

A Vigilância em Saúde tem por objetivo a análise permanente da situação de saúde da população para a proposição, planejamento e execução de medidas para responder oportunamente a eventos de importância sanitária; prevenir e controlar a ocorrência de novos eventos atuando nos principais fatores de risco à saúde desta população de um dado território.

Em Belo Horizonte, a Vigilância em Saúde envolve atividades de vigilância epidemiológica dos agravos transmissíveis e não transmissíveis, sanitária, ambiental, saúde do trabalhador, controle de zoonoses e imunizações.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA) recebeu, no período de 30/10/2011 a 26/11/2011 (referente às semanas epidemiológicas de 44 a 47), **1.412** notificações de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória, conforme Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. De todas as notificações, 300 (29,6,7%) corresponderam a notificações de dengue. As notificações foram provenientes de hospitais, Unidades de Pronto Atendimento e Centros de Saúde.

NOTIFICAÇÕES DE AGRAVOS DE VIGILÂNCIA

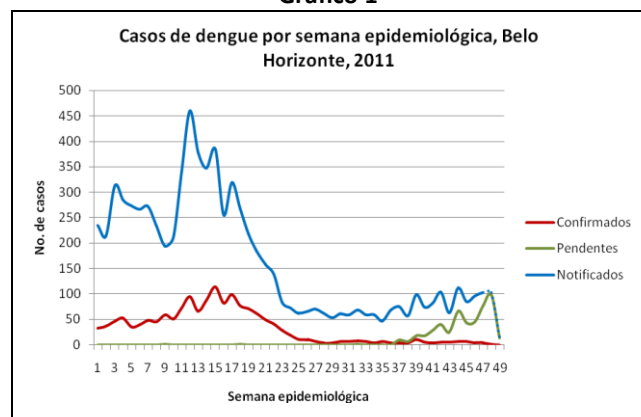
Dengue

Até a semana epidemiológica 47 foram notificados **7.779** casos suspeitos de dengue, dos quais 1.532 foram confirmados como dengue clássico (DC), três como dengue com complicação (DCC) e quatro como febre hemorrágica do dengue (FHD). Em 2011, não foram confirmados óbitos por dengue em residentes em Belo Horizonte.

Em relação ao mesmo período de 2010 verifica-se redução de 88,6% no número de casos notificados e 97% no número de casos confirmados.

Dentre os casos notificados em 2011, 20,8% foram confirmados, 5.826 foram descartados e 414 estão em investigação (Gráfico 1).

Gráfico 1

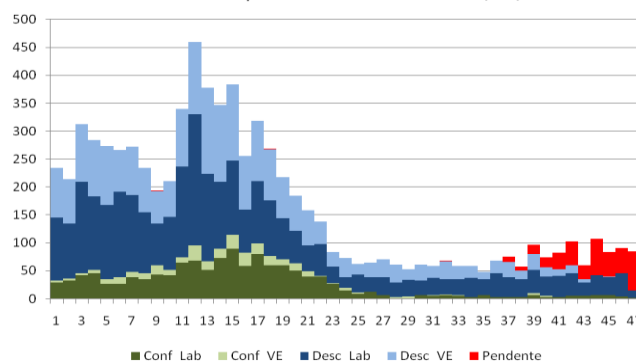


Fonte: Sinan Online e SISVE/GEEPI/GVSI/SMSA/PBH
incluindo casos importados - 12/12/2011

Quanto ao encerramento dos casos, 58,7% ocorreu pelo critério laboratorial (Gráfico 2).

