

**O NOVO REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL E O
CONTROLE DA PANDEMIA INFLUENZA H1N1 NO BRASIL**
THE NEW INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS AND THE
CONTROL OF THE PANDEMIC INFLUENZA H1N1 IN BRAZIL

Fátima de Paula Ferreira¹
Larissa de Paula Gonzaga e Castro²

RESUMO

O novo Regulamento Sanitário Internacional, aprovado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2005 e incorporado ao ordenamento jurídico brasileiro pelo Decreto Legislativo 395, de 9 de julho de 2009, representa um instrumento jurídico vinculante, orientador de medidas para o controle internacional de doenças, como a Influenza Pandêmica (H1N1) 2009. Para demonstrar a implementação do novo RSI e as principais medidas sanitárias recomendadas pela OMS e implementadas no Brasil para controlar a pandemia, realizou-se uma revisão bibliográfica destacando ações adotadas. Para o êxito do Regulamento, ressaltou-se a importância do estabelecimento de políticas públicas de saúde voltadas a todos os níveis de atenção, em nível nacional, e a necessidade de colaboração entre países, organismos internacionais e sociedade civil em prol da garantia da segurança sanitária no mundo.

Palavras-chave: Direito Sanitário. Regulamento Sanitário Internacional. Influenza Pandêmica H1N1.

205

ABSTRACT

The new International Health Regulations, approved for World Health Organization (WHO) in 2005 and incorporated into Brazilian law by Legislative Act 395 of July 9, 2009, represents a binding juridical instrument advisor of measures for the international control of diseases, as the Pandemic (H1N1) 2009. In order to point out the implementation of the new IHR, the main sanitary measures recommended by the WHO and implemented in Brazil for the control of this pandemic, it was accomplished a bibliographic review outstanding actions adopted. For the success of the Regulations, it was emphasized the importance of the establishment of public health policies to all health care levels, in national extent, and the need of cooperation among countries, international organisms and civil society in favor of the sanitary safety's warranty in the world.

¹ Mestre em Direito Privado pela Universidade de Franca, São Paulo. Especialista em Direito Civil e Processo Civil pela UFG. Advogada, professora de graduação e pós graduação Do Uni-ANHANGUERA e da PUC Goiás. .E-mail: fatimajur1@hotmail.com

² Mestre em Direito Internacional pela Universidad de Sevilla. Especialista em Saúde Global pela ENSP/FIOCRUZ. Consultora jurídica e professora de graduação e pós-graduação na UDF, FIOCRUZ e IFAR. E-mail: prof.larissa@gmail.com

Keywords: Health Law. International Health Regulations. Pandemic Influenza (H1N1) 2009.

INTRODUÇÃO

Atualmente vivemos a notável diminuição das diversas formas fronteiras no mundo, impulsionada em grande parte pela globalização. Dentre inúmeros conceitos, o termo globalização pode ser entendido como a universalização das transações comerciais e das repercussões econômicas, exemplificadas pela ampliação dos mercados, pelos acordos de livre comércio e pelo livre movimento de bens e pessoas (PERIAGO; STEPKE, 2006-2007, p. 104). A integração entre os países estreita distâncias e reflete no compartilhamento de problemas de saúde pública, como a pandemia por síndrome respiratória aguda grave (SARS), possibilitando que doenças endêmicas ou inofensivas em determinadas regiões provoquem graves problemas de ordem econômica, social, política e de saúde em outras (BRASIL, 2006).

Para assegurar o máximo de segurança contra a transmissão transnacional de doenças e outros riscos a saúde, os Estados Membros da Organização Mundial de Saúde (OMS) dispõem de um instrumento jurídico oficial e vinculante aos países membros denominado Regulamento Sanitário Internacional (RSI). O propósito e a abrangência deste documento são prevenir, proteger, controlar e dar uma resposta de saúde pública contra a propagação internacional de doenças, por meio da adoção e cumprimento de normas e preceitos de alcance mundial que evitem interferências desnecessárias com o tráfego e o comércio entre os países. No exercício do direito soberano de legislar e implementar as leis no cumprimento das políticas de saúde pública, os países signatários da OMS devem observar o propósito deste Regulamento (BRASIL, 2005).

O novo RSI está em vigor internacionalmente desde julho de 2007 e no Brasil desde a publicação do Decreto Legislativo 395, de 9 de julho de 2009. Tal instrumento é aplicado para o enfrentamento de eventos³ que representam um risco para a saúde pública dos países, tal como a Influenza Pandêmica (H1N1) 2009 (BRASIL, 2005). Desde o dia 11 de junho de 2009, a OMS declarou que o vírus desta nova influenza está disseminado internacionalmente e uma pandemia de gripe por esse novo agente foi instalada (BRASIL, 2009a).

A Influenza Pandêmica (H1N1) 2009 é uma gripe, atualmente com baixa letalidade no mundo, cujos sintomas principais incluem febre, tosse, dor de garganta, mal estar e cefaléia. A maioria dos casos transcorre sem complicações, como síndrome gripal, e evolui espontaneamente para cura. O novo subtipo viral é transmitido entre pessoas, principalmente em locais fechados, por meio de tosse ou espirro e de contato com secreções respiratórias de pessoas infectadas. Os sintomas podem surgir entre 3 a 7 dias após a infecção (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2009c).

³ Evento significa uma manifestação de doença ou uma ocorrência que apresente potencial para causar doença, conforme artigo 1º do RSI (BRASIL, 2005).

Considerando a relevância do Regulamento Sanitário Internacional como documento orientador das medidas para o controle internacional de doenças e outros riscos a saúde, assim como a transmissibilidade sustentada do vírus da Influenza Pandêmica (H1N1) 2009 na população mundial, pretende-se destacar como o Brasil implementou as recomendações do RSI/OMS para minimizar os potenciais riscos que esta pandemia pode causar na saúde pública nacional.

