



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO SOBRE GESTÃO DAS POLÍTICAS DE DST/AIDS,
HEPATITES VIRAIS E TUBERCULOSE.

ALBA REGINA DE SOUSA

Estratégias para melhorar a notificação dos casos de aids e melhoria da qualidade
dos dados no estado da Bahia

SALVADOR, 2017

ALBA REGINA DE SOUSA

Estratégias para melhorar a notificação dos casos de aids e melhoria da qualidade dos dados no estado da Bahia

Trabalho de conclusão de curso submetido ao Curso de Especialização sobre Gestão da Política de DST, AIDS, Hepatites Virais e Tuberculose – Educação a Distância da Universidade Federal do Rio Grande do Norte para a obtenção do Grau de Especialista.

Orientadora: Meily Sousa

SALVADOR, 2017

RESUMO

A síndrome da imunodeficiência adquirida (aids), causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), é uma doença infecciosa que consta da lista de notificação obrigatória do país. Assim, todos os casos de aids devem ser notificados em formulário específico, com todos os itens preenchidos; os responsáveis por essa ação são os profissionais de saúde. Essas notificações alimentam o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), que têm como objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo. Entretanto, apesar da obrigatoriedade, além de informações incompletas no formulário, observa-se a existência de subnotificação e isso pode comprometer a tomada de decisões e implementação de ações de prevenção e/ou assistência, uma vez que não se tem a dimensão genuína da doença na população, o que interfere na identificação da realidade epidemiológica de determinada localidade. Assim, este projeto objetiva desenvolver ações para melhorar as notificações dos casos de aids no estado, bem como melhorar a qualidade dessas, em uma parceria entre estado e município.

PALAVRAS-CHAVE: subnotificação, sistema de informação em saúde, aids

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

| | |
|------------------|--|
| Aids | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| ARV | Antirretrovirais |
| BRS | Base Regional de Saúde |
| CIB | Comissão Intergestores Bipartite |
| CDC | <i>Centers for Disease Control and Prevention</i> |
| CD4 | <i>Cluster of differentiation 4</i> |
| CD8 | <i>Cluster of differentiation 8</i> |
| Coagravos | Coordenação de Agravos |
| CV | Carga viral |
| Datusus | Departamento de Informática do SUS |
| Divep | Diretoria de Vigilância Epidemiológica |
| DIAHV | Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais |
| HIV | Vírus da Imunodeficiência Humana |
| LNC | Lista de Notificação Compulsória |
| MS | Ministério da Saúde |
| NRS | Núcleo Regional de Saúde |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PAM | Plano de Ações e Metas |
| PDR | Plano Diretor de Regionalização |
| PE DST/Aids e HV | Programa Estadual de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais |
| SAE | Serviço de Atendimento Especializado |
| Sesab | Secretaria da Saúde do Estado da Bahia |
| Siclom | Sistema de Controle Logístico de Medicamentos |
| SIM | Sistema de Informação de Mortalidade |
| Sinan | Sistema Nacional de Agravos de Notificação |
| Siscel | Sistema de Controle de Exames Laboratoriais |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| Suvisa | Superintendência de Vigilância à Saúde |
| SVS | Secretaria de Vigilância em Saúde |
| UF | Unidade federada |
| Un aids | Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 6 |
| 2. OBJETIVOS..... | 13 |
| 2.1 Objetivo geral..... | 13 |
| 2.2 Objetivos específicos..... | 13 |
| 3. METODOLOGIA | 13 |
| 3.1 Cenário do projeto..... | 13 |
| 3.2 Elementos do plano de Intervenção..... | 15 |
| 3.3 Fragilidades e oportunidades..... | 17 |
| 3.4 Processo de avaliação..... | 18 |
| 4. CRONOGRAMA..... | 19 |
| 5. PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA..... | 20 |
| 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 20 |
| 7. REFERÊNCIAS..... | 21 |
| ANEXOS..... | 23 |

1.INTRODUÇÃO

A síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) é uma doença infecciosa causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), a qual ainda representa grande problema de saúde no mundo, devido a sua magnitude e danos causados, apesar dos grandes avanços obtidos em seu tratamento¹. Na América Latina, o Brasil é o país que mais concentra casos de novas infecções pelo HIV e responde por 40% das novas infecções, segundo o Unids².

Durante mais de 28 anos de epidemia da infecção pelo HIV/aids no Brasil, a vigilância epidemiológica da aids foi a principal fonte de informações para fornecer suporte à resposta nacional. Em 2014, com a notificação compulsória da infecção pelo HIV, ampliaram-se essas informações. Essa vigilância é descentralizada e baseia-se em um modelo de monitoramento dos eventos: infecção pelo HIV, adoecimento (aids) e óbito³. Para essa notificação, utilizam-se definições e critérios adotados pelo Ministério da Saúde (MS), por meio do Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais (DIAHV), com base nos avanços tecnológicos e na disponibilidade desses³.

No Brasil, a aids faz parte da lista de doenças de notificação compulsória nacional desde o ano 1986; os casos de gestante vivendo com HIV/aids e criança exposta ao HIV passaram a integrar o Sistema Nacional de Vigilância em 2000; e os casos de HIV desde junho de 2014.

A Lista de Notificação Compulsória (LNC) é revisada periodicamente com a inclusão de novos agravos e a última publicação ocorreu em 17 fevereiro de 2016, portaria do MS de nº 204 e portaria estadual nº 1411, de 3 novembro de 2016. Cada agravo tem sua especificidade, por isso possui ficha distinta.

A última atualização da ficha de notificação de aids ocorreu em junho de 2006 e contém 48 campos principais de preenchimento, os quais compõem os seguintes eixos: dados sociodemográficos, antecedentes epidemiológicos, dados laboratoriais, critério de definição de caso, tratamento, evolução e dados do investigador do caso. Após o preenchimento pela unidade notificante, esse instrumento é encaminhado para registro no Sistema Informatizado da Vigilância Epidemiológica local

(municipal). Ressalte-se que no caso da aids existem fichas de notificação diferenciadas para criança (menor de 13 anos) e adulto (maior de 13 anos).