Gráfico 2

Casos notificados por critério de encerramento, BH, 2011

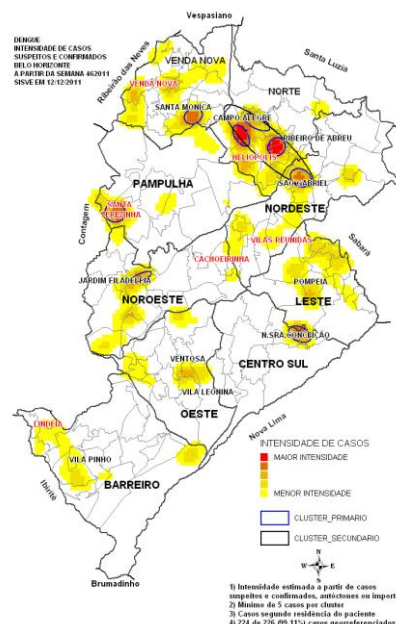


Fonte: Sinan Online e SISVE/GEEPI/GVSI/SMSA/PBH
incluindo casos importados - 12/12/2011

O monitoramento viral foi realizado em todos os Distritos Sanitários de Belo Horizonte. O sorotipo DENV1 foi o único sorotipo identificado em 2011 (até SE 49).

O DS Norte apresenta áreas com maior concentração de casos prováveis (excluindo os descartados) de dengue assim como a divisa dos distritos Leste e Centro Sul, Pampulha (Santa Terezinha) e Município de Contagem e Venda Nova (Santa Mônica).

Mapa 1: Intensidade dos casos confirmados de dengue, Belo Horizonte, SE 46-50/2011.

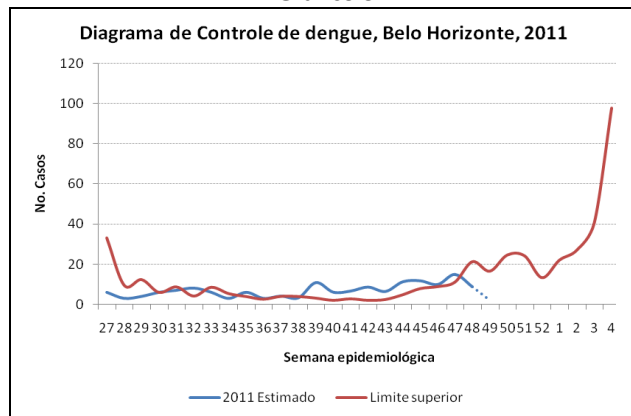


Fonte: Sinan Online e SISVE/GEEPI/GVSI/SMSA/PBH
incluindo casos importados - 12/12/2011

O número de casos de dengue excedeu o limite superior de casos esperados nas semanas 39 a 47.

Para o diagrama de controle, utilizou-se como limite superior de casos a média do número de casos confirmados de dengue nos anos de 2001 a 2009, excluindo os anos epidêmicos por área de abrangência, somado a 1,96 Desvios Padrões. Os casos confirmados de 2011 foram estimados considerando o percentual de positividade das duas semanas anteriores.

Gráfico 3



Fonte: Sinan Online e SISVE/GEEPI/GVSI/SMSA/PBH
incluindo casos importados - 12/12/2011

Leishmaniose Visceral

Até o dia 06/12/2011 foram confirmados 63 casos de Leishmaniose Visceral (LV) em residentes de Belo Horizonte, representando uma taxa de incidência de 2,7 (população: censo 2010). Os Distritos Sanitários com maior taxa de incidência foram o Norte (3,8), Venda Nova (3,4) e Nordeste (3,1).

Tabela 1: Distribuição dos casos confirmados e de óbitos de LV de residentes em BH, por distrito sanitário, 2011.

Distrito Sanitário	Casos		Óbitos		Letalidade
	N	%	N	%	%
Barreiro	8	12,7	2	22,2	25,00
Centro-Sul	4	6,3	0	0,0	0,00
Leste	6	9,5	1	11,1	16,67
Nordeste	9	14,3	1	11,1	11,11
Noroeste	8	12,7	0	0,0	0,00
Norte	8	12,7	1	11,1	12,50
Oeste	3	4,8	1	11,1	33,33
Pampulha	5	7,9	0	0,0	0,00
Venda Nova	9	14,3	3	33,3	33,33
Ignorado	3	4,8	0	0,0	
Total	63	100,0	9	100,0	14,29

Fonte: SISVE/SINAN-MS/GEEPI/GECOZ/GVSI/SMSA-PBH.
Dados atualizados em 06/12/2011.

