

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

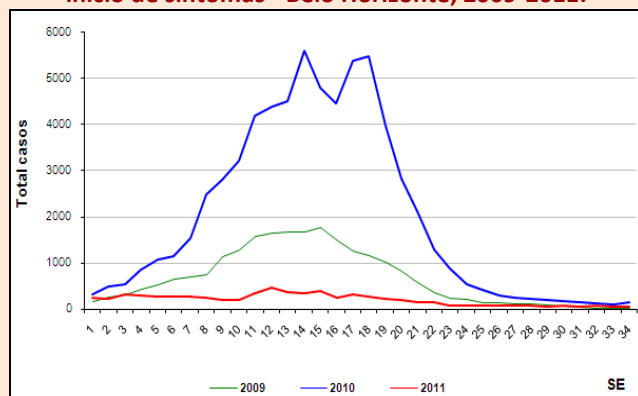
A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA) recebeu, no período de 31/07/2011 a 27/08/2011 (referente às semanas epidemiológicas de 31 a 34), **1.132** notificações de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória, conforme Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. De todas as notificações, 210 (18,5%) corresponderam a notificações de dengue. As notificações foram provenientes de hospitais, Unidades de Pronto Atendimento e Centros de Saúde.

### NOTIFICAÇÕES DE AGRAVOS DE VIGILÂNCIA

#### Dengue

Até a semana epidemiológica 34 foram notificados **6.645** casos suspeitos de dengue, dos quais 1.461 foram confirmados como dengue clássico (DC), três como dengue com complicação (DCC) e quatro como febre hemorrágica do dengue (FHD). Dos casos notificados, 4.934 foram descartados e 243 estão em investigação. Em 2011, não foram confirmados óbitos por dengue em residentes em Belo Horizonte.

**Gráfico 1: Casos notificados de dengue por semana de início de sintomas - Belo Horizonte, 2009-2011.**

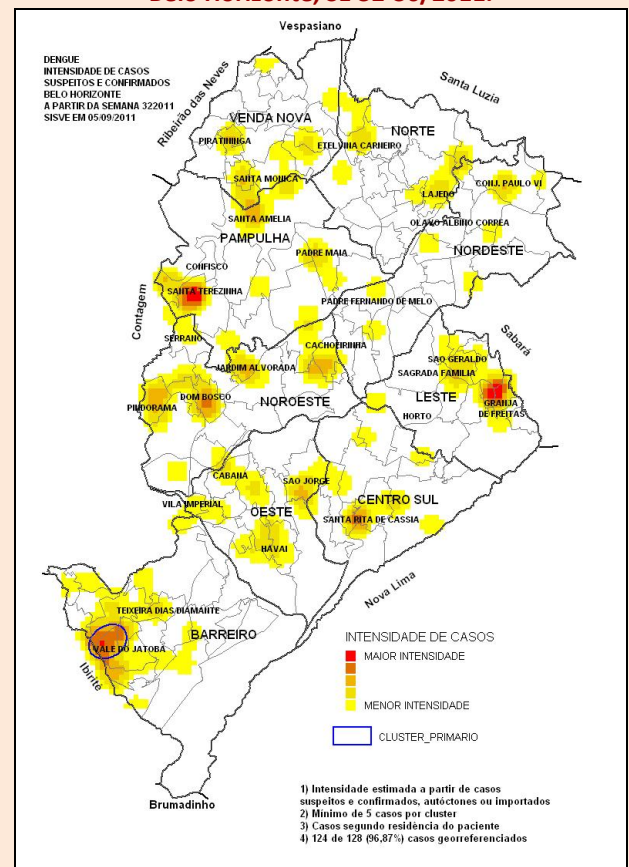


Fonte: Sinan Online e SISVE/GEEPI/GVSI/SMSA/PBH  
# incluindo casos importados - 05/09/2011

O Distrito Norte notificou o maior número de casos (15,3%), seguido dos distritos Noroeste (15%), Barreiro (12,8%), Nordeste (12,7%), Venda Nova (11,6%), Leste (11,5%), Oeste (8,4%), Pampulha (8,3%) e Centro Sul (4,3%).

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

**Mapa 1: Intensidade dos casos confirmados de dengue, Belo Horizonte, SE 32-36/2011.**



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

#### Hantavirose

Trata-se de antropozoonose viral aguda cuja suspeita diagnóstica fundamenta-se no histórico epidemiológico de exposição a secreções e excretas de roedores.

Essa exposição resulta, principalmente, na inalação de aerossóis, podendo ainda estar relacionada à ingestão de água e alimentos contaminados; contato do vírus com escoriações cutâneas ou com mucosas (conjuntiva, boca, nariz); mordedura de roedores; por meio de mãos contaminadas; em indivíduos que trabalham ou visitam laboratórios e biotérios contaminados.

O período de incubação varia de 4 a 60 dias (em média 2 semanas). Uma vez no organismo o vírus ataca principalmente os pulmões e os rins. No Brasil, só foi relatada a síndrome cardiopulmonar (SCPH), com uma

elevada taxa de letalidade (40%). Na Ásia e na Europa ocorre a síndrome renal (FHSR).

As manifestações clínicas mais comuns são: febre (acima 38º C), mialgia, cefaléia, sinais e sintomas de insuficiência respiratória aguda, com evolução para óbito na primeira semana da doença.