Para fins de vigilância epidemiológica, a definição de caso de infecção pelo HIV em indivíduos com menos de 13 anos ou de 13 anos ou mais de idade se dá pelo diagnóstico positivo da infecção pelo HIV, seguindo-se os fluxogramas de exames vigentes. E no caso da aids, utiliza-se o Critério Rio de Janeiro/Caracas; o Critério CDC Adaptado ou Grave e o Critério Excepcional Óbito, observando-se as especificidades em relação à idade (menor ou maior de 13 anos). Cada critério tem sua particularidade e relação específica de sinal, sintoma ou doença que o identifica. Essas notificações são digitadas em sistemas de informação em saúde³.

Atualmente, a vigilância epidemiológica da aids baseia-se em dados fornecidos pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), o qual registra as declarações de óbitos; além do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel) e do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom), os quais atuam como sistemas complementares, e de estudos sorológicos e/ou comportamentais de base populacional em populações específicas⁴.

O Sinan é o sistema oficial utilizado para registro das notificações; o SIM tem como objetivo fornecer informações sobre a mortalidade no país; o Siscel monitora os procedimentos laboratoriais de contagem de linfócitos T CD4/CD8 e a quantificação da carga viral do HIV, para monitoramento do tratamento, bem como os pacientes em terapia antirretroviral; e o Siclom realiza o gerenciamento logístico dos medicamentos antirretrovirais e é utilizado para controle dos estoques e distribuição dos antirretrovirais, bem como para obtenção de informações clínico-laboratoriais dos pacientes de HIV/aids e uso de diferentes esquemas terapêuticos.

O MS por meio do DIAHV realiza a “*linkagem*” desses bancos de dados. O Siclom é utilizado para validação das informações contidas no Siscel, quando do relacionamento desse com o SIM. A base de dados resultante do relacionamento do Siscel com o SIM é posteriormente relacionada com o Sinan para compor o banco relacionado, de acordo com o algoritmo de relacionamento de banco de dados⁵.

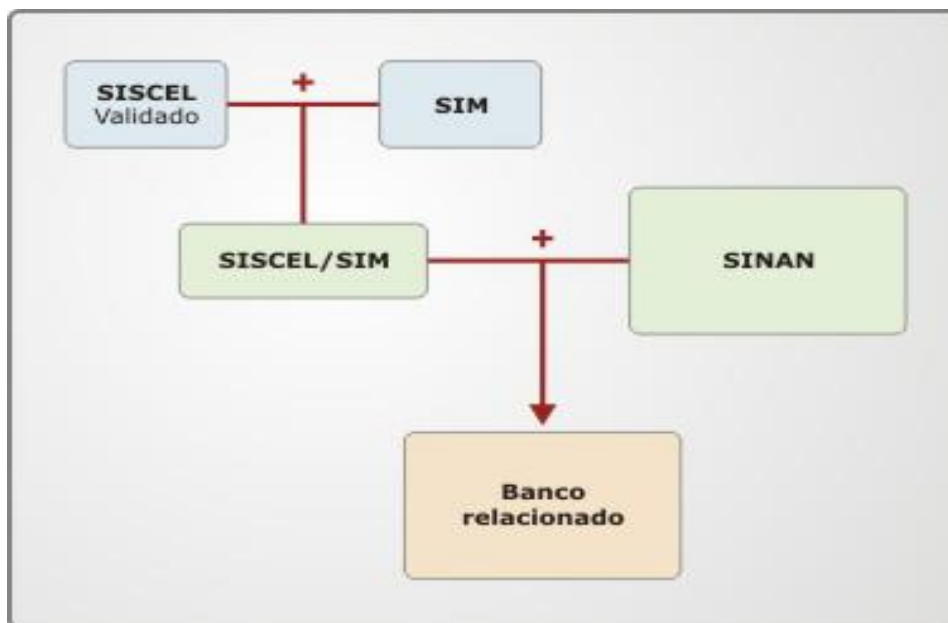


Figura 1. Algoritmo de relacionamento de banco de dados⁵

Fonte: MS/DIAHV em 09/02/2017

Esses sistemas complementares são utilizados para se obterem registros de casos de aids que não estão disponíveis no Sinan. Entretanto, esse é o sistema que deveria ser utilizado para conhecer a história de um agravo ou doença e estimar a sua magnitude como problema de saúde em uma determinada população; identificar epidemias ou surtos e formular hipóteses epidemiológicas, uma vez que é o sistema oficial e principal para notificação de agravos do país. Portanto, é um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde e definir prioridades de intervenção, além de permitir avaliar o impacto das intervenções⁶.

O uso do Sinan foi regulamentado a partir de 1998, tornando obrigatória a alimentação regular da base de dados nacional pelos municípios, estados e distrito federal. Esse sistema é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da LNDC, mas é facultado a estados e municípios incluírem outros problemas de saúde importantes em sua região. Sua utilização efetiva permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população⁷.

O Sinan tem como objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo. A utilização efetiva desse sistema pode proporcionar subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória e possibilitar a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica. O seu uso sistemático, de forma descentralizada, contribui para a democratização da informação e permite que todos os profissionais de saúde tenham acesso à informação e as tornem disponíveis para a comunidade⁷. Cada ente federativo tem atribuições e competências, as quais estão definidas em leis e portarias, com relação à gestão, à estruturação e à operacionalização desse sistema de informação, a fim de garantir a alimentação permanente e regular de dados nacionais, estaduais e municipais.

A maioria das notificações é digitada nas secretarias municipais de saúde. A norma legal obriga os profissionais de saúde e pessoas da comunidade a comunicar a autoridade sanitária a ocorrência de doença ou agravo que estão sob vigilância epidemiológica⁸. A Ficha Individual de Notificação (FIN) é preenchida pelas unidades assistenciais para cada paciente quando da suspeita de ocorrência de problema de saúde de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual ou municipal. Esse instrumento deve ser encaminhado aos serviços responsáveis pela informação e/ou vigilância epidemiológica das secretarias municipais, as quais devem repassar os arquivos para as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e essas devem se comunicar com a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), de acordo com cronogramas definidos. Caso não ocorra suspeita alguma de doença, as unidades de saúde precisam preencher o formulário de notificação negativa, o qual tem o mesmo fluxo/prazo de entrega. Caso o município não alimente o banco de dados do Sinan, terá sua situação considerada como irregular na alimentação do Sinan, conforme Portaria nº 47, de 3 de maio de 2016⁷.

