

AIDS (PACIENTES MAIORES QUE 13 ANOS)

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA FICHA DE INVESTIGAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO - SINAN

A notificação do HIV/Aids deverá ser feita em dois momentos:

1. **infecção pelo HIV:** quando o indivíduo apresentar testes anti-HIV positivos e não preencher os critérios de caso de aids (), e
2. **aids:** quando o indivíduo apresentar testes anti-HIV positivos e preencher pelo menos um dos critérios de caso de aids.

DESCRIÇÃO DOS CAMPOS

Nº - O número da notificação será atribuído pela Supervisão de Vigilância em Saúde (Suvis) de referência do Serviço.

1. **Tipo de notificação:** este campo identifica o tipo de notificação, informação necessária à digitação. Não é necessário preenchê-lo.
2. **Agravo/doença:** nome do agravo/doença ou código correspondente estabelecido pelo SINAN (CID 10) que está sendo notificado (já preenchido).
3. **Data da notificação:** anotar a data de preenchimento da ficha de notificação.
4. **UF:** preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou a notificação.
5. **Município de notificação:** preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizado o Serviço notificante.
6. **Unidade de Saúde:** preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) do Serviço notificante.
7. **Data do diagnóstico:** anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso

vigente no momento da notificação.

- a. **HIV** = preencher com a data da **coleta do primeiro teste para o HIV** com resultado reagente (triagem + confirmatório ou dois testes rápidos reagentes);
 - b. **AIDS** = preencher com a data em que o indivíduo preencheu pelo menos um dos critérios de definição de caso de aids (clínico e/ou imunológico).
8. **Nome do paciente:** preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações).
 9. **Data de nascimento:** preencher com a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano) de forma completa.
 10. **Idade:** anotar a idade do paciente
 11. **Sexo:** informar o sexo biológico do paciente (M= masculino, F= feminino e I= ignorado).
 12. **Gestante:** se gestante, informar o trimestre da gestação. Neste caso, preencher também a ficha de notificação/investigação de "**GESTANTE HIV**".
 13. **Raça/cor:** preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: (1= Branca, 2= Preta, 3= Amarela (compreende-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela), 4= Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça), 5= indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia).
 14. **Escolaridade:** preencher com a série e grau que a pessoa está freqüentando ou freqüentou, considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação. (0=Analfabeto; 1= 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau), 2= 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau), 3= 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau), 4= Ensino fundamental

completo (antigo ginásio ou 1º grau), 5= Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau), 6= Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau), 7= Educação superior incompleta, 8= Educação superior completa, 9= Ignorado ou 10= Não se aplica)..

15. **Número do cartão SUS:** preencher com o número do cartão do Sistema Único de Saúde – SUS.
16. **Nome da mãe:** preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações).
17. **UF:** preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência do paciente.
18. **Município de residência:** anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente.
19. **Distrito: NÃO PREENCHER.** Será preenchido pela Suvis de referência do Serviço notificante.
20. **Bairro: NÃO PREENCHER.** Será preenchido pela Suvis de referência do Serviço notificante.
21. **Logradouro:** anotar o nome completo do logradouro da residência do paciente.
22. **Número:** anotar o número da residência do paciente no logradouro.
23. **Complemento:** anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc).
24. **Geo campo 1: NÃO PREENCHER.**
25. **Geo campo 2: NÃO PREENCHER.**
26. **Ponto de referência:** anotar um ponto de referência para localização da residência do paciente (por ex., perto da padaria do João).
27. **CEP:** anotar o código de endereçamento postal do logradouro da residência do paciente .
28. **(DDD) Telefone:** anotar DDD e telefone do paciente.
29. **Zona:** zona de residência do paciente por ocasião da notificação (Ex. 1=

área com características estritamente urbana, 2= área com características estritamente rural, 3= área rural com aglomeração populacional que se assemelha à uma área urbana).

30. **País:** anotar o nome do país de residência do paciente notificado.

31. **Ocupação:** informar a atividade exercida pelo paciente no setor formal, informal ou autônomo ou a última atividade exercida quando paciente for desempregado.

Provável modo de transmissão.

Para informar o provável modo de transmissão deve ser considerado: contato sexual desprotegido; contato direto com sangue, que inclui compartilhamento de agulhas para injeção de drogas; transfusão de sangue e/ou hemoderivados; acidentes com material biológico(ocupacionais ou não) que gerem contato direto destes com mucosas, com pele não íntegra e com tecidos profundos do corpo, permitindo o acesso à corrente sanguínea e transmissão vertical. Além disso, deve ser considerado o período de latência entre a infecção pelo HIV e os sintomas e sinais que caracterizam a doença causada pelo HIV(aids). As medianas desse período estão entre 3 a 10 anos, dependendo da via de infecção. É possível assinalar categoria de exposição sexual associada à sanguínea (Ex: relações sexuais com homens e uso de drogas injetáveis).

