

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

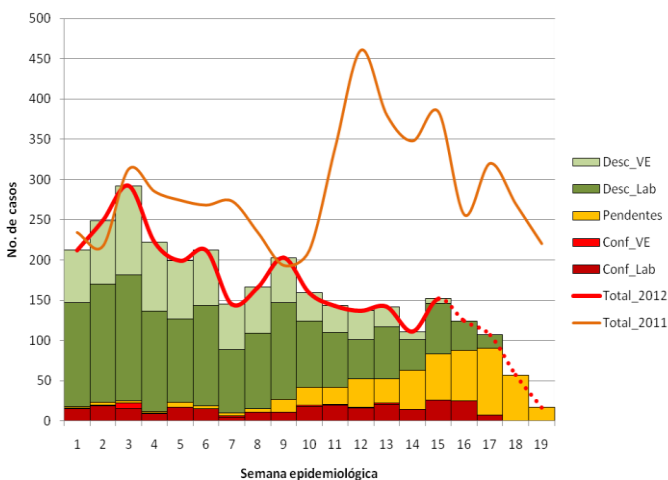
A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA) recebeu no período de 01/04/12 (SE 14) a 05/05/12 (SE 18), 1.160 notificações de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória, conforme Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. De todas as notificações, 426 (36,7%) corresponderam a notificações de dengue.

NOTIFICAÇÕES DE AGRAVOS DE VIGILÂNCIA

Dengue

Até a semana epidemiológica (SE) 19 foram notificados em Belo Horizonte 3.174 pacientes com suspeita de dengue (com início dos sintomas em 2012). Destes, 3.049 (96,1%) são residentes em Belo Horizonte: 279 (9,1%) foram confirmados como Dengue Clássica, um (0,1%) foi confirmado como Dengue com Complicações, 2.291 (75,1%) foram descartados e 478 (15,7%) estão em investigação. Dentre os casos notificados que estão em investigação, oito (0,4%) são suspeitos de Febre Hemorrágica da Dengue (FHD). Dentre os casos descartados 1.495 (65,3%) foram pelo critério laboratorial. Comparando o número de casos notificados em 2012 com o mesmo período de 2011 observa-se uma redução de 38,6% (Gráfico 1).

Gráfico 1: Casos confirmados, descartados e pendentes de dengue, Belo Horizonte, 2012.



Fonte: Sinan Online; incluindo casos importados; atualizada em 14/05/2012 (Sem 19/2012)

O maior número de casos de dengue foi notificado nos distritos Norte (497) e Nordeste (426). O DS Noroeste

teve o maior número de casos confirmados (46), seguido do DS Pampulha (41). Estes dois distritos tiveram as maiores taxas de incidência de casos de confirmados de dengue. Os DS com maiores percentuais de confirmação foram Centro Sul e Noroeste (Tabela 1).

Tabela 1: Casos notificados de dengue segundo classificação final e distrito sanitário de residência, Belo Horizonte, 2012.

Distrito	Dengue Clássico	DCC	Taxa incidência (confirmados)	Descartados	Pendentes	Total	% Confirmação
Barreiro	24		8,5	243	72	339	9
Centro Sul	28		9,9	84	20	132	25
Leste	21		8,8	315	48	384	6,3
Nordeste	29		10	339	58	426	7,9
Noroeste	46		17,2	174	47	267	20,9
Norte	26		12,3	390	81	497	6,3
Oeste	35	1	11,6	213	26	275	14,5
Pampulha	41		18,1	286	53	380	12,5
Venda Nova	24		9	223	56	303	9,7
Ignorado	5		11,8	24	17	46	
Total	279	1	8,5	2291	478	3049	10,9

Fonte: Sinan Online; incluindo casos importados; atualizada em 14/05/2012 (Sem 19/2012).

As Áreas de Abrangências dos Centros de Saúde Santos Anjos (NO), Glória (NO) e Santa Amélia (P) tiveram o maior número de casos confirmados desde o início de 2012: 12, 9 e 8 casos respectivamente. Nas últimas quatro semanas, 38 áreas de abrangência confirmaram 58 casos de dengue, sendo as áreas dos Centros de Saúde Santos Anjos (NO), Jardim Alvorada (P), João XXIII (O), MG-20 (N), Santa Terezinha (P) e Serrano (P) as com maior número de casos confirmados nas últimas semanas.

