



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



XII REUNIÃO INTERAMERICANA, A NÍVEL MINISTERIAL, SOBRE SAÚDE E AGRICULTURA

São Paulo, Brasil, 2 a 4 de maio de 2001

Tema 11.4 da agenda provisória

RIMSA12/18 (Port.)
19 março 2001
ORIGINAL: ESPANHOL

PAINEL: ZONOSSES DE IMPORTÂNCIA PARA A ECONOMIA E PARA A SAÚDE PÚBLICA

O IMPACTO DAS ZONOSSES EMERGENTES NA SAÚDE HUMANA E ANIMAL

por

Dr. Guillermo Cuentas Yañez
Ministro da Saúde e da Previdência Social
Bolívia

SUMÁRIO

	<i>Página</i>
1. Introdução	3
2. Aspectos conceptuais das doenças emergentes	4
3. Caracterização das principais zoonoses emergentes nas Américas e em algumas regiões do mundo.....	4
3.1 Hanta vírus	4
3.2 Arenavírus	5
3.3 Escherichia coli 0157:H7.....	5
3.4 Encefalopatia espongiforme bovina	5
3.5 Peste	6
4. Principais zoonoses na Bolívia e sua experiência.....	6
4.1 Raiva.....	6
4.2 Teníase/Cisticercose	8
4.3 Hanta vírus	9
4.4 Fascíola hepática	9
5. Principais fatores determinantes e de risco.....	10
5.1 Globalização.....	10
5.2 Mudanças climáticas.....	11
6. Fatores associados às doenças emergentes	11
6.1 Fatores sociodemográficos.....	12
7. Políticas de governo	12
7.1 Participação da comunidade e do setor privado.....	12
7.2 Coordenação entre países.....	12
7.3 Papel das instituições de cooperação internacional.....	13

Bibliografia

Anexo: Lista de produtos de alto e médio risco

1. Introdução

Na qualidade de Ministro da Saúde e da Previdência Social da Bolívia, agradeço ao Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde pelo privilégio do convite que me fez para discorrer nesta XII Reunião Interamericana, a Nível Ministerial, sobre Saúde e Agricultura (RIMSA XII) sobre “O impacto das Zoonoses emergentes na saúde humana e na saúde animal”. Este tema importante e inquietador dos dias de hoje, em que doenças transmitidas dos animais para os homens (víricas, bacterianas, parasitárias e outras) exigem maior capacidade de resposta do ponto de vista do controle epidemiológico, sob uma estratégia integrada que contemple o fortalecimento da vigilância epidemiológica e das redes de laboratórios para apoio à vigilância, com alto nível científico, bem como a adequação da infra-estrutura internacional e local, capacitando-a a responder oportuna e eficientemente, ademais da aplicação de pesquisas práticas e realistas.

Essas exigências nos concitam a trabalhar coordenadamente e atuar intersetorialmente, considerando que as políticas de globalização da economia e o livre comércio estão resultando num desenvolvimento acelerado do comércio tanto interno como externo. Por isso, parece-me muito apropriado que a Organização Pan-Americana da Saúde haja incluído o tema na agenda desta reunião, cenário a partir do qual nos cumpre aprofundar o trabalho conjunto e genuíno característico do pan-americanismo.

Este fórum interamericano desempenha papel protagônico no processo de construção do novo modelo de desenvolvimento dos países, no qual cabe um lugar preponderante à saúde pública e à saúde animal, na suposição de uma saúde global como componente vital do desenvolvimento. A saúde como vínculo do político com o social adquire extraordinária relevância, projetando-se como o mais importante indicador do bem-estar, que é uma finalidade do desenvolvimento; e admitindo a inter-relação da saúde com a produção, como condição especial para que as atividades sejam efetivas e eficientes. As infecções emergentes de caráter zoonótico, como os Hanta vírus, as síndromes febris hemorrágicas, a tuberculose, a peste, a encefalite equina venezuelana, têm origem nos animais.

