

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

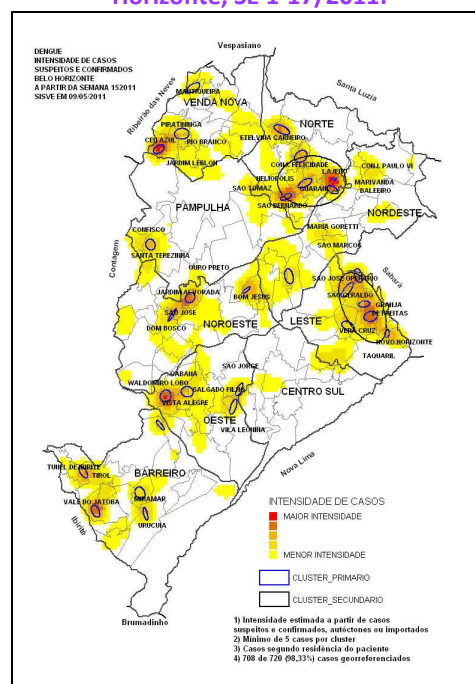
A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA) recebeu, no período de 03/04/2011 a 30/04/2011 (referente às semanas epidemiológicas de 14 a 17), **1.728** notificações de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória, conforme Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. De todas as notificações, 1.305 (75,5%) corresponderam a notificações de dengue. As notificações foram provenientes de hospitais, Unidades de Pronto Atendimento e Centros de Saúde.

NOTIFICAÇÕES DE AGRAVOS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE PÚBLICA

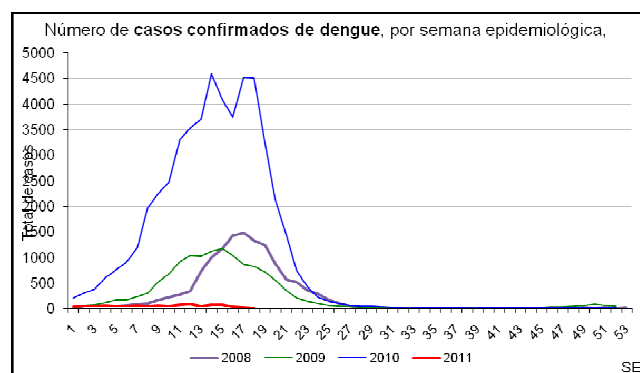
Dengue

Até a semana epidemiológica 17 foram notificados **4.777** casos suspeitos de dengue, dos quais 775 foram confirmados como dengue clássico (DC), dois como dengue com complicação (DCC) e um como febre hemorrágica do dengue (FHD). Dos casos notificados, 2845 foram descartados e 1154 estão em investigação. Não foram confirmados óbitos por dengue em 2011 em residentes em Belo Horizonte.

Intensidade dos casos confirmados de dengue, Belo Horizonte, SE 1-17/2011.



Fonte: SISVE/GEEPI/GVSI/SMSA/PBH # incluindo casos importados - 09/05/2011



Fonte: SISVE/GEEPI/GVSI/SMSA/PBH # incluindo casos importados - 09/05/2011

O Distrito Norte notificou o maior número de casos (16%), seguido dos distritos Noroeste (14,5%), Nordeste (13%), Barreiro (12,4%), Leste (12%), Venda Nova (12%), Oeste (8,4%), Pampulha (7,6%) e Centro Sul (3,9%).

Em relação ao mesmo período de 2010 verifica-se redução de 90% no número de casos notificados e 98% no número de casos confirmados.

Doenças Exantemáticas

Atualmente o Brasil busca a certificação da eliminação do sarampo e até 2012 a certificação da eliminação da rubéola e da transmissão da Síndrome da Rubéola Congênita (SRC).

Segundo informações da Organização Mundial de Saúde (OMS) surtos de sarampo estão ocorrendo em países da União Européia. Na França entre janeiro a março de 2011 foram notificados 4900 casos, número semelhante ao que ocorreu durante todo o ano de 2010. Outros surtos acontecem na Espanha, Bélgica, Suíça, países da Europa Oriental e Turquia. A OPAS confirmou também casos de sarampo no Chile e Argentina, além do Brasil.

No Brasil em 2010, ocorreram surtos de sarampo importados, em três estados brasileiros: Pará (três casos), Rio Grande do Sul (oito casos) e Paraíba (61 casos). Todos os casos relacionados a vírus importado de países com transmissão (África do Sul e países da Europa). A maioria dos casos ocorreu em indivíduos não vacinados.

Até março de 2011 foram notificados três casos confirmados de sarampo no Brasil, todos relacionados à importação do vírus circulante na Europa.

