

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 29/05/2011 a 02/07/2011 (referente às semanas epidemiológicas de 22 a 26), **1.149** 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, 404 (35%) corresponderam a notificações de dengue. As notificações foram provenientes de hospitais, Unidades de Pronto Atendimento e Centros de Saúde.

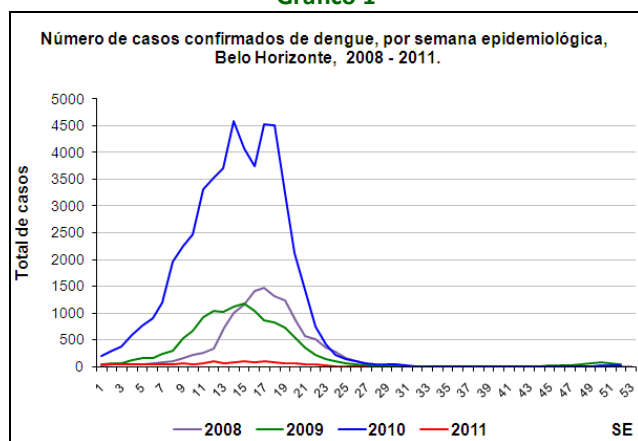
Fonte: SISVE/GEEPI/GVSI/SMSA/PBH

NOTIFICAÇÕES DE AGRAVOS DE VIGILÂNCIA

Dengue

Até a semana epidemiológica 26 foram notificados **6.147** casos suspeitos de dengue, dos quais 1.346 foram confirmados como dengue clássico (DC), dois como dengue com complicação (DCC) e dois como febre hemorrágica do dengue (FHD). Dos casos notificados, 4.435 foram descartados e 362 estão em investigação. Não foram confirmados óbitos por dengue em 2011 em residentes em Belo Horizonte.

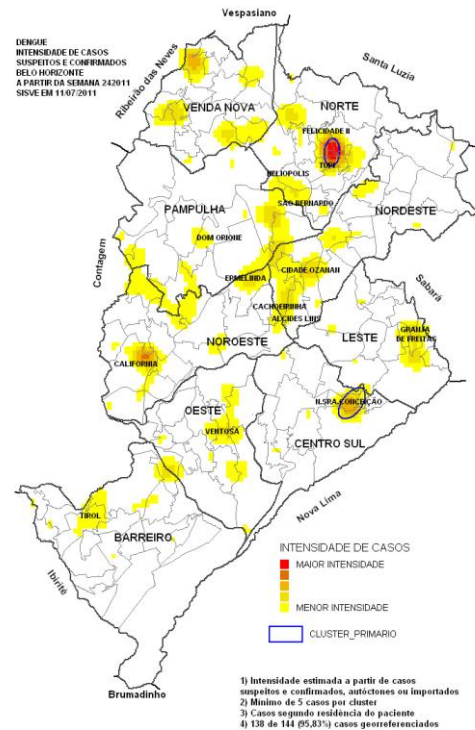
Gráfico 1



Fonte: Sinan Online e SISVE/GEEPI/GVSI/SMSA/PBH
incluindo casos importados - 11/07/2011

O Distrito Norte notificou o maior número de casos (15,8%), seguido dos distritos Noroeste (15,1%), Nordeste (12,8%), Barreiro (12,7%), Venda Nova (11,6%), Leste (11,4%), Oeste (8,5%), Pampulha (8%) e Centro Sul (4,2%). Em relação ao mesmo período de 2010 verifica-se redução de 90,6% no número de casos notificados e 97,4% no número de casos confirmados.

Mapa 1: Intensidade dos casos confirmados de dengue, Belo Horizonte, SE 24-28/2011.



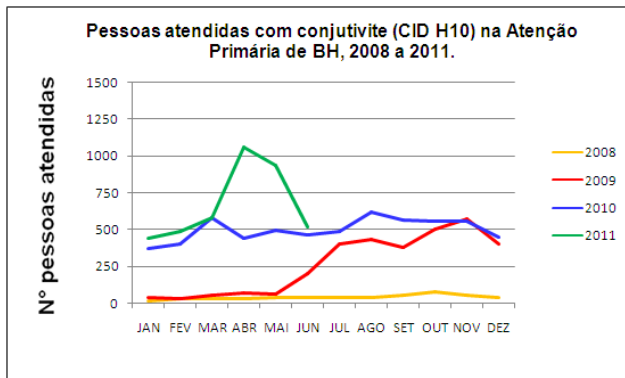
Fonte: Sinan Online e SISVE/GEEPI/GVSI/SMSA/PBH
incluindo casos importados - 11/07/2011

Conjuntivite

A conjuntivite é uma doença de grande incidência na população e pode ser causada por fatores alérgicos, irritativos ou infecciosos. Quando ocorre um surto de conjuntivite, ela é possivelmente do tipo infecciosa, e portando, é preciso estar atento a outros agravos que podem vir associados a ela.

