



# Boletim Epidemiológico

Núcleo Hospitalar de  
Epidemiologia HNSC



**ANO IV**

**NÚMERO 11**

**Dezembro 2011**

## Vigilância Sentinela Influenza e Tuberculose na Emergência do HNSC

### EDITORIAL

Um dos objetivos deste Boletim é apresentar os resultados da implantação do sistema de vigilância sentinela Influenza na Emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição. Para atingirmos a meta de coleta de amostras foi essencial o envolvimento da equipe da Emergência que, mesmo com a carga diária de trabalho, foram parceiros do NHE/HNSC neste projeto. Com esta edição temos a oportunidade de apontar a relevância da vigilância sentinela Influenza para o monitoramento das cepas circulantes do vírus influenza, visando à adequação imunogênica da vacina contra influenza utilizada anualmente, além da identificação de novas cepas do vírus.

Outra novidade deste número é a tabela que apresenta o número de casos investigados e confirmados de agravos notificados anualmente no GHC pelo NHE/HNSC. A meta do setor para 2012 é apresentar as tendências dos agravos de notificação compulsória conforme as semanas epidemiológicas com o objetivo de detectar

mudanças no comportamento destas doenças, quanto a sua magnitude e transcendência.

Outro objetivo importante é apresentar alguns dados sobre pacientes que realizaram o diagnóstico de tuberculose (TB) na Emergência do HNSC, no período entre janeiro a outubro de 2011. A informação apresentada é resultado da análise de dados do SINAN, do banco de dados de Mycobacterias positivas do Laboratório do HNSC e do protocolo de casos de tuberculose elaborado e alimentado pelo NHE/HNSC. A TB continua afetando populações mais vulneráveis e com dificuldade de acesso aos serviços de saúde o que as faz buscar as emergências para atendimento de problemas crônicos. Entre os pacientes notificados para TB, pelo HNSC, neste período, 41% foram diagnosticados na sua emergência. Este fato nos faz refletir sobre a necessidade de propormos ações para qualificar a atenção aos pacientes com este agravo atendidos no HNSC.

# Hospital Nossa Senhora da Conceição - Sentinela para Influenza

Ivana S. Varella, Maria da Glória A. Sirena, Paulina R. De Marco Crestani, Andréia Pedroso, Ana Paula de Melo Saraçol

## Introdução

No Brasil, o Sistema de Vigilância Epidemiológica da Influenza (SVE/FLU) foi estruturado a partir do ano 2000 com a estratégia sentinela. Atualmente possui 62 unidades implantadas em todos os 26 estados e no Distrito Federal<sup>1</sup>. No Rio Grande do Sul as Unidades participantes se situam em Uruguaiana, Caxias do Sul e Porto Alegre.

Em 2004 o Serviço de Saúde Comunitária do HNSC implantou a vigilância-sentinela para influenza. Em setembro de 2009 a Emergência do HNSC iniciou a coleta para esta vigilância, entretanto houve descontinuidade no envio destas amostras devido à pandemia por Influenza A(H1N1).

Em 04/05/2010 foi restabelecido o fluxo de envio regular de amostras para a vigilância-sentinela para influenza pela Emergência do HNSC. Devido à inadequação da área da Emergência para as coletas e dificuldades quanto à informatização das consultas novamente houve interrupção deste sistema. A partir de ações como a substituição da técnica de aspirado nasofaríngeo por swab combinado de nasofaringe e da adequação do sistema informatizado das consultas da Emergência que viabilizou a coleta de informações sobre o total de atendimentos com SG, o sistema sentinela Influenza na Emergência do HNSC reiniciou na semana epidemiológica 27/2011.

## Metodologia

Para toda unidade sentinela, é preconizada a coleta de cinco amostras de secreção nasofaringeana de indivíduos que apresentem Síndrome Gripal (SG) por semana epidemiológica (SE). A meta é coletar pelo menos 80% das amostras preconizadas e registrar o número de atendimentos por SG na unidade por faixa etária e por SE. A SG é definida como<sup>1</sup>:

- Duração máxima dos sintomas de 5 dias
- Febre (ainda que referida) + Tosse ou Dor de garganta
- Na ausência de outros diagnósticos e abrange as seguintes infecções respiratórias agudas: Nasofaringite aguda, Faringite aguda ou Amigdalite não especificadas, Laringite aguda, Traqueíte aguda, Laringotraqueíte aguda, Infecção aguda das vias aéreas superiores de localizações múltiplas e não especificadas.