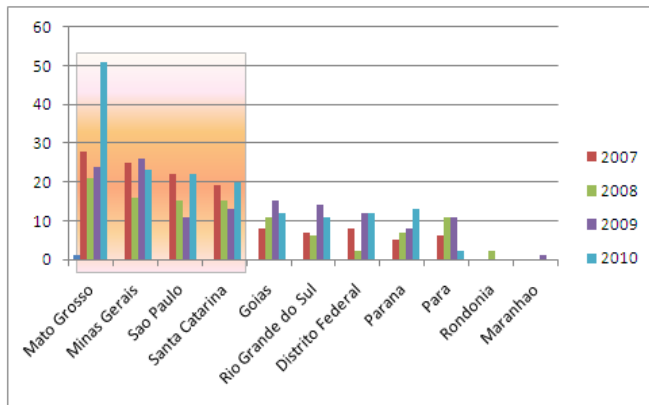
Até a SE 19/2012 foram realizados 603 testes rápidos NS1 (no HIJPII, HOB e UPAs) sendo 32 (5,3%) positivos. O Laboratório Municipal realizou 50 testes Elisa NS1 e sete (14%) foram positivos. As amostras positivas nos testes NS1 são encaminhadas para Isolamento Viral na FUNED. Onze amostras foram positivas no Isolamento Viral, sendo que o sorotipo DENV1 foi identificado em sete (63,6%) amostras e o sorotipo DENV4 em quatro (36,4%). O DS Barreiro teve quatro amostras positivas para DENV1, o DS Pampulha duas e o DS Noroeste uma. O sorotipo DENV4 foi isolado pela primeira vez em Belo Horizonte na SE 10, na amostra de uma criança residente no DS Noroeste que não teve sangramentos ou derrames cavitários e evoluiu bem. Outras três amostras coletadas de pacientes atendidos na UPA Pampulha foram positivas para o sorotipo DENV4: dois pacientes são residentes em

Contagem (divisa com Belo Horizonte) e um residente no Bairro Castelo: paciente sexo masculino, 34 anos, teve boa evolução.

Hantavirose

No período de 2007 a 2010 foram registrados no país 535 casos confirmados de hantavirose, tendo variado de 106 casos em 2008 a 166 em 2010. Os estados com maior número de casos são Mato Grosso, Minas Gerais, São Paulo e Santa Catarina, sendo que Minas Gerais ocupa o segundo lugar, com 90 casos no período e 23 em 2010 (Gráfico 2).

Gráfico 2: Casos confirmados de hantavirose, segundo ano de início de sintomas e UF de residência. Brasil, 2007-2010.



FONTE: Datasus - Fonte: Ministério da Saúde/SVS
Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net
Dados parciais

Em Minas Gerais observou-se que 50% (45) dos casos do período de 2007 a 2010 concentraram-se nas regiões do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba, com destaque para as cidades de Araxá (13 casos) e Patrocínio (10 casos).

Em Belo Horizonte, no período de 2007 a 2012, foram notificados 20 casos *suspeitos* de hantavirose, entre pacientes *internados* no município.

Apenas dois casos suspeitos foram confirmados laboratorialmente, um em 2008, sendo o paciente residente no município de Juatuba (RMBH) e outro em 2009, cujo paciente residia na área rural do município de Nova Serrana (Regional de Divinópolis - MG).

Os casos confirmados são adultos do sexo masculino (30 e 44 anos), sendo que o primeiro apresentou forma clínica prodrômica ou inespecífica e o outro desenvolveu Síndrome Cardiopulmonar da Hantavirose (SCPH), com manifestação de febre, cefaléia, mialgia generalizada, dor torácica, tosse seca, taquipnéia, dispnéia e hipoxemia. Na investigação epidemiológica do segundo caso foram identificados os seguintes riscos: atuação em lavoura e criação de animais e contato direto com rato silvestre ou do mato e com suas excretas (fezes, urina, etc.).

