



INFORME TÉCNICO

MINISTÉRIO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST/AIDS

Revisão da definição nacional de caso de Aids em indivíduos com 13 anos de idade ou mais, para fins de vigilância epidemiológica

SUMÁRIO

Além do objetivo de ampliar a notificação dos casos de aids¹ ao Ministério da Saúde (ver Modelo da Ficha de Notificação, ANEXO II), esta revisão² 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, esta definição vem acrescentar novas referências clínicas e laboratoriais, com a inclusão do carcinoma cervical invasivo e do uso da contagem de linfócitos T CD_{4+}/CD_{8+} como definidores de Caso de Aids em maiores de 13 anos. Esta Definição entra em vigor no dia 01 de janeiro de 1998.

INTRODUÇÃO

Em 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 sobrevida dos seus pacientes, graças à disponibilização da terapia combinada dos anti-retrovirais para o HIV³; como também, o grau de influência e o reflexo imediato desta

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 poder-se-ia resumir 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 epidemiológicos 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 de 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. Estas 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 Vigi-

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

² 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.

³ HIV: human immunodeficiency virus, ou vírus da imunodeficiência humana.

lância Epidemiológica, a saber:

I. Quantificação de linfócitos T CD₄₊/CD₈₊ abaixo de 350 células/mm³ 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.

A determinação do número de linfócitos T CD₄₊ no sangue periférico de pacientes infectados pelo HIV tem sido utilizada ao longo dos últimos 10 anos como marcador da severidade da imunodeficiência

versão da relação T CD₄₊/CD₈₊, com T CD₄₊ < 500 células/mm³ sem a utilização de medicação anti-retroviral combinada, dificilmente recuperariam níveis de contagem superiores a este limite. A questão se-

ria, portanto: Quanto tempo esse indivíduo levaria para progredir a níveis de contagem de CD₄₊ 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 CD₄₊ como indicativo de prognóstico de infecção pelo HIV é útil apenas para os indivíduos com contagens inferiores a 350 células/mm³. Ademais, o número de indivíduos que apresentam uma contagem de linfócitos T CD₄₊ < 350 e > 200 células/mm³, 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 realização de rotina da contagem de linfócitos T CD₄₊, para efeito de definição de Caso de Aids em maiores de 13 anos, uma contagem de CD₄₊ inferior a 350 células/mm³, por si só, já define um caso de aids, embora não indique o tempo de progressão para os níveis críticos da contagem do CD₄₊. A principal vantagem prevista com a adoção desse critério está, justamente, em permitir a realização de um diagnóstico "epidemiológico" precoce da infecção pelo HIV/Aids.

JUSTIFICATIVAS

I. Quantificação de linfócitos T CD₄₊/CD₈₊ abaixo de 350 células/mm³ como definidora de Caso de Aids em indivíduos com 13 anos de idade ou mais:

A determinação do número de linfócitos T CD₄₊ 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 CD₄₊ < 200 células/mm³ e ocorrência de manifestações clínicas da síndrome de imunodeficiência adquirida é hoje inquestionável (1, 8-11). Em 1993, os CDC⁴ 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 CD₄₊ 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 CD₄₊ é inferior a 200 células/mm³ (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 CD₄₊ tinha argumentos favoráveis e desfavoráveis quanto ao valor do CD₄₊ 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 in-

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 assistências 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

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

prevalências de displasia cervical e de infecção pelo papilomavírus humano (HPV) no contacto 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 freqüentes 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 freqüentes 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 freqüente 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 condi-

A resposta ao tratamento do câncer cervical invasivo em mulheres infectadas pelo HIV é insatisfatória, com recidivas freqüentes e precoces, e baixa sobrevida

ções 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*.

1. CRITÉRIO CDC MODIFICADO

Será 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, no 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 gastro-intestinal.

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 SOE⁵ (termos equivalentes: sarcoma imunoblástico; **ou** linfoma maligno de células grandes, imunoblástico).

Método diagnóstico definitivo: microscopia

⁵ SOE: *sem outra especificação*

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 coccidiomicose 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).

