

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 03/07/2011 a 30/07/2011 (referente às semanas epidemiológicas de 27 a 30), **1.187** 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, 215 (18%) corresponderam a notificações de dengue. As notificações foram provenientes de hospitais, Unidades de Pronto Atendimento e Centros de Saúde.

Em relação ao mesmo período de 2010 verifica-se redução de 90,3% no número de casos notificados e 97,2% no número de casos confirmados.

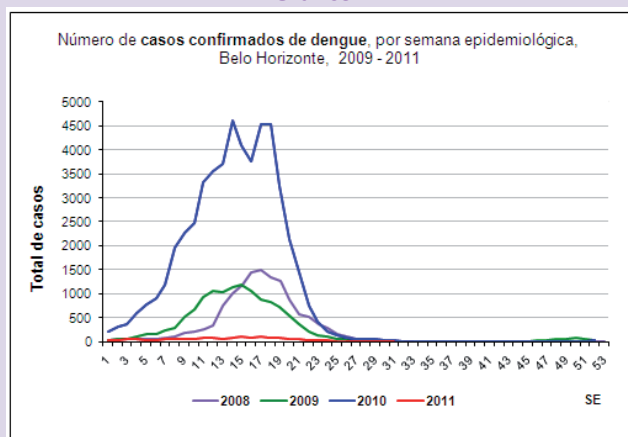
Mapa 1: Intensidade dos casos confirmados de dengue, Belo Horizonte, SE 28-32/2011.

NOTIFICAÇÕES DE AGRAVOS DE VIGILÂNCIA

Dengue

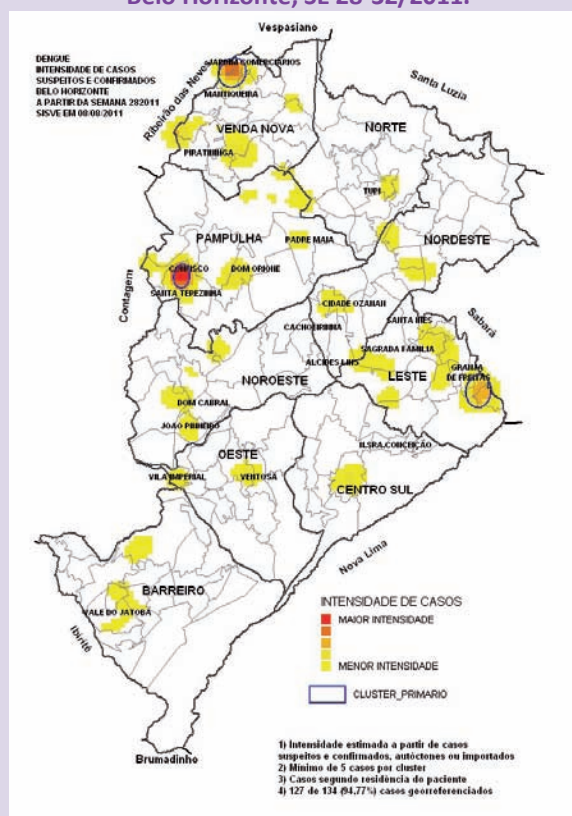
Até a semana epidemiológica 30 foram notificados **6.412** casos suspeitos de dengue, dos quais 1.421 foram confirmados como dengue clássico (DC), três como dengue com complicação (DCC) e quatro como febre hemorrágica do dengue (FHD). Dos casos notificados, 4.724 foram descartados e 260 estão em investigação. 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 - 08/08/2011

O Distrito Norte notificou o maior número de casos (15,6%), seguido dos distritos Noroeste (15%), Nordeste (12,8%), Barreiro (12,6%), Venda Nova (11,7%), Leste (11,4%), Oeste (8,5%), Pampulha (8,2%) e Centro Sul (4,2%).



Fonte: Sinan Online e SISVE/GEEPI/GVSI/SMSA/PBH
incluindo casos importados - 08/08/2011

Doenças Exantemáticas

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.

Até a semana epidemiológica 30/2011 foram notificados 20 casos suspeitos de doenças exantemáticas, 15 destes residentes em Belo Horizonte. Destes, 12 casos foram suspeitos de rubéola e três casos suspeitos de sarampo, todos com história de vacina.

Dois casos suspeitos de sarampo tiveram contato com pessoas com procedência da Europa, um caso residente na França, sintomático, e outro assintomático com procedência da Dinamarca, países com circulação do vírus do sarampo.

Em relação à faixa etária dos casos notificados, 80% dos casos foram em crianças com idade menor de 10 anos de idade.

