



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

v. 2 | n. 11 | 05 de setembro de 2016

Informativo de Vigilância em Saúde do Rio Grande do Sul

Nesta edição:

O controle do Complexo Teníase Cisticercose nas áreas rurais do RS	2
No RS não é permitido o uso de pulverização com aeronaves, no controle de vetores	3
Capacitação sobre Intoxicação Exógena por Agrotóxicos e notificações do SINAN em Osório	4
'Epidemia de câncer'? Alto índice de agricultores gaúchos doentes põe agrotóxicos em xeque	5
Planejamento e gestão do sistema e serviços de hemoterapia e hematologia	7
Reunião em Brasília discute a implementação da Política de Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas	8
Vacina inédita para esquistossomose inicia nova fase de estudos	9
Brasil tem mais de 206 milhões de habitantes, segundo o IBGE	10
OMS: 70 países e territórios já notificaram transmissão do zika por mosquitos	11
Vacina contra febre amarela agora vale para toda a vida, diz OMS	12

O controle do Complexo Teníase | Cisticercose nas áreas rurais do RS

Desde 2010, uma nova proposta para ações de controle do Complexo Teníase/Cisticercose vem sendo coordenada pela Divisão de Vigilância Ambiental em Saúde (DVAS), do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS|RS) e executada pelas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e seus respectivos municípios.

As CRS que receberem do CEVS|RS comunicado de cisticercose animal, devem repassar aos seus municípios a determinação de visita *in loco* às propriedades.

Os dados de animais com cisticercose são repassados periodicamente ao CEVS|RS pela Secretaria da Agricultura, Pecuária e Irrigação (SEAPI|RS), obtidos junto aos estabelecimentos de abate inspecionados pela Coordenadoria de Inspeção de Produtos de Origem Animal (CISPOA). As informações disponibilizadas contêm o número de animais com lesões e a propriedade de origem.

Até o presente momento, poucos são os municípios que estão visitando os focos do problema para observar se há falta de condições de saneamento local, encaminhar exames de pessoas para diagnósticos, tratar dos casos positivos para tênia, produzir os relatórios destas visitas e enviar às suas CRS.

Os municípios que, mais recentemente, se integraram a estas ações foram Lagoa Vermelha e Gentil, ambos localizados na 6ª CRS (Passo Fundo).

Em Lagoa Vermelha foram identificados bovinos com cisticercose, animais que eram procedentes do município de Alegrete (10ª CRS), que foi comunicada.

No município de Gentil, foram encontrados suínos com cisticercose. Devido à importância de se investigar se existem pessoas com teníase nas propriedades de origem dos animais contaminados, a vigilância em saúde municipal realizou os exames parasitológicos nos moradores.

Vários municípios da 14ª CRS (Santa Rosa) há muito tempo fazem o controle do complexo parasitário, sendo que em 2016, Tucunduva aderiu ao projeto. Neste município, uma propriedade apresentou cisticercose em bovinos e foi visitada pela vigilância em saúde municipal, que orientou a família sobre cuidados e sintomas da doença e contatou o médico veterinário da Secretaria de Agricultura Municipal para reforçar a importância da educação em saúde junto a essa família. Também foi encaminhado pedido ao Programa de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (VIGIAGUA) do CEVS|RS para orientação sobre cuidados com a água na propriedade.

É necessário que se interrompa o ciclo de vida das tênia, pois causam muitos prejuízos econômicos: com a perda de carne; com a compra de medicamentos antiparasitários para seu combate em animais e humanos; com o encaminhamento de exames laboratoriais; com os custos de transporte de pacientes para acompanhamento em centros de referência de outros municípios e com o custo das internações hospitalares.

CICLO DA CISTICERCOSE

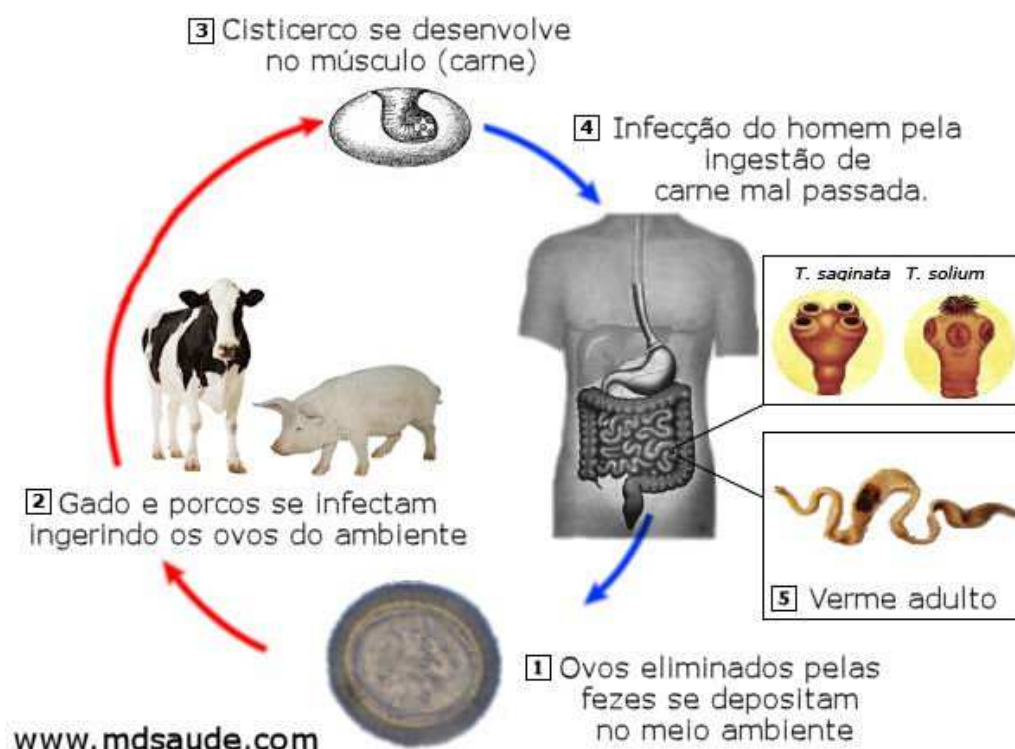


Imagem disponível em: <http://www.mdsauade.com/wp-content/uploads/2014/05/Ciclo-taenia.jpg>