Até a semana epidemiológica 17/2011 foram notificados sete casos suspeitos de doenças exantemáticas de residentes em Belo Horizonte, sendo seis casos suspeitos de rubéola e um caso suspeito de sarampo. Todos os casos foram descartados por critério laboratorial.

Total de casos de doenças exantemáticas notificados até SE 17/2011 segundo faixa etária e distrito de residência, Belo Horizonte				
Distrito	<1	1 a 9	20 a 29	Total
Noroeste	0	2	0	2
Norte	0	1	0	1
Pampulha	1	1	1	3
Venda Nova	1	0	0	1
Total	2	4	1	7

Fonte: SINAN NET/MS – GVSII/GEEPI-SMSA-BH
Dados preliminares atualizados em 10/05/2011

A vigilância das doenças exantemáticas é necessária tanto para o controle da rubéola, como para impedir a reintrodução do sarampo em nosso município, uma vez que há circulação do vírus em outras partes do mundo.

A importância epidemiológica da rubéola está relacionada ao risco de abortos, natimortos e malformações congênitas, tais como cardiopatias, catarata e surdez, denominada Síndrome da Rubéola Congênita (SRC), caso a infecção ocorra durante a gestação.

Na detecção de caso suspeito de doenças exantemáticas, deve-se realizar a notificação imediata, em até 24 horas, para a Vigilância Epidemiológica dos distritos; coleta de espécimes clínicos (sangue, secreção nasofaríngea e urina) e adotar medidas de controle (bloqueio vacinal oportuno e seletivo dos contatos).

Hepatites Virais

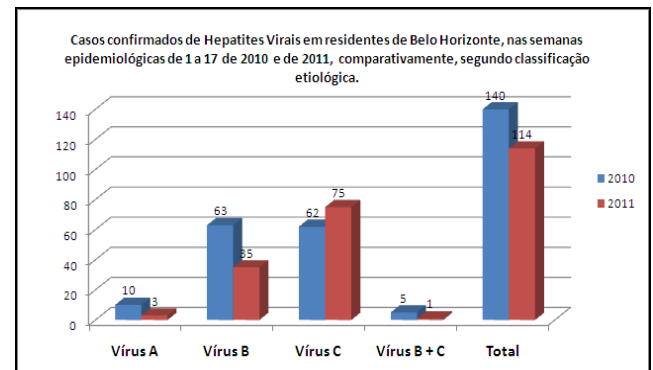
O total de casos acumulados de Hepatites Virais nas semanas epidemiológicas 1 a 17 de 2011 é de 114, contra 140 no mesmo período de 2010, segundo dados preliminares do SINAN, atualizado em 06/05/2011. Houve queda da Hepatite A e B e aumento no número de casos relacionados ao vírus C.

Este aumento da Hepatite C provavelmente se deve a um maior número de exames realizados nos centros de testagem e conseqüentemente, mais casos sendo diagnosticados, além da redução na subnotificação, já que os medicamentos fornecidos pelo SUS para tratamento das Hepatites estão vinculados à notificação.

No caso da Hepatite B, ações de controle relacionadas ao sexo seguro e a vacinação de crianças, profissionais de saúde e outros grupos considerados de maior risco, já podem estar refletindo na redução deste agravo.

A Hepatite A, por suas características de doença auto-limitada e de menor gravidade, tende a ser subnotificada,

aparecendo principalmente em surtos e em situações onde há comprometimento da qualidade da água potável.



Fonte: SINAN (dados preliminares 06/05/2011)

Leishmaniose

Até a semana epidemiológica 17 foram notificados 16 casos de leishmaniose visceral, todos com critério laboratorial.

Os Distritos Barreiro (18,8%), Nordeste (18,8%), e Noroeste (18,8%), notificaram o maior número de casos, seguidos dos distritos Leste e Norte (12,5%), Centro-Sul, Oeste e Pampulha (6,2%).

Não ocorreram óbitos por leishmaniose em 2011.

DISTRITO	2006	Incid.	2007	Incid.	2008	Incid.	2009	Incid.	2010*	Incid.**	2011*	Incid.**
BARREIRO	9	3,43	5	1,91	10	3,81	13	4,96	19	7,25	3	1,14
CENTRO SUL	3	1,13	5	1,88	9	3,38	7	2,63	2	0,75	1	0,38
LESTE	9	3,61	13	5,22	16	6,42	8	3,21	16	6,42	2	0,80
NORDESTE	23	8,39	21	7,66	41	14,96	17	6,20	26	9,49	3	1,09
NOROESTE	30	8,89	22	6,52	29	8,60	24	7,11	15	4,45	3	0,89
NORTE	14	7,23	12	6,19	13	6,71	20	10,32	11	5,68	2	1,03
OESTE	10	3,72	7	2,61	9	3,35	16	5,95	18	6,70	1	0,37
PAMPULHA	3	2,10	6	4,21	5	3,51	7	4,91	9	6,31	1	0,70
VENDA NOVA	24	9,81	17	6,95	25	10,22	25	10,22	14	5,72		0,00
INDETERMINADO	3		2		4		11		6			
TOTAL	128	6,72	110	4,91	161	7,19	148	6,61	136	6,73	16	0,67