A partir de uma breve descrição sobre a evolução do RSI, serão mostradas algumas medidas que o Brasil adotou no processo de monitoramento de portos, aeroportos e fronteiras; de recomendações aos viajantes; de notificação de casos; de monitoramento e ações de vigilância; de estruturação das redes de saúde; de assistência aos casos e contatos; de profilaxia e de tratamento da Influenza Pandêmica (H1N1) 2009.

Este trabalho foi desenvolvido em Brasília, Distrito Federal, entre os meses de junho e novembro de 2009. Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada por meio de um estudo descritivo. Para a fundamentação do arcabouço teórico, realizou-se uma revisão da literatura disponível sobre o Regulamento Sanitário Internacional e a Influenza Pandêmica (H1N1) 2009. Foram consultados materiais fornecidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil (SVS/MS). O ambiente virtual foi intensamente explorado, com especial atenção aos portais da OMS, do MS e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Utilizou-se com maior frequência a versão atualizada do RSI, publicada em 2005, e documentos como informes, notas técnicas e protocolos publicados pelo MS e sua entidade vinculada, ANVISA.

1 A EVOLUÇÃO DO REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL

Em 1951, durante a 4ª Assembléia Mundial da Saúde, o Regulamento Sanitário Internacional foi adotado como o primeiro código internacional juridicamente vinculante, contendo requisitos sobre notificação de casos e apresentação de informes, medidas sanitárias a serem adotadas nos pontos de entrada e saída de pessoas e mercadorias nos países, medidas para prevenir a propagação de determinadas doenças, como cólera, peste, febre amarela, varíola, febre recorrente e tifo (CASTRO, 2009, p. 20).

Em 1969, durante a 22ª Assembléia Mundial de Saúde, surge uma versão atualizada e ampliada do RSI anterior, com o objetivo de estimular a aplicação dos princípios da vigilância epidemiológica no plano internacional; descobrir, reduzir ou eliminar as fontes de propagação das infecções; melhorar as condições de saneamento nos portos, aeroportos e fronteiras; impedir a difusão de vetores e fomentar as atividades epidemiológicas nacionais, como forma de reduzir o risco de entrada de infecções procedentes do exterior. Segundo Oliveira (2009), houve exclusão da febre recorrente e do tifo nesta versão do RSI.

O Regulamento de 1969 sofreu mudanças em 1973 e em 1981, durante a 26ª e a 34ª Assembléias Mundiais de Saúde, respectivamente. Em 1973, foram modificadas as disposições relativas à cólera e, tendo em vista a erradicação

mundial da varíola em 1980, esta doença foi excluída do Regulamento no ano seguinte, 1981.

Castro (2009, p.21) destaca que, além da cobertura limitada para poucas doenças, o instrumento de 1969 apresentava outras limitações: as notificações à OMS deviam ser realizadas oficialmente pela autoridade sanitária do país afetado; não havia incentivos para a adesão dos Estados Membros às disposições do RSI e nem ações específicas que pudessem ser adaptadas para prevenir a propagação internacional de uma determinada doença. Também não havia mecanismos eficientes de cooperação entre a OMS e um Estado Membro em situação de risco ou entre os países afetados. Ressalta-se que muitos países não notificavam surtos epidêmicos porque temiam reações exageradas de outros países que pudessem ser lesivas a áreas como comércio, economia e turismo.

Diante destas restrições e considerando as mudanças epidemiológicas no panorama internacional, torna-se incontestável a necessidade de revisão do Regulamento. Esta revisão foi solicitada pela OMS no ano de 1995 e, após anos de intensos trabalhos, inclusive com a participação ativa do Brasil nesse processo, o novo Regulamento Sanitário Internacional foi adotado em 2005, durante a 58^a Assembléia Mundial de Saúde e entrou em vigor em 15 de junho de 2007 (CASTRO, 2009, p. 23-27).

O RSI de 2005 é um instrumento legal que envolve 194 países, incluindo todos os Estados Membros da OMS, cujo principal objetivo é auxiliar a comunidade internacional a prevenir e responder aos riscos agudos de saúde pública que possuem o potencial de atravessar fronteiras e ameaçar a população mundial. Este Regulamento também objetiva limitar a interferência no tráfego e comércio internacionais, enquanto garante a saúde pública por meio da prevenção da disseminação de doenças (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). Com o surgimento do novo RSI, vários acordos e regulamentos sanitários foram revogados e inúmeras inovações foram apresentadas.

Para contornar o problema da cobertura limitada à cólera, à peste e à febre amarela, a esfera de aplicação do Regulamento foi estendida aos eventos denominados emergência de saúde pública de importância internacional (ESPII) (CASTRO, 2009, p. 34). Conforme artigo 1º do RSI, uma ESPII é definida como um evento extraordinário que, devido à propagação internacional da doença, representa um risco para a saúde pública dos Estados e potencialmente exige uma resposta internacional coordenada. Os países devem avaliar os eventos que ocorrem dentro de seu território e, antes de notificá-los à OMS, devem utilizar o instrumento de decisão constante no Anexo II do RSI de 2005 (BRASIL, 2005). Este algoritmo foi adaptado para a língua portuguesa por Eduardo Hage Carmo, conforme observado na **Figura 1**.

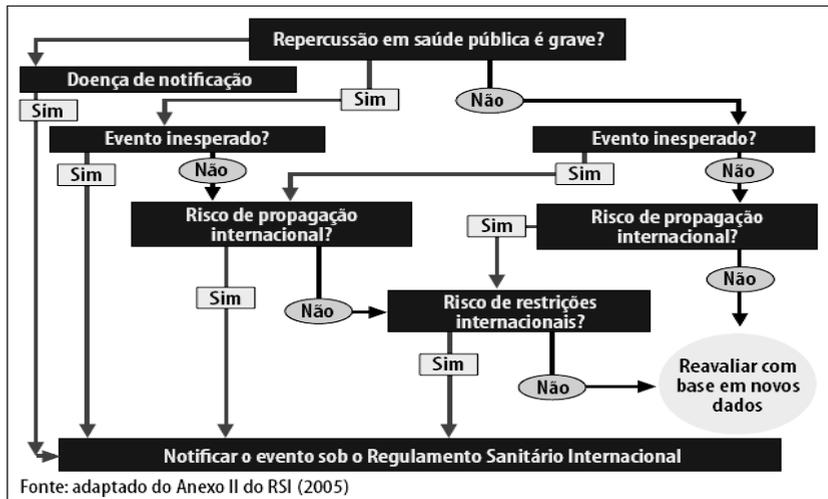


Figura 1: Instrumento de decisão para avaliação e notificação de eventos que podem constituir uma ESPII. Fonte: CARMO, 2005, p. 3.

