

A SITUAÇÃO DA TUBERCULOSE

NO MUNDO

Em 2010 a incidência estimada de tuberculose (TB) no mundo foi de 9 milhões de casos (equivalente a 128 casos/100.000 habitantes) com 1,7 milhões de óbitos, a maioria dos casos na Ásia e África (figura 1) (1). A TB continua sendo uma doença da pobreza, intimamente ligada à superlotação, desnutrição, consumo de álcool e tabagismo. Foram diagnosticadas e notificadas 6.2 milhões de pessoas em 2010 e destas, 5,4 milhões eram casos novos e 300 mil eram casos de retratamento por abandono ou recidiva. Entre os casos novos, 57% apresentaram baciloscopia de escarro positivo e 800.000 apresentavam TB extra-pulmonar (2). A taxa de detecção de casos de TB (CDR) é um indicador global de acompanhamento. Em 2010 foi de 65%, sendo que na região das Américas variou entre 75% e 85% (2).

Estima-se que aproximadamente 2 bilhões de pessoas no mundo apresentem TB latente, o que representa um grande potencial para desenvolvimento da doença (1). Nas últimas décadas tem aparecido casos de TB por *Mycobacterium tuberculosis* resistentes a isoniazida e rifampicina (TB MDR). Estima-se que já existam 5 milhões de pessoas com TB MDR, concentrados principalmente na Índia, China, Rússia e África do Sul.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO

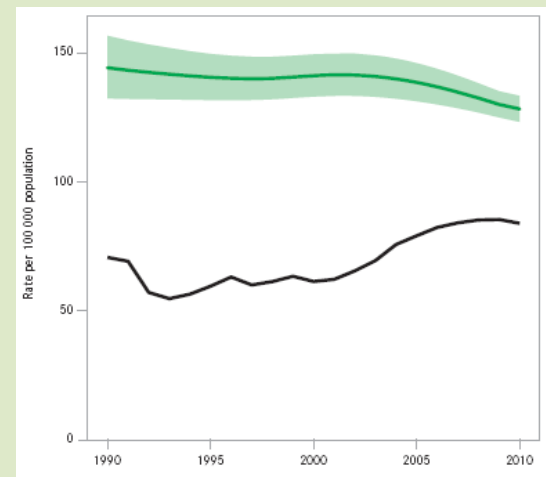


Figura 1. Comparação entre incidência estimada global (verde) e casos notificados de TB (linha preta) entre 1990-2010.

Em 2010, ocorreram 1,1 milhões de casos novos de TB em pessoas vivendo com o HIV (figura 2) e a mortalidade foi de 350 mil óbitos nos pacientes com coinfeção. A OMS emitiu recomendações claras sobre as intervenções necessárias para prevenir, diagnosticar e tratar a tuberculose em pessoas que vivem com o HIV e uma delas é a realização de teste HIV em pacientes com TB (2). No mesmo ano, a taxa mundial de prevalência de HIV em pacientes notificados para TB foi de 34% e no Brasil foi de 23% (2).

Outros fatores, além da coinfeção HIV, podem aumentar a incidência de TB (tabela 1).

A SITUAÇÃO DA TUBERCULOSE

ANO V

NÚMERO 12

ABRIL 2012

Contatos:
Fone: 3357 2091

nhepidemio@ghc.com.br

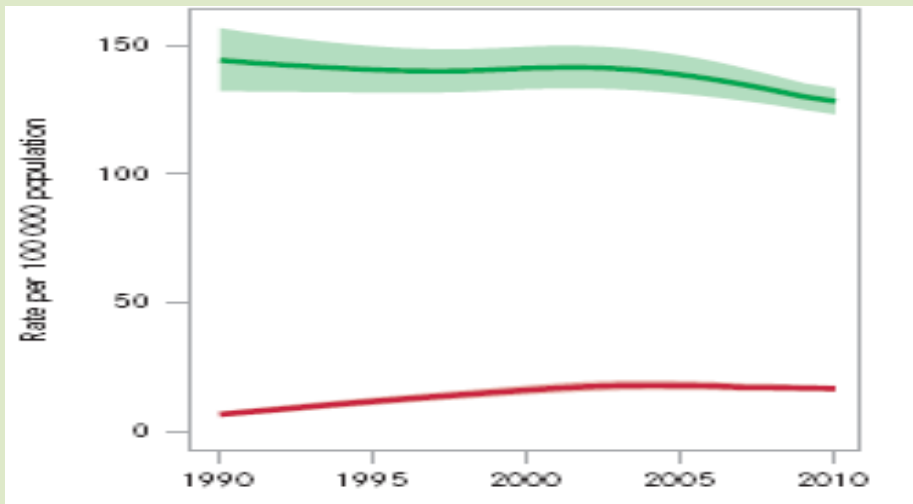


Figura 2. Taxa global de incidência de Tuberculose (verde) e de HIV positivos (vermelho) entre 1990 a 2010.