Fonte: SISVE/SINAN-MS/GEEPI/GECOZ/GVSI/SMSA-PBH dados até 10/05/2011

Incidência: 100.000/ habitantes

Distrito Indeterminado: Casos sem residência fixa

Coluna/Linha Total: População utilizada para cálculo estimada pelo DATASUS para o município.

População Distrito: População utilizada para cálculo extraída do site da PBH.

Dados parciais 2010 e 2011*

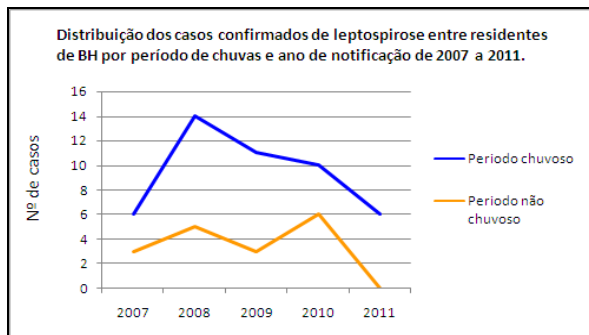
Leptospirose

A leptospirose é uma doença aguda causada por bactérias patogênicas do gênero *Leptospira*, transmitida ao homem pelo contato direto ou indireto com a urina de animais infectados.

Os principais reservatórios são roedores das espécies: *Rattus norvegicus* (ratazana ou rato de esgoto), *Rattus rattus* (rato de telhado ou rato preto) *Mus musculus* (camundongo ou catita). Ao se infectarem, não desenvolvem a doença e tornam-se portadores, albergando a leptospira nos rins, eliminando-a viva no meio ambiente e contaminando, desta forma, água, solo e alimentos.

A doença ocorre no Brasil em todos os meses do ano em todas as regiões do País. Nas áreas urbanas ocorrem casos

e surtos, em decorrência de aglomeração populacional de baixa renda, em condições inadequadas de saneamento e alta infestação de roedores infectados. Apresenta maior frequência nos meses com maior índice de chuvas regionais.



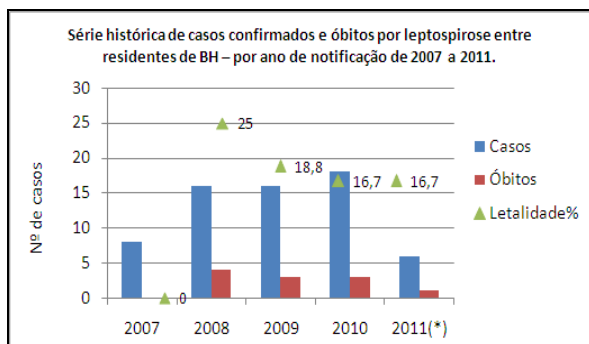
Fonte: SINAN-NET – GEEPI-GVSI-SMSA-PBH
Dados parciais - Última atualização: 09/05/11

Durante as enchentes, a urina dos ratos, presente nos esgotos e bueiros, mistura-se à enxurrada e à lama. Qualquer pessoa que tiver contato com a água ou lama pode infectar-se.

A bactéria presente na água ou lama contaminadas penetra no corpo através da pele com lesões, pele íntegra imersa por longos períodos em água contaminada ou através de mucosas.

Aproximadamente 15% dos pacientes com leptospirose evoluem para manifestações clínicas graves. A letalidade geral para os casos de leptospirose notificados no Brasil é de 10%.

No município de Belo Horizonte, o quadro epidemiológico apresenta-se conforme dados abaixo:



Fonte: SINAN-NET – GEEPI-GVSI-SMSA-PBH
Dados parciais - Última atualização: 09/05/11

Dos casos registrados no período de 2007 a 2011, observa-se uma predominância na faixa etária de 20 a 49 anos (64%), correspondendo à faixa economicamente ativa da população e 76,6% são indivíduos do sexo masculino.