As doenças constantes no quadro à esquerda da **Figura 2** devem ser notificadas à OMS compulsoriamente, enquanto aos demais eventos, quando da ocorrência de casos ou surtos, aplica-se o algoritmo representado na **Figura 1** para avaliar se cumprem os critérios estabelecidos para notificação (CARMO, 2005, p. 3).



Figura 2: Doenças de notificação obrigatória e eventos que devem ser avaliados com uso do instrumento de decisão. Fonte: CARMO, 2005, p. 3.

Todas as informações sobre o evento notificado são analisadas pela OMS e pela autoridade sanitária do país afetado para definir se tal evento constitui ou não uma ESPII. A OMS poderá contar com a participação de um Comitê de Emergências para auxiliar neste processo de definição (CARMO, 2005, p. 3). Além desta função, o artigo 48 do RSI prevê que o Comitê de Emergências também fornecerá pareceres sobre o término de uma ESPII e sobre propostas de emissão, modificação, prorrogação ou extinção de recomendações temporárias (BRASIL, 2005).

Outra inovação do Regulamento de 2005, contida em seu artigo 9º, consiste na admissão pela OMS de informes de fontes não-oficiais para o conhecimento dos eventos que poderiam constituir uma ESPII, não se exigindo mais a comunicação oficial pela autoridade sanitária do país afetado. Neste caso, a OMS solicitará ao Estado Membro, em cujo território supostamente está ocorrendo o evento, a verificação destes relatos de outras fontes. Na medida do possível, este país terá 24 horas para fornecer à OMS as informações de saúde pública disponíveis sobre a situação do evento mencionado na solicitação desta organização. Caso a ocorrência possa constituir uma ESPII, a OMS oferecerá sua colaboração para avaliar o potencial de propagação internacional de doenças, a possível interferência com o tráfego internacional e a adequação das medidas de controle. Somente em casos justificados, a OMS poderá manter a confidencialidade das fontes de informação (BRASIL, 2005).

As informações fornecidas pelos Estados Membros à OMS podem ser mantidas em sigilo até o momento em que ficar determinado que o evento constitui uma ESPII; houver confirmação de evidências de propagação internacional; houver evidências de que as medidas de controle contra essa propagação não terão sucesso, em vista da natureza da contaminação, agente patológico, vetor ou reservatório; houver evidências de que o Estado Membro não possui capacidade operacional suficiente para a realização das medidas que previnem uma maior disseminação da doença; ou ainda, quando a natureza e abrangência do tráfego internacional de viajantes, bagagens, carga, contêineres, meios de transporte, mercadorias ou encomendas postais exigirem a aplicação imediata de medidas internacionais de controle (BRASIL, 2005).

O RSI de 2005, em seu artigo 5º, informa que cada Estado Membro deverá desenvolver, fortalecer e manter as capacidades básicas para detectar, avaliar, notificar e informar eventos. Para atingir este objetivo, o nível da comunidade local e/ou nível primário de resposta em saúde pública deve desenvolver capacidades para detectar eventos, repassar imediatamente as informações essenciais⁴ ao nível apropriado de resposta de atenção à saúde e implementar imediatamente as medidas preliminares de controle. O nível intermediário deve ser capaz de confirmar a situação dos eventos notificados e apoiar ou implementar medidas adicionais de controle, ao tempo em que deve avaliar imediatamente o evento e repassar as informações essenciais ao nível nacional, caso o evento seja

⁴ Tais informações são apresentadas no Anexo I do RSI e incluem: descrições clínicas, resultados laboratoriais, fontes e tipo de risco, número de casos humanos e óbitos, condições que afetem a propagação da doença e as medidas de saúde empregadas (BRASIL, 2005).

considerado urgente⁵. Cabe ao nível nacional avaliar todas as informações de eventos urgentes em até 48 horas e, quando o evento for de notificação compulsória, notificar imediatamente à OMS, por meio do Ponto Focal Nacional para o RSI (BRASIL, 2005).

O Ponto Focal Nacional para o RSI, outra novidade do Regulamento de 2005, é representado por um centro nacional do Estado Membro, permanentemente acessível, que realiza o contato com os Pontos de Contato da OMS para o RSI. Estes representam uma unidade permanentemente acessível da OMS que realiza a comunicação com o Ponto Focal Nacional (BRASIL, 2005). Por meio da portaria número 136, de 8 de agosto de 2006, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde foi designada como o Ponto Focal Nacional do Brasil. (CASTRO, 2009, p. 37). Como parte do processo de estruturação e aperfeiçoamento do serviço de recebimento, processamento e resposta oportuna às emergências epidemiológicas, a SVS/MS inaugurou o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS)⁶ (BRASIL, 2006).

Uma vez confirmada a ocorrência de uma ESPII, o Diretor-Geral da OMS publicará recomendações temporárias que poderão incluir medidas de saúde em relação a pessoas, bagagens, cargas, contêineres, meios de transporte, mercadorias e/ou encomendas postais. Estas recomendações serão dirigidas tanto ao país afetado como a outros Estados Membros e poderão ser modificadas ou prorrogadas, segundo as circunstâncias. Caso seja determinado o término da ESPII, outras recomendações temporárias poderão ser emitidas com o objetivo de evitar ou detectar prontamente sua recorrência. Tais recomendações terão validade de três meses após sua publicação, podendo ser rescindidas a qualquer momento. Elas expirarão automaticamente após esse período e poderão ser modificadas ou prorrogadas por períodos adicionais de até três meses (BRASIL, 2005).