## Resultados

Entre as SE 27 e 47/2011 (03/07 e 03/12/2011) foram realizados 1.836 atendimentos por SG em um total de 78.175 consultas na Emergência/HNSC (2,3%) com amplitude de 11,4% no inverno até 0,4% nos meses quentes (figura 1). Entre 80 amostras coletadas, 69 casos foram negativos (86,3%) e houve identificação do agente viral em 11 amostras (13,7%). Houve predomínio do vírus Influenza A(H1N1) (36,4%) e do Influenza A Sazonal (36,4%) entre as amostras positivas, seguidos por Parainfluenza III (18,2%) e Influenza B (9,1%) (figura 2).

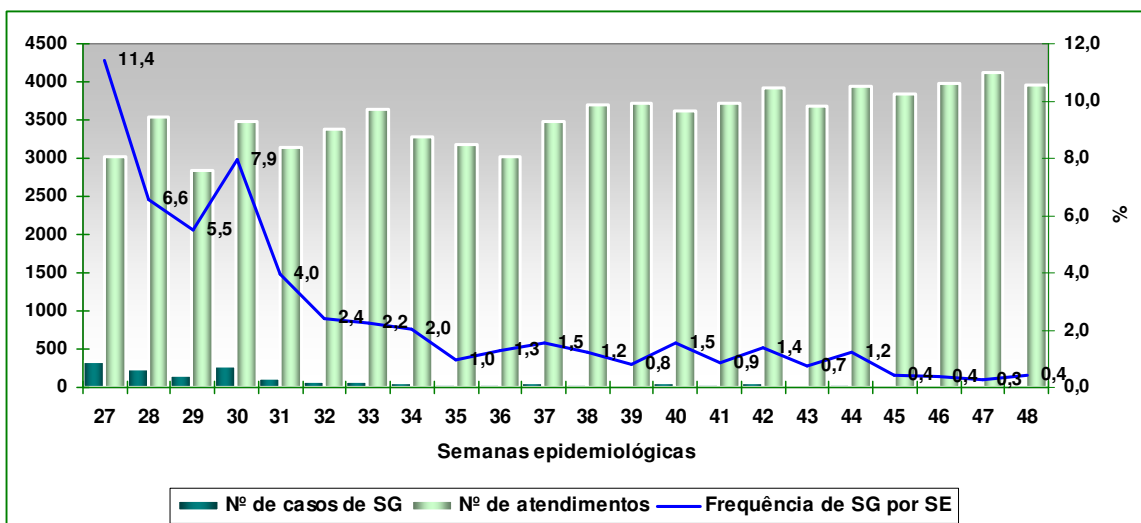


Figura 1. Prevalência de SG em pacientes atendidos na Emergência/HNSC por SE/2011.