Neste campo, no nível regional, as alianças estratégicas de integração sub-regional tornam-se cada vez mais necessárias, para, juntamente com a Organização Pan-Americana da Saúde, atingir um objetivo comum: elevar o nível de saúde e desenvolvimento dos povos. Resolver e corrigir os problemas de desigualdade, pobreza e miséria, que constituem os principais indicadores da chamada “dívida social”, será o resultado do esforço e da participação de todos.

Não obstante os significativos avanços na América Latina, ainda temos, particularmente na Bolívia, um árduo trabalho a realizar no que se refere ao controle da febre

aftosa, na área da saúde animal, como uma doença que limita a produção animal, bem como a eliminação da raiva humana e canina nas principais cidades, como importante problema de saúde pública. Sem esquecer as doenças transmitidas pelos alimentos, como as causadas pela *Escherichia coli* O157.H7, bem como os problemas gerados pela neurocisticercose, em consequência do consumo de carne de porco e de vegetais contaminados pelos ovos da *Taenia solium*. O reservatório mais importante é o gado suíno. A transmissão se faz de pessoa a pessoa através de alimentos contaminados.

2. Aspectos conceptuais das doenças emergentes

O Centro de Controle de Doenças (CDC) dos Estados Unidos vem acompanhando as doenças de origem infecciosa cuja incidência em seres humanos aumentou nas duas últimas décadas ou está ameaçando aumentar no futuro próximo. Não há qualquer dúvida de que, já desde a primeira descrição do surto de cólera na Inglaterra, Snow, aplicando o método epidemiológico, assinalava que o aparecimento de uma doença não ocorre repentinamente. Sabemos hoje que a causalidade e a acumulação de fatores de risco resultantes da deterioração das condições de vida podem causar o aparecimento das doenças a que estamos denominando “zoonoses emergentes”.

3. Caracterização das principais zoonoses emergentes nas Américas e em algumas regiões do mundo

3.1 *Hanta vírus*

Na Euroásia, vêm sendo notificados anualmente cerca de 200.000 casos de febre hemorrágica com síndrome renal (FHSR), mais da metade deles na China, coincidindo com a colheita de arroz. Sabe-se que a mortalidade varia de acordo com a cepa vírica na região, indo de 0,1% com o vírus Pumala a cerca de 10% com o Hanta.

Até 1993, a FHSR era a única doença conhecida causada pelos Hanta vírus, e estava circunscrita à Ásia e à Europa. Em 1993, surgiu nos Estados Unidos uma nova entidade clínica, caracterizada por insuficiência respiratória aguda grave, com 50% de letalidade, identificando-se como seu agente etiológico um novo Hanta vírus que se denominou de vírus sem nome, e a doença como síndrome pulmonar por Hanta vírus (SPH). Nos anos seguintes, essa síndrome clínica veio a ser reconhecida e se notificaram casos de SPH em vários países das Américas.

Países da América Latina, como a Argentina, a Bolívia e o Chile, bem como o Canadá, registraram durante os últimos anos casos da doença transmitidos por águas e alimentos contaminados por excrementos de ratos, produzindo graves distúrbios respiratórios.

No Chile, em princípios de 2001, registraram-se 15 doentes, com 5 óbitos causados pela doença.

Este ano, um boliviano residente em Oran, Salta, Argentina, quando se achava em visita a Bermejo, Tarija, na fronteira com a Argentina, foi diagnosticado por laboratórios do Centro Nacional de Doenças Tropicais (CENETROP), de Santa Cruz. O caso foi registrado na sétima semana epidemiológica (14/02/01).

3.2 *Arenavírus*

As febres hemorrágicas por arenavírus na América do Sul, como a febre hemorrágica de Junin (Argentina), a febre hemorrágica *machupo* (FHN – Bolívia), a febre hemorrágica *guanarito* (Venezuela) e a febre hemorrágica sabiá (Brasil), causadas por arenavírus e também transmitidas por roedores, são exemplos de doenças emergentes em consequência da ocupação de novas áreas geográficas para abri-las aos assentamentos humanos e para ampliação das fronteiras agrícolas.