Em todos os casos, foram coletadas amostras de espécime, realizada busca ativa de contatos e bloqueio vacinal. Todos os casos notificados até a SE 30/2011, foram descartados por critério laboratorial.

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).

Tabela 1: Total de casos de doenças exantemáticas notificadas até a SE 30/2011*, segundo faixa etária e distrito de residência, Belo Horizonte

Distrito Sanitário	< 1 ano	1 a 9	10 a 29	60 e +	Total
Nordeste	0	1	0	0	1
Noroeste	0	2	0	0	2
Norte	1	5	0	0	6
Pampulha	1	1	1	1	4
Venda Nova	1	0	1	0	2
Total	3	9	2	1	15

Fonte: SINAN NET/MS – GVSI/GEEPI-SMSA-BH
Dados preliminares atualizados em 08/08/2011

Febre amarela

É uma doença febril aguda, de curta duração (máximo 12 dias) e manifestação variável, desde infecções subclínicas e/ou leves até formas graves e fatais.

O agente etiológico é o vírus amarelado, arbovírus do gênero Flavivirus (RNA-vírus), que é transmitido através da picada do mosquito *A. aegypti*.

A infecção se manifesta com início abrupto, febre alta e pulso lento em relação à temperatura (sinal de Faget), calafrios, cefaléia intensa, mialgias, prostração, náuseas e vômitos, com duração de três dias. Pode evoluir para a forma grave (período de intoxicação) com aumento da febre, diarreia e reaparecimento de vômitos com aspecto de borra de café, instalação de insuficiência hepática e renal, icterícia, manifestações hemorrágicas (hematêmese, melena, epistaxe, hematúria, sangramento vestibular e da cavidade oral), oligúria, albuminúria, prostração intensa, rebaixamento do sensorio (obnubilação mental e torpor) evolução para coma.

Não existe tratamento antiviral específico. O tratamento é sintomático, repouso, reposição de líquidos e reposição das perdas sanguíneas (quando indicada).

A Febre Amarela 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.

A vacinação é a mais importante medida de controle.

Situação da febre amarela no município de Belo Horizonte

Na Região metropolitana de Belo Horizonte, no período de 2007 a 2011 foram notificados 50 casos suspeitos de Febre Amarela. Entretanto, nenhum dos casos notificados foi confirmado para esse agravo. A maioria dos casos suspeitos foi notificada entre residentes do município de Belo Horizonte (66%). Apenas no ano de 2008 observou-se a ocorrência de Epizootias concomitante com um maior número de notificações de Febre Amarela.

Em 2008, observou-se que 35% dos casos possuíam histórico de vacinação. Em 2009 e 2010 o percentual de vacinação ficou em torno de 36 e 25%, respectivamente, dos casos notificados.

Com relação à distribuição por sexo, apenas no ano de 2008 observou-se um percentual maior de casos suspeitos entre indivíduos do sexo masculino.

Da mesma forma, apenas em 2008, uma maior concentração de casos suspeitos foi observada na faixa etária de 15 a 60 anos, coincidindo com a idade produtiva dos indivíduos.

Não foi observada sazonalidade na distribuição dos casos suspeitos de Febre Amarela, exceto no ano de 2008, onde o número maior de notificações correspondeu aos meses de Janeiro a Março.

As Tabelas de 2 a 4 resumem os dados de notificação de Febre Amarela na Região Metropolitana de Belo Horizonte.

Tabela 2: Distribuição das notificações de febre amarela, segundo município de residência, Belo Horizonte, 2007 - 2011.

Mun Resid MG	2007	2008	2009	2010	2011
310620 Belo Horizonte	5	14	4	6	4
310670 Betim	0	0	1	0	0
311860 Contagem	0	2	2	0	0
312980 Ibirité	0	1	0	0	0
314930 Pedro Leopoldo	1	0	0	0	0
315460 Ribeirão das Neves	1	0	1	1	0
315670 Sabará	0	1	1	0	0
315780 Santa Luzia	0	1	1	1	0
316295 São José da Lapa	0	0	1	0	0
317120 Vespasiano	0	1	0	0	0
Total	7	20	11	8	4

Fonte: SINAN-NET / GEEPI/GVSI/SMSA/PBH - 09/08/2011

Tabela 3: Distribuição das notificações de febre amarela, segundo situação vacinal, Belo Horizonte, 2007-2011.

Vacinado contra FA	2007	2008	2009	2010	2011
Ign/Branco	6	9	4	6	3
Sim	0	7	4	2	0
Não	1	4	3	0	1
Total	7	20	11	8	4

Fonte: SINAN-NET / GEEPI/GVSI/SMSA/PBH - 09/08/2011

Tabela 4: Distribuição das notificações de febre amarela, segundo sexo, Belo Horizonte, 2007 a 2011.