Medidas de controle:

- ❖ Reduzir as fontes de abrigo e de alimentação de roedores no peridomicílio;
- ❖ Impedir o acesso dos roedores às casas e aos locais de armazenamento de grãos;
- ❖ Instituir medidas para controle de roedores (desratização no intra e peridomicílio);
- ❖ Viabilizar o uso de equipamentos de proteção individual (EPI), nível de biossegurança 3 (NB-3) pelos grupos de profissionais freqüentemente expostos;
- ❖ Manter o plantio distante 30 m das residências;
- ❖ Instituir precauções para ecoturistas, caçadores e pescadores:
  - Evitar barracas em áreas com presença de fezes ou com covas ou tocas;
  - Não tocar em roedores vivos ou mortos;
  - Não usar cabanas ou abrigos que tenham estado fechados por algum tempo, sem prévia ventilação/descontaminação;
  - Dar destino adequado aos resíduos sólidos (especialmente alimentos).
- ❖ Descontaminar ambientes potencialmente contaminados:
  - Ventilar por 30 minutos
  - Aplicar soluções nas paredes, pisos, móveis e utensílios para evitar a formação de aerossóis (água sanitária 10%, fenol 10% ou água com detergente) e aguardar, pelo menos, meia hora antes de iniciar a limpeza.

Distribuição Geográfica de Hantavirose no Brasil

**Mapa 2**



Fonte: Ministério da Saúde. Guia de Bolso – Doenças Infecciosas e Parasitárias. 8ª edição, Brasília, 2010.

Apesar da ocorrência da doença em todas as regiões brasileiras, apenas 14 Estados registraram a maioria dos casos, sendo, 18,8% em Minas Gerais, 17,7% em Santa Catarina, 15,5% no Paraná, 13,6% no Mato Grosso, 11,4% em São Paulo e 6,1% no Rio Grande do Sul. Os Estados do Amazonas, Bahia, o Distrito Federal, Goiás, Maranhão, Pará, Rio Grande do Norte e Rondônia registraram juntos 15,5% dos casos no período de 1993-2008.

Metade dos pacientes (50%) residia em áreas rurais, 65% ocupavam-se com atividades ligadas à agricultura e à pecuária; 77,6% eram do sexo masculino e 58,2% encontravam-se na faixa etária de 20 a 39 anos. Cerca de 88,6% dos pacientes necessitaram de assistência hospitalar.

Situação da hantavirose em Belo Horizonte

No município de Belo Horizonte foram notificados nove casos de hantavirose no período de 2007 a 2011. Destes, apenas dois casos foram confirmados laboratorialmente para esse agravo (um em 2008 e outro em 2010), seis foram descartados e um teve a classificação final ignorada no Sistema de Informações.

As Tabelas 1 e 2 mostram, respectivamente, as principais manifestações clínicas e as atividades/exposição a fatores de risco que levaram à suspeita de hantavirose.

Entre os casos confirmados, um apresentou forma clínica prodômica ou inespecífica e o outro desenvolveu SCPH.

**Tabela 1: Manifestações clínicas nos casos notificados de hantavirose, residentes de Belo Horizonte, 2007 a 2011.**

QUADRO CLÍNICO	SIM	NÃO	IGNORADO /BRANCO
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA	4	5	0
DERRAME PLEURAL	1	2	6
INSUFICIÊNCIA RENAL	4	4	1
SINTOMAS NEUROLÓGICOS	1	7	1
CHOQUE	3	6	0
PETÉQUIAS	1	6	2
TROMBOCITOPENIA	1*	1	7

(\* caso confirmado laboratorialmente)

FONTE: SINAN-NET/GEEPI/GVSI/SMSA/PBH – última atualização: 30/08/11

**Tabela 2: Distribuição das notificações de casos suspeitos de hantavirose, residentes de Belo Horizonte, segundo exposição a fatores de risco, 2007 a 2011.**

ATIVIDADES/EXPOSIÇÃO	SIM	NÃO	IGNORADO /BRANCO
DESMATAMENTO	1	3	5
EXPOSIÇÃO/LIMPEZA	2	2	5
TRANSPORTE	1	3	5
PESCA/CAÇA	3	2	4
ROEDORES	1	3	5
OUTRA ATIVIDADE	2	1	6
RELAÇÃO COM TRABALHO	1	3	5

FONTE: SINAN-NET/GEEPI/GVSI/SMSA/PBH – última atualização: 30/08/11

A confirmação diagnóstica foi realizada através de sorologia (IgM), com um resultado inconclusivo, sete não reagentes e um resultado ignorado/branco. Não foram realizados exames de imunohistoquímica e PCR em nenhum dos casos notificados.

Entre os casos notificados, oito foram internados, incluindo os dois casos confirmados, e um não possui informação sobre internação (ignorado/branco) durante o curso da doença.

A distribuição das notificações por faixa etária e sexo estão representadas, respectivamente, nas Tabelas 3 e 4.

**Tabela 3: Distribuição dos casos suspeitos de hantavirose, residentes de Belo Horizonte, segundo faixa etária, 2007 a 2011.**

Fx etária SINAN	2007	2008	2009	2010	2011	Total
10-14	0	0	0	1*	0	1
15-19	1	0	0	0	1	2
20-34	0	1*	0	2	0	3
35-49	0	0	0	1	1	2
50-64	0	0	1	0	0	1
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>9</b>

(\*) casos confirmados laboratorialmente

FONTE: SINAN-NET/GEEPI/GVSI/SMSA/PBH – última atualização: 30/08/11

**Tabela 4: Distribuição dos casos suspeitos de hantavirose, residentes de Belo Horizonte, segundo sexo, 2007 a 2011.**

Sexo	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Masculino	1	1*	1	3	2	8
Feminino	0	0	0	1*	0	1
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>9</b>

(\*) casos confirmados laboratorialmente

FONTE: SINAN-NET/GEEPI/GVSI/SMSA/PBH – última atualização: 30/08/11

A maioria das notificações se concentrou em indivíduos do sexo masculino, na faixa etária de 20 a 34 anos. O caso confirmado laboratorialmente, do sexo masculino, encontrava-se na faixa etária predominante. Isso sugere que idade e sexo contribuíram para uma exposição aos fatores de risco da doença, provavelmente vinculadas à ocupação do indivíduo. No sexo feminino, foi notificado um caso, confirmado laboratorialmente, na faixa etária de 10 a 14 anos, no ano de 2010.

