



**REPÚBLICA DE ANGOLA
MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE LUTA CONTRA A SIDA**

DRAFT – 3ª EDIÇÃO

**PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO E
SEGUIMENTO DE ENFERMAGEM
AOS PACIENTES VIH+**

PROGRAMA PTV/SIDA

Luanda

2014



Elaboração:

Instituto Nacional de Luta Contra SIDA

Assessoria Técnica ao INLS (HEMGES)

Contribuição:

- **OMS**
- **UNICEF**
- **USAID/Angola – Força Saúde**
- **Direcção Nacional de Saúde Pública (DNSP) / SSR**

Grupo de Consenso:

- **Instituto Nacional de Luta contra SIDA**
- **Assessoria Técnica ao INLS (HEMGES)**
- **OMS**
- **UNICEF**
- **USAID/Angola – Força Saúde**
- **Direcção Nacional de Saúde Pública (DNSP) / SSR**
- **Direcção Provincial de Saúde – Cabinda**
- **Direcção Provincial de Saúde – Huambo**
- **Maternidade Lucrecia Paim**
- **Maternidade Augusto N'Gangula**
- **Hospital Cajueiros do Cazenga**
- **Hospital Divina Providência**
- **Centro de Saúde – Cacuaco**
- **Centro de Saúde - Viana I**
- **Centro de Saúde - Viana II**
- **Centro de Saúde Cassequel**
- **Curso de Especialização de Parteiras – Luanda**

ÍNDICE:

A. Introdução.....	01
B. Metodologia do Protocolo.....	03
C. Protocolo de Avaliação de <i>Sinais e Sintomas Maiores e Menores (Estadios da OMS)</i>	04
1. Manifestações Clínicas que necessitam avaliação e intervenção clínica imediata antes da avaliação para iniciar TARV.....	05
2. <i>Sinais e Sintomas Maiores e Menores (Estadios da OMS)</i> que possam ser sugestivos ou não de doença avançada pelo VIH.....	05
D. Anti retrovirais a serem utilizados Na Nova Abordagem ao Programa Sida/PTV:.....	07
SECÇÃO 1. AVALIAÇÃO E SEGUIMENTO DO PACIENTE VIH+ - PROGRAMA SIDA.....	09
Conduas ao Paciente VIH+ a Avaliação dos <i>Sinais e Sintomas Maiores (Estadios 3 e 4 Classificação OMS) e Menores (Estadios 1 e 2 Classificação OMS)</i>	11
Avaliação e Seguimento de Enfermagem aos Pacientes VIH+.....	12
1. Teste anti-VIH: Resultados.....	12
2. Registo do Paciente no Programa SIDA.....	13
3. Seguimento do paciente no Programa SIDA.....	14
3.1. Orientações Gerais.....	14
3.2. Atenção a SIRI (síndrome inflamatória da reconstituição imune).....	14
4. Paciente Seropositivo.....	15
4.1. Paciente Sem uso de TARV.....	15
4.2. Paciente iniciou TARV há 15 dias.....	19
4.3. Avaliação de rotina do Paciente em uso de TARV.....	21
4.4. Se abandonou TARV.....	22
5. Seguimento do Paciente no Programa SIDA.....	23
6. Preenchimento do Processo Clínico.....	24
7. Paciente do Programa SIDA com alteração nas análises.....	25
7.1. CD4 menor ou igual a 350 cél/mm ³ ou Linf. Totais menor ou igual 1200 cél.....	25
7.2. CD4 menor ou igual a 200 cél/mm ³ ou Linf. Totais menor ou igual a 1200 cél.....	25
7.3. Hb menor que 6 gr/dl, com indicação de ARV.....	25
7.4. Aumento de Glicemia, alteração de Uréia, Creatinina, TGO/TGP, Colesterol Total (HDL, LDL, VLDL) e Triglicérides.....	26

PONTOS IMPORTANTES: todo seguimento do Programa SIDA.....	26
SECÇÃO 2. AVALIAÇÃO E SEGUIMENTO DA GESTANTE+ - PROGRAMA PTV.....	27
Avaliação e Seguimento de Enfermagem para Gestantes VIH+.....	29
1. Nas Consultas de Pré-Natal.....	29
1.1 Teste anti-VIH: Resultados.....	29
2. Registo da Gestante no Programa PTV.....	31
2.1. Orientações Gerais.....	31
2.2. Gestante Virgem de TARV.....	33
2.3. Avaliação da Gestante que iniciou TARV há 15 dias.....	34
2.4. Avaliação de rotina da Gestante.....	35
2.5. Gestante que ABANDOU a TARV.....	36
3. Seguimento da Gestante durante o Trabalho de Parto e Parto e do RN	
Exposto na Maternidade.....	37
3.1. No Banco de Urgências.....	37
3.2. Na Sala de Pré-Parto e Parto.....	38
3.3. No Berçário.....	39
3.3.1. RN Exposto.....	39
3.3.2. RN Nascido de Mãe com TB Activa.....	40
4. Seguimento da Puérpera no Programa PTV.....	41
4.1. Avaliação Geral.....	41
4.2. TARV no Puerpério.....	41
5. Seguimento do Recém-Nascido Exposto ao VIH no Programa PTV.....	43
5.1. Primeira Avaliação do RN Exposto.....	43
5.2. Seguimento do RN e Criança Exposta: Anotar no Processo Clínico.....	43
6. Gestante do Programa PTV com alteração nas análises.....	44
6.1. CD4 menor ou igual que 350 cél/mm ³ ou L.T. menor ou igual a 1200	
cél.....	44
6.2. Hb menor que 6 gr/dl.....	44
6.3. Alteração transaminases.....	45
6.4. Aumento de Glicemia, alteração de Uréia, Creatinina, TGO/TGP,	
Colesterol Total (HDL, LDL, VLDL) e Triglicérides.....	45
PONTOS IMPORTANTES: todo seguimento do Programa PTV (Gestante, RN e	
Criança Exposta).....	45

SECÇÃO 3. AVALIAÇÃO E SEGUIMENTO DO PACIENTE CO-INFECTADO VIH/TB E VIH/HEPATITE	49
1. Seguimento do Paciente com suspeita de Tuberculose activa no Programa SIDA, qualquer CD4 ou Linfócitos Totais	51
1.1. Paciente com suspeita de Tuberculose	51
1.2. Abordagem inicial do paciente com suspeita de Tuberculose	51
1.3. Seguimento do paciente em tratamento de Tuberculose	53
2. Paciente Portador Crónico de VHB (2 amostras de AgHBs positivas com intervalo entre as análises > 6 meses) utilizar	54
3. Recomendações para Profilaxia de TB em Pacientes VIH+	54
ANEXOS	55
SIGLAS	

PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO E SEGUIMENTO DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES VIH+ PROGRAMA SIDA/PTV

A. INTRODUÇÃO:

Com o objectivo de assegurar a assistência universal e gratuita aos pacientes com VIH e SIDA em Angola ampliando a cobertura do diagnóstico e acompanhamento ao paciente VIH + em todas as províncias do país e de acordo ao DESPACHO N° 08/GM/MINSA/2011 foi elaborado este Protocolo, **a ser aplicado pelos profissionais de enfermagem, nas Unidades Sanitárias onde não existam médicos.** No entanto o médico que for disponível na região deverá ser treinado para actuar nas situações clínicas emergenciais visando um diagnóstico mais preciso dentro das possibilidades locais e uma conduta rápida evitando a deterioração clínica da paciente. Fica também instituído o Médico de Referência **(do município ou província e/ou INLS)** que deverá ser responsável pelo município/região onde o Projecto de Expansão e Tratamento for implantado. Estes médicos, indicados pelo INLS, com experiência na área de diagnóstico, tratamento e avaliação de eventos adversos da infecção pelo VIH e das Infecções Oportunistas relacionadas, serão consultados pessoalmente ou por via telefónica e estarão disponíveis a qualquer momento para responder as dúvidas do enfermeiro da unidade, e todo esforço deve ser feito para que este acesso seja rápido e simples.

A expansão do tratamento da infecção do VIH deve manter padrões de qualidade em atendimento dos pacientes infectados e de acordo com as particularidades de cada unidade sanitária do país. O atendimento destes pacientes será baseado no profissional de enfermagem e não exclusivamente no médico.

O Protocolo de Avaliação e Seguimento de Enfermagem para Pacientes VIH+ será aplicado pelo profissional de enfermagem em todos os atendimentos dos pacientes VIH+ para avaliação e determinação da Prioridade de Conduta de Atendimento de acordo com Sinais e Sintomas de manifestações clínicas de Infecções Oportunistas (IO) ou doença avançada pelo VIH.

A determinação do início de ARV para pacientes VIH+ deve basear-se em características clínicas, e ou nas análises (contagem de Células T CD4 e ou Linfócitos Totais).

As gestantes deverão ser inseridas no Programa PTV e iniciar TARV independentemente da idade gestacional, dos valores do CD4, Linfócitos Totais ou das características clínicas (Sinais e Sintomas da Classificação OMS). Seguindo assim as actuais recomendações da OMS (Opção B+) e de acordo com as Normas de Tratamento Antirretroviral de Angola, tanto quanto a profilaxia no trabalho de parto, parto e no RN.

O INLS fará a disponibilização prévia dos materiais e insumos para cumprimento do referido protocolo.

Em anexo estão os fluxogramas e protocolos que foram revisados e ou elaborados para o diagnóstico, seguimento e tratamento do Paciente VIH+ por enfermeiros.

O Protocolo de Avaliação e Seguimento de Enfermagem para Pacientes VIH+ contém:

1. Dados de identificação, pessoais, morada do Paciente;
2. Dados de motivo de procura do serviço;
3. Dados do diagnóstico da infecção pelo VIH;
4. Dados de diagnóstico da infecção pelo VIH do parceiro e filhos menores de 10 anos;
5. Dados sobre o uso de TARV e de CTX;
6. Antecedente comprovado de tuberculose nos últimos 2 anos;
7. Dados de Sinais Vitais;
8. Dados referentes ao seguimento obstétrico;
9. Dados da avaliação clínica do Paciente VIH+, onde será sinalizada a ocorrência ou não de Sinais e Sintomas Maiores (**Estádios 03 e 04 classificação OMS**) e Menores (**Estádios 01 e 02 classificação OMS**) que direccionam para a prioridade de conduta de atendimento e seguimento (não aplicado a gestante como critério para início de TARV).

B. METODOLOGIA DO PROTOCOLO:

O paciente ao ser diagnosticado como seropositivo será submetido a AVALIAÇÃO INICIAL/TRIAGEM DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES VIH+ para condutas iniciais e posteriormente, consultas de rotina a AVALIAÇÃO DE SEGUIMENTO DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES VIH+.

Em toda consulta, o paciente deverá ser entrevistado, ser submetido à avaliação clínica e ter os sinais vitais aferidos, com o objectivo de identificar ou descartar manifestações clínicas de doenças que necessitam de actuação directa. Os **SINAIS E SINTOMAS MAIORES (Estádios 03 e 04 classificação OMS) E MENORES (Estádios 01 e 02 classificação OMS)** devem ser avaliados (manifestação de Doenças Oportunistas ou doença avançada pelo VIH) para o diagnóstico adequado e estabelecimento do tratamento, e para determinar o início de ARV. Para a gestante, em toda CPN deverá ser entrevistada, avaliada (avaliação clínica e obstétrica) e ter os sinais vitais aferidos e fornecer TARV independentemente das características clínicas, ou das análises (contagem de Células T CD4 ou Linfócitos Totais), ou idade gestacional.

C. PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SINAIS E SINTOMAS MAIORES E MENORES (CLASSIFICAÇÃO OMS):

SINAIS E SINTOMAS MENORES		SINAIS E SINTOMAS MAIORES	
Classificação 1	Classificação 2	Classificação 3	Classificação 4
<ul style="list-style-type: none"> Sem sinais ou sintomas. Surgimento de gânglios (caroços) no corpo. 	<ul style="list-style-type: none"> Fraqueza /Perda de peso moderada e inexplicável (menos de 10%). Lesões/feridas (úlceras) recorrentes na língua e lábios. Surgimento de rachaduras ou feridas no canto da boca. Presença de borbulhas (bolhas) ou feridas na pele recorrente nos últimos 2 anos. Presença de lesões vesiculares (Fogo de Deus) actual ou nos últimos 2 anos. Surgimento de lesões (feridas) genitais (na região do sexo) por um período inferior a 1 mês. Tosse persistente, com febre e irritação na garganta ou congestão recorrentes menos de 2 semanas. Sensação de formigueiro nos membros. 	<ul style="list-style-type: none"> Perda de peso acentuada no último mês (mais de 10%). Presença de lesões ou feridas na gengiva ou úlceras com necrose na boca (no momento da avaliação). Placas brancas na boca (sapinho). Diarréia com duração mais que 1 mês (mais que 3x/dia). Febre frequente sem causa conhecida por mais de 1 mês Tosse, febre, fraqueza e/ou falta de apetite há mais de 3 semanas. 	<ul style="list-style-type: none"> Emagrecimento extremo. Lesão de pele grave e extensa e/ou crônica. Manchas ou nódulos com aspecto avermelhado, acastanhado ou violáceo em qualquer região do corpo (sugestiva de SK). Febre, tosse (com catarro ou não), com chiado e dor no peito, falta de ar ou frequência respiratória maior que 28 rpm, descartando pneumonia ou crise asmática, com duração maior que 7 dias. Surgimento de lesões (feridas) genitais (na região do sexo) ou orais por um período superior a 1 mês (início com aspecto de bolhas e ardor). Dificuldade e dor para engolir (em geral acompanhada ou iniciada com placas brancas na boca). Dor de cabeça muito forte acompanhado ou não de febre alta. Perda de forças / confusão mental/ inconsciência/ convulsões. Alteração da visão (visão turva, dificuldade para ver ou visão dupla).
<ul style="list-style-type: none"> Na ocorrência de NENHUM OU ATÉ 01 SINAL E SINTOMA MENOR: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Manter Seguimento de Rotina (a cada 3 meses); Na ocorrência de 02 OU MAIS SINAIS E SINTOMAS MENORES OU ANTECEDENTE DE TUBERCULOSE NOS 2 (DOIS) ÚLTIMOS ANOS: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Iniciar TARV ✓ Iniciar Profilaxia com Cotrimoxazol 960mg. 		<ul style="list-style-type: none"> Na ocorrência de 01 OU MAIS SINAIS E SINTOMAS MAIORES: <ul style="list-style-type: none"> ✓ INÍCIO IMEDIATO DE TRATAMENTO ARV. ✓ PROFILAXIA COM COTRIMOXAZOL. 	
<p>NOTA: Se Gestante Iniciar TARV independente dos valores de CD4, Linfócitos Totais e ou de Sinais e Sintomas Maiores ou Menores</p>			

1. Manifestações Clínicas que necessitam de avaliação e intervenção clínica imediata antes da avaliação dos Sinais e Sintomas para iniciar TARV:

- Alteração de sinais vitais: encaminhar ao BU;
- Tosse seca ou com catarro, febre vespertina, emagrecimento e sudorese nocturna há mais de 15 dias: solicitar pesquisa de BK para investigar tuberculose;
- Dor de cabeça, dores no corpo e febre igual ou maior que 38°C no momento da consulta: solicitar Gota Espessa avaliar e tratar ou encaminhar ao BU segundo fluxo da U.S.;
- Dificuldade respiratória, tosse, frequência respiratória maior que 28 rpm, com ou sem febre: encaminhar ao BU.

2. SINAIS E SINTOMAS MAIORES (Estadios 03 e 04 classificação OMS) E MENORES (Estadios 01 e 02 classificação OMS) que possam ser sugestivos ou não de doença avançada pelo VIH:

- **SINAIS E SINTOMAS MAIORES (Estadios 03 e 04 classificação OMS)**, são considerados como GRAVES por requererem intervenção urgente para uma conduta clínica imediata. Quando UM ou MAIS sinais/sintomas são detectados é provável que sejam compatíveis com Doença Avançada pelo VIH e apontam para uma conduta rápida com a paciente:
 - Perda de peso acentuada no último mês (mais de 10%).
 - Presença de lesões ou feridas na gengiva ou úlceras com necrose na boca (no momento da avaliação).
 - Placas brancas na boca (sapinho).
 - Diarréia com duração mais que 1 mês (mais que 3x/dia).
 - Febre frequente sem causa conhecida por mais de 1 mês
 - Tosse, febre, fraqueza e/ou falta de apetite há mais de 3 semanas
 - Lesão de pele grave e extensa e/ou crônica.
 - Manchas ou nódulos com aspecto avermelhado, acastanhado ou violáceo em qualquer região do corpo (sugestiva de SK).

- Febre, tosse (com catarro ou não), com chiado e dor no peito, falta de ar ou frequência respiratória maior que 28 rpm, com duração maior que 7 dias.
 - Surgimento de lesões (feridas) genitais (na região do sexo) ou orais por um período superior a 1 mês (início com aspecto de bolhas e ardor).
 - Dificuldade e dor para engolir (em geral acompanhada ou iniciada com placas brancas na boca).
 - Dor de cabeça muito forte acompanhado ou não de febre alta.
 - Perda de forças / confusão mental/ inconsciência/ convulsões.
 - Alteração da visão (visão turva, dificuldade para ver ou visão dupla).
- **SINAIS E SINTOMAS MENORES (Estádios 1 e 2 classificação OMS)**, considerados como menos graves que os anteriores mas também requerem intervenção rápida para uma conduta clínica. Quando DOIS ou Mais sinais/sintomas são detectados é provável que sejam compatíveis com Doença Avançada pelo VIH e apontam para uma conduta rápida com a paciente, associada a avaliação das análises específicas:
- Surgimento de gânglios (caroços) no corpo.
 - Fraqueza /Perda de peso moderada e inexplicável (menos de 10%).
 - Lesões/feridas (úlceras) recorrentes na língua e lábios.
 - Surgimento de rachaduras ou feridas no canto da boca.
 - Presença de borbulhas (bolhas) ou feridas na pele recorrente nos últimos 2 anos.
 - Presença de lesões vesiculares (Fogo de Deus) actual ou nos últimos 2 anos.
 - Surgimento de lesões (feridas) genitais (na região do sexo) por um período inferior a 1 mês.
 - Tosse persistente, com febre e irritação na garganta ou congestão recorrentes menos de 2 semanas.
 - Sensação de formigueiro nos membros.