Em relação à prevalência da conjuntivite em Belo Horizonte, observa-se em 2011 um aumento expressivo do número de casos nos meses de abril e maio, comparado com os meses anteriores, com um posterior retorno em junho para a linha de base. Pode tratar-se de algum surto, o que é sinal de alerta para a possibilidade de ocorrência de epidemia de conjuntivite aguda, como a que ocorreu em São Paulo em março desse ano.

Gráfico 2



Fonte: SISREDE/SMSA/BH - 08/07/2011

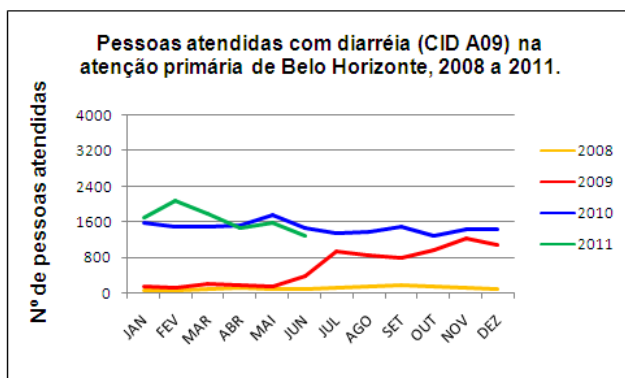
Diarréia

A diarréia aguda é uma doença geralmente autolimitada, porém apresenta grande prevalência na população, especialmente no subgrupo infantil. Em países desenvolvidos, como no Brasil, sua importância está relacionada ao impacto na população, traduzido pelos seus danos à saúde e pelos grandes custos gerados pela demanda aos serviços médicos, atendimento ambulatorial e hospitalizações.

Tem-se observado ao longo dos anos um aumento na prevalência total de casos de diarréia aguda, traduzidos por uma maior procura a serviços de atenção primária. Nota-se em Belo Horizonte uma prevalência relativamente constante dos casos ao longo do ano de 2010. Em 2011, até o momento, observa-se um discreto aumento da prevalência nos meses iniciais do ano.

A notificação de surtos de diarréia aguda é de extrema relevância para desencadear uma investigação minuciosa quanto aos possíveis fatores responsáveis por sua disseminação, para que medidas eficazes de controle possam ser adotadas o mais precocemente possível.

Gráfico 3



Fonte: SISREDE/SMSA/BH - 08/07/2011

Febre maculosa

É uma doença infecciosa, febril, aguda, de início abrupto, com sintomas inicialmente inespecíficos: febre elevada, cefaléia, mialgia intensa, mal estar geral, náuseas e vômitos. Nesta fase inicial é importante realizar uma anamnese completa, para verificar se há história de picada de carrapatos e/ou que tenha freqüentado área

sabidamente de transmissão de febre maculosa nos últimos 15 dias.

A doença pode cursar com o aparecimento de:

- Exantema máculo-papular predominantemente nas regiões palmar e plantar (2º ao 6º dia após início sintomas)
- Petéquias, equimoses, hemorragias
- Edema de membros inferiores
- Hepatoesplenomegalia
- Manifestações gastrointestinais (náusea, vômitos, dor abdominal, diarreia)
- Manifestações renais (oligúria, insuficiência renal aguda)
- Manifestações pulmonares (tosse, edema pulmonar, pneumonia intersticial, derrame pleural)
- Manifestações neurológicas
- Manifestações hemorrágicas (petéquias, sangramento muco-cutâneo, digestivo, pulmonar)

É causada pela bactéria *Rickettsia rickettsii*, gram-negativa (espiroqueta), e transmitida pela picada do carrapato infectado da espécie *Amblyomma cajennense*. Para ocorrer a transmissão o carrapato deve permanecer aderido ao hospedeiro por, **no mínimo, 4 a 6 horas**.

A febre maculosa é uma doença de notificação compulsória, devendo ser informada pelo meio mais rápido disponível. É obrigatória a investigação epidemiológica com busca ativa, para evitar a ocorrência de novos casos e óbitos.

Situação da febre maculosa no município de Belo Horizonte

A tabela 1 apresenta a distribuição das notificações de casos suspeitos de febre maculosa entre residentes da Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), no período de 2006 a 2011, segundo a classificação final dos casos.