Na Vigilância Epidemiológica das Síndromes Febris Ictéricas e/ou Hemorrágicas Agudas (VE-SFIHA) um dos possíveis diagnósticos é a hantavirose. Os objetivos dessa vigilância são: o aumento da sensibilidade da vigilância epidemiológica, a melhoria da oportunidade das intervenções, a ampliação da definição etiológica das doenças íctero-hemorrágicas e a possível detecção de doenças emergentes e reemergentes. Diante de casos que preencham o critério sindrômico, o conhecimento da procedência do paciente e as informações sobre suas atividades, hábitos e outros dados epidemiológicos são essenciais para fundamentar a suspeita diagnóstica de hantavirose.

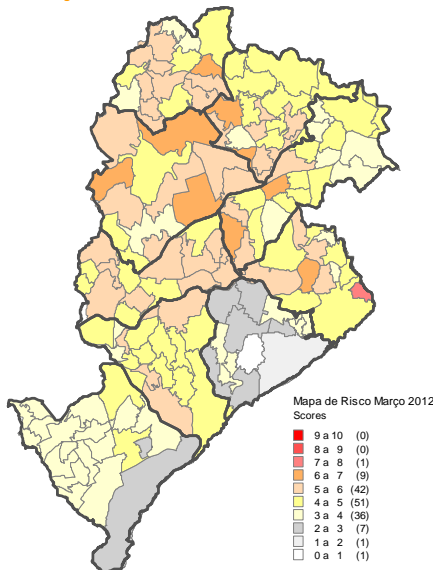
CONTROLE DE ZONÓSES

Mapa de risco para ocorrência de Dengue

O mapa de risco é calculado tomando como unidade de análise as Áreas de Abrangência (AA), dos Centros de Saúde. É um indicador composto, que leva em consideração: a presença de vetores (mosquitos) medida pelo LIRAA (Levantamento de Índice Rápido do *Aedes aegypti*) e pelas armadilhas de oviposição (ovitrapas); a ocorrência de casos recentes e a incidência de dengue no período anterior e o tipo de ocupação predominante na área (imóveis horizontais/verticais). Este indicador é representado por um score que varia de 0 a 10, correspondendo em ordem crescente uma estimativa de vulnerabilidade para transmissão de dengue por Área de Abrangência de Centro de Saúde, e pretende ser um orientador de priorização espacial de medidas de controle.

No mapa de março de 2012 (Mapa 1) tomou-se como base a série histórica dos Índices de Infestação Predial (IIP) dos LIRAA desde 2006, o resultado de IIP do LIRAA de março de 2012 e a média de ovos de ovitrapas entre as semanas epidemiológicas 35 e 42 de 2011 (período de baixa intensidade). A incidência do período anterior considerou o acumulado entre janeiro de 2010 e junho de 2011 (considerando o predomínio do sorotipo 1 neste período). Os casos recentes foram computados a partir da semana epidemiológica 51 de 2011, considerando os casos já confirmados e uma estimativa de confirmação entre os casos suspeitos ainda sem confirmação. O tipo de ocupação predominante foi representado pelo percentual de imóveis horizontais obtido pelo Reconhecimento Geográfico de 2011 realizado pelas Gerências Regionais de Controle de Zoonoses.

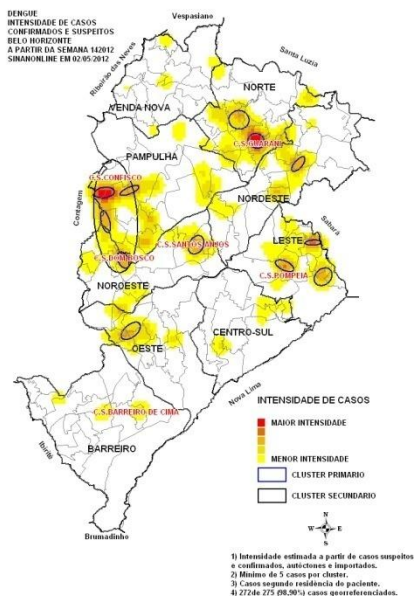
Mapa 1: Mapa de risco para ocorrência de Dengue, Belo Horizonte, março de 2012.