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

Critérios sugeridos para o diagnóstico presuntivo:

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

2. CRITÉRIO RIO DE JANEIRO/CARACAS

Será 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
sarcoma de Kaposi	10
tuberculose disseminada/extrapulmonar/pulmonar não cavitária	10
candidíase oral ou leucoplasia pilosa	5
tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada	5
herpes zoster em indivíduo com até 60 anos de idade	5
disfunção do sistema nervoso central	5
diarréia por um período igual ou superior a 1 mês	2
febre igual ou superior a 38° C, por um período igual ou superior a 1 mês	2
caquexia ou perda de peso corporal superior a 10%	2
astenia por um período igual ou superior a 1 mês	2
dermatite persistente	2
anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia	2
tosse persistente ou qualquer pneumonia (exceto tuberculose)	2
linfadenopatia 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 $1000/mm^3$).
- **trombocitopenia:** inferior a $100 \times 10^9/L$ (menos de $100.000/mm^3$).
- **tosse persistente ou qualquer pneumonia (exceto tuberculose):** qualquer pneumonia ou pneumonite determinada radiologicamente, ou por outro método de diagnóstico.

3. CRITÉRIO EXCEPCIONAL CDC

Será 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.

- **citomegalovirose** 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. Kansasil* (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 Kaposi** 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.

4. CRITÉRIO EXCEPCIONAL ÓBITO

Será 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.

5. CRITÉRIO EXCEPCIONAL ARC + ÓBITO

Será 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 CD₄ 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. CD₄ 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 CD₄ 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 CD₄ 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. CD₄ 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-QSMAND, 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 Jr., J.; NUGENT, R.; READ, J. The relationship between serum human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) RNA level, CD₄ lymphocyte percent, and long-term mortality risk in HIV-1 infected children. *J. Infect. Dis.*, n. 175, 1029-38, 1997.
- 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 ³400 CD₄ 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 CD₄ lymphocytes as prognostic markers of HIV-1 infection. *Ann. Int. Med.*, n. 126 (12), p. 946-54, 1997.
- 18-LAGA, M.A.; ICENOGLU, J.P. et al. Genital papillomavirus infection and cervical dysplasia - 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 Papanicolaou 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-SHAFFER, 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 immunosuppression. *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 _____ **linfoma maligno de células pequenas não clivadas, difuso**
linfoma maligno não-Burkitt, de células indiferenciadas
linfoma maligno de tipo celular indiferenciado, SOE

- M9590/3 _____ **linfoma maligno, SOE**
linfoma, SOE
- M9684/3 _____ **linfoma maligno imunoblástico, SOE**
sarcoma imunoblástico
linfoma maligno de células grandes, imunoblástico
- M9683/3 _____ **linfoma maligno, centrobástico, difuso**
linfoma maligno centrobástico, SOE
- M9682/3 _____ **linfoma maligno, de células grandes não clivadas, difuso**
linfoma maligno de células grandes não-clivadas, SOE
linfoma maligno, não-clivado, difuso, SOE
linfoma maligno, não clivado, SOE
- M9593/3 _____ **reticulossarcoma, SOE**
sarcoma de células reticulares, SOE
reticulossarcoma difuso
sarcoma difuso de células reticulares
- M9593/3 _____ **reticulossarcoma tipo pleomorfo**
sarcoma de células reticulares tipo pleomorfo
- M9687/3 _____ **linfoma de Burkitt, SOE**
tumor de Burkitt
linfoma maligno indiferenciado, tipo Burkitt
linfoma maligno tipo Burkitt de células pequenas não clivadas, difuso

ANEXO II

ELABORAÇÃO

Coordenação Nacional de DST e Aids
Coordenador : Pedro Chequer

COLABORADORES

Equipe Técnica

Aristides Barbosa Junior Ermenegildo Munhoz Junior Euclides Ayres de Castilho Fábio Barros Correa Gomes Maria Gorette P. Fonseca Medeiros Maria Rebeca Otero Gomes Valdiléia G. Veloso dos Santos

CONSULTORES

Adauto Castelo Filho Beatriz Grinztain Betina Durovini Draúlio Barreira Êmile Ana Catapano Jair Ferreira Sociedade Brasileira de Infectologia Roberto Badaró Sociedade Brasileira de Cancerologia Vicente Luiz Vaz da Costa

EQUIPE DE APOIO

César Neves Pimenta
Lúcia Helena Herculano de Abreu
Luciana Oliveira Fernandes
Marcos Cleuton de Oliveira

ORGANIZAÇÃO E REDAÇÃO

Aristides Barbosa Junior
Ermenegildo Munhoz Junior

Endereço para correspondência:

Ministério da Saúde

Secretaria de Políticas de Saúde
Coordenação Nacional de DST/Aids
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, sobreloja
0058-900 - Brasília - DF
Home-page: <http://www.aids.gov.br>