

**UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI
PROGRAMA DE MESTRADO EM HOSPITALIDADE**

**A SAÚDE DO VIAJANTE NO CONTEXTO DO TURISMO:
ANÁLISE E REFLEXÕES**

VANINA HEIDY MATOS SILVA

**SÃO PAULO
2006**

**UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI
PROGRAMA DE MESTRADO EM HOSPITALIDADE**

**A SAÚDE DO VIAJANTE NO CONTEXTO DO TURISMO:
ANÁLISE E REFLEXÕES**

VANINA HEIDY MATOS SILVA

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora, como exigência parcial para obtenção de título de Mestre do Programa de Mestrado em Hospitalidade, área de concentração Planejamento e Gestão Estratégica em Hospitalidade e linha de pesquisa Políticas e Gestão em Hospitalidade e Turismo, da Universidade Anhembi Morumbi, sob orientação da Prof^a Dr^a Nilma Morcerf de Paula.

**SÃO PAULO
2006**

BANCA EXAMINADORA

Dr^a Nilma Morcerf de Paula - UAM
Presidente

Dr. Hilário Pelizzer - UAM
Membro Titular

Dr. Jessé Reis Alves - USP
Membro Titular

A Deus e aos meus pais.

AGRADECIMENTOS

A entrada no Programa de Mestrado em Hospitalidade foi a primeira etapa de muitas outras ainda por enfrentar. Fazer disciplinas, cumprir créditos, participar de eventos, apresentar trabalhos em congressos, publicar artigos... foi a segunda fase um pouco mais complexa porque se tratava de um mundo novo para mim, o universo de pesquisa acadêmica. Mas a fase final na qual era preciso pensar, escrever, redigir a dissertação, essa foi decisiva e marcante, nela todos os problemas surgiram convergindo para a desistência. Mas a vontade de concluir o mestrado e continuar sempre estudando foi mais forte, a persistência e a paciência me trouxeram lucidez para resolver as dificuldades e com isso adquiri uma experiência de grande amadurecimento como pessoa, como profissional, como estudante e como pesquisadora. Este foi um trabalho de dois anos, considerado solitário, que não oferece celebração ou formatura como na graduação, mas que muitas pessoas importantes fizeram parte desse trajeto que sem as quais teria sido improvável sua realização.

Hoje só tenho que agradecer, a começar pela minha orientadora Prof^a Dr^a Nilma Morcerf de Paula que desde a primeira conversa me demonstrou a arte de orientar pessoas e não somente pesquisas, que me conduziu aos caminhos da busca e da investigação de um tema desconhecido e inédito no Brasil como pesquisa, o que tornou o trajeto mais dificultoso, porém, segundo seu olhar, nunca impossível. Obrigada por ser essa pessoa compreensiva e incentivadora na qual me espelho, orgulho-me e ofereço minha completa confiança e admiração.

Agradeço a minha família, aos meus pais que por toda vida me deram o amor incondicional e me transmitiram o espírito de desbravadora que tenho, e isso me traz uma lembrança de criança quando nos levavam ao clube e diziam para nós filhos saltarmos do trampolim mais alto na piscina mais profunda, sem medo, que eles estariam lá embaixo esperando. E sempre estiveram. Obrigada pai Walter de Matos da Silva, obrigada mãe Lourdes Matos Silva e obrigada meus irmãos Viviane Alessandra de Matos Silva, Walther Matos Silva Júnior e Wallan Jeremy de Matos Silva. Agradeço também a minha avó Carolina Conejo que muito me ajudou e que admiro por sua força de vida. Vocês são muito importantes pra mim.

Meu ingresso no mestrado também contou com a contribuição do meu ex-namorado hoje grande amigo José Paulo Laganá a quem agradeço muito por suas idéias na elaboração do projeto de entrada e por ter me ajudado a não renunciar.

Incentivo prático não faltou, agradecendo primeiro a Wilson Matos e ao Centro Universitário de Maringá (CESUMAR) por patrocinarem as mensalidades do primeiro ano do curso, em segundo, a bolsa da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) patrocinando as mensalidades do ano seguinte do mestrado.

Agradeço aos docentes do Programa de Mestrado em Hospitalidade que de alguma maneira contribuíram na minha formação com seus conhecimentos, em especial, à Prof^a Ada Dencker que me auxilia desde a graduação com seus direcionamentos, à Prof^a Célia Dias que sempre me motivou em suas animadas aulas, à Prof^a Rosário pela doçura e serenidade ao me incentivar a pensar, ao Prof. Luis Octávio de Lima Camargo por me fazer refletir sobre as relações entre as pessoas e a vida durante suas aulas que ninguém queria que terminassem, à Prof^a Beth Wada pelas aulas espetaculares e por me fazer refletir sobre ingenuidade e competição, à Prof^a Sênia Bastos por me auxiliar na formatação desse trabalho, ao Prof. Hilário Pelizzer pelas dicas de estudo, sempre prestativo.

Meu grande obrigado aos meus amigos do mestrado que me proporcionaram diversos momentos de prazer e alegria, além de boas risadas em baladas, viagens, visitas técnicas e congressos e estejam certos da minha amizade eterna: Joyce Theodoro, Hubert Krause, Jéssica Figueredo, Lucia Silveira, Thais Berbert, Caroline Alonso, Herbert Polizel, Jonas Machado, Rodrigo Tadini, Rick Anson, Larissa Vendramini, Klaus Vidrik, Marcelo Sallun, Sergio Clemente, Valmir Martins, Luciana Sagi, Débora Bittencourt, Patrícia Gonzaga, Marcelo Monteiro, Gleiva Rios, Andréa Nakane, Ronaldo Lopes, Ana Maria Campos, Fiorella Del Bianco, Fernando Estima, Isaíra de Oliveira, Juliana Prado, Carla Beneduce, Márcia Caparelli e Silvana Sganzerla.

Agradeço às minhas amigas do coração Mércia Oliveira e Carol Trotta que me acompanham há anos e cuja amizade considero de valor inestimável.

Agradeço à minha psicóloga Dr^a Vera Guedes e à minha psiquiatra Dr^a Bernadete Britto, profissionais maravilhosas que me ajudaram a controlar a ansiedade e a entender o poder que tenho sobre a minha vida.

Agradeço ao Dr. André Sebastião Felice superintendente do Instituto de Infectologia Emílio Ribas em São Paulo, que me apresentou o Núcleo de Medicina no Viajante dando início à pesquisa dessa dissertação. Agradeço também à equipe do Núcleo de Medicina do Viajante, em especial ao Dr. Jessé Reis Alves e Dr^a Tânia, que me receberam prontamente e me auxiliaram no levantamento bibliográfico.

Pelo incentivo e idéias agradeço ao Prof. Luiz Renato Ignarra, pela atenção e o carinho agradeço a Vera Trotta, às pessoas especiais que conheci nos últimos tempos que têm me demonstrado grande companheirismo e carinho, agradeço por fazerem parte dessa fase da minha vida: Leonardo Souza, Ritinha Meireles, Matheus Meireles, Ronaldo Calipo, Rafaela Gomes, Rose Gomes, Fabiana Antunes e Vanessa Vosniak.

Agradeço ao Gilberto Back do Laboratório de Planejamento e Marketing Turístico da Universidade Anhembi Morumbi pela ajuda e ensinamentos em geoprocessamento para a elaboração de mapas que, mesmo não tendo utilizado na dissertação final, serviu de início aos meus conhecimentos e que poderei expandir futuramente.

Agradeço à Jussara, Lourdinha e Gilson, meus amigos da Fiocruz que desde o primeiro dia de aula me ajudaram com material e me deram todo apoio com informações para o término dessa dissertação, além da amizade, que pretendo cultivar ao longo da vida.

Muito obrigado à minha família carioca que me acolheu com tanta hospitalidade: Cris, César, Gisele, Victor, Vanisse, Mariana e Márcio.

E finalmente, agradeço às pessoas das instituições de turismo e de saúde pela presteza em responder à pesquisa sobre a saúde do viajante no contexto do turismo expressando sua valiosa contribuição para a conclusão desse trabalho.

*A dificuldade produz perseverança;
e a perseverança, experiência;
e a experiência, esperança”.*
Romanos 5:4.

*“Não existe turismo sem viajante;
não existe viajante sem saúde”.*
Nilma Morcerf de Paula.

RESUMO

A pesquisa, de cunho qualitativo, trata da análise e da reflexão das questões referentes à saúde do viajante, e tem por objetivo contribuir com os objetivos propostos pelo Plano Nacional de Turismo (PNT), levantando a reflexão sobre o tema na área, visto que, ainda é uma política recente em fase de consolidação e de grande importância para o setor atualmente. A partir do conteúdo do PNT e das Normas Técnicas do Ministério da Saúde, foram analisados os riscos e verificado, por meio da técnica de questionário, a percepção dos gestores dos setores sobre a importância do tema. Os resultados obtidos sugerem a necessidade de maior atenção e articulação entre as áreas da saúde e do turismo, visto que são áreas correlatas, interdependentes, com o mesmo objeto, o homem, visando seu bem-estar físico, mental, em que a prevenção poderá minimizar graves consequências tanto no âmbito da saúde pública quanto do turismo.

Palavras-chave: Turismo. Saúde. Saúde do Viajante. Medicina do Viajante.

ABSTRACT

This research aims to contribute with the objectives considered on National Plan of Turismo (PNT), raising a reflection on subject in the area, a recent politics in consolidation, and with a great importance to the sector currently. From the PNT and the Norms Techniques of the Brazilian Health Department, the risks had been analyzed using a questionnaire, to verified the perception importance subject in the sectors. The results reached suggest the necessity of more attention and joint enters the health and tourism areas, with the same object, the man, aiming at its welfare physicist, mental, where the prevention will be able to minimize serious consequences in the scope of public health and tourism.

Key-words: Tourism. Health. Traveller's Health. Travel Medicine.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Linhas de trens turísticos em atividade no Brasil	30
Quadro 2: Movimento operacional acumulado da REDE INFRAERO nos aeroportos brasileiros	34
Quadro 3: Fronteiras internacionais do Brasil	35
Quadro 4: Tipologias de turismo.	37
Quadro 5: Exemplos de <i>sites</i> e publicações como meio de informações para médicos.	44
Quadro 6: Principais doenças registradas em viajantes e forma de contaminação. .	46
Quadro 7: Centros de Medicina do Viajante no Brasil.	47
Quadro 8: <i>Influenza</i> aviária no homem: casos descritos desde 1997.	51
Quadro 9: Febre Amarela Silvestre - Registro de casos e óbitos por Unidade Federada no Brasil.	60
Quadro 10: Histórico de casos de dengue no Brasil.	62
Quadro 11: Febre Maculosa Brasileira (SP, MG, ES, SC, RJ) 1995-2005.	63
Quadro 12: Itens de primeiros socorros sugeridos para a viagem.	80
Quadro 13: <i>Sites</i> órgãos vinculados ao Ministério da Saúde no Brasil	101

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Mapa das Principais Ferrovias do Brasil.	30
Figura 2: Mapa dos Terminais Hidroviários do Brasil.	31
Figura 3: Ponte Internacional Tancredo Neves. Pontes do Brasil.	32
Figura 4: Aeroporto de Congonhas – São Paulo.....	34
Figura 5: Mapa da Tuberculose no Brasil em 2000.....	55
Figura 6: Mapa da Malária no Brasil em 2000.....	58
Figura 7: Mapa do Dengue no Brasil em 2000.....	61
Figura 9: Mapa da Aids no Brasil em 2000.....	66
Figura 10: Vendedora ambulante filtrando água para turistas.....	74
Figura 11: Organograma Ministério do Turismo do Brasil em 2006.	93
Figura 12: Sistema de Gestão do Plano Nacional de Turismo.....	95
Figura 13: Organograma Ministério da Saúde em 2006.....	100

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Porcentagem de viajantes contaminados por alimento.....	73
Gráfico 2: Sintomas apresentados por contaminação alimentar.	73
Gráfico 3: Local de ocorrência da contaminação.	74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABAV	Associação Brasileira de Agências de Viagens
AMCHAM	American Chamber of Commerce
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BC	Banco Central do Brasil
CCD	Centro de Controle de Doenças
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CIVES	Centro de Informações em Saúde para Viajantes
DAC	Departamento de Aviação Civil
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EMBRATUR	Instituto Brasileiro de Turismo
FGV	Fundação Getúlio Vargas
IATA	International Air Transport Association
IBEG	Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
IIER	Instituto de Infectologia Emílio Ribas
INFRAERO	Empresa Brasileira de Infra-Estrutura Aeroportuária
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
ISTM	International Society of Travel Medicine
MS	Ministério da Saúde do Brasil
MTUR	Ministério do Turismo do Brasil
OMS	Organização Mundial da Saúde
OMT	Organização Mundial de Turismo
ONU	Organização das Nações Unidas
SARS	Severe Acute Respiratory Syndrome
SBCP	Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica

SBI	Sociedade Brasileira de Infectologia
SPTURIS	São Paulo Turismo
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
VARIG	Viação Aérea Rio-Grandense
WHO	World Health Organization
WTO	World Tourism Organization

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
Capítulo 1. AS VIAGENS E O TURISMO NO BRASIL	23
1.1. Significado de viagem	24
1.2. Definições: turismo, turista e visitante	26
1.3. Meios de transporte e a movimentação de passageiros no Brasil	29
1.4. Fronteiras do Brasil	35
1.5. Ações de controle nas fronteiras brasileiras.....	35
1.6. Tipologias de turismo	37
Capítulo 2. A SAÚDE DO VIAJANTE.....	41
2.1. Medicina do viajante no Brasil.....	45
2.2. Principais doenças que podem afetar o viajante	49
2.2.1. Doenças transmitidas por via respiratória	50
2.2.2. Doenças transmitidas por insetos e carrapatos	58
2.2.3. Doenças sexualmente transmissíveis - DST.....	66
2.2.4. Doenças transmitidas através do contato com a água.....	68
2.2.5. Infecções associadas a ferimentos e acidentes com animais	70
2.2.6. A contaminação por água ou alimentos	72
2.3. Outros agravos à saúde do viajante	77
2.3.1. Enjôo do movimento	77
2.3.2. <i>Jet lag</i>	77
2.3.3. Violência urbana	78
2.3.4. Alterações psíquicas	78
2.4. Medidas preventivas e curativas adotadas para a saúde do viajante	80

Capítulo 3. METODOLOGIA	83
3.1. Tipo de pesquisa	83
3.2. Coleta de dados	84
3.3. Limitações da pesquisa	87
Capítulo 4. AÇÕES DO TURISMO E DA SAÚDE	89
4.1. Definições de política	91
4.2. Ministério do Turismo do Brasil	93
4.2.1 Plano Nacional do Turismo	94
4.2.2. Programa de Regionalização do Turismo	97
4.2.3. Informações sobre saúde na área de turismo	99
4.3. Ministério da Saúde do Brasil.....	100
4.3.1 Lei de Responsabilidade Sanitária.....	101
4.3.3. Ações de controle em saúde no Brasil.....	103
4.4. Análise e discussão da pesquisa	107
CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	116
ANEXO 1: Movimento Operacional Acumulado da Rede INFRAERO	
ANEXO 2: Declaração de Saúde do Viajante – ANVISA	
ANEXO 3: Tipologias de Turismo – Definições Glossário EMBRATUR	
ANEXO 4: The Responsible Traveler – ISTM	
ANEXO 5: Série Doenças - As principais doenças existentes no Brasil	
ANEXO 6: Entidades de Turismo no Brasil	

INTRODUÇÃO

O crescimento do turismo no mundo tem sido notado por diversos fatores tais como: a facilidade e agilidade proporcionada pelos meios de transporte; os avanços ocorridos na área de tecnologia da informação que possibilita o conhecimento do destino antes da escolha da viagem despertando, assim, o interesse e a curiosidade em visitar novos lugares, além da oferta de financiamento parcelado para compra de pacotes turísticos e passagens aéreas.

A atividade turística é observada por meio de perspectivas sociais, ambientais e culturais, sendo que alguns estudos consideram os impactos do turismo sob diferentes aspectos como: a abordagem de políticas públicas em turismo proposta por Cruz (2002), a globalização e tendências do turismo apontadas por Beni (2003), estudos voltados para transportes turísticos (RONÀ, 2002; PALHARES, 2002), a visão epistemológica do turismo proposta por Moesch (2000), o planejamento sustentável do turismo (RUSCHMANN, 1997), dentre outros temas. No entanto, a abordagem sobre a saúde do viajante não é contemplada em pesquisas e estudos na área de turismo até então.

O despertar sobre o tema “a saúde do viajante no contexto do turismo” surgiu a partir do momento que se tomou conhecimento da existência do Núcleo de Medicina do Viajante dentro do Instituto de Infectologia Emílio Ribas (IIER) em São Paulo.

Ao pensar a relação entre saúde e turismo, surgiu uma inquietação sobre a seguinte questão: qual a responsabilidade que caberia à atividade do turismo quanto à saúde do viajante?

Deu-se início a um levantamento bibliográfico e foi identificado que a medicina do viajante surgiu no Brasil no ano de 1999 como uma nova especialidade entre os médicos infectologistas com o objetivo de prevenir o viajante de doenças infecciosas que possam existir em seus destinos de viagem. Não obstante, descobriu-se que o estudo sobre a medicina de viagem é mais antigo em outros países e que aproximadamente há 18 anos resultou na criação da Sociedade Internacional de Medicina do Viajante (*International Society of Travel Medicine - ISTM*) que possui

atualmente escritórios no Estados Unidos, Canadá, Nepal, Suíça, Reino Unido, Austrália, Israel e Alemanha.

Para constante debate e avanço nas pesquisas a ISTM realiza a cada dois anos uma conferência, sendo que a IX Conferência da ISTM, aconteceu em Portugal no mês de março de 2005, com o objetivo de promover a saúde do viajante por meio de educação e pesquisas no campo da medicina do viajante. Ou seja, a medicina tem estudado a viagem como um fator de risco de transmissão de doenças entre fronteiras nacionais e internacionais, visando atuar na prevenção, auxiliando também a vigilância sanitária e epidemiológica dos países.

Além da medicina do viajante existe também a Geografia da Saúde que trabalha em pesquisas utilizando técnicas de geoprocessamento para mapear dados de casos de doenças, auxiliando na visualização e na tomada de decisões para soluções em saúde pública. Em novembro de 2005 aconteceu o II Simpósio de Geografia da Saúde realizado no Rio de Janeiro pela Fundação Oswaldo Cruz, onde reuniram-se médicos, geógrafos, representantes do Ministério da Saúde, do Instituto de Pesquisas Espaciais (INPE), etc. Os trabalhos apresentados demonstravam a seriedade dos problemas de saúde ainda existentes no Brasil como: a epidemia de dengue incontrolável em várias regiões do país, a malária, a febre-amarela, a esquistossomose, a tuberculose, a hepatite, a aids, etc. Todas essas doenças presentes no território brasileiro, afetam a população e há casos de viajantes sendo infectados, como veremos no decorrer da dissertação.

Sabe-se que no decorrer da história as doenças e epidemias se deslocaram entre os continentes através das viagens. O governo atual prioriza o turismo como uma importante atividade econômica que pode auxiliar na minimização dos problemas sociais do país. Para tanto criou o Ministério do Turismo em 2003 com a finalidade de organizar o setor e direcionar ações para geração de divisas e de empregos. Desde então a EMBRATUR passou a cuidar exclusivamente das ações de divulgação e marketing do turismo tanto no Brasil quanto no exterior, criando programas como o Projeto Cores do Brasil, a elaboração Marca Brasil, dentre outras.

Observou-se que as políticas de turismo não consideram a saúde do viajante e de que não existe ligação entre os setores de saúde e turismo no Brasil sobre essa questão.

Este trabalho objetiva levantar a questão da saúde do viajante, analisando as ações nas áreas de turismo e de saúde considerando os riscos de saúde ao turista e à saúde pública. Visa contribuir com os objetivos propostos pelo Plano Nacional de Turismo, uma política recente em fase de consolidação, mas de grande importância para o setor no momento atual.

Por se tratar de um tema com escassez de bibliografia específica optou-se pela escolha da metodologia qualitativa de caráter descritivo exploratório utilizando-se como método de pesquisa o levantamento bibliográfico e a pesquisa de campo com entrevistas.

O trabalho é dividido em:

Capítulo 1: Neste capítulo é abordado o aspecto do crescimento das viagens relacionado à facilidade dos meios de transporte e o aumento da movimentação de pessoas entre as fronteiras do Brasil. Apresenta também a diversidade dos tipos de turismo existentes e as tendências para o turismo em saúde.

Capítulo 2: Aborda o conceito e a importância da saúde do viajante, apresentando uma revisão teórica sobre o tema no contexto da medicina de viagem, citando os principais centros de saúde do viajante existentes no Brasil. São citadas as doenças que podem afetar diretamente o viajante, de que maneira podem ser transmitidas e prevenidas, além de exemplificar doenças que acometeram viajantes recentemente no Brasil. Finalizando com a sugestão de itens de primeiros socorros e vacinas para viajantes.

Capítulo 3: Descrição metodológica dos passos realizados para a elaboração de pesquisa qualitativa de abordagem descritiva com levantamento bibliográfico e trabalho de campo exploratório.

Capítulo 4: São analisadas as ações de turismo e de saúde em relação à saúde do viajante com o intuito de verificar se existe alguma ligação entre os setores para o problema da saúde do viajante. São observados o Plano Nacional de Turismo e algumas notas técnicas de saúde do Ministério do Turismo.

Encerra-se com a análise das respostas da pesquisa exploratória realizada entre interlocutores representantes do turismo e da saúde, bem como, com as considerações finais apresentando contribuições de ordem prática.

Capítulo 1. AS VIAGENS E O TURISMO NO BRASIL

Considerando as diversas ações de promoção do turismo com o objetivo de aumentar o número de entrada de turistas estrangeiros no Brasil e incentivar o turismo interno, o cenário econômico dos resultados do turismo mostra um crescimento constante. De acordo com os números divulgados pelo Banco Central (BC) em janeiro de 2006, o ano de 2005 foi considerado o melhor ano da história do turismo brasileiro, que fechou com o total de US\$ 3,8 bilhões, um crescimento de 19,83% em relação a 2004, com US\$ 3,2 bilhões¹.

Os gastos de turistas brasileiros no exterior também cresceram consideravelmente e de acordo com o BC os brasileiros gastaram US\$ 4,7 bilhões em 2005. Para Altamir Lopes (chefe do Departamento Econômico do BC) há um crescimento muito grande na receita, mas também na despesa. E isso se dá por razões óbvias: "O gasto dos turistas brasileiros no exterior tem crescido muito porque existe aumento de renda real, com o controle da inflação e um câmbio que favorece o turismo emissivo".

Alguns dados² apresentados pelo Ministro do Turismo Walfrido dos Mares Guias em reportagem publicada no *site* da EMBRATUR³, mostra o ranking dos principais fluxos turísticos do Brasil em 2005, sendo, em 1º lugar Rio de Janeiro, em 2º São Paulo, depois 3º Salvador, 4º Fortaleza, 5º Recife, 6º Foz do Iguaçu, 7º Búzios, 8º Porto Alegre, 9º Florianópolis, 10º Belo Horizonte.

Para o economista e professor da Fundação Getúlio Vargas (FGV), Luís Gustavo Barboza, o crescimento da entrada de dólares significa aumento no número

¹ Notícias Embratur - Brasil Network. Disponível em: <http://www.braziltour.com/brasilnetwork/>. Dados do Banco Central apontam 2005 como o melhor ano do turismo internacional no Brasil. Acessado em 28 de abril de 2006.

² Notícias Embratur. Disponível em: www.turismo.gov.br. Acessado em 18 de outubro de 2005.

³ A EMBRATUR foi criada em 1966, no Rio de Janeiro (RJ), como Empresa Brasileira de Turismo, durante o governo do presidente Humberto de Alencar Castelo Branco. Passou a ser considerada Autarquia Especial e ganhou a condição de Instituto em 28 de março de 1991, quando adotou a denominação atual: EMBRATUR (Instituto Brasileiro de Turismo), vinculada à Secretaria de Desenvolvimento Regional da Presidência da República. No ano seguinte, em 19 de novembro, teve sua sede transferida para Brasília (DF). Na ocasião, passou a ser vinculada ao Ministério da Indústria, do Comércio e do Turismo. Em 1999, foi vinculada ao Ministério do Esporte e Turismo. Desde a criação do Ministério do Turismo, em 2003, o Instituto passou a ser responsável exclusivamente pela promoção do Brasil no exterior. Disponível em: <http://www.braziltour.com/brasilnetwork/>. Acessado em 28 de abril de 2006.

de turistas e, conseqüentemente, aumento do número de vôos, o que causa impacto até na balança comercial. "Os aviões levam e trazem nos seus porões cargas de alto valor agregado. Neles, o Brasil exporta frutas, camarões, sapatos, celulares e artesanato, entre outros produtos. Quando as aeronaves chegam aqui, além dos turistas, trazem computadores, perfumes e equipamentos eletrônicos".⁴

Ainda sobre a movimentação da economia no país, a promoção turística internacional tem gerado um impacto tão grande e difuso que somente a Conta Satélite poderá dizer ao certo o que acontece. A Conta Satélite é um modelo desenvolvido pelas Nações Unidas, que dimensiona as atividades econômicas que não aparecem discriminadas como setores dentro das Contas Nacionais. O turismo, por exemplo, envolve um conjunto de atividades, como transportes, meios de hospedagem, serviços de alimentação entre outras.

Para o diretor de Estudos e Pesquisas da EMBRATUR, José Francisco de Salles Lopes, estes resultados são conseqüência direta de um projeto estratégico que envolve o governo, por meio do Ministério do Turismo e a EMBRATUR, os órgãos estaduais de turismo e a iniciativa privada. Segundo ele "a variedade da oferta turística brasileira cresceu muito e passou a interessar a viajantes do mundo todo".

1.1. Significado de viagem

A viagem é caracterizada pelo "ato de ir de um lugar a outro relativamente afastado. Ou ainda, viagem de ida e volta, passar de viagem, passar de passagem, fazer viagem" (FERREIRA, 2004). É "o espaço percorrido, o percurso, o deslocamento que se faz para chegar de um local a outro" (HOUAISS, 2001)

Mas porque as pessoas viajam? Segundo Krippendorf (2000), em seu livro no qual fala sobre a sociologia do turismo, alguns motivos são apontados na tentativa de explicar qual a razão que leva o ser humano a se deslocar, realizar viagens, dizendo que "viajamos para viver, para sobreviver", ou ainda:

⁴ Notícias Embratur - Brasil Network. Disponível em: <http://www.braziltour.com/brasilnetwork/>. Dados do Banco Central apontam 2005 como o melhor ano do turismo internacional no Brasil. Acessado em 28 de abril de 2006.

Para encontrarmos uma compensação para tudo o que nos falta no cotidiano, para tudo o que desapareceu, viajamos, desejamos nos liberar da dependência social, nos desligar e refazer as energias, desfrutar da independência e da livre disposição do próprio ser, entabular contatos, descansar, viver a liberdade e procurar um pouco de felicidade. (...) viajamos para recarregar as baterias, para reconstituir as forças físicas e mentais (...) consumimos o clima, a natureza e a paisagem, a cultura e os seres humanos das regiões visitadas, que transmutamos em “espaços terapêuticos”. (KRIPPERNDORF, 2000).

Em cada época da história houve uma necessidade diferente do homem se deslocar sobre a terra. Seja pela sobrevivência, desejo de expansão, a conquista de territórios, imigração, até outros motivos de viagem como o de trabalho, de lazer dentre outros.

A evolução que se deu durante séculos na humanidade com as descobertas, as novas invenções, o avanço da tecnologia, foram fatos irreversíveis na história no sentido econômico. Mas a evolução também veio acompanhada de impactos como de destruição da natureza, da violência, das guerras contínuas, do isolamento entre as pessoas, o aumento do trabalho, e sobre isso Krippendorff faz uma relação entre o trabalho e a viagem afirmando que:

As pessoas sentem necessidade urgente de se desfazer temporariamente da rotina massificante do dia-a-dia do trabalho, da moradia e do lazer, a fim de estar em condições de retomá-la ao regressarem (...) sentem o empobrecimento das relações humanas, a repressão dos sentimentos, a degradação da natureza e a perda da naturalidade. (...) o ser humano viaja para perceber que as coisas não são tão ruins assim em casa, e que talvez sejam até melhor do que em qualquer outro lugar. (...) Ele viaja para voltar. (KRIPPENDORF, 2000).

O turismo é estudado há pouco mais de 20 anos no Brasil como um fenômeno de deslocamento de pessoas envolvendo aspectos sociais, culturais e econômicos. A globalização caracterizada principalmente com a utilização da internet revolucionou a comunicação mundial despertando interesse de viagens por motivações comerciais, políticas e sociais, gerando maior deslocamento de pessoas e conseqüentemente o crescimento do turismo.

As pessoas não viajam mais para lugares desconhecidos, justamente porque nenhum lugar mais é considerado desconhecido. É possível buscar informações de qualquer lugar do mundo por meio da internet, como visualizar fotos dos principais

pontos turísticos de uma cidade, circular por imagens interativas de um apartamento de um hotel antes da reserva, consultar valores de tarifas de hospedagem, de transporte e organizar um roteiro completo de viagem.

“O ser humano não nasceu turista, mas com a curiosidade e um sentimento um tanto nostálgico quanto aos países longínquos, que gostaria de conhecer” (KRIPPENDORF, 2000, p.14).

1.2. Definições: turismo, turista e visitante

A partir do surgimento dos cursos de turismo e da realização de pesquisas nas universidades para auxiliar no entendimento desse fenômeno surgem inúmeras definições sobre turismo e foram selecionadas algumas que refletem a abordagem geral sobre o deslocamento de pessoas.

Segundo Beni (2001, p.37), a palavra *tour*, em francês, significa apenas “movimento circular”, em linguagem figurada. Com ele os ingleses, no começo do século XVIII, formaram *tourism*, *tourist*. Portanto, deve-se aos ingleses o sentido atual do termo. Destaca ainda três tendências para as definições de turismo: a econômica, a técnica e a holística. Entretanto as mais diversas definições apresentam alguns elementos comuns ou diferentes entre elas:

- a. A viagem ou deslocamento, sem deslocamento não existe turismo (o movimento está intimamente conectado ao próprio sentido etimológico do termo “*tour*”, ou seja, viagem em circuito, deslocamento de ida e volta);
- b. A permanência fora do domicílio;
- c. Temporalidade;
- d. Objeto do turismo;

O Instituto Brasileiro de Turismo define turismo da seguinte maneira:

É uma atividade econômica representada pelo conjunto de transações, compra e venda de serviços turísticos efetuadas entre os agentes econômicos do turismo. É gerado pelo deslocamento voluntário e temporário de pessoas para fora dos limites da área ou região em que

têm residência fixa, por qualquer motivo, excetuando-se o de exercer alguma atividade remunerada no local que visita. (EMBRATUR)⁵

Ou ainda, Cruz (2002, p. 39) define o turismo como “o deslocamento de pessoas e sua permanência temporária em locais que não são sua residência habitual”. Além da visão de deslocamento para Moesch (2000) o turismo é um fenômeno que avança para além das questões comerciais e econômicas e não deve ser visto apenas como “a indústria de viagens de prazer”, embora possa ser visto desta forma por leigos. A autora considera simplificada inclusive a conceituação de turismo dada pela Organização Mundial de Turismo que é aceita internacionalmente, definindo turismo como “a soma de relações e de serviços resultantes de um câmbio de residência temporário e voluntário motivado por razões alheias a negócios ou profissionais”.