Fonte: GECOZ/GEEPI/GVSI/SMSA

A distribuição geográfica dos casos confirmados e ainda em avaliação no mês de abril mostra uma sintonia espacial com o mapa de risco (Mapa 2).

Mapa 2: Casos de dengue confirmados e pendentes a partir de abril de 2012.



Fonte: GECOZ/GEEPI/GVSI/SMSA

IMUNIZAÇÃO

Minimizando erros na sala de vacina

No Boletim da Vigilância em Saúde, Ano II - Nº 03, foram abordados aspectos relevantes sobre os eventos adversos pós vacinação, além de ressaltar a importância da notificação desses eventos. Ao se deparar cada vez mais com a divulgação pela imprensa de erros na administração de medicamentos, surge a necessidade de abordar outro aspecto relevante nesse tema, são os chamados “erros programáticos”, ou seja, erros técnicos na preparação da vacina, na sua manipulação ou na sua administração.

As etapas de preparação, manipulação e aplicação têm sido alvo de estudo de pessoas que trabalham com o programa de imunização. Alguns tipos de erros de vacinação são, na maioria, previsíveis e estão relacionados a fatores humanos. As reações adversas relacionadas à armazenagem, à manipulação e à administração das vacinas, muitas vezes acontecem com maior frequência do que as reações relacionadas às propriedades das vacinas propriamente ditas.

Com a diminuição da incidência de muitas das doenças passíveis de prevenção por vacinas, o número de eventos adversos relacionados à vacinação imprópria pode, em determinadas situações exceder o número de casos dessas doenças (Malburg, AV. Revista Imunizações. SBIm 2011;(4):87-90).

Para a administração segura de uma vacina deve-se utilizar o mesmo protocolo indicado para administração de qualquer medicamento e consiste na validação dos chamados “cinco certos”.

1. Medicamento certo (vacina certa)
2. Paciente certo
3. Dose certa
4. Via de administração certa
5. Momento certo.

Erros relacionados à vacina errada são relatados quando denominações soam de forma parecida, por exemplo, dT, Dt, DTPa e dTpa. O rótulo das vacinas também é citado como motivo de erro, ressaltando a necessidade de ser impresso com letras maiúsculas. Outro fator que gera erros durante a administração da vacina, consiste quando as embalagens são semelhantes, causando enganos durante a aplicação. Esse é um importante aspecto que deveria ser considerado pelos fabricantes, a fim de evitar que tais erros ocorram.

Os erros que ocorrem por causa da **identificação do paciente** (paciente certo) envolvem desde aplicação de vacinas contra-indicadas em determinados pacientes até pacientes errados, envolvendo a aplicação de imunobiológico indevido a outro paciente.

Os principais problemas relacionados à **dose errada** envolvem volumes inapropriados, reconstituições inadequadas, levando a riscos potenciais de eventos adversos.

Em dois estudos norte americanos sobre erros de vacinação feito através da notificação de eventos adversos, a **via errada** correspondeu ao terceiro tipo mais notificado (Malburg, AV. Revista Imunizações. SBIm 2011;(4):87-90). O armazenamento separado das vacinas de uso intramuscular (a maioria) e as de uso subcutâneo, bem como ressaltar a via de administração na tampa da caixa de poliuretano, podem ser medidas úteis na prevenção de erros.

Erros relacionados ao momento certo da aplicação foram notificados com frequência. Resultado de estudo realizado no Reino Unido (Malburg, AV. Revista Imunizações. SBIm 2011;(4):87-90), relata que 61% dos erros notificados foram por causa da administração de vacinas que não respeitavam o calendário vacinal ou que foram feitos em intervalos inadequados. Equívocos relacionados a erros de avaliação do momento certo para aplicação de um imunobiológico podem ocasionar o adiamento indevido de uma vacina ou vacinações extras. É de suma importância criar uma sistematização das tarefas diárias na sala de vacina, a fim de reduzir a incidência de erros, muitos deles previsíveis.

Num enfoque prático e passível de aplicação em qualquer sala de vacina, os procedimentos podem ser divididos em três fases: procedimentos antes da aplicação da vacina, durante e depois da sua aplicação.