Ocorreram nove óbitos em residentes de Belo Horizonte, representando uma taxa de letalidade de 14,29%. Esta taxa é considerada alta quando comparada à taxa de letalidade brasileira de 6,2% (DATASUS).

Na análise da distribuição dos casos segundo a faixa etária, no período de 2006 a 2011, verifica-se que 32,5% dos casos têm acometido crianças até nove anos de idade.

Nesse extrato, há predominância da faixa etária de 1 a 4 anos (21,5%). Também há um predomínio de casos na faixa etária de 20-34 anos e 35-49anos.

Tabela 2: Distribuição de casos e óbitos de LVH, residentes em Belo Horizonte, por faixa etária, período 2006 - 2011.

Faixa Etária SINAN	ANO		TOTAL		LETALIDADE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<1 Ano	16	2,0	1	0,13		
1-4	140	21,5	5	0,67		
5-9	86	13,9	2	0,27		
10-14	32	4,6	0	0,00		
15-19	28	3,8	1	0,13		
20-34	134	18,3	10	1,34		
35-49	137	17,1	31	4,16		
50-64	105	10,9	27	3,62		
65-79	57	6,8	22	2,95		
80 e+	10	1,2	6	0,81		
TOTAL	745	100,0	105	14,09		

Fonte: SISVE/SINAN-MS/GEEPI/GECOZ/GVSI/SMSA-PBH.
Dados atualizados em 06/12/2011.

Ações conjuntas com os profissionais da rede básica de saúde para um diagnóstico precoce da doença e da conscientização da comunidade são desenvolvidas durante todo o ano com o objetivo de reduzir a incidência da doença no município de Belo Horizonte.

Leptospirose

A infecção humana resulta do contato direto da pele ou mucosa com a urina de animais infectados, principalmente roedores, diluída em coleções hídricas ou águas e lama de enchentes.

Raramente pode resultar do contato direto com sangue, tecido, órgão ou urina de outros animais infectados.

É uma zoonose de grande importância social e econômica e sua ocorrência está freqüentemente relacionada a aglomerações urbanas de baixa renda, precárias condições de infra-estrutura sanitária e alta infestação de roedores.

As inundações propiciam a disseminação e persistência das leptospiras no ambiente, facilitando a eclosão de surtos.

Durante o período de chuvas deve-se ter a atenção redobrada tanto para as ações preventivas quanto para a suspeita clínica da doença.

Algumas atividades e profissões facilitam o contato com as leptospiras, tais como: limpeza e desentupimento de esgotos, catadores de lixo, agricultores, veterinários, tratadores de animais, pescadores, magarefes, laboratoristas, bombeiros, nadadores e militares em manobras, dentre outras.

São manifestações clínicas da doença: febre de início súbito, mialgias, cefaléia, mal-estar e/ou prostração, associados a um ou mais dos seguintes sinais ou sintomas: sufusão conjuntival ou conjuntivite, náuseas e/ou vômitos, calafrios, alterações do volume urinário, icterícia, fenômeno hemorrágico e/ou alterações hepáticas, renais

e vasculares compatíveis com leptospirose ictérica (síndrome de Weil) ou anictérica grave.

Considera-se suspeito, também, o caso com sinais e sintomas de processo infeccioso inespecífico, com antecedentes epidemiológicos sugestivos, nos últimos 30 dias anteriores à data de início dos primeiros sintomas. O período de incubação da doença varia de 1 a 30 dias (em média, de 7 a 14 dias).

O diagnóstico e tratamento precoces e adequados são fundamentais para reduzir a letalidade da doença.

A confirmação laboratorial pode ser feita a partir do quinto dia, a contar do início dos sintomas, através de métodos sorológicos como os testes de Elisa-IgM e de aglutinação microscópica de leptospiras (MAT).