Tabela 1. Fatores de risco associados à Tuberculose.

Fator	Efeito sobre a incidência de TB
HIV	Aumenta a suscetibilidade para a infecção primária, sua reativação e recorrência. A incidência de TB nos pacientes com HIV pode variar entre 20-40 %, dependendo da prevalência do HIV.
Diabetes	Aumenta em três vezes o risco para TB e aumenta a mortalidade
Tabagismo	Aumenta em duas vezes o risco para infecção e doença por TB e aumenta a mortalidade
Álcool	Aumenta em três vezes o risco para TB se o consumo for maior do que 40g/dia
Gênero	Em adultos a proporção de TB entre homens e mulheres é de 2:1, mas não há diferença em crianças.

NO BRASIL

O Brasil faz parte dos 22 países do mundo que concentram 80% dos casos de TB, encontrando-se no momento, na 19ª posição. Em 1990, tínhamos a taxa de incidência de 51,7 por grupo de 100 mil habitantes. Em 2009, a taxa de incidência foi de 38,3 por 100 mil habitantes, apresentando uma queda de 26%. A taxa de mortalidade apresentou queda de 30% no mesmo período, variando de 3,6 para 2,5 por 100 mil habitantes (3). Em 2010 foram notificados 81.946 casos e destes, 88% apresentavam TB no pulmão e 12% eram casos de TB extra-pulmonar. O exame bacterioscópico no escarro foi positivo para BAAR em 62% dos casos pulmonares. Do total de casos notificados, 10.949 eram casos de retratamento e destes, 31% eram recidiva e 69% reingresso após abandono (2).

A taxa de detecção e notificação de casos de TB (*Case Detection Rate-CDR*) no Brasil, em 1995 variou entre 66-79% e em 2010 de 74-88% (2).

Em 2009, foram notificados 10.286 casos de retratamento, sendo 50,6% desses devido às recidivas e 49,4% devido aos casos de reingresso após abandono. A região Sul apresenta o percentual mais elevado de retratamento. Ao compararmos o encerramento dos casos de retratamento com os casos novos de TB verifica-se que a proporção de cura entre os casos de retratamento é inferior a dos casos novos (figura 3). 96% dos casos de resistência notificados são adquiridos, e mais da metade tem um histórico de três ou mais tratamentos prévios (3).

A partir destes dados, em 2009, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose passou a recomendar que seja solicitada a cultura, com identificação e teste de sensibilidade para todos os casos de retratamento, esperando que com essa medida ocorra a identificação precoce de possíveis resistências e o tratamento adequado possa reduzir o risco de desfechos desfavoráveis para esses casos.

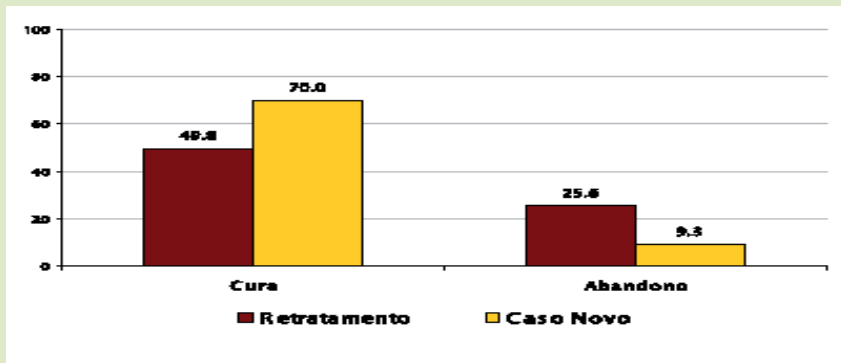


Figura 3. Comparação entre a proporção de cura e de abandono dos casos novos e casos de retratamento. Brasil, 2008. Dados sujeitos a revisão.

Fonte: Sinan.

A taxa nacional de cura, de casos novos de TB com baciloscopia positiva, apresentou melhora considerável até 2002 se compararmos com as taxas mundiais. A partir desta data voltou a decair (figura 4) (2).