Observa-se que a maioria das suspeitas deste agravo foi descartada.

Tabela 1: Notificação de casos suspeitos de febre maculosa – RMBH, segundo ano de início de sintomas e classificação final.

Classificação final	2007	2008	2009	2010	2011*
Ign/Branco	5	9	3	3	2
Confirmados	0	0	2	1	1
Descartados	18	13	21	16	5
Total de notificações	23	22	26	20	8

Fonte: GEEPI/GVSI/SMS/PBH

*DADOS PARCIAIS – Última atualização: 07/07/2011

Os casos confirmados de febre maculosa são provenientes de outros municípios, não sendo registrado, no período, nenhum caso confirmado entre os residentes de Belo Horizonte, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 – Casos confirmados de febre maculosa, segundo ano de início de sintomas e residência - MG

Município de residência	2009	2010	2011*
311250 Capim Branco	1	0	0
311860 Contagem	0	0	1
313660 Nova União	1	0	0
314930 Pedro Leopoldo	0	1	0
Total	2	1	1

Fonte: GEEPI/GVSI/SMS/PBH

*DADOS PARCIAIS – Última atualização: 07/07/2011

Estes resultados são esperados, em função do modo de transmissão da doença, associado à picada de carrapatos e à presença de equídeos, cães e animais silvestres, encontrados nas áreas rurais dos municípios. O nível de urbanização do município de Belo Horizonte dificulta a transmissão dentro de seus limites.

Entre os casos confirmados, não foi observada concentração de ocorrência em uma faixa etária específica ou determinado sexo.

Na Tabela 3 está apresentada a distribuição dos óbitos por febre maculosa no período de 2009 a 2011.

Tabela 3 – Distribuição dos casos confirmados de febre maculosa, ano de início de sintomas e evolução.

Evolução	2009	2010	2011*
Cura	1	1	0
Óbito pelo agravo notificado	1	0	1
Total	2	1	1

Fonte: GEEPI/GVSI/SMS/PBH

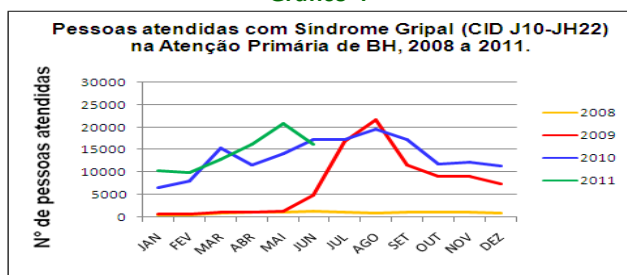
*DADOS PARCIAIS – Última atualização: 07/07/2011

Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)

A Síndrome Respiratória Aguda Grave geralmente apresenta incidência no inverno, devido à maior disseminação dos agentes infecciosos nessa época do ano, acompanhando o padrão das doenças respiratórias de forma geral.

Em 2011, até o momento, observa-se um padrão semelhante no número de pessoas atendidas com síndrome gripal nos centros de saúde, em se comparado ao mesmo período dos anos anteriores, esperando-se, portanto, um aumento no número de casos a partir de julho. Recomenda-se, portanto, manter a vigilância dos casos registrados, para detectar qualquer comportamento epidemiológico que fuja do esperado.

Gráfico 4

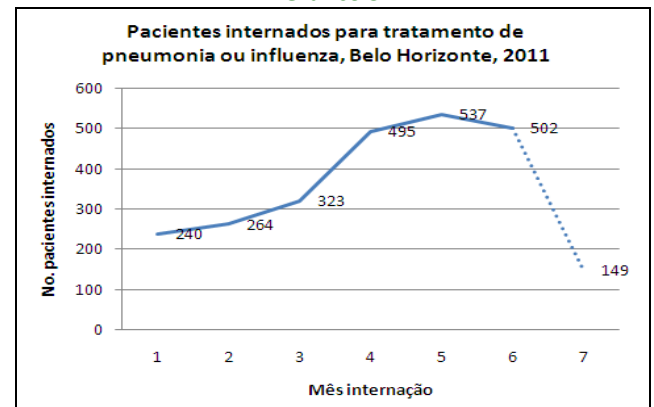


Fonte: SISREDE/SMSA/BH - 08/07/2011

Nesse ano, foram solicitadas 4.692 vagas para internação pelo procedimento 303140151 [Tratamento de Pneumonias ou Influenza (Gripe)]. Destes 2.509 (53,5%)

foram internados, 2.073 (44,2%) tiveram a solicitação cancelada por alta, internação na própria unidade, desistência do paciente, ou por óbito e 83 estão aguardando vaga.

