

Guia Prático para o Controle Sanitário de Viajantes

Guia Prático para o Controle Sanitário de Viajantes



Agência Nacional
de Vigilância Sanitária

Ministério
da Saúde



Guia Prático para o Controle Sanitário de Viajantes

Anvisa
2006

Diretor-Presidente

Dirceu Raposo de Mello

Diretores

Cláudio Maierovitch P. Henriques

Franklin Rubinstein

Maria Cecília Martins Brito

Victor Hugo Costa Travassos da Rosa

Gerente-Geral de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados

Paulo Ricardo Santos Nunes

Equipe Técnica / Autores

Ana Cristina Sá Fischer

Ana Rosa dos Santos

Átila Regina de Oliveira

Cristiano Gregis

Dirciara Sousa Cramer de Garcia

Dora Porto

Elvio Araújo Madrid

Francisco Vanin Pascalicchio

Lânia Aparecida da Costa

Ligia Maria Cantarino da Costa

Rodolfo Navarro Nunes

Núcleo de Assessoramento à Comunicação Social e Institucional

Assessor-Chefe: Carlos Dias Lopes

Coordenação: Pablo Barcellos

Projeto Gráfico: Renato Berlim

Diagramação: Renato Berlim e Francisco Freire

Revisão: Dulce Maria Bergmann

Capa: Renato Berlim

Copyright ©2006. Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

É permitida a reprodução desta obra, desde que citada a fonte.

1ª Edição, tiragem: 2000 exemplares

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
Guia Prático para o Controle Sanitário de Viajantes / Ministério da Saúde,
Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília : Ministério da Saúde,
2005.

132p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

ISBN 85-334-1039-5

1. Vigilância Sanitária. 2. Saúde Pública. I. Título. II. Série

NLM WA 105

Sumário

Sumário	3
Apresentação	7
1. Introdução	9
1.1 Regulamento Sanitário Internacional	10
1.2 Perspectivas do novo enfoque do RSI	12
2. Planejamento do controle sanitário de viajantes	15
2.1 Instrumentalização para a padronização das ações	15
2.1.1 Acesso rápido à informação	16
2.1.2 Regulamentação	16
2.2 Integração das CVSPAF com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde	17
2.2.1 Roteiro básico da pauta de reunião	18
2.2.2 Atividades dos postos de vigilância sanitária	19
3. Medidas de controle sanitário de viajantes	23
3.1 Medidas de controle sanitário na saída de viajantes	23
3.2 Medidas de controle sanitário na entrada de viajantes	23
3.2.1 Medidas de controle sanitário na entrada de viajantes sem anormalidade clínica	24
3.2.2 Medidas de controle sanitário na entrada de viajantes com anormalidades clínicas	25
3.2.2.1 Notificação de viajantes com anormalidades clínicas	25
3.2.2.2 Anormalidade clínica comunicada antes da chegada do meio de transporte	26
3.2.2.3 Anormalidade clínica verificada durante a inspeção sanitária	27
3.2.2.4. Anormalidade clínica comunicada depois da inspeção sanitária	28
3.2.3. Notificação de óbito a bordo	29

4. Salas de orientação e controle sanitário de viajantes	33
4.1 Sala de orientação e controle sanitário de viajantes que não oferece vacinação	35
4.2 Sala de orientação aos viajantes que oferece vacinação	35
4.2.1 Vacinação	36
4.2.1.1 Responsabilidade técnica	36
4.2.1.2 Aprovação pelo Programa Nacional de Imunizações - PNI	37
4.2.2 Estrutura mínima para atendimento dos viajantes	37
5. Emissão de Certificado Internacional de Vacinação (CIV) e Certificado Internacional de Isenção de Vacinação (CIIV)	41
5.1 Procedimentos para emissão do CIV a partir do cartão nacional de vacinação (troca)	41
5.2 Procedimentos para emissão do certificado internacional de isenção de vacinação (CIIV)	42
6. Principais anormalidades clínicas em viajantes	43
6.1 Doenças e agravos de transmissão respiratória	45
6.1.1 Sarampo	46
6.1.2 Tuberculose	48
6.1.3 Influenza	51
6.1.4 Varicela	54
6.1.5 Síndrome respiratória aguda grave (SRAG ou SARS)	56
6.2 Doenças e agravos de veiculação hídrica e alimentar	63
6.2.1 Cólera	69
6.2.2 Botulismo	70
6.2.3 Febre tifóide	70
6.2.4 Hepatite A	71

6.3 Doenças e agravos de transmissão por vetores e roedores	73
6.3.1 Febre amarela	75
6.3.2. Dengue	77
6.3.3 Malária	79
6.3.4 Peste	80
6.3.5 Hantavirose	82
6.3.6 Leptospirose	83
7. Equipamentos de proteção individual - EPI	89
7.1 Critérios para definição do uso de EPI	89
7.1.1 Presença de sangue e fluidos corporais	89
7.1.2 Risco de transmissão respiratória	90
7.1.3 Associação de precauções mistas	91
7. 2 Técnica de lavagem das mãos	92
8. Glossário	93
9.Instrumentos Legais	105
9.1 Súmula dos instrumentos legais	105
9.1.1 Leis	105
9.1.2 Decretos	110
9.1.3 Portarias	114
9.1.4 Resoluções da Anvisa	117
9.1.5 Orientação de serviço/ordem de serviço	121
9.2 Termo de Controle Sanitário para Viajante	122
Bibliografia	123

Apresentação

O novo cenário global, caracterizado pela intensificação dos fluxos de pessoas, bens e mercadorias entre os países, aumenta a possibilidade de disseminação de doenças, podendo causar impacto negativo tanto na saúde da população quanto na economia, afetando o comércio de bens e serviços, principalmente aqueles relacionados ao turismo e às viagens.

Pensando nessas transformações, este Guia Prático para Controle Sanitário de Viajantes, da Gerência Geral de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados (GGPAF) propõe a mudança nas práticas de controle sanitário de viajantes. Idealizado para orientar e padronizar as ações dos trabalhadores de vigilância sanitária da Anvisa em portos, aeroportos e fronteiras, este Guia estabelece uma metodologia de vigilância para a saúde, criando ferramentas capazes de instrumentalizar o cotidiano de trabalho com efetivas ações de vigilância sanitária respaldadas em conhecimento técnico-científico sobre o tema.

Essa primeira edição não tem a pretensão de esgotar o tema, mas sim, ampliar os conhecimentos e implementar práticas orientadas à integralidade das ações em vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras (VISAPAF), com vistas a evitar e minimizar riscos, bem como controlar e reparar danos que possam vir a se constituir em eventos de saúde pública de interesse internacional.

Franklin Rubinstein
Diretor da Anvisa

Paulo Ricardo Santos Nunes
Gerente-Geral
GGPAF - Anvisa

1. Introdução

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa é parte do Sistema Único de Saúde (SUS) e coordena o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS). A Lei nº. 9.782, de 26 de janeiro de 1999, define como atribuição da Agência a vigilância sanitária nas áreas portuária, aeroportuária, pontos de passagem de fronteiras bem como a inspeção dos produtos importados para saúde.

Para tanto o Regimento Interno da Anvisa, a Portaria nº.593, de 25 de agosto de 2000, delega à Gerência Geral de Portos, Aeroportos e Fronteiras e Recintos Alfandegados – GGPAF a incumbência de orientar e controlar as atividades sanitárias que visem evitar a introdução e a expansão de doenças transmissíveis e seus vetores, através de portos, aeroportos, fronteiras, e seus respectivos terminais de passageiros e cargas, entrepostos, estações aduaneiras, meios e vias de transporte aéreo, marítimo fluvial, lacustre e terrestre. Compete também à GGPAF orientar e controlar as ações de vigilância sanitária de viajantes que pretendam ingressar no País, de acordo com a legislação específica e fazendo cumprir a legislação brasileira, em consonância com o Regulamento Sanitário Internacional e com outros acordos subscritos pelo Brasil.

Conforme a Portaria Anvisa nº. 406 de 14 de outubro de 2005, publicada no Diário Oficial da União (DOU) nº. 199 de 17 de outubro de 2005, Seção 1, página 43, a GGPAF está estruturada com cinco gerências: 1. Infra-estrutura, Meios de Transporte e Controle de Vetores; 2. Orientação e Controle Sanitário de Viajantes; 3. Projetos Especiais; 4. Inspeção de Produtos e Autorização de Empresas; 5. Planejamento, Avaliação e Acompanhamento além das Coordenações de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados nos Estados – CVSPAF e dos Pos-

tos de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados a elas subordinados.

As 27 CVSPAF são unidades gestoras, com agilidade administrativa para ações locais. Sob a coordenação das CVSPAF 108 Postos de Vigilância Sanitária, com aproximadamente 1.300 trabalhadores em equipes multiprofissionais, localizam-se nos principais pontos de entrada e saída do país, realizando o controle sanitário de serviços, produtos e viajantes, contando ainda com 57 Salas de Orientação ao Viajante onde é feita a vacinação.

O controle sanitário dos viajantes tem como objetivo promover o conhecimento, a informação e a orientação das medidas de vigilância que visam evitar a propagação de doenças transmissíveis, com o aprimoramento de ações integradas com outros órgãos do Ministério da Saúde e serviços sanitários estaduais ou locais, sinalizando a construção de uma política de saúde dos viajantes.

1.1. Regulamento Sanitário Internacional

O Regulamento Sanitário Internacional - RSI (1969) é o documento oficial da Organização Mundial da Saúde (OMS) que recomenda aos países-membros o cumprimento de suas normas e preceitos, para garantir o máximo de segurança contra a disseminação não só da febre amarela, mas da cólera e da peste humana.

Antes da existência do RSI já eram adotadas medidas para tentar bloquear a entrada de epidemias nos países. A prática da quarentena é conhecida desde o século XV, quando as epidemias começaram a ameaçar o trânsito de mercadorias e os países tiveram que implementar ações defensivas, com o objetivo principal de dar garantias aos produtos e assegurar sua aceitação no mercado internacional. A prática da quarentena disseminou-se entre diversas cidades e no final da

Idade Média toda a Europa dispunha de um regulamento de quarentena, acionado com rigor nas situações epidêmicas. 1

Com o passar do tempo essa prática começou a criar uma série de obstáculos ao trânsito de pessoas e de mercadorias, forçando o início da discussão sobre a necessidade de cooperação internacional na área da saúde. Em 1851 essa discussão foi iniciada na 1ª Conferência Sanitária Internacional em Paris, seguindo-se outras conferências no transcorrer do século XIX, que resultaram na assinatura dos primeiros tratados internacionais que abordavam as questões de comércio e saúde. 2

Em 1946, após a 2ª Guerra Mundial, na Conferência Sanitária Internacional realizada em Nova Iorque foi esboçada a constituição da Organização Mundial da Saúde - OMS, criada oficialmente em 1948. A instância máxima da Organização é sua Assembléia Geral, responsável pela elaboração de convenções, pactos, tratados, regulamentos e recomendações, que, de acordo com a OMS, devem ser aprovados por maioria de dois terços, entrando em vigor quando aceitos pelo Estado-membro. 3

Em 1951 foi elaborado o primeiro Regulamento Sanitário Internacional, na 4ª Assembléia Mundial de Saúde, estabelecendo como doenças quarentenáveis a cólera, a peste, a febre amarela, a varíola, a febre tifóide e a febre recorrente. Em 1969, o RSI sofreu sua primeira revisão, sendo excluídas da lista de doenças de controle internacional a febre tifóide e a febre recorrente. Em 1973, o Certificado de Vacinação contra a Cólera deixou de ser necessário e com a erradicação da varíola em 1981 esta também foi excluída do texto do Regulamento. 4

Em 1995, a Assembléia Geral da OMS recomendou a revisão do RSI de 1969, para adequá-lo ao novo cenário global, caracterizado pela intensificação do fluxo de pessoas 5

e mercadorias entre os países, que pode ampliar o risco de disseminação de doenças. O RSI de 1969 adotava medidas de saúde de caráter rígido e punitivo, sem incentivo à notificação, que visavam atender ao máximo os interesses do comércio internacional. Limitando-se à notificação da cólera, peste e febre amarela, o Regulamento propunha um modelo de organização dos serviços de saúde nos portos, aeroportos e fronteiras, adaptado somente ao controle dessas três doenças. Além disso, faziam parte do RSI medidas sanitárias obsoletas que não atendem ao surgimento de doenças emergentes e reemergentes, com grande potencial de disseminação.

1.2 Perspectivas do Novo Enfoque do RSI

A versão final do RSI foi divulgada em maio de 2005, com previsão de entrada em vigor em 24 meses a partir da data em que o Diretor-Geral notificar a adoção desse Regulamento pela Assembléia da Saúde. Essa nova versão traz como principais mudanças, em relação ao RSI de 1969: a notificação de todas as Emergências de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII); a autorização, pela OMS, do uso de outras fontes de informação, além das notificações oficiais dos países; a definição do centro nacional para comunicação com a OMS (que no Brasil é a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde); a definição de capacidades mínimas em vigilância e em controle sanitário de portos, aeroportos, pontos e passagens de fronteiras; a modernização de medidas de rotina em portos, aeroportos, pontos e passagens de fronteiras; e a recomendação de medidas de saúde pública para o manejo de emergências internacionais. O RSI prevê uma integração das atuais atividades da OMS em alerta e resposta a epidemias; passa a considerar assessoria externa para aplicar o RSI; institui um comitê de

emergências para determinar se um evento constitui uma ESPII e para formular, modificar ou prorrogar recomendações temporais e declará-la concluída. Além do comitê de emergências, conta, também, com um comitê de revisão, que prestará assessoria para formular recomendações sobre emendas ao Regulamento e modificações de recomendações permanentes, ou sua anulação, e analisar assuntos de implementação do RSI.

O processo de notificação e adoção de medidas de controle sanitário, de acordo com o RSI/2005, consiste em: identificação de eventos que podem constituir Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, avaliação e caracterização do evento, comunicação do evento à OMS, avaliação do evento (país afetado, OMS, Comitê de Emergência), comunicação aos demais países e recomendação de medidas de controle.

Deverão ser notificados os eventos que constituem emergência de saúde pública, ou seja, eventos de grande repercussão que exigem uma ação imediata, surtos de doença que tenham potencial epidêmico (independente de natureza, origem ou fonte), eventos inusitados ou imprevistos ou com elevada morbidade e mortalidade diferente da habitual. Também serão notificados eventos com risco de propagação internacional e que possam causar restrições ao comércio ou tráfego de pessoas.

2. Planejamento do Controle Sanitário de Viajantes

Para o sucesso das ações de vigilância para o controle sanitário de viajantes é fundamental que os trabalhadores de portos, aeroportos e fronteiras reflitam sobre o cuidado com os viajantes e também sobre a importância dessa atividade no seu trabalho cotidiano.

Essa reflexão é necessária pois o modelo tradicional de atenção à saúde dos viajantes adotado pela VISAPAF começa a ser questionado por suas características fragmentárias, já que não se insere no contexto do SUS, dificultando a articulação intersetorial e interinstitucional. Além disso, vem se percebendo a característica reducionista desse modelo que tem como principal ponto de intervenção o controle do Certificado Internacional de Vacinação (CIV) e a prática de vacinação apenas contra a febre amarela.

Tais características reforçam a necessidade de produzir uma mudança de concepção sobre o que é fazer controle sanitário de viajantes e sobre o papel desempenhado pelos trabalhadores de PAF. Para que as práticas de vigilância que possibilitam esse controle sejam eficientes, eficazes e efetivas é fundamental que os trabalhadores atuem como elementos integradores junto à população e os serviços de saúde, possibilitando a construção de um território comum, onde os órgãos de saúde das três esferas (municipal, estadual e federal) que compõem o SUS e os três níveis de atenção (primário, secundário e terciário) estejam integrados para que se possa pensar em fazer com sucesso a vigilância sanitária.

2.1. INSTRUMENTALIZAÇÃO PARA A PADRONIZAÇÃO DAS AÇÕES

A GGPAF vem coordenando a elaboração de algumas ferramentas que são imprescindíveis para a instrumentalização e a conseqüente padronização das práticas de vigilância

para o controle sanitário de viajantes.

2.1.1. ACESSO RÁPIDO À INFORMAÇÃO

Está sendo criado um novo sistema para cadastramento das informações relativas ao controle sanitário em PAF, o Sistema de Informação Sanitária em Portos, Aeroportos e Fronteiras (SISPAF). Dentro do SISPAF está sendo desenvolvido um módulo específico para o controle de viajantes (SISPAF/Viajantes) que irá substituir o atual Sistema de Gerenciamento de Vacinação (SISGEV), uma vez que o cuidado com os viajantes vai muito além da vacinação. O SISPAF/Viajantes será implantado em todos os Postos de Controle Sanitário da Anvisa no território nacional.

O objetivo do SISPAF/Viajantes é permitir que os trabalhadores de PAF tenham acesso rápido a informações atualizadas sobre a situação epidemiológica dos diversos países, bem como às principais orientações que deverão ser dadas aos viajantes. Atualmente, essas informações podem ser obtidas nos Boletins de Vigilância Epidemiológica, nas Notas Técnicas da Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS (www.saude.gov.br/svs), nos alertas sanitários na Intravisa e na página da Anvisa (www.anvisa.gov.br/paf/viajantes/index.htm), bem como nos endereços eletrônicos da Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS (www.paho.org) e da Organização Mundial da Saúde (<http://www.who.int/ith/en>).

2.1.2. REGULAMENTAÇÃO

Com a implantação do RSI/2005 todas as normas sanitárias que orientam as práticas de controle sanitário de viajantes terão de ser revisadas. Encontra-se em fase de elaboração a Norma Técnica para Controle Sanitário de

Viajantes em Portos, Aeroportos e Fronteiras, na forma de Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa.

Atualmente, o amparo legal para as ações de controle sanitário de viajantes é dado pelas seguintes normas: Decreto nº 56.759, de 20 de agosto de 1965, Portaria nº 28/MS/SNVS, de 27 de abril de 1993, Portarias nº 55 e 56/MS/SNVS, de 6 de julho de 1995, Portarias nº 1984/MS, 1985/MS e 1986/MS, de 25 de outubro de 2001, Decreto nº 87, de 15 de abril de 1991, RDC/Anvisa nº 217, de 21 de novembro de 2001, RDC/Anvisa nº 2, de 8 de janeiro de 2003, RDC/Anvisa nº 202, de 5 de julho de 2005 e Resolução Mercosul/GMC/RES 26/00. Existem ainda Resoluções Específicas – RE, com as atualizações das áreas endêmicas de cólera e febre amarela. A súmula dos instrumentos legais mais utilizados no controle sanitário de viajantes encontra-se ao final desse guia.

2.2. INTEGRAÇÃO DAS CVSPAF COM AS SECRETARIAS ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE SAÚDE

Não se pode pensar em fazer vigilância sanitária sem “olhar para além dos muros” que delimitam a área de atuação dos trabalhadores de portos, aeroportos e fronteiras. Embora, muitas vezes as áreas portuárias, aeroportuárias ou mesmo os pontos de passagem de fronteiras sejam, de fato, locais cercados é importante que os trabalhadores de PAF atuem além desses limites. Os muros que cercam as áreas de PAF representam no imaginário as fronteiras do Brasil com o mundo, refletindo também as barreiras criadas dentro do próprio país entre os municípios e estados brasileiros, ou mesmo entre os diferentes níveis de governo que atuam nessas áreas. Para superar na prática cotidiana os limites impostos por esses muros é fundamental que cada uma das 27

CVSPAF trabalhe realmente integrada com as Secretarias Estaduais (SES) e Municipais de Saúde (SMS).

Para garantir esse plano de ação é preciso conhecer as características sanitárias, epidemiológicas e ambientais dos municípios e estados onde estão instalados os Postos de Controle Sanitário. É preciso também conhecer a rede de saúde local para, por exemplo, saber quais são os laboratórios existentes, qual é o hospital de referência e se este possui capacidade para atender viajantes com anormalidade clínica que constitua evento de saúde pública de interesse internacional etc.

Esse diagnóstico é necessário para manter o intercâmbio de informações com os serviços de vigilância sanitária e epidemiológica, estabelecendo um fluxo de informações sobre o atendimento médico-hospitalar dos viajantes com anormalidade clínica. Isso é importante para que se possa inserir as ações de controle sanitário de viajantes nas discussões sanitárias locais e otimizar as orientações aos viajantes.

Como as atribuições das CVSPAF são coordenar, acompanhar, controlar, avaliar e supervisionar as ações dos Postos de Vigilância Sanitária, cada Coordenação, antes de reunir-se com as demais esferas de governo, deverá realizar discussões internas, em conjunto com os trabalhadores e as chefias dos postos, para entender essa nova prática de controle e os encaminhamentos necessários para a articulação com as SES e SMS.

2.2.1. ROTEIRO BÁSICO DA PAUTA DE REUNIÃO

- Apresentação de quem somos e o que fazemos, para que e para quem fazemos; explicar as atribuições e competências da Anvisa e da GGPAF.
- Definição de estratégias para garantir um fluxo de atendimento aos viajantes com anormalidades clínicas. Esse é um ponto importante, que deverá seguir a hierarquia da estrutura organizacional. A CVSPAF reúne-se com a

Secretaria Estadual de Saúde e articula o mesmo processo nos municípios onde estão localizados os Postos de Vigilância Sanitária.

- Identificação da pessoa para contato (ou ponto focal) nos Postos de Controle Sanitário e na Vigilância Epidemiológica municipal ou estadual, conforme o caso, anotando o nome da unidade, endereço, telefones, e-mail, nome da pessoa e substituto. Prever como será feito contato em finais de semana, feriados e plantões noturnos.
- Definição do fluxo de comunicação. O fluxo deve atender a todos os períodos e horários de funcionamento dos Postos de Vigilância Sanitária de PAF.
- Estabelecer o fluxo do procedimento, quando a notificação for feita a partir do Termo de Controle Sanitário para Viajante (Anexo 1) preenchido no posto da Anvisa, como a Vigilância Epidemiológica (VE) vai acionar os encaminhamentos necessários após a liberação do viajante pela autoridade sanitária e como será o repasse do fechamento do caso pela VE para o Posto de Vigilância Sanitária.
- Definição da responsabilidade de remoção do viajante da área de jurisdição de PAF (município, estado ou administração do terminal, Infraero, Docas, agentes marítimos ou outros).
- Definição da responsabilidade da remoção do viajante da área de jurisdição de PAF (município, estado ou administração do terminal, Infraero, Docas, agentes marítimos ou outros).

2.2.2. ATIVIDADES DOS POSTOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Conforme o artigo 71 da Portaria nº 593, de 25 de agosto de 2000 (Regimento Interno da Anvisa), compete aos Postos de Vigilância Sanitária de PAF apoiar as demais

unidades organizacionais da Anvisa e executar, no âmbito de suas jurisdições, as atividades de controle sanitário em meios de transporte, viajantes, infra-estrutura, produtos importados e exportados, serviços e bens produzidos. Compete também aos postos a vigilância epidemiológica e o controle de vetores em portos, aeroportos, pontos de passagem de fronteiras, terminais de passageiros e cargas e estações aduaneiras correlacionadas, em articulação com os órgãos de saúde dos níveis estadual e municipal, bem como com outros órgãos federais.