A OMT⁶ foi criada em 1975, com sede em Madri, é o organismo inter-governamental junto à Organização das Nações Unidas (ONU), que cuida dos interesses das atividades de viagens e turismo. É composta por mais de 350 membros filiados que representam 139 países em todo mundo (PALHARES, 2002, p.89).

Existe uma diferença entre as definições de turista e visitante. O turista é considerado pela EMBRATUR um dos agentes do turismo e o define como:

Aquele que se desloca para fora de seu local de residência permanente, por mais de 24 horas, realizando pernoite, por motivo outro que não o de fixar residência ou exercer atividade remunerada, realizando gastos de qualquer espécie com renda auferida fora do local visitado. (EMBRATUR)⁷

⁵ Definição de turismo sugerida pela EMBRATUR – Instituto Brasileiro de Turismo. *Glossário*. Disponível em: <http://www.embratur.gov.br>. Acessado em 13 de junho de 2005.

⁶ Em inglês: *WTO - World Tourism Organization*.

⁷ Definição de turista sugerida pela EMBRATUR – Instituto Brasileiro de Turismo. *Glossário*. Disponível em: <http://www.embratur.gov.br>. Acessado em 13 de junho de 2005.

Visitantes⁸ “são pessoas que se deslocam do seu local de residência para realizar viagens curtas de negócios, participar de eventos, lazer, visitar parentes ou amigos. Caso haja pernoite, já se classifica como turista”.

A EMBRATUR classifica ainda o turista em quatro categorias: o turista internacional, nacional, o potencial e o turista real.

O turista internacional é a pessoa residente no país, independente de sua nacionalidade, que se translada a outros países por diferentes motivos que não sejam o de exercer atividade remunerada ou fixar residência e cuja visita seja por período inferior a um ano. O turista nacional é a pessoa residente no país, independente de sua nacionalidade, que se desloca a um lugar dentro do país, distante de sua residência permanente, por mais de 24 horas, realizando pelo menos um pernoite, e que não exerce, no lugar visitado, qualquer atividade remunerada. O turista potencial é a projeção de tendência, do perfil e da origem dos futuros turistas, com base em levantamentos e análises realizadas a partir do conhecimento das características do turista real. O turista real é o visitante que está na localidade receptora pela primeira vez ou como consequência de viagens anteriores.

⁸ Definição de visitante sugerida pela EMBRATUR – Instituto Brasileiro de Turismo. *Glossário*. Disponível em: <http://www.embratur.gov.br>. Acessado em 13 de junho de 2005.

1.3. Meios de transporte e a movimentação de passageiros no Brasil

“O turismo é um usuário dos sistemas de transporte” (RONÁ, 2002).

Com a facilidade de locomoção por meios de transporte como avião, navio, trem e automóvel o número de viagens nacionais e internacionais cresce cada vez mais nos últimos anos.

Não foram encontrados dados específicos sobre a movimentação de passageiros no Brasil por meio do transporte rodoviário, marítimo e fluvial, desta forma, somente os dados aéreos disponibilizados pela INFRAERO serão analisados no decorrer deste capítulo.

1.3.1. O transporte ferroviário

Segundo Roná (RONÁ, 2002) “o transporte ferroviário tem a mesma idade que a própria atividade turística” quando *Thomas Cook* vendeu 570 passagens para o percurso ferroviário entre *Leicester* e *Loughborough* no Reino Unido. *Thomas Cook* foi o primeiro a realizar uma viagem organizada de trem em 1841, sendo considerada esta data o marco do início da atividade turística no mundo. Mais tarde ele seria o proprietário da internacionalmente conhecida “Agência *Cook*” de Londres, atualmente com filiais em toda Europa.

Em toda a extensão do território brasileiro a oferta de transporte ferroviário para passageiros é ainda muito pequena.

1.3.2. O transporte marítimo

As viagens de navio, os chamados cruzeiros marítimos, estão em fase de expansão dentro do Brasil ainda não oferecendo nos portos a infra-estrutura necessária para o embarque e o desembarque de passageiros.



Figura 2: Mapa dos Terminais Hidroviários do Brasil.

Fonte: Ministério dos Transportes.¹⁰

¹⁰ Disponível em: <http://www.transportes.gov.br/bit/inferro.htm>. Acessado em 10 de março de 2006.

1.3.3. O transporte rodoviário

A malha rodoviária é bastante extensa, considerada uma das maiores do mundo (RONÁ, 2002), mas as estradas não privatizadas apresentam ainda muitos problemas de manutenção e segurança.

De acordo com a Confederação Nacional do Transporte e o Centro de Estudos e Logística (COPPEAD) da Universidade federal do Rio de Janeiro (URFJ) em pesquisa¹¹ apresentada em 2002 o transporte rodoviário de passageiros, tanto interestaduais quanto intermunicipais, corresponde a mais de 90% dos deslocamentos no país. Mas a demanda de passageiros no transporte rodoviário vem sofrendo um declínio devido a diversos fatores como a facilidade de aquisição de veículos próprios com financiamentos, o que dá maior flexibilidade de locomoção ao passageiro. Outro fator seria a degradação das rodoviárias e a insegurança quanto a assaltos nas rodovias devido ao aumento da criminalidade. E por fim, o fator da competição com o transporte aéreo que vem oferecendo passagens a menor custo e com facilidades de pagamento.

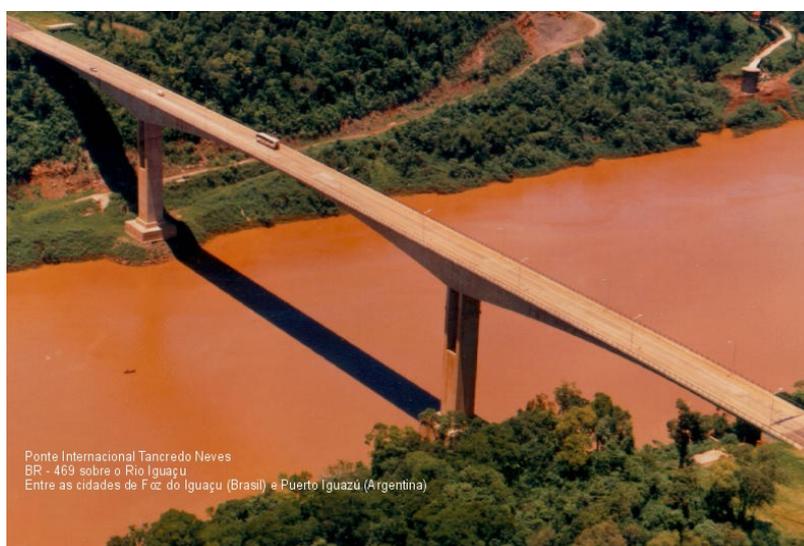


Figura 3: Ponte Internacional Tancredo Neves. Pontes do Brasil.
Fonte: Ministério dos Transportes.

Não foram localizados dados referentes ao movimento de passageiros que utilizam o transporte rodoviário, não havendo um controle de entrada e saída do número de pessoas entre municípios ou fronteiras estaduais.

¹¹ Transporte de Passageiros. Confederação Nacional do Transporte. Centro de Estudos e Logística. COPPEAD/UFRJ. jun. 2002.

1.3.4. O transporte aéreo

O transporte aéreo ainda corresponde a aproximadamente 2% da movimentação de passageiros no Brasil e apresenta um crescimento constante nos últimos anos.

De acordo com a INFRAERO¹², o movimento operacional de aeronaves dentro dos aeroportos brasileiros em 2005 foi de aproximadamente 1.839.946 mil aeronaves tanto nacionais quanto internacionais.

O Aeroporto Internacional de Congonhas obteve cerca de 228 mil aeronaves, sendo todos vôos domésticos e foi o mais movimentado do país em relação a passageiros, com um pouco mais de 17 milhões de pessoas em trânsito.

Já no Aeroporto Internacional de Guarulhos houve um movimento de aeronaves com cerca de 154 mil, sendo aproximadamente 84 mil aeronaves nacionais, 70 mil internacionais e no trânsito de passageiros 16 milhões de pessoas em trânsito¹³.

Atualmente o Brasil possui aproximadamente 70 aeroportos sob administração da INFRAERO. A partir da tabela a seguir é possível comparar o movimento operacional nos aeroportos brasileiros de 2003 a 2005 e verificar que o número de passageiros que utilizam este meio de transporte cresce significativamente a cada ano.

As vantagens oferecidas pelo transporte aéreo como preços mais baixos das tarifas, a rapidez da viagem, a maior concorrência de mercado e facilidades de pagamento, tem apresentado um significativo crescimento na escolha do avião como meio de transporte dos viajantes.

¹² INFRAERO: Empresa Brasileira de Infra-Estrutura Aeroportuária. Segundo a Lei nº 5.862 de dezembro de 1972 que constitui a INFRAERO, no Art. 3º XII, diz que “compete, à INFRAERO promover e coordenar junto aos órgãos competentes as medidas necessárias para instalação e permanência dos serviços de segurança, polícia, alfândega e saúde nos aeroportos (...)”.

¹³ Dados referente ao Movimento Operacional Acumulado da REDE INFRAERO, disponível no *site* www.infraero.gov.br. As tabelas completas de 2003 a 2005 encontram-se no anexo 1.

Movimento Nacional / Internacional	2003	2004	2005
Aeronaves (unid)	1.765.595	1.790.303	1.839.946
Passageiros (unid)	71.215.810	82.706.261	96.118.172
Carga Aérea (Kg.)	1.214.613.592	1.358.517.614	1.340.885.382
Mala Postal (kg)	231.584.298	215.163.443	231.114.544

Quadro 2: Movimento operacional acumulado da REDE INFRAERO nos aeroportos brasileiros.
Fonte: Movimento Operacional INFRAERO, 2003, 2004 e 2005.

Pode-se verificar que em 2003 o movimento de passageiros foi de mais de 71 milhões, de 82 milhões em 2004 e chegando a 96 milhões de passageiros transitando nos aeroportos brasileiros em 2005. Não foram localizados dados sobre a movimentação de passageiros em aeroportos particulares ou não administrados pela INFRAERO.

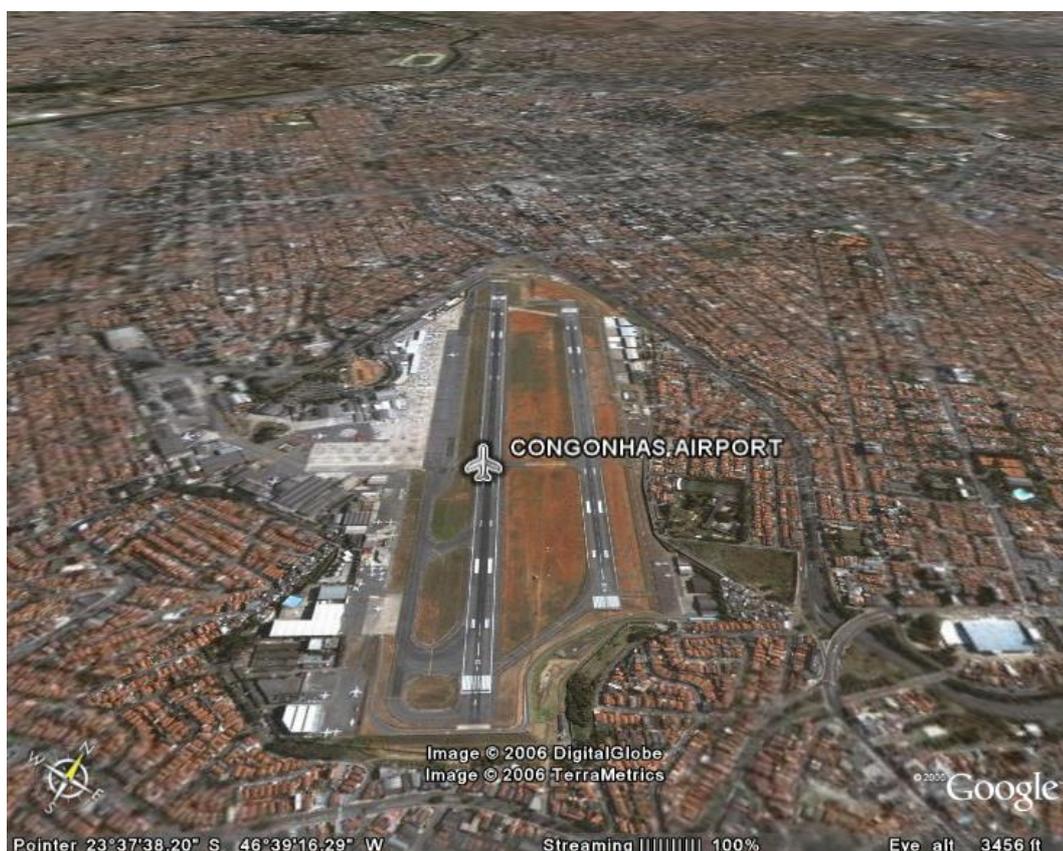


Figura 4: Aeroporto de Congonhas – São Paulo.

Fonte: Programa *Google Earth*. Imagem elaborada pelo próprio autor.

1.4. Fronteiras do Brasil

O Brasil possui fronteira terrestre ou fluvial com 10 países da América do Sul, sendo, Uruguai, Argentina, Paraguai, Bolívia, Peru, Colômbia, Venezuela, Guiana, Suriname e Guiana Francesa. As distâncias em quilômetros de cada fronteira são apresentadas conforme tabela a seguir. Apenas o Chile e o Equador não têm divisas com o Brasil.

Fronteiras Internacionais do Brasil	Distância / Extensão em km
Uruguai	1.003
Argentina	1.263
Paraguai	1.339
Bolívia	3.126
Peru	2.995
Colômbia	1.644
Venezuela	1.495
Guiana	1.608
Suriname	593
Guiana Francesa	655

Quadro 3: Fronteiras internacionais do Brasil.

Fonte: IBGE e Mapa do Brasil Novo Milênio, rodoviário, político estatístico 2005.¹⁴

É o 5º maior país em extensão territorial do mundo depois da Federação Russa, Canadá, China e Estados Unidos.

Possui vários portos de fronteira marítima com grande fluxo de importação e exportação como, por exemplo, o Porto de Santos no litoral de São Paulo.

1.5. Ações de controle nas fronteiras brasileiras

Em relação a viagens e o controle de entrada e saída de passageiros nas fronteiras brasileiras, foi encontrada a informação da existência de uma declaração elaborada pela ANVISA¹⁵ em conjunto com o Ministério da Saúde, chamada

¹⁴ IBEG: Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. www.ibge.gov.br e www.multimapas.com.br.

¹⁵ Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

“Declaração de Saúde do Viajante”¹⁶ que deveria ser exigida em todas as fronteiras brasileiras. Na declaração, redigida também em inglês e espanhol, consta a seguinte mensagem: “Esta ficha deve ser preenchida pelo viajante e entregue à autoridade sanitária no seu desembarque (...)”. Uma das instruções pede para que o passageiro assinale se apresentou ou não nos últimos dez dias algum sintoma dos citados, outro item pede data e assinatura e que se guarde o comprovante carimbado e rubricado pela autoridade sanitária.

Em algumas experiências de viagens internacionais, constatou-se que em nenhuma delas houve sequer alguma abordagem de autoridade sanitária solicitando ou carimbando esta declaração para que pudesse ser guardado o comprovante. O impresso é praticamente sempre encaminhado para o comissariado de bordo.

Então, para onde vão as declarações de saúde do viajante? Como é feito o controle sanitário das informações recebidas nos aeroportos? Essas seriam algumas medidas de responsabilidade de órgãos públicos e que talvez futuras pesquisas possam responder a essas questões.

Segundo divulgação da Comissão Européia de Turismo em reportagem ao Jornal Brasilturis da 1ª quinzena de abril de 2005, o turista brasileiro deverá cumprir mais uma exigência para entrada na Europa. Apesar de não precisar da apresentação do visto, além do passaporte válido superior a seis meses, bilhete aéreo de ida e volta e comprovante de hospedagem, alguns países estão exigindo apresentação de um seguro saúde com cobertura mínima de 30 mil euros¹⁷:

- Alemanha e França: Exigem seguro saúde com cobertura mínima 30 mil euros e pode ser adquirido no Brasil ou nos aeroportos dos países.
- Itália, Portugal e Espanha: Não exigem ou não é obrigatório o seguro saúde, e existe um acordo bilateral de assistência médica emergencial em rede pública para os beneficiários do INSS.

¹⁶ Veja a Declaração de Saúde do Viajante disponível no anexo 2.

¹⁷ Reportagem Jornal Brasilturis - 1ª quinzena de abril de 2005.

1.6. Tipologias de turismo

Com a diversidade de atrativos que a natureza e a cultura brasileira possui foram surgindo diversos segmentos de turismo que com o tempo foram sendo classificados por pesquisadores e estudiosos desse fenômeno de deslocamento de pessoas. Existem classificações quanto ao grupo que realiza a viagem, como turismo de terceira idade, ou por um segmento econômico como o turismo de negócios, eventos, etc. A Embratur disponibiliza em seu *site* um glossário do turismo com diversas definições das palavras utilizadas nessa área. Apesar de constantemente surgirem novas modalidades da atividade sugerindo uma maior ramificação dos tipos de turismo, até então, foram encontradas as seguintes classificações existentes:

Tipologias de Turismo
Agroturismo
Cicloturismo
Ecoturismo
Turismo "Popular" ou Turismo "Social"
Turismo Convencional
Turismo Cultural
Turismo da Classe "Média", "Grande" Turismo, Turismo de "Massa"
Turismo da Terceira Idade
Turismo de Aventura
Turismo de Classe "Alta", de "Elite", "Alto" Turismo
Turismo de Congresso e Eventos Promocionais
Turismo de Incentivo
Turismo de Negócios
Turismo de Saúde
Turismo Ecológico
Turismo Eqüestre / Tropeirismo
Turismo Esotérico
Turismo Étnico
Turismo Náutico
Turismo Religioso
Turismo Rural
Turismo Surpresa
Turismo Sustentável

Quadro 4: Tipologias de turismo.¹⁸

Fonte: Glossário Embratur.¹⁹

¹⁸ Veja no anexo 3 a definição completa de cada tipo de turismo citado no quadro 4.

¹⁹ Disponível em: <http://www.embratur.gov.br>. Acessado em 13/06/05.

1.7. Tendências do turismo de saúde

Um dos tipos de turismo que tem se destacado atualmente é o Turismo de Saúde²⁰ como uma tendência de unir um tratamento de saúde a uma viagem de turismo. Segundo reportagem da Revista de Turismo em Números do Sindicato de Turismo de São Paulo, o turismo de saúde tem sido tema de palestras em vários países que oferecem a medicina aliada ao turismo. É possível encontrar pacotes de turismo de saúde à venda pela internet, o número de norte-americanos que viajam em busca de tratamento médico na Tailândia e China tem crescido devido ao baixo custo do tratamento e aproveita-se para conhecer um lugar diferente. Conta ainda que quando a Tailândia sofreu em 1997 uma grande desvalorização na moeda local, os hospitais resolveram se associar ao governo para vender a combinação da medicina de alto nível que consideram possuir, os preços baixos dos tratamentos, com a beleza natural de suas praias, e hoje alguns desses hospitais estão localizados em *resorts*.²¹

Em busca de férias saudáveis, a Suíça recebe anualmente cerca de 30 mil pacientes estrangeiros movimentando cerca de US\$ 710 milhões de dólares ao ano, segundo informações fornecidas pelo consulado.

No Brasil, esse segmento ainda não é muito explorado, mas já existe um mapeamento do mercado brasileiro de Turismo de Saúde dividindo-o em 3 setores: o preventivo, o de tratamentos e o de eventos em saúde.

Os hospitais, no entanto, estão se adaptando para atender uma demanda diferenciada, pensando também no acompanhante dos clientes em internação, oferecendo cardápios variados da gastronomia, com serviços de lazer como *fitness center*, ludoteca para crianças, restaurantes, cafés, livrarias, lojas de presentes e floricultura, dentre outros serviços advindos do padrão oferecido em hotéis. Alguns hospitais como o Hospital Israelita Albert Einstein e o Hospital Sírio Libanês em São Paulo possuem um setor que gerencia toda parte de hotelaria, que cuida dos

²⁰ Turismo de Saúde: 1. É aquele praticado por pessoas que se deslocam em busca de climas ou estações de tratamento, onde possam recuperar a saúde. 2. É a atividade turística praticada por indivíduos ou grupos que se deslocam em busca de recursos naturais terapêuticos ou estações de tratamento, onde possam recuperar a saúde física e/ou mental. Também pode ser chamado de turismo de tratamento ou terapêutico. EMBRATUR – Instituto Brasileiro de Turismo. *Glossário*. Disponível em: <http://www.embratur.gov.br>. Acessado em 13 de junho de 2005.

²¹ Revista Turismo em Números. *Saúde para dar e, principalmente, vender*. São Paulo. Sindetur. Ano 5, ed. 49, p. 8-18, 2005.

serviços de atendimento, gastronomia e governança. O Hospital e Maternidade Brasil em Santo André também possui a gerência de hotelaria hospitalar, há salas de eventos para realização de palestras, ou seja, são espaços oferecidos para o público em geral, e não apenas aos pacientes.

O *Spa* antes conhecido com a idéia de lugar onde não se come bem, lugar apenas para emagrecer, hoje tem recebido clientes em busca de lazer e bem-estar com tratamentos estéticos, pós-operatório ou de descanso e lazer. Isso devido ao novo conceito de *spa* advindo da própria sigla que quer dizer *Salute per Acqua* (saúde pela água)²². A operadora CVC criou em 2003 um produto chamado “Roteiros de Saúde, Bem-Estar e Lazer”, sugerindo 22 lugares no Brasil, dentre os quais incluíam *spas* médicos.

A São Paulo Turismo (SPTuris), órgão oficial de turismo da cidade, tem a proposta de lançar em breve um manual com dicas de hospitais e clínicas incluindo informações de compra e lazer para ser divulgado em feiras internacionais com a idéia de vender São Paulo como destino de tratamento de saúde de qualidade associado ao turismo. De acordo com Maurício Ceschin, superintendente corporativo do Hospital Sírio Libanês, o padrão de qualidade na medicina brasileira é de qualidade internacional, com preços de três a dez vezes inferiores aos grandes centros de saúde do exterior. Alguns números apontam que 4,7 milhões de turistas visitaram o Brasil em 2003 e 0,5% (23.500 pacientes) realizou tratamento médico no país.²³

Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP) foram realizadas em 2004 aproximadamente 800 mil cirurgias plásticas no Brasil e desse total 2% (16 mil) em pessoas de outros países.

Clínicas e consultórios começam a contratar recepcionistas e telefonistas bilíngües para atender o público estrangeiro, fazem parcerias com hotéis e agências de viagem e operadoras turísticas no exterior para divulgação e atrair turistas em busca de tratamentos. Um exemplo dessa tendência é a Curitiba *Esthetic Tour*²⁴ que não se considera uma agência de viagem ou operadora turística, mas uma

²² Revista Turismo em Números. *Saúde para dar e, principalmente, vender*. São Paulo. Sindetur. Ano 5, ed. 49, p. 8-18, 2005.

²³ O Brasil descobre o turismo de saúde. www.leitor.com.br. Acessado em 14/08/2005.

²⁴ Curitiba *Esthetic Tour*. www.cwtour.com.br.

representante das clínicas médicas brasileiras que vende seus serviços por meio de um *site* e dizem que a cirurgia plástica é quase um fenômeno em atrair estrangeiros, que os pacientes costumam chegar um dia antes da cirurgia e partir após a retirada dos pontos.

Nesse capítulo foi feito um breve levantamento sobre os tipos de turismo e o crescimento do turismo de saúde, um tema ainda pouco difundido no Brasil. Existe uma tendência em se confundir turismo de saúde com a questão da saúde do viajante.

Capítulo 2. A SAÚDE DO VIAJANTE

Viajar implica em deslocar-se do seu local habitual de vida, sair do ambiente onde se reside e já se está acostumado à rotina do dia-a-dia, e se expor a algum risco relacionado à saúde, à violência, a acidentes, à transmissão de doenças infecciosas e às condições do meio ambiente do destino visitado. Muitos riscos poderiam ser minimizados com precauções adequadas tomadas antes, durante e depois da viagem como medidas para prevenir ou reduzir diversas conseqüências para a saúde do viajante.

Para avaliar esses riscos deve-se conhecer tanto as condições prévias de saúde do viajante como os detalhes do percurso que será realizado, incluindo o itinerário mais exato possível com a permanência prevista em cada lugar, o tipo de viagem (urbana ou rural, negócios ou “mochileiro”), o nível das acomodações (hotel, albergue, casa, camping) e as atividades (exposição ao mar, rios, lagos, contato com animais ou atividades sexuais). A partir dessas informações Rayan & Kain (2000) dizem que se torna mais fácil identificar o maior ou menor risco de problemas de saúde durante a viagem.

Estar ou manter-se com saúde tem sido um conceito cada vez mais difundido na sociedade atual que busca a melhoria da qualidade de vida do ser humano e o padrão ideal para uma vida saudável.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como o “estado de completo bem-estar físico, mental, social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade“. Um outro conceito de saúde mais simplista seria de que saúde é apenas a ausência de doença e ainda diz-se como a visão de saúde está fortemente influenciada por uma visão do indivíduo dissociado de seu coletivo, propondo uma visão holística em relação aos fatores globais responsáveis pela saúde individual e coletiva em benefício da população. (MENDES; VILELA, 2004).

Mezomo (2001) explica o conceito de saúde unindo ao de qualidade dizendo que “qualidade na saúde implica na explicitação e incorporação dos direitos fundamentais da pessoa humana que devem ser garantidos e preservados em sua integridade”.

De acordo com o Guia de Saúde do Viajante, organizado pela Petrobrás²⁵ para utilização de seus profissionais de saúde, os riscos em viagens dependem de fatores como:

- Da característica de cada indivíduo: idade, sexo, antecedentes vacinais e de doenças, estado atual de saúde, utilização de medicamentos;
- Da viagem: meio de transporte utilizado, época do ano, roteiro da viagem, duração, tipo de atividade, condições de alojamento;
- Do local de destino: tipo de clima, fuso horário, altitude, segurança, disponibilidade de assistência médica, prevalência de doenças infecciosas;

Os países em desenvolvimento são classificados como destinos de maior risco para viajantes, mas seria um equívoco presumir que em países desenvolvidos os riscos são inexistentes. Em artigos internacionais, estudos apontam principalmente os países em desenvolvimento como destinos de preocupação à saúde do viajante.

Spira em seu artigo "*Preparing the Traveller*" apresenta alguns dados sobre riscos em viagens internacionais tanto durante ou após a viagem dizendo que a cada 100 mil viajantes que se dirigem a países em desenvolvimento, 50 mil apresentam algum tipo de problema de saúde, 8 mil procuram por um médico, 5 mil necessitam de repouso, 1100 viajantes ficam incapacitados para o trabalho, 300 são hospitalizados e um morre. (SPIRA, 2003).

Existem também riscos diversos associados a viajantes visitando amigos e parentes, que segundo Angell & Behrens (2005) devem ser considerados um grupo com potencial de alto risco de adoecimento, pois, esses viajantes os quais chamam de "VFR (*Visiting Friends and Relatives Traveller*)" freqüentemente viajam para países em desenvolvimento, permanecem por longo período, vão mais a destinações não desenvolvidas para o turismo (pois não importa o lugar e sim quem estão visitando), geralmente, com infra-estrutura de saúde precária e submetidos a alta transmissão de endemias locais.

²⁵ Guia de saúde do viajante: para profissionais de saúde da Petrobrás.

De acordo com Rocha e Martins (2005), especialistas em infectologia pela Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI), a medicina do viajante, ou medicina de viagem existe há algumas décadas na Europa, América do Norte e na Austrália, conhecida pelo nome “*Travel Medicine*” especialidade que antes era tratada dentro dos serviços de infectologia e medicina tropical.

A *International Society of Travel Medicine* (ISTM) foi criada em 1990 com o intuito de promover e proteger a saúde dos viajantes fortalecendo a idéia de que a busca de informações sobre o local a ser visitado também é fundamental, sendo importante manter-se com saúde para que a viagem possa correr bem²⁶. Uma de suas ações foi o desenvolvimento de guias com práticas da medicina do viajante, para educar profissionais de saúde pública e a indústria do turismo.

No mês de maio de 2005 aconteceu em Lisboa, Portugal, a IX Conferência da ISTM onde foram discutidos temas atuais sobre a saúde do viajante, como: os impactos do *Tsunami*, os riscos da febre amarela, a criança viajante, a imunização e as vacinas, o retorno dos viajantes etc. Depois da ISTM, foi criada a Sociedade Francesa de Medicina do Viajante e no Reino Unido a medicina de viagem foi adotada pelo *Department of Health*²⁷ como nova estratégia de combate às doenças infecciosas (ROCHA; MARTINS, 2005).

²⁶ Ver anexo 4. *The responsible Traveler*. Dicas de cuidados de responsabilidade do viajante, segundo a *Internacional Society of Travel Medicine* – ISTM.

²⁷ Ministério da Saúde do Reino Unido.

Panel 3: Examples of web and print resources for physicians	
Source	Website or title
Governmental/academic	
WHO	International travel and health (printed version updated annually) http://www.who.int/ith
UK Department of Health	http://www.doh.gov.uk/traveladvice
PHLS Malaria Reference Laboratory	http://www.phls.co.uk
London School of Hygiene and Tropical Medicine	http://www.lshtm.ac.uk
Eurosurveillance	http://www.eurosurv.org/update/ http://www.ceses.org/eurosurv
UK Foreign and Commonwealth Office	http://www.fco.gov.uk/travel/
Centers for Disease Control (CDC)	Health information for international travel (updated biannually) http://www.cdc.gov/travel/index.htm http://www.cdc.gov/travel/yb/index.htm http://www.cdc.gov/mmwr
US Department of State	http://www.travel.state.gov
Health Canada Travel Medicine	http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/osh/tmp_e.html
Professional societies/organisations	
International Society of Travel Medicine	http://www.istm.org
Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene	http://www.rstmh.org
American Society of Tropical Medicine and Hygiene	http://www.astmh.org
ProMED	http://www.promedmail.org
The Malaria Foundation	http://www.malaria.org
IAMAT	http://www.iamat.org
Divers Alert Network	http://www.diversalertnetwork.org/
Wilderness Medical Society	http://www.wms.org
Commercial	
GIDEON	http://www.cyinfo.com/
Tropimed	http://www.reisemed.ch/TROPIMED/kunoi_tropimed.htm
Travax Encompass	http://www.travax.com
MASTA	http://www.medicalonline.com.au/medical/masta/
EXODUS Traveller	http://www.exodus.ie
International SOS	http://www.internationalsos.com
Texts	
<i>International Travel and Health</i> . Geneva: World Health Organization, 2002.	
<i>Health information for International Travel 2001–2002</i> . Atlanta: Centers for Disease Control, 2001.	
<i>The Travel and Tropical Medicine Manual</i> . Jong EC, McMullen R, eds. Philadelphia: Saunders, 2003.	
<i>Manson's Tropical Disease</i> . Cook GC, ed. Philadelphia: Saunders, 2003.	
<i>Wilderness Medicine</i> . Auerbach P, ed. St Louis: Mosby, 2002.	
<i>Travellers' Health</i> . Dawood R. 4th edn. Oxford: Oxford University Press, 2002.	
<i>International Travel and Health</i> . Rose S, Keystone J, Kozarsky P. 12th edn. Northampton: Travel Medicine, 2003.	
PHLS=Public Health Laboratory Service. IAMAT=International Association for Medical Assistance to Travellers. GIDEON=Global Infectious Disease Epidemiology Network. MASTA=Medical Advisory Service for Travellers Abroad.	

