DE MORTE E COM LAUDOS DE 2 MEDICOS QUE NO MEU CASO FOI COMPROVADO COM INICIO DE SINDROME DE STEVEN JONHSON E QUE COM RALTEGRAVIR MATINHA MINHA CARGA VIRAL INTECTAVEL A MAIS DE 4 ANOS	PARA ANTIRETROVIRAIS NAO EXISTE FORMA MAGICA O QUE FAZ BEM PARA ALGUNS PODEM SE FALTAL PARA OUTRO.AGRADEÇO A ATENÇÃO	
01/06/2017	Profissional de saúde	Boa	Não	Não	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
01/06/2017	Profissional de saúde	Muito boa	<p>Sim, Considerações Conitec PCDT Pediatria</p> <ul style="list-style-type: none"> •Página 12 e 13: O fluxo sugerido para investigação da criança exposta ao HIV está confuso e em discordância no texto apresentado. No fluxograma consta a realização de 2 cargas virais como realizamos hoje, sendo feita a terceira apenas quando as duas tem resultados incompatíveis uma com a outra. No texto é sugerido a realização de 3 cargas virais na rotina, nas páginas 18 e 21. Teria de corrigir o fluxo ou o texto para ambas ficarem iguais. Segundo a literatura não haveria necessidade de três cargas virais para a rotina. Seria importante constar qual a referência bibliográfica utilizada para essa mudança de rotina. •Página 12 e 19: consta orientação de realização de Pep para a criança exposta ao HIV pela amamentação. Isso não é uma prática nem recomendado pelos principais manuais. Qual a referência bibliográfica? Qual o esquema será adotado em crianças nessa situação. Isso não está claro no texto. •Foi retirado dessa atualização o Modelo de Resumo de Alta do RN da maternidade e de Receituário. Sugiro que retornem ao PCDT. Era muito útil e prática, principalmente ao treinarmos maternidades para o atendimento as crianças expostas. Acredito que isso minimiza erros de conduta e deveria retornar ao PCDT. •Página 22: são expostos dois esquemas possíveis de profilaxia com SMX/TMP no quadro 2. Não está especificado em quais situações deve ser escolhido qual deles. Isso é importante no texto, já que o PCDT atinge todos os tipos de profissionais, inclusive os não treinados para atendimento ao HIV. •Página 23: no roteiro de acompanhamento laboratorial da criança exposta foi retirado a realização de CD4. Esse será colhido apenas após termos o resultado de alguma carga viral detectável? Seria importante essa informação. •Página 32: é necessário correção do quadro de intervalo de solicitação de CD4. No quadro da página 36 consta como anual e isso não está claro na página 32. •Página 33: não será mais utilizado o critério de Tanner como parâmetro para programação da prescrição do adolescente? Acho complicado utilizar apenas a idade de 12 anos, já que temos adolescentes 		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>de 12 anos com diferentes composições físicas e grau de maturidade sexual. •Página 111: no calendário de vacinação proposto, ainda consta a segunda dose de febre amarela, com 1 dose a cada 10 anos. Não está correto, pois em última publicação do Ministério da Saúde, a segunda dose e qualquer outra foi retirada para toda população, inclusive para os infectados pelo HIV. É necessário correção do texto da página 114 também referente a vacina da febre amarela. •Página 115: consta que a vacina dpta está indicada apenas para meninas gestantes de 11-13 anos. É necessária a correção. A vacina está indicada para gestantes de qualquer faixa etária. •Página 116: no capítulo sobre Pep e Prep não consta esquema sugerido para as crianças, sendo orientado apenas consultar o PCDT de Pep. Estamos enfrentando desde essa publicação do PCDT de Pep um grande problema com as crianças, já que nessa publicação não está explícito qual a conduta a adotar com elas. O esquema padrão orientado TDF, 3TC, ATZ/r não é adequado para todas as faixas etárias pediátricas, já que o TDF está liberado para crianças maiores de 2 anos, porém não há no Brasil apresentação disponível para uso nessa idade e o atazanavir é liberado apenas para maiores de 6 anos, tendo apresentação possível apenas para maiores de 20 kg, sendo ambos (TDF e ATZ) disponíveis apenas na apresentação comprimido, ou seja, a criança precisa ter essa habilidade para conseguir fazer uso. Essa falta de conduta bem clara orientada gera problemas graves na assistência!!! Atendemos no Programa Estadual muitas crianças com indicação de uso de Pep que permaneceram sem ser medicadas pois nos serviços que passaram anteriormente foi informado que não há esquema possível para crianças menores!!!!!! Acredito que isso deveria estar bem claro e orientado no PCDT de Pediatria para sanarmos essa problemática. Seria também importante, haver uma descrição mais detalhada sobre a Prep, que está sendo inserida atualmente no atendimento do Sus e em breve será inserida para uso nos adolescentes.</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
