



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

v. 2 | n. 10 | 22 de agosto de 2016

Informativo de Vigilância em Saúde do Rio Grande do Sul

Nesta edição:

Capacitação do VIGIAR na 6ª CRS mostra resultados	2
RS realiza ações no Dia Mundial de Luta contra as Hepatites Virais	2
CREMERS sedia fórum sobre tuberculose	4
Malária foi tema de debate no programa Sala de Convidados, da Fiocruz	4
Com novo tratamento, Brasil ultrapassa 90% de taxa de cura para Hepatite C	5
Anvisa proíbe venda de 5 marcas de extrato de tomate por "excesso" de pelo de roedor	6
MS publicou o Plano de Operação do Ponto Focal Nacional para o RSI	7
OMS esclarece boatos sobre vírus zika e microcefalia	8
Novos casos de poliomielite no nordeste da Nigéria aumentam os riscos para crianças apanhadas no meio do conflito	9
Zika é detectado em esperma de italiano 6 meses após infecção	10
Estudo mostra como o vírus zika atinge bebês na placenta	10

Capacitação do VIGIAR na 6ª CRS mostra resultados

A *Capacitação em Vigilância em Saúde de Populações Expostas aos Poluentes Atmosféricos – VIGIAR*, realizada no dia 28 de julho, na sede da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) -Passo Fundo, começou a mostrar resultados.

O evento, organizado pela Divisão de Vigilância Ambiental em Saúde (DVAS) e pela Divisão de Vigilância da Saúde do Trabalhador (DVST) da 6ª CRS, contou com a participação da equipe do VIGIAR do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEV/SRS) e representantes dos municípios de Água Santa, André da Rocha, Campos Borges, Carazinho, Casca, Caseiros, Ciriaco, Coxilha, Ernestina, Gentil, Itapuça, Lagoa Vermelha, Machadinho, Marau, Mato Castelhano, Mormaço, Muliterno, Pontão, Sananduva, Santo Expedito do Sul, São Domingos do Sul, São João da Urtiga, Serafina Correa, Tapejara e Vila Lângaro.

Foram abordadas as principais atividades desenvolvidas pela Vigilância em Saúde de Populações Expostas aos Poluentes Atmosféricos no Estado do Rio Grande do Sul (RS); informações epidemiológicas da 6ª CRS que possuem relação com o VIGIAR; impactos da poluição atmosférica na saúde humana; resultados da aplicação do Instrumento de Identificação de Município de Risco (IIMR) para os municípios da 6ª CRS e a estratégia de Unidades Sentinelas.

O município de Ciriaco é o primeiro a implantar a coleta de dados de interesse do VIGIAR em Unidades Sentinelas. Essa estratégia tem como foco a avaliação dos possíveis impactos na saúde causados pela poluição atmosférica em crianças menores de 5 anos, que apresentem um ou mais sintomas respiratórios: dispnéia (falta de ar), sibilância (chiado no peito) e tosse. Também são considerados agravos: asma, bronquite e infecção respiratória aguda (IRA).

A Unidade Sentinela propicia um melhor conhecimento do território e serve como um alerta, pois identifica as regiões com maior incidência de agravos respiratórios. As informações coletadas são avaliadas e contribuem com o planejamento das ações do VIGIAR, além de contribuir com os setores afins para a melhoria da qualidade do ar.

Conforme os dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), a 6ª CRS apresentou taxas de internações hospitalares por doenças do aparelho respiratório mais altas do que a média obtida para o RS, no período de 2008 a 2015.

De acordo com os resultados obtidos na última atualização do IIMR, em 2015, a 6ª CRS possui 14 municípios com risco crítico, 17 com risco alto, 14 com risco médio e 18 com risco baixo para a Vigilância em Saúde de Populações Expostas aos Poluentes Atmosféricos.

O IIMR é composto por informações ambientais (indústrias de extração e de transformação, frota veicular e focos de calor) e de saúde (taxas de mortalidade e internações por doenças do aparelho respiratório). Esse instrumento possibilita a identificação de municípios prioritários ao VIGIAR.

RS realiza ações no Dia Mundial de Luta contra as Hepatites Virais



As hepatites virais, especialmente as hepatites B e C, têm alta prevalência no Rio Grande do Sul (RS). Em 2015 foram confirmados 76 casos de Hepatite A, 1.797 casos de Hepatite B e 2.881 casos de Hepatite C. (Fonte: SINAN, acesso em 04/07/2016).

No Estado houve mobilização para realizar ações de promoção e prevenção em Hepatites Virais e outras doenças sexualmente transmissíveis na semana do dia 28 de julho, quando foi comemorado o Dia Mundial de Luta Contra as Hepatites Virais.

Alguns municípios, como Porto Alegre, realizaram mobilizações no dia 28 enquanto outros, como Caxias do Sul e Santo Ângelo, durante toda a semana (de 25 a 31 de julho).