São consideradas medidas preventivas da transmissão:

- utilização de água potável, filtrada, fervida ou clorada para consumo humano;

- vigilância sanitária de alimentos: produção, armazenamento, transporte e conservação. Descarte de alimentos que entraram em contato com águas contaminadas;

- limpeza e desinfecção de áreas domiciliares potencialmente contaminadas, com solução de hipoclorito de sódio a 2,5% (um copo de água sanitária (=200ml) para um balde de 20 litros de água);

- construção e manutenção das galerias de águas pluviais e esgotos; desassoreamento, limpeza e canalização de córregos; emprego de técnicas de drenagem de águas livres.

- medidas de proteção individual para trabalhadores ou indivíduos expostos a risco, através do uso de equipamentos de proteção individual como luvas e botas.

Neste ano, um dos casos notificados e confirmados, de residente em Belo Horizonte, teve como possível fonte de infecção, a partir da história epidemiológica do paciente, uma exposição a condições sanitárias insalubres, em um evento público, que reuniu grande número de pessoas. Este fato serve de alerta para a população e para os profissionais de saúde.

As tabelas abaixo mostram a distribuição de casos notificados e confirmados de Leptospirose entre residentes do Município de Belo Horizonte nos últimos cinco anos.

Tabela 3: Casos notificados de leptospirose em residentes de Belo Horizonte, 2007 a 2011.

Class. Final	2007	2008	2009	2010	2011
Ign/Branco (*)	0	1	2	0	2
Confirmado	9	19	14	16	13
Descartado	63	47	170	104	73
Inconclusivo (**)	0	1	0	0	1
Total	72	68	186	120	89

Fonte: SINAN - NET - GEEPI/GVSI/SMSA/PBH – Última atualização: 06/12/11

(*) notificados por outros municípios – sem ficha investigação

(**) 2011 - Aguardando resultado de sorologia;

2008 – Banco de dados de resultados não informatizado (anterior ao GAL-FUNED).

De acordo com publicação do Ministério da Saúde², em 2007, a letalidade da Leptospirose no Brasil esteve em torno de 10,4 % e em 2008, foi de 11,1 %.

No município de Belo Horizonte a letalidade oscilou de 14 a 21% no período avaliado, de 2007 a 2011 (Tabela 4).

Tabela 4: Casos confirmados de leptospirose, segundo evolução, em residentes no município de Belo Horizonte, 2007 a 2011.

Evolução	2007	2008	2009	2010	2011
Ign/Branco (*)	1	3	1	2	2
Cura	8	12	11	11	9
Óbito por Leptospirose	0	4	2	3	2
Total	9	19	14	16	13
Letalidade (%)	0	21	14	19	15

Fonte: SINAN - NET - GEEPI/GVSI/SMSA/PBH – Última atualização: 06/12/11

(*) campo não preenchido na ficha de notificação

A distribuição por sexo mostrou um predomínio de ocorrência entre indivíduos do sexo masculino, provavelmente associada à maior exposição deste grupo em atividades de trabalho (Tabela 5).

Tabela 5: Casos confirmados de leptospirose em residentes de Belo Horizonte, segundo sexo, 2007 a 2011.

Sexo	2007	2008	2009	2010	2011
Masculino	6	14	12	12	5
Feminino	3	5	2	6	8
Total	9	19	14	16	13

Fonte: SINAN - NET - GEEPI/GVSI/SMSA/PBH – Última atualização: 06/12/11

As faixas etárias produtivas (25 a 64 anos) concentram um maior número de casos (Tabela 6).

Tabela 6: Casos confirmados de leptospirose em residentes de Belo Horizonte, segundo faixa etária, 2007 a 2011.

Faixa Etária*	2007	2008	2009	2010	2011
5-14	1	0	0	0	0
15-24	3	0	2	0	0
25-34	2	3	2	1	1
35-44	0	7	6	5	2
45-54	1	4	2	3	4
55-64	0	3	1	5	1
65 e+	0	1	0	2	1
Total*	7	18	13	16	9

Fonte: SINAN - NET - GEEPI/GVSI/SMSA/PBH – Última atualização: 06/12/11

*Em algumas fichas esse campo não foi preenchido corretamente (quatro em 2011).