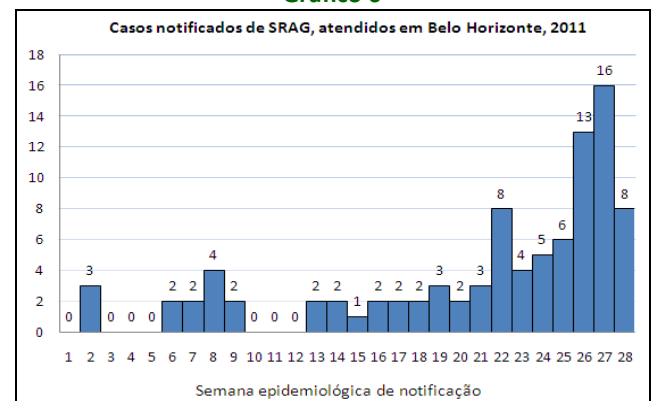
Gráfico 5



Fonte: Sistema da Central de Internação (13/07/2011)

Foram notificados 92 casos de SRAG atendidos em Belo Horizonte até a SE 28/2011. Foram realizadas 71 coletas de secreção de nasofaringe dos pacientes com SRAG. Oito amostras foram positivas para Influenza A não subtipado. Ocorreram 11 óbitos sendo que três foram positivos para Influenza A, um deles para o sorotipo H3N2. Sete eram residente em Belo Horizonte e quatro em outros municípios (Ibirité, Igarapé, Ribeirão das Neves e Vespasiano).

Gráfico 6



Fonte: INFLUENZA/GEEPI/GVSI/SMSA/PBH (15/07/2011)

Tuberculose

A tuberculose é a doença infecciosa que mais mata adultos no mundo, constituindo-se em um grande problema de saúde pública, que se agravou nos últimos anos, mesmo nos países onde já estava sob controle, devido a vários fatores, como as mudanças na faixa etária, o empobrecimento de grandes parcelas da população, os crescentes fluxos migratórios, a epidemia de AIDS e a falência dos sistemas de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento. Acrescente-se a estes fatores, o aumento da resistência às drogas. Estes fatos representam um paradoxo, já que o diagnóstico dos casos transmissíveis da tuberculose é fácil e pouco oneroso e o

tratamento atual é feito com medicamentos de grande eficácia (95% ou mais, desde que tomados diariamente durante 6 meses, sem interrupções).

A tuberculose não é doença emergente e nem re-emergente, pois existe há milhares de anos e nunca desapareceu. É, sim, doença negligenciada, um indicador de pobreza.

A situação no mundo

Cerca de um terço da população mundial é portadora do bacilo da tuberculose. Segundo o relatório da OMS (2010), em 2009 houve 9,4 milhões de casos novos da doença no mundo e 1,7 milhões de mortes. Entre os casos novos da doença neste mesmo ano, 12% ocorreram em portadores do vírus HIV (a tuberculose é hoje a 1ª causa de morte entre estes pacientes).

A situação no Brasil

- O Brasil e mais 21 países em desenvolvimento detêm 80% dos casos mundiais de tuberculose: ocupamos o 19º lugar e nunca tivemos a doença sob controle.
- No país, há cerca de 50 milhões de pessoas portadoras do bacilo da tuberculose (infectadas).
- Em 2009, foram notificados cerca de 72 mil casos novos de tuberculose (coeficiente de incidência de 38,3 casos novos /100 mil habitantes) e cerca de 4.000 óbitos (13 mortes por dia).
- A tuberculose é a 3ª causa de morte por doenças infecciosas.
- A doença predomina na faixa etária produtiva: 70% dos casos ocorrem entre 15 e 59 anos de idade.

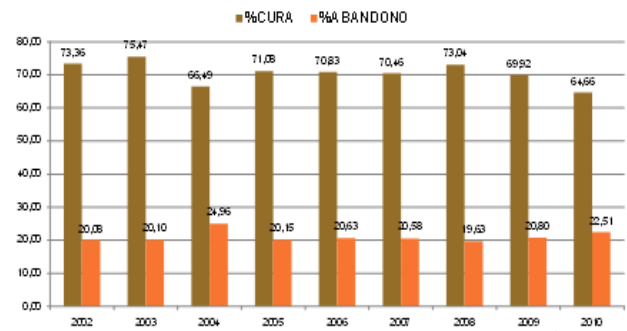
A situação atual em Belo Horizonte

Em 2010, foram notificados cerca de 840 casos de tuberculose, em moradores de Belo Horizonte. Destes 692 são casos novos (coeficiente de incidência de 28/100 mil). O coeficiente de mortalidade foi de 1,3/100 mil.

