

Ministério da Saúde  
Secretaria de Políticas de Saúde  
Coordenação Nacional de DST e Aids

***REVISÃO DA DEFINIÇÃO NACIONAL DE CASOS DE  
AIDS EM INDIVÍDUOS COM 13 ANOS OU MAIS, PARA  
FINS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA***

Brasília  
1998

© 1998 - Ministério da Saúde

É permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.

Tiragem: 10.000 exemplares

Ministério da Saúde  
Secretaria de Políticas de Saúde  
Coordenação Nacional de DST e Aids

Esplanada dos Ministérios - Bloco G - Sobreloja  
CEP 70058-900 Brasília-DF Brasil

Disque Saúde / Pergunte Aids: 0800 61 1997  
<http://www.aids.gov.br>

***Publicação financiada com recursos do Projeto AD/BRA/92/001***

### **Ficha catalográfica**

Revisão da definição nacional de casos de aids em indivíduos com 13 anos ou mais, para fins de vigilância epidemiológica / Coordenação Nacional de DST e Aids. \_\_ Brasília : Ministério da Saúde, 1998.

36 p.

1. Síndrome de imunodeficiência adquirida 2. Vigilância epidemiológica I. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids.

NLM – WC 503

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

# SUMÁRIO

SINOPSE.....	5
INTRODUÇÃO.....	7
JUSTIFICATIVAS.....	9
BREVE HISTÓRICO.....	11
QUADRO RESUMO DOS CRITÉRIOS DE DEFINIÇÃO DE CASOS DE AIDS EM INDIVÍDUOS COM 13 ANOS DE IDADE OU MAIS, PARA FINS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.....	13
CRITÉRIO CDC MODIFICADO.....	15
CRITÉRIO RIO DE JANEIRO/CARACAS.....	19
CRITÉRIO EXCEPCIONAL CDC.....	21
CRITÉRIO EXCEPCIONAL ÓBITO.....	23
CRITÉRIO EXCEPCIONAL ARC + ÓBITO.....	25
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27
ANEXO 1.....	31
ANEXO 2.....	33



## SINOPSE

**A**lém do objetivo de **ampliar a notificação** dos casos de aids<sup>1</sup> ao Ministério da Saúde (ver Modelo da Ficha de Notificação, ANEXO II), esta revisão<sup>2</sup> pretende **aprimorar a sensibilidade da Definição de Caso de Aids em Indivíduos com 13 anos de idade ou mais**, contemporizando-a com a realidade nosológica e operacional dos serviços de saúde existentes no País. Outrossim, essa definição vem acrescentar novas referências clínicas e laboratoriais, com a inclusão do carcinoma cervical invasivo e do uso da contagem de linfócitos T CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup> como definidores de caso de aids em maiores de 13 anos. A Definição entra em vigor no dia 01 de janeiro de 1998.

<sup>1</sup>Aids: acquired immunodeficiency syndrome, ou síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA).

<sup>2</sup>A presente **Definição de Caso de Aids em Indivíduos com 13 anos de idade ou mais** constitui a revisão técnica de um trabalho similar elaborado pelo Ministério da Saúde sobre definição adotada em 1987, publicado em 1992 e submetido a alterações posteriores no seu conteúdo original, agora formalizadas neste documento.



## INTRODUÇÃO

**E**m novembro de 1997, e considerando tanto o aspecto clínico quanto a nova dimensão social assumida pela síndrome da imunodeficiência adquirida, e seus diferentes graus de manifestação e estado sintomático/assintomático de seus pacientes, o Ministério da Saúde reuniu um seleto grupo de especialistas para discutir a Revisão da Definição de Caso de Aids em Adultos, à luz dos novos parâmetros da doença e das atuais perspectivas oferecidas à sobrevivência dos seus pacientes, graças à disponibilização da terapia combinada dos anti-retrovirais para o *HIV*<sup>3</sup>; como também, o grau de influência e o reflexo imediato dessa nova realidade na necessidade de uma abordagem epidemiológica da aids mais efetiva, com vistas à sua prevenção, assistência e controle adequados pelos órgãos responsáveis da Saúde Pública no País.

Nesse sentido, uma série de preocupações foram levantadas pelos técnicos presentes ao debate, as quais poderiam resumir-se nos seguintes questionamentos gerais:

Qual seria, no atual estágio da epidemia, a fronteira limite entre a definição da infecção pelo *HIV* e a manifestação da doença?

Quais os critérios necessários, nos dias de hoje, a uma Definição de Caso de Aids para fins de vigilância epidemiológica com adequada especificidade?

Qual o impacto de uma decisão sobre a Revisão da Definição de Caso de Aids em indivíduos maiores de 13 anos, considerando as suas implicações sociais, políticas e econômicas para a distribuição de medicação anti-retroviral combinada para o *HIV*? (dada a possibilidade concreta de que um número cada vez maior de pessoas infectadas seriam beneficiadas, uma vez classificadas como passíveis deste tratamento).

Um exemplo de tema abordado durante aquelas discussões, foi o da existência de indicações que algumas doenças endêmicas no Brasil, como a leishmaniose, a doença de Chagas e a paracoccidiodomicose, podem se comportar como doenças oportunistas em indivíduos infectados pelo *HIV*. Essas ocorrências devem merecer atenção especial dos serviços clínicos e de vigilância epidemiológica, visando ao estabelecimento de evidência que permita incluí-las, futuramente, como indicativas de aids.

Finalmente, e como resultado das diversas idéias e propostas apresentadas, o senso comum dos participantes decidiu pela adoção de dois itens a serem incluídos nesta Revisão de Definição de Caso de Aids em adolescentes/adultos com a finalidade de Vigilância Epidemiológica, a saber:

- I.** Quantificação de linfócitos T CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup> abaixo de 350 células/mm<sup>3</sup> como definidora de Caso de Aids em indivíduos com 13 anos de idade ou mais; e
- II.** Carcinoma cervical invasivo como doença indicativa de aids em indivíduos do sexo feminino com 13 anos de idade ou mais.

<sup>3</sup> HIV: *human immunodeficiency virus*, ou vírus da imunodeficiência humana.





## JUSTIFICATIVAS

### I. Quantificação de linfócitos T $CD_4^+/CD_8^+$ abaixo de 350 células/mm<sup>3</sup> como definidora de Caso de Aids em indivíduos com 13 anos de idade ou mais:

A determinação do número de linfócitos T  $CD_4^+$  no sangue periférico de pacientes infectados pelo *HIV* tem sido utilizada ao longo dos últimos 10 anos como marcador da severidade da imunodeficiência, resultante da progressiva destruição dos linfócitos pela replicação viral dos tecidos linfóides (1-7).