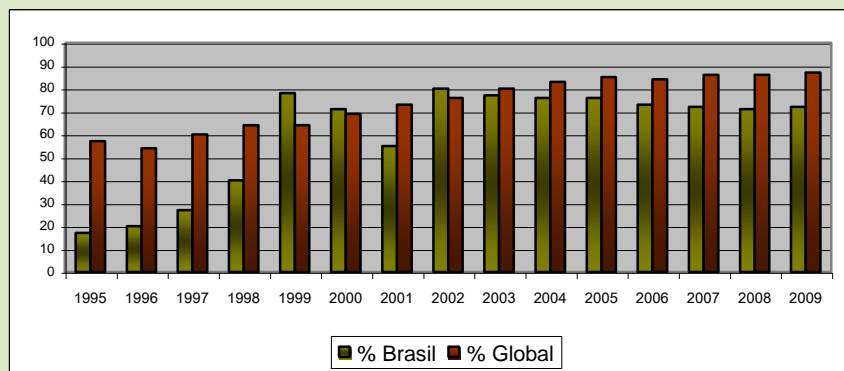


Figura 4. Comparação da série histórica da taxa de cura de casos novos com baciloscopia positiva no Brasil e no mundo.

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) recomenda oferecer o teste anti-HIV a todos os pacientes com TB. Embora a realização do

teste entre os casos de TB tenha crescido de 28% em 2001 para 45% em 2009, ainda não atingimos a taxa de solicitações do teste recomendada pelo PNCT (figura 5) (3).

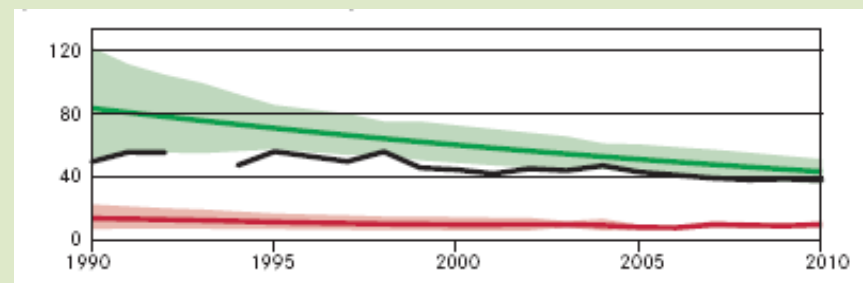


Figura 5. Incidência de TB (verde), de coinfeção TB/HIV (vermelho) e de notificações (linha preta), no Brasil.

NO RIO GRANDE DO SUL E PORTO ALEGRE

O Rio Grande do Sul está em sexto lugar, no país, em número de casos de TB. A cada ano, são registrados aproximadamente 4,7 mil novos casos de TB (42 casos/100 mil habitantes). Na última década, o registro dos casos no RS aumentou em mil casos anuais, passando de 5,3 mil notificações, em 2001, para 6,3 mil em 2010, com uma média de 450 óbitos/ano por TB. O RS mantém a taxa mais elevada de TB nos estados da região Sul (figura 6) (4).

Em 2010, das 6.380 notificações de TB no Estado (casos novos e reingressos), mais de 4,3 mil foram diagnosticadas em Porto Alegre e Região Metropolitana. Os outros municípios com maior número de casos são: Alvorada, Cachoeirinha, Canoas, Gravataí, Guaíba, Novo Hamburgo, Pelotas, Rio Grande, Santa Cruz do Sul, Santa Maria, São Leopoldo, Sapucaia do Sul, Uruguaiana e Viamão. Juntos, estes municípios notificam mais de 68% dos casos registrados no Estado (4).

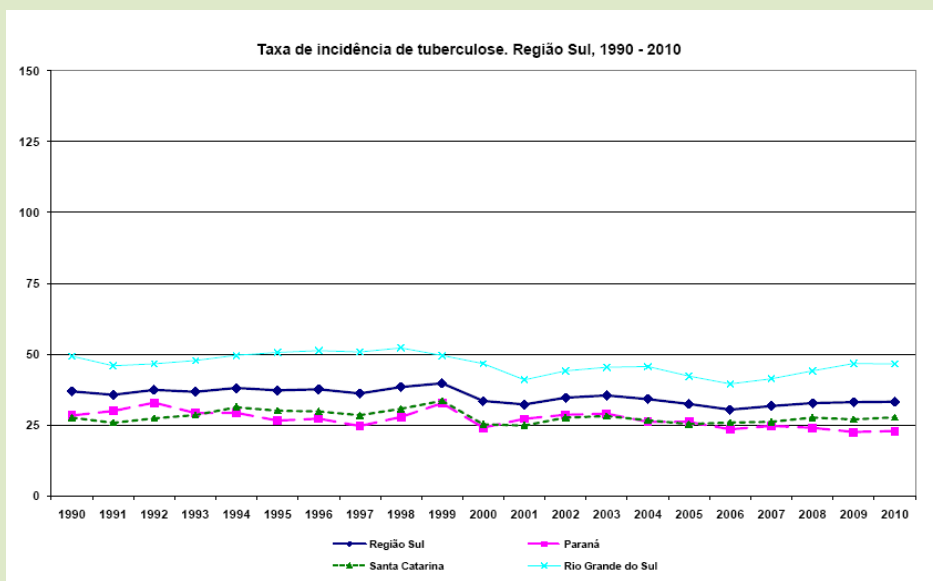


Figura 6. Série histórica da Taxa de Incidência de Tuberculose. Região Sul por ano de diagnóstico, 1990-2010.