Os municípios realizaram diversas ações nas unidades de saúde, praças públicas, escolas e centros comunitários. Foram realizados testes rápidos para triagem das hepatites B e C, HIV e sífilis, vacinação de hepatite B e revisão de carteiras de vacinação, rodas de conversa com a população, aconselhamen-

tos individuais, promoção, prevenção e palestras. Também foram distribuídos preservativos masculinos. A divulgação sobre promoção de saúde e prevenção das hepatites virais também foi realizada através de programas de rádio, televisão, jornais, boletins locais, sites das secretarias de saúde e *facebook*. A Associação Médica do Rio Grande do Sul (AMRIGS) participou ativamente na divulgação do Dia Mundial em diversos meios de comunicação.

Foram produzidos e distribuídos pelo Programa Estadual de Hepatites Virais (PEHV), do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS|RS), materiais de divulgação do Dia Mundial de Luta Contra as Hepatites Virais (15 mil cartazes e 500.000 flyers) para todos os municípios do estado. O foco da Campanha são as pessoas com mais de 40 anos de idade, com o slogan "Se você curtiu os anos 80, faça o teste das hepatites virais", reforçando a importância da prevenção e da testagem para o diagnóstico da doença.

Abaixo fotos de ações realizadas pelos municípios.



Santa Cruz do Sul - *Pit Stop* na Praça



Porto Alegre - Largo Glênio Peres



Uruguiana



Tenente Portela



Boa Vista do Buricá



Três de Maio



Santo Ângelo

CREMERS sedia fórum sobre tuberculose

No dia 08 de julho foi realizado o I Fórum sobre Tuberculose do Rio Grande do Sul (RS), no Auditório do Conselho Regional de Medicina do RS (CREMERS), com a participação de representantes do respectivo Conselho, dos Programas de Controle da Tuberculose das esferas federal, estadual e municipal da capital Porto Alegre e de outros municípios gaúchos. O encontro foi uma iniciativa realizada pela comunidade médica, para enfrentamento e tomada de decisões. O Fórum teve como objetivo reforçar a importância que o controle da tuberculose tem em termos de Saúde Pública, principalmente no RS, uma das Unidades Federativas com maior número de casos no Brasil. A reportagem com a íntegra das apresentações realizadas no Fórum pode ser acessada em: <http://cremers.org.br/pdf/informativos/informativo.pdf>



Foto: DVE|CEVS|RS



Foto: DVE|CEVS|RS

Malária foi tema de debate no programa Sala de Convidados, da Fiocruz

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu como meta a eliminação da malária em 35 países até 2030. O objetivo traçado em maio do ano passado também inclui a redução dos casos em 90%. Alinhado a esses objetivos, o Ministério da Saúde lançou o *Plano de Eliminação da Malária no Brasil*, em dezembro de 2015. Segundo levantamento da pasta, em 2015 o Brasil registrou o menor número de casos da doença nos últimos 35 anos. Mas, se parece haver luz no horizonte, com o avanço dos tratamentos e a redução do número de casos, ainda há diversos obstáculos, como mostram os 143 mil casos notificados no ano passado, com 26 mortes. Dentro desse panorama o **Sala de Convidados** discutiu o tema *Malária: Progressos e Desafios*, na última terça-feira (16/8), ao vivo, às 11h, no Canal Saúde.

Os novos tratamentos, o papel de instituições de ponta no combate à malária, como a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), o trabalho do Ministério da Saúde, a prevenção, as dificuldades nas áreas endêmicas da doença, como a Região Amazônica, e o forte componente social no problema da malária estiveram entre as questões debatidas.

Os convidados foram o médico e pesquisador do Laboratório de Pesquisa em Malária do Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz), Cláudio Tadeu Daniel Ribeiro; o coordenador de Assistência Farmacêutica do Instituto de Tecnologia em Fármacos da Fundação Oswaldo Cruz (Farmanguinhos/Fiocruz), Antônio Carlos Moraes; o vice-diretor de Gestão Institucional de Farmanguinhos, Jorge Mendonça; e o pesquisador do Laboratório de Pesquisa Clínica em Doenças Febris Agudas do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI/Fiocruz), André Siqueira.

Sobre o Sala de Convidados

É um debate, ao vivo, apresentado por Renato Farias. O programa, que vai ao ar às terças-feiras, das 11h às 12h, trata de temas com relevância factual e que estejam relacionados às políticas públicas na área da saúde.

Participação ao vivo

O Sala de Convidados é um programa idealizado para a participação do espectador. Perguntas e comentários podem ser enviados a qualquer momento durante o programa. Utilize o chat no site do Canal Saúde ou ligue, gratuitamente, para 0800 701 8122. Se preferir, antecipe suas perguntas através do e-mail canal@fiocruz.br ou pela [fan page do Canal Saúde](#) em Fale com a Gente.

Como assistir

Televisão: canal 2.4, no Rio de Janeiro e em Brasília e 3.4, em São Paulo, na multiprogramação da TV Brasil, no Sistema Brasileiro de TV Digital; em todo o Brasil por antena parabólica digital (frequência 3690); e nas TVs parceiras de veiculação. Consulte a página Como Assistir no site do Canal Saúde. Os conselheiros de saúde nos municípios brasileiros podem assistir pela Oi TV, canal 910.