A significativa associação entre presença de contagem de  $CD_4^+ < 200$  células/mm<sup>3</sup> e ocorrência de manifestações clínicas da síndrome de imunodeficiência adquirida é hoje inquestionável (1, 8-11). Em 1993, os *CDC*<sup>4</sup> revisaram os parâmetros utilizados no sistema de classificação para infecção pelo *HIV* de 1986 e expandiu os critérios para definição de Caso de Aids para adolescentes e adultos, acrescentando três condições clínicas indicativas de imunodeficiência: tuberculose pulmonar, pneumonias recorrentes e câncer cervical invasivo; que por sua vez, foram acompanhadas da inclusão da contagem de linfócitos T  $CD_4^+$  em sangue periférico (8, 6, 12) de indivíduo suspeito de ser portador da aids. Em consequência desse novo sistema de classificação, que define como paciente de aids um indivíduo cuja contagem de linfócitos T  $CD_4^+$  é inferior a 200 células/mm<sup>3</sup> (8, 13), observou-se um impacto significativo no aumento de 75% sobre o número de casos notificados da doença, nos EUA. No Brasil, mais recentemente e no caminho dessa tendência, o debate técnico sobre a mensuração do grau de deficiência imunológica pela contagem de linfócitos T  $CD_4^+$  tinha argumentos favoráveis e desfavoráveis quanto ao valor do  $CD_4^+$  que se deveria atribuir, para que fosse considerado indicativo de imunodeficiência adquirida, em consequência da infecção pelo *HIV* (2,3, 11, 14-16). Por outro lado, estava suficientemente estabelecido que pacientes com inversão da relação T  $CD_4^+/CD_8^+$ , com T  $CD_4^+ < 500$  células/mm<sup>3</sup> sem a utilização de medicação anti-retroviral combinada, dificilmente recuperariam níveis de contagem superiores a este limite. A questão seria, portanto, quanto tempo esse indivíduo levaria para progredir a níveis de contagem de  $CD_4^+$  que não mais supusessem o risco de aparecimento de uma infecção oportunista? (2, 3, 5, 9, 11).

Nesse sentido, a recente publicação dos resultados do estudo de coorte em pacientes homossexuais, de J. Mellors e colab. (17), deixa claro que o valor da contagem de  $CD_4^+$  como indicativo de prognóstico de infecção pelo *HIV* é útil apenas para os indivíduos com contagens inferiores a 350 células/mm<sup>3</sup>. Ademais, o número de indivíduos que apresentam uma contagem de linfócitos T  $CD_4^+ < 350$  e  $> 200$  células/mm<sup>3</sup>, e que se situam na faixa de risco de rápida progressão da doença, parece ser maior do que em outros extratos superiores (4, 5, 6, 17). Assim sendo, consideradas as condições de acompanhamento e disponibilidade de

<sup>4</sup> *CDC/USA: Centers for Diseases Control and Prevention-CDC*, ou Centros para o Controle de Doenças e prevenção, dos Estados Unidos da América.

realização de rotina da contagem de linfócitos T CD<sub>4</sub><sup>+</sup>, para efeito de definição de Caso de Aids em maiores de 13 anos, uma contagem de CD<sub>4</sub><sup>+</sup> inferior a 350 células/mm<sup>3</sup>, por si só, já define um caso de aids, embora não indique o tempo de progressão para os níveis críticos da contagem do CD<sub>4</sub><sup>+</sup>. A principal vantagem prevista com a adoção desse critério está, justamente, em permitir a vigilância epidemiológica mais precoce da infecção pelo *HIV/aids*.

## II. Carcinoma cervical invasivo como doença indicativa de aids em indivíduos do sexo feminino com 13 anos de idade ou mais:

Os dados epidemiológicos dos últimos anos, não só no Brasil como em todo o mundo, têm demonstrado uma incidência crescente e progressiva de infecção pelo *HIV* na população feminina, sendo que a maior parte dos casos notificados da doença, que constitui importante causa de morbi-mortalidade entre as mulheres, está associada à via de transmissão heterossexual. Também por esta mesma razão, tanto para o *HIV/aids* quanto para outras doenças sexualmente transmissíveis, reconhecidamente facilitadoras desta infecção, várias questões epidemiológicas, preventivas e assistenciais estão sendo discutidas, e algumas ações já sendo implementadas, não só com o objetivo mais amplo de prevenir a sua transmissão pela via sexual, como também com a preocupação específica de controlar o avanço da epidemia entre as mulheres.

De acordo com vários estudos desenvolvidos, as prevalências de displasia cervical e de infecção pelo papilomavírus humano (*HPV*) no contato sexual, o mais importante fator de risco para o câncer cervical, são maiores entre as mulheres infectadas pelo *HIV* (18-20). Outros trabalhos científicos vão além desta simples constatação, e documentam uma prevalência significativamente maior de neoplasia cervical em mulheres *HIV*-positivas (21).

A evolução clínica da displasia cervical, por sua vez, também está diretamente associada ao grau de imunodeficiência subjacente (22). Em mulheres infectadas pelo *HIV*, as lesões de neoplasia intra-epitelial cervical são mais recorrentes após o tratamento, quando comparadas às *HIV*-negativas, e também estão relacionadas ao grau de imunodeficiência subjacente (23). Finalmente, a resposta ao tratamento do câncer cervical invasivo em mulheres infectadas pelo *HIV* é insatisfatória, com recidivas frequentes e precoces, e baixa sobrevida (24).

O câncer cervical invasivo é uma doença definidora de aids mais apropriada que a displasia cervical e o carcinoma *in situ*, pois estas lesões são muito mais frequentes e, na sua maior parte, não progridem para doença invasiva, o que dificulta o seu diagnóstico, e conseqüentemente, a sua importância enquanto doença indicativa de aids. Para Maiman, o câncer cervical uterino é uma doença definidora de aids relevante, possivelmente a mais frequente neoplasia relacionada à aids em mulheres sob situação de risco, tanto para a infecção pelo *HIV* quanto pelo *HPV*. Ademais, sendo o carcinoma invasivo de colo uterino uma doença passível de prevenção, e em havendo o reconhecimento precoce e o tratamento adequado das lesões precursoras desta neoplasia, a sua inclusão como doença definidora de aids assume um valor estratégico fundamental para a evolução da assistência à saúde da mulher, na medida em que enfatiza a importância do cuidado ginecológico como parte integrante do atendimento médico à portadora do *HIV*.

## *BREVE HISTÓRICO*

A primeira definição de caso de aids com finalidade de vigilância epidemiológica utilizada no Brasil foi a do *CDC* dos Estados Unidos da América, cuja primeira publicação data de setembro de 1982, posteriormente revisada em 1987 e 1993. Essa definição fundamenta-se na evidência laboratorial de infecção pelo *HIV* e na presença de doenças indicativas de imunodeficiência, ou na evidência laboratorial da infecção pelo *HIV* e da imunodeficiência. Tecnicamente revisada para a devida adequação ao seu tempo, foi sendo adaptada pelo Ministério da Saúde às condições diagnósticas laboratoriais e clínicas existentes no Brasil, com a apropriada denominação de **Critério *CDC* Modificado**.