Porto Alegre é a Capital brasileira com maior taxa da doença, registrando aproximadamente 111 casos por 100 mil habitantes (figura 7) (4).

A taxa média de mortalidade por TB, nas capitais, em 2009, foi de 3,5 óbitos por 100.000 habitantes. A taxa mais elevada foi encontrada em Recife (7,7/100.000 habitantes), seguida por Rio de Janeiro. Porto Alegre ficou como a 5ª capital do Brasil entre as capitais com taxas mais elevadas de morte por TB (4).

Outro dado relevante entre os gaúchos é a alta taxa de coinfeção de tuberculose e HIV. No RS, aproximadamente 20% dos pacientes com tuberculose são também infectados pelo HIV. Essa taxa é de 35% em Porto Alegre (4).

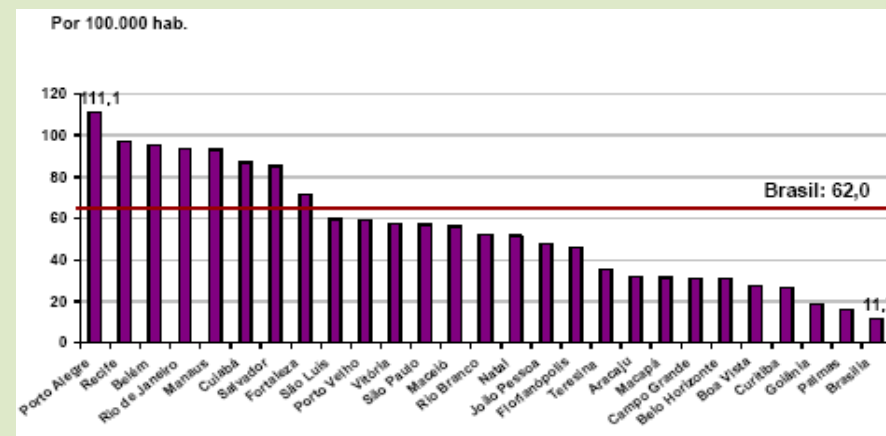


Figura 7. Taxa de Incidência de Tuberculose por ano e capitais em 2010.

NO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

Em 2001, o Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) notificou 270 casos de TB, o que representou 12% do total de notificações de Porto Alegre e 5% das notificações do Estado. Em 2010, este número elevou-se para 518 notificações, representando 20% das notificações da cidade e 8% do RS (tabela 2).

ANO DE NOTIFICAÇÃO	TOTAL DE NOTIFICAÇÕES				
	RS	POA	GHC	GHC/RS (%)	GHC/POA (%)
2001	5310	2189	270	5	12
2002	5580	2127	299	5	14
2003	5853	2218	255	4	11
2004	5930	2254	317	5	14
2005	5627	2225	276	5	12
2006	5316	2042	270	5	13
2007	5684	2161	323	6	15
2008	5937	2343	487	8	21
2009	6389	2572	446	7	17
2010	6475	2627	518	8	20
TOTAL	58101	22758	3461	6	15

Tabela 2. Comparação entre a série histórica das notificações no RS, POA e HNSC.

Fonte: SINAN .

Entre janeiro de 2001 a outubro de 2011 o HNSC foi responsável pela notificação de 3.618 casos de TB, dos quais, 66% eram da raça branca e 24% da raça negra. A maioria era do gênero masculino (69%). Quanto a escolaridade, 75% possuíam no máximo até o 1º grau completo. Em relação ao tipo de entrada, 81% das notificações (2.921 pacientes) eram casos novos e 15% foram reingressos por recidiva ou abandono de tratamento (figura 8). Os pacientes notificados eram bacilíferos em 53% dos casos. Se analisarmos apenas os bacilíferos, a taxa de reingresso aumenta para 18%.

Apenas 22%, do total de pacientes, realizaram cultura de escarro sendo que 13% destes, apresentaram baciloscopia de escarro negativa e cultura positiva. O número de solicitações de cultura aumentou a partir de 2008 (figura 9).