Ainda com o intuito de evitar ou reduzir a propagação internacional de doenças e evitar interferências desnecessárias com o tráfego internacional, a OMS poderá fazer recomendações permanentes, para aplicação periódica ou de rotina pelos Estados Membros, aos mesmos objetos das recomendações temporárias, em relação a riscos sanitários específicos existentes. As recomendações permanentes podem ser modificadas ou suspensas pela OMS, conforme apropriado (BRASIL, 2005).

Outra inovação substancial observada no artigo 44 do RSI de 2005 diz respeito à previsão de colaboração externa entre os Estados Membros ou entre estes e a OMS. Os Estados Membros comprometem-se a colaborar entre si para detectar, avaliar e responder aos eventos previstos no RSI; para fornecer ou facilitar cooperação técnica e apoio logístico para o desenvolvimento, fortalecimento e manutenção das capacidades de saúde pública exigidas no Regulamento; para mobilizar recursos financeiros que facilitem a implementação de suas obrigações e

⁵ Os critérios de urgência, também apresentados no Anexo I deste Regulamento, incluem impacto grave sobre a saúde pública e/ou natureza incomum ou inesperada, com alto potencial de propagação (BRASIL, 2005).

⁶ A capacidade básica necessária para vigilância e resposta, desenvolvida por meio da REDE CIEVS, será representada na figura 5.

para formular projetos de lei e outros dispositivos legais e administrativos que auxiliem na implementação do RSI (BRASIL, 2005).

A OMS, por sua vez, quando for solicitada, colaborará com os Estados Membros na avaliação e exame de suas capacidades de saúde pública, com o intuito de facilitar a implementação do Regulamento; no fornecimento ou facilitação de cooperação técnica e apoio logístico aos Estados e na mobilização de recursos financeiros para apoiar os países em desenvolvimento na construção, fortalecimento e manutenção das capacidades básicas previstas no Anexo 1 deste Regulamento (BRASIL, 2005).

O surgimento de doenças pode provocar crises locais, regionais ou mesmo globais. A colaboração internacional auxilia a detectar e a conter o avanço destas doenças, com o objetivo de minimizar o impacto na saúde das pessoas. Neste sentido, a colaboração da OMS auxilia as autoridades nacionais e as comunidades no fortalecimento de suas capacidades de manejo de vários tipos de crise; no desenvolvimento de ações efetivas que respondam às prioridades de saúde pública em tempo hábil; na garantia de funcionamento dos sistemas de saúde locais e, assim, na mitigação dos efeitos das crises na saúde pública (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

2 A PANDEMIA DE INFLUENZA (H1N1) EM 2009

A influenza é uma doença infecciosa aguda do sistema respiratório provocada por vírus do tipo A, B ou C, encontrados no homem e em outras espécies como aves, suínos, eqüinos e mamíferos aquáticos. Em função de pequenas mutações periódicas na estrutura genômica dos dois primeiros tipos de vírus, originam-se cepas, ou variações, que produzem novos subtipos da doença. Este fenômeno explica a ocorrência de surtos ou epidemias anuais de influenza e cria condições para o surgimento de uma epidemia em escala internacional. Em geral, as pandemias ocorrem quando uma nova cepa, à qual a população é sensível e que originalmente infectava só animais, passa a infectar humanos e adquire a capacidade de transmissão inter-humanos (BRASIL, 2009d).

Há indícios de que as mutações que originam as pandemias ocorrem num período entre 10 e 50 anos. Como exemplos, destacam-se a Gripe Espanhola de 1918-1919, a Gripe Asiática de 1957, a Gripe de Hong Kong de 1968 e a Gripe Russa de 1977 (BRASIL, 2009d).

Neste contexto e segundo o Anexo II do RSI-2005, em adaptação de Eduardo Hage Carmo (2005, p.3) representada na **Figura 2**, a influenza humana por novo subtipo viral representa uma doença específica de notificação compulsória à OMS, independente da sua forma de ocorrência na população.

Em 24 de abril de 2009, sete casos de uma nova gripe são confirmados nos Estados Unidos, sendo cinco na Califórnia e dois no Texas. No México, havia evidências de que mais de 60 mortes estariam relacionadas com a doença, notificada pela primeira vez em 18 de março de 2009. A OMS demonstrou preocupação com estas informações e notificou os países membros da ocorrência

destes casos, relacionando-os ao novo subtipo de vírus de influenza A (H1N1) (BRASIL, 2009d; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a).

Em 25 de abril de 2009, seguindo as orientações indicadas no RSI de 2005, a OMS chega à conclusão de que o aparecimento deste vírus representa uma ESPII e o MS do Brasil já anuncia o acionamento do Gabinete Permanente de Emergência de Saúde Pública (GPESP). O GPESP foi instituído no CIEVS, da SVS/MS, para monitorar a situação e indicar as medidas adequadas ao país, em conjunto com outros órgãos do Governo Federal (BRASIL, 2009d; BRASIL, 2009e). Este gabinete, constituído por representantes do MS; da ANVISA; do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA); do Ministério das Relações Exteriores (MRE) e do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República (GSI/PR); passou a realizar reuniões diárias (BRASIL, 2009f).

Paralelamente, o Grupo Executivo Interministerial (GEI) passou a realizar reuniões extraordinárias semanais, em substituição a sua rotina ordinária de reuniões mensais (BRASIL, 2009e). Este grupo, constituído por meio de um Decreto Presidencial em 2003, é coordenado pela SVS/MS. O GEI elaborou o Plano Brasileiro de Preparação para o Enfrentamento de uma Pandemia de Influenza e tem como funções acompanhar o processo de preparação do Brasil e prover as condições para a execução deste Plano. Este Grupo subsidia a Presidência da República no processo de tomada de decisão referente à preparação brasileira diante do risco de pandemia; viabiliza a articulação interinstitucional necessária para o encaminhamento das decisões; cria Grupos de Trabalho para propor novas normas e rotinas para o enfrentamento de uma possível ESPII e elabora proposta orçamentária para a viabilização de ações contingenciais necessárias ao reforço da infra-estrutura brasileira para lidar com estas emergências em saúde pública. O Plano Brasileiro encontra-se em processo de revisão para que seja elaborada a sua quarta versão (TEMPORÃO, 2009, p. 204).