A capital atende também casos de tuberculose em moradores de outras cidades, principalmente da sua Região Metropolitana, o que significa um acréscimo de 30% no número total de casos.

O Gráfico 7 e as Tabelas 4 e 5 a seguir apresentam os indicadores do município, preocupantes para o controle da tuberculose há vários anos, com taxas baixas de cura e elevadas de abandono do tratamento, estando muito aquém dos parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela OMS. O tratamento diretamente observado (supervisionado) não tem sido utilizado na maioria dos casos de tuberculose, como estratégia de prevenção do abandono.

Gráfico 7 – Coorte de início de tratamento na situação encerramento de casos novos de tuberculose pulmonar positiva, Belo Horizonte, 2002-2010.



Fonte: GEEPI-SINANNET/TBC – 10/03/2011

Tabela 4 – Coorte de início de tratamento na situação encerramento de casos novos de tuberculose pulmonar positiva, por distrito sanitário, Belo Horizonte, 2010.

Distrito Resid.	Total	Ign/Branco	Cura	Abandm%	Óbito TB%	Óbitos outros%	Transf%
B	31	3,2	71,0	19,4	0,0	6,5	0,0
CS	29	10,3	62,1	17,2	3,4	3,4	3,4
L	45	0,0	71,1	20,0	4,4	2,2	2,2
NE	60	1,7	60,0	31,7	3,3	3,3	0,0
NÔ	49	2,0	71,4	14,3	4,1	6,1	2,0
N	45	0,0	62,2	24,4	4,4	4,4	4,4
O	48	0,0	66,7	18,8	2,1	8,3	4,2
P	23	0,0	82,6	17,4	0,0	0,0	0,0
VN	44	2,3	54,5	25,0	9,1	4,5	4,5
Total	374	1,9	65,8	21,7	3,7	4,5	2,4

Fonte: GEEPI-SINANNET/TBC – 10/03/2011

31,7% dos abandonos relataram alcoolismo associado

Tabela 5 – Situação atual do Programa de Controle da Tuberculose – BH, em comparação com os parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde e OMS, referentes aos casos de tuberculose pulmonar bacilífera.

DESCRIÇÃO	PARÂMETROS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE / OMS	PERCENTUAIS EM BELO HORIZONTE
Taxa de Detecção	Mínimo de 70,0%	83,9%
Taxa de Cura	Mínimo de 85%	65,8%
Taxa de Abandono	Máximo de 5%	21,7%
Taxa de Ignorado/Branco	Máximo de 5%	1,9%
Taxa de Tratamento Supervisionado	100%	43,9%
Taxa de Realização teste anti-HIV	100%	52,3%

Fonte: SINANNET-MS/GEEPI-SMSA/PBH. Atualização em 10/03/2011
Base de cálculo utilizada: coorte de casos novos/não sabe 2010

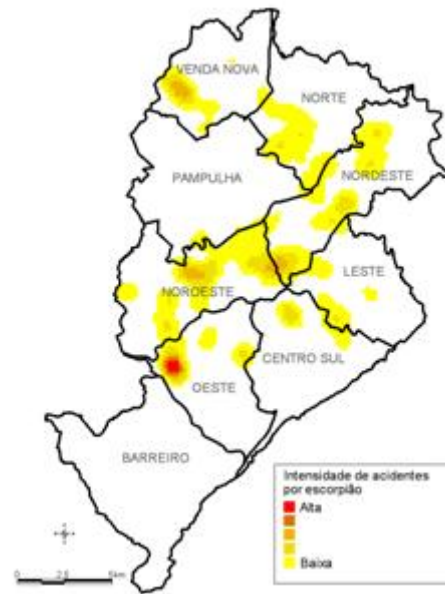
PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE
GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA/GERÊNCIA DE EPIDEMIOLOGIA E INFORMAÇÃO

CONTROLE DE ZOONOSES

O escorpião amarelo, *Tityus serrulatus*, é a espécie predominante, responsável pelo maior número e gravidade de acidentes entre os casos de escorpionismo registrados em Belo Horizonte. Possui grande capacidade de adaptação nos ambientes modificados pelo homem, alimentando-se principalmente de insetos e aranhas. Possui hábitos noturnos e é mais ativo durante os meses mais quentes, especialmente no período das chuvas. Estes animais podem entrar nos imóveis pelas tubulações da

fiação, pelos encanamentos de esgoto ou pelas frestas nas paredes, portas e janelas. Buscam abrigo em lugares escuros e escondidos como dentro de calçados, armários, gavetas, panos e toalhas em áreas de serviço e banheiros, podendo provocar acidentes quando as pessoas encostam nos animais. As picadas ocorrem com maior frequência nos membros, principalmente nas mãos e nos pés.