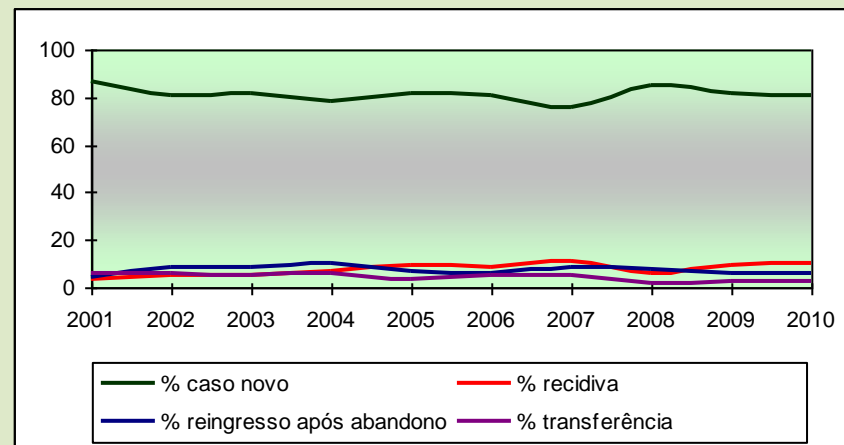


Figura 8. Série histórica das notificações do HNSC conforme o tipo de entrada. Fonte: SINAN.

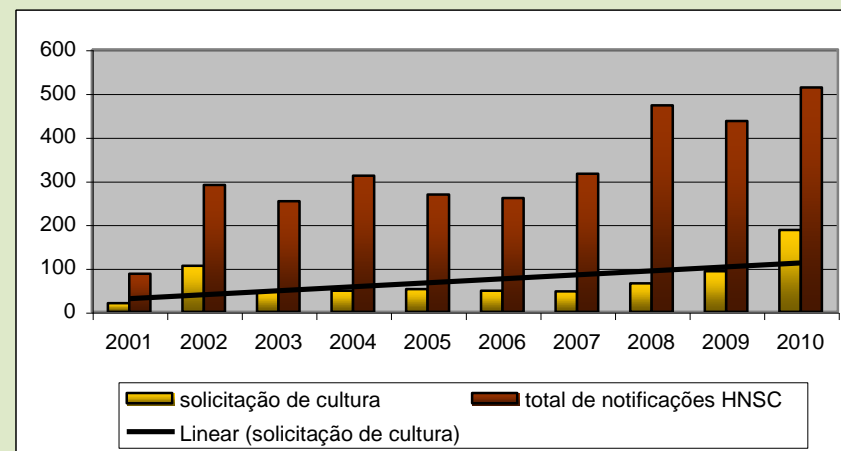


Figura 9. Série histórica do número de notificações do HNSC e de solicitação de cultura de escarro. Fonte: SINAN.

A taxa média de coinfeção TB/HIV, entre os pacientes notificados no HNCS, foi de 52% (1.866 pacientes) e de TB/AIDS foi de 47% (1.710 pacientes), chegando a 62% em 2007 quando começou a reduzir. Em 2010, a taxa de coinfeção TB/HIV foi de 44% (figura 10). Ao compararmos com os dados Nacionais e Globais, as taxas do HNCS estão altas, mas preocupa o alto percentual de pacientes com TB que não realizaram exame HIV (média de 14%, atingindo 19% em 2010).

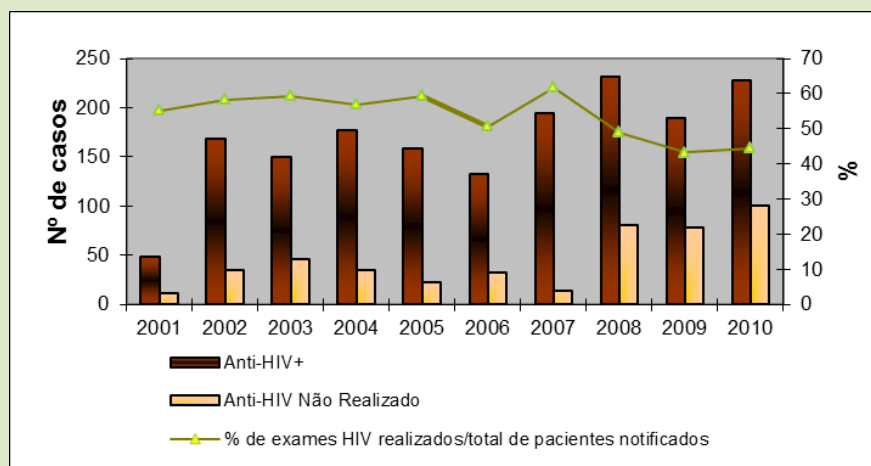


Figura 10. Série histórica comparando o número de notificações do HNCS com coinfeção TB/HIV (HIV) e não solicitação de exame anti-HIV.

Fonte: SINAN.

Quanto a localização da TB nos pacientes com coinfeção TB/AIDS, a maioria apresentava apenas TB pulmonar (37%) e 42% dos pacientes com coinfeção eram bacilíferos (figura 11).

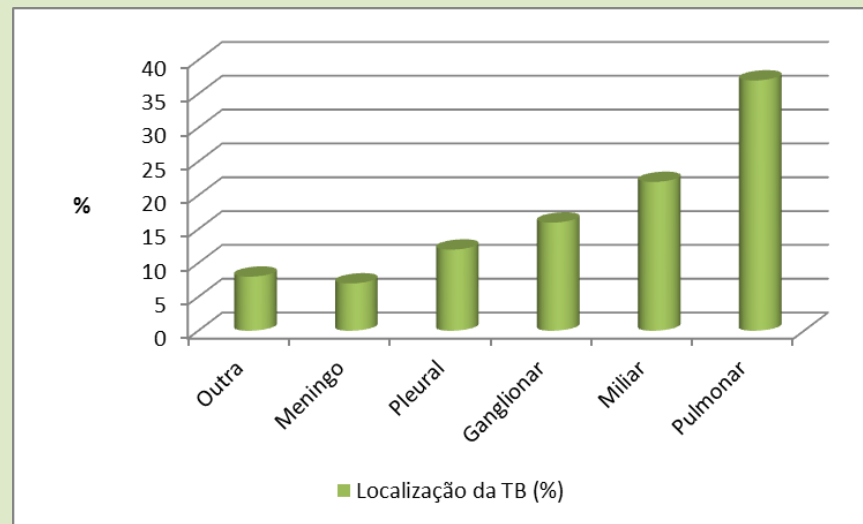


Figura 11. Localização da TB nos pacientes com coinfeção TB/AIDS. Fonte: SINAN.

Em 2010, 81% das notificações foram para casos novos de TB, 16% para reingresso por recidiva ou abandono de tratamento e 3% foram pacientes que internaram no HNCS, mas já estavam em tratamento em outra Unidade de Saúde (figura 12).

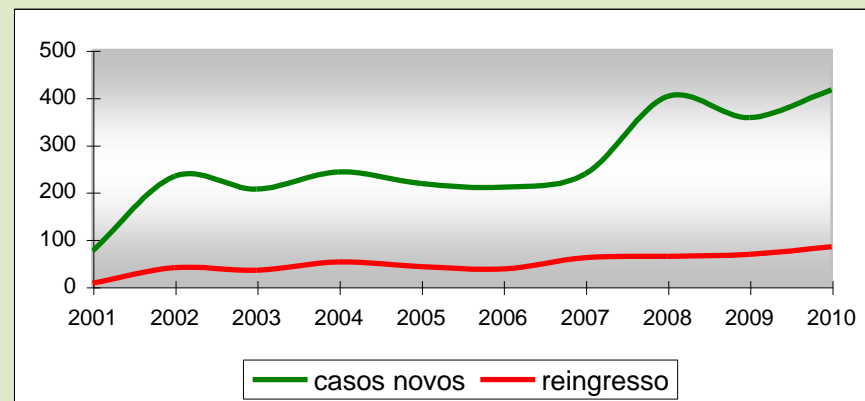


Figura 12. Série histórica do número de notificações conforme o tipo de entrada.

Fonte: SINAN.

Entre 3.618 notificações realizadas pelo HNSC, a situação de encerramento no SINAN consta como transferência em 1.155 casos, e em 48 casos houve mudança de diagnóstico. Nas 2.415 notificações restantes, podemos observar um número elevado de óbito e abandono de tratamento (tabela 3).

Tabela 3. Situação de encerramento dos casos de TB, notificados pelo HNSC, que não foram transferidos.

Situação de encerramento	Nº (%)
Cura	921 (38)
Abandono	531 (22)
Óbito por TB	126 (5)
Óbito por outras causas	700 (29)
TB MDR	18 (1)
Ignorado	119 (5)
TOTAL	2.415 (100)

CONCLUSÕES

Estima-se que no Brasil, 4% dos pacientes com tosse há 3 semanas ou mais apresentem TB. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado são fatores determinantes para o controle da doença. Em 2010, o HNSC foi responsável por 1/5 dos casos de TB notificados em Porto Alegre, o que dá a dimensão de sua responsabilidade no controle da endemia, cuja frequência é elevada no Rio Grande do Sul e na capital. Associado a este fator, a taxa de coinfeção TB/HIV dos pacientes atendidos no HNSC é maior que a média nacional, estadual e municipal, possivelmente por viés de referência. O número

elevado de pacientes diagnosticados por TB no HNSC que não realizaram exame para HIV faz pensar que esta taxa pode ser ainda maior. Entretanto, em torno de 28% dos pacientes notificados fizeram o diagnóstico na emergência do HNSC e não internaram, o que poderia explicar a não realização do exame anti-HIV. A taxa de abandono elevada, o aumento de reingressos por recidiva ou após abandono de tratamento e o aumento de TB MDR exigem medidas para qualificação da atenção ao paciente com TB que busca atendimento no HNSC.

No final de 2010, a Direção do GHC instituiu uma Comissão para o Controle da TB no Hospital Conceição¹. Este grupo de profissionais elaborou propostas que incluem a qualificação do vínculo do paciente à unidade de saúde após a sua alta, mediante solicitação de consultoria ao Serviço Social, na tentativa de melhorar a adesão ao tratamento. Foi instituído, também, fluxo de atendimento mais ágil, com disponibilização de consultas para o sintomático respiratório cujo diagnóstico foi realizado na emergência. Houve aquisição de um local apropriado para coleta de escarro e diminuição do tempo para resultado do exame bacterioscópico e a realização de cultura em meio líquido. Além disso, é necessário sensibilizar os profissionais que atendem ao paciente com TB para a solicitação de cultura de escarro, em todos os casos de reingresso e a solicitação de anti-HIV para todos os pacientes com TB.

Autores: Maria da Glória Accioly Sirena; Ivana R. S. Varella; Gilberto Pilar; Ilda Maria Germano Martins.

¹ Participantes: Renato S. Gutierrez (Presidente); Maria da Glória Accioly Sirena; Roberto L. Targa Ferreira; Diego R. Falci; Karen da S. Viana; Teresinha J. Dossin.

Bibliografia

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Os casos de retratamento de tuberculose no Brasil. **Boletim Eletrônico Epidemiológico**, Brasília, DF, v. 10, n 11, dez. 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/boletim_epi_n11_tb_dez2010_atual2.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2012.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Série histórica da taxa de mortalidade de tuberculose. Brasil, Regiões e Unidades Federadas de residência por ano de diagnóstico (1990 a 2010)**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/taxa_mortalidade_tuberculose.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2012.
3. LAWN, Stephen D.; ZUMLA, Alimuddin I. Tuberculosis. **Lancet**, London, v. 378, July 2011. Disponível em: <www.thelancet.com>. Acesso em: 06 mar. 2012.
4. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis control report 2011**. Disponível em: <http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/index.html>. Acesso em: 06 mar. 2012.

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^a a 6^a feira, por telefone (ramal 2091) ou por e-mail: nhepidemio@ghc.com.br

Diretoria do GHC

Diretor-Superintendente – Carlos Eduardo Nery Paes

Diretor Administrativo e Financeiro - Gilberto Barichello

Diretor Técnico - Neio Lúcio Fraga Pereira

Gerência de Internação do HNSC

Paulo Ricardo Bobek

Gerência de Internação do HCC

Lauro L. Hagemann

Equipe do NHE/HNSC

Ivana R. S. Varella (Pediatra e Epidemiologista), responsável técnica;
Andréia Pedroso (Técnica de enfermagem); Ângela dos Santos Trindade (Aux. enfermagem); Ângela Cristina Amaral dos Santos (Téc. enfermagem); Eidryan Deniseski Vieira (Téc. enfermagem); Fábio Dias Misturini (Enfermeiro); Ilda Maria Germano Martins (Téc. enfermagem); Maria Cândida Baum (Aux. Administrativo); Maria da Glória Accioly Sirena (Médica de Família e Comunidade); Mariana Leal Ambrozio (Téc. de enfermagem); Paulina Rosa de Marco Crestani (Téc. de enfermagem).

Estagiários de enfermagem do NHE/HNSC-HCC

Ana Paula de Melo Saraçol

Camila de Rossi Cousseau

Gilberto Pilar



Ministério da
Saúde



AGRAVOS	NÚMERO DE CASOS INVESTIGADOS E CONFIRMADOS PELO NHE/HNSC-HCC											
	TOTAL DE CASOS 2007 – 2012 (ATÉ SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 12)											
	INVESTIGADOS						CONFIRMADOS					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012(1)	2007	2008	2009	2010	2011	2012(1)
ACIDENTES ANIMAIS PEÇONHENTOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AIDS(2)												
AIDS < DE 13							5	20	11	6	10	2
AIDS > DE 13							290	347	370	365	365	82
ATENDIMENTO ANTI-RABICO	0	0	0	0	8	18	0	0	0	0	8	18
BOTULISMO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CARBUNCULO OU ANTRAZ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CÓLERA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
COQUELUCHE	8	55	33	31	61	21	3	29	21	11	32	11
DENGUE	1	9	1	58	34	4	0	1	0	3	1	0
DIFTERIA	3	3	4	1	2	0	0	0	0	0	0	0
DOENÇA DE CHAGAS (CASOS AGUDOS)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DOENÇA DE CREUTZFELDT JACOB	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DOENÇA EXANTEMÁTICA(2)												
RUBÉOLA	15	24	16	17	5		9	3	0	0	0	0
SARAMPO	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
DTA - DOENÇA TRANSMISSÃO ALIMENTAR												
DTA - SALMONELLA							0	2	20	34	44	4
DTA - SHIGELLA							0	2	16	28	22	2
ESQUISTOSSOMOSE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO(3)	2	3	19	8	2	1	2	3	19	8	2	1
FEBRE AMARELA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FEBRE DO NILO OCIDENTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FEBRE MACULOSA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FEBRE TIFÓIDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FILARIOSE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

NÚMERO DE CASOS INVESTIGADOS E CONFIRMADOS PELO NHE/HNSC-HCC

TOTAL DE CASOS 2007 - 2012 (ATÉ SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 12)

AGRAVOS	INVESTIGADOS						CONFIRMADOS					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012(1)	2007	2008	2009	2010	2011	2012(1)
	HANSENÍASE	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0
HANTAVIROSE	2	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
HEPATITES(2)												
HEPATITE A							1	18	16	27	36	9
HEPATITE B							24	54	49	5	12	15
HEPATITE C							83	384	344	48	59	77
HEPATITE B+C							3	16	5	2	0	0
HEPATITE A/B ou A/C							0	1	1	0	0	0
HIV CRIANÇA EXPOSTA(4)							76	69	19	107	159	29
HIV CRIANÇA EXPOSTA(5)							81	84	79	84	65	13
HIV GESTANTE(6)							127	140	144	127	180	39
SRAG(7)	0	0	251	61	277	7						
INFLUENZA A(H1N1)							0	0	86	0	8	1
OUTRO AGENTE INFECCIOSO							0	0	59	26	127	2
LEISCHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
LEISCHMANIOSE VISCERAL	0	0	2	0	2	1	0	0	1	0	0	0
LEPTOSPIROSE	7	31	74	58	58	12	1	9	23	15	26	6
MENINGITES(2)	103	256	353	276	296	61	100	217	289	213	216	52
MENINGITE NÃO ESPECIFICADA							5	22	31	18	18	2
MENINGITE OUTRAS ETIOLOGIAS							0	7	38	38	43	13
MENINGITE VIRAL							72	121	140	76	92	27
MENINGITE BACTERIANA							23	67	80	81	63	10
MENINGITE OUTRAS BACTÉRIAS							8	46	48	45	22	8
MENINGITE TUBERCULOSA							2	4	18	22	21	2
MENINGITE PNEUMOCOCO							1	6	7	10	5	0
MENINGITE HAEMOPHILUS							1	0	1	0	0	0
DOENÇA MENINGOCÓCICA							11	11	6	4	15	0

AGRAVOS	NÚMERO DE CASOS INVESTIGADOS E CONFIRMADOS PELO NHE/HNSC-HCC											
	TOTAL DE CASOS 2007 - 2012 (SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 12)											
	INVESTIGADOS						CONFIRMADOS					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012(1)	2007	2008	2009	2010	2011	2012(1)
MALÁRIA	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
PESTE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
POLIOMELITE/PARALISIA FLACIDA AGUDA	0	5	5	4	4	1	0	5	5	4	4	0
RAIVA HUMANA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ROTAVIRUS	95	110	101	109	87	31	14	22	8	33	7	3
SÍFILIS CONGÊNITA(2)							50	70	92	85	121	37
SÍFILIS GESTANTE(2)							10	38	36	23	42	11
SÍFILIS_ADQUIRIDA							NN	NN	NN	NN	183	22
SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA	0	3	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0
TÉTANO ACIDENTAL							0	2	2	2	1	0
TÉTANO NEONATAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TUBERCULOSE(2)	123	541	499	624	644	103	116	510	482	602	627	99
TULAREMIA	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
VARICELA							378	478	471	743	597	111
VARÍOLA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VIOLÊNCIAS(2)	NN	NN	NN	NN	7	33	NN	NN	NN	NN	6	33
(2) Dados sujeitos a revisão. Casos de Hepatites Virais foram excluídos em relação ao boletim anterior devido duplicações (notificação prévia por outra fonte)												
(3) Aguarda encerramento dos casos pela equipe de Imunizações-SMS												
(4) Casos de crianças expostas que se vincularam ao atendimento UPTV, distribuídos por ano de notificação												
(4) Casos de crianças expostas que se vincularam ao atendimento UPTV, distribuídos por ano de nascimento												
(6) Nesta edição incluímos apenas casos notificados de gestantes HIV que evoluíram para parto ou abortamento no HNSC												
(7) Nesta edição incluímos apenas casos de SRAG em 2009 utilizando o critério hospitalização												