Apesar da obrigatoriedade da notificação, observa-se, no Sinan, importante subnotificação de dados, além da incompletude dos dados no formulário digitados nesse sistema. A subnotificação de um caso de doença de notificação compulsória refere-se àquele caso que a despeito de atender aos critérios estabelecidos não foi

notificado ao serviço de saúde pública ou não foi notificado dentro de um período de tempo estabelecido⁸.

A subnotificação existe em vários agravos. Em 2011, Carvalho, Dourado e Bierrenbach analisaram a subnotificação da comorbidade tuberculose (TB) e aids no Brasil e a estimaram em 17,7%; as maiores proporções foram observadas no Acre, Alagoas, Maranhão e Piauí (mais de 35% cada)⁹. Em 2013, o percentual de subnotificação de aids chegou a 30,7% no Rio Grande do Sul, segundo o MS¹⁰. Alguns estudos apontam que o uso de dados secundários apresenta inúmeras vantagens, entretanto, existem limitações referentes às possíveis subnotificações; ademais, o pesquisador não tem controle sobre a existência de possíveis erros decorrentes de digitação e/ou de registro¹¹.

O estudo de Ferreira, Portela e Vasconcelos, realizado em 2000, cujo objetivo foi analisar os fatores associados a uma expressiva subnotificação de casos de aids no município do Rio de Janeiro, apontou para a necessidade de normatização de processos e fluxos, a fim de melhorar a qualidade do sistema de informações em saúde¹².

No Brasil, onde o sistema de vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis é rotineiramente passivo, vários fatores podem contribuir para a subnotificação de casos, entre esses: o desconhecimento dos profissionais de saúde sobre como e quais doenças notificar, das definições e critérios para se notificar o caso e de quando notificar (caso suspeito ou confirmado) e do fluxo da notificação, bem como da crença por parte do profissional que o caso já foi notificado^{8, 11, 13, 14, 15}. Além disso, alguns profissionais médicos têm dificuldades para notificar, em especial aqueles que atendem na rede privada¹⁶. Pode-se também acrescentar a esses fatores o pedido de sigilo do diagnóstico por pacientes e/ou familiares, nos casos de doenças como a aids, mesmo que a informação seja importante para fins oficiais^{8,15}.

A disponibilidade da tecnologia/recursos de informática amplia a capacidade de registro, acesso e análise de dados, entretanto, isto não significa/implica melhoria da qualidade dos dados. Observa-se que algumas informações, as quais constituem a base do Sinan, às vezes são incompletas e nem sempre apresentam boa qualidade. No boletim epidemiológico 2016, do MS/DIAHV, nos dados referentes à categoria de

exposição nos casos de aids, observa-se que, entre homens, essa informação é ignorada em 18,8% dos casos¹⁷, no Brasil, e na Bahia, em 9,6% dos casos¹⁸, no período 2006 a 2015. Essa situação pode ser constatada pela inconsistência dos dados e pelo elevado número de informações ignoradas, o que compromete o diagnóstico epidemiológico¹⁹.

A displicência com as informações, em especial com os dados secundários, é realidade no Brasil^{20,21}. Nesse contexto, o trabalho do profissional que preenche a ficha é fundamental na cadeia de fornecimento de dados e, por isso, tem responsabilidade para assegurar a qualidade na produção desses. Ademais, existe o risco de erros de digitação por parte do profissional que a realiza no meio eletrônico (sistema), o que pode implicar distorção dos dados.

Essas situações interferem na notificação e na qualidade dos dados. Uma notificação completa dos casos de HIV/aids possibilita estimar, retrospectivamente, o avanço da epidemia, bem como aprimorar a política pública de seu enfrentamento. Assim, a análise desses dados possibilita a monitoração espaço temporal da epidemia, monitorar tendências, riscos e vulnerabilidades na população infectada, assim como o acompanhamento da disseminação da doença por categoria de exposição, subsidiar as ações para sua prevenção e controle e oferecer um panorama mais real da epidemia no país²².

No estado da Bahia, desde o primeiro caso notificado (1984) até junho de 2016, foram registrados 29.958 casos de aids; desses, 18.824 (62,8%) do sexo masculino e 11.130 (37%) do feminino e, nos últimos dez anos (2006-2015), 18.016 casos de aids. A taxa de detecção de aids apresenta tendência de crescimento; em 2006, de 9,9 por 100 mil habitantes e de 13,4 casos por 100 mil habitantes em 2015, média de 12,7 no período, menor que a nacional (20,7 casos por 100 mil habitantes). De janeiro a junho de 2016 foram notificados 759 casos¹⁸.

Do total de casos registrados de 2006 a 2015 (17.996) encontraram-se 61,1% (10.993) no Sinan, 10,8% (1.949) no SIM e 28,1% (5.054) no Siscel. Observa-se o percentual de 38,9% de casos que não constam no Sinan, logo, um percentual representativo de subnotificação, além disso, perderam-se alguns dados específicos que constam apenas da ficha de notificação. Nesse período, 385 (92,3%) municípios

da Bahia registraram casos de aids em seu território e, desses, apenas 12,7% (49) notificaram 100% dos casos no Sinan, segundo informações do MS/DIAHV²³ (Quadro 2).

| Quantitativo de município da Bahia | % de casos de aids notificados no Sinan |
|------------------------------------|---|
| 169 | ≤ 50 |
| 121 | 51 a 75 |
| 46 | 76 a 88,2 |
| 49 | 100 |

Quadro 2. Quantitativo de municípios (número absoluto) segundo o percentual de casos de aids notificados no Sinan, por ano de diagnóstico. Bahia, 2006 a 2015.

Fonte: Dados MS. Elaboração própria.

Diante desse contexto, o MS por meio do DIAHV realiza o relacionamento dos bancos de dados (SIM, Siscel e Siclom), pois a subnotificação e o atraso da notificação no Sinan impedem o conhecimento da magnitude da epidemia e essa situação pode refletir na instituição de políticas públicas preventivas e assistenciais e na programação orçamentária do Poder Público, comprometendo a racionalização do sistema para a aquisição de insumos, inclusive dos antirretrovirais²². Entretanto, os casos registrados nos demais sistemas não oferecem algumas informações específicas do Sinan e não substituem o sistema oficial de notificação, uma vez que informações importantes no âmbito da epidemiologia são desconhecidas, tais como comportamentos e vulnerabilidades, entre outros. Isso porque algumas variáveis são exclusivas do formulário do Sinan, como aquelas referentes aos antecedentes epidemiológicos, dados do laboratório, critérios de definição de casos de aids e a evolução e tratamento. Assim, é imprescindível que os profissionais realizem a notificação de todos os casos de HIV e aids, bem como preencham todos os campos da ficha de notificação.