No RS não é permitido o uso de pulverização com aeronaves, no controle de vetores

O Rio Grande do Sul (RS) é o primeiro estado a se manifestar contrário à incorporação de mecanismos de controle vetorial por meio de dispersão por aeronaves, através de Resolução aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), Resolução CIB 266/2016. A minuta de Resolução foi encaminhada pelo Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS|RS), com aprovação na íntegra na Secretaria Técnica (SETEC), e após também aprovada por unanimidade na CIB|RS.

Ocorre que a Medida Provisória nº 712/2016, que dispõe sobre medidas de controle do *Aedes aegypti*, foi transformada na Lei 13.301/2016. No momento da apreciação no congresso nacional, a medida recebeu uma emenda ao texto original, o que permitiu a incorporação de mecanismos de controle vetorial por meio de dispersão por aeronaves mediante aprovação das autoridades sanitárias e da comprovação científica da eficácia da medida.

Boa parte das instituições que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS) e da sociedade civil organizada na defesa do SUS se manifestaram contrárias à emenda. Houve manifestações do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde (MS), dos setores que coordenam as ações de controle de vetores e do setor que atua na vigilância das populações expostas aos agrotóxicos. Manifestação em nível nacional da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), da Associação Brasileira de Centros de Informação e Assistência Toxicológica (ABRACIT), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), dentre outros. No RS manifestaram-se contrários o Conselho Estadual de Saúde (CES), o Conselho das Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), o Fórum Gaúcho de Combate aos Impactos dos Agrotóxicos (que é composto de 53 entidades do setor público e privado, dentre elas os três ministérios públicos, estadual, federal e do trabalho) e o Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS|RS). Mas o Congresso Nacional, mesmo com o clamor de todas estas instituições, aprovou a incorporação de mecanismos de controle vetorial por meio de dispersão por aeronaves. Desta forma incumbiu a autoridade sanitária a se manifestar sobre a autorização ou não de tal medida.

Na decisão a CIB considerou os riscos à saúde que podem ocorrer com o emprego de tal método no controle de vetores. Os agrotóxicos são produtos que, na sua grande maioria, são tóxicos à saúde e ao ambiente. Os efeitos desses produtos à saúde humana ainda não são conhecidos na sua totalidade. O emprego deles no Brasil vem aumentando, e também vem aumentando o número de intoxicações agudas por agrotóxicos. Porém, os efeitos da exposição crônica são difíceis de serem captados e registrados pelos sistemas de informação do SUS, então os dados das intoxicações se referem apenas às agudas graves. Entretanto, estudos recentes vêm demonstrando vários agravos associados ao uso desses produtos. O Instituto Nacional do Câncer (INCA) se manifestou formalmente, expondo a preocupação sobre os efeitos adversos decorrentes da exposição crônica aos agrotóxicos, que podem aparecer muito tempo após a exposição, dificultando a correlação com o agente. Dentre os efeitos associados à exposição crônica a ingredientes ativos de agrotóxicos, podem ser citados: infertilidade, impotência, abortos, malformações, neurotoxicidade, desregulação hormonal, efeitos sobre o sistema imunológico e câncer.

Foi também considerado que a utilização de agrotóxicos no combate aos vetores não vem demonstrando a redução no número de casos das doenças. O relatório da Reunião Internacional para Implementação de Alternativas para o Controle do *Aedes aegypti* no Brasil ressaltou que a eliminação dos criadouros do mosquito é tarefa complexa na realidade brasileira, especialmente nas localidades onde as condições de moradia e do entorno são precárias, o saneamento é inadequado e a coleta de lixo é irregular ou ausente. A inexistência ou intermitência no abastecimento de água é outro fator que contribui para a proliferação do *Aedes aegypti*, considerando que nestas ocasiões há a coleta e armazenamento de água.

Ainda foi levado em consideração que os inseticidas utilizados para o controle de vetores pelo método de Ultra Baixo Volume (UBV), utilizados no Brasil, são a Lambda-Cialotrina e o Malathion, e que o Malathion é considerado desde março de 2015, pela International Agency for Research on Cancer (IARC) como provável carcinogênico em humanos, estando em segundo lugar no grupo dos agentes que apresentam maior risco de causar câncer.

Os benefícios e a nocividade destes produtos precisam ser discutidos com a sociedade. Vivemos um momento de grande pressão da indústria química e do agronegócio para flexibilização da legislação acerca do controle do uso dos agrotóxicos. O setor saúde e a sociedade precisam ficar atentos, pois com a legislação vigente, ainda estamos com uso desenfreado e banalizado destes produtos. Se a legislação for flexibilizada, o risco poderá ser ainda maior.

Avança o Rio Grande do Sul na consciência sanitária de que o controle químico como método de controle de endemias somente poderá ser utilizado em último caso, quando as demais ações e métodos cientificamente com-

provados já tiverem sido realizadas e em caso de iminência de epidemia; ademais deverá atender todas as normas de segurança e as prerrogativas dos órgãos competentes. E com decisão unânime dos representantes dos gestores municipais e estadual na CIB, não será permitida a pulverização aérea com aeronaves no RS, para o controle de vetores.