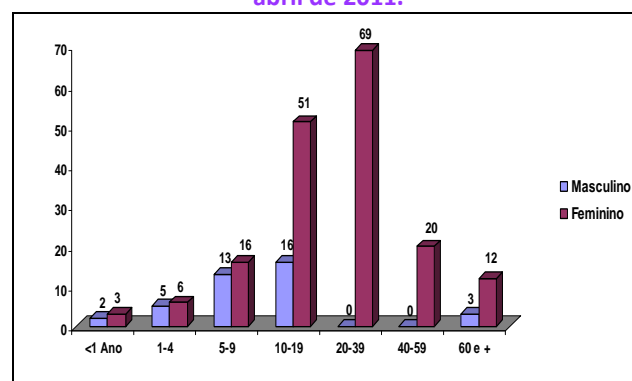
Observa-se também uma predominância de casos entre residentes em área urbana.

Doenças e agravos não transmissíveis

Notificações de violência doméstica, sexual e/ou outras violências em Belo Horizonte

Foram registrados no SINAN, 216 casos de violência de residentes em Belo Horizonte, no período de janeiro a abril de 2011. Destes, 177 (81,9%) foram de mulheres e 39 (18,1%) de homens. No sexo masculino, as faixas etárias com maior número de notificações foram de 10 a 19 e 5 a 9 anos, enquanto que no sexo feminino destacaram-se os grupos de 20 a 39 e 10 a 19 anos para o mesmo período.

Frequência das notificações de violência, segundo sexo e faixa etária, de residentes em Belo Horizonte, janeiro a abril de 2011.

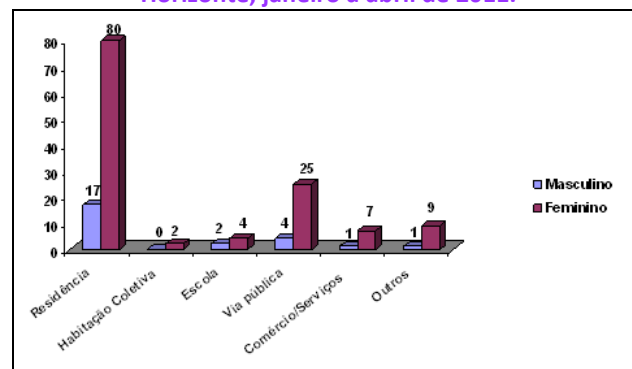


Fonte: SINAN – GEEPI/GVIS/ SMSA-PBH
Dados sujeitos à alteração. Atualizado em 10/05/2011. N = 205

Os meios mais utilizados para perpetrar a agressão em ambos os sexos foram: o uso da força corporal (64%), ameaça (16%) e uso de arma de fogo (7%).

Os locais de ocorrência com maior número de notificações foram: residência e via pública, sendo evidente o maior registro de ocorrência de violência contra a mulher no domicílio, ao contrário do homem, onde o maior número de notificações ocorrem em via pública.

Frequência dos principais locais de ocorrências notificadas, segundo sexo de residentes em Belo Horizonte, janeiro a abril de 2011.



Fonte: SINAN – GEEPI/GVIS/ SMSA-PBH
Dados sujeitos à alteração. Atualizado em 10/05/2011. N = 152

VIGITEL – Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT - representam um dos principais desafios de saúde. Ameaçam a qualidade de vida e causam grande impacto econômico.

Diante desse quadro e das evidências que apontam sobre a importância da prevenção da maioria das DCNT, por meio de ações para a redução dos principais fatores de risco, assumem maior importância as ações que visam à promoção da saúde, prevenção, que buscam reduzir a prevalência desses fatores.

Ações de vigilância em saúde permitem monitorar e analisar o perfil das doenças e dos fatores determinantes e condicionantes para detectar alterações na tendência temporal, contribuindo para o planejamento de ações.

Neste contexto, o VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - tem como objetivo monitorar a frequência e a distribuição de fatores de risco e proteção para DCNT. Com base em amostras probabilísticas da população adulta, residente em domicílios servidos por linhas fixas de telefone, o Vigitel é realizado por meio de entrevistas telefônicas nas 26 capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal. Com periodicidade anual teve início em 2006 sob a responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, em parceria com a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.

Neste Boletim, são apresentados alguns resultados, de 2006 a 2010 (preliminares), referentes à estimativa de prevalência de morbidade referida e dos principais fatores de risco para DCNT.

A prevalência de diabetes autorreferida apresentou tendência de aumento, de 3,9% (IC95%: 2,9-5,0) para 5,7% (IC95%: 4,6-6,8). As prevalências de hipertensão autorreferida também apresentaram aumento não significativo de 23,7% (IC95%: 21,4-26,1) para 25,5% (IC95%: 22,9-28,1). As prevalências de obesidade, estimadas por peso e altura referidos, também aumentaram de 8,8% (IC95%: 7,2-10,4) para 13,0% (IC95%: 10,8-15,2).