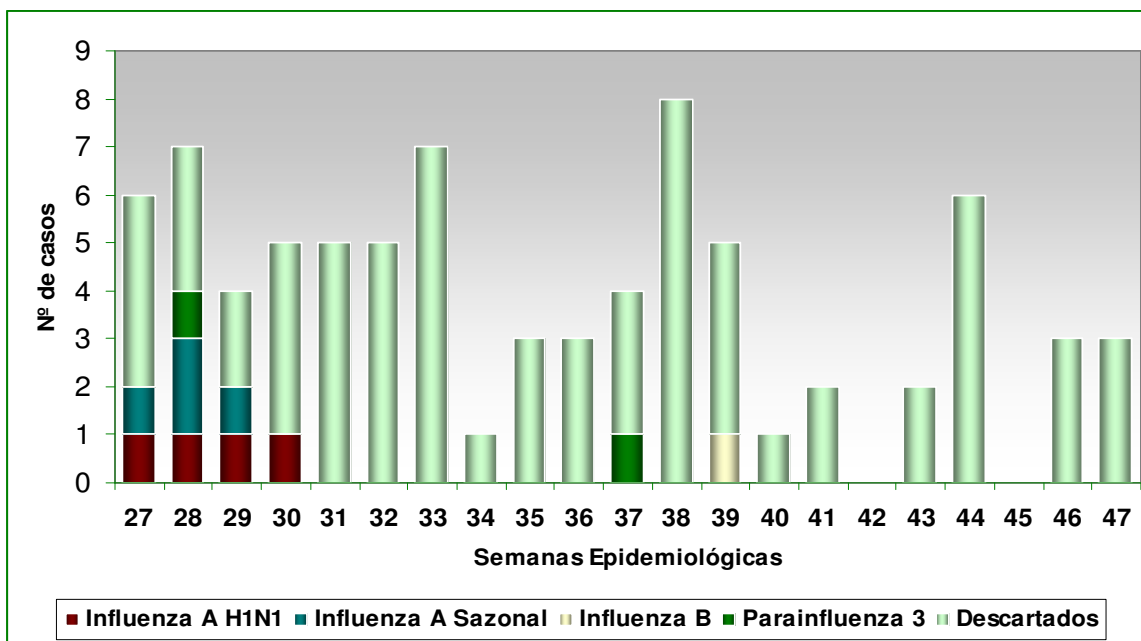


Figura 2. Número de casos de SG conforme o agente etiológico e semana epidemiológica/2011.

Um dos objetivos desta vigilância sentinela é avaliar a distribuição de SG por faixa etária devido à elevada morbidade e mortalidade que ocorre nos extremos da idade. Além disso, é importante detectar mudanças na frequência da doença conforme a faixa etária, o que poderia refletir alterações nas propriedades antigênicas dos vírus influenza<sup>2</sup>. Observamos predomínio de SG nas faixas etárias entre 25 e 59 anos e entre 15 e 24 anos (figura 3).

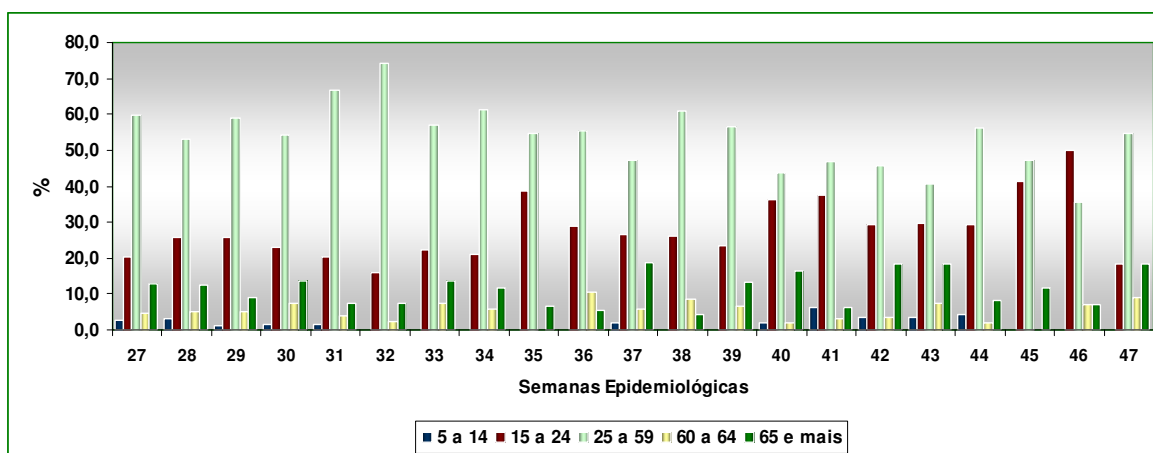


Figura 3. Distribuição dos casos de SG por faixa etária e SE (%).

## Conclusão

Influenza é uma doença viral prevenível, sendo a imunização anual a medida preventiva mais importante<sup>3</sup>. Neste contexto o monitoramento das cepas virais circulantes viabiliza a adequação imunogênica da vacina. Em nossa população a faixa etária mais acometida por SG foi entre 25 e 59 anos e entre as amostras positivas coletadas predominou o Influenza A(H1N1) e o Influenza A Sazonal. É importante ressaltar que esta vigilância não incluiu a população de crianças atendidas na Emergência do Hospital da Criança Conceição, população mais suscetível às doenças respiratórias no inverno, principalmente causadas pelo vírus sincicial respiratório.