Em 29 de abril de 2009, foi realizada a segunda reunião do Comitê de Emergências da OMS, conforme estabelecido no RSI de 2005. Após esta reunião, o nível de alerta para a influenza A (H1N1) foi elevado de 4 para 5 (BRASIL, 2009f). Em vista do aumento da extensão geográfica, com casos confirmados de transmissão autóctone sustentada, quando há transmissão do vírus em pelo menos um país em duas regiões distintas do mundo, o nível de alerta foi elevado para a fase 6, em 11 de junho de 2009 (BRASIL, 2009d). A **Figura 3** ilustra o contexto epidemiológico da influenza A (H1N1).

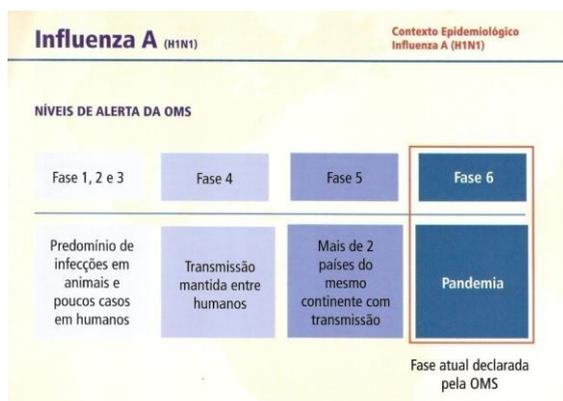


Figura 3: Contexto epidemiológico da influenza A (H1N1). Fonte: BRASIL, 2009d.

No Brasil, os primeiros casos foram confirmados no dia 07 de maio de 2009, em brasileiros que tiveram passagens pelo México ou Estados Unidos. Foram dois casos em São Paulo, um no Rio de Janeiro e um em Minas Gerais. Em 16 de julho, foi declarada a transmissão sustentada do vírus da nova gripe, a partir de um caso confirmado em São Paulo, cuja transmissão não tinha vínculo com pessoas que viajaram a outros países ou que tiveram contato com elas (BRASIL, 2009).

Nos primeiros meses a partir da detecção do primeiro caso de influenza A (H1N1), a estratégia de enfrentamento desta ESPII baseou-se em medidas de contenção, como identificação precoce, tratamento e isolamento de casos e no seguimento de seus contatos próximos. Devido às características da transmissão dos vírus influenza e ao cenário atual, desenhado desde o final de junho, a estratégia citada perde importância e efetividade. Evidencia-se a necessidade de maior integração entre as medidas de monitoramento da situação epidemiológica e de priorização da assistência aos casos graves ou com potencial de complicação. Tais medidas são atualizadas no Protocolo de Manejo Clínico e Vigilância Epidemiológica da Influenza e devem substituir o constante no Plano Brasileiro de Preparação para a Pandemia de Influenza. As demais medidas devem ser aplicadas conforme as recomendações do Plano (BRASIL, 2009g). Ressalta-se que outros protocolos também foram atualizados.

Como exemplo da mudança no enfoque da vigilância, cita-se o tratamento dos casos leves e moderados. As pessoas com sintomas leves de gripe devem procurar um médico que indicará o tratamento adequado para cada indivíduo. Para os casos leves e moderados sem sinais de alerta ou fatores de risco, o tratamento utilizado será semelhante ao de qualquer síndrome gripal aguda, com atenção para a possibilidade de complicação (BRASIL, 2009d; BRASIL, 2009c). O tratamento dos casos graves será discutido no item 3.8.

A partir da edição nº 9 do Informe Epidemiológico da SVS/MS, referente ao mês de outubro de 2009, a influenza A (H1N1) passou a ser denominada Influenza Pandêmica (H1N1) 2009, conforme publicações da OMS (BRASIL, 2009h).

A seguir, serão destacadas algumas medidas que o Brasil adotou, em consonância com estados e municípios, a fim de efetivar a atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) no enfrentamento desta emergência (TEMPORÃO, 2009, p. 202).

2.1 Monitoramento de portos, aeroportos e fronteiras

Desde a declaração da Influenza Pandêmica (H1N1) 2009 como uma ESPIL, a ANVISA desenvolveu ações de intensificação da vigilância sanitária nos pontos de entrada, por meio do monitoramento de todas as aeronaves procedentes do exterior, da inspeção para emissão de Livre Prática⁷ a bordo de todas as embarcações procedentes de outros países e da abordagem dos veículos terrestres de transporte coletivo de passageiros nas fronteiras de maior movimentação. Outras ações também foram desenvolvidas, como a retenção das Declarações de Bagagem Acompanhadas (DBA)⁸, preenchidas para servir de fonte de informações para uma eventual busca de contatos; a emissão do Termo de Controle Sanitário de Viajantes (TCSV), diante da identificação de casos suspeitos ou casos para monitoramento nos portos, aeroportos e fronteiras; o encaminhamento dos casos suspeitos identificados nos pontos de entrada para os hospitais de referência e a notificação à SVS/MS (BRASIL, 2009f).

Em 04 de maio de 2009, a ANVISA orientou a utilização dos fluxos de comunicação e atendimento a eventos, preconizados no plano de contingência de aeroportos, com adaptações para fronteiras. Também houve reforço no número de funcionários nos aeroportos de maior movimento no país, como Guarulhos, em São Paulo, e Galeão, no Rio de Janeiro (BRASIL, 2009f).

Em caráter emergencial, foram adquiridas máscaras cirúrgicas, unidades de álcool gel para higienização das mãos dos trabalhadores da linha de frente nos pontos de entrada e kits de equipamento de proteção individual (EPI), como respirador particulado, óculos de proteção, luvas e avental. Em 07 de maio de 2009, a ANVISA publicou um Protocolo de uso de EPI, com orientações sobre a necessidade do uso destes equipamentos para os serviços de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados (BRASIL, 2009f).