Quadro 5: Exemplos de *sites* e publicações como meio de informações para médicos.
Fonte: SPIRA (2003).

2.1. Medicina do viajante no Brasil

A Medicina do Viajante também chamada de Medicina de Viagem surgiu no Brasil em 1997 por iniciativa de professores do departamento de doenças infecto-parasitárias da Faculdade de Medicina da UFRJ, tendo sido criado o Centro de Informações em Saúde para Viajantes (CIVES).

Em maio de 2000 foi criado o Núcleo de Medicina do Viajante dentro do Instituto de Infectologia Emílio Ribas (IIER) em São Paulo, composto de uma equipe de médicos infectologistas e sanitaristas visando orientar a população quanto à prevenção de doenças que podem ser adquiridas em viagens e informar sobre surtos e epidemias em diversas áreas. No mesmo período surgiu o serviço do Ambulatório dos Viajantes no Hospital das Clínicas da USP e na seqüência em 2001 realizou-se a primeira mesa redonda sobre o tema no Brasil durante o Congresso Brasileiro de Infectologia que aconteceu no Rio de Janeiro.

A primeira clínica de medicina do viajante no Paraná, a *Travel Clin*, iniciou suas atividades em 2004 possuindo cadastro junto à Sociedade Internacional de Medicina do Viajante (ISTM).

Depois do início dos serviços no Brasil algumas reportagens começaram a divulgar um pouco mais essa nova especialidade para o conhecimento dos viajantes em geral. Para Dr. Jessé Reis Alves, coordenador do setor de Vacinação e *Check Up* do Viajante do Centro de Medicina Diagnóstica Fleury em São Paulo e assistente do Núcleo de Medicina do Viajante do Emílio Ribas:

“A prática da medicina de viagem requer domínio sobre uma série de questões, como indicações, contra-indicações e efeitos adversos de vacinas; prevenção de malária e outras doenças transmitidas por picadas de insetos; orientação sobre auto-tratamentos de condições específicas em áreas de acesso restrito a cuidados médicos; atualização permanente sobre a epidemiologia das doenças em várias regiões do mundo e, principalmente, requer domínio da informação de qualidade que deve ser transmitida ao viajante”.²⁸

²⁸ Jornal Anamt (Associação Nacional de medicina do Trabalho). Disponível em: www.anamt.org.br. Acessado em 28/04/06.

Em termos de pesquisa sobre a saúde do viajante na área de turismo a bibliografia é praticamente nula, já na área de saúde, a medicina do viajante está se tornando um tema cada vez mais abordado entre médicos infectologistas.

O objetivo principal da medicina do viajante é reduzir a morbidade (número de casos de doença em grupo populacional) e a mortalidade (número de óbitos) associadas à viagem criando uma conscientização dos viajantes e promovendo o uso de medidas preventivas (ROCHA; MARTINS, 2005).

O atendimento da medicina do viajante visa oferecer:

- Prevenção de doenças que podem ser adquiridas em viagens;
- Informações sobre surtos e epidemias em diversas áreas dentro e fora do Brasil;
- Prevenção sobre cuidados contra doenças infecciosas;
- Tratamento a viajantes que retornaram com doença infecciosa;

As principais doenças já registradas em viajantes e a forma de contaminação podem ser citadas conforme quadro a seguir:

Doença	Forma de Contaminação
Cólera, hepatite A, poliomielite e Esquistossomose	Por água ou alimento
Meningite e tuberculose	Transmissão pelo ar
Peste bubônica	Transmissão por picada de pulga
Encefalite japonesa, Febre amarela, Malária e Leishmaniose cutâneo-mucosa ou visceral	Transmissão por picada de insetos
Hepatite B, Hepatite C e HIV/Aids	Transmissão pelo sexo, droga intravenal ou contaminação pelo sangue
Raiva	Transmissão por animais/cão

Quadro 6: Principais doenças registradas em viajantes e forma de contaminação.

Fonte: Núcleo de Medicina do Viajante - IIER

De acordo com o Núcleo de Medicina do Viajante do IIER, a malária é a doença que mais atinge turistas no Brasil, onde há cerca de 300 mil registros dessa enfermidade a cada ano, e a transmissão está basicamente restrita à chamada Amazônia Legal, e não existindo vacina, o uso de repelente ainda é a única maneira

de se prevenir esta doença, dentre outros cuidados. No decorrer deste capítulo serão tratadas informações sobre outras doenças que podem afetar o viajante.

A partir de um levantamento realizado em *sítes*, reportagens e pesquisas disponíveis identificou-se os centros de referência em atendimento à saúde do viajante, existentes no Brasil até o momento como pode ser visto no quadro organizado abaixo.

Local	Atendimento
São Paulo	Núcleo de Medicina do Viajante Instituto de Infectologia Emílio Ribas - IIER Av. Dr. Arnaldo, 165, São Paulo – SP e-mail: medviajante@emilioribas.sp.gov.br
	Ambulatório dos Viajantes Hospital das Clínicas Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 255, São Paulo – SP e-mail: viajantehcsp@hcnet.usp.br
	Centro de Medicina Diagnóstica Fleury (Atendimento Particular) <i>Check up</i> do Viajante - São Paulo – SP
Rio de Janeiro	Centro de Informações em Saúde para Viajantes – CIVES Hospital Universitário – UFRJ Cidade Universitária, Ilha do Fundão, Rio de Janeiro – RJ e-mail: agenda@cives.ufrj.br
Pernambuco	Núcleo de Medicina de Viagem – Saúde do Viajante Hospital das Clínicas – UFPE Av. Prof. Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária, Recife – PE e-mail: medviage@ufpe.br
	Núcleo de Medicina de Viagem – Saúde do Viajante Hospital Esperança Rua Antônio Gomes de Freitas, 265, Ilha do Leite, Recife – PE e-mail: esperança@hope-esperanca.com.br
Paraná	<i>Travel Clin</i> (Atendimento Particular) Curitiba – PR

Quadro 7: Centros de Medicina do Viajante no Brasil.

Fonte: Pesquisa e organização do próprio autor.

Esses são os centros de medicina do viajante no Brasil que se dedicam a esse segmento cuidando especificamente da saúde do viajante, dando importância à

prevenção e alertando sobre a importância de uma avaliação médica pré e pós-viagem realizada com médicos infectologistas especialistas na medicina do viajante.

São oferecidas consultas gratuitas nos hospitais da rede pública e hospitais universitários podendo ser agendadas por telefone ou e-mail, como no Núcleo de Medicina do Viajante no IIER, no Ambulatório do Viajante no Hospital das Clínicas e no CIVES da UFRJ. É necessário levar o cartão de vacinação, se houver e as informações sobre o roteiro da viagem, o destino, o meio de transporte, o tipo de hospedagem, a duração e, se possível, as atividades que se pretende realizar.

A partir desta consulta é feita a atualização de vacinas e são transmitidas as recomendações de prevenção de acordo com o histórico de saúde de cada viajante e o tipo de viagem escolhida.

2.2. Principais doenças que podem afetar o viajante

Além da preocupação com a alimentação, exercícios físicos, com a mente e com a estética, o indivíduo que viaja deveria também considerar importante a prevenção da sua saúde quanto a doenças infecciosas que podem ser adquiridas em determinados destinos. As doenças infecciosas variam de acordo com a região geográfica e população que mudam a todo tempo, e nisso inclui-se o meio ambiente sócio-econômico, demográfico, além de fatores imunológicos e genéticos.

Segundo a Fundação Oswaldo Cruz em sua publicação “Série Doenças”²⁹, são relacionadas as principais doenças existentes no Brasil, como são transmitidas, quais são os sintomas e a forma de prevenção, citando 22 doenças, dentre elas: Antraz, Dengue, Doença de Chagas, Pediculose, Escabiose, Esquistossomose Mansônica, Febre Amarela, Filaríase por Wuchereria Bancrofti, Gripe, Hanseníase, Hepatites Virais, Herpes Simples, Leishmaniose, Leptospirose, Malária, Meningites, Raiva, Rubéola, Sarampo, Tétano, Toxoplasmose, Tuberculose.

As doenças que os viajantes estão expostos durante viagens, são divididas em categorias como:

- Doenças transmitidas por via respiratória
- Doenças transmitidas por insetos e carrapatos
- Doenças sexualmente transmissíveis (DST)
- Doenças transmitidas através do contato com a água
- Infecções associadas a ferimentos e acidentes com animais
- A contaminação por água ou alimentos

²⁹ Veja o anexo 5: “Série Doenças”, incluindo glossário de termos específicos da área da saúde.

2.2.1. Doenças transmitidas por via respiratória

2.2.1.1. Gripe - *Influenza*

A *influenza*, nome científico do vírus da gripe, foi causadora de três pandemias (epidemias generalizadas que afetam um grande número de países) que ocorreram no século XX como, a gripe espanhola entre 1918 a 1919 (vírus tipo H1N1), a gripe asiática entre 1957 e 1958 (vírus tipo H2N2) e a gripe Hong Kong em 1968-1969 (vírus tipo H3N2). A gripe espanhola foi a mais devastadora matando mais de 20 milhões de pessoas³⁰.

O vírus *influenza* é classificado em A, B e C, de acordo com o material genético, sendo o vírus do tipo A capaz de infectar várias espécies de animais (como pássaros, galinhas, patos, etc.), enquanto os tipos B e C infectam basicamente seres humanos. O vírus *influenza* A é classificado em subtipos determinados por glicoproteínas (hemaglutinina e neuraminidase), pelo menos 15 hemaglutininas (H1 a H15) e nove neuraminidasas (N1 a N9) já foram descritas.

Tem-se falado ultimamente sobre o risco de uma epidemia de gripe em humanos de proporções mundiais. A preocupação com uma epidemia de *influenza*, em vários países ao mesmo tempo, iniciou-se a partir da detecção de um número elevado de casos de gripe em aves do continente asiático no final de 2005 e começo de 2006. Como o vírus causador da gripe tem uma alta capacidade de se modificar, a Organização Mundial da Saúde (OMS) alertou os países sobre o risco de que o tipo de vírus (H5N1) que atinge as aves (gripe aviária) passasse por transformações e transmitisse também de pessoa para pessoa. Isso geraria condições de uma disseminação rápida da doença, provocando uma epidemia de gripe em escala mundial, a chamada pandemia.

O quadro a seguir resume os casos humanos de gripe aviária que ocorreram de 1997 a 2005, descrevendo o local do acontecimento e o tipo do vírus *influenza* (cepa).

³⁰ PETROBRAS. *Guia de saúde do viajante*: para profissionais de saúde da Petrobrás. Rio de Janeiro: Petrobrás/SMS/Gerência Executiva, 2004.

Ano	Local	Cepa	Casos
1997	Hong Kong	H5N1	Infecção em aves e no homem. Vírus aviário descrito pela primeira vez no homem. Dezoito pessoas hospitalizadas e seis óbitos. Disseminação de aves para o homem. Rara a transmissão pessoa a pessoa.
1999	China e Hong Kong	H9N2	Doença em duas crianças; ambas evoluíram para a cura. Vários outros casos em 1998 e 1999 na China Continental.
2002	Virgínia (EUA)	H7N2	Surto em aves. Uma pessoa com evidências sorológicas de infecção.
2003	China e Hong Kong	H5N1	Dois casos em uma família de Hong Kong que havia viajado para a China. A fonte de infecção não foi determinada.
2003	Holanda	H7N7	Surto em fazendas de aves, seguidos por infecções em porcos e no homem. Infecção confirmada em 89 pessoas e somente um óbito. Transmissão de aves para o homem, possivelmente três casos com transmissão pessoa a pessoa.
2003	Hong Kong	H9N2	Um caso humano: uma criança que se recuperou.
2003	Nova York (EUA)	H7N2	Um paciente hospitalizado que se recuperou.
2004	Tailândia e Vietnã	H5N1	Doze casos humanos confirmados na Tailândia e 23 no Vietnã, com um total de 23 mortes.
2004	Canadá	H7N3	Infecções em tratadores de aves. Constatada infecção ocular.
2004-2005	Tailândia e Vietnã	H5N1	Surto – aves em vários países da Ásia, seguidos por infecções esporádicas no homem, desde junho de 2004 e continua em 2005. Um caso possível de transmissão inter-humana.
2004-2005	Vietnã e Camboja	H5N1	Entre dezembro de 2004 e junho de 2005, 60 casos com 18 óbitos no Vietnã e 4 casos fatais no Camboja.
2005	Romênia e Turquia	H5N1	Circulando em aves. Não há ainda casos humanos.

Quadro 8: *Influenza* aviária no homem: casos descritos desde 1997.

Fonte: Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD).³¹

Entre 2003 e março de 2006, foram registrados 177 casos e 98 óbitos de pessoas contaminadas pelo vírus que atinge as aves, principalmente nos países asiáticos. Até o momento, todos os indivíduos infectados tiveram contato direto com aves contaminadas ou secreções desses animais. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o risco de contaminação é maior durante os processos de abate das aves. Não há evidências de transmissão de pessoa-a-pessoa nem de contaminação de humanos que tenham se alimentado com aves. Isso porque as temperaturas elevadas, durante o processo de cozimento, tornam o vírus inativo.³²

A Organização Mundial da Saúde (OMS) em nota técnica divulgada pela internet em maio de 2006 fala que o impacto para o turismo até o momento ainda é

³¹ Informes Técnicos Institucionais. *Influenza aviária e casos em humanos*. Revista de Saúde Pública 2006;40(1):187-90. Disponível em: www.fsp.usp.br/rsp. Acessado em 13/04/2006.

³² Gripe Aviária X Pandemia de Gripe. Nota Técnica. Disponível em: www.conselho.saude.gov.br. Acessado em 10/06/06.

baixo, mas se o vírus se transformar e for capaz de ser transmitido entre humanos, essa doença pode se espalhar rapidamente e causar significativo impacto tanto para o turismo como para a saúde pública do mundo.³³

Por sua diversidade de viagens e viajantes o turismo torna-se um setor facilitador numa possível pandemia da gripe aviária, podendo ser considerado um importante fator na expansão da doença. Contudo, a OMS recomenda que as pessoas procurem prevenção de saúde se fizerem viagens a localidades específicas onde confirmaram-se casos da doença.

No informe técnico citado anteriormente sobre a “*influenza aviária e casos em humanos*” são expostas algumas estratégias para preveni-la em situação não pandêmica, colocando algumas precauções específicas como:

- Os viajantes para áreas com atividade de influenza aviária devem ser imunizados com a vacina trivalente humana disponível, de preferência duas semanas antes da viagem.
- Os viajantes devem evitar qualquer contato direto com aves (incluindo galinhas, patos e gansos que aparentem estar bem) fazendas e mercados com animais vivos, aves domésticas, e também evitar o toque de superfícies contaminadas com fezes ou secreções destas aves.
- Os viajantes devem reduzir a exposição possível por meio da boa higiene das mãos, com lavagem freqüente ou o uso de álcool gel e não ingerir, crus ou mal cozidos, ovos e outros alimentos provenientes de aves.
- A lavagem das mãos é importante quando se manipula aves cruas que vão ser cozidas (por exemplo, durante o preparo culinário).
- Os viajantes devem ser advertidos para procurar auxílio médico se ficarem doentes com febre e sintomas respiratórios no período de dez dias após o retorno de uma área afetada.

³³ WHO <http://www.world-tourism.org/>.

2.2.1.2. Sarampo

O sarampo é uma doença infecciosa de transmissão respiratória, altamente contagiosa. Mesmo disponível há mais 30 anos a vacina contra essa infecção, estima-se que ocorram anualmente 30 milhões de casos de sarampo no mundo com aproximadamente 700 mil óbitos.

Em 1997, o Brasil teve uma epidemia de sarampo com mais de 57 mil casos e 61 mortes. Desde 2000, não há casos autóctones, ou seja, com transmissão em território nacional. No entanto, o Ministério da Saúde foi notificado em julho de 2005, pela Secretaria Estadual de Santa Catarina (SES/SC), sobre um caso de sarampo em Florianópolis. O paciente, não vacinado contra o sarampo, provavelmente havia contraído a doença durante uma viagem a São Paulo, onde participou de eventos com presença de pessoas residentes em Portugal. Esse pode ter sido o meio de transmissão, uma vez que o sarampo ainda ocorre em praticamente todos os países europeus.

De acordo com investigações da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde, identificou-se que um esportista, sem vacinação prévia, havendo passado pelas Ilhas Maldivas, Alemanha e Portugal, países onde há circulação do vírus do sarampo, teria sido o provável caso inicial que transmitiu a doença ao empresário de Santa Catarina. Ao retornar da viagem internacional, o esportista fez uma conexão em São Paulo com destino a Florianópolis, de onde seguiu para à Bahia. Retornou, em seguida, para Florianópolis com conexões em Brasília e São Paulo. Foi nesse último trajeto que ocorreu a transmissão, tanto para o empresário de Santa Catarina, quanto para uma criança residente em São Paulo, que por sua vez, transmitiu o sarampo para seu irmão menor.

Além desses dois irmãos de São Paulo e do empresário de Santa Catarina, um filho do esportista também havia adquirido a infecção, o que totaliza quatro casos decorrentes do original. Pela investigação epidemiológica realizada, todos os casos secundários estão relacionados ao primeiro.

Segundo a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde a vacinação contra o sarampo é altamente segura e eficaz, e como continua a ocorrer circulação de vírus do sarampo em todos os continentes, com exceção das Américas, sempre haverá a possibilidade de importação por turismo ou migração.

2.2.1.3. Síndrome Respiratória Aguda Grave - SARS

A epidemia de síndrome respiratória aguda grave teve início em novembro de 2002 na China onde foram registrados 305 casos, 105 dos quais ocorreram em profissionais da área de saúde e cinco pessoas evoluíram para óbito. No início de 2003 a Organização Mundial da Saúde notificou os todos os países sobre uma pneumonia atípica da qual denominou como *Sereve Acute Respiratory Syndrome* (SARS). A facilidade e rapidez do deslocamento de um elevado número de pessoas facilitaram para que a doença se espalhasse rapidamente por diversos países do mundo, tendo sido registrados casos na China, Hong Kong, Taiwan, Canadá e Cingapura.

Segundo a Organização Mundial da Saúde foram registrados mais de oito mil casos no mundo no período de novembro de 2002 a julho de 2003.

Trata-se de uma doença altamente transmissível de uma pessoa para outra, sendo considerada uma doença infecciosa emergente que pode evoluir com pneumonia atípica grave. Não existe medida específica de prevenção dessa doença.

2.2.1.4. Tuberculose

A tuberculose é uma doença que evolui de forma crônica (lenta) e sua transmissão ocorre por via respiratória de uma pessoa para outra. É considerada uma das principais causas de morte no mundo, responsável por cerca de 2,9 milhões de óbitos por ano, agravando essa situação a partir do surgimento da Aids.

O risco de transmissão para viajantes é considerado baixo segundo a Organização Mundial da Saúde, mas sua permanência por mais de três meses em países com alta incidência da tuberculose possui um risco de contaminação comparável ao risco dos moradores locais.

No Brasil, essa doença é predominante nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, mas ocorre em todas as partes do país conforme mapa a seguir.

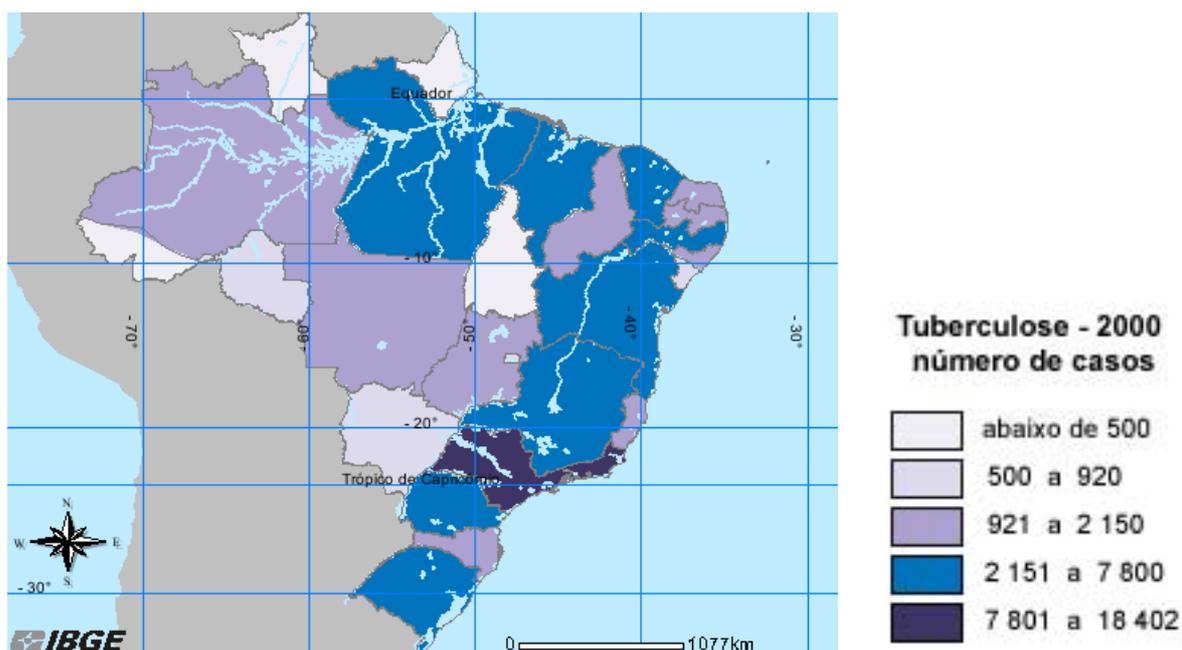


Figura 5: Mapa da Tuberculose no Brasil em 2000.

Fonte: Anuário estatístico do Brasil 2000. Rio de Janeiro: IBGE, v. 60, 2002.

2.2.1.5. Rubéola

A rubéola é uma doença infecciosa de transmissão respiratória causada pelo vírus rubéola, com predomínio de casos na primavera. Nos últimos 20 anos foram registrados 74 mil casos da doença. Pode ser evitada através de vacina de forma isolada ou em combinações com as vacinas do sarampo e de caxumba (dupla viral e tríplice viral ou MMR).

2.2.1.6. Caxumba

A rubéola é uma doença infecciosa de transmissão respiratória causada pelo vírus da caxumba. Não existindo tratamento específico para essas doenças, pode ser prevenida pela vacina MMR.

2.2.1.7. Varicela – “catapora”

A varicela é uma doença infecciosa de transmissão respiratória causada pelo vírus *varicela-zóster*. Esta doença pode ser evitada pela vacina contra a varicela.

2.2.1.8. Difteria

A difteria é uma doença infecciosa de transmissão respiratória, grave e potencialmente fatal, causada pela toxina produzida por uma bactéria denominada *Corynebacterium diphtheriae*. No Brasil foram registrados cerca de 27 mil casos entre 1980 a 2001, com significativa redução em 2001 para somente 19 casos. Esta doença pode levar ao óbito ocorrendo em cerca de 5 a 10% dos casos. A vacina utilizada contra a difteria é a DPT.

2.2.1.9. Doença Meningocócica

A doença meningocócica é uma infecção bacteriana aguda, rapidamente fatal, causada pela bactéria *Neisseria meningitidis*, transmitida através do contato com secreção respiratória contaminada. Esta bactéria pode causar inflamação nas membranas que revestem o sistema nervoso central (meningite) ou infecção generalizada (meningococemia).

Existem 12 sorotipos de bactérias da meningite, porém são os tipos A, B, C e W135 que causam essa doença com mais frequência. O risco de transmissão ao viajante geralmente é baixo. A vacina para meningite não é feita de forma rotineira por conferir curto tempo de proteção, menos de três anos, mas sendo indicada como profilaxia para viajantes que se dirigem a áreas endêmicas.

2.2.1.10. Medidas de prevenção contra doenças de transmissão respiratória³⁴

- Certificar-se da necessidade de vacinação contra sarampo, rubéola, caxumba, varicela, gripe, pneumonia, meningite e difteria.
- Antes de viajar à África e à Arábia Saudita, informar-se sobre a necessidade de vacinar contra meningite.
- Evitar, sempre que possível, locais de grande aglomeração humana, especialmente, em recintos fechados.
- Adiar as viagens, quando não-essenciais, para todas as áreas onde estiverem ocorrendo surtos ou epidemias de doenças de transmissão respiratória para as quais o viajante for suscetível.
- Não realizar atividade de risco (limpeza de casas abandonadas, manipulação de entulhos, atividades agrícolas, exploração de cavernas) sem a utilização de equipamentos de proteção individual (luvas, capotes, botas, óculos e máscaras apropriadas).
- Adiar as viagens, quando não essenciais, para todas as áreas onde forem notificados casos de transmissão local recente da síndrome respiratória aguda grave.

³⁴ Informações obtidas por meio da Organização Mundial da Saúde e do Guia de saúde do viajante para profissionais de saúde da Petrobrás.

2.2.2. Doenças transmitidas por insetos e carrapatos

2.2.2.1. Malária

Na Antiguidade existia malária na Itália mas não se sabia a causa da doença. Existiam também pântanos que produziam um odor desagradável e acreditavam que o “mau ar” provocava as febres. Por medidas de higiene e saneamento os italianos faziam aterro e drenagem dos pântanos o que eliminava o mosquito transmissor da doença, pois relacionavam a febre ao “*male d’aria*”³⁵ do pântano e jamais com a transmissão por mosquitos.

No início do século XX a malária ocorria praticamente em todo território brasileiro, na década de 1940 estimava-se a ocorrência de oito milhões de casos por ano. O uso de inseticidas à base de DDT, dentre outras medidas de controle, reduziu o número de casos para 50 mil em 1970. Em decorrência da ocupação desordenada da região amazônica, ocorreu um aumento dos casos de malária no Brasil restritos basicamente à área da Amazônia Legal (Acre, Amapá, Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins).

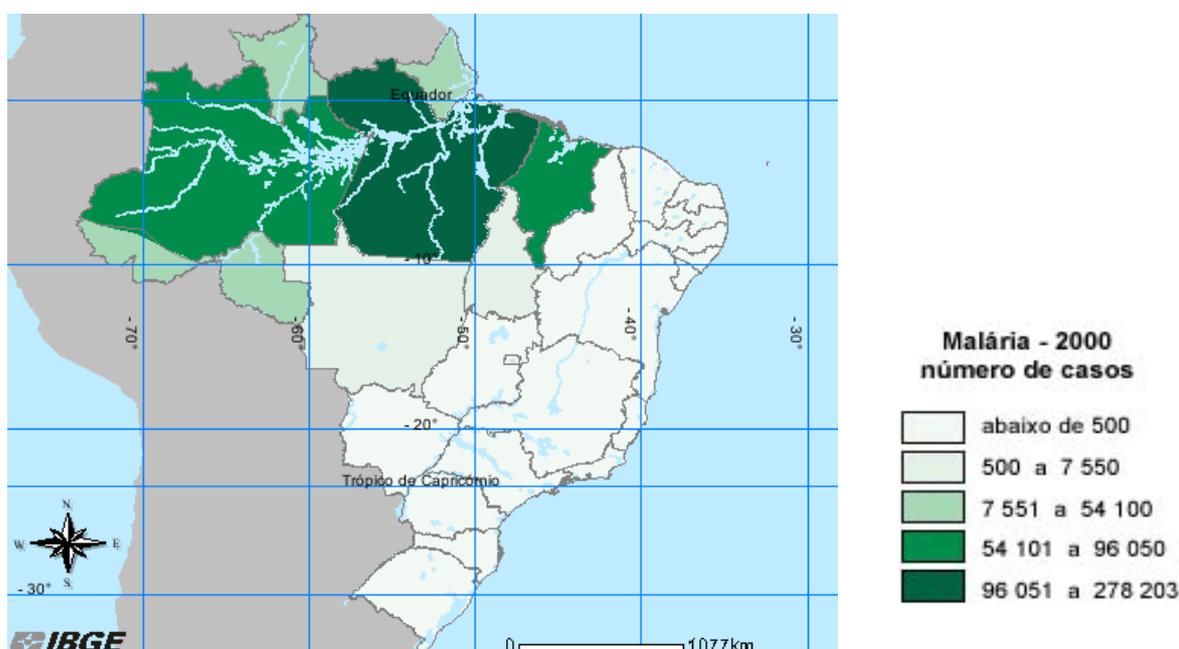


Figura 6: Mapa da Malária no Brasil em 2000.

Fonte: Anuário estatístico do Brasil 2000. Rio de Janeiro: IBGE, v. 60, 2002.

³⁵ Mau ar em italiano, que unindo as palavras originou-se o nome: malária.

A malária é uma doença infecciosa, potencialmente grave, causada por parasitas do gênero *Plasmodium* que são transmitidos através de picada de mosquitos infectados (fêmeas do gênero *Anopheles*).

O risco de malária em viajantes depende do itinerário, da duração da viagem, do tipo de acomodação e das atividades desenvolvidas. A transmissão é mais comum em áreas rurais e semi-rurais, mas pode ocorrer em áreas urbanas. Não existe vacina contra a malária e a quimioprofilaxia deve ser indicada pelo médico.

2.2.2.2. Febre Amarela

A febre amarela é uma doença febril aguda, potencialmente fatal, causada por um flavivírus (vírus da febre amarela), transmitido por mosquito e apresenta dois ciclos epidemiológicos de acordo com o local de ocorrência e a espécie de vetor (mosquito transmissor): urbano e silvestre. Em áreas silvestres a doença é transmitida por mosquitos do gênero *haemagogus* e *sabethes* e *aedes*, em áreas urbanas é transmitida pelo *aedes aegypti*.

Na Europa, a febre amarela já havia se manifestado antes de 1700, mas foi em 1730, na Península Ibérica, que se deu a primeira epidemia, causando a morte de 2.200 pessoas. Nos séculos XVIII e XIX, os Estados Unidos foram acometidos repetidas vezes por epidemias devastadoras, para onde a doença era levada através de navios procedentes das Índias Ocidentais e do Caribe.

No Brasil, a febre amarela apareceu pela primeira vez em Pernambuco, no ano de 1685, onde permaneceu durante dez anos. A cidade de Salvador também foi atingida, onde causou cerca de 900 mortes em seis anos. A realização de grandes campanhas de prevenção possibilitou o controle da epidemia.

Em 2005, apenas dois casos de febre amarela de transmissão silvestre foram registrados em todo o país, segundo Ministério da Saúde. E, em 2004, ocorreram cinco casos da doença, com dois óbitos, porém em 2003, o quadro era bem mais adverso: 64 casos de febre amarela, com 23 óbitos.

Febre Amarela Silvestre														
Registro de Casos e Óbitos por Unidade Federada														
Brasil, 2000 a 2005*														
UF	2000		2001		2002		2003		2004		2005		TOTAL	
	C	O	C	O	C	O	C	O	C	O	C	O	C	O
AC	1												1	0
AM	1		3	2	6	2			3	2	1	1	14	7
BA	10	3											10	3
DF	2	2											2	2
GO	53	23											53	23
MG	2	2	32	16	6	2	58	21					98	41
MT	7	3	2	1			5	2					14	6
PA	1	1	2	1	1	1	1		2	1			7	4
RO			1	1									1	1
RR			1	1	2	1					1	1	4	3
SP	2	2											2	2
TO	6	4											6	4
TOTAL	85	40	41	22	15	6	64	23	5	3	2	2	212	96
(*) Atualizado em 14/12/2005														
C = caso														
O = óbito														

Quadro 9: Febre Amarela Silvestre - Registro de casos e óbitos por Unidade Federada no Brasil.
Fonte: Ministério da Saúde.