A infecção ocorreu através do contato direto com roedores, contato com lixo, água/lama de enchente, fossa/esgoto e atividade de criação de animais. Ocorreu, ainda, em locais com sinais de roedores e, em menor

escala, nas atividades de plantio/colheita e contatos com caixa d'água (Tabela 7).

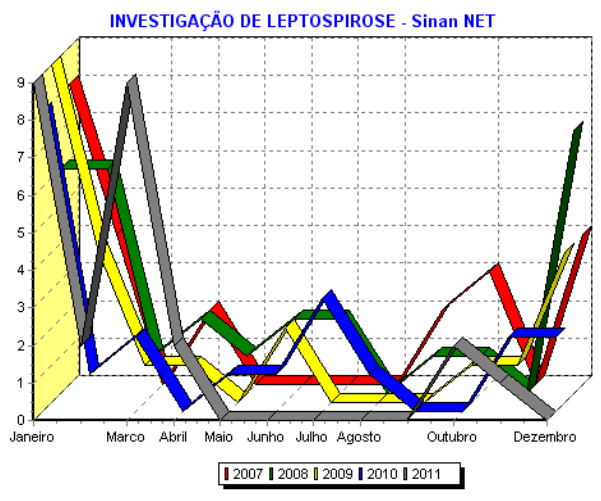
Tabela 7: Casos confirmados de leptospirose em residentes de Belo Horizonte, segundo fontes de infecção, 2007 a 2011.

Fontes	2007	2008	2009	2010	2011
Roedores diretamente	4	5	6	5	5
Sinais de roedores	4	5	7	9	6
Plantio/colheita	0	2	0	0	0
Lixo	2	4	6	7	3
Água/lama enchente	2	7	7	3	3
Fossa/esgoto	1	5	1	1	2
Caixa d'água	0	1	0	1	0
Criação animais	2	4	3	7	1

Fonte: SINAN - NET - GEEPI/GVSI/SMSA/PBH – Última atualização: 06/12/11

A distribuição por mês de aparecimento dos primeiros sintomas demonstra uma sazonalidade da doença, com predomínio de casos nos meses chuvosos em Belo Horizonte, especialmente no período de Dezembro a Janeiro, onde se observa maiores índices pluviométricos na cidade (Figura 1).

Figura 1: Casos confirmados de leptospirose em residentes de Belo Horizonte, segundo mês de início de sintomas, 2007 a 2011.



Fonte: SINAN - NET - GEEPI/GVSI/SMSA/PBH – Última atualização: 15/12/11

Alerta

- Evitar o contato com água de enchentes e lama.
- Usar calçados fechados, preferencialmente de material impermeável, nos períodos de chuva.
- Não permitir que jovens e crianças nadem e brinquem em contato com essas águas.

Referências bibliográficas

- 1) http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_guia_bolso.pdf
- 2) <http://portal.sau.gov.br/portal/arquivos/pdf/leptospirose.pdf>