Foram publicadas e permanentemente atualizadas nos portais da ANVISA e do MS, recomendações para os hospitais de referência no atendimento de pacientes com suspeita de infecção por nova cepa de influenza; além de orientações para serviços e profissionais de saúde sobre organização e controle de infecção nestes serviços. Foi também produzido um filme de orientação ao profissional de saúde quanto ao manejo de casos suspeitos aplicável a todos os trabalhadores que atuam em linha de frente nos portos, aeroportos e fronteiras (BRASIL, 2009f).

Em função do aumento do número de casos, a ANVISA reforçou as medidas contra a influenza pandêmica. Em 22 de junho de 2009, a Agência passou a exigir

⁷ Conforme artigo 1º do RSI, livre prática é a autorização para que um meio de transporte, ao chegar a seu destino, possa embarcar ou desembarcar, carregar ou descarregar carga ou suprimentos (BRASIL, 2005).

⁸ Documento de preenchimento obrigatório pelos passageiros procedentes de viagens internacionais que desembarcavam nos aeroportos do Brasil (BRASIL, 2009j).

a entrega da Declaração de Saúde Viajante (DSV) e o repasse pelas companhias aéreas da lista de passageiros, junto com a Declaração Geral da Aeronave, no momento da chegada do avião. A DSV é distribuída dentro do meio de transporte e deve ser apresentada por todos os passageiros que entram no país por via aérea ou terrestre, independente da origem. Esta declaração facilita o monitoramento de todos os viajantes que chegam ao país e está em conformidade com a Portaria GM nº 2.659, de 11 de novembro de 2008⁹ (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2009i).

As medidas adotadas seguem o disposto no anexo I do RSI de 2005, em relação às capacidades básicas necessárias para portos, aeroportos e passagens de fronteiras terrestres, para responder a eventos que possam constituir ESPII. Como exemplos destas capacidades, citam-se: aplicação de controles de entrada ou de saída para viajantes que chegam ou deixam o país e fornecimento de acesso a equipamentos especialmente designados e pessoal treinado com proteção pessoal adequada, para a transferência de viajantes que possam estar contaminados ou serem portadores de infecção (BRASIL, 2005).

Quanto às recomendações relativas a pessoas, bagagens, cargas, contêineres, meios de transporte, mercadorias e encomendas postais, dispostas no artigo 18 do RSI, observa-se que o Protocolo para Enfrentamento da Influenza Pandêmica em Portos, Aeroportos e Fronteiras contempla a maioria destas recomendações. Destaca-se que as autoridades sanitárias brasileiras não recusaram a entrada de pessoas afetadas ou suspeitas no país, mas encaminharam-nas para atendimento médico nos hospitais de referência (BRASIL, 2009e).

2.2 Recomendações aos viajantes

Diversas estratégias de informação foram desenvolvidas para orientar os viajantes. Nos vôos internacionais e domésticos, as tripulações das aeronaves orientaram os passageiros sobre os sinais e sintomas da nova influenza, solicitando aos que manifestavam o quadro que se identificassem à tripulação (BRASIL, 2009l). Como ação complementar, a Infraero emitiu avisos sonoros que foram divulgados pela tripulação durante os vôos e também nos saguões dos aeroportos, onde também havia televisores e *banners* espalhados em pontos estratégicos para alertar os passageiros (TEMPORÃO, 2009, p. 202). Nas fronteiras terrestres e nos desembarques de qualquer viagem internacional, foram distribuídos panfletos em português, espanhol e inglês, com informações sobre sinais, sintomas, medidas de proteção, higiene e orientações para procurar assistência médica (BRASIL, 2009l).

As Notas Técnicas disponíveis no portal do Ministério da Saúde e no portal da ANVISA contêm as principais recomendações aos viajantes procedentes e que se destinam aos países afetados (BRASIL, 2009k; TEMPORÃO, 2009).

2.3 Notificações de casos

Em março de 2006, a SVS/MS inaugurou o CIEVS, que abarca, entre suas funções, atuar como ponto de recepção de informações sobre a ocorrência de surtos e emergências epidemiológicas que coloquem em risco a saúde da população, em

⁹ Aprova a Resolução GMC nº 21, de 20 junho de 2008, do Grupo Mercado Comum (GMC) do MERCOSUL, intitulada "Revogação da Resolução do Grupo Mercado Comum (GMC) nº 09/03".

qualquer local do país, e comunicar às autoridades em caso de emergência, dentre outras funções. Este centro objetiva identificar emergências epidemiológicas, de modo contínuo e sistemático; aperfeiçoar os mecanismos de triagem, verificação e análise das notificações para identificar e responder às emergências epidemiológicas; fortalecer a articulação entre a SVS/MS e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde; apoiar as áreas técnicas destas secretarias na formulação de Planos de Respostas às emergências epidemiológicas; monitorar e avaliar a implementação destes planos para os eventos de relevância nacional; disponibilizar estrutura física e de tecnologia da informação às áreas técnicas da SVS, para a análise de situação de saúde de seus programas prioritários e disponibilizar informações oportunas sobre as emergências epidemiológicas de relevância nacional e sobre os programas prioritários da SVS (BRASIL, 2006).

A **figura 4** ilustra como está estruturada a capacidade de vigilância e resposta no Brasil, conforme o descrito no parágrafo anterior e o estabelecido no artigo 5º e no anexo 1 do RSI de 2005.

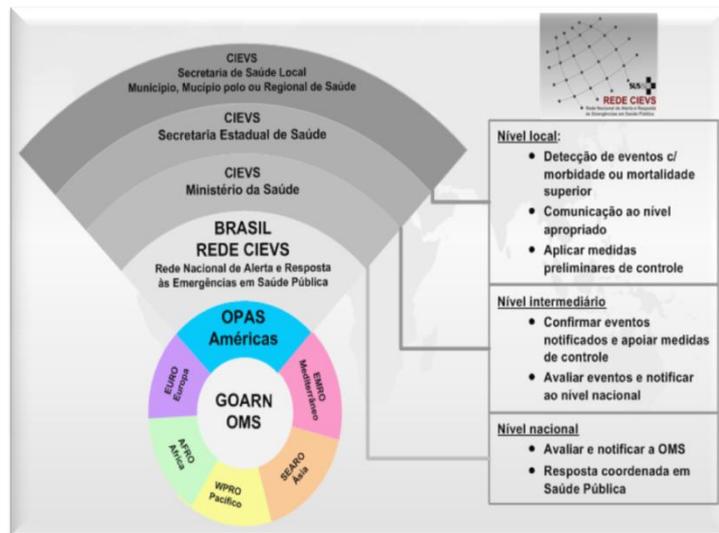


Figura 4: Capacidade básica necessária para vigilância e resposta. Fonte: OLIVEIRA, 2009.