Em 1992, entretanto, foi introduzido um critério inédito, baseado na identificação clínica de sinais, sintomas e doenças, que já não dependeriam de um sistema diagnóstico complexo e/ou de alto custo. Esse novo critério foi discutido e elaborado em reunião de especialistas realizada na cidade de Caracas, Venezuela, a partir de experiências acumuladas por alguns serviços de saúde no Rio de Janeiro, sendo descrito com o nome de **Critério Rio de Janeiro/Caracas**.

Em 1995, com o objetivo de incorporar ao Banco de Dados da Coordenação Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde uma quantidade significativa de casos da doença que não se enquadravam nas definições vigentes, mas que apresentavam menção de aids em algum dos campos de preenchimento do documento de Declaração de Óbito, foi estabelecido o chamado **Critério Óbito**. Nessa mesma ocasião, para cobrir os casos subdiagnosticados de aids que foram a óbito, durante a manifestação de *ARC*, foi definido o **Critério *ARC* + Óbito**.

Cumprе salientar que os critérios *CDC* Modificado e Rio de Janeiro/Caracas não são excludentes. Entretanto, quando uma suspeita de Caso de Aids não puder se enquadrar nesses dois critérios, dever-se-á recorrer aos chamados critérios excepcionais. No quadro seguinte, são apresentados os critérios adotados pelo Ministério da Saúde do Brasil para **Definição de Caso de Aids em Indivíduos com 13 Anos de Idade ou Mais**, para fins de Vigilância Epidemiológica.



*QUADRO RESUMO DOS CRITÉRIOS DE DEFINIÇÃO DE  
CASO DE AIDS EM INDIVÍDUOS COM 13 ANOS DE  
IDADE OU MAIS, PARA FINS DE  
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA*

**1 - CDC Modificado**

Evidência laboratorial da infecção pelo *HIV*  
+  
Diagnóstico de determinadas doenças indicativas de aids ou Evidência laboratorial de imunodeficiência

**2 - Rio de Janeiro/Caracas**

Evidência laboratorial de infecção pelo *HIV*  
+  
Somatório de pelo menos 10 pontos, de acordo com uma escala de sinais, sintomas ou doenças

**3 - Critério Excepcional CDC**

Ausência de evidência laboratorial da infecção pelo *HIV*  
+  
Diagnóstico definitivo de determinadas doenças indicativas de imunodeficiência

**4 - Critério Excepcional Óbito**

Menção de aids em algum campo da Declaração de Óbito  
+  
Investigação epidemiológica inconclusiva

**5 - Critério Excepcional ARC + Óbito**

Paciente em acompanhamento, apresentando ARC  
+  
Óbito de causa não-externa

**Notas explicativas:**

- *ARC: AIDS related complex*, ou complexo relacionado à aids.
- Causas externas de óbito: homicídio, suicídio e acidente.
- ◆ **Evidência Laboratorial da Infecção pelo HIV, para fins de Vigilância Epidemiológica**
  - Em pessoas com 13 anos ou mais, que **não preenchem** nenhum dos critérios de definição de caso de aids para esta faixa etária:
    - dois **testes de triagem** reagentes (com antígenos ou princípios metodológicos diferentes) + um **teste confirmatório** reagente; **ou**
    - um **teste confirmatório** reagente.
  - Em pessoas com 13 anos ou mais, que **preenchem** algum dos critérios de definição de caso de aids para esta faixa etária:
    - dois **testes de triagem** reagentes (com antígenos ou princípios metodológicos diferentes); **ou**
    - um **teste confirmatório** reagente.

**OBSERVAÇÃO:**

São **testes de triagem**: *ELISA* (várias gerações, com diversos antígenos), *EIA*, *MEIA*, quimioluminescência, teste rápido e teste simples.

São **testes confirmatórios**: imunofluorescência, *Western Blot*, teste de amplificação de ácidos nucleicos, como por exemplo, o *PCR*.

## CRITÉRIO CDC MODIFICADO

**S**erá considerado Caso de Aids, para fins de vigilância epidemiológica, todo indivíduo com 13 anos de idade ou mais que apresentar evidência laboratorial de infecção pelo *HIV*, independentemente da presença de outras causas de imunodeficiência, na qual seja diagnosticada pelo menos uma doença indicativa de aids, a saber:

### 1. DOENÇAS INDICATIVAS DE AIDS PARA AS QUAIS É REQUERIDO O DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

#### 1.1. candidíase da traquéia, brônquios ou pulmão.

*Método diagnóstico definitivo:*

Inspeção macroscópica através de endoscopia ou necropsia, ou microscopia (histologia ou citologia) em material obtido diretamente do tecido afetado.

#### 1.2. citomegalovirose em local que não o olho, e além do fígado, baço ou linfonodos.

*Método diagnóstico definitivo:* microscopia

#### 1.3. criptococose extrapulmonar

*Método diagnóstico definitivo:*

Microscopia (histologia ou citologia) em cultura ou detecção de antígeno em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos deste tecido.

#### 1.4. criptosporidíase com diarreia persistente, por um período superior a 1 mês.

*Método diagnóstico definitivo:* microscopia

#### 1.5. herpes simples dos brônquios, pulmão ou do trato gastrointestinal.

*Método diagnóstico definitivo:*

Microscopia (histologia ou citologia) em cultura ou detecção de antígeno em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos deste tecido.

#### 1.6. histoplasmose disseminada (em órgãos outros que não o pulmão ou linfonodos cervicais ou hilares, ou em um desses órgãos associado a qualquer outra localização)

*Método diagnóstico definitivo:*

Microscopia (histologia ou citologia) em cultura ou detecção de antígeno em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos deste tecido.

**1.7. isosporíase** com diarreia persistente, por um período superior a 1 mês.

*Método diagnóstico definitivo:* microscopia

**1.8. leucoencefalopatia multifocal progressiva**

*Método diagnóstico definitivo:* microscopia

**1.9. linfoma primário do cérebro**, em qualquer idade.

*Método diagnóstico definitivo:* microscopia

**1.10. outro linfoma não-Hodgkin** de células B (fenótipo imunológico desconhecido), e dos seguintes tipos histológicos:

- linfoma maligno de células grandes ou pequenas não clivadas (tipo Burkitt ou não-Burkitt).
- linfoma maligno imunoblástico SOE<sup>5</sup> (termos equivalentes: sarcoma imunoblástico; **ou** linfoma maligno de células grandes, imunoblástico).

*Método diagnóstico definitivo:* microscopia

**1.11. micobacteriose** (não tuberculose)

*Método diagnóstico definitivo:* cultura

**1.12. qualquer micobacteriose** disseminada que não seja tuberculose (em órgãos outros que não o pulmão, pele ou linfonodos cervicais ou hilares, ou em um desses órgãos associado a qualquer outra localização).

*Método diagnóstico definitivo:* cultura

**1.13. septicemia** recorrente por *salmonella* (não tifóide)

*Método diagnóstico definitivo:* cultura

**Notas explicativas:**

- A coccidioidomicose foi excluída da lista de doenças indicativas de aids para o Critério *CDC* Modificado, por ser um evento raro no Brasil.
- Não estão incluídos linfomas de células T (fenótipo imunológico) ou de tipo histológico não descrito ou descrito como “linfocítico”, “linfoblástico”, “células pequenas não clivadas” ou “linfoplasmocítico”.
- No ANEXO I deste documento, poder-se-ão observar os termos equivalentes e os códigos numéricos usados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Capítulo II - Neoplasias, 10ª revisão, 1993/CID 10).