Fonte: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/malaria-e-tema-de-debate-no-programa-sala-de-convidados-168>

Com novo tratamento, Brasil ultrapassa 90% de taxa de cura para hepatite C

A hepatite C, causada pelo vírus HCV, é uma doença silenciosa que costuma apresentar sintomas apenas em sua forma avançada – quando o fígado do paciente já se encontra comprometido. Foi o que aconteceu com o engenheiro e professor Manoel Messias Neris, 65 anos, que mora em Santos (SP). Em 1992, ele resolveu doar sangue e, pelos exames de testagem, descobriu que tinha a doença. De pronto, Neris procurou o Sistema Único de Saúde (SUS) em busca de orientações, pois, à época, sabia-se pouco sobre hepatite C.

“A princípio, eu não tinha lido nada sobre o assunto, então achei que o tratamento para cura era simples. Naquela época, a internet não tinha a capacidade que tem hoje. Até descobrir o drama da situação, demorou a cair a ficha. O conhecimento era limitado”, rememorou. Ele suspeita ter sido infectado em uma consulta com dentista, por meio de aparelhos não esterilizados.

Recomendado pelo médico que o avaliou, Neris realizou uma bateria de exames para verificar seu quadro hepático e em seguida iniciou o tratamento com os medicamentos *ribavirina* e *interferon*, esse último sendo custeado pelo SUS. A primeira tentativa, que durou cerca de um ano, não foi bem-sucedida. O engenheiro sofreu com os fortes efeitos colaterais dos medicamentos: apresentou uma queda considerável de plaquetas e leucócitos, tendo sua imunidade diminuída e ficando exposto à contração de novas doenças. “Foi quando comecei o segundo tratamento, com *peginterferon* associado à *ribavirina*. Eu ficava prostrado. Sentia uma espécie de fraqueza, perdi totalmente o apetite e emagreci muito”, conta Neris. Com essa nova tentativa, em 1998, os testes deram negativo – mas não por muito tempo.

Três meses depois, a doença voltou. Como o paciente já havia tentado todos os tratamentos disponíveis e, mesmo assim, continuava a apresentar infecção por hepatite C, ele decidiu se abster de assistência médica. Em 2012, quando houve sinalização de distribuição de novos medicamentos, Neris voltou ao hospital e reiniciou a terapêutica, desta vez com a inclusão do *boceprevir*. Com um ano de tratamento, veio a boa notícia: os exames para a doença estavam negativos. Poucos meses depois, uma nova surpresa: o vírus HCV voltou a se manifestar. Em outubro de 2015, o Brasil incorporou três novos medicamentos para o tratamento da hepatite C: *daclatasvir*, *simeprevir* e *sofosbuvir*. As drogas elevam para mais de 90% a taxa de cura da doença, que com o antigo tratamento (*Interferon* e outros) se limitava a 60%. Além disso, elas apresentam efeitos colaterais mínimos e proporcionam um tempo menor de tratamento (de 12 a 24 semanas). Antes, esse período chegava a um ano, como aconteceu com Neris. Com o novo protocolo, ele iniciou novamente o tratamento com *daclatasvir* e *sofosbuvir*, associado à *ribavirina*. Em três meses, estava curado.

“Desde fevereiro estou negativo. Senti efeitos colaterais mínimos. Antes, com os outros remédios, não conseguia nem andar direito. Agora, eu voltei a correr na praia e consegui até fazer a Corrida São Silvestre. Devagar, mas consegui”, alegrou-se. Com a nova geração de medicamentos mais eficazes no combate à doença, Neris está confiante que não voltará a ter más notícias quanto à sua saúde. “Na minha opinião, o SUS é o melhor sistema de saúde do mundo. O tratamento para hepatite C não é barato e, com o custeio, salvou minha vida. O Brasil deve servir de exemplo para o mundo nesse quesito”, finalizou.

Para Joaquín Molina, Representante da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil, o novo protocolo adotado pelo sistema de saúde do país dá segurança para uma vida melhor às pessoas que vivem com a doença. “Desde a incorporação dos novos medicamentos, o Brasil tem mostrado resultados bastante otimistas em relação às taxas de cura de hepatite C. A iniciativa do país pode servir de exemplo para outros Estados que também enfrentam os desafios impostos pela doença. A OPAS/OMS tem trabalhado junto ao país para tornar esse cenário ainda mais positivo”, disse.

O Brasil distribui desde 2011 testes rápidos para a detecção da enfermidade. A cada ano, cerca de 3 mil mortes são associadas à hepatite C. Atualmente, não existe vacina para doença.

Histórico

Nas décadas de 80 e 90, a exposição ao vírus acontecia majoritariamente com transfusão de sangue, hemodiálise, uso de drogas injetáveis, compartilhamento de objetos de uso pessoal, sexo desprotegido e na confecção de tatuagens. Até 1993, não existia ainda no Brasil testes de diagnóstico da doença, bem como, até recentemente, tratamento eficaz para combatê-la.

O Ministério da Saúde brasileiro estima que 1,4 milhão de brasileiros tenham hepatite C. Porém, apenas 120 mil casos da doença foram notificados nos últimos 13 anos – as regiões Sul e Sudeste somam 86% das ocorrências. Leandro Sereno, consultor da OPAS/OMS na área de Doenças Transmissíveis e Análise de Situação de Saúde, lembra que a incidência da doença é maior em pessoas com mais de 45 anos. “Até o início da década de 90, não era feita no Brasil a testagem do sangue doado pela população. Como o vírus pode demorar de 20 a 30 anos para manifestar sintomas (quando manifesta), quem à época recebeu transfusão de sangue ou compartilhou seringas pode desenvolver a doença tardiamente. Esse é um dos fatores que dificulta a procura dos pacientes aos serviços de saúde, e, conseqüentemente o diagnóstico e o tratamento adequados”, ponderou.