No período de 2007 a 2011, também foram notificados, no município de Belo Horizonte, oito casos suspeitos de hantavirose, de pacientes residentes em outros municípios de Minas Gerais. Nenhum dos casos foi confirmado.

**Tabela 5: Distribuição de casos suspeitos de hantavirose notificados em Belo Horizonte, segundo município de residência dos pacientes, 2007 a 2011.**

Município de residência - MG	2007	2008	2009	2010	2011	Total
310620 Belo Horizonte	1	1*	1	4*	2	9
310740 Bom Despacho	0	0	1	0	0	1
311040 Camacho	0	0	0	0	1	1
311430 Carmo do Paranaíba	0	0	1	0	0	1
311760 Conceição do Pará	0	0	1	0	0	1
311860 Contagem	0	1	0	0	0	1
313665 Juatuba	0	1	0	0	0	1
314350 Morada Nova de Minas	0	0	1	0	0	1
314520 Nova Serrana	0	0	1	0	0	1
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>17</b>

(\*) um caso confirmado laboratorialmente para cada ano

FONTE: SINAN-NET/GEEPI/GVSI/SMSA/PBH – última atualização: 30/08/11

#### Referências bibliográficas:

Ministério da Saúde. Guia de Bolso – Doenças Infecciosas e Parasitárias. 8ª edição, Brasília, 2010.

#### Sífilis

A partir da segunda metade do século passado, na maioria dos países ocidentais, a sífilis e outras doenças venéreas emergiram como problema de saúde pública de grande magnitude. Após a II Guerra Mundial, com o uso da penicilina houve um imenso declínio da sífilis no Brasil e no mundo. Porém a total eliminação da doença nunca foi conseguida e a sífilis continua atingindo milhões de pessoas.

Na América Latina e no Caribe, cerca de 160 mil casos de sífilis congênita são relatados a cada ano, com resultados incluindo a morte, aborto fetal, parto prematuro, natimorto, morte neonatal, baixo peso ao nascer, infecção congênita com diferentes graus de gravidade. A prevalência da sífilis em mulheres grávidas é de 3,9 por cento, variando em diferentes países a partir de 0,7 a 7,2 por cento.

No Brasil em estudo realizado em 2004, numa amostra representativa de parturientes de 15 a 49 anos de idade, de todas as regiões do país, observou-se uma taxa de prevalência de 1,6% para sífilis ativa (e de 0,42% para HIV), com uma estimativa de cerca de 50 mil parturientes com sífilis ativa e de 12 mil nascidos vivos com sífilis congênita (considerando uma taxa de transmissão de 25%).

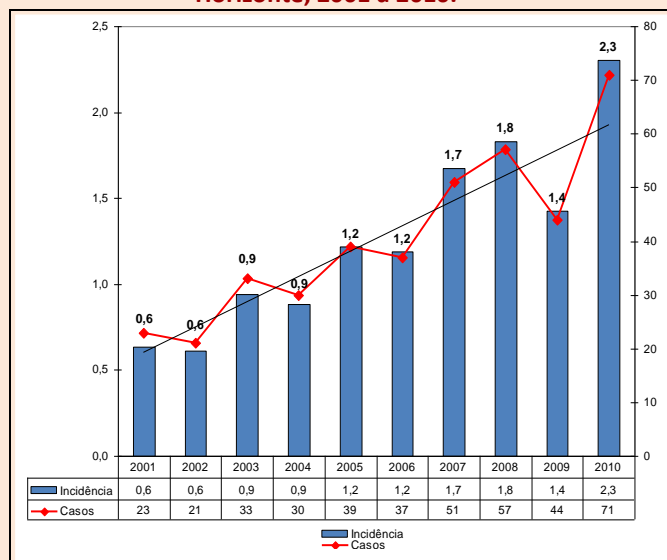
#### Sífilis Congênita

A Sífilis congênita é a infecção causada pela passagem do *Treponema pallidum* da gestante infectada e não tratada, ou tratada inadequadamente, para o seu feto, por via transplacentária. Passou a ser doença de notificação compulsória por meio da Portaria do Ministério da Saúde nº 542, em dezembro de 1986.

A transmissão materno-fetal pode ocorrer em qualquer fase gestacional, sendo que em mulheres não tratadas a taxa é de 70 a 100% na sífilis recente, reduzindo para 10 a 30% na fase tardia.

Em Belo Horizonte, de janeiro de 2001 a agosto de 2011 foram notificados 444 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, dos quais 72% são residentes em Belo Horizonte. Neste período foram registrados, em média, 40 casos da doença a cada ano.

**Gráfico 2: Incidência da sífilis congênita em Belo Horizonte, 2001 a 2010.**



Fonte: SINAN/NET-MS/GVSI/GEEPI/SMSA-BH

No Gráfico 2 está a incidência da sífilis congênita no período de 2001 a 2010, variando de 0,6 a 2,3/1000 nascidos vivos. O aumento no período analisado pode ser um reflexo da implementação de ações para detecção de casos e melhoria da qualidade de notificação. Mesmo assim, há ainda subnotificação de casos de sífilis congênita, detectados por meio de outras fontes tais como: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), resultados de exames laboratoriais de VDRL realizados em gestantes e da investigação de óbito infantil realizada pelo Comitê de Prevenção ao Óbito Infantil (SMSA-PBH). O perfil das mães infectadas é formado, principalmente, por jovens entre 20-29 anos de idade (52%). Ressalta-se que, no período de 2007 a 2011, em média 77% dessas gestantes realizaram pré-natal e 54% tiveram o diagnóstico de sífilis durante o pré-natal, mostrando perda de oportunidade de um tratamento adequado a esta gestante e a seu parceiro. Apenas 2% das gestantes tiveram tratamento adequado (\*).