<sup>5</sup> SOE: sem outra especificação.



## **2 - DOENÇAS INDICATIVAS DE AIDS PARA AS QUAIS TAMBÉM É ACEITO O DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO**

### **2.1. CANDIDÍASE DO ESÔFAGO**

#### ***Critérios sugeridos para o diagnóstico presuntivo:***

- início recente de dor retroesternal à deglutição; e
- candidíase oral diagnosticada pelo achado macroscópico de placas brancas em base eritematosa, removíveis na mucosa oral.

### **2.2. HERPES SIMPLES MUCO-CUTÂNEO, POR UM PERÍODO SUPERIOR A 1 MÊS**

#### ***Critérios sugeridos para o diagnóstico presuntivo:***

Aparência característica de lesões úlcero-crostosas persistentes, por um período superior a 1 mês, por vezes muito extensas, nas regiões perianal e genital. Prova terapêutica deverá ser considerada nos casos duvidosos.

### **2.3. PNEUMONIA POR PNEUMOCYSTIS CARINII**

#### ***Critérios sugeridos para o diagnóstico presuntivo:***

- histórico de dispnéia de esforço, ou tosse não produtiva de início recente (dentro dos últimos 3 meses);
- raio-X de tórax com evidência de infiltrado intersticial difuso bilateral; e
- ausência de evidência de pneumonia bacteriana (prova terapêutica é suficiente).

### **2.4. RETINITE POR CITOMEGALOVÍRUS**

#### ***Critérios sugeridos para o diagnóstico presuntivo:***

Aparência característica em exames oftalmológicos seriados (p. ex.: placas na retina com bordas distintas, progredindo de modo centrífugo, acompanhando os vasos sangüíneos, e freqüentemente associadas com vasculite retiniana, hemorragia e necrose). Resolução da doença ativa deixa cicatriz e atrofia com mosqueamento (*mottling*) do pigmento retiniano.

## *2.5. TOXOPLASMOSE CEREBRAL*

### *Crêterios sugeridos para o diagnóstico presuntivo:*

- início recente de anormalidade neurológica focal compatível com lesão intracraniana, ou redu o do nível de consciência;
- imagem de lesão cerebral com efeito de massa (tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética), ou aparência radiológica positiva após inje o de contraste; e
- sorologia ou prova terapêutica positiva.

**S**erá considerado Caso de Aids, para fins de vigilância epidemiológica, todo indivíduo com 13 anos de idade ou mais que apresentar evidência laboratorial de infecção pelo *HIV* e pelo menos um somatório de 10 pontos, de acordo com a seguinte escala de sinais, sintomas ou doenças:

SINAIS/SINTOMAS/DOENÇAS.....	PONTOS
<b>sarcoma de Kaposi</b> .....	10
<b>tuberculose disseminada/extrapulmonar/pulmonar não cavitária</b> .....	10
<b>candidíase oral</b> ou <b>leucoplasia pilosa</b> .....	5
<b>tuberculose pulmonar</b> cavitária ou não especificada.....	5
<b>herpes zoster</b> em indivíduo com até 60 anos de idade.....	5
<b>disfunção</b> do sistema nervoso central.....	5
<b>diarréia</b> por um período igual ou superior a 1 mês.....	2
<b>febre</b> igual ou superior a 38° C, por um período igual ou superior a 1 mês.....	2
<b>caquexia</b> ou perda de peso corporal superior a 10%.....	2
<b>astenia</b> por um período igual ou superior a 1 mês.....	2
<b>dermatite</b> persistente.....	2
<b>anemia</b> e/ou <b>linfopenia</b> e/ou <b>trombocitopenia</b> .....	2
<b>tosse persistente</b> ou qualquer pneumonia (exceto tuberculose).....	2
<b>linfadenopatia</b> maior ou igual a 1 cm, maior ou igual a 2 sítios extra-inguinais, por um período igual ou superior a 1 mês.....	2

**Notas explicativas:**

**Sarcoma de Kaposi:** diagnóstico definitivo (microscopia) ou presuntivo, através do reconhecimento macroscópico de nódulos, tumorações ou placas eritematosas ou violáceas características na pele e/ou mucosas.

**Tuberculose disseminada/extrapulmonar não cavitária:** tuberculose disseminada (especialmente do sistema nervoso central, ou SNC), incluindo as formas pulmonares, radiologicamente atípicas ou não, associadas a outra localização extrapulmonar ou tuberculose extrapulmonar em mais de uma localização (especialmente ganglionar); ou tuberculose pulmonar com padrão radiológico atípico (miliar, infiltrado intersticial, não cavitário). Diagnóstico etiológico através de baciloscopia, histologia ou cultura.

**Disfunção do sistema nervoso central:** indicada por confusão mental (p. ex: desorientação temporal ou espacial; demência; diminuição do nível de consciência (p. ex., estupor ou coma); convulsões; encefalite; meningites de qualquer etiologia (exceto por criptococos), incluindo as de etiologia desconhecida; mielites; e/ou testes cerebelares anormais.

**Candidíase oral:** pode ser diagnosticada pela aparência macroscópica de placas brancas em base eritematosa, removíveis na mucosa oral.

**Leucoplasia pilosa:** placas brancas pilosas não removíveis, na língua.

**Diarréia por um período igual ou superior a 1 mês:** duas ou mais evacuações frouxas ou líquidas por dia, constante ou intermitente, por pelo menos 1 mês.

**Febre igual ou superior a 38°, por um período igual ou superior a 1 mês:** constante ou intermitente.

**Caquexia ou perda de peso superior a 10%:** emaciação ou perda de peso superior a 10% do peso normal do paciente.

**Anemia:** hematócrito inferior a 30% em homens, e 25% em mulheres; ou hemoglobina inferior a 6,80 mmol/L (menos de 110 g/L) em homens, e inferior a 6,20 mmol/L (menos de 100 g/L) em mulheres.

**Linfopenia:** contagem absoluta de linfócitos inferior a  $1 \times 10^9/L$  (menos de 1000/mm<sup>3</sup>).

**Trombocitopenia:** inferior a  $100 \times 10^9/L$  (menos de 100.000/mm<sup>3</sup>).

**Tosse persistente ou qualquer pneumonia (exceto tuberculose):** qualquer pneumonia ou pneumonite determinada radiologicamente, ou por outro método de diagnóstico.

## CRITÉRIO EXCEPCIONAL CDC

**S**erá considerado Caso de Aids todo indivíduo com 13 anos de idade ou mais, com teste laboratorial para o *HIV* não realizado ou de resultado desconhecido e que, **eliminadas outras causas de imunodeficiência**, apresentar pelo menos uma das seguintes doenças indicativas de aids diagnosticada definitivamente:

**CANDIDÍASE** do esôfago, traquéia, brônquios ou pulmão.

*Método diagnóstico definitivo:*

Inspeção macroscópica através de endoscopia ou necropsia, ou microscopia (histologia ou citologia) em material obtido diretamente do tecido afetado.