01/06/2017	Profissional de saúde	Boa	<p>Sim, 1. Na frase: “Considerando que a profilaxia será realizada em todos os casos, não consideramos necessária a realização da carga viral (RNA viral) no nascimento.” – pag 12 – e o Algoritmo da pág 13 estão discordantes das informações nas pág 18 (item 9) e pág 24 (Quadro). Nas pág 12 e 13 é para fazer 2 CV e não realizar no nascimento, enquanto nas pag 18 e 24 é para fazer 3 CV, sendo uma no nascimento...Na pág 21 (item 4.4) também é mencionado 03 CV indetectáveis. Comentário: Consideramos importante a realização da CV no nascimento, poderia evitar que as crianças infectadas desenvolvessem resistência aos ARV utilizados na profilaxia (principalmente nevirapina) e não temos muitas opções terapêuticas para crianças. 2. Na pág 14, os títulos dos Quadros 1 e 2 estão trocados3. Pág 14 – Corrigir a definição de caso de aids em criança. Em 2014 foi feita revisão da definição e as doenças indicativas de aids de caráter leve não fazem mais parte da definição. Ver Guia de Vigilância em Saúde, 2016, pág 285, Quadro 4 (Diagnóstico de pelo menos uma doença indicativa de imunodeficiência de caráter moderado ou grave).4. Pág 20 e 21 – Rever numeração dos Quadros, todos constam como Quadro 1, além do mencionado na pág 14.5. Pag. 111 – o quadro do calendário vacinal está com imagem de pouca resolução. Ruim para leitura.6. Pág 111 – Quadro vacinal. Sugestão: colocar nota de rodapé para Febre Amarela, indicando o item 11.15, na pág 114.</p>	<p>1. Na Frase: “Para as crianças que foram amamentadas, deve-se orientar a mãe da interrupção da amamentação e realizar o exame de carga viral imediatamente, iniciar a PeP,...” – pág 12 e 19 (quadro com destaque). Dúvida: Qual a PeP realizada em RN ou lactente? Favor informar referências bibliográficas, esquemas, com doses e idade da criança.2. Pág. 116 – solicitamos que seja incluído o protocolo de PeP para crianças, a indicação do site não contribui nos casos de crianças com idade inferior a 6 anos e, ainda, uma das drogas indicadas na PeP é o Tenofovir que não possui registro no Brasil para crianças. Lembramos que nas páginas 12 e 19 deste PCDT está sendo indicado PeP para RN e lactentes após exposição por amamentação.3. Solicitamos que seja novamente incluído os modelos dos formulários de Receita Médica e o resumo de Alta da Maternidade – são excelentes.</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
01/06/2017	Profissional de saúde	Regular	<p>Sim, Na página 16 item 3.2 sobre revelação diagnóstico para adolescentes temos amparo legal para não chamar os pais em menores de 15 anos ? Já tivemos essa discussão com um promotor da infância e adolescência que disse o oposto.2- Qual a necessidade de repetir uma terceira carga viral 2 semanas após a segunda (será com menos de 4 meses) . Se é para termos uma terceira não seria mais interessante fazermos antes logo ao nascimento para termos ideia da transmissão intrauterina e periparto ? O que é importante em termos de prognóstico de evolução da doença .3- Na página 22 o quadro 2 tem 2 posologias diferentes para sulfa.4- Todos os esquemas iniciais com ABC, independente de carga viral? Mesmo para pacientes com elevada carga viral? 5- Qual o objetivo de colocar TDF+ 3TC como dupla de análogos para crianças 3 a 24 meses e 24-36 meses quando não temos apresentação pediátrica? Devemos de rotina macerar comprimidos? Como garantir dose adequada?6- E a ETV ? Só podemos usar acima de 18 anos? Tem sido uma boa opção em meninos com má adesão e dificuldades de deglutir comprimidos.</p>	<p>Senti falta da discussão prévia que sempre existiu antes de lançar para consulta pública . Também não houve divulgação e só soubemos com pouco tempo para nos posicionarmos .</p>	
01/06/2017	Profissional de saúde	Regular	<p>Sim, Não entendi a razão para coleta da terceira carga viral em intervalos tão curtos, se podemos fazer uma terceira não seria melhor ao nascimento?Texto confuso em relação ao momento em que podemos suspender o bactrim. Uso de abacavir indiscriminado independente de carga viral em regimes sem ip?Haverá disponibilidade de apresentação líquida de raltegravir?Esquema inicial com raltegravir em fase de difícil garantia de adesão pode nos deixar sem opções terapêuticas de falha em curto prazo.Texto confuso em relação à nova classificação imunológica.qual será a pep para aleitamento inadvertido?</p>	<p>Não vi divulgação do documento</p>	
01/06/2017	Profissional de saúde	Regular	<p>Sim, Não entendi o porquê a 3a carga viral no diagnóstico de criança exposta.Não entendi o porquê de indicar o raltegravir como 1 a escolha de TARV em criança NÃO TEM FOSAMPRENAVIR para criança abaixo 2a</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
01/06/2017	Profissional de saúde	Regular	Sim, Vamos voltar a usar o FOSAMPRENAVIR?Por que realizar três cargas virais?	Senti falta da discussão prévia com especialista, como era antigamente.	