3.3 *Escherichia coli O157:H7*

Pesquisas recentes sobre a evolução de certos patógenos bacterianos estão gerando novas entidades clínicas cuja frequência e severidade desconcertam médicos e microbiologistas; a síndrome urêmica hemolítica associada a *Escherichia coli* O157:H7, a ascite necrosante por *Streptococcus pyogenes* e o choque tóxico causado por *Staphylococcus aureus* são, assinala o pesquisador Musser, processos nos quais se reconheceu o predomínio de clones dotados de genes que codificaram uma virulência exacerbada.

O reservatório mais importante é o gado bovino, e a transmissão se faz através de alimentos contaminados e de pessoa a pessoa.

A Bolívia, em seu Plano de vigilância epidemiológica de doenças emergentes e reemergentes, com a participação da Dirección General de Epidemiología e do Instituto Nacional de Laboratorios de Salud (INLASA), comprometeu-se a realizar a vigilância de *E. coli* O157:H7 na área do Mercosul e do Cone Sul, no tocante à comercialização de alimentos. O compromisso foi assumido durante a última reunião da Rede de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica do Cone Sul, em Atlanta, EUA, em julho de 2000, e no Seminário de Buenos Aires de junho de 2000.

3.4 *Encefalopatia espongiforme bovina*

A encefalopatia espongiforme bovina (EEB), mais conhecida como o mal da “vaca louca”, apareceu em 1986 no Reino Unido, afetando milhares de animais. Essa doença, que se propagou para muitos países europeus, preocupa os pesquisadores do mundo, por não

existir vacina ou tratamento. Evidentemente, também nos causa preocupação como autoridades de saúde e agricultura, no sentido de prevenir a entrada desse flagelo nos países latino-americanos, mediante a aplicação de medidas de vigilância epidemiológica com vistas à possível entrada de animais e produtos considerados de alto, médio e baixo risco. No caso da Bolívia, através do Servicio Nacional de Sanidad Agropecuaria do Ministerio de Agricultura, Ganadería e Desarrollo Rural, foi publicada, nos termos da Resolução 017, de fevereiro de 2001, uma lista de proibições referentes à importação de animais vivos e produtos de países de ultramar.

3.5 Peste

A peste é uma doença enzoótica específica, que afeta os roedores e suas pulgas, que transmitem a doença ao homem e a outros animais domésticos. O agente causal é o *Yersinia pestis*.

Em séculos passados, a peste foi uma das principais pandemias, tendo dizimado as populações da Europa e da Ásia. Atualmente, ela existe nos roedores silvestres em várias regiões do mundo; nos Estados Unidos; na África setentrional, oriental e meridional; na Ásia central e sul-oriental; na Indonésia; e na América do Sul (Brasil, Bolívia e Peru). Na Bolívia há dois focos endemo-enzoóticos, no nordeste do departamento de La Paz e no sul, entre os Departamentos de Tarija, Chiquisaca e Santa Cruz. Em dezembro de 1996, foi notificado o último surto em San Pedro de Apolo, no Departamento de La Paz, com quatro óbitos de um total de 17 casos investigados. Em 1992, a doença reapareceu no norte do Peru, após uma década de peste bubônica que, em pouco menos de quatro anos, provocou cerca de 2.000 casos e 91 óbitos humanos.

Segundo os estudos realizados, teve influência fundamental no desenvolvimento do surto a grande produção de grãos na região, os quais, armazenados em condições deficientes, atraíram a população de roedores, proporcionando-lhes um mercado incremento, e estes, o de suas pulgas, transmissoras da *Yersinia pestis*, causadora da doença.

