

**AIDS (PACIENTES MAIORES QUE 13 ANOS)**  
**INSTRUMENTO PARA PREENCHIMENTO**  
**FICHA DE INVESTIGAÇÃO - SINAN**

**CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** é aquele cuja ausência de dado impossibilita a inclusão da notificação ou da investigação no Sinan.

**CAMPO ESSENCIAL** é aquele que, apesar de não ser obrigatório, registra dado necessário à investigação do caso ou ao cálculo de indicador epidemiológico ou operacional.

Nº - Anotar o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso. **CAMPO CHAVE.**

1. Este campo identifica o tipo de notificação, informação necessária à digitação. Não é necessário preenchê-lo.
2. Nome do agravo/doença ou código correspondente estabelecido pelo SINAN (CID 10) que está sendo notificado. **CAMPO CHAVE.**
3. Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação. **CAMPO CHAVE.**
4. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
5. Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO CHAVE.**
6. Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
7. 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. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
8. Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
9. Preencher com a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano) de forma completa. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
10. Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida (Ex. 20 dias = 20 D; 3 meses = 3 M; 26 anos = 26 A). Se o paciente não souber informar sua idade, anotar a idade aparente.  
OBS: Se a data de nascimento não for preenchida, a idade será **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
11. Informar o sexo do paciente (M= masculino, F= feminino e I= ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
12. Preencher com a idade gestacional da paciente, quando gestante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando sexo F = feminino (1= 1º Trimestre, 2= 2º Trimestre, 3= 3º Trimestre, 4= Idade gestacional ignorada, 5= Não, 6= Não se aplica, 9= Ignorado).
13. Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: (1= Branca, 2= Preta, 3= Amarela (compreendo-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). **CAMPO ESSENCIAL.**
14. 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). **CAMPO ESSENCIAL.**
15. Preencher com o número do CARTÃO ÚNICO do Sistema Único de Saúde – SUS.
16. Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações). **CAMPO ESSENCIAL.**
17. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência do paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando residente no Brasil.

18. Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando UF for digitada.
19. Anotar o nome do distrito de residência do paciente. **CAMPO ESSENCIAL.**
20. Anotar o nome do bairro (ou código correspondente segundo cadastro do SINAN) de residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
21. Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc) e nome completo ou código correspondente do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. Se o paciente for indígena anotar o nome da aldeia. **CAMPO ESSENCIAL.**
22. Anotar o número do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
23. Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc). **CAMPO ESSENCIAL.**
24. Caso esteja sendo utilizado o georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo1 (ex. Se o município esteja usando o Geocampo1 para informar a **quadra ou número**, nele deve ser informado o número da **quadra ou número**).
25. Caso esteja usando georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo2.
26. Anotar o ponto de referência para localização da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto (perto da padaria do João) **CAMPO ESSENCIAL.**
27. Anotar o código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc) da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
28. Anotar DDD e telefone do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
29. Zona de residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto 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). **CAMPO ESSENCIAL.**
30. Anotar o nome do país de residência quando o paciente notificado residir em outro país. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

#### **DADOS COMPLEMENTARES DO CASO**

31. Informar a atividade exercida pelo paciente no setor formal, informal ou autônomo ou a última atividade exercida quando paciente for desempregado. O ramo de atividade econômica do paciente refere-se às atividades econômicas desenvolvidas nos processos de produção do setor primário (agricultura e extrativismo); secundário (indústria) ou terciário (serviços e comércio).

##### *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 biológicos (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. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
  - 1- Quando o provável modo de transmissão ocorreu da mãe/nutriz HIV+ para o filho/criança durante a gestação, parto ou amamentação.
  - 2- O provável modo de transmissão não foi atribuído à transmissão vertical.
  - 9- Não foi possível, após a investigação, informar se o provável modo de transmissão foi atribuído à transmissão vertical.
33. Sexual. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

- 1- Quando o provável modo de transmissão é atribuído a relações sexuais somente com homens.
- 2- Quando o provável modo de transmissão é atribuído somente relações sexuais com mulheres.
- 3- Quando o provável modo de transmissão é atribuído a relações sexuais com homens e mulheres.
- 4- 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 (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

- 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. É necessária a investigação da transfusão para confirmação dessa categoria de exposição segundo a recomendação da vigilância sanitária referente à hemovigilância.

- 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. É necessário que as recomendações do Ministério da Saúde relacionados a investigação do acidente sejam cumpridas para confirmação dessa categoria de exposição.

35. Data em que ocorreu a transfusão/acidente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, quando o campo “Transfusão Sanguínea” for igual a 1 ou “Acidente com Material Biológico com Posterior Soroconversão até 6 meses” for igual a 1.

36. Unidade Federada do município onde ocorreu a transfusão/acidente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando o campo (Sanguínea) for assinalado “transfusão sanguínea igual a 1” **ou** se no campo (Sanguínea) for assinalado “acidente com material biológico com posterior soroconversão até 6 meses igual a “1”

37. Município onde ocorreu a transfusão/acidente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando o campo (Sanguínea) for assinalado “transfusão sanguínea igual a 1” **ou** campo obrigatório se no campo (Sanguínea) for assinalado “acidente com material biológico com posterior soroconversão até 6 meses igual a “1”

38. Instituição onde ocorreu a transfusão/acidente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando o campo (Sanguínea) for assinalado “transfusão sanguínea igual a 1” **ou** campo obrigatório se no campo (Sanguínea) for assinalado “acidente com material biológico com posterior soroconversão até 6 meses for igual a “1”

39. Informar a conclusão da investigação da transfusão/acidente considerando as recomendações do Ministério da Saúde. (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando o campo “transfusão sanguínea” = 1 ou “acidente com material com posterior soroconversão até 6 meses” = 1. Aceitar apenas os códigos listados

40. Evidência laboratorial de infecção pelo HIV (1= Positivo/reagente, 2= Negativo/não reagente, 3= Inconclusivo, 4= Não realizado, 5= Indeterminado ou 3= Não se aplica). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

A Evidência laboratorial de infecção pelo HIV em adultos para fins de vigilância **epidemiológica (13 anos de idade ou mais)**

A.1 - A evidência laboratorial de infecção pelo HIV é definida por meio de algoritmos estabelecidos pelo Ministério da Saúde – Portaria nº 59 de 28 de janeiro de 2003. No entanto, exclusivamente para fins de vigilância epidemiológica, será considerada evidência laboratorial de infecção pelo HIV a existência de:

- i – 01 teste de triagem reagente;
- ii – 01 teste confirmatório positivo, ou;
- iii – 02 testes rápidos positivos.

A.2 - São testes de triagem para detecção de anticorpos anti-HIV: várias gerações de ensaio por imunoadsorção ligado à enzima (Enzyme Linked Immunosorbent Assay, ELISA), ensaio imunoenzimático (Enzyme Immuno Assay, EIA), ensaio imunoenzimático com micropartículas (Micro-particle Enzyme Assay, MEIA) e ensaio imunoenzimático com quimioluminescência, entre outros. São testes confirmatórios: imunofluorescência indireta, imunoblot e Western blot.

A.3 - Os testes rápidos somente poderão ser realizados em serviços de saúde definidos pelo Ministério da Saúde (MS), que utilizarem o algoritmo de testes validado por este órgão governamental e de

acordo com a Portaria nº 34/SVS/MS, de julho de 2005 ([www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)/ Área Técnica/ Diagnóstico/ HIV/aids/ Algoritmo de teste rápido para diagnóstico do HIV).

41. Critério Rio de Janeiro/Caracas. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**  
Assinalar “sim” quando o indivíduo apresenta sinais, sintomas ou doenças no momento do diagnóstico.  
Assinalar “não” quando o indivíduo não apresenta sinais, sintomas ou doenças no momento do diagnóstico.
42. Critério CDC Adaptado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**  
Assinalar “sim” quando o indivíduo apresenta doença indicativa de aids no momento do diagnóstico e/ou contagem de linfócitos T CD4+ abaixo de 350 células/mm<sup>3</sup>.  
Assinalar “não” quando o indivíduo não apresenta doença indicativa de aids no momento do diagnóstico.
43. Critério óbito (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, quando assinalada a categoria = 1 o campo 47 deve obrigatoriamente estar preenchido com a categoria 2 (Óbito por aids)  
Assinalar quando o caso for notificado por meio das informações reunidas a partir da declaração de óbito onde haja menção a aids/sida (ou termos equivalentes) e a investigação epidemiológica for inconclusiva.
44. 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
47. Atualizar essa informação quando o caso de aids evoluir para óbito. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, quando o campo 43= 1. Este campo deve estar preenchido com a categoria 2 (Óbito por aids).  
2-Quando causa básica do óbito for atribuída à aids.  
3-Quando causa básica do óbito for atribuída a outras causas.
48. Preencher com a data de óbito (dd/mm/aaaa). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando o campo 47= 2 ou 3 e se o campo 43= 1.

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. ex: Mário José da Silva

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

Registrar a assinatura do responsável por esta investigação.