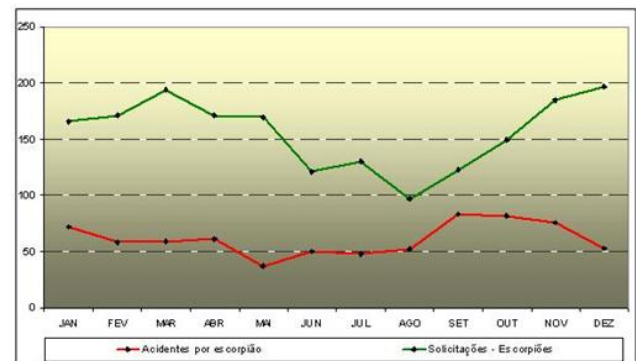
As reclamações de munícipes, quanto ao aparecimento de escorpiões, são encaminhadas às Gerências Regionais de Controle de Zoonoses, levando à vistoria e avaliação do local orientando quanto às medidas de controle e prevenção de acidentes adequadas a cada situação. Ressaltamos que não é aplicado nenhum produto químico para realizar o controle deste vetor. O Gráfico 7 apresenta as solicitações de vistoria recebidas, comparadas à ocorrência de acidentes em cada Distrito Sanitário (DS) no ano de 2010. Os DS que receberam o maior número de solicitações foram Centro Sul e Pampulha, embora se encontrem entre os três com menor ocorrência de acidentes. O Barreiro apresentou o menor número tanto de acidentes quanto de solicitações.



Fonte: SINAN e SISVE/GEEPI/GVSI/SMSA

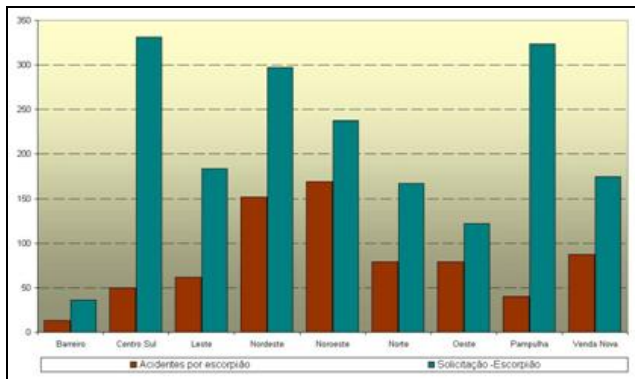
Apesar do curto período analisado, pode-se observar a maior ocorrência de acidentes e de solicitações nos meses chuvosos.

Gráfico 9 - Distribuição mensal das solicitações recebidas e o número de acidentes por escorpiões, Belo Horizonte, 2010.



Fonte: GEZOZ e GEEPI/GVSI/SMSA

Gráfico 8 - Comparação entre as solicitações recebidas e o número de acidentes por escorpiões, Belo Horizonte, 2010.



Fonte: GEZOZ e GEEPI/GVSI/SMSA

Os DS Noroeste e Nordeste apresentaram o maior número de acidentes no ano. Embora o DS Oeste esteja no penúltimo lugar em número de solicitações e tenha registrado a mesma quantidade de acidentes que o DS Norte, apresenta uma área com a maior concentração de acidentes por escorpião no ano de 2010 (Mapa 2).

Mapa 2 - Áreas de concentração de acidentes por escorpiões, Belo Horizonte, 2010.

IMUNIZAÇÃO

É com grande satisfação que nessa edição serão apresentados dados das campanhas de vacinação, em especial a campanha da poliomielite deste ano, pois desde 2002, o município não conseguia chegar tão próximo à meta de 95%.

O resultado deste trabalho é fruto do empenho dos profissionais de saúde, da imprensa e da população que mais uma vez demonstrou a credibilidade que esse serviço tem junto a ela.

A campanha de seguimento contra o sarampo encerra-se em 22/07/11, contabilizando até o momento 86% de cobertura vacinal. Nas faixas etárias, dois, três e quatro anos, foi alcançado mais de 97% de cobertura vacinal. A faixa etária de menor desempenho foi a de seis anos com

68,8%, seguida pela faixa etária de um ano, com 75%, e de cinco anos com 82%.