D. ANTI-RETROVIRAIS A SEREM UTILIZADOS NO PROGRAMA PTV/SIDA

O tratamento anti-retroviral combinado (TARV) associa medicamentos que actuam em diferentes pontos do ciclo evolutivo do VIH, impedindo desta maneira a sua replicação persistente e a conseqüente deterioração do sistema imunológico. Isto leva a uma drástica redução da carga viral e a melhora substancial da resposta imunológica, que pode ocorrer, mesmo em pacientes que tenham iniciado o tratamento em fases avançadas da infecção pelo VIH. Portanto, há um aumento tanto na sobrevida deste paciente como na sua qualidade de vida. A frequência de transmissão vertical do VIH sem intervenção alguma é cerca de 25 a 30% e ocorre principalmente no período intraparto. Portanto, um dos principais métodos para evitá-la é o uso do TARV (prevenção da transmissão vertical).

Para definir o esquema do TARV, deve-se fazer o uso de três anti-retrovirais, tanto pela segurança, eficácia como pelo menor risco de selecção de vírus resistentes.

Para tal foram adoptados os seguintes esquemas:

Tenofovir (300mg) e Lamivudina (300mg) 1 comp 1x/dia + Efavirenz (600 mg) 1 comp 1x ao deitar. (Preferencial)
Zidovudina (300mg) e Lamivudina (150mg) 1 cp 2x/dia + Efavirenz (600 mg) 1 comp 1x ao deitar.

SECÇÃO 1

***AVALIAÇÃO E SEGUIMENTO DE
ENFERMAGEM PARA PACIENTE
VIH+***

PROGRAMA SIDA

CONDUTAS AO PACIENTE VIH+ NA AVALIAÇÃO DOS SINAIS E SINTOMAS MAIORES (ESTADIOS 03 E 04 CLASSIFICAÇÃO OMS) E MENORES (ESTADIOS 01 E 02 CLASSIFICAÇÃO OMS):

- **Na ocorrência de 01 OU MAIS SINAIS E SINTOMAS MAIORES (Estádios 3 e 4 classificação OMS):**

- ✓ Início imediato de TARV.
- ✓ Início de Cotrimoxazol (CTX) 960mg profilático, 1 Comp 1x/dia.

OU

- **Na ocorrência de 02 OU MAIS SINAIS E SINTOMAS MENORES (Estádios 1 e 2 classificação OMS):**

- ✓ **Com Possibilidade** de realizar análises:
 - Tendo resultado de CD4 \leq (menor ou igual) a 350 cél/mm³ ou Linfócitos Totais \leq (menor ou igual) a 1200 cél: início imediato de TARV mediante resultado de CD4 ou LT;
 - Tendo resultado de CD4 $>$ (maior)350 cél/mm³ ou Linfócitos Totais $>$ (maior)1200 cél: Aguardar para iniciar TARV e retorno em 3 meses com novas análises de CD4.
- ✓ Na **Impossibilidade** de realizar as análises:
 - Iniciar TARV e CTX profilático (a profilaxia deve ser diária).

Ou

- **ATÉ 01 SINAL E SINTOMA MENOR:**

- ✓ **Com possibilidade** de realizar análises, tendo resultado de CD4 \leq (menor ou igual) a 350 cél/mm³ ou linfócitos totais \leq (menor ou igual) a 1200 cél:
 - Início imediato de TARV mediante resultado de CD4 ou LT;
- ✓ **Com Possibilidade** de realizar análises:
 - ✓ Tendo resultado de CD4 $>$ (maior)350 cél/mm³ ou Linfócitos Totais $>$ (maior)1200 cél: Aguardar para iniciar TARV e retorno em 3 meses com novas análises de CD4.
- ✓ Na **Impossibilidade** de realizar as análises:

o Intervenções de seguimento de rotina

- **Atenção:**

- ✓ Aplicar os PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SINAIS E SINTOMAS MAIORES (Estadios 03 e 04 classificação OMS) E MENORES (Estadios 01 e 02 classificação OMS) para avaliar o grau de progressão da doença e indicação da Prioridade de Atendimento.
- ✓ Na ocorrência de Sinais e Sintomas clínicos, **que necessitam avaliação e intervenção imediata:** encaminhar para atendimento no BU para avaliação do quadro clínico.
- ✓ Sempre que possível, solicitar as análises gerais padronizadas de acordo com a periodicidade do atendimento.
- ✓ Na primeira consulta, verificar se há antecedente comprovado de tuberculose nos últimos dois anos. Se o paciente já completou o tratamento correto e regular de tuberculose nesse período, deve-se iniciar TARV imediatamente.

AVALIAÇÃO E SEGUIMENTO DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES VIH+:

Avaliação e Seguimento de Enfermagem ao **Paciente VIH+** estão de acordo com as Normas de Tratamento anti-retroviral de Angola e condições das unidades sanitárias na região de expansão (infra-estrutura e recursos humanos).

O Profissional de Enfermagem deve seguir as seguintes etapas:

1. Teste anti-VIH

- **Se resultado negativo:**
 - ✓ Orientar quanto ao significado do resultado negativo;
 - ✓ Orientar o uso de preservativo em todas as relações sexuais;
 - ✓ Repetir o teste com intervalo de 3 meses.
- **Se resultado indeterminado:**
 - ✓ Orientar quanto ao significado do resultado indeterminado;
 - ✓ Orientar o uso de preservativo em todas as relações sexuais;
 - ✓ Repetir em 30 dias (seguir fluxograma de teste anti-VIH de Angola);

- ✓ Em caso de gestação seguir conforme na **Secção 2.**

- **Se resultado positivo:**
 - ✓ Orientar quanto ao significado do resultado positivo;
 - ✓ Orientar as medidas de prevenção;
 - ✓ Orientar a convocar o(s) parceiro(s) para realização do teste anti-VIH;
 - ✓ Registrar no Livro 1, se for seguido na unidade (Registo de Pacientes com VIH/SIDA para Acompanhamento);
 - ✓ Seguir o Fluxograma de avaliação/seguimento de paciente seropositivo;
 - ✓ Em caso de gestação seguir conforme na **Secção 2.**

2. Registo do Paciente no Programa SIDA:

- Orientar paciente quanto a necessidade da adesão às consultas;
- Orientar paciente quanto a necessidade de cumprimento do seguimento;
- Orientar e aconselhar o paciente quanto à necessidade de testagem dos filhos menores de 10 anos de idade e do parceiro;
- Orientar o uso de preservativo em todas as relações sexuais;
- Aplicar o Protocolo de Avaliação/Triagem de Enfermagem de *SINAIS E SINTOMAS MAIORES (Estádios 3 e 4 classificação OMS) OU MENORES (Estádios 1 e 2 classificação OMS)* para avaliar o grau de progressão da doença e indicação da Prioridade de Atendimento
- Solicitar as análises gerais padronizadas;
- Em caso de gestação seguir conforme na **Secção 2.**

3. Seguimento do paciente no Programa SIDA:

3.1. Orientações Gerais:

- Fazer consultas de seguimento conforme fluxograma nacional.

- Aplicar o Protocolo de Seguimento de Enfermagem de *SINAIS E SINTOMAS MAIORES (Estádios 3 e 4 classificação OMS) OU MENORES (Estádios 1 e 2 classificação OMS)* para avaliar o grau de progressão da doença e indicação da Prioridade de Atendimento.
- Avaliar resultados das análises padrão solicitadas na consulta anterior;
- Avaliar as condições gerais e físicas do paciente e do histórico desde a última consulta;
- Avaliar presença de co-infecções actuais: Tuberculose, malária (paludismo) e Hepatite B;
- Avaliar sinais de intolerância, toxicidade e adesão nos pacientes em uso de ARV (conforme Protocolo de Avaliação e Manejo de Efeitos Adversos a ARV).
- Após início de TARV, orientar sempre retorno em 15 dias para avaliação de exames, reacções adversas e adesão.
- Em caso de gestação seguir conforme na **Secção 2**.

3.2. Atenção a SIRI (Síndrome Inflamatória da Reconstituição Imune):

Após iniciar ARV (principalmente nos primeiros 3 meses) e geralmente associado a CD4 menor que 50 cél/mm³, prestar atenção aos sinais e sintomas (descritos abaixo) que podem sugerir a **Síndrome Inflamatória da Reconstituição Imune (SIRI)**, que é uma piora clínica dos sintomas anteriores ou de novos sintomas devido a recuperação da resposta imunológica (defesas) da pessoa VIH+. Esta síndrome resulta de uma resposta inflamatória que o organismo desenvolve após início de ARV, e deve ser avaliada em todas as consultas:

- a) Tosse seca ou com catarro;
- b) Febre;
- c) Dificuldade respiratória;
- d) Surgimento de lesões no corpo;
- e) Alterações do nível de consciência: confusão mental/ inconsciência/ convulsões/coma;

- f) Alterações de visão;
- g) Perda da força nos membros superiores e/ou inferiores;

Na ocorrência de SIRI: encaminhar para o BU ou entrar em contato com o médico do Programa SIDA de referência do município ou província e/ou INLS.

4. Paciente Seropositivo:

4.1 Paciente sem uso de TARV:

➤ 1ª Situação:

- ✓ NÃO está em uso de ARV,
- ✓ SEM SINAIS E SINTOMAS MAIORES (Estadios 3 e 4 classificação OMS);
- ✓ SEM SINAIS E SINTOMAS MENORES OU ATÉ 1 SINAL MENOR (Estadios 1 e 2 classificação OMS)
- ✓ Sem Sinais e Sintomas de TB
- ✓ CD4 maior que 350 cél/mm³ ou Linfócitos Totais maior que 1200 cél. ou indisponibilidade de colher análises:
 - a) Não iniciar TARV;
 - b) Avaliar a necessidade de uso de Profilaxia para TB, **Ver Secção 3, Item 3;**
 - c) Solicitar análises padronizadas de acordo com a periodicidade do atendimento;
 - d) Manter consulta de rotina no Programa SIDA.

➤ 2ª Situação:

- ✓ NÃO está em uso de ARV,
- ✓ SEM SINAIS E SINTOMAS MAIORES (Estadios 3 e 4 classificação OMS);
- ✓ SEM SINAIS E SINTOMAS MENORES OU ATÉ 1 SINAL MENOR (Estadios 1 e 2 classificação OMS)
- ✓ Sem Sinais e Sintomas de TB
- ✓ CD4 **menor** ou igual que 350 cél/mm³ ou Linfócitos Totais **menor ou igual** que 1200 cél.:
 - a) Iniciar TARV:
 - Esquema preferencial:
 - TDF + 3TC (1 comp/dia) + EFV (1 comp/ dia)
 - Esquema alternativo:

- AZT + 3TC (1 comp 12/12h) + EFV (1 comp 1x dia á noite).
- b) Avaliar a necessidade de uso de Profilaxia para TB, **Ver Secção 3, Item 3;**
- c) Se CD4 menor ou igual que 200 cél/mm³ ou Linfócitos Totais menor ou igual que 1200 cél. → Iniciar profilaxia para I.O com cotrimoxazol (Bactrim®) 960 mg 1comp. /dia e manter até CD4 maior 200 cél/mm³ ou Linfócitos Totais maior 1200 células por 2 análises seguidas;
- d) Avaliar adesão e efeitos adversos 15 dias após a introdução do ARV.

➤ **3ª Situação:**

- ✓ NÃO está em uso de ARV,
- ✓ COM 2 ou + SINAIS E SINTOMAS MENORES (Estadios 1 e 2 classificação OMS):
 - a) **Atenção:** Se suspeita de Tuberculose, **ver Secção 3, item 1.**
 - b) Avaliar a necessidade de uso de Profilaxia para TB, **Ver Secção 3, Item 3;**
 - c) Na ocorrência de Sinais e Sintomas clínicos, **que necessitam avaliação e intervenção imediata:** encaminhar para atendimento no BU para avaliação do quadro clínico.
 - d) Solicitar análises padronizadas de acordo com a periodicidade do atendimento;
 - e) Orientar retorno logo após resultado de análises:

Se CD4 menor ou igual que 350 cél/mm³ ou Linfócitos Totais menor ou igual que 1200 cél., iniciar TARV:

 - Esquema preferencial:
 - TDF + 3TC (1 comp/dia) + EFV (1 comp/ dia)
 - Esquema alternativo:
 - AZT + 3TC (1 comp 12/12h) + EFV (1 comp 1x dia á noite).
 - f) Se CD4 menor ou igual a 200 cél/mm³ ou Linfócitos Totais menor ou igual a 1200 cél. → Iniciar profilaxia para I.O com cotrimoxazol (Bactrim®) 960 mg 1comp. /dia e manter até CD4 maior 200 cél/mm³ ou Linfócitos Totais maior 1200 células por 2 análises seguidas;
 - g) Se iniciar TARV, orientar retorno ao serviço (Programa) em 15 dias, para avaliação das análises, adesão e efeitos colaterais.
 - h) Manter consulta de rotina no Programa SIDA.

➤ **4ª Situação:**

- ✓ NÃO está em uso de ARV,
- ✓ COM 2 ou + SINAIS E SINTOMAS MENORES (Estadios 1 e 2 classificação OMS),
- ✓ Se CD4 maior que 350 cél/mm³ ou Linfócitos Totais maior que 1200 cél.:
 - a) Não iniciar TARV;
 - b) **Atenção:** Se suspeita de Tuberculose, *ver Secção 3, item 1.*
 - c) Avaliar a necessidade de uso de Profilaxia para TB, **Ver Secção 3, Item 3;**
 - d) Investigar outras causas para os sintomas.
 - e) Retornos a cada 2-3 meses com novo CD4.
 - f) Na ocorrência de Sinais e Sintomas clínicos, que necessitam avaliação e intervenção imediata: encaminhar para atendimento no BU para avaliação do quadro clínico.
 - g) Manter consulta de rotina no Programa SIDA.

➤ **5ª Situação:**

- ✓ NÃO está em uso de ARV,
- ✓ COM 2 ou + SINAIS E SINTOMAS MENORES (Estadios 1 e 2 classificação OMS),
- ✓ Sem possibilidade de realizar análises imediatas:
 - a) **Atenção:** Se suspeita de Tuberculose, *ver Secção 3, item 1.*
 - b) Avaliar a necessidade de uso de Profilaxia para TB, **Ver Secção 3, Item 3;**
 - c) Na ocorrência de Sinais e Sintomas clínicos, que necessitam avaliação e intervenção imediata: encaminhar para atendimento no BU para avaliação do quadro clínico.
 - d) Iniciar TARV:
 - Esquema preferencial:
 - TDF + 3TC (1 comp/dia) + EFV (1 comp/ dia)
 - Esquema alternativo:
 - AZT + 3TC (1 comp 12/12h) + EFV (1 comp 1x dia á noite).

- e) Se CD4 menor ou igual a 200 cél/mm³ ou Linfócitos Totais menor ou igual a 1200 cél. → Iniciar profilaxia para I.O com cotrimoxazol (Bactrim®) 960 mg 1comp. /dia e manter até CD4 maior 200 cél/mm³ ou Linfócitos Totais maior 1200 células por 2 análises seguidas;
- f) Orientar retorno ao serviço (Programa) em 15 dias, para avaliação das análises, adesão e efeitos adversos.
- g) Manter consulta de rotina no Programa SIDA.

➤ **6ª Situação:**

- ✓ NÃO está em uso de ARV,
- ✓ COM 1 ou + SINAIS E SINTOMAS MAIORES (Estádios 3 e 4 classificação OMS),
- ✓ QUALQUER CD4 ou NA INDISPONIBILIDADE DE REALIZAR ANÁLISES:
 - a) **Atenção:** Se suspeita de Tuberculose, **ver Secção 3, item 1.**
 - b) Avaliar a necessidade de uso de Profilaxia para TB, **Ver Secção 3, Item 3;**
 - c) Iniciar TARV:
 - Esquema preferencial:
 - TDF + 3TC (1 comp/dia) + EFV (1 comp/ dia)
 - Esquema alternativo:
 - AZT + 3TC (1 comp 12/12h) + EFV (1 comp 1x dia á noite).
 - h) Se CD4 menor ou igual a 200 cél/mm³ ou Linfócitos Totais menor ou igual a 1200 cél. ou na indisponibilidade de análises → Iniciar profilaxia para I.O com cotrimoxazol (Bactrim®) 960 mg 1comp. /dia e manter até CD4 maior 200 cél/mm³ ou Linfócitos Totais maior 1200 células por 2 análises seguidas;
 - i) Orientar retorno ao serviço (Programa) em 15 dias, para avaliação das análises, adesão e efeitos colaterais.
 - j) **Se necessário:** encaminhar para o BU ou entrar em contato com o médico do Programa SIDA de referência do município ou província e/ou INLS.
 - k) Solicitar análises padronizadas de acordo com a periodicidade do atendimento;
 - l) Manter consulta de rotina no Programa SIDA.