O Ministério da Saúde fornece vacinas contra febre amarela nos postos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre 1997 e outubro de 2004 mais de 79,7 milhões de doses da vacina, produzidas pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), foram aplicadas na população brasileira. A vacina contra a febre amarela, única forma de evitar a doença, é segura e tem validade de dez anos. A Secretaria de Vigilância em saúde (SVS) recomenda que todos os turistas que forem às regiões consideradas áreas endêmicas da febre amarela tomem a vacina com dez dias de antecedência. Para as pessoas que residem nas áreas de risco, a recomendação é tomar a vacina a cada dez anos.

2.2.2.3. Dengue

O dengue é uma doença febril aguda causada por um dos quatro tipos do vírus da dengue (1,2,3,4), transmitidos pela picada de mosquito do gênero *Aedes* (que também pode transmitir a febre amarela em áreas urbanas). Na década de 30 a erradicação do *aedes aegypti* para controle da febre amarela, fez desaparecer também o dengue no Brasil. Entretanto, em 1981 a doença voltou a aparecer atingindo a Região Norte e a partir de 1995 passou a ocorrer em todas as regiões do país.

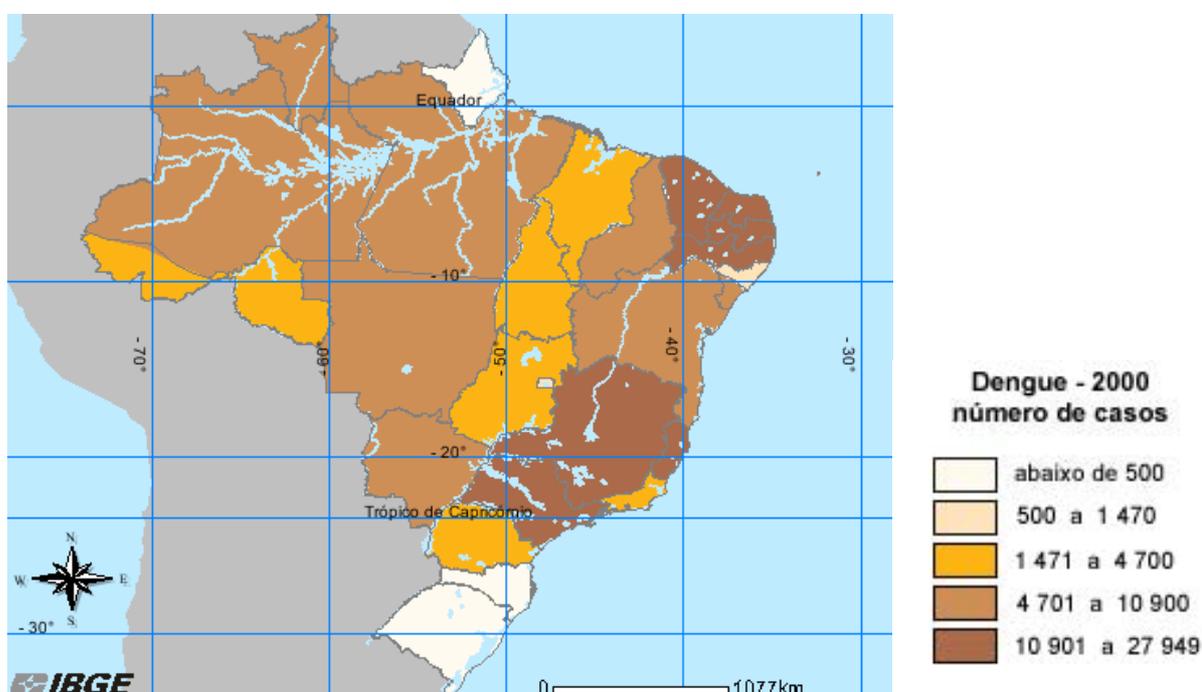


Figura 7: Mapa do Dengue no Brasil em 2000.

Fonte: Anuário estatístico do Brasil 2000. Rio de Janeiro: IBGE, v. 60, 2002.

A maioria das pessoas infectadas com o vírus do dengue desenvolve manifestações discretas e muitas vezes nem sabem que estão infectadas por essa doença. Após quatro ou cinco dias apresentam melhora recuperando-se em cerca de dez dias, além de ficar imunizado contra o tipo do vírus. Mas se foi infectado pelo tipo 1, poderá ser infectado pelo 2, 3 ou 4 novamente. Em alguns casos, considerado minoria, pode ocorrer diminuição acentuada da pressão sanguínea, caracterizada como a forma mais grave da doença, chamada de dengue “hemorrágico”.

Segundo o Ministério da Saúde, em 2006, foram notificados somente no mês de janeiro cerca de 4 mil casos de dengue no Brasil, representando uma redução de 66,3% em relação ao mesmo período de 2005, quando houve a notificação de aproximadamente 13 mil casos.

Na década de 90, mesmo em anos não epidêmicos, a doença registrou uma ocorrência de dezenas de milhares de casos por ano. O último pico epidêmico ocorreu em 2002, em decorrência do DEN-3, foram registrados aproximadamente 794 mil casos, a maioria deles no Rio de Janeiro. Nos anos seguintes, a dispersão do DEN-3 para os demais estados do país proporcionou o surgimento de surtos e epidemias, mas sem atingir os níveis de 2002.

ANO	CASOS
1995	137.308
1996	183.762
1997	249.239
1998	528.388
1999	209.668
2000	239.870
2001	428.117
2002	794.219
2003	341.776
2004	93.463
2005	158.800*

* Janeiro a Agosto

Quadro 10: Histórico de casos de dengue no Brasil.

Fonte: Ministério da Saúde

O Ministério da Saúde intensificou as ações de apoio aos municípios que apresentam maior risco de surtos de dengue para reduzir ainda mais a doença. O objetivo é detectar rapidamente os locais de intensificação da transmissão da doença. Existem campanhas de conscientização sendo realizadas junto à sociedade, pois, acredita-se que sem a contribuição e o esforço da população, o Brasil não conseguirá conter a doença, já que cerca de 90% dos focos do mosquito transmissor, o *Aedes aegypti*, estão nos domicílios. Não existe vacina específica ainda contra o dengue.

2.2.2.4. Febre Maculosa

A febre maculosa é uma doença infecciosa aguda, potencialmente fatal, causada por uma bactéria de nome *Rickettsia rickettsii*. As diferentes espécies de carrapatos envolvidas e os reservatórios animais variam de acordo com a região geográfica. No Brasil, o principal vetor é o *amblyomma cajennense*, conhecido como “carrapato-estrela”.

A infecção humana resulta em doença febril aguda com manifestações clínicas iniciais como febre, dores musculares, dor de cabeça e aparecimento de lesões cutâneas. Se não tratada precocemente a doença evolui para formas graves comprometendo o sistema nervoso central. O tratamento é feito com antibióticos.

Desde 1929, há relatos da doença no Brasil e, entre 1995 e 2005, foram notificados 386 casos, com 107 óbitos (veja quadro abaixo), existem relatos da doença em São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Bahia e Espírito Santo.

ANO	Nº CASOS	Nº ÓBITOS	% LETALIDADE
1995	13	06	46
1996	13	04	31
1997	26	02	08
1998	35	13	37
1999	27	02	08
2000	44	15	34
2001	27	14	52
2002	28	07	25
2003	78	19	24
2004	75	20	27
2005*/Até julho	20	05	35
TOTAL	386	107	28

Quadro 11: Febre Maculosa Brasileira (SP, MG, ES, SC, RJ) 1995-2005.
Fonte: Ministério da Saúde.

O Ministério da Saúde notificou casos de febre maculosa no município de Petrópolis no Rio de Janeiro em novembro de 2005 e dentre eles foram confirmados o de um jornalista, um funcionário da Vigilância Sanitária do município do Rio de Janeiro, uma criança de oito anos, um homem de 62 anos e uma turista que esteve na região serrana do estado, tendo sido verificados dois óbitos dentre esses casos confirmados.

2.2.2.5. Doença de Chagas

A doença de Chagas é uma doença infecciosa causada por um parasita de nome *Trypanosoma cruzi*, transmitido ao homem por insetos hematófagos conhecidos como “barbeiro”. A transmissão também pode ocorrer através de transfusão de sangue ou transplante de órgãos, durante a gravidez ou através da ingestão de alimentos contaminados com fezes de barbeiros. Não existe vacina ainda para a prevenção da doença de Chagas.

Este evento apresenta algumas características semelhantes a outros episódios coletivos nos quais existiam como fator causal comum a ingestão de produtos contaminados, como ocorrido em vários surtos micro-epidêmicos (geralmente familiares) registrados na Amazônia Oriental Brasileira, em Teutônia (Rio Grande do Sul) e em Catolé do Rocha (Paraíba). Estes dois últimos surtos também estiveram relacionados ao consumo de caldo de cana pelas pessoas que desenvolveram sintomas da doença.

O Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina informaram que a ocorrência deste surto constituiu um evento extremamente raro e que não guarda nenhuma relação com a atual situação do controle da Doença de Chagas no Brasil. O estado de Minas Gerais recebeu em 2001 o certificado de eliminação da transmissão vetorial da doença emitido pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e dentre outros estados já certificados encontra-se Mato Grosso, São Paulo, Rio de Janeiro, Pernambuco e Bahia.

2.2.2.6. Medidas de prevenção contra doenças transmitidas por insetos e carrapatos³⁶

- Certificar-se da necessidade de se vacinar contra a febre amarela (validade de dez anos, a partir do 10º dia da aplicação inicial) e de obter o certificado internacional de Vacinação (emitido pelos postos de portos e aeroportos do Ministério da Saúde – endereços no *site* da ANVISA www.anvisa.gov.br)
- Procurar hospedar-se em locais que disponham de ar-condicionado. Se isto não for possível, utilizar mosquiteiros impregnados com permetrina (mantêm-se efetivo por vários meses) e inseticida em aerossol nos locais fechados.
- Não utilizar recursos sem comprovação da eficácia (vitaminas do complexo B, pílulas de alho) na profilaxia de qualquer doença transmitida por vetores.
- Usar repelente na pele à base de DEET, enquanto estiver ao ar livre. Lavar a pele, para tirar o repelente, quando permanecer em locais fechados.
- Antes de adquirir um repelente, certificar-se da concentração de DEET no produto. A concentração de DEET não consta nas marcas mais conhecidas no mercado brasileiro. Tomar cuidado para não aplicar DEET nos olhos, na boca ou em ferimentos. Não aplicar DEET nas mãos de crianças pequenas pelo risco de contatos com olhos e boca.
- Ler cuidadosamente as recomendações do fabricante do repelente. As concentrações de DEET usualmente recomendadas são de 30% a 35% (máximo de 50%).
- Usar calças e camisas de manga comprida sempre que possível para reduzir a área corporal exposta às picadas de insetos. Usar repelente na roupa à base de permetrina ou deltametrina.
- Em regiões infestadas por carrapatos, usar roupas claras e impregnadas com permetrina. Prender a barra da calça nas botas com fita adesiva.
- Examinar o corpo pelo menos a cada três horas à procura de carrapatos e retirá-los cuidadosamente com o auxílio de uma pinça ou luva. Utilizar repelentes à base de DEET nas áreas corporais expostas.
- Certificar-se ainda através da consulta médica, da necessidade de quimioprofilaxia para malária, que, caso indicada, deverá ser prescrita pelo médico.

³⁶ Informações obtidas por meio da Organização Mundial da Saúde e do Guia de saúde do viajante para profissionais de saúde da Petrobrás.

2.2.3. Doenças sexualmente transmissíveis - DST

As DSTs são consideradas um importante agravo para a saúde pública do mundo e o risco de transmissão depende exclusivamente do comportamento humano.

2.2.3.1. Aids

A Aids (ou Sida – síndrome da imunodeficiência adquirida) é uma doença infecciosa crônica causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) que promove uma disfunção lenta e gradual do sistema imunológico. Sua transmissão pode ocorrer durante relações sexuais, no contato com sangue contaminado, em transplantes de órgão e durante a gestação de mãe para filho, no parto ou na amamentação.

Veja no mapa a seguir o número de casos de Aids registrados no Brasil no ano de 2000.

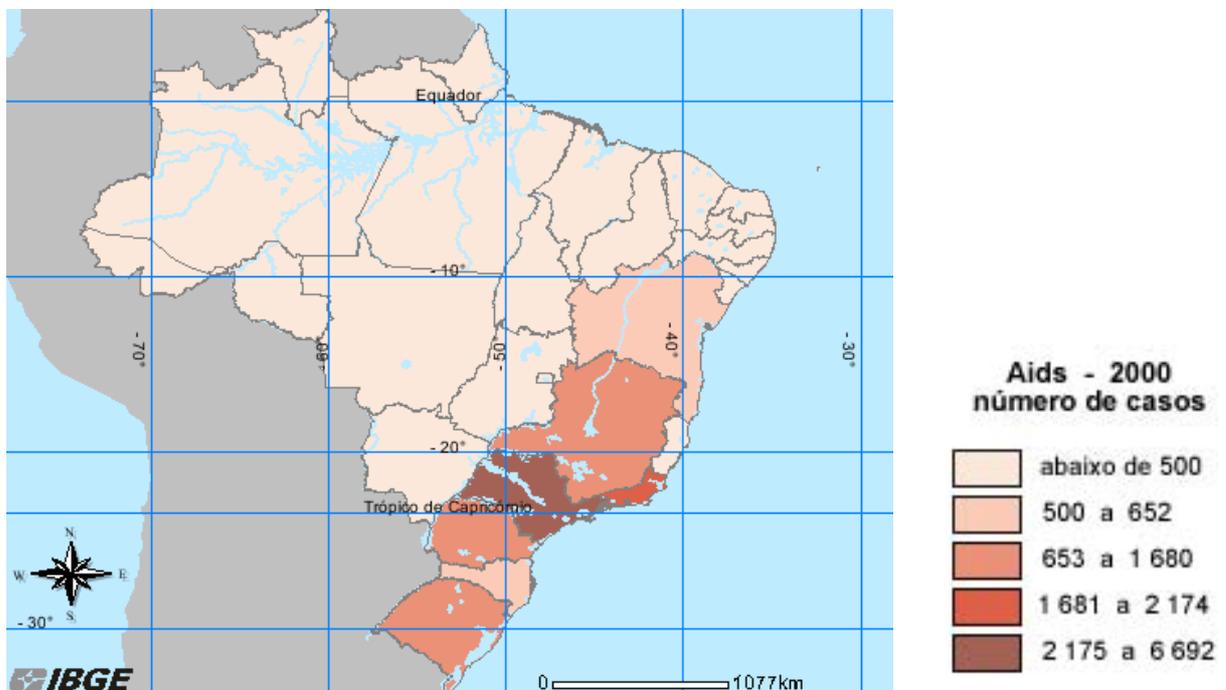


Figura 9: Mapa da Aids no Brasil em 2000.

Fonte: Anuário estatístico do Brasil 2000. Rio de Janeiro: IBGE, v. 60, 2002.

Não existe ainda vacina eficaz para a prevenção da Aids.

2.2.3.2. Hepatite B

A hepatite B é uma doença infecciosa causada pelo vírus da hepatite B produzindo lesões nas células do fígado e sua transmissão ocorre através de sangue contaminado, durante a gestação ou por contato sexual com pessoas infectadas. Existe vacina eficaz contra hepatite B disponível gratuitamente na rede pública de saúde do Brasil.

2.2.3.3. Outras DSTs

Sífilis, condiloma acuminado (transmitido pelo HPV), herpes genital, gonorréia, cancro mole, donovanose e linfogranuloma venéreo.

A Aids, herpes genital e condiloma acuminado são ainda incuráveis.

2.2.3.4. Medidas De Prevenção Contra Doenças Sexualmente Transmissíveis

- A abstinência sexual é a única forma 100% segura de prevenção.
- Certificar-se sobre a necessidade de vacinação para a hepatite B (única dessas doenças para a qual existe vacina eficaz disponível)
- O uso correto de preservativo de látex reduz a chance de transmissão das DST, com exceção do herpes genital.
- Não praticar turismo sexual.
- Evitar relações sexuais com profissionais do sexo.
- Não ter relações sexuais sob efeito de bebidas alcoólicas ou drogas ilícitas, uma vez que o senso de julgamento fica prejudicado.
- A presença de lesões genitais facilita a transmissão do HIV.
- Em caso de aparecimento de qualquer lesão genital, procurar imediatamente assistência médica.

2.2.4. Doenças transmitidas através do contato com a água

2.2.4.1. Leptospirose

A leptospirose é uma doença febril, potencialmente grave, causada por uma bactéria de nome *Leptospira interrogans*. É uma zoonose (doenças de animais) que acomete roedores e é transmissível ao homem, no mundo inteiro, exceto em regiões polares. O rato de esgoto é o principal responsável pela infecção humana, por existir em grande número e por sua proximidade com seres humanos.

A infecção é adquirida pela penetração da bactéria na pele ou em mucosas no contato com água ou solo úmido contaminados com a urina de animais. Pode ocorrer também por meio da ingestão de alimentos contaminados com a urina de ratos ou por contato com a urina de animais de estimação (cães e gatos), mesmo quando estão vacinados.

A leptospirose no Brasil é considerada uma doença endêmica e a maioria das infecções acontece através do contato com águas de enchentes contaminadas por urina de ratos como: em áreas alagadas, em rios, em lagos e lagoas. Pode atingir pessoas que utilizam essas áreas para atividades de lazer e recreação ou lavradores de plantação de arroz, trabalhadores de redes de esgoto e militares.

2.2.4.2. Esquistossomose

A esquistossomose é uma doença infecciosa crônica causada pelo parasita *Schistosoma* e as principais espécies que afetam o homem são o *S. haematobium*, *S. japonicum* e *S. mansoni*. A transmissão sedá por meio do contato direto da pele com água contaminada com fezes e urina de pessoas infectadas, durante atividades como natação e pesca. É necessário também existir na água a presença do hospedeiro intermediário: o caramujo.

Os indivíduos infectados eliminam ovos nas fezes (*S. japonicum* e *S. mansoni*) ou na urina (*S. haematobium*) que penetram no caramujo desenvolvendo e multiplicando cercarias (larvas infectantes) que penetram na pele dos indivíduos expostos à água contaminada.

No Brasil, essa doença é endêmica nos estados do Maranhão, Minas Gerais e Espírito Santo, e são encontrados casos isolados no Pará, Piauí, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Rio Grande do Sul, Goiás e Distrito Federal.

Não existem ainda vacinas contra a esquistossomose, desta forma os viajantes que se dirigem para áreas de transmissão devem evitar o contato com lagos, rios e lagoas sem conhecimento prévio dos riscos.

2.2.4.3. Medidas de prevenção contra doenças transmitidas pelo contato com água³⁷

- Procurar hospedar-se em áreas com infra-estrutura adequadas (água e esgoto tratados).
- Ao escolher um local para hospedagem (ou residência), informar-se sobre a frequência de inundações. Evitar locais sujeitos a inundações frequentes.
- Evitar banhar-se em lagos, lagoas ou rios sem conhecimento prévio dos riscos.
- Usar botas impermeáveis, preferencialmente de cano longo, quando for andar em áreas alagadiças.
- Evitar exposição desnecessária à água ou lama, em caso de inundações.
- Utilizar apenas água tratada com cloro para beber e banhar-se.
- Não tomar bebidas diretamente de latas, sem lavá-las adequadamente (risco de contaminação com urina de rato). Utilizar copo limpo ou canudo plástico.
- Empregar hipoclorito de sódio a 2-2, 5% (água sanitária), segundo as recomendações do fabricante para limpeza de: locais onde são criados animais de estimação e residências após uma inundação.

³⁷ Informações obtidas por meio da Organização Mundial da Saúde e do Guia de saúde do viajante para profissionais de saúde da Petrobrás.

2.2.5. Infecções associadas a ferimentos e acidentes com animais

2.2.5.1. Tétano

O tétano é uma doença considerada grave, causada por uma toxina produzida por uma bactéria de nome *clostridium tetani*, encontrada no ambiente, no solo, no esterco e em superfície de objetos sob forma de esporo. Essa toxina atua em terminais nervosos induzindo fortes contrações musculares. É uma doença imunoprevenível, ou seja, existe vacina eficaz e está disponível na rede pública de saúde do Brasil, gratuitamente.

2.2.5.2. Raiva

A raiva é uma doença infecciosa constantemente fatal causada por um rabdovirus (vírus da raiva) que afeta as células do sistema nervoso. É uma doença de animais (zoonose) e é transmitida ao homem principalmente através do contato da pele ou mucosas com a saliva de animais infectados. O contato pode ocorrer através de mordedura, arranhadura ou lambedura.

No Brasil, os casos de raiva registrados vêm diminuindo sendo o cão o principal transmissor seguido pelo morcego.

2.2.5.3. Medidas de prevenção contra doenças adquiridas através de ferimentos e acidentes com animais³⁸

- Manter sempre atualizada a vacinação contra o tétano, independente da ocorrência de ferimentos.
- Certificar-se, de acordo com o risco presumido de exposição, da necessidade eventual de vacinação anti-rábica.
- Em caso de ferimentos abertos, lavar a lesão com água e sabão, proteger com um curativo e procurar assistência médica.

³⁸ Informações obtidas por meio da Organização Mundial da Saúde e do Guia de saúde do viajante para profissionais de saúde da Petrobrás.

- Não se aproximar de animais principalmente, quando estiverem se alimentando, cuidando da cria ou doentes.
- Em caso de mordedura, arranhadura ou contato com saliva de animal em algum ferimento ou na boca, lavar a região com água corrente e sabão e procurar imediatamente assistência médica. Se o animal for doméstico (cão ou gato), procurar também entrar em contato com o dono para que este avise caso haja mudanças de comportamento ou morte do animal. Essas medidas são fundamentais para proteção contra raiva.
- Usar botas, preferencialmente de cano longo, quando for andar em pequenas vilas, sítios, fazendas e florestas, para evitar acidentes com animais peçonhentos (aranhas, escorpiões e cobras) e de verminoses.
- Evitar acúmulo de entulhos, folhas secas, lixo doméstico, material de construção nas proximidades das casas. Evitar folhagens densas (plantas ornamentais, trepadeiras, arbustos, bananeiras e outras) junto a paredes e muros.
- Vedar soleiras de portas e janelas, frestas e buracos em paredes, assoalhos e vãos entre o forro e a parede. Usar telas em ralos no chão, nas pias e tanques.
- Afastar as camas e berços das paredes. Evitar que roupas de cama e mosquiteiros encostem no chão. Não pendurar roupas nas paredes.
- Não manipular entulhos, tijolos ou telhas sem luvas apropriadas. Não explorar com a mão desprotegida, frestas de muro, troncos de árvore ou tocas de animais.

2.2.6. A contaminação por água ou alimentos

2.2.6.1. Diarréia do Viajante

A diarréia do viajante é a doença mais freqüente tanto no Brasil quanto em qualquer país do mundo afetando cerca de 20 a 50% dos viajantes, mas o risco é considerado maior em países em desenvolvimento onde as condições de saneamento básico são precárias. Pode vir associada a sintomas como dor abdominal, vômitos e febre. É transmitida basicamente por bactérias ou vírus encontrados em alimentos ou água contaminados³⁹.

No entanto, pesquisadores americanos já descobriram um antibiótico chamado *rifaximina* que pode ser utilizado para prevenir ou tratar a temida diarréia, mas o medicamento ainda está em fase de testes de acordo com a reportagem do Caderno de Turismo da Folha de S. Paulo de 19 de maio de 2005. Fala-se também que pessoas afetadas constantemente pela diarréia durante as viagens tendem a diminuir a freqüência ou não viajar mais.

Visto que, a diarréia do viajante é considerada um dos principais problemas de saúde durante as viagens, foi levantada uma hipótese de que essa contaminação seria uma grande preocupação para os viajantes. Com objetivo de identificar, junto ao viajante, os sintomas decorrentes da alimentação e seu estado de saúde em viagens, Theodoro e Silva⁴⁰ realizaram uma pesquisa exploratória no Aeroporto Internacional de Guarulhos, na cidade de São Paulo, utilizando a técnica de entrevista dirigida, constando de três questões que abordaram o registro de contaminação alimentar, os sintomas associados à contaminação e o local ocorrido.

Foram entrevistadas 28 pessoas no mês de julho de 2005, selecionadas aleatoriamente antes e após realizarem o embarque para vôos nacionais e que concordassem participar da entrevista. Utilizou-se como critério de seleção da amostra indivíduos com fluência no idioma português.

³⁹ Organização Mundial da Saúde e do Guia de saúde do viajante para profissionais de saúde da Petrobrás.

⁴⁰ Joyce Araújo Theodoro e Vanina Heidy Matos Silva. Alunas do Programa de Mestrado em Hospitalidade da Universidade Anhembi Morumbi. Pesquisa quantitativa realizada no Aeroporto Internacional de Guarulhos, São Paulo, 2005.

De acordo com o primeiro gráfico, 93% dos entrevistados afirmaram ter apresentado algum tipo de sintoma após a ingestão de alimentos durante viagens.

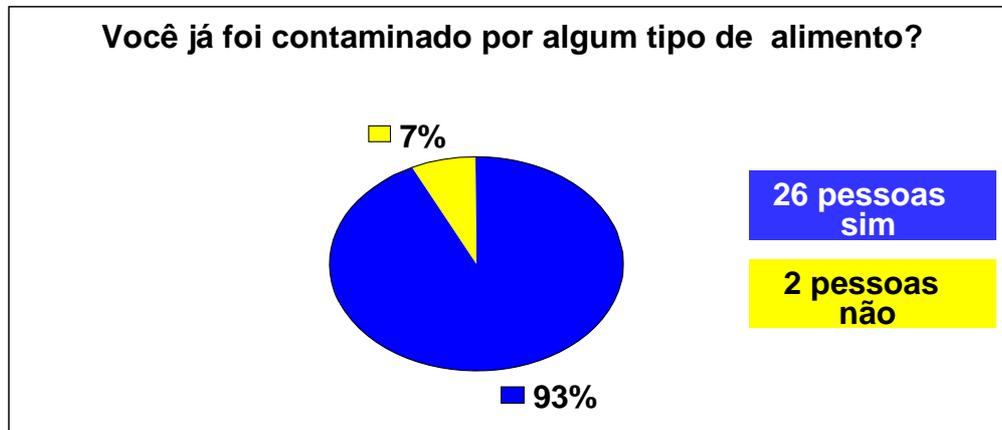


Gráfico 1: Porcentagem de viajantes contaminados por alimento.
Fonte: Theodoro e Silva, 2005.

Os principais sintomas relatados foram vômitos associado à diarreia num total de 43%, seguido de somente diarreia 38% e 19% somente vômito.

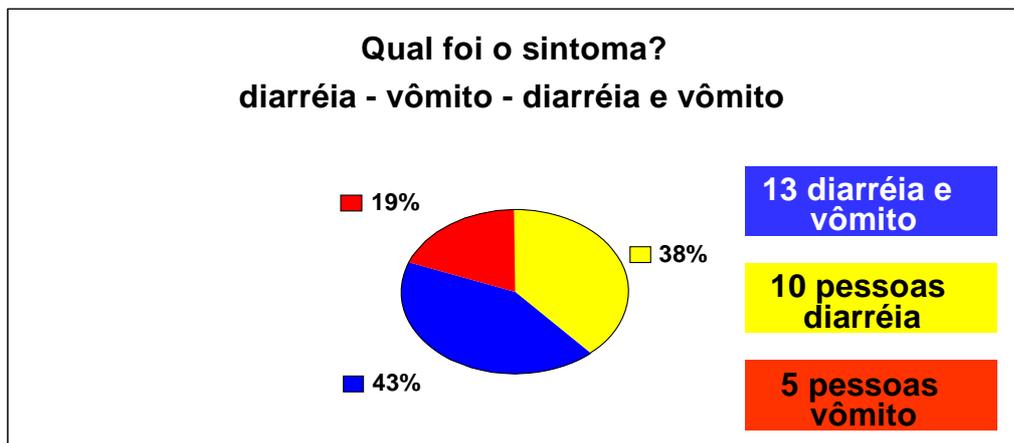


Gráfico 2: Sintomas apresentados por contaminação alimentar.
Fonte: Theodoro e Silva, 2005.

Em relação ao local onde ocorreu a contaminação alimentar, 69% dos entrevistados afirmaram ter sido durante viagens e 31% relataram ter ocorrido na cidade onde residem, conforme gráfico a seguir.

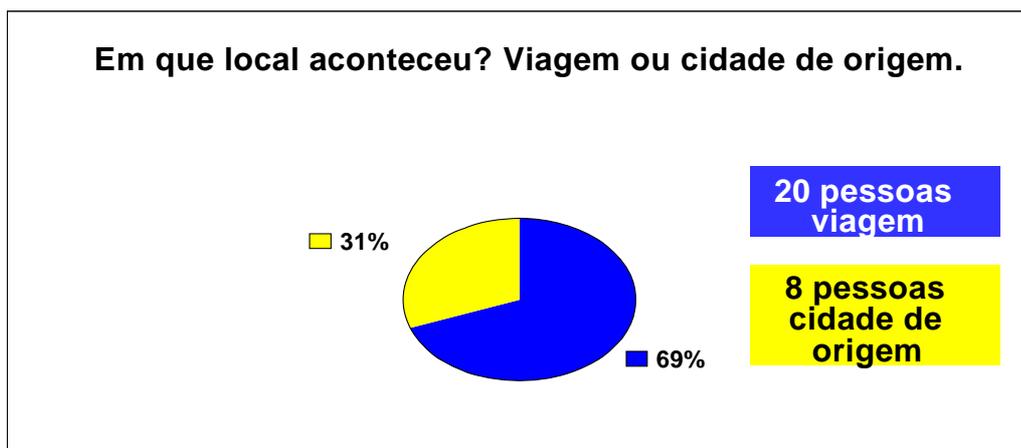


Gráfico 3: Local de ocorrência da contaminação.

Fonte: Theodoro e Silva, 2005.

Os resultados sugerem que a aquisição de doenças veiculadas por alimentos durante viagens é freqüente e pode gerar graves problemas de saúde pública.

A diarreia pode ser evitada pelo consumo de água tratada, da seleção e cuidado na manipulação e preparo dos alimentos. A figura abaixo demonstra um exemplo de uma ambulante filtrando água para turistas, este é um dos motivos pelo qual se deve ter cuidado ao adquirir alimentos ou bebidas sem procedência durante viagens.



Figura 10: Vendedora ambulante filtrando água para turistas.

Fonte: CIVIS-UFRJ.⁴¹

⁴¹ Foto tirada por Paula Filgueiras Etienne, *Altiplanos Andinos*, 1998. Disponível em: <http://www.cives.ufrj.br/informacao/viagem/protecao.html>.

2.2.6.2. Cólera

A cólera é uma infecção intestinal aguda, potencialmente fatal, causada por uma toxina produzida pelo *vibrio cholerae* e sua transmissão ocorre principalmente por meio de ingestão de água ou alimentos contaminados.

O tratamento da cólera consiste basicamente em re-hidratação podendo evoluir para óbito quando não tratada na sua forma mais grave.

Segundo o Ministério da Saúde, em fevereiro de 2005 foi registrada a ocorrência de quatro casos de cólera em Pernambuco, que no mesmo período em 2003 havia ocorrido um surto de doenças diarréicas chegando a 170 casos e em 2004 houve um aumento atingindo o pico de 187 casos.

As medidas profiláticas contra cólera ainda apresentam baixa eficácia e curta duração de proteção.