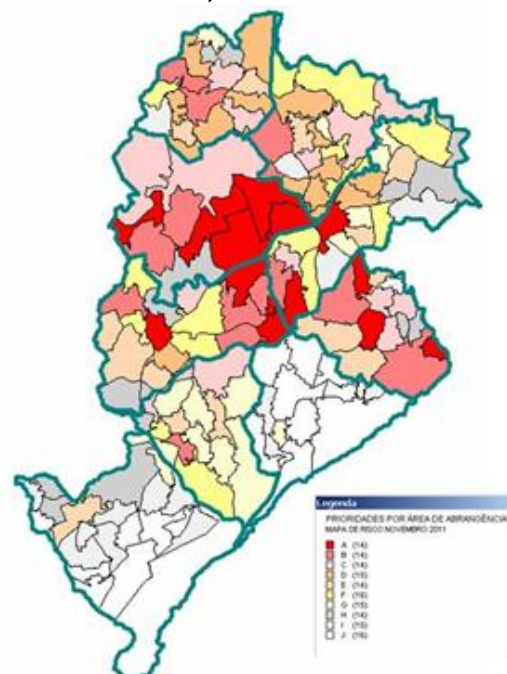
CONTROLE DE ZOOSES

Mapa de risco para ocorrência de Dengue

O mapa de risco é calculado tomando como unidade de análise as Áreas de Abrangência dos Centros de Saúde (AA), a partir de indicador composto, que leva em consideração: a presença de vetores (mosquitos) medida pelo LIRAA (Levantamento de Índice Rápido do Aedes aegypti) e pelas armadilhas de oviposição (ovitrapas); a ocorrência de casos recentes e a incidência de dengue do período anterior e o tipo de ocupação predominante na área (imóveis horizontais/verticais).

Para o mapa de novembro de 2011 tomou-se como base a série histórica dos Índices de Infestação Predial (IIP) dos LIRAA desde 2006, o resultado de IIP do LIRAA de outubro de 2011 e a média de ovos de ovitrapas entre as semanas epidemiológicas 35 e 42. A incidência do período anterior considerou o acumulado entre janeiro de 2010 e junho de 2011 (considerando o predomínio do sorotipo 1 neste período) e os casos recentes foram computados a partir da semana epidemiológica 35. O tipo de ocupação predominante foi representado pelo percentual de imóveis horizontais obtido pelo Reconhecimento Geográfico de 2011 realizado pelo Serviço de Controle de Zoonoses.

Mapa 2: Mapa de risco para ocorrência de Dengue, Belo Horizonte, novembro de 2011.



Fonte: GEZOZ//GEEPI/GVSI/SMSA

Os Distritos Sanitários que apresentaram mais áreas prioritárias considerando o mapa de risco foram Leste, Nordeste, Noroeste e Pampulha.

IMUNIZAÇÃO

A coordenação técnica de imunização elaborou um documento sobre os procedimentos a serem adotados para conservação dos imunobiológicos no caso de falta de energia, principalmente porque estamos no período de chuvas. O material foi divulgado para as gerências dos distritos sanitários em reunião da atenção à saúde para ser reproduzido para todos os centros de saúde.

Situações de emergência

Os equipamentos de refrigeração podem deixar de funcionar por vários motivos. Assim, para evitar a perda dos imunobiológicos, é necessário adotar algumas providências.

Quando ocorrer interrupção no fornecimento de energia elétrica, manter o equipamento fechado e monitorar rigorosamente a temperatura interna com termômetro de cabo extensor.

Se não houver o restabelecimento da energia no prazo máximo de 40 minutos (câmara de refrigeração) ou quando a temperatura estiver próxima a +8º C proceder imediatamente a transferência dos imunobiológicos para outro equipamento com temperatura recomendada (refrigerador ou caixa térmica).

Organização da caixa térmica com berço:

- Colocar termômetro de cabo extensor em cada caixa de poliestireno expandido (isopor);
- Colocar o berço dentro das caixas;
- Colocar 08 (oito) gelox congelados entre o berço e as paredes da caixa;
- Colocar os imunobiológicos no centro da caixa térmica;
- Colocar papelão em cima dos imunobiológicos;
- Colocar 04 gelox em cima do papelão;
- Lacrar as caixas com fita adesiva;
- Colocar a identificação do conteúdo de cada caixa, inclusive com o nome da unidade de saúde;
- Verificar e anotar as temperaturas das caixas antes de transportá-las;
- Colocar as caixas dentro do veículo, quando for transportá-las para outro local.

A Caixa térmica com berço, não precisa de ambientação do gelox, cujo procedimento demanda muito tempo.

A preparação da caixa térmica com berço e gelo congelado (-20ºC*) mantém a conservação dos imunobiológicos durante o transporte por 24 horas, no mínimo, e ao completar 48 horas de monitoramento ainda deve apresentar temperatura máxima de até + 8º C.

*Para obter temperatura de -20º C, os gelox devem estar em freezer regulado para esta temperatura.

Caso não tenha o berço, pode-se colocar o gelox congelado, desde que, se coloque barreiras entre os imunobiológicos e os gelox, para evitar o congelamento (exemplo: papelão). Desta forma, simula-se a caixa térmica com berço.