OBSERVAÇÕES FINAIS

A relação entre comércio e saúde vem sendo modificada a partir da internacionalização da economia e seus reflexos, como o aumento do fluxo de bens, pessoas e serviços. O desenvolvimento do comércio internacional elimina fronteiras geográficas e intensifica o aparecimento de surtos epidêmicos e pandemias. Neste contexto, a proteção e a segurança da população não podem ser conquistadas mediante barreiras sanitárias que constituem obstáculos ao desenvolvimento do comércio.

O Novo Regulamento Sanitário Internacional, publicado em 2005, surge como instrumento de proteção contra a propagação internacional de doenças que pretende limitar as interferências no tráfego e comércio entre países ao estritamente necessário. O RSI busca uniformizar as normas de segurança sanitária adotadas internacionalmente e representa um avanço na cooperação e ação internacionais no combate à propagação de doenças.

Dentre suas inovações significativas, cita-se a ampliação da cobertura para as emergências de saúde pública de importância internacional ou ESPII. Para manejar estas emergências e outros eventos de saúde pública, os países signatários da OMS devem desenvolver, fortalecer e manter capacidades para detectar, avaliar, notificar, informar e responder a esses eventos, sem prejuízo das capacidades necessárias para portos, aeroportos e passagens de fronteiras terrestres.

As medidas adotadas pelo Brasil para a contenção da Influenza Pandêmica (H1N1) 2009, descritas neste trabalho, demonstram que o país seguiu diversas orientações preconizadas no RSI. Ressalta-se a existência da 3ª versão do Plano Brasileiro de Preparação para uma pandemia de influenza, desde abril de 2006, em atendimento ao disposto no anexo I 1 do RSI de 2005. As medidas recomendadas pela OMS foram ainda adaptadas e complementadas por meio de diversos protocolos.

Desde o surgimento dos primeiros casos no país, houve mobilização de diversos setores, como saúde, agricultura e defesa, com o objetivo de monitorar a situação e estabelecer medidas sanitárias adequadas. Divulgou-se a importância da detecção precoce e oportuna de possíveis casos suspeitos, tanto nos pontos de entrada do país, como nos serviços de atenção primária à saúde. Em função da transmissão sustentada do vírus no país, houve adaptação das estratégias de notificação e assistência, que passaram a priorizar os casos graves ou com potencial de complicação. Houve estruturação das redes de assistência, inclusive com o desenvolvimento da capacidade de diagnóstico nos laboratórios de referência do país. Ações de comunicação foram desenvolvidas com o objetivo de orientar uma comunicação eficaz com os públicos envolvidos. Foi fornecido tratamento médico apropriado e gratuito para os doentes, segundo critérios estabelecidos em protocolos de manejo clínico.

As medidas adotadas pelo Governo Federal, representado pelo Ministério da Saúde, foram adequadas ao momento epidemiológico específico, seja no período de contenção (semanas 16 à 28) ou no de mitigação (semanas 29 até o momento) da pandemia de influenza (BRASIL, 2009h). Houve integração entre profissionais de saúde do setor público e privado, Secretarias de Saúde Municipais e Estaduais e o MS, o que permitiu a adoção e implementação de medidas de prevenção e controle oportunas e pode ter contribuído efetivamente para a redução do número de casos notificados a partir da semana 32.

A mobilização solidária das três esferas de gestão do SUS para o enfrentamento desta pandemia aprimora e fortalece a infra-estrutura dos serviços de saúde pública do país, contribuindo para a detecção precoce e resposta efetiva a esta e a outras futuras emergências de saúde pública. Para que esta infra-estrutura, aqui considerada como uma capacidade básica exigida pelo RSI, seja mantida e

continuamente aperfeiçoada, torna-se necessário o investimento a longo prazo em políticas de saúde que envolvem o setor público e privado em todos os níveis de atenção. É ainda necessário, buscar o esclarecimento de todos os cidadãos, que também compartilham a responsabilidade pela segurança sanitária, a fim de tornar a capacidade de resposta mais organizada e eficaz.

Considerando a atual interdependência sócio-econômica entre os países e a rapidez com que as epidemias podem disseminar-se e ameaçar a economia em âmbito mundial, observa-se que a estruturação dos serviços de vigilância e saúde no Brasil também exerce um importante papel na contenção da propagação da nova influenza no mundo. Entretanto, o êxito do RSI será efetivamente alcançado quando todos os países, ricos ou não, forem capazes de desenvolver as capacidades básicas previstas no Regulamento de 2005. Para que os países mais pobres consigam atender a estas capacidades mínimas, é fundamental que exista colaboração técnica e financeira por parte dos governos mais ricos.

Dessa forma, destaca-se que o surgimento da Influenza Pandêmica (H1N1) 2009 contribuiu para reafirmar a importância do RSI como instrumento jurídico fundamental na proteção contra a propagação internacional de doenças. Contribuiu também para reafirmar a necessidade de que governos, organismos internacionais e sociedade civil busquem constante cooperação e integração entre si e manifestem o seu comprometimento com a reestruturação do aparato sanitário regional, nacional e internacional, a fim de garantir a segurança sanitária no mundo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Centro de informações estratégicas em vigilância em saúde – CIEVS**. Brasília: SVS, 2006. 13 p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apostila_cievs_bilingue.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2009.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Revisão do Regulamento Sanitário Internacional**. Tradução não oficial em português. 2005. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/paf/legislacao/regulatec_nv.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2009.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria José Agenor Alvares da Silva. **Nota Técnica Nº 08/2009: Atualização das Orientações de Serviços para Portos, Aeroportos e Fronteiras sobre a Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional para o Evento Influenza por novo subtipo A(H1N1)**. Brasília: DIAGE, 2009 a. 02 p. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/influenza/arquivos/nota_tecnica_08_retificada.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2009.