**CITOMEGALOVIRESE** em local que não o olho ou além do fígado, baço ou linfonodo.

*Método diagnóstico definitivo:* microscopia

**CRIPTOSPORIDÍASE** com diarreia persistente, por um período superior a 1 mês.

*Método diagnóstico definitivo:* microscopia

**HERPES SIMPLES** muco-cutâneo dos brônquios, pulmão ou trato gastro-intestinal, por um período superior a 1 mês.

*Método diagnóstico definitivo:*

Microscopia (histologia ou citologia) em cultura ou detecção de antígeno em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos deste tecido.

**LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRESSIVA.**

*Método diagnóstico definitivo:* microscopia

**LINFOMA PRIMÁRIO DO CÉREBRO** em paciente com idade inferior a 60 anos.

*Método diagnóstico definitivo:* microscopia

**MICOBACTERIOSE** disseminada por *Mycobacterium avium complex* ou *M. Kansasii* (em órgãos outros que não o pulmão, pele ou linfonodos cervicais ou hilares, ou em um desses órgãos associado a qualquer outra localização).

*Método diagnóstico definitivo:* cultura

**PNEUMONIA** por *Pneumocystis carinii*

*Método diagnóstico definitivo:* microscopia

**SARCOMA DE KAPOSÍ** em paciente com idade inferior a 60 anos.

*Método diagnóstico definitivo:* microscopia

**TOXOPLASMOSE** cerebral

*Método diagnóstico definitivo:* microscopia

**Notas explicativas:**

- As seguintes causas de imunodeficiência devem ser excluídas:
  - Corticoterapia sistêmica em altas doses ou de longo termo, ou outra terapia imunossupressiva/ citotóxica iniciada pelo menos 3 meses antes do diagnóstico da doença indicativa.
  - Pelo menos uma das seguintes doenças diagnosticadas em até 3 meses após o diagnóstico da doença indicativa:
    - linfoma Hodgkin, linfoma não-Hodgkin (outro que não o linfoma primário do cérebro);
    - leucemia linfocítica;
    - mieloma múltiplo;
    - qualquer outro câncer do tecido linforreticular ou histiocítico; e
    - linfadenopatia angioimunoblástica.
  - Síndrome de imunodeficiência genética (congenita), ou uma síndrome de imunodeficiência que não seja pelo *HIV*, como a que envolve hipogamaglobulinemia.

## *CRITÉRIO EXCEPCIONAL ÓBITO*

**S**erá considerado Caso de Aids todo indivíduo com 13 anos de idade ou mais, em cuja Declaração de Óbito constar aids em algum dos seus campos de preenchimento e que, após investigação epidemiológica, não puder ser enquadrado em qualquer dos demais critérios de definição de caso de aids vigentes.





**S**erá considerado Caso de Aids todo indivíduo com 13 anos de idade ou mais com evidência laboratorial de infecção pelo *HIV* e manifestação de alguns sintomas próprios do complexo relacionado à aids (ou *AIDS Related Complex, ARC*), e que for a óbito por causa não-externa. São sintomas de *ARC*:

- presença de candidíase oral e/ou testes cutâneos de hipersensibilidade tardia negativos; **ou**
- presença de 3 ou mais dos seguintes sinais/sintomas, com duração superior a 1 mês, sem causa identificada: linfadenopatia generalizada, diarreia, febre, astenia, sudorese noturna, perda de peso superior a 10%.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - DE WOLF, F.; ROOS M.; LANGE, J.M.A. et al. Decline in CD<sub>4</sub>+ cell numbers reflects increase in HIV-1 replication. *AIDS Res. Human Retroviruses*, n. 4, p. 433-40, 1988.
- 2 - MASUR, H.; OGNIBENE, F.P.; UARCHOAN, R. et al. CD<sub>4</sub>+ counts as predictors of opportunistic pneumonias in human immunodeficiency virus (HIV) infection. *Ann. Int. Med.*, n. 111, p. 223-31, 1989.
- 3 - FAHEY, J.L.; TAYLOR, J.M.G.; DETELS, R. et al. The prognostic value of cellular and serologic markers in infection with human immunodeficiency virus type 1. *N. Engl. J. Med.*, n. 1190, v. 322, p. 223-31.
- 4 - HUGUES, M.D., JOHNSON, V.A.; HIRSCH, M.S.; BREMER, J.W.; ELBEIK, T.; ERICE, A.; KURITZKES, D.R.; SCOTT, W.A.; SPECTOR, A.S.; BASGOZ, N.; FISCHL, M.A.; D'AQUILA, R.T. Monitoring plasma HIV-1 RNA levels in addition to CD<sub>4</sub>+ lymphocyte count improves assessment of antiretroviral therapeutic response. *Ann. Int. Med.*, n. 126 (12), p. 929-38, 1997.
- 5 - O'BRIAN, W.A.; HARTIGAN, P.M.; DAAR, E.S.; SIMBERKOFF, M.S., HAMILTON, J.D. Changes in plasma HIV RNA levels and CD<sub>4</sub>+ lymphocyte counts predict both response to anti-retroviral therapy and therapeutic failure. *Ann. Int. Med.*, n. 126 (12), p. 939-54, 1997.
- 6 - KEIPER, M.D.; BEUMONT, M.; ELSHRAF, A., LANGLOTZ, C.P.; MILLER Jr., WT. CD<sub>4</sub>+ lymphocyte count and the radiographic presentation of pulmonary tuberculosis - a study of the relationship between these factors in patients with human immunodeficiency virus infection. *Chest.*, n. 107 (1), p. 74-80, 1995.
- 7 - PERELSON, A.S.; NEUMANN, A.U.; MARKOWITZ, M.; LEONARD, J.M.; HO, D.D. HIV-1 dynamics in vivo: virion clearance rate, infected cell life-span, and viral generation time. *Science*, n. 271, p. 1582-6, 1996.
- 8 - U.S. Department of Health and Human Services. 1993 revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. *MMWR*, n. 41, p. 11-19, 1992.
- 9 - OSMAND, D; CHARLEBOIS, E; LANG, W.; SHIBOSKI, S; MOSS, A. Changes in AIDS survival time in two San Francisco cohorts of homosexual men, 1983 to 1993. *JAMA*, n. 271, p. 1083-7, 1994.