4. Principais zoonoses na Bolívia e sua experiência

4.1 Raiva

Durante a VIII Reunião de Diretores Programas de Controle da Raiva (REDIPRA VIII), realizada em Lima, Peru, de 16 a 18 de outubro de 2000, foi apresentado o documento “Programa Regional de Eliminação da Raiva Humana transmitida pelo cão nas Américas: Análises de Progresso 1990-1998”, apresentado na XI Reunião Interamericana, a Nível Ministerial, sobre Saúde Animal (RIMSA XI/INF/20), datado de Washington, DC, em 05/04/99, cujas conclusões sintetizam os seguintes pontos: é evidente a tendência para a diminuição da raiva humana transmitida pelo cão nas Américas, com uma redução significativa

do número de casos humanos e caninos desde 1990. Não obstante, a meta da eliminação ainda está por ser alcançada.

O crescimento demográfico e a migração de pessoas com seus cães para as cidades estabelece áreas de alto risco de raiva nos subúrbios, onde há maior densidade demográfica e maior número de cães soltos. Isso requer uma vigilância estratégica dentro das cidades, com participação das autoridades municipais e da própria comunidade.

A destruição de ecossistemas silvestres em virtude do desenvolvimento impôs um novo risco de raiva em humanos, dado que os animais silvestres migram para as cidades ou povoações, em busca de refúgio e alimentação.

O reconhecimento de municípios livres de raiva constitui uma importante estratégia para conferir sustentabilidade ao programa de vigilância e prevenção da doença. A estratégia de vacinação em massa de cães em áreas de alto risco tem sido eficaz na interrupção da raiva transmitida pelo cão, contribuindo, portanto, para evitar a raiva humana. A estratégia deve continuar como uma responsabilidade dos ministérios da saúde e dos municípios, até desaparecer o risco. Isso deve ser, porém, acompanhado de programas de educação visando a adoção pela comunidade da responsabilidade de vacinar seus cães e evitar que vaguem livremente pelas ruas.

4.4.1 *Situação do programa na Bolívia*

Numa conceptualização da situação do programa na Bolívia, pode-se dividi-la graficamente em dois momentos da sua história, Sem programa e Com programa. Durante os primeiros anos (1980-1989) o programa não tinha financiamento sustentável de qualquer fonte nacional ou internacional, devido “a sua pouca importância nas políticas de saúde”, recebendo apoio somente para ações conjunturais, para controle de emergência, devido aos óbitos humanos devidos à raiva transmitida por cães raivosos.

Em princípios da década de 1990, através de um projeto apresentado à Secretaria Executiva do PL-180, da USAID, tem início toda uma década de apoio financeiro sustentável, para dar cobertura a todos os componentes do programa nacional (vigilância, controle, diagnóstico, produção de vacina anti-rábica); a OPAS/OMS, por sua vez, vem dando apoio técnico ao programa desde o início da sua organização.

Em fins do ano 2000, a S.E. PL-480 termina seu ciclo de cooperação econômica com os programas de controle de doenças transmissíveis (malária, tuberculose, raiva), com resultados favoráveis. Com relação ao impacto sobre a taxa de incidência na raiva humana, quando o programa não tinha financiamento, era de 0,36/100.000 habitantes (25 óbitos em 1992) e de 0,08/100.000 (7 óbitos) ao fim de 2000, como resultado de quase 16 anos de apoio contínuo ao programa.

4.1.2 *Situação epidemiológica*

Raiva humana

Historicamente, o período epidemiológico de 1992 foi o mais crítico, com 25 casos de raiva humana, com uma taxa de 0,36 por 100.000 habitantes, contra 7 casos em 2000, com uma taxa de 0,08 por 100.000 habitantes, registrando-se 3 casos em Cochabamba (2 rurais, 1 urbano), 1 urbano em La Paz, 1 rural em Santa Cruz, 1 rural em Potosí e 1 rural em Tarija.