Procedimentos antes da aplicação da vacina

- Evitar armazenar vacinas com nomes e embalagens similares próximas umas das outras;
- Manter o cartaz “Informações Técnicas sobre Vacinas” e o cartaz “Perguntas a serem feitas antes da aplicação das Vacinas” em local visível na sala de vacina.
- Orientar os profissionais de enfermagem a consultar sempre o material acima antes da execução de cada vacina.

Procedimentos durante a aplicação

- Reportar-se à pessoa a ser vacinada pelo nome completo, para certificar-se de que realmente ela é a pessoa a ser vacinada. No caso de crianças, referir-se a ela pelo nome completo para certificação dos pais ou responsável;
- Mostrar a embalagem da vacina a ser administrada para a pessoa a ser vacinada ou seu responsável, lendo o nome da vacina (caso esteja em sigla MMR, DTP, explicá-las) apontando a data de validade e, se é de uso pediátrico ou adulto;
- Orientar eventos adversos mais comuns antes da aplicação da vacina;
- Dependendo da vacina, da idade e do biotipo da pessoa a ser vacinada, definir/consultar o local de aplicação mais adequado;
- Verificar a via de administração e escolher a agulha apropriada para aplicação e para o paciente;
- Seguir as recomendações específicas para a utilização, armazenagem e manuseio do produto;

- Seguir os procedimentos seguros para a reconstituição das vacinas liofilizadas;
- Certificar-se de que está utilizando o diluente correto e que vacina e diluente sejam do mesmo fabricante (jamais substituir o diluente);
- Antes da reconstituição, certificar-se de que a vacina e o diluente estejam na mesma temperatura (entre 2º C e 8º C);
- Reconstituir a vacina imediatamente antes de sua administração;
- Jamais misturar outras vacinas em uma mesma seringa;
- Após a reconstituição da vacina, verificar sinais de deterioração, como mudanças de coloração;
- Posicionar a pessoa a ser vacinada de maneira a obter relaxamento da musculatura eleita para aplicação da vacina.

Procedimentos após a aplicação

- Observar a ocorrência de sinais de complicações, tais como síncope ou anafilaxia.
- Orientar o paciente/responsável sobre os eventos esperados mais comuns, como febre, dor local, e seu manejo.
- Recomendar procurar o serviço em caso de algum evento adverso com maior gravidade.

SAÚDE DO TRABALHADOR

Perfil do paciente atendido no Centro de Referência Regional de Saúde do Trabalhador (CEREST): Unidade Centro-Sul.

O município de Belo Horizonte possui duas unidades de atendimento especializado em doenças do trabalho: o Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador – CEREST Unidade Barreiro e Unidade Centro Sul.

A unidade Centro Sul teve suas atividades iniciadas em 2005 e atende qualquer trabalhador referenciado da rede SUS ou de outros órgãos/instituições desde que seja um caso de provável doença do trabalho.

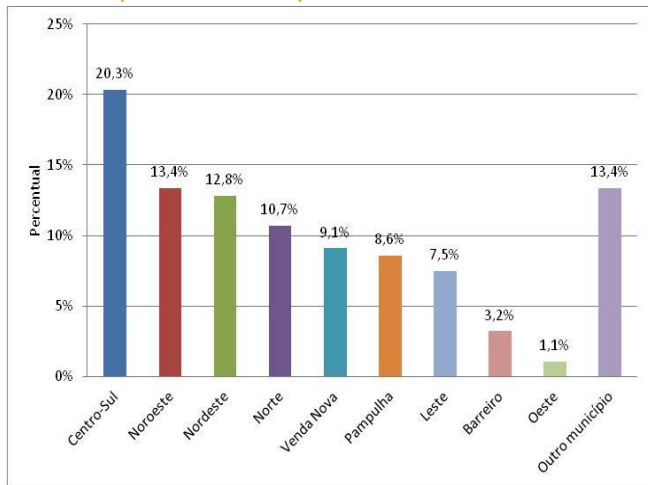
Será apresentado neste texto o perfil do paciente/trabalhador atendidos na Unidade Centro Sul no ano de 2011.