(\*) **Tratamento adequado:** é todo tratamento completo, adequado ao estágio da doença, feito com penicilina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, tendo sido o parceiro tratado concomitantemente.

Em relação ao tratamento do parceiro, no período de 2007 a 2011 apenas 8% deles, em média, foram tratados. O número ainda elevado de casos da doença entre filhos de gestantes que realizaram o pré-natal deve ser considerado um evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal oferecida a essas mulheres e seus parceiros.

**Tabela 6- Total de casos de sífilis congênita, Belo Horizonte, 2007 a 2011\*.**

Variável	2007	%	2008	%	2009	%	2010	%	2011*	%	Total
<b>Diagnóstico</b>											
Sífilis Congênita Recente	49	96,1	54	94,7	41	93,2	70	98,6	41	100	255
Sífilis Congênita Tardia	0	0	1	1,8	0	0	0	0	0	0	1
Aborto	0	0	1	1,8	2	4,5	0	0	0	0	3
Natimorto	2	3,9	1	1,8	1	2,3	1	1,4	0	0	5
<b>Realização de pré-natal materno</b>											
Sim	41	80,4	43	75,4	32	72,7	59	83,1	30	73,2	205
Não	9	17,6	13	22,8	10	22,7	8	11,3	8	19,5	48
Ignorado	1	2,0	1	1,75	2	4,5	4	5,6	3	7,3	11
<b>Diagnóstico de sífilis materna</b>											
Durante o pré-natal	27	52,9	22	38,6	21	48	48	67,6	26	63,4	144
Momento do parto	17	33,3	22	38,6	15	34	14	19,7	6	14,6	74
Após o parto	3	5,9	9	15,8	4	9,1	4	5,6	7	17,1	27
Não realizado	2	3,9	1	1,8	2	4,5	0	0,0	0	0,0	5
Ignorado	2	3,9	3	5,3	2	4,5	5	7,0	2	4,9	14
<b>Tratamento do(s) Parceiro(s) das gestantes que realizaram pré-natal</b>											
Sim	2	3,9	3	5,3	3	6,8	11	15,5	3	7,3	22
Não	22	43,1	27	47,4	20	45,5	30	42,3	25	6,1	124
Ignorado	27	52,9	27	47,4	21	47,7	30	42,3	13	31,7	118
<b>Esquema de tratamento das gestantes que fizeram pré-natal</b>											
Adequado	2	3,9	0	0,0	0	0	3	4,2	0	0	5
Inadequado	17	33,3	29	50,9	29	65,9	36	50,7	22	53,7	133
Não realizado	15	29,4	23	40,4	9	20,5	21	29,6	12	29,2	80
Ignorado	17	33,3	5	8,8	6	13,6	11	15,5	7	17,1	46
<b>Total</b>	<b>51</b>		<b>57</b>		<b>44</b>		<b>71</b>		<b>41</b>		<b>264</b>

Fonte: SINAN NET-MS/GVSI/GEEPI/SMSA

\*Dados preliminares, agosto/2011

Na Tabela 7 está a distribuição dos casos de sífilis congênita segundo distrito de residência da mãe. Observa-se que a maioria dos casos notificados em 2010 foram de residentes no Distrito Sanitário Venda Nova (21%), seguidos dos Distrito Sanitário Noroeste (15,5%), Distrito Sanitário Nordeste e Barreiro (14,1%). Em 2011 o Distrito Sanitário Norte concentra o maior número de casos, com 29,3% dos casos notificados até o momento.

**Tabela 7- Total de casos de sífilis congênita segundo distrito sanitário de residência da mãe, Belo Horizonte, 2007 a 2011\*.**

Distrito	2007	2008	2009	2010	2011*	Total
Barreiro	2	1	5	10	5	23
Centro Sul	2	4	0	3	1	10
Leste	3	10	1	6	3	23
Nordeste	6	10	7	10	1	34
Noroeste	16	10	10	11	6	53
Norte	6	11	10	7	12	46
Oeste	10	4	1	6	7	28
Pampulha	1	1	1	3	1	7
Venda Nova	5	6	9	15	5	40
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>57</b>	<b>44</b>	<b>71</b>	<b>41</b>	<b>264</b>

Fonte: SINAN NET-MS/GVSI/GEEPI/SMSA

\*Dados preliminares, agosto/2011

Entre os fatores responsáveis para a manutenção de casos de sífilis congênita está a realização do pré-natal de forma incompleta ou inadequada, seja pelo não comparecimento às consultas ou pelo início tardio,



impedindo a realização da rotina para o diagnóstico da sífilis e sua intervenção mais precoce. Também ocorre dificuldade para reconhecer sinais da doença, falhas na interpretação dos resultados de exames, ausência de tratamento materno e/ou do parceiro.

O custo de um pré-natal ideal é muito menor que uma internação hospitalar de um recém-nascido com sífilis congênita para procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

Para prevenir a sífilis congênita, é fundamental que os profissionais da saúde, gestores, usuários do serviço, estejam conscientizados e principalmente convencidos da magnitude e gravidade da doença, principalmente para as mulheres e seus conceitos. É necessária também a captação dos parceiros, além da extensão do pré-natal para estes, como estratégia de combate à transmissão vertical.