Acesso à Resolução na íntegra no link: http://www.saude.rs.gov.br/upload/1471363759_cibr266_16.pdf

INCA. Posicionamento do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva acerca dos agrotóxicos. Disponível em: < http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/posicionamento_do_inca_sobre_os_agrotoxicos_06_abr_15.pdf > Acesso em: Julho de 2016

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Relatório da Reunião Internacional para Implementação de Alternativas para o Controle do *Aedes aegypti* no Brasil. Volume 47, número 15, 2016.

Capacitação sobre Intoxicação Exógena por Agrotóxicos e notificações do SINAN em Osório



Foto: DVAS|CEVS|RS

A Capacitação sobre Intoxicação Exógena por Agrotóxicos e notificações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), realizada nos dias 17 e 18 de agosto, na Faculdade Cenequista de Osório, teve como objetivo o fortalecimento das ações da Atenção Básica (AB) e Vigilância em Saúde (VS) para prevenção, aten-

dimento e notificação de casos de intoxicação exógena por agrotóxicos.

O evento, organizado pelo Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS) em parceria com a 18ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) (Osório) e Secretaria Municipal de Saúde de Osório, contou com a participação de mais de 300 profissionais entre agentes comunitários de saúde, médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem da AB, profissionais da VS, além de secretários de saúde e da agricultura, dentistas, psicólogos, coordenadores da AB, extensionistas rurais, técnicos agrícolas, médicos veterinários, agentes ambientais e estudantes dos municípios pertencentes à 18ª CRS.

No primeiro dia do evento participaram agentes comunitários de saúde e foram abordados os aspectos gerais da exposição aos agrotóxicos; os acidentes de trabalho no ambiente rural; os cuidados e prevenção com relação aos agrotóxicos; as notificações sobre intoxicação e as ações de integração entre AB e VS.

No segundo dia participaram médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e profissionais da vigilância. Os temas abordados foram: aspectos gerais da exposição aos agrotóxicos; aspectos clínicos das intoxicações; exame de colinesterase; notificações da intoxicação por agrotóxicos no SINAN; integração entre ações AB e VS e relato da experiência do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) Serra.

O Rio Grande do Sul apresenta a agropecuária como principal atividade econômica, e o modelo produtivo adotado faz uso de grandes volumes de agrotóxicos, o que leva a riscos à saúde dos trabalhadores rurais e da população em geral. Sendo assim, as capacitações sobre intoxicações exógenas por agrotóxicos e as notificações podem auxiliar na prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde.

'Epidemia de câncer'? Alto índice de agricultores gaúchos doentes põe agrotóxicos

O agricultor Atílio Marques da Rosa, de 76 anos, andava de moto quando sentiu uma forte tontura e caiu na frente de casa em Braga, uma cidadezinha de menos de 4 mil habitantes no interior do [Rio Grande do Sul](#).

"A tontura reapareceu depois, e os exames mostraram o câncer", conta o filho Osmar Marques da Rosa, de 55 anos, que também é agricultor.

Seu Atílio foi diagnosticado há um ano com um tumor na cabeça, localizado entre o cérebro e os olhos. Por causa da doença, já não trabalha em sua pequena propriedade, na qual produzia milho e mandioca.

Para ele, o câncer tem origem: o contato com agrotóxicos, produtos químicos usados para matar insetos ou plantas dos quais o Brasil é líder mundial em consumo desde 2009.

"Meu pai acusa muito esse negócio de veneno. Ele nunca usou, mas as fazendas vizinhas sempre pulverizavam a soja com avião e tudo", diz Osmar.

O noroeste gaúcho, onde seu Atílio mora, é campeão nacional no uso de agrotóxicos, segundo um mapa do Laboratório de Geografia Agrária da Universidade de São Paulo (USP), elaborado a partir de dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

Para especialistas que lidam com o problema localmente, não há dúvidas sobre a relação entre o veneno e a doença.

"Diversos estudos apontam a relação do uso de agrotóxicos com o câncer", diz o oncologista Fábio Franke, coordenador do Centro de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) do Hospital de Caridade de Ijuí, que atende 120 municípios da região.

Um dos principais problemas é que boa parte dos trabalhadores não segue as instruções técnicas para o manejo das substâncias.

"Nós sempre perguntamos se usam proteção, se usam equipamento. Mas atendemos principalmente pessoas carentes. Da renda deles não sobra para comprar máscaras, luvas, óculos. Eles ficam expostos", diz Emília Barcelos Nascimento, voluntária da Liga Feminina de Combate ao Câncer de Ijuí.

Anderson Scheifler, assistente social da Associação de Apoio a Pessoas com Câncer da cidade (Aapecan), corrobora: "Temos como relato de vida dessas pessoas um histórico de utilização excessiva de defensivos agrícolas e, na maioria das vezes, sem uso de proteção".

'Alarmante epidemia'

Um estudo realizado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) comparou o número de mortes por câncer da microrregião de Ijuí com as registradas no Estado e no país entre 1979 e 2003 e constatou que a taxa de mortalidade local supera tanto a gaúcha, que já é alta, como a nacional.

De acordo com o Inca (Instituto Nacional de Câncer), o Rio Grande do Sul é o Estado com a maior taxa de mortalidade pela doença. Em 2013, foram 186,11 homens e 140,54 mulheres mortos para cada grupo de 100 mil habitantes de cada sexo.

O índice é bem superior ao registrado pelos segundos colocados, Paraná (137,60 homens) e Rio de Janeiro (118,89 mulheres).

O Estado também é líder na estimativa de novos casos de câncer neste ano, também elaborada pelo Inca - 588,45 homens e 451,89 mulheres para cada 100 mil pessoas de cada sexo.

Em 2014, 17,5 mil pessoas morreram de câncer em terras gaúchas - no país todo, foram 195 mil óbitos.

Anualmente, cerca de 3,6 mil novos pacientes são atendidos na unidade coordenada por Franke. Se incluídos os antigos, são 23 mil atendimentos. Destes, 22 mil são bancados pelo SUS (Sistema Único de Saúde) - os cofres públicos desembolsam cerca de R\$ 12 milhões por ano para os tratamentos.

Segundo o oncologista, a maioria dos doentes vem da área rural - mas o problema pode ser ainda maior, já que os malefícios dos agrotóxicos não ocorrem apenas por exposição direta pelo trabalho no campo, mas também via alimentação, contaminação da água e ar.

"Se esses números fossem de pacientes de dengue ou mesmo uma simples gripe, não tenho dúvida de que a situação seria tratada como a mais alarmante epidemia, com decreto de calamidade pública e tudo. Mas é câncer. Há um silêncio estranho em torno dessa realidade", afirma o promotor Nilton Kasctin do Santos, do Ministério Público da cidade de Catuípe.

"Milhares de pessoas estão morrendo de câncer por causa dos agrotóxicos", acrescenta ele, que atua no combate aos produtos.

Procurado pela BBC Brasil, o Sindiveg (Sindicato Nacional da Indústria de Produtos para Defesa Vegetal), que representa os fabricantes de agrotóxicos, encaminhou o questionamento para a Andef (Associação Nacional de Defesa Vegetal), que responde basicamente pelas mesmas empresas.

Em nota, a Andef afirma que "toda substância química, sintetizada em laboratório ou mesmo aquelas encontradas na natureza, pode ser considerada um agente tóxico" e que os riscos à saúde dependem "das condições de exposição, que incluem: a dose (quantidade de ingestão ou contato), o tempo, a frequência etc."

O texto afirma ainda que "o setor de defensivos agrícolas apresenta o grau de regulamentação mais rígido do mundo".

Salto no consumo

A comercialização de agrotóxicos aumentou 155% em dez anos no Brasil, apontam os Indicadores de Desenvolvimento Sustentável (IDS), estudo elaborado pelo IBGE no ano passado - entre 2002 e 2012, o uso saltou de 2,7 quilos por hectare para 6,9 quilos por hectare.

O número é preocupante, especialmente porque 64,1% dos venenos aplicados em 2012 foram considerados como perigosos e 27,7% muito perigosos, aponta o IBGE.

O Inca é um dos órgãos que se posicionam oficialmente "contra as atuais práticas de uso de agrotóxicos no Brasil" e "ressalta seus riscos à saúde, em especial nas causas do câncer".

Como solução, recomenda o fim da pulverização aérea dos venenos, o fim da isenção fiscal para a comercialização dos produtos e o incentivo à agricultura orgânica, que não usa agrotóxico para o cultivo de alimentos.

Márcia Sarpa Campos Mello, pesquisadora do instituto e uma das autoras do "Dossiê Abrasco - Os impactos dos Agrotóxicos na Saúde", ressalta que o agrotóxico mais usado no Brasil, o glifosato - vendido com o nome de Roundup e fabricado pela Monsanto - é proibido em toda a Europa.

Segundo ela, o glifosato está relacionado aos cânceres de mama e próstata, além de linfoma e outras mutações genéticas.

"A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que 80% dos casos de câncer são atribuídos à exposição de agentes químicos. Se os agrotóxicos também são esses agentes, o que já está comprovado, temos que diminuir ou banir completamente esses produtos", defende.

A Monsanto, entretanto, rechaça a opinião. Procurada pela BBC Brasil, a empresa afirma que o registro do glifosato na União Europeia foi renovado por 18 meses, em junho.

A renovação, porém, não passou sem polêmica. A intenção inicial era que a renovação fosse por 15 anos. França, Itália, Suécia e Países Baixos foram contra. Um dos motivos é a recente classificação da Agency for Research on Cancer (IARC), parte da Organização Mundial da Saúde, que classificou o glifosato como "provavelmente cancerígeno para humanos".

Procurada, a Monsanto afirma que "todos os usos de produtos registrados à base de glifosato são seguros para a saúde e o meio ambiente, o que é comprovado por um dos maiores bancos de dados científicos já compilados sobre um produto agrícola".

A empresa diz ainda tratar-se de "um dos herbicidas mais usados no mundo, por mais de 40 anos e em mais de 160 países", e que "nenhuma associação do glifosato com essas doenças é apoiada por testes de toxicologia, experimentação ou observações".

Três vezes mais

Segundo a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), o brasileiro consome até 12 litros de agrotóxico por ano.

A bióloga Francesca Werner Ferreira, da Aipan (Associação Ijuicense de Proteção ao Ambiente Natural) e professora da Unijuí (Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul), alerta que a situação é ainda pior no noroeste gaúcho, onde o volume consumido pode ser três vezes maior.

Ela conta que produtores da região têm abusado das substâncias para secar culturas fora de época da colheita e, assim, aumentar a produção. É o caso do trigo, que recebe doses extras de glifosato, 2,4-D, um dos componentes do "agente laranja", usado como arma química durante a Guerra do Vietnã, e paraquat.

Segundo o promotor Nilton Kaschin do Santos, este último causa necrose nos rins e morte das células do pulmão, que terminam em asfixia sem que haja a possibilidade de aplicação de oxigênio, pois isso potencializaria os efeitos da substância.

"Nada disso é invenção de palpiteiro, de ambientalista de esquerda ou de algum cientista maluco que nunca tomou sol. Também não é invenção de algum inimigo do agronegócio. Sabe quem diz tudo isso sobre o paraquat? O próprio fabricante. Está na bula, no rótulo", alerta o promotor.

No último ano, 52 pessoas morreram por intoxicação por paraquat em terras gaúchas, segundo o Centro de Informação Toxicológica do Estado.

No Brasil, 1.186 mortes foram causadas por intoxicação por agrotóxico de 2007 a 2014, segundo a coordenadora do Laboratório de Geografia Agrária da USP, Larissa Bombardi.

A estimativa é que para cada registro de intoxicação existam outros 50 casos não notificados, afirma ela. A pesquisa da professora aponta ainda que 300 bebês de zero a um ano de idade sofreram intoxicação no mesmo período.

A Syngenta, fabricante do paraquat, não se manifestou sobre os casos de intoxicação e afirmou endossar o posicionamento da Andef.

Fonte: <http://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2016/08/epidemia-de-cancer-alto-indice-de-agricultores-gauchos-doentes-poe-agrotoxicos-em-xeque.html>

Planejamento e gestão do sistema e serviços de hemoterapia e hematologia

Nos dias 17 e 18 de agosto no Hotel Embaixador em Porto Alegre aconteceu o segundo momento presencial do Curso de Planejamento e Gestão do Sistema e Serviços de Hemoterapia e Hematologia do Estado do Rio Grande do Sul.

O Projeto está sendo operacionalizado sob a coordenação pedagógica do Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), com apoio e acompanhamento da Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde (CGSH/MS).

O trabalho envolve momentos presenciais e momentos de dispersão, em que os atores locais realizam atividades dirigidas com o apoio de tutores, por meio de ferramenta Moodle (educação à distância).

A proposta de plano diretor a ser elaborada deve contemplar diretrizes e ações para o fortalecimento da hemorrede do Estado, bem como propor a priorização de ações, considerando as características locais, análise situacional, definição dos objetivos, metas e estratégias, oferecendo instrumento para o seu cumprimento em articulação com as diretrizes da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados.

Para o desenvolvimento do plano diretor, foi realizada a leitura cuidadosa da realidade e situação de saúde da população e dos serviços de saúde para a identificação das necessidades de saúde e/ou potenciais agravos bem como os riscos à saúde a que está exposta a população do território de abrangência do plano.

Neste segundo momento estão sendo elaboradas estratégias de ação para o enfrentamento dos principais problemas. Tais atividades possibilitarão o desenvolvimento de uma nova proposta de plano diretor para o Estado, considerando as regiões de abrangência do hemocentro coordenador, buscando uma aproximação entre a prática e a relação com o conteúdo teórico.

O processo de elaboração do plano está sendo conduzido pela hemorrede estadual juntamente com vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, planejamento, controle e avaliação, gestores e profissionais dos serviços pertencentes à hemorrede estadual, áreas técnica e administrativa atuantes nas áreas de hematologia e hemoterapia.

Para o terceiro momento, as atividades desenvolvidas deverão ser sistematizadas, coletivamente, em uma única proposta a ser apresentada para as autoridades de saúde locais e outros atores considerados relevantes para a efetividade do plano.



Reunião em Brasília discute a implementação da Política de Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas

Ocorreu nos dias 2 e 3 de agosto de 2016, em Brasília/DF, reunião do comitê gestor do Acordo de cooperação entre Confederação dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG) e Ministério da Saúde (MS) para debater a implementação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA).

Publicada em 2011, a PNSIPCFA tem o objetivo de garantir o direito e o acesso à saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando seus princípios fundamentais de equidade, universalidade e integralidade. Esta política abre caminhos para incluir as peculiaridades, especificidades e necessidades em saúde desta população, visando promover a saúde por meio de ações que garantam o acesso aos serviços de saúde, à redução de riscos e agravos decorrentes dos processos de trabalho e à melhoria dos indicadores de saúde.

Participam desta reunião representantes do Ministério da Saúde, das Federações Estaduais de trabalhadores na agricultura e das Secretarias Estaduais de Saúde. Foram avaliadas as atividades já realizadas e discutido o planejamento de novas ações e estratégias para avançar na garantia da implantação efetiva da PNSIPCFA.

O processo de saúde da população do campo, floresta e águas possui diferenças que precisam ser conhecidas e enfrentadas pelos gestores de saúde. Neste sentido é fundamental a parceria das áreas técnicas de saúde do trabalhador (MS e SES) com os movimentos de trabalhadores do campo, floresta e águas, para construir um plano de ações, buscando a garantia da implantação da PNSIPCFA.



Foto: DVST|CEVS|RS

Vacina inédita para esquistossomose inicia nova fase de estudos

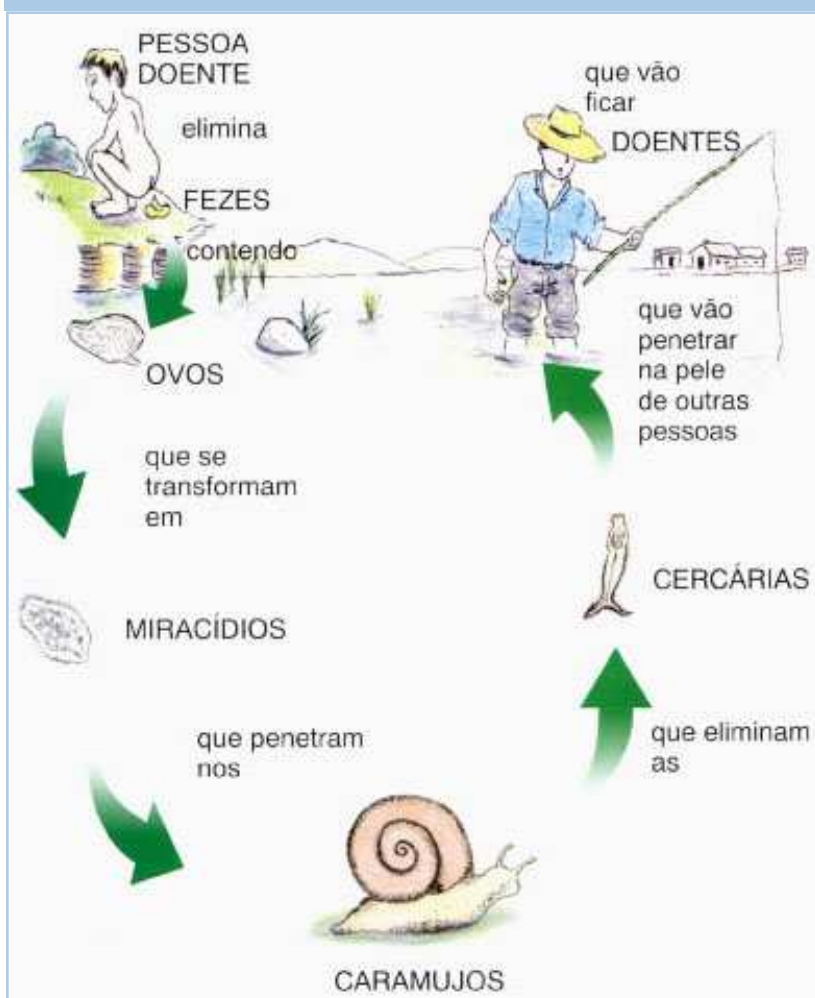
O Brasil inicia neste ano a nova fase de estudos clínicos para a vacina de esquistossomose, chamada de Vacina Sm14. O anúncio foi feito no dia 26 de agosto, no Rio de Janeiro pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Os testes acontecerão entre setembro e dezembro de 2016, período que corresponde à mais alta endemicidade da doença em território africano. A produção e desenvolvimento da vacina é uma parceria público-privada (PPP) entre a Fiocruz e a empresa Orygen Biotecnologia S.A. O projeto é um dos priorizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Ao longo das três etapas de Fase II, está prevista a participação de 350 voluntários, entre adultos, inicialmente, e em criança. A Vacina Sm14 será administrada em três doses, com intervalos de um mês entre cada uma. A conclusão e os resultados dos estudos estão previstos para 2017. "É a primeira vez no mundo que uma vacina parasitária produzida com tecnologia brasileira de última geração chega à Fase II de estudos clínicos. Um importante passo para o enfrentamento desse problema de saúde que atinge principalmente populações pobres de diferentes países", comemorou o ministro da Saúde, Ricardo Barros.

Desenvolvida e patenteada pelo Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz), a vacina utiliza a proteína Sm14, sintetizada a partir do *Schistosoma mansoni*, verme causador da esquistossomose na América Latina e na África. Será produzida a partir de um antígeno – substância que estimula a produção de anticorpos, evitando que o parasita causador da doença se instale no organismo ou que lhe cause danos. "Esse tipo de iniciativa fortalece o Brasil como uma base tecnológica capaz de assegurar o atendimento das demandas do sistema público de saúde", afirmou o presidente da Fiocruz, Paulo Gadelha.

Nessa fase do estudo, os testes serão realizados em adultos moradores da região endêmica no Senegal, na África, local atingido simultaneamente por duas espécies do parasito *Schistosoma*, causador da doença. Essa característica, que não existe em nenhuma região brasileira, é muito importante para que se possa verificar a segurança da Vacina Sm14.

CICLO DA ESQUISTOSSOMOSE



ESQUISTOSSOMOSE - Os casos da doença acontecem em ambientes onde não há infraestrutura adequada de saneamento básico: fezes de pessoas infectadas com o verme *Schistosoma*, quando despejadas inapropriadamente em rios e outros cursos de água doce, podem infectar caramujos do gênero *Biomphalaria*. Por sua vez, os caramujos liberam larvas do verme na água, podendo infectar outras pessoas por meio do contato com a pele, reiniciando o ciclo da doença. A vacinação terá potencial de interromper o ciclo de transmissão, induzindo uma imunidade duradoura.

Fonte: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/noticias-svs/25361-vacina-inedita-para-esquistossomose-inicia-nova-fase-de-estudos>

Imagem disponível em www.saudecuriosa.com.br

Brasil tem mais de 206 milhões de habitantes, segundo o IBGE

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) publicou na terça-feira (30/08), no "Diário Oficial da União", a estimativa da população brasileira, na qual aponta que o Brasil tem 206.081.432 habitantes. Em agosto de 2015, o mesmo levantamento estimou a população, à época, em 204.450.649. O estado de São Paulo é o mais populoso, com 44.749.699, seguido por Minas Gerais (20.997.560) e Rio de Janeiro (16.635.996). O estado com a menor população é Roraima, que tem 514.229 habitantes.

Cidades

Entre os municípios, São Paulo continua sendo o mais populoso, com 12 milhões de habitantes, seguido pelo Rio de Janeiro (6,5 milhões de habitantes), Brasília e Salvador (cerca de 2,9 milhões de habitantes cada).

Dezessete municípios brasileiros possuem população superior a 1 milhão de pessoas, somando 45,2 milhões de habitantes ou 21,9% da população total do Brasil, de acordo com o IBGE.

Serra da Saudade (MG) é o município brasileiro de menor população, de 815 habitantes, seguido de Borá (SP), com 838 habitantes, e Araguaína (MT), com 953 habitantes.

O instituto estima que, de 2015 para 2016, 24,8% dos municípios tiveram redução de população.

Veja cidades com as maiores populações do país:

- 1º São Paulo (SP): 12.038.175
- 2º Rio de Janeiro (RJ): 6.498.837
- 3º Brasília (DF): 2.977.216
- 4º Salvador (BA): 2.938.092
- 5º Fortaleza (CE): 2.609.716
- 6º Belo Horizonte (MG): 2.513.451
- 7º Manaus (AM): 2.094.391
- 8º Curitiba (PR): 1.893.997
- 9º Recife (PE): 1.625.583
- 10º Porto Alegre (RS): 1.481.019
- 11º Goiânia (GO): 1.448.639
- 12º Belém (PA): 1.446.042
- 13º Guarulhos (SP): 1.337.087
- 14º Campinas (SP): 1.173.370
- 15º São Luís (MA): 1.082.935
- 16º São Gonçalo (RJ): 1.044.058
- 17º Maceió (AL): 1.021.709

Veja abaixo a população de cada estado e do Distrito Federal, segundo o IBGE:

- Rondônia: 1.787.279
- Acre: 816.687
- Amazonas: 4.001.667
- Roraima: 514.229
- Pará: 8.272.724
- Amapá: 782.295
- Tocantins: 1.532.902
- Maranhão: 6.954.036
- Piauí: 3.212.180
- Ceará: 8.963.663
- Rio Grande do Norte: 3.474.998
- Paraíba: 3.999.415
- Pernambuco: 9.410.336
- Alagoas: 3.358.963
- Sergipe: 2.265.779
- Bahia: 15.276.566
- Minas Gerais: 20.997.560
- Espírito Santo: 3.973.697
- Rio de Janeiro: 16.635.996
- São Paulo: 44.749.699
- Paraná: 11.242.720
- Santa Catarina: 6.910.553
- Rio Grande do Sul: 11.286.500
- Mato Grosso do Sul: 2.682.386
- Mato Grosso: 3.305.531
- Goiás: 6.695.855
- Distrito Federal: 2.977.216



Fonte: <http://g1.globo.com/economia/noticia/2016/08/brasil-tem-mais-de-206-milhoes-de-habitantes-segundo-o-ibge.html>

Veja os municípios com as menores populações do país:

- 1º Serra da Saudade (MG): 815
- 2º Borá (SP): 838
- 3º Araguaína (MT): 953
- 4º Oliveira de Fátima (TO): 1.104
- 5º Ananguera (GO): 1.115
- 6º Cedro do Abaeté (MG): 1.213
- 7º Uru (SP): 1.218
- 8º Nova Castilho (SP): 1.228
- 9º Miguel Leão (PI): 1.231
- 10º André da Rocha (RS): 1.300

OMS: 70 países e territórios já notificaram transmissão do zika por mosquitos

Desde 2007, quando foi detectada a primeira grande epidemia do zika, em Yap, na Micronésia, 70 países e territórios já notificaram a transmissão do vírus por mosquitos – sendo 67 deles a partir do ano passado. Os dados estão no mais recente [relatório de situação sobre zika, microcefalia e Síndrome de Guillain-Barré](#), divulgado dia 18 de agosto pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Conforme a análise, de modo geral a avaliação de risco não mudou. O vírus continua se propagando geograficamente a áreas onde os vetores, como o *Aedes aegypti*, estão presentes. Além disso, os recentes casos de zika na África destacam a necessidade de se compreender melhor a virologia do surto global. Até agora, surtos da estirpe asiática do vírus zika parecem estar mais associados a distúrbios neurológicos e congênitos do que os casos históricos da linhagem africana. No entanto, devido aos poucos casos conhecidos dessa linhagem, é possível que na verdade essas complicações nunca tenham sido identificadas.

Assim, o relatório afirma que continua a ser crucial sequenciar o zika isolado, particularmente nos casos da África, para entender se realmente houve uma verdadeira mudança nas manifestações clínicas da infecção por zika desde o primeiro surto identificado em 2007.

A OMS avalia que mais estudos entomológicos (sobre mosquitos) devem ser priorizados em regiões recentemente afetadas para compreender a dinâmica da transmissão, informar avaliações de risco localizadas e focar em intervenções de controle de vetores, incluindo o fornecimento de mensagens de promoção da saúde apropriadas.

O relatório também aponta que 17 países e territórios reportaram casos de microcefalia e/ou malformação do sistema nervoso central e 18 registraram casos de Síndrome de Guillain-Barré potencialmente associados à infecção pelo vírus zika.

Países com um primeiro surto de zika transmitido por mosquitos relatado a partir de 2015 (53)

Anguilla; Antígua e Barbuda; Argentina; Aruba; Bahamas; Barbados; Belize; Bolívia; Bonaire, Sint Eustatius e Saba (Países Baixos); Brasil; Cabo Verde; Colômbia; Costa Rica; Cuba; Curaçao; Dominica; República Dominicana; Equador; El Salvador; Estados Unidos; Fiji; Guiana Francesa; Granada; Guadalupe; Guatemala; Guiana; Guiné-Bissau; Haiti; Honduras; Ilhas Cayman; Jamaica; Ilhas Marshall; Ilhas Turcas e Caicos; Ilhas Virgens Americanas; Martinica; México; Micronésia; Nicarágua; Panamá; Paraguai; Peru; Porto Rico; Samoa; Samoa Americana; São Bartolomeu; Santa Lúcia; Saint Martin; São Vicente e Granadinas; Sint Maarten; Suriname; Tonga; Trinidad e Tobago; Venezuela.

Países com possível transmissão endêmica ou evidência de infecções locais por zika causadas por mosquitos em 2016 (4)

Filipinas; Indonésia; Tailândia; Vietnã.

Países com evidência de infecções locais por zika causadas por mosquitos em 2015 ou antes, mas sem registro de casos em 2016 ou com surto finalizado (13)

Bangladesh; Camboja; Ilhas Cook; Ilha de Páscoa (Chile); Ilhas Salomão; Gabão; Laos; Malásia; Maldivas; Nova Caledônia; Papua-Nova Guiné; Polinésia Francesa; Vanuatu.

Países que reportaram transmissão do zika de pessoa para pessoa, sem que fosse por mosquitos, desde fevereiro de 2016 (11)

Alemanha; Argentina; Canadá; Chile; Espanha; Estados Unidos; França; Itália; Nova Zelândia; Peru; Portugal.

Prevenção

O *Aedes* é um mosquito que pode transmitir o vírus zika, dengue e chikungunya. Ele vive no interior e nos arredores de domicílios, reproduzindo-se em qualquer recipiente artificial ou natural que armazene água limpa e parada. Para combater esse mosquito, é necessário limpar potes de vasos de plantas e vasilhames na parte externa do domicílio, tampar tanques e caixas d'água, evitar o acúmulo de lixo e desentupir calhas e ralos que impeçam o escoamento de líquidos, além de descartar recipientes em desuso que possam acumular água.

A prevenção é a melhor forma de evitar a infecção por zika, dengue e chikungunya. Para se proteger, a pessoa deve cobrir a pele com roupas de mangas compridas e calças; dormir em locais protegidos por mosquiteiros; e usar telas nas janelas e portas para reduzir o contato com mosquitos. Durante relações sexuais, é importante também a utilização de preservativos para evitar a transmissão por meio de fluidos corporais.

O uso de repelentes também é um meio de prevenção eficaz. No caso de gestantes, a OPAS/OMS recomenda aqueles que contêm o princípio ativo DEET (N N-dietil-3-metilbenzamida), IR3535 (3-[N-acetil-N-butil]-éster etil ácido aminopropiônico) ou Icaridina (ácido-1 piperidinecarboxílico, 2-(2-hidroxietil)-1-metilpropilester). Esses produtos podem ser aplicados na pele exposta e devem ser usados em conformidade com as instruções do rótulo.



Fonte: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5204:oms-70-paises-e-territorios-ja-notificaram-transmissao-do-zika-por-mosquitos&catid=1272:noticias&Itemid=816

Vacina contra febre amarela agora vale para toda a vida, diz OMS

Viajantes precisam estar sempre atentos a datas e prazos de documentos essenciais, como vistos e passaporte, que devem estar sempre dentro da validade. Pelo menos com a renovação da vacina contra a febre amarela, item obrigatório para boa parte das viagens internacionais feitas por brasileiros, não é preciso mais se preocupar. Desde julho, de acordo com uma nova determinação da Organização Mundial da Saúde (OMS), uma única dose passa a valer por toda a vida do viajante, não mais apenas por dez anos. Vale ressaltar que o que caiu é a obrigação da renovação, não da vacinação, que deve acontecer até dez dias antes da viagem.

Não é de hoje, no entanto, que a OMS afirma que uma dose da vacina contra a febre amarela é suficiente para toda a vida. Os pesquisadores da organização chegaram a essa conclusão em 2013 e a oficializaram em 2014. Foi durante a 67ª Assembleia Mundial de Saúde, quando o anexo 7 do Regulamento Sanitário Internacional foi alterado, e se estabeleceu a data de 11 de julho de 2016 como o prazo para que todos os 196 países signatários da entidade passassem a adotar a nova medida. No Brasil, por exemplo, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), já emite certificados internacionais de vacinação com a designação "válido por toda a vida" desde junho.

Documentos antigos valem

Isso quer dizer que, desde 11 de julho, agentes de fronteiras não podem impedir a entrada de viajantes portando certificados internacionais de vacinação, independentemente da data de validade. Os documentos emitidos após a nova determinação devem vir com a data de vacinação e a frase "vida da pessoa vacinada" (também em inglês e francês) no campo da data de validade. Documentos anteriores à nova regra não precisam e não devem ser modificados, já que são válidos mesmo assim, com as datas de validade já expiradas ou por vencer, e porque qualquer rasura ou alteração no documento o torna inválido.

A nova orientação da OMS pode diminuir a burocracia para quem já foi vacinado e, claro, ainda tem o certificado. Mas para quem nunca se vacinou, o procedimento continua sendo necessário.

Por ter casos registrados em quase todo o território nacional, o Brasil é considerado um país endêmico para a doença. Por isso muitos destinos exigem que os viajantes se vacinem, com no mínimo dez dias de antecedência. A vacina é oferecida em postos de saúde municipais e estaduais. Depois de tomá-la é preciso levar o comprovante a um posto da Anvisa (anvisa.gov.br) e trocá-lo pelo Certificado Internacional de Vacinação ou Profilaxia (CIVP). Todo o processo é gratuito. Mulheres grávidas, bebês de até seis meses e pessoas alérgicas a seus componentes, portadoras do vírus HIV, em tratamento com corticoides, quimioterapia ou radioterapia, não devem se vacinar. Para elas, há o Certificado de Isenção de Vacinação, também disponível nos postos da Anvisa.

Onde se exige a vacina

América do Sul. Equador, Bolívia, Paraguai, Guiana, Guiana Francesa e Suriname.

América do Norte. México.

América Central e Caribe. Toda a região, exceto Cuba, Nicarágua, República Dominicana, Panamá, Haiti, Porto Rico e Ilhas Virgens (Britânicas e Americanas).



Europa. Malta e Albânia.

África. Todos os países, menos o Sudão do Sul.

Oceania. Brasileiros precisam se vacinar para ir à Austrália, Polinésia Francesa, Fiji, Nova Caledônia e Samoa.

Oriente Médio. Líbano, Arábia Saudita, Irã, Iraque, Jordânia, Omã, Bahrein e Iêmen.

Ásia. China (menos Hong Kong e Macau), Coreia do Norte, Índia, Camboja, Tailândia, Laos, Butão, Vietnã, Filipinas, Indonésia, Cazaquistão, Quirguistão, Malásia, Brunei, Nepal e Cingapura.

Fonte: <http://oglobo.globo.com/boa-viagem/vacina-contra-febre-amarela-agora-vale-para-toda-vida-diz-oms-19957949#ixzz4Ivbmypj8>

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, Marco Antonio Barreto de Almeida, Sabrina Vizeu

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

Colaboraram nesta edição: Luciana Nussbaumer, Marcia de Moraes Lisboa, Vanda Garibotti