Sexo	2007	2008	2009	2010	2011
Masculino	4	14	5	3	3
Feminino	3	6	6	5	1
Total	7	20	11	8	4

Fonte: SINAN-NET / GEEPI/GVSI/SMSA/PBH - 09/08/2011

Hanseníase

A hanseníase é uma doença infecto contagiosa milenar que se configura como problema de saúde pública, com grande potencial para provocar seqüelas, incapacidades físicas e deformidades. Tem como agente etiológico o Bacilo de Hansen, ou *Mycobacterium leprae*. O diagnóstico precoce e o tratamento correto constituem elementos fundamentais na cura e controle da doença.

Segundo a OMS (2010) a Índia ocupa o 1º lugar no mundo em número de casos novos de hanseníase (133.717 em 2009). O Brasil é o país que apresenta o segundo maior número de casos novos. Em 2009 foram 37.610, que correspondem a 93% dos casos novos das Américas. Neste mesmo ano, o índice de detecção foi de 19,65 em 100.000 habitantes, sendo observada uma concentração de casos na região norte e centro-oeste.

Na Tabela 5 encontra-se a distribuição dos casos de hanseníase notificados em residentes em Belo Horizonte, segundo faixa etária e ano de diagnóstico.

Tabela 5 - Casos novos de hanseníase segundo faixa etária e ano de diagnóstico, residentes de Belo Horizonte, 2001-2011.

Fx Etária SINAN	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*
1-4	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
5-9	0	1	1	2	0	1	0	1	2	0	1
10-14	1	5	3	3	3	1	1	2	0	1	1
15-19	5	7	3	3	1	1	4	3	3	3	0
20-34	24	40	43	44	32	19	26	16	15	12	7
35-49	31	36	39	34	19	44	16	18	28	14	12
50-64	31	26	34	26	22	20	20	17	17	14	13
65-79	13	20	24	9	7	14	19	8	10	10	6
80 e+	3	5	2	1	3	3	1	3	2	2	3
Total	109	141	149	122	87	104	87	68	77	56	43

Fonte: SINAN-MS/GEEPI/GVSI/SMSA/PBH.

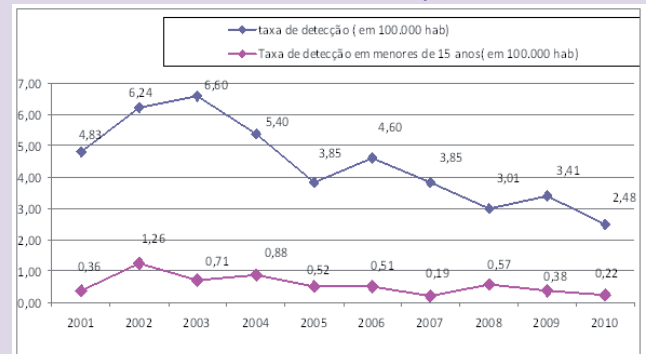
* Dados preliminares. Atualizado em 05/07/2011.

Observou-se, no período de 2001 a 2011, que mais da metade (55%) dos casos novos apresentavam entre 20 e 49 anos de idade. Aproximadamente 3% estavam no grupo menor de 15 anos de idade. Houve um predomínio do sexo masculino, com 57,14% das notificações. Dentre os casos com informação de raça/cor (89%), 58% corresponderam aos pardos e negros, 40% aos brancos e 2% amarelos e indígenas.

Com relação à classificação operacional no momento do diagnóstico no período, 77,5% dos casos novos foram classificados como paucibacilares.

No Gráfico 2 pode-se observar a evolução da taxa de detecção de casos novos em residentes em Belo Horizonte e a taxa de detecção de casos novos em menores de 15 anos de idade, segundo o ano de diagnóstico.

Gráfico 2 – Taxas de detecção de casos novos de hanseníase (totais e em menores de 15 anos), residentes de Belo Horizonte, 2001-2010.



Fonte: SINAN\GEEPI\GVSI\SMSA\PBH. Atualizado em 05/07/2011.

Conforme parâmetros propostos pelo Ministério da Saúde (hiperendêmico, muito alto, alto, médio e baixo), o município de Belo Horizonte ficou classificado como médio (2 a 9,9 casos por 100.000 habitantes) em relação à magnitude da endemia. Houve uma oscilação no período das taxas de detecção em menores de 15 anos, tendo sido considerada como baixa (<0,5 em 100.000 habitantes) em 2001, 2007, 2009 e 2010. Este indicador mede a força da transmissão recente da endemia.