Atualmente, com intermediação da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/

OMS), países membros do Mercosul negociam a compra conjunta de um medicamento de nova geração para tratar a hepatite C. A quantidade será definida pelos governos em concordância da demanda de cada país. A aquisição dos medicamentos será feita pelo Fundo Estratégico da OPAS/OMS. Equipes técnicas da instituição também apoiam o Ministério da Saúde no desenvolvimento de novos protocolos clínicos.

Transmissão e sintomas

O vírus da hepatite C é mais comumente transmitido por meio de transfusão de sangue não testado, compartilhamentos de seringas (como no caso do uso de drogas injetáveis) e reutilização ou esterilização não adequada de equipamentos médicos. A doença, mais raramente, também pode ser transmitida verticalmente (de mãe infectada para o bebê) e pela prática de sexo sem preservativo. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), após a infecção inicial, 80% das pessoas não apresentam nenhum sinal da doença. As demais podem desenvolver hepatite aguda, caracterizada por sintomas como febre, fadiga, perda de apetite, náuseas, vômitos, dor abdominal, urina escura, fezes de cor cinza, dor nas articulações e icterícia (amarelamento da pele e do branco dos olhos). De cada 100 pessoas que tem contato com o vírus HCV, 80 evoluirão para infecção crônica. O diagnóstico precoce pode evitar uma série de problemas decorrentes da infecção e também prevenir a transmissão do vírus. A OMS recomenda testes de hepatite C regulares para população de risco, que inclui: pessoas que utilizam drogas, pessoas privadas de liberdade e quem tem tatuagens ou piercings, entre outros.

Plano de ação

A OMS lançou em outubro de 2015 um plano de ação para prevenção e controle de hepatites virais e convocou seus Estados-Membros a priorizarem a hepatite C como uma questão de saúde pública, promovendo e integrando respostas abrangentes e estabelecendo metas específicas para enfrentar os desafios que essa doença infecciosa apresenta. "O documento estabelece metas, estratégias e objetivos para o controle das hepatites, com foco nos tipos A, B e C. O Brasil participou ativamente da elaboração do Plano conosco", afirmou Sereno.

Fonte: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5190:com-novo-tratamento-brasil-ultrapassa-90-de-taxa-de-cura-para-hepatite-c&Itemid=816

Anvisa proíbe venda de 5 marcas de extrato de tomate por 'excesso' de pelo de roedor

Quatro lotes de extrato de tomate das marcas Elefante, Predilecta, Amorita e Aro e um de molho de tomate tradicional da marca Pomarola tiveram a comercialização proibida, no dia 28 de julho, por conterem pelo de roedor em limite acima do tolerado pela legislação. A proibição da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) envolve a comercialização e distribuição dos produtos dos lotes reprovados. Os fabricantes deverão fazer o recolhimento dos estoques existentes no mercado.

As análises dos produtos foram realizadas pelo Laboratório de Saúde Pública de Santa Catarina (LACEN-SC) e baseadas na resolução RDC 14/2014, que define limites maiores de tolerância para matérias estranhas em alimentos e bebidas. Para produtos derivados de tomate, é tolerado 1 em 100g; canela em pó, 1 em 50g; chocolate e produtos achocolatados, 1 em 100g.

As decisões foram publicadas no Diário Oficial da União. A resolução nº 1.995 proíbe a distribuição e venda do extrato de tomate da marca Amorita, fabricado pela empresa Stella D'Oro, lote L 076 M2P, válido até 01/04/2017. A resolução nº 1.996 proíbe a distribuição e venda do extrato de tomate da marca Predilecta lote 213 231E, válido até 03/2017, e também do extrato de tomate da marca Aro, lote 002 M2P, válido até 05/2017. A Predilecta Alimentos é responsável pela fabricação dos produtos. A resolução nº 1.997 proíbe a distribuição e venda do molho de tomate tradicional da marca Pomarola, lote 030903, válido até 31/08/2017, e também do extrato de tomate da marca Elefante, lote 032502, válido até 18/08/2017. A Cargill Agrícola é a fabricante dos produtos.

O que dizem as empresas

A Cargill informou ter tomado conhecimento da determinação da Anvisa com relação aos lotes citados e que está trabalhando na adoção das medidas necessárias em decorrência de tal determinação. A empresa reitera o compromisso com o cumprimento de todas as normas de segurança dos alimentos e padrões de higiene. Assegura ainda que os produtos dos referidos lotes não oferecem qualquer risco à saúde de seus consumidores. A Cargill diz estar à disposição para os esclarecimentos que se façam necessários, e que os consumidores podem recorrer ao SAC (0800 648 0808) para o esclarecimento de dúvidas referentes aos produtos e lotes em questão.

Em nota, a Predilecta Alimentos informou que o caso se trata de notificação realizada pela Diretoria de Vigilância Sanitária de Santa Catarina, acerca de lotes encontrado somente nessa região. A empresa mesmo não reconhecendo o defeito apontado, recolheu todos os produtos dos referidos lotes e tomou as providências que a legislação determina. Ainda de acordo com a empresa, o processo publicado no Diário da União está em fase de julgamento de recurso apresentado.