Dentre as atividades de controle sanitário de viajantes inclui-se o cuidado com todos os trabalhadores da comunidade nas áreas de PAF. É imprescindível que a equipe dos postos conheça os parceiros em potencial, como administradores de terminais, agências de turismo, empresas de transporte aéreo, marítimo, fluvial, lacustre e terrestre, associações e cooperativas de taxistas, fornecedores e outros, que dentro de nossa área de jurisdição são importantes para integrar a atenção ao viajante. Uma vez identificados esses parceiros, deve ser definida qual a sua participação e o que se pretende nas ações conjuntas.

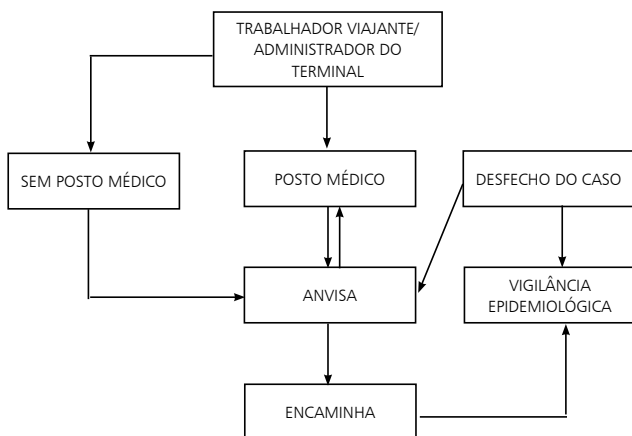
Por exemplo, em relação aos ambulatórios de atendimento médico instalados nos terminais de PAF, deverão ser conhecidos:

- a capacidade potencial, em caso de adoção de um plano de contingência;
- os procedimentos de emergência;
- as principais demandas atendidas (principalmente doenças transmissíveis);

O registro e os relatórios gerados pelos ambulatórios deverão ser repassados ao Posto de Vigilância Sanitária caso configurem interesse para a saúde pública. Nestes casos é importante manter o fluxo de informações

entre a Anvisa e a Vigilância Epidemiológica.

Como deve se estabelecer essa comunicação entre ambulatório, vigilâncias Sanitária (Anvisa) e Epidemiológica? Por meio de uma troca ágil de informação, conforme se observa no fluxograma a seguir:



Fluxograma de comunicação entre as vigilâncias sanitária e epidemiológica.

Este é um fluxo dinâmico. Assim, a comunicação de uma anormalidade clínica à Anvisa pode ocorrer por intermédio do ambulatório, pela administração do terminal ou ser feita pelo próprio usuário.

Na existência de ambulatório no terminal, a comunicação à Anvisa deve ser acompanhada da ficha de notificação do Sistema Nacional de Notificação (SINAN) referente ao atendimento do viajante ou trabalhador da área de PAF. Ao receber a ficha de notificação, o Posto de Vigilância Sanitária deverá enviá-la para a Vigilância Epidemiológica, que investigará o caso e dará o encaminhamento necessário. Quando

o caso for fechado pela VE, esta comunicará ao Posto de Vigilância Sanitária, que repassará a informação ao ambulatório de saúde. Manter esse fluxo de informação atualizado é fundamental para o efetivo controle sanitário.

Caso não haja ambulatório no terminal, os trabalhadores do Posto da Anvisa deverão preencher o Termo de Controle Sanitário para Viajante e entrar em contato telefônico imediato com a Vigilância Epidemiológica, para a comunicação das queixas relatadas. A VE dará orientação quanto ao encaminhamento do caso.

3. Medidas de Controle Sanitário de Viajantes

É necessário padronizar as práticas para o controle sanitário de viajantes. Por isso é preciso criar metodologias para o trabalho cotidiano de PAF que permitam aperfeiçoar essas práticas e aplicá-las a partir do entendimento do motivo pelo qual são realizadas as atividades e da relação dessas ações com a saúde dos viajantes.

Devido ao intenso movimento de pessoas em alguns pontos de entrada e saída do País e em determinados períodos do ano, é necessário intensificar alguns procedimentos que permitam a ação rápida das autoridades sanitárias. Assim, medidas de controle sanitário de viajantes devem ser adotadas na saída e, principalmente, na entrada do território nacional.

3.1 MEDIDAS DE CONTROLE SANITÁRIO NA SAÍDA DE VIAJANTES

Os viajantes devem receber orientações em saúde pertinentes ao seu destino, sendo vacinados, quando necessário, nas salas de orientação ao viajante e nos postos de PAF, seguindo as mesmas estratégias adotadas para o ingresso de pessoas que não apresentam anormalidades clínicas.

3.2 MEDIDAS DE CONTROLE SANITÁRIO NA ENTRADA DE VIAJANTES

Para uma ação eficaz no controle sanitário de viajantes, o trabalhador de PAF deve observar a legislação sanitária vigente. Por exemplo, exigir a apresentação do Certificado Internacional de Vacinação válido (CIV) para os viajantes procedentes de áreas consideradas endêmicas para febre amarela, das quais o Brasil exige o Certificado.

O controle sanitário de bagagens acompanhadas é regulamentado pela RDC nº 1, de 6 de janeiro de 2003, que define bagagem como “o conjunto de bens de viajantes que, pela quantidade e frequência, não revele destino comercial”. O artigo 17 da mesma Resolução, em seu parágrafo primeiro, determina: “A importação, pela pessoa física, de mercadoria sob vigilância sanitária de que trata este artigo, descaracterizada como de uso próprio ou individual, não deverá ter a sua entrada no território nacional autorizada.” O parágrafo segundo também determina: “Ficará vedada a entrada, no território nacional, de produtos proibidos sob vigilância sanitária, transportados pela pessoa física, por meio de bagagem acompanhada”. A caracterização do uso próprio de medicamentos deve ser feita pela apresentação da prescrição médica, contendo o período e frequência de uso do medicamento.

Para orientar o viajantes que chegam ao Brasil é necessário organizar as ações de controle sanitário adotando duas categorias: viajantes sem anormalidade clínica e viajantes com anormalidade clínica.

3.2.1. MEDIDAS DE CONTROLE SANITÁRIO NA ENTRADA DE VIAJANTES SEM ANORMALIDADE CLÍNICA

Os viajantes que não apresentarem anormalidades clínicas deverão receber orientação para a proteção da saúde individual e coletiva. Essas orientações, fornecidas gratuitamente e geradas em sistema informatizado, estarão disponíveis nas Salas de Orientação ao Viajante, localizadas nos Postos de Controle Sanitário, e, de acordo com a necessidade, serão disponibilizadas aos viajantes nas áreas de desembarque através de material informativo como informe sonoro, painéis, totems, folhetos e outros.

3.2.2. MEDIDAS DE CONTROLE SANITÁRIO NA ENTRADA DE VIAJANTES COM ANORMALIDADES CLÍNICAS

Para definir as medidas a serem tomadas frente a uma comunicação de anormalidade clínica, deve-se utilizar um fluxo para cada momento da identificação do evento: antes da chegada do meio de transporte, durante a inspeção sanitária e depois da liberação do meio de transporte, após a inspeção.

É de extrema importância estar atento à ocorrência de anormalidades clínicas, considerando não somente a origem e o destino dos meios de transporte, mas também as escalas e as conexões. Quando o viajante vem de uma área de interesse para a saúde pública deve ser avaliado o tempo de deslocamento até a chegada ao Brasil. Essa observação é crucial para desencadear as ações sanitárias específicas para cada situação, direcionando o “olhar sanitário” para a inspeção.

3.2.2.1 NOTIFICAÇÃO DE VIAJANTES COM ANORMALIDADES CLÍNICAS

O fluxo de notificação precisa ser previamente estabelecido, para agilizar a troca de informações e produzir medidas de controle pertinentes, impedindo a disseminação de doenças ou a introdução de possíveis agentes de infecção.

Em geral, as notificações são realizadas por intermédio das fichas do Sistema Nacional de Notificação – SINAN. A ocorrência de uma anormalidade clínica em PAF, porém, quase sempre deixa o trabalhador diante da seguinte situação: a maioria das anormalidades clínicas constitui caso suspeito de doença de interesse em saúde pública e devem ser avaliados a procedência do meio de transporte, a situação epidemiológica do local de origem do viajante, o tempo de viagem, os principais sinais e

sintomas. Como a ficha SINAN não atende às necessidades de PAF, a comunicação deve ser feita à Vigilância Epidemiológica de duas maneiras: por telefone e por meio do encaminhamento do Termo de Controle Sanitário para Viajante via fax.

3.2.2.2 ANORMALIDADE CLÍNICA COMUNICADA ANTES DA CHEGADA DO MEIO DE TRANSPORTE

Ao receber a comunicação de uma anormalidade clínica antes da chegada do meio de transporte o Posto de Vigilância Sanitária de PAF deve relatar imediatamente por telefone à Vigilância Epidemiológica (SMS ou SES). A GGPAF também deve ser informada sempre que a anormalidade clínica representar risco potencial à saúde pública. O Gerente-Geral designará um trabalhador de PAF do nível central para acompanhar o caso e fornecer informações à imprensa e aos demais interessados.

Após a avaliação da anormalidade clínica e considerando a procedência do meio de transporte, a situação epidemiológica do local de origem do viajante, o tempo de viagem, os principais sinais e sintomas, a autoridade sanitária definirá o local mais adequado para a inspeção sanitária do meio de transporte.

Se houver suspeita de que a anormalidade clínica constitui risco para a saúde pública (ex.: caso suspeito de doença transmissível), a inspeção sanitária do meio de transporte será realizada pelos trabalhadores de PAF em área de fundeio ou local designado, no caso de embarcações, em área remota, no caso de aeronaves, e em área reservada, no caso de transportes terrestres. A inspeção deverá ser executada de acordo com a legislação vigente para cada meio de transporte, com ênfase nos pontos críticos de transmissão da anormalidade clínica suspeita (ex.: verificação da presença de vestígios de roedores

em caso de suspeita de peste). Durante a inspeção sanitária, deverão ser verificados o livro de bordo, a utilização de medicamentos, o padrão de qualidade da água e dos alimentos ofertados, as condições de armazenamento e o destino dos resíduos sólidos, além de ser preenchido o Termo de Controle Sanitário para Viajante. A autoridade sanitária poderá liberar ou não o meio de transporte, autorizar o desembarque do viajante doente e, conforme o caso, não autorizar o desembarque dos demais viajantes (ex.: embarcação permanece em fundeio até a sua liberação pela autoridade sanitária).

Após o desembarque do viajante suspeito de anormalidade clínica e sua remoção para o hospital de referência, serão feitas as ações integradas com a Vigilância Epidemiológica, como coleta de amostras e investigação epidemiológica. Conforme acordado previamente com a SMS e a SES, o Posto de Vigilância Sanitária deverá ser informado do desfecho do caso.

3.2.2.3. ANORMALIDADE CLÍNICA VERIFICADA DURANTE A INSPEÇÃO SANITÁRIA

Ao se constatar, durante a inspeção sanitária, uma anormalidade clínica a bordo que não foi comunicada ao Posto de Vigilância Sanitária, a autoridade sanitária deverá lavrar o Auto de Infração Sanitária e continuar a inspeção com ênfase nos possíveis pontos críticos de transmissão da anormalidade clínica.

No caso do meio de transporte já estar estacionado e ser constatada irregularidade, a autoridade sanitária poderá colocar esse meio de transporte em área de fundeio ou local designado, se embarcação, em área remota, se aeronave, e em recuo, se transporte terrestre. Também nesses casos é necessário o preenchimento do Termo de Controle Sanitário para Viajante, a autorização do desembarque e o encaminhamen-

to do caso suspeito para a Vigilância Epidemiológica, para ações integradas de controle.

3.2.2.4. ANORMALIDADE CLÍNICA COMUNICADA DEPOIS DA INSPEÇÃO SANITÁRIA

A comunicação de uma anormalidade clínica poderá ocorrer depois de realizada a inspeção sanitária e até mesmo depois de o meio de transporte ter sido liberado para operar.

Em caso de embarcação ainda atracada, deverá ser realizada a inspeção ou reinspeção, para a avaliação das medidas sanitárias a serem adotadas. A autoridade sanitária deverá encaminhar o doente para assistência médica, considerando o local de referência indicado pela Vigilância Epidemiológica e determinar a remoção da embarcação para a área de fundeio ou local designado, quando for o caso, dando seguimento às práticas de controle sanitário preconizadas na legislação.

Se constatada negligência do comandante da embarcação ou de seu representante legal, a autoridade sanitária deverá lavrar Auto de Infração Sanitária.

Em se tratando de aeronaves e veículos terrestres, é pouco provável a comunicação de uma anormalidade clínica após a inspeção sanitária em que o veículo ainda esteja estacionado, mas, ocorrendo a situação, o meio de transporte deverá ser reinspecionado, adotando-se todas as medidas de controle sanitário, dentre elas a comunicação à Vigilância Epidemiológica. O mais provável nesse caso é que o Posto de Controle Sanitário receba a comunicação da VE em decorrência do atendimento de viajante desembarcado e atendido em uma unidade de saúde, a exemplo do caso importado de sarampo em aeronave procedente das Ilhas Maldivas, ocorrido em julho de 2005.

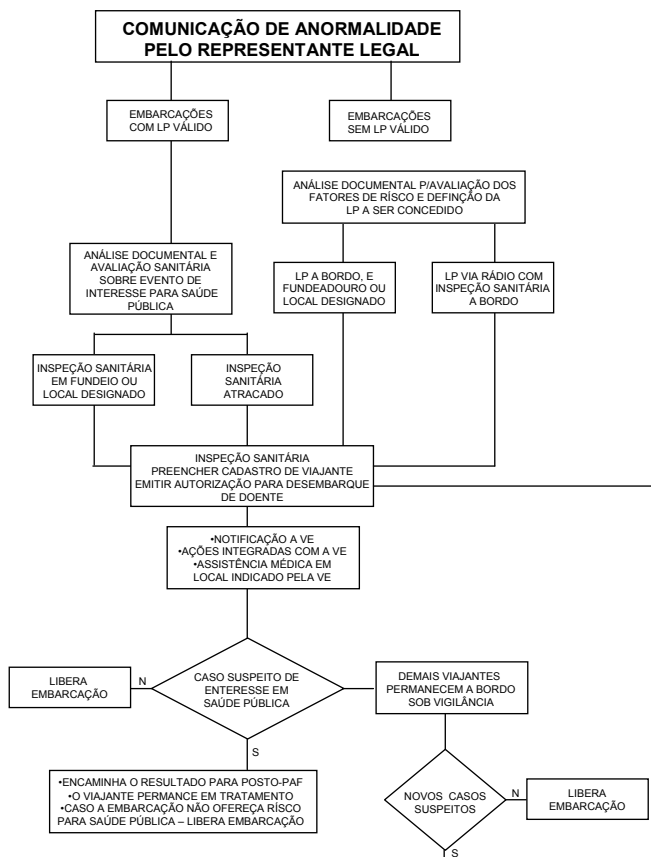
Caso o meio de transporte já tenha deixado a área do Posto de Vigilância Sanitária, deverá ser disparado um alerta sanitário, visando a sua reinspeção no próximo Posto, assim como

deverão ser realizadas ações integradas com a VE, de acordo com a situação. Se a próxima escala ou destino desse meio de transporte não for no território nacional, o Posto de Vigilância Sanitária deverá encaminhar imediatamente um relatório para a GGPAF, que fará a comunicação para os órgãos internacionais.

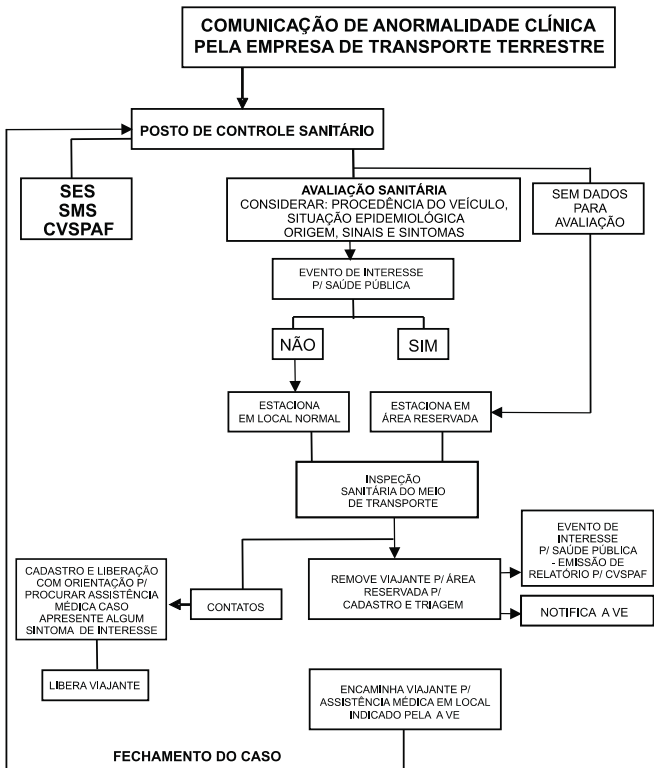
3.2.3. NOTIFICAÇÃO DE ÓBITO A BORDO

Óbito a bordo pode estar relacionado a uma doença ou agravo de interesse à saúde pública. Por isso a autoridade sanitária, ao receber a informação de óbito a bordo, deve comunicar imediatamente o fato à Polícia Federal e ao Instituto Médico Legal – IML. A autoridade sanitária deve ressaltar a importância da utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para a manipulação, a remoção e o desembarque do corpo. Após essa última etapa, deve ser executada a inspeção sanitária, com especial atenção aos possíveis pontos críticos de transmissão do agravo que pode ter causado a morte do viajante. Quando for o caso, a VE deverá ser notificada.

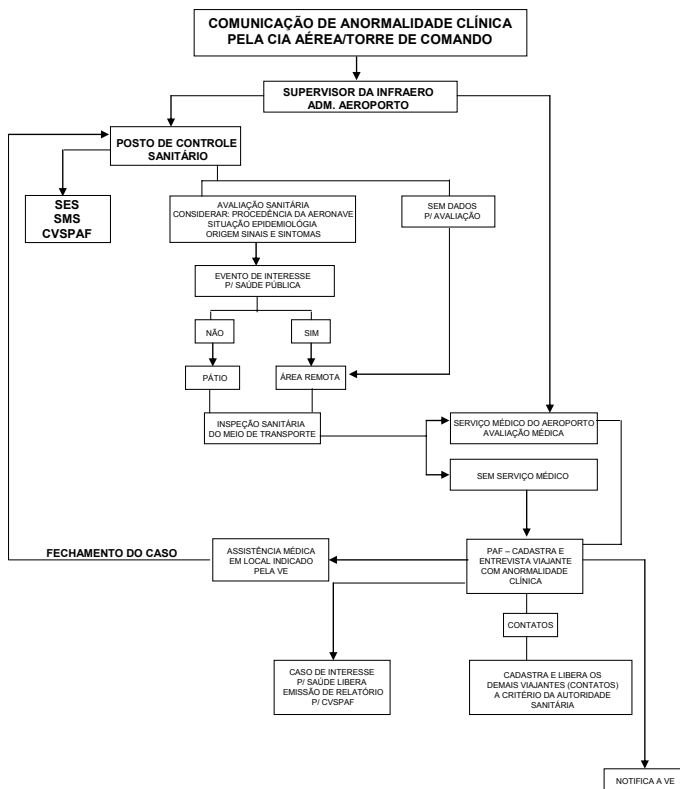
ANORMALIDADES CLÍNICAS EM EMBARCAÇÕES



ANORMALIDADES EM VEÍCULO TERRESTRE



ANORMALIDADES CLÍNICAS EM AERONAVES



4. Salas de Orientação e Controle Sanitário de Viajantes

As salas de orientação e controle sanitário de viajantes devem ser localizadas, preferencialmente, em portos, aeroportos e pontos de passagem de fronteiras, vinculadas aos Postos de Vigilância Sanitária. Nessas salas será oferecido serviço de orientação, tanto para viajantes em trânsito nacional quanto internacional.

Ao identificar a necessidade de atendimento individual especializado durante a entrevista com o viajante, a autoridade sanitária deverá recomendar a procura de um profissional médico.

É importante ressaltar que os Postos de Vigilância Sanitária que hoje dispõem de salas de vacina aptas a funcionar, devem permanecer com as mesmas, adotando porém a metodologia de sala de orientação ao viajante, na qual a vacinação é apenas uma das atividades desenvolvidas. As salas de vacinação, que atualmente oferecem somente a vacina contra a febre amarela, deverão ampliar a sua oferta, considerando o atual calendário de vacinação do Programa Nacional de Imunização (PNI) do Ministério da Saúde, até que seja definido um calendário de vacinas para viajantes, como preconiza a OMS no International Travel and Health de 2005.

É recomendado que estejam disponíveis as vacinas consideradas básicas para este público, como febre amarela, tríplice viral, antitetânica, hepatite B, poliomielite e influenza, respeitando-se as normas técnicas do PNI. É importante a articulação com os Centros de Referência Nacional de Imunobiológicos Especiais (CRIE), para conhecer as vacinas oferecidas e as exigências para o acesso a elas.

Para os Postos de Vigilância Sanitária que não dispõem de salas de vacinas, é recomendada a articulação com a SMS para realizar um trabalho integrado, ou seja, o município fará a vacinação nas unidades de saúde, cabendo à chefia dos Postos

da Anvisa atualizar as informações para essas unidades. Dentre tais informações estão as resoluções da Anvisa, a relação de países que exigem do Brasil a vacina contra a febre amarela, a recomendação das vacinas para trânsito internacional, a relação de áreas de febre amarela, os procedimentos para a troca do cartão nacional de vacinação pelo CIV, nos horários de funcionamento dos postos de vigilância sanitária.

As orientações básicas aos viajantes não deverão estar concentradas e restritas a locais específicos, como as salas de orientação e controle de viajantes, e a categorias funcionais, como enfermeiros ou médicos. Todos os trabalhadores de vigilância sanitária em PAF, independente de seu nível de escolaridade ou área de formação acadêmica, são responsáveis pelo cuidado com os viajantes, assim como todos realizam o controle sanitário dos meios de transporte e da infra-estrutura, entre outras atividades.

Para subsidiar as informações para orientação aos viajantes, essas salas, assim como todos os Postos de Vigilância Sanitária, terão acesso ao SISPAF/VIAJANTES, que deve ser usado como fonte de informação sobre a situação das principais doenças e agravos em diferentes regiões do mundo, bem como alertas epidemiológicos e sanitários. A implantação do sistema está prevista para maio de 2006, em substituição ao atual Sistema de Gerenciamento de Vacinas (SISGEV). É importante a utilização correta do SISGEV até a total substituição do mesmo, pois sua base de dados será transferida/migrada para o novo Sistema.

Além dos viajantes, as salas de orientação e controle sanitário se destinam a atender às comunidades portuárias, aeroportuárias e de fronteiras, bem como a qualquer cidadão que busque esse serviço. A critério da GGPAF, as salas consideradas estratégicas farão a vacinação, sendo que isso será indicado na placa de identificação dessas salas.