Na Tabela 6 estão apresentados os dados relativos à avaliação de incapacidades físicas no momento do diagnóstico. Observa-se que em vários anos da série 90% dos casos foram avaliados quanto à incapacidade física, inclusive nos dois últimos anos (2011 dados são parciais).

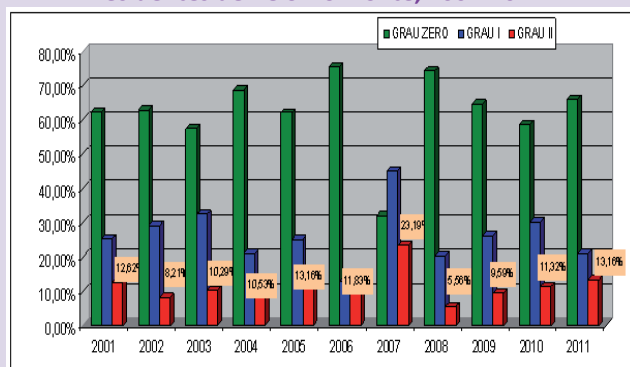
Tabela 6 - Avaliação de incapacidade no momento do diagnóstico dos casos novos de hanseníase, residentes de Belo Horizonte, 2001-2011

Aval Incap Notif	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Ign/Branco	0	0	0	0	0	1	3	2	3	0	1
GRAU ZERO	64	84	78	78	47	70	22	40	47	31	25
GRAU I	26	39	44	24	19	12	31	11	19	16	8
GRAU II	13	11	14	12	10	11	16	3	7	6	5
Não AVALIADO	6	7	13	8	11	10	15	12	1	3	4
Total	109	141	149	122	87	104	87	68	77	56	43

Fonte: SINAN\GEEPI\GVSI\SMSA\PBH. Atualizado em 05/07/2011.

No Gráfico 3 estão apresentados os percentuais dos pacientes avaliados quanto à incapacidade física no momento do diagnóstico.

Gráfico 3 - Percentual dos casos novos de hanseníase segundo a avaliação de incapacidade no diagnóstico, residentes de Belo Horizonte, 2001-2011.



Fonte: SINAN\GEEPI\GVIS\SMSA\PBH. Atualizado em 05/07/2011.

Observou-se que a proporção de casos classificados como grau II variou entre 5,56% (2008) a 23,19% (2007). No período, exceto nos anos 2002, 2008 e 2009, este indicador foi considerado alto ($\geq 10\%$), conforme critérios definidos pelo Programa Nacional de Controle da Hanseníase do Ministério da Saúde. Isto indica que a detecção dos casos de hanseníase não foi oportuna. Vale ressaltar que no ano de 2007 houve alterações nos critérios de avaliação da incapacidade no diagnóstico, definidos pelo Ministério da Saúde, com a modificação da ficha de investigação do SINAN NET.

Na Tabela 7 estão apresentados os dados da situação de encerramento das coortes de tratamento relativas aos anos de 2008 a 2010, utilizados no monitoramento e avaliação dos serviços assistências e controle da Hanseníase.

Tabela 7 - Cura e abandono dos casos novos de Hanseníase, segundo coortes de tratamento, residentes de Belo Horizonte, 2008- 2010.

Ano da coorte	Casos	Cura	% cura	Abandono	% abandono
2008	93	82	88,17%	8	8,60%
2009	81	66	81,48%	12	14,81%
2010	74	51	68,92%	13	17,57%

Fonte: SINAN\GEEPI\GVIS\SMSA\PBH. Atualizado em 05/07/2011.

Este indicador (proporção de cura nos casos novos de hanseníase), está na faixa considerada como regular no município (75 a 89%) para os anos de 2008 e 2009, conforme parâmetros estabelecidos pelo Programa Nacional. Em 2010 houve piora dos indicadores de cura e abandono.

Na Tabela 8 estão apresentados os resultados da avaliação dos contatos registrados e examinados.

Tabela 8 – Avaliação dos contatos de casos novos de hanseníase, residentes de Belo Horizonte, 2001- 2011.

Ano Diagnóstico	Número de casos	Contato Registrado	Contato Examinado	Média de contatos	Percentual de contatos examinados
2001	109	455	114	4,2	25,05%
2002	141	469	162	3,3	34,54%
2003	149	570	150	3,8	26,32%
2004	122	404	180	3,3	44,55%
2005	87	206	81	2,4	39,32%
2006	104	347	150	3,3	43,23%
2007	87	310	213	3,6	68,71%
2008	68	271	218	4,0	80,44%
2009	77	226	190	2,9	84,07%
2010	56	210	83	3,8	39,52%
2011	43	130	42	3,0	32,31%
Total	1043	3598	1583	3,4	44,00%

Fonte: SINAN\GEEPI\GVIS\SMSA\PBH. Atualizado em 05/07/2011.