A Predilecta salienta que opera "dentro dos padrões nacionais e internacionais de acordo com a legislação vigente" e é auditada periodicamente por empresas e órgãos reconhecidos mundialmente. Além disso, "o controle de qualidade está presente em todas as etapas, desde o cultivo da lavoura até a saída do produto pronto. Toda embalagem possui um código que permite rastrear todas as informações referentes ao produto, desde o cultivo, até o processamento na indústria. O alto grau de automação de todas as linhas de fabricação, associada ao emprego de práticas de fabricação certificadas internacionalmente, eliminam as possibilidades de contaminação dos produtos", acrescenta a nota.

Leia mais: <http://extra.globo.com/noticias/economia/anvisa-proibe-venda-de-5-marcas-de-extrato-de-tomate-por-excesso-de-pelo-de-roedor-19803375.html#ixzz4HVCVidkX>

Última atualização em 02 de Agosto de 2016

MS publicou o Plano de Operação do Ponto Focal Nacional para o RSI



O Regulamento Sanitário Internacional (RSI) de 2005 fez com que os países signatários aprimorassem as ferramentas para detecção e avaliação de eventos, classificando-os em emergências de importância nacional ou internacional, comunicando a Organização Mundial da Saúde (OMS) quando evidenciado risco de disseminação para outros países, por meio de um Ponto Focal Nacional (PFN).

No Brasil, a Portaria 1.865/2004 estabelece a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS) como PFN para o RSI junto à OMS, sendo que a unidade operacional para organizar e responder as demandas como PFN é o Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS).

As capacidades básicas de vigilância e resposta exigidas pelo RSI fizeram com que o Brasil adaptasse as estruturas e os recursos nacionais existentes, considerando todas as ações e estratégias de vigilância, informe, notificação, verificação, resposta, atividades em portos, aeroportos e passagens de fronteiras terrestres. Em 2014 foi criado o Centro de Gerenciamento de Informações para Emergências em Vigilância Sanitária (eVisa), integrando-se à Rede Nacional de Alertas e Respostas às Emergências de Saúde Pública (Rede-CIEVS), coordenada pelo MS.

Em agosto de 2016 foi publicado o Plano de Operação do PFN-RSI, que contém as instruções básicas do funcionamento e dos procedimentos de competência do Brasil para o RSI em conformidade com as diretrizes da OMS. Além disso, esse documento busca sistematizar o processo de trabalho do PFN-RSI na SVS, fortalecendo a vigilância e resposta às emergências em saúde pública. A expectativa agora é que o Plano sirva de referência para fortalecimento do CIEVS nas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), e facilite as ações comuns previstas no RSI, visando prevenir e controlar as emergências em saúde pública e, com isso, reduzir os impactos dos eventos de interesse para a saúde pública.

O Plano de Operação do PFN-RSI pode ser acessado através do link: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/04/PF-RSI-2016-e.pdf>

OMS esclarece boatos sobre vírus zika e microcefalia

Baseada nas mais atuais evidências científicas, a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) esclarece os rumores que têm circulado sobre o vírus zika e suas consequências. Entre os assuntos abordados estão a liberação de mosquitos com a bactéria *Wolbachia* e o boato de que vacinas causam microcefalia.

A bactéria utilizada para controlar a população de mosquitos machos não está ajudando a espalhar o vírus zika

A *Wolbachia* é uma bactéria que pode deter vírus como os da dengue e zika em mosquitos, o que pode impedir a transmissão dessas doenças para seres humanos. Quando as fêmeas acasalam com machos que carregam a bactéria os ovos não eclodem – suprimindo assim as populações de mosquitos. A bactéria *Wolbachia* é encontrada em 60% dos insetos comuns, incluindo borboletas, moscas-das-frutas e alguns mosquitos.

Os mosquitos *Aedes* portadores dessa bactéria foram liberados como parte de testes experimentais em diversos lugares desde 2011 – incluindo Austrália, Brasil, Indonésia e Vietnã – para ajudar no controle da dengue (transmitida pelo mesmo mosquito responsável pelo vírus zika). Cientistas libertaram milhares de mosquitos infectados com *Wolbachia* no subúrbio do Rio de Janeiro em setembro de 2014 e repetiram a medida um ano depois. Essas implantações-piloto precisam ser monitoradas e avaliadas com o intuito de verificar se essas novas ferramentas são bem-sucedidas na interrupção da propagação e controle da doença. O Grupo de Controle Vetorial da OMS está preparando um manual sobre a melhor forma de planejar tais estudos. O documento deve ser lançado ainda neste ano.

Não existem evidências de que o vírus zika e suas consequências sejam causados por mosquitos geneticamente modificados no Brasil

Não há nenhuma evidência de que o vírus zika ou a microcefalia no Brasil sejam causados por mosquitos geneticamente modificados. Apenas mosquitos machos geneticamente modificados são liberados, por isso não há risco de transmissão de doenças, pois apenas os mosquitos fêmeas picam seres humanos. Os genes dos machos são modificados com o objetivo de futuramente causar a morte da prole. Essa prática é projetada para controlar as populações de mosquitos.