4.1 SALA DE ORIENTAÇÃO E CONTROLE SANITÁRIO DE VIAJANTES QUE NÃO OFERECE VACINAÇÃO

Nas Salas de Orientação e Controle Sanitário de Viajantes devem ser disponibilizadas informações sobre os cuidados com a água, os alimentos e os vetores, além de doenças relacionadas ao país de origem e de destino.

A situação vacinal é de grande importância e deve ser avaliada. Se houver necessidade de alguma vacina, seja em caráter de recomendação ou de exigência (mandatório), como é o caso da febre amarela, deve ser feito o encaminhamento para a unidade de saúde mais próxima que preste esse serviço.

Quando o viajante se vacinar contra a febre amarela deve ser alertado de que a primeira dose (primo-inoculação) deve ser tomada no mínimo dez dias antes da viagem. Na revacinação seu efeito é imediato e não é necessário intervalo entre a vacinação e a data da viagem. É importante também orientar que na unidade de saúde o viajante receberá um cartão nacional de vacina que deve estar preenchido de maneira completa (data, lote, assinatura do profissional e identificação do serviço). Este cartão não possui validade internacional, devendo ser trocado pelo Certificado Internacional de Vacinação (CIV) nas Salas de Orientação e Controle de Viajantes, Postos de Vigilância Sanitária ou Coordenações de Vigilância Sanitária, durante todo o horário de funcionamento desses serviços.

4.2 SALA DE ORIENTAÇÃO AOS VIAJANTES QUE OFERECE VACINAÇÃO

Além das atividades descritas no item anterior, orientação aos viajantes, substituição do cartão nacional de

vacinação pelo Certificado Internacional e emissão do Certificado Internacional de Isenção de Vacinação, estas salas também oferecem vacinas.

4.2.1. VACINAÇÃO

Esta atividade de vigilância é importante para que sejam controladas, eliminadas ou erradicadas as doenças de interesse para a saúde pública, que podem ser prevenidas com vacinas.

Informações detalhadas sobre as principais doenças evitadas com vacinação estão disponíveis no site do Ministério da Saúde, na página do Programa Nacional de Imunizações (PNI) da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS: <http://dtr2001.saude.gov.br/svs/imu/imu00.htm>.

Todo serviço de saúde que ofereça vacinas, seja público ou privado, deve respeitar os padrões mínimos de funcionamento. Dentre estes, podem ser mencionados: a responsabilidade técnica e a aprovação pelo PNI.

4.2.1.1. RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Todo serviço de vacinação tem que ter um responsável técnico, formado em enfermagem, que deve solicitar o registro de responsabilidade técnica para obtenção da Certidão de Responsabilidade Técnica no Conselho Regional de Enfermagem de seu Estado (Coren). Esta certidão deve ser renovada anualmente.

Para emissão dessa Certidão, o Coren solicita o Regimento Interno do Serviço de Enfermagem e o Registro de Empresa da Anvisa junto ao Conselho, que deve ser providenciado pela CVSPAF. Esse registro habilita legalmente as atividades de enfermagem desenvolvidas nas Salas de Orientação e Controle de Viajantes dos Postos de Vigilância Sanitária.

As orientações sobre os documentos necessários e o encaminhamento para legalizar as atividades de enfermagem podem ser obtidas junto aos Conselhos de Enfermagem nos Estados.

4.2.1.2. APROVAÇÃO PELO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

O Responsável Técnico pela atividade de vacinação da Sala de Orientação e Controle Sanitário de Viajantes, juntamente com a Chefia do Posto de Vigilância Sanitária, devem solicitar à coordenação da CVSPAF parecer do PNI para registro da sala de vacinas.

A CVSPAF fará a solicitação de supervisão do serviço de vacinação à Coordenação Estadual do PNI, que agendará supervisão para posterior parecer.

Para emissão de parecer os representantes do PNI irão considerar aspectos técnicos e administrativos da atividade de vacinação, conforme especifica o Manual de Procedimentos para Vacinação do Ministério da Saúde (Funasa, 2001). Dentre eles destacam-se:

- Organização e funcionamento da sala de vacinação;
- Limpeza da sala de vacinação;
- Conservação dos imunobiológicos;
- Atividades que antecedem a administração dos imunobiológicos; e
- Registro das atividades e arquivos da sala de vacinação.

4.2.2. ESTRUTURA MÍNIMA PARA ATENDIMENTO DOS VIAJANTES

As salas de Orientação e Controle Sanitário de Viajantes que oferecem vacinação deverão contar com uma estrutura mínima, conforme sugestão abaixo:

A) RECEPÇÃO

- Mesa em L, com gavetas e três cadeiras.
- Um computador, ligado à internet, e impressora.
- Um televisor (pelo menos de 20 polegadas) com videocassete.
- Um DVD.
- Armários.
- Cadeiras para espera.

B) SALA DE VACINAÇÃO

Na sala de vacinação, local destinado à administração dos imunobiológicos, é importante que todos os procedimentos desenvolvidos garantam a máxima segurança, prevenindo infecções nas crianças e adultos atendidos. Para isso, as instalações devem obedecer às condições sanitárias mínimas preconizadas na Resolução Anvisa/RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, tais como:

- Paredes e pisos laváveis e sem reentrâncias, para facilitar a limpeza. No piso e na fôrmica ou azulejos das paredes o rejunte deve ser liso e de cor clara.
- Pia com torneira, de preferência torneira que não precise fechar com a mão, como por exemplo, com sensor.
- Interruptor exclusivo para cada equipamento elétrico.
- Arejamento e iluminação adequados, evitando a incidência de luz solar direta.
- Entrada e saída independentes, se possível.
- Espaço físico entre 6 e 9m².
- Divisória entre a recepção e a sala de vacinas de material liso, impermeável e lavável.

Quando possível a sala de vacinação deve ter duas portas independentes para facilitar o fluxo de entrada e saída. Além disso, deve ser mantida em perfeitas condições de higiene e limpeza e ser usada exclusivamente para a

administração dos imunobiológicos.

Os equipamentos básicos da sala de vacinação são: um refrigerador de 280 litros, para a conservação dos imunobiológicos em estoque e dos produtos utilizados no dia de trabalho; uma caixa térmica para conservar os imunobiológicos que serão usados no dia de trabalho; uma bancada para o preparo dos imunobiológicos; uma maca tamanho padrão; duas cadeiras; uma escrivaninha pequena e uma cadeira; um biombo. Dentre os materiais permanentes e de consumo devem constar suporte para papel toalha; suporte para sabão líquido, armários aéreos; uma lixeira de aço inoxidável com pedal; bandeja de aço inoxidável; tesoura reta com ponta romba; termômetro de máxima e mínima digital; termômetro com cabo extensor; gelo reciclável; garrafas plásticas, entre outros.

Deve-se evitar guardar material de consumo em armários instalados em baixo do balcão de pia. É comum haver vazamento, o que inutiliza a validade de seringas, agulhas e outros insumos.

As orientações e informações quanto à limpeza da sala de vacinação, à conservação dos imunobiológicos, às atividades que antecedem a administração dos imunobiológicos e ao registro das atividades e arquivos da sala de vacinação deverão ser executadas de acordo com as recomendações da parte II do Manual de Procedimentos para Vacinação do Ministério da Saúde (Funasa, 2001).

Todos os procedimentos técnicos relacionados à imunização estão disponíveis na página (<http://portal.saude.gov.br>) da SVS.

5. Emissão de CIV e CIIV

São de responsabilidade e competência da Anvisa o controle e a emissão do Certificado Internacional de Vacinação (CIV), conforme preconiza o inciso VI do artigo 64 da Portaria Anvisa 593/00, de 25 de agosto de 2000. O Certificado Internacional de Vacinação é um direito de todo cidadão vacinado. A vacinação e a emissão do CIV são gratuitas.

Cada país pode adotar uma cor diferente para o CIV. No Brasil, atualmente, a cor é a amarela.

Para a vacinação e emissão do CIV não é necessário comprovar a viagem, internacional ou nacional, seja com bilhete de passagem ou passaporte. Assim, o cidadão poderá vacinar-se com a antecedência necessária.

O Certificado Internacional de Isenção de Vacinação (CIIV) será emitido para viajantes em trânsito para países que exigem do Brasil a apresentação do CIV. Para tanto é necessário que esses viajantes apresentem um atestado médico determinando a contra-indicação permanente ou temporária à vacina contra a febre amarela. A validade da isenção cessa juntamente com suas contra-indicações. O CIIV poderá ser solicitado junto às Salas de Orientação e Controle de Viajantes, Postos de Vigilância Sanitária ou Coordenações de Vigilância Sanitária.

5.1 PROCEDIMENTOS PARA EMISSÃO DO CIV A PARTIR DO CARTÃO NACIONAL DE VACINAÇÃO (TROCA)

Para a emissão do CIV a partir do Cartão Nacional de Vacinação é necessário que o mesmo esteja preenchido corretamente, com data, lote, carimbo e assinatura do profissional. Além disso, o viajante deve apresentar documento de identidade com foto, como carteira de identidade, passaporte ou carteira de motorista, válida. Está dispensada

da apresentação de documento de identidade a população indígena que não possua tal documentação. A emissão do CIV pela autoridade sanitária estará condicionada a assinatura do viajante.

5.2 PROCEDIMENTOS PARA EMISSÃO DO CERTIFICADO INTERNACIONAL DE ISENÇÃO DE VACINAÇÃO (CIIV)

Para a emissão do CIIV é imprescindível a apresentação de atestado médico que descreva de maneira clara e legível o motivo pelo qual o médico está contra-indicando que o viajante receba a vacina contra a febre amarela. Só serão aceitos atestados em folha timbrada com os dados completos do consultório e do profissional médico que emitiu o atestado (nome e número de inscrição no Conselho Regional de Medicina - CRM, endereço completo e telefone). Na redação do atestado deverá constar o nome completo do viajante para o qual o médico está contra-indicando a vacinação. No final do documento devem constar de maneira legível a assinatura e o carimbo do profissional.

No momento da solicitação do CIIV junto a Anvisa o viajante deve ter em mãos o atestado médico (original e cópia), documento de identificação original válido, com foto (carteira de identidade, passaporte ou carteira de motorista). Excetua-se dessa exigência a população indígena que não possua documentação.

6. PRINCIPAIS ANORMALIDADES CLÍNICAS EM VIAJANTES

As doenças transmissíveis preocupam as autoridades sanitárias em todo mundo. O fato de microrganismos como vírus e bactérias serem transmitidos entre pessoas ou entre animais e pessoas possibilita uma rápida disseminação das doenças, o que quer dizer que muitas pessoas podem ser contaminadas em pouco tempo. No Livro de Saúde dos Viajantes de 2005 a OMS recomenda que pessoas com doenças infecciosas não realizem viagens aéreas, seja para favorecer o restabelecimento de sua saúde ou pelo risco de infectarem outras pessoas e até de transmitirem a doença de um país para o outro.

O solo, a água, os alimentos são fontes potenciais de contaminação por microrganismos causadores de doenças (patogênicos) e por isso são chamados de reservatórios. As pessoas ou animais que são portadoras de microrganismos que podem afetar a saúde humana também são chamados de reservatórios. Assim, pessoas, animais ou insetos infectados por microrganismos carregam-nos constantemente em seus corpos, podendo transmiti-los a quem com eles tiver contato, mesmo quando não apresentam sintomas de doenças. Portanto, os reservatórios são fontes potenciais de transmissão de doenças.

Como existem milhões de tipos de microrganismos existem várias formas de transmissão. Alguns deles são transmitidos pela água, ou veiculação hídrica, outros pelo ar, ou veiculação respiratória, podendo a transmissão ocorrer também pela ingestão de alimentos, veiculação alimentar, ou ainda pela picada de insetos, vetores, ou contato com excrementos corporais (tais como fezes ou urina) de roedores. Para facilitar o entedimento do assunto, as doenças foram agrupadas segundo sua forma de transmissão: respiratória, de veiculação hídrica e alimentar e por vetores e roedores.

Para realizar as práticas de controle sanitário de viajantes e trabalhadores das comunidades portuárias, aeroportuárias e de fronteiras é fundamental conhecer os mecanismos de transmissão das doenças. Este Guia Prático trata das doenças e os agravos mais freqüentes e importantes para a tomada de decisão do trabalhador de PAF no que diz respeito ao encaminhamento para a assistência médica e à implementação de medidas de promoção da saúde que previnam doenças, diminuindo seu potencial de transmissão e disseminação.

Das anormalidades clínicas ocorridas em viagens, a “diarréia do viajante” ocorre com maior freqüência. Essa diarréia que acomete até 80% dos viajantes pode ser causada por vários agentes etiológicos. De 30% a 50% dos viajantes apresentam a “diarréia do viajante” durante as duas primeiras semanas da estadia, em decorrência, principalmente, da ingestão de alimentos, bebidas e água contaminados. A maioria dessa contaminação deve-se à presença de bactérias (85%) ou vírus (5%), podendo também ser provocada por parasitas e fungos em menor intensidade (OMS, 2005).

As doenças respiratórias também são consideradas de alto risco para os viajantes. Embora seja pouco provável a transmissão de agentes infecciosos em meios de transporte, em particular nas aeronaves, devido ao cuidadoso controle da qualidade e da circulação do ar nas cabines, alguns casos vêm sendo descritos, dependendo da proximidade da fonte de infecção (OMS, 2005). Em julho de 2005, durante vôo de curta duração no Brasil, um viajante contaminado pelo vírus do sarampo transmitiu a doença para mais cinco pessoas que estiveram na mesma aeronave. O mesmo raciocínio poderá ser aplicado, por exemplo, para sarampo, tuberculose, influenza, varicela e meningite meningocócica. Algumas dessas doenças são descritas com mais detalhes a seguir.

6.1 DOENÇAS E AGRAVOS DE TRANSMISSÃO RESPIRATÓRIA

A transmissão respiratória é uma importante forma de disseminação de doenças infecciosas. Observando-se uma cadeia de eventos de transmissão, nota-se que o agente etiológico pode ser eliminado através das secreções respiratórias de uma fonte de infecção (reservatório, hospedeiro) e atingir um hospedeiro suscetível também através do trato respiratório. Assim, a transmissão por via respiratória decorre da presença no mesmo ambiente, de uma fonte de infecção e de um novo hospedeiro sem necessariamente haver contato físico.

Entre as partículas geradas pela fonte de infecção temos as gotículas líquidas (aerossóis primários) liberadas na tosse, espirro ou durante a fala, que permanecem em suspensão no ar, podendo ser inaladas por outra pessoa. Essas gotículas, por serem maiores, ficam no ar por pouco tempo, atingindo curtas distâncias. Existe também a possibilidade de formação de aerossóis secundários a partir das secreções respiratórias. Estes, por possuírem menor massa e dimensão, são mais estáveis do que os aerossóis primários, permanecendo por muito mais tempo em suspensão no ar, o que possibilita sua dispersão por grandes distâncias.

Existe um grande número de agentes patogênicos que podem infectar o trato respiratório humano, incluindo bactérias, micobactérias, vírus, fungos, entre outros. As características biológicas dos organismos e do ambiente e os padrões de transmissão que influenciam o risco de contrair a infecção são tão diversos que tornam impraticável listar todos. Por esse motivo, foram selecionadas algumas doenças que, na prática diária de trabalho, têm se mostrado mais frequentes e por isso têm sido objeto de cons-

tantes questionamentos, podendo servir também como referência para outras doenças de menor ocorrência.

6.1.1. SARAMPO

O sarampo é uma doença infecciosa viral aguda, transmissível, altamente contagiosa cujos principais sintomas são febre, conjuntivite, coriza, tosse e *rush* cutâneo. Possui alta patogenicidade, podendo apresentar infecções secundárias (ex: otite, laringotraqueobronquite, pneumonia, diarreia) ou formas graves (ex: encefalite). Em países em desenvolvimento, a taxa de mortalidade específica é de 1,5%.

O homem é o reservatório e também a fonte de infecção da doença, transmitida diretamente de pessoa a pessoa, mediante gotículas e aerossóis. O período de incubação médio é de 10 dias, podendo variar de 7 a 18 dias. O período de transmissibilidade vai de 4 a 6 dias antes até 4 dias após o aparecimento das manchas vermelhas (exantema).

No ano 2000 foram registrados os últimos casos autóctones (com infecção contraída dentro do território nacional), graças à implementação do Plano de Erradicação do Sarampo nas Américas pelo Brasil.

Entretanto, entre 2001 e 2003 ocorreram alguns casos de sarampo importados, ou seja, contraídos fora do Brasil. Em 2001 e 2002 foram notificados em São Paulo dois casos contraídos no Japão, em 2003 foram notificados em Santa Catarina dois casos contraídos na Itália, sendo que em 2004 não houve novas notificações. Porém, em julho de 2005, observou-se a ocorrência de cinco casos autóctones de sarampo, originados a partir de um único caso importado, um viajante de 36 anos de idade que contraiu sarampo em uma viagem às Ilhas Maldivas. Apesar do risco de exposição dentro do Brasil ser pequeno, esses dados

mostram que existe o risco de pessoas já virem infectadas de outros países, já que essa doença ainda é comum em outras regiões do mundo, incluindo paíse da Europa ocidental e Ásia, O que propicia a circulação do sarampo. Esse fato é agravado pela alta infectividade e patogenicidade dessa doença, além da possibilidade de transmissão antes mesmo do aparecimento dos sinais e sintomas típicos da doença.

PROCEDIMENTOS A SEREM ADOTADOS

O sarampo é doença de notificação nacional compulsória e, quando ocorrer suspeita de caso, deve haver investigação imediata pela vigilância epidemiológica. Considera-se como caso suspeito todo paciente que, independente da idade e da situação vacinal, apresentar febre e exantema maculopapular, acompanhados de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: tosse e/ou coriza e/ou conjuntivite. A partir da suspeita, o caso será investigado para ser confirmado ou descartado mediante critérios laboratoriais, clínicos e epidemiológicos. Essa investigação será conduzida pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica municipal ou estadual que, para tanto, deverá ser imediatamente comunicado quando ocorrer um caso suspeito.

1. A principal medida de controle, a partir de um caso suspeito de sarampo, é realizar bloqueio vacinal, abrangendo pessoas que tenham contato com o paciente com suspeita da doença no mesmo domicílio, alojamento, local de trabalho, sala de aula etc. A partir de um caso confirmado, deve-se ampliar o bloqueio vacinal para todo o grupo de risco (vizinhança, bairro ou até o município), conforme avaliação realizada.
2. Isolamento de casos: o isolamento domiciliar ou hospitalar dos casos pode diminuir a intensidade do contágio. A vigilância dos contatos deve ser realizada por

18 dias, equivalente ao período máximo de incubação da doença.

3. Em caso de suspeita de sarampo em um indivíduo a bordo de um meio de transporte, recomenda-se cadastrar os viajantes para facilitar o contato posterior e fazer a avaliação vacinal de todas as pessoas que estejam a bordo, para tomar as medidas pertinentes o mais rápido possível. A fim de minimizar a transmissão, deve-se recomendar o uso de máscara facial para os indivíduos suspeitos e a restrição do seu contato com outras pessoas até que seja definida a conduta a ser adotada pela vigilância epidemiológica.
4. Orientar os viajantes que estejam saindo do país a avaliarem seu estado vacinal e o atualizarem, caso necessário.

6.1.2. TUBERCULOSE

A tuberculose é uma doença infecciosa e contagiosa, causada por uma bactéria denominada *Mycobacterium tuberculosis* (bacilo de Koch). O homem é o principal reservatório da tuberculose. A transmissão ocorre por via respiratória, de pessoa a pessoa, por meio de gotículas eliminadas por um indivíduo com tuberculose pulmonar ao tossir, espirrar ou falar. Quando essas gotículas são inaladas por pessoas sadias, provocam a infecção tuberculosa e o risco de desenvolver a doença. A infecção pelo bacilo da tuberculose pode ocorrer em qualquer idade e nem todas as pessoas expostas se tornam doentes.

A transmissão da tuberculose depende de alguns fatores, como a intensidade da eliminação de bacilos pela fonte de infecção, o tipo de ambiente em que ocorreu a exposição e a duração da exposição. O sistema imunológico consegue impedir o desenvolvimento da doença em cerca de 95% dos infectados. Entretanto, esse número pode ser menor na

presença de outras doenças que debilitem o sistema imunológico da pessoa, como, por exemplo, diabetes mellitus, infecção pelo HIV, tratamento prolongado com corticosteróides, quimioterapia, doença renal crônica, desnutrição etc. A maioria dos casos de doença ocorre de seis a doze meses após a infecção inicial. A transmissão é possível enquanto o doente estiver eliminando bacilos e ainda não tiver iniciado o tratamento. Com o início do tratamento adequado, a transmissão é reduzida em poucas semanas (habitualmente duas).

A OMS, após criteriosa revisão e investigação epidemiológica em alguns vôos comerciais onde foram identificados passageiros doentes (Tuberculosis and Air Travel: Guideline for Prevention and Control), concluiu que não foi identificado nenhum caso ativo de tuberculose (ou seja, na forma de doença) que pudesse estar relacionado com a transmissão durante o vôo. Entretanto, os dados encontrados demonstraram que não se poderia descartar totalmente a possibilidade de ocorrer transmissão da bactéria da tuberculose durante vôos de longa duração (acima de 8 horas) a partir de uma fonte de infecção (passageiro ou tripulante).

O risco de transmissão está relacionado com a proximidade entre uma pessoa saudável e uma fonte de infecção, a pessoa doente, assim como o tempo de exposição. Apesar da duração média dos vôos limitar relativamente o grau de exposição, fatores como ventilação reduzida, ambiente confinado e a grande aglomeração, contribuem para que o risco seja maior.

PROCEDIMENTOS A SEREM ADOTADOS

1. Passageiros com tuberculose ativa (pulmonar ou laríngea), ainda na fase transmissível, não devem viajar em transportes aéreos públicos ou outros meios públicos

de transporte até deixarem de ser infecciosos. Na maior parte dos casos, após duas semanas de tratamento adequado, indivíduos com tuberculose pulmonar muito provavelmente não são mais infectantes. Isso pode não valer para doentes multidrogas resistentes.

2. Caso durante um vôo surja suspeita de um passageiro com tuberculose ativa (detectada por autonotificação ao tripulante ou por apresentar um quadro de hemoptise, sangramento de origem pulmonar), são indicadas medidas de precaução universais para o material potencialmente contaminado: utilizar luvas descartáveis, lavar as mãos, dispor o material utilizado em sacos impermeáveis etc. O passageiro doente deve ser acomodado no local mais isolado e confortável possível da cabine e deve-se fornecer a ele uma quantidade razoável de lenços descartáveis ou toalhas, se necessário. Além disso, deve ser aconselhado a se locomover o mínimo possível e a cobrir sua boca e nariz sempre que tossir. Após o desembarque dos passageiros, é necessário inspecionar a aeronave à procura de material infectante (sangue, escarro etc.), e fazer a limpeza e desinfecção das áreas contaminadas. Também é indicada a troca de assentos e tapetes, caso tenham sido contaminados com sangue.
3. Apesar do risco de transmissão da tuberculose ativa de um indivíduo para os demais passageiros e tripulantes ser baixo (de acordo com o estudo da OMS), não existe garantia de que essa transmissão efetivamente não possa ocorrer, particularmente em vôos de longa duração e onde tenham sido identificados problemas no sistema de ventilação e de ar condicionado. Nesse sentido, seria recomendável, conforme a situação (a ser discutida com a Vigilância Epidemiológica), informar os passageiros e tripulantes sobre sua exposição potencial ao *Mycobacte-*

rium tuberculosis e aconselhá-los a realizar uma avaliação médica. Para isso, recomenda-se fazer o cadastro dos viajantes, sempre que possível, ou solicitar a lista de passageiros à companhia de transporte.