Em 1999, registraram-se 10 óbitos, 8 deles no Departamento de Cochabamba (7 rurais, 1 urbano), tendo os outros, ambos rurais, ocorrido em municípios de menos de 10.000 habitantes em Santa Cruz e Potosí. A taxa global daquele ano na Bolívia foi de 0,12/100.000 habitantes.

Raiva canina

O ano de 1992 foi também o mais crítico, com 1.712 casos e uma taxa de 18,93/10.000 cães. Ao fim da década, em 2000, registraram-se 303 casos, com uma taxa de 1,8/10.000 cães. Não obstante, registrou-se naquele ano significativo incremento em relação a 1999, que terminou com 184 casos e uma taxa de 1,19/10.000 cães, o que significa, percentualmente, um incremento de 39%.

4.2 *Teníase/Cisticercose*

A teníase e a cisticercose são doenças da pobreza, como o mostram as estatísticas de localidades ligadas com baixas condições de vida. Comunidades rurais e periurbanas da maioria dos países da América Latina contribuem para acentuar o problema: a criação tradicional e doméstica de suínos, sem apoio técnico da suinocultura, de matadouros oficiais, de inspeção sanitária pelas prefeituras e falta de controle do cumprimento das normas legais no que se refere à criação e ao abate de porcos.

A Bolívia é um dos países do mundo onde se observa maior prevalência, juntamente com o Brasil, Equador, México e Peru na América Latina, dado que, de acordo com a experiência da OPAS, são considerados de alta prevalência países onde a taxa passa de 1%. Os departamentos mais afetados na Bolívia são Chuquisaca, Cochabamba, La Paz e Tarija.

A alta incidência detectada em hospitais, como o H.O. n.º 1, da cidade de La Paz, mostra a importância de uma das formas de cisticercose – a neurocisticercose – especialmente entre crianças, correspondendo a ela 3 de cada 10 crianças internadas com diagnóstico de lesão ocupativa cerebral.

O Programa de Vigilância e Controle foi instituído em 1994, com recursos da PL-480, priorizando-se atividades de educação da comunidade, formação de pessoal de saúde interinstitucional e desparasitação de grupos de população de áreas identificadas como de maior risco, tudo isso no contexto de uma ampla coordenação com instituições interessadas no tema: Ministério da Agricultura, prefeituras e médicos veterinários de outras instituições ou organizações não-governamentais.

Um avaliação inicial realizada com o CENETROP, que ainda está em curso na gestão atual, acusou uma queda da prevalência depois de cinco anos em localidades de Chuquisaca e Santa Cruz. Em Monteagudo, por exemplo, a prevalência de teníase caiu de 6,1% para 1,7%. Ainda necessitamos de muito trabalho para conhecer a verdadeira incidência e prevalência, tal como em muitos países da Região, dado o fato de que os estudos realizados são insuficientes. Apesar disso, os estudos realizados permitem-nos conhecer a existência do problema na população e desenvolver campanhas educativas orientadas para a população produtora e consumidora, para as vendedoras das feiras e para as pessoas encarregadas do abate legal ou ilegal de porcos, sobretudo no nível domiciliar, considerando que é muito alto o universo de população que se dedica a essa forma de negócios, ante a facilidade com que se pode exercer essa atividade, bem como a situação econômica e o desemprego, com seu impacto na sociedade.

4.3 *Hanta vírus*

Registraram-se 6 casos na Bolívia durante o ano 2000, nas semanas epidemiológicas 13, 18, 22 e 26; todos ocorreram no Departamento de Tarija, em localidades próximas de Bermejo, na fronteira com a Argentina.

Com base em pesquisas de seroprevalência e captura de roedores realizadas com apoio do Centro Nacional de Enfermedades Tropicales (NAMRID), do Peru, e do CDC, dos Estados Unidos, foi possível chegar às seguintes conclusões: a circulação do hanta vírus não é recente, dado que já se constataram níveis de IgG de anticorpos para hanta nos moradores da zona afetada, levando a concluir que, em algum momento de sua vida, estiveram em contato com o vírus. Os roedores capturados foram classificados e correspondem a 10 espécies, que estão sendo estudadas no CDC, em Atlanta, para fazer o isolamento do vírus e estudos de PCR.

4.4 *Fasciola hepática*

Até 1990, a fasciolíase era considerada como uma parasitose de importância maior em saúde animal e humana. Os surtos registrados eram localizados e afetavam um número reduzido de pessoas. A partir da última década, a Organização Mundial da Saúde (OMS) começou a reconhecer a importância médica da fasciolíase em escala mundial.

Na Bolívia, desde a década de 1970, foram feitos estudos de prevalência em localidades do Departamento de La Paz, fronteiro com o Peru, revelando-se até 71% de populações rurais afetadas (províncias de Omasuyos, Manco Kapac e Los Andes).

A prevalência para as províncias mencionadas, com base em exames coprológicos realizados em 1997 (Mas Coma *et al.*) assim se caracteriza:

- (a) Alta prevalência: Batallas, Cullucachi, Chijipata, Cotusuma e Pantini, com 67%; Lacaya, Chojasihui, Huacullani, Kallutaca e Quiripuju, com 38%.
- (b) Prevalência média: Aygachi, Corapata, Calasaya, Chambi Grande, Kajchiri, Kharapata e Oketti, com 18%.
- (c) Baixa prevalência: Achacachi, Achocalla, Aconcagua, Belen, Caleria, Cohana,

Coyahuanai, El Alto, Iquiaca, Pucarani, Tauca, Yanarico e Viacha, com 9%). A distribuição da prevalência por idade veio a ser estatisticamente maior nos grupos de 9 a 19 anos do que no de 5 a 8 anos, sendo os maiores de 9 anos os mais expostos à infestação. Os estudos feitos sobre a população total mostraram para a população infantil uma prevalência de 75%, significativamente maior que a da população adulta, de 41,7%.

Para o período 2001-2002, conta-se com um projeto para o qual estão consignados recursos de saúde, e se está procurando uma cooperação técnica entre países, que poderia ser com o Peru.

5. Principais fatores determinantes e de risco

Os complexos processos econômicos, sociais e biológicos, assim como a grande variabilidade genética das bactérias, vírus e parasitos, estão causando alterações que podem vir a ser importantes fatores determinantes do risco para um estado de equilíbrio no tocante à saúde do homem e dos animais.

5.1 Globalização

O mundo está passando pelos alvares da globalização econômica, que não se restringe ao intercâmbio de capitais e mercadorias, descrevendo, ao contrário, um ciclo integral cada vez maior da cadeia produtiva alimentar, passando pelo processamento e comercialização de alimentos de origem vegetal e animal, inclusive os transgênicos. A encefalopatia espongiforme bovina pode ser indício de uma globalização irracional na manipulação de alimentos, que podem acabar sendo biopatogênicos para a saúde global. O mesmo comportamento humano no tocante à cultura alimentar pode converter-se em fator de risco para a disseminação de doenças.

De fato, as condições de vida da América Latina ainda apresentam dificuldades na busca de melhores níveis de saneamento básico, educação e saúde.

5.2 *Mudanças climáticas*

É inegável que as alterações climáticas ambientais estão desempenhando importante papel no aparecimento de doenças, acusando provavelmente uma incidência maior nas transmitidas pelos alimentos. Há métodos inadequados de conservação e proteção de alimentos em climas quentes.

As modificações climáticas devem abranger os eventos provocados pelos desastres naturais, por inundações, secas e movimentos telúricos, bem como os de caráter tecnológico na agricultura, que utiliza aerossóis em diversos produtos agropecuários de uso vegetal e animal, objetivando obter maior rendimento econômico, que podem afastar-se sutilmente dos aspectos éticos e bioéticos relacionados com o estado de equilíbrio de nosso ecossistema.