A OMS encoraja os países afetados pela epidemia e seus parceiros a impulsionar o uso das atuais intervenções para o controle de mosquitos como medida imediata de defesa e também para testar criteriosamente novas abordagens que podem ser aplicadas no futuro.

Não há evidência de que mosquitos esterilizados contribuam para a propagação do zika

Uma técnica que vem sendo desenvolvida para impedir o zika é o lançamento em massa de mosquitos esterilizados com baixas doses de radiação. Quando um macho estéril acasala, os ovos da fêmea não sobrevivem. A técnica vem sendo usada de forma bem sucedida e em larga escala para controlar insetos e moscas-das-frutas, por exemplo. Não há prova de que a técnica está associada ao aumento de casos de microcefalia ou qualquer anomalia ou má formação.

A OMS incentiva países afetados, bem como seus parceiros, a ampliar o uso das atuais ações de intervenção e controle como a forma mais imediata de reação, e a testar criteriosamente novas abordagens que possam ser utilizadas no futuro.

A maioria dos sintomas da infecção pelo vírus zika são diferentes daqueles causados pela gripe sazonal

Os sintomas em comum entre a gripe sazonal e a infecção pelo vírus zika são febre (com variação de intensidade) e dores musculares e articulares. A gripe sazonal pode causar doenças graves ou levar à morte. A doença é caracterizada pelo aparecimento súbito de febre alta, tosse (geralmente seca, podendo ser grave), dor de cabeça, dores musculares e articulares, mal-estar grave, dor de garganta e coriza.

A infecção pelo vírus zika geralmente causa uma doença leve e a maioria das pessoas não apresenta quaisquer sintomas. Os mais comuns são: febre baixa, erupções na pele, conjuntivite e dores musculares e articulares, que aparecem poucos dias após a picada de um mosquito infectado ou relação sexual com uma pessoa que está com o vírus. No entanto, há consenso científico de que o vírus zika é uma causa da microcefalia e da Síndrome de Guillain-Barré, que pode ser uma doença fatal.

Não existe repelente específico que seja mais eficaz contra o mosquito *Aedes*

Existem diversos repelentes eficazes contra todos os tipos de mosquitos, incluindo o *Aedes*. Repelentes eficazes contêm DEET (diethyltoluamide), IR 3535 ou Icaridin, que são os ingredientes biologicamente ativos em repelentes de insetos. Os princípios ativos são listados no rótulo do produto. Os seguintes princípios ativos repelem ou matam o mosquito quando ele pousa ou se aproxima da pele: DEET (N, N-diethyl-3-methylbenzamide), IR3535 (3- [N-butyl-N-acetyl], aminopropionic acid ethyl-ester) ou Icaridin (piperidinecarboxílico acid-1, 2- (2-hydroxyethyl) - 1-metilpropilester).

Não há estipulação de percentual mínimo ou máximo dos princípios ativos. Os repelentes de insetos devem ser

aplicados sobre a pele exposta ou em roupas para evitar picadas de mosquitos. A OMS recomenda que as pessoas cubram a pele o máximo possível e use repelente como medida efetiva de proteção contra mosquitos que transmitem vírus como os da chikungunya, dengue, febre amarela e zika. O produto deve ser usado de acordo com as instruções da embalagem. Não existem evidências de quaisquer restrições do uso de repelentes por mulheres grávidas, desde que o produto seja utilizado de acordo com as instruções.

Não há evidências de que vacinas causam microcefalias em bebês

Não existe evidência relacionando qualquer vacina ao aumento de casos de microcefalia, identificados primeiramente na Polinésia Francesa, na epidemia de 2013-2014, e mais recentemente na Região Nordeste do Brasil. Uma extensa revisão de literatura realizada em 2014 não encontrou evidências de que vacinas aplicadas durante a gravidez resultaram em má-formação nos recém-nascidos. O Comitê Global de Aconselhamento em Segurança de Vacinas, que oferece aconselhamento científico independente à OMS sobre questões de segurança, chegou a uma conclusão similar em 2014.

Além disso, agências reguladoras nacionais são responsáveis por garantir que produtos distribuídos para uso da população, como vacinas, sejam devidamente avaliados de maneira a obterem padrões internacionais de qualidade e segurança. A OMS auxilia os países no fortalecimento dos seus sistemas nacionais de regulamentação.

Não há evidência de que o inseticida pyriproxyfen causa microcefalia

Uma equipe de cientistas da OMS revisou recentemente dados sobre a toxicologia do pyriproxyfen, um dos 12 inseticidas recomendados pela OMS para reduzir as populações de mosquitos. Não foram encontradas evidências de que larvicidas afetam o curso da gestação ou o desenvolvimento do feto. A Agência Norte-Americana de Proteção Ambiental e investigadores da União Europeia chegaram a uma conclusão semelhante quando fizeram uma avaliação em separado do produto.

Larvicidas são armas importantes no arsenal da saúde pública. Especificamente em cidades e municípios nos quais não há água encanada, as pessoas costumam armazenar água potável em ambientes ao ar livre. Essas fontes de água, assim como água parada que pode se acumular no lixo, vasos de flores e pneus são criadouros ideais para os mosquitos.