Logo, diante dessa situação, esse projeto justifica-se por pretender propor estratégias para reduzir a subnotificação e melhorar a qualidade da notificação dos casos de aids nos municípios do estado, possibilitando maior compreensão das características da epidemia no estado e, com isso, facilitar a construção de estratégias públicas mais efetivas, direcionadas às ações de promoção, prevenção,

assistência e diagnóstico. Consequentemente esta intervenção propiciará aos municípios ferramentas que contribuirão para melhorar a efetividade das ações no âmbito local. Essa contribuição é importante porque as responsabilidades de cada um dos níveis do sistema de saúde (municipal, estadual e federal) abrangem todo o espectro das funções de vigilância epidemiológica, porém, com algumas particularidades, assim, é importante que cada ente se aproprie de suas atribuições/compromissos. Ressalta-se que as ações executivas são pertinentes ao nível municipal e seu exercício exige conhecimento analítico da situação de saúde local.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Desenvolver ações para melhorar as notificações dos casos de aids no estado, bem como melhorar a qualidade dessas.

2.2 Objetivos Específicos

Realizar capacitação para os profissionais das bases regionais de saúde em vigilância da aids.

Proporcionar ferramentas para que os profissionais de saúde dos municípios implementem a vigilância da aids.

Instrumentalizar os municípios para avaliar a regularidade, completitude, consistência e integridade dos dados e duplicidade de registros do banco do Sinan.

3. METODOLOGIA

3.1. Cenário do projeto de intervenção

A Bahia, cuja capital é Salvador, localiza-se na região nordeste do Brasil e possui 417 municípios em área de 564.733,1 km². Em 2010, a população do estado era 14.016.906 habitantes; desses, 6.880.368 homens e 7.141.064 mulheres²⁴.

Na Bahia, os municípios são agrupados por região de saúde e têm como referência um município sede constituindo-se em 28 regiões de saúde, conforme Plano Diretor de Regionalização (PDR). As regiões de saúde foram reconhecidas na resolução nº 275/2012 da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) da Bahia. Além de regiões de saúde, os municípios estão agrupados por bases regionais, totalizando 31 Bases Regionais de Saúde (BRS), vinculadas aos 9 Núcleos Regionais de Saúde (NRS). Cada núcleo é responsável por determinado quantitativo de bases regionais²⁵.

Os NRS têm como finalidade acompanhar as atividades de regulação e de vigilância sanitária, bem como as ações relativas à coordenação de monitoramento de prestação de serviços de saúde, à central de aquisições e contratações da saúde e à corregedoria da saúde, contribuindo para o fortalecimento da gestão junto aos municípios, conforme a lei estadual de nº 13.204 de 11 de dezembro de 2014.

Cada BRS é responsável por um conjunto de municípios adstrito ao seu território de abrangência. Assim, as ações desse projeto devem ocorrer primeiramente com as bases regionais de saúde e posteriormente essas devem trabalhar junto àqueles que as compõem. Assim, todos os 417 municípios poderão ser envolvidos, priorizando-se aqueles com problemas na notificação. Nas bases regionais, os atores responsáveis por essa ação devem ser aqueles vinculados às ações de DST/HIV/Aids e Hepatites Virais e/ou da vigilância epidemiológica.

Nos municípios, deverão ser capacitados pelas bases os profissionais responsáveis pela vigilância epidemiológica de cada Secretaria Municipal de Saúde e, naqueles em que exista Serviço de Atenção Especializada (SAE) de DST, Aids e Hepatites Virais, os profissionais desse serviço devem ter prioridade para participarem da capacitação.

O Programa Estadual de DST, Aids e Hepatites Virais (PE DST/Aids e HV) será responsável pela execução deste projeto em parceria com os NRS e BRS. Esse programa está inserido na Coordenação de Agravos (Coagravos), da Diretoria de Vigilância Epidemiológica (Divep), a qual constitui uma das diretorias da Superintendência de Vigilância à Saúde (Suvisa) da Secretaria da Saúde do Estado (Sesab).

3.2. Elementos do plano de intervenção.

Após a análise dos dados de aids no Sinan ficou evidente que as Secretarias Municipais de Saúde necessitam apropriar-se cada vez mais das suas atribuições referente à gestão, a estruturação e a operacionalização do sistema de informação epidemiológica, a fim de garantir, a notificação dos casos, e a alimentação permanente e regular dos dados gerados no seu âmbito de ação.

Nesse sentido, este projeto de intervenção propõe um plano que visa implementar estratégias para melhorar a notificação dos casos de aids e a qualidade dos dados nos municípios/estado. Essa ação deverá ser executada em parceria com os NRS, BRS e com o envolvimento dos municípios. Salienta-se que para o plano ter êxito cada ente deve realizar as ações/atribuições pertinentes e atuar segundo suas competências⁷. Para o alcance dos objetivos traçaram-se algumas ações com as respectivas competências.

As ações desse projeto iniciam-se com uma reunião do PE DST/Aids e HV com as BRS para discutir a implantação dos passos deste projeto. As ações previstas para o êxito desse projeto serão executadas pelo estado e município, cada um na sua competência, algumas dessas estabelecidas por portarias e instruções normativas⁷:

Programa Estadual de DST/Aids e Hepatites Virais (nível estadual):

- Capacitar os profissionais das BRS na vigilância epidemiológica da aids;
- Realizar o apoio matricial para as BRS;
- Monitorar as ações da vigilância epidemiológica referentes à notificação da aids e qualidade dos dados;
- Realizar a avaliação do banco de dados;
- Assessorar regionais e municípios, visando assegurar o exercício de práticas adequadas de vigilância epidemiológica da aids.

A capacitação com foco na Vigilância Epidemiológica (VE) da aids terá uma carga horária de 16 horas; o conteúdo será trabalhado por meio de estratégias pedagógicas como aula expositiva-dialogada, leitura e interpretação de textos e de

situações-problemas, além da parte prática; e serão usados como recursos didáticos: *datashow*, dinâmicas e apostilas. Após a capacitação, o PE DST/Aids e HV realizará apoio matricial e assessoria, presencial e/ou por meio de tecnologias de informação e comunicação às BRS e municípios, de acordo com a necessidade dessas instituições. Para verificar o alcance dos objetivos realizar-se-ão trimestralmente o monitoramento trimestral e anualmente a avaliação.

Núcleos e as Bases Regionais de Saúde (nível estadual)

- Capacitar os profissionais de saúde de seus municípios de abrangência, formar multiplicadores para atuarem na vigilância epidemiológica da aids;
- Oferecer apoio técnico à secretaria municipal de saúde para utilização e operacionalização do Sinan;
- Monitorar junto aos municípios as notificações;
- Assessorar a elaboração dos planos municipais de vigilância e controle de agravos e monitorar a sua implementação;
- Supervisionar e assessorar municípios, visando assegurar o exercício de práticas adequadas de vigilância epidemiológica da aids.

As BRS são independentes para organizar seu plano de trabalho de acordo com suas especificidades ou seguir o cronograma apresentado. Entretanto, a capacitação deve seguir a forma proposta pelo PE DST/Aids e HV.

Secretarias Municipais de Saúde (nível municipal):

- Liberar os profissionais que atuam na vigilância epidemiológica para participarem da capacitação;
- Liberar os profissionais para multiplicarem a capacitação nos seus municípios;
- Apoiar tecnicamente os profissionais que trabalham nas unidades de saúde;
- Definir servidores e capacitá-los para realizar o registro no Sinan, dos casos de aids;
- Coletar e consolidar os dados provenientes de unidades notificantes;
- Distribuir as versões do Sinan e seus instrumentos de coleta de dados para as unidades notificantes;

- Avaliar a regularidade, completude, consistência e integridade dos dados e duplicidade de registros;
- Divulgar informações e análises epidemiológicas;
- Normatizar aspectos técnicos em caráter complementar à atuação do nível estadual para a sua área de abrangência;
- Executar a rotina “fluxo de retorno”, quando for estabelecido, para obter os casos residentes notificados por outros municípios/estado;
- Definir momentos para a discussão dos casos e para a realização da análise crítica das fichas de notificação.

Os municípios são entes autônomos para realizar o planejamento de suas ações referentes à vigilância epidemiológica, contanto que cumpra a legislação pertinente. Logo, cabe a cada município programar suas atividades visando o alcance dos objetivos propostos. Dessa maneira, sugere-se que durante a capacitação seja realizado um plano de ação, mesmo que preliminar, para que as BRS acompanhem.

3.3. Fragilidades e oportunidades

Na efetivação desse projeto pode-se defrontar com oportunidades/facilidades e também com alguns pontos frágeis que podem interferir no processo de trabalho, entretanto, o importante é a equipe executora estar preparada para esses enfrentamentos.

A rotatividade de pessoal e o reduzido quadro de recursos humanos nos setores de vigilância epidemiológica para desenvolver todas as atividades normatizadas, bem como a falta de integração das ações de vigilância epidemiológica com as ações assistenciais são alguns pontos frágeis que podem ser apresentadas pelos municípios. Além disso, a maioria desses não possui regras explícitas sobre o papel da vigilância epidemiológica.

Neste processo, o projeto também encontra situações favoráveis à sua execução tais como: boa integração do programa com as BRS e a receptividade das coordenações dos SAE DST/Aids e HV dos municípios. Ademais, existe uma legislação específica que corrobora a implementação do projeto, uma vez que a notificação de aids é obrigatória.

Por fim, a disponibilidade da equipe técnica do PE DST/Aids e HV é um aspecto importante para a realização do projeto.

3.4. Processo de avaliação

O processo de monitoramento/avaliação do projeto será contínuo, compartilhado entre o PE DST/Aids e HV e as BRS. Inicialmente será pactuado com as bases que deve ocorrer uma avaliação sistemática do banco do Sinan dos municípios de sua abrangência, com o intuito de verificar a completude das informações contidas nas fichas. Ressaltamos que os municípios que possuem SAE devem ter um monitoramento mais frequente, pois são aqueles que atendem quantitativo expressivo de casos de aids. O PE DST/Aids e HV, além de trabalhar conjuntamente com as bases nesta ação, checará anualmente o quantitativo de dados não notificados no Sinan, após a “*linkagem*” dos sistemas pelo MS. O resultado das avaliações nos diversos níveis será divulgado para os interessados.

Além disso, na capacitação deve-se sugerir aos municípios a análise das fichas de notificação, antes do encaminhamento para digitação/inclusão no Sinan, e um acompanhamento das notificações de casos pela unidade de saúde e/ou pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde.

Ressalta-se que a avaliação referente ao processo de subnotificação no Sinan poderá ser avaliada no ano posterior à implantação do projeto, pois a “*linkagem*” realizado pelo Ministério da Saúde é realizada anualmente.

5. PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA

Os recursos utilizados na efetivação desse projeto estão alocados no orçamento da Divep. Na esfera municipal, os recursos serão definidos localmente.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo-se do pressuposto de que a vigilância epidemiológica é uma ferramenta indispensável para gestão das ações da saúde, definição de prioridades de intervenção, bem como de distribuição de recursos, é imprescindível que as informações estejam condizentes com a realidade local. Assim, espera-se, com efetivação desse projeto, que ocorra melhor qualificação das informações referentes à morbidade de aids nos municípios/ estado (notificação e qualidade da informação).

Salienta-se a importância do envolvimento de cada profissional que atenda a pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) para realizara notificação em tempo oportuno e preencher corretamente todo os campos da ficha, atuando, assim, de acordo com sua responsabilidade. Ademais, os municípios devem trabalhar, cada vez mais, capilarizando as ações de vigilância para todas as unidades de saúde e oferecendo condições para que o processo de trabalho ocorra.

Ressalta-se que o monitoramento/avaliação do banco de dados (Sinan) deve ser constante e que a ação não deve extinguir-se com o término do projeto. O Programa Estadual de DST, Aids e Hepatites Virais deve continuar a desempenhar sua função de apoio técnico às BRSe aos municípios.

7. REFERÊNCIAS

1. Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. Rev. Soc. Bras. Med. Trop.: Uberaba. v. 34, n. 2, p. 207-217. 2001
2. UNAIDS. Relatório global do UNAIDS sobre prevenção destaca avanços e desafios da resposta à AIDS no Brasil. Publicado em 14 de julho de 2016.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 812 p.
4. Dourado, I, Bastos FI. HIV/AIDS como Modelo de Doença Emergente. In: Almeida Filho, Naomar de; Barreto, Maurício Lima. Epidemiologia & Saúde - Fundamentos, Métodos e Aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. Cap. 42. p. 452-457.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais: Sistemas de Vigilância. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/node/365>>. Acesso em: 15 mar. 2017.
6. Laguardia J., Domingues CMA, Carvalho C, Lauerma CR, Macário E, Glatt R. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. Epidemiol. Serv. Saúde. 2004;13(3):135-147
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan: normas e rotinas / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007
8. Oliveira MTC, Barreira D, Santos LCO, Latorre MRDO. A subnotificação de casos de aids em municípios brasileiros selecionados: uma aplicação do método de captura-recaptura. Boletim Epidemiológico - Aids e Dst: 01^a - 26^a de 2004 - semanas epidemiológicas janeiro a junho de 2004, Brasília, v. 1, n. , p.7-11, mar. 2005.
9. Carvalho CN, Dourado I, Bierrenbach AL. Subnotificação da comorbidade tuberculose e aids: uma aplicação do método de linkage. Rev. Saúde Pública. 2011
10. Batista, CS Teixeira. Aids no Rio Grande do Sul: conhecendo a subnotificação de casos através do relacionamento de bases de dados de sistemas de informação em saúde. 2015. 50 f. Monografia (Especialização) Curso de Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde-escola Ghc, Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, Porto Alegre, 2015
11. Godoy VS, Ferreira MD, Silva DC, Gir E, Canini RMS. O perfil epidemiológico da aids em idosos utilizando sistemas de informações em saúde do DATASUS: realidades e desafios. DST: Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis. 2008; 20(1): 7-11
12. Ferreira MB, Portela MC, Vasconcellos MTL. Fatores associados à subnotificação de pacientes com Aids, no Rio de Janeiro, RJ, 1996. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.34, n.2, p.170-177. 2000

13. Silva GA, Oliveira CMG. O registro das doenças de notificação compulsória: a participação dos profissionais da saúde e da comunidade. *Rev. Epidemiol. Control. Infect.*, Santa Cruz do Sul - Rs - Brasil, v. 4, n. 3, p.215-220, set. 2014.
14. Moraes IHS, Santos SRFR. Informações para a gestão do SUS: necessidades e perspectivas. *Inf. Epidemiol. SUS*, Brasília , v. 10, n. 1, p. 49-56, mar. 2001
15. Carvalho CN, Dourado I, Bierrenbach AL. Subnotificação da comorbidade tuberculose e aids: uma aplicação do método de linkage. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2011 ; 45(3): 548-555.
16. Gonçalves VF, Kerr L, Regina FS, Mota RMSi, Mota JMA. Estimativa de subnotificação de casos de aids em uma capital do Nordeste. *Rev. Bras. epidemiol.* .São Paulo 2008 11(3): 356-364.
17. Brasil, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Aids e DST. 27^a a 53^a semanas epidemiológicas de julho a dezembro de 2015, 1^a a 26^a semanas epidemiológicas janeiro a junho de 2016. Departamento Nacional de DST/Aids. Brasília. 2016
18. Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2016. Bahia 2017
19. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Guia de vigilância epidemiológica/ Fundação Nacional de Saúde. 5. ed. Brasília : FUNASA, 2002.
20. Guimarães, MDC. Estudo temporal das doenças associadas à AIDS no Brasil, 1980-1999. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2000;16 Suppl 1: S21-S36.
21. Fonseca MGP, Szwarcwald CL, Bastos FI. Análise sociodemográfica da epidemia de Aids no Brasil, 1989-1997. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2002, vol. 36, n.6, pp.678-685. ISSN 1518-8787.
22. Brasil, Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids , Vigilância do HIV no Brasil- Novas Diretrizes. Brasília-DF. Agosto de 2002.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Acesso em 23 fev 2017. Disponível em: <<http://www2.aids.gov.br/cgi/tabcgi.exe?tabnet/br.def>>. Acesso em: 18 mar. 2017.
24. Brasil. IBGE. Acesso em 10 fev 2017. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ba>>. Acesso em: 18 mar. 2017
25. Bahia. Governo do Estado da Bahia. Acesso em 15 mar 2017. Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/indexch.asp>. Acesso em: 18 mar. 2017

ANEXOS

Anexo 1:

Ficha de notificação/Investigação de Aids- Pacientes com 13 anos ou mais

| | | | | | | |
|---|--|---|---|---------------|---------------------------------------|--|
| República Federativa do Brasil Ministério da Saúde | | SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO | | N° | | |
| FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO AIDS (Pacientes com 13 anos ou mais) | | | | | | |
| Definição de caso: Para fins de notificação entende-se por caso de aids o indivíduo que se enquadra nas definições adotadas pelo Ministério da Saúde. Os critérios para caracterização de casos de aids estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br). | | | | | | |
| Dados Gerais | 1 Tipo de Notificação | | 2 - Individual | | | |
| | 2 Agravado/doença | | Código (CID10) | | 3 Data da Notificação | |
| | AIDS | | B 24 | | | |
| Notificação Individual | 4 UF | 5 Município de Notificação | | Código (IBGE) | | |
| | 6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) | | | Código | 7 Data do Diagnóstico | |
| | 8 Nome do Paciente | | | | 9 Data de Nascimento | |
| Dados de Residência | 10 (ou) Idade | | 11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado | | 12 Gestante | |
| | 14 Escolaridade | | 13 Raça/Cor | | | |
| | 15 Número do Cartão SUS | | 16 Nome da mãe | | | |
| | 17 UF | 18 Município de Residência | | Código (IBGE) | 19 Distrito | |
| Dados Complementares do Caso | 20 Bairro | | 21 Logradouro (rua, avenida,...) | | Código | |
| | 22 Número | | 23 Complemento (apto., casa, ...) | | 24 Geo campo 1 | |
| | 25 Geo campo 2 | | 26 Ponto de Referência | | 27 CEP | |
| | 28 (DDD) Telefone | | 29 Zona | | 30 País (se residente fora do Brasil) | |
| | | | 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado | | | |
| | | | | | | |
| Antecedentes Epidemiológicos | 31 Ocupação | | | | | |
| | Provável modo de transmissão 32 Transmissão vertical <input type="checkbox"/> 33 Sexual <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não foi transmissão vertical 3 - Relações sexuais com homens 4 - Não foi transmissão sexual 9 - Ignorado 3 - Relações sexuais com mulheres 9 - Ignorado 3 - Relações sexuais com homens e mulheres 9 - Ignorado | | | | | |
| | 34 Sanguínea <input type="checkbox"/> Uso de drogas injetáveis <input type="checkbox"/> Transfusão sanguínea <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Tratamento/hemotransfusão para hemofilia <input type="checkbox"/> Acidente com material biológico com posterior soroconversão até 6 meses <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | Informações sobre transfusão/acidente 35 Data da transfusão/acidente 36 UF 37 Município onde ocorreu a transfusão/acidente Código (IBGE) 38 Instituição onde ocorreu a transfusão/acidente Código | | | | | |
| Dados do Laboratório | 39 Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão/acidente com material biológico foi considerada causa da infecção pelo HIV? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica | | | | | |
| | 40 Evidência laboratorial de infecção pelo HIV 1 - Positivo/reagente 2 - Negativo/não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado 5 - Indeterminado 9 - Ignorado Data da coleta <input type="checkbox"/> Teste de triagem <input type="checkbox"/> Teste confirmatório <input type="checkbox"/> Teste rápido 1 <input type="checkbox"/> Teste rápido 2 <input type="checkbox"/> Teste rápido 3 | | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|---|--|
| Critérios de definição de casos de aids | 41 Critério Rio de Janeiro/Caracas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | | | |
| | <input type="checkbox"/> Sarcoma de Kaposi (10) | | <input type="checkbox"/> Caquexia ou perda de peso maior que 10% (2)* | |
| | <input type="checkbox"/> Tuberculose disseminada/extra-pulmonar/não cavitária (10) | | <input type="checkbox"/> Astenia maior ou igual a 1 mês (2)* | |
| <input type="checkbox"/> Candidose oral ou leucoplasia pilosa (5) | | <input type="checkbox"/> Dermatite persistente (2) | | |
| <input type="checkbox"/> Tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada (5) | | <input type="checkbox"/> Anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia (2) | | |
| <input type="checkbox"/> Herpes zoster em indivíduo menor ou igual a 60 anos (5) | | <input type="checkbox"/> Tosse persistente ou qualquer pneumonia (2)* | | |
| <input type="checkbox"/> Disfunção do sistema nervoso central (5) | | <input type="checkbox"/> Linfadenopatia maior ou igual a 1cm, maior ou igual a 2 sítios extra-inguinais e por tempo maior ou igual a 1 mês (2) | | |
| <input type="checkbox"/> Diarréia igual ou maior a 1 mês (2) | | <input type="checkbox"/> Febre maior ou igual a 38°C por tempo maior ou igual a 1 mês (2)* <i>*Excluída a tuberculose como causa</i> | | |
| 42 Critério CDC adaptado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | | | | |
| <input type="checkbox"/> Câncer cervical invasivo | | <input type="checkbox"/> Leucoencefalopatia multifocal progressiva | | |
| <input type="checkbox"/> Candidose de esôfago | | <input type="checkbox"/> Linfoma não Hodgkin e outros linfomas | | |
| <input type="checkbox"/> Candidose de traquéia, brônquios ou pulmão | | <input type="checkbox"/> Linfoma primário do cérebro | | |
| <input type="checkbox"/> Citomegalovirose (exceto fígado, baço ou linfonodos) | | <input type="checkbox"/> Micobacteriose disseminada exceto tuberculose e hanseníase | | |
| <input type="checkbox"/> Criptococose extrapulmonar | | <input type="checkbox"/> Pneumonia por <i>Pneumocystis carinii</i> | | |
| <input type="checkbox"/> Criptosporidiose intestinal crônica > 1 mês | | <input type="checkbox"/> Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite) | | |
| <input type="checkbox"/> Herpes simples mucocutâneo > 1 mês | | <input type="checkbox"/> Salmonelose (sepse recorrente não-tifóide) | | |
| <input type="checkbox"/> Histoplasmose disseminada | | <input type="checkbox"/> Toxoplasmose cerebral | | |
| <input type="checkbox"/> Isosporidiose intestinal crônica > 1 mês | | <input type="checkbox"/> Contagem de linfócitos T CD4+ menor que 350 cell/mm ³ | | |
| 43 Critério óbito - Declaração de óbito com menção de aids, ou HIV e causa de morte associada à imunodeficiência, sem classificação por outro critério após investigação 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> | | | | |
| Trat. | 44 UF <input type="text"/> | 45 Município onde se realiza o tratamento Código (IBGE) <input type="text"/> | 46 Unidade de saúde onde se realiza o tratamento Código <input type="text"/> | |
| Evolução | 47 Evolução do caso 1 - Vivo 2 - Óbito por Aids 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado | | 48 Data do Óbito <input type="text"/> | |
| Investigador | Nome <input type="text"/> | | Função <input type="text"/> | |
| Assinatura <input type="text"/> | | | | |
| Aids em pacientes com 13 anos ou mais. Sinan NET SVS 08/06/2006 | | | | |

Anexo 2

Ficha de notificação/Investigação de Aids- Pacientes menores que 13 anos

República Federativa do Brasil
Ministério da SaúdeSINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO AIDS (pacientes menores que 13 anos)

Definição de caso: Para fins de notificação entende-se por caso de aids o indivíduo que se enquadra nas definições adotadas pelo Ministério da Saúde. Os critérios para caracterização de casos de aids estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).

| | | | | | | | |
|---|--------------------------------------|--|-----------------------------------|---|--|---|--|
| Dados Gerais | 1 | Tipo de Notificação | | 2 - Individual | | | |
| | 2 | Agravado/doença | | Código (CID10) | 3 Data da Notificação | | |
| | AIDS (pacientes menores que 13 anos) | | B 24 | | | | |
| Notificação Individual | 4 | UF | 5 | Município de Notificação | | | |
| | | | | | Código (IBGE) | | |
| | 6 | Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) | | Código | 7 Data do Diagnóstico | | |
| Dados de Residência | 8 | Nome do Paciente | | | 9 Data de Nascimento | | |
| | 10 | (ou) Idade | 11 | Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> | 12 Gestante | | |
| | | | | | 13 Raça/Cor | | |
| | | | | | 14 Escolaridade | | |
| Dados Complementares do Caso | 15 | Número do Cartão SUS | | 16 Nome da mãe | | | |
| | 17 | UF | 18 | Município de Residência | | | |
| | | | | | Código (IBGE) | 19 Distrito | |
| | 20 | Bairro | | 21 | Logradouro (rua, avenida,...) | | |
| | | | | | Código | | |
| | 22 | Número | 23 Complemento (apto., casa, ...) | | 24 Geo campo 1 | | |
| | | | | | 25 Geo campo 2 | | |
| | | | | | 26 | Ponto de Referência | |
| | | | | 27 CEP | | | |
| Antec. Epil. da Mãe | 28 | (DDD) Telefone | | 29 | Zona 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | | 30 País (se residente fora do Brasil) | | |
| | | | | | 3 - Periurbana 9 - Ignorado | | |
| Dados Complementares do Caso | | | | | | | |
| Antec. Epil. da Mãe | 31 | Idade da mãe | | 32 | Escolaridade da mãe | | |
| | | | | | 33 Raça/cor da mãe | | |
| | | | | 34 Ocupação da mãe | | | |
| | | | | 35 | Tipo de investigação | | |
| | | | | 2 - Aids em menores de 13 anos | | | |
| INVESTIGAÇÃO DE AIDS EM MENORES DE 13 ANOS | | | | | | | |
| Ant. epil. de casos de aids em menores de 13 anos | Provável modo de transmissão | | | 38 Transmissão sanguínea 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | | | |
| | 36 | Transmissão vertical | | 37 | Transmissão sexual | | |
| | | | | | 38 | | |
| Ant. epil. (cont.) | 39 | | Data da transfusão/acidente | | 40 | UF | |
| | | | | | 41 | Município onde ocorreu a transfusão/acidente | |
| | | | | | Código (IBGE) | | |
| | | | | 42 | Instituição onde ocorreu a transfusão/acidente | | |
| | | | | | | 43 | |
| | | | | | | Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão/acidente com material biológico foi considerada causa da infecção pelo HIV? | |
| | | | | | | 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica | |

Aids em menores que 13 anos

Sinan NET

SVS

14/06/2006

Dados do Laboratório

44 Evidência laboratorial de infecção pelo HIV 1 - Positivo/reagente 2 - Negativo/não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado
5 - Indeterminado 6 - Detectável 7 - Indetectável 9 - Ignorado

Antes dos 18 meses de vida: Após os 18 meses de vida:

1º teste de detecção de ácido nucléico Data da coleta Teste de triagem anti-HIV Data da coleta

2º teste de detecção de ácido nucléico Data da coleta Teste confirmatório anti-HIV Data da coleta

3º teste de detecção de ácido nucléico Data da coleta Teste rápido 1 Teste rápido 2

Teste rápido 3 Data da coleta

Crterios de definio de caso

45 **Crterio CDC adaptado** 1 - Sim 2 - No 9 - Ignorado

Doenas, sinais ou sintomas de carter leve

Aumento crnico de parótida Hepatomegalia

Dermatite persistente Infeces esistentes ou recorrentes de VAS (Oite ou Sinusite)

Esplenomegalia Linfadenopatia >= 0.5 cm em mais de 2 sítios

Doenas, sinais ou sintomas de carter moderado/grave

Anemia por mais de 30 dias Linfopenia por mais de 30 dias

Candidose de esfago Linfoma no Hodgkin e outros linfomas

Candidose de traquéia, brônquios ou pulmões Linfoma primário de cérebro

Candidose oral resistente ao tratamento Miocardiopatia

Citomegalovirose (qualquer outro local que no fgado, baço ou linfonodo > 1 ms de idade) Micobacteriose disseminada (exceto tuberculose e hanseníase)

Criptococose extrapulmonar Meningite bacteriana, penumonia ou sepse (único episódio)

Criptosporidiose com diarreia > 1 ms Nefropatia

Diarreia recorrente ou crnica Nocardiose

Encefalopatia pelo HIV Pneumonia linfide intersticial

Febre persistente > 1 ms Pneumonia por *Pneumocystis carinii*

Gengivo-estomatite herptica recorrente (mais de 2 episódios em 1 ano) Salmonose (sepse recorrente no-tifoide)

Hepatite por HIV Sarcoma de Kaposi

Herpes simples em brônquios, pulmões ou trato gastrintestinal Síndrome da emaciação (*Aids Wasting Syndrome*)

Herpes simples mucocutâneo > 1 ms em crianas > 1 ms idade Toxoplasmose cerebral em crianas com mais de 1 ms de idade

Herpes zoster (ao menos 2 episódios distintos ou em mais de um dermatomo) Toxoplasmose iniciada antes de 1 ms de idade

Histoplasmose disseminada Trombocitopenia por mais de 30 dias

Infeces bacterianas de repetio/múltiplas (sepse, pneumonia, meningite, osteoartrites, abscessos em rgãos internos) Tuberculose pulmonar

Infecção por citomegalovirus < 1 ms de idade Tuberculose disseminada ou extrapulmonar

Isosporidiose intestinal crnica, por um perodo superior a 1 ms Varicela disseminada

Leiomiossarcoma

Leucoencefalopatia multifocal progressiva

Achados laboratoriais (contagem de linfcitos T CD4+ definidora de imunodeficiêcia de acordo com a idade)

< 1.500 células por mm³ (<25%) < 500 células por mm³ (<25%)

< 1.000 células por mm³ (<25%)

46 **Crterio óbito**

Declaraçao de óbito com mençao de aids, ou HIV e causa de morte associada à imunodeficiêcia, sem classificaçao por outro crterio após investigaçao 1-Sim 2-No 9-Ignorado

T rat.

47 UF 48 Município onde se realiza o tratamento Código (IBGE) 49 Unidade de saúde onde se realiza o tratamento Código

Evolução

50 Evoluçao do caso 51 Data do óbito

1 - Vivo 2 - Óbito por Aids 3 - Óbito por outras causas 4 - Transferêcia para outro município 9 - Ignorado

Investigador

Nome Funçao

Assinatura