6.1.3. INFLUENZA

A influenza, popularmente conhecida por gripe, é uma doença contagiosa aguda, de natureza viral e que ocorre no mundo todo (distribuição universal). Os sintomas mais comuns são febre alta, dor muscular, dor de garganta, cefaléia, tosse seca e considerável mal-estar e abatimento. Sua duração média é de três a quatro dias após o término da febre. A importância da influenza como doença de interesse internacional decorre de seu caráter epidêmico, de sua disseminação rápida e grande patogenicidade, que pode inclusive levar a complicações severas.

Existem três tipos de vírus da influenza - A, B e C – que se caracterizam pelo alto potencial de mutação e transmissão. Os tipos A e B causam maior morbidade e mortalidade do que o tipo C e, por isso, merecem destaque em saúde pública.

O reservatório varia conforme o tipo de vírus. Os vírus do tipo B ocorrem apenas em humanos, os do tipo C em humanos e suínos, enquanto os do tipo A ocorrem em humanos, suínos, cavalos, mamíferos marinhos e aves.

O vírus da influenza é transmitido de pessoa a pessoa por via respiratória, através de gotículas que são geradas quando as pessoas infectadas tosse ou espirram, pois as partículas produzidas no trato respiratório atingem até um metro de distância. A transmissão da influenza pode ocorrer também de forma indireta por contato com objetos contaminados por secreções respiratórias, que são chamados fômites. Apesar da transmissão inter-humana ser a mais comum,

já foi documentada a transmissão direta do vírus para o homem, a partir de aves e suínos.

O período de incubação varia de 1 a 4 dias. A pessoa infectada pode começar a transmitir o vírus desde 2 dias antes do surgimento dos sintomas, até 5 dias após.

A distribuição da influenza é mundial, podendo ocorrer de forma esporádica, na forma de surtos localizados ou de epidemias. Sua morbidade e mortalidade variam de ano a ano, devido à presença de diversos fatores, como o tipo de cepa viral circulante e o grau de imunidade da população. É importante ressaltar que essa doença possui potencial pandêmico (epidemias com distribuição mundial) a exemplo da “gripe espanhola” que entre 1918-19, matou mais de 20 milhões de pessoas em todo o mundo. O aumento progressivo das viagens aéreas, a alta transmissibilidade dessa doença e o seu curto período de incubação – acrescido do fato de a transmissão ser possível ainda antes do aparecimento dos primeiros sintomas – faz com que a propagação da influenza torne-se muito rápida, podendo circular simultaneamente em várias partes do mundo.

Atualmente, existe uma preocupação mundial com a chamada influenza aviária (ou “gripe do frango”). Este vírus (influenza A - H5N1) atinge aves selvagens ou de criação e geralmente não infecta humanos. Desde 2003 vêm ocorrendo em diversos países da Ásia vários surtos entre aves que têm preocupado as autoridades sanitárias pois já se observou, de forma limitada, a transmissão desse vírus das aves para os seres humanos. Em 2005 já foram constatados casos em pessoas no Vietnã, Tailândia, Camboja e na Indonésia, com 112 casos registrados até 05.08.05, com taxa de mortalidade de 51%. Assim, a preocupação consiste no risco de o vírus da influenza aviária passar a ter uma eficiente transmissão inter-humana e se propagar rapidamente, dado que o

homem possui pouca ou nenhuma imunidade contra esse tipo de vírus.

PROCEDIMENTOS A SEREM ADOTADOS

1. A influenza não é doença de notificação compulsória. Apesar disso ela é monitorada através de um sistema sentinela nacional e internacional. Considerando o seu potencial epidêmico, qualquer suspeita de surto deve ser comunicada à Vigilância Epidemiológica estadual ou municipal para uma investigação epidemiológica imediata. Os objetivos dessa investigação são caracterizar o processo de transmissão, identificar a cepa circulante, avaliar a necessidade da adoção de medidas emergenciais, monitorar os grupos de maior risco para as complicações da doença e avaliar seu impacto na morbidade e na mortalidade.
2. É importante observar que no caso de um alerta mundial pela circulação de cepas de vírus com grave potencial pandêmico, a exemplo da influenza aviária, essa orientação geral com relação à influenza pode ser alterada, devido à necessidade de implementar novas medidas de controle.
3. Podem ser implementadas as seguintes precauções-padrão, embora outras condutas possam ser indicadas, conforme a situação epidemiológica:
 - a. Como para quase toda doença infecciosa, a primeira linha de defesa é lavar as mãos com água e sabão, de modo freqüente e cuidadoso. Essa prática também deve ser sempre realizada antes e após o contato com o paciente suspeito, antes e após a realização de procedimentos, após o contato com material infectante ou com superfícies potencialmente contaminadas ou após a retirada de luvas e avental.

- O uso do álcool gel pode ser utilizado apenas quando não houver sujidade visível nas mãos.
- b. Utilizar máscara facial, luvas e aventais, frente à possibilidade de contato das roupas com secreções do doente, e óculos de proteção sempre que houver risco de contaminação da mucosa ocular. Lembrar que o uso de luvas não substitui a higiene adequada das mãos com água e sabão.
 - c. Prevenir acidentes com material perfurocortante, mediante uso e descarte adequados do mesmo.
 - d. Realizar a limpeza e a desinfecção de superfícies e equipamentos com os produtos habitualmente recomendados durante todo o processo e ao final (concorrente e terminal).
 - e. Os viajantes que estiverem tossindo devem usar máscara facial ou, na sua ausência, lenços descartáveis para cobrir o nariz e a boca. No caso da chegada de meio de transporte com indivíduo suspeito de estar infectado a bordo (por exemplo, no caso de influenza aviária), este deve ser separado dos demais viajantes e, para minimizar a transmissão, recomenda-se o uso de máscara facial ou lenços descartáveis. O caso deve ser imediatamente comunicado à VE para definição de conduta. Deve-se também realizar o cadastro dos demais viajantes e avaliar a possibilidade de realizar triagem de outros casos suspeitos.

6.1.4. VARICELA

A varicela, conhecida como catapora, é uma doença infecciosa viral, aguda e altamente contagiosa. Manifesta-se por lesões na pele, acompanhadas de febre moderada e prurido. Primeiro surge um exantema maculopapular, que evolui rapidamente para vesículas e, dessas, para pústulas.

Posteriormente, formam-se crostas após três a quatro dias.

O reservatório e a fonte de infecção é o homem. Transmite-se diretamente de pessoa a pessoa através de secreções respiratórias (aerossóis). Também pode ser transmitida indiretamente, através de objetos contaminados com secreções de vesículas e membranas de mucosas de indivíduos infectados. O período de incubação dura entre 14 e 16 dias após o contato com a fonte de infecção (podendo variar de 10 a 20 dias). O período de transmissibilidade vai de 1 a 2 dias antes do aparecimento das erupções até 5 dias após o surgimento do primeiro grupo de vesículas. Enquanto houver vesículas, a infecção ou transmissão é possível.

A varicela habitualmente possui evolução benigna. Entretanto, pode apresentar complicações como infecções secundárias de pele (impetigo, abscesso, celulite), que podem, por sua vez, acarretar quadros mais graves, como septicemia, artrite, pneumonia, meningite etc. A infecção fetal, durante a gestação, pode levar a embriopatias e ao óbito fetal. Imunodeprimidos podem apresentar formas mais prolongadas da doença, disseminada, hemorrágica ou recorrente.

A varicela não é uma doença de notificação obrigatória, no entanto a ocorrência de surtos deve ser notificada à VE das Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde para investigação. No cotidiano de trabalho os profissionais de PAF são freqüentemente questionados sobre a conduta a ser tomada quando ocorrerem casos de varicela durante o período de viagem ou antes do embarque (autorização para embarque).

PROCEDIMENTOS A SEREM ADOTADOS

1. Inicialmente, avaliar junto à VE a fase em que se encontra a doença. Isso é importante em decorrência de seu grande poder de contágio e da possibilidade de trans-

missão para pessoas especialmente suscetíveis, como as pessoas imunodeprimidas ou gestantes suscetíveis, ou ainda aquelas pessoas que não foram imunizadas. Fica contra-indicada a viagem em transportes públicos até o término do período de transmissibilidade, avaliação que deve ser feita caso a caso.

2. Entre as medidas específicas de controle, encontram-se a vacina contra a varicela e a imunoglobulina humana antivaricela, que podem ser usadas pela Vigilância Sanitária quando indicadas.
3. Outra medida importante é o isolamento dos casos até o término do período de transmissibilidade, que, habitualmente, em pessoas saudáveis, dura até 7 dias após o surgimento das manchas avermelhadas (*rash* cutâneo ou exantema). Algumas crianças podem apresentar um processo clínico mais longo, particularmente crianças imunodeprimidas. Nesses casos o isolamento deve perdurar até o término da erupção vesicular.
4. Também é indicada a desinfecção contínua (concorrente) dos objetos contaminados com secreções nasofaríngeas, conforme os procedimentos-padrão.

6.1.5. SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG OU SARS)

A Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG ou SARS) é uma doença respiratória emergente, causada por um vírus (um novo coronavírus) denominado SARS-Coronavírus Associado (SARS-CoV). Como o próprio nome diz, é uma doença grave, que tem mostrado tendência epidêmica.

Essa doença foi inicialmente identificada na região sudeste da China, em novembro de 2002. Em março de 2003, já se manifestava como uma ameaça global, atingindo 26 paí-

ses. Até julho de 2003, quando sua transmissão foi interrompida, já haviam sido notificados 8.096 casos em todo mundo, com 774 óbitos (letalidade de 9,6%). No Brasil, foram identificados 53 possíveis casos, todos descartados após investigação. Atualmente, não existe nenhum lugar do mundo com transmissão ativa de SARS-CoV. Os últimos casos relatados ocorreram na China, em abril de 2004, pela infecção acidental em laboratório.

Na epidemia de 2003, a maioria dos casos de SRAG aconteceu em indivíduos que viviam com uma pessoa infectada ou cuidaram dela, ou, ainda, que tiveram contato com material contaminado por suas secreções. Chamou atenção o grande número de profissionais da saúde infectados nesse contingente, 21% dos casos. Os dados encontrados sugerem que a principal forma de transmissão da SRAG se dá por contato direto, pessoa a pessoa, por via respiratória. As gotículas são eliminadas pelo ar expelido por uma pessoa infectada durante tosse ou espirro, a curtas distâncias (até um metro), e se depositam nas mucosas da boca, nariz e olhos de pessoas próximas. O vírus pode ser transmitido também quando uma pessoa toca, com suas mãos, uma superfície ou objeto contaminado com gotículas portadoras do vírus da SRAG e em seguida leva a mão à boca, nariz ou olhos. Entretanto, o conhecimento atual não permite descartar a possibilidade da SRAG também ser transmitida pelo ar, na forma de aerossóis secundários ou mesmo por outros meios ainda não identificados.

O período de incubação é de 2 a 7 dias, podendo chegar a 10 dias. O quadro clínico é similar ao da influenza (gripe). Destacam-se febre alta, tosse seca, falta de ar e fadiga. Para orientar as ações de vigilância epidemiológica define-se como caso suspeito: pessoa com febre alta (temperatura superior a 38,5° C), com um ou mais dos seguintes sinais e sintomas respiratórios: tosse, fadiga, falta de ar, que teve contato íntimo

com pacientes com SRAG (dentro de 10 dias antes do início dos sintomas) ou com história recente de viagem (dentro de 10 dias do início dos sintomas) para áreas consideradas de risco.

PROCEDIMENTOS A SEREM ADOTADOS

1. Pode ocorrer a transmissão da SRAG em meios de transporte (aviões, navios, ônibus), embora o risco pareça ser pequeno. Apesar disso devido à sua gravidade e ao potencial epidêmico os casos suspeitos devem ser imediatamente notificados à Vigilância Epidemiológica municipal e/ou estadual. Os viajantes sob suspeita de SRAG devem ser encaminhados o mais rápido possível para o serviço médico de referência para esse tipo de doença e o caso obrigatoriamente investigado. Ao mesmo tempo, os demais passageiros ou tripulantes que tiveram contato com o caso suspeito devem passar por uma triagem e ser monitorados. Esse controle deve ser feito por um tempo equivalente ao período máximo de incubação da doença, ou seja, 10 dias.
2. Os casos suspeitos detectados devem ser encaminhados para as unidades de saúde de referência, conforme acordado com a Vigilância Epidemiológica. Enquanto isso é obrigatório tomar as seguintes precauções inclusive durante o transporte ou remoção do caso suspeito:
 - a. Precauções para aerossóis:
 - > Manter o caso suspeito em sala o mais isolado possível. Essa sala deve dispor do mínimo possível de mobiliário e equipamentos, e sua porta deve permanecer fechada.
 - > Limitar o máximo possível a entrada de pessoas na sala onde estiver o paciente. Todas as pessoas que entrarem na sala ou que necessitarem manter contato com o doente devem usar máscara N95. Atenção:

é fundamental que a máscara seja colocada antes de entrar no recinto e retirada somente depois de sair dele.

- > Quanto o caso suspeito sair da sala, deve estar usando máscara facial, de preferência N95, e, na sua ausência, máscara cirúrgica.
- b. Precauções de contato:
 - > Utilizar luvas e avental descartáveis para qualquer contato com o paciente, com objeto por ele utilizado, com local onde se encontra ou com qualquer tipo de material infectante.
 - > Artigos ou objetos utilizados pelo caso suspeito (utensílios, termômetro, roupas etc) devem ser de uso individual e higienizados após a saída do indivíduo da sala. Realizar sempre a limpeza e desinfecção adequadas e o correto descarte do lixo ou resíduos infectantes.
- c. Precauções-padrão:
 - > Lavar as mãos com água e sabão (de preferência líquido):
 - Antes e após o contato com o caso suspeito.
 - Antes e após a realização de qualquer procedimento.
 - Após o contato com material infectante ou com superfícies contaminadas.
- 4. Após a retirada das luvas e do avental.
 - > Utilizar óculos de proteção sempre que houver contato com o caso suspeito.
 - > Prevenir acidentes com material perfurocortante, usando-o e descartando-o adequadamente em caixas ou recipientes rígidos.
 - > Realizar limpeza e desinfecção concorrente e terminal de superfícies com os produtos habitualmente re-

comendados (água e sabão, álcool 70% e hipoclorito de sódio 1%).

- > Descartar adequadamente as luvas e aventais, que devem ser considerados como resíduos infectantes.

Atenção:

1. O uso de luvas não substitui de forma alguma lavagem adequada das mãos com água e sabão.
 2. Luvas não devem ser lavadas ou reutilizadas.
-
3. Dada a importância de monitorar os demais passageiros ou tripulantes que tiveram contato com o caso suspeito de SRAG, há necessidade de registrar seus nomes, endereços, telefones ou qualquer outra forma efetiva de contato. Sempre que possível, fazer o cadastro pessoalmente ainda no desembarque, para que os dados sejam confiáveis. Caso isso não seja possível solicite a lista dos passageiros à companhia de transporte.
 4. Em caso de comunicação pelos tripulantes de viajante a bordo sob suspeita de SRAG, as seguintes recomendações devem ser feitas:
 - a. Manter o viajante suspeito o mais isolado possível.
 - b. Indicar o uso de máscara facial para o caso suspeito. Caso não seja possível, usar lenços descartáveis para cobrir-lhe a boca e o nariz ao tossir ou espirrar. Se essa recomendação também for inviável (por ex., grande dificuldade de respirar), recomenda-se que todas as pessoas próximas façam uso de máscara.
 - c. Devido ao risco potencial de contato com as secreções do caso suspeito, as pessoas que necessitam lidar diretamente com ele devem utilizar luvas descartáveis e lavar apropriadamente as mãos com água e sabão. Posteriormente, deve ser feito o descarte

- adequado das luvas e dos panos, lenços e toalhas sujas.
- d. Destinar, sempre que possível, um sanitário exclusivo para o passageiro doente.
5. Orientação para os procedimentos de limpeza e higienização do meio de transporte que tenha transportado algum caso suspeito de SRAG:
- a. Não utilizar equipamentos de ar comprimido, pois isso pode formar aerossóis com material infectante.
 - b. Utilizar luvas descartáveis na cabine e nos lavatórios. Caso ocorram rasgos ou furos nas luvas, trocá-las imediatamente.
 - c. Lavar as mãos com água e sabão sempre que retirar ou trocar as luvas.
 - d. Superfícies potencialmente contaminadas devem ser esfregadas com os produtos de limpeza e desinfecção padronizados. Deve-se providenciar bastante ventilação natural no local. Não há indicação de procedimentos especiais para carpetes ou poltronas, a não ser que se observe acúmulo de secreções e sujidades.
 - e. Todo o pessoal de limpeza, manutenção ou outros que teve contato com o veículo de transporte suspeito deve ser orientado sobre os sintomas da SRAG e informado sobre o período de incubação para o aparecimento dos sintomas. Caso necessário, essas pessoas devem ser encorajadas à autnotificação ao serviço de saúde responsável, nos 10 dias subseqüentes.
6. Não existe nenhuma evidência de que a SRAG possa ser transmitida mediante o contato com produtos ou cargas provenientes de áreas onde a doença esteja ocorrendo. Entretanto, funcionários que trabalham com produtos e

cargas devem higienizar as mãos frequentemente, lavando-as com água e sabão para prevenir doenças infecciosas. Não há indicação do uso de luvas, avental ou óculos de proteção.

7. As pessoas que interagem com passageiros de regiões onde esteja ocorrendo a SRAG (como funcionários da Receita Federal, Polícia Federal, companhias de transporte etc.) não necessitam de medidas de proteção especiais, a não ser que por algum motivo específico se enquadrem nos itens acima descritos. Assim como para todas as doenças infecciosas, a primeira linha de defesa contra a SARS é uma boa higiene das mãos. Como prática a ser sempre seguida deve-se recomendar a essas pessoas que lavem as mãos frequentemente com água e sabão e, na impossibilidade disso, que façam uso de álcool gel/glicerinado.

Por fim, é importante observar que as medidas de controle da SRAG são dinâmicas, pois variam de acordo com a situação epidemiológica dessa doença no país e no mundo. Nos períodos de ausência de transmissão ativa confirmada, não se recomenda nenhuma medida específica, a não ser as usuais de precaução e de controle. Entretanto, se a atividade da doença reiniciar, novas medidas de controle podem ser indicadas, tais como: entrega de material educativo e de alerta aos viajantes que entram e saem do país e outras modalidades de comunicação em portos, aeroportos e fronteiras; triagem de casos suspeitos; cadastro de viajantes; vigilância ativa sobre comunicantes; isolamento e quarentena; restrições a viagens não-essenciais e outras pertinentes. Cabe ressaltar que a decisão da escolha e do momento de implantação das medidas cabíveis para o controle da SRAG será realizada pelos órgãos responsáveis do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica.

6.2 DOENÇAS E AGRAVOS DE VEICULAÇÃO HÍDRICA E ALIMENTAR

Segundo a OMS cerca de 85% das doenças conhecidas são de veiculação hídrica ou alimentar, ou seja, estão relacionadas à água ou a alimentos contaminados.

As doenças de veiculação hídrica e alimentar são causadas principalmente por microrganismos patogênicos de origem entérica, animal ou humana, transmitidos basicamente pela via fecal-oral, ou seja, são excretados nas fezes de pessoas infectados e ingeridos na forma de água ou alimento contaminado por água poluída com fezes (Amaral, 2003).

Outras causas de doenças alimentares são as substâncias tóxicas presentes nos alimentos, como toxinas e substâncias nocivas à saúde, produzidas por plantas ou microrganismos, ou ainda substâncias químicas tais como praguicidas, aditivos alimentares, antibióticos, hormônios, entre outros. As causas dessas doenças podem ser divididas em fatores intrínsecos e extrínsecos.

Os fatores intrínsecos são aqueles próprios dos alimentos, como o ácido oxálico do espinafre, os alcalóides das batatas, inhames e mandioca, os inibidores de protease das leguminosas e as toxinas encontradas nos cogumelos. A contaminação por fatores extrínsecos pode ser de ordem química, por dioxinas, metais pesados (cádmio, mercúrio, chumbo) ou resíduos de pesticidas; contaminação biológica, como por bactérias que causam infecção ao se multiplicar no intestino (ex.: *Listeria monocytogenes*, *Vibrio parahaemolyticus*), por intoxicação, quando temos a ingestão da toxina (ex.: *Staphylococcus aureus*, *Clostridium botulinum*), por toxinfecção, quando ocorre a ingestão do microrganismo e a produção da toxina no intestino (ex.: *Shiguelia spp.*, *Escherichia coli* O157 H1), por ingestão de alimentos com parasitas, como helmintos e protozoários, e

por vírus (hepatite A), fungos/micotoxinas (aflatoxina) e algas (dinoflagelados).

A diarreia é o principal sintoma da maioria das doenças de veiculação hídrica e alimentar, sendo a doença diarreica aguda a principal ocorrência. As doenças diarreicas ocorrem em todo o mundo e matam aproximadamente 2,2 milhões de pessoas por ano, na maioria das vezes crianças que vivem em países em desenvolvimento. Os dados apontam para uma taxa de morbidade de 5% e de mortalidade de 4% na população mundial (OMS, 2005).

Quanto à sua etiologia, as diarreias podem ser classificadas como infecciosas e não infecciosas. Dentre as infecciosas, os agentes patogênicos são vírus, bactérias, parasitas e fungos.

A seguir são apresentados quadros com o agente, grupo etário dos casos, manifestações clínicas, período de incubação, duração e modo de transmissão para os principais tipos de doenças diarreicas.

QUADRO I - PARASITAS

Agente	Grupo etário dos casos	Clínica			Período de Incubação	Duração da doença	Modo de transmissão e principais fontes
		Diarréia	Febre	Abdômen			
<i>Balantidium coli</i>	Ignorado	Eventual, com muco ou sangue	Rara	Dor	Ignorado	Ignorado	Fecal-oral, alimentos, água
<i>Cryptosporidium</i>	Crianças e adultos com Aids	Abundante e aquosa	Eventual	Câimbra eventual	1 a 2 semanas	4 dias a 3 semanas	Fecal-oral, alimentos, água, pessoa a pessoa, animais domésticos
<i>Entamoeba histolytica</i>	Todos, principalmente adultos	Eventual, com muco ou sangue	Variável	Cólica	2 a 4 semanas	semanas e meses	Fecal-oral, alimentos, água
<i>Giardia lamblia</i>	Todos, principalmente crianças	Incoercível Fezes claras e gordurosas	Rara	Câimbras Distensão	5 a 25 dias	semanas e anos	Fecal-oral, alimentos, água
<i>Isoospora belli</i>	Adultos com Aids	Incoercível	Ignorado	Ignorado	2 a 15 dias	2 a 3 semanas	Fecal-oral

FONTE: MMWR - Vol. 39, rr. 14 - 1990.