Larvicidas como o pyriproxyfen são frequentemente usados em recipientes nos quais as pessoas armazenam água para matar o mosquito ainda em seu estágio larval. Quando as pessoas bebem água de recipientes que foram tratados com pyriproxyfen, elas são expostas ao larvicida – mas em quantidades pequenas que não causam danos à saúde. Além disso, 90% a 95% de qualquer larvicida são expelidos pela urina em até 48 horas. Esse produto vem sendo usado desde o final dos anos 90 sem qualquer relação com a microcefalia.

Peixes podem ajudar a acabar com o zika

Alguns países afetados pelo vírus zika e pela dengue estão usando métodos biológicos como parte de uma abordagem integrada de controle dos mosquitos. El Salvador, por exemplo, com grande apoio das comunidades de pescadores, está introduzindo peixes que se alimentam de larvas em recipientes de armazenamento de água.

Fonte: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5198:organizacao-pan-americana-da-saudeorganizacao-mundial-da-saude-esclarece-boatos-sobre-virus-zika-e-microcefalia&catid=1272:noticiasdntent&Itemid=816
Última atualização em 15 de agosto de 2016

Novos casos de poliomielite no nordeste da Nigéria aumentam os riscos para crianças apanhadas no meio do conflito

As notícias de duas crianças que ficaram paralisadas devido ao vírus da poliomielite no nordeste da Nigéria vêm reforçar a urgência de erradicar esta doença nas áreas afetadas por conflitos, afirmou o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

O Governo da Nigéria e a Organização Mundial da Saúde (OMS) confirmaram um surto do vírus da pólio no estado do Borno, afetado pelo conflito no país, onde as crianças já estão a enfrentar riscos de má nutrição perigosamente altos. Os dois casos foram descobertos em zonas do Borno que ficaram recentemente acessíveis às organizações humanitárias, mas uma grande parte do estado mantém-se inacessível.

Na Nigéria — e no continente africano — os últimos casos de pólio tinham sido confirmados há dois anos e o país estava apenas a um ano de ser classificado como livre da pólio, graças a uma mobilização do governo, parceiros e prestadores de serviços de saúde locais.

“Não podemos negar a ligação entre o conflito e o tratamento continuado da pólio. Os dois novos casos significam que as crianças da região do Lago Chade estão agora em risco acrescido. Juntamente com o s nossos parceiros, não iremos parar até vacinarmos todas as crianças contra a pólio” afirmou Reza Hossaini, Diretor do Programa de Erradicação da Pólio da UNICEF.

O ministério Federal da Saúde da Nigéria, apoiado pela OMS, pela UNICEF e por parceiros da Iniciativa Global de Erradicação da Pólio, estão a levar a cabo uma campanha de imunização de emergência, começando pelas zonas acessíveis do Estado do Borno.

Fonte: http://www.unicef.pt/18/site_pr_unicef-surto_de_polio-nigeria-2016_08_11.pdf
11/08/2016

Zika é detectado em esperma de italiano 6 meses após infecção

O vírus da zika foi detectado no esperma de um italiano seis meses depois dos primeiros sintomas da infecção, o que duplica o tempo máximo de duração registrado até o momento, segundo um estudo do instituto Spallanzani em Roma.

Este homem de 30 anos havia registrado febre e erupções ao longo de cinco dias durante uma viagem ao Haiti em janeiro, informa este estabelecimento, cujo estudo foi publicado na quinta-feira, 11 de agosto, pela Eurosurveillance, revista europeia de epidemiologia.

O instituto Spallanzani, especializado em doenças infecciosas, analisou uma série de amostras do paciente já em bom estado de saúde.

A análise detectou que, 91 dias depois dos primeiros sintomas, o vírus seguia presente na urina, na saliva e no esperma. No 134º dia, apenas o esperma ainda apresentava resultado positivo.

No 188º dia, ou seja, seis meses depois dos primeiros sintomas, "a amostra de esperma seguia dando positivo", anunciou o instituto, ressaltando que o jovem não sofria de nenhuma doença crônica ou deficiência imunitária.

Uso de preservativo

Durante todo este período, o paciente utilizou preservativos nas relações sexuais com sua esposa que, por sua vez, deu negativo para zika.

O vírus é particularmente perigoso para as mulheres grávidas, já que pode causar danos permanentes ao feto em desenvolvimento, incluindo a microcefalia, uma malformação congênita na qual o bebê nasce com o crânio e o cérebro menores que a média.

Frequentemente é transmitido pela picada do mosquito *Aedes aegypti*, mas também em relações sexuais ou por contato com sangue contaminado.

Os resultados deste estudo "ressaltam a necessidade de recomendar aos pacientes afetados que se abstenham de manter relações sexuais ou que utilizem preservativos por ao menos seis meses", insistem os autores.

Os sintomas mais frequentes são erupções cutâneas e dores articulares e musculares. Mas, levando-se em conta que a infecção passa despercebida em 80% dos casos, os autores do estudo sugerem instaurar testes sistemáticos em amostras armazenadas em bancos de esperma.

Segundo o comunicado do instituto, a Itália registrou 61 casos de infecção por zika, todos eles de pessoas que voltaram de viagens nos países afetados.