Figura 2: Uso gelo reutilizável entre as paredes da caixa e do berço



Figura 3: Organização dos imunobiológicos no centro da caixa térmica com berço



Organização da caixa térmica sem berço

- Ambientar todos os gelox que serão utilizados na caixa sem berço;
- Colocar termômetro de cabo extensor;
- Colocar bobinas de gelo reutilizável nas paredes da caixa térmica;
- Fechar a caixa e aguardar que a temperatura se estabilize e atinja temperatura entre +2º e +8ºC;
- Colocar os imunobiológicos no centro da caixa térmica;
- Finalmente colocar bobinas de gelo ambientalizadas para cobrir os imunobiológicos;

- Fechar a caixa e identificar o conteúdo de cada caixa, inclusive com o nome da unidade;
- Verificar e anotar as temperaturas das caixas antes de transportá-las;
- Colocar as caixas dentro do veículo, quando for transportá-las para outro local.

Figura 4: Organização dos gelox dentro da caixa térmica sem berço



Figura 5: Organização dos imunobiológicos dentro da caixa térmica sem berço



VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Avaliação dos laboratórios de microbiologia dos hospitais de Belo Horizonte

A Vigilância Sanitária tem como competência promover e proteger a saúde da população e intervir nos riscos decorrentes do meio ambiente, da produção, da circulação de bens e prestação de serviços. Na busca desta competência e considerando a dimensão e a relevância sanitária dos Laboratórios de Microbiologia (LM) foi realizado um estudo das condições da fase pré-analítica dos laboratórios em hospitais com UTI, em Belo Horizonte.

Os LM possuem como objetivo primordial oferecer suporte às investigações epidemiológicas de infecções relacionadas à assistência à saúde, além de permitir que a equipe de saúde defina qual a melhor indicação terapêutica para combater os micro-organismos responsáveis pelo quadro clínico do paciente. As informações oferecidas agilizam ou redirecionam a

conduta médica inicial, orientam a prescrição e a padronização de antibióticos, além de ter como obrigação fornecer resultados com boa acurácia para um diagnóstico correto, preciso e confiável.

Diante dessa relevância, foram levantados os dados de 15 hospitais, com unidade de terapia intensiva adulto, com mais de 10 leitos, que prestam serviço ao Sistema Único de Saúde, contabilizando 13 LM, pois alguns laboratórios realizavam exames para mais de um hospital. Foram avaliados dados da fase pré-analítica dos LM em relação ao cumprimento da legislação sanitária vigente (RDC 302/2005). Esses dados foram consolidados a partir dos relatórios e de documentos fiscais lavrados em inspeções realizadas nos laboratórios no período de dezembro de 2010 a maio de 2011.

A fase pré-analítica do processo laboratorial é definida como a "fase que se inicia com a solicitação da análise, passando pela obtenção da amostra e terminando ao se iniciar a análise propriamente dita" (BRASIL, 2005).

O procedimento de coleta de amostras deve ser realizado por um profissional técnico, com conhecimento pleno das normas e rotinas de coleta e todas as informações necessárias devem ser preenchidas, possibilitando, assim, a rastreabilidade de todo o processo. Os procedimentos devem estar padronizados e o respeito a eles contribui para a adequada obtenção das amostras, permitindo que o laboratório alcance resultados confiáveis e livres de interferentes pré-analíticos. Uma amostra identificada incorretamente ou coletada de forma inadequada pode conduzir a um resultado equivocado e sem utilidade clínica.

O transporte da amostra do paciente deve cumprir o princípio básico de oferecer as condições de manutenção da viabilidade do possível micro-organismo presente na amostra. Problemas relacionados ao transporte de amostras podem ser divididos em duas categorias: tempo e segurança no transporte. O primeiro está relacionado com as condições do exame e o segundo com a biossegurança no manuseio das amostras.