Foram analisados os prontuários de 187 primeiras consultas sendo excluídos os retornos. A análise e coleta de dados foram realizadas no EPI2000.

As mulheres representaram a maior parte dos pacientes atendidos (59,4%). Em relação à raça, 48,9% (91) eram da raça negra.

Na maioria das vezes (86,7%) os pacientes eram provenientes de Belo Horizonte. No Gráfico 3 observa-se a distribuição por Distrito Sanitário de residência em Belo Horizonte.

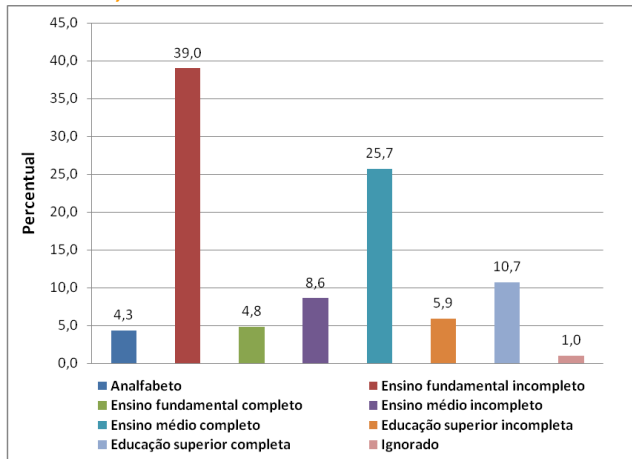
Gráfico 3: Distribuição percentual dos pacientes atendidos por Distrito Sanitário de residência. CEREST Centro Sul, Belo Horizonte, 2011.



Fonte: CEREST/Unidade Centro Sul – SMSA-BH

Quanto à escolaridade, cerca de dois terços dos pacientes (64,7%) tinham ensino fundamental incompleto ou ensino médio completo e 10,7% ensino superior completo (Gráfico 4).

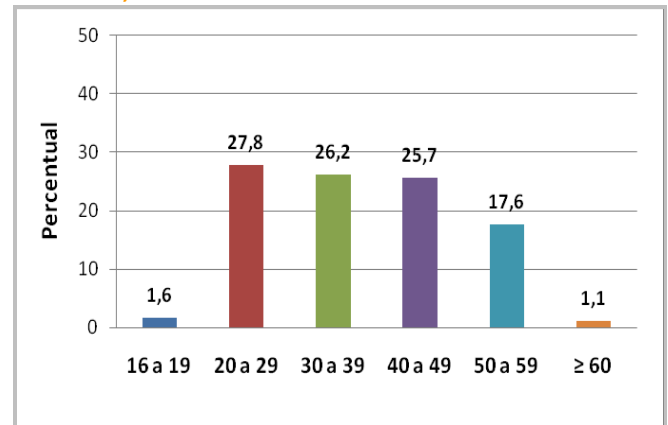
Gráfico 4: Distribuição percentual dos pacientes atendidos por grau de instrução. CEREST Centro Sul, Belo Horizonte, 2011.



Fonte: CEREST/Unidade Centro Sul – SMSA-BH

Dos 187 prontuários analisados, 80% (150) dos pacientes concentram-se na faixa etária de 20 a 49 anos (Gráfico 5).

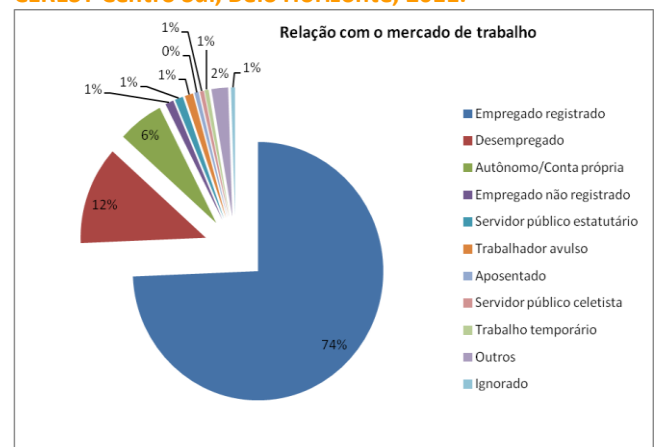
Gráfico 5: Distribuição percentual dos pacientes atendidos por faixa etária. CEREST Centro Sul, Belo Horizonte, 2011.