➤ **7º Situação:**

- ✓ **Em caso de gestação:** Seguir conforme na **Secção 2.**

4.2. Paciente iniciou TARV há 15 dias:

➤ **1ª Situação:**

- ✓ Com boa aceitação,
- ✓ Sem efeito adverso,
- ✓ Em retorno de rotina:
 - a) Manter TARV e avaliar adesão;
 - b) Avaliar análises;
 - c) Se CD4 menor ou igual a 200 cél/mm³ ou Linfócitos Totais menor ou igual que a 1200 cél. → Iniciar profilaxia para IO com cotrimoxazol (Bactrim®) 960 mg 1comp. /dia e manter até CD4 maior 200 cél/mm³ ou Linfócitos Totais maior 1200 células por 2 análises seguidas com intervalo de 3 meses;
 - d) Na possibilidade, solicitar análises padronizadas de acordo com a periodicidade do atendimento;
 - e) Retorno de rotina, para avaliação do resultado das análises e da adesão.

➤ **2ª Situação:**

- ✓ Com apresentação de reacção adversa ou
- ✓ Alteração de análises ou
- ✓ COM SINAIS E SINTOMAS MAIORES (Estádios 3 e 4 classificação OMS) E MENORES (Estádios 1 e 2 classificação OMS):
 - a) **Atenção:** Se suspeita de Tuberculose, **ver Secção 3, item 1.**
 - b) Avaliar adesão;
 - c) Avaliar a gravidade da reacção adversa de acordo com o Protocolo de avaliação e manejo de efeitos adversos a ARV (**ANEXO V**);
 - d) Avaliar as alterações de análises de acordo com a **Secção 1, item 7;**

- e) Entrar em contato com o médico do Programa SIDA de referência do município ou província e/ou INLS e, **se necessário**, encaminhar para o BU.
- f) Se iniciou TARV recentemente, com CD4 menor que 50 cél/mm³, prestar atenção aos sinais e sintomas da **Síndrome Inflamatória da Reconstituição Imune (SIRI)**, em todas as consultas,
- g) Após atendimento do BU, orientar retorno ao serviço e:
 - Se resultado de hemoglobina < (menor) 6 g/dl e o paciente estiver em uso de AZT, trocar por TDF 300mg 1comp. 1x/dia;
 - Se CD4 menor ou igual a 200 cél/mm³ ou Linfócitos Totais menor ou igual a 1200 cél. → Iniciar profilaxia para IO com cotrimoxazol (Bactrim®) 960 mg 1comp. /dia e manter até CD4 maior 200 cél/mm³ ou Linfócitos Totais maior 1200 células por 2 análises seguidas com intervalo de 3 meses;
 - Solicitar análises padronizadas de acordo com a periodicidade do atendimento;
 - Retorno de rotina, para avaliação do resultado das análises e da adesão.

4.3. Avaliação de rotina do Paciente em uso de TARV:

➤ **1ª Situação:**

- ✓ Com boa aceitação, sem queixas e nada a referir,
- ✓ Sem Sinais e Sintomas Maiores ou Menores:
 - a) Continuar esquema de TARV e avaliar adesão;
 - b) Avaliar resultado de análises, se disponível;
 - c) Se CD4 menor ou igual a 200 cél/mm³ ou Linfócitos Totais menor ou igual a 1200 cél. → Iniciar profilaxia para IO com cotrimoxazol (Bactrim®) 960 mg 1comp. /dia e manter até CD4 maior 200 cél/mm³ ou Linfócitos Totais maior 1200 células por 2 análises seguidas com intervalo de 3 meses;
 - d) Solicitar análises padronizadas de acordo com a periodicidade do atendimento;

e) Retorno de rotina para avaliação do resultado das análises e da adesão.

➤ **2ª Situação:**

- ✓ CD4 instável (QUEDA),
- ✓ COM ou SEM SINAIS E SINTOMAS MAIORES OU MENORES:
 - a) Continuar esquema de TARV e avaliar adesão;
 - b) Avaliar presença de coinfeções, como malária, hepatite B e Tuberculose, **ver Secção 3, item 1.**
 - c) Entrar em contato com o médico do Programa SIDA de referência do município ou província e/ou INLS e, **se necessário**, encaminhar para o BU.
 - d) Se CD4 menor ou igual a 200 cél/mm³ ou Linfócitos Totais menor ou igual a 1200 cél. → Iniciar profilaxia para IO com cotrimoxazol (Bactrim®) 960 mg 1comp. /dia e manter até CD4 maior 200 cél/mm³ ou Linfócitos Totais maior 1200 células por 2 análises seguidas com intervalo de 3 meses;
 - e) Se iniciou TARV recentemente (até 3 meses atrás), com CD4 menor que 50 cél/mm³, prestar atenção aos sinais e sintomas da **síndrome inflamatória da reconstituição imune (SIRI)**, em todas as consultas;
 - f) Solicitar análises padronizadas de acordo com a periodicidade do atendimento;
 - g) Após avaliação do quadro clínico, orientar retorno ao serviço (Programa), para avaliação do resultado das análises e da adesão;
 - h) Manter consulta de rotina.

➤ **3ª Situação:**

- ✓ Análises Indisponíveis;
- ✓ Com Sinais e Sintomas Maiores ou Menores:
 - a) Continuar esquema de TARV e avaliar adesão;

- b) Entrar em contato com o médico do Programa SIDA de referência do município ou província e/ou INLS e, **se necessário**, encaminhar para o BU.
- c) Se iniciou TARV recentemente (até 3 meses atrás), com CD4 menor que 50 cél/mm³, prestar atenção aos sinais e sintomas da **Síndrome Inflamatória da Reconstituição Imune (SIRI)**, em todas as consultas;
- d) Solicitar análises padronizadas de acordo com a periodicidade do atendimento;
- e) Após avaliação do quadro clínico, orientar retorno ao serviço (Programa), para avaliação do resultado das análises e da adesão;
- f) Manter consulta de rotina.

4.4. Se abandonou TARV:

- Acolher o paciente, e avaliar o motivo do abandono. Orientar importância da TARV e sugerir nova estratégia para melhor adesão.
- Atenção: Se suspeita de Tuberculose, **ver Secção 3, item 1**;
- Reintroduzir TARV (esquema anterior),
- Se CD4 ≤ (menor ou igual) 200 cél/mm³ ou Linfócitos Totais ≤ (menor ou igual) 1200 cél. → Iniciar profilaxia para IO com cotrimoxazol (Bactrim®) 960 mg 1comp. /dia e manter até CD4 maior 200 cél/mm³ ou Linfócitos Totais maior 1200 células por 2 análises seguidas com intervalo de 3 meses;
- Na possibilidade, solicitar análises padronizadas;
- Retorno em 15 dias, para avaliação do resultado das análises e da adesão.
- Manter consulta de rotina.

5. Exame Físico (Realizar em todas consultas):

➤ Geral:

- Peso;
- Sinais vitais.

➤ **Pele:**

- Avaliar presença de lesões:
 - ✓ Manchas ou nódulos com aspecto avermelhado, acastanhado ou violáceo em qualquer região do corpo;
 - ✓ Lesões exantemáticas;
 - ✓ Lesões caracterizadas por placas descamativas gordurosas;
 - ✓ Lesões vesiculares dolorosas e recorrentes agrupadas ou não;
 - ✓ Lesões papulares ou pustulosas na face, tronco e membros, pruriginosas, com escoriações;
 - ✓ Cravos.

➤ **Cabeça e Pescoço:**

- Examinar orofaringe (boca e garganta):
 - ✓ Presença de placas esbranquiçadas na cavidade oral,
 - ✓ Surgimento de rachaduras ou feridas no canto da boca.
 - ✓ Presença de lesões/feridas na gengiva ou úlceras com necrose
 - ✓ Manchas ou nódulos com aspecto avermelhado, acastanhado ou violáceo
 - ✓ Dificuldade e dor para engolir
- Pesquisar presença de massas na região cervical (pescoço).
- Pesquisar surgimento de gânglios (caroços) no corpo (cervicais, axilares, inguinais).

➤ **Abdómen:**

- Verificar se há aumento do Fígado;
- Pesquisar presença de massas;
- Avaliar presença de dor intensa a palpação e abdómen distendido (endurecido).

➤ **Sistema Nervoso Central e Periférico:**

- Investigar:
 - ✓ Perda de força nos membros;
 - ✓ Diminuição do nível de atenção/sonolência;

- ✓ Perda de sensibilidade na região plantar e nos dedos dos pés;
- ✓ Presença paralisia facial;
- ✓ Confusão mental e letargia

➤ **Genital, Anal e Perineal:**

- Verificar se há presença de corrimento, úlceras ou verrugas.

6. Preenchimento do Processo Clínico:

- Nome e data do atendimento;
- Peso e Sinais vitais actual (comparar com o anterior);
- Data de início de TARV;
- Hemoglobina e CD4 anterior e actual;
- Profilaxia com CTX com dose e datas de início e fim;
- Profilaxia com Isoniazida, com dose e datas de início e fim;
- Intercorrências desde a última consulta;
- Adesão ao tratamento proposto;
- Achados no exame físico;
- Marcar retorno de acordo com a rotina de atendimento
- Registrar pacientes de acordo com cada livro:
 - **Livro 1:** Registo de Pacientes com VIH/SIDA para Acompanhamento;
 - **Livro 2:** Registo de Pacientes em uso de TARV;
 - **Livro 4:** Registo de Pacientes Co-infectados VIH/SIDA e Tuberculose.

7. Paciente do Programa SIDA com alteração nas análises:

7.1. CD4 menor ou igual a 350 cél/mm³ ou Linfócitos Totais menor ou igual a 1200 cél.:

• **Iniciar TARV:**

- Esquema preferencial:
 - TDF + 3TC (1 comp/dia) + EFV (1 comp 1x á noite)
- Esquema alternativo:
 - AZT + 3TC (1 comp 12/12h) + EFV (1 comp 1x á noite).

7.2. CD4 menor ou igual a 200 cél/mm³ ou Linfócitos Totais menor ou igual a 1200 cél.:

- Início de profilaxia de IO: Cotrimoxazol 960 mg, 1 comp. todos os dias, mantendo TARV.

7.3. Hb menor que 6 gr/dl, com indicação de ARV:

- Se **não** está em uso de ARV: **Iniciar**
 - a. Esquema preferencial:
 - o TDF + 3TC (1 comp/dia) + EFV (1 comp/ dia)
- Se já em uso de ARV com:
 - Esquema que contenha AZT, **trocar AZT do esquema para TDF 300mg (1comp/dia).**
- Se Gestante seguir conforme a **Secção 2.**

7.4. Aumento de Glicemia, alteração de Uréia, Creatinina, TGO/TGP, Colesterol Total (HDL, LDL, VLDL) e Triglicérides:

- o Superior aos valores de referencia, encaminhar para ser discutido/avaliado pelo médico do Programa SIDA de referência do município ou província e/ou INLS.

PONTOS IMPORTANTES:

- No seguimento do Paciente VIH+, avaliar **SINAIS E SINTOMAS MAIORES E MENORES** de acordo com protocolo em todas as consultas.
- Iniciar TARV no Paciente VIH+:
 - 01 ou mais sinais e sintomas maiores, ou
 - 02 ou mais sinais e sintomas menores com impossibilidade de realizar análises, ou
 - CD4 menor ou igual 350 cél/mm³ ou Linfócitos Totais menor ou igual a 1200 cél., ou
 - Tuberculose actual ou prévia (2 anos), ou

➤ Hepatite B crônica.

- Ao iniciar ARV, se possível, cumprir com a periodicidade das análises padronizadas, conforme **Protocolo de Análises Laboratoriais de Avaliação e Seguimento de Pacientes VIH+**;
- Se CD4 menor ou igual a 200 cél/mm³ ou Linfócitos Totais menor ou igual a 1200 cél., iniciar profilaxia para I.O: Cotrimoxazol 960 mg , 1 comp. todos os dias (profilaxia para PCP. e NTX), mantendo ARV.
- Avaliar adesão do Paciente em uso de TARV em todas as consultas.
- Se iniciou TARV recentemente (até 3 meses atrás), com CD4 menor que 50 cél/mm³, prestar atenção aos sinais e sintomas da **Síndrome Inflamatória da Reconstituição Imune (SIRI)**, em todas as consultas: na ocorrência, encaminhar para ser discutido/avaliado pelo médico do Programa SIDA de referência do município ou província e/ou INLS.
- Avaliar casos de queda dos valores de CD4 do Paciente VIH+ em uso de TARV para ser discutido/avaliado pelo médico do Programa SIDA de referência do município ou província e/ou INLS.

SECÇÃO 2

AVALIAÇÃO E SEGUIMENTO DE ENFERMAGEM PARA GESTANTES VIH+ PROGRAMA PTV

AVALIAÇÃO E SEGUIMENTO DE ENFERMAGEM PARA GESTANTES VIH+:

Avaliação e Seguimento de Enfermagem para **Gestante VIH+** tem como base as Normas de Tratamento anti-retroviral de Angola.

O Profissional de Enfermagem (CPN, BU, sala de parto, berçário, puerpério e puericultura/pediatria) deve seguir as seguintes etapas:

1. Nas Consultas de Pré-Natal (CPN):

Todas as gestantes em CPN devem ser aconselhadas e testadas para o VIH, seguindo o fluxograma de orientações de acordo com os resultados.

1.1 Teste anti-VIH:

- **Se resultado negativo:**
 - ✓ Orientar quanto ao significado do resultado negativo;
 - ✓ Orientar o uso de preservativo em todas as relações sexuais;
 - ✓ Repetir o teste:
 - Se estiver no 1º trimestre de gestação, repetir no 2º trimestre, no 3º trimestre e na sala de parto.
 - Se estiver no 2º trimestre de gestação, repetir no 3º trimestre e na sala de parto.
- **Se resultado indeterminado:**
 - ✓ Orientar quanto ao significado do resultado indeterminado;
 - ✓ Orientar o uso de preservativo em todas as relações sexuais;
 - ✓ Repetir em 30 dias;
 - ✓ **Independentemente da Idade Gestacional:**
 - Avaliar se apresenta tosse seca ou com catarro, febre vespertina, emagrecimento e sudorese nocturna há mais de 15 dias: realizar pesquisa de BK.
 - **Se diagnóstico de tuberculose, iniciar tratamento** conforme Protocolo Nacional Tuberculose e solicitar e ou encaminhar para ser discutido/avaliado pelo médico do Programa PTV E SIDA de referência do município ou província e/ou INLS para conduta.
 - Se não tiver diagnóstico de Tuberculose, iniciar TARV:

- Esquema preferencial:
 - TDF + 3TC (1 comp/dia) + EFV (1 comp/ dia)
 - Esquemas alternativos:
 - AZT + 3TC (1 comp 12/12h) + EFV (1 comp 1x dia á noite).
 - Orientar rotina de seguimento do PTV até definição diagnóstica.
 - Se estiver em trabalho de parto, seguir orientações do Seguimento de Enfermagem durante o Trabalho de Parto e Parto – Programa PTV (**item 5, Resultado Indeterminado**).
- **Se resultado positivo:**
 - Orientar quanto ao significado do resultado positivo;
 - Orientar as medidas de prevenção;
 - Orientar a convocar o(s) parceiro(s) para realização do teste anti-VIH;
 - Registrar no Livro 1, se for realizar o seguimento na US;
 - Registrar no Livro 2, se for realizar o Tratamento na US;
 - Registrar no Livro 3, se for realizar o seguimento na US;
 - Seguir o Fluxograma de avaliação/seguimento da gestante seropositiva:
 - ✓ **Independentemente da Idade Gestacional:**
 - Avaliar se apresenta tosse seca ou com catarro, febre vespertina, emagrecimento e sudorese nocturna há mais de 15 dias: realizar pesquisa de BK.
 - **Se diagnóstico de tuberculose, iniciar tratamento** conforme Protocolo Nacional Tuberculose e solicitar e ou encaminhar para ser discutido/avaliado pelo médico do Programa PTV E SIDA de referência do município ou província e/ou INLS para conduta.
 - Se não tiver diagnóstico de Tuberculose, iniciar TARV:
 - Esquema preferencial:
 - TDF + 3TC (1 comp/dia) + EFV (1 comp/ dia)
 - Esquema alternativo:
 - AZT + 3TC (1 comp 12/12h) + EFV (1 comp 1x dia á noite).
 - Se estiver em trabalho de parto, seguir orientações do Seguimento de Enfermagem durante o Trabalho de Parto e Parto – Programa PTV (**item 5, Resultado Indeterminado**).

2. Seguimento da gestante no Programa PTV:

2.1 Orientações Gerais:

- Fazer seguimento de consultas de pré-natal mensal (Altura uterina, Movimentos fetais; batimentos cardíacos fetais; ganho de peso/semana, verificar se presença de edema importante em membros inferiores e/ou aumento de tensão arterial na gestante;
- Orientar gestante quanto a necessidade de cumprimento do seguimento CPN/PTV (Adesão);
- Orientar e aconselhar gestante quanto à necessidade de testagem dos filhos menores de 10 anos de idade e do parceiro;
- Orientar o uso de preservativo em todas as relações sexuais;
- Fornecer TARV para toda vida independente da contagem de células CD4, LT ou Sinais e Sintomas Maiores ou Menores;
- Solicitar as análises gerais padronizadas;
- Avaliar presença de co-infecções actuais: Tuberculose, malária (paludismo) e Hepatite B;
- Se ainda não iniciou, iniciar com ácido fólico + ferro (01 comp/dia);
- Orientar aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade, introduzir alimentação complementar associada a aleitamento materno até os 12 meses de idade e após interromper o aleitamento materno.
- Reforçar em todo o seguimento sobre a necessidade de procurar US no início do trabalho de parto.
- Iniciar esquema da vacina antitetânica.
- Após as 20 semanas de gestação:
 - a) Administrar - TIP Malária (conduta segundo SSR):
 - Tomada única de 03 comprimidos por mês de Sulfadoxina+Pirimetamina (Fansidar), **entre a 20ª semana de gravidez até o momento do parto.**
 - A gestante deve tomar no mínimo 03 doses, mas sempre com um intervalo mínimo de um mês entre as doses.
 - A grávida com VIH/SIDA e uso de CTX, não há necessidade de realizar o TIP.

- Nas grávidas que estão a tomar Ácido Fólico em doses de 5 mg por dia, não devem tomar o Fansidar, porque o ácido fólico nesta dose bloqueia a acção do Fansidar.
- Contra-indicações do TIP
 - Mulher grávida com história de alergia às sulfamidas
 - Antes da 20ª semana de gravidez
 - Gravidez com potencial risco de Icterícia
 - Grávida com malária sintomática

Obs: As orientações referente a TIP, aguarda a consensualização entre os Programa de Malária e SSR.

- b) Desparasitar com Albendazol 400mg 1 comprimido dose única ou Mebendazol 1 comp. 100mg de 12/12h durante 3 dias;
- Após 32 semana de gestação:
 - Manter rotina de seguimento da gestante seropositiva no PTV;
 - Marcar consultas a cada 15 dias;
 - Orientar os procedimentos de PTV no trabalho de parto, parto e com o RN exposto;
 - Reforçar em todo o seguimento sobre a necessidade de procurar US no início do trabalho de parto.
 - Orientar retorno até 6 dias após parto para avaliação da puérpera e RN exposto.
 - Avaliar sinais de intolerância, toxicidade e adesão aos ARVs (conforme Protocolo de Avaliação e Manejo de Efeitos Adversos a ARV).
 - Após início de TARV, orientar retorno em 15 dias para avaliação de exames e avaliação da adesão.
 - **Atenção a SIRI (síndrome inflamatória da reconstituição imune):**
 - Após iniciar ARV (principalmente nos primeiros 3 meses) e geralmente associado a CD4 menor que 50 cél/mm³, prestar atenção aos sinais e sintomas (descritos abaixo) que podem sugerir a **síndrome inflamatória da reconstituição imune (SIRI)**, que é uma piora clínica dos sintomas anteriores ou de

novos sintomas devido a recuperação da resposta imunológica (defesas) da pessoa VIH+. Esta síndrome resulta de uma resposta inflamatória que o organismo desenvolve após início de ARV, e deve ser avaliada em todas as consultas:

- a) Tosse seca ou com catarro;
 - b) Febre;
 - c) Dificuldade respiratória;
 - d) Surgimento de lesões no corpo;
 - e) Alterações do nível de consciência: confusão mental, inconsciência, convulsões, coma;
 - f) Alterações de visão;
 - g) Perda da força nos membros superiores e inferiores;
- Observar ocorrência de SIRI: encaminhar para ser discutido/avaliado pelo médico do Programa PTV e SIDA de referência do município ou província e/ou INLS.

2.2 Gestante Virgem de TARV

a. Iniciar TARV independentemente de:

- ✓ Contagem de Linfócitos CD4;
- ✓ Linfócitos Totais;
- ✓ Sinais e Sintomas Maiores ou Menores (Classificação OMS);
- ✓ Idade gestacional.

Atenção: Se diagnóstico de Tuberculose, ver Secção 3, item 1;

b. TARV:

- Esquema preferencial:
 - TDF + 3TC (1 comp/dia) + EFV (1 comp/ dia)
- Esquemas alternativos:
 - AZT + 3TC (1 comp 12/12h) + EFV (1 comp 1x dia á noite).

c. Se CD4 menor ou igual a 200 cél/mm³ ou Linfócitos Totais menor ou igual a 1200 cél. ou impossibilidade de realizar CD4 → Iniciar profilaxia para IO com

- cotrimoxazol (Bactrim®) 960 mg 1comp/dia e manter até CD4 maior 200 cél/mm³ ou Linfócitos Totais maior 1200 células por 2 análises seguidas;
- d. Solicitar análises padronizadas;
 - e. Retornar em 15 dias para avaliar as análises e adesão;
 - f. Retorno as consultas de rotina CPN/PTV.

2.3. Avaliação da Gestante que iniciou TARV há 15 dias:

➤ **1ª Situação:**

- ✓ Com boa aceitação,
- ✓ Sem efeito adverso,
- ✓ Em retorno de rotina:
 - a) Manter ARV e avaliar adesão;
 - b) Avaliar análises;
 - c) Se CD4 menor ou igual a 200 cél/mm³ ou Linfócitos Totais menor ou igual a 1200 cél. → Iniciar profilaxia para IO com cotrimoxazol (Bactrim®) 960 mg 1comp/dia e manter até CD4 maior 200 cél/mm³ ou Linfócitos Totais maior 1200 células por 2 análises seguidas;
 - d) Na possibilidade, solicitar análises padronizadas;
 - e) Retorno de rotina para as consultas de CPN/PTV, para avaliação do resultado das análises e da adesão.

➤ **2ª Situação:**

- ✓ Com apresentação de reacção adversa ou
- ✓ Alteração de análises ou
- ✓ COM **SINAIS E SINTOMAS MAIORES (Estadios 3 e 4 classificação OMS) E MENORES (Estadios 1 e 2 classificação OMS):**
 - a) **Atenção:** Se suspeita de Tuberculose, *ver Secção 3, item 1.*
 - b) Avaliar adesão;
 - c) Avaliar a gravidade da reacção adversa de acordo com o **Protocolo de avaliação e manejo de efeitos adversos a ARV (ANEXO V);**
 - d) Avaliar as alterações de análises de acordo com a **Secção 1, item 7;**
 - e) Entrar em contato com o médico do Programa SIDA de referência do município ou província e/ou INLS e, **se necessário**, encaminhar para o BU.

- f) Se iniciou TARV recentemente, com CD4 menor que 50 cél/mm³, prestar atenção aos sinais e sintomas da **Síndrome Inflamatória da Reconstituição Imune (SIRI)**, em todas as consultas,
- g) Após atendimento do BU, orientar retorno ao serviço (Programa) e:
- Se resultado de hemoglobina <de 6 g/dl e o paciente estiver em uso de AZT, trocar por TDF 300mg 1comp. 1x/dia;
 - Se CD4 menor ou igual a 200 cél/mm³ ou Linfócitos Totais menor ou igual a 1200 cél. → Iniciar profilaxia para IO com cotrimoxazol (Bactrim®) 960 mg 1comp. /dia e manter até CD4 maior 200 cél/mm³ ou Linfócitos Totais maior 1200 células por 2 análises seguidas com intervalo de 3 meses;
 - Solicitar análises padronizadas de acordo com a periodicidade do atendimento;
 - Retorno de rotina, para avaliação do resultado das análises e da adesão.

2.4. Avaliação de rotina na Gestante:

1ª Situação:

- ✓ Com boa aceitação, sem queixas e nada a referir,
- ✓ SEM **SINAIS E SINTOMAS MAIORES OU MENORES:**
 - a) Continuar esquema de TARV e avaliar adesão;
 - b) Avaliar resultado de análises;
 - c) Se CD4 menor ou igual a 200 cél/mm³ ou Linfócitos Totais menor ou igual a 1200 cél. → Se já em uso de cotrimoxazol (Bactrim®) para profilaxia de IO, manter; se não, iniciar cotrimoxazol (Bactrim®) 960 mg 1comp. / dia e manter até CD4 maior 200 cél/mm³ ou Linfócitos Totais maior 1200 células por 2 análises seguidas;
 - d) Solicitar análises padronizadas;
 - e) Retorno de rotina para as consultas de CPN/PTV.

➤ 2ª Situação:

- ✓ CD4 instável (QUEDA),
- ✓ COM ou SEM **SINAIS E SINTOMAS MAIORES OU MENORES:**
 - a) Continuar esquema de TARV e avaliar adesão;

- b) Avaliar presença de coinfeções, como malária, hepatite B e Tuberculose, **ver Secção 3, item 1.**
- c) Entrar em contato com o médico do Programa SIDA de referência do município ou província e/ou INLS e, **se necessário**, encaminhar para o BU.
- d) Se CD4 menor ou igual a 200 cél/mm³ ou Linfócitos Totais menor ou igual a 1200 cél. → Iniciar profilaxia para IO com cotrimoxazol (Bactrim®) 960 mg 1comp. /dia e manter até CD4 maior 200 cél/mm³ ou Linfócitos Totais maior 1200 células por 2 análises seguidas com intervalo de 3 meses;
- e) Se iniciou TARV recentemente (até 3 meses atrás), com CD4 menor que 50 cél/mm³, prestar atenção aos sinais e sintomas da **síndrome inflamatória da reconstituição imune (SIRI)**, em todas as consultas;
- f) Solicitar análises padronizadas;
- g) Retorno de rotina para as consultas de CPN/PTV.

2.5. Gestante que ABANDONOU a TARV:

- Acolher o paciente, e avaliar o motivo do abandono. Orientar importância da TARV e sugerir nova estratégia para melhor adesão.
- Atenção: Se suspeita de Tuberculose, **ver Secção 3, item 1;**
- Reintroduzir TARV (esquema anterior),
- Se CD4 ≤ (menor ou igual)200 cél/mm³ ou Linfócitos Totais ≤ (menor ou igual)1200 cél. → Iniciar profilaxia para IO com cotrimoxazol (Bactrim®) 960 mg 1comp. /dia e manter até CD4 maior 200 cél/mm³ ou Linfócitos Totais maior 1200 células por 2 análises seguidas com intervalo de 3 meses;
- Na possibilidade, solicitar análises padronizadas;
- Retorno em 15 dias, para avaliação do resultado das análises e da adesão.
- Manter consulta de rotina na CPN/PTV.

3. Seguimento da Gestante durante o Trabalho de Parto e Parto e do RN Exposto na Maternidade:

3.1. No Banco de Urgência:

✓ Identificação da grávida:

➤ **1ª Situação:** Grávida seronegativa ou sem conhecimento do seu estado serológico. Todas as gestantes devem ser aconselhadas e testadas para o VIH, seguindo o fluxograma de acordo com os resultados:

a) Se resultado **negativo**:

- Orientar quanto ao significado do resultado negativo;
- Orientar o uso de preservativo em todas as relações sexuais;
- Repetir o teste em 3 meses.

b) Se resultado **indeterminado**:

- Orientar quanto ao significado do resultado indeterminado;
- Iniciar TARV:
 - Esquema preferencial:
 - TDF + 3TC (1 comp/dia) + EFV (1 comp/ dia)
 - Esquema alternativo:
 - AZT + 3TC (1 comp 12/12h) + EFV (1 comp 1x dia á noite).
- Seguir o Protocolo AZT via oral ou AZT via endovenosa durante o trabalho de parto e parto.
- Seguir o Protocolo Nevirapina pediátrico solução Oral para o RN.
- Orientar a repetir o teste em 30 dias.
- Orientar rotina de seguimento do PTV até definição diagnóstica.

c) Se resultado **positivo**:

- Orientar quanto ao significado do resultado positivo;
- Iniciar TARV, esquema:
 - Esquema preferencial:
 - TDF + 3TC (1 comp/dia) + EFV (1 comp/ dia)
 - Esquema alternativo:
 - AZT + 3TC (1 comp 12/12h) + EFV (1 comp 1x dia á noite).
- Seguir o Protocolo AZT via oral ou AZT via endovenosa durante o trabalho de parto e parto (**ANEXOS VII e VIII**);
- Seguir o Protocolo Nevirapina pediátrico solução Oral para o RN;
- Orientar rotina de seguimento do PTV.

➤ **2ª Situação:** Grávida Seropositiva do Programa PTV:

- a) Avaliar a condição geral do trabalho de parto: fase activa (com 3 dedos ou mais de dilatação e com dinâmicas uterinas presentes).
- b) Abrir o PARTOGRAMA:
 - Identificar como “SEROPOSITIVA - SP”.
- c) Encaminhar para a sala de pré-partos.
- d) Comunicar a parteira a admissão da grávida seropositiva.

✓ *Atenção: Cobrar o Cartão da Grávida.*

3.2. Na Sala de Pré-Parto e Parto:

➤ **Verificar AZT intra-parto disponível (AZT via oral ou endovenosa):**

✓ **Se PROTOCOLO AZT VO intra-parto (ANEXO VII):**

- Explicar à parturiente a finalidade da administração do medicamento.
- Início do trabalho de parto (fase activa: 4 cm de dilatação ou início das dores):
 - Administrar **Zidovudina (AZT) 300mg** (1 comp), dose de ataque.
- Durante o parto (Dose de Manutenção):
 - Administrar **Zidovudina (AZT) 300mg** (1 comp) em intervalos de 3 em 3 horas até o nascimento e clampeamento do cordão umbilical.
- Anotar na ficha de **prescrição de AZT ORAL** do PROGRAMA PTV e no PARTOGRAMA da paciente.

✓ **Se PROTOCOLO AZT EV intra-parto:**

• **Dose de Ataque (ANEXO VIII):**

- **Zidovudina (AZT) EV:** 2 mg/kg na primeira hora (em soro glicosado a 5% de 100ml) no início do trabalho de parto – fase activa (4 cm de dilatação ou início das dores) (**ANEXO VII**).

• **Dose de Manutenção:**

- **Zidovudina (AZT) EV:** 1 mg/Kg/hora nas próximas horas em infusão contínua, até clampeamento do cordão umbilical (**ANEXO VIII**).

3.3. No Berçário:

Independente do momento do diagnóstico materno, do tipo de aleitamento, CD4 ou carga viral materna:

- ✓ **PROTOCOLO Nevirapina solução pediátrica (xarope) para o RN Exposto:**
 - a) Pesar o recém-nascido e anotar;
 - b) Identificar a dose do Nevirapina solução pediátrica na tabela padronizada de dose/peso de Nevirapina xarope ao RN Exposto ao VIH.
 - **RN com peso maior ou igual a 2,500 kg:** Administrar 1,5 ml, 1x/dia por 6 semanas;
 - **RN a termo e com peso entre 2,000 kg – 2,499 kg:** Administrar 1,0ml, 1x/dia por 6 semanas;
 - **RN prematuro ou com peso abaixo de 2,000 kg:** Administrar 2mg/kg, 1x/dia por 6 semanas

3.3.1. RN Exposto:

➤ **Administração da NVP Solução Pediátrica:**

- ✓ **1ª Situação:** Nevirapina (NVP) pediátrico, independente se a mãe recebeu ou não o AZT no intra-parto:
 - a) Administrar a 1ª dose de NVP xarope (de acordo com o peso) imediatamente ao nascimento;
 - b) Anotar na ficha do PTV e no processo clínico do RN;
 - c) Solicitar análises padronizadas;
 - d) Orientar a mãe para administrar a NVP solução oral 1x/dia por 6 semanas;
 - e) Orientar quanto ao retorno da mãe com o RN nas consultas externas dentro de 6 dias com resultado das análises.

- ✓ **2ª Situação:** NVP pediátrico para **crianças nascidas de parto domiciliar:**
 - a) Administrar a 1ª dose de NVP xarope (de acordo com o peso) no máximo até 48 h após o parto;

- b) Anotar na ficha do PTV e no processo clínico do RN;
- c) Solicitar análises padronizadas;
- d) Orientar a mãe para administrar o NVP solução oral 1x/dia por 6 semanas;
- e) Orientar quanto ao retorno da mãe com o RN nas consultas externas dentro de 6 dias com resultado das análises.

3.3.2. RN Nascido De Mãe Com TB Activa:

- a) Administrar a 1ª dose de NVP xarope (de acordo com o peso e condições de nascimento);
- b) Anotar na ficha do PTV e no processo clínico do RN;
- c) Solicitar análises padronizadas;
- d) Orientar a mãe para administrar o NVP solução oral 1x /dia por 6 semanas;
- e) Orientar quanto ao retorno da mãe com o RN nas consultas externas dentro de 6 dias com resultado das análises.
- f) Encaminhar a criança para o programa da tuberculose e seguir o fluxo Nacional da TB:
 - 1. Prescrever Isoniazida (INH) 10 mg/kg, via oral, uma vez ao dia durante 6 meses;
 - 2. Dar a vacina do BCG após a conclusão da profilaxia com INH, independente da vacinação prévia;
 - 3. Orientar a mãe que é seguro amamentar o bebé;
 - 4. Após o término da Profilaxia com NVP, iniciar o CTX pediátrico até definição diagnóstica
 - 5. Orientar a mãe a seguir as orientações do Programa da TB de acordo com as normas nacionais para avaliar o ganho de peso e adesão ao tratamento.

4. Seguimento da Puérpera no Programa PTV:

4.1. Avaliação Geral:

- Aplicar o Protocolo de Avaliação de Enfermagem de **SINAIS E SINTOMAS MAIORES E MENORES** para avaliar o grau de progressão da doença e indicação da Prioridade de Atendimento;
- Na possibilidade, solicitar análises gerais padronizadas;
- Avaliar as condições gerais e físicas da puérpera e o histórico desde a última consulta;
- Anotar os dados referentes ao parto: data, tipo, intercorrências, duração do trabalho de parto, condições do RN, local do parto, Protocolo AZT;
- Reforçar necessidade de cumprir com orientação de aleitamento do RN exposto (aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade, introduzir alimentação complementar associada ao aleitamento materno até os 12 meses de idade e após isso interromper o aleitamento);
- Verificar se a mãe sabe como administrar a NVP xarope ao RN;
- Avaliar adesão em todo o seguimento da puérpera.

4.2. TARV na Puérpera:

- Puérpera em uso de **TARV antes da gestação**:
 - a) **Manter TARV e avaliar adesão**;
 - b) Se CD4 menor ou igual 200 cél/mm³ ou Linfócitos Totais menor ou igual a 1200_cél. → Iniciar profilaxia para I.O com cotrimoxazol (Bactrim®) 960 mg 1comp. /dia e manter até CD4 maior 200 cél/mm³ ou Linfócitos Totais maior 1200 células por 2 análises seguidas;
 - c) Orientar aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade, introduzir alimentação complementar associada a aleitamento materno até os 12 meses de idade e após isso interromper o aleitamento;
 - d) Na possibilidade, solicitar análises padronizadas;
 - e) Alta do PTV, sendo encaminhada para Consulta Externa de Medicina (Programa SIDA Adulto) com relatório de transferência.
- Puérpera iniciou **TARV na gestação** (independentemente do CD4, LT e Sinais e Sintomas Maiores ou Menores):
 - a) **Manter TARV e avaliar adesão**;

- b) Se CD4 menor ou igual 200 cél/mm³ ou Linfócitos Totais menor ou igual a 1200 cél. → Iniciar profilaxia para I.O com cotrimoxazol (Bactrim®) 960 mg 1comp. /Dia e manter até CD4 maior 200 cél/mm³ ou Linfócitos Totais maior 1200 células por 2 análises seguidas;
- c) Orientar aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade, introduzir alimentação complementar associada a aleitamento materno até os 12 meses de idade e após isso interromper o aleitamento;
- d) Na possibilidade, solicitar análises padronizadas;
- e) Alta do PTV, sendo encaminhada para Consulta Externa de Medicina com relatório de transferência.
- f) Se iniciou TARV recentemente (até 3 meses atrás), com CD4 menor que 50 cél/mm³, prestar atenção aos sinais e sintomas da **síndrome inflamatória da reconstituição imune (SIRI)**, em todas as consultas;

➤ Puérpera **com resultado INDETERMINADO que iniciou ARV na ADMISSÃO na SALA DE PARTO da maternidade,**

- a) **Manter tratamento com ARV** até definição diagnóstica;
- b) Reforçar orientações sobre o significado de resultado Indeterminado;
- c) Orientar aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade, introduzir alimentação complementar associada ao aleitamento materno até os 12 meses de idade e após isso interromper o aleitamento
- d) Orientar retorno às consultas de Puerpério para repetir o TESTE ANTI VIH em 30 dias, após o 1º teste, para definição diagnóstica.

5. Seguimento do Recém-Nascido Exposto ao VIH no Programa PTV:

5.1. Orientações gerais:

- Registrar RN/Criança Exposta no Livro 3;
- Anotar no Processo Clínico, os dados referentes ao RN Exposto:
 - a) Data da avaliação;
 - b) Identificação, data de nascimento, sexo;

- c) Peso ao nascer, APGAR, local do parto, tipo de parto, complicações, se mãe recebeu Protocolo AZT;
 - d) RN recebeu NVP xarope (dose, data de início e fim);
 - e) Peso actual, análises padronizadas e anterior se tiver;
 - f) Cumprir o calendário vacinação conforme PAV;
 - g) Intercorrências com RN desde o parto;
 - h) Se uso de profilaxia com CTX xarope, anotar dose e datas de início e fim.
- Avaliar se mãe ou responsável sabe como administrar o xarope em uso (nome, dose, horário);
- o Orientar mãe ou responsável sobre a rotina de seguimento que será realizado com o RN Exposto:
 - a) Explicar sobre o significado de RN Exposto;
 - b) Consultas mensais nos primeiros 6 meses e a cada 2 meses a partir dos 6 meses até o diagnóstico definitivo do RN;
 - c) Uso de NVP em xarope por 6 semanas;
 - d) Início do uso do xarope de Cotrimoxazol (Bactrim®) 1x ao dia a partir das 6 semanas de vida até o diagnóstico definitivo do RN, com reajuste de dose (até 6 meses de idade 2.5 ml, após 6 meses de idade 5 ml);
 - e) Orientar aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade, introduzir alimentação complementar associada ao aleitamento materno até aos 12 meses de idade e após interromper o aleitamento;
 - f) Assinalar em todas as consultas se apresentar sinais e sintomas relacionados a infecção pelo VIH (**Secção 2, item 5.2**)
 - g) Cumprimento do Protocolo de diagnóstico da criança exposta (de acordo com o aleitamento).

5.2. Avaliação de sinais e sintomas relacionados a infecção pelo VIH na Criança Exposta:

- Assinalar em todas as consultas se apresenta sinais e sintomas relacionados a infecção pelo VIH:
- a) Emagrecimento ou falta de desenvolvimento (controlar na curva de peso e crescimento no cartão de puericultura);
 - b) Diarreia crónica (por mais de 1 mês) deve se ter em conta:
 - Número de dejectões por dia (mais de 3 vezes por dia);

- Consistência das fezes (pastosa, líquidas);
- c) Febre prolongada por mais de 1 mês sem saber a causa;
- d) Caroços em torno do pescoço ou axilas;
- e) Placas brancas na boca (sapinho);
- f) Infecções comuns recorrentes como: infecção no ouvido, pneumonia, sinusite;
- g) Tosse persistente por mais de 1 mês com ou sem catarro;
- h) Infecções na pele generalizada, pele descamada com eritema (vermelhidão), feridas com escamas;
- Na presença de 2 ou mais destes sinais deve encaminhar para o médico do programa local ou de referência (INLS).
- Se Criança Exposta malnutrida, contactar secção de Nutrição.

6. Gestante do Programa PTV com alteração nas análises:

6.1. CD4 menor ou igual 200 cél/mm³ ou Linfócitos Totais menor ou igual a 1200 cél.:

- Início de profilaxia de IO: Cotrimoxazol(Bactrim®) 960 mg 1comp/dia, mantendo TARV.

6.2. Hb menor que 6 gr/dl:

- Esquema: TDF 300mg + 3TC 300mg (1 comp. 1x/dia) + EFV 600mg (1 comp./ à noite),
- Se já em TARV com esquema contendo AZT, **trocar o AZT pelo TDF 300mg 1 comp/dia.**

6.3. Alteração transaminases (TGO, TGP):

- Se superior duas vezes ou mais com relação ao valor normal, em uso de esquema ARV com NVP 200 mg 1 comp. 12/12h, trocar NVP pelo EFV 600mg 1 comp. 1x a noite.

6.4. Aumento de Glicemia, alteração de Uréia, Creatinina, Colesterol Total (HDL, LDL, VLDL) e Triglicérides:

- Superior a duas vezes ou mais aos valores normais, encaminhar para ser discutido/avaliado pelo médico do Programa SIDA de referência do município ou província e/ou INLS.

PONTOS IMPORTANTES: Programa PTV (Gestante, RN e CE)

- Indicação de TARV na gestante independentemente de CD4, Linfócitos Totais, Sinais Sintomas Maiores (Classificação OMS 3 e 4) ou Sinais e Sintomas Menores (Classificação OMS 1 e 2);
- No seguimento da gestante VIH+, avaliar **SINAIS E SINTOMAS MAIORES OU MENORES** de acordo com protocolo em todas as consultas;
- Se CD4 menor ou igual a 200 cél/mm³ ou Linfócitos Totais menor ou igual a 1200 cél., início de profilaxia de IO: Cotrimoxazol 960 mg , 1 comp. todos os dias, mantendo a TARV;
- Avaliar adesão a TARV em todas as consultas;
- Se iniciou TARV recentemente, com CD4 menor que 50 cél/mm³, prestar atenção aos sinais e sintomas da **síndrome inflamatória da reconstituição imune (SIRI)**, na ocorrência, encaminhar para ser discutido/avaliado pelo médico do Programa PTV/SIDA de referência do município ou província e/ou INLS;
- Avaliar casos de queda dos valores de CD4 da gestante VIH+, para ser discutido/avaliado pelo médico do Programa PTV/SIDA de referência do município ou província e/ou INLS;
- Orientar a gestante:
 - Procedimentos de PTV no trabalho de parto, parto e com o RN.
 - Procurar US no início do trabalho de parto.
 - Retorno na consulta de puerpério e para o RN até 6 dias após parto.
- Ao começar a fase activa do Trabalho de Parto (com 3 dedos ou mais de dilatação e com dinâmicas uterinas presentes) iniciar o Protocolo AZT VO ou EV;
- Iniciar Protocolo com Nevirapina solução pediátrica (xarope) para o RN Exposto logo após o nascimento tendo em conta:
 - Condições de nascimento do RN Exposto (parto institucional ou domiciliar);
 - Dose/peso do RN Exposto;

- Cumprimento dos **HORÁRIOS** para administrar solução de Nevirapina: 1 vez ao dia, no mesmo horário.
- Orientar a mãe sobre a necessidade de administrar a solução pediátrica Nevirapina (xarope) para o RN Exposto por 6 semanas;
- Na alta da maternidade:
 - Verificar se mãe sabe como administrar o xarope em uso (nome, dose, horário).
 - Orientar a mãe quanto a necessidade e importância do aleitamento exclusivo.
 - Orientar quanto ao retorno da mãe com o RN nas consultas externas dentro de 6 dias, se possível com análises colhidas.
 - Orientar a mãe quanto a necessidade de manter TARV após o parto independente da contagem de CD4, do seu estado clínico e ou na forma de aleitamento do RN.
- Condutas quanto a TARV no Puerpério:
 - **MANTER SEMPRE A TARV** (independentemente do tipo de aleitamento, CD4, LT, surgimento ou não de Sinais e Sintomas Maiores e Menores);
 - Se **iniciou ARV com resultado INDETERMINADO na ADMISSÃO na SALA DE PARTO da maternidade:**
 - a) Manter ARV até definição diagnóstica;
 - b) Orientar aleitamento exclusivo;
 - c) Repetir o TESTE ANTI VIH em 30 dias, após o 1º teste, para definição diagnóstica
- No seguimento da Criança Exposta, prestar atenção quanto a presença de sinais e sintomas relacionados a infecção pelo VIH e na presença de 2 ou mais destes sinais deve encaminhar para o médico do programa local ou de referência (INLS).

SECÇÃO 3

AVALIAÇÃO E SEGUIMENTO DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE CO-INFECTADO VIH/TB E VIH/HEPATITE B

1. Seguimento do Paciente com suspeita de Tuberculose activa no Programa SIDA, qualquer CD4 ou Linfócitos Totais:

1.1. Paciente com suspeita de Tuberculose:

- Tosse há mais de 2 semanas com ou sem expectoração e/ou 2 dos sintomas abaixo:
- Febre
- Perda ponderal
- Sudorese noturna

“Todo paciente com esses sintomas deve ser investigado para Tuberculose antes de se iniciar a TARV”

1.2. Abordagem inicial do paciente com suspeita de Tuberculose:

➤ **1ª Situação:**

- a) Com alteração de sinais vitais;
- b) Em uso ou não de TARV
- c) Qualquer CD4 ou Linfócitos Totais;
 - ✓ Encaminhar para o Programa Nacional de Tuberculose
 - ✓ Protelar o início de TARV por pelo menos 2 semanas
 - ✓ Prescrever Amoxicilina 1g V.O. de 8/8h por 7 dias;
 - ✓ Iniciar profilaxia para IO com cotrimoxazol (Bactrim®) 960 mg 1comp. /dia e manter até CD4 maior 200 cél/mm³ ou Linfócitos Totais maior 1200 células por 2 análises seguidas com intervalo de 3 meses;
 - ✓ Retorno em 7 dias para avaliação de melhora clínica, verificar análises e para avaliar a adesão ao tratamento da tuberculose, garantindo a retenção do paciente no programa ate a conclusão do tratamento;

➤ **2ª Situação:**

- ✓ **Estável**
- ✓ **Virgem de TARV**
- ✓ **Qualquer CD4 ou linfócitos totais**
 - a) Encaminhar para o Programa Nacional de Tuberculose

- b) Não iniciar TARV
- c) Se CD4 menor ou igual a 200 cél/mm³ ou Linfócitos Totais menor ou igual a 1200 cél, ou indisponibilidade de colher exames → iniciar profilaxia para IO com cotrimoxazol (Bactrim®) 960 mg 1comp. /dia e manter até CD4 maior 200 cél/mm³ ou Linfócitos Totais maior 1200 células por 2 análises com intervalo de 3 meses.
- d) Retorno em 7 dias para avaliar adesão dos antibacilares e efeitos colaterais
 - o Após 15 a 30 dias do início do tratamento antibacilar, iniciar TARV- Esquema para pacientes co-infectados VIH/TB:
Esquema Preferencial:
 - TDF 300mg + 3TC 300mg (1 comp. 1x/dia) + EFV 600mg (1cp 1x a noite)Esquema Alternativo (na falta do esquema preferencial):
 - AZT 300mg + 3TC 150mg (1cp 12/12h) + EFV 600mg (1cp 1x a noite).

➤ **3ª Situação:**

- ✓ **Estável**
- ✓ **Em uso de TARV**
- ✓ **Qualquer CD4 ou linfócitos totais**
 - a) Encaminhar para avaliação do médico do Programa SIDA de referência do município ou província e/ou INLS
 - b) Encaminhar para o Programa Nacional de Tuberculose
 - c) Manter TARV
 - d) Se CD4 menor ou igual a 200 cél/mm³ ou Linfócitos Totais menor ou igual a 1200 cél, ou indisponibilidade de colher exames → iniciar profilaxia para IO com cotrimoxazol (Bactrim®) 960 mg 1comp. /dia e manter até CD4 maior 200 cél/mm³ ou Linfócitos Totais maior 1200 células por 2 análises com intervalo de 3 meses.

1.3. Seguimento do paciente em tratamento de Tuberculose: Independente de onde/quem iniciou o tratamento

➤ **Retorno de 7 dias:**

- a) Avaliar aceitação e queixas;
- b) Adesão ao tratamento da tuberculose;
- c) **Avaliar efeitos adversos dos antibacilares**
- d) Após reavaliação, orientar retorno ao serviço (Programa) em 1 semana.

➤ **Retorno de 15 e/ou 30 dias:**

- a) Avaliar aceitação e queixas;
- b) Avaliar adesão ao tratamento da tuberculose;
- c) **Avaliar efeitos adversos dos antibacilares**
- d) Se o paciente estiver estável, iniciar TARV: Esquema para pacientes co-infectados VIH/TB:
Esquema Preferencial:
 - TDF 300mg + 3TC 300mg (1 comp. 1x/dia) + EFV 600mg (1cp 1x a noite)Esquema Alternativo (na falta do esquema preferencial):
 - AZT 300mg + 3TC 150mg (1cp 12/12h) + EFV 600mg (1cp 1x a noite).
- e) Após reavaliação, orientar retorno ao serviço (Programa) em 2 semanas, para avaliar adesão e efeito colaterais aos Tratamentos de TB e VIH.

➤ **Próximos Retornos:**

- a) Avaliar se boa aceitação e queixas;
- b) Indicar Retorno mensal para controlo de adesão ao tratamento da tuberculose e TARV;
- c) Se persistir ou retornar os sinais e sintomas de TB, encaminhar para o médico do Programa SIDA de referência do município ou província e/ou INLS.

2. Paciente Portador Crónico de Hepatite B (2 amostras de AgHBs positivas com intervalo entre as análises > 6 meses) utilizar:

- Esquema: TDF 300mg + 3TC 300mg (1 comp. 1x/dia) + EFV (1 comp 1x ao deitar).
- Se já em uso de ARV:
 - Contactar ou encaminhar para o médico do Programa SIDA de referência do município ou província e/ou INLS, para avaliação e orientação do esquema em uso.

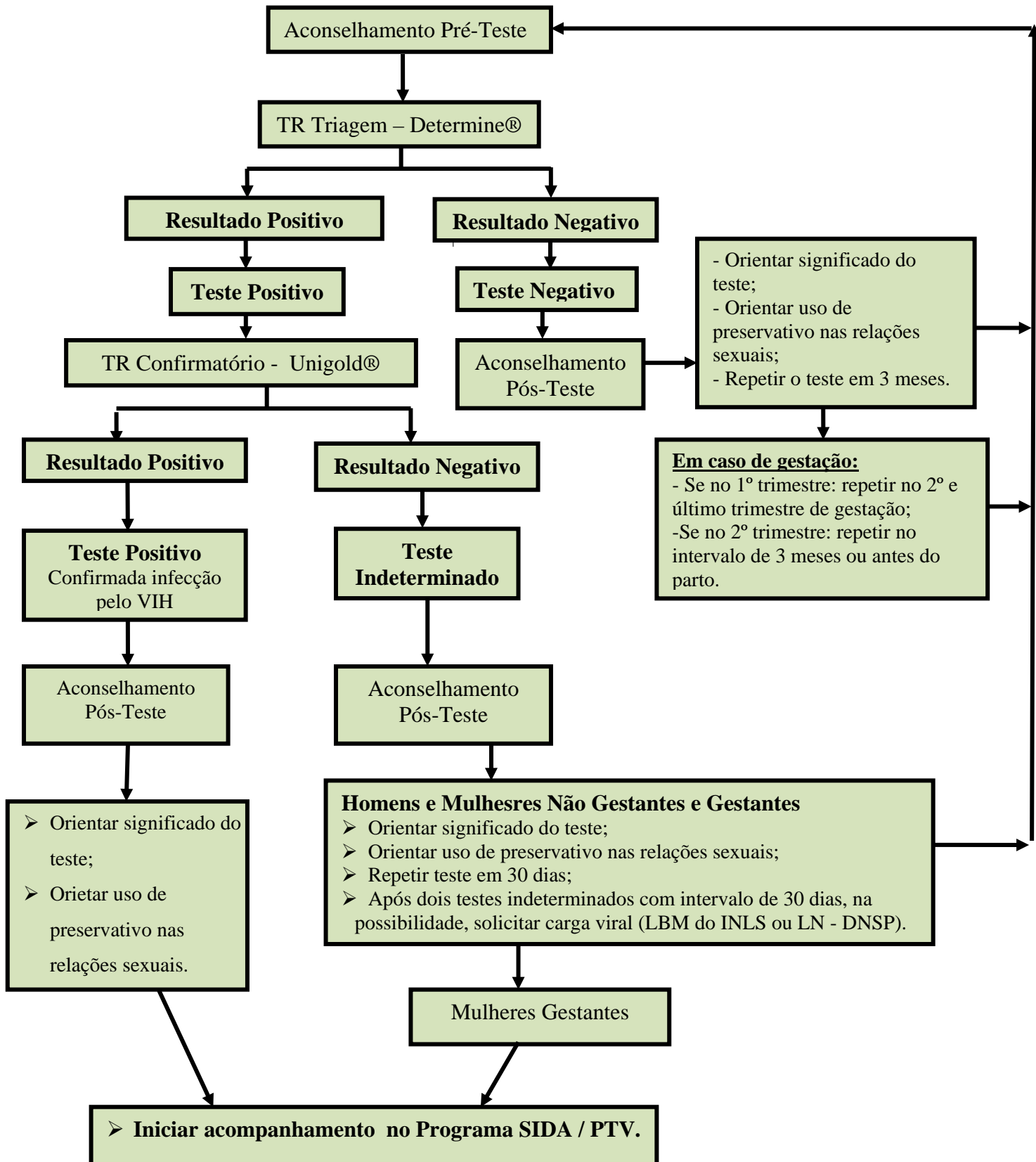
3. Recomendações para Profilaxia de Tuberculose em pacientes VIH+:

- Adultos ou adolescentes vivendo com VIH em contacto com paciente com Tuberculose Activa, sem sinais de TB ativa, devem receber 6 meses de Isoniazida 300mg, independentemente do grau de imunossupressão, TB prévia, uso de TARV ou gestação.
 - a) A isoniazida será oferecida pelo programa nacional de Tuberculose
- PVVIH com sinais e sintomas de TB (ver Secção 3, item 1)

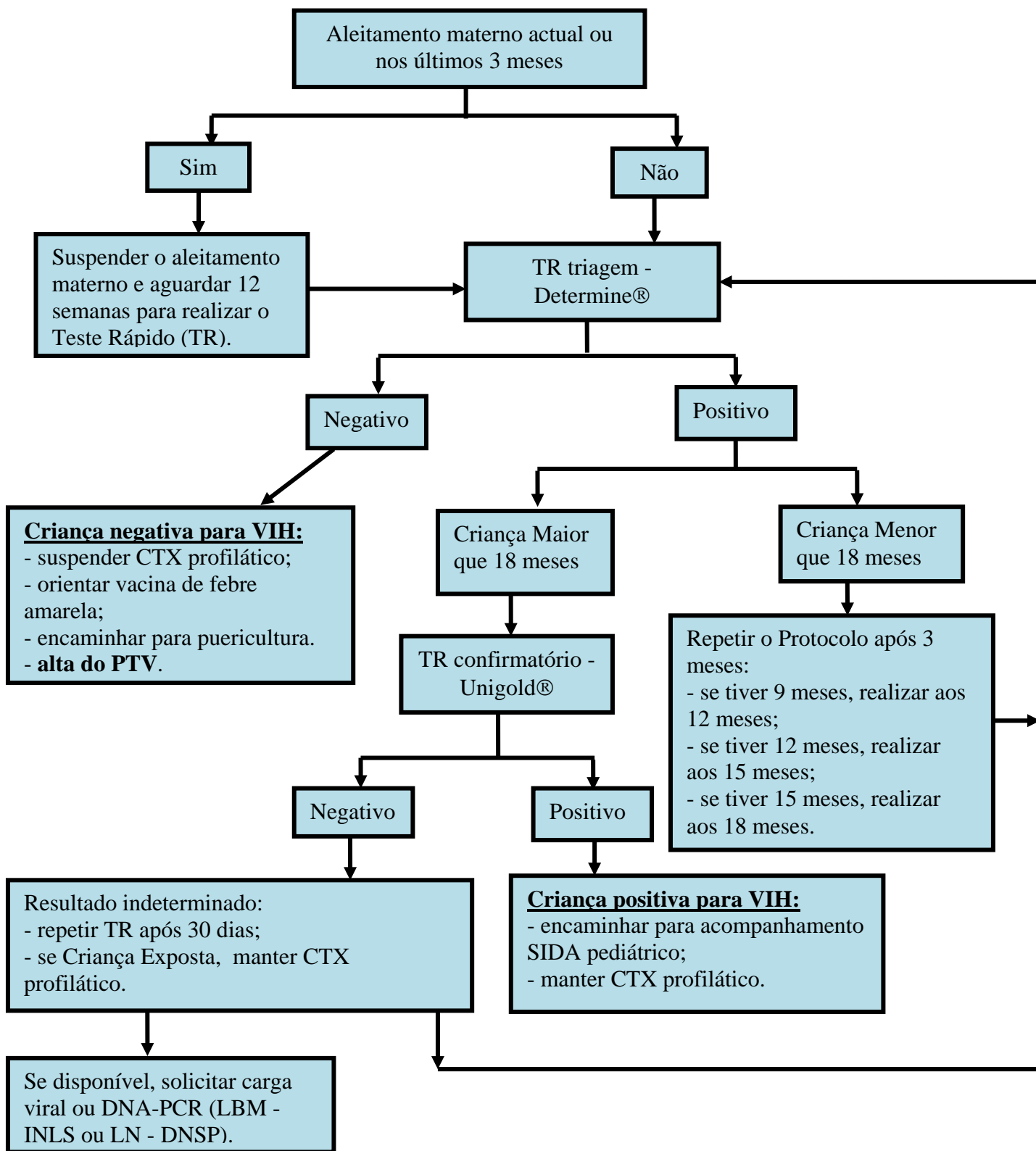


- I. FLUXOGRAMA DE DIAGNÓSTICO DE VIH EM ADULTOS E GESTANTES EM ANGOLA
- II. FLUXOGRAMA DE DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO VIH EM CRIANÇAS MAIORES DE 9 MESES EM ANGOLA - PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO DA CRIANÇA EXPOSTA TESTE RÁPIDO
- III. FLUXOGRAMA DE AVALIAÇÃO / SEGUIMENTO DO PACIENTE SEROPOSITIVO (HOMENS E MULHERES GRÁVIDAS OU NÃO)
- IV. PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO E SEGUIMENTO DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE VIH+
- V. FLUXOGRAMA DE SEGUIMENTO DO PACIENTE SEROPOSITIVO COM TUBERCULOSE OU SUSPEITA OU EM CONTACTO COM TUBERCULOSE (INCLUINDO GESTANTE)
- VI. PROTOCOLO DE ESQUEMA DE INÍCIO DE TARV E AVALIAÇÃO E MANEJO DE EFEITOS ADVERSOS A TARV
- VII. FLUXOGRAMA DO PROTOCOLO AZT VO À PARTURIENTE VIH+
- VIII. PROTOCOLO AZT EV À PARTURIENTE VIH POSITIVA
- IX. FLUXOGRAMA DO PROTOCOLO NEVIRAPINA (NVP) AO RN EXPOSTO
- X. FLUXOGRAMA PARA PARTURIENTES DIAGNOSTICADA NA SALA DE PARTOS
- XI. FLUXOGRAMA DE SEGUIMENTO DO RN E CRIANÇA EXPOSTA AO VIH
- XII.
 - TABELA PADRONIZADA DE DOSE/PESO DE NEVIRAPINA (NVP) XAROPE PARA RN EXPOSTO AO VIH (TERMO E PRÉ-TERMO)
 - TABELA DE DOSE DE CTX (COTRIMOXAZOL) XAROPE PARA RN EXPOSTO AO VIH A PARTIR DE 4 SEMANAS DE VIDA
 - TABELA DE DOSE DE ISONIAZIDA (INH) XAROPE PARA RN NASCIDO DE MÃE COM TUBERCULOSE (TB) ACTIVA
- XIII. RECOMENDAÇÕES NACIONAIS DO CALENDÁRIO VACINAL PARA CRIANÇAS EXPOSTAS AO VIH:
- XIV. FLUXOGRAMA DE EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL
- XV.
 - CONDUTAS NO CASO DE EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL
 - CONDUTAS NO CASO DE ESTUPRO
- XIV. PROCESSOS CLÍNICOS
 - CADERNO DE ATENDIMENTO DO PACIENTE VIH+ (GESTANTES, ADOLESCENTES E ADULTOS)
 - CADERNO DE ATENDIMENTO DO RN EXPOSTO
 - RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA PROGRAMA SIDA-PTV
 - PRESCRIÇÃO ZIDOVUDINA (AZT VO – AZT EV) INTRAPARTO
 - PRESCRIÇÃO NEVIRAPINA (NVP) XAROPE PARA O RECÉM-NASCIDO

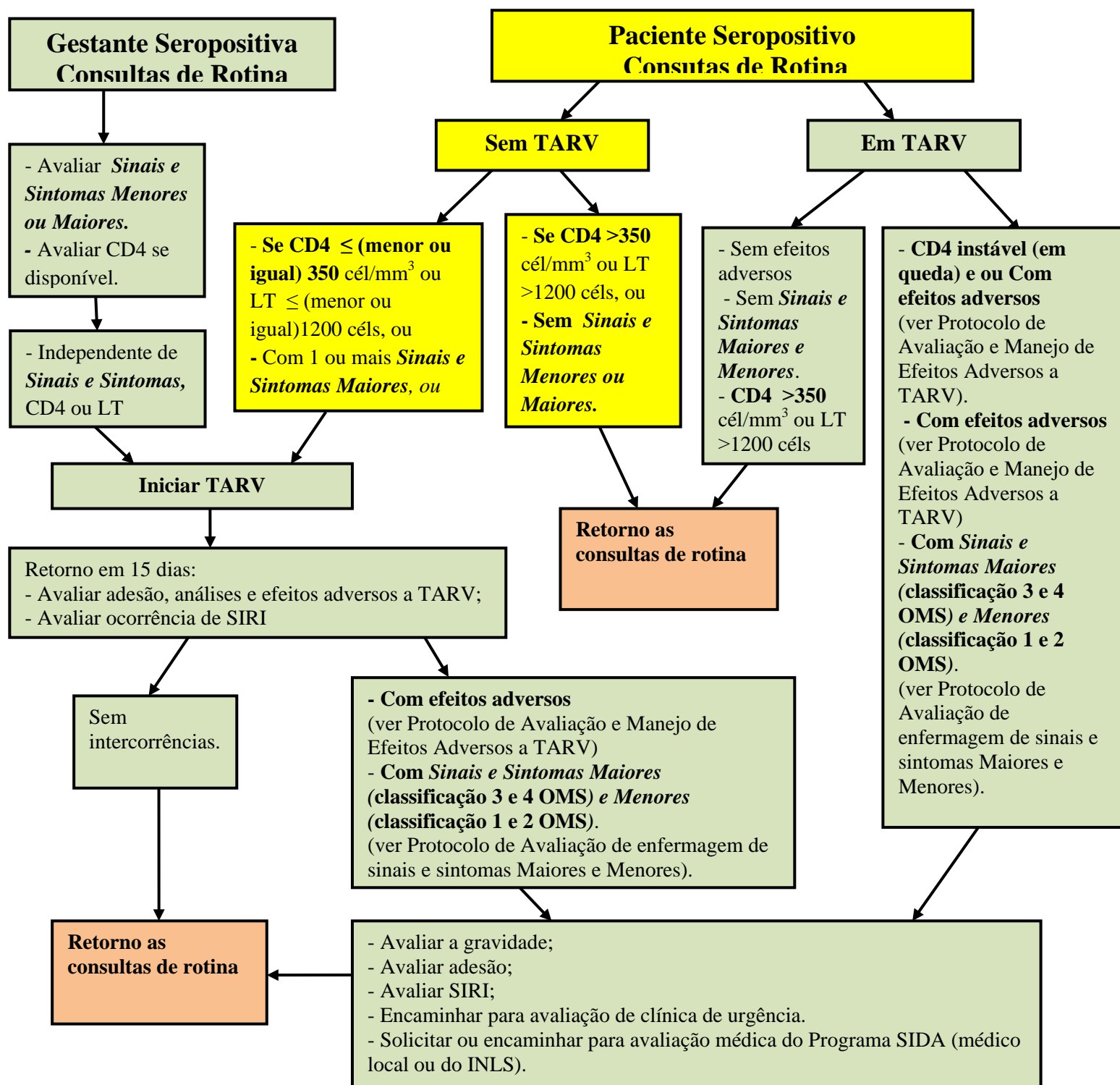
**FLUXOGRAMA DE DIAGNÓSTICO DE VIH EM ADULTOS E GESTANTES EM
ANGOLA**



FLUXOGRAMA DE DIAGNÓSTICO DA INFECCÃO PELO VIH EM CRIANÇAS MAIORES DE 9 MESES EM ANGOLA - PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO DA CRIANÇA EXPOSTA - TESTE RÁPIDO



FLUXOGRAMA DE AVALIAÇÃO / SEGUIMENTO DO PACIENTE SEROPOSITIVO (HOMENS E MULHERES GRÁVIDAS OU NÃO) . ≤



ATENÇÃO:

- **Esquema de início de ARV:** TDF (300 mg)+ 3TC (300 mg) 1 comp 1x/dia + EFV (600 mg) 1 comp 1x á noite.
- **Se CD4 for menor ou igual a 200 cél/mm³ ou Linfócitos Totais (LT) menor ou igual a 1200 cél.:** iniciar com Cotrimoxazol (Bactrim®) 960 mg 1comp. /dia, associado ao uso de TARV.
- **SIRI:** sinais e sintomas que se manifestam com agravamento do estado clínico, como resultado da resposta inflamatória que o organismo desenvolve após início de ARV (principalmente nos primeiros 3 meses), geralmente associado a CD4 menor que 50 cél/mm

PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO E SEGUIMENTO DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE VIH+

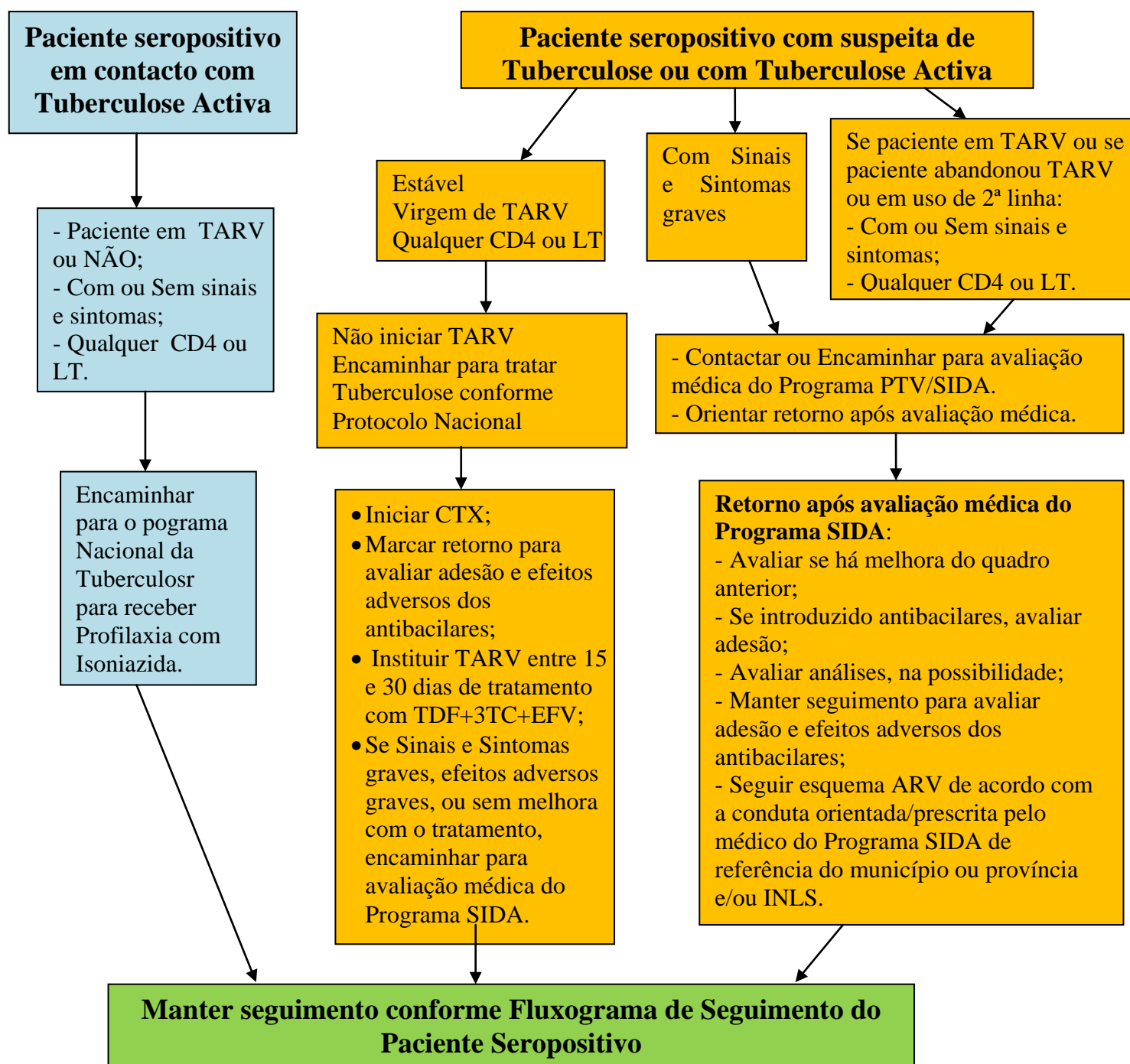
PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SINAIS E SINTOMAS MENORES E MAIORES (Classificação OMS) que possam ser sugestivos ou não de doença avançada pelo VIH:

- **SINAIS E SINTOMAS MENORES (Classificação OMS 1 e 2)**, considerados como MENOS GRAVES. Quando DOIS ou Mais sinais/sintomas são detectados é compatível com Doença Avançada pelo VIH e apontam para uma conduta rápida com a paciente, associada a avaliação das análises específicas.
- **SINAIS E SINTOMAS MAIORES (Classificação OMS 3 e 4)**, considerados como GRAVES por requererem intervenção urgente para uma conduta clínica imediata. Quando UM ou MAIS sinais/sintomas são detectados é compatível com Doença Avançada pelo VIH e apontam para uma conduta rápida com a paciente.

SINAIS E SINTOMAS MENORES		SINAIS E SINTOMAS MAIORES	
Classificação 1	Classificação 2	Classificação 3	Classificação 4
<ul style="list-style-type: none"> • Sem sinais ou sintomas. • Surgimento de gânglios (caroços) no corpo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fraqueza /Perda de peso moderada e inexplicável (menos de 10%). • Lesões/feridas (úlceras) recorrentes na língua e lábios. • Surgimento de rachaduras ou feridas no canto da boca. • Presença de borbulhas ou feridas na pele nos últimos 2 anos. • Presença de lesões vesiculares (Fogo de Deus). • Surgimento de lesões (feridas) genitais (na região do sexo) por um período inferior a 1 mês. • Tosse persistente, com febre e irritação na garganta ou congestão recorrentes menos de 2 semanas. • Sensação de formigamento nos membros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Emagrecimento/perda de peso acentuada no último mês (mais de 10%). • Presença de lesões/feridas na gengiva ou úlceras com necrose na boca (no momento da avaliação). • Placas brancas na boca (sapinho). • Diarréia com duração mais que 1 mês (mais que 3x/dia). • Febre frequente que não sabe porque mais que 1 mês. 	<ul style="list-style-type: none"> • Emagrecimento extremo. • Borbulhas (cravos) ou feridas no corpo ou qualquer lesão grave. • Manchas ou nódulos com aspecto avermelhado, acastanhado ou violáceo em qualquer região do corpo. • Febre, tosse (com catarro ou não), com chiado e dor no peito, falta de ar ou frequência respiratória maior que 28 rpm, descartando pneumonia da comunidade ou crise asmática, com duração maior que 7 dias. • Surgimento de lesões (feridas) genitais (na região do sexo) que ficam durante mais de 1 mês. • Dificuldade e dor para engolir. • Dor de cabeça muito forte acompanhado de vômitos em jato e febre igual ou maior que 38°C. • Perda de forças / confusão mental/ inconsciência/ convulsões. • Alteração da visão (visão turva, dificuldade para ver ou visão dupla).
<ul style="list-style-type: none"> • Se Nenhum Sinal e Sintoma, ou até 01 Sinal e Sintoma Menor: ✓ Intervenções de Seguimento de Rotina; ✓ Início De TARV de acordo com resultado de análises (CD4 Ou LT). • Na ocorrência de 02 ou mais Sinais e Sintomas Menores ou Antecedente de Tuberculose nos 2 (dois) Últimos Anos: ✓ <u>Na possibilidade de realizar análises, tendo resultado de CD4 \leq (menor ou igual) 350 Cel/mm³ Ou Linfócitos Totais \leq (menor ou igual) 1200 Cel:</u> Início Imediato de Tratamento ARV e Profilaxia com Cotrimoxazol; ✓ Na <u>Impossibilidade</u> de realizar as análises: Início Imediato de Tratamento ARV e Profilaxia com Cotrimoxazol. 		<ul style="list-style-type: none"> • Na ocorrência de 01 ou mais sinais e sintomas maiores: ✓ Início imediato de tratamento ARV. ✓ Profilaxia com cotrimoxazol. 	

NOTA: Se Gestante Iniciar TARV independente dos valores de CD4, Linfócitos Totais e ou de Sinais e Sintomas Maiores ou Menores

FLUXOGRAMA DE SEGUIMENTO DO PACIENTE SEROPOSITIVO COM TUBERCULOSE OU SUSPEITA OU EM CONTACTO COM TUBERCULOSE (INCLUINDO GESTANTE)



PROTOCOLO DE ESQUEMA DE INÍCIO DE TARV E AVALIAÇÃO E MANEJO DE EFEITOS ADVERSOS A TARV

- Todo paciente Adulto VIH+ com CD4 \leq (menor ou igual) 350 céls ou Linf. Totais \leq (menor ou igual) 1200 céls; ou COM 1 ou MAIS SINAIS E SINTOMAS MAIORES, independentemente do CD4 ou Linfócitos Totais; ou COM 2 OU MAIS SINAIS E SINTOMAS MENORES SEM POSSIBILIDADE DE REALIZAR ANÁLISES, tem indicação para iniciar TARV.
- Toda gestante VIH+, independente do valor de CD4, Linf. Totais ou Sinais e Sintomas Maiores e Menores, tem indicação para iniciar TARV.

TENOFOVIR (300mg) e LAMIVUDINA (300mg) 1 comp 1x/dia + EFAVIRENZ (600 mg) 1 comp 1x dia à noite.

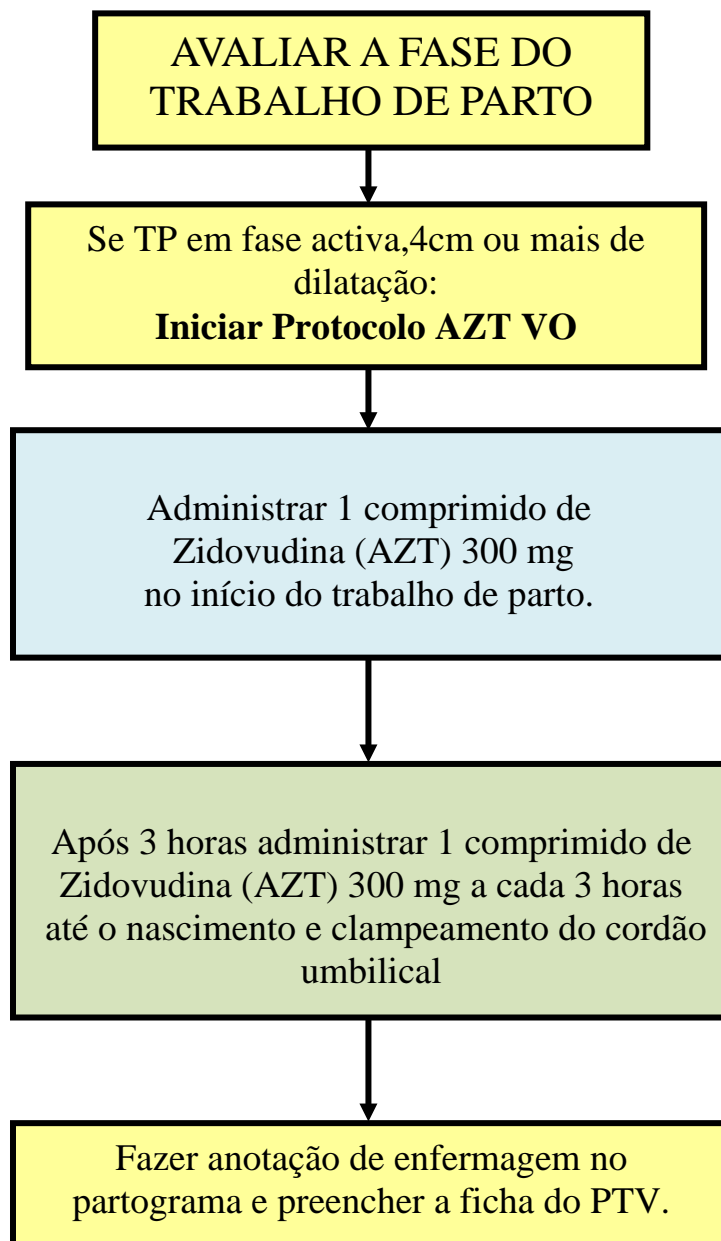
- Considerações especiais no manejo dos ARV e medicamentos associados ao seguimento do paciente VIH+:

Principais Sinais e sintomas de efeitos adversos	ARV / outros Medicamentos	Manejo / Recomendações
Intolerância Gastrointestinal: -paladar alterado, -náuseas, -vômitos, -dor abdominal.	Maioria	Tomar as medicações com alimento pode diminuir a intensidade destes sintomas; Alguns pacientes podem necessitar, para náuseas e vômitos: Metoclopramida 10mg VO 15 minutos antes do ARV.
Tosse, surgimento de lesões no corpo, rebaixamento do nível de consciência, confusão mental, inconsciência e convulsões; alterações de visão; perda da força nos membros.	Início de TRATAMENTO ARV	Se presente nos primeiros 3 meses após início de TARV, geralmente com CD4 menor que 50 células/mm ³ , pode ser resposta inflamatória que o organismo desenvolve a síndrome inflamatória da reconstituição imune (SIRI). Encaminhar para avaliação médica.
Insuficiência Renal	TDF (Tenofovir)	Monitoramento da creatinina e potássio sérico e proteinúria em pacientes com factores de risco. Se análises com alterações duas vezes mais que o valor normal Suspender TDF e encaminhar ou discutir com médico de referência.
Ansiedade, pesadelo, depressão, psicoses, insónia	EFV (Efavirenz)	Adequar o horário do EFV para antes de dormir. Geralmente dura menos de 3 semanas do início da TARV. Efeitos podem ser potencializados pelo uso de álcool e outras drogas psicoactivas. Em pacientes com antecedentes psiquiátricos há risco de efeitos mais graves, trocar por NVP 1 comp./dia nos primeiros 14 dias, após 1 comp 12/12h. Atenção para não confundir com depressão na gravidez e depressão pós-parto.
Dor de cabeça	AZT (Zidovudina) ou EFV	É comum, geralmente auto-limitado. Mediar com paracetamol. Atentar a alterações da tensão arterial. Se não melhorar em 2 semanas ou piorar, encaminhar para avaliação médica.
Palidez, anemia	AZT	Dosar hemoglobina. Avaliar resultado: Se Anemia leve (Hb maior que 6g/dl): - Desparasitar e oferecer ferro + ácido fólico, sob monitorização. - Orientar dieta rica em ferro (folhas verdes, feijão, beterraba). Se Anemia grave (Hb menor que 6g/dl): - Substituir AZT por TDF 300mg 1comp. /dia. - Encaminhar para avaliação médica.
Fadiga	AZT	Considerar se é devida a anemia severa associada ao AZT. Ver cuidados com anemia devido AZT. Se não apresentar anemia, a fadiga associada ao AZT geralmente dura 4 a 6 semanas. Observar e se não houver melhoria, encaminhar para avaliação médica.
Exantema, Rash cutâneo, reacção dermatológica	<ul style="list-style-type: none"> • NVP (Nevirapina) • CTX (Cotrimoxazol) 	Nos casos muito leves de exantema, não progressivo e sem acometimento de mucosas: -anti-histamínicos para aliviar comichão, -observação estrita, -pode haver regressão sem necessidade de alteração terapêutica. Se exantema moderado/grave, progressivo com acometimento de mucosas ou sinais sistémicos: - Suspender medicamento e encaminhar ou solicitar avaliação e conduta médica.

PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO E SEGUIMENTO DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES VIH+ INLS – DRAFT – 3ª EDIÇÃO
ANEXO VI

Olhos amarelados (icterícia)	Principalmente NVP	Se escleróticas amareladas e ou com dor na região do fígado: suspender medicamento e encaminhar com urgência para avaliação médica.
------------------------------	-------------------------------	--

FLUXOGRAMA DO PROTOCOLO AZT VO À PARTURIENTE VIH+



PROTOCOLO AZT EV À PARTURIENTE VIH POSITIVA
INFUSÃO INTRAVENOSA – DOSE AZT/PESO

DOSE	Peso da Paciente	40kg	50kg	60kg	70kg	80kg	90kg
ATAQUE (2mg/kg) a infundir em uma (1) hora	Quantidade de AZT em SORO GLICOSADO 5% - 100 ml	8ml	10ml	12ml	14ml	16ml	18ml
INFUSÃO CONTÍNUA	Nº de Gotas/minuto	36 gotas/ min	37 gotas/ min	37 gotas/ min	38 gotas/ min	39 gotas/ min	39 gotas/ min
DOSE	Peso da Paciente	40kg	50kg	60kg	70kg	80kg	90kg
MANUTENÇÃO (1mg/kg) a infundir em 5 horas	Quantidade de AZT em SORO GLICOSADO 5% - 500 ml	20 ml	25 ml	30 ml	35 ml	40 ml	45 ml
INFUSÃO CONTÍNUA	Nº de Gotas/minuto	35 gotas/ min	35 gotas/ Min	35 gotas/ min	36 gotas/ min	36 gotas/ min	36 gotas/ min

FLUXOGRAMA DO PROTOCOLO NEVIRAPINA (NVP) AO RN EXPOSTO

PROTOCOLO NEVIRAPINA (NVP)
SOLUÇÃO PEDIÁTRICA (XAROPE) PARA
O RN EXPOSTO

- Pesar o RN e anotar;
- Identificar a dose da Nevirapina solução pediátrica na tabela padronizada de dose/peso para RN exposto ao VIH
- Administrar a 1ª dose da Nevirapina xarope dentro das primeiras horas do nascimento de acordo com o peso:

**RN A TERMO E COM PESO
SUPERIOR 2,0 KG**

PESO	DOSE DA NEVIRAPINA
2,500 kg ou mais	1,5 ml, 1x/dia por 6 semanas
2,000 até 2,499 kg	1 ml, 1x/dia por 6 semanas

**RN PREMATURO OU COM PESO
ABAIXO DE 2,0 KG**

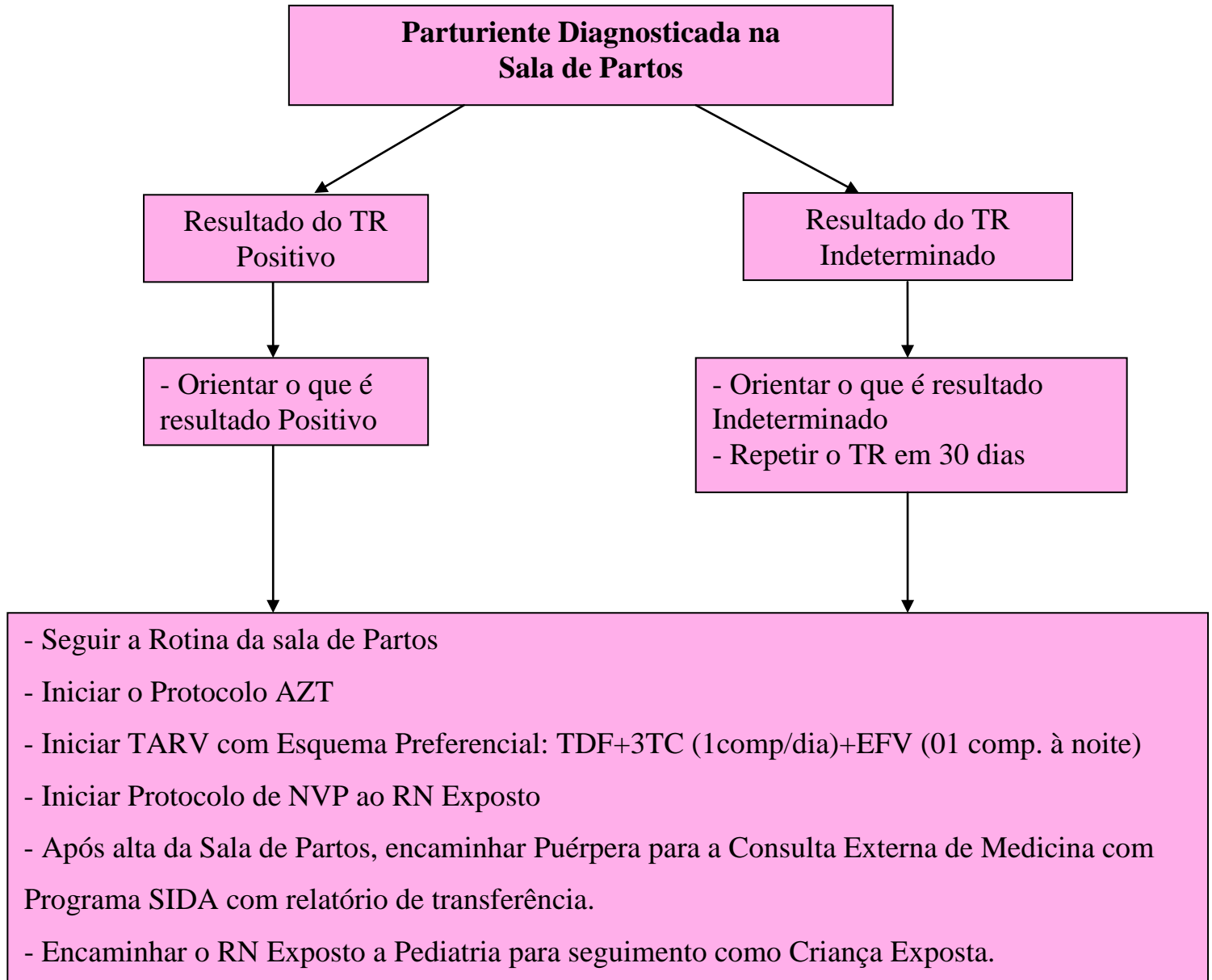
PESO	DOSE DA NEVIRAPINA
Peso abaixo de 2,000 kg	0,3 ml, 1x/dia por 6 semanas

Orientar a mãe quanto ao aleitamento exclusivo até aos 6 meses;
Ensinar e orientar a mãe administrar o xarope Nevirapina;
Orientar quanto ao retorno da mãe com o RN nas consultas externas no 6º dia após o parto.

OBS: Em caso de Parto Domiciliar:

A 1ª dose de Nevirapina xarope pode ser iniciado no **máximo até 48 h após o parto.**

FLUXOGRAMA PARA PARTURIENTES DIAGNOSTICADA NA SALA DE PARTOS



FLUXOGRAMA DE SEGUIMENTO DO RN E CRIANÇA EXPOSTA AO VIH

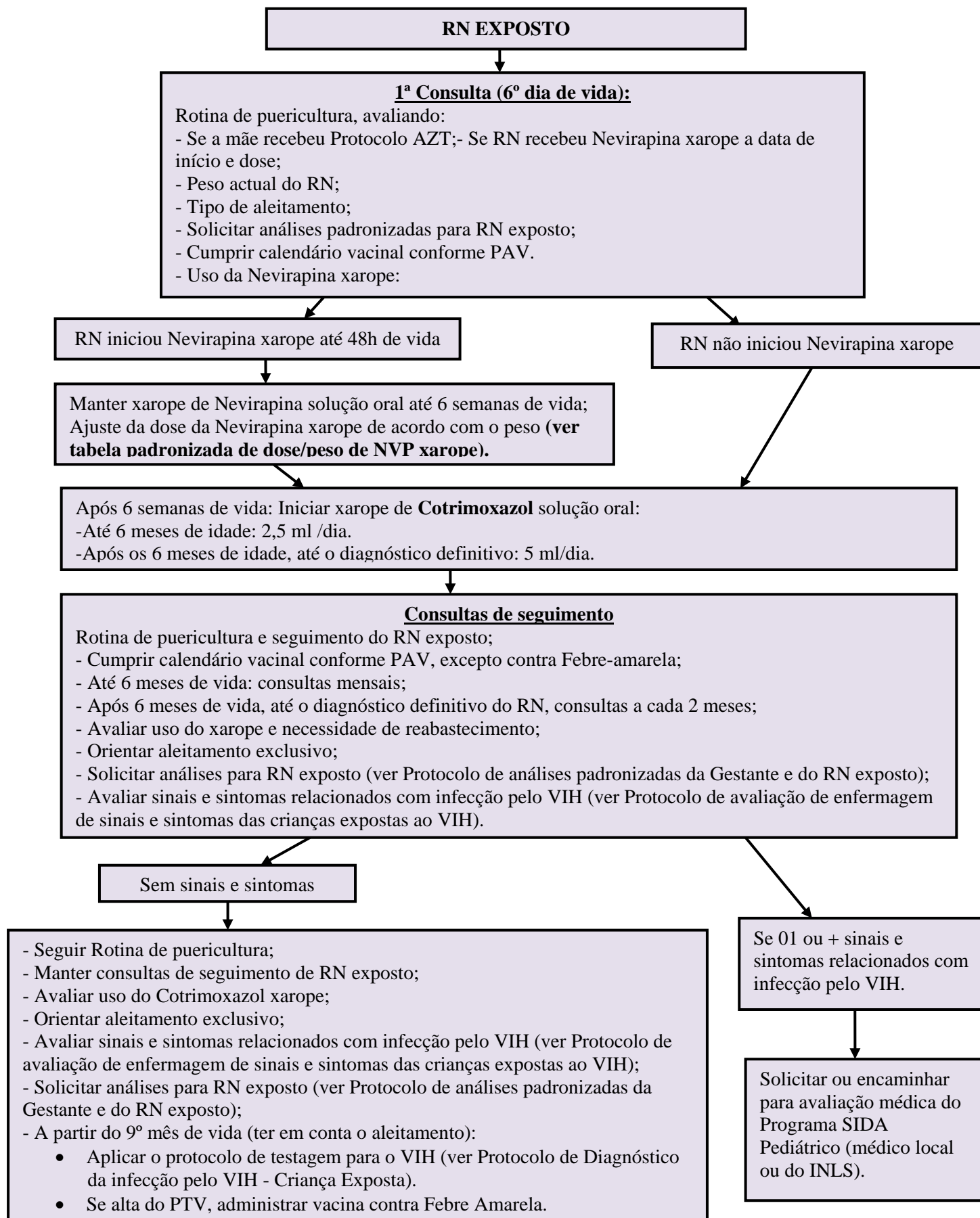


TABELA PADRONIZADA DE DOSE/PESO DE NEVIRAPINA (NVP) XAROPE PARA RN EXPOSTO AO VIH (TERMO E PRÉ-TERMO)

RN A TERMO E COM PESO SUPERIOR 2,0 KG	
PESO	DOSE DA NEVIRAPINA
2,500 kg ou mais	1,5 ml, 1x/dia por 6 semanas
2,000 até 2,499 kg	1 ml, 1x/dia por 6 semanas

RN PREMATURO OU COM PESO ABAIXO DE 2,0 KG	
PESO	DOSE DA NEVIRAPINA (2 mg/Kg)
Peso abaixo de 2,000 kg	0,3 ml, 1x/dia por 6 semanas

TABELA DE DOSE DE CTX (COTRIMOXAZOL) XAROPE PARA RN EXPOSTO AO VIH A PARTIR DE 6 SEMANAS DE VIDA

IDADE	DOSE PARA PROFILAXIA COM COTRIMOXAZOL XAROPE
A partir de 6 semanas de vida	2,5 ml/ uma vez ao dia
A partir de 6 meses de vida	5 ml/ uma vez ao dia
Diagnóstico Definitivo com resultado NEGATIVO	SUSPENSÃO DA PROFILAXIA CTX

TABELA DE DOSE DE ISONIAZIDA (INH) XAROPE PARA RN NASCIDO DE MÃE COM TUBERCULOSE (TB) ACTIVA

PESO	DOSE PARA PROFILAXIA COM ISONIAZIDA COMP. 100 mg (10mg/Kg)
2,500 kg ou mais	25 mg, 1x/dia por 6 meses
2,000 até 2,499 kg	20 mg, 1x/dia por 6 meses
Peso abaixo de 2,000 kg	15 mg, 1x/dia por 6 meses

RECOMENDAÇÕES NACIONAIS DO CALENDÁRIO VACINAL PARA CRIANÇAS EXPOSTAS AO VIH:

IDADE	VACINA	VIA DE ADMINISTRAÇÃO
0 a 28 dias	BCG * Hepatite B Pólio Inativada (IPV) – 0	Intradérmica Intramuscular Oral
2 meses	Pentavalente** - 1 Pneumococo - 1 Rotavírus – 1 Pólio Inativada (IPV) – 1	Intramuscular Intramuscular Oral Oral
4 meses	Pentavalente - 2 Pneumococo - 2 Rotavírus – 2 Pólio Inativada (IPV) – 2	Intramuscular Intramuscular Oral Oral
6 meses	Pentavalente-3 Vitamina A 1ª dose Pneumococo – 3 Pólio Inativada (IPV) – 3	Intramuscular Oral Intramuscular Oral
9 meses	Sarampo Febre-amarela*** Vitamina A 2ª dose	Subcutânea Subcutânea Oral
15 meses	Pentavalente - Reforço	Intramuscular Oral
5 anos	Tétano	Intramuscular

* BCG está indicada para todas as crianças expostas e infectadas pelo VIH assintomáticas. Está contra-indicada apenas nas crianças infectadas pelo VIH sintomáticas ou com peso < (menor) que 2kg. Deve-se administrar ao nascimento ou o mais precocemente possível. Para as crianças que chegam ao serviço ainda não vacinadas, a vacina só deve ser indicada para crianças assintomáticas e sem imunodepressão. Não se indica a revacinação de rotina.

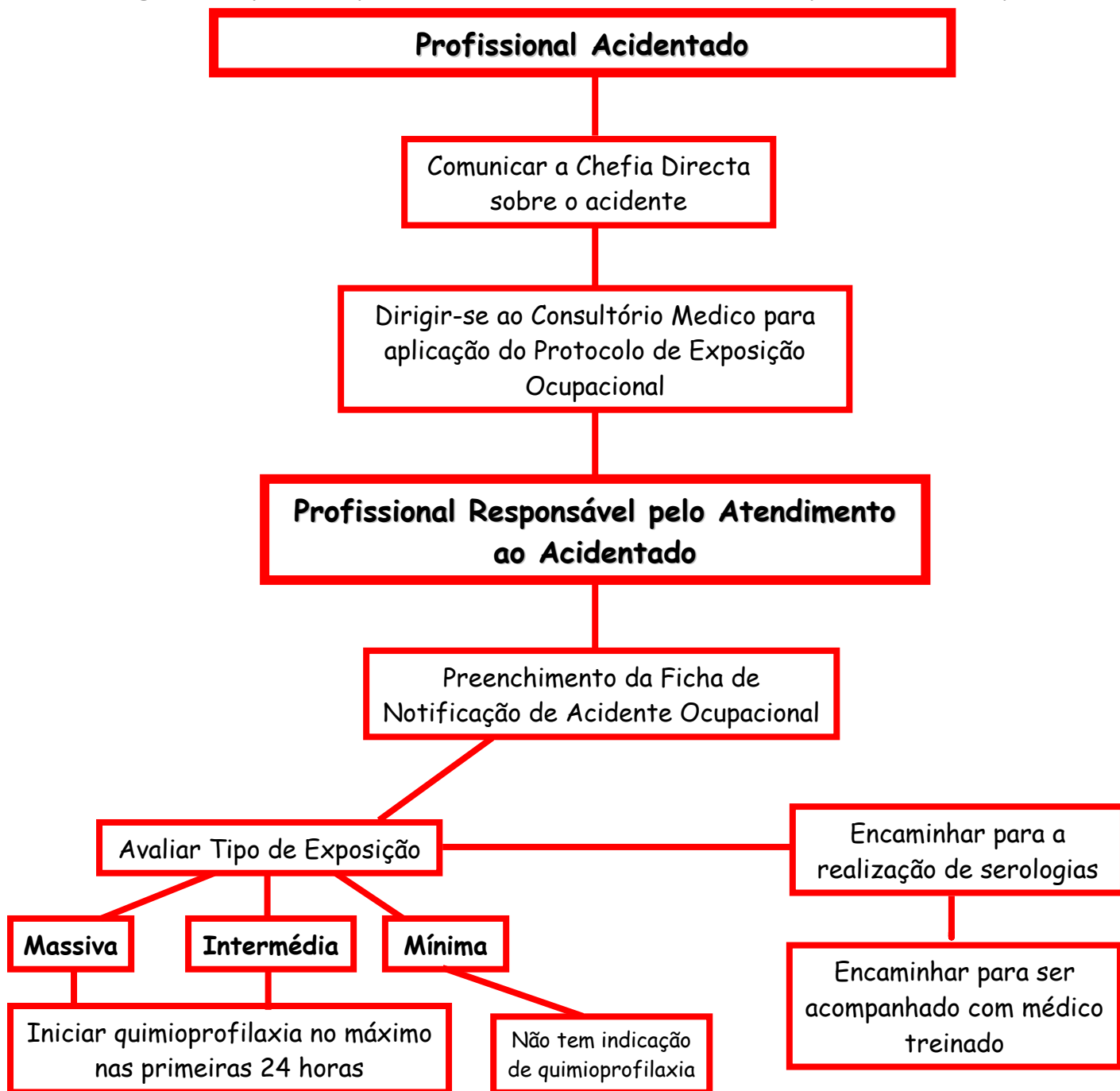
** a vacina Pentavalente é composta por: hepatite B; Hib (Haemophilus influenzae tipo b); DPT (difteria, coqueluche e tétano).

*** Febre amarela: indicar nas crianças com teste negativo para VIH. Não é recomendada em crianças VIH positivas pelas possíveis complicações decorrentes de ser esta uma vacina de vírus vivo atenuado em paciente imunodeprimido.

Fluxograma de Exposição Ocupacional

ACIDENTE DE TRABALHO - O QUE FAZER?

Fluxograma para aplicação do Protocolo de Exposição Ocupacional



Classificação quanto aos Tipos de Exposição Ocupacional

- **Massiva**: picada profunda com dispositivo intravascular ou agulha perfurada de grande calibre; produto concentrado de laboratório;
- **Intermédia**: corte com bisturi através de luvas; picada superficial com agulha com bisel; contacto com mucosas;
- **Mínima**: escoriação (arranhão) simples da pele com agulha de sutura ou de pequeno calibre; contacto de sangue ou outros fluídos com pele íntegra.

Condutas no Caso de Exposição Ocupacional

PREVENÇÃO	MEDICAMENTO	DOSE	VIA	POSOLOGIA
VIH	AZT + 3TC + LPV/r	1cp (AZT 300 mg + 3TC 150 mg) e 2cp (LPV/r 200/50 mg) 12/12 h	VO	4 semanas
HEPATITE B	Vacina	Esquema conforme situação vacinal	IM	0, 1, 6 meses
HEPATITE C	NÃO HÁ	--		--

Condutas no Caso de Estupro

PREVENÇÃO	MEDICAMENTO	DOSE	VIA	POSOLOGIA
Sífilis	Penicilina G Benzatina	2,4 milhões UI (1,2 milhões em cada nádega)	IM	Dose única
Gonorréia	Ofloxacina ou Ciprofloxacina	400 mg 500 mg	VO	Dose única
Clamidiose e cancro mole	Azitromicina	1 g	VO	Dose única
Tricomoníase	Metronidazol	2 g	VO	Dose única
VIH	AZT + 3TC + LPV/r	1cp (AZT 300 mg + 3TC 150 mg) e 2cp (LPV/r 200/50 mg) 12/12 h	VO	4 semanas
HEPATITE B	Vacina	Esquema conforme situação vacinal	IM	0, 1, 6 meses
HEPATITE C	NÃO HÁ	--		--
GESTAÇÃO	Progestágeno (Levonorgestrel)	0,75mg/cp	VO	2 cp dose única OU 1cp de 12/12hs
	Estrogéno (etinil estradiol) + Progestágeno (Levonorgestrel)	50µg + 250µg	VO	2 cps de 12/12hs OU 4 cps dose única
	Estrogéno (etinil estradiol) + Progestágeno (Levonorgestrel)	30µg + 150µg	VO	4 cps de 12/12hs OU 8 cps dose única

SIGLAS

ABC – Abacavir
ARV – Anti-retroviral
AZT – Zidovudina
BK – *Bacilo de Koch*
BU – Banco de Urgências
CMV – Citomegalovírus
Comp. - Comprimido
CPN – Consulta Pré-Natal
CTX - Cotrimoxazol
CV – Carga Viral
EFV – Efavirenz
EV – Endovenoso
HB – Hemoglobina
HDL - *High-density lipoprotein* (lipoproteína de alta densidade)
INLS – Instituto Nacional de Luta contra a SIDA
IO – Infecções Oportunistas
ITS - Infecção de Transmissão Sexual
LBM – Laboratório de Biologia Molecular
LDL - *low density lipoprotein* (lipoproteína de baixa densidade)
LN DNSP – Laboratório Nacional da Direcção Nacional de Saúde Pública
LT – Linfócitos Totais
NVP – Nevirapina
NTX - Neurotoxoplasmose
PAV – Programa Alargado de Vacinação
PCP - Pneumocistose
PCR – *Polymerase Chain Reaction* (reação em cadeia da polimerase)
PTV - Prevenção da Transmissão Vertical
RN – Recém-Nascido
SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Humana
SIRI – Síndrome Inflamatória da Reconstituição Imune
SP - Seropositivo
TARV – Terapia Anti-retroviral
TB – Tuberculose
TDF – Tenofovir

TGO – Aminotransferase Glutâmico Oxalacética

TGP – Aminotransferase Glutâmico Pirúvica

TP – Trabalho de Parto

TR – Teste Rápido

TV - Transmissão Vertical

US – Unidade de Saúde

VDRL - *Venereal Disease Research Laboratory* (teste não treponêmico)

VHB – Vírus da Hepatite B

VHC – Vírus da Hepatite C

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

VLDL - *Very Low Density Lipoprotein* (lipoproteínas de muito baixa densidade)

VO – Via Oral

3TC - Lamivudina