_____. Grupo Executivo Interministerial para Implantação do Plano Brasileiro de Preparação para uma Pandemia de Influenza. Grupo Técnico de Contingência à Influenza em Portos, Aeroportos e Fronteiras. **Protocolo para Enfrentamento da Influenza A (H1N1) em Portos, Aeroportos e Fronteiras**. Brasília: GEI, 2009b.

37 p. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/influenza_a_protocolo_portos_aeroportos_10_06_2009.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o Enfrentamento à Pandemia de Influenza A (H1N1): Ações da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: SAS, 2009c. 36 p. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/protocolo_influenzaa_aps_atualizado.pdf>. Acesso em: 27 set. 2009.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Regulamento Sanitário Internacional**. [198-?]. Disponível em:
<www.anvisa.gov.br/paf/legislacao/regulatec.pdf>. Acesso em: 9 set. 2009.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária e Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Ações de comunicação sobre a Influenza A (H1N1) no Brasil**. Brasília: SVS, 2009d. 97 p.

_____. Grupo Executivo Interministerial para Implantação do Plano Brasileiro de Preparação para uma Pandemia de Influenza. Grupo Técnico de Contingência à Influenza em Portos, Aeroportos e Fronteiras. **Protocolo para Enfrentamento da Influenza Pandêmica em Portos, Aeroportos e Fronteiras**. Brasília: GEI, 2009e. 44 p. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/protocolo_influenza_revisao_200809.pdf>. Acesso em: 27 set. 2009.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria José Agenor Alves da Silva. **Nota Técnica Nº 07/2009: Controle Sanitário de Influenza Suína nos pontos de entrada**. Brasília: DIAGE, 2009f. 04 p. Disponível em:
<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/influenza/arquivos/nota_tecnica_n7_110509.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Informe Epidemiológico Influenza Pandêmica (H1N1) 2009 Nº 09: Situação epidemiológica da Influenza Pandêmica (H1N1) 2009 no Mundo e no Brasil, até semana epidemiológica 40 de 2009**. Brasília: SVS, 2009h. 14 p. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/informe_40_influenza_pandemica_19out2009_atual.pdf>. Acesso em: 20 out. 2009.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Influenza A H1N1: Novas medidas de controle nas fronteiras**. 2009i. Disponível em:
<<http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2009/220609.htm>>. Acesso em: 24 jun. 2009.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Influenza A H1N1: ações de controle em pontos de entrada**. 2009j. Disponível em:
<<http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2009/120509.htm>>. Acesso em: 24 jun. 2009.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria José Agenor Alves da Silva. **Nota Técnica Nº 09/2009: Atualização das Orientações de Serviços para Portos, Aeroportos e Fronteiras sobre a Emergência de Saúde Pública de**

Importância Internacional para o Evento Influenza por novo subtipo A(H1N1). Brasília: DIAGE, 2009k. 03 p. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/influenza/arquivos/nota_tecnica_09.pdf>.

Acesso em: 19 out. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Informes Técnicos: Esclarecimentos e Ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde para o enfrentamento da Influenza A(H1N1).** 2009l. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/influenza_esclarecimentos_acoes_ms_21_06_2009.pdf>. Acesso em: 06 set. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde: Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde - CIEVS.** [200-]. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=32296>. Acesso em: 24 jun. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Notícias: Medida provisória destina recursos para combate à nova gripe.** 2009n. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=1498&CO_NOTICIA=10655>. Acesso em: 20 out. 2009.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Orientação ao Viajante: Certificado Internacional de Vacinação.** 2009p. Disponível em:

<http://www.anvisa.gov.br/paf/viajantes/certificado_internacional_vacinacao.htm>. Acesso em: 22 set. 2009.

CARMO, Eduardo Hage. **O Novo Regulamento Sanitário Internacional.** SVS - Boletim Eletrônico Epidemiológico. Ano 05, n. 2, p. 1-4, out. 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Bol_Eletr_ANO05_02_2005.pdf>.

Acesso em: 08 out. 2009.

CASTRO, Larissa de Paula Gonzaga e. **Transnacionalização dos riscos e o Novo Regulamento Sanitário Internacional.** Monografia de Especialização em Diplomacia e Saúde - ENSP. Brasília, 50 p.

OLIVEIRA, Wender Antônio de. **Regulamento Sanitário Internacional (2005).** Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, 2009. Apresentação em PowerPoint.

PERIAGO, M. R.; STEPKE, F. L. A globalização e os dilemas da saúde universal. **Ethos Governamental**, Porto Rico, n. 4, p.103-110, 2006-2007.

TEMPORÃO, José Gomes. Carta aberta do Ministro da Saúde: O enfrentamento do Brasil diante do risco de uma pandemia de influenza pelo vírus A (H1N1). **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 18, n. 3, p. 201-204, jul./set. 2009. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v18n3/v18n3a01.pdf>>. Acesso em: 06 set. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **What are the International Health Regulations?** 2008. Disponível em:

<<http://www.who.int/features/qa/39/en/index.html>>. Acesso em: 24 jun. 2009.

_____. **Working for health: an introduction to the World Health Organization.** 2007. Disponível em: <

http://www.who.int/about/brochure_en.pdf>. Acesso em: 27 out. 2009.

_____. **Influenza-like illness in the United States and México.** 2009a. Disponível em: <http://www.who.int/csr/don/2009_04_24/en/index.html>. Acesso em: 25 jun. 2009.

_____. **Travel: Does WHO recommend screenings at country entry and exit points to detect if ill people are travelling?** 2009b. Disponível em: <http://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/travel/en/index.html>. Acesso em: 20 out. 2009.