Fonte: CEREST/Unidade Centro Sul – SMSA-BH

O paciente mais freqüente é o empregado com carteira assinada (74%), registrado, em atividade (trabalhando no momento) (71,7%) e não recebendo qualquer tipo de benefício por incapacidade (74,9%) (Gráfico 6).

Gráfico 6: Distribuição percentual dos pacientes atendidos segundo relação com o mercado de trabalho. CEREST Centro Sul, Belo Horizonte, 2011.



Fonte: CEREST/Unidade Centro Sul – SMSA-BH

Na próxima edição desse boletim será apresentada a continuação desta análise.

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Avaliação dos laboratórios de microbiologia dos hospitais de Belo Horizonte: Fase analítica.

A Vigilância Sanitária (VISA) de Belo Horizonte realizou em 2011 um estudo para avaliação de 13 laboratórios de microbiologia (LM) de hospitais com UTI adulto. Dando continuidade a esse tema abordado nas Edições nº 11/2011 e 03/2012 desse boletim, será apresentada a Parte II da avaliação da fase analítica do processamento das amostras para análises microbiológicas.

O antibiograma é de fundamental importância clínica para orientação da terapêutica, monitoramento da evolução de resistências bacterianas e direcionamento das estratégias na terapêutica empírica. Para realização do antibiograma com eficiência, deve-se estabelecer um Programa de Controle de Qualidade com o objetivo de monitorar a precisão e acurácia, monitorar os reagentes utilizados e os técnicos que fazem os procedimentos e a leitura dos exames.

Na Tabela 2 são apresentados os dados referentes ao Controle de Qualidade dos Antibiogramas dos serviços avaliados.

Tabela 2: Dados referentes ao Controle de Qualidade dos Antibiogramas dos LM. Belo Horizonte, dezembro de 2010 a maio de 2011.

Itens inspecionados	Sim n (%)	Não n (%)
Há registros do Controle Interno de Qualidade para cada lote de discos de antimicrobiano	4 (31)	9 (69)
Há cepas ATCC para Controle Interno de Qualidade para testar os lotes dos discos de antimicrobiano	4 (31)	9 (69)
Há análise crítica dos resultados do Controle Interno de Qualidade	4 (31)	9 (69)
Há implementação de medidas corretivas a partir dos resultados do Controle Interno de Qualidade	4 (31)	9 (69)
Há registros do uso da escala de McFarland	4 (31)	9 (69)
Há espectrofotômetro para leitura da escala de McFarland	3 (23)	10 (77)

Fonte: Banco de dados da VISA-BH.

O controle de qualidade para o antibiograma, pelo método de disco-difusão, deve ser realizado mediante diferentes cepas padrão com zonas de diâmetro conhecidas para cada antimicrobiano testado, segundo recomendação do Clinical Laboratory Standards Institute (CLSI). O uso de cepas de referência tipo ATCC (American Type Culture Collection) destina-se à verificação dos resultados obtidos, pois suas características fenotípicas já são conhecidas, ou seja, sua identificação e seu perfil de sensibilidade já foram determinados. As cepas devem possuir uma origem confiável, vindas de um laboratório de referência que realiza testes fenotípicos e moleculares para confirmar sua identificação e perfil de sensibilidade. A escala de McFarland é primordial para padronizar a densidade do inóculo para um teste de sensibilidade aos antimicrobianos, funcionando como um controle de turbidez do inóculo preparado.

Tabela 3: Dados referentes ao Controle de Qualidade dos reagentes, cepas e corantes dos LM. Belo Horizonte, dezembro de 2010 a maio de 2011.