Os dados mostraram a existência de oscilações nos percentuais de contatos examinados, com variações entre 25% em 2001 a 84% em 2009. No período, menos da metade dos contatos registrados foram examinados (44%). O desempenho nesse indicador de avaliação do processo de trabalho foi considerado bom ($\geq 75\%$) nos anos 2008 e 2009, regular (50 a 74,9%) em 2007 e precário ($<50\%$) nos demais anos.

Em síntese, embora os indicadores apontem a queda lenta da incidência da doença do município, devemos estar cientes que em vários indicadores o município não atinge parâmetros ideais estabelecidos pelo Programa Nacional de Controle da Hanseníase do Ministério da Saúde. Assim, o reforço nas ações de vigilância do agravo e o monitoramento e acompanhamento dos serviços assistenciais são de fundamental importância.

Leishmaniose visceral

Em 2010, ocorreram 134 casos de leishmaniose visceral (LV) em residentes de Belo Horizonte. Todos os casos foram confirmados laboratorialmente e receberam tratamento oportuno. Ocorreram 21 óbitos o que representa um coeficiente de letalidade de 15,67%.

No primeiro semestre de 2011, ocorreram 35 casos em residentes de Belo Horizonte e três óbitos.

Em comparação com o mesmo período do ano passado, observa-se uma redução de 54% no número de casos confirmados e apontam para uma diminuição da letalidade. A implantação do teste rápido nas UPAs e em alguns hospitais de referência, os treinamentos dos profissionais (médicos e enfermeiros) da rede básica e as ações de zoonoses no campo de prevenção e recolhimento de cães positivos podem ter contribuído para essa diminuição.

Tabela 9: Distribuição dos casos confirmados e de óbitos de LV por distrito sanitário, residentes de BH, 2011.

Distrito Sanitário	Casos		Óbitos		Letalidade %
	N	%	N	%	
Barreiro	3	8,6	0,0	0,00	
Centro-Sul	4	11,4	0,0	0,00	
Leste	3	8,6	0,0	0,00	
Nordeste	6	17,1	0,0	0,00	
Noroeste	6	17,1	0,0	0,00	
Norte	4	11,4	1	33,3	25,00
Oeste	2	5,7	0,0	0,00	
Pampulha	2	5,7	0,0	0,00	
Venda Nova	5	14,3	2	66,7	40,00
Ignorado	0	0,0	0,0	0,00	
Total	35	100,0	3	100,0	8,57

Fonte: SISVE/SINAN-MS/GEEPI/GECOZ/GVSI/SMSA-PBH - 09/08/2011

Os Distritos Sanitários com maior número de casos foram o Noroeste (17%) e Nordeste (17%), seguidos dos distritos de Venda Nova (14,3%), Centro-Sul (11,4%) e Norte (11,4%).

Em relação à faixa etária, 54% dos casos se concentraram em pessoas de 20 a 64 anos de idade. De todos os casos, 60% foram do sexo masculino.

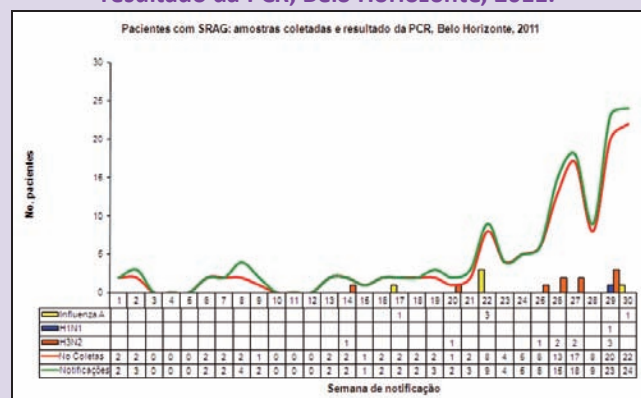
Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)

Desde o início de 2011 foram notificados 149 pacientes com suspeita de SRAG e 132 amostras foram coletadas. Quinze amostras foram positivas para Influenza A por PCR sendo uma do subtipo H3N2, outra do subtipo H1N1, e 13 não H1N1.

O vírus Influenza A H3N2 foi identificado da amostra de uma puérpera, não vacinada, que foi a óbito.

O vírus Influenza A H1N1 foi identificado de uma criança de dois anos, não vacinada, internada no Hospital da Santa Casa, que evoluiu bem.