Nesse momento, é importante trabalhar com as escolas, no sentido de divulgar a importância dessa ação, e assim, tentar reverter as coberturas vacinais nas faixas etárias acima mencionadas.

Continua sendo um desafio atingir a população de um ano de idade. Na campanha da pólio deste ano e dos anos anteriores, assim como na campanha de seguimento contra o sarampo, este grupo apresentou a pior cobertura vacinal.

Tabela 6 – Série histórica das coberturas vacinais da campanha contra poliomielite, Belo Horizonte, 1996 a 2011.

Ano	População a vacinar	População vacinada 1ª etapa	Cobertura vacinal 1ª etapa	População vacinada 2ª etapa	Cobertura vacinal 2ª etapa
1996	201261	187127	90%	180460	89,7
1997	201561	188270	93%	168672	84%
1998	171779	180477	105%	175065	102%
1999	172989	159693	92%	177756	103%
2000	174204	187134	107%	169401	97%
2001	175427	166274	95%	169676	97%
2002	182007	161916	89%	164244	90%
2003	183707	160991	88%	156312	85%
2004	185399	153273	83%	164402	90%
2005	189246	145959	77%	146931	78%
2006	181151	140299	77%	132258	73%
2007	180677	137365	76%	142629	79%
2008	166694	136404	82%	128806	77%
2009	162129	140487	87%	134249	83%
2010	161991	127275	79%	132.352	82%
2011	141699	132810	94%		

Fonte: Coordenação de imunização/ SMSA
Última atualização: 07/07/2011

Em 2010, a campanha de vacinação contra a influenza sazonal (pessoas com 60 anos ou mais) ocorreu concomitantemente com a campanha de vacinação contra a Influenza A H1N1. Essa última contemplou os grupos prioritários estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Nesse mesmo ano, Belo Horizonte superou a meta estipulada pelo Ministério da Saúde para a vacinação contra a influenza A (H1N1), quando foi vacinado 102% do público alvo, o que corresponde a 1.257,393 pessoas vacinadas.

Tabela 7 – Série histórica das coberturas vacinais contra influenza em pessoas de 60 e mais anos de vida, Belo Horizonte, 1999 a 2011.

Ano	População a vacinar	População vacinada	Cobertura vacinal
1999	118.719	111.173	93,6%
2000	119.553	90.285	75,5%
2001	179.536	162.323	90,4%
2002	208.772	148.524	71,1%
2003	210.721	180.158	85,5%
2004	212.662	194.017	91%
2005	217.075	194.822	90%
2006	219.322	187.899	86%
2007	264887	203790	77%
2008	274337	209563	76%
2009	285247	235330	83%
2010	285247	212991	75%
2011	285247	244285	86%

Fonte: Coordenação de imunização/ SMSA
Última atualização: 07/07/2011

VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

Descrição dos acidentes graves notificados ao SINAN NET no ano de 2010

Desde abril de 2004 foi instituída a necessidade de notificação compulsória de acidentes de trabalho graves em unidades sentinelas, sendo a ficha de notificação do SINAN o instrumento a ser utilizado para este fim. A portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011 reitera esta orientação.

O município de Belo Horizonte já vem, ao longo de anos, realizando este procedimento baseando-se em unidades sentinelas específicas, locais de atendimento de grande número de acidentes de trabalho.

De acordo com a ficha de investigação do SINAN são considerados acidentes de trabalho “aqueles que ocorram no exercício da atividade laboral, ou no percurso de casa para o trabalho e vice-versa (acidentes de trajeto), podendo o trabalhador estar inserido tanto no mercado formal quanto no informal de trabalho. **São considerados Acidentes de Trabalho Graves aqueles que resultam em morte, em mutilações e aqueles que acontecem com menores de dezoito anos.**”

*Acidente de trabalho fatal: é quando o acidente resulta em óbito imediatamente ou até 12 horas após sua ocorrência.

*Acidentes de trabalho com mutilações: é quando o acidente ocasiona lesão (poli traumatismos, amputações, esmagamentos, traumatismos crânio-encefálico, fratura de coluna, lesão de medula espinhal, trauma com lesões viscerais, eletrocussão, asfixia, queimaduras, perda de consciência e aborto) que resulte em internação hospitalar, a qual poderá levar à redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho.

*Acidentes de trabalho em crianças e adolescentes: é quando o acidente de trabalho acontece com pessoas menores de dezoito anos.