Itens inspecionados	Sim n (%)	Não n (%)
Há certificado de qualidade para cada lote de reagentes, cepas e corantes	9 (69)	4 (31)
Segue as orientações do fabricante para o armazenamento dos reagentes, cepas e corantes	10 (77)	3 (23)
Há procedimentos escritos, datados, assinados, aprovados e atualizados para o uso de reagentes, cepas e corantes	5 (39)	8 (61)
Há registros de capacitação para o uso de reagentes, cepas e corantes	1 (8)	12 (92)
Testa reagentes, cepas e corantes com controles positivos e negativos antes do uso	4 (31)	9 (69)
Há análise crítica dos resultados dos testes com controles positivos e negativos para os reagentes, cepas e corantes	4 (31)	9 (69)
Há implementação de medidas corretivas após testar os reagentes, cepas e corantes	4 (31)	9 (69)

Fonte: Banco de dados da VISA-BH.

O Controle de Qualidade dos corantes deve ser realizado a cada novo lote, com os devidos registros para garantir o processo de rastreabilidade, sendo importante monitorar com controles semanais, pois os corantes podem evaporar e afetar os resultados comprometendo a confiabilidade dos laudos liberados.

É necessário que as estufas de uso crítico sejam monitoradas quanto à estabilidade e uniformidade de distribuição da temperatura, seja verificado o tempo para atingir as condições de equilíbrio necessárias para um bom desempenho desses equipamentos. Os laboratórios devem monitorar a temperatura diariamente e manter os registros dessa operação de forma a garantir a rastreabilidade do processo.

Tabela 4: Dados sobre monitorização de temperatura das estufas de uso crítico dos LM. Belo Horizonte, dezembro de 2010 a maio de 2011.

Itens inspecionados	Sim	Não
	n (%)	n (%)
Termômetros devidamente posicionados	1 (8)	12 (92)
Termômetros calibrados	5 (39)	8 (61)
É estabelecida e documentada a uniformidade de distribuição da temperatura – posição e altura das placas de petri e o espaço entre elas	0 (0)	13 (100)
Os registros de temperatura estão dentro dos valores pré-estabelecidos	9 (69)	4 (31)
São adotadas medidas corretivas quando os valores são divergentes	9 (69)	4 (31)

Fonte: Banco de dados da VISA-BH.

Em 77% dos serviços (10) os reagentes ou insumos preparados pelo próprio laboratório não possuíam rótulo completo. Esse é um dado preocupante porque os laboratórios devem garantir que todos os reagentes, meios, corantes, diluentes e outras soluções sejam adequadamente rotulados, com, pelo menos, indicações quanto ao nome, concentração, número do lote, data de preparação, identificação de quem preparou, data de validade, condições de armazenamento e riscos potenciais. Essas informações são importantes para evitar a troca de insumos, a utilização de produtos com data de validade expirada, a utilização em desacordo com as recomendações do fabricante, além de evitar acidentes ocupacionais.

A ANVISA publicou em 31 de maio de 2011, a Instrução Normativa Nº 2, que versa sobre a obrigatoriedade de registro de determinados equipamentos médicos utilizados nos serviços de saúde. Nessa norma estão inclusos os utilizados em laboratórios. Para a obtenção de registro de um equipamento, o fabricante segue um protocolo estabelecido pela agência reguladora. Seu objetivo é garantir que o equipamento esteja apto a realizar todas as atividades propostas pelo fabricante no que diz respeito às informações de segurança e eficácia. Nenhum dos laboratórios avaliados apresentou o registro de todos os seus equipamentos no órgão competente. A utilização de equipamentos em desacordo com as normas pode comprometer o resultado do exame, mesmo que o serviço realize sua técnica adequadamente.

Nenhum laboratório garantia a rastreabilidade de todo o processo, desde a coleta até o laudo final. Isso é

imprescindível, pois o laboratório deve garantir a recuperação e disponibilidade de seus registros críticos, bem como os dados brutos, possibilitando assegurar a rastreabilidade do laudo liberado.

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

O LM, com controle de qualidade adequado, desempenha um papel de suma relevância nesse contexto, pois é responsável pela identificação precisa dos agentes causadores de infecção e pela realização dos testes de sensibilidade aos antimicrobianos. É a fonte para estudos epidemiológicos, moleculares e de planejamento, com objetivo de impedir a disseminação dos micro-organismos, melhorar a orientação terapêutica, modificar a padronização antimicrobiana e conhecer o impacto da resistência bacteriana na mortalidade e morbidade.

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