- 10 - CHANG, S.W.; KATZ, M.H.; HERNANDEZ, S.R. The new aids case definition - implications for San Francisco. *JAMA*, n. 267 (7), p. 973-5, 1992.
- 11 - MOFENSON, L.M.; KORELITZ, J.; MEYER III, W.A.M.; BETHEL, J.; RICH, K.; PAHWA, S.; MOYE 1-DE WOLF, F.; ROOS M.; LANGE, J.M.A. et al. Decline in CD<sub>4</sub>+ cell numbers reflects increase in HIV-1 replication. *AIDS Res. Human Retroviruses*, n. 4, p. 433-40, 1988.
- 12 - MAIMAN, M.; FRUCHTER, R. et al. Cervical cancer as an AIDS - defining illness. *Am. J. Obstet. & Gynecol.*, n. 89, p. 76-80, 1997.
- 13 - U.S. Department of Health and Human Services. Impact of the expanded AIDS surveillance case definition on AIDS case reporting. *MMWR*, n. 42 (16), p. 308-11, 1993.
- 14 - PAXTON, W.B.; COOMBS, R.W.; McELRATH, M.J.; KEEFER, M.C.; HUGUES, J.; SINANGIL, F.; CHERNOFF, D.; DEMETER, L.; WILLIAMS, B.; COREY, L. Longitudinal analysis of quantitative virologic measures in human immunodeficiency virus-infected subjects with  $\geq 400$  CD<sub>4</sub>+ lymphocytes: implications for applying measurements to individual patients. *J. Infect. Dis.*, n. 175, p. 247-54, 1997.
- 15 - WENIGER, B.G.; QUINHÕES, E.P., SERENO, A.B.; PEREZ, M.A. de; KREBS, J.W.; ISMAEL, C.; SION, F.S.; RAMOS FILHO, C.F.; SÁ, C.A.M. de; BYERS, R.H.; RAYFIELD, M.A.; RODRIGUES, L.G.M.; ZACARIAS, F.; HEYWARD, W.L. The clinical AIDS study group, and the working group on AIDS case definition - a simplified surveillance case definition of AIDS derived from empirical clinical data. *J. Acq. Imm. Def. Synd.*, n. 5, p. 1212-23, 1992.
- 16 - PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Classification system for human immunodeficiency virus (HIV) infection in children under 13 years of age. *MMWR*, n. 36 (15), p. 225-30, 235, 1987.
- 17 - MELLORS, J.W.; MUÑOZ, A.; GIORGI, J.V.; MARGOLICK, J.B.; TASSONI, C.J.; GUPTA, P.; KINGSLEY, L.A.; TODD, J.A.; SAAH, A.J.; DETELS, R.; PHAIR, J.P.; RINALDO Jr., C.R. Plasma viral load and CD<sub>4</sub>+ lymphocytes as prognostic markers of HIV-1 infection. *Ann. Int. Med.*, n. 126 (12), p. 946-54, 1997.
- 18 - LAGA, M.A.; ICENOGLE, J.P. et al. Genital papillomavirus infection and cervical displasia - opportunistic complications of HIV infection. *Inf. J. Cancer*, n. 50, p. 45-8, 1992.

- 19 -WRIGHT, T.C.; ELLERBROCK, T.; SUN, X.W. Cervical intraepithelial neoplasia in women infected with HIV: prevention, risk factors and validity of Papanicolau smears. *Am. J. Obstet. & Gynecol.*, n. 84, p. 591-7, 1994.
- 20 - VERNOM, S.D.; LAGA, M. A longitudinal study of human papillomavirus DNA detection in human immunodeficiency virus type 1 seropositive and seronegative women. *J. Infect. Dis.*, n. 169, p. 1108-12, 1994.
- 21 - SHAFER, A.; FRIEDMANN, W.; MIELKE, M.; SCHWARTLANDER, B.; KOCH, M. A. The increased frequency of cervical dysplasia-neoplasia in women infected with the human immunodeficiency virus is related to the degree of immunossuppression. *Am. J. Obstet. & Gynecol.*, n. 164, p. 593-9, 1991.
- 22 -MAIMAN, M.; SERUR, J. et al. Colposcopic evaluation of human immunodeficiency virus-seropositive women. *Am. J. Obstet. & Gynecol.*, n. 71, p. 84-8, 1991.
- 23 - FRUCHTER, R.; MAIMAN, M. et al. Multiple recurrences of cervical neoplasia in women with immunodeficiency virus infection. *Am. J. Obstet. & Gynecol.*, n. 87, p. 338-44, 1996.
- 24 - MAIMAN, M. et al. Human immunodeficiency virus infection and cervical neoplasia. *Am. J. Obstet. & Gynecol.*, n. 38, p. 377-82, 1990.



# ANEXO I

## TERMOS EQUIVALENTES E CÓDIGOS PARA LINFOMAS INDICATIVOS DE AIDS NA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS PARA ONCOLOGIA (CID-O 2)

Os seguintes termos e códigos descrevem linfomas indicativos de aids em indivíduos com 13 anos de idade ou mais e que apresentam evidência laboratorial de infecção pelo *HIV*:

CID-O 2 (adaptação do Capítulo II-Neoplasias do CID-10)

CÓDIGOS	TERMOS
M9686/3	<b>linfoma maligno de células pequenas não clivadas, difuso</b> linfoma maligno não-Burkitt, de células indiferenciadas linfoma maligno de tipo celular indiferenciado, SOE <sup>1</sup>
M9590/3	<b>linfoma maligno, SOE</b> linfoma, SOE
M9684/3	<b>linfoma maligno imunoblástico, SOE</b> sarcoma imunoblástico linfoma maligno de células grandes, imunoblástico
M9683/3	<b>linfoma maligno, centroblástico, difuso</b> linfoma maligno centroblástico, SOE
M9682/3	<b>linfoma maligno, de células grandes não clivadas, difuso</b> linfoma maligno de células grandes não-clivadas, SOE linfoma maligno, não-clivado, difuso, SOE linfoma maligno, não clivado, SOE
M9593/3	<b>reticulossarcoma, SOE</b> sarcoma de células reticulares, SOE reticulossarcoma difuso sarcoma difuso de células reticulares
M9593/3	<b>reticulossarcoma tipo pleomorfo</b> sarcoma de células reticulares tipo pleomorfo
M9687/3	<b>linfoma de Burkitt, SOE</b> tumor de Burkitt linfoma maligno indiferenciado, tipo Burkitt linfoma maligno tipo Burkitt de células pequenas não clivadas, difuso

<sup>1</sup> SOE: sem outra especificação.