As mudanças introduzidas pelo homem podem provocar alterações nos ecossistemas, como é o caso, por exemplo, da leishmaníase devida ao desflorestamento irracional que está transformando o flebótomo num vetor peridomiciliar, quando seu nicho ecológico é selvático; e ocorre o mesmo com a malária, devido à construção de açudes para captação de águas de chuva para épocas secas.

6. Fatores associados às doenças emergentes

Nossos países ainda têm populações que estão passando por extrema pobreza; lamentavelmente, este constitui um importante fator no aparecimento de doenças, e especialmente das relacionadas com hábitos higiênicos, manipulação de alimentos, conservação e comercialização de alimentos.

Por outro lado, nos países em cujas populações estão crescendo os grupos idosos, observa-se um aumento da tendência a manter animais de estimação. O melhoramento contínuo e acelerado dos meios de transporte e a rapidez com que ocorrem mudanças nas relações entre os países estão facilitando a transferência de hospedeiros portadores e suscetíveis, de agentes de um para outro lado do mundo, tendo como consequência o aparecimento de doenças.

6.1 *Fatores sociodemográficos*

As críticas condições de vida, com um ritmo de crescimento anual de 2% na maioria dos países, estão impelindo a uma busca de oportunidades, com migração das famílias do campo para as cidades, gerando desemprego e promiscuidade, que favorecem a propagação de agentes infecciosos; assim também, as mudanças na distribuição das populações põe as pessoas em contato com novos organismos patogênicos ou com os vetores que os transmitem.

Outro aspecto é a migração de animais silvestres para as zonas urbanas, em virtude das modificações ecológicas.

Segundo se estima, a população mundial chegará a 8,5 bilhões de pessoas em 2025, com 1.062 milhões nas Américas. O maior crescimento demográfico ocorrerá nos países em desenvolvimento.

7. Políticas de governo

A amplitude, diversidade e complexidade dos fatores que afetam o aparecimento e a difusão das zoonoses emergentes, políticas de intervenção coordenadas com os setores da saúde e da agricultura, nos campos de defesa sanitária agropecuária e saúde pública, otimizando as infra-estruturas de controle epidemiológico nos diferentes níveis de prestação de serviços à população, sejam eles locais, regionais ou nacionais, com apoio de redes de laboratórios de saúde e agricultura dedicados ao controle de alimentos, toxicologia e saúde ocupacional.

7.1 *Participação da comunidade e do setor privado*

Devemos promover a participação da sociedade civil (a comunidade), através de suas organizações naturais e institucionalizadas, como, no caso da Bolívia, as Defensorías de Salud, que vêm colaborando na solução de seus problemas, assim facilitando a tomada de decisões no nível local.

A participação comunitária é uma oportunidade que virá favorecer a execução das medidas e permitirá um melhor aproveitamento e utilização dos recursos. O uso dos meios de comunicação, de forma e com intensidade apropriada, permitirá o conveniente apoio para a adoção de atitudes favoráveis por parte da população.

7.2 *Coordenação entre países*

É necessário investigar exaustiva e detalhadamente a incidência das zoonoses emergentes, cujos fatores determinantes se estendem por amplas áreas ecologicamente semelhantes ou compatíveis, que abrangem em muitas ocasiões territórios e populações de dois ou mais países, e revisar as estratégias de intervenção.

7.3 *Papel das instituições de cooperação internacional*

A Organização das Nações Unidas é o cenário que nos cumpre imperativamente aproveitar, através de diferentes denominações. Temos à nossa disposição, por exemplo, fontes potenciais de ciência e conhecimentos, como o Instituto de Proteção de Alimentos e Zoonoses (INPPAZ) e o Centro Pan-Americano de Febre Aftosa (PANAFTOSA), que

desempenham importante papel na promoção e desenvolvimento da pesquisa sobre diversas formas de doenças humanas, animais e vegetais.