2.2.6.3. Febre Tifóide

A febre tifóide é uma doença infecciosa aguda, potencialmente fatal, causada por uma bactéria de nome *salmonella typhi*, sua principal forma de transmissão é a ingestão de água ou alimentos contaminados com fezes humanas ou urina contendo a bactéria. A vacina contra febre tifóide deve ser avaliada individualmente após consulta médica.

2.2.6.4. Hepatite A

A hepatite A é uma doença infecciosa aguda causada pelo vírus da hepatite A que produz inflamação e necrose do fígado. A transmissão se dá através da ingestão de água e alimentos contaminados ou diretamente de uma pessoa para outra e pelo contato de resíduos fecais com a boca. Existe vacina contra a hepatite A, disponível apenas na rede particular de saúde do Brasil, não gratuita.

2.2.6.5. Cuidados com água e alimentos

- Certificar-se da necessidade de vacinar contra hepatite A, febre tifóide e poliomielite.
- Hospedar-se em áreas com infra-estrutura adequadas (água e esgoto tratados).
- Lavar sempre as mãos com água e sabão após a defecação e antes do preparo de alimentos e das refeições.
- Utilizar água tratada (ou mineral) para escovar os dentes. Em geral, mesmo em países desenvolvidos, a água disponível nos toaletes dos trens não é potável.
- Consumir bebidas engarrafadas ou enlatadas industrialmente. Refrigerantes, cervejas e vinhos são geralmente seguros. Café e chá preparados com água fervida e bebidos ainda quente não constituem risco. Evitar consumo de leite não-pasteurizado.
- Não beber água mineral, refrigerantes ou cerveja diretamente de latas ou garrafas, sem lavá-las adequadamente. Utilizar canudo plástico ou copo limpo.
- Utilizar água mineral gasosa engarrafada industrialmente, que em geral tem menos risco de estar adulterada e de transmissão de doenças. Quando não for possível, beba água fervida ou tratada (cloro ou iodo).
- Comer alimentos cozidos ou fervidos, preparados na hora do consumo. Não consumir alimentos preparados à base de ovos (como maionese caseira), molhos, sobremesas tipo *mousse*, sorvetes e gelo.
- Evitar legumes e frutas cruas que não possam ser descascados no momento do consumo. Os legumes são facilmente contaminados e difíceis de serem lavados adequadamente.
- Não consumir bebidas, sucos, sorvetes, gelo ou qualquer tipo de alimento adquirido com vendedores ambulantes.

2.3. Outros agravos à saúde do viajante

2.3.1. Enjôo do movimento

Um problema comum associado a viagens é o enjôo do movimento que caracteriza-se por(...)

(...) uma série de sintomas, conhecidos como Cinetoses, ocasionados por excessiva estimulação do labirinto provocada por sucessivas e súbitas necessidades de adaptação espacial, ou seja, por distúrbios do movimento, que ocorrem durante viagens marítimas, aéreas ou terrestres. (ECOPESSCA)⁴².

Fala-se que, geralmente, os sintomas percebidos são palidez, suor frio, tontura, salivação excessiva, náusea, enjôo e por fim vômitos. No *site* da Ecopesca são apresentadas algumas dicas importantes para evitar ou minimizar o enjôo do movimento como, por exemplo: não ler durante a viagem, não observar ou conversar com outro viajante que está sofrendo de enjôo, sentar-se no banco da frente do carro, no navio procurar ir em pé do *deck* olhando sempre para o horizonte e no avião escolher se possível um lugar na janela perto das asas e olhar para fora.

2.3.2. *Jet lag*

O *jet lag* trata-se de uma desorientação do corpo ocasionado por atravessar em curto tempo zonas de clima e fusos horários diferentes. A sensação de cansaço após longas viagens de avião seria causada pela falta de sincronia entre duas regiões do cérebro, segundo cientistas da Universidade de Washington, nos Estados Unidos, que estudam uma solução para esse problema. Defendem que uma pessoa tem dois centros de referência temporal no cérebro, sendo que um está relacionado às 24 horas do dia, tempo marcado pelo relógio, e o outro está relacionado a fatores

⁴² ECOPESSCA. Dicas para evitar ou minimizar o enjôo do viajante. Disponível em: <http://www.ecopesca.com.br/mat_saude_enjoo.htm>. Acessado em 14/06/05.

externos, como o dia e a noite, e a partir daí poderá ser possível descobrir mecanismos para tratamento do *jet lag*.⁴³

2.3.3. Violência urbana

A violência é um risco que pode acontecer em qualquer lugar do mundo, no entanto, os riscos de violência contra o viajante, como assaltos, furtos, seqüestros e homicídios, podem ser mais altos dependendo do lugar de destino.

O risco de um viajante ser vítima de bioterrorismo ou terrorismo biológico é considerado muito baixo, e por se tratar de ataques surpresa, não existem medidas de prevenção.

2.3.4. Alterações psíquicas

2.3.4.1. *Stress*

As viagens por motivo de trabalho podem estar associadas a um grau de *stress* durante as viagens. De acordo com o Guia de Saúde de Viajante da Petrobrás, realizou-se uma pesquisa com funcionários do Banco Mundial na qual se relacionava a viagem de trabalho com o *stress*. Os resultados apresentaram a existência de um grau *stress* de moderado a elevado entre cerca de 78% dos entrevistados que responderam que os fatores emocionais e sociais foram os que mais influenciaram, principalmente o impacto negativo na família e a sensação de isolamento durante a viagem. Outros fatores que contribuíram para o *stress* foram a preocupação com a saúde e o acúmulo de trabalho após o retorno.

2.3.4.2. Sensação de anonimato

Freqüentemente tem-se a sensação de anonimato durante viagens, por estar em lugares desconhecidos, convivendo temporariamente com pessoas diferentes

⁴³ Reportagem disponível em: <http://vocesa.abril.com.br/aberto/voceemequilibrio>.

sem contato com o cotidiano do viajante. As viagens também podem interferir no comportamento humano despertando o desejo de realizar novas experiências. A realização de atividades esportivas sem preparo físico prévio aumenta o risco de acidentes, e também, tornar-se mais comum a prática de sexo casual aumentando o risco de contaminação de doenças sexualmente transmissíveis.

2.3.4.3. Acidentes

Acidentes de trânsito são a causa mais importante de morte e adoecimento entre viajantes e afogamento é a segunda causa mais comum de acidente fatal. Torna-se importante informar-se sobre as leis de tráfego e as condições das estradas no local do destino, bem como, não dirigir após ingestão de bebidas alcoólicas e respeitar os limites de velocidade. Quanto aos esportes recomenda-se não ingerir bebidas antes de praticar esportes aquáticos, usar coletes salva-vidas em passeios de barco e não mergulhar em águas com profundidade desconhecida.

2.4. Medidas preventivas e curativas adotadas para a saúde do viajante

A medicina do viajante orienta para a preparação de um kit de primeiros socorros que o viajante pode levar em sua bagagem. De acordo com os médicos infectologistas não se deve estimular a auto-medicação, mas em alguns destinos o viajante pode não estar amparado por assistência médica local, e além de informações deveria estar munido de medicações para eventuais emergências.

Veja a seguir sugestões de um kit de primeiros socorros para viagens:

Kit Primeiros Socorros ao Viajante	
Medicações de uso pessoal (levar sempre uma receita, especialmente dos remédios controlados)	Pomada antifúngica, antibacteriana e creme com corticóide
Profilaxia para malária	Hidratante oral
Antibiótico para diarreia	Descongestionante
	Repelente
	Protetor solar
Antidiarréico	Termômetro
Laxante leve	Purificador de água
Antitussígeno	Curativo básico:gaze, anti-séptico
Antiácido	

Quadro 12: Itens de primeiros socorros sugeridos para a viagem.

Fonte: Rocha e Martins, 2005.

Em diversos países não é possível adquirir medicamentos sem receita médica, nem mesmo um simples remédio para dor de cabeça, sendo mais difícil ainda obter medicações em áreas remotas ou isoladas da área urbana. Portanto, quando se faz uso de remédios regulares é necessário fazer uma estimativa junto ao médico da quantidade necessária para o período de viagem, sendo indicado que se leve em dobro e seja dividida uma parte na bagagem de mão e outra na bagagem despachada, garantindo-se em caso de extravio de bagagem.

Com a segurança mais rígida nos aeroportos os utensílios de metal, como tesoura, alicate, pinça, podem ser levados na bagagem despachada, e apenas remédios necessários durante o trajeto da viagem deveriam ser levados na bagagem de mão.

Rocha e Martins (2005), especialistas em infectologia pela Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI), finalizam dizendo que “lamentavelmente, a grande maioria dos viajantes não procura assistência médica antes da viagem para receber

orientações preventivas”. E que esse fato pode ocorrer por alguns motivos como: desinformação dos riscos, falta de cobertura dos convênios ou desconhecimento da especialidade de medicina do viajante.

2.4.1. Vacinas

As vacinas têm papel importante na prevenção de doenças infecciosas e sua eficácia na saúde da população é comparada ao tratamento da água como medida sanitária. A vacinação tornou possível a erradicação de diversas doenças no Brasil e no mundo.

A vacinação deve iniciar-se com o calendário vacinal padrão logo após o nascimento e ser atualizado durante toda a vida, respeitando sempre as contra-indicações. Existe no Brasil o Programa Nacional de Imunização (PNI) criado em 1973 sob responsabilidade do Ministério da Saúde que define o calendário básico de vacinas no país, atualizando sempre que surgem novas vacinas que passam a ser disponibilizadas na rede pública.

2.4.2.. Vacinação de viajantes

Além de atualização do calendário vacinal padrão, é necessário avaliar a necessidade de imunizações complementares especiais antes de viajar. Para algumas vacinas são necessárias mais de uma dose e outras precisam ser aplicadas com um tempo de antecedência para produzir o efeito protetor adequado.

As vacinas exigidas como condição para a concessão de visto, em geral, visam a proteção da população do país receptivo e não necessariamente a do viajante e essa exigência pode variar de um país para outro, sendo necessário verificar essa informação nas embaixadas e consulados.

O planejamento de imunizações em viajantes requer conhecer previamente informações clínicas sobre: doenças anteriores, doenças atuais, tratamentos em curso, gestação, alergias alimentares, alergias medicamentosas, vacinas já recebidas e eventos adversos a vacinas. Juntamente com as informações sobre a viagem como: roteiro, tempo de permanência, tipo de transporte, estilo de viagem, condições de alojamento, condições de higiene e disponibilidade de assistência

médica, é possível programar a atualização e recomendação de vacinas para prevenir ou minimizar a contaminação do viajante por doenças infecciosas.

Capítulo 3. METODOLOGIA

“Arte de guiar o espírito na investigação da verdade”.(FERREIRA, 1986).

Neste capítulo são abordados os caminhos percorridos na tentativa de se chegar à resposta da questão inicial proposta no projeto de pesquisa: As políticas públicas de saúde e de turismo, no Brasil, estão dirigidas à preocupação com a saúde do viajante? Qual a responsabilidade que cabe ao Turismo em relação à saúde do viajante?

Iniciar uma pesquisa sobre o tema da saúde do viajante não foi um trabalho simples devido a escassez de bibliografia existente. Com o intuito de chegar ao maior conhecimento possível sobre esse assunto foi realizada primeiramente uma revisão bibliográfica abrangendo a área da saúde e a área de turismo.

Esse estudo surgiu a partir de uma visita ao Instituto de Infectologia Emílio Ribas em São Paulo onde funciona o Núcleo de Medicina no Viajante. Visto que essa questão estava sendo tratada pela área de saúde, iniciou-se um questionamento sobre qual seria a responsabilidade da área de turismo em participar da prevenção ou cuidado com a saúde do viajante.

Os pressupostos de pesquisa levantados supunham que a saúde do viajante não era um item considerado dentro das políticas públicas de turismo no Brasil, e de que existem riscos para a saúde do viajante que deveriam ser considerados, e que a área do turismo e da saúde atuavam de maneira isolada.

3.1. Tipo de pesquisa

Nesta pesquisa optou-se pelo tipo de pesquisa qualitativa descritiva com abordagem de estudos exploratórios utilizando-se como técnicas de pesquisa o levantamento bibliográfico, a investigação documental e a pesquisa de campo com entrevistas não estruturadas.

A metodologia qualitativa é indicada quando o tema ou objeto não é familiar e quando o que mais se busca é compreender o significado de um fenômeno do que levantar aspectos quantitativos do mesmo.

3.1.1. Técnica de pesquisa:

As técnicas de pesquisa utilizadas neste trabalho foram:

Pesquisa documental: Documentos de modo geral são todos os materiais escritos que podem servir como fonte de informação para a pesquisa científica, encontrado em arquivos públicos ou particulares. Os documentos analisados para esta pesquisa foram documentos oficiais, como o Plano Nacional de Turismo e as Notas Técnicas de Saúde.

Pesquisa bibliográfica: levantamento da bibliografia publicada que tenha relação com o tema em estudo.

Questionário: Foi utilizado um questionário eletrônico elaborado por uma questão aberta, enviada por e-mail aos participantes da pesquisa.

3.2. Coleta de dados

O primeiro passo foi organizar uma bibliografia fazendo um levantamento de abrangência nacional e internacional sobre o que existia sobre o tema proposto nas áreas de turismo e saúde. As primeiras leituras exploratórias versavam sobre a questão de partida fixada orientadas para os temas de “saúde” e “turismo”. No início ainda não se sabia que delimitação seria dada ao universo abrangente de um tema praticamente inédito no Brasil.

As principais referências bibliográficas que auxiliaram na reflexão do objeto de estudo foram artigos científicos internacionais da medicina do viajante que auxiliaram na compreensão do tema dentro da medicina e da área de saúde. Outras informações foram encontradas a partir da Organização Mundial da Saúde que disponibilizava em seu *site* uma publicação sobre a saúde do viajante com diversas recomendações de prevenção e a situação de algumas doenças no mundo, inclusive na América do Sul. Descobriu-se também a existência da Sociedade Internacional de Medicina do Viajante (ISTM) que organizava há 18 anos uma conferência bienal

para tratar de diversos temas relacionados à saúde do viajante. Os temas tratados incluíam a preocupação em levantar que impactos um surto de uma doença poderia causar para atividade turística.

Verificou-se que dentro do Ministério da Saúde do Brasil existiam informações a partir da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) como, indicações de vacinação, a descrição de algumas doenças infecciosas existentes no Brasil como a febre amarela e malária, além de informações de prevenção que os viajantes deveriam tomar durante as viagens de férias. Encontrou-se um mapa dos postos da ANVISA nas fronteiras do país e uma “declaração de saúde do viajante” para preenchimento do viajante entre as fronteiras. Procurou-se descobrir a finalidade dessa declaração visto que, não foram encontrados dados sobre as informações contidas nesse documento, nem para onde são encaminhadas essas declarações.

Na área de turismo não foram encontrados obras e artigos que abordassem especificamente a saúde do viajante. Informações sobre o tema, só em revistas especializadas como a Turismo em Números do Sindicato de Turismo de São Paulo que chamava a atenção para o crescimento do turismo de saúde e maior procura de tratamentos médicos por turistas estrangeiros no Brasil e quanto o setor de negócios do turismo estava interessado nesse ramo de atividade.

Pouco se falava sobre o assunto em organizações responsáveis por setores do turismo como as agências de viagens, as empresas de transportes, operadoras, hotéis e os próprios órgãos públicos de turismo, como o Ministério do Turismo e a Embratur.

Num segundo momento, realizou-se uma busca de informações em visita a eventos de turismo e o principal evento de turismo que acontece anualmente no Brasil no qual todo o *trade* turístico, a academia e políticos do turismo se reúnem para tratar diversos temas envolvendo a responsabilidade social do turismo dentre outros temas. Trata-se do “Fórum Mundial do Turismo” que aconteceu em outubro de 2005 no Rio de Janeiro.

Foi visitada também a “ABAV - Feira das Américas” organizada pela Associação Brasileira das Agências de Viagem, onde todos os agentes e operadores do turismo no Brasil estão presentes e é organizada uma feira de divulgação do turismo em todos os estados brasileiros, em novembro de 2005, no Rio de Janeiro.

Neste evento foi possível conversar com pessoas responsáveis pela elaboração das políticas de turismo e perguntou-se sobre a preocupação com a saúde do viajante no turismo. A impressão foi de que não sabiam do que se tratava e respondiam que tema de saúde era de responsabilidade do Governo Federal, dos estados e municípios e não do turismo. Neste mesmo evento, foram visitados os *stands* de todos os estados brasileiros a procura de informações ou menção sobre a saúde do viajante e não foi encontrada nenhuma referência ao tema. Existia apenas um *stand* oferecendo seguro de saúde para viagens.

Somente num terceiro momento, o Plano Nacional de Turismo foi escolhido para ser analisado como objeto de estudo. A princípio, pretendia-se fazer uma análise de todas as políticas de turismo existentes, mas após verificar que a medicina do viajante teve início no Brasil a partir de meados de 2000, certamente não seria localizado o tratamento do assunto da saúde do viajante dentro das políticas de turismo anterior a esse período. Com a criação do Ministério do Turismo em 2003 foi delineado o Plano Nacional de Turismo apresentando novas metas e objetivos para 2007, sendo assim, decidiu-se analisar esse documento no propósito de contribuir inserindo a reflexão sobre a responsabilidade com a saúde do viajante dentro desta política atual do turismo.

Para a coleta dos dados, optou-se pelo questionário eletrônico, por ser uma técnica rápida de fácil retorno, sem custo para o pesquisador e respondente. Foram encaminhados oito questionários para pessoas renomadas na área de atuação e que tivessem vínculos com as áreas em estudo, dos quais apenas três retornaram no prazo de sete dias estipulado para a devolução. O objetivo era avaliar a percepção de interlocutores externos à visão do pesquisador e do levantamento de informações realizadas até o momento.

A questão foi elaborada incluindo inicialmente um breve contexto sobre o tema e enviada por e-mail para ser respondida, solicitando autorização para divulgação dos participantes e instituição, como segue:

E-mail de apresentação:

Prezados Senhores:

Esta é uma pesquisa para o Programa de Mestrado em Hospitalidade em São Paulo sobre “a saúde do viajante no contexto do turismo”. Nesse sentido solicito sua valiosa contribuição respondendo a questão que segue em anexo. Seu nome só

será identificado na pesquisa mediante sua autorização, por escrito, antes da divulgação da mesma. Caso contrário, será mantido o anonimato dos respondentes, identificando apenas o cargo/ ou instituição em que atua.

Questão:

Sabe-se que as doenças e epidemias se deslocaram entre os continentes através das viagens, facilitadas ao longo do tempo, pelo desenvolvimento dos meios de transportes, como: avião, navio, trem e automóvel.

Segundo O Ministério da Saúde do Brasil, em nota técnica divulgada em 2005, foi notificado um caso de sarampo em um esportista brasileiro, infectado ao participar de evento internacional nas Ilhas Maldivas. Ao retornar da viagem, o esportista fez uma conexão em São Paulo com destino à Florianópolis, de onde seguiu no dia seguinte para a Bahia. Retornou, em seguida, para Florianópolis, com conexões em Brasília e São Paulo. Foi detectado que nesse último trajeto ocorreu a transmissão do sarampo para um empresário de Santa Catarina e para uma criança de São Paulo, que estavam no mesmo voo do esportista. Essa criança transmitiu sarampo para seu irmão. Um filho do esportista também adquiriu a infecção.

Em novembro de 2005 foram registrados casos de febre maculosa (doença infecciosa) em Petrópolis e, dentre os casos confirmados, um deles era o de uma turista.

Dentro desse contexto, qual a sua opinião sobre a questão levantada no texto, ou seja, da saúde do viajante no turismo? Este tema esteve, ou está presente, no âmbito de sua atividade profissional? De que maneira? Para você, quais são os setores responsáveis ou que poderiam estar envolvidos no cuidado com a saúde do viajante? (setor da saúde, turismo, outros, quais?). Você acredita que levantar a questão sobre a saúde no turismo pode vir a contribuir ou prejudicar o setor?

Para análise das entrevistas foram agrupados dados convergentes e destacados os pontos divergentes ou não coincidentes na visão dos respondentes, à luz do Plano Nacional de Turismo e das Notas Técnicas do Ministério da Saúde.

3.3. Limitações da pesquisa

Por se tratar de um tema contemporâneo, pouco estudado no Brasil, houve dificuldade na obtenção de bibliografia nacional para fundamentação teórica, tendo sido encontrado na sua maioria informações retiradas de reportagens em jornais e revistas e sites da internet. Na área de turismo não foi encontrada bibliografia tratando sobre o tema da saúde do viajante. A bibliografia internacional ofereceu mais opções de publicação tendo sido encontradas publicações oficiais na

Organização Mundial da Saúde e artigos publicados nos congressos realizados pela Sociedade Internacional de Medicina do Viajante (ISTM).

Houve grande dificuldade em se obter dados tanto na área de saúde quanto de turismo. Na saúde, inicialmente optou-se por utilizar a publicação “Relatório de Situação 2005” da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) que apresenta dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) sobre as doenças transmissíveis e de notificação obrigatória para adoção de medidas de prevenção e controle, conforme descreve no relatório disponível no site do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br). Existe um relatório para cada unidade de federação do país. Desta forma estavam sendo analisados os dados que foram sistematizados em tabelas e mapeados, pois seria realizada uma análise espacial das doenças no Brasil.

Mas no decorrer da pesquisa foi constatado que algumas informações estavam contraditórias, como, por exemplo, no relatório do estado de São Paulo constava que haviam sido notificados 588 casos de febre amarela no ano de 2004, mas conforme o quadro nove do capítulo dois, retirado de nota técnica oficial do MS, foram registrados apenas cinco casos de febre amarela no Brasil em todo o ano de 2004. A mesma contradição aconteceu com a notificação de outras doenças, então foi enviando um e-mail à equipe responsável pelo relatório questionando sobre esses dados, apontando inclusive alguns erros que foram localizados (repetição de linhas), mas não houve retorno, o que levou a desconsiderar esta publicação para a pesquisa por não transmitir credibilidade nas informações, mesmo sendo uma publicação oficial do MS.

A partir de então, foram adotadas apenas as notas técnicas oficiais do MS disponíveis na internet, pois apresentavam os casos de surtos de doenças mais recentes com informações mais coerentes com a realidade, conforme sugestão da banca de qualificação deste trabalho.

Na área de turismo também houve dificuldade em trabalhar com dados publicados pela Embratur, que no anuário estatístico de 2005, apresentava dados incorretos sobre a movimentação de passageiros em aeroportos do Brasil. Buscou-se então dados diretamente da Infraero que faz o controle de passageiros nos aeroportos do país e atualiza os dados mensalmente em seu *site*. Não foram encontrados dados sobre a movimentação de passageiros no transporte rodoviário, ferroviário e marítimo.

Capítulo 4. AÇÕES DO TURISMO E DA SAÚDE

Como já visto anteriormente, alguns casos de transmissão de doenças estão relacionados diretamente a condições de saneamento da água e esgotos, às condições de vida da população e a pobreza em países em desenvolvimento.

De acordo com dados mundiais das Nações Unidas, quatro em cada dez pessoas não têm acesso nem a uma simples latrina e duas em cada dez pessoas não têm nenhuma fonte de água limpa. Cerca de 114 milhões de crianças não recebem sequer educação básica e 584 milhões de mulheres são analfabetas. A expectativa de vida média dos mais pobres é de 40 anos, a dos mais ricos, 80 anos e, finalmente, mais de um bilhão de pessoas no mundo vive com menos de US\$1 (um dólar) por dia. São também apresentados alguns dados elementares que revelam as causas e expressões da pobreza, analisando-se especificamente os dados de saúde, prevendo que:

- Mais de 50% dos africanos sofrem de doenças relacionadas à qualidade da água, como cólera e diarreia infantil.
- Todos os dias, o HIV/AIDS mata 6.000 pessoas e infecta outras 8.200.
- A cada 30 segundos, uma criança africana morre devido à malária, o que significa mais de um milhão de crianças mortas por ano.
- A cada ano, aproximadamente 300 a 500 milhões de pessoas são infectadas pela malária. Aproximadamente três milhões de pessoas morrem por causa da doença.
- Tuberculose é a principal causa de morte relacionada com a AIDS e, em algumas partes da África, 75% das pessoas portadoras do vírus HIV também têm tuberculose.

- Mais de 2,6 bilhões de pessoas, mais de 40% da população mundial, carecem de saneamento básico e mais de um bilhão continua a usar fontes de água imprópria para o consumo.
- Cinco milhões de pessoas, na sua maioria crianças, morrem todos os anos de doenças relacionadas à qualidade da água.

Em 2000 aconteceu a maior reunião de líderes mundiais chamada de Cúpula do Milênio que firmou a “Declaração do Milênio” estabelecendo o compromisso entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, para reduzir a pobreza, melhorar a saúde, promover a paz, os direitos humanos e a sustentabilidade ambiental.

A partir dessa ação, em 2002, foi constituído o Projeto do Milênio das Nações Unidas (*Millennium Project*) como um plano de ação concreta para reverter o quadro de pobreza, fome e doenças, funcionando como um órgão consultivo independente, apresentando recomendações em “Um Plano Global para Alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio” até 2015, sendo eles:

1. Erradicar a extrema pobreza e a fome.
2. Atingir o ensino básico universal.
3. Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres.
4. Reduzir a mortalidade infantil.
5. Melhorar a saúde materna.
6. Combater o HIV/AIDS, malária e outras doenças.
7. Garantir a sustentabilidade ambiental.
8. Estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento.

De acordo com as Nações Unidas, se os objetivos forem atingidos, mais de 500 milhões de pessoas sairão da extrema pobreza e 250 milhões não mais passarão fome. Cerca de 30 milhões de crianças serão salvas e dois milhões de óbitos maternos terão sido evitados. E outras 350 milhões de pessoas terão acesso à água potável e 650 milhões de pessoas terão acesso a saneamento básico.

O Projeto do Milênio cita algumas “ferramentas” disponíveis para ação que são semelhantes às ações sugeridas pela medicina do viajante e Organização Mundial da Saúde como forma de prevenir doenças, conforme a seguir:

- Mosquiteiros tratados para evitar a malária
- Vacinação em massa contra doenças
- Terapias anti-retrovirais para combater a AIDS
- Fertilizantes e manejo florestal
- Poços artesianos para obter água potável
- Geradores e energia alternativa para vilas

As expectativas para o alcance desses objetivos vêm mobilizando todos os países, inclusive o Brasil. Dentre as dez recomendações estratégicas do Projeto do Milênio existe uma delas voltada aos países em desenvolvimento na qual são solicitadas estratégias de redução da pobreza baseadas nos objetivos citados, para alcançar as metas dos até 2015. Como parte da participação do Brasil, o Ministério do Turismo colabora na formulação do projeto Turismo e Desenvolvimento Sustentável - Alívio da Pobreza utilizando o turismo como forma de geração de empregos além de outras ações, estando esse plano vinculado ao Projeto do Milênio.

4.1. Definições de política

Percebe-se então que planos e políticas são criados para resolução de problemas em todas as escalas mundiais. Conceituando a palavra “problema”, para Najberg (2003), os problemas, que podem ser considerados atual ou potencial, não existem como unidades isoladas, mas se apresentam como um conjunto resultante de demandas políticas e sociais, necessidades identificadas, juízos de valor sobre certa realidade e compromissos políticos assumidos. E ainda, uma vez definidos os problemas, a próxima etapa será escolher suas possíveis soluções.

O termo “política” pode ser entendido como um conjunto específico de atividades de controle, os quais geram “variedades políticas” que podem ser estabelecidas segundo diferentes dimensões. Ainda a palavra “política” pode ser

classificada dentre algumas categorias como (MONTEIRO *apud* NAJBERG, 2003, p.97):

- Política como um rótulo para um campo de atividade: “política econômica”, “política social”.
- Política como uma autorização formal: refere-se a estatutos ou atos do legislativo.
- Política como um programa: atividade governamental que envolve aspectos legislativos, organizacionais e recursais.
- Política como rótulo para um campo de atividade: “política habitacional”, “política educacional”, “política de saúde”.
- Política como produto: vista como aquilo que o governo realmente entrega, libera ou distribui.
- Política como resultado: avaliação dos impactos e resultados com coerência à proposta inicial da política.
- Política como teoria ou modelo: um modelo ou uma teoria de causa e efeito.
- Política como um processo: permite revelar no decorrer de um período as mudanças e diversidades envolvidas num processo.

4.2. Ministério do Turismo do Brasil

O Ministério do Turismo foi instituído em 2003 lançando o Plano Nacional de Turismo, apresentando metas e diretrizes para o turismo no Brasil, a serem alcançadas até 2007. Segundo mensagem do Ministro do Turismo Walfrido Mares Guias a criação do ministério vem atender diretamente a uma antiga reivindicação do setor turístico.

A estrutura do Ministério do Turismo foi organizada conforme organograma a seguir, tendo duas secretarias subordinadas diretamente (Secretaria Nacional de Políticas de Turismo e a Secretaria Nacional de Programas de Desenvolvimento do Turismo) além de contar o Conselho Nacional de Turismo e a Embratur vinculados aos assuntos do ministério.

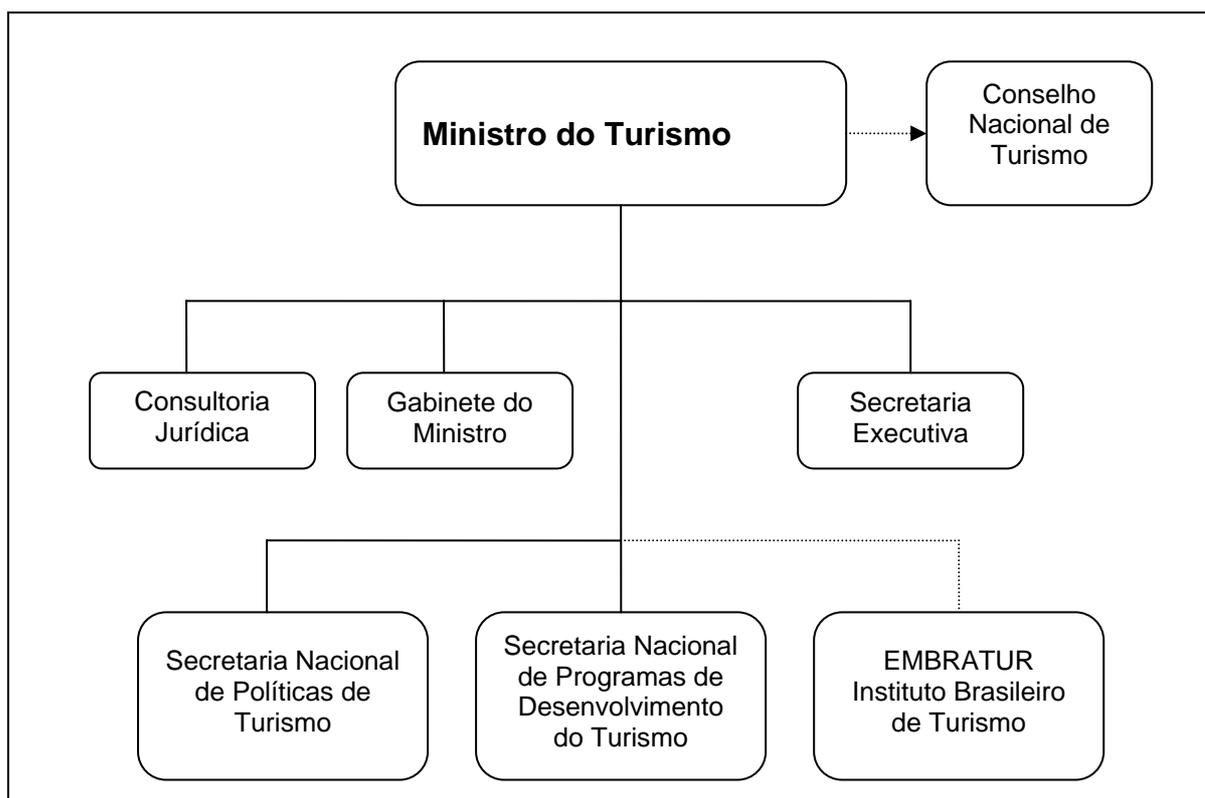


Figura 11: Organograma Ministério do Turismo do Brasil em 2006.
Fonte: Ministério do Turismo.⁴⁴

⁴⁴ Disponível em: <http://institucional.turismo.gov.br/>. Acessado em 6 de abril de 2006.