Dada a importância da fase pré-analítica e a dificuldade em se controlar possíveis falhas para a obtenção de resultados de exames laboratoriais confiáveis e úteis à prática médica, todas as precauções e fidelidade às normas são fundamentais para evitar erros.

Para isso, foram avaliadas etapas fundamentais como elaboração de padronizações para coleta, identificação, conservação, transporte e capacitação da equipe. No transporte foram avaliados também os meios, recipientes, prazo e condições de temperatura.

Os achados referentes a esta fase podem ser observados nas Tabelas 8 e 9, respectivamente.

Tabela 8 - Distribuição dos serviços que possuem procedimentos escritos, aprovados e atualizados da fase pré-analítica. Belo Horizonte, dez/2010 a mai/2011.

Procedimentos escritos	Sim	Não
	n (%)	n (%)
Para coleta	6 (46)	7 (54)
Para identificação das amostras	6 (46)	7 (54)
Para conservação das amostras	6 (46)	7 (54)
Para transporte de amostras	6 (46)	7 (54)
Estabelecendo frascos e meios de transporte	6 (46)	7 (54)
Estabelecendo prazo	5 (39)	8 (61)
Estabelecendo condições de temperatura	6 (46)	7 (54)

Fonte: Banco de dados da VISA-BH.

O fato de menos da metade dos laboratórios terem seus procedimentos estabelecidos é preocupante, pois a fase pré-analítica é a responsável por mais de dois terços de todos os erros atribuídos ao laboratório.

Tabela 9: Distribuição dos dados referentes à coleta e recebimento de amostras. Belo Horizonte, dez/2010 a mai/2011.

Itens inspecionados	Sim	Não
	n (%)	n (%)
Há rastreabilidade da hora da coleta da amostra	3 (23)	10 (77)
Há registros de treinamento dos profissionais que realizam a coleta nas unidades assistenciais	5 (38)	8 (62)
Há rastreabilidade da hora do recebimento da amostra	3 (23)	10 (77)
Há procedimentos escritos estabelecendo os critérios de rejeição de amostras	5 (38)	8 (62)
Há registros de rejeição de amostras	5 (38)	8 (62)

Fonte: Banco de dados da VISA-BH.

No presente levantamento, a maioria dos estabelecimentos não possuía um controle rigoroso da hora da coleta e recebimento de amostras, comprometendo a rastreabilidade dos dados. Além disso, 62% (8) dos serviços não tinham procedimentos escritos definindo os critérios de aceitação e rejeição de amostras com os devidos registros da utilização destes critérios. O

responsável pela rotina deverá verificar alguns aspectos relevantes do material recebido, tais como identificação, quantidade de material e aspecto da amostra, com o intuito de não fornecer resultados inapropriados.

Quanto à capacitação dos responsáveis pela coleta, foi verificado que 77% (10) dos laboratórios não possuíam um programa de treinamento. Isso demonstra que a qualificação dos profissionais não é uma prática usualmente estabelecida para os serviços, o que pode impactar negativamente na qualidade dos resultados liberados, além do descumprimento de ordem legal. Conforme a RDC 302/2005, quem coleta o material deve ser devidamente treinado e periodicamente reciclado nesta atividade.

Nesse levantamento 62% (8) dos laboratórios possuíam recipientes adequados para transporte das amostras e apenas 15% (2) apresentaram registro de treinamento para os funcionários que realizam esta atividade.

Os dados consolidados permitiram a visualização das deficiências das práticas dos laboratórios de microbiologia na fase pré-analítica, práticas que não devem ser tratadas como corriqueiras, devido ao risco que implica um laudo sem confiabilidade dos resultados emitidos.

A conscientização de todos os envolvidos na área mostra-se necessária para que a relevância do tema abordado possa sensibilizá-los no processo, e que, o descumprimento das normas deixe de mostrar uma realidade tão contrastante com o que se espera dos serviços que prestam atividades laboratoriais, em termos de responsabilidade.

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
Gerência de Vigilância em Saúde e Informação
Avenida Afonso Pena, 2336 - 9º andar
Funcionários - CEP: 30130-007
Email: gvsj@pbh.gov.br