Neste boletim, são apresentados os dados referentes aos diagnósticos das lesões no ano de 2010. Ao todo foram notificados 1502 acidentes de trabalho grave.

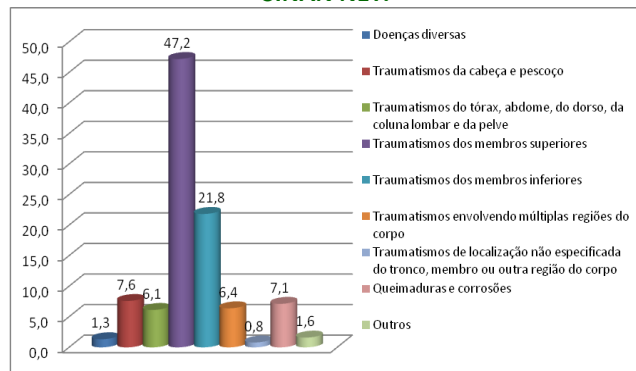
Na Tabela 1 está apresentada a relação destes diagnósticos, onde nos membros superiores (ombro, braço, cotovelo, antebraço, punho e mão) a incidência de lesões é maior (47,2%). Lesões em membros representam 69% dos agravos em acidentes de trabalho grave.

Tabela 8 – Relação de agravos decorrentes de acidentes de trabalho grave em 2010 notificados no SINAN NET.

Diagnósticos das lesões (CID 10)	Freqüência	Percentual
Traumatismos dos membros superiores	709	47,2
Traumatismos dos membros inferiores	328	21,8
Traumatismos da cabeça e pescoço	114	7,6
Queimaduras e corrosões	107	7,1
Traumatismos envolvendo múltiplas regiões do corpo	96	6,4
Traumatismos do tórax, abdome, do dorso, da coluna lombar e da pelve	92	6,1
Traumatismos de localização não especificada do tronco, membro ou outra região do corpo	12	0,8
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	12	0,8
Doenças do ouvido e da apófise mastoide	3	0,2
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	2	0,1
Doenças do aparelho respiratório	2	0,1
Doenças do sistema nervoso	1	0,1
Outros	24	1,6
Total	1502	100,0

Fonte: SINANET/SUS

Gráfico 10 – Percentual de agravos decorrentes de acidentes de trabalho grave em 2010 notificados no SINAN NET.



Fonte: SINANET/SUS

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Em 09/06/2011 representantes das comissões de controle de infecções associadas a atenção à saúde e dos núcleos hospitalares de epidemiologia dos hospitais com mais de 100 leitos do município foram convidados pela GVSI, GEEPI e GEVIS para reunião no auditório da SMSA/PBH para divulgação do projeto piloto da vigilância da Síndrome Respiratória Aguda Grave e apresentação da proposta de relatório de controle de infecções e eventos adversos.

Na ocasião, estiveram presentes representantes de 24 instituições, possibilitando uma ampla discussão com troca de experiências e sugestões para o sucesso do programa.

A vigilância em saúde, através da vigilância sanitária municipal e gerência de epidemiologia com o apoio da gerência de tecnologia e informação em saúde, estão elaborando um sistema de entrada e análise de dados de infecções associadas a atenção a saúde (IAAS) e eventos adversos. O sistema deverá ser alimentado por todos os estabelecimentos de assistência à saúde que executarem procedimentos em regime de internação, ou procedimentos invasivos em regime ambulatorial, de acordo com o Art. 30 da Lei Municipal 7031/96 e portaria GM/MS 2616/98.

O objetivo dessa vigilância é padronizar a coleta de dados epidemiológicos de IAAS nos serviços do município propiciando a geração da informação necessária ao seu acompanhamento e proposição de metas para a redução de sua incidência.

Além disso, será possível acompanhar os dados de cada serviço ao longo do tempo, comparar serviços semelhantes e avaliar a eficácia das medidas implementadas para controlar as infecções.

Cada estabelecimento terá o seu cadastro de acesso e notificará mensalmente os casos de IAAS, freqüência de microorganismos multirresistentes, ocorrência de eventos adversos e surtos, de acordo com a especialidade e característica de cada um.

O relatório será composto dos seguintes itens:

- Identificação do serviço de saúde
- Infecção de sítio cirúrgico
- Infecção e eventos adversos em UTI adulto, coronariana e pediátrica
- Infecção e eventos adversos em UTI neonatal
- Hospital de longa permanência e hospital psiquiátrico
- Infecções por topografias (deverão ser informados somente pelos estabelecimentos que não possuem UTI)
- Resultados microbiológicos

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: gvsi@pbh.gov.br