QUADRO II - BACTÉRIAS

Agente	Grupo etário dos casos	Clínica			Período de incubação	Duração da Doença	Modo de transmissão e principais fontes
		Diarréia	Febre	Vômito			
<i>Bacillus cereus e s. Aureus</i>	Todos	Geralmente pouco importante	Rara	Comum	1 a 6 horas	24 horas	Alimentos
<i>Campylobacter</i>	Todos	Pode ser disintérica	Variável	Variável	1 a 7 dias	1 a 4 dias	Fecal-oral, alimento, água, animais domésticos
<i>E. Coli Enterotoxigênica</i>	Todos	Aquosa, pode ser profusa	Variável	Eventual	12 horas a 3 dias	3 a 5 dias	Fecal-oral, alimento, água, pessoa a pessoa
<i>E. Coli Enteropatogênica</i>	Crianças	Aquosa, pode ser profusa	Variável	Variável	2 a 7 dias	1 a 3 semanas	Fecal-oral, alimento, água, pessoa a pessoa
<i>E. Coli Enteroinvasiva</i>	Adultos	Pode ser disintérica	Comum	Eventual	2 a 3 dias	1 a 2 semanas	Fecal-oral, alimento, água, pessoa a pessoa
<i>E. Coli Enterohemorrágica</i>	Todos	Inicia aquosa, com sangue a seguir	Rara	Comum	3 a 5 dias	1 a 12 dias	Fecal-oral, alimento, pessoa a pessoa

<i>Salmonella Typhide</i>	Todos, principalmente crianças	Pastosa, aquosa, às vezes com sangue	Comum	Eventual	8 horas a 2 dias	5 a 7 dias	Fecal-oral, alimento, água
<i>Shigella</i>	Todos, principalmente crianças	Pode ser disintérica	Comum	Eventual	1 a 7 dias	4 a 7 dias	Fecal-oral, alimento, água, pessoa a pessoa
<i>Yersinia Enterocolitica</i>	Todos	Mucosa, às vezes com sangue	Comum	Eventual	2 a 7 dias	1 dia a 3 semanas	Fecal-oral, alimento, água, pessoa a pessoa, animais domésticos
<i>Vibrio Cholerae</i>	Todos, principalmente adultos	Pode ser profusa e aquosa	Geralmente afébril	Comum	7 horas a 5 dias	3 a 5 dias	Fecal-oral, alimento, água

FONTE: MMWR - Vol. 39, rr. 14 - 1990.

1
2
3
4
5
6
7
8
9

QUADRO III - VÍRUS

Agente	Grupo etário dos casos	Clínica		Período de incubação	Duração da doença	Modo de transmissão e principais fontes de infecção
		Febre	Vômito			
Astrovírus	Crianças pequenas e idosos	Eventual	Eventual	1 a 14 dias	1 a 14 dias	Fecal-oral, alimento, água
Calicivírus	Crianças e adultos	Eventual	Comum em crianças	1 a 3 dias	1 a 3 dias	Fecal-oral, alimento, água nosocomial
Adenovírus Entérico	Crianças pequenas	Comum	Comum	7 a 8 dias	8 a 12 dias	Fecal-oral, nosocomial
Norwalk	Crianças maiores e adultos	Rara	Comum	18 horas a 2 dias	12 horas a 2 dias	Fecal-oral, alimento, água, pessoa a pessoa

FONTE: MMWR - Vol. 39, rr. 14 - 1990.

No Brasil, a doença diarréica aguda é reconhecida como importante causa de morbimortalidade, mantendo relação direta com as precárias condições de vida e saúde da população, em consequência da falta de saneamento básico e da desnutrição crônica, entre outros fatores que contribuem diretamente para o aumento da morbidade.

A distribuição de água de boa qualidade e em quantidade suficiente é a medida mais eficaz para a prevenção das diarreias. Isso é importante observar nas áreas de portos, aeroportos e fronteiras, sendo uma das atribuições do trabalhador da Anvisa monitorar a qualidade da água ofertada para o consumo para o abastecimento dos meios de transporte, a limpeza dos reservatórios e pontos de oferta, avaliando se atende aos parâmetros indicadores de qualidade definidos na legislação sanitária vigente.

Dentre as doenças diarréicas sob vigilância, a mais importante é a cólera, devido ao seu potencial de causar óbitos quando as medidas terapêuticas não são empregadas corretamente. A cólera é uma doença de notificação compulsória internacional, pela possibilidade de transmissão em proporções epidêmicas. No Brasil, entre os anos de 1991 e 2005, foram notificados 168.624 casos de cólera, conforme os registros do Sistema Nacional de Notificação de Agravos (SINAN).

Nos anos de 2004 e 2005, foram notificados 26 casos de cólera identificados durante dois surtos de diarreia em São Bento do Una, em Pernambuco. Estes casos ficaram restritos a este município não ocorrendo disseminação para os municípios adjacentes e não representando, portanto, um evento de interesse de saúde pública internacional.

6.2.1. CÓLERA

É uma infecção intestinal aguda causada pela enterotoxina do *Vibrio cholerae*, podendo se apresentar de forma grave, com diarreia aquosa e profusa, com ou sem vômitos, dor

abdominal e câimbras. Quando não tratada adequadamente, pode evoluir para desidratação, acidose, colapso circulatório, com choque hipovolêmico e insuficiência renal. Geralmente a infecção segue com nenhum ou poucos sintomas, sendo o mais freqüente uma diarréia leve. O agente etiológico é o *Vibrio cholerae* O1, biotipo Clássico ou El tor (sorotipos Inaba, Ogawa ou Hikogima), e também o O139. Seu principal reservatório é o homem e o período de incubação varia de 1 hora a 5 dias. Alguns indivíduos podem permanecer portadores sadios por vários meses e até mesmo anos.

6.2.2. BOTULISMO

É uma intoxicação grave de origem alimentar, caracterizada por comprometimento neurológico, fraqueza, paralisia flácida, visão dupla, boca seca, fadiga, dificuldade da fala e fraqueza muscular progressiva, que evolui para paralisia respiratória. Também podem ocorrer tremores e vômitos. O agente etiológico é a toxina do *Clostridium botulinum* produzida pelos esporos que vivem no solo, estando com freqüência em produtos agrícolas, enlatados e também no mel. A forma de transmissão se dá por ingestão de alimento contaminado com a toxina botulínica. O período de incubação é de 12 a 36 horas, podendo ocasionalmente durar vários dias.

6.2.3. FEBRE TIFÓIDE

Doença bacteriana aguda, cujo quadro clínico apresenta geralmente febre alta, dor de cabeça, mal-estar geral, falta de apetite, redução da freqüência cardíaca, aumento do baço, manchas rosadas no tronco, diminuição da função intestinal ou diarréia e tosse seca. A febre tifóide tem distribuição mundial e está associada a condições precárias de saneamento relacionadas baixos níveis sócio-econômicos. O agente etiológico é

a bactéria *Salmonella typhi*. O reservatório é uma pessoa doente ou portador assintomático.

A transmissão pode ocorrer de forma direta, pelo contato direto com as mãos do doente ou portador, ou de forma indireta, pelo consumo de água ou alimentos contaminados com fezes ou urina do doente ou portador. Os legumes irrigados com água contaminada, produtos do mar mal cozidos ou crus (moluscos e crustáceos), leite e seus derivados não pasteurizados e sorvetes, entre outros, podem veicular salmonelas.

O período de incubação normalmente varia de 1 a 3 semanas, sendo em média de 2 semanas. A transmissibilidade se mantém enquanto existirem bacilos sendo eliminados nas fezes ou na urina, o que ocorre, geralmente, desde a primeira semana da doença até o fim da convalescença. A existência de portadores é de extrema importância na epidemiologia da doença.

6.2.4. HEPATITE A

Doença viral aguda de manifestações clínicas variadas, com formas subclínicas, oligossintomáticas, e até mesmo formas fulminantes, que são raras. Os sintomas se assemelham a uma síndrome gripal e o quadro clínico é mais intenso à medida que aumenta a idade do paciente. O agente etiológico é o vírus da hepatite A. Seus reservatórios são o homem e primatas como o chimpanzé e o sagüi. A transmissão ocorre via contaminação fecal-oral, por veiculação hídrica e alimentar e de pessoa a pessoa. O período de incubação varia de 15 a 45 dias, sendo em média de 30 dias. Sua transmissibilidade ocorre desde 2 semanas antes do início dos sintomas até o final da segunda semana da doença.

PROCEDIMENTOS A SEREM ADOTADOS

1. Notificar a Vigilância Epidemiológica para que esta estabeleça a rotina e o fluxo de atendimento, o transporte e a

internação do caso, o que deve ser previamente definido em conjunto com os órgãos de saúde pública e as administradoras dos terminais (SMS, SES, CVSPAF, Infraero, Docas e outros).

2. Orientar os demais viajantes a procurarem uma unidade de assistência médica de referência, caso apresentem sinais e sintomas semelhantes ao caso suspeito no desembarque do meio de transporte.
3. Orientar os viajantes quanto às medidas básicas de proteção à saúde, em se tratando de alimentos e água, como, por exemplo:
 - Consumir água tratada ou, em caso de dúvida, clorar a água com hipoclorito de sódio 2,5%, utilizando duas gotas de hipoclorito para cada litro de água.
 - Escolher alimentos seguros, verificando o prazo de validade, o acondicionamento e as condições físicas do produto (aparência, consistência, cheiro etc.).
 - Cozinhar bem os alimentos e consumi-los ainda quentes.
 - Armazenar adequadamente os alimentos cozidos que serão consumidos depois.
 - Reaquecer bem os alimentos cozidos que tenham sido refrigerados ou congelados, antes de consumi-los.
 - Evitar o contato entre alimentos crus e cozidos.
 - Evitar consumir alimentos crus como saladas.
 - Evitar consumir bebidas com gelo.
 - Manter os alimentos fora do alcance de insetos, roedores e outros animais.
 - Lavar as mãos com frequência.
 - Em situações de risco utilizar água mineral para a higiene oral.
4. Preencher o cadastro de viajantes para caso suspeito.

5. Providenciar a refrigeração do alimento suspeito, para posterior encaminhamento para análise fiscal.
6. Encaminhar amostras da água do meio de transporte para análise fiscal.
7. Fazer a inspeção sanitária do meio de transporte, conforme a legislação vigente, observando os seguintes itens:
 - Identificar pessoas que tenham tido contato com o caso suspeito (comunicantes) e preencher o cadastro de viajantes dos comunicantes;
 - Identificar viajantes (tripulantes) que prestaram assistência à pessoa doente e preencher o cadastro de viajantes dos prestadores da assistência.
 - Verificar a existência de vômitos, fezes, sangue ou outras secreções orgânicas, originárias do caso suspeito, e indicar o PLD adequado.
 - Verificar o uso de medicamentos na farmácia de bordo.
 - Determinar o destino e o tratamento dos resíduos sólidos, conforme legislação vigente. (ex.: Resíduo Classe A)
 - Realizar outros procedimentos que a autoridade sanitária julgar necessários, de acordo com cada situação específica.
8. Se for o caso, determinar a limpeza e a desinfecção do meio de transporte conforme a legislação vigente.

6.3 DOENÇAS E AGRAVOS DE TRANSMISSÃO POR VETORES E ROEDORES

O controle sanitário dos viajantes pode ser entendido como o conjunto de medidas adotadas no território nacional, com relação aos viajantes, para evitar ou minimizar o risco de introdução ou propagação de doenças ou agravos de interesse para a saúde pública.

Como preconiza o parágrafo 4º, item XXVI, artigo 2º do Regimento Interno da Anvisa, as atividades de vigilância epidemiológica e de controle de vetores relativas a portos, aeroportos e fronteiras serão executadas pela Agência, sob orientação técnica e normativa do Ministério da Saúde, podendo ser complementadas pelos estados e municípios.

Deste modo, os servidores que exercem atividades de vigilância sanitária nas áreas de PAF são profissionais importantes e responsáveis pelo controle de determinadas enfermidades, como as doenças de transmissão por vetores e roedores, com atuação em três momentos principais: ao tomar ciência de viajante doente, ao conhecer a situação da transmissão dessas doenças no Município e no Estado, e ao identificar possíveis criadouros que possam oferecer risco de proliferação dessas pragas.

As doenças transmitidas por vetores biológicos - incluindo os roedores - são aquelas que dependem da intervenção desses vetores para chegarem aos seres humanos. Normalmente são endêmicas e só se manifestam em áreas infestadas pelo vetor biológico responsável pela transmissão. As medidas básicas de controle são o monitoramento da presença de vetores e roedores e o acompanhamento dos boletins da vigilância epidemiológica a fim de verificar a ocorrência de casos suspeitos e confirmados das doenças.

Para estabelecer planos com o objetivo de controlar vetores e roedores é fundamental fazer a pesquisa de focos de reprodução ou criadouros na inspeção dos meios de transporte e infra-estrutura das áreas de PAF e o levantamento e mapeamento dos pontos críticos. Os esforços devem ser concentrados na eliminação dos potenciais criadouros e na proteção física das instalações e edificações, por meio do uso de telas, da limpeza dos ambientes e do

gerenciamento adequado dos resíduos sólidos. Esses cuidados devem ser observados inclusive em relação aos meios de transporte.

Cabe à autoridade sanitária prestar orientação às empresas administradoras das áreas de PAF e terminais alfandegados de uso público e privado quanto ao controle dos vetores, roedores e outros animais sinantrópicos, bem como realizar a supervisão e a fiscalização das atividades executadas, de acordo com o plano de ações de controle.

Nas áreas adjacentes aos portos, aeroportos e fronteiras, a articulação com as autoridades sanitárias municipais e estaduais é fundamental para a manutenção de uma vigilância permanente, garantida por uma parceria eficaz e um fluxo de informações ágil. Nas áreas de fronteiras, as informações devem ser disponibilizadas aos países vizinhos, a fim de facilitar a articulação de ações integradas no controle de vetores e roedores.

Outro fator importante é a mobilização das comunidades portuária, aeroportuária e de fronteiras, por meio de campanhas de educação sanitária, para que se sensibilizem, se conscientizem e participem ativamente da solução do problema. As agências de turismo e as companhias de viagens também são parceiros importantes.

6.3.1. FEBRE AMARELA

A febre amarela é uma doença causada por um arbovírus do gênero *Flavivirus*. A transmissão ocorre através da picada do *Aedes aegypti* e de mosquitos silvestres do gênero *Haemagogus* na febre amarela urbana e *Sabethes*, na silvestre. O hospedeiro da febre amarela urbana é o homem e o da febre amarela silvestre é o macaco. O período de incubação varia de 3 a 6 dias após a picada do mosquito infectado. Essa infecção viral, de gravidade variável, aparece repenti-

namente com febre, calafrios, dor de cabeça, dores musculares, prostração, náusea e vômito, que duram cerca de 3 dias. Após esse período observa-se a remissão da febre e melhora dos sintomas por algumas horas ou, no máximo, 2 dias. O quadro evolui para insuficiência hepática e renal com icterícia, manifestações hemorrágicas, prostração intensa, podendo levar a óbito em 50% dos casos não tratados.

No Brasil, a febre amarela urbana não ocorre mais. A manutenção de epizootias e casos humanos silvestres foi importante na definição de áreas epidemiologicamente distintas, com risco de transmissão da doença: área endêmica ou enzoótica, que corresponde às regiões Norte e Centro-Oeste e ao estado do Maranhão; área epizootica ou de transição, que abrange uma faixa da região centro-sul do Piauí, o oeste da Bahia, o noroeste de Minas Gerais, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul; e área indene, onde não há circulação comprovada do vírus, abrangendo os estados da região Nordeste, Sudeste e Sul. Foi ainda definida uma área indene de risco potencial para circulação viral, contígua à área de transição, que apresenta ecossistemas semelhantes, considerando critérios históricos, hidrográficos e de vegetação e que compreende os municípios do sul de Minas Gerais e da Bahia e a região centro-norte do Espírito Santo.

A febre amarela é uma doença de notificação compulsória internacional, que deve ser comunicada imediatamente às autoridades sanitárias pela via mais rápida. É necessário fazer a investigação epidemiológica de todos os casos. Considera-se caso suspeito todo paciente residente e ou procedente de área endêmica para febre amarela, com quadro clínico-sugestivo, e que, comprovadamente, não tenha sido vacinado.

A vacina contra a febre amarela é o único meio eficaz para prevenir e controlar a doença, já que interrompe

o ciclo de transmissão. Tem por objetivos: conferir proteção individual e coletiva à população, bloquear a propagação geográfica da doença, criando uma barreira de imunidade, e prevenir epidemias. É administrada em dose única, com reforço a cada 10 anos, a partir dos nove meses de idade, nas áreas endêmicas e para todas as pessoas que se deslocam para essas áreas, com antecedência de 10 dias.

6.3.2. DENGUE

Doença infecciosa febril aguda, de notificação compulsória no Brasil e de investigação obrigatória. Pode ser de curso benigno ou grave, dependendo da forma como se apresenta: infecção inaparente, dengue clássica (DC), febre hemorrágica da dengue (FHD) ou síndrome de choque da dengue (SCD). A DC, em geral, tem início abrupto com febre alta, seguida de dor de cabeça, dores musculares, dor articular, prostração, falta de apetite, dor nos olhos, náusea, vômito, manchas avermelhadas, prurido cutâneo, aumento do fígado e baço (ocasional), dor abdominal generalizada (principalmente em crianças), podendo ocorrer ainda pequenas manifestações hemorrágicas. Dura entre 5 a 7 dias, quando há regressão dos sinais e sintomas, mas com possível persistência a fadiga.

O agente etiológico é um arbovírus do gênero *Flavivirus*, com 4 sorotipos conhecidos: 1, 2, 3 e 4. A fonte da infecção e hospedeiro vertebrado é o homem. A transmissão se faz pela picada da fêmea do mosquito *Aedes aegypti*, no ciclo homem - *Aedes aegypti* – homem. O período de incubação é de 3 a 15 dias, sendo em média de 5 a 6 dias.

Considera-se caso suspeito de dengue clássica paciente que tenha doença febril aguda com duração máxima de 7 dias, acompanhada de, pelo menos, dois dos seguintes sintomas: dor de cabeça, dor nos olhos, dores musculares, do-

res articulares, prostração, exantema. Além de apresentar esses sintomas, o paciente deve ter estado, nos últimos quinze dias, em área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou que tenha a presença de *Aedes aegypti*.

Considera-se caso suspeito de febre hemorrágica da dengue paciente que apresenta também manifestações hemorrágicas, variando desde prova do laço positiva até fenômenos mais graves, como hematêmese, melena e outros. Manifestações hemorrágicas, acrescidas de sinais e sintomas de choque cardiovascular, pulso arterial fino e rápido ou ausente, diminuição ou ausência de pressão arterial, pele fria e úmida, agitação, levam à suspeita de síndrome de choque (SCD).

A dengue tem sido objeto de uma das maiores campanhas de saúde pública realizadas no país. O mosquito transmissor da doença o *Aedes aegypti* é encontrado numa larga faixa do continente americano, que se estende desde o Uruguai até o sul dos Estados Unidos. Há registro de surtos de dengue em vários países como Venezuela, Cuba, Brasil e Paraguai. As dificuldades no controle decorrem do fato de o mosquito se multiplicar em vários recipientes que podem armazenar água, particularmente aqueles encontrados no lixo das cidades, como garrafas, latas e pneus, ou no interior dos domicílios, em vasos de plantas. O Ministério da Saúde recomenda um conjunto de ações, onde se destacam: (1) a intensificação das ações de combate ao vetor, focalizando-se os municípios com maior participação na geração dos casos; (2) o fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica e entomológica para ampliar a oportunidade da resposta ao risco de surtos; (3) a integração das ações de vigilância e de educação sanitária com o Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde; (4) e uma forte campanha de mobilização social e de informação para garantir a efetiva participação da população.

6.3.3. MALÁRIA

É uma doença infecciosa febril aguda, causada por parasito unicelular, caracterizada por febre alta acompanhada de calafrios, suores e dor de cabeça, que ocorrem em padrões cíclicos, a depender da espécie do parasito infectante. Uma fase sintomática inicial, caracterizada por mal-estar, cefaléia, cansaço e mialgia, geralmente precede a clássica febre da malária. Após a fase inicial, a febre assume um caráter intermitente, dependente de cada espécie de plasmódio (agente etiológico): 48 horas para *P. falciparum* e *P. vivax* (malária terçã) e 72 horas para *P. malariae* (malária quartã). De um modo geral, as formas brandas são causadas pelo *P. malariae* e *P. vivax* e as formas clínicas mais graves são causadas pelo *P. falciparum*, especialmente em adultos não imunes, crianças e gestantes, que podem apresentar manifestações mais graves da doença.

O ser humano é o único reservatório importante. Os vetores são mosquitos pertencentes à família *Culicidae*, gênero *Anopheles*, que possui cerca de 400 espécies. No Brasil, as principais espécies transmissoras da malária, tanto na zona rural quanto na zona urbana, são: *Anopheles darlingi*, *Anopheles aquasalis*, *Anopheles albitarsis*, *Anopheles cruzii* e *Anopheles bellator*. A espécie *Anopheles darlingi* se destaca na transmissão da doença. Popularmente, os vetores da malária são conhecidos por “carapanãs”, “muriçocas”, “sovelas”, “mosquitos-pregos” e “bicudas”. A transmissão ocorre pela picada da fêmea do mosquito infectada pelo Plasmodium. O *Anopheles* se alimenta no entardecer e amanhecer; todavia, em algumas regiões da Amazônia, apresenta hábitos noturnos, picando durante toda noite. Não há transmissão direta da doença de pessoa a pessoa. Raramente pode ocorrer transmissão por meio de transfusão com sangue infectado, uso compartilhado de seringas e, mais raro ainda, por via congênita. O período de incubação varia de acordo com a espécie de plasmódio: *P. falciparum*, de 8 a 12

dias; *P. vivax*, de 13 a 17 dias; e *P. malariae*, de 18 a 30 dias.

A importância epidemiológica deve-se à gravidade clínica (em 10% dos casos) e ao elevado potencial de disseminação da doença, em áreas com densidade vetorial que favoreça a transmissão. Concentrada na Região Amazônica, a malária causa consideráveis perdas sociais e econômicas na população sob risco. A partir da década de 1970, alterações ambientais importantes e a exposição de grande contingente populacional à área de malária provocaram a dispersão da doença pelas regiões Norte e Centro-Oeste, com relatos de casos em outras regiões do país.