Gráfico 4: Pacientes com SRAG: amostras coletadas e resultado da PCR, Belo Horizonte, 2011.



Fonte: INFLUENZA/GEEPI/GVSI/SMSA/PBH - 17/08/2011

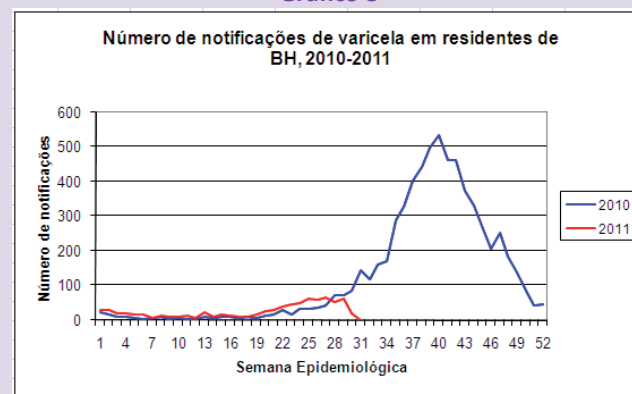
Varicela

A varicela é uma doença causada pelo vírus varicela zoster. É altamente contagiosa, de distribuição universal, incidindo principalmente em menores de 15 anos.

Apresenta caráter sazonal, com maior número de casos no final do inverno e início da primavera. A transmissão se dá através do contato direto com doente ou por secreções respiratórias, e indiretamente por objetos contaminados com secreções de vesículas e mucosas de pacientes infectados. O período de transmissibilidade tem início um a dois dias antes do aparecimento de vesículas e se prolonga até o 5º ou 6º dia. Enquanto houver vesículas, é possível ocorrer transmissão. O diagnóstico é clínico. O tratamento geralmente se baseia em cuidados gerais e medicação sintomática.

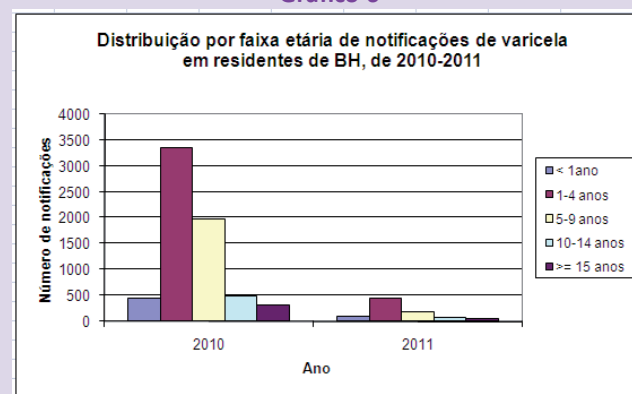
Em 2011, até a SE 30, foram notificados 807 casos de varicela, sendo que 86,3% foram crianças menores de 10 anos de idade. Se comparado ao mesmo período do ano anterior observa-se um aumento de 28,5% no total de casos.

Gráfico 5



Fonte: SINAN-MS/GEEPI/GVSI/SMSA-BH - 03/08/2011

Gráfico 6



Fonte: SINAN-MS/GEEPI/GVSI/SMSA-BH - 03/08/2011

Doenças e agravos não transmissíveis

Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PeNSE

Considerando a importância de se conhecer diversos fatores de risco e proteção à saúde dos adolescentes no Brasil, foi realizada em 2009 a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), uma parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Foi aplicado um questionário estruturado autoaplicável, envolvendo estudantes do 9º ano do Ensino Fundamental,

com idades entre 13 e 15 anos, de duas mil unidades de ensino, nas 27 capitais, com uma amostra de um pouco mais 63 mil adolescentes. Em Belo Horizonte, foram coletadas informações de 3105 escolares, de 68 escolas.

A seguir são apresentados alguns resultados de Belo Horizonte, da PeNSE - 2009, relacionados à alimentação saudável, atividade física, consumo de cigarros e bebidas alcoólicas, violência e segurança no trânsito.

A população estimada foi composta por aproximadamente 79% de escolares que estudavam em escolas públicas e 21% em escolas privadas.

Dentre os marcadores de alimentação saudável, foram verificados maiores percentuais de consumo para o feijão (79,2%) e menores para as frutas em pelo menos 5 dias na semana (36,8%). Em relação ao consumo de feijão, Belo Horizonte apresentou a melhor prevalência dentre todos os municípios pesquisados.

Quanto à prática de atividade física, a pesquisa apontou que menos da metade (47,9%) dos escolares são ativos fisicamente (tempo de atividade física acumulado > 300 minutos) e apenas a metade (50,2%) freqüenta dois dias da semana às aulas de educação física. Além disso, quase 80% dos escolares assistem, num dia de semana comum, a duas ou mais horas de televisão.

Quanto ao uso de cigarros, 32,8% residem onde pelo menos um dos pais ou responsáveis fumam cigarros; 25,4% dos adolescentes relataram já ter experimentado cigarro alguma vez; 6,7% fumaram cigarros pelo menos um dia, nos últimos 30 dias. Este monitoramento é importante, pois além de ser passível de prevenção, a iniciação precoce ao fumo pode ser um preditor de uso de outras substâncias.

Em relação ao uso de bebidas alcoólicas, o padrão encontrado é preocupante, pois 75,4% relataram ter experimentado alguma vez; 30,5% consumiram bebida alcoólica pelo menos um dia nos últimos 30 dias e 26,2% já sofreram algum episódio de embriaguez.

Quanto à violência, os alunos relataram que, nos últimos 30 dias: 35,5% deles já se sentiram humilhados pelas provocações de colegas da escola; 12,9% se envolveram em alguma briga na qual foi fisicamente agredido; 6,0% dos adolescentes relataram não ter comparecido à escola por falta de segurança no trajeto casa-escola ou na escola; 5,7% participaram de alguma briga qual alguma pessoa usou arma branca; 4,4% participaram de alguma briga qual alguma pessoa usou arma de fogo e 9,3% foram agredidos fisicamente por um adulto da família.

Sobre segurança no trânsito, 24,3% disseram não usar cinto de segurança quando estavam em veículo motorizado dirigido por outra pessoa; 16,5% relataram ter dirigido veículo motorizado nos últimos 30 dias e 21,3% relataram terem usado veículo motorizado dirigido por alguém que havia consumido bebida alcoólica. Esses achados apontam a relevância dos fatores de risco relacionados aos acidentes de trânsito.

Estes dados revelam a importância de políticas públicas voltadas para a população adolescente, uma vez que esta fase é um importante momento para adoção de novas práticas saudáveis de vida.

IMUNIZAÇÃO

Monitoramento Rápido de Cobertura (MRC) da campanha de seguimento contra o sarampo



A partir de setembro, a SMSA estará realizando o monitoramento rápido de cobertura vacinal, a fim de verificar se Belo Horizonte atingiu a meta de vacinar 95% das crianças de 1 a 6 anos de idade com a vacina triviral durante a última campanha de seguimento.

As campanhas de seguimento contra o sarampo são realizadas a cada quatro ou cinco anos, ou toda vez que a população de suscetíveis for igual a população de 1 ano de idade (uma coorte de nascidos vivos). Essas campanhas buscam suprimir bolsões de suscetíveis seja por não ter sido vacinado ou e por ter apresentado falha vacinal.

Apesar do Brasil hoje ser um país livre da circulação do vírus do sarampo, o vírus ainda circula em diversos países. e temos como desafio conseguir o Certificado de Eliminação do Sarampo.

Estratégias para eliminação do sarampo

- Cobertura com a vacina Triviral de rotina \geq 95% para crianças de 1 ano;
- Cobertura com 2ª dose de Triviral \geq 95% para crianças de 4 anos.

Todos os municípios devem manter coberturas vacinais mínimas de 95% com homogeneidade.

É importante lembrar que em 2010 foram registrados três surtos de sarampo no Brasil. Todos os casos confirmados foram de vírus importados.

- Pará: três casos – Genótipo D4
- Rio Grande do Sul: oito casos – Genótipo B3
- Paraíba: 57 casos – Genótipo B3

D4 – Genótipo que circula na Europa (Inglaterra, França, Holanda, Itália)

Obs: Não havia circulado antes no Brasil

B3 – Genótipo, provavelmente proveniente da África do Sul

De janeiro a julho de 2011, ocorreram no Brasil 17 casos de sarampo, com identificação do Genótipo D4, sendo

três em São Paulo, um no Mato Grosso do Sul, sete no Rio Grande do Sul, quatro no Rio de Janeiro, um no Distrito Federal e um caso na Bahia. Os casos ocorreram na faixa etária de 1 a 43 anos e 31% dos casos são crianças < 5 anos não vacinadas ou com esquema incompleto.

Nesse momento, o monitoramento é de fundamental importância por se tratar de uma metodologia de supervisão local, entendendo que ele não é um inquérito, possibilitando determinar se a área está ou não bem vacinada e, se há necessidade de intensificação vacinal em alguma área.