Estes achados são preocupantes. Apesar da tendência de aumento não ser estatisticamente significativa para diabetes e hipertensão, já aponta para um acréscimo que poderá ser confirmado em análises futuras. Dessa forma, torna-se um achado preocupante que ressalta a importância das ações de promoção, prevenção e assistenciais.

O Vigitel também permite o monitoramento de fatores de risco para as DCNT. Na avaliação dos dados preliminares divulgados pelo Ministério da Saúde do inquérito de 2010, observou-se que no período de 2006 a 2010, as prevalências de tabagismo e consumo abusivo de álcool permaneceram estáveis. No caso do sedentarismo, a

tendência de aumento que se apresentava de 2006 a 2008 não foi confirmada.

Quanto ao consumo de carnes com excesso de gordura, entre 2007 e 2010, anos comparáveis pela formulação da pergunta, também não foram observadas alterações de prevalência.

Esses achados ressaltam a importância do incentivo e orientações para a população, por parte dos profissionais da rede quanto à adoção de comportamentos saudáveis, como a prática de atividades físicas. As orientações para a prática adequada de exercícios estão disponíveis nas Academias da Cidade. O achado referente à Obesidade reforça essa importância. A prevalência encontrada de morbidade referida e dos fatores de risco/proteção pelo Vigitel apontam a relevância das ações intersectoriais de promoção à saúde.

Distribuição percentual de fatores de risco e proteção para doenças crônicas em Belo Horizonte. Vigitel, 2006 - 2010.										
Morbidade referida	2006		2007		2008		2009		2010*	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Hipertensão arterial	23,7	(21,4-26,1)	23,4	(21,0-25,7)	24,5	(22,0-27,0)	25,1	(22,6-27,7)	25,5	(22,9-28,1)
Diabetes	3,9	(2,9-5,0)	5,1	(4,0-6,1)	5	(3,9-6,1)	4,7	(3,8-5,7)	5,7	(4,6-6,8)
Obesidade (IMC >=30kg/m2)	8,8	(7,2-10,4)	10,8	(8,8-12,7)	12,1	(9,8-14,3)	11,2	(9,4-13,1)	13,0	(10,8-15,2)
Fator risco / proteção										
Fumantes	16,2	(13,9-18,5)	15,6	(13,2-18,0)	19,2	(15,4-23,0)	15,4	(12,8-18,0)	17,0	(14,1-19,8)
Carnes com excesso gordura	49,1	(46,2-52,0)	42,9	(39,8-46,1)	41,1	(37,4-44,8)	42	(38,6-45,4)	43,0	(39,8-46,3)
Fisicamente inativos	12,5	(10,8-14,2)	11,5	(9,7-13,3)	16	(13,7-18,3)	14,9	(12,3-17,4)	11,9	(10,1-13,7)
Consumo abusivo de álcool*	19,9	(17,4-22,4)	19,6	(17,0-22,3)	20,8	(18,2-23,5)	22,2	(19,5-24,9)	20,6	(17,9-23,3)

Fonte: Vigitel 2006, 2007, 2008, 2009, 2010* sujeitos a alteração
Legenda:
IC95% - Intervalo de confiança (α = 0,05)

A versão preliminar do Vigitel 2010 já se encontra disponível no site do Ministério da Saúde, com dados sujeitos à alteração.

CONTROLE DE ZONOSSES

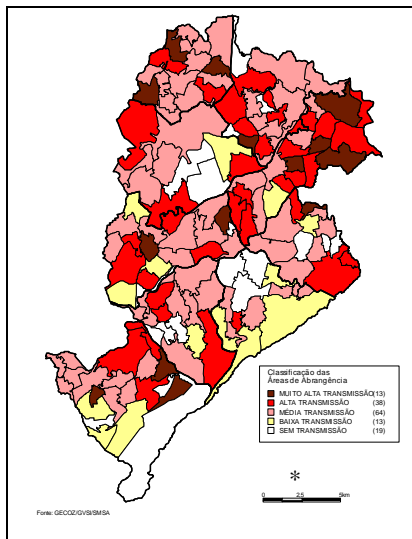
Leishmaniose Visceral: Estratificação de Risco, 2008-2010, Belo Horizonte

Nos últimos anos, a leishmaniose visceral (LV) apresentou franco processo de expansão territorial e aumento do número de casos humanos no município, o que demanda a realização de ações sistemáticas de controle da doença. Em 2010 foram registrados 134 casos com 21 óbitos (dados parciais).

A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte seguindo as recomendações do Ministério da Saúde (2003) e, de acordo com a realidade epidemiológica do município, classificou as áreas de transmissão da doença baseado na incidência acumulada de casos humanos nas áreas de abrangências (AA) dos Centros de Saúde dos últimos três anos. Esta metodologia, aplicada desde 2003, classifica as áreas de abrangências em cinco estratos, conforme a faixa de incidência obtida: sem transmissão (ST), baixa transmissão (BT), média transmissão (MT), alta

transmissão (AT) e muito alta transmissão (MA). Após a estratificação, agregam-se outros indicadores das AA, tais como o histórico das prevalências caninas e densidade de cães sororreagentes, condições ambientais propícias para a transmissão e índice de vulnerabilidade à saúde. Esta categorização é fundamental para o planejamento, seleção e definição das medidas a serem adotadas nas diferentes áreas, especialmente os inquéritos caninos censitários e o controle vetorial (químico e manejo ambiental). A estratificação epidemiológica do período de 2008 a 2010 (Figura1) considerou 157, 137 e 128 casos de leishmaniose visceral humana (LVH) respectivamente nos anos de 2008, 2009 e 2010, sendo excluídos 21 casos de endereço indeterminado.

Figura 1 – Estratificação de Risco para Leishmaniose Visceral, 2008-2010, Belo Horizonte.



Fonte: GEZOZ/GEEPI/GVSI/SMSA – 13/05/2011.

Na série histórica das estratificações de Belo Horizonte, observa-se a expansão recente da doença para áreas dos distritos Barreiro e Oeste, com aumento das áreas de MT, AT, MA e diminuição das áreas ST, locais onde as ações de controle foram menos abrangentes ao longo do tempo. Esta expansão traduz a dificuldade de controle da LV nos centros urbanos. A metodologia de estratificação é atualizada a cada ano, o que permite avaliar o perfil da transmissão no município e direcionar o controle da LV nas áreas prioritárias. Destaca-se a necessidade de monitorar e avaliar, de forma permanente, os indicadores de vigilância e de controle para adequar ou incorporar novas estratégias de intervenção.

IMUNIZAÇÃO

Em novembro de 2010, a Coordenação de Imunização da SMSA elaborou em conjunto com a gerência de epidemiologia e informação (GEEPI) a Nota Técnica de

Sarampo nº1/2010, alertando os profissionais de saúde sobre a preocupação com a re-introdução do sarampo no município, tendo em vista as coberturas vacinais inferiores ao preconizado, nos últimos anos e, a ocorrência de casos da doença nos Estados do Pará, Rio Grande do Sul e Paraíba.

A partir de então, os distritos sanitários do município de Belo Horizonte mobilizaram-se para sensibilizar os profissionais sobre a importância e necessidade da busca ativa dos possíveis suscetíveis ao sarampo. Foram realizadas diversas discussões com coordenadores, gerentes e profissionais dos centros de saúde para definição de estratégias.

Após análise de dados parciais de crianças de um ano, vacinadas no período de novembro de 2009 a fevereiro de 2011, percebe-se um impacto ainda tímido sobre as doses aplicadas, com exceção do Distrito Centro-Sul que aumentou em 100% o número destas doses se comparado ao mesmo período do ano anterior.

VACINA TRIVIRAL - CRIANÇAS DE 1 ANO			
Distritos Sanitários	Doses aplicadas de nov/09 a fev/10	Doses aplicadas de nov/10 a fev/11	Incremento
Centro-Sul	555	1111	100%
Norte	781	906	16%
Leste	797	866	8,70%
Oeste	863	930	7,80%
Nordeste	1009	1078	6,80%
Pampulha	732	762	4,10%
Noroeste	1071	1110	3,60%
Barreiro	1259	1283	1,90%
Venda Nova	1229	1110	-9,70%

Fonte: Coordenação técnica de imunização – SMSA/PBH – 22/03/2011.

No Distrito Norte houve um aumento de 16%, seguido dos distritos Leste (8,7%), Oeste (7,8%), Nordeste (6,8%), Pampulha (4,1%), Noroeste (3,6%) e Barreiro (1,9%).

Em relação ao mesmo período do ano anterior verifica-se que no Distrito de Venda Nova ocorreu uma redução de 9,7% nas doses aplicadas.

Em relação à vacinação das crianças de dois a seis anos, verifica-se que somente os Distritos Sanitários Oeste e Centro-Sul obtiveram um impacto positivo no número de doses aplicadas, com aumento de 67,3% e 23,4%, respectivamente. O Distrito Nordeste vacinou o mesmo quantitativo de crianças se comparado ao mesmo período do ano anterior.