Caberá a essas e outras instituições de caráter internacional continuar apoiando-nos no fortalecimento da capacidade de prevenir e controlar as doenças, pelo enfoque intersectorial e interinstitucional.

Elas podem intensificar seus esforços na avaliação e caracterização de áreas e situações de risco, no desenvolvimento, adaptação e incorporação de tecnologías adecuadas aos nossos meios, condições e realidades nas áreas científica e tecnológica, bem como na coordinación de programas sub-regionais e na formulación de critérios ajustados à economia de nossos países, em termos que permitam priorizar os problemas e avaliar as alternativas de solución, tarefa fundamental para a saúde de nossos povos.

Bibliografía

1. Acha, P. N., Sfyres, B: Zoonosis y enfermedades transmisibles comunes al hombre y a los animales, OPS Pub, Científica N° 503, 2ª. Ed. 1986.
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Informes finales de las Reuniones IV, V, VI y VII, 1985 – 1991; Código Zoonosario Internacional, Organización Internacional de Epizootias (OIE) 1998, Enfermedades de las listas A y B.
3. Resolución Ministerial N° 017, 09/02/2001, Ministerio de Agricultura, Ganadería y Desarrollo Rural, República de Bolivia.
4. Instituto Nacional de Laboratorios de Salud, Vigilancia de Síndrome Urémico hemolítico y diarrea causada por E. Coli O157H7, Dra. Esther Damiani, La Paz, Bolivia 2001.
5. Zoonosis Emergentes y Reemergentes. Una amenaza para la salud pública. Alfonso Ruiz, DMV, MS, PHD, Organización Panamericana de la Salud.
6. XI Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, sobre Salud Animal, Informe Final RIMSA, Washington D.C., 13 a 15 de abril 1999.
7. Encefalopatía esponjiforme bovina (BSE) y la Seguridad Pública, una reunión conjunta entre OMS, FAO y OIE.
8. Boletín IICA, SANINET, semana de 25 de janeiro a 2 de febrero 2001.
9. Proyecto Integral para la Prevención, Vigilancia y Control de la Fascioliasis 2000–2001, Ministerio de Salud y Previsión Social, La Paz-Bolivia.
10. Plan para Bolivia, “Municipios Libres de rabia”, Ministerio de Salud y Previsión Social, 2001.

LISTA DE PRODUTOS DE ALTO E MÉDIO RISCO

De alto risco: animais vivos: bovinos, ovinos y caprinos

Produtos: Cabeças, farinhas de cérebro, farinhas de carne, farinhas de osso, medula óssea, fígado, timo, baço, amígdalas, intestinos, glândulas, coração, placenta, outros constituintes del tecido nervoso, nódulos linfáticos, fluido cerebral, pulmão, pâncreas, fetos, soro fetal, seja como ingredientes ou como parte de alimentos balanceados.

De mediano risco: Carnes frescas y processadas de gado bovino, ovino y caprino, subprodutos y derivados cárnicos (embutidos, chacinados, fiambres, conservas cárnicas, enlatados, saldados defumados, etc.) colagênio, embriões óvulos, líquidos y extrato amniótico, seroalbumina , soro colostrál y sêmen.

De baixo risco: Gorduras puras de origem animal, peles y couros, caldos, gelatinas y colagênios preparados exclusivamente a partir de peles e couros, leite, y derivados lácteos (queijos, chocolates, biscoitos, sorvetes, iogurte, etc.) cosméticos a base de subprodutos o restos de animais y sêmen.

Lista de países sujeitos à resolução ministerial:

Alemanha, Áustria, Bélgica, Dinamarca, Espanha, Finlândia, França, Irlanda, Ilhas Malvinas (ou Falkland), Itália, Liechtenstein, Lituânia, Luxemburgo, Oman, Países Baixos, Polônia, Portugal, Reino Unido, Rep. Checa, Rep. de Áustria, Rússia, Suécia.