### Doenças e agravos não transmissíveis

#### Projeto vida no trânsito em Belo Horizonte

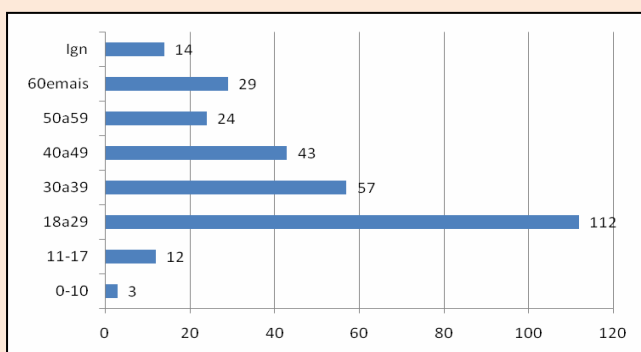
O Projeto Vida no Trânsito prevê o desenvolvimento de ações para a redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, numa parceria multisetorial, que envolve a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e outros vários órgãos.

A análise trimestral das informações resultantes do relacionamento entre os bancos da BHTRANS-DETRAN, SIM e SIH-SUS é realizada para monitorar os fatores chave de risco de acidentes fatais ou graves e avaliar as intervenções. A metodologia utilizada para identificar os principais fatores de risco e a população vulnerável é da Global Road Safety Partnership.

No período entre junho e setembro de 2010, a análise dos respectivos boletins de ocorrência (276) de acidentes ocorridos no período no município resultou na identificação de 294 pares.

Conforme apresentado no Gráfico 3, as faixas etárias mais importantes das vítimas de acidentes graves e fatais são 18 a 29 anos (38,1%) e de 30 a 39 anos (19,4%).

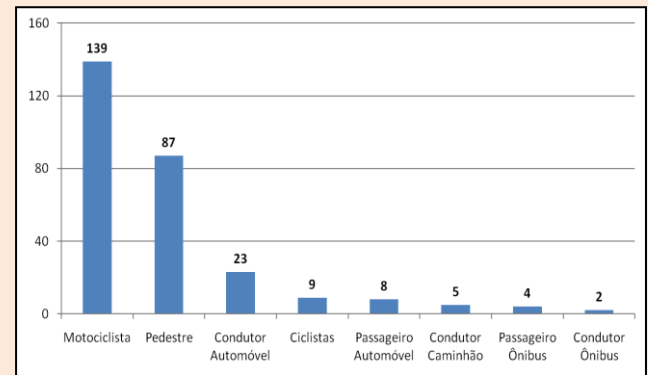
**Gráfico 3: Mortos e feridos graves por acidentes de trânsito, segundo faixa etária, Belo Horizonte, junho a setembro de 2010.**



Fonte: Relacionamento dos bancos SIM/SIH-SUS/BHTRANS-DETRAN. Agosto/2011

Os principais grupos de vítimas identificados (Gráfico 4) foram os motociclistas, que corresponderam a 50,2% das vítimas, seguido de pedestres e condutores de automóvel, correspondendo a 31,4% e 8,3%, respectivamente.

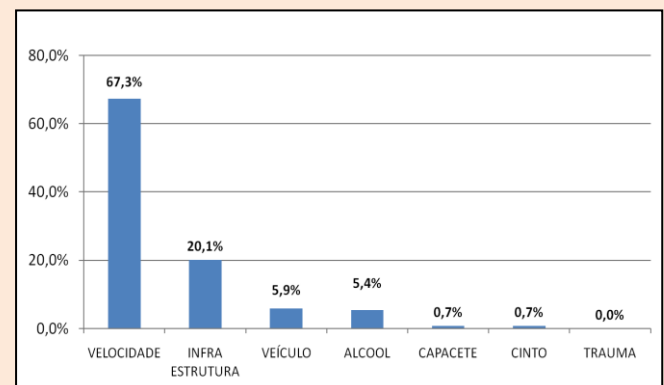
**Gráfico 4: Grupos de vítimas fatais e graves de acidentes de trânsito Belo Horizonte, junho a setembro de 2010.**



Fonte: Relacionamento dos bancos SIM/SIH-SUS/BHTRANS-DETRAN - Agosto/2011.

Quanto aos fatores locais de risco, destacaram-se a velocidade (67,3%), infraestrutura (20,1%), condições do veículo (5,9%) e associação álcool e direção (5,4%)

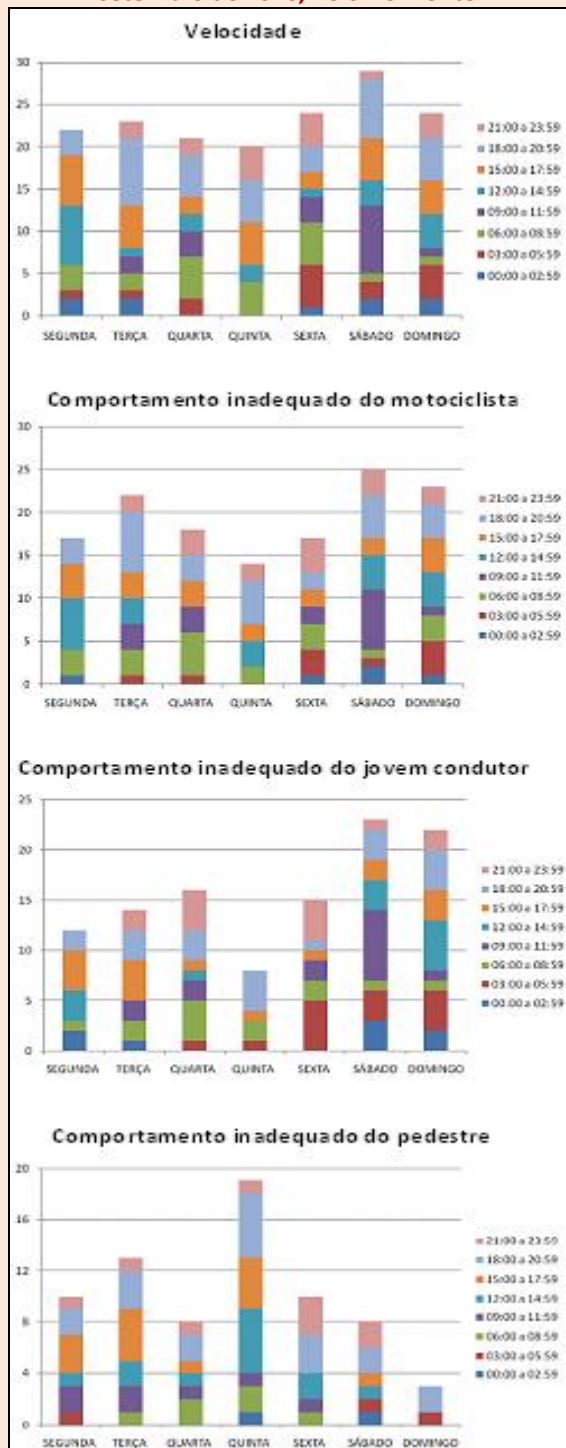
**Gráfico 5: Principais fatores locais de risco de acidentes de trânsito ocorridos no período de junho a setembro de 2010, Belo Horizonte.**