Fonte: <http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2016/08/zika-e-detectado-em-esperma-de-italiano-6-meses-apos-infeccao.html>

Estudo mostra como o vírus zika atinge bebês na placenta

Pesquisadores americanos anunciaram ter descoberto como o vírus zika é transmitido da mãe para o bebê durante a gestação. A descoberta abre caminho para compreender e potencialmente evitar as mais devastadoras consequências da infecção pelo zika: as profundas lesões cerebrais no feto em desenvolvimento que levam à microcefalia e outras alterações incapacitantes, algumas delas, letais.

O grupo da Universidade de Yale, nos Estados Unidos, conseguiu reproduzir em laboratório o processo de infecção das células da placenta humana. Publicada na edição da semana passada da revista científica "JCI Insight", a pesquisa lança luz nas armas usadas contra o zika para vencer a chamada barreira materno-fetal, uma camada de células que protege o feto de micro-organismos e substâncias nocivas.

Alguns vírus, como os da rubéola e o citomegalovírus, conseguem atravessar essa barreira. Mas os mecanismos empregados pelo zika permanecem misteriosos. Liderada por Erol Fikrig, a equipe de Yale trabalhou com três diferentes linhagens de zika, dentre elas a brasileira.

Também realizaram testes em três tipos de células da placenta: fibroblastos, citotrofoblastos e células de Hofbauer. As células foram extraídas de placentas humanas doadas logo após o parto, de gestações sem nenhum tipo de complicação.

Dois tipos de células se mostraram indefesos contra o ataque do zika. Tanto fibroblastos quanto células de Hofbauer foram facilmente infectados em culturas de laboratório. Porém, as células de Hofbauer também são alvo dentro de todo o tecido placentário.

A aposta dos cientistas é que essas células funcionem como usina de replicação do zika. O achado é particularmente alarmante porque essas células podem migrar por toda a placenta e são transportadas para o feto.

— Essas células são específicas da placenta. Vimos que podem funcionar como um reservatório para a produção do zika — disse Kellie Ann Jurado, uma das autoras do estudo.

A suspeita do grupo de pesquisa é que as células de Hofbauer levem o zika diretamente para o cérebro do bebê. Os cientistas agora começam a testar formas de bloquear a produção do vírus dentro dessas células e interromper sua circulação pela placenta. Bloquear somente as células é impossível porque são importantes durante a gestação. O desafio é desativar os mecanismos de ação do vírus sem prejudicar o feto.

Fonte: <http://oglobo.globo.com/rio/estudo-mostra-como-virus-zika-atinge-bebes-na-placenta-19946658>

Fontes para pesquisa:

- ✓ Site consultado: <http://portal.saude.gov.br/>
- ✓ Site consultado: <http://www.cdc.gov/>
- ✓ Site consultado: <http://www.ecdc.europa.eu/>
- ✓ Site consultado: <http://www.promedmail.org/>
- ✓ Site consultado: <http://www.healthmap.org/>
- ✓ Site consultado: <http://new.paho.org/bra/>
- ✓ Site consultado: <http://www.who.int/en/>
- ✓ Site consultado: <http://www.oie.int/>
- ✓ Site consultado: <http://www.reporteepidemiologico.com/>

O Centro Estadual de Vigilância em Saúde do Rio Grande do Sul (CEVS|RS) é o órgão responsável por coordenar o Sistema de Vigilância em Saúde no âmbito do Estado, monitorando riscos e agravos que requeiram acompanhamento contínuo com vistas à adoção de ações de prevenção e controle.

O Informativo de Vigilância em Saúde do CEVS|RS é uma publicação digital de periodicidade quinzenal, que tem por objetivo divulgar informações de Vigilância em Saúde que tiveram destaque nos cenários estadual, nacional e mundial para a rede de atenção à saúde do Estado, aumentando a sensibilidade dos profissionais para detecção oportuna de eventos de saúde pública, bem como dar visibilidade às ações desenvolvidas pelo CEVS|RS. Para colaborar com a publicação, as notícias devem ser encaminhadas para o e-mail informativovs@saude.rs.gov.br, devendo estar acompanhadas da fonte completa da informação. O Conselho Editorial é responsável por avaliar, sugerir alterações e validar a publicação.

Secretaria Estadual da Saúde Centro Estadual de Vigilância em Saúde | RS



**GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL**
SECRETARIA DA SAÚDE



Rua Domingos Crescêncio, 132
Bairro Santana | Porto Alegre | RS | Brasil
CEP 90650-090
e-mail: informativovs@saude.rs.gov.br

Expediente

Coordenação Editorial: Ariadne Kerber Horn

Conselho Editorial: Claudia Veras, Denise Maria da Silva Figueiredo, Elisiane Almeida Saldanha, Jeanice Cardoso, Liane Beatriz Goron Farinon, Luciana Sehn, Marcelo Jostmeier Vallandro, Marco Antonio Barreto de Almeida, Richard Miranda Pontes, Sabrina Vizeu, Sandra Maria Calgaro Jamardo

Residentes de Vigilância em Saúde: Carolini Machado Landarin, Irani Jesus Borges da Silva, Karen Tansini, Luiza Aita de Lemos

Colaboraram nesta edição: Erica Bortoli, Maurício Vieira Rodrigues