VACINA TRIVIRAL - CRIANÇAS DE 2 a 6 ANOS			
Distritos Sanitários	Doses aplicadas de nov/09 a fev/10	Doses aplicadas de nov/10 a fev/11	Incremento
Oeste	153	256	67,30%
Centro-Sul	47	58	23,40%
Nordeste	54	54	0
Norte	121	96	-20,70%
Venda Nova	32	22	-31,30%
Leste	76	46	-40%
Pampulha	103	16	-84,50%
Noroeste	77	11	-85,70%
Barreiro	31	1	-97%

Fonte: Coordenação técnica de imunização – SMSA/PBH – 22/03/2011.

Na análise mensal dos dados observa-se que todos os distritos apresentaram um aumento na cobertura vacinal em crianças de um ano, se comparado ao mesmo período do ano anterior, com exceção do distrito de Venda Nova, corroborando a análise por doses aplicadas.

Os distritos com maior impacto nas coberturas vacinais são Centro Sul, Norte e Leste respectivamente.

Cobertura vacinal em crianças de um ano

Distritos Sanitários	Cobertura vacinal nov/2009 - %	Cobertura vacinal nov/2010 - %	Incremento %	Cobertura vacinal dez/2009 - %	Cobertura vacinal dez/2010 - %	Incremento %
Centro-Sul	51,3	119,1	132	59,1	90,3	52,8
Norte	76,7	75,2	-2	56,9	82,9	45,7
Leste	74,3	88,7	19,4	55,6	72,3	30
Oeste	68	71	4,4	63,3	70	10,6
Barreiro	79,9	99,9	25	80,4	69,1	-14
Pampulha	80,3	84,9	5,7	85,9	83,9	-2,3
Noroeste	79,6	78,6	-1,3	73	77,4	6
Nordeste	77,2	74,4	-3,6	76,9	74,7	-2,9
Venda Nova	92,4	74,5	-19,4	73,5	73	-0,7

Distritos Sanitários	Cobertura vacinal jan/2010 - %	Cobertura vacinal jan/2011 - %	Incremento %	Cobertura vacinal fev/2010 - %	Cobertura vacinal fev/2011 - %	Incremento %
Centro-Sul	72	150,4	108,9	55,5	111	100
Norte	96,5	102,7	6,4	70,5	90,3	28,1
Leste	106,1	100,4	-5,4	92,2	113,4	23
Oeste	79,5	82	3,1	61,8	70,3	13,8
Barreiro	128,7	119,6	-7,1	89,3	104,3	16,8
Pampulha	106,25	145,8	37,2	103,6	82,3	-20,6
Noroeste	88,5	104	17,5	85,8	83,6	-2,6
Nordeste	89,6	100,9	12,6	82	91,1	11,1
Venda Nova	104,5	105,5	1	95,2	80,5	-15,4

Fonte: Coordenação técnica de imunização – SMSA/PBH – 22/03/2011.

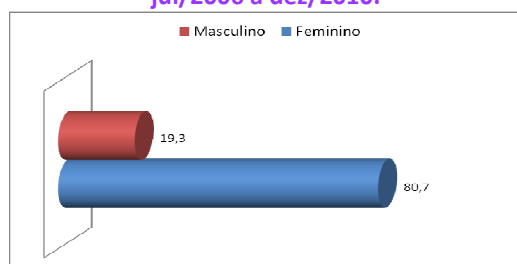
VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

PERFIL DO ACIDENTADO COM MATERIAL BIOLÓGICO DE RISCO

No período de julho de 2006 a dezembro de 2010 foram notificados 1.951 acidentes com material biológico. De todos os acidentes notificados 70,4% residem em Belo Horizonte, 28,4 % na região metropolitana e 1,1% em outros.

Cerca de 80% destes acidentes ocorreram em pessoas do sexo feminino.

Distribuição percentual de casos de acidente com material biológico de risco por sexo no período de jul/2006 a dez/2010.



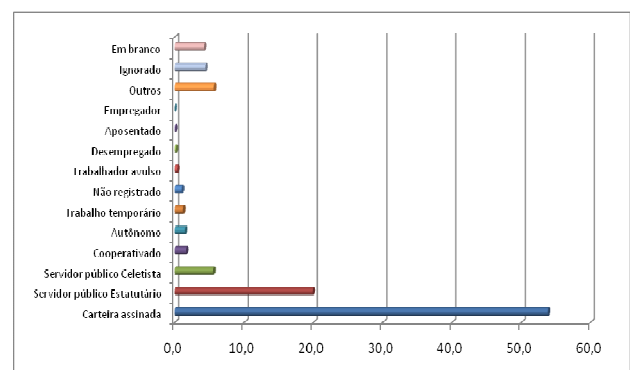
Fonte: SINAN NET – 13/05/2011

Esse tipo de acidente ocorre com maior frequência na área de saúde. Acredita-se que, nessa área, haja um número maior de trabalhadores do sexo feminino o que pode representar um viés na variável sexo.

Quanto a idade dos acidentados, cerca de 90% está compreendida na faixa etária dos 18 aos 49 anos, idade esta considerada como *idade produtiva*. Destes, 42,3% dos acidentes estão compreendidos na faixa de 25 a 34 anos.

Em relação à situação no mercado de trabalho, cerca de 60% dos acidentados possuíam vínculo celetista, sendo 53,9% em empresa privada, e 5,6% como servidores públicos celetistas. Em seguida aparecem os servidores públicos estatutários (19,9%). Um dado chama atenção: o acidentando por material biológico de risco é predominantemente um trabalhador do setor privado.

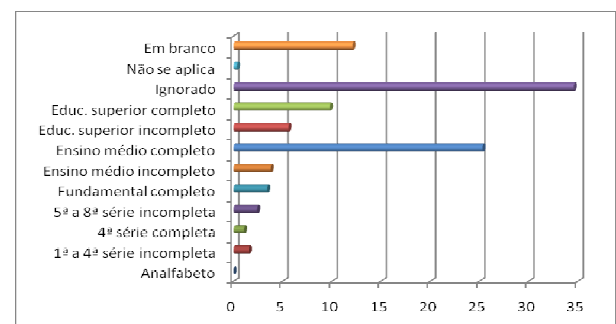
Distribuição percentual de casos de acidente com material biológico de risco por situação no mercado de trabalho no período de jul/2006 a dez/2010.



Fonte: SINAN NET – 13/05/2011

Quanto a escolaridade a maior frequência é observada em profissionais de nível médio, seguido de profissionais de nível superior. Ressalta-se que o campo “ignorado” apresenta uma frequência muito elevada. Somando-se este campo com o “em branco” temos 46,7% o que prejudica muito a validade desta variável.

Distribuição percentual de casos de acidente com material biológico de risco por escolaridade no período de jul/2006 a dez/2010.



Fonte: SINAN NET – 13/05/2011

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Em abril deste ano foi divulgado o resultado do Programa de Monitoramento da Qualidade dos Alimentos comercializados em Minas Gerais (PROGVISA) realizado em 2010.

Este programa, que teve início em 2000, é coordenado pela Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais e conta com a participação da Vigilância Sanitária Municipal de Belo Horizonte coletando alimentos no comércio da capital e encaminhando estes produtos para análise laboratorial na Fundação Ezequiel Dias (FUNED).

Em 2010 foram coletadas 1169 amostras de 39 tipos de alimentos no Estado de Minas, sendo 43 delas em Belo Horizonte. Do total de amostras analisadas, 173 (14,8%) apresentaram resultado satisfatório enquanto que 996 (85,2%) foram consideradas insatisfatórias. Estes percentuais foram de 11,63% e 88,37% respectivamente em relação à análise dos produtos coletados em BH. A rotulagem dos alimentos foi responsável pela reprovação da maioria das amostras analisadas: 976 (83,5%) em Minas e 37 (86,04%) na capital.

Nos alimentos coletados também foram feitas análises físico-químicas, microbiológicas, avaliação de contaminação metálica, verificação de presença de micotoxinas e resíduos de agrotóxicos e microscopia.

Embasados nos laudos laboratoriais, a Vigilância Sanitária realiza diversas ações em decorrência dos resultados obtidos no Programa, tais como interdições cautelares, inutilização de produtos condenados, realização de vistorias e aplicação de penalidades.

COMISSÃO MUNICIPAL DE CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADA À ASSISTÊNCIA - COMCIRA

Com a proximidade do inverno e aumento de casos de doenças respiratórias a adoção de alguns cuidados pessoais e com o ambiente pode reduzir o risco de contágio de agentes infecciosos.

A SMSA através da COMCIRA estará distribuindo a cartilha com as MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO POR INFLUENZA para as unidades de saúde da rede.

A cartilha traz informações gerais sobre as formas de transmissão e prevenção dos microorganismos infecciosos e recomendações para o manejo dos pacientes com sintomas respiratórios dentro dos estabelecimentos de saúde, devendo ser divulgada entre os profissionais da equipe. Consulte-a no portal da PBH através do endereço eletrônico.

http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/noticia.do?evento=portlet&pAc=not&idConteudo=46552&pldPlc=&app=sala_noticias



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: gvs@pbh.gov.br