- Secretaria de Políticas de Turismo: compete precipuamente “a formulação, elaboração avaliação e monitoramento da Política Nacional do Turismo, de acordo com as diretrizes propostas pelo Conselho Nacional do Turismo”, bem como, articular as relações institucionais e internacionais necessárias para a condução desta Política.
- Secretaria de Programas de Desenvolvimento do Turismo: compete realizar ações de estímulo às iniciativas públicas e privadas de incentivos, de fomento, de promoção de investimentos em articulação com os Programas Regionais de Desenvolvimento, bem como, apoiar e promover a produção e comercialização de produtos associados ao turismo e à qualificação dos serviços.
- Instituto Brasileiro de Turismo – EMBRATUR: autarquia que tem como área de competência a promoção, divulgação e o apoio à comercialização dos produtos, serviços e destinos turísticos do país no exterior.
- Conselho Nacional do Turismo: órgão colegiado de assessoramento, diretamente vinculado ao Ministro do Turismo que tem como atribuições “propor diretrizes e oferecer subsídios técnicos para a formulação e acompanhamento da Política Nacional do Turismo”. Esse Conselho é formado por representantes de outros Ministérios e Instituições Públicas que se relacionam com o turismo e das entidades de caráter nacional, representativas dos segmentos turísticos.

4.2.1 Plano Nacional do Turismo

A principal característica apontada no Plano Nacional do Turismo é a gestão pública descentralizada e participativa visando atingir todos os estados, chegando aos municípios, onde efetivamente o turismo acontece. Desta forma foi criado o

Fórum Nacional de Secretários e Dirigentes Estaduais de Turismo para trabalhar em parceria com o Ministério e o Conselho Nacional de Turismo, como um órgão consultivo para auxiliar na solução de problemas apontados pelos estados e municípios.

Foram criados então os Conselhos Municipais de Turismo com o intuito de incentivar cada município na criação de Roteiros Integrados ofertando um conjunto de produtos turísticos advindos de cada região. Estes diversos órgãos atuam em composição desse sistema de gestão:

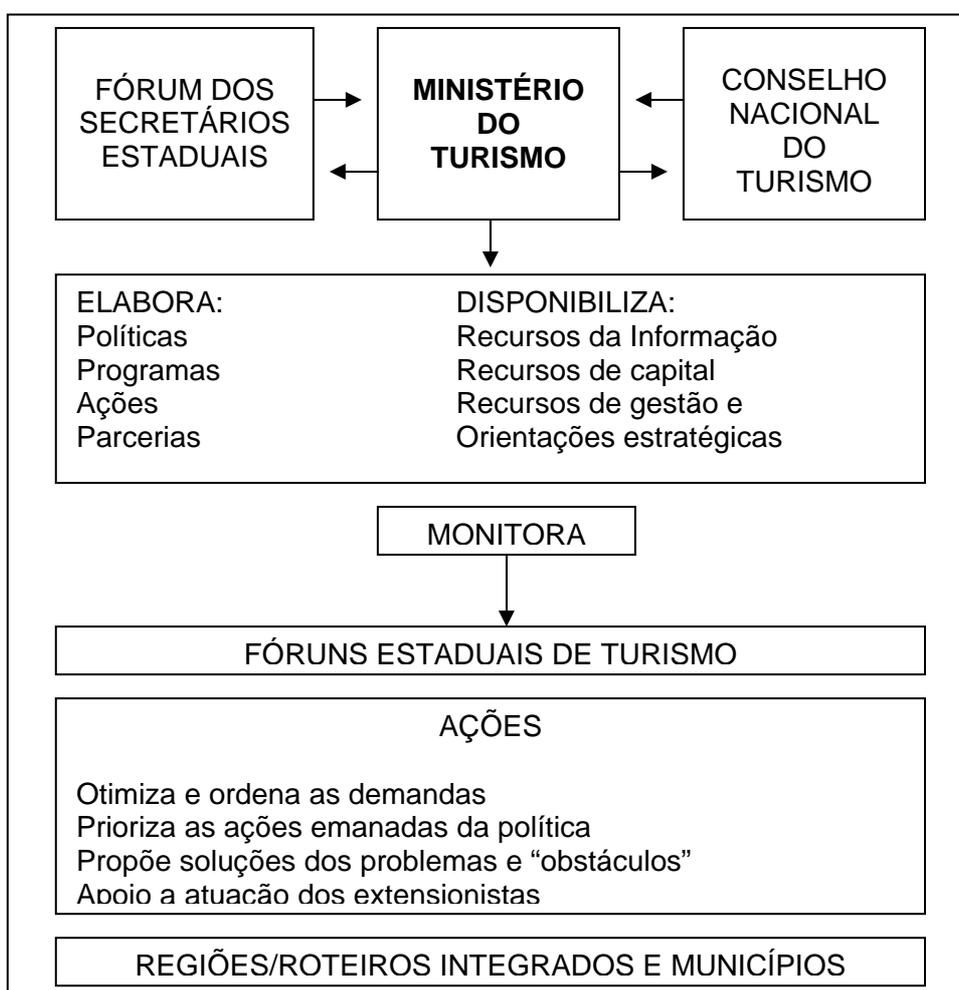


Figura 12: Sistema de Gestão do Plano Nacional de Turismo.

Fonte: Plano Nacional de Turismo.

A partir de reuniões que contaram com a participação de dirigentes estaduais de turismo, de entidades não governamentais e representantes do setor privado foi realizado um diagnóstico detectando-se os problemas do turismo no Brasil existentes descritos a seguir:

- ausência de um processo de avaliação de resultados das políticas e planos destinados ao setor.
- insuficiência de dados, informações e pesquisas sobre o turismo brasileiro.
- qualificação profissional deficiente dos recursos humanos do setor, tanto no âmbito gerencial quanto nas habilidades específicas operacionais.
- inexistência de um processo de estruturação da cadeia produtiva impactando a qualidade e a competitividade do produto turístico brasileiro.
- regulamentação inadequada da atividade e baixo controle de qualidade na prestação de serviços com foco na defesa do consumidor.
- superposição dos dispositivos legais nas várias esferas públicas, requerendo uma revisão de toda legislação pertinente ao setor.
- oferta de crédito insuficiente e inadequada para o setor turístico, deficiência crônica na gestão e operacionalização de toda infra-estrutura básica (saneamento, água, energia, transportes) e turística.
- baixa qualidade e pouca diversidade de produtos turísticos ofertados nos mercados nacional e internacional.
- insuficiência de recursos e falta de estratégia e articulação na promoção e comercialização do produto turístico brasileiro.

Segundo Cruz⁴⁵ a política pública em turismo pode ser entendida como:

(...)um conjunto de intenções, diretrizes e estratégias estabelecidas e/ou ações deliberadas, no âmbito do poder público, em virtude do objeto geral de alcançar e/ou dar continuidade ao pleno desenvolvimento da atividade turística num dado território.

⁴⁵ Cruz, 2002.

Após detectados os problemas, foram traçadas metas e diretrizes ao Plano Nacional de Turismo com objetivos gerais e específicos a serem atingidos, a saber:

Objetivos Gerais

- Desenvolver o produto turístico brasileiro com qualidade, contemplando nossa diversidade regionais, culturais e naturais.
- Estimular e facilitar o consumo do produto turístico brasileiro nos mercados nacional e internacional.

Objetivos Específicos

- Dar qualidade ao produto turístico.
- Diversificar a oferta turística.
- Estruturar os destinos turísticos.
- Ampliar e qualificar o mercado de trabalho.
- Aumentar a inserção competitiva do produto turístico no mercado internacional.
- Ampliar o consumo do produto turístico no mercado nacional.
- Aumentar a taxa de permanência e gasto médio do turista

4.2.2. Programa de Regionalização do Turismo

Pautado nas orientações contidas no Plano Nacional do Turismo, o Ministério do Turismo apresentou o Programa de Regionalização do Turismo – Roteiros do Brasil.

O Programa de Regionalização do Turismo⁴⁶ também chamado apenas de Roteiros do Brasil, consiste na divisão das cinco macro-regiões brasileiras (Norte,

⁴⁶ As regiões turísticas apresentadas no Programa de Regionalização do Turismo foram identificadas em março/abril de 2004 pelos Órgãos Oficiais de Turismo das Unidades Federadas, apoiados pelos Fóruns Estaduais de Turismo e parceiros. (Ministério do Turismo: www.turismo.gov.br).

Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul) com 219 micro-regiões nas quais fazem parte 3.203 municípios considerados destinos turísticos brasileiros.

O Programa de Regionalização do Turismo visa atingir os seguintes objetivos:

- dar qualidade ao produto turístico;
- diversificar a oferta turística;
- estruturar os destinos turísticos;
- ampliar e qualificar o mercado de trabalho;
- aumentar a inserção competitiva do produto turístico no mercado internacional;
- ampliar o consumo do produto turístico no mercado nacional;
- aumentar a taxa de permanência e gasto médio do turista.

O Salão do Turismo Roteiros do Brasil em 2004, primeiro grande evento de turismo após a criação do Ministério do Turismo, que aconteceu em São Paulo, apresentou os seguintes números:

- foram divulgados 134 roteiros turísticos
- teve um público de 108 mil visitantes
- participação de 3,9 mil expositores
- participação de 348 Agências de Viagem
- participação de 111 Operadoras

A continuidade desse Programa foi dada nos anos de 2005 e 2006 tendo aumentado gradativamente a participação de mais municípios das regiões brasileiras. Os roteiros estão sendo elaborados conforme a indicação dos municípios e estão sendo realizadas visitas um a um para análise e resolução de possíveis problemas e para a estruturação do roteiro como destino turístico a ser comercializado.

4.2.3. Informações sobre saúde na área de turismo

A companhia aérea VARIG explicou que alguns países como o México, Peru, Equador, Bolívia, Colômbia e Paraguai exigem de seus passageiros provenientes do Brasil a apresentação do Cartão Internacional de Vacinação contra Febre Amarela atualizado para entrada em seus territórios. O Brasil, por sua vez, exige o mesmo dos passageiros provenientes das áreas “endêmicas”, assim chamadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Centro de Controle de Doenças e Prevenção (CDC).

Algumas informações como, por exemplo, verificar se o destino do passageiro é foco de alguma doença ou se alguma vacina é recomendada, estão disponibilizadas no *site* da Associação Brasileira de Agências de Viagens (ABAV) aos agentes de viagem.

Em depoimento divulgado pelo *site* da *American Chamber of Commerce* (AMCHAM) uma turista diz ter contraído histoplasmoze (doença causada pela inalação de fungo que causa febre, sonolência, tosse e dificuldade respiratória) em visita ao interior de pirâmides no Egito, e teria evitado a doença se tivesse usado uma simples máscara de rosto, como faziam os turistas japoneses que ali estavam, e que de alguma maneira receberam esta informação de prevenção.

Uma reportagem sobre o tema de turismo, publicada pela revista *Veja* São Paulo, datada de 1º de junho de 2005, onde um guia do turista é proposto, seguido da seguinte frase: “A boa viagem começa na preparação”. Aí orienta-se sobre como arrumar as malas, o peso das bagagens, atenção aos com documentos, dinheiro, passaporte e a única informação de saúde é a precaução para o período de viagem dentro do avião, referindo-se quanto ao ar seco e ouvidos tampados. Por se tratar de um veículo de informação semanal, de repercussão nacional, o fato de não abranger os aspectos da saúde em viagens, faz-se pensar que ainda há muito a ser feito para que a disseminação de informações sobre a saúde do viajante se torne mais freqüente nos assuntos de turismo no Brasil.

4.3. Ministério da Saúde do Brasil

O Ministério da Saúde foi instituído no dia 25 de julho de 1953, sob a Lei nº 1.920. A Constituição Federal de 1988 determinou ser dever do Estado garantir saúde a toda a população e, para tanto, criou o Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde que detalha o funcionamento do SUS.

O Ministério da Saúde do Brasil, tendo José Saraiva Felipe como ministro atual é constituído de setores subordinados diretamente a ele (Órgãos Colegiados e Secretarias) e outros que lhe estão vinculados (Fundações Públicas, Autarquias, Empresa Pública e Sociedades de Economia Mista), como pode ser visto no organograma a seguir que ilustra a organização da estrutura de saúde no país em 2006.



Figura 13: Organograma Ministério da Saúde em 2006.

Fonte: Ministério da Saúde.⁴⁷

⁴⁷ Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>. Acessado em 09/06/06.

Conselho Nacional de Saúde	http://conselho.saude.gov.br/
Fundação Oswaldo Cruz	www.fiocruz.br
Agência Nacional de Vigilância Sanitária	www.anvisa.gov.br
Agência Nacional de Saúde	www.ans.gov.br
Instituto Nacional do Câncer	www.inca.gov.br

Quadro 13: Sites órgãos vinculados ao Ministério da Saúde no Brasil.

Fonte: Pesquisa próprio autor.

4.3.1 Lei de Responsabilidade Sanitária

Em nota técnica divulgada em 05 de julho de 2005⁴⁸, o Ministério da Saúde estabelece o que é a Lei de Responsabilidade Sanitária atualmente no Brasil, conforme questões citadas abaixo:

- 1) O que é a Lei de Responsabilidade Sanitária proposta pelo Ministério da Saúde? A Lei de Responsabilidade Sanitária segue os moldes da Lei de Responsabilidade Fiscal. O objetivo dela é garantir a definição de metas de atenção à saúde da população; apontar os responsáveis pelo cumprimento dessas metas (se União, estados ou municípios); e estabelecer punições para quem deixar de cumpri-las.
- 2) Quais os benefícios que a Lei de Responsabilidade Sanitária trará para a sociedade? A Lei permitirá que a população identifique e busque a punição dos responsáveis pelos problemas no atendimento da rede pública de saúde. Até hoje, a legislação que trata do Sistema Único de Saúde não prevê

⁴⁸ www.saude.gov.br. Notas técnicas.

mecanismos de responsabilização e punição dos gestores de saúde que não cumprem metas de atenção à saúde da população. A lei é uma estratégia do Ministério da Saúde para qualificar o atendimento. O projeto de lei especifica as responsabilidades tanto da União como dos estados e dos municípios e formaliza o Sistema Nacional de Regularização, Avaliação, Controle e Auditoria do SUS, um instrumento de verificação do cumprimento de metas estabelecidas. Todas as medidas farão com que haja uma definição clara das responsabilidades de cada uma das três esferas públicas.

- 3) A expectativa é de que a lei tenha resultados imediatos? O projeto já teve suas diretrizes apresentadas ao Conselho Nacional de Saúde (CNS). O documento ficará em consulta pública para receber contribuições da sociedade civil por dois meses. Em seguida será enviado ao Congresso Nacional.
- 4) Quais são as sanções previstas no caso de descumprimento da lei? O projeto de lei estabelece infrações administrativas e crimes de responsabilidade sanitária. No caso das infrações administrativas leves ou graves as penalidades previstas são advertência, multas, suspensão e rescisão temporária de contrato com os prestadores de serviço. A punição em casos de crimes de responsabilidade sanitária poderá ser a reclusão de seis a 12 meses, suspensão dos direitos políticos de quatro a oito anos e pagamento de multa.
- 5) Quais órgãos serão responsáveis pela aplicação das punições? Os principais órgãos responsáveis pela aplicação das penalidades, no caso dos agentes públicos, serão os tribunais de Contas da União, dos estados ou dos municípios. Já no caso dos agentes privados de saúde (prestadores e serviços conveniados ao SUS) será feita pelo gestor do SUS (Ministério ou secretarias estaduais e municipais de saúde).

4.3.3. Ações de controle em saúde no Brasil

Exemplos de ações de controle da vigilância sanitária no país podem ser encontradas a partir de documentos como as notas técnicas divulgadas pelo Ministério da Saúde.

4.3.3.1. Nota Técnica: Sarampo – de 22 de julho de 2005:

Conforme já citado, foi notificado um caso de sarampo em um esportista que voltava da Europa e em seqüência outros passageiros do mesmo avião foram infectados, transmitindo a doença depois para familiares.

Desde o primeiro, a ANVISA por meio da Gerência Geral de Portos, Aeroportos e Fronteiras (GGPAF), trabalhou em conjunto com a Secretaria de Vigilância em Saúde e o Ministério da Saúde, realizando suas ações de controle, vigilância, orientação e educação ao viajante, a fim de estabelecer junto com os outros órgãos de saúde a investigação dos casos notificados e confirmados.

O trabalho foi realizado pela Área Técnica de Controle de Viajantes da GGPAF articulado com as Coordenações de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos e Fronteiras (CVSPAF) nos Estados e estas com a Vigilância Epidemiológica das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, onde foram feitas as conexões dos vôos em que estava o esportista e localizaram-se todos os vôos com conexão ao vôo internacional e aos vôos domésticos realizados pelo esportista, dentro do território brasileiro – Florianópolis (SC) – Salvador (BA) – Florianópolis (SC) com conexões em Brasília e São Paulo. Fez-se a aplicação e o controle de vacina dos passageiros que estiveram nos mesmos vôos.

4.3.3.2. Nota Técnica: ANVISA proíbe a importação de derivados de aves de países com ocorrência de H5N1 – de 24 de fevereiro de 2006.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou, nesta quinta-feira (23/2), a RDC nº 37, que proíbe a importação de produtos derivados de aves procedentes de países com ocorrência de casos notificados de gripe aviária de alta patogenicidade. A medida preventiva visa minimizar o risco de introdução da doença no Brasil.

Além da importação, ficam proibidos o ingresso e a comercialização, em todo o país, de gêneros alimentícios (carcaças inteiras, cortes, miúdos, produtos industrializados, ovos) e penas de aves provenientes de regiões com ocorrência do vírus. Indonésia, Índia, China, Egito e Turquia são alguns dos países com casos notificados de infecção animal. A lista completa pode ser acessada pelo portal da Organização Mundial de Saúde Animal (www.oie.int) na Internet.

Também ficam sujeitos ao acompanhamento da vigilância sanitária as sobras e restos de alimentos servidos a bordo em viagens, em caso de desembarque no território nacional. Esses resíduos devem passar por processos de eliminação da carga microbiana.

As proibições e restrições previstas na resolução aplicam-se enquanto persistirem as condições que configurem risco à saúde e serão reavaliadas a partir de novas evidências científicas e recomendações das organizações internacionais de referência.

4.3.3.3. Nota Técnica: OMS adota novo regulamento sanitário internacional – de 23 de maio de 2005.

A Assembléia Mundial de Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) aprovou hoje, pela manhã, o novo regulamento sanitário internacional. O documento traz atualizações importantes, que vão permitir ao mundo se prevenir contra emergências epidemiológicas inusitadas, como a gripe do frango e a Síndrome Respiratória Aguda Grave (*Sars*, em inglês), além de acidentes nucleares ou em laboratórios com agentes de alta periculosidade. O anúncio foi feito pela própria OMS, assim que a Assembléia, que reúne os 192 países membros, aprovou o novo texto.

O objetivo do regulamento sanitário internacional é oferecer a máxima proteção em relação à propagação de doenças em escala mundial, para que elas interfiram o mínimo possível no comércio mundial e na circulação de pessoas entre os países. Esses eventos epidemiológicos deverão ser notificados à OMS pelos países onde ocorrerem.

Segundo a OMS, a necessidade de se dispor de novas normas e mecanismos operacionais, para melhor se coordenar à resposta internacional à propagação de enfermidades, ficou claramente demonstrada durante os recentes surtos de *Sars*, em 2003, e da gripe do frango, em 2004 e 2005.

Países - O novo documento impõe aos países obrigações amplas de criação de capacidade para adoção de medidas preventivas e sistemáticas. Cria-se, dessa forma, a possibilidade de detectar e enfrentar rapidamente emergências de saúde pública.

"O Brasil já tem essa capacidade plenamente desenvolvida", afirmou o secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, Jarbas Barbosa. Segundo ele, a atuação da vigilância epidemiológica em surtos como os de hantavírus, em Goiás e no Distrito Federal, e no de casos agudos de doença de Chagas, como o que ocorreu em Santa Catarina, comprovam isso, além dos diversos prêmios internacionais que o país conquistou na área de vigilância e controle de doenças.

O novo regulamento sanitário internacional entrará em vigor dentro de dois anos, prazo para que os países se adaptem às novas regras.

4.3.3.4. Nota Técnica: Gripe, saúde simula atendimento de casos suspeitos – de 01fevereiro de 2006.

O Ministério da Saúde e as secretarias de Saúde de São Paulo e do Distrito Federal realizaram hoje uma simulação para avaliar o sistema de alerta e resposta rápida para a notificação de casos suspeitos de gripe causada por um novo vírus.

A simulação cumpriu todas as etapas propostas para avaliar a preparação da vigilância epidemiológica e da assistência, dois itens do Plano Nacional de preparação para uma pandemia de influenza, cumprindo todas as etapas

planejadas. Dentro de dois dias os órgãos envolvidos divulgarão uma avaliação completa do teste realizado.

Procedimentos, como o realizado hoje, são recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e previstos no Plano Nacional, divulgado pelo Ministério da Saúde durante o Seminário Internacional de Gripe, ocorrido em novembro do ano passado, no Rio de Janeiro.

O teste envolveu os casos fictícios de dois empresários vindos de países da Ásia e da Europa Oriental com sintomas compatíveis com complicações da gripe.

A simulação ocorreu nas seguintes etapas: a notificação inicial foi feita em um telefonema à equipe de plantão dos hospitais Emílio Ribas, em São Paulo, e Regional da Asa Norte, em Brasília. Sucessivamente, os demais níveis foram sendo acionados, inclusive com telefonemas aos setores de vigilância epidemiológica do Município e do Estado de São Paulo, do Distrito Federal e do Ministério da Saúde, feitas por supostos "parentes dos casos". Foram avaliados os procedimentos de notificação, investigação, conduta clínica e outras medidas adotadas, visando a esclarecer os fatores relacionados ao evento em si e as medidas indicadas para evitar a disseminação de um problema deste tipo entre a população.

Os itens avaliados foram:

- procedimentos de notificação;
- tempo de comunicação da notificação dos "casos" do nível local aos níveis municipal, estadual e nacional;
- referências utilizadas como fontes de consulta para esclarecimento de dúvidas técnicas;
- instrumentos utilizados para o registro da notificação;
- recomendações adotadas para a busca das pessoas que tiveram contato com os "pacientes"
- orientações ao "paciente" e a esses "contatos";
- formulação de hipóteses para o diagnóstico;
- exames e tratamento prescritos;
- adoção de medidas de proteção individual e coletiva;
- orientações para coleta de amostras clínicas e cuidados na remessa para laboratório.

Simulações deste tipo servem para identificar a necessidade de aprimoramento e serão continuamente realizadas, envolvendo várias dimensões do Plano de Preparação para a Pandemia de *Influenza*.

4.4. Análise e discussão da pesquisa

Fala-se da cortesia e da hospitalidade do povo brasileiro em receber o turista, que segundo pesquisa realizada com turistas estrangeiros em 11 aeroportos brasileiros apontam o Brasil como um país de povo acolhedor⁴⁹.

Foi visto que o turismo depende dos meios de transportes, do emprego, da economia, da infra-estrutura básica e do meio ambiente. Fala-se da responsabilidade social do turismo, da responsabilidade com o meio ambiente, mas qual a responsabilidade com a saúde do viajante?

A proposta dessa discussão é acrescentar um ponto de reflexão ao Plano Nacional de Turismo para uma ação responsável do turismo sobre a questão da saúde. Por se tratar de uma política atual que desde 2003 tem sido a principal ação do Ministério do Turismo, foi adotada como análise desta pesquisa com o intuito de contribuir na sua continuidade inserindo a questão da saúde como uma preocupação a ser pensada na elaboração e validação dos Roteiros do Brasil. Após análise detalhada em toda a política do Plano Nacional de Turismo e do Programa de Regionalização do Turismo, não foram encontrados itens relacionados à preocupação com a saúde nem do viajante nem da população local.

No entanto, em dois dos objetivos do Programa de Regionalização do Turismo fala-se em estruturar os destinos turísticos e dar qualidade ao produto turístico no Brasil. Quando se pensa em estruturar destinos, logo surge a questão da infra-estrutura básica que o lugar deveria ter para receber o turista e a qualidade do produto turístico que estaria voltada à infra-estrutura turística.

No caso de um destino desses roteiros estar localizado em uma região endêmica de alguma doença infecciosa, qual deveria ser a postura do turismo?

⁴⁹ Ver em www.turismo.gov.br . Projeto Marca Brasil – pesquisa que originou as cores da marca em azul (céu e mar), branco (paz), verde (florestas), vermelho (festas).

Deveria avisar sobre a questão ou informar sobre prevenção? Ou essa deveria ser apenas uma responsabilidade da saúde?

Em continuidade à discussão sobre a questão da saúde do viajante no turismo, foi perguntada a opinião de representantes do turismo e da saúde, abordando a seguinte questão formulada a partir de um contexto inicial. Foram destacados alguns trechos que são considerados de relevância à justificativa desta pesquisa e a importância de se levantar a questão da saúde dentro da área de turismo, entre outras áreas, como descrito a seguir:

Questão:

“Sabe-se que as doenças e epidemias se deslocaram entre os continentes através das viagens, facilitadas ao longo do tempo, pelo desenvolvimento dos meios de transportes, como: avião, navio, trem e automóvel.

Segundo O Ministério da Saúde do Brasil, em nota técnica divulgada em 2005, foi notificado um caso de sarampo em um esportista brasileiro, infectado ao participar de evento internacional nas Ilhas Maldivas. Ao retornar da viagem, o esportista fez uma conexão em São Paulo com destino à Florianópolis, de onde seguiu no dia seguinte para a Bahia. Retornou, em seguida, para Florianópolis, com conexões em Brasília e São Paulo. Foi detectado que nesse último trajeto ocorreu a transmissão do sarampo para um empresário de Santa Catarina e para uma criança de São Paulo, que estavam no mesmo voo do esportista. Essa criança transmitiu sarampo para seu irmão. Um filho do esportista também adquiriu a infecção.

Em novembro de 2005 foram registrados casos de febre maculosa (doença infecciosa) em Petrópolis e, dentre os casos confirmados, um deles era o de uma turista.

Dentro desse contexto, qual a sua opinião sobre a questão levantada no texto, ou seja, da saúde do viajante no turismo? Este tema esteve, ou está presente, no âmbito de sua atividade profissional? De que maneira? Para você, quais são os setores responsáveis ou que poderiam estar envolvidos no cuidado com a saúde do viajante? (setor da saúde, turismo, outros, quais?). Você acredita que levantar a questão sobre a saúde no turismo pode vir a contribuir ou prejudicar o setor?”

Resposta 1:

Nome (opcional): Prof. Dr. Mário Carlos Beni

Cargo / instituição (obrigatório): Professor Titular – Universidade de São Paulo – Escola de Comunicações e Artes – Departamento de Relações Públicas, Propaganda e Turismo.

O Turismo, mais do que qualquer outro setor da economia, apresenta uma característica de extrema sensibilidade a toda alteração situacional, sendo por demais retrátil a oscilações de taxa de câmbio, flutuações sazonais da demanda, riscos meteorológicos, convulsões sociais, instabilidade política, terrorismo e riscos epidêmicos que comprometam a saúde pública – como no caso da SARS (síndrome da imunodeficiência respiratória aguda ou gripe asiática) e, mais recentemente a gripe aviária.

Tenho tratado desse tema na abordagem geral da Retratilidade do turismo, capítulo 4 do Livro *Globalização do Turismo – Megatendências do setor e a realidade brasileira* – Editora Aleph – São Paulo, 2004. 2ª edição.

Na verdade todos os países têm no controle sanitário uma de suas principais atividades no setor de saúde pública. Países como China, Índia, Indonésia e outros do Sudeste Asiático e Oriente Médio, exigem atestado de vacina de malária e outras doenças tropicais. Essa prática também é utilizada em alguns países da América do Sul e África. Porém, o controle é ainda insipiente e extremamente fragilizado na maioria dos países. Dubai, nos Emirados Árabes, é o único no momento que faz a identificação do fluxo receptivo no aeroporto internacional, por meio da íris e, aproveita também para o controle sanitário.

A não ser em casos de riscos endêmicos e pandêmicos, dificilmente os instrumentos atuais de controle e prevenção sanitária tem alguma eficiência efetiva. Nos vãos da Europa e América do Norte, por exemplo, há uma lei sanitária que obriga antes do pouso e decolagem a aspersion total da aeronave com produtos químicos de prevenção.

Mas o controle rigoroso e eficaz está muito aquém do desejado. A prevenção e controle sanitário sustentável deverá envolver obrigatoriamente atores sociais e agentes institucionais de todos os segmentos dos sistemas de Turismo e de Saúde **controlados efetivamente pela OMS – Organização Mundial de Saúde.**

Levantar a questão de saúde no turismo é essencial nesse século, permanentemente ameaçado por endemias e pandemias cujo agente transmissor ainda está longe de ser identificado, isolado e combatido. Além das doenças já internacionalizadas como AIDS e muitas outras.

Como membro do Comitê Internacional de Ética do Turismo, temos insistido nesse tema como emergente, **e um dos mais importantes assuntos ao lado da prostituição infantil** entre outros. Mesmo porque os atos terroristas vêm registrando com alguma frequência atentados sanitários com a disseminação de vírus e bactérias em aeroportos e cruzeiros marítimos, constituindo uma nova face do terror e dos riscos de saúde.

Resposta 2:

Nome (opcional): Maria de Lourdes Fernandes Neto

Cargo / instituição (obrigatório): Consultora Técnica / Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental / Secretaria de Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde

Considero extremamente relevante que as questões inerentes à saúde do viajante estejam incorporadas à agenda de discussões das distintas áreas que

possuem interface com esta temática, como os setores da **saúde, turismo, meio ambiente e relações exteriores**, dentre outros.

É inquestionável a intrínseca relação entre diversos fatores de risco do ambiente que interferem na saúde humana. Esse é o objeto principal da área em que atuo: vigilância em saúde ambiental, especificamente no que tange à vigilância da qualidade da água para consumo humano. O exercício da vigilância da qualidade da água para consumo humano é uma atividade rotineira e indistinta para toda a população, incluindo a população flutuante de uma cidade, como os turistas, por exemplo¹. Entretanto, em virtude de situações específicas, como a ocorrência de um surto de doença de transmissão hídrica, a atuação do setor saúde estará focada em grupos específicos da população; no caso, aquela atingida pelo surto e que, sem dúvida, pode ser de um grupo de funcionários e hóspedes de determinado hotel abastecido com água cujo tratamento é inexistente ou deficiente.

Creio que o incremento do turismo (tanto interno quanto externo) no Brasil, nos últimos anos e, sobretudo do turismo ecológico, aponta para a necessidade de que as **diversas questões acerca da segurança e saúde do viajante sejam relacionadas, debatidas e difundidas entre todos os segmentos afetos**. Isso trará, sem dúvida, ganhos inequívocos para o setor do turismo no país e, em primeira instância, para o próprio turista.