A malária é uma doença de notificação compulsória e na região extra-amazônica, além de ser de notificação compulsória, é de investigação obrigatória. É definido como caso suspeito, na área endêmica, toda pessoa que apresente quadro de febre, que more, ou que tenha estado em área onde haja transmissão de malária de 8 a 30 dias, antes do aparecimento dos primeiros sintomas. Na área não endêmica deve ser considerado caso suspeito toda pessoa que apresente quadro de paroxismo febril com calafrios, tremores generalizados, cansaço, mialgia, e que proceda de área com transmissão de malária, de 8 a 30 dias, antes do surgimento dos primeiros sintomas.

6.3.4. PESTE

A peste é uma doença de roedores silvestres que pode ser transmitida ao homem. Devido ao seu potencial epidêmico, está sujeita às medidas de controle preconizadas pelo Regulamento Sanitário Internacional. É uma doença de notificação compulsória internacional e deve ser comunicada imediatamente, pela via mais rápida, às autoridades sanitárias. Sua investigação é obrigatória.

A peste se manifesta no homem sob três formas: bubônica, septicêmica e pneumônica. As formas graves têm

início rápido com febre alta, calafrios, dor de cabeça intensa, dores generalizadas, falta de apetite, náuseas, vômitos, confusão mental, congestão das conjuntivas, aumento da frequência cardíaca, hipotensão arterial, prostração e mal-estar geral. Após 2 ou 3 dias, aparecem manifestações de inflamação aguda e dolorosa dos gânglios linfáticos da região que foi o ponto de entrada da bactéria (bubão pestoso). Nesse ponto a pele fica brilhosa, distendida, vermelha violácea, com ou sem hemorragia e necrose. Os bubões são bastante dolorosos e drenam materiais purulentos. Se não houver tratamento, evolui para coma e morte no fim de 2 ou 3 dias. A forma mais grave e mais perigosa da doença, pelo seu quadro clínico e pelo grande poder de contágio é a pneumônica, podendo provocar epidemias explosivas.

O agente etiológico é a bactéria *Yersinia pestis*. Os reservatórios são os roedores silvestres (*Bolomys*, *Calomys*, *Oligoryzomys*, *Oryzomys*, *Trichomys*) e comensais (*Rattus rattus*), e os logomorfos (coelhos e lebres). Os vetores são as pulgas infectadas e têm grande importância na manutenção da doença entre os roedores. O principal modo de transmissão ao homem é a picada de pulgas infectadas. A transmissão pessoa a pessoa pode ocorrer por meio de gotículas transportadas pelo ar e dos fômites de pacientes com peste pneumônica, por via aerógena. Tecidos de animais infectados, fezes de pulgas e culturas de laboratório também são fontes de contaminação para quem os manipula sem obedecer às regras de biossegurança. O período de incubação é de 2 a 6 dias.

São considerados casos suspeitos o paciente que apresentar quadro agudo de febre em área pertencente a um foco natural de peste, que evolua com adenite (sintomático ganglionar); paciente proveniente de área com ocorrências de peste pneumônica (de 1 a 10 dias) que apresente febre e/ou outras manifestações clínicas da doença, especialmente

sintomatologia respiratória.

Atualmente, a peste está restrita a algumas áreas seranas ou de planalto, principalmente na região Nordeste, sendo geralmente associada com o cultivo e a armazenagem de grãos. As atividades permanentes de vigilância relacionadas aos roedores, com captura e exames de laboratório para detectar a infecção, têm possibilitado a manutenção e aprofundamento do controle, sendo sua ocorrência restrita à forma bubônica. A mortalidade, por essa doença praticamente inexistente atualmente no país, é de apenas um óbito registrado em toda a década de 1990.

6.3.5. HANTAVIROSE

É uma doença aguda que se manifesta sob as formas de febre hemorrágica com síndrome renal ou febre hemorrágica coreana e síndrome pulmonar por hantavírus. Até o momento, só foi diagnosticada nas Américas a síndrome pulmonar por hantavírus, cujas principais manifestações são febre, dor abdominal, vômitos e dor de cabeça, seguidas de tosse, falta de ar, aumento da frequência cardíaca e hipertensão. O paciente evolui para insuficiência respiratória aguda e choque circulatório. Na febre hemorrágica com síndrome renal aparecem ainda hemorragias severas.

O período de incubação varia de 12 a 16 dias, com uma variação de 5 a 42 dias. Os agentes etiológicos são hantavírus pertencentes à família *Bunyaviridae*. Os reservatórios são roedores, especialmente os silvestres. Cada tipo de hantavírus parece ter tropismo por uma determinada espécie de roedor. Nesses animais a infecção não é letal, o que pode mantê-los como reservatórios do vírus durante toda a vida. A transmissão ocorre por inalação de aerossóis formados a partir de secreções e excreções dos roedores. Outras formas de transmissão ocorrem pela ingestão de ali-

mentos e água contaminados, pela pele, através de escoriações cutâneas e mordidas do roedor; pelo contato do vírus com a mucosa, como por exemplo, a conjuntival; acidentalmente, em trabalhadores e visitantes de biotérios e laboratórios. Há ainda a possibilidade de transmissão pessoa a pessoa, na forma cardiopulmonar.

A hantavirose é uma doença emergente com duas formas clínicas principais, a renal e a cardiopulmonar. A forma renal é mais freqüente na Europa e na Ásia, enquanto a forma cardiopulmonar ocorre somente no continente americano. A doença ocorre em quase todos os países da América do Norte e da América do Sul, sendo que a Argentina e os Estados Unidos apresentam o maior registro de casos. Na América Central, têm sido registrados casos somente no Panamá. Os primeiros casos no Brasil foram detectados em 1993, em São Paulo, e a doença tem sido diagnosticada principalmente na região Sul, além dos estados de São Paulo, Minas Gerais e Mato Grosso, com uma letalidade média de 44,5%.

Trata-se de doença emergente e qualquer caso suspeito é de notificação compulsória imediata.

6.3.6. LEPTOSPIROSE

É uma doença febril de início abrupto, que pode variar desde um processo inaparente até formas graves. Os quadros leves apresentam sinais e sintomas inespecíficos como febre, dor de cabeça, dores musculares e são freqüentemente confundidos com os de uma gripe ou outra virose passageira. Possui caráter endêmico, podendo apresentar-se na forma de surto ou epidemia sob determinadas condições climáticas, ambientais, de infra-estrutura sanitária e alta infestação de roedores.

O agente etiológico é uma bactéria (espiroqueta) do

gênero *Leptospira*, com subdivisões em vários sorogrupos, sorotipos ou sorovares. Dentre os fatores que favorecem a persistência dos focos de leptospirose, destacam-se a capacidade de sobrevivência no meio ambiente (até 180 dias) e a grande variedade de animais que podem hospedar o microrganismo. O principal reservatório são os roedores sinantrópicos (domésticos), das espécies *Rattus norvegicus*, *Rattus rattus* e *Mus musculus*. Cães, bovinos, suínos, ovinos, caprinos e eqüinos também desenvolvem a doença e podem ser portadores.

A infecção humana resulta da exposição direta ou indireta à urina de animais infectados. A penetração do microrganismo se dá através da pele lesada ou das mucosas da boca, das narinas e dos olhos. Outras formas de transmissão têm sido relatadas, porém com muito pouca frequência, como o contato com sangue, tecidos e excretas animais, mordeduras, ingestão de água ou alimentos contaminados e por via transplacentária. O período de incubação varia de 24 horas a 28 dias (média de 7 a 14 dias).

No Brasil, a maior parte dos casos está ligada às condições de vida e infra-estrutura sanitária, principalmente na esfera domiciliar. Apesar da ocorrência da leptospirose em áreas urbanas e rurais, a maioria dos casos notificados provém das capitais e regiões metropolitanas. Enchentes e chuvas fortes contribuem para o contato do homem com água e lama contaminadas pela urina de roedores, favorecendo a infecção.

A leptospirose é doença de notificação compulsória nacional e entende-se como caso suspeito indivíduo que apresenta sinais e sintomas sugestivos da doença, principalmente com febre de início súbito, mialgia (particularmente nas panturrilhas), cefaléia, mal-estar ou prostração associados a um ou mais dos seguintes sinais ou sintomas:

sufusão conjuntival ou conjuntivite, náusea ou vômitos, calafrios, alterações do volume urinário, icterícia, fenômenos hemorrágicos, alterações hepáticas, renais e vasculares compatíveis com leptospirose icterica (Síndrome de Weil) ou anictérica grave ou ainda aquele que apresenta processo infeccioso inespecífico com antecedente epidemiológico sugestivo nos últimos 30 dias anteriores à data de início dos primeiros sintomas. Consideram-se como antecedentes epidemiológicos: exposição a enchentes ou água potencialmente contaminadas por urina de roedores; exposição a esgoto, fossa ou manilhas de esgoto; atividades que envolvam risco ocupacional como coleta de lixo, limpeza de córregos, trabalho em água ou esgoto com urina de roedores, manejo de animais, agricultura em campos alagados, magarefes, veterinários, laboratoristas, dentre outras; presença de animais infectados nos locais freqüentados pelo paciente.

Ressalta-se a necessidade de permanente capacitação e atualização dos recursos humanos, quanto à legislação sanitária e aos procedimentos técnicos normativos. A capacitação, contribui para a estruturar programas permanentes, integrados e intersetoriais, essenciais para o controle de vetores e roedores.

PROCEDIMENTOS A SEREM ADOTADOS

1. Controle da população de roedores

- Anti-ratização: visa modificar as características ambientais que favorecem a penetração, a instalação e a livre proliferação de roedores, por meio da eliminação dos fatores que propiciam o acesso desses animais a alimento, água e abrigo. Consiste em eliminar todos os resíduos que possam servir de tocas e ninhos, evitar entulhos, armazenar adequadamente

insumos, vedar fendas e manter de forma adequada a coleta e disposição de lixo.

- Desratização: visa à eliminação direta dos roedores mediante métodos mecânicos (ratoeiras e rateiras) e químicos (raticidas). Os métodos biológicos (uso de predadores, como gatos) não são aplicáveis na prática. Se houver indicação de desratização, eliminar as pulgas antes (desinfestação de pulgas por meio de inseticidas). O controle químico só é indicado em áreas de alta infestação e deve ser executado com o acompanhamento do técnico responsável pela empresa detentora de Autorização de Funcionamento emitida pela Anvisa.

Atenção:

Roedores mortos e objetos ou alimentos contaminados somente devem ser manipulados com luvas de borracha.

2. Controle da população de vetores em PAF

- Intensificar ações de controle, priorizando eliminar criadouros de vetores e o tratamento focal.
- Inspeccionar a aérea de PAF, verificando a presença de possíveis criadouros como entulhos, pneus, meios de transporte fora de uso e estacionados que favoreçam o acúmulo de água.
- Avaliar a colocação de armadilhas de forma integrada com município e estado.
- Verificar se a colocação das armadilhas é adequada, evitando que as mesmas se tornem criadouros.
- Garantir que, diante de uma armadilha positiva, seja acionado o fluxo de encaminhamento do inseto ou do registro dos dados, conforme o acordo feito entre o Posto, a CVSPAF e as Secretarias de Saúde do município e/ou estado.

MEDIDAS GERAIS

1. Notificar a Vigilância Epidemiológica e acionar a rotina de fluxo para atendimento e transporte do caso, previamente definida em conjunto com os órgãos de saúde pública e administradoras dos terminais (SMS, SES, CVSPAF, Infraero, Docas e outros).
2. Determinar que a inspeção sanitária do meio de transporte seja realizada em ponto estratégico do pátio de manobras (fundeadouro, área remota e de recuo). No caso de intercorrência com a embarcação já atracada, as medidas de controle sanitário poderão ser realizadas, a critério da autoridade sanitária, no cais de atracação ou em área de fundeio (nesse caso, deverá ser lavrado um Auto de Infração Sanitária).
3. Proceder à inspeção sanitária do meio de transporte, conforme a legislação vigente, atentando para os seguintes itens:
 - Verificar a presença de vestígios de vetores e roedores.
 - Verificar o uso de medicamentos na farmácia de bordo.
 - Preencher o cadastro de viajantes para caso suspeito.
 - Autorizar o desembarque do caso suspeito.
 - No desembarque orientar os demais viajantes a procurar uma unidade de assistência médica de referência, caso apresentem sinais e sintomas semelhantes ao caso suspeito. Caso o destino seja uma área de risco informá-los quanto à adoção de medidas individuais de prevenção como o uso de repelentes, cortinados, roupas que protejam de picadas de insetos, telas protetoras em portas e janelas etc.
 - Promover ações de orientação em saneamento ambiental, como a limpeza da área.
 - Promover ações integradas de educação em saúde,

comunicação e mobilização com a comunidade da área de PAF.

- Realizar outros procedimentos que a autoridade sanitária julgar necessários, de acordo com cada situação específica.

7. EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - EPI

A fiscalização sanitária em portos, aeroportos e fronteiras, pode colocar os trabalhadores de PAF em contato com pessoas portadoras de doenças infecciosas ou certas situações de risco. Por isso é importante conhecer os principais cuidados para o uso rotineiro e adequado de Equipamentos de Proteção Individual - EPI durante uma inspeção sanitária. Além da adoção da proteção individual, faz parte do trabalho de PAF orientar os demais trabalhadores envolvidos quanto ao uso correto dos EPI e tomar as medidas legais, quando necessário.

Exemplo: O que fazer quando um servidor de uma prestadora de serviço de limpeza e desinfecção está a bordo de um meio de transporte sem fazer uso correto dos EPI? O trabalhador de PAF deverá suspender a atividade notificar a empresa administradora da área a disponibilizar o serviço de forma a atender as normas de segurança e informar o Ministério do Trabalho sobre o ocorrido, para que sejam tomadas as medidas legais junto à empresa prestadora de serviço.

7.1 CRITÉRIOS PARA DEFINIÇÃO DO USO DE EPI

7.1.1. PRESENÇA DE SANGUE E FLUIDOS

Sangue e fluidos corporais como suor, saliva, lágrima, fezes, urina, vômito, vômito com sangue, material de abscesso, líquido amniótico ou outros são potencialmente contaminantes. Assim, na eventualidade de ocorrer contato direto com sangue ou fluidos ou contato com superfícies e materiais potencialmente contaminados por líquidos, devem ser adotadas, obrigatoriamente, as seguintes precauções:

- a) Lavar as mãos com água e sabão líquido (na impossibilidade, utilizar álcool gel a 70%).

- b) Usar avental descartável de manga longa.
- c) Usar luvas (não precisam ser estéreis).
- d) Realizar as atividades de vigilância sanitária.
- e) Retirar o avental.
- f) Retirar as luvas.
- g) Descartar os EPI com sangue ou os fluidos corporais como resíduos infectantes (Classe A), utilizando saco plástico branco leitoso impermeável com simbologia para material infectante.
- h) Higienizar outra vez as mãos com água e sabão líquido (na impossibilidade, utilizar álcool gel a 70%).

7.1.2. RISCO DE TRANSMISSÃO RESPIRATÓRIA

A transmissão respiratória pode ocorrer por inalação de gotículas ou aerossóis. Os seguintes cuidados específicos somente podem ser adotados quando a doença for conhecida, como nos casos de sarampo e tuberculose:

- a) Lavar as mãos com água e sabão líquido (na impossibilidade, utilizar álcool gel a 70%).
- b) Usar o único EPI obrigatório: máscara (preferencialmente N95), colocando-a sempre antes de entrar no ambiente em que se encontra o caso suspeito.
- c) Realizar as atividades de vigilância sanitária.
- d) Sair do ambiente.
- e) Retirar a máscara.
- f) Higienizar outra vez as mãos com água e sabão líquido (na impossibilidade, utilizar álcool gel a 70%).

Observação: o uso de luvas não substitui JAMAIS a higienização das mãos com água e sabão. NUNCA lavar ou reutilizar as luvas.

7.1.3. ASSOCIAÇÃO DE PRECAUÇÕES MISTAS

Quando há transmissão por contato com sangue e fluídos corporais concomitante à respiratória (aerossóis ou gotículas), como nos casos de influenza (gripe), varicela, SRAG ou SARS, doenças emergentes de transmissão desconhecida (febres hemorrágicas, Marburg, Ebola) e doenças sem nenhuma informação prévia, adotam-se as seguintes medidas de precaução mista:

- a) Lavar as mãos com água e sabão líquido (na impossibilidade, utilizar álcool gel a 70%).
- b) Usar máscara (preferencialmente N95), colocando-a sempre antes do contato com o caso suspeito.
- c) Usar avental descartável de manga longa.
- d) Usar luvas (não precisam ser estéreis).
- e) Realizar as atividades de vigilância sanitária.
- f) Sair do ambiente em que se encontra o caso suspeito.
- g) Retirar o avental.
- h) Retirar as luvas.
- i) Descartar o avental e as luvas como resíduos infectantes - Classe A (levar no kit saco plástico branco leitoso impermeável com simbologia para material infectante).
- j) Higienizar as mãos com água e sabão líquido (na impossibilidade, utilizar álcool gel a 70%).
- k) Tirar a máscara (guardá-la se for N95 e descartá-la se for máscara comum).
- l) Higienizar outra vez as mãos com água e sabão líquido (na impossibilidade, utilizar álcool gel a 70%).

As medidas de precaução mista são também indicadas para as situações em que não se sabe que tipo de anormalidade clínica pode haver a bordo de um meio de transporte.

7. 2 TÉCNICA DE LAVAGEM DAS MÃOS

- Retirar anéis, aliança, pulseira, relógio.
- Molhar as mãos.
- Colocar sabão líquido.
- Lavar toda a superfície da mão e do punho.
- Enxaguar as mãos em água corrente.
- Secá-las com papel toalha.
- Não tocar mais na pia ou torneira ou outra superfície.
- Descartar o papel toalha em um cesto, de preferência com pedal.

8. GLOSSÁRIO

AGENTE INFECCIOSO: agente biológico, capaz de produzir infecção ou doença infecciosa.

ANIMAIS SINANTRÓPICOS: aqueles que vivem junto ao homem, a despeito da vontade deste, que podem transmitir doenças ou causar agravos à saúde humana.

ANORMALIDADE CLÍNICA: é um sinal ou sintoma, ou, ainda, o conjunto destes, produzidos por determinada doença, que indica alteração do estado de saúde de um ser humano, podendo representar um alerta, do ponto de vista da saúde coletiva.

ÁREA ENDÊMICA: área onde ocorra doença que incida numa coletividade, dentro dos limites habituais, explicáveis pela ação causal dos fatores que favoreçam ou desfavoreçam a sua ocorrência.

ÁREA DE FOCO: área de transmissão para uma determinada doença, porém de localização bem definida, limitada a uma localidade ou pequena parte desta, em um município.

ASSEPSIA: conjunto de meios usados para impedir a entrada de germes patogênicos no organismo e, assim, prevenir infecções.

ASSOCIAÇÃO MEDICAMENTOSA: administração simultânea de dois ou mais medicamentos, seja em preparação separada, seja em uma mesma preparação.

AUTORIDADE SANITÁRIA: autoridade que tem diretamente a seu cargo, em sua demarcação territorial, a aplicação das medidas sanitárias apropriadas, de acordo com as leis e regulamentos pertinentes, no território nacional, em tratados e em outros atos internacionais dos quais o Brasil é signatário.

CARACTERES EPIDEMIOLÓGICOS: modos de ocorrência natural das doenças em uma comunidade, em função da estrutura epidemiológica da mesma.

CASO: pessoa ou animal infectado ou doente, apresentando características clínicas, laboratoriais e/ou epidemiológicas específicas.

CASO AUTÓCTONE: caso contraído pelo enfermo na zona de sua residência.

CASO CONFIRMADO: pessoa de quem foi isolado e identificado o agente etiológico, ou de quem foram obtidas outras evidências epidemiológicas e/ou laboratoriais da presença do agente etiológico, como, por exemplo, a conversão sorológica em amostras de sangue colhidas nas fases aguda e de convalescença. Esse indivíduo pode ou não apresentar a síndrome indicativa da doença causada pelo agente. A confirmação do caso está sempre condicionada à observação dos critérios estabelecidos pela definição de caso, que, por sua vez, está relacionada ao objetivo do programa de controle da doença e/ou do sistema de vigilância.

CASO ÍNDICE: primeiro, entre vários casos, de natureza similar e epidemiologicamente relacionada. O caso índice é muitas vezes identificado como fonte de contaminação ou infecção.

CASO IMPORTADO: caso contraído fora da zona onde se fez o diagnóstico. O emprego dessa expressão dá a idéia de que é possível situar, com certeza, a origem da infecção numa zona conhecida.

CASO SUSPEITO: pessoa cuja história clínica, sintomas e possível exposição a uma fonte de infecção sugerem que possa estar com alguma doença infecciosa ou vir a desenvolvê-la.

CONTÁGIO: transmissão de doença de uma pessoa a outra, por contato direto ou indireto.

CONTAMINAÇÃO: presença de substâncias ou agentes estranhos, de origem biológica, química ou física, que sejam considerados nocivos para a saúde humana.

CONTAMINAÇÃO CRUZADA: transferência da contaminação de uma área ou de um produto para áreas ou produtos anteriormente não contaminados.

CONTATO: pessoa ou animal que teve contato com pessoa ou animal infectado ou com ambiente contaminado, criando a oportunidade de adquirir o agente etiológico.

DESCONTAMINAÇÃO: procedimento mediante o qual se adotam medidas sanitárias para eliminar qualquer agente, material infeccioso ou tóxico, presentes na superfície corporal de uma pessoa ou animal, em um produto preparado para consumo ou em outros objetos inanimados, incluindo os meios de transporte, que podem constituir um risco para a saúde pública.

DESINFECÇÃO: medida sanitária para controlar ou eliminar agentes infecciosos presentes na superfície do corpo humano, de um animal ou em bagagens, cargas, contêineres, meios de transporte, mercadorias ou remessas postais mediante sua exposição a agentes químicos ou físicos.

DESINFESTAÇÃO: conjunto de medidas sanitárias mecânicas, biológicas ou químicas, por meio das quais se eliminam animais sinantrópicos, causadores de agravos ou doenças, que se encontram nos indivíduos, em suas roupas e pertences, no ambiente ou em outros locais.

DESINSETIZAÇÃO: conjunto de medidas sanitárias empregadas para controlar ou eliminar insetos, em todas as suas formas evolutivas, por métodos mecânicos, biológicos ou químicos.

DESRATIZAÇÃO: conjunto de medidas sanitárias empregadas para controlar ou eliminar roedores, por métodos mecânicos, biológicos ou químicos.

DOENÇA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA: doença que são obrigados a comunicar aos gestores do Sistema Único de Saúde – SUS, os profissionais de saúde, no exercí-

cio da sua profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e ensino, informando os casos suspeitos ou confirmados das doenças relacionadas em portaria específica.

DOENÇA TRANSMISSÍVEL DE INTERESSE DA SAÚDE PÚBLICA: doença causada por um agente infeccioso específico ou toxina por ele produzida, por meio da transmissão desse agente ou de seu produto tóxico, a partir de uma pessoa ou animal infectado, ou ainda de um reservatório para um hospedeiro suscetível, seja direta ou indiretamente intermediada por um vetor ou ambiente.

EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA DE IMPORTÂNCIA INTERNACIONAL (ESPII): em conformidade com o RSI, um evento extraordinário, representando uma emergência de saúde pública de importância internacional, ocorre quando:

- A propagação internacional de uma enfermidade constitui um risco para a saúde pública de outros países; e
- Há necessidade de uma resposta internacional coordenada.

ENDEMIAS: presença contínua de uma enfermidade ou de um agente infeccioso em uma zona geográfica determinada; pode significar também a prevalência usual de uma doença particular numa zona geográfica.

ENDOTOXINA: toxina encontrada no interior da célula bacteriana, mas não em filtrados livres de células de bactéria. As endotoxinas são liberadas pela bactéria quando sua célula se rompe.

EPIDEMIA: manifestação, em uma coletividade ou região, de um grupo de casos de alguma enfermidade que excede claramente a incidência prevista para aquela população, área ou época do ano.

EPIZOOTIA: ocorrência de casos de doença na população

animal de uma área geográfica definida, que exceda claramente a incidência prevista.

EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - EPI: aquele utilizado para a proteção individual de pessoas que mantêm contato com agentes infecciosos, tóxicos ou corrosivos, calor excessivo, fogo e outros perigos.

ERRADICAÇÃO: cessação de toda a transmissão da infecção, pela extinção artificial da espécie do agente em questão. A erradicação pressupõe a ausência completa de risco de reintrodução da doença, de forma a permitir a suspensão de toda e qualquer medida de prevenção ou controle. A erradicação regional ou eliminação é a cessação da transmissão de determinada infecção em uma ampla região geográfica ou jurisdição política.

ESPLENOMEGALIA: aumento do volume do baço.

FATORES DE RISCO: condições, internas e externas, que predis põem uma pessoa ou a coletividade a maior risco de desenvolver uma doença ou um agravo à saúde.

FONTE DE INFECÇÃO: pessoa, animal, objeto ou substância a partir do qual o agente é transmitido para o hospedeiro.

FONTE PRIMÁRIA DE INFECÇÃO (reservatório): o homem ou o animal e, raramente, o solo ou os vegetais, responsáveis pela sobrevivência de uma determinada espécie de agente etiológico na natureza. No caso dos parasitas heteroxenos, o hospedeiro mais evoluído (que geralmente é também o hospedeiro definitivo) é denominado fonte primária de infecção, e o hospedeiro menos evoluído (em geral o hospedeiro intermediário) é chamado de vetor biológico.

FONTE SECUNDÁRIA DE INFECÇÃO: ser animado ou inanimado que transporta um determinado agente etiológico, não sendo o principal responsável pela sua sobrevivência como espécie. Essa expressão é substituída

com vantagem pelo termo “veículo”.

HEMATÊMESE: presença de sangue no vômito.

HEPATOMEGALIA: aumento de volume do fígado.

HOSPEDEIRO: hospedeiro é o homem ou outro animal vivo, inclusive aves e artrópodes que ofereça, em condições naturais, subsistência ou alojamento a um agente infeccioso. O hospedeiro no corpo do qual o parasita atinge a maturidade ou passa sua fase sexuada denomina-se hospedeiro primário ou definitivo e aquele em que se encontra em forma larvária ou assexuada, hospedeiro secundário ou intermediário.

IMUNIDADE: resistência, usualmente associada à presença de anticorpos, que têm o efeito de inibir microrganismos específicos ou suas toxinas, responsáveis por doenças infecciosas.

INCIDÊNCIA: número de casos novos de uma doença, ocorridos em uma determinada população, durante um período específico de tempo.

INFECCÃO: penetração, alojamento e, em geral, multiplicação de um agente etiológico animado no organismo de um hospedeiro, produzindo danos, com ou sem aparecimento de sintomas clinicamente reconhecíveis.

INFECTIVIDADE: é a capacidade que certos organismos têm de penetrar e de se desenvolver no novo hospedeiro, ocasionando infecção. Essa propriedade decorre da capacidade do agente vencer barreiras externas e penetrar em outro organismo vivo e, daí, multiplicar-se com maior ou menor facilidade.

INFESTAÇÃO: é o alojamento, desenvolvimento e reprodução de artrópodes na superfície do corpo de animais ou pessoas ou em suas roupas. Os objetos ou locais infestados são os que abrigam, ou servem de alojamento, a animais, especialmente artrópodes e roedores.

INFLAMAÇÃO: resposta normal do tecido à agressão celular por material estranho; caracteriza-se pela dilatação de capilares e pela mobilização de defesas celulares (leucócitos e fagócitos).

INSPEÇÃO SANITÁRIA: investigação em determinado local, sobre a existência ou não, de fatores de risco sanitário que poderão produzir agravo à saúde individual ou coletiva ou ao meio ambiente, incluindo a verificação de documentos.

ISOLAMENTO: segregação de um caso clínico do convívio com as outras pessoas, durante o período de transmissibilidade de uma doença, a fim de evitar que as pessoas suscetíveis sejam infectadas. Em certos casos, o isolamento pode ser domiciliar ou hospitalar; em geral, é preferível esse último, por ser mais eficiente.

LIMPEZA: remoção de sujidade dos artigos e superfícies, mediante a aplicação de processos químicos, mecânicos ou térmicos.

OLIGOSSINTOMÁTICO: que apresenta poucos sintomas de uma determinada doença.

PANDEMIA: ocorre quando o número de casos ultrapassa o esperado, pelas variações causais, em todos os continentes, num mesmo espaço de tempo.

PARALISIA FLÁCIDA AGUDA: doença que atinge o sistema neurológico, comprometendo alguns movimentos do corpo humano. É causada por um vírus e sua forma mais grave é a poliomielite, uma paralisia flácida aguda provocada por um vírus selvagem.

PARASITA: organismo, geralmente microrganismo, que vive às custas de um hospedeiro. O parasita não é obrigatoriamente nocivo ao seu hospedeiro. Existem parasitas obrigatórios e facultativos: os primeiros sobrevivem somente na forma parasitária e os últimos podem ter uma existência independente.

PATOGENICIDADE: qualidade que tem o agente infeccioso de, uma vez instalado no organismo do homem ou do animal, produzir sintomas em maior ou menor proporção entre os hospedeiros infectados.

PATÓGENO: agente biológico capaz de causar doenças.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: É o intervalo de tempo que decorre entre a exposição a um agente infeccioso e o aparecimento de sinais ou sintomas da doença (observando-se que nem sempre são aparentes). Este período é bastante variável de acordo com o agente.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: Período de tempo durante o qual o agente pode ser transmitido, de forma direta ou indireta, de uma pessoa infectada a outra suscetível, ou de um animal infectado ao homem, ou de pessoa infectada a um animal, inclusive por artrópodes.

PLANO DE GERENCIAMENTO E CONTROLE DE VETORES, ROEDORES E PRAGAS URBANAS – PGCV: instrumento que define o conjunto de informações e estratégias visando o cumprimento das Boas Práticas Operacionais, a fim de garantir a qualidade e a segurança do serviço prestado, de forma a minimizar o impacto ambiental e o risco à saúde do usuário e do trabalhador.

PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS SÓLIDOS - PGRS: instrumento que define o conjunto de informações e estratégias integradas de gestão, destinadas a normalizar os procedimentos operacionais de gerenciamento de resíduos sólidos, contemplando os aspectos referentes à geração, à segregação, ao acondicionamento, à identificação, à coleta, ao transporte, ao armazenamento, ao tratamento e à disposição final dos mesmos, em conformidade com a legislação sanitária e ambiental.

PLANO DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO – PLD: operacionalização de práticas de descontaminação, limpeza e

desinfecção de superfícies de meios de transporte terrestres, áreas de terminais e pontos de apoio de transporte rodoviário e ferroviário de passageiros e cargas, entrepostos, terminais de cargas e estações aduaneiras relacionadas, assim como da aplicação de produtos saneantes domissanitários e do uso de Equipamento de Proteção Individual – EPI.

PORTADOR: indivíduo infectado (pessoa ou animal), que abriga um agente infeccioso específico de uma doença, sem que apresente sintomas desta e que possa se constituir em fonte potencial de infecção.

PREVALÊNCIA: número de casos clínicos ou de portadores existentes em uma comunidade, em um determinado momento, dando uma idéia estática da ocorrência do fenômeno. Pode ser expressa em números absolutos ou em coeficientes.

PROFILAXIA: conjunto de medidas que têm por finalidade prevenir ou atenuar as doenças, suas complicações e consequências. Quando a profilaxia baseia-se no emprego de medicamentos, é chamada de quimioprofilaxia.

QUARENTENA: isolamento de indivíduos ou animais sadios pelo período máximo de incubação da doença, contado a partir da data do último contato com um caso clínico ou portador, ou da data em que esse comunicante sadio abandonou o local em que se encontrava a fonte de infecção.

QUIMIOPROFILAXIA: administração de uma droga, incluindo antibióticos, para prevenir uma infecção ou a progressão de uma infecção com manifestações da doença.

RESERVATÓRIO: o homem ou o animal e, raramente, o solo ou os vegetais, responsáveis pela sobrevivência de uma determinada espécie de agente etiológico na natureza. No caso dos parasitas heteroxenos, o hospedeiro mais evoluído (que geralmente é também o hospedeiro definitivo) é denominado fonte primária de infecção, e o hospedeiro menos

evoluído (em geral o hospedeiro intermediário) é chamado de vetor biológico.

RESÍDUOS LÍQUIDOS: dejetos líquidos, tratados ou não, de origem agrícola, industrial, de prestação de serviços ou domésticos, lançados no ambiente.

RESÍDUOS SÓLIDOS: resíduos em estado sólido, incluindo-se substâncias lodosas, resultantes do processo de tratamento de efluentes líquidos, e os gerados pelos equipamentos em instalações destinadas ao controle da poluição, excluindo-se os excrementos humanos.

SINAL: fenômeno objetivo observado no exame de um paciente.

SÍNDROME: conjunto de sintomas e sinais que tipificam uma determinada doença.

SINTOMA: evidência subjetiva de uma doença.

SURTO EPIDÊMICO: ocorrência de dois ou mais casos epidemiologicamente relacionados.

TOXINAS: proteínas ou substâncias protéicas conjugadas, letais para certos organismos. As toxinas são produzidas por algumas plantas superiores, por determinados animais e por bactérias patogênicas.

TRANSMISSÃO: refere-se ao mecanismo pelo qual um patógeno alcança e infecta ou acessa o meio interno de um hospedeiro suscetível, a partir de um homem ou animal infectado, com passagem ou não por intermediários vivos ou por objeto ou material inanimado. A transmissão pode ocorrer de forma direta ou indireta.

TRATAMENTO PROFILÁTICO: tratamento que visa impedir o aparecimento de doença.

TRIPULANTE: toda pessoa que está a serviço de qualquer meio de transporte durante o percurso de uma viagem.

VACINA: preparação contendo microrganismos vivos ou mortos ou suas frações, que tem propriedades antigênicas,

usadas para induzir em um indivíduo a imunidade ativa e específica a um determinado microrganismo.

VETOR BIOLÓGICO: vetor no qual se passa, obrigatoriamente, uma fase do desenvolvimento de determinado agente etiológico.

VIAJANTE: passageiro, tripulante, profissional não tripulante e clandestino em viagem em um meio de transporte, ou o próprio pedestre.

VIGILÂNCIA SANITÁRIA: conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.

VIRULÊNCIA: capacidade de um agente infeccioso produzir casos graves ou fatais.

ZOONOSE: infecção ou doença infecciosa transmissível entre homens e animais, sob condições naturais.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

9. INSTRUMENTOS LEGAIS

9.1 SÚMULA DOS INSTRUMENTOS LEGAIS

9.1.1 LEIS

Lei nº. 6.259, de 30 de outubro de 1975

Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências.

- Regulamentado por: Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976

Lei nº. 6.437, de 20 de agosto de 1977

Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências.

- Art. 5º alterado(s) por: Medida Provisória nº 116, de 29 de novembro de 1989
- alterado(s) por: Lei nº 7.967, de 22 de dezembro de 1989
- inciso XXX do Art. 10 alterado(s) por: Medida Provisória nº 672, de 21 de outubro de 1994
- inciso XXX do Art. 10 alterado(s) por: Medida Provisória nº 720, de 18 de novembro de 1994
- inciso XXX do Art. 10 alterado(s) por: Medida Provisória nº 774, de 20 de dezembro de 1994
- inciso XXX do Art. 10 alterado(s) por: Medida Provisória nº 834, de 19 de janeiro de 1995
- alterado(s) por: Lei nº 9005, de 16 de março de 1995
- Arts. 2,5,10 alterado(s) por: Lei nº 9.695, de 20 de agosto de 1998
- Arts. 2º e 10 alterado(s) por: Medida Provisória nº 2134-31, de 21 de junho de 2001
- Art. 2º e 10 alterado(s) por: Medida Provisória nº 2190-34, de 23 de agosto de 2001

Revoga:

- Decreto-lei nº 785, de 25 de agosto de 1969

1

2

3

4

5

6

7

8

9

Última atualização:

- Medida Provisória nº 2.190-34, de 23 de agosto de 2001

Anteriores a 1990

Lei nº. 6.815, de 19 de agosto de 1980

Define a situação jurídica do estrangeiro no Brasil, cria o Conselho Nacional de Imigração, e dá outras providências.

Alterado(s) por:

- Lei nº 6.964, de 09 de dezembro de 1981
- Art. 131 alterado(s) por: Decreto-lei nº 2.236, de 23 de janeiro de 1985
- Art. 12 e 53 alterado(s) por: Lei nº 9.076, de 10 de julho de 1995
- Art. 133 revogado(s) por: Lei nº 7.180, de 20 de dezembro de 1983

Revoga:

- Decreto-lei nº 406, de 04 de maio de 1938
- Art. 69 do Decreto-lei nº 3.688, de 03 de outubro de 1941
- Decreto-lei nº 5.101, de 17 de dezembro de 1942
- Decreto-lei nº 7.967, de 18 de setembro de 1945
- Lei nº 5.333, de 11 de outubro de 1967
- Decreto-lei nº 417, de 10 de janeiro de 1969
- Decreto-lei nº 941, de 13 de outubro de 1969
- Art. 2º da Lei nº 5.709, de 07 de outubro de 1971
- Lei nº 6.262, de 18 de novembro de 1975

Lei nº. 6.964, de 9 de dezembro de 1981

Altera disposições da Lei nº. 6.815, de 19 de agosto de 1980, que “define a situação jurídica do estrangeiro no Brasil, cria o Conselho Nacional de Imigração, e dá outras providências”.

Alterado(s) por: Lei nº 7180, de 20 de dezembro de 1983

Altera:

- Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980

Revoga:

- Decreto-lei nº 406, de 04 de maio de 1938
- Decreto-lei nº 3.688, de 03 de outubro de 1941
- Decreto-lei nº 5.101, de 17 de dezembro de 1942
- Decreto-lei nº 7.967, de 18 de setembro de 1945
- Lei nº 5.333, de 11 de outubro de 1967

- Decreto-lei nº 417, de 10 de janeiro de 1969
- Decreto-lei nº 941, de 13 de outubro de 1969
- Lei nº 5.709, de 07 de outubro de 1971
- Lei nº 6.262, de 18 de novembro de 1975

Lei nº. 7.180, de 20 de dezembro de 1983

Dispõe sobre a concessão da permanência no Brasil aos estrangeiros registrados provisoriamente.

Altera:

- Lei nº 6.964, de 09 de dezembro de 1981

Revoga:

- Art. 133 da Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980

Lei nº. 7.685, de 2 de dezembro de 1988

Dispõe sobre o registro provisório para o estrangeiro em situação ilegal em território nacional.

Atos relacionados:

- Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980
- Decreto-lei nº 2.481, de 03 de outubro de 1988

Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Alterado(s) por: Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999

Capítulo VI e Art. 19-I alterado(s) por: Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002

alterado(s) por: Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005

Revoga:

- Lei nº 2.312, de 03 de setembro de 1954
- Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975

Última atualização:

- Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005

Anteriores a 2000

Lei nº. 9.076, de 10 de julho de 1995

Altera a redação do art. 12 e suprime o art. 53 da Lei nº. 8.815, de 19 de agosto de 1980, com alterações introduzidas pela Lei nº. 6.964, de 10 de dezembro de 1981, que define a situação

jurídica do estrangeiro no Brasil.

Altera:

- Art. 12 e 53 da Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980

Lei nº 9.675, de 29 de junho de 1998

Amplia, para o estrangeiro em situação ilegal no território nacional, o prazo para requerer registro provisório.

Atos relacionados:

- Lei nº 7.685, de 02 de dezembro de 1988

Lei 9.782 de 26 de janeiro de 1999

Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências.

- Art. 7º, VII, XI, XXV §4º, §5º, §6º; Art. 8º §5º, §6º, §7º; Art. 9º Parágrafo único; Art. 15 VIII §1º, §2º; Art. 22 X; Art. 23 §6º, §7º, §8º; Art. 30; Art. 41 §1º, §2º, §3º alterado(s) por: Medida Provisória nº 1.814-4, de 17 de junho de 1999

- Anexo II alterado(s) por: Medida Provisória nº 1.814-4, de 17 de junho de 1999

- Art. 7º, VII, XXV, 4º § 5º e 6º; Art. 8º, 5º § 6º e 7º; Art. 9º Parágrafo único; Art.15, VIII § 1º e 2º; Art. 19; Art. 22, X; Art. 23, 6º § 7º e 8º; Art. 30; Art. 41, 1º §2º e 3º alterado(s) por: Medida Provisória nº 1.912-10, de 25 de novembro de 1999

- caput do Art. 2º alterado(s) por: Medida Provisória nº 1.912-10, de 25 de novembro de 1999

- Art. 7º, VII, XXV, XXVI §4º, 5º e 6º; Art. 8º, §5º, 6º e 7º; Art. 9º Parágrafo único; Art. 15; Art. 16; Art. 19; Art. 22, X; Art. 23, §6º, 7º e 8º; Art. 30; Art. 41, §1º, 2º e 3º alterado(s) por: Medida Provisória nº 2000-17, de 09 de junho de 2000

- caput do Art. 2º alterado(s) por: Medida Provisória nº 2.000-17, de 09 de junho de 2000.

Alterado(s) por: Medida Provisória nº 2.039-22, de 20 de outubro de 2000

- Arts. 3º; 7º; 9º; 15; 16; 19; 22; 23; 30 e Anexo II alterado(s) por: Medida Provisória nº 2.134-31, de 21 de junho de 2001

- Arts. 41-A e 42-B (acrescentados) alterado(s) por: Medida Provisória nº 2.134-31, de 21 de junho de 2001

- Art. 3º, 7º, 8º, 9º, 15, 16, 19, 22, 23, 30, 41 e Anexo II;

- acrescenta os artigos 41-A e 41-B alterado(s) por: Medida Provisória nº 2.190-34, de 23 de agosto de 2001
- parágrafo único do Art. 5º, os incisos XII e XIII do Art. 7º, e os Arts. 32 e 39 e seus parágrafos revogado(s) por: Medida Provisória nº 1.814-4, de 17 de junho de 1999
 - parágrafo único do art. 5º, os incisos XI, XII e XIII do Art. 7º, os Arts. 32 e 39 e seus parágrafos revogado(s) por: Medida Provisória nº 1912-10, de 25 de novembro de 1999
 - Parágrafo único do Art. 5º, os incisos XI, XII e XIII do Art. 7º, os Arts. 32 e 39 e seus parágrafos revogado(s) por: Medida Provisória nº 2000-17, de 09 de junho de 2000
 - Arts. 1.834 e 37 revogado (s) por: Lei nº 9.986, de 18 de julho de 2000
 - Art. 5º, parágrafo único; Art. 7º, incisos XI, XII e XIII; Arts. 32 e 39 e seus parágrafos e o Anexo I revogado(s) por: Medida Provisória nº. 2.134-31, de 21 de junho de 2001
 - Art. 5º, parágrafo único; Art. 7º, incisos XI, XII e XIII; Arts. 32 e 39 e seus parágrafos; Anexo I revogado(s) por: Medida Provisória nº 2.190-34, de 23 de agosto de 2001
 - Art. 36 revogado(s) por: Lei nº. 10.871, de 20 de maio de 2004
- Revoga:
- Art. 58 do Decreto-lei nº. 986, de 21 de outubro de 1969
 - Última atualização: Lei nº. 10.871 de 20 de maio de 2004

2004

Lei nº. 10.871, de 20 de maio de 2004

Dispõe sobre a organização de cargos efetivos das autarquias especiais denominadas Agências Reguladoras, e dá outras providências.

Lei nº. 11.108, de 07 de abril de 2005

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito da presença de acompanhamento durante o trabalho de parto, e parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Altera:

- Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990

9.1.2 DECRETOS

Anteriores a 1990

Decreto nº. 49.974-A, de 21 de janeiro de 1961

Regulamenta, sob a denominação de Código Nacional de Saúde, a Lei nº. 2.312, de 3 de setembro de 1954, de Normas Gerais sobre Defesa e Proteção da Saúde.

Decreto nº. 56.759, de 20 de agosto de 1965

Baixa normas técnicas especiais para profilaxia da febre amarela e das outras providências.

Revoga: Decreto nº 21.434, de 23 de maio de 1932.

Decreto nº. 785, de 25 de agosto de 1969

Dispõe sobre infrações às normas relativas à saúde e respectivas penalidades.

- Revogado(s) por: Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977.

Decreto nº. 77.052, de 19 de janeiro de 1976

Dispõe sobre a fiscalização sanitária das condições de exercício de profissões e ocupações técnicas e auxiliares, relacionadas diretamente com a saúde.

Decreto nº. 78.231, de 12 de agosto de 1976

Regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências.

Regulamenta: Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

Decreto nº. 86.715, de 01 de dezembro de 1981

Regulamenta a Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980, que define a situação jurídica do estrangeiro no Brasil, cria o Conselho Nacional de Imigração e dá outras providências.

Decreto-Lei nº. 2.236, de 23 de janeiro de 1985

Altera a tabela de emolumentos e taxas aprovada pelo Art. 131 da Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980.

Altera:

- Art. 131 da Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980

Anteriores a 2000

Decreto nº. 87, de 15 de abril de 1991

Simplifica as exigências sanitárias para ingresso e permanência de estrangeiros no País, altera o Decreto nº 86.715, de 10 de dezembro de 1981, e dá outras providências.

Altera:

- Art. 23, 27, 38 do Decreto nº 86.715, de 10 de dezembro de 1981.

Revoga:

- Art. 8º, 131, 132 do Decreto nº 49.974-A, de 21 de janeiro de 1961.
- Decreto nº 57.299, de 22 de novembro de 1965.
- Decreto nº 57.632, de 14 de janeiro de 1966.
- Decreto nº 76.536, de 03 de novembro de 1975.
- Art. 23, III, § 3º, 27, III, 29 a 35, 52, 70, § 3º do Decreto nº 86.715, de 10 de dezembro de 1981.

Decreto nº. 5, de setembro de 1991

Ressalva os efeitos jurídicos de declarações de interesse social ou de utilidade pública e revoga os decretos que menciona.

Decreto nº. 740, de 3 de fevereiro de 1993. Revoga dispositivos do Decreto nº. 86.715, de 10 de dezembro de 1981, que regulamenta a Lei nº. 6.815, de 19 de agosto de 1980.

Revoga:

- Parágrafo 3º do Art. 27 e o parágrafo único do Art. 69 da Decreto nº 86.715, de 10 de dezembro de 1981

Decreto nº. 1.413, de 7 de março de 1995. Dispõe sobre documentos e procedimentos para despacho de aeronave em serviço internacional.

Revoga:

- Decreto nº 86.228, de 28 de julho de 1981
- Decreto nº 94.317, de 11 de maio de 1987

Decreto nº. 1.455, de 13 de abril de 1995

Dá nova redação ao Art. 93 do Decreto nº. 86.715, de 10 de dezembro de 1981, que regulamenta a Lei nº. 6.815, de 19 de

agosto de 1980, que define a situação jurídica do estrangeiro no Brasil e cria o Conselho Nacional de Imigração.

Decreto nº. 2.574, de 29 de abril de 1998

Regulamenta a Lei nº. 9.615, de 24 de março de 1998, que institui normas gerais sobre o desporto e dá outras providências. Revogado pelo Decreto nº. 5.000, de 2004

Decreto nº 2.771, de 8 de setembro de 1998

Regulamenta a Lei nº. 9.675, de 29 de junho de 1998, que dispõe sobre o registro provisório para o estrangeiro em situação ilegal no território nacional.

- Art. 8º ; Art. 9º alterado(s) por: Decreto nº 3.572, de 22 de agosto de 2000

Decreto nº. 3.029, de 16 de abril de 1999. (Versão Consolidada pela Procuradoria da ANVISA)

Aprova o Regulamento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências.

Última atualização:

- Decreto nº 4.220, de 07 de maio de 2002

Decreto nº. 3.214, de 21 de outubro de 1999

Revoga o parágrafo 2º do Art. 74 do Decreto nº. 2.574, de 29 de abril de 1998, que regulamenta a Lei nº. 9.615, de 24 de março de 1998, que institui normas gerais sobre o desporto e dá outras providências.

Revoga:

- Parágrafo 2º do Art. 74 do Decreto nº 2.574, de 29 de abril de 1998

2000

Decreto nº. 3.572, de 22 de agosto de 2000

Altera dispositivos do Decreto nº. 2.771, de 8 de setembro de 1998, que regulamenta a Lei nº. 9.675, de 29 de junho de 1998, que dispõe sobre o registro provisório para o estrangeiro em situação ilegal no território nacional.

Altera:

- Art. 8º ; Art. 9º da Decreto nº 2.771, de 08 de setembro de 1998

2001

Decreto nº. 3.944, de 28 de setembro de 2001

Regulamenta o Art. 20 da Lei nº. 9.615, de 24 de março de 1998, dispondo sobre as ligas profissionais nacionais e regionais, e dá outras providências.

Regulamenta:

- Art. 20 da Lei nº 9.615, de 24 de março de 1998

Revoga:

- Art. 20 da Decreto nº 2.574, de 29 de abril de 1998

2002

Decreto nº. 4.220, de 07 de maio de 2002

Acresce dispositivo ao Regulamento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, aprovado pelo Decreto nº. 3.029, de 16 de abril de 1999.

Altera:

- Art. 17 do Regulamento da Decreto nº 3.029, de 16 de abril de 1999

Decreto nº. 4.315, de 30 de julho de 2002

Altera dispositivos do Decreto nº. 2.574, de 29 de abril de 1998, que regulamenta a Lei nº. 9.615, de 24 de março de 1998, que institui normas gerais sobre o desporto e dá outras providências.

Decreto nº. 4.400, de 1º de outubro de 2002

Dá nova redação ao Art. 8º do Decreto nº. 2.771, de 8 de setembro de 1998, que regulamenta a Lei nº. 9.675, de 29 de junho de 1998, que dispõe sobre o registro provisório para o estrangeiro em situação ilegal no território nacional.

Decreto nº. 4.406, de 03 de outubro de 2002

Estabelece diretrizes para a fiscalização em embarcações comerciais de turismo, seus passageiros e tripulantes.

2004

Decreto nº. 5.000, de 1º de março de 2004

Revoga o Decreto nº. 2.574, de 29 de abril de 1998, que regu-

lamenta a Lei nº. 9.615, de 24 de março de 1998, que institui normas gerais sobre o desporto, e os Decretos nºs 3.214, de 21 de outubro de 1999, e 4.315, de 30 de julho de 2002.

9.1.3 Portarias

Portaria nº 51/ SNVS, de 04 de dezembro de 1991

Determinar que os meios de transportes, procedentes ou em trânsito por áreas de ocorrência de casos de cólera sejam submetidos à vigilância sanitária em seus pontos de origem, escala e destino final.

(Tempo de vigência: 04 de dezembro de 1991 até 31 de dezembro de 1992).

Portaria nº. 28/SNVS de 27 de abril de 1993

Baixa normas técnicas a serem adotadas no exercício da vigilância sanitária, quanto ao ingresso no território nacional, de viajantes procedentes de área de ocorrência de febre amarela

Portaria nº. 31/SNVS de 27 de abril de 1993

Baixa normas técnicas a serem adotadas no exercício da vigilância sanitária no país quanto aos meios de transportes procedentes de áreas de ocorrência de casos de cólera e dá outras providências.

Portaria nº. 113, de 22 de novembro de 1993

Plano de Limpeza e Desinfecção – P. L. D.

Revogado por: Resolução RDC nº 2, de 08 de janeiro de 2003

Portaria nº. 56 MS/SVS de 06 de julho de 1995

Estabelece norma aos passageiros e tripulantes procedentes de vôos com origem, escala ou conexão no Zaire ou outras áreas que tenham notificado casos de febre hemorrágica causada pelo vírus ebola.

Portaria Conjunta Anvisa/Funasa nº. 01, de 02 de agosto de 2000

Estabelece as exigências para o funcionamento de estabeleci-

mentos privados de vacinação, seu licenciamento, fiscalização e controle, e dá outras providências.

Portaria nº. 666 ANVS/MS, de 29 de agosto de 2000

Adota, os coordenadores de vigilância sanitária, jornada de trabalho em regime de turno ininterrupto de revezamento - escala/revezamento ou plantão, nas unidades Aeroportuárias, Portuárias e de fronteiras, onde os serviços exigem atividades contínuas de 24 horas, ou superiores a 08(horas) ininterruptas. (Nota Técnica nº. 04/GERHU/GGAF)

Portaria nº. 1.469, de 29 de dezembro de 2000

Estabelece os procedimentos e responsabilidades relativos ao controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade, e dá outras providências. (Anexo: Enfoque da Unidade Regional de Controle e Vigilância da Qualidade da Água – URCQA/sobre a Portaria)

Revogado(s) por: Portaria nº 518, de 25 de março de 2004.

2001

Portaria nº. 1.919, de 16 de outubro de 2001

Estabelece obrigatoriedade de notificação da existência de amostras de *Bacillus anthracis* em laboratórios públicos e privados.

Portaria nº. 1.943, de 18 de outubro de 2001

Define a relação de doenças de notificação compulsória para todo território nacional.

Portaria nº. 1.984, de 25 de outubro de 2001

Aprova as “Planilhas de Notificação Obrigatória de Doenças entre os Estados Partes do MERCOSUL”

Portaria nº. 1.986/MS, de 25 de outubro de 2001

Adota a vacinação obrigatória dos trabalhadores das áreas portuárias, aeroportuárias, de terminais e passagens de fronteira.

2002

Portaria nº. 335, de 19 de fevereiro de 2002

Institui o Grupo Assessor para Assuntos Internacionais em Saú-

de e Fronteiras com a finalidade de apresentar ao Ministro da Saúde sugestões para implementar e regular, no âmbito desta Pasta, Acordos, Tratados, Convenções, Protocolos e outros instrumentos de Direito Internacional Público, pertinentes a Saúde e Fronteira.

Portaria nº. 1.922/MS, de 22 de outubro de 2002

Aprova a inclusão, nos instrutivos das “Planilhas de Notificação Obrigatória de Doenças entre os Estados Partes do MERCOSUL, dá descrição dos surtos de doenças ocorridas em qualquer parte do País que suponha risco de disseminação a outros países”

Portaria Interministerial nº. 2.033, de 31 de Outubro de 2002

Dispõe sobre a criação do Comitê Executivo para Implantar e coordenar o Sistema de Vigilância da Febre do Oeste do Nilo Ocidental.

2003

Portaria nº. 1.467, de 31 de julho de 2003

Aprova o documento “Inclusão da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) na Lista e Definição de Doenças de Notificação Obrigatória entre os Estados Partes do MERCOSUL”.

Portaria nº. 1.468, de 31 de julho de 2003

Aprova o documento “Procedimentos de Vigilância Epidemiológica e Sanitária em Meios de Transporte e Áreas de Portos, Aeroportos, Terminais e Pontos de Fronteiras no MERCOSUL, com relação à Síndrome Respiratória Aguda Grave”.

Portaria nº. 1.469/MS de 31 de julho de 2003

Aprova a Declaração de Saúde do Viajante no MERCOSUL.

Portaria nº. 2.209/MS, de 18 de novembro de 2003

Proposta de Projeto de Resolução “Harmonização de Normas de Vigilância Epidemiológica, Diagnóstico de Laboratório, Medidas de Controle e Esquemas Terapêuticos de Enfermidades Prioritárias entre os Estados Partes do Mercosul”.

Portaria nº. 2.325/GM, de 8 de dezembro de 2003

Define a relação de doenças de notificação compulsória para todo território nacional.

2005

Portaria nº. 33, de 14 de julho de 2005

Inclui doenças à Relação de Notificação Compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência nacional ou regional.

Portaria nº 406, de 14 de outubro de 2005

Altera a Portaria nº 593, de 25 de agosto de 2000 (Regimento Interno)

Altera:

- Portaria nº 593, de 25 de agosto de 2000 Anexo I, artigos 4º, 64, 67-A, 68, 69, 70, 71 e 93 do Anexo II e Anexo III da (Versão Republicada - 22.12.2000)

Insere:

- Portaria nº 593, de 25 de agosto de 2000 os artigos 29-A, 53-C, 53-D, 64-A, 64-B, 64-C, 92-O, 92-P, 92-Q, 92-R e 92-S, no Anexo II da (Versão Republicada - 22.12.2000)

Revoga:

- Portaria nº 593, de 25 de agosto de 2000 o inciso VI do art. 23, os incisos XVI, XXV, XXVI, XXVII, XXVIII, XXIX e XXX do art. 55, o inciso VIII do art. 64 e os art. 39-D, 49-A, 53-A, 65, 66 e 67, do Anexo II da (Versão Republicada - 22.12.2000)

9.1.4 Resoluções da Anvisa

2001

RDC nº. 217, de 21 de novembro de 2001

Aprova o Regulamento Técnico, anexo a esta Resolução, com vistas à promoção da Vigilância Sanitária nos Portos de Controle Sanitário instalados no território nacional, embarcações

que operem transportes de cargas e ou viajantes nesses locais, e com vistas à promoção da vigilância epidemiológica e do controle de vetores dessas áreas e dos meios de transportes que nela circulam.

- Anexo IV alterado por: Resolução RDC nº 35, de 08 de fevereiro de 2002

- Art. 36 alterado por: Resolução RDC nº 341, de 13 de dezembro de 2002

2002

RDC nº. 35, de 8 de fevereiro de 2002

Altera o Anexo IV da Resolução-RDC n.º 217, de 21 de novembro de 2001, que trata da Solicitação de Certificado.

Altera: Anexo IV da Resolução RDC nº 217, de 21 de novembro de 2001.

RDC nº. 341, de 13 de dezembro de 2002

Altera Art. 36 da Resolução – RDC Nº. 217, de 21 de novembro de 2001 (Prazo até 30/06/02 para apresentação do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos).

Altera:

- Art. 36 da Resolução RDC nº 217, de 21 de novembro de 2001

RDC nº. 351, de 20 de dezembro de 2002

Para fins da Gestão de Resíduos Sólidos em Portos, Aeroportos e Fronteiras, define-se como de risco sanitário as áreas endêmicas de Cólera e as com evidência de circulação do *Vibrio cholerae* patogênico.

- Artigos 3º e 4º e os Anexos revogado(s) por: Resolução RDC nº 202, de 05 de julho de 2005.

2003

RDC nº 1, de 06 de janeiro de 2003

Aprova, conforme Anexo, o Regulamento Técnico para fins de vigilância sanitária de mercadorias importadas.

Alterado por: Resolução RDC nº 20, de 30 de janeiro de 2003

Revoga:

- Portaria nº 772, de 02 de outubro de 1998.
- Resolução RDC nº 19, de 18 de janeiro de 2002.
- Instrução Normativa nº 1, de 16 de dezembro de 1996.
- Portaria nº 331, de 06 de maio de 1998.
- Portaria nº 996, de 10 de dezembro de 1998.

RDC nº. 2, de 8 de janeiro de 2003

Aprova o Regulamento Técnico, para fiscalização e controle sanitário em aeroportos e aeronaves.

Revoga:

- Portaria nº 14, de 02 de março de 1995.
- Portaria nº 111, de 18 de novembro de 1993.
- Portaria nº 113, de 22 de novembro de 1993.

RDC nº. 106, de 14 de maio de 2003

Institui e adota como exigência sanitária para ingresso de viajantes no país, o formulário Declaração de Saúde do Viajante – DVS.

- Revogada pela Resolução RDC nº. 197, de 24 de julho de 2003.

RDC Nº. 107 de 14 de maio de 2003

Institui o informe sonoro para vôo Internacional, da Síndrome Respiratória Aguda Grave, conforme Anexo I, e tornar obrigatória a sua leitura a bordo (“speech”) nas aeronaves procedentes do exterior com destino ou escala no território nacional.

- Revogado(s) por: Resolução RDC nº 185, de 11 de julho de 2003.

RDC Nº. 185 de 11 de julho de 2003

Institui o informe sonoro para vôo internacional sobre a Declaração de Saúde do Viajante, conforme Anexo, e tornar obrigatória a sua leitura a bordo das aeronaves procedentes do exterior com destino ou escala no território nacional.

- Revogado(s) por: Resolução RDC nº 198, de 24 de julho de 2003

RDC nº. 197, de 24 de julho de 2003

Torna insubsistente a Resolução nº. 106, de 14 de maio de 2003, publicada no DOU nº. 94, de 19 de maio de 2003, Seção 1, página 60. Retificação, de 28 de julho de 2003 (Onde se lê:

Tornar insubsistente. Leia-se: Fica revogada.).

RDC nº. 198, de 24 de julho de 2003

Tornar insubsistente a Resolução nº. 185, de 11 de julho de 2003, publicada no DOU nº. 133, de 14 de julho de 2003, Seção 1, página 43.

Revoga: Resolução RDC nº 185, de 11 de julho de 2003.

Retificação, de 28 de julho de 2003.

2005

Resolução - RE nº. 853, de 7 de abril de 2005

Atualiza as áreas de ocorrência, nacional e internacional, de Febre Amarela.

Revoga:

- Resolução RE nº 2, de 10 de novembro de 2000.
- Resolução RE nº 3, de 10 de junho de 2002.
- Resolução RE nº 7, de 20 de maio de 2004.

RDC nº. 187, de 21 de junho de 2005

Institui Grupo de Trabalho (GT) com o objetivo de revisar e implementar o Sistema de Gerenciamento de Vacinação/SISGEV e implantar a nova versão nos Postos de Vigilância das Coordenações de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos e Fronteiras nos Estados/CVSPAF.

Resolução RE nº. 1.652, de 05 de julho de 2005

Define-se como de risco sanitário para fins da gestão de resíduos sólidos potencialmente infectantes áreas com evidência epidemiológica de disseminação do *Vibrio cholerae* patogênico, conforme Anexo II desta Resolução.

9.1.5 ORIENTAÇÃO DE SERVIÇO/ORDEM DE SERVIÇO

Ordem de Serviço/DISAU/SVS/nº. 03/92, em 3/11/1992

Definir procedimentos relativos à entrada de pessoas e estabelecer medidas sanitárias de prevenção e controle, a serem desenvolvidos em meios de transportes procedentes de áreas de ocorrência.

Orientação Conjunta de Serviço nº. 002/ANVISA/MS, de 25/02/2002 (GGPAF e Procuradoria)

Estabelecem procedimentos a serem seguidos e ainda normas de conduta do agente fiscalizador.

Orientação Conjunta de Serviço nº. 003/ANVISA/MS de 2002 (GGPAF e Procuradoria)

Resolve estabelecer o procedimento sumário para as autuações verificadas em embarcações em portos nacionais.


Orientação Conjunta de Serviço nº. 005/ANVISA/MS, de 29/08/2002 (GGPAF e Procuradoria)

Resolve uniformizar procedimentos relativos a instrução dos processos administrativos sanitários oriundos das Coordenações de Vigilância Sanitária em Portos, Aeroportos e Fronteiras nos Estados (CVSPAF), a partir da geração do auto de infração até o seu julgamento, nos termos da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977.

Orientação de Serviço nº. 01/GGPAF/ANVISA/MS, de 07/04/2005

Intensificar o controle sanitário de viajantes e a fiscalização sanitária em meios de transportes com origem escala, conexão ou procedência de Angola.

9.2 Termo de Controle Sanitário para Viajante

		Gerência Geral de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados		
TERMO DE CONTROLE SANITÁRIO PARA O VIAJANTE Nº:				
CVSPAF/		Posto:		Data / Date / Fecha: / /
1 - Nome Completo / Full Name / Nombre y Apellidos:			Data Nascimento: Birth Date: / /	
Nº. do Passaporte ou C. de Identidade e País		Nacionalidade:		Sexo / Sex / Sexo: M F
2 - Endereço(s) para contato no Brasil/ Address (es) where you can be found in Brazil/ Dirección(es) para contacto:				
Cidade(s)/City(ies)/Ciudad(es):		Estado(s)/State(s)/Estado(s):		País(es)/Country(ies)/País(es):
E-mail:		Telefone/Phone/Telefono:		
3 - Países por onde circulou desde a origem da viagem/Country where you have been/Países por donde circuló				
4 - Meios de Transporte: Aeronave Embarcação Rodoviário Ferroviário Means of Transportation: Airplane Ship Vehicle Train Medios de Transporte: Aéreo Embarcación Terrestre Ferroviário				
5 - Empresa/ Nº: Voo / Embarcação/Veículo: Company/Flight Nr. / Name of the Ship / Vehicle: Empresa/Nº: de voo/ Embarcación / Vehículo:			Assento(s) / Camarote(s): Seat(s) / Cabin: Assiento / Cabina:	
6 - Local de entrada / Port of Arrival / Lugar de Entrada:			Data / Date / Fecha: / /	
7 - Sinais e Sintomas de doenças de interesse a saúde pública observados/Noted symptoms and sings related to interest public health deseases/Síntomas observados:				
<input type="checkbox"/> Febre / Fever (>38°C/100.4°F) <input type="checkbox"/> Alterações Respiratórias (tosse, dificuldade de respirar) / Respiratory illness (breath difficulty, cough) /Alteraciones respiratórias (tos, dificultad para respirar) <input type="checkbox"/> Outros - especificar (ex: diarreia, erupções cutâneas, icterícia, dor de cabeça, vômito, hemorragia, mialgia /dores musculares, etc.) / Other - specify (i.e: diarrhea, rash, jaundice, headache,vomit, haemorrhage, myalgia/muscular pain, etc.) Outros - especificar (Ejem. diarrea, erupcionc cutâneas, ictericia, dolor de cabeza, vômito, hemorragia, mialgia, dolores musculares, etc.) <input type="checkbox"/> Nenhum / None / Ninguno				
8 - Conclusão da ação de controle sanitário				
<input type="checkbox"/> Autorizado o desembarque sem sintomas com vigilância ativa (Brasileiro sem CIV) <input type="checkbox"/> Autorizado o desembarque para tratamento de problema de saúde com vigilância ativa (suspeita de doença de interesse saúde pública) <input type="checkbox"/> Autorizado o desembarque para tratamento de problema de saúde sem vigilância ativa <input type="checkbox"/> Desembarque não autorizado (Estrangeiro sem CIV)				
Assinatura e Siapc do Fiscal				
Data / Date / Fecha: / /		Assinatura do viajante/Traveller's signature/Firma del viajero		
IMPORTANTE: apresente essa declaração ao profissional de saúde que lhe prestar atendimento. PREZADO PROFISSIONAL DE SAÚDE/FOR THE DOCTOR: Caso esse viajante apresente sinais e/ou sintomas de doença de interesse a saúde pública que não estejam acima descrita entre em contato com nosso Posto de Vigilância Sanitária pelo Telefone:				

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA FILHO, N. & ROUQUAYROL, M. Z. *Introdução à epidemiologia moderna*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1990.

AMARAL, L. A. do. *et al.* "Drinking water in rural farms as a risk factor to human health". *Revista de Saúde Pública*: São Paulo, 37 (4), p. 510-514, ago. 2003.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Orientação ao Viajante*. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/paf/viajantes/index.htm>>. Acesso em: 14/09/2005.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, RDC nº 217, de 21 de novembro de 2001. Aprova o Regulamento Técnico, Anexo a esta Resolução, com vistas à promoção da vigilância sanitária nos Portos de Controle Sanitário instalados no território nacional, embarcações que operem transportes de cargas e ou viajantes nesses locais, e com vistas à promoção da vigilância epidemiológica e do controle de vetores dessas áreas e dos meios de transporte que nelas circulam. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/search.php>>. Acesso em: 14 set. 2005.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 de março de 2002. Seção 1.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, RDC nº 02, de 08 de janeiro de 2003. Aprova o Regulamento Téc-

nico, para fiscalização e controle sanitário em aeroportos e aeronaves. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 de janeiro de 2003.

BRASIL, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990, Seção 1, p. 18055.

BRASIL, Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 27 de janeiro de 1999. Seção 1, p. 1.

BRASIL, Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o código civil. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 11 de janeiro de 2002. Disponível em: < <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2002/10406.htm>>. Acesso em: 14 set. 2005.

BRASIL, Portaria GMS nº 518, de 25 de março de 2004. Estabelece os procedimentos e responsabilidades relativos ao controle de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade, e dá outras providências. Disponível em: < http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=10959&mode=PRINT_VERSION>. Acesso em: 14 set. 2005.

BRASIL, Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS). Imunizações. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/svs/>>

area.cfm?id_area=437>. Acesso em: 30 ago. 2005.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Prevention of specific infectious diseases. In: *Health information for international travel, 2005-2006*.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Infectious diseases of potential risk for travelers. In: *International Travel and Health*, Genebra: WHO Library cataloguing-in-Publication Data, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *International Travel and Health*. Genebra: WHO Library cataloguing-in-Publication Data, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Regulamento Sanitário Internacional* (1969). Third annotated edition: Genebra, 1983.

SARMENTO, C. M. S *et al.* Manual de procedimentos para vacinação. Brasília: Ministério da Saúde/FUNASA, 4. ed., 2001.

Editora Anvisa

Endereço: SEPN 515 Bloco B Ed. Ômega
70.770-502 Brasília-DF
E-mail: editora.comin@anvisa.gov.br
Telefone: (61) 3448 3111

www.anvisa.gov.br
Telefone: (61) 3448 1000

Brasília, janeiro de 2006.