# ANEXO II

SUS-MS-DST-AIDS

## SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA INDIVIDUAL DE INVESTIGAÇÃO

AIDS  
EM PACIENTES COM 13  
ANOS OU MAIS

### DADOS GERAIS

1 - NÚMERO DA NOTIFICAÇÃO		2 - DATA DE NOTIFICAÇÃO ____/____/____		3 - SEMANA EPIDEMIOLÓGICA DE NOTIFICAÇÃO	
4 - CÓDIGO MUNICÍPIO		5 - NOME MUNICÍPIO			
6 - CÓDIGO UNIDADE DE SAÚDE		7 - NOME UNIDADE DE SAÚDE			

### DADOS DO CASO

8 - NOME DO PACIENTE					
9 - DATA NASCIMENTO ____/____/____		10 - IDADE ____ A - ANOS		11 - SEXO <input type="checkbox"/> 1 - MASCULINO <input type="checkbox"/> 2 - FEMININO	
12 - GRAU DE INSTRUÇÃO <input type="checkbox"/> 1 - ANALFABETO <input type="checkbox"/> 2 - 1º GRAU <input type="checkbox"/> 3 - 2º GRAU <input type="checkbox"/> 4 - SUPERIOR <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO		13 - DATA DOS PRIMEIROS SINTOMAS ____/____/____			
14 - CÓDIGO MUNICÍPIO		15 - SE ÍNDIO, ETNIA			
RESIDÊNCIA	16 - CÓDIGO MUNICÍPIO		17 - NOME MUNICÍPIO		
	18 - CÓDIGO DISTRITO		19 - DISTRITO		20 - ZONA <input type="checkbox"/> 1 - URBANA <input type="checkbox"/> 2 - RURAL
	22 - CÓDIGO BAIRRO		23 - BAIRRO OU LOCALIDADE		
	24 - ENDEREÇO (RUA, AVENIDA, Nº, APTº)				
	25 - PONTO DE REFERÊNCIA				26 - TELEFONE (____) _____
27 - GRAU DE INSTRUÇÃO <input type="checkbox"/> 1 - ANALFABETO <input type="checkbox"/> 2 - 1º GRAU - 1ª A 4ª SÉRIES <input type="checkbox"/> 3 - 1º GRAU - 5ª A 8ª SÉRIES <input type="checkbox"/> 4 - 2º GRAU <input type="checkbox"/> 5 - SUPERIOR <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO		28 - OCUPAÇÃO			
29 - DATA DO DIAGNÓSTICO DE AIDS ____/____/____		30 - SITUAÇÃO ATUAL <input type="checkbox"/> 1 - VIVO <input type="checkbox"/> 2 - MORTO <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO		31 - DATA DO ÓBITO ____/____/____	
32 - NÚMERO DA D.O.					
33 - EM CASO DE ÓBITO INFORMAR A CAUSA DE MORTE ( EXATAMENTE COMO O ATESTADO DE ÓBITO)					
A) _____		C) _____		E) _____	
B) _____		D) _____			
34 - NOME DA MÃE					

### AVALIAÇÃO DE RISCO

SEXUAL	35 - RELAÇÕES SEXUAIS		36 - RELAÇÕES SEXUAIS COM INDIVÍDUO SABIDAMENTE HIV + / AIDS		
	<input type="checkbox"/> 1 - SÓ COM HOMENS <input type="checkbox"/> 2 - SÓ COM MULHERES <input type="checkbox"/> 3 - COM HOMENS E MULHERES		<input type="checkbox"/> 4 - NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO		
	<input type="checkbox"/> 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO <input type="checkbox"/> 3 - NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO				
SANGÜÍNEO	37 - INFORMAÇÃO SOBRE PARCERIA SEXUAL <input type="checkbox"/> 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO				
	<input type="checkbox"/> PACIENTE COM MÚLTIPLOS PARCEIROS <input type="checkbox"/> PARCEIRO(A) QUE MANTÉM RELAÇÕES SEXUAIS SÓ COM HOMENS <input type="checkbox"/> PARCEIRO(A) QUE MANTÉM RELAÇÕES SEXUAIS SÓ COM MULHERES <input type="checkbox"/> PARCEIRO(A) QUE MANTÉM RELAÇÕES SEXUAIS COM HOMENS E MULHERES		<input type="checkbox"/> PARCEIRO(A) COM MÚLTIPLOS PARCEIROS <input type="checkbox"/> PARCEIRO(A) QUE USA DROGA INJETÁVEL <input type="checkbox"/> PARCEIRO(A) QUE RECEBEU TRANSFUSÃO DE SANGUE/DERIVADOS <input type="checkbox"/> PARCEIRO(A) HEMOFÍLICO		
	38 - USO DE DROGA INJETÁVEL <input type="checkbox"/> 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO		39 - HEMOFILIA <input type="checkbox"/> 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO		40 - HISTÓRIA DE TRANSFUSÃO DE SANGUE / DERIVADOS <input type="checkbox"/> 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO
	41 - NO CASO DE HAVER HISTÓRIA DE TRANSFUSÃO: DATA: ____/____/____ MUNICÍPIO: _____ INSTITUIÇÃO: _____ UF: _____				
OUTRO	42 - APÓS INVESTIGAÇÃO REALIZADA CONFORME ALGORITMO DA CN DST/AIDS, A TRANFUSÃO FOI CONSIDERADA CAUSA DA INFECÇÃO PELO HIV? <input type="checkbox"/> 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO <input type="checkbox"/> 3 - NÃO HOUVE TRANSFUSÃO <input type="checkbox"/> 4 - INVESTIGAÇÃO INCONCLUSIVA / NÃO REALIZADA <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO				
	43 - TRANSMISSÃO VERTICAL (MÃE / FILHO) <input type="checkbox"/> 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO <input type="checkbox"/> 3 - NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO		44 - ACIDENTE DE TRABALHO EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE COM SOROLOGIA NEGATIVA NO MOMENTO DO ACIDENTE E SOROCONVERSÃO DENTRO DOS PRIMEIROS 6 MESES. <input type="checkbox"/> 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO <input type="checkbox"/> 3 - NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO		45 - OUTRO _____

### DADOS LABORATORIAIS

46 - DIAGNÓSTICO DE INFECÇÃO PELO HIV		1 - POSITIVO <input type="checkbox"/> 2 - NEGATIVO <input type="checkbox"/> 3 - INCONCLUSIVO <input type="checkbox"/> 4 - NÃO REALIZADO <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO			47 - CONTAGEM DE LINFÓCITOS CD4+ _____	
<input type="checkbox"/> 1 - ELISA (1º TESTE) <input type="checkbox"/> 2 - ELISA (2º TESTE)		<input type="checkbox"/> 3 - IMUNOFLOURESCÊNCIA <input type="checkbox"/> 4 - WESTERN BLOT		<input type="checkbox"/> 5 - PCR <input type="checkbox"/> 6 - OUTROS _____		DATA ____/____/____