¹ Cabe ressaltar que a vigilância de águas envasadas (águas minerais em copos, garrafas, galões etc.) são de responsabilidade da Agência Nacional de Vigilância Sanitária/ANVISA, no âmbito do Ministério da Saúde.

Resposta 3:

Nome (opcional): Prof. Luiz Renato Ignarra

Cargo / instituição (obrigatório): Professor – Universidade Anhembi Morumbi

Para destinos da Amazônia peruana tenho que orientar os turistas a se vacinar contra febre amarela e malária. Tenho também contrato de consultoria com a Prefeitura de Boa Vista, que se situa próximo à fronteira com a Venezuela. Inúmeros são os incidentes diplomáticos naquela região pela exigência recíproca de atestado de vacina para poder atravessar a fronteira. **Acho que é dever do profissional de turismo alertar seus clientes sobre as questões de perigo à saúde**. Acho também, que embora seja esse o comportamento correto, a ciência de endemias, epidemias e pandemias, com certeza afugenta os turistas. Acho também, que trabalhar para extinguir esses focos de doenças por causa do prejuízo ao turismo é uma insensibilidade muito grande para com as comunidades que vivem nessas regiões infectadas. Contudo, olhando de outro prisma, isso é um dos benefícios que o turismo traz para as comunidades dos destinos receptores. **Os investimentos em saneamento para atender às exigências do turismo acabam contribuindo para a qualidade de vida das comunidades receptoras**.

Na primeira resposta, segundo a opinião de Beni, indica que a OMS deveria ser o gestor da questão da saúde do viajante, envolvendo todos os segmentos tanto do turismo quanto da saúde. Vem reforçar mais uma vez a importância de se preocupar com a saúde do viajante em questões políticas, visto que tem sido um dos principais temas abordados em discussões de relevância internacional como o Comitê Internacional de Ética do Turismo.

Falar de doenças em turismo não é comum, o que pode gerar certo desconforto, e talvez, a rejeição do lugar da viagem, dentre outros impactos, como o econômico. Mas de acordo com a segunda resposta, Fernandes Neto considera importante a discussão da saúde do viajante dentre dos setores da saúde, turismo, meio ambiente e relações exteriores, dentre outros.

Fala-se que quando um lugar é bom para a população local, é também um destino bom para o turismo. A terceira resposta, respondida por Ignarra, aponta para o dever dos profissionais de turismo em informar o viajante sobre as doenças, como um dever a ser cumprido, além de ser mais um benefício de qualidade de vida que seria proporcionado pelo turismo. Desta forma, a infra-estrutura básica deveria estar presente para atender a todas as necessidades de ambos.

No início deste capítulo foi visto que o turismo está envolvido com políticas voltadas para o desenvolvimento sustentável, o alívio da pobreza dentre outras ações, sendo que no Brasil ainda está prioritariamente voltado a fatores econômicos, como a geração de empregos que é uma das metas do Plano Nacional de Turismo. Ou seja, se o turismo pode ser responsável em participar de ações econômicas e sociais, também poderia começar a se preocupar com a saúde do seu principal agente do turismo: o turista.

Muitas doenças podem ser transmitidas de pessoa a pessoa, sendo que o viajante é um forte portador de doenças e transmissor, como já foi analisado no caso do sarampo, erradicado no Brasil. Desta forma, as viagens podem provocar riscos à saúde pública.

O risco de um viajante ser infectado por malária na Amazônia é considerado alto, e como para esta doença ainda não existe vacina, as medidas de prevenção talvez sejam a única maneira de não ser infectado durante uma viagem. Torna-se importante apontar o risco, as condições do lugar e como isso pode afetar a saúde do viajante.

O turista assume de certa forma o risco da viagem quando sabe das condições do lugar e do tipo de viagem que realiza, como os riscos de uma viagem de aventura. Muitas pessoas não deixam de viajar, entretanto, houve uma diminuição periódica após o ataque terrorista de 11 de setembro nos Estados Unidos e no metrô de Madri na Espanha, mas as viagens a esses destinos não cessaram.

Mesmo assim, se alguma coisa acontecer ao viajante durante a viagem, de quem seria a responsabilidade? Quando um voo atrasa a responsabilidade seria da companhia aérea? Quando um pacote é vendido e seu contrato não é cumprido a responsabilidade seria da agência de viagem? Quando um turista é assaltado numa rua de uma cidade a responsabilidade seria do governo?

No caso da saúde, é um direito do turista? Como cidadão, como consumidor?

No caso da saúde pública, é uma responsabilidade apenas do Governo Federal e do Ministério da Saúde?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem das questões ligadas à saúde do viajante pode trazer conseqüências positivas ou não para o negócio em turismo, principalmente quando se trata da ausência de saúde que tem como conseqüência doenças. Mas esse foi o desafio desta pesquisa, demonstrar a importância de se pensar sobre mais um dos impactos que pode ser causado pelo turismo, o impacto na saúde do viajante.

Além da preocupação com a alimentação, exercícios físicos, com a mente e com a estética, o indivíduo que viaja deveria também considerar importante a prevenção da sua saúde quanto a doenças infecciosas que podem ser adquiridas em determinados destinos, pois algumas delas podem oferecer até mesmo risco de morte.

No Brasil, por exemplo, existem roteiros turísticos sendo comercializados para áreas com falta de infra-estrutura básica e com foco de endemias. No caso do turismo de natureza ou ecológico, no qual encontra-se a prática do ecoturismo, não se espera encontrar a infra-estrutura pública básica como saneamento, postos de saúde, eletricidade, nem mesmo serviços como transporte, bancos, farmácias, restaurantes, etc.

As agências de viagem não informam e muitas vezes nem sabem o que informar ao viajante sobre as prevenções que deveriam ser tomadas para viajar a esses destinos. O Jalapão, no estado do Tocantins, é um exemplo de local que está sendo vendido como roteiro de ecoturismo, como destino paradisíaco “a nova Bonito de amanhã”, por possuir desertos, rios para mergulho e cachoeiras ao mesmo tempo. O transporte até o local é feito a partir da cidade de Palmas por jipes, não existe luz elétrica, as instalações são em cabanas, estando afastado cerca de duas horas do hospital mais próximo e é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como região endêmica de febre-amarela, ou seja, deveria ser obrigatória a vacina contra a febre-amarela para os viajantes, ou serem informados junto com a publicidade da venda do roteiro.

Após uma análise do Plano Nacional de Turismo do Ministério de Turismo do Brasil verificou-se que esta política não está voltada à prevenção da saúde do viajante. A política poderia apresentar um item de segurança na viagem, com uma

visão holística do turismo não somente do ponto de vista econômico, mas também da qualidade do turismo que se oferece.

Durante o Fórum Mundial de Turismo que aconteceu no Rio de Janeiro em outubro de 2005, foi perguntado a representantes do Ministério do Turismo a respeito dessa preocupação e a resposta dada foi de que a questão da saúde e infra-estrutura é responsabilidade do governo federal, dos estados e municípios. No entanto, neste mesmo evento foi constatado que o turismo está contribuindo com projetos voltados ao desenvolvimento econômico, social e sustentável do país.

Sendo assim, as políticas públicas de turismo no Brasil não estão voltadas à prevenção da saúde do viajante, no entanto o turismo vem contribuindo com projetos voltados ao desenvolvimento econômico, social e sustentável do país. Portanto acredita-se então que as informações de prevenção à saúde do viajante possam fazer parte das políticas públicas de turismo no futuro.

Quanto às informações do controle de passageiros nos meios de transporte, foi constatado que não existe um sistema integrado de informações dentro de cada setor (marítimo, rodoviário, ferroviário e aéreo). A INFRAERO ainda é a única que faz o controle mensal de dados de passageiros, aeronaves, transporte de carga e que são disponibilizados e atualizados mensalmente e disponíveis no *site* da instituição.

O currículo acadêmico em turismo possui uma característica interdisciplinar composto de diversas matérias como psicologia, geografia, história, contabilidade, estatística, marketing, planejamento, hotelaria, agência de viagens (roteiros e guias), meio ambiente, transportes, idiomas, direito, sistemas de turismo, dentre outros. Essas diversas áreas de estudos não formam um especialista, mas buscam dar uma visão holística dos assuntos que envolvem o fenômeno do turismo.

Desta forma, a questão da saúde do viajante pode também vir a ser considerada na academia, sendo esse tema abordado como disciplina em cursos de graduação e pós-graduação em turismo e hospitalidade.

Certamente a academia poderá questionar o porquê de se estudar a saúde no turismo dizendo: “mas o que o turismo tem a ver com doenças?”. Quem sabe a resposta pode estar na interdisciplinaridade dos estudos sobre o turismo, na abrangência de conseqüências que o deslocamento de pessoas pode causar e também no surgimento dos mais variados tipos e motivações de viagem.

A medicina do viajante poderia também estudar o turismo, para se conhecer, por exemplo, a linguagem do *trade* turístico, como o turismo está estruturado, etc.

Considera-se importante que o turista também esteja ciente de sua responsabilidade como viajante na busca de informações sobre o local de destino e da prevenção antes, durante e depois da viagem. Colocar na bagagem alguns produtos de primeiros socorros seria já uma atitude de prevenção, pois um pequeno mal-estar poderia estar sendo resolvido de maneira mais rápida, não atrapalhando a viagem, visto que em alguns países não se consegue comprar nem mesmo um remédio para dor de cabeça sem a receita médica, mas de forma alguma incentivando a auto-medicação.

Foi visto que existem riscos à saúde pública quando um viajante é o portador de uma doença e a transmite em outro destino, como no caso do surto de sarampo em Santa Catarina. Sendo assim, o próprio viajante torna-se um fator de risco para a saúde pública.

A consciência da existência desse problema poderá contribuir para o controle de doenças, e também para a questão econômica, pois existem gastos públicos também quando medidas de controle de endemias têm que ser tomadas, e, talvez, a prevenção seja menos onerosa financeiramente.

Seria importante que fosse viabilizado um banco de dados, tanto da área de saúde quanto de turismo para facilitar os próximos trabalhos disponibilizando o acesso a todos interessados.

Devido a diversas limitações que esta pesquisa apresentou e principalmente porque não se pretende esgotar esse assunto com esta análise, novas pesquisas podem abordar, por exemplo, a visão do viajante, como ele se sentirá se for avisado sobre uma doença existente no local de destino de sua viagem. Como se viaja sem saúde? Qual a responsabilidade do turismo? E da Saúde? Para onde vão as declarações de saúde do viajante? Como o turismo pode auxiliar a saúde e como a saúde pode auxiliar o turismo? Talvez, futuras pesquisas possam responder a essas questões.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANGELL, Sonia Y; BEHRENS, Ron H. **Risk assessment and disease prevention in travelers visiting friends and relatives.** Infectious Disease Clinics of North America. Elsevier Inc.am 19, p. 49-65, 2005.

BENI, Mário Carlos. **Análise estrutural do turismo.** São Paulo: Senac, 2001.

_____. **Globalização do turismo:** megatendências do setor e a realidade brasileira. São Paulo: Aleph, 2003.

CAMPENHOUDT, Luc Van; QUIVY, Raymond. **Manual de investigação em ciências sociais.** Portugal: Gradiva, 2003.

CATAI, Henrique; REJOWSKI, Mirian. **Criminalidade e turismo em São Paulo, Brasil:** a violência registrada junto aos turistas estrangeiros. Turismo em Análise. São Paulo, v. 16, n. 2, p. 244-256, nov. 2005.

CRUZ, Rita de Cássia A. Hospitalidade turística e fenômeno urbano no Brasil: considerações gerais. In: DIAS, Celia Maria de Moraes (org.). **Hospitalidade:** reflexões e perspectivas. São Paulo: Manole, 2002. p. 39-56.

_____. **Política de turismo e território.** São Paulo: Contexto, 2002.

DENCKER, Ada de Freitas Maneti (org.). **Planejamento e gestão em turismo e hospitalidade.** São Paulo: Thomson, 2004.

_____. **Métodos e técnicas de pesquisa em turismo.** 6. ed. São Paulo: Futura, 2002.

DENCKER, Ada de Freitas Maneti; BUENO, Marielys Siqueira (orgs.). **Hospitalidade:** cenários e oportunidades. São Paulo: Thomson, 2003.

DIAS, Celia Maria de Moraes (org.). **Hospitalidade:** reflexões e perspectivas. São Paulo: Manole, 2002.

DIAS, Cláudia. **Grupo focal:** técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. Nov. 1999.

DIAS, João Carlos Pinto. **Problemas e possibilidades de participação comunitária no controle das grandes endemias no Brasil.** Cadernos de Saúde Pública. vol. 14, Rio de Janeiro, 1998.

DIAS, Reinaldo. **Introdução ao turismo.** São Paulo: Atlas, 2005.

ECO, Umberto. **Como se faz uma tese.** São Paulo: Perspectiva, 2004.

ENK, Martin J; CALDEIRA, Roberta L; CARVALHO, Omar S; SCHALL, Virginia T. **Rural tourism as risk factor for the transmission of schistosomiasis in Minas Gerais, Brazil.** Men Inst Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. vol. 99, p. 105-108, 2004.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

_____. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 3.ed. Curitiba: Positivo, 2004.

FOLHA DE SÃO PAULO. Turismo. **Antibiótico evita temida diarreia do viajante**. São Paulo, f.16, 19 maio 2005.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salles. **Dicionário Houaiss de lexicografia e banco de dados da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

IDB 2004 BRASIL. **Indicadores e dados básicos para a saúde**. Ministério da Saúde/ Ripsa – Rede interagencial de informações para a saúde. Brasília: MS, 2004. Periódico anual.

INFORMES TÉCNICOS INSTITUCIONAIS. **Influenza aviária e casos em humanos**. Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD). Revista de Saúde Pública 2006;40(1):187-90. Disponível em: www.fsp.usp.br/rsp. Acessado em 13/04/2006.

JORNAL BRASILTURIS. **Comissão europeia de turismo divulga relação de formalidades exigidas para a entrada de turistas brasileiros na Europa**. São Paulo, 1 abril, 2005.

KRIPPENDORF, Jost. **Sociologia do turismo**: para uma nova compreensão do lazer e das viagens. São Paulo: Aleph, 2000.

LAKATOS, Eva Maris; MARCONI, Marina de Andrade. **Técnicas de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1982.

LASHLEY, Conrad; MORRISON, Alison. **Em busca da hospitalidade**. São Paulo: Manole, 2004.

LICKORISH, Leonard J; JENKINS, Carson L. **Introdução ao turismo**. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

MANGILI, Alexandra; GENDREAU, Mark A. **Transmission of infectious diseases during commercial air travel**. The Lancet 2005; 365: 989–96. Mar. 12, 2005. Disponível em: www.thelancet.com

MENDES, E. M; VILELA, I.J.M. **Entre Newton e Einstein**: desmedicalizando o conceito de saúde. Ribeirão Preto: Holos, 2004.

MEZOMO, João Catarin. **Gestão da qualidade na saúde**. Barueri: Manole, 2001.

MOESCH, Marutschka. **A produção do saber turístico**. São Paulo: Contexto, 2000.

NETTO, Alexandre P; TRIGO, Luiz G. G. **Reflexões sobre um novo turismo**: política, ciência e sociedade. São Paulo: Aleph, 2003.

- NEVES, José Luis. **Pesquisa Qualitativa**: características, usos e possibilidades. Cadernos de Pesquisas em Administração. São Paulo. V.1, nº 3, 2ºsem/1996.
- PALHARES, Guilherme Lohmann. **Transportes turísticos**. São Paulo: Aleph, 2002.
- PETROBRAS. **Guia de saúde do viajante**: para profissionais de saúde da Petrobras. Rio de Janeiro: Petrobras/SMS/Gerência Executiva, 2004.
- PIGNATTI, Marta G. **Saúde e ambiente**: as doenças emergentes no Brasil. Revista Ambiente e Sociedade. vol. 7, n. 1 jan./jun. 2004.
- PORTER, Michael E; TEISBERG, Elizabeth Olmsted. **Redefining competition in health care**. Harvard Business Review. Jun. 2004. v. 82. n. 6. p. 65-76.
- REVISTA BOA FORMA. **Seguro de viagem**. São Paulo: Abril, ano 20, n. 1, p. 96, jan. 2005.
- REVISTA CIÊNCIA HOJE. **Doença de Chagas**: mal que ainda preocupa. Rio de Janeiro: Instituto Ciência Hoje, v. 37, jul. 2005.
- REVISTA TURISMO EM NÚMEROS. **Saúde para dar e, principalmente, vender**. São Paulo. Sindetur. Ano 5, ed. 49, p. 8-18, 2005.
- REVISTA VEJA SÃO PAULO. **Guia do turista**. São Paulo: Abril, ano 38, n. 22, 1 jun. 2005.
- REVISTA VEJA SÃO PAULO. **Vai viajar? Saúde!** São Paulo: Abril, ano 38, n. 32, 10 ago. 2005.
- ROCHA, Jaime Luís Lopes; MARTINS, Luzilma Terezinha Flenik. **Medicina do viajante**: uma nova área de atuação para o especialista em infectologia. Prática Hospitalar. São Paulo, a. 7, n. 38, p. 121-124, mar.-abr. 2005.
- RONÁ, Ronaldo Di. **Transportes no turismo**. São Paulo: Manole, 2002.
- RUSCHMANN, Doris. **Turismo e planejamento sustentável**: a proteção do meio ambiente. Campinas: Papirus, 1997.
- RYAN, Edward T; KAIN, Kevin C. **Health advice and immunizations for travelles**. The New England Journal of Medicine. Massachusetts Society. vol. 342, n. 23, jun. 2000.
- SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Cortez, 2002.
- SMITH, Valene L. **Hosts and guests**: the anthropology of tourism. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1989.
- SPIRA, Alan M. **Preparing the traveller**. The Lancet. vol. 361;1368-81, april 19, 2003. Disponível em: www.thelancet.com.

SPONVILLE, André Comte. **Pequeno tratado das grandes virtudes**. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

TRIBE, John. **Economia do lazer e do turismo**. Barueri: Manole, 2003.

UJVARI, Stefan Cunha. **Meio ambiente e epidemias**. São Paulo: Senac, 2004.

_____. **A história e suas epidemias**: a convivência do homem com os microorganismos. Rio de Janeiro: Senac, 2003.

URDAN, André Torres. **A qualidade de serviços na perspectiva do cliente**. Revista de Administração de Empresas. EAESP/FGV, São Paulo, 2001. out./dez. v. 41. n. 4. p. 44-55.

WILDEMUTH, Bárbara M. **Post-positivist research: two examples of methodological pluralism**. Library Quarterly, v. 63, n.4, p. 450-468, Oct, 1993. In: DIAS, Cláudia. Grupo focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. Nov. 1999.

Monografias, Dissertações e Teses

COUTO, Rosalina da Conceição. **Impacto social do turismo**: os impactos causados pela hotelaria nas comunidades locais estudo de caso complexo costa do Sauípe. Monografia. MBA em Turismo, Hotelaria e Entretenimento. FGV/EBAPE. São Paulo, 2003.

NAJBERG, Estela. **Análise dos fatores que dificultam a implementação da política ambiental do plano de desenvolvimento sustentável do Rio Grande do Norte**. Tese de Doutorado. EAESP/FGV. São Paulo, 2003.

NUNES, André Teixeira. **Emprego de um sistema de informação geográfica (SIG) para suporte ao planejamento do produto hoteleiro, apresentando um estudo de caso para uma região da cidade de São Paulo**. Dissertação de Mestrado. Escola Politécnica/USP. São Paulo, 2004.

SANTOS, Glauber Eduardo de Oliveira. **Modelo gravitacional do turismo**: proposta teórica e estudo empírico dos fluxos turísticos no Brasil. Dissertação de Mestrado. ECA/USP. São Paulo, 2004.

Fontes de Pesquisa

DESENVOLVIMENTO LOCAL E INCLUSÃO SOCIAL: Destinos do turismo brasileiro. Ministério do Turismo. Secretaria de Programas de Desenvolvimento do Turismo. Coordenação-Geral de Projetos Estruturantes.

FINANCIAMENTO E PROMOÇÃO DE INVESTIMENTOS: Geração de emprego, renda e divisas. Ministério do Turismo. Secretaria de Programas de Desenvolvimento do Turismo. Departamento de Financiamento e Promoção de Investimentos no Turismo.

INFRA-ESTRUTURA: Qualidade para acessibilidade e permanência do turista. Ministério do Turismo. Secretaria de Programas de Desenvolvimento do Turismo. Departamento de Infra-estrutura Turística.

MAPA DA REGIONALIZAÇÃO DO TURISMO: Roteiros do Brasil. Ministério do Turismo. Secretaria Nacional de Políticas de Turismo, Brasília.

PLANO NACIONAL DO TURISMO: Diretrizes, metas e programas. Ministério do Turismo. Brasília, 2003.

PRODUÇÃO ASSOCIADA AO TURISMO: Um novo olhar sobre produtos turísticos brasileiros. Ministério do Turismo. Secretaria de Programas de Desenvolvimento do Turismo. Coordenação-Geral de Produção Associada ao Turismo.

PROGRAMA DE REGIONALIZAÇÃO DO TURISMO: Roteiros do Brasil. Ministério do Turismo. Secretaria Nacional de Políticas de Turismo, Brasília.

PROGRAMA JORNADAS DE DESENVOLVIMENTO DO TURISMO PAULISTA: manual de orientação. Secretaria de Turismo do Estado de São Paulo. São Paulo, ago. 2005. 42p.

QUALIFICAÇÃO, CERTIFICAÇÃO E EDUCAÇÃO: Satisfação e segurança para o turista. Ministério do Turismo. Secretaria de Programas de Desenvolvimento do Turismo. Coordenação-Geral de Qualificação e Certificação.

SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE: relatório de situação. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, 2005.

TURISMO SUSTENTÁVEL E ALÍVIO DA POBREZA: reflexões e perspectivas. Ministério do Turismo. Brasília, out. 2005. 24p.

TURISMO RESPONSÁVEL: manual para políticas locais. Brasília, WWF Brasil, 2004. 220p.

Normas

Diretrizes e normas para apresentação de trabalhos acadêmicos, dissertações e teses. Universidade Anhembi Morumbi: NBR 14724/202. São Paulo: Anhembi Morumbi, 2005.

Pesquisa Exploratória

SILVA, Vanina Heidy Matos, THEODORO, Joyce Araújo. **Pesquisa quantitativa realizada no Aeroporto Internacional de Guarulhos**. São Paulo, 2005.

Sites

ABAV – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE AGÊNCIAS DE VIAGENS. **Dicas abav / vacinas**. Disponível em: <<http://www.abav.com.br/dicasabav.asp?tx=22>>. Acessado em 26/03/05.

AMCHAM – AMERICAN CHAMBER OF COMMERCE – CÂMARA AMERICANA DO COMÉRCIO. Disponível em <<http://www.amcham.com.br/revista2002-08-27a/materia2002-08281/pagina2002>>. Acessado em 24/03/05

ANVISA – AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Declaração de saúde do viajante**. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acessado em 22/03/05.

CDC – CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Travel information**. <<http://www.cdc.gov>>. Acessado em 28/02/05.

CIVES – CENTRO DE ATENDIMENTO AO VIAJANTE – UFRJ. Disponível em: <<http://www.cives.ufrj.br>>. Acessado em 24/05/05

DAC – DEPARTAMENTO DE AVIAÇÃO CIVIL. **Guia do Passageiro**. Disponível em: <<http://dac.gov.br>>. Acessado em 24/03/05.

ECOPESCA. **Dicas para evitar ou minimizar o enjôo do viajante**. Disponível em: <http://www.ecopesca.com.br/mat_saude_enjoo.htm>. Acessado em 14/06/05.

EMBRATUR – INSTITUTO BRASILEIRO DE TURISMO. **Glossário**. Disponível em: <<http://www.embratur.gov.br>>. Acessado em 13/06/05.

IATA – INTERNATIONAL AIR TRANSPORT ASSOCIATION. Disponível em: <<http://www.iata.org/>>. Acessado em 23/03/05.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA. **Noções básicas de cartografia**. Disponível em: <<http://www.ibge.com.br/>>. Acessado em 10/01/06.

IIER - INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS. **Núcleo de medicina do viajante**. Disponível em: <<http://www.emilioribas.sp.gov.br/historicodonmv.htm>>. Acessado em 24/03/05.

INFRAERO – EMPRESA BRASILEIRA DE INFRA-ESTRUTURA AEROPORTUÁRIA. **Movimentos operacionais dos aeroportos**. Disponível em: <www.infraero.gov.br>. Acessado em 15/01/06.

ISTM - INTERNACIONAL SOCIETY OF TRAVEL MEDICINE. Disponível em: <www.istm.org>. Acessado em 24/03/05.

_____. **The responsible traveller**. Disponível em: <www.istm.org>. Acessado em 05/01/06.

LEITOR. **Brasil descobre o turismo de saúde**. Disponível em: <<http://www.leitor.com.br>>. Acessado em 14/08/2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Legislação em vigilância sanitária**. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/search.php>>. Acessado em 26/03/05.

TMP - TRAVEL MEDICINE PROGRAM. **Information for traveller's and Information for travel medicine professionals**. Disponível em: <<http://www.travelhealth.gc.ca>>. Acessado em 24/03/05.

VARIG. **Vacinas**. Disponível em: <<http://portal.varig.com.br>>. Acessado em 26/03/05.

VERDI SAÚDE. **Medicina do viajante**. Disponível em: <<http://www.medicinadoviajante.com.br>>. Acessado em 24/03/05.

VOCE S.A. **Você em equilíbrio**. Disponível em: <http://vocesa.com.br/aberto/voceemequilibrio/pgart_05_06102004_50936.shl>. Acessado em 22/03/2005.

VOCE S.A. **Você em equilíbrio: como driblar o jet lag**. Disponível em: <<http://vocesa.com.br/aberto/voceemequilibrio/>>. Acessado em 22/03/2005.

VOCE S.A. **Você em equilíbrio: pesquisa aponta causa do jet lag**. Disponível em: <<http://vocesa.com.br/aberto/voceemequilibrio/>>. Acessado em 22/03/2005.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International travel health 2005**. Disponível em: <www.who.int/ith/>. Acessado em 28/02/05.

_____. **Weekly epidemiological Record**. Disponível em: <www.who.int/en/>. Acessado em 28/02/05.

ANEXO 1

Movimento Operacional Acumulado da Rede INFRAERO 2003, 2004 e 2005:

ANEXO 2

Declaração de Saúde do Viajante – ANVISA:

ANEXO 3

Tipologias de Turismo – Definições Glossário EMBRATUR
www.embratur.gov.br

Tipologias de Turismo

Agroturismo: Denominação dada ao deslocamento de pessoas a espaços rurais, em roteiros programados ou espontâneos, com ou sem pernoite, para fruição dos cenários e observação, vivência e participação nas atividades agropastoris. Destacam-se aqui dois grandes aspectos que distinguem esse segmento do turismo rural. O primeiro é a produção agropastoril em escala econômica que representa a maior fonte de rendimento da propriedade e, o turismo, receita complementar. O segundo é que as próprias atividades agropastoris constituem, em si mesmas, o principal diferencial turístico. Neste caso, os turistas, para viverem a autêntica experiência da vida no campo, poderão ou não participar de uma rotina diária dos afazeres domésticos ou produtivos da propriedade. As instalações e equipamentos mantêm-se de forma original, tal qual utilizada pelos proprietários e trabalhadores e, se ampliadas para adicionalmente acomodarem os visitantes, deverão conservar as mesmas características arquitetônicas.

Cicloturismo: São viagens/passeios de bicicleta, realizados por estradas asfaltadas e/ou sem pavimentação.

Ecoturismo: Denominação dada ao deslocamento de pessoas a espaços naturais delimitados e protegidos pelo Estado, iniciativa privada ou controlados em parceria com associações locais e ONGs. Pressupõe sempre uma utilização controlada da área com planejamento de uso sustentável de seus recursos naturais e culturais, por meio de estudos de impacto ambiental, estimativas da capacidade de carga e suporte do local, monitoramento e avaliação constantes, com plano de manejo e sistema de gestão responsável. É claro que todas as atividades previstas no turismo ecológico podem, em geral, ser realizadas, desde que rigorosamente observadas as restrições de uso desses espaços. No Brasil, o ecoturismo, além de ser comumente confundido com o turismo ecológico, está até o momento circunscrito a poucos casos, levando em conta que as nossas áreas de conservação e proteção ambiental ainda não dispõem de uma política integrada e de um planejamento estratégico de uso e ocupação voltados especificamente para o turismo.

Turismo "Popular" ou Turismo "Social": Vários autores usam a expressão "turismo social" para denominar as características desse estrato da demanda, o que invariavelmente leva o leigo a confundi-lo com o turismo de massa, visto que este representa o maior segmento social no mercado de Turismo, o que em parte se justifica. A melhor denominação no caso seria "turismo socializado", por suas próprias características. Entende-se por turismo socializado aquele que é fomentado com o objetivo de facilitar o turismo interno das classes menos favorecidas economicamente. Esse estrato da demanda somente poderá ser viabilizado em grandes proporções com a decisiva intervenção do Estado, sem objetivos de lucro e recuperação dos investimentos. Para a implantação de projetos de turismo socializado, serão necessários equipamentos e instalações especiais de baixo custo unitário, planejados em economia de escala com base na alta ocupação dos serviços durante o maior tempo possível; e programas de redução de tarifas de

transporte, a serem subsidiados pelo Estado, para facilitar o deslocamento das áreas receptoras especialmente escolhidas para esse segmento social. Paralelamente à ação do Estado, os sindicatos de distintas categorias profissionais e associações de classe também poderiam planejar e desenvolver programas de turismo socializado, implantando em áreas pré-selecionadas equipamentos básicos como colônias de férias e centros de recreação e lazer. No turismo socializado, devemos considerar três segmentos sociais: os jovens, as pessoas idosas, os deficientes e inválidos, e os trabalhadores que recebem até cinco salários mínimos em média. Esses segmentos utilizarão os equipamentos básicos referidos anteriormente, com algumas adaptações às suas peculiaridades. No Brasil, notam-se iniciativas isoladas de empresas e associações de classe, voltadas ao fenômeno do turismo socializado, ao passo que a vasta maioria preocupa-se tão somente em intensificar o desenvolvimento do turismo de massa ou comercial, eis que este garante retorno rápido dos investimentos do setor. Podemos afirmar a inexistência de uma política que vise especificamente atender às classes populares na prática do turismo. Por outro lado, é inegável a existência de uma demanda latente, mesmo reconhecendo as dificuldades para quantificar-se com exatidão as necessidades da população menos favorecida, em termos de férias e de lazer. Pode-se avaliar a escala da demanda partindo-se do pressuposto de que a demanda potencial cresce rapidamente sob o efeito de alguns fatores conhecidos como crescimento demográfico, aumento da taxa de urbanização, do tempo livre, do nível de informação cultural e alterações na estrutura da composição da pirâmide etária.

Turismo Convencional: É a atividade turística cuja motivação não está associada a interesses específicos como cultura, religião, recurso natural, esporte ou outras atividades isoladas, podendo focar um ou mais desses atrativos, porém com o intuito maior de descanso, lazer, entretenimento e obtenção de conhecimentos genéricos sobre a localidade visitada.