32. Transmissão vertical:

1- Sim: quando o provável modo de transmissão ocorreu da mãe/nutriz HIV+ para o filho/criança durante a gestação, parto ou amamentação.

2- Não: o provável modo de transmissão não foi atribuído à transmissão vertical.

9- Ignorado: não foi possível, após a investigação, informar se o provável modo de transmissão foi atribuído à transmissão vertical.

33. Sexual:

- 1- **Relações sexuais com homens:** quando o provável modo de transmissão é atribuído a relações sexuais somente com homens.
- 2- **Relações sexuais com mulheres:** quando o provável modo de transmissão é atribuído somente a relações sexuais com mulheres.
- 3- **Relações sexuais com homens e mulheres:** quando o provável modo de transmissão é atribuído a relações sexuais com homens e mulheres.
- 4- **Não foi transmissão sexual:** o provável modo de transmissão não foi atribuído à transmissão sexual.
- 9- **Ignorado.:** não foi possível, após a investigação, informar se o provável modo de transmissão é atribuído à transmissão sexual.

34. Sanguínea: preencher com os códigos 1=Sim, 2=Não ou 9=Ignorado.

- **Uso de drogas injetáveis:** quando o provável modo de transmissão é atribuído ao uso de drogas injetáveis.
- **Tratamento/hemotransfusão para hemofilia:** quando o provável modo de transmissão é atribuído ao tratamento para hemofilia.
- **Transfusão sanguínea:** quando o provável modo de transmissão é atribuído à transfusão.
- **Acidente com material biológico com posterior soroconversão, até 6 meses:** quando o provável modo de transmissão é atribuído ao acidente com material biológico com posterior soroconversão até 6 meses.

Informações sobre transfusão/acidente

Os **campos 35 a 38** deverão ser preenchidos quando o campo “Transfusão Sanguínea” for igual a 1 ou “Acidente com Material Biológico com Posterior Soroconversão até 6 meses” for igual a 1.

39. **NÃO PREENCHER.** Este campo será preenchido pela Suvis após investigação quando o campo “Transfusão Sanguínea” for igual a 1 ou “Acidente com Material Biológico com Posterior Soroconversão até 6

meses” for igual a 1.

40. **Evidência laboratorial de infecção pelo HIV:** preencher com os códigos 1= positivo/reagente, 2= negativo/não reagente, 3= inconclusivo, 4= não realizado, 5= indeterminado ou 9= ignorado.

Será considerada evidência laboratorial de infecção pelo HIV a existência de:

01 teste de triagem reagente e 01 teste confirmatório positivo; ou

02 testes rápidos positivos.

São testes de triagem para detecção de anticorpos anti-HIV: várias gerações de ensaio por imunoabsorbância ligado à enzima (Enzyme Linked Immunosorbent Assay, ELISA), ensaio imunoenzimático (Enzyme Immuno Assay, EIA), ensaio imunoenzimático com micropartículas (Microparticle Enzyme Assay, MEIA) e ensaio imunoenzimático com quimioluminescência, entre outros.

São testes confirmatórios: imunofluorescência indireta, imunoblot e Western blot.

41. **Critério Rio de Janeiro/Caracas:** preencher com os códigos 1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado de acordo com os sinais, sintomas ou doenças que o indivíduo apresenta no momento do diagnóstico.

42. **Critério CDC adaptado:** preencher com os códigos 1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado de acordo com a doença indicativa de aids que o indivíduo apresenta no momento do diagnóstico e/ou contagem de linfócitos T CD4+ abaixo de 350 células/mm³.

43. **Critério óbito:** assinalar quando o caso for notificado por meio das informações reunidas a partir da declaração de óbito onde haja menção de aids ou termos equivalentes e a investigação epidemiológica for inconclusiva.

44. **UF:** Unidade federada do município onde o indivíduo realiza o tratamento.

45. **Município onde o indivíduo realiza o tratamento.**

46. **Unidade de saúde onde se realiza o tratamento:** preencher com o nome da Unidade de Saúde, Clínica ou consultório privado e respectivo código CNES.

47. Evolução do caso: 1- Vivo, 2- Óbito por aids= quando causa básica do óbito for atribuída à aids, 3- Óbito por outras causas= quando causa básica do óbito for atribuída a outras causas.

48. Data do óbito

Informar o nome do município/unidade de saúde responsável por esta investigação

Informar o código da unidade de saúde responsável por esta investigação.

Informar o nome completo do responsável por esta investigação.

Informar a função do responsável por esta investigação. ex: Enfermeiro, médico.

Registrar a assinatura do responsável por esta investigação.