Metodologia do Monitoramento:

- O âmbito geográfico para estimar cobertura é o município.
- O número de monitoramento a realizar em cada município é igual ao número de salas de vacina. Será realizado pelo menos um MRC. Em BH será feito 147 monitoramentos.
- A seleção da localidade para o monitoramento é aleatória. Em Belo Horizonte, para cada sala de vacina será escolhido aleatoriamente um setor censitário.
- Selecionado o setor, iniciarão as visitas, casa a casa, seguindo o sentido horário (ponteiros do relógio).
- Definir a população alvo por sala de vacina e número de pessoas entrevistadas por MRC de acordo com a população alvo de vacinação do município.

Tabela 10

População alvo /Nº de salas de vacina	Nº. de pessoas/ MRC
< 1.000	25
1.000 – 4.999	50
5.000 – 9.999	75
10.000 +	100

Fonte: Programa Nacional de Imunizações /MS - 2011.

Considerando que o município tem uma população alvo de 166.288 crianças de 1 a 6 anos e 147 salas de vacinas, encontramos o valor de 1131 (166.288 / 147), portanto, conforme apresentado na Tabela 10, devem ser encontradas 50 crianças nesta faixa etária em cada setor censitário selecionado.

- Concluir o monitoramento da área quando coletar informações referentes ao número de pessoas que devem ser entrevistadas da população alvo da campanha: crianças de 1 ano a < de 7 anos.
- Se no quarteirão ou quadra não encontrar o número de pessoas necessárias da população alvo, continuar a coletar informações na quadra/quarteirão mais próximo até completar o número de entrevistados necessário.
- Durante a visita para fazer o MRC, será aproveitada a oportunidade para vacinar as crianças dentro da faixa etária da campanha que ainda não foram vacinadas.

São consideradas vacinadas:

- Crianças de 1 a 3 anos que receberam pelo menos uma dose da vacina tríplice viral em qualquer período, durante ou fora da campanha.

Agendar a 2ª dose para esta criança, dentro do calendário de vacinação, aos 4 anos de idade.

- Crianças entre 4 e 6 anos de idade com apenas uma dose de vacina tríplice viral.

Considerar vacinadas, mas administrar a 2ª dose (intervalo mínimo de 30 dias entre a 1ª e 2ª dose).

Criança sem nenhuma dose da vacina tríplice viral:

- Será registrada no monitoramento como criança não vacinada.

Aplicar uma dose da vacina tríplice viral, aprazar 2ª dose observando intervalo mínimo de 30 dias e a idade de acordo com o calendário de vacinação.

Cobertura do monitoramento rápido:

As coberturas do Monitoramento serão calculadas por meio da seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Crianças vacinadas}}{\text{Crianças da população alvo encontradas no setor censitário}}$$

Cobertura < 95% - As unidades que não apresentarem cobertura \geq 95% devem continuar vacinando até alcançar a meta.

Sarampo
para não pintar
é só vacinar

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

A Vigilância Sanitária de Belo Horizonte realizou no segundo trimestre de 2011 uma ação específica para avaliar as condições organizacionais e estruturais das Centrais de Material e Esterilização dos hospitais que possuem mais de 100 leitos, das empresas processadoras de produtos para saúde e das unidades de esterilização da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Foram vistoriados 51 estabelecimentos.

A Central de Material e Esterilização (CME) é definida pela RDC 307/02 como uma unidade de apoio técnico, que tem como finalidade o fornecimento de produtos para saúde adequadamente processados, proporcionando, assim, condições para uma assistência à saúde dos indivíduos enfermos e sadios. Seu funcionamento adequado é fundamental para prestação de assistência com qualidade, independente do tipo de organização na qual essa atividade está inserida.



O processamento de produtos para saúde é uma atividade de natureza complexa cujo objetivo fundamental é evitar qualquer evento adverso relacionado ao seu uso. Sua finalidade não se restringe apenas à transmissão de microorganismos e suas toxinas, mas também aos resíduos de material imunológico de um paciente para outro e resíduos dos produtos utilizados na limpeza.

Os dados levantados foram consolidados e foi gerado relatório para avaliação geral das não conformidades e estudo da situação geral dos estabelecimentos.

Dentre as irregularidades mais freqüentes estão a não realização do monitoramento do processo de limpeza dos artigos a cada 15 dias, por meio de testes específicos; a falta de prontuário de identificação dos produtos críticos e semi-críticos e a falta de monitoramento da pressão do dispositivo de água sob pressão. O percentual de não conformidade foi de 80%, 74%, 72% e 66% respectivamente.

Os estabelecimentos que apresentaram não conformidades foram intimados e advertidos a corrigi-las. Será feito retorno para verificação do cumprimento das solicitações.

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