Turismo Cultural: 1. É aquele que se pratica para satisfazer o desejo de emoções artísticas e informação cultural, visando à visita a monumentos históricos, obras de arte, relíquias, antiguidades, concertos, musicais, museus, pinacotecas (EMBRATUR, 1992). 2. São viagens com amplo interesse, tanto pela diversidade de modalidades artísticas como pelos níveis ou origens de expressão: popular, de massa, erudita, urbana, rural, nativa... O que parece caracterizar mais fortemente o segmento é a intenção de apreciar manifestações e obras de arte, seja pelo aspecto estético ou histórico (VAZ, 1999). 3. Turismo cultural pode ser definido como um fenômeno social, produto da experiência humana, cuja prática aproxima e fortalece as relações sociais e o processo de interação entre indivíduos e seus grupos sociais, ou de culturas diferentes. 4. Para ANDRADE (1997:71), turismo cultural pode ser definido como aquele tipo de turismo que possui conotação restritiva e abrange exclusivamente as atividades que se efetuam através de deslocamentos para satisfação de objetivos de encontro com emoções artísticas, científicas, de formação e informação nos diversos ramos existentes, em decorrência das próprias riquezas da inteligência e da criatividade do homem.

Turismo da Classe “Média”, “Grande” Turismo, Turismo de “Massa”: Sob todos os aspectos é o mais importante devido à expressiva quantidade de turistas envolvida tanto nos fluxos internacionais como no interno, porquanto reúne os estratos que formam a classe média, incluindo-se aí os profissionais liberais, funcionários categorizados, empresariais e públicos, que desfrutam da relativa disponibilidade de meios econômico-financeiros, contando com subvenções ou poupanças próprias. Este estrato de demanda por Turismo, é o agente de

substituição dos núcleos tradicionais de elite e conseqüentemente o incentivador e propulsor da expansão da infra-estrutura de equipamentos e serviços turísticos nos núcleos receptores, gerando dessa forma um consumo de equipamentos e serviços em larga escala. Considerando ainda as variáveis da demanda por Turismo verificam-se, em geral, gastos moderados no custo-dia com consumo de serviços e equipamentos de primeira categoria, mas não de luxo, utilização de meios de transporte mais econômicos com serviços incluídos nos pacotes comercializados pelas agências de viagens, com percursos mais curtos e permanência menos prolongada nos núcleos receptores visitados, menor nível de gastos supérfluos restringindo-se aos que atendem às necessidades básicas, caráter estaciona) coincidindo com a época de férias, ocupação de hotéis de nível médio de três a duas estrelas, ampla utilização do sistema de crediário para o financiamento da viagem. Estas informações estão originalmente registradas em: BENI, Mário C. Análise Estrutural do Turismo. São Paulo, Editora do SENAC de São Paulo, 1998.

Turismo da Terceira Idade: É aquele destinado á melhoria da qualidade de vida da terceira idade (pessoas maiores de 50 anos) e diminuir os efeitos de sazonalidade do turismo, desenvolvendo roteiros, programas e atrativos para a maior idade e apoiando a criação de clubes.

Turismo de Aventura: 1. É o turismo que pressupõe uma programação com atividades participativas, onde o turista passa a ser protagonista, exigindo instalações, equipamentos, serviços auxiliares e guias especializados. Caracteriza-se por viagens em que predominam a busca do desconhecido, as aventuras românticas, de caça e pesca, conquista de acidentes geomorfológicos e assemelhados (EMBRATUR, 1992). 2. É a atividade turística que pressupõe uma programação participativa, em que o turista passa a ser protagonista, envolvendo diferenciados níveis de risco e imprevistos. Caracteriza-se por viagens em que predominam a busca do desconhecido, o desafio físico, a conquista de acidentes geomorfológicos e esportes assemelhados (EMBRATUR, s.d.). 3. São caminhadas (trekking), canoagem, ciclismo e mergulho são algumas das modalidades que compõem o turismo de aventura, cujos pacotes geralmente levam á prática dessas atividades em destinações exóticas, como garimpar ouro na Sibéria, descer corredeiras na América do Norte, fazer caminhadas no Himalaia, roteiros ciclísticos na África e mergulhos no Oceano Pacífico, em áreas habitadas por tubarões (VAZ, 1999).

Turismo de Classe "Alta", de "Elite", "Alto" Turismo: É o que é feito pelas classes sociais economicamente privilegiadas, que vão responder diretamente pelo desenvolvimento da prática de Turismo, pelas seguintes razões: têm considerável estabilidade econômica, constituem uma elite privilegiada; provocam o fenômeno do mimetismo nas demais classes sociais; descobrem e desenvolvem novos pólos de atração turística, criando a necessária infra-estrutura básica, em pequena escala, de acesso, equipamentos e serviços turísticos, favorecendo o Turismo de massa pelo efeito de substituição dos núcleos receptores tradicionais de elite, quando se tornam saturados pelo processo de ocupação desordenada, especulações imobiliárias e conseqüentemente massificação da oferta e da demanda, aliada à perda do prestígio. Em face das principais variáveis da demanda por Turismo observa-se que há um maior dispêndio no custo-dia com consumo de serviços e equipamentos mais sofisticados, como a utilização de meios de transporte mais rápidos, de serviços exclusivos de agências de viagens, com percursos mais longos e permanência mais prolongada nos núcleos receptores visitados, ocupação de hotéis mais seletos de cinco e quatro estrelas, maior nível de gastos supérfluos, freqüência maior de

viagens com distribuição temporal bastante regular durante todos os meses do ano, indiferença pelo nível de preços das tarifas dos transportes e dos equipamentos e serviços no núcleo receptor. Em suma, a independência econômica permite a essa classe eleger livremente datas de saída, permanência e retorno em diferentes alternativas de viagem.

Turismo de Congresso e Eventos Promocionais: É o conjunto de atividades exercidas pelas pessoas que viajam a fim de participar de congressos, convenções, assembléias, simpósio, seminários, reuniões, ciclos, sínodos, concílios e demais encontros que visam ao estudo de alternativas, de dimensionamentos ou de interesses de determinada categoria profissional, associação, clube, crença religiosa, corrente científica ou outra organização com objetivos dos campos científicos, técnicos, religiosos para o alcance de objetivos profissionais, culturais, técnico-operacional, de aperfeiçoamento setorial ou de atualização.

Turismo de Incentivo: 1. É aquele constituído por viagens-prêmio concedidas com o objetivo de incentivar o desempenho profissional e/ou recompensar o cumprimento de metas, como cotas de venda para o pessoal de vendas, de compra para consumidores, melhoria de padrões qualitativos, etc. (EMBRATUR, s.d.). 2. São viagens para premiar ou reconhecer a excelência profissional com um diferencial de forte apelo cultural, emocional e psicológico, que proporcionam aos vencedores o lazer e o descanso merecidos em meio às atividades grupais prazerosas e altamente socializadoras (HOELLER, 1999). 3. São viagens para recompensar as pessoas com objetos que marcam uma façanha realizada. Baseia-se em viagens de reconhecimento e recompensa (VAZ, 1999).

Turismo de Negócios: 1. É o conjunto de atividades de viagem, de hospedagem, de alimentação e de lazer praticado por quem viaja a negócios referentes aos diversos setores da atividade comercial ou industrial ou para conhecer mercados, estabelecer contatos, firmar convênios, treinar novas tecnologias, vender ou comprar bens e serviços (ANDRADE, 1997). 2. É o segmento formado por executivos e empresários que viajam para reuniões privadas, com o objetivo de discutir bases de transações, estabelecer alianças e parcerias, realizar fusões de empresas, bem como para fechar negócios, adquirindo produtos, insumos e artigos (VAZ, 1999). 3. São viagens motivadas por interesses voltados a uma atividade lucrativa ou de desenvolvimento profissional. É a ação cujo propósito é a possibilidade de realização de contatos, negócios ou obtenção de conhecimentos a eles relacionados (LLEIDA, 1993).

Turismo de Saúde: 1. É aquele praticado por pessoas que se deslocam em busca de climas ou estações de tratamento, onde possam recuperar a saúde (EMBRATUR, 1992). 2. É a atividade turística praticada por indivíduos ou grupos que se deslocam em busca de recursos naturais terapêuticos ou estações de tratamento, onde possam recuperar a saúde física e/ou mental. Também pode ser chamado de turismo de tratamento ou terapico (EMBRATUR, s.d.).

Turismo Ecológico: 1. É "... uma forma responsável de viajarem áreas naturais, conservando o meio ambiente e proporcionando o bem estar para os moradores das destinações" (LINDERBERG & HAWKINS, 1993). 2. Denominação dada ao deslocamento de pessoas para espaços naturais, com ou sem equipamentos receptivos, motivadas pelo desejo/necessidade de fruição da natureza, observação passiva da flora, fauna, da paisagem e dos aspectos cênicos do entorno - neste sentido, pode ser também chamado de turismo da natureza, turismo verde. Incluem-se aqui também aquelas que buscam uma observação participante e interativa com

o meio natural, na prática de longas caminhadas, escalada, desbravamento e abertura de trilhas, rafting, outros esportes radicais em que a natureza é apenas o pano de fundo para o desafio de superar limites físicos de tolerância como canyoning, off-road, rappel (neste sentido, pode também confundir-se, segundo alguns autores, com o chamado turismo de aventura e inserir-se no desportivo como nos jogos da Natureza). Somam-se a essas atividades o exercício eventual da caça e pesca, excursões programadas para pontos geográficos de interesse turístico: rios, ilhas, montanhas e chapadas, grutas e cavernas, minas e jazidas. Em todos esses casos, ainda que haja uma preocupação de educação e conscientização ambiental, a característica dominante é uma maior flexibilização ou inexistência de restrições rígidas e limites à utilização do espaço visitado (BENI, 1999).

Turismo Eqüestre / Tropeirismo: É a viagem realizada com a utilização de transporte por cavalos, ou envolvendo passeios deste tipo (SÃO PAULO, s.d.).

Turismo Esotérico: É um tipo de viagem com motivação mística, espiritual e/ou pretensamente sobrenatural (visitas a lugares míticos e/ou mitológicos, por exemplo).

Turismo Étnico: É a atividade turística destinada a favorecer a criação de correntes turísticas específicas para conhecer, conviver e integrar-se com as diferentes etnias formadoras da raça brasileira (EMBRATUR, s.d.).

Turismo Náutico: É aquela atividade turística cuja motivação está associada ao litoral, rios, lagos, lagoas, voltadas assim, às atividades e esportes náuticos (EMBRATUR, s.d.).

Turismo Religioso: 1. É aquele motivado pela fé ou necessidade de cultura religiosa, seja através de visitação a igrejas e santuários, seja por peregrinação, romarias ou congressos eucarísticos (EMBRATUR, 1992). 2. É o conjunto de atividades com a utilização parcial ou total de equipamentos e a realização de visitas a lugares ou regiões que despertam sentimentos místicos ou suscitam a fé, a esperança e a caridade nos fiéis de qualquer tipo ou em pessoas vinculadas a religião (ANDRADE, 1997). 3. São viagens em função da amplitude e alcance das crença, doutrina, corporação e a ordem, ou seja: a) Crença Religiosa: enquadram-se nesta característica todas as pessoas que acreditam em concepções de vida espiritual, de forças sobrenaturais e da divindade como origem do Universo e de suas leis; b) Doutrina Religiosa: esta característica diz respeito às grandes correntes religiosas, às doutrinas de maior expressão no mundo, como o Budismo, Confucionismo, Cristianismo, Islamismo e outras; c) Corporação Religiosa: corresponde às organizações formalmente constituídas que remetem a uma grande religião, como, por exemplo, as Igrejas Católicas, romana e grega, as Igrejas Protestantes (Históricas como o Luteranismo e o Calvinismo, ou Pentecostais, em suas diversas ramificações, as diversas variantes do Espiritismo; d) Ordem Religiosa ou Seita: viagens de dirigentes e afiliados a ordem religiosa ou seita (VAZ, 1999).

Turismo Rural: É a denominação dada ao deslocamento de pessoas a espaços rurais, em roteiros programados ou espontâneos, com ou sem pernoite para fruição dos cenários e instalações rurícolas - neste sentido, alguns autores valem-se do excesso da expressão turismo no meio rural para incluir também o agroturismo. Mas, o turismo rural tem características próprias bem definidas. Em termos de permanência e de utilização de equipamentos, tanto pode apresentar instalações de hospedagem em casas de antigas colônias de trabalhadores e imigrantes dos distintos períodos agrários do Brasil, bem como com sedes de fazendas e casas de engenho dos ciclos do café e da cana de açúcar, que tipificam o patrimônio histórico-

arquitetônico e étnico-cultural de muitos Estados brasileiros, quanto também em propriedades modernas, complexos turísticos e hotéis-fazenda, particularmente voltados aos turistas que buscam lazer e recreação em atividades agropastoris. As origens do turismo rural podem ser identificadas em duas vertentes: a primeira está nas experiências já consolidadas em vários países e, também no Brasil, consubstanciadas no desenvolvimento de uma oferta de serviços de lazer e hospedagem em propriedades rurais no campo em pequenas, médias e grandes propriedades. Quando o turismo passa a ser então, a principal atividade produtiva, explicita o próprio conceito de turismo rural. A segunda vertente reside nos casos de propriedades não produtivas que possuem amplas instalações receptivas, algumas de valor histórico-patrimonial e arquitetônico de época que, adaptadas, permitem absorver parte de uma demanda diferenciada. Ainda nesta vertente incluem-se os modernos hotéis-fazenda e acampamentos de férias para jovens e idosos, especialmente edificadas nas áreas rurais de destacado valor cênico-paisagístico. Observa-se também que o turismo rural vem sendo considerado como alternativa de substituição viável às áreas turísticas em processo de saturação, principalmente em países europeus de longa tradição receptiva (BENI, 1999).

Turismo Surpresa: É uma viagem com destino ignorado - característica central deste segmento (VAZ, 1999).

Turismo Sustentável: É, preliminarmente, para garantir e assegurar os componentes dos diferenciais turísticos, o processo racional de exploração dos recursos ambientais naturais, histórico-culturais e temático-artificiais. Nos primeiros, exige-se, no processo de ocupação espacial, a preservação máxima possível de suas características originais. Nos segundos, requer-se, após o tombamento, o restauro e a conservação de sua integridade patrimonial e cultural. Considerando sua reutilização e ressignificação, poderão sofrer alterações estruturais da adaptabilidade e funcionalidade, mantendo obrigatoriamente a arquitetura de época e os elementos culturais na parte construtiva externa. Nos terceiros, flexibiliza-se o tratamento dos temas e o aproveitamento do espaço com estrita observância da legislação ambiental. Os conceitos que temos pesquisado vêm compreendendo definições limitadas porque somente contemplam recursos ambientais e econômicos, deixando, na maioria das vezes, de analisar a origem e a transformação do valor turístico intrínseco e sua conversabilidade em renda por meio da produção, distribuição e do consumo. Também não levam em consideração a inserção da população residente no processo produtivo e, com isso, não atentam até para o sistema de gestão, infra-estrutura, equipamentos e serviços receptivos e a competitividade local, regional e internacional dos preços praticados na comercialização do produto turístico final. Conforme entendido por BENI (1999), o conceito de turismo sustentável deve ser ampliado, justificado e necessariamente, portanto, ser definido como um processo estratégico de desenvolvimento interativo e articulado, espacialmente delimitado e localizado.

ANEXO 4

The Responsible Traveler – ISTM:

ANEXO 5

Série Doenças As principais doenças existentes no Brasil



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

www.bibmanguinhos.cict.fiocruz.br



Biblioteca de Manguinhos - BibMANG

1. Antraz
2. Dengue
3. Doença de Chagas
4. Pediculose
5. Escabiose
6. Esquistossomose Mansônica
7. Febre Amarela
8. Filaríase por *Wuchereria Bancrofti*
9. Gripe
10. Hanseníase
11. Hepatites Virais
12. Herpes Simples
13. Leishmaniose
14. Leptospirose
15. Malária
16. Meningites
17. Raiva
18. Rubéola
19. Sarampo
20. Tétano
21. Toxoplasmose
22. Tuberculose

- Glossário: Termos encontrados nos textos da "Série Doenças"

1. Antraz

O antraz é uma toxinfecção causada pelo *Bacillus anthracis*, bactéria do solo e da vegetação. É uma doença comum entre animais, como gado bovino, camelos, ovelhas, antílopes, cães e cabras e é adquirido por eles por meio de sua alimentação. O bacilo causador da infecção pode esporular e, conseqüentemente, resistir a altos níveis de calor ou frio durante muito tempo até ter condições ideais para seu desenvolvimento. O homem geralmente só é infectado quando exposto à animais contaminados ou quando tem contato ou consome carne e derivados de animais contaminados.

O antraz não é transmitido de pessoa para pessoa. Existem três formas clínicas da infecção na espécie humana:

1. Antraz cutâneo - adquirido quando se manuseia produtos infectados.
2. Antraz pulmonar - adquirido por aspiração de material infectante.
3. Antraz gastrointestinal - adquirido quando se ingere carne contaminada dos animais infectados.

Os sintomas da doença dependem da forma como ela foi adquirida.

Na forma cutânea, a infecção se dá principalmente nos braços, com o aparecimento de coceiras e pequenos inchaços, de aspecto semelhante a uma picada de inseto, que podem se transformar em dolorosas ulcerações com até 3 cm de diâmetro. Com o tempo a úlcera necrosa e as glândulas linfáticas podem inchar. De 5 a 20% dos casos não tratados podem resultar em morte.

Na forma pulmonar, o antraz se manifesta inicialmente parecendo um resfriado comum. Começa com a proliferação do bacilo na árvore respiratória, depois as toxinas produzidas pelas bactérias invadem a corrente sanguínea tornando a infecção altamente letal, pois o diagnóstico em geral é estabelecido tardiamente.

Na forma gastrointestinal surge uma inflamação aguda no intestino. Logo a seguir o paciente passa a ter náuseas, perde o apetite, vomita sangue, tem febre, dores abdominais e forte diarreia. Os casos não tratados chegam a 25% de letalidade.

O diagnóstico da doença é feito através de exame bacteriológico do material das lesões, cultura e testes imunológicos. O tratamento é realizado com o uso de antibióticos específicos. Para prevenção da doença é necessário controle da infecção animal através da vacinação dos rebanhos, da esterilização dos materiais contaminados e da higiene ambiental. O diagnóstico na fase aguda é estabelecido pela demonstração do parasito através de pesquisa no sangue, por cultura ou por imunodiagnóstico. Na fase crônica, o xenodiagnóstico e principalmente o imunodiagnóstico são os procedimentos mais adotados.

A prevenção e controle através do combate sistemático aos vetores, mediante o emprego de inseticidas eficazes, construção ou melhoria das habitações de maneira a torná-las pouco próprias à proliferação dos triatomíneos, eliminação dos animais domésticos infectados, uso de cortinados nas casas infestadas pelos vetores, controle e descarte do sangue contaminado pelo parasita e seus derivados.

2. Dengue

Doença febril aguda de curta duração, gravidade variável, causada por vírus e transmitida por mosquitos infectados. Apresenta-se sob duas formas: Dengue Clássica e Dengue Hemorrágica. O agente causal em ambas as formas, é um vírus pertencente ao gênero *Flavivirus*, família *Flaviviridae*, do qual se conhecem quatro sorotipos: DEN 1, 2, 3 e 4.

Os vetores são fêmeas de mosquitos culicídeos pertencentes ao gênero *Aedes*, sendo *Aedes aegypti* o mais importante transmissor da doença. Entre outros vetores de menor relevância epidemiológica encontra-se *Aedes albopictus*, considerado vetor secundário na Ásia porém ainda não associado à transmissão de dengue nas Américas, embora já ocorra também neste continente.

Na África e na Ásia foram isolados vírus de dengue de alguns macacos que exerceriam, portanto, o papel de reservatórios. No entanto tal fato ainda não foi constatado no continente americano.

A fonte de infecção é o homem e neste se desenvolve a doença. A transmissão se faz pela picada da fêmea do mosquito infectada. As fêmeas dos mosquitos são capazes de transmitir o vírus porque são hematófagas, ou seja, sugam sangue.

A susceptibilidade ao vírus da dengue é universal.

A imunidade é permanente e ao sorotipo específico, ou seja, os infectados, por exemplo, pelo sorotipo 1 tornam-se imunes em relação a este, mas podem vir a ser infectados por qualquer um dos outros 3 sorotipos.

O homem, após receber a picada infectante, leva de 3 a 15 dias (geralmente de 5 a 6 dias), para apresentar os primeiros sintomas.

O período de transmissibilidade ocorre em dois ciclos:

intrínseco - é o que se passa no homem. Começa um dia antes do aparecimento dos sintomas e vai até o 6º dia da doença. Durante esse período, o vírus está presente no sangue e os mosquitos que o sugarem podem se infectar.

extrínseco - é o que se dá no mosquito. Os vírus ingeridos juntamente com o sangue multiplicam-se nas glândulas salivares de 8 a 12 dias após um repasto de sangue infectado, os mosquitos se tornam infectantes, isto é, capazes de transmitir a doença e assim continuarão por toda a sua vida.

No diagnóstico devem ser considerados os seguintes aspectos clínicos: início súbito com febre intensa, dor de cabeça, dores fortes nos olhos, nos músculos, nos ossos e nas juntas. Podem surgir erupções na pele. As formas mais graves da doença são as formas hemorrágicas. Nestas, podem ocorrer: sangramento pelas gengivas, pele e intestino, choque e morte.

Não há tratamento específico para esta doença, seja em sua forma clássica seja na forma hemorrágica. Ainda não foi desenvolvida vacina eficaz contra a dengue.

3. Doença de Chagas (Tripanossomíase americana)

Doença infecciosa causada pelo *Trypanosoma cruzi*, de natureza endêmica e evolução clínica essencialmente crônica, cujos vetores são os insetos reduvídeos, principalmente dos gêneros *Triatoma*, *Rhodnius* e *Panstrongylus*.

A doença e o agente infeccioso foram descobertos e descritos pelo pesquisador Carlos Chagas, do Instituto Oswaldo Cruz, em 1908.

O *Trypanosoma cruzi* é uma espécie de protozoário da família Trypanosomatidae, cujo ciclo biológico apresenta três fases: amastigota, epimastigota e tripomastigota, e se desenvolve alternadamente em mamíferos de várias classes e insetos reduvídeos.

Transmitida pelas fezes eliminadas durante a picada dos vetores contaminados pelos tripanossomos. Esses vetores são insetos hematófagos, da família Reduviidae, especialmente das espécies *Triatoma infestans*, *Rhodnius prolixus* e *Panstrongylus megistus*, conhecidos popularmente como barbeiros, devido a preferência pela região do rosto onde costumam sugar sangue.

Pode ocorrer também a transmissão por transfusão de sangue ou transplacentária, produzindo os casos de infecção congênita.

A doença humana encontra-se limitada ao Hemisfério Ocidental, com ampla distribuição em zonas rurais do México, da América Central e América do Sul.

A incidência da endemia acha-se condicionada ao nível econômico e social da região e em particular à existência de vetores domiciliários, aos tipos precários de habitação do homem rural e às baixas condições de higiene de seus habitantes. Constitui um dos maiores problemas de saúde pública do Brasil.

Normalmente o quadro clínico surge de 5 a 14 dias após a transmissão pelo vetor e 30 a 40 dias para as infecções por transfusão sanguínea.

O parasita encontra-se regularmente no sangue durante o período febril agudo e pode persistir em pequeno número durante toda a vida nos casos sintomáticos e assintomáticos.

A forma aguda da doença ocorre geralmente em crianças; as manifestações crônicas aparecem comumente mais tarde, na vida adulta. A maioria dos infectados não apresenta manifestações clínicas. A fase aguda é caracterizada por febre de intensidade variável, mal-estar, linfadenopatia e hepatoesplenomegalia. Podendo ocorrer e persistir durante até 8 semanas uma reação inflamatória no local da penetração do parasito (inchaço), conhecida como chagoma. O edema inflamatório unilateral das pálpebras (sinal de Romana), ocorre em 10 a 20 % dos casos agudos. As manifestações fatais, ou que podem constituir uma ameaça à vida, incluem miocardite e meningoencefalite. A fase crônica sintomática decorre com maior frequência de lesões cardíacas, com cardiomegalia e arritmias, e comprometimento do trato digestivo com megaesôfago e megacolon.

O diagnóstico na fase aguda é estabelecido pela demonstração do parasito através de pesquisa no sangue, por cultura ou por imunodiagnóstico. Na fase crônica, o xenodiagnóstico e principalmente o imunodiagnóstico são os procedimentos mais adotados.

A prevenção e controle através do combate sistemático aos vetores, mediante o emprego de inseticidas eficazes, construção ou melhoria das habitações de maneira a torná-las pouco próprias à proliferação dos triatomíneos, eliminação dos animais domésticos infectados, uso de cortinados nas casas infestadas pelos vetores, controle e descarte do sangue contaminado pelo parasita e seus derivados.

4. Pediculose (Piolho)

É uma doença provocada pela infestação de *Pediculus humanus var capitis* (piolho) e lêndeas no couro cabeludo. Atinge preferencialmente crianças em fase escolar. O que é o piolho? É um inseto que não voa, não pula, parasita o couro cabeludo, se alimenta de sangue humano e vive em torno de 30 dias. A fêmea deposita seus ovos (lêndeas) presos ao fio de cabelo e pode colocar até 300 ovos durante sua vida.

Sintoma:

O primeiro sintoma é uma intensa coceira no couro cabeludo, principalmente na região da nuca e atrás das orelhas.

Conseqüências:

A intensa coceira no couro cabeludo pode ocasionar feridas que são portas abertas para infecções bacterianas, como impetigo, além do aparecimento de gânglios e stress que leva ao baixo rendimento escolar.

Como Transmite? A transmissão acontece:

23. Pelo contato pessoal (direto) dos indivíduos infestados.
24. Pelo uso coletivo de utensílios como: pente, boné, travesseiro, lenço de cabeça, presilha, almofada, etc.

Como Evitar?

Lavar cabeça diariamente evitando deixar os cabelos úmidos e prender os cabelos somente quando estiverem secos.

Inspeccionar a cabeça diariamente a procura de piolhos e lêndeas.

Passar assiduamente o pente fino para retirar piolhos e ninfas (piolhos em desenvolvimento).

Não entrar em contato com pessoas infestadas. Não usar de forma coletiva: travesseiro, pente, boné, lenço de cabeça, presilha, etc.

Como Tratar?

Passar freqüentemente o pente fino no mínimo uma vez ao dia. Para cabelos crespos ou ondulados, use antes um creme rinse.

Quando estiver passando o pente fino, utilize sempre um pano branco evitando assim que os piolhos caiam na roupa.

Os piolhos, lêndeas e ninfas que caírem no pano, devem ser deixados em vinagre, diluído em água por um período de 30 minutos para que sejam mortos.

Retirar todas as lêndeas de acordo com os seguintes passos:

- a) Molhar um pedaço de algodão em vinagre (diluído em água na proporção de 1:1);
- b) Selecionar 3 ou 4 fios de cabelo que estejam com lêndeas;
- c) Com ajuda do algodão embebido em vinagre diluído, envolver os fios de cabelo (3 ou 4 no máximo) pressionando-os entre os dedos;
- d) Puxar lentamente no sentido da base do cabelo para a ponta e com a outra mão, segurar a base do cabelo para não machucar a criança;
- e) Trocar sempre que necessário o algodão, desprezando-o em um frasco com vinagre diluído em água para matar as lêndeas;

Nunca usar querosene, neocid ou qualquer outro inseticida, pois são tóxicos ao ser humano.

Ferver os objetos pessoais, tais como: pente, boné, lençol e roupas.

5. Escabiose

Doença contagiosa da pele causada por um ácaro, o *Sarcoptes scabiei*, cuja penetração na pele é visível sob a forma de pápulas ou vesículas, ou de sulcos onde deposita os seus ovos. Esta doença é conhecida popularmente pelo nome de sarna.

As lesões causadas por estes parasitos localizam-se de preferência nas regiões interdigitais, nos punhos, nos cotovelos, nas axilas, nos tornozelos e nos pés, podendo estender-se às virilhas, nádegas, órgãos genitais, seios etc. A cabeça geralmente poupada, bem como o pescoço e o dorso.

O Brasil é um dos países mais envolvidos com esta endemia.

O homem é o reservatório do *Sarcoptes scabiei*.

A transmissão do parasita faz-se pelo contato direto de pessoas sadias e portadores da doença. Esta dermatose, se transmite, com frequência, durante as relações sexuais. O período de incubação ocorre de 2 a 6 semanas antes do início do prurido nas pessoas sem exposição prévia. Pessoas que foram anteriormente infestadas desenvolvem sintomas em uma semana.

O período de incubação ocorre de 2 a 6 semanas antes do início do prurido nas pessoas sem exposição prévia. Pessoas que foram anteriormente infestadas desenvolvem sintomas em uma semana.

O período de transmissão da doença ocorre até que os ácaros e seus ovos tenham sido destruídos por tratamento específico. As pessoas imunodeprimidas são suscetíveis à superinfestação, presume-se haver algum tipo de resistência ao tratamento.

6. Esquistossomose Mansônica

Doença parasitária causada, no Brasil, pelo *Schistosoma mansoni*. Os vermes adultos alcançam até 12 mm de comprimento por 0,44 mm de diâmetro e vivem em pequenas veias do intestino e do fígado do homem doente.

O *Schistosoma mansoni* é uma espécie de helminto, da família Schistosomatidae. Das cinco espécies que parasitam o homem, apenas esta é encontrada na América.

O *Schistosoma mansoni* é transmitido por moluscos em águas poluídas com fezes humanas, principalmente entre as crianças e adultos jovens. Esses moluscos de água doce são do gênero *Biomphalaria*, especialmente das espécies *Biomphalaria tenagophila*, *Biomphalaria glabrata* e *Biomphalaria straminea*, conhecidos como planorbídeos e, popularmente, como caramujos.

Portanto, a transmissão do *Schistosoma mansoni* depende da presença do portador humano, eliminando ovos do parasito nas fezes; da existência de hospedeiro intermediário, que é o caramujo e, finalmente, do contato do homem com água contendo cercárias de *Schistosoma mansoni*.

O período de incubação geralmente é de quatro a seis semanas após a infecção.

O homem, uma vez infectado, pode continuar eliminando ovos por vários anos, particularmente se ocorrer reinfecção.

A maioria das pessoas é assintomática. Aquelas com sintomas podem se apresentar em fase aguda ou em fase crônica.

Fase aguda: geralmente só é percebida em pessoas de área não endêmica e depende do número de cercárias infectantes. Inicialmente, surge coceira e vermelhidão no local de penetração da cercária. O infectado pode apresentar febre, suor frio, dor de cabeça, dores musculares, cansaço, perda de apetite, emagrecimento, tosse, dores de barriga. Algumas pessoas relatam enjôos e vômitos. O fígado fica um pouco aumentado e doloroso a palpação.

Fase crônica: pode apresentar-se sob três formas, intestinal, hepato-intestinal e hepato-esplênica. Na primeira forma a diarreia é o sintoma mais comum. Pode acontecer perda de apetite, cansaço e barriga dolorosa a palpação. Na forma hepato-intestinal os sintomas são os mesmos anteriores, porém mais acentuados. Nesta forma o fígado apresenta-se aumentado de volume. A forma hepato-esplênica tem este nome devido a lesões no fígado e baço. O indivíduo queixa-se de tumor na barriga, já que fígado e baço estão muito aumentados de volume. A lesão no fígado, com o tempo, leva ao aparecimento de varizes no esôfago, com sangue no vômito e nas fezes. Pode ocorrer aumento do tamanho da barriga, com presença de líquido (barriga d'água). Esta forma é observada mais freqüentemente nas áreas em que ocorrem mais casos no Brasil: Nordeste e Minas Gerais.

Todo caso suspeito deve ser notificado e investigado pela rede de saