

Centro de Referência e Treinamento DST/Aids
Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo



Guia de Bolso
Definições de Casos de
Agravos de Notificação em
DST/HIV/Aids

São Paulo

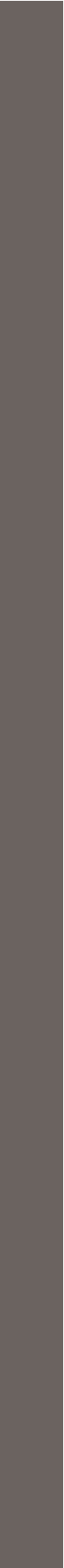
2012

Guia de Bolso

Definições de Casos de Agravos de Notificação em DST/HIV/Aids

Centro de Referência e Treinamento DST/Aids - SP
Coordenação do Programa Estadual de DST/Aids - SP
Coordenadoria de Controle de Doenças
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

2012



Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

**Coordenadoria de Controle de Doenças
Centro de Referência e Treinamento DST/Aids - SP
Coordenação do Programa Estadual de DST/Aids - SP
Divisão de Vigilância Epidemiológica**

**Guia de bolso
Definições de casos de agravos de
notificação em DST/HIV/Aids**

Aids em Adulto (13 anos e mais de idade)
Aids em Criança (menores de 13 anos de idade)
Gestante HIV +
Criança Exposta ao risco de transmissão vertical
Criança HIV + (menores de 13 anos de idade)
Adulto HIV + (com 13 anos e mais de idade)
Sífilis Congênita
Sífilis em Gestante
Sífilis Adquirida
Corrimento Uretral Masculino
Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico

São Paulo - SP
Abril - 2012

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo

Giovanni Guido Cerri

Coordenadoria de Controle de Doenças

Marcos Boulos – Coordenador

Centro de Referência e Treinamento DST/Aids – CRT-DST/Aids-SP

Coordenação do Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo

Maria Clara Gianna – Coordenadora

Rosa de Alencar Souza – Coordenadora Adjunta

Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”

Ana Freitas Ribeiro – Diretora Técnica

Gerência de Vigilância Epidemiológica do Programa Estadual de DST/Aids/CVE

Ângela Tayra

Organização e elaboração dessa edição

Carla Gianna Luppi, Carmen Silvia Bruniera Domingues e Maria Aparecida da Silva

Revisão do Texto

Ângela Tayra, Ana Lucia C. Monteiro, Luiza Harunari Matida, Márcia Cristina Polon do Carmo, Maria Lúcia Rocha de Mello, Marta Ramalho, Sara Romera da Silva, Solange E. C. Gomes e Wong Kuen Alencar.

Editores, CTP, Impressão e Acabamento

Imprensa Oficial do Estado de São Paulo

Cópias do Guia estão disponíveis na Vigilância Epidemiológica do Centro de Referência e Treinamento DST/Aids e no site www.crt.saude.sp.gov.br

Rua Santa Cruz, 81

04121-000 – São Paulo – SP

Fone/Fax: (11) 5539-3445 ou 5087-9864/9865

E-mail: epidemio@crt.saude.sp.gov.br

Disque DST/Aids: 0800-162550

Tiragem : 4.000 exemplares

Ficha Catalográfica

São Paulo, Centro de Referência e Treinamento DST/Aids.

Guia de bolso - Definições de casos de agravos de notificação em DST/HIV/Aids

São Paulo, 2012. 112 p.

Definições de caso de notificações

ISBN 9788 5997 921729

1. Sífilis 2. Sífilis Congênita 3. HIV/aids 4. Vigilância epidemiológica 5. São Paulo 6. DST



Índice

	Lista de figuras e quadros	6
	Siglas utilizadas	7
	Apresentação	9
	Introdução	11
	A vigilância epidemiológica das DST/Aids no estado de São Paulo	17
1.	Vigilância Epidemiológica da aids	21
1.1.	Aids em Adulto (13 anos ou mais)	22
1.2.	Aids em Criança (menores de 13 anos de idade)	38
1.3.	Protocolo para investigação dos casos de HIV/Aids em crianças	55
2.	Gestante HIV +	59
3.	Criança Exposta ao risco de Transmissão Vertical do HIV	65
4.	Vigilância Epidemiológica do HIV positivo assintomático	73
4.1.	HIV positivo assintomático em criança menor de 13 anos de idade	74
4.2.	HIV positivo assintomático em indivíduos com 13 anos ou mais de idade	80
5.	Vigilância Epidemiológica da Transmissão Vertical da Sífilis	85
5.1.	Sífilis em Gestante	86
5.2.	Sífilis Congênita	90
6.	Sífilis Adquirida em adulto/corrimento uretral em homens	97
7.	Acidente de trabalho com exposição à material biológico	101
	Referências	107

Lista de quadros e figuras:

Quadro 1	Principais sistemas de informação para busca ativa de casos da vigilância das DST/Aids	11
Quadro 2	Relação de doenças indicativas de aids critério CDC adaptado – aids adulto	17
Quadro 3	Métodos diagnósticos das doenças indicativas de aids em adultos pelo critério CDC adaptado	18
Quadro 4	Escala dos sinais, sintomas ou doenças do critério Rio de Janeiro/Caracas aids adulto	23
Quadro 5	Escala de sinais, sintomas ou doenças com a descrição detalhada do critério Rio de Janeiro/Caracas-aids adulto	24
Quadro 6	Contagem de Linfócitos T CD4+ definidora de imunodeficiência segundo a faixa etária contagem total e percentual	32
Quadro 7	Relação de doenças, sinais ou sintomas indicativos de aids de caráter leve	32
Quadro 8	Relação de doenças, sinais ou sintomas indicativos de aids de caráter moderado	33
Quadro 9	Relação de doenças, sinais ou sintomas indicativos de aids de caráter grave	34
Quadro 10	Sinais, sintomas ou doenças indicativas de aids de caráter leve	35
Quadro 11	Métodos diagnósticos das doenças, sinais ou sintomas indicativos de aids de caráter moderado	36
Quadro 12	Métodos diagnósticos das doenças, sinais ou sintomas indicativas de aids de caráter grave	39
Figura 1	Fluxo de Informação para notificação das doenças sexualmente transmissíveis (DST)/Aids no SNVE	11
Figura 2	Resumo da linha do tempo da vigilância epidemiológica das DST/Aids no estado de São Paulo	13
Figura 3	Resumo dos critérios de definição de caso de aids em adultos (13 anos ou mais de idade)	15
Figura 4	Resumo dos critérios de definição de casos de aids em criança (menor de 13 anos de idade)	30
Figura 5	Algoritmo para utilização de testes de quantificação de RNA viral – carga viral, visando à detecção da infecção pelo HIV em crianças com idade entre 1 e 18 meses, nascidas de mães infectadas pelo HIV	53
Figura 6	Resumo da vigilância da transmissão vertical do HIV	61
Figura 7	Principais fontes para a busca ativa de caso da transmissão vertical do HIV	61
Figura 8	Esquema resumo dos critérios de definição de casos	73

Siglas utilizadas

ACTG 076 - Protocolo 076 do Aids Clinical Trial Group

ARV - Antirretrovirais

AZT - Zidovudina

CDC - Centers for Disease Control and Prevention

DOU - Diário Oficial da União

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

DUM - Data da última menstruação

FNI - Ficha de Notificação e Investigação de Doenças Compulsórias

HCV - Hepatite pelo vírus tipo C

HBV - Hepatite pelo vírus tipo B

LDNC - Lista de Doenças de Notificação Compulsória

NIVE-CVE - Núcleo de Informação do Centro de Vigilância Epidemiológica

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PAP-VS - Programação das Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde

SC - Sífilis Congênita

SES - Secretaria de Estado de Saúde

SICLOM - Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

SICTA - Sistema de Informação dos Centros de Testagem e Aconselhamento

SIH - Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SIHIV - Sistema de Informação de HIV Soropositivo Assintomático

SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade

SINABIO - Sistema de Notificação de Acidentes Biológicos

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação Compulsória

SINASC - Sistema de Informações de Nascidos Vivos

SINDST - Sistema Informatizado de Notificação das DST

SISCEL - Sistema de Controle de Exames Laboratoriais

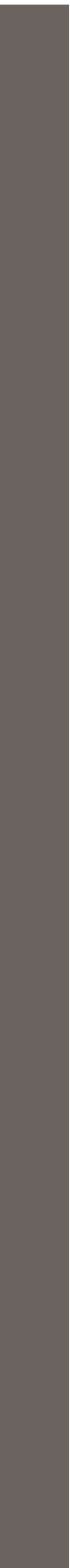
SNVE - Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SUS - Sistema Único de Saúde

SVE - Sistema de Vigilância Epidemiológica

TVHIV - Taxa de Transmissão Vertical do HIV

UNAIDS - Joint United Nations Program on HIV/AIDS



Apresentação

Este Guia de Bolso apresenta as definições de caso dos agravos de notificação das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e aids: aids em adulto e criança, gestante com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV, sífilis em gestante, sífilis congênita, corrimento uretral masculino, sífilis adquirida e acidente de trabalho com exposição à material biológico.

O objetivo principal deste guia é facilitar o acesso as informações técnicas, os procedimentos para a notificação e investigação dos agravos relativos às DST, infecção pelo HIV e aids. Conseqüentemente, contribuir para a qualificação das informações e redução da subnotificação.

Espera-se que esta publicação atenda as dúvidas e necessidades dos profissionais de saúde do estado de São Paulo que atuam direta ou indiretamente com a vigilância epidemiológica destes agravos, contribuindo desta forma para a melhoria da qualidade das informações e o controle das DST, infecção pelo HIV e aids.

***Maria Clara Gianna
Rosa de Alencar Souza***

Introdução

No Brasil o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) foi instituído em 1976, por meio da Lei 6.259/75¹ e do decreto 78.231/76². A constituição do SNVE, no Brasil, ocorreu impulsionada pela tendência do desenvolvimento de Sistemas de Vigilância Epidemiológica (SVE) no mundo, e a necessidade do controle das doenças epidêmicas de forma mais efetiva³. No estado de São Paulo a implantação do SVE, sob a responsabilidade da Secretaria de Estado de Saúde (SES), ocorreu em 1978⁴. Em 1985, após a realização de uma reforma administrativa da SES-SP, foi organizado o Centro de Vigilância Epidemiológica Dr. Alexandre Vranjac (CVE)⁴.

Em 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) incorporou o SNVE, por meio da Lei nº 8080 publicada no Diário Oficial da União (DOU) em 20/09/1990⁵.

Entende-se por vigilância epidemiológica:

“Um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos” (Lei 8080)⁵.

Para a vigilância a informação destina-se à tomada de decisões: Informação para a ação⁶. Das fontes de informação em vigilância uma das mais importantes é a notificação.

Segundo o Ministério da Saúde (MS)⁶ a notificação é:
“comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fins de adoção de medidas de intervenção pertinente (Brasil, MS, SVS, p.21)⁶ .

A última lista de doenças de notificação compulsória (LDNC) foi regulamentada pela Portaria nº 104 do MS publicada no DOU em 26 de janeiro de 2011⁷.

O instrumento utilizado para a notificação dos casos é a ficha de notificação e investigação (FNI). As fichas são digitadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação Compulsória (SINAN).

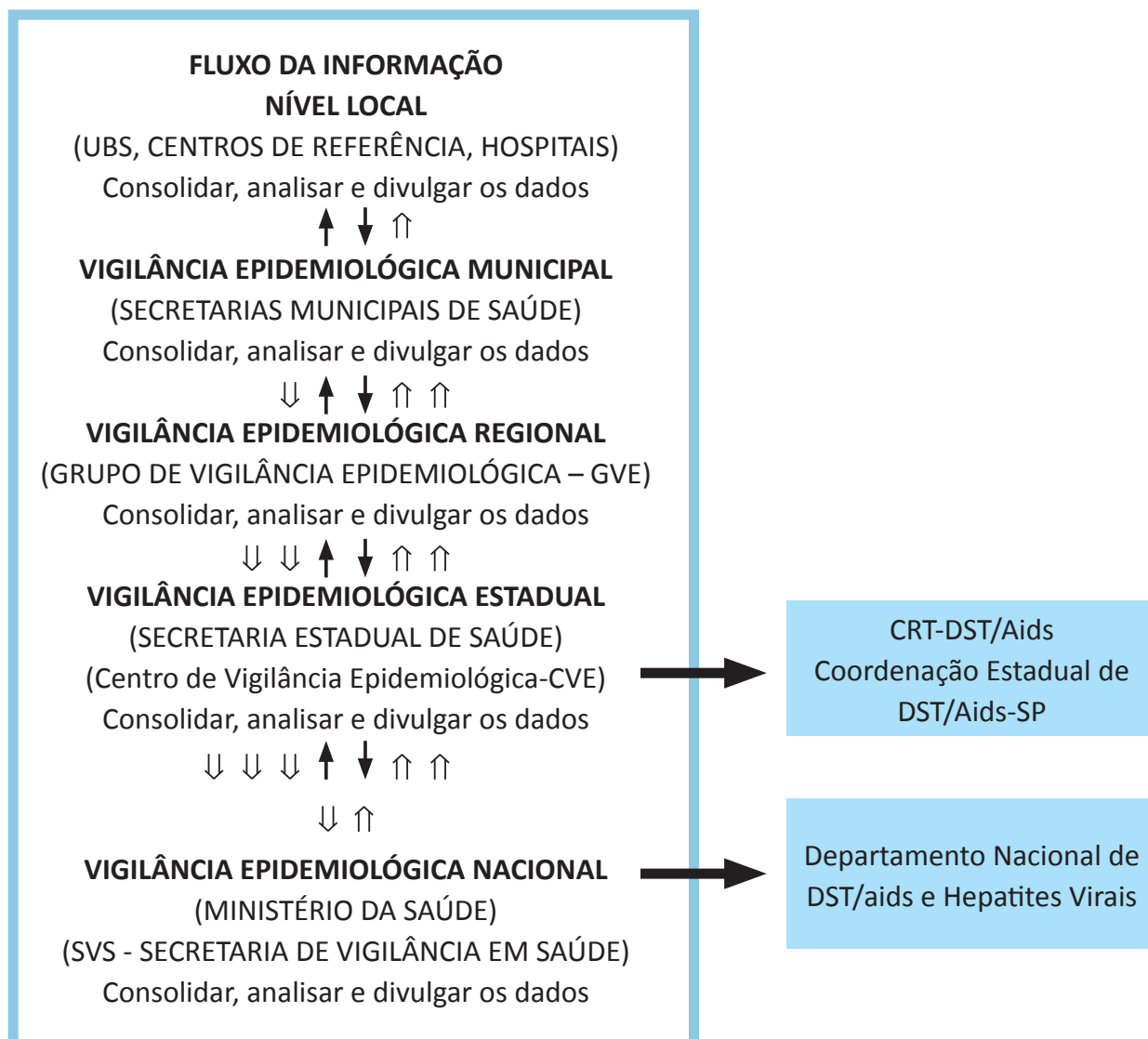
Assim como outros agravos de notificação compulsória, os casos de DST/Aids, também fazem parte da LDNC, e são digitados no SINAN. Os dados gerados são revisados (retirada de duplicidade, casos descartados, inconsistências) e analisados. As informações produzidas, além de permitir o monitoramento de indicadores de saúde, presentes no pacto pela saúde⁸, também subsidiam as ações de controle e prevenção das DST/Aids no Estado.

O envio das notificações para o nível federal segue um fluxo já estabelecido, descrito na Figura 1. As vigilâncias municipais, regionais, estaduais e nacionais tem a responsabilidade de analisar, consolidar e divulgar as informações geradas pelo SVE.

No Brasil, de acordo com a Portaria nº33, de 14 de julho de 2005⁹ em seu artigo 3º os profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e ensino, em conformidade com a Lei nº 6.259 de 30 de outubro de 1975¹, são obrigados a comunicar aos gestores do SUS a ocorrência de casos suspeitos ou confirmados de doenças de interesse nacional.

O caráter compulsório da notificação implica responsabilidades formais para todo cidadão. É uma obrigação inerente ao exercício da medicina, bem como de outras profissões na área da saúde.

Figura 1. Fluxo de Informação para notificação das DST/Aids no SVE-SP



Além da LDNC, FNI e o fluxo de informação, se faz necessário também o estabelecimento de normas técnicas capazes de uniformizar procedimentos e viabilizar a comparabilidade de dados e informações. Esta padronização é realizada por meio da definição de caso de uma doença ou agravo, que possibilita assim tornar comparáveis os critérios diagnósticos que regulam a entrada de caso no sistema^{10, 11}.

A definição de caso pode ser conceituada como:

“um conjunto de critérios que se utilizam para decidir se uma pessoa tem ou não uma particular doença ou apresenta um determinado evento adverso à saúde”
(Waldman, p. 19)¹¹.

A vigilância dos casos a serem notificados ocorre por meio do que chamamos de vigilância passiva e/ou ativa. Considera-se vigilância passiva aquela em que se baseia na notificação espontânea dos serviços que identificam os casos¹¹. Esta vigilância pode apresentar um maior risco de subnotificação, pois, depende da iniciativa dos profissionais e serviço. Já a vigilância ativa é realizada por meio de consultas a prontuários médicos, visitas a serviços de saúde e comunidades, e pesquisa de outros meios que possibilitem identificar casos que porventura possam não ter sido notificados¹².

Na vigilância das DST/Aids a vigilância ativa de casos é uma das principais estratégias para a redução da subnotificação. A existência de vários sistemas de informação em saúde (Quadro 1) e o estabelecimento de fluxos com laboratórios podem contribuir para a

busca ativa e conseqüentemente aumentar a captação de casos.

Para gerar informação para a ação é importante a notificação de todos os casos. Para tanto, é indispensável:

- A disponibilidade FNI em todos os serviços de saúde;
- Notificar o caso, ou seja, no momento do diagnóstico do agravo;
- Evitar atraso de notificação;
- Preencher adequadamente todos os campos da FNI para garantir a qualidade e a completude das informações;
- Observar o fluxo do sistema de informação, de acordo com os diferentes níveis da vigilância;
- Digitar os casos após uma análise crítica de todos os campos da ficha;
- Revisar periodicamente o banco de dados, buscando identificar possíveis inconsistências e não completude.

Quadro 1. Principais sistemas de informação para busca ativa de casos da vigilância das DST/Aids

Sistema	Nome do Sistema	Finalidade	Competência
SICTA	Sistema de Informação dos Centros de Testagem e Aconselhamento	Obter dados sobre indivíduos que se dirigem aos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) para realização de teste de HIV. Traz informações relevantes sobre subgrupos populacionais vulneráveis às infecções sexualmente transmissíveis.	MS Departamento Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais	Monitorar os procedimentos laboratoriais de contagem de linfócitos T CD4 +/CD8+ e quantificação da carga viral do HIV, para avaliação de indicação de tratamento e monitoramento de pacientes em terapia antirretroviral (TARV). Traz informações relevantes da contagem inicial de linfócitos TCD4+, para avaliar indicação de tratamento, bem como número médio anual de exames por paciente em TARV, entre outras.	MS Departamento Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos	Gerenciar a logística dos medicamentos antirretrovirais.	MS Departamento Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais
SIM	Sistema de informações sobre mortalidade	O sistema foi criado em 1976, a partir da implantação do modelo padronizado da Declaração de Óbito (DO) em todo o território nacional. Justificado não só para o atendimento de exigências legais, o SIM tem o objetivo principal de fornecer subsídios para traçar o perfil de mortalidade no País.	MS
SINASC	Sistema de informações de nascidos vivos	Obter dados sobre nascidos vivos (sexo, local onde ocorreu o nascimento, tipo de parto e peso ao nascer, entre outras). Por meio de documento padrão, que é a Declaração de Nascimento (DN).	MS
SIH	Sistema de informações hospitalares do SUS	O SIH apresenta informações relativas às principais causas de internações no Brasil, aos procedimentos mais frequentes realizados mensalmente em cada hospital, município e estado, entre outros. As informações são provenientes das autorizações de internação hospitalares (AIH).	MS

A vigilância epidemiológica das DST/Aids no estado de São Paulo

No Brasil, a aids e a sífilis congênita tornaram-se doenças de notificação compulsória por meio da Portaria do MS nº542 de 24 de dezembro de 1986¹³. No estado de São Paulo, além da notificação compulsória dos casos de aids, recomenda-se também a notificação dos casos de infecção pelo HIV assintomático desde 1994¹⁴.

Em 1999, no estado de São Paulo, passou a ser recomendada a notificação e acompanhamento de casos de acidentes ocupacionais envolvendo material biológico, sendo criado sistema de informação específico: Sistema de Notificação de Acidentes Biológicos – SINABIO. Essa recomendação baseou-se na comprovação da transmissão de infecção pelo HIV por acidente ocupacional, além da possibilidade de transmissão das hepatites virais pelo tipo B e C¹⁵. Em 2004 este agravo foi considerado de notificação compulsória, em todo o território nacional, para os serviços sentinelas (Portaria nº 777 do GM/MS de 28 de abril de 2004)¹⁶.

Em 2000, além de uma série de medidas já anteriormente implantadas, visando a redução da transmissão vertical da infecção do HIV, o Ministério da Saúde tornou compulsória a notificação de gestantes infectadas pelo HIV e de crianças expostas ao risco de transmissão vertical (Portaria nº 993 do GM/MS de 4 de setembro de 2000)¹⁷.

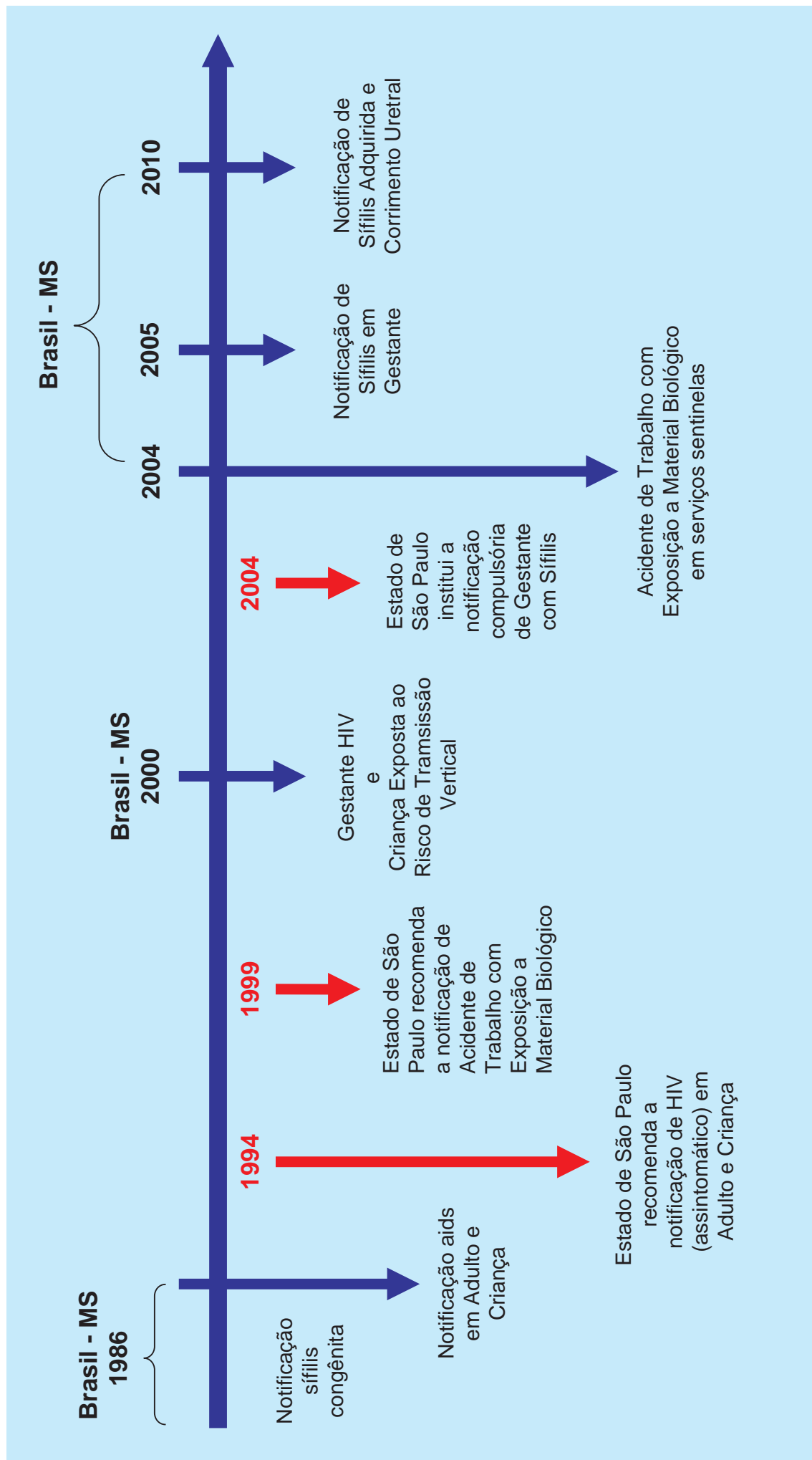
Em 2004, com o intuito de dar maior visibilidade à sífilis em gestante, bem como atingir a meta de eliminação da sífilis congênita, o estado de São Paulo tornou compulsória a notificação de sífilis em gestante por meio da resolução SS – 59 da SES de 22 de julho de 2004¹⁸. Em todo território nacional, a inclusão da sífilis em gestante

como doença/agravo de notificação compulsória ocorreu no ano de 2005 (Portaria nº33 do MS de 14 de Julho de 2005)⁹.

Em 2010, a sífilis adquirida e o corrimento uretral, passaram a fazer parte da LNDC (Portaria nº 2.472 do MS de 31 de agosto de 2010)¹⁹.

A linha do tempo da vigilância epidemiológica das DST/Aids no estado de São Paulo está apresentada na Figura 2.

Figura 2. Resumo da linha do tempo da vigilância epidemiológica das DST/Aids no estado de São Paulo



1. Vigilância Epidemiológica da Aids

Para fins de vigilância epidemiológica, os casos confirmados de aids devem ser notificados conforme critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS).

A primeira definição de caso de aids no Brasil foi publicada em 1987, baseada no documento do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) e, denominada de critério CDC modificado²⁰. Nos anos subsequentes, a definição de caso passou por diversas revisões e modificações e inclusão de dois outros critérios: Critério Rio de Janeiro/Caracas e Critério Óbito²⁰.

Desde o início da epidemia vários critérios para a definição de caso de aids em adulto e criança foram revistos com a finalidade de adequá-los aos avanços tecnológicos e a realidade brasileira, garantindo assim a notificação do caso o mais precoce possível²⁰. **A definição vigente**²⁰ no momento é de 2004, e estabelece **três** critérios de caso de aids em adulto e **dois** em criança:

Adulto (13 anos ou mais de idade):

- CDC adaptado;
- Rio de Janeiro/Caracas;
- Excepcional óbito.

Criança (menor de 13 anos de idade):

- CDC adaptado;
- Excepcional óbito.

A seguir estão descritos os critérios de definição de caso em adulto e criança para fins de notificação adotados pelo SVE da aids.

1.1. Aids em adulto (13 anos de idade ou mais) (CID: B24)

Na Figura 3 está apresentado o resumo dos critérios de definição de casos de aids em adulto.

Figura 3. Resumo dos critérios de definição de caso de aids em adultos (13 anos de idade ou mais)

CRITÉRIO CDC ADAPTADO

Existência de um teste de triagem reagente ou um confirmatório reagente ou dois testes rápidos diagnóstico positivos
+
Evidência de imunodeficiência:
Diagnóstico de pelo menos uma doença indicativa de aids
e/ou
Contagem de linfócitos T CD4+ <350 células/mm³

E/OU

CRITÉRIO RIO DE JANEIRO/CARACAS

Existência de um teste de triagem reagente ou um confirmatório reagente ou dois testes rápidos diagnóstico positivos
+
Somatório de pelo menos 10 pontos, de acordo com uma escala de sinais, sintomas ou doenças

OU

CRITÉRIO EXCEPCIONAL ÓBITO

Menção a aids/sida (ou termos equivalentes) em algum dos campos da Declaração de Óbito (DO)
+
Investigação epidemiológica inconclusiva e excluída outras causas de óbito
ou
Menção a infecção pelo HIV (ou termos equivalentes) em algum dos campos da DO, além de doença(s) associada(s) à infecção pelo HIV
+
Investigação epidemiológica inconclusiva e excluídas outras causas de óbito

Fonte: MS/SVS/PN de DST/Aids -2004²⁰

Critério 1: CDC adaptado

Definição de caso:

Todo indivíduo com 13 anos de idade ou mais que apresentar **evidência laboratorial de infecção pelo HIV e diagnóstico de imunodeficiência**, com presença de pelo menos uma doença indicativa de aids e/ou contagem de linfócitos TCD4+ abaixo de 350 células/mm³, independente da presença de outras causas de imunodeficiência²⁰.

A Nota Técnica N° 116/06/UIV/PN-DST/Aids/SVS/MS estabelece a evidência laboratorial do HIV empregada para fins de vigilância epidemiológica.

Evidência laboratorial de infecção pelo HIV para fins de vigilância epidemiológica:

- Uma amostra reagente em um teste de triagem para pesquisa de anticorpos anti-HIV; ou
- Uma amostra reagente em um teste confirmatório para pesquisa de anticorpos anti-HIV; ou
- Uma amostra reagente para pesquisa de anticorpos anti-HIV em dois testes rápidos.

São considerados testes de triagem para o diagnóstico da infecção pelo HIV, a detecção de anticorpos por meio dos testes: ELISA, EQL, ELFA, MEIA, CMIA*. Para os testes confirmatórios, são considerados: imunofluorescência in-

* *Diversas gerações de ensaio por imunoabsorbância ligado à enzima: ELISA - Ensaio imunoenzimático; MEIA-Ensaio imunoenzimático de micropartículas; EQL - Ensaio imunológico com revelação quimioluminescente e suas derivações; ELFA - Ensaio imunológico fluorescente ligado a enzima e; CMIA - Ensaio imunológico quimioluminescente magnético.*

direta, imunoblot, *Western Blot*, teste de amplificação de ácidos nucleicos como a NASBA e a PCR**.

No Quadro 2 estão listadas as doenças indicativas de imunodeficiência, de acordo com o critério CDC adaptado. Algumas das doenças indicativas de aids descritas necessitam de diagnóstico definitivo (confirmação laboratorial), já para outras basta o diagnóstico presuntivo, conforme descrito no Quadro 3²⁰.

** Resultado considerado reagente obtido através das seguintes metodologias: IFI - Imunofluorescência indireta; IB - Imunoblot; IBR - Imunoblot rapid; WB - Western Blot e; Outras metodologias registradas na ANVISA e validadas pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e controle das DST/Aids

Quadro 2. Relação de doenças indicativas de aids critério CDC adaptado – aids adulto²⁰

1. Câncer cervical invasivo;
2. Candidose de esôfago;
3. Candidose de traquéia, brônquios ou pulmões;
4. Citomegalovirose em qualquer outro local que não sejam fígado, baço e linfonodos;
5. Criptococose extrapulmonar;
6. Criptosporidiose intestinal crônica (período superior a um mês);
7. Herpes simples mucocutâneo (período superior a um mês);
8. Histoplasmose disseminada (localizada em quaisquer órgãos que não exclusivamente em pulmão ou linfonodos- cervical/hilares);
9. Isosporidiose intestinal crônica (período superior a um mês);
10. Leucoencefalopatia multifocal progressiva (vírus JC, um poliomavírus);
11. Linfoma não-Hodgkin de células B (fenótipo imunológico desconhecido) e outros linfomas dos seguintes tipos histológicos: Linfoma maligno de células grandes ou pequenas não clivadas (tipo Burkitt ou não-Burkitt) e Linfoma maligno imunoblástico sem outra especificação (termos equivalentes: sarcoma imunoblástico, linfoma maligno de células grandes ou linfoma imunoblástico);
12. Linfoma primário do cérebro;
13. Pneumonia por *Pneumocystis jiroveci* (antigo *Pneumocystis carinii*);
14. Qualquer micobacteriose disseminada em órgãos outros que não sejam o pulmão, pele ou linfonodos cervicais/hilares (exceto tuberculose ou hanseníase);
15. Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite);
16. Sepses recorrentes por bactérias do gênero *Salmonella* (não tifóide);
17. Toxoplasmose cerebral.

Fonte: MS/SVS/PN de DST/Aids -2004²⁰

Quadro 3. Métodos diagnósticos das doenças indicativas de aids em adultos pelo critério CDC adaptado

DESCRIÇÃO	DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO
Câncer cervical invasivo	Inspeção microscópica por histologia ou citologia em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido.	
Candidose de esôfago	Inspeção macroscópica por endoscopia ou necropsia; ou microscópica por histologia ou citologia de material obtido diretamente do tecido afetado.	Histórico de dor retroesternal à deglutição e candidose oral, de início recente, diagnosticada pela inspeção macroscópica de placas brancas removíveis em base eritematosa ou pela inspeção microscópica direta de material obtido da mucosa oral com achados característicos.
Candidose de traquéia, brônquios ou pulmões	Inspeção macroscópica por endoscopia ou necropsia; ou microscópica por histologia ou citologia de material obtido diretamente do tecido afetado.	
Citomegalovirose em qualquer outro local que não seja fígado, baço e linfonodos	Inspeção microscópica por histologia ou citologia; cultura ou detecção de antígeno em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido.	Retinite por citomegalovírus - aparência característica em exames oftalmológicos seriados (exemplo: discretas placas na retina com bordas distintas, progredindo de modo centrífugo, acompanhando os vasos sanguíneos, e freqüentemente associadas à vasculite retiniana, hemorragia e necrose). A resolução da doença ativa deixa cicatriz e atrofia com mosqueamento (mottling) do pigmento epitelial retiniano.
Criptococose extrapulmonar	Inspeção microscópica por histologia ou citologia; pesquisa direta ou cultura em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido; ou detecção de antígeno específico (sangue ou urina).	

continua

continuação **(Quadro 3)** Métodos diagnósticos das doenças indicativas de aids em adultos pelo critério CDC adaptado

DESCRIÇÃO	DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO
Criptosporidiose intestinal crônica (período superior a um mês)	Inspeção microscópica direta em fezes.	
Herpes simples mucocutâneo, por um período superior a 1 mês		Aparência característica de lesões úlcero crostosas persistentes, por um período superior a um mês, por vezes muito extensas, nas regiões perianal e genital. Prova terapêutica deverá ser considerada nos casos duvidosos.
Histoplasmose disseminada (localizada em quaisquer órgãos que não exclusivamente em pulmão ou linfonodos cervicais/hilares)	Inspeção microscópica por histologia ou citologia; pesquisa direta ou cultura em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido; ou detecção de antígeno específico (sangue ou líquido).	
Isosporidiose intestinal crônica (período superior a um mês)	Inspeção microscópica direta em fezes.	
Leucoencefalopatia multifocal progressiva (vírus JC, um poliomavírus)	Inspeção microscópica por histologia ou citologia em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido.	Tomografia computadorizada ou Ressonância Nuclear Magnética com múltiplas lesões hipodensas não captantes de contraste na substância branca subcortical do sistema nervoso central sem efeito de massa (edema).
Linfoma primário do cérebro	Inspeção microscópica por histologia ou citologia em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido.	

continua

continuação (**Quadro 3**) Métodos diagnósticos das doenças indicativas de aids em adultos pelo critério CDC adaptado

DESCRIÇÃO	DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO
<p>Linfoma não-Hodgkin de células B (fenótipo imunológico desconhecido) e outros linfomas dos seguintes tipos histológicos*:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Linfoma maligno de células grandes ou pequenas não clivadas (tipo Burkitt ou não-Burkitt) • Linfoma maligno imunoblástico sem outra especificação (termos equivalentes: sarcoma imunoblástico, linfoma maligno de células grandes ou linfoma imunoblástico) 	<p>Inspeção microscópica por histologia ou citologia em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido.</p>	
<p>Pneumonia por Pneumocystis jiroveci (antigo Pneumocystis carinii)</p>	<p>Inspeção microscópica direta em escarro (induzido ou não), em lavado broncoalveolar ou em outros fluidos do trato respiratório; ou por histologia ou citologia em material obtido diretamente do pulmão.</p>	<p>Histórico de dispnéia de esforço ou de tosse não produtiva com início nos últimos três meses associado à radiografia de tórax com evidência de infiltrado intersticial difuso bilateral e de hipoxemia (PaO₂ < 60 mmHg), na ausência de evidência de pneumonia bacteriana (prova terapêutica é suficiente).</p>
<p>Qualquer micobacteriose disseminada em órgãos outros que não sejam o pulmão, pele ou linfonodos cervicais/hilares (exceto tuberculose ou hanseníase)</p>	<p>Cultura de material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido.</p>	<p>Inspeção microscópica direta (pesquisa de bacilo álcool-ácido resistente - BAAR) em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos estéreis desse tecido (de órgãos outros que não sejam pulmão, pele ou linfonodos cervicais/hilares).</p>

continua

continuação (**Quadro 3**) Métodos diagnósticos das doenças indicativas de aids em adultos pelo critério CDC adaptado

DESCRIÇÃO	DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO
Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite)	Infecção pelo Trypanossoma cruzi documentada com reativação da doença de Chagas manifesta por diagnóstico parasitológico em fluidos corporais (pesquisa direta, xenodiagnóstico artificial ou hemocultura), associado à: - Meningoencefalite: imagem de lesão cerebral com efeito de massa (ressonância nuclear magnética ou tomografia computadorizada com ou sem injeção de meio de contraste - captação anelar) e/ou - Miocardite aguda: arritmias e/ou insuficiência cardíaca diagnosticadas eletrocardiograficamente e ecocardiograficamente.	
Sepse recorrente por bactérias do gênero Salmonella (não tifóide)	Hemocultura ou cultura de material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido.	
Toxoplasmose cerebral	Inspeção microscópica por histologia ou citologia em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido.	Histórico de início recente de síndrome clínica neurológica focal compatível com lesão intracraniana ou redução do nível de consciência associada à imagem de lesão cerebral com efeito de massa (ressonância nuclear magnética ou tomografia computadorizada com ou sem injeção de meio de contraste - captação anelar) e/ou sorologia (IG) falso negativa em 5 a 10% ou prova terapêutica positiva.

Fonte: MS/SVS/PN de DST/Aids -200420

* *Os linfomas de células T (fenótipo imunológico), de tipo histológico “não descrito” ou descrito como “ linfocítico”, “linfoblástico”, “células pequenas não clivadas” ou “linfoplasmocito., não estão incluídos*

Critério 2: Rio de Janeiro/Caracas

Definição de caso:

Todo indivíduo com 13 anos ou mais de idade que apresentar evidência laboratorial de infecção pelo HIV e uma somatória de pelo menos 10 pontos em uma escala de sinais, sintomas ou doenças, independente da presença de outras causas de imunodeficiência²⁰.

A Nota Técnica N° 116/06/UIV/PN-DST/Aids/SVS/MS estabelece a evidência laboratorial do HIV empregada para fins de vigilância epidemiológica.

Evidência laboratorial de infecção pelo HIV para fins de vigilância epidemiológica:

- Uma amostra reagente em um teste de triagem para pesquisa de anticorpos anti-HIV; ou
- Uma amostra reagente em um teste confirmatório para pesquisa de anticorpos anti-HIV; ou
- Uma amostra reagente para pesquisa de anticorpos anti-HIV em dois testes rápidos.

O Quadro 4 apresenta a escala com a pontuação para cada sinal, sintoma ou doença que determina o critério Rio de Janeiro/Caracas.

O Quadro 5 mostra a descrição detalhada da escala de sinais, sintomas ou doenças empregada na definição de caso aids critério Rio de Janeiro/Caracas.

Quadro 4. Escala dos sinais, sintomas, doenças do critério Rio de Janeiro/Caracas - aids adulto

Sinais / sintomas/ doenças	Pontos
Anemia e/ou Linfopenia e/ou Trombocitopenia	2
Astenia	2
Caquexia	2
Dermatite persistente	2
Diarréia	2
Febre	2
Linfadenopatia	2
Tosse	2
Candidose oral ou leucoplasia pilosa	5
Disfunção do sistema nervoso central	5
Herpes zoster em indivíduo com até 60 anos de idade	5
Tuberculose pulmonar, pleural ou de linfonodos localizados numa única região.	5
Outras formas de tuberculose	10
Sarcoma de Kaposi	10

Fonte: MS/SVS/PN de DST/Aids -2004²⁰

Quadro 5. Escala de sinais, sintomas ou doenças com a descrição detalhada do critério Rio de Janeiro/Caracas- aids adulto

SINAIS / SINTOMAS / DOENÇAS	DESCRIÇÃO	PONTO
Anemia e/ou Linfopenia e/ou Trombocitopenia	Anemia: hematócrito inferior a 30% em homens e 25% em mulheres; ou hemoglobina inferior a 6,80 mmol/L (menos de 11,0 g/dL) em homens e inferior a 6,20 mmol/L (menos de 10,0 g/dL) em mulheres. Linfopenia: contagem absoluta de linfócitos inferior a $1 \times 10^9/L$ (menos de 1.000 células/mm ³). Trombocitopenia: contagem de plaquetas inferior a $100 \times 10^9/L$ (menos de 100.000 células/mm ³).	2
Astenia	Por um período igual ou superior a um mês, excluída a tuberculose como causa básica.	2
Caquexia	Perda de peso involuntária superior a 10% do peso habitual do paciente com ou sem emaciação, excluída a tuberculose como causa básica.	2

continua

continuação (Quadro 5) Escala de sinais, sintomas ou doenças com a descrição detalhada do critério Rio de Janeiro/Caracas-aids adulto

Dermatite persistente	Lesões eczematosas localizadas ou generalizadas de evolução crônica, lesões papulovesiculosas disseminadas sem etiologia definida ou micoses superficiais de evolução crônica resistentes ao tratamento habitual.	2
Diarréia	Constante ou intermitente, por um período igual ou superior a um mês.	2
Febre	Igual ou superior a 38°C, de forma constante ou intermitente, por um período igual ou superior a um mês, excluída a tuberculose como causa básica.	2
Linfadenopatia	Maior ou igual a um centímetro acometendo dois ou mais sítios extra-inguinais, por um período igual ou superior a um mês.	2
Tosse	Tosse persistente associada ou não a qualquer pneumonia (exceto tuberculose) ou pneumonite, determinadas radiologicamente ou por qualquer outro método diagnóstico.	2
Candidose oral ou leucoplasia pilosa	Candidose oral: inspeção macroscópica de placas brancas removíveis em base eritematosa ou pela inspeção microscópica de material obtido da mucosa oral com achados característicos. Leucoplasia pilosa: placas brancas não removíveis na língua.	5
Disfunção do sistema nervoso central	Confusão mental, demência, diminuição do nível de consciência, convulsões, encefalite, meningites de qualquer etiologia conhecida (exceto a por <i>Cryptococcus neoformans</i>) ou desconhecida, mielites e/ou testes cerebelares anormais, excluídas as disfunções originadas por causas externas.	5
Herpes zoster em indivíduo com até 60 anos de idade	Lesões dermatológicas em diferentes fases de evolução, precedidas e/ou acompanhadas por dor, acometendo um ou mais dermatômos.	5
Tuberculose pulmonar, pleural ou de linfonodos. localizados numa única região	Tuberculose de linfonodos com localização única, pleural, pulmonar não especificada ou cavitária diagnosticada por padrão radiológico específico, inspeção microscópica (histologia ou citologia), cultura ou detecção de antígeno em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido.	5
Outras formas de tuberculose	Tuberculose de linfonodos localizados em mais de uma cadeia, disseminada, atípica ou extra-pulmonar diagnosticada por padrão radiológico específico (miliar, infiltrado intersticial, não cavitário) e/ou inspeção microscópica (histologia ou citologia), pesquisa direta, cultura ou detecção de antígeno em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido.	10
Sarcoma de Kaposi	Diagnóstico definitivo (inspeção microscópica: histologia ou citologia) ou presuntivo (reconhecimento macroscópico de nódulos, tumorações e/ou placas eritematosas/violáceas características na pele e/ou (mucosas).	10

Fonte: MS/SVS/PN de DST/Aids -2004²⁰

Critério 3: Excepcional óbito em indivíduos com 13 anos ou mais

Definição de caso:

Todo indivíduo com 13 anos ou mais de idade que apresentar em algum dos campos da declaração de óbito (DO) menção²⁰ a:

- **Aids/sida ou termos equivalentes** por exemplo, síndrome da imunodeficiência adquirida, imunodeficiência adquirida em algum dos campos de preenchimento e investigação epidemiológica inconclusiva; **ou**
- **Infecção pelo HIV ou termos equivalentes** em algum dos campos de preenchimento, além de doença(s) associada(s) à infecção pelo HIV e investigação epidemiológica inconclusiva, excluídas as causas externas.

Por investigação epidemiológica inconclusiva considera-se aquela em que, após a busca ativa em prontuários e outras fontes de informação, o caso não pôde ser descartado ou enquadrado em um dos critérios principais (CDC adaptado ou Rio Janeiro/Caracas), por não haver registro de dados suficientes²⁰.

Outras causas de imunodeficiência devem ser excluídas, como: a) tratamento prolongado com corticosteróides ou doses elevadas de corticosteróides (esquemas imunodepressores) três meses antes do início da doença indicativa de aids; b) outros tratamentos imunodepressores (quimioterapia antineoplásica, radioterapia, etc.); c) presença de pelo menos uma dessas doenças: doença de Hodgkin, leucemia linfocítica, mieloma múltiplo e qualquer outro câncer do tecido histiocítico ou linforeticular, ou linfadenopatia angioimunoblástica; d) síndrome de imunodeficiência genética (congenita)²⁰.

PERGUNTAS FREQUENTES

Notificação de aids em adulto (13 anos ou mais)

1. Qual é a **DATA DO DIAGNÓSTICO** de aids em adulto?
A data do diagnóstico de aids é a data em que foi preenchido pela primeira vez um dos critérios de definição de caso, incluindo a necessidade da evidência laboratorial do HIV.

Importante:

- *O caso definido pelo critério óbito terá a data do diagnóstico igual à data do óbito.*
- *Nos casos em que o critério foi o valor da contagem de linfócitos T CD4+ abaixo de 350mm³ células, a data do diagnóstico será a data da coleta do exame que apresentou este valor.*
- *No critério Rio de Janeiro/Caracas a data do diagnóstico será a data em que a somatória atingir 10 pontos.*
- *No critério CDC adaptado a data do diagnóstico será a data em que o indivíduo apresentar a doença definido-ra do critério.*
- *Caso haja reclassificação da notificação do critério óbito para algum outro critério principal, a data do diagnóstico deverá ser retificada, assim como o preenchimento do campo critério óbito.*

2. Qual é a **DATA DE NOTIFICAÇÃO** do caso de aids em adulto?

A data de notificação é a data de preenchimento da ficha de notificação e investigação do caso. Por exemplo: Mesmo se for detectado um caso aids antigo não notificado, a data de notificação deverá SEMPRE corresponder a data de preenchimento da ficha.

3. Qual é a data da **EVIDÊNCIA LABORATORIAL DO HIV** para casos de aids em adulto?

A data da evidência laboratorial de infecção pelo HIV será a data da coleta da primeira amostra de sangue reagente em um teste de triagem ou confirmatório ou em dois testes rápidos.

4. No **CRITÉRIO RIO DE JANEIRO/CARACAS**, deve-se considerar na pontuação a história clínica do paciente? *Sim, para a somatória da pontuação deverá ser considerada toda a história clínica do paciente documentada, ou seja, devem-se somar todos os pontos relativos às doenças que ele teve ao longo do seu acompanhamento.*

5. Em que momento deve ser feita a notificação de um caso por **CRITÉRIO ÓBITO**?

A declaração de óbito deverá desencadear a investigação do caso de aids com a finalidade de obtenção de informações que permitam notificar o caso pelo critério CDC adaptado e/ou Rio de Janeiro/Caracas. O critério óbito deverá ser utilizado apenas nos casos que ao final da investigação do óbito não possa ser enquadrado em nenhum dos demais critérios de definição de caso de aids vigente.

6. Se **NA INVESTIGAÇÃO DO CASO**, desencadeada a partir da DO que apresenta causa básica aids, for constatada a ausência da evidência da infecção pelo HIV, devo notificar o caso de aids com o critério óbito?

Não, se na investigação do caso (consulta a prontuários, equipe médica, exames laboratoriais), forem identificadas causas de imunodeficiência, mas sem evidência laboratorial da infecção pelo HIV ou aids, será necessário verificar a possibilidade de erro no preenchimento da DO.

7. Um indivíduo **COM DIAGNÓSTICO DE INFECÇÃO PELO HIV**, mas que não preenche os critérios de definição de caso deve ser notificado?

Sim, no estado de São Paulo é recomendada a notificação dos casos de infecção pelo HIV assintomático (que não preenche os critérios de definição de caso de aids) e neste caso a data do diagnóstico será a data da coleta do exame reagente que confirmou o caso como HIV.

Importante: Quando o caso notificado de infecção pelo HIV preencher os critérios de caso de aids deve-se preencher uma **nova ficha** de notificação **com um número novo** de SINAN.

8. Se a **CONTAGEM DE LINFÓCITOS T CD4+** for igual a 350 células por mm^3 posso notificar como aids?

*Não, a definição de caso especifica o critério com a contagem de LINFÓCITOS T CD4+ **menor que 350 células**, portanto, somente com 349 células ou menos preencherá o critério. Salientando que mesmo a introdução do tratamento antirretroviral (TARV) não atende à definição de caso, e poderá permanecer na condição de infecção por HIV por muito tempo.*

9. No critério Rio de Janeiro/Caracas se a **SOMATÓRIA DE PONTOS** for igual a 9 (nove) deve-se notificar como aids?

Não, a definição de caso determina que seja caso de aids quando o indivíduo apresentar uma somatória de 10 ou mais pontos.

10. Como saber se um indivíduo **JÁ FOI NOTIFICADO** por outro serviço?

Se você tiver uma forte suspeita que este caso de aids já foi notificado em outro serviço, faça contato com a

VE municipal ou regional. Caso não haja esclarecimento oportuno notifique o caso.

11. Como proceder no caso de aids com relato de **CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO TRANSFUSÃO SANGUÍNEA?**

*Diante do relato que a infecção ocorreu por meio de transfusão de sangue, o profissional deverá proceder a uma investigação mais detalhada sobre a história epidemiológica do paciente. Se esta história epidemiológica indicar o nexo causal, e outras categorias de exposição forem descartadas, além da notificação, os responsáveis da VE municipal/regional/CRT-PEDST/Aids deverão ser **imediatamente** comunicados. A VE irá se encarregar de desencadear o processo de investigação de casos de doenças por transmissão sanguínea em conjunto a vigilância sanitária.*

12. Como posso **ENCONTRAR A FICHA DE NOTIFICAÇÃO** de caso de aids em Adulto?

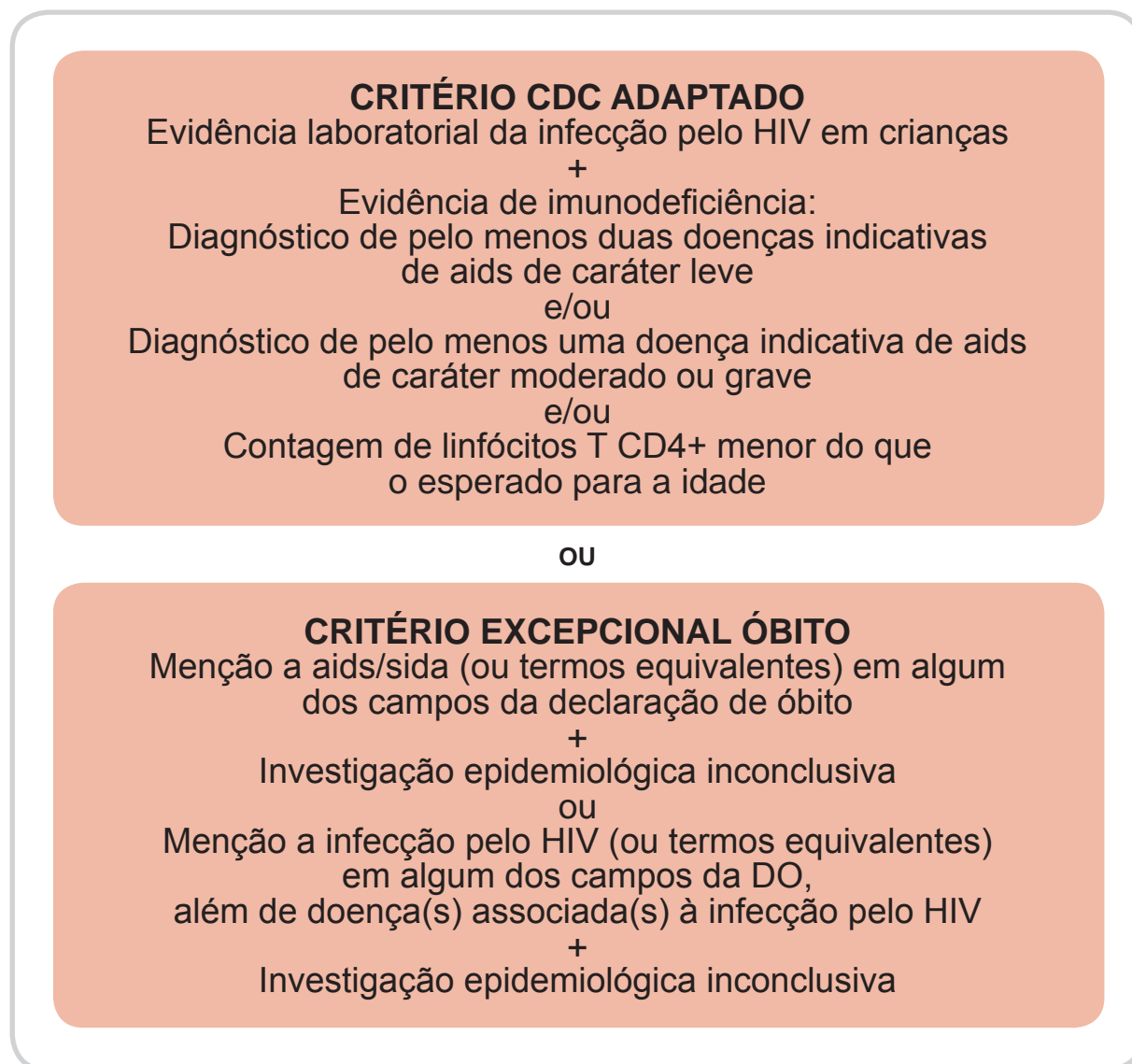
A ficha de notificação de Aids em adulto encontra-se disponível nos sites:

- Coordenação Estadual de DST/aids de São Paulo: www.crt.saude.sp.gov.br (estrutura-gerência de vigilância epidemiológica – fichas de notificação).*
- Centro de Vigilância Epidemiológica: www.cve.saude.sp.gov.br.*
- Departamento Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais – www.aids.gov.br ou <http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/vig.epidemiologica/fichas-de-notificacao/aidsadulto.pdf>.*

1.2. Aids em crianças (menores de 13 anos) (CID: B24)

O resumo dos critérios de definição de casos de aids em criança está apresentado na Figura 4.

Figura 4. Resumo dos critérios de definição de casos de aids em criança.



Fonte: MS/SVS/PN de DST/Aids -2004²⁰

Critério 1: CDC adaptado

Definição de caso:

Todo indivíduo com menos de treze (13) anos que apresentar evidência laboratorial de infecção pelo HIV e alguma evidência de imunodeficiência.

Segundo a Nota Técnica nº 116/06/UIV/PN-DST-AIDS/SVS para fins de vigilância epidemiológica considera-se **evidência laboratorial do HIV em crianças:**

- Menores de 18 meses de idade, expostas ao risco de transmissão vertical do HIV:

A criança é considerada infectada quando houver detecção de RNA viral plasmático acima de 10.000 cópias/ml ou detecção do DNA pró-viral, em duas amostras obtidas em momentos diferentes, após os dois meses de vida.

- Com 18 meses de idade ou mais, expostas ao risco de transmissão vertical do HIV:

Considera-se a criança infectada quando uma amostra de soro for reagente em um teste de triagem ou um confirmatório para pesquisa de anticorpos anti-HIV ou dois testes rápidos.

- Crianças de qualquer idade, em que a exposição ao HIV tenha ocorrido de outra forma que não a vertical:

O diagnóstico laboratorial de infecção pelo HIV será confirmado, quando uma amostra de soro for reagente em um teste de triagem ou um confirmatório para pesquisa de anticorpos anti-HIV ou dois testes rápidos.

Para evidência de imunodeficiência em crianças considera-se²⁰:

- Contagem de linfócitos T CD4 + **menor** que o esperado para a idade da criança (Quadro 6); e/ou
- Diagnóstico de pelo menos **duas** doenças, sinais ou sintomas indicativos de aids de caráter leve (Quadro 7); e/ou
- Diagnóstico de pelo menos **uma** doença, sinal ou sintoma indicativo de aids de caráter moderado ou grave (Quadro 8 e 9).

O Quadro 10 apresenta a descrição detalhada das doenças, sinais ou sintomas indicativos de aids de caráter leve.

Em algumas das condições clínicas de caráter moderado ou grave é necessário, para a classificação correta das doenças, sinais ou sintomas, a realização de diagnóstico definitivo, em outras doenças, sinais ou sintomas aceita-se o diagnóstico presuntivo. Estas condições clínicas estão apresentadas detalhadamente nos Quadros 11 e 12.

Quadro 6. Contagem de linfócitos T CD4+ definidora de imunodeficiência segundo a faixa etária contagem total e percentual

FAIXA ETÁRIA	CONTAGEM TOTAL/ (%)
Inferior a 12 meses	<1.500 células por mm ³ (<25%)
1 a 5 anos	<1.000 células por mm ³ (<25%)
6 a 12 anos	< 500 células por mm ³ (<25%)

Fonte: MS/SVS/PN de DST/Aids -2004²⁰

Quadro 7. Relação de doenças, sinais ou sintomas indicativos de aids de caráter **leve**

Doenças, sinais ou sintomas indicativos de aids de caráter leve

1. Aumento crônico de parótida;
2. Dermatite persistente;
3. Esplenomegalia;
4. Hepatomegalia;
5. Linfadenopatia $\geq 0,5$ cm em mais de dois sítios (bilateral = 1 sítio);
6. Infecções persistentes ou recorrentes de vias aéreas superiores (otite média ou sinusite).

Fonte: MS/SVS/PN de DST/Aids -2004²⁰

Quadro 8. Relação de doenças, sinais ou sintomas indicativos de aids de caráter **moderado**

CARATER MODERADO
1. Anemia por mais de 30 dias;
2. Candidose oral resistente ao tratamento persistindo por mais de dois (2) meses em maiores de seis (6) meses de idade;
3. Diarréia recorrente ou crônica;
4. Febre persistente com duração superior a um mês;
5. Gengivo-estomatite herpética recorrente com mais de dois episódios em um ano;
6. Hepatite;
7. Herpes simples em brônquios, pulmões ou trato gastrointestinal antes de um mês de idade;
8. Herpes zoster, com pelo menos dois episódios distintos ou mais de um dermatomo acometido;
9. Infecção por citomegalovírus iniciada antes de um mês de idade;
10. Leiomiossarcoma;
11. Linfopenia por mais de 30 dias;
12. Meningite bacteriana, pneumonia ou sepse (um único episódio);
13. Miocardiopatia;
14. Nefropatia;
15. Nocardiose;
16. Pneumonia linfóide intersticial;
17. Toxoplasmose iniciada antes de um mês de idade;
18. Trombocitopenia por mais de 30 dias;
19. Tuberculose pulmonar;
20. Varicela disseminada.

Fonte: MS/SVS/PN de DST/Aids -2004²⁰

Quadro 9. Relação de doenças, sinais ou sintomas indicativos de aids de caráter grave

CARATER GRAVE

1. Candidose de esôfago;
2. Candidose de traquéia, brônquios ou pulmão;
3. Citomegalovirose em qualquer outro local que não seja fígado, baço ou linfonodos em maiores de um mês de idade; como a retinite por citomegalovírus;
4. Criptococose extrapulmonar;
5. Criptosporidiose com diarreia persistindo por um período superior a um mês;
6. Encefalopatia determinada pelo HIV;
7. Herpes simples em brônquios, pulmões ou trato gastrintestinal;
8. Herpes simples mucocutâneo, por um período superior a um mês em crianças com mais de um mês de idade;
9. Histoplasmose disseminada (localizada em quaisquer órgãos que não seja exclusivamente em pulmão ou linfonodos cervicais/hilares);
10. Infecções bacterianas graves, múltiplas ou recorrentes (pelo menos dois episódios no intervalo de 2 anos, confirmados bacteriologicamente): sepse, pneumonia, meningite, osteoartrites, abscessos em órgãos internos (excluindo otite média, abscessos de pele e mucosas e infecções relacionadas com o uso de catéter);
11. Isosporidiose intestinal crônica, por um período superior a um mês;
12. Leucoencefalopatia multifocal progressiva (vírus JC, um poliomavírus);
13. Linfoma não-Hodgkin de células B (fenótipo imunológico desconhecido) e outros linfomas dos tipos histológicos, linfoma maligno de células grandes ou pequenas não clivadas (tipo Burkitt ou não-Burkitt) ou Linfoma maligno imunoblástico sem outra especificação (termos equivalentes: sarcoma imunoblástico, linfoma maligno de células grandes ou linfoma imunoblástico);
14. Linfoma primário do cérebro;
15. Pneumonia por *Pneumocystis jiroveci* (*Pneumocystis carinii*);
16. Qualquer micobacteriose disseminada em órgãos outros que não o pulmão, pele ou linfonodos cervicais/hilares (exceto tuberculose ou hanseníase);
17. Sarcoma de Kaposi;
18. Sepse recorrente por bactérias do gênero *Salmonella* (não tifóide);
19. Síndrome de Emaciação (AIDS *Wasting Syndrome*);
20. Toxoplasmose cerebral em crianças com mais de um (mês de idade);
21. Tuberculose disseminada ou extrapulmonar.

Fonte: MS/SVS/PN de DST/Aids -2004²⁰

Quadro 10. Sinais, sintomas ou doenças indicativas de aids de caráter leve

SINAIS / SINTOMAS / DOENÇAS	DESCRIÇÃO
Aumento crônico de parótida	Aumento uni ou bilateral de parótida(s) por tempo superior a duas semanas, afastadas causas comuns dessa condição (cálculo ou estenose de ducto e parotidite epidêmica – caxumba).
Dermatite persistente	Dermatite persistente caracterizada por lesões eczematosas localizadas ou generalizadas de evolução crônica, lesões pápulo-vesiculosas disseminadas sem etiologia definida ou micoses superficiais de evolução crônica resistente ao tratamento habitual.
Esplenomegalia	Baço com tamanho superior ao esperado para a idade.
Hepatomegalia	Fígado com tamanho superior ao esperado para a idade.
Linfadenopatia	Linfadenomegalia maior do que 0,5 cm em mais de duas cadeias diferentes (bilateral = 1 sítio).
Infecções persistentes ou recorrentes de vias aéreas superiores (otite média ou sinusite)	Sinusite/otite crônicas com duração superior a dois meses, ou três ou mais episódios recorrentes em um ano.

Fonte: MS/SVS/PN de DST/Aids -2004²⁰

Quadro 11. Métodos diagnósticos das doenças, sinais ou sintomas indicativos de aids de caráter moderado

DESCRIÇÃO	DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO
Anemia por mais de 30 dias	Hemoglobina menor do que 8,0 g/dl.	
Candidose oral resistente ao tratamento por mais de dois meses em maiores de seis meses de idade	Inspeção microscópica de material obtido da mucosa oral com achados característicos	Inspeção macroscópica de placas brancas removíveis em base eritematosa
Diarréia recorrente ou crônica	Dois ou mais episódios de diarréia acompanhados por desidratação durante um período de dois meses.	

continuação (**Quadro 11**) Métodos diagnósticos das doenças, sinais ou sintomas indicativos de aids de caráter **moderado**

DESCRIÇÃO	DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO
Febre persistente com duração superior a um mês	Febre persistente, com duração superior a um mês, com temperatura axilar igual ou superior a 38o C.	
Gengivo-estomatite herpética recorrente com mais de dois episódios em um ano	Inspeção microscópica (histologia ou citologia), cultura ou detecção de antígeno em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido.	Aparência característica de lesões ulcerocrostosas recorrentes, por vezes muito extensas. Prova terapêutica deverá ser considerada nos casos duvidosos.
Hepatite	Microscopia (histologia ou citologia) em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido.	Evidência clínica e laboratorial de lesão hepática e aumento pronunciado - 10 a 50 vezes – das enzimas hepáticas.
Herpes simples em brônquios, pulmões ou trato gastrointestinal antes de um mês de idade.	Inspeção microscópica (por histologia ou citologia); cultura ou detecção de antígeno em material obtido diretamente da lesão muco cutânea.	
Herpes zoster, com pelo menos dois episódios distintos ou mais de um dermatomo acometido.	Lesões dermatológicas em diferentes fases de evolução, precedidas e/ou acompanhadas por dor, acometendo um ou mais dermatomos.	
Infecção por citomegalovírus (CMV) iniciada antes de um mês de idade	Evidência clínica e laboratorial (RNA ou DNA).	Evidência clínica e sorológica (IgM e IgG da mãe e recém-nascido).
Leiomiossarcoma	Inspeção microscópica (histologia ou citologia) em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido.	

continua

continuação (**Quadro 11**) Métodos diagnósticos das doenças, sinais ou sintomas indicativos de aids de caráter **moderado**

DESCRIÇÃO	DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO
Linfopenia por mais de 30 dias	Contagem absoluta de linfócitos T CD4+ inferior a 1.000/mm ³ .	
Meningite bacteriana, pneumonia ou sepse (um único episódio).	Cultura de material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido, hemocultura.	Meningite - quadro clínico de irritação meníngea, líquido turbido e avaliação celular compatível com infecção bacteriana. <u>Pneumonia</u> - síndrome respiratória aguda com ausculta e padrão radiológico compatíveis com comprometimento de parênquima e/ou de pleura. Sepse - presença de pelo menos dois dos seguintes critérios: febre (>38oC) ou hipotermia (<36oC); taquicardia (FC>90 bpm); taquipnéia (FR>20 irpm); leucocitose ou leucopenia- leucócitos > 12.000 cels/mm ³ ou 4.000 cels/mm ³ ou presença de > 10% de formas jovens (bastões).
Miocardiopatia	Definida por alterações no ecocardiograma. Frequentemente apresenta-se com sinais de insuficiência cardíaca congestiva, afastadas outras etiologias não infecciosas.	
Nefropatia	Inspeção microscópica (histologia ou citologia) em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido.	Proteinúria, com ou sem hematúria, e cilindrúria ao exame de urina e aumento do colesterol sérico.

continua

continuação (**Quadro 11**) Métodos diagnósticos das doenças, sinais ou sintomas indicativos de aids de caráter **moderado**

DESCRIÇÃO	DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO
Nocardiose	Padrão radiológico com nódulo(s) ou área(s) de consolidação com cavitação ou não, além de inspeção microscópica (Gram, Ziehl-Neelsen) e cultura de escarro ou de material obtido diretamente do tecido afetado.	
Pneumonia linfóide intersticial	Inspeção microscópica (histologia ou citologia) em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido.	Radiografia de tórax com evidência de infiltrado intersticial reticulonodular bilateral, com ou sem adenomegalia hilar, de duração de pelo menos dois meses, sem agente etiológico definido e ausência de resposta a tratamento antimicrobiano.
Toxoplasmose iniciada antes de um mês de idade	Evidência sorológica (IgM) e resposta terapêutica positiva.	Evidência clínica e sorológica (IgM e IgG da mãe e recém-nascido).
Trombocitopenia por mais de 30 dias	Contagem de plaquetas inferior a 100.000/mm ³	
Tuberculose pulmonar	Inspeção microscópica (histologia ou citologia), pesquisa direta, cultura ou detecção de antígeno em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido.	Tuberculose pulmonar diagnosticada por padrão clínico e radiológico sugestivos e/ou inspeção microscópica por pesquisa direta de BAAR em material obtido do trato respiratório.
Varicela disseminada	Lesões dermatológicas em diferentes fases de evolução.	

Fonte: MS/SVS/PN de DST/Aids -2004²⁰

Quadro 12. Métodos diagnósticos das doenças, sinais ou sintomas indicativas de aids de caráter grave

DESCRIÇÃO	DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO
Candidose de esôfago	Inspeção macroscópica, por endoscopia ou necropsia; ou microscópica por histologia ou citologia de material obtido diretamente do tecido afetado.	Histórico de dor retroesternal à deglutição e candidose oral de início recente diagnosticada pela inspeção macroscópica de placas brancas removíveis em base eritematosa ou pela inspeção microscópica direta de material obtido da mucosa oral com achados característicos.
Candidose de traquéia, brônquios ou pulmão.	Inspeção macroscópica, por endoscopia ou necropsia; ou microscópica por histologia ou citologia de material obtido diretamente do tecido afetado.	
Citomegalovirose em qualquer outro local que não seja fígado, baço ou linfonodos, em maiores de um mês de idade.	Inspeção microscópica (histologia ou citologia), cultura ou detecção de antígeno em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido.	Aparência característica em exames oftalmológicos seriados (exemplo: discretas placas na retina com bordas distintas, progredindo de modo centrífugo, acompanhando os vasos sanguíneos, e freqüentemente associadas à vasculite retiniana, hemorragia e necrose). A resolução da doença ativa deixa cicatriz e atrofia com mosqueamento (<i>mottling</i>) do pigmento epitelial retiniano

continuação (**Quadro 12**) Métodos diagnósticos das doenças, sinais ou sintomas indicativas de aids de caráter **grave**

DESCRIÇÃO	DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO
Criptococose extrapulmonar	Inspeção microscópica por histologia ou citologia; pesquisa direta ou cultura em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido; ou detecção de antígeno específico (sangue ou urina).	
Criptosporidiose com diarreia persistindo por um período superior a um mês	Inspeção microscópica direta em fezes.	
Encefalopatia determinada pelo HIV		Pelo menos um dos seguintes achados com evolução progressiva, presentes por pelo menos dois meses, na ausência de outras causas que não a infecção pelo HIV: a) Perda de marcos (estágios) de desenvolvimento ou habilidade intelectual; b) Crescimento cerebral retardado ou microcefalia adquirida demonstrada por medidas da circunferência da cabeça ou atrofia cerebral demonstrada por tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética (estudos seriados são necessários em menores de dois anos de idade); e c) Déficits motores adquiridos simétricos manifestos por pelo menos dois dos seguintes sinais: paresia, tônus anormal, reflexos patológicos, ataxia ou distúrbio da marcha.

continua

continuação (**Quadro 12**) Métodos diagnósticos das doenças, sinais ou sintomas indicativas de aids de caráter **grave**

DESCRIÇÃO	DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO
Herpes simples em brônquios, pulmões ou trato gastrointestinal.	Inspeção microscópica (por histologia ou citologia), cultura ou detecção de antígeno em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido.	
Herpes simples mucocutâneo, por um período superior a um mês em crianças com mais de um mês de idade.	Inspeção microscópica (por histologia ou citologia); cultura ou detecção de antígeno em material obtido diretamente da lesão mucocutânea.	Aparência característica de lesões ulcerocrostosas persistentes, por um período superior a um mês, por vezes muito extensas, nas regiões perianal e genital. Prova terapêutica deverá ser considerada nos casos duvidosos.
Histoplasmose disseminada (localizada em quaisquer órgãos que não seja exclusivamente em pulmão ou linfonodos cervicais/hilares)	Inspeção microscópica (por histologia ou citologia); pesquisa direta ou cultura em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido; ou detecção de antígeno específico (sangue ou líquido).	
Infecções bacterianas graves e recorrentes (pelo menos dois episódios no intervalo de dois anos, confirmados bacteriologicamente): sepsse, pneumonia, meningite, osteoartrite, abscessos de órgãos internos.	Qualquer combinação de pelo menos duas dessas infecções confirmadas por cultura de material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido.	

continua

continuação (**Quadro 12**) Métodos diagnósticos das doenças, sinais ou sintomas indicativas de aids de caráter **grave**

DESCRIÇÃO	DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO
Isosporidiose intestinal crônica, por um período superior a um mês.	Inspeção microscópica direta em fezes.	
Leucoencefalopatia multifocal progressiva (vírus JC, um poliomavírus).	(Inspeção microscópica por histologia ou citologia) em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido.	Tomografia Computadorizada ou Ressonância Nuclear Magnética com múltiplas lesões hipodensas não captantes de contraste na substância branca subcortical do sistema nervoso central sem efeito de massa (edema).
Linfoma não-Hodgkin de células B (fenótipo imunológico desconhecido) ² e outros linfomas dos seguintes tipos histológicos: -Linfoma maligno de células grandes ou pequenas não clivadas (tipo Burkitt ou não-Burkitt); -Linfoma maligno imunoblástico sem outra especificação (termos equivalentes: sarcoma imunoblástico, linfoma maligno de células grandes ou linfoma imunoblástico).	Inspeção microscópica (histologia ou citologia) em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido.	
Linfoma primário do cérebro	Inspeção microscópica por histologia ou citologia em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido.	

continua

continuação (**Quadro 12**) Métodos diagnósticos das doenças, sinais ou sintomas indicativas de aids de caráter **grave**

DESCRIÇÃO	DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO
Pneumonia por <i>Pneumocystis jiroveci</i> (<i>Pneumocystis carinii</i>)	Inspeção microscópica direta em escarro (induzido ou não), em lavado broncoalveolar ou em outros fluidos do trato respiratório; ou por histologia ou citologia em material obtido diretamente do pulmão.	Histórico de dispnéia de esforço ou de tosse não produtiva com início nos últimos três meses associado à radiografia de tórax com evidência de infiltrado intersticial difuso bilateral e de hipoxemia (PaO ² < 60 mmHg), na ausência de evidência de pneumonia bacteriana (prova terapêutica suficiente).
Qualquer micobacteriose disseminada em órgãos outros que não o pulmão, pele ou linfonodos cervicais/hilares (exceto tuberculose ou hanseníase).	Cultura de material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido.	Inspeção microscópica direta (pesquisa de bacilo álcool-ácido resistente - BAAR) de fezes, de material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos estéreis desse tecido (de órgãos outros que não sejam o pulmão, pele ou linfonodos cervicais/hilares).
Sarcoma de Kaposi	Inspeção microscópica (histologia ou citologia) em material obtido diretamente do tecido afetado.	Reconhecimento macroscópico de nódulos, tumorações ou placas eritematosas ou violáceas características na pele e/ou mucosas por profissional experiente.
Sepse recorrente por bactérias do gênero <i>Salmonella</i> (não tifóide)	Hemoculturas ou cultura de material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido.	

continua

continuação (**Quadro 12**) Métodos diagnósticos das doenças, sinais ou sintomas indicativas de aids de caráter **grave**

DESCRIÇÃO	DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO
Síndrome de Emaciação (AIDS <i>Wasting Syndrome</i>)		a) Perda involuntária e persistente de peso superior a 10% do peso habitual ou alteração na curva de crescimento de dois quartis acompanhada por diarréia crônica caracterizada por pelo menos duas evacuações diarréicas por dia por mais de 30 dias; e b) Astenia crônica acompanhada por febre com duração superior a um (mês (intermitente ou constante
Toxoplasmose cerebral em crianças com mais de um mês de idade	Inspeção microscópica (histologia ou citologia) em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido.	Histórico de síndrome clínica neurológica focal de início recente compatível com lesão intracraniana ou redução do nível de consciência associada à imagem de lesão cerebral com efeito de massa (ressonância nuclear magnética ou tomografia computadorizada com ou sem injeção de meio de contraste - captação anelar) e/ou sorologia ou prova terapêutica positiva.
Tuberculose disseminada ou extrapulmonar	Inspeção microscópica (histologia ou citologia), pesquisa direta, cultura ou detecção de antígeno em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido.	Tuberculose disseminada diagnosticada por padrão radiológico sugestivo (miliar, infiltrado intersticial não cavitário) e/ou inspeção microscópica por pesquisa de BAAR em material obtido do trato respiratório, ou tuberculose extrapulmonar diagnosticada em material obtido de tecido afetado.

Fonte: MS/SVS/PN de DST/Aids -2004²⁰

Critério 2: Excepcional Óbito em menores de 13 anos de idade

Definição de caso:

Todo o indivíduo com menos de 13 anos de idade em que a declaração de óbito (DO) faça menção a:

- **Aids/sida ou termos equivalentes** por exemplo, síndrome da imunodeficiência adquirida, imunodeficiência adquirida em algum dos campos de preenchimento, e investigação epidemiológica inconclusiva²⁰; ou
- **Infecção pelo HIV ou termos equivalentes** em algum dos campos de preenchimento, além de doença(s) associada(s) à infecção pelo HIV, e investigação epidemiológica inconclusiva, excluídas outras causas de óbito²⁰.

Por investigação epidemiológica inconclusiva considera-se aquela que, após a busca ativa em prontuários, o caso não puder ser descartado ou enquadrado no critério CDC adaptado, por ausência de registro de dados suficientes²⁰.

Outras causas de imunodeficiência devem ser excluídas, como: a) tratamento prolongado com corticosteróides ou doses elevadas de corticosteróides (esquemas imunodepressores) três meses antes do início da doença indicativa de aids; b) outros tratamentos imunodepressores (quimioterapia antineoplásica, radioterapia, etc.); c) presença de pelo menos uma dessas doenças: doença de Hodgkin, leucemia linfocítica, mieloma múltiplo e qualquer outro câncer do tecido histiocítico ou linforeticular, ou linfadenopatia angioimunoblástica; d) síndrome de imunodeficiência genética (congenita)²⁰.

1.3. Protocolo para investigação dos casos de HIV/Aids em crianças

No ano de 2010, no estado de São Paulo, foi implantada e recomendada a investigação de todos os casos de infecção de HIV pela transmissão vertical, por meio do instrumento “**Protocolo para investigação dos casos de HIV/Aids por transmissão vertical**”^{*21}.

O protocolo é composto por um questionário que procura investigar as possíveis causas envolvidas no processo de transmissão vertical do HIV. Foram incluídas questões socioeconômicas, demográficas e outras, que possibilitam analisar as situações de vulnerabilidade vivenciadas pela mãe e que podem interferir no diagnóstico para o HIV, assim como tratamento e, adesão das medidas preventivas e profiláticas²¹.

O protocolo deve ser preenchido em todos os casos de criança menor de 13 anos de idade infectada pelo HIV por transmissão vertical, com diagnóstico a partir de 2008.

O fluxo para o envio do instrumento é o mesmo estabelecido para os agravos de notificações (serviço de saúde → VE municipal → VE regional → VE do PEDST/Aids-SP).

O protocolo e o manual de preenchimento encontram-se disponíveis no site do Programa Estadual de DST/Aids (www.crt.saude.sp.gov.br), na página da Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual de DST/aids de São Paulo: www.crt.saude.sp.gov.br (estrutura-gerência de vigilância epidemiológica – fichas de notificação).

^{*} *Ofício Circular VE. Nº 039/ 2010 a respeito Protocolo de Investigação dos casos HIV/Aids por Transmissão Vertical.*

PERGUNTAS FREQUENTES

Notificação de aids em criança (menor de 13 anos de idade)

1. Qual é a **DATA DO DIAGNÓSTICO** de aids em criança?

A data do diagnóstico de aids é a data em que o critério de definição de caso foi preenchido pela primeira vez, incluindo a necessidade da evidência laboratorial do HIV.

Importante:

- *No caso preenchido pelo critério óbito a data do diagnóstico será a data do óbito*
- *Nos casos em que o critério foi a **contagem de linfócitos T CD4+** menor que o limite estabelecido segundo a idade da criança, a **data do diagnóstico** será a data da coleta do exame que apresentou este valor.*
- *Nos casos em que o critério foi o **CDC adaptado**, a **data do diagnóstico** será a data em que ocorreu o diagnóstico das doenças, sinais e sintomas que cumpriram o critério.*
- *No caso do critério **CDC adaptado** com duas doenças, sinais ou sintomas leves a **data do diagnóstico** será a data em que a criança apresentar a segunda doença, sinal ou sintoma leve.*

2. A criança é infectada pelo HIV e **NÃO CUMPRE** os critérios de definição de caso, devo notificar?

Sim, no estado de São Paulo é recomendada a notificação dos casos de infecção pelo HIV assintomático (que não preenche os critérios de definição de caso de aids) e, neste caso a data do diagnóstico será a data da coleta do exame reagente que confirmou o caso como HIV.

Importante: Quando o caso notificado de infecção pelo HIV preencher os critérios de caso de aids deve-se preencher uma nova ficha de notificação com um número novo de SINAN.

3. Quando a **CRIANÇA SE TORNAR ADULTA**, tenho que notificá-la na ficha de aids em adulto?

Não, a criança notificada como caso de aids com menos de 13 anos, não deverá ser notificada novamente quando adulta.

4. Se a criança infectada cumprir os critérios de definição de caso de aids **APÓS OS 12 ANOS DE IDADE**, que ficha de aids deve ser preenchida?

Os critérios de aids em criança são aplicados em criança com até 12 anos, 11 meses e 29 dias de idade, após deve ser preenchida a ficha de aids em adulto.

5. Na situação de **CRIANÇA ADOTADA**, qual **NOME DA MÃE** a ser especificado na ficha?

Uma vez que o que se quer com essa informação é a identificação para fins epidemiológicos, o nome que nos interessa é o da mãe biológica. Entretanto, recomenda-se, acrescentar entre parênteses o nome da mãe adotiva e acrescentar ao final “adotiva”. Caso o nome da mãe biológica for desconhecido ou ignorado, registrar apenas o nome da mãe adotiva e acrescentar ao final do nome o termo adotiva.

6. Após finalizar o preenchimento da ficha de notificação e investigação do caso de aids em criança, devo realizar **MAIS ALGUM PROCEDIMENTO?**

Sim, após o preenchimento da ficha é necessário ini-

ciar a investigação do caso e preenchimento do **protocolo para investigação dos casos de HIV/Aids por transmissão vertical**, com objetivo de identificar as oportunidades de prevenção perdidas, e subsidiar ações para evitar a ocorrência de novos casos de aids em crianças.

7. Uma criança de 10 meses com **CONTAGEM DE LINFÓCITOS T CD4+** de 1.400 células por mm³ deverá ser notificada?

*Sim, empregando-se o **critério CDC adaptado** esta criança apresenta contagem de linfócitos T CD4+ definidora da imunodeficiência (Quadro 6).*

8. Como posso **ENCONTRAR A FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO** para notificar a criança com aids?

A ficha de aids em criança menor de 13 anos encontra-se disponível nos sites:

- Programa Estadual de DST/aids de São Paulo: www.crt.saude.sp.gov.br (estrutura-gerência de vigilância epidemiológica – fichas de notificação).

- Centro de Vigilância Epidemiológica: www.cve.saude.sp.gov.br.

- Departamento Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais – www.aids.gov.br ou <http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/vig.epidemiologica/fichas-de-notificacao/aidscrianca.pdf> (acesso em 21/03/2012).

2. Gestante HIV (CID:Z21)

Definição de caso:

Toda gestante HIV+ (**incluída parturiente e puérpera**) em que for detectada a infecção por HIV ou que já tenha o diagnóstico confirmado de aids²².

Para fins de vigilância epidemiológica, a evidência laboratorial da infecção pelo HIV em gestantes segue os mesmos critérios da definição de caso de aids especificada na nota técnica Nº 116/06/UIV/PN-DST-aids/SVS/MS.

Evidência laboratorial de infecção pelo HIV será confirmada quando:

- Uma amostra reagente em um teste de triagem para pesquisa de anticorpos anti-HIV; ou
- Uma amostra reagente em um teste confirmatório para pesquisa de anticorpos anti-HIV; ou
- Uma amostra reagente para pesquisa de anticorpos anti-HIV em dois testes rápidos.

Importante: Em gestantes, parturientes e puérperas ao se utilizar apenas um teste rápido para a testagem, não é necessário esperar a realização de testes confirmatórios para instituir as medidas profiláticas²².

A passagem do HIV da mãe para o bebê pode ocorrer durante a gestação, o parto ou amamentação (inclusive aleitamento cruzado*). Aproximadamente 35% da transmissão ocorre durante a gestação, e 65% no parto. A amamentação contribui com um acréscimo no risco de transmissão de 7% a 22% por exposição (mamada). Quando não são realizadas todas as intervenções preconizadas pelos consensos clínicos, a taxa de transmissão vertical do HIV (TVHIV) pode atingir cerca de 25% dos recém-nascidos de gestantes HIV positivas, e este percentual pode ser reduzido a níveis entre 1 a 2 % com a aplicação de medidas adequadas, em momento oportuno, durante o pré-natal, parto e puerpério, como: o uso de drogas antirretrovirais (ARV) durante a gestação; utilização de zidovudina (AZT) injetável durante o trabalho de parto; realização de parto cesárea, quando indicado; AZT oral para o recém-nascido exposto e a não amamentação (inibição de lactação materna associada ao fornecimento de fórmula láctea até os seis meses de idade)²³.

“A detecção precoce do HIV nas gestantes e as medidas de intervenção adotada na tentativa de prevenir a transmissão vertical do HIV, evitando o surgimento de futuros casos de aids infantil, demandam o desencadeamento de ações de vigilância epidemiológica da infecção pelo HIV nas gestantes, parturientes e puérperas” (Brasil, MS, SVS, PNDST e aids, p.133)²⁴.

* Aleitamento cruzado – amamentação da criança por outra nutriz (“mãe de leite”).

A notificação da Infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical tornou-se compulsória a partir de setembro de 2000, por meio da Portaria Ministerial - GM/MS Nº 993¹⁷.

“A vigilância da infecção pelo HIV na gestante/parturiente/puérpera tem como objetivo conhecer o estado sorológico nessa população, para início oportuno da terapêutica materna e profilaxia da transmissão vertical. Além disso, visa acompanhar, continuamente, o comportamento da infecção entre gestantes e crianças expostas, para o planejamento e avaliação das medidas de prevenção e controle” (Brasil, MS, SVS, PNDST e aids, p.113)²².

É importante destacar que as **gestações das mulheres já sabidamente** infectadas pelo HIV, devidamente documentadas, **também deverão ser notificadas.**

PERGUNTAS FREQUENTES

Notificação de gestante/parturiente/puérpera infectada pelo HIV

1. Qual é a **DATA DE DIAGNÓSTICO** da gestante/parturiente/puérpera infectada pelo HIV?

A data de diagnóstico ocorre a partir de duas situações:

- Para gestante/parturiente/puérpera sabidamente HIV é: a data da última menstruação (DUM); ou data do exame de gravidez positivo; ou data que for referida no prontuário marcando a gestação.

- Para gestante/parturiente/puérpera que se descobre infectada pelo HIV durante o acompanhamento do pré-natal ou no momento do parto deverá ser considerada como data de diagnóstico a data da realização da coleta da sorologia anti-HIV.

2. Se uma mulher sabidamente infectada pelo HIV ficar **GRÁVIDA NOVAMENTE**, a gestação deverá ser notificada?

Sim, todas as gestações ocorridas após a infecção pelo HIV deverão ser notificadas. Portanto, se a mulher tiver três gestações todas deverão ser notificadas.

3. É necessário realizar a **NOTIFICAÇÃO DE GESTANTE INFECTADA PELO HIV** e a de aids também?

Sim, a notificação de gestante infectada pelo HIV não exclui a notificação do caso de aids se a mesma apresentar critérios de definição de caso de aids.

4. Nas situações em que a gestante já se encontra em tratamento para aids, como deve ser preenchido

do o campo em **USO DE ANTIRRETROVIRAIS PARA PROFILAXIA?**

A gestante que se encontra em uso de medicamentos para tratamento do HIV deve ser considerada como “em uso de antirretrovirais para profilaxia”. A data de início da profilaxia, nesta situação, será a data do início da gestação.

5- Como devo preencher o **CAMPO REALIZAÇÃO DE PRÉ-NATAL**, na ficha de notificação?

Neste campo deverá ser preenchido se a gestante iniciou o pré-natal independentemente do número de consultas.

6. Como deverá ser preenchido o campo de **USO DE ANTIRRETROVIRAIS** para profilaxia se a gestante não o utilizou regularmente no seguimento o pré-natal?

Será considerado como “uso de ARV” para profilaxia, desde que se tenha conhecimento que ela o utilizou em algum momento da gestação, independente da adesão.

7. Na **GESTAÇÃO GEMELAR** devo realizar duas notificações de gestante HIV?

*Não, deverá ser preenchida apenas **uma ficha** de gestante HIV. As crianças decorrentes desta gestação deverão ser notificadas em duas fichas separadas.*

8. Como posso **ENCONTRAR A FICHA DE NOTIFICAÇÃO** de gestante infectada pelo HIV?

A ficha de notificação de gestante infectada pelo HIV encontra-se disponível nos sites:

- Programa Estadual de DST/aids de São Paulo: www.crt.saude.sp.gov.br (estrutura-gerência de vigilância epidemiológica – fichas de notificação) ou <http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/vig.epidemiologica/fichas-de-notificacao/gestantehiv-.pdf>.
- Centro de Vigilância Epidemiológica – CVE: www.cve.saude.sp.gov.br.
- Departamento Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais – www.aids.gov.br (acesso em 21/03/2012) ou Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo www.crt.saude.sp.gov.br (vigilância epidemiológica – Instrumento de notificação) ou
- Centro de Vigilância Epidemiológica – CVE: www.cve.saude.sp.gov.br
- Departamento Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais – www.aids.gov.br

3. Criança Exposta ao Risco de Transmissão Vertical do HIV (CID: Z20.6)

Definição de Caso:

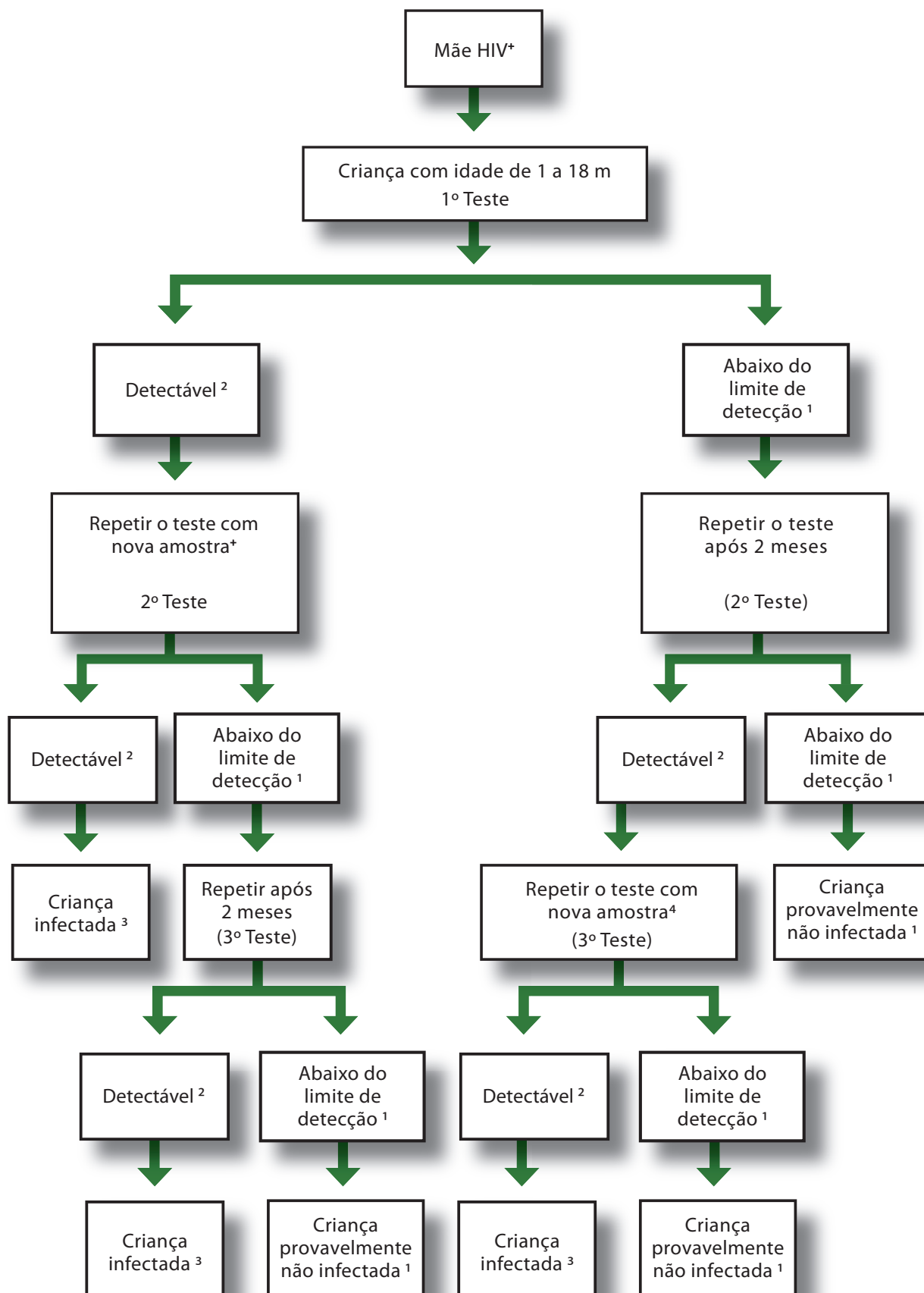
Toda criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV nascida de mãe infectada pelo HIV ou com aids; ou amamentada por mulher infectada pelo HIV ou com aids (inclui aleitamento cruzado*)²².

A Nota Técnica nº 116/06/UIV/PN-DST-AIDS/SVS define para fins de vigilância epidemiológica os **critérios para encerramento (Figura 5)** de caso de criança menor de 18 meses de idade exposta ao risco transmissão vertical do HIV.

- **Criança não infectada:** Apresentar duas amostras com resultados abaixo do limite de detecção, por meio da quantificação do RNA viral plasmático ou detecção do DNA pró-viral e sorologia anti-HIV negativa após os 12 meses de idade. As crianças consideradas como provavelmente não infectadas (presença de duas cargas virais indetectáveis antes dos 12 meses), devem manter o acompanhamento clínico e realizar a sorologia a partir dos 12 meses de idade, de acordo com as recomendações estabelecidas.
- **Criança infectada:** Apresentar resultados detectáveis em duas amostras de sangue de RNA viral plasmático acima de 10.000 cópias/ml ou detecção do DNA pró-viral, em duas amostras obtidas em momentos diferentes, após os dois meses de vida. As crianças expostas ao risco de transmissão vertical do HIV **quando encerradas como infectadas deverão também ser notificadas no SINAN como crianças HIV +.**

* Aleitamento cruzado – amamentação da criança por outra nutriz (“mãe de leite”)

Figura 5. Algoritmo para utilização de testes de quantificação de RNA viral – carga viral, visando a detecção da infecção pelo HIV em crianças com idade entre 1 e 18 meses, nascidas de mães infectadas pelo HIV



Fonte: MS/SVS/DN DST-Aids²²

Importante: Caso a criança tenha sido amamentada, o algoritmo apresentado na Nota Técnica nº 116/06/UIV/PN-DST-AIDS/SVS deverá ser iniciado dois meses após a suspensão do aleitamento materno, visando minimizar a ocorrência de resultados falso-negativos.

“A transmissão da infecção pelo HIV da mãe para o conceito, denominada transmissão vertical (TV), é decorrente da exposição da criança à infecção pelo HIV, durante a gestação, parto e/ou aleitamento materno ou aleitamento cruzado” (Brasil, MS,SVS,PNDST/Aids, p.96) ²².

A vigilância da criança exposta ao HIV materno é uma vigilância de oportunidade, subsidia o planejamento, monitoramento e controle das ações preventivas, bem como, a identificação de fatores de risco envolvidos na transmissão vertical do HIV e para a redução da morbimortalidade por aids.

Em 2011, a *Joint United Nations Programmes on HIV/Aids* (UNAIDS) lançou a proposta de **“Eliminação de Novas Infecções por HIV em crianças até 2015, mantendo as mães vivas”**. Esta proposta veio ao encontro das metas e ações do Plano do estado de São Paulo, na tentativa de atingir uma **“Geração Livre do HIV”**.

Em consonância com a Metas do Milênio da Organização Mundial da Saúde, o Brasil, por meio do Pacto da Saúde apresenta uma meta para a redução da incidência de aids em menores de cinco anos de idade (Prioridades III e IV), além do **“Plano de Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis”** em que se tem investido esforços para o alcance da meta de eliminação da transmissão vertical do HIV (dois casos infectados em 100 gestantes soropositivas) até 2015.

Investigação epidemiológica e fluxo de notificação da criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV

No roteiro de investigação epidemiológica, após a identificação do caso, é de extrema importância a completude e o correto preenchimento de todos os campos da ficha de notificação e investigação (FNI), principalmente os antecedentes epidemiológicos da mãe/nutriz, por se tratar de um evento de transmissão vertical.

Os casos de criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV podem ser captados nos serviços de saúde: unidades básicas de saúde, clínica de pré-natal, maternidades, clínica pediátrica, laboratórios, serviços de referência para DST/aids; por meio das fichas de notificação e/ou investigação de todas as gestantes/parturientes/puérperas infectadas pelo HIV²².

A ficha padronizada pelo Ministério da Saúde, disponibilizada no início de 2010, é o instrumento de notificação. A vigilância epidemiológica (VE) do Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo acrescentou alguns campos necessários para melhor caracterizar as crianças expostas, e para conhecimento do local de acompanhamento dos casos. Esta ficha deve ser preenchida e digitada no SINAN (apenas os campos disponíveis). Uma cópia da mesma deve ser enviada para a VE regional e, para a VE do Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo.*

* SES, CCD, PEDST/Aids-CRT DST/Aids. Ofício circular VE Nº 05/2010 de 18 de março de 2010.

PERGUNTAS FREQUENTES

Notificação de criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV

1. Qual é a **DATA DO DIAGNÓSTICO** da criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV?

A data do diagnóstico da criança exposta ocorre de acordo com a definição de caso:

- **Criança nascida de mãe infectada pelo HIV ou com aids:** a data de diagnóstico é igual a data de nascimento da criança;
- **Criança em aleitamento materno por nutriz infectada pelo HIV:** a data de diagnóstico é igual a data do início da amamentação.
- **Criança em aleitamento materno, cuja nutriz se tornou infectada pelo HIV durante a amamentação:** a data de diagnóstico da criança exposta será igual a data da sorologia da nutriz.

2. Posso **ENCERRAR** um caso de criança exposta ao HIV por transmissão vertical como **NÃO INFECTADA** apenas com um resultado de carga viral?

*Não, o encerramento do caso de criança exposta, classificada como não infectada, se dá com a realização de **duas cargas virais com resultados indetectáveis**, em momentos diferentes e **sorologia anti-HIV não reagente com coleta realizada a partir dos 12 meses de idade**.*

3. Os casos **ENCERRADOS COMO CRIANÇA INFECTADA** precisam ser notificados como casos de aids em criança?

*A notificação de criança exposta encerrada como criança infectada pelo HIV **não substitui** a notificação de caso HIV soropositivo assintomático, e a data de diagnóstico (será a data da segunda carga viral detectável). Quando esta criança, notificada como HIV soropositivo, posteriormente preencher o critério de definição de caso de aids em crianças, deverá ser preenchida uma nova ficha de notificação de aids, com data de diagnóstico de aids.*

4. Como proceder se a criança **MUDAR DE RESIDÊNCIA E/OU MUNICÍPIO** de tratamento antes do encerramento da ficha?

O serviço de saúde que notificou o caso da criança exposta deve entrar em contato com o serviço que acompanha a criança atualmente, para obter as informações dos exames laboratoriais (data das cargas virais e sorologia anti-HIV), e proceder ao encerramento do caso.

5. Até que **IDADE DEVO NOTIFICAR** a criança exposta ao risco de transmissão vertical pelo HIV?

*Deverão ser notificadas todas as crianças **EXPOSTAS** nascidas a partir de 2007, independente da idade atual. Recomenda-se que os casos com data de nascimento anterior a 2007, notificados no SINAN versão Windows®, mas com o encerramento em aberto, sejam encerrados e uma cópia da ficha com as informações atualizadas, deverá ser enviada à VE-(CRT-PE/DST/Aids).*

6. Após finalizar o preenchimento da ficha de notificação e investigação do caso de criança exposta como infectada, devo realizar **MAIS ALGUM PROCEDIMENTO?**

*Sim, após o preenchimento da ficha é necessário iniciar a investigação do caso e preenchimento do **protocolo para investigação dos casos de HIV/Aids por transmissão vertical**, com objetivo de identificar as oportunidades de prevenção do caso perdidas, para subsidiar ações para evitar a ocorrência de novos casos de aids em crianças.*

7. Qual é o **INSTRUMENTO DE NOTIFICAÇÃO** / investigação que deve ser utilizado?

A ficha de criança exposta ao HIV por transmissão vertical encontra-se disponível nos sites:

- Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo www.crt.saude.sp.gov.br (estrutura-gerência de vigilância epidemiológica – fichas de notificação) ou <http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/vig.epidemiologica/fichas-de-notificacao/criancaexpostahiv.pdf>.

4. Vigilância Epidemiológica do HIV Positivo Assintomático

No estado de São Paulo foi recomendada a notificação de casos de infecção assintomática pelo HIV, em adultos e crianças, desde 1994^{25,26}. A entrada de casos HIV soropositivos assintomáticos (adulto e criança), no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), utilizando-se a mesma ficha de investigação epidemiológica (FIE) definida para os casos de aids em adulto e criança, já é possível desde 2001.

4.1. HIV positivo assintomático em criança menor de 13 anos de idade

Definição de caso:

Toda criança HIV+ menor de 13 anos de idade que possui diagnóstico laboratorial de infecção pelo HIV e que: não apresente sinais, sintomas e doenças indicativas de imunodeficiência e/ou; não apresente contagem de linfócitos T CD4+ menor do que o valor esperado para a idade.

Segundo a Portaria SVS/MS Nº 151 considera-se o diagnóstico laboratorial de infecção pelo HIV em criança ^{24, 27}.

- **Em menores de 18 meses de idade expostas ao HIV por transmissão vertical:**

Considera-se criança infectada quando houver a presença de RNA viral plasmático detectável acima de 10.000 cópias/ml ou detecção do DNA pró-viral em duas amostras obtidas em momentos diferentes, após o segundo mês de vida.

- **Com 18 meses de idade ou mais exposta ao HIV por transmissão vertical ou de outra forma de transmissão que não a vertical:**

Considera-se a criança infectada pelo HIV quando uma amostra de soro for reagente em um teste de triagem e em um confirmatório, este diagnóstico deverá ser confirmado em uma segunda amostra que deverá constar como reagente em um teste de triagem para pesquisa de anticorpos anti-HIV; ou em dois testes rápido diagnóstico.

O algoritmo adotado pelo MS determina que para toda amostra reagente para o HIV, seja realizada a coleta de uma segunda amostra o mais rápido possível, que deverá passar pela repetição da primeira etapa de triagem sorológica (Etapa 1). Nos casos em que o diagnóstico laboratorial foi realizado por meio do teste rápido diagnóstico este procedimento não se faz necessário, já que a coleta e o exame serão realizados na presença do indivíduo.

A notificação do portador assintomático do HIV com menos de treze anos de idade é de extrema importância para eliminação da transmissão vertical do HIV, uma vez que a maior parte dos casos é decorrente desta via de transmissão. Em 2010, este agravo foi considerado um evento sentinela, sendo implantado o **“Protocolo para investigação dos casos HIV/aids por transmissão vertical”** com a finalidade de investigar **todos** os casos de criança HIV + e aids, diagnosticados a partir de 2008 no estado de São Paulo. Cada criança infectada pelo HIV por esta via de transmissão pode representar falha na identificação da gestante infectada pelo HIV ou na aplicação de medidas preventivas e profiláticas e deve ser notificada e investigada.*²⁸.

Os objetivos da vigilância do portador assintomático do HIV em crianças são: conhecer a magnitude e análise das tendências da epidemia; fornecer subsídios para o planejamento e avaliação das estratégias de prevenção e organização da assistência; e reduzir a morbimortalidade deste agravo.

* Disponível na internet: http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/vig.epidemiologica/protocolo-de-invest.-hiv-aids-por-t.-vertical/protocol_aval_tv_cria_hiv-aids_10.01.11.pdf.

Importante: A recomendação para a notificação do HIV positivo assintomático não exclui a notificação do caso de aids, quando este preencher os critérios de definição de caso, sendo necessário, por esta ocasião, o preenchimento de uma nova ficha com **um novo número de SINAN**.

A Figura 6 apresenta o resumo da vigilância da transmissão vertical da infecção pelo HIV e, na Figura 7 estão as principais fontes de informação para a busca ativa de casos de transmissão vertical do HIV.

Figura 6. Resumo da vigilância da transmissão vertical do HIV

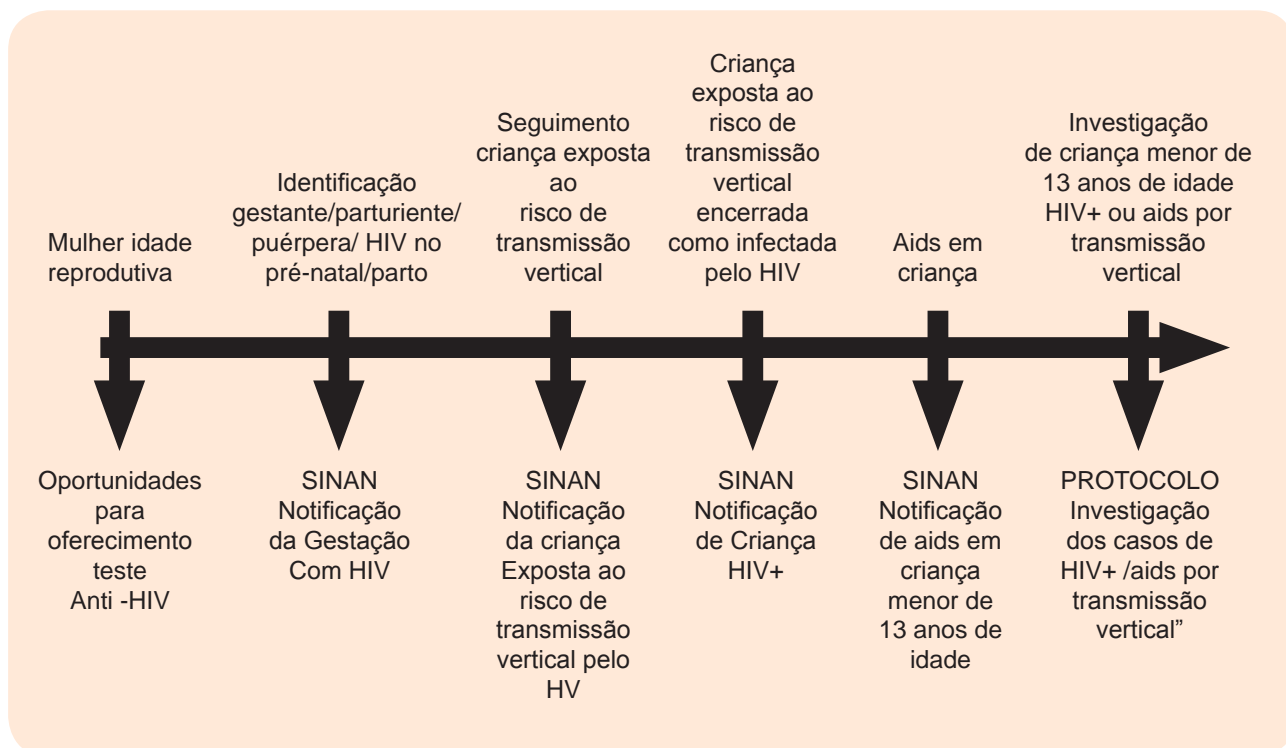
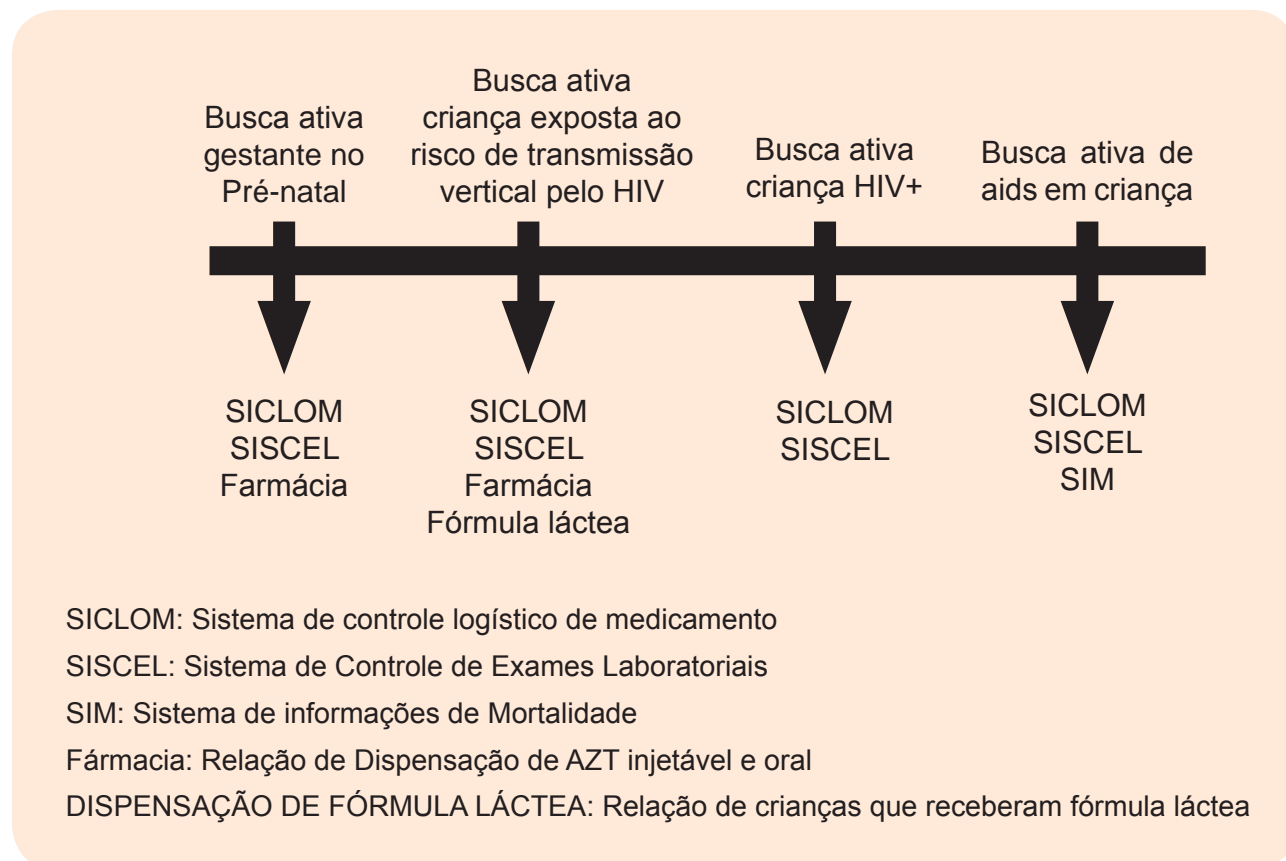


Figura 7. Principais fontes de informação para a busca ativa de caso da transmissão vertical do HIV



PERGUNTAS FREQUENTES

Notificação de criança HIV positivo

1. Qual é a **DIFERENÇA** entre caso de infecção pelo HIV e aids em criança?

A criança infectada com HIV é aquela assintomática que não apresenta sinais, sintomas e doenças indicativas de aids e/ou que apresenta contagem de linfócitos T CD4+ adequada para idade, ou seja, aquela que não preenche os critérios de definição de caso de aids.

2. Em que momento devo **NOTIFICAR** a infecção pelo HIV em criança?

A notificação deve ocorrer logo após a confirmação do diagnóstico laboratorial de infecção pelo HIV na criança.

3. Qual é a **DATA DE DIAGNÓSTICO** da infecção pelo HIV em criança?

A data de diagnóstico é a mesma do diagnóstico laboratorial para infecção pelo HIV:

- Crianças menores de 18 meses, infectada por transmissão vertical, a data de diagnóstico é a data da coleta da segunda carga viral detectável.
- Crianças maiores de 18 meses, infectada por transmissão vertical, a data de diagnóstico é a data da coleta da sorologia anti-HIV reagente.
- Crianças de qualquer idade cuja exposição ao HIV tenha sido outra forma de transmissão que não a vertical, a data de diagnóstico é a data da coleta da sorologia anti-HIV reagente.

4. Realizei a notificação de HIV em criança devo **NOTIFICAR** caso de aids?

*Sim, a criança notificada como caso de infecção pelo HIV, quando preencher os critérios de definição de caso de aids em menor de 13 anos, deverá ser novamente notificada em uma nova ficha, e com **novo número de SINAN**.*

5. Após finalizar o preenchimento da ficha de notificação e investigação do caso de criança HIV positiva devo realizar **MAIS ALGUM PROCEDIMENTO?**

*Sim, após o preenchimento da ficha é necessário iniciar a investigação do caso e preenchimento do **protocolo para investigação dos casos de HIV/Aids por transmissão vertical**, para subsidiar ações para evitar a ocorrência de novos casos de aids em crianças.*

6. Qual é a **FICHA DE NOTIFICAÇÃO** para a infecção pelo HIV em criança?

*A ficha de HIV em criança é a **mesma** utilizada para a notificação de aids em menor de 13 anos de idade e deverá ser digitada na mesma entrada da notificação de aids em criança.*

7. Como posso **ENCONTRAR A FICHA** para notificar a criança HIV positiva?

A ficha de Aids em Criança menor de 13 anos encontra-se disponível nos sites:

- Programa Estadual de DST/aids de São Paulo: www.crt.saude.sp.gov.br (estrutura-gerência de vigilância epidemiológica – fichas de notificação) ou <http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/vig.epidemiologica/fichas-de-notificacao/aidscrianca.pdf> (acesso em 21/03/2012).

- Centro de Vigilância Epidemiológica: www.cve.saude.sp.gov.br.

-Departamento Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais,.

4.2. HIV positivo assintomático em indivíduos com 13 anos ou mais

Definição de caso:

Todo adulto HIV positivo assintomático com 13 ou mais anos de idade que possui diagnóstico laboratorial de infecção pelo HIV e que não apresente critério de caso de aids.

Segundo a portaria SVS/MS Nº 151 considera-se o diagnóstico laboratorial de infecção pelo HIV ²⁷:

- uma amostra de soro reagente em um teste de triagem e em um confirmatório;
- e diagnóstico confirmado em uma segunda amostra que deverá constar como reagente em um teste de triagem para pesquisa de anticorpos anti-HIV; ou
- dois testes rápidos diagnóstico reagentes.

Importante: Segundo a Portaria nº 151 SVS/MS²⁷ os testes rápidos devem ser realizados imediatamente após a coleta da amostra, e o indivíduo orientado a aguardar o resultado no local da coleta.

Os objetivos da vigilância epidemiológica do portador assintomático do HIV com treze anos ou mais de idade são:
- conhecer as características da população de portadores assintomáticos do HIV para análise das tendências da epidemia; fornecer subsídios para o planejamento e avaliação das estratégias de prevenção; e organização da assistência.

A recomendação para a notificação do HIV positivo assintomático não exclui a notificação do caso de aids quando este preencher os critérios de definição de caso, sendo necessário, por esta ocasião, o preenchimento de uma nova ficha com um novo número de SINAN.

Procedimentos para compatibilização das notificações da infecção assintomática pelo HIV e caso de aids no SINAN:

1. A notificação deverá ser feita em dois momentos:

- Ao comprovar o diagnóstico laboratorial de infecção pelo HIV (de acordo com a Portaria 151 SVS/MS²⁷); e
- Ao preencher um dos critérios de definição de caso de aids de acordo com a definição de caso de aids estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

2. A digitação da ficha deverá ser feita em cada um desses momentos:

- No caso de notificação da infecção assintomática pelo HIV, a “**data de diagnóstico**” será a data da coleta da amostra que apresentou o diagnóstico laboratorial da infecção do HIV, de acordo com algoritmo do MS CN-DST/Aids.
- No caso de notificação de aids, a “**data de diagnóstico**” será a data em que foi preenchido pelo menos um dos critérios de definição de casos. Já o campo da evidência laboratorial do HIV, deverá ser preenchido com a data da coleta da amostra para realização da sorologia anti-HIV, cujo resultado foi reagente, de acordo com algoritmo do MS CN-DST/Aids .

3. Ao realizar a rotina de duplicidade deve-se:

- Nos casos de duas ou mais notificações de **infecção assintomática pelo HIV** considerar a notificação com “**data de diagnóstico**” mais antiga.
- Nos casos de duas ou mais notificações de caso de **aids** considerar aquela que apresenta a **data de diagnóstico mais antiga**.

- No caso de um mesmo indivíduo ser notificado tanto como infecção pelo HIV, como caso de aids, o procedimento recomendável é a utilização da opção **-não listar-** para que estes registros não constem no relatório de duplicidade. Ao retornar à tela **-rotina de duplicidade-**, esta notificação não será mais exibida no relatório, a menos que outra notificação do mesmo paciente seja incluída na base de dados (SINAN).

4. O fluxo dos dados:

- Deverá ser o mesmo que o da notificação de aids. O instrumento a ser utilizado para a notificação será a ficha de notificação/investigação de aids.

5. Ao realizar a análise dos dados:

- Ao analisar os dados da notificação de HIV positivo assintomático e aids deve-se ter o cuidado de fazer a seleção do **campo “critério” opção 901**, quando se pretender analisar apenas as notificações de **infecção assintomática pelo HIV. Para os casos de aids selecionar campo “critério” com todas as opções que incluem os critérios de definição de caso CDC adaptado, Rio de Janeiro / Caracas e óbito, lembrando que o código 900 corresponde aos casos descartados.**

Fonte: Sinan SVS/MS

PERGUNTAS FREQUENTES

Adulto HIV + Assintomático

1. Qual é a **DATA DO DIAGNÓSTICO** do adulto HIV positivo assintomático?

A data do diagnóstico do adulto HIV positivo assintomático é a data da coleta do exame que confirmou a infecção pelo HIV.

2. Devo notificar um caso de adulto **HIV POSITIVO** que chegou no serviço com aids (atende os critérios de definição de caso de aids)?

Não, os pacientes que chegam ao serviço com aids devem ser notificados somente como casos de aids.

3. Assim que realizo o diagnóstico de infecção pelo HIV devo **NOTIFICAR O CASO** ou aguardo a realização da primeira contagem de linfócitos T CD4+ para verificar se ele é um caso de aids?

Se o acompanhamento e realização dos exames forem próximos ao diagnóstico (prazo máximo de 30 dias), sugere-se aguardar o resultado da primeira contagem de linfócitos T CD4+ para definir qual o agravo de notificação (HIV ou aids), deverá ser preenchido na ficha. Se isto não for possível o caso deverá ser imediatamente notificado como HIV.

4. Se identificar um indivíduo que utiliza **ANTIRRETROVIRAL**, mas não preenche os critérios de definição de caso de aids, devo notificá-lo como HIV positivo?

Sim, alguns casos, a critério médico, o antirretroviral é utilizado mesmo antes dos pacientes preencherem os critérios de definição de caso de aids estabelecidos para fins de vigilância epidemiológica.

5. Identifica-se um caso de infecção pelo HIV na **DECLARAÇÃO DE ÓBITO**, e na investigação é verificado que ele não preenche os critérios de definição de caso de aids, inclusive o critério óbito, devo notificá-lo como infecção pelo HIV?

Sim, este caso será notificado como adulto HIV positivo se a investigação concluir que o óbito ocorreu em decorrência de outras causas que não aids.

6. Qual é a **FICHA DE NOTIFICAÇÃO** para a infecção pelo HIV em adulto?

*A ficha de HIV positivo em adulto é a **mesma** utilizada para a notificação de aids em adulto e deverá ser digitada na mesma entrada da notificação de aids em adulto.*

7. Como posso **ENCONTRAR A FICHA** para notificar o adulto HIV positivo?

A ficha de aids em adulto encontra-se disponível nos sites:

- Programa Estadual de DST/aids de São Paulo: www.crt.saude.sp.gov.br (estrutura-gerência de vigilância epidemiológica – fichas de notificação) ou <http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/vig.epidemiologica/fichas-de-notificacao/aidsadulto.pdf> (acesso em 21/03/2012).

- Centro de Vigilância Epidemiológica: www.cve.saude.sp.gov.br.

- Departamento Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais – www.aids.gov.br.

5. Vigilância Epidemiológica da Transmissão Vertical da Sífilis

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível (DST) considerada como um grande problema de Saúde Pública pela Organização Mundial de Saúde (OMS), apesar de apresentar diagnóstico e tratamento bem estabelecidos, e de baixo custo. Uma das principais preocupações sobre as dificuldades no controle da disseminação dessa doença é a infecção de mulheres em idade reprodutiva, que pode acarretar a ocorrência de casos de sífilis congênita (SC) por meio da transmissão vertical²⁹.

Em 1986, o Ministério da Saúde (MS) determinou que a SC no país fosse de notificação compulsória. Contudo, foi a partir de 1993 que as estratégias e a organização de planos com esta finalidade se intensificaram³¹. Ao longo desses anos, foram sendo criadas ações e estratégias para a eliminação da sífilis congênita no país, centradas principalmente na atenção básica à saúde. Com ênfase no diagnóstico, assistência e vigilância da doença, estas estratégias e ações foram importantes para o melhor acesso da gestante e da criança ao diagnóstico precoce, bem como a prevenção dos casos. Entretanto, ainda não foram suficientes para alcançar a meta de eliminação da SC (0,5 de caso de SC para cada 1.000 nascidos vivos) até 2015³², proposta pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para a América Latina e Caribe e incorporada pelo Ministério da Saúde – Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais e pelo estado de São Paulo.

Em 2007, com o lançamento do Plano de Eliminação da Transmissão Vertical da Sífilis, que incorporou em 2010 as metas para eliminação da transmissão vertical do HIV

(Plano de Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis) no estado de São Paulo, as ações de vigilância epidemiológica para a sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita têm sido fundamentais para que as metas propostas possam ser alcançadas³⁰.

5.1. Sífilis em Gestante (CID: O98.1)

Definição de caso:

Toda gestante **que durante o pré-natal** apresente evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado²².

Importante: São consideradas evidências clínicas de sífilis a presença de úlcera genital, lesões cutâneo-mucosas generalizadas (roséolas sifilíticas sífilides papulosas), entre outras.²² Na mulheres as lesões características da sífilis primária, cancro duro, podem passar despercebidas.

São sorologias não treponêmicas o VDRL (*Venereal Diseases Research Laboratory*) e o RPR (*Rapid Plasma Reagin*); os testes treponêmicos são, entre outros: TPHA (*Treponema pallidum Hemagglutination*); FTA-Abs (*Fluorescent Treponemal Antibody - Absorption*), e ELISA (*Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*)³³.

A gestante que durante o pré-natal apresentou história de tratamento para sífilis em gestação anterior, deverá detalhadamente ter investigado aspectos clínicos, laboratoriais e epidemiológicos. Na confirmação de uma provável reinfecção ou tratamento inadequado (prescrição incompatível com a forma clínica, tratamento incompleto por abandono), o caso deverá ser submetido

à terapia adequada e notificado novamente como sífilis em gestante.

Na admissão para o **parto** ou **curetagem por aborto** deve ser realizado o teste não-treponêmico (VDRL ou RPR) independentemente dos exames realizados durante o pré-natal³⁴.

O tratamento para a gestante com sífilis está detalhado na Portaria CCD-25 de 18 de julho de 2011.³³

A vigilância da infecção da sífilis em gestante tem como objetivo conhecer o estado sorológico nessa população, para início oportuno da terapêutica materna. Além disso, visa acompanhar, continuamente, o comportamento da infecção por sífilis nas gestantes, para o planejamento e avaliação das medidas de prevenção e controle²².

PERGUNTAS FREQUENTES

Notificação de gestante com sífilis

1. Caso o serviço identifique uma gestante com sorologia treponêmica reagente que refira **TRATAMENTO ANTERIOR**, devo notificar o caso?

O profissional deve fazer a investigação clínica, laboratorial e epidemiológica do caso. Com a confirmação de uma reinfeção ou de tratamento inadequado anterior o caso deverá ser novamente tratado e notificado.

Importante: cada gestação em que haja identificação da infecção por sífilis deverá ser efetuada uma nova notificação.

2. Caso identifique uma **GESTANTE COM SÍFILIS NA MATERNIDADE**, devo notificar a gestante com sífilis?

Não, faz-se necessário lembrar que a definição de caso contempla a gestante durante o pré-natal. Portanto, neste caso deverá ser efetuada a notificação da criança com sífilis congênita e da mãe com sífilis adquirida.

3. Na ficha de notificação de sífilis em gestante devo preencher o **TRATAMENTO** prescrito ou o realizado?

Devo preencher o tratamento realizado.

4. Qual é o critério de tratamento da gestante com sífilis e parceiro sexual **CONCOMITANTE**?

Considera-se concomitante quando a gestante e o parceiro sexual realizam o tratamento com intervalo máximo de sete dias.

5. **QUAIS UNIDADES** de saúde devem investigar e notificar o caso de sífilis em gestante?

As principais fontes de captação de casos são os serviços que realizam o pré-natal, ou realizem a assistência

a gestante e/ou mulheres em idade reprodutiva. É importante destacar que as gestantes devem ser captadas precocemente para possibilitar diagnóstico precoce e tratamento adequado da gestante e seu parceiro sexual.

6. Qual informação relativa à sífilis na gestante deve ser anotada em documento (**CARTEIRA DE GESTANTE**) para levar para a maternidade?

Devem ser anotadas as informações relativas ao diagnóstico, tratamento da mãe e do parceiro sexual (data do tratamento, droga utilizada e dose utilizada).

7. Como posso **ENCONTRAR A FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO** para notificar de sífilis em gestante?

A ficha de aids em sífilis em gestante encontra-se disponível nos sites:

- Programa Estadual de DST/aids de São Paulo: www.crt.saude.sp.gov.br (estrutura-gerência de vigilância epidemiológica – fichas de notificação) ou <http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/vig.epidemiologica/fichas-de-notificacao/sifilisemgestante.pdf>.

- Centro de Vigilância Epidemiológica: www.cve.saude.sp.gov.br.

- Departamento Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais – www.aids.gov.br.

5.2. Sífilis Congênita (CID: A50.9)

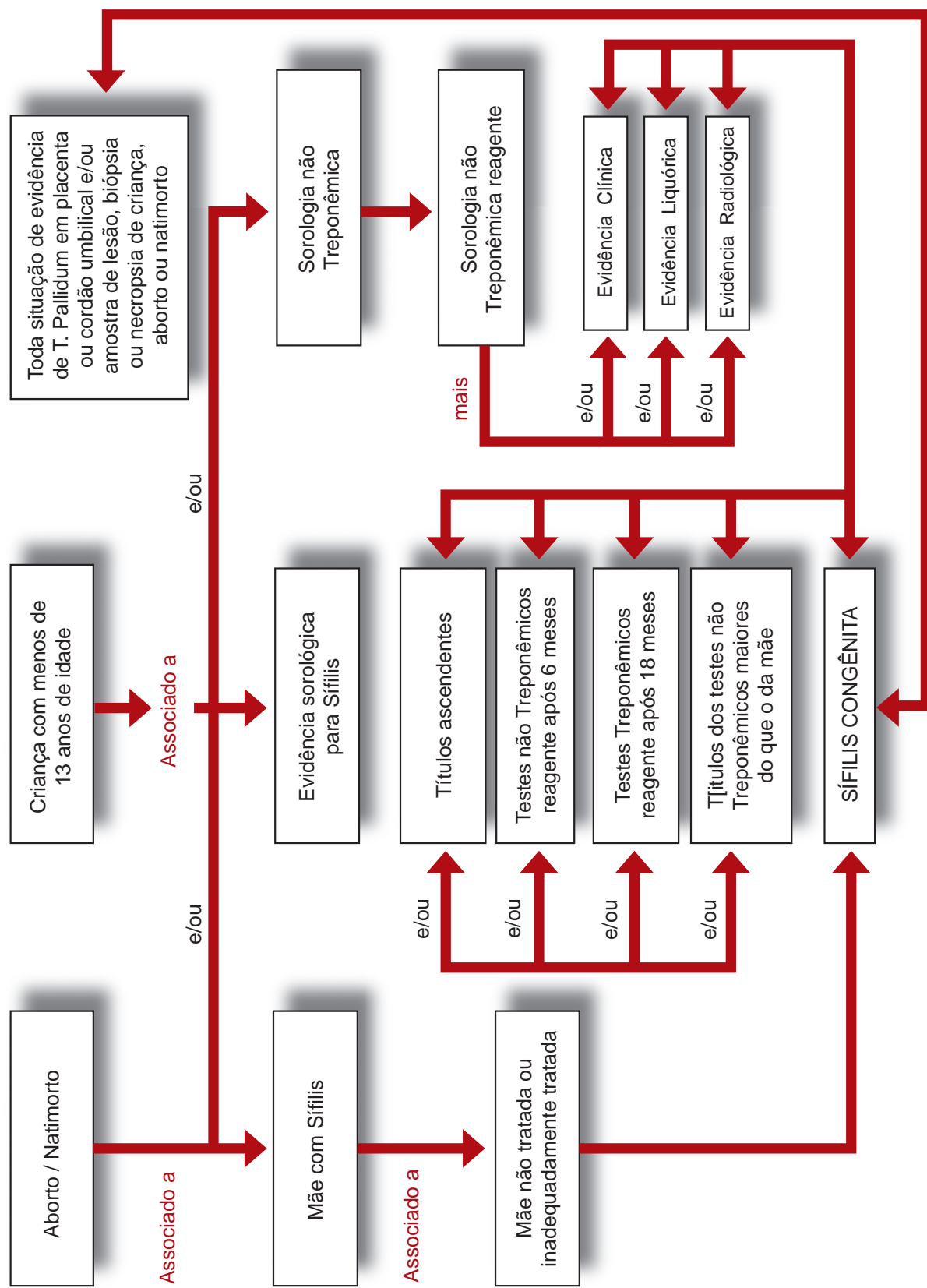
Definição de caso de sífilis congênita

Foram estabelecidos **quatro** critérios de definição de caso de sífilis congênita (Figura 10)²².

- **1º critério:** toda criança, ou aborto, ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não-treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico realizado no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, e que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado;
- **2º critério:** todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com as seguintes evidências sorológicas: titulações ascendentes em testes não-treponêmicos (VDRL ou RPR); e/ou testes não-treponêmicos reagentes após seis meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico); e/ou testes treponêmicos reagentes (TPHA, FTA-Abs, Elisa) após 18 meses de idade; e/ou títulos em teste não-treponêmico maiores do que os da mãe;
- **3º critério:** todo indivíduo com menos de 13 anos de idade, com teste não-treponêmico reagente e evidência clínica e/ou líquórica e/ou radiológica de sífilis congênita;
- **4º critério:** toda situação de evidência de infecção pelo *Treponema pallidum** na placenta ou no cordão umbilical e/ou em amostras da lesão, biópsia ou necropsia de criança, produto de aborto ou natimorto, por meio de exames microbiológicos.

* É considerado evidência do *Treponema Pallidum* a presença da espiroqueta em exame de campo escuro realizado pelo laboratório ***

Figura 8. Esquema resumo dos critérios de definição de caso de sífilis congênita



Fonte: Brasil, MS, PNDST/Aids, p.69.

A vigilância dos casos de sífilis congênita tem por objetivo desenvolver ações para reduzir a morbimortalidade e conhecer o perfil epidemiológico desse agravo no Brasil, e suas tendências, visando subsidiar as ações de prevenção e controle²².

A transmissão vertical do *treponema pallidum* pode ocorrer em qualquer fase da gestação ou estágio clínico da doença materna. Nas mulheres não tratadas, na fase primária e secundária a taxa de infecção da transmissão vertical pode ser de 70% a 100% e, nas fases tardias (latente e terciária), cerca de 30%.

É fundamental a triagem sorológica da mãe na maternidade, uma vez que 50% das crianças infectadas são assintomáticas ao nascimento, com surgimento dos primeiros sintomas, geralmente, nos três primeiros meses de vida.

A sífilis congênita pode ser classificada em dois estágios²²: - **sífilis congênita precoce**: quando a síndrome clínica da sífilis congênita surge **até** o segundo ano de vida. Nestes casos, o diagnóstico deve ser realizado por meio de avaliação epidemiológica da situação materna e de avaliação clínica, laboratorial e radiológica na criança; - **sífilis congênita tardia**: quando a síndrome clínica da sífilis congênita surge **após** o segundo ano de vida. Nestes casos, o diagnóstico é realizado por meio da associação de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais. Na investigação deve-se estar atento para a possibilidade da criança ter sido exposta ao *Treponema pallidum* por meio de exposição sexual.

A sífilis pode ser responsável por natimortos e abortos. Nestes casos, o diagnóstico de sífilis congênita deve ser realizado considerando a história clínico-epidemiológica da mãe e o diagnóstico clínico presuntivo, quando o exame físico da criança apresentar sinais sugestivos²².

Considera-se: - **óbito fetal (natimorto)** todo feto morto após 22 semanas de gestação ou com peso igual ou maior que 500 gramas; -**aborto**: toda perda gestacional, ocorrida antes de 22 semanas de gestação, ou com peso menor que 500 gramas.

Nos recém-nascidos a sorologia para sífilis (teste não-treponêmico) deve ser realizada em amostras de **sangue periférico**. **O sangue de cordão umbilical NÃO deve ser utilizado para fins de diagnóstico sorológico** devido à presença de sangue materno e ocorrência de atividade hemolítica, podendo ocasionar resultados falsos. Vale lembrar, que nos recém-nascidos com sorologia não-treponêmica não reagente, mas com suspeita epidemiológica, deve-se repetir o teste sorológico após o terceiro mês pela possibilidade de positividade tardia²².

A investigação de sífilis congênita deverá ser desencadeada nas seguintes situações²² toda a criança nascida de mãe com sífilis (evidência clínica e/ou laboratorial)*; ou todo indivíduo com menos de 13 anos com suspeita clínica e/ou epidemiológica de sífilis congênita.

* *Evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado*²²

PERGUNTAS FREQUENTES

Notificação de sífilis congênita

1. Qual é a **DATA DE DIAGNÓSTICO** da sífilis congênita: *No caso da sífilis congênita precoce, quando o diagnóstico é feito na maternidade, a data de diagnóstico é a data de nascimento do recém-nascido. Em outras situações, como por exemplo, a sífilis congênita tardia, a data do diagnóstico será a data da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação.*

2. O que considerar no campo **TITULAÇÃO ASCENDENTE** para o preenchimento correto da ficha?

Refere-se à comparação dos títulos da sorologia não treponêmica realizadas durante o acompanhamento da criança. Considera-se titulação ascendente a elevação de título sorológico.

3. Deve-se realizar a **SOROLOGIA TREPONÊMICA NA CRIANÇA** para o diagnóstico ao nascer?

Não, na criança, o exame treponêmico (FTA-Abs, ELISA, TPHA) não terá valor diagnóstico ao nascimento, pois, a passagem de anticorpos maternos para o recém-nascido, poderá ocasionar resultado falso positivo. A sorologia treponêmica deverá ser realizada após 18 meses de idade.

4. Se, na maternidade a mãe apresentar **TESTE NÃO TREPONÊMICO REAGENTE** e relatar tratamento adequado tenho que notificar a criança?

Avaliar antes as seguintes condições: Se a mãe apresentar documentação (carteira de gestante) que comprove o tratamento adequado (dela e do parceiro sexual concluído antes de 30 dias do parto) o profissional deverá

estar atento aos demais critérios de definição de caso:

- *Comparar os títulos do teste não treponêmico da mãe (do pré-natal e do parto) com o resultado do teste não-treponêmico do recém-nascido (RN) (coleta realizada de amostra sangue periférico do RN). Se o título do teste não treponêmico (VDRL) do RN for maior do que da mãe, a criança deverá ser notificada como caso de sífilis congênita.*
- *Realizada a investigação clínica, laboratorial (incluindo exame de líquido) e radiológica para afastar qualquer alteração clínico-laboratorial. Se constatada alteração, a criança deverá ser notificada como caso de sífilis congênita.*

5. O que é considerado **TRATAMENTO MATERNO ADEQUADO** para prevenção de sífilis congênita?

É considerado tratamento adequado: - tratamento com penicilina benzatina de acordo com a fase clínica da sífilis materna; - tratamento em período superior a 30 dias do parto; - tratamento do parceiro sexual concomitante ao materno.

6. Pode ser considerado como **TRATAMENTO ADEQUADO**, uma gestante com sífilis tratada com eritromicina?

Não, durante a gestação será considerado como tratamento adequado o uso de penicilina em dose adequada para a fase clínica, nenhum outro esquema terapêutico será considerado como adequado para prevenção da sífilis congênita.

7. Se a **MÃE NA MATERNIDADE APRESENTAR TESTE NÃO TREPONÊMICO REAGENTE E COMPROVAR TRATAMENTO ADEQUADO**, e o título do teste não treponêmico (VDRL) do recém-nascido for menor do que da mãe ou não reagente, tenho que notificar a criança?

Desde que sejam realizados todos os exames (clínico, laboratorial, incluindo líquido e radiológico) e estes não apresentem qualquer alteração, esta criança não deverá ser notificada. No entanto, o seguimento ambulatorial deverá ser garantido, com avaliações clínica e sorológica até os 18 meses de idade. Caso apresente durante o seguimento alteração clínica e/ou laboratorial (por exemplo: teste não treponêmico reagente ou elevação de títulos) compatível com sífilis congênita, este caso deverá ser notificado.

8. Como preencher o campo **NOME DO PACIENTE** na ficha de notificação de sífilis congênita, quando tratar-se de casos de **ABORTO E NATIMORTO**?

A ficha deverá ser preenchida com o nome da mãe e ao final acrescentar ABORTO ou NATIMORTO. Exemplo: Maria da Luz ABORTO.

9. Como posso **ENCONTRAR A FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO** para notificar a sífilis congênita?

A ficha de sífilis congênita encontra-se disponível nos sites:

- Programa Estadual de DST/aids de São Paulo: www.crt.saude.sp.gov.br (estrutura-gerência de vigilância epidemiológica – fichas de notificação) ou <http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/vig.epidemiologica/fichas-de-notificacao/sifiliscongenita.pdf>.

- Centro de Vigilância Epidemiológica: www.cve.saude.sp.gov.br.

- Departamento Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais – www.aids.gov.br.

6. Sífilis Adquirida em Adulto (CID: A53.9) Corrimento Uretral em Homens (CID: R36)

Definição de caso de sífilis adquirida:

Todo indivíduo com evidência **clínica de sífilis e/ou sorologia não-treponêmica reagente; e** evidência laboratorial com **teste treponêmico reagente**³⁵.

São consideradas evidências clínicas de sífilis a presença de úlcera genital, lesões cutâneo-mucosas generalizadas (roséolas sifilíticas sífilides papulosas), entre outras²². Nas mulheres as lesões características da sífilis primária, cancro duro, podem passar despercebidas.

São sorologias não treponêmicas o VDRL (*Venereal Diseases Research Laboratory*) e o RPR (*Rapid Plasma Reagin*); os testes treponêmicos são, entre outros: TPHA (*Treponema pallidum Hemagglutination*); FTA-Abs (*Fluorescent Treponemal Antibody - Absorption*), e ELISA (*Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*)²².

Definição de caso de corrimento uretral em homens:

Todo homem com presença de corrimento uretral (mucóide, mucopurulento ou purulento), verificado no prepúcio retraído e/ou pela compressão da base do pênis em direção à glândula ³⁵.

A vigilância destes agravos no Estado iniciou-se em 1987 com a recomendação da notificação dos casos de DST sindrômico ou etiológico³⁶. Em 1998 foi implantada a notificação por meio do Sistema Informatizado de Notificação de Doenças Sexualmente Transmissíveis (SINDST)³⁶. No ano de 2005 o SINDST foi encerrado e os casos notificados passaram a ser, ainda que não fossem de notificação compulsória, digitados no SINAN. Em 2010, a sífilis adquirida e o corrimento uretral, tornaram-se agravos de notificação compulsória em todo território nacional (Portaria nº 2.472 do GM/MS de 31 de agosto de 2010)¹⁹.

Segundo o MS são objetivos da vigilância epidemiológica da sífilis adquirida e corrimento uretral masculino: - conhecer o perfil epidemiológico do agravo; - monitorar os casos de sífilis adquirida em mulheres em idade fértil, intensificando-as no pré-natal; - monitorar os casos de sífilis adquirida em gestantes; - monitorar os casos de corrimento uretral masculino; e-subsidiar as ações de prevenção e controle da sífilis³⁵.

PERGUNTAS FREQUENTES

Notificação de sífilis adquirida e corrimento uretral masculino

1. Devo notificar os casos de sífilis adquirida **CONSIDERADOS COMO CICATRIZ** sorológica?

Não, os casos de seguimento sorológico que já tenham sido previamente notificados não necessitam de uma nova notificação. Entretanto, o profissional deverá estar atento para casos de reinfecção que devem ser notificados já que se trata de uma nova infecção.

2. Os **CASOS SUSPEITOS DE SÍFILIS ADQUIRIDA** já devem ser inseridos no sistema?

Não, de acordo com a definição de caso, serão notificados apenas os casos confirmados.

3. As **OUTRAS SÍNDROMES** deverão ser notificadas?

Não, a notificação compulsória refere-se à sífilis adquirida em adulto e ao corrimento uretral masculino. Caso as outras síndromes sejam de interesse da Vigilância do Município, este poderá determinar a notificação das outras DST.

5. Como posso encontrar a **FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SÍFILIS ADQUIRIDA E CORRIMENTO URETRAL MASCULINO?**

A ficha de investigação ainda não foi disponibilizada pelo Ministério da Saúde no SINAN. Neste sistema encontra-se apenas a parte inicial da ficha de notificação, ou seja, os dados de identificação do caso, que deverá ser preenchida com o CID-A50.9 para sífilis adquirida e R36 para corrimento uretral masculino.

7. Acidente de trabalho com exposição à material biológico (CID: Z20.9)

Definição de caso: Toda exposição a sangue e/ou fluidos biológicos de risco sofridos por profissionais da área da saúde durante o exercício de seu trabalho³⁷.

Importante: Adicionalmente, qualquer contato sem barreira de proteção com material concentrado de vírus (laboratórios de pesquisa, cultura de vírus e vírus em grandes quantidades) deve ser considerado uma exposição ocupacional que requer avaliação e acompanhamento³⁸.

São considerados fluidos biológicos de risco: sangue, fluidos visivelmente contaminados com sangue, soro ou plasma, líquido, líquido pleural, líquido pericárdico, líquido amniótico, líquido articular, líquido peritoneal, tecidos, exsudatos inflamatórios, culturas de células, sêmen e secreção vaginal³⁹.

As exposições que podem trazer riscos de transmissão ocupacional do HIV e dos vírus das hepatites B e C estão definidas como³⁸:

Percutâneas: lesões provocadas por instrumentos perfurantes e cortantes, como, por exemplo, agulhas, bisturi, vidrarias;

Mucosas: por exemplo, quando há respingos envolvendo olho, nariz, boca ou genitália;

Cutâneas: por exemplo, contato com pele não íntegra, como no caso de dermatites ou feridas abertas;

Por mordeduras humanas: consideradas como exposição de risco quando envolvem a presença de sangue. Devem ser avaliadas tanto para o indivíduo que provocou a lesão quanto para aquele que tenha sido exposto.

Sempre que o paciente **fonte** for **conhecido**, deve-se investigar seu status sorológico para o HIV, hepatite B (HBsAg) e Hepatite C. Metodologias de **teste rápido** para a detecção do HIV, HBsAg e HCV são as mais indicadas para a tomada de decisão acerca da quimioprofilaxia com antirretrovirais³⁷.

As recomendações para a quimioprofilaxia após exposição ocupacional ao HIV são padronizadas. Na avaliação do risco, sempre devem ser consideradas a **situação do paciente fonte** bem como as **características do acidente**. A exposição ocupacional a fluidos biológicos de risco deve ser tratada como emergência médica. A quimioprofilaxia para a infecção pelo HIV, quando indicada, tem que ser iniciada o mais rapidamente possível, preferencialmente nas primeiras horas após o acidente e, no máximo, em até 72 horas³⁷.

O **profissional exposto** deve ser submetido à sorologia para HIV, hepatite C e B, para verificar sua condição sorológica prévia ao acidente, sendo que para a hepti-

te B os três marcadores são indispensáveis (HBsAg, anti-HBc e anti-HBs)³⁷.

Em relação à profilaxia da transmissão da hepatite B, os serviços devem garantir que todos os seus profissionais sejam vacinados contra o vírus e testados para avaliação da soroconversão vacinal, um a dois meses após a última dose da vacina (realizar sorologia anti-HBs). Caso tenha ocorrido exposição de risco ao HBV e o funcionário não seja imune ao vírus (não vacinado ou anti-HBs não reagente), deve-se seguir as recomendações do MS³⁶ quanto à administração de vacina e imunoglobulina específica contra hepatite B³⁷.

No estado de São Paulo, a notificação deste agravo é recomendada desde 1999, e em 2004 foi considerado de notificação compulsória em todo o território nacional, para os serviços sentinelas (Portaria nº 777 do GM/MS, de 28 de abril de 2004)¹⁶.

A vigilância deste agravo contribui para subsidiar ações de prevenção e controle deste tipo de acidente, e tem por objetivo monitorar e controlar as possíveis soroconversões entre os profissionais da área da saúde.

As recomendações do seguimento e acompanhamento do profissional vítima de acidente com material biológico encontram-se no documento do Ministério da Saúde, Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV – 2008 - Suplemento III – Tratamento e Prevenção, no capítulo 4 - Recomendações para abordagem da exposição ocupacional a materiais biológicos: HIV, Hepatites B e C³⁸.

PERGUNTAS FREQUENTES

Notificação de acidente de trabalho com exposição à material biológico

1. No caso de acidente de trabalho com exposição à material biológico **APENAS OS TRABALHADORES DA ÁREA DA SAÚDE** devem ser notificados?

Sim, deverão ser notificados os casos de acidentes com indivíduos em situação de prestação de assistência a saúde de outrem (ex: profissionais de saúde propriamente ditos, bombeiros e policiais em situações de salvamento e outros); quanto aos demais (ex: agressão, assalto, agulhas deixadas na rua, catadores de lixo acidentados com agulhas desprezadas indevidamente, e outros) acompanhar a exposição e não notificar o caso.

2. É necessário encerrar o caso de investigação notificado, mas o que fazer quando o **ACIDENTADO NÃO COMPARECE PARA REALIZAR OS EXAMES?**

Realizar a convocação do mesmo, especialmente nos casos de exposição em que a fonte foi positiva, ou acidente foi considerado grave. Caso ele não compareça, encerrar como abandono, após um ano do acidente.

3. Nos casos em que houve mais de um tipo de exposição, posso **PREENCHER A FICHA COM MAIS DE UM TIPO DE EXPOSIÇÃO?**

Sim, desde que não seja assinalado simultaneamente o acidente percutâneo e pele íntegra, já que se houve lesão de continuidade não pode ser pele íntegra.

4. Nos **CASOS EM QUE A FONTE É DESCONHECIDA** posso colocar a evolução do caso como “alta com fonte negativa”?

Não, pois a opção “alta com fonte negativa” (HIV, HBV e HCV) deverá se assinalado apenas nos casos em que a fonte for comprovadamente negativa para HIV e Hepatites virais B e C.

5. **OS PACIENTES JÁ IMUNIZADOS PARA A HEPATITE B**, com marcador anti-HBs reagente, precisam ser acompanhados e investigados para a infecção de hepatite pelo vírus B?

Não, os casos que comprovadamente apresentam apenas o anti-HBs reagente (marcador de resposta vacinal), não necessitam ser investigados e acompanhados para esta infecção, pois já estão imunizados para a doença.

6. No campo conduta no momento do acidente – categoria “**SEM INDICAÇÃO DE QUIMIOPROFILAXIA**” é relativa apenas ao HIV?

Sim, esta categoria é relativa apenas exposição ao HIV.

7. **Pode-se ENCERRAR O CASO** como paciente negativo se foi realizada apenas sorologia para detecção do HIV no paciente fonte?

Não, o seguimento para os demais agentes etiológicos deve ser realizado até o final da investigação, segundo o que preconiza o protocolo - Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV – 2008 - Suplemento III – Tratamento e Prevenção, capítulo 4 - Recomendações para aborda-

gem da exposição ocupacional a materiais biológicos: HIV, Hepatites B e C ³⁶.

8. Como posso **ENCONTRAR A FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO** para notificar acidente de trabalho com exposição à material biológico?

A ficha encontra-se disponível nos sites:

- Programa Estadual de DST/aids de São Paulo: www.crt.saude.sp.gov.br (estrutura-gerência de vigilância epidemiológica – fichas de notificação) ou <http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/vig.epidemiologica/fichas-de-notificacao/acidentedetrabalhocomexposicaoamaterialbiologico.pdf>.

- Centro de Vigilância Epidemiológica: www.cve.saude.sp.gov.br.

- Departamento Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais – www.aids.gov.br

Referências

1. Brasil. Lei nº 6259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações e estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças [documento na internet]. DOU, 30 out 1975, p. 14433. [Acesso em 13/02/2012]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei6259.pdf>.
2. Brasil. Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976. Regulamenta a Lei n. 6.259, de 30 e outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências [documento na internet]. DOU, 13 ago 1976, p. 10731. [Acesso em 23/02/2012]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/c-geral/lc0303.htm>.
3. Teixeira MG, Costa MCN, Viana I, Paim JS. Vigilância em saúde: É necessária uma legislação de emergência? Revista de Direito Sanitário, v. 10, 2009, p. 126-144.
4. São Paulo. [homepage na internet]. Centro de Vigilância Epidemiológica. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Apresentação. [Atualizado em 23/02/2002; acesso em 23/02/2012]. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/html/cve_apres.htm.
5. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [documento na internet]. DOU, 20 set 1990. [Acesso em 13/02/2012]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica [documento na internet]. 7ª Ed. Brasília, 2009 p. 19. [Acesso em 13/02/2012]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gve_7ed_web_atual.pdf.

7. Brasil. Portaria Nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional de 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. DOU, 26 jan 2011, p 37.
8. Brasil. Portaria nº 2.669, de 3 de novembro de 2009. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 – 2011 [documento na internet]. DOU 06 nov 2009. [Acesso em 09/03/2012]. Disponível em: http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/portaria2669_versao_impressao.pdf.
9. Brasil. Portaria Nº 33, de 14 de julho de 2005. Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional [documento na internet]. DOU, 15 jul 2005, p111. [Acesso em 13/02/2012]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=111&data=15/07/2005>.
10. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. Curso Básico de Vigilância epidemiológica em HIV e aids. Caderno do aluno. Brasília, 2005, p.91.
11. Waldman, Eliseu Alves. Vigilância em Saúde Pública. In: Waldman EA, Rosa TEC (Coordenadores). São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Série Saúde & Cidadania), 1998, p. 1-267.
12. Gaze R, Perez MA. Vigilância Epidemiológica. In: Medronho RA, Carvalho DM, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL (Coordenadores). Epidemiologia. São Paulo (SP): Atheneu, p. 73-90, 2002.
13. Brasil. Portaria Nº 542 de 24 de dezembro de 1986. Inclui na relação constante da Portaria ministerial 608/BSB, DE 28 de

outubro de 1979, a síndrome de imunodeficiência adquirida SIDA/AIDS e a sífilis congênita e os casos confirmados de AIDS e sífilis congênita deverão ser obrigatoriamente notificados as autoridades sanitárias. DOU. Brasília, 24 dez 1986, p. 19827.

14. São Paulo. Centro de Referência de DST/AIDS. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde. Notificação dos casos assintomáticos soropositivos para o HIV no Sinan no Estado de São Paulo 2000 a 2010 [documento na internet]. Bepa; 2011: 8:14-21. [Acesso em 15/02/2012]. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/bepa/pdf/BEPA95_HIV.pdf.
15. São Paulo. Centro de Referência de DST/AIDS, Centro Vigilância Epidemiológica, Secretaria de Estado da Saúde. SINABIO Dos acidentes com material biológico: Prevenir é preciso. Boletim epidemiológico. Ano 2, número 1, 2002.
16. Brasil. Portaria Nº 777/GM, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS [documento na internet]. DOU 29 abr 2004. [Acesso em 15/02/2012]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=37&data=29/04/2004>
17. Brasil. Portaria nº 993/GM, de 4 de setembro de 2000. Altera a Lista de Doenças de Notificação Compulsória, incluindo a notificação compulsória das gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical pelo HIV [documento na internet]. DOU 3 set 2000, p28 [acesso em 23/02/2012]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=28&data=05/09/2000>
18. São Paulo. Resolução SS Nº 59, de 22 de julho de 2004. Atualiza a Lista das Doenças de Notificação Compulsória - DNC no Estado de São Paulo e dá outras providências [documento na internet]. DOE, São Paulo, 23 jul 2004. [Acesso em 17/02/2012]. Disponível em: http://www.imprensaoficial.com.br/PortaIIO/DO/BuscaDO2001Documento_11_4.aspx?link=/2004/executivo%2520secao%2520i/julho/23/Pag_0028_6OAUJFV3

P4GJGe1AIVV16N53NN1.pdf&pagina=28&data=23/07/2004
&caderno=Executivo%20I&paginaordenacao=10028.

19. Brasil. Portaria Nº 2.472, de 31 de agosto de 2010. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde [documento na internet]. DOU, 1 set 2010,p 50 [acesso em 13/02/2012]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=50&data=01/09/2010>.
20. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Critérios de definição de Casos de AIDS em Adulto e Crianças [documento na internet].Série Manuais nº 60. Brasília, 2004 [acesso em 15/02/2012]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/criterios_aids_2004.pdf.
21. São Paulo. Centro de Referência de DST/AIDS. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde, São Paulo. Boletim Epidemiológico, 2011.
22. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. Curso Básico de Vigilância epidemiológica de Sífilis Congênita, Sífilis em Gestantes, Infecção pelo HIV em Gestantes e Criança expostas [documento na internet]. Brasília, 2007, p.9-215. [Acesso em 13/02/2012]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/cbve2007_sifilis_hiv_tv.pdf.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis no Brasil. Brasília. 2007; p. 9-10.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes. Brasília. 2010, p. 133-34.

25. São Paulo. Centro de Referência de DST/AIDS. Centro de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação sobre Portadores Assintomáticos do HIV. Boletim epidemiológico. Nov 1995, p. 2.
26. São Paulo. Centro de Referência de DST/AIDS. Centro de Vigilância Epidemiológica. Sistema de informação de HIV soropositivo. Boletim Epidemiológico, 2001.
27. Brasil. Portaria SVS/MS Nº 151, DE 14 de outubro de 2009 [documento na internet]. Aprova as etapas sequenciadas e o Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em indivíduos com idade acima de 18 (dezoito) meses, de uso obrigatório pelas instituições de saúde públicas e privadas [documento na internet]. DOU, 16 out 2009. [Acesso em 15/02/2012]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=40&data=16/10/2009>
28. São Paulo. Centro de Referência de DST/AIDS. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde. Boletim Epidemiológico [documento na internet]. 2010, p 13 -14. [Acesso em 08/03/2012]. Disponível em: <http://www.crt.saude.sp.gov.br/iec/boletim2010.pdf>.
29. WHO. The Global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action. 2007 [documento na internet], [acesso em 8/03/2012]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595858_eng.pdf.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Bases técnicas para eliminação da sífilis congênita. Brasília, 1993.
31. São Paulo. Centro de Referência de DST/AIDS. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde. Guia de Referências técnicas e programáticas para as ações do plano de eliminação da sífilis congênita [documento na internet]. Guia, 2010, p. 1-196. [Acesso em 15/02/2012]. Disponível em: http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/eliminacao_transmissao_vertical_hiv_sifilis/sifilis/guia_integrado-versao_digital.pdf.
32. PAHO- Pan American Health Organization. Regional Initiative for the Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and

Congenital Syphilis in Latin America and the Caribbean: Regional Monitoring Strategy [documento na internet]. Washington, D.C.: PAHO, 2010 [acesso em 15/02/2012]. Disponível em: http://www.unicef.org/lac/Regional_Monitoring_Strategy.pdf.

33. São Paulo. Portaria CCD Nº 25 de 18 de julho de 2011. Dispõe sobre as recomendações a serem utilizadas em testes laboratoriais para o diagnóstico da sífilis. DOE, São Paulo, 30 jul 2011.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Diretrizes para Controle da Sífilis Congênita, 2005.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Curso Básico de Vigilância epidemiológica das DST de notificação compulsória: Sífilis e Síndrome do corrimento uretral masculino. DF 2010, p 7-195.
36. São Paulo. Centro de Referência de DST/AIDS. Centro de Referência de DST/AIDS. Programa Estadual de DST/AIDS. Centro de Vigilância Epidemiológica. Sífilis congênita e doenças sexualmente transmissíveis. Boletim epidemiológico, nº1, 1998, p.3-27.
37. São Paulo. Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS- Centro de Vigilância Epidemiológica. Boletim epidemiológico – SINABIO dos acidentes com material biológico: prevenir é preciso. 2004, 1, p. 1-16.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV- Suplementos III – Tratamento e prevenção 2008 [documento na internet]. Brasília, 2010, p. 1-208. [Acesso em 12/03/2012]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/publicacao/2007/suplemento_consenso_adulto_01_24_01_2011_web_pdf_13627.pdf.
39. São Paulo. Vigilância epidemiológica dos acidentes ocupacionais com exposição a fluidos biológicos no Estado de São Paulo – 2007-2010 [documento na internet]. Bepa 2011;8, p.1-14. [Acesso em 14/03/2012]. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/bepa/pdf/BEPA94_ACID_BIOLOGICO.pdf.



Informação para ação...

Conheça as informações sobre DST/Aids produzidas pelo seu município, acesse a tabulação de dados no site do CRT: www.crt.saude.sp.gov.br



CRT
Centro de Referência e Coordenação
DST/AIDS-SP



GOVERNO DO ESTADO
SÃO PAULO

Secretaria de Saúde