Fonte: Relacionamento dos bancos SIM/SIH-SUS/BHTRANS-DETRAN - Agosto/2011.

Dentre os fatores analisados, os acidentes relacionados à velocidade, comportamento inadequado de motociclista e jovem condutor foram mais frequentes nos finais de semana. Já os relacionados ao comportamento inadequado de pedestres ocorreram em maior número em dias de semana (Figura 1).

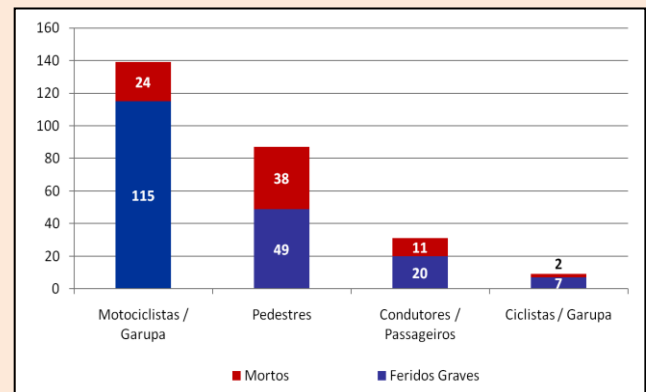
**Figura 1: Acidentes graves e fatais segundo hora, dia da semana e fator de risco, ocorrências de junho a setembro de 2010, Belo Horizonte.**



Fonte: Relacionamento dos bancos SIM/SIH-SUS/BHTRANS-DETRAN – Agosto/2011.

O Gráfico 6 mostra a relação mortos/feridos graves para os principais grupos de vítimas, destacando-se os pedestres, onde esta razão é de 0,77.

**Gráfico 6: Mortos e feridos graves por acidentes de trânsito, segundo grupo de vítima, ocorrências de junho a setembro de 2010, Belo Horizonte.**



Fonte: Relacionamento dos bancos SIM/SIH-SUS/BHTRANS-DETRAN – Agosto/2011.

O objetivo desta análise regular dos dados é permitir direcionar o planejamento de programas e intervenções para a redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito no município.

### **CONTROLE DE ZOOSE**

#### O controle de zoonoses e os animais de companhia

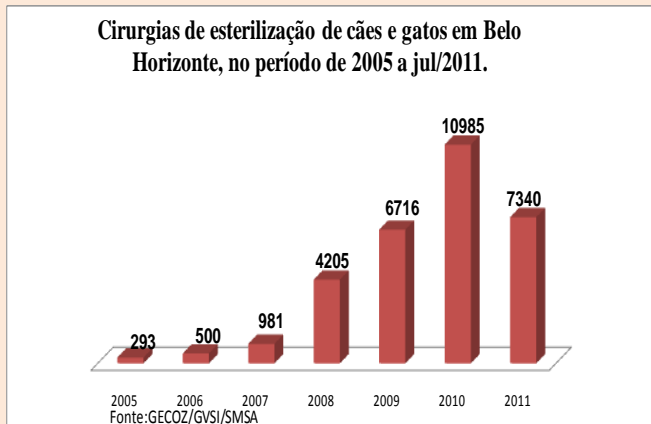
O controle ético da população animal em Belo Horizonte, através de programas de esterilização animal, educação para a guarda responsável e incentivo à adoção de animais não domiciliados, são atividades complementares ao controle de zoonoses que envolvem cães e gatos, como a raiva e a leishmaniose visceral (LV).

O abandono de animais nos grandes centros urbanos constitui um problema de saúde pública que deve ser enfrentado, utilizando estratégias diferenciadas que buscam impacto definitivo a médio e longo prazo. Dentre estas, a mais importante é o controle ético da população animal que inclui a castração em massa de cães e gatos.

Belo Horizonte conta com um programa gratuito de esterilização cirúrgica para estes animais desde 2008, totalizando atualmente mais de 30.000 animais castrados desde sua implantação. O controle ético da superpopulação animal favorece a diminuição da oferta de filhotes e conseqüentemente reduz a rápida reposição de cães em áreas endêmicas de LV.

Os agendamentos deste serviço podem ser feitos diretamente nos Centros de Esterilização de Cães e Gatos, através dos telefones 3277-7411 (CCZ), 3277-8448 (Noroeste) e 3277-7576 (Oeste).

**Gráfico 7**



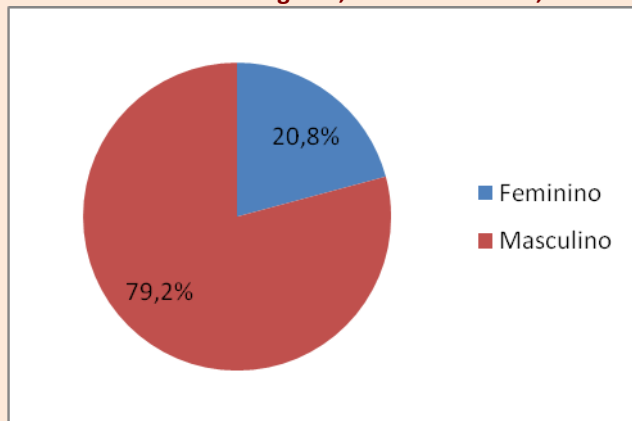
**SAÚDE DO TRABALHADOR**

Acidentes de trabalho grave

Em continuação ao Boletim da Vigilância em Saúde nº 6, onde o tema acidente de trabalho grave foi introduzido, apresenta-se neste número algumas características destes acidentes.

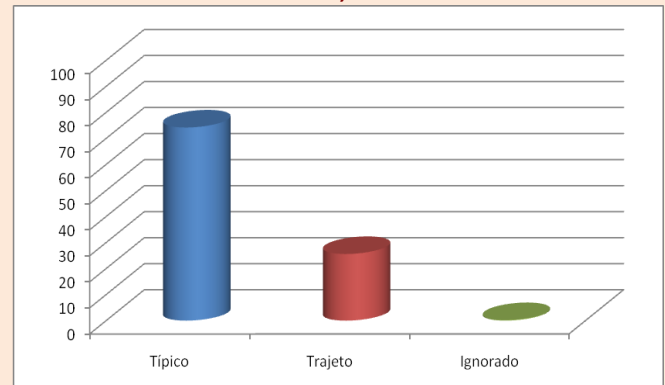
A maioria dos acidentes aconteceu em indivíduos do sexo masculino, conforme Gráfico 8.

**Gráfico 8: Percentual de agravos decorrentes de acidentes de trabalho grave, conforme o sexo, 2010.**



Quanto ao tipo do acidente, 74,2% foram considerados típicos e 25,6% de trajeto (Gráfico 9). Acidente típico é aquele que ocorre enquanto o trabalhador está a serviço da empresa, já o de trajeto é o que ocorre quando o mesmo está indo para o trabalho ou retornando para sua residência.

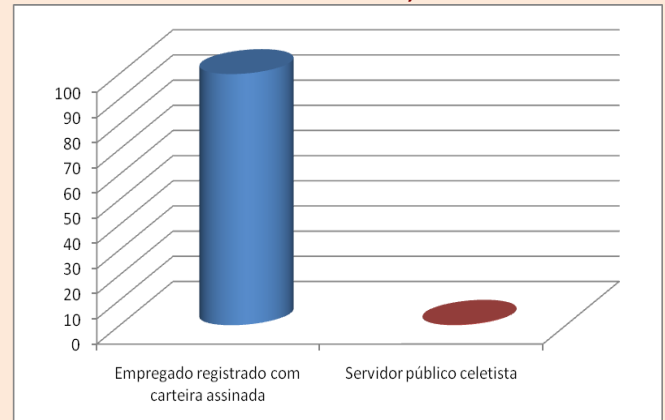
**Gráfico 9: Percentual de agravos decorrentes de acidentes de trabalho grave, conforme o tipo do acidente, 2010.**



Fonte: SINANNET/SUS

O trabalhador pode ser inserido sob diversas formas no mercado de trabalho. Neste levantamento, pode-se notar no Gráfico 10 que os acidentes de trabalho graves ocorreram, em sua maioria, em empregados que estão no mercado de trabalho formal com carteira de trabalho assinada (99,8%) nas instalações do contratante (46,2%), conforme Gráfico 11.

**Gráfico 10: Percentual de agravos decorrentes de acidentes de trabalho grave, segundo situação no mercado de trabalho, 2010.**



Fonte: SINANNET/SUS

**Gráfico 11 - Percentual de agravos decorrentes de acidentes de trabalho grave, segundo o local do acidente, 2010.**



Fonte: SINANNET/SUS

## SAÚDE DO VIAJANTE

Está previsto para o mês de outubro de 2011 o início de funcionamento do ambulatório de Atenção à Saúde do Viajante da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

O serviço funcionará de 8:00h as 17:00h, na Rua Paraíba nº 890 no Bairro Savassi e contará com equipe médica e de enfermagem.

O público alvo são os viajantes que saem ou entram no município de Belo Horizonte.

O objetivo do serviço é orientar os viajantes sobre medidas de prevenção de doenças e promoção da saúde, incluindo vacinação específica, conforme destino da viagem. Após o início de funcionamento, técnicos da ANVISA se integrarão ao serviço. Desta maneira, o Certificado Internacional de Vacinação ou Profilaxia passará a ser disponibilizado no local.

O serviço oferecerá também orientações após o retorno, para pessoas com suspeita de infecções contraídas durante a viagem, para os encaminhamentos na rede.

Este serviço utilizará o protocolo elaborado conjuntamente por representantes da SES, FHEMIG, UFMG e GVS/SMSA-BH, propiciando o desenvolvimento de ações integradas.

## VIGILÂNCIA SANITÁRIA

### Vigilância Sanitária de Laboratórios de Controle de Qualidade

A Vigilância Sanitária de Belo Horizonte participou, no período de 04 a 07 de julho, do III Congresso Latino Americano e XVII Encontro Nacional de Analistas de Alimentos realizado em Cuiabá-MT. A participação no evento incluiu a apresentação de trabalho em Pôster/Discussão Temática – LABORATÓRIOS DE CONTROLE DE QUALIDADE DE QUALIDADE – IMPLANTAÇÃO DE INSPEÇÕES SANITÁRIAS NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE de autoria de Eliane Abreu Fraga Beraldo, Maria Andréa Brasil Rocha e Mara Machado Guimarães Corradi.

A alimentação é direito fundamental do ser humano e pode constituir fonte potencial de risco a saúde da população. O papel da vigilância sanitária é promover e proteger a saúde da população e intervir nos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos e serviços sujeitos à vigilância sanitária. Considerando a dimensão e a relevância sanitária dos Laboratórios de Controle de Qualidade, que por meio de ensaios físico-químicos e microbiológicos avaliam e monitoram a qualidade de produtos de interesse da saúde como alimentos, água e cosméticos dentre outros, bem como de seus insumos e a inexistência de legislação sanitária específica para a atividade, verificou-se a necessidade da criação de um instrumento que permitisse a implantação da fiscalização neste segmento no município de Belo Horizonte. Além disto, houve demanda dos próprios laboratórios para a liberação de Alvará de Autorização Sanitária (AAS). Com a

finalidade de cumprir a atribuição prevista na Lei Municipal 7031/96 – Código Sanitário Municipal de Belo Horizonte, um grupo de trabalho foi instituído para realizar levantamento bibliográfico, com o objetivo de elaborar um Roteiro de Inspeção, para respaldar as inspeções sanitárias, direcionar e padronizar a ação fiscal. O município assumiu a responsabilidade por inspeções em laboratórios de controle de qualidade em saúde em 2007. Não havia legislação federal, estadual e municipal que regulasse essa atividade. Foi instituído, como instrumento de trabalho, um roteiro de inspeção, elaborado pela Vigilância Sanitária de Belo Horizonte (VISA), tendo como referências manuais, normas e legislações complementares, além de normas da ABNT. O Roteiro de Inspeção Sanitária instituído é pioneiro no país. A atual versão contempla 200 itens para avaliar a qualidade dos serviços prestados, sendo dividida em dezesseis sessões que abordam: Identificação do estabelecimento e do serviço; Condições gerais de funcionamento; Recursos humanos; Relatório de ensaio; Infraestrutura, acomodações e condições ambientais; Amostras/itens de ensaio; Equipamentos; Métodos de ensaio; Água; Garantia da qualidade; Microbiologia; Atendimento ao cliente; Registros; Limpeza, desinfecção e esterilização; Biossegurança e Resíduos

Desde o início de 2008 esses laboratórios, que realizam análises de controle de qualidade em produtos como água, alimentos, bebidas, insumos e cosméticos, por meio de ensaios físico-químicos e microbiológicos estão sendo sistematicamente inspecionados. Verificou-se empenho dos laboratórios no sentido de adequação às exigências, com reflexos significativos.

Nas Tabelas 8 e 9 estão apresentados respectivamente os principais avanços e dificuldades dos laboratórios em relação ao atendimento dos itens do Roteiro de Inspeção.

**Tabela 8**

**Tabela 8 – Correlação entre alguns itens do Roteiro de Inspeção e avanços verificados nas inspeções sistemáticas**

Itens do Roteiro	Avanços
Recursos Humanos	Registros de treinamentos dos funcionários/ Procedimentos para assegurar a confidencialidade das informações
Relatório de Ensaio	Adequação das informações do Relatório de Ensaio
Amostras	Registros de temperatura no recebimento de amostras
Equipamentos	Registros do histórico do equipamento/ Qualificação de autoclaves e estufas críticas
Água	Registros do Controle de Qualidade da água reagente/ Medidas corretivas quando fora dos parâmetros
Garantia da Qualidade	Manual da qualidade/ Procedimentos operacionais padrão atualizados/ Rastreabilidade/ Registros do controle interno da qualidade para todos os ensaios/ Qualificação de fornecedores/ Inspeção e cadastro de reagentes e insumos
Biossegurança	Implantação do manual atualizado de acordo com a realidade do laboratório
Resíduos	Plano de Gerenciamento de Resíduos de Saúde protocolado e implantado

Fonte: Extraído de: Rocha, MAB; Beraldo, EAF; Corradi, MMG, 2010, SIMBRAVISA



Tabela 9

Tabela 9 - Dificuldades por parte dos laboratórios para implantação de alguns itens do Roteiro de Inspeção	
Itens do Roteiro	Dificuldades de implantação
Métodos de Ensaio	Determinação das incertezas de medição
	Verificação prévia dos métodos analíticos normatizados, utilizados sob a condição de operação do laboratório
Garantia da Qualidade	Registros de verificação de reagentes críticos ao desempenho do método, incluindo comparação do lote novo com o lote anterior, antes de sua entrada em uso
	Deteção de tendências e uso de técnicas estatísticas, se aplicável para a análise crítica dos resultados do controle interno da qualidade
	Participação em ensaios de proficiência

Fonte: Extraído de: Rocha, MAB; Beraldo, EAF; Corradi, MMG, 2011, ENAAL

A participação no evento foi muito importante para divulgar o trabalho pioneiro que vem sendo realizado pela Vigilância Sanitária de Belo Horizonte, que apresentou os principais avanços e dificuldades dos laboratórios, frente à melhoria da qualidade dos serviços prestados. Foi muito importante também para respaldar o direcionamento que vem sendo dado, durante as inspeções sanitárias, relativo aos requisitos necessários para a competência do laboratório, de modo que as análises sejam realizadas com qualidade, visando assegurar a confiabilidade do laudo analítico.

---

**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](mailto:gvsj@pbh.gov.br)**