A vacina recomendada em 2010 incluiu o espectro de vírus predominante, entretanto, a faixa etária com maior número de casos de SG não está contemplada para recebê-la, por não pertencer a grupos de risco, mas exerce importante papel na transmissibilidade da doença.

Quanto à qualidade da vigilância implantada, a meta de coleta de 80% das 5 amostras semanais preconizadas foi atingida (80%) no período.

A Emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição, além do grande serviço assistencial que presta à comunidade demonstrou que também pode participar de monitoramentos importantes e qualificados de agravos que afetam a população atendida.

## Vigilância Epidemiológica de Tuberculose na Emergência do HNSC

Maria da Glória A. Sirena, Gilberto Pilar, Ilda Maria Germano e Ivana S. Varella.

### Introdução

A tuberculose (TB) continua sendo um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Inúmeros fatores como orçamento reduzido, desmantelamento dos programas de controle da doença, o surgimento e a progressão da epidemia pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Aids) provocaram a recrudescência do problema, com aumento no número de casos novos, das taxas de abandono ao tratamento e do número de óbitos<sup>4</sup>. Diante de tal cenário, o Ministério da Saúde do Brasil tem tentado desenvolver medidas de controle, com o objetivo de identificar e iniciar precocemente o tratamento desta doença. Uma das principais estratégias é o rastreamento dos sintomáticos respiratórios. Estima-se que, no Brasil, 4% dos pacientes com tosse há três semanas ou mais, apresentem TB<sup>5</sup>. Para fins operacionais, o parâmetro nacional recomendado é de 1% da população, ou de 5% das consultas de primeira vez de indivíduos com 15 anos ou mais nos serviços de saúde (1%-2% na Estratégia Saúde da Família, 5% na Unidade Básica de Saúde e 8%-10% nas urgências, emergências e hospitais)<sup>6</sup>.

O número de casos de TB identificados em serviços de emergência denuncia o fracasso do sistema, evidenciando a dificuldade dos serviços de atenção primária em detectar os casos junto às comunidades.

Alguns fatores que colaboram neste sentido são a falta de implementação dos Programas de Saúde da Família em várias regiões metropolitanas, o acesso limitado dos pacientes a esses programas, a preferência do paciente por buscar tratamento em hospitais, a busca tardia de tratamento médico e a existência de perfis clínicos mais graves associado com comorbidades (HIV/Aids, alcoolismo, DBPOC, drogadição, etc.). Outros fatores importantes, relacionados ao diagnóstico tardio e ao aumento da identificação da doença nos serviços de emergência, incluem a falta de sensibilização e capacitação dos profissionais para detectar pacientes com sintomas respiratórios e de infra-estrutura para o isolamento respiratório dos pacientes com suspeita de TB pulmonar<sup>5</sup>.

Uma avaliação realizada no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Teresópolis, RJ, incluiu 60.000 pessoas, das quais, 40 (25 homens e 15 mulheres), que buscaram atendimento por motivos diversos, foram encaminhados ao programa municipal de controle da TB (TCP) devido à tosse há três semanas ou mais. Destes, 27 (67,5%) compareceram ao TCP Municipal, onde foram avaliados e submetidos ao exame de escarro pelo método de Ziehl-Neelsen. Dois pacientes (5,0%) apresentaram escarro positivo para bacilo-ácido-álcool-resistentes (BAAR), o que reafirma a importância da triagem de sintomáticos respiratórios para detecção precoce da TB. O Centro de Controle e Prevenção de Doenças, Atlanta (CDC), sugere que os serviços de emergência desenvolvam protocolos para a identificação rápida e isolamento de casos suspeitos, com base na prevalência e características da TB na população atendida<sup>8</sup>.

Um outro estudo realizado na emergência do Columbia-Presbyterian Medical Center de New York, USA, identificou que entre aproximadamente 65.000 pacientes/ano atendidos por diversos motivos, a TB pulmonar foi confirmada em 28 pacientes através da cultura de escarro. Apenas 12 (43%) pacientes apresentaram baciloscopia positiva para BAAR. Do total de 28 pacientes, 71,4% eram do sexo masculino, 61% negros, 36% hispânicos e a média de idade foi de  $36,6 \pm 11,0$  anos. Todos os isolados de Mycobacteria foram testados para a sensibilidade a isoniazida, rifampicina, etambutol, e estreptomicina. Quatro foram resistentes a isoniazida, cinco a rifampicina, um a estreptomicina, nenhum ao etambutol. Seis isolados foram resistentes à pelo menos um agente e três eram multirresistentes<sup>8</sup>.

Em inquéritos sorológicos realizados de 1993 a 2002 pelo CDC, Atlanta, em 0,2% a 8,9% dos pacientes que procuraram atendimento em emergências foram encontrados anticorpos HIV positivo. Desses pacientes, 63% a 65% não tinham conhecimento de seu status HIV. A TB foi a infecção mais diagnosticada nestes pacientes (169/319, 53%), sendo a TB pulmonar, a apresentação mais comum (81/169, 47,9%)<sup>9</sup>.

## Resultados

No HNSC a admissão de pacientes às áreas de internação tem sido realizada, como na maioria dos hospitais de regiões metropolitanas, através do serviço de emergência. Entre janeiro e outubro de 2011,

ocorreram 25.591 internações no HNSC e destas, 400 (1,5%) que corresponderam a 362 pacientes (98 mulheres e 264 homens) apresentaram como diagnóstico principal, secundário ou na lista de problemas, TB nas mais diversas formas. Dos pacientes que internaram, 10,5% apresentaram duas ou mais internações e 10,5% foram ao óbito. No mesmo período, foram notificados 398 pacientes com TB no HNSC (área de internação, emergência e ambulatório) sendo que destes, 163 (41%) realizaram o seu diagnóstico na emergência, através de baciloscopia e/ou RX. No mesmo período, em média 14.830 pacientes/mês consultaram na emergência do HNSC (ER-HNSC) e destes, 150 apresentaram BAAR positivo no escarro, portanto, 0,1% do total destes pacientes apresentavam TB e eram bacilíferos. Infelizmente não sabemos o número de sintomáticos respiratórios que buscaram atendimento.

Avaliando os 163 pacientes com diagnóstico de TB na emergência, 76% eram do sexo masculino, 63% da raça branca e 65% havia concluído apenas o ensino fundamental. 112 pacientes (69%) eram moradores de Porto Alegre, 28% pertenciam à região metropolitana, (principalmente Alvorada) e 3% vieram do interior. Na distribuição por bairro de residência dos porto-alegrenses houve nítida predominância de moradores dos bairros Rubem Berta (21%), Sarandi (16%) e Mario Quintana (12%). Identificamos que 9 pacientes vieram dos presídios (5,5%). Outras características são apresentadas na tabela 1.

**Tabela 1. Características dos pacientes com diagnóstico de TB realizado na Emergência do HNSC quanto à distribuição por faixa etária e localização da doença.**

Característica	n°	%
<b>Faixa etária, anos</b> n=163		
< 20	6	3,7
21 – 30	40	24,5
31 – 40	39	23,9
41 – 50	43	26,4
51 – 60	24	14,7
61 ou mais	11	6,7
<b>Localização da TB</b> n=163		
Pulmonar	134	82,2
Extrapulmonar	5	3,1
Pulmonar e extrapulmonar	24	14,7
<b>Localização da TB extrapulmonar</b> n=29		
Miliar	11	37,9
Pleural	10	34,5
Ganglionar	4	13,8
Meningo	3	10,3
Outras	1	3,4

Fonte: Protocolo TB e SINAN.

Quanto às comorbidades encontradas, 32,5% eram soropositivos para o HIV e 28% dos pacientes apresentaram Aids. Em 21,5% foi diagnosticado alcoolismo, 14% apresentaram anti-HCV reagente, 5% relataram drogadição e 4% tabagismo. Dos pacientes que foram ao óbito, 9 (53%) apresentavam Aids como comorbidade.

Dos 163 pacientes 110 (67,5%) consultaram na emergência do HNSC, realizaram investigação para TB e não internaram. Não há registro no SINAN, de uso de tuberculostáticos em 35 pacientes (21%) (tabela 2).

**Tabela 2. Situação dos pacientes quanto a internação no HNSC e o registro do uso de tuberculostáticos.**

Evolução	Ausência de Tratamento	
	n°	%
<b>Internação (n=53)</b>		
Alta	16	30,2
Óbito	2	3,8
<b>Não Internou (n=110)</b>		
	17	15,4

Fonte: Protocolo TB e SINAN.

A tabela 3 apresenta a situação de encerramento do paciente no SINAN quanto ao início de tuberculostático.

**Tabela 3. Situação de encerramento dos casos conforme Dados do SINAN e registro de uso de tuberculostáticos.**

SITUAÇÃO DE ENCERRAMENTO	INICIARAM TRATAMENTO			
	NÃO		SIM	
	n=35		n=128	
	N°	%	N°	%
Sem registro de tratamento	12	34,3	8	6,3
Cura	0	0	14	10,9
Em tratamento <sup>1</sup>	0	0	40	31,2
Abandono	6	17,1	19	14,8
Óbito por TB	1	2,9	7	5,7
Óbito por outras causas	1	2,9	7	5,7
Transferência	15	42,8	33	25,8

<sup>1</sup> Entre estes 40 casos há 14 que ainda não completaram o 9º mês de acompanhamento.

Fonte: Protocolo TB e SINAN.

Podemos observar que conforme acompanhamento do SINAN, entre os 163 casos com diagnóstico na Emergência do HNSC, 25 pacientes abandonaram o tratamento (15,3%), sendo que a taxa de abandono primário foi de 3,7% (6/163).

## Conclusão e Recomendações

A descoberta precoce dos casos bacilíferos é fundamental para interromper a cadeia de transmissão da TB. Sendo assim, a busca ativa em pessoas com tosse prolongada deve ser uma estratégia priorizada nos serviços de saúde para a descoberta desses casos. Na emergência do HNSC, cerca de 97% dos casos de tuberculose diagnosticados são da forma pulmonar (incluindo 14,7% que apresentaram a forma pulmonar e extrapulmonar) e, destes, 95% são bacilíferos.

A adoção de medidas como a capacitação de profissionais de saúde para a detecção precoce dos sintomáticos respiratórios e conseqüentemente dos casos bacilíferos, com o subsequente isolamento dos pacientes em quartos com pressão negativa têm se mostrado custo-efetivo no controle da transmissão nosocomial. O efetivo e rápido diagnóstico de pacientes com TB nos serviços de emergência são essenciais também para evitar a transmissão institucional da doença, uma vez que pacientes que buscam atendimento nestes serviços geralmente são submetidos a longas horas de espera em locais com pouca ventilação. A OMS

preconiza que o tempo de demora entre a coleta de escarro e seu resultado para estes pacientes não deve ultrapassar 4 horas<sup>4</sup>.

A participação do Laboratório Central do HNSC é fundamental para o diagnóstico precoce do paciente bacilífero e seu tratamento. A elaboração de protocolo de atendimento, para pacientes sintomáticos respiratórios, em atendimento nos serviços de emergência, pode ser um instrumento valioso e de baixo custo para qualificar a atenção aos pacientes com TB.

Foi surpreendente o número de pacientes que internaram e sem registro do uso de tuberculostático (18/53; 33,9%). Pode ser uma falha de registro ou de leitura do SINAN ou foram pacientes em que o diagnóstico foi feito através de cultura e o resultado desta só foi obtido após a alta do paciente. De qualquer maneira é um dado que deve ser acompanhado. Além disso, a qualificação do encaminhamento e vinculação dos pacientes aos serviços ambulatoriais, facilitando o acompanhamento e tratamento, são fundamentais para a redução da taxa de abandono, controle da doença e redução das taxas de multirresistência. O Serviço Social tem papel fundamental na facilitação deste vínculo principalmente no caso de pacientes bacilíferos.



## Referências bibliográficas

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2010.
2. DOLIN, Raphael. **Epidemiology of influenza**. 2011. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/epidemiology-of-influenza?view=print>>. Acesso em: 29 dez. 2011.
3. ZACHARY, Kimon C. **Prevention of seasonal influenza in adults**. 2011. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/prevention-of-seasonal-influenza-in-adults>
4. LOPEZ IZQUIERDO, Raúl et al. Patología tuberculosa atendida en urgências a través del análisis del CMBD de hospitalización en el área de Valladolid Oeste (2002-2006). **Revista Española de Salud Pública**, Madrid, v. 83, n. 2, apr. 2009. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272009000200011&lng=en&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000200011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 nov. 2011.
5. SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo et al. Screening for pulmonary tuberculosis in Teresópolis, RJ, Brazil: the search for respiratory symptomatic patients in emergency service of "Hospital das Clínicas de Teresópolis Costantino Ottaviano, Fundação Educacional Serra dos Órgãos". **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, São Paulo, v. 47, n. 2, apr. 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-46652005000200013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-46652005000200013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 nov. 2011.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. 1ª ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2011.
7. MIRANDA, Silvana Spíndola de et al. Incidência de TB diagnosticada no pronto-atendimento de um hospital escola na região sudeste do Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 174-178, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132009000200011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132009000200011&script=sci_arttext)>. Acesso em: 21 nov. 2011.
8. GREENAWAY, Christina et al. Delay in diagnosis among hospitalized patients with active tuberculosis- predictors and outcomes **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, New York, v. 165, n. 7, p. 927-933. Disponível em: <http://ajrccm.atsjournals.org/content/165/7/927.full.pdf+html>. Acesso em: 21 nov. 2011.
9. REDD, J. T.; SUSSER, E. Controlling tuberculosis in an urban emergency department: a rapid decision instrument for patient isolation. **American Journal Public Health**, New York, v. 87, n. 9, p. 1543-547, 1997.

NÚMERO DE CASOS INVESTIGADOS E CONFIRMADOS PELO NHE/HNSC POR AGRAVO										
AGRAVOS	TOTAL DE CASOS									
	Investigados					Confirmados				
	2007	2008	2009	2010	2011*	2007	2008	2009	2010	2011*
ACIDENTES ANIMAIS PEÇONHENTOS	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
AIDS										
AIDS < DE 13						5	21	12	7	12
AIDS > DE 13						293	353	367	362	318
ATENDIMENTO ANTI-RABICO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BOTULISMO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CARBUNCULO OU ANTRAZ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CÓLERA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
COQUELUCHE	8	55	33	31	47	3	29	21	11	23
DENGUE	1	9	1	50	29	0	1	0	3	1
DIFTERIA	3	3	4	1	2	0	0	0	0	0
DOENÇA DE CHAGAS (CASOS AGUDOS)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DOENÇA DE CREUTZFELDT JACOB	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
DOENÇA EXANTEMÁTICA**										
RUBÉOLA	15	24	16	17	5	9	3	0	0	0
SARAMPO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DTA - DOENÇA TRANSMISSÃO ALIMENTAR						0	3	37	59	52
DTA - SALMONELLA						0	2	20	33	39
DTA - SHIGELLA						0	1	17	26	13
ESQUISTOSSOMOSE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO****	2	3	19	8	2					
FEBRE AMARELA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FEBRE DO NILO OCIDENTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FEBRE MACULOSA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FILARIOSE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HANSENÍASE	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
HANTAVIROSE	2	1	1	1	1	0	0	0	0	0
HEPATITES**										
HEPATITE A						4	21	27	45	57
HEPATITE B						34	140	151	50	124
HEPATITE C						146	773	850	734	639
HEPATITE B+C						7	30	15	14	3
HEPATITE A/B ou A/C						0	1	1	1	1
* Casos notificados e confirmados até a Semana Epidemiológica 43										
** Dados sujeitos a revisão										
*** Em 2009 há casos confirmados de Influenza A(H1N1) sem a definição de caso de SRAG (fase de contenção)										
****Aguarda encerramento dos casos pela equipe de Imunizações-SMS										
NN – Não incluída na lista de agravos de notificação compulsória no período										

NÚMERO DE CASOS INVESTIGADOS E CONFIRMADOS PELO NHE/HNSC POR AGRAVO										
AGRAVOS	TOTAL DE CASOS									
	Investigados					Confirmados				
	2007	2008	2009	2010	2011*	2007	2008	2009	2010	2011*
HIV CRIANÇA EXPOSTA**						78	73	24	148	152
HIV GESTANTE**						175	160	221	195	261
SRAG***	0	0	634	61	275					
INFLUENZA A(H1N1)						0	0	159	0	8
OUTRO AGENTE INFECCIOSO						0	0	132	26	126
LEISCHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
LEISCHMANIOSE VISCERAL	0	0	2	0	2	0	0	1	0	0
LEPTOSPIROSE	7	31	74	58	53	1	9	23	15	24
MALÁRIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MENINGITES**										
MENINGITE NÃO ESPECIFICADA	5	24	32	25	15	5	24	32	25	15
MENINGITE OUTRAS ETIOLOGIAS	0	7	38	35	46	0	7	38	35	46
MENINGITE VIRAL	73	122	142	78	78	73	122	142	78	78
MENINGITE BACTERIANA	23	67	82	83	48	23	67	82	83	48
MENINGITE OUTRAS BACTÉRIAS	8	46	50	45	17	8	46	50	45	17
MENINGITE TUBERCULOSA	2	4	18	23	15	2	4	18	23	15
MENINGITE PNEUMOCOCO	1	6	7	10	3	1	6	7	10	3
MENINGITE HAEMOPHILUS	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0
DOENÇA MENINGOCÓCICA	11	11	6	5	13	11	11	6	5	13
PESTE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
POLIOMELITE/PARALISIA FLACIDA AGUDA	0	5	5	4	4	0	5	5	4	4
RAIVA HUMANA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ROTAVIRUS	95	110	101	110	71	14	22	8	33	1
SÍFILIS CONGÊNITA**						60	79	107	97	127
SÍFILIS GESTANTE**						11	39	40	27	38
SÍFILIS_ADQUIRIDA	NN	NN	NN	NN	154	NN	NN	NN	NN	154
SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA	0	3	0	1	0	0	2	0	0	0
TÉTANO ACIDENTAL						0	2	2	2	1
TÉTANO NEONATAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TUBERCULOSE	122	565	528	627	512	117	536	509	609	502
TULAREMIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VARICELA						375	388	355	496	427
VARÍOLA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

\* Casos notificados e confirmados até a Semana Epidemiológica 43

\*\* Dados sujeitos a revisão

\*\*\* Em 2009 há casos confirmados de Influenza A(H1N1) sem a definição de caso de SRAG (fase de contenção)

\*\*\*\*Aguarda encerramento dos casos pela equipe de Imunizações-SMS

NN – Não incluída na lista de agravos de notificação compulsória no período

**Para obter fichas de notificação:** no prontuário eletrônico - repositório de documentos do GHC – vigilância epidemiológica – núcleo hospitalar de epidemiologia – fichas de notificação.

**A equipe do NHE está disponibilizada para receber notificações de 2<sup>a</sup> a 6<sup>a</sup> feira, por telefone (ramal 2091) ou por e-mail: [nhepidemio@ghc.com.br](mailto:nhepidemio@ghc.com.br)**

<b>Diretoria do GHC</b>	Diretor-Superintendente – Carlos Eduardo Nery Paes
	Diretor Administrativo e Financeiro - Gilberto Barichello
	Diretor Técnico - Neio Lúcio Fraga Pereira
<b>Gerência de Internação do HNSC</b>	Dr Paulo Ricardo Bobek
<b>Equipe do NHE/HNSC</b>	
Ivana R. S. Varella (Pediatra e Epidemiologista), responsável técnica; Andréia Pedroso (Técnica de enfermagem); Ângela dos Santos Trindade (Aux. enfermagem); Eidryan Denisieski Vieira (Téc. enfermagem); Ilda Maria Germano Martins (Téc. enfermagem); Maria Cândida Baum (Aux. Administrativo); Maria da Glória Accioly Sirena (Médica de Família e Comunidade); Mariana Leal Ambrozio (Técnica de enfermagem) Paulina Rosa de Marco Crestani (Téc. de enfermagem);	<b>Estagiários de enfermagem do NHE/HNSC</b> Ana Paula de Melo Saraçol Camila de Rossi Cousseau Gilberto Pilar