# FICHA INDIVIDUAL DE INVESTIGAÇÃO

# AIDS EM PACIENTES COM 13 ANOS OU MAIS

## DADOS CLÍNICOS

48 - CRITÉRIO C A R A C A S 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 - SARCOMA DE KAPOSÍ (10)                                    | <input type="checkbox"/> 8 - FEBRE MAIOR OU IGUAL A 38° C, POR TEMPO MAIOR OU IGUAL A 1 MÊS (2)   |
| <input type="checkbox"/> 2 - TUBERCULOSE DISSEMINADA/Extra-pulmonar/NÃO CAVITÁRIA (10) | <input type="checkbox"/> 9 - CAQUEXIA OU PERDA DE PESO MAIOR QUE 10% (2)  |
| <input type="checkbox"/> 3 - CANDIDÍASE ORAL OU LEUCOPLASIA PILOSA (5)                 | <input type="checkbox"/> 10 - ASTENIA MAIOR OU IGUAL A 1 MÊS (2)  |
| <input type="checkbox"/> 4 - TUBERCULOSE PULMONAR CAVITÁRIA OU NÃO ESPECIFICADA (5)    | <input type="checkbox"/> 11 - DERMATITE PERSISTENTE (2)   |
| <input type="checkbox"/> 5 - HERPES ZOSTER EM INDIVÍDUO MENOR OU IGUAL A 60 ANOS (5)   | <input type="checkbox"/> 12 - ANEMIA E/OU LINFOPENIA E/OU TROMBOCITOPENIA (2)   |
| <input type="checkbox"/> 6 - DISFUÇÃO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL (5)                   | <input type="checkbox"/> 13 - TOSSE PERSISTENTE OU QUALQUER PNEUMONIA (EXCETO TUBERCULOSE) (2)  |
| <input type="checkbox"/> 7 - DIARRÉIA MAIOR OU IGUAL A 1 MÊS (2)                       | <input type="checkbox"/> 14 - LINFADENOPATIA MAIOR OU IGUAL A 1 CM, MAIOR OU IGUAL A 2 SÍTIOS EXTRA-INGUINAIS, POR TEMPO MAIOR OU IGUAL A 1 MÊS (2) |

49 - CRITÉRIO C D C 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 - CANDIDÍASE (ESÔFAGO, TRAQUEIA, BRÔNQUIOS, PULMÃO)                 | <input type="checkbox"/> 9 - LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRESSIVA |
| <input type="checkbox"/> 2 - CITOMEGALOVÍROSE  | <input type="checkbox"/> 10 - LINFOMA NÃO HODGKIN                      |
| <input type="checkbox"/> 3 - CÂNCER CERVICAL INVASIVO  | <input type="checkbox"/> 11 - LINFOMA PRIMÁRIA DO CÉREBRO              |
| <input type="checkbox"/> 4 - CRIPTOCOCOSE (Extra-pulmonar)                                     | <input type="checkbox"/> 12 - MICOBACTERIOSE DISSEMINADA               |
| <input type="checkbox"/> 5 - CRIPTOSPORIDIASE  | <input type="checkbox"/> 13 - PNEUMONIA POR P. C A R I N I I           |
| <input type="checkbox"/> 6 - HERPES SIMPLÉS (MUCO-CUTÂNEO > 1 MÊS, ESÔFAGO, BRÔNQUIOS, PULMÃO) | <input type="checkbox"/> 14 - SALMONELOSE (SEPTICEMIA RECORRENTE)      |
| <input type="checkbox"/> 7 - HISTOPLASMOSE DISSEMINADA   | <input type="checkbox"/> 15 - TOXOPLASMOSE CEREBRAL                    |
| <input type="checkbox"/> 8 - ISOSPORÍASE   |  |

## CRITÉRIOS EXCEPCIONAIS DE DEFINIÇÃO DE CASO

50 - NO CASO DA PRESENÇA DE SITUAÇÕES CLÍNICAS DEFINIDORAS, PORÉM SEM O DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DA INFECÇÃO PELO HIV, HOUVE EXCLUSÃO DAS CAUSAS DE IMUNODEFICIÊNCIA LISTADAS NA DEFINIÇÃO DE CASO DE AIDS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE?

1 - SIM     2 - NÃO     9 - IGNORADO

51 - DIAGNÓSTICO DE AIDS EXPLICITADO NA DECLARAÇÃO DE ÓBITO, SEM NENHUM OUTRO DADO

1 - SIM  
2 - NÃO  
9 - IGNORADO

52 - ÓBITO POR CAUSA NÃO EXTERNA EM PACIENTE EM ACOMPANHAMENTO E COM ARC

1 - SIM  
2 - NÃO  
9 - IGNORADO

53 - NOME DO MUNICÍPIO/UNIDADE DE SAÚDE ONDE SE REALIZA O TRATAMENTO

54 - CÓDIGO UNIDADE DE SAÚDE

## INVESTIGADOR

55 - NOME DO MUNICÍPIO/UNIDADE DE SAÚDE

56 - CÓDIGO UNIDADE DE SAÚDE

57 - NOME

58 - FUNÇÃO

59 - DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

60 - ASSINATURA

## NÚMERO DO PRONTUÁRIO

61 -

## INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA FICHA

- 1 - Preencher todos os campos;
- 2 - Datas: quando o dia ou mês for ignorado, marcar 99. Não usar 99 para o ano;
- 3 - Não preencher o campo idade com 99. Se a idade for desconhecida, preencher com dois zeros (00);
- 4 - Notificar somente casos que preencham algum dos critérios de definição do caso de aids em pacientes com 13 anos ou mais:

- com evidência laboratorial\* de infecção pelo HIV:

- a) 10 pontos no critério Rio de Janeiro/Caracas (Campo 48), ou
- b) presença de qualquer doença indicativa de imunossupressão listada no campo 49 (critério CDC modificado), ou
- c) contagem de linfócitos CD4 abaixo de 350, ou
- d) óbito de causa não externa (causas externas: acidente, homicídio.) em paciente em acompanhamento e que esteja apresentando sinais e sistemas do Complexo Relacionado à Aids (ARC)

- sem evidência laboratorial\* de infecção pelo HIV:

- a) presença de doenças definidoras (consultar a publicação: Aids em pacientes com 13 anos ou mais: critérios de definição de caso) confirmada por método definitivo ou
- f) óbito de causa não externa (causas externas: acidente, homicídio) em cujo atestado conste aids em algum dos campos, e cuja investigação epidemiológica não foi conclusiva.

\* evidência laboratorial do HIV em paciente que apresente situações clínicas/laboratoriais compatíveis com imunodeficiência:

- a) reatividade em, no mínimo, 2 testes de triagem com metodologia e/ou princípios antigênicos diferentes, que podem ser realizados na mesma amostra.

Os testes de triagem mais comuns são:

- ELISA (EIA), quimioluminescência e MEIA;
- teste simples, e
- teste rápido, ou

- b) positividade em um dos métodos confirmatórios, como por exemplo western blot ou imunofluorescência; ou

- c) positividade em teste de amplificação de ácidos nucleicos, como por exemplo a PCR (Reação da Polimerase em Cadeia).

## *ELABORAÇÃO*

Aristides Barbosa Junior

Ermenegildo Munhoz Junior

## *COLABORADORES*

### *COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST E AIDS*

Pedro Chequer

Euclides Castilho

Maria Rebeca Otero Gomes

Valdiléa G. Veloso dos Santos

Maria Goretti P. Fonseca Medeiros

Fábio Barros Correa Gomes

### *CONSULTORES*

Adauto Castelo Filho

Beatriz Grinztein

Betina Durovni

Dráurio Barreira

Émile Ana Catapano

Jair Ferreira

Roberto Badaró

Vicente Luiz Vaz da Costa

## *EQUIPE DE APOIO*

César Neves Pimenta

Lúcia Helena Herculano de Abreu

Luciana Oliveira Fernandes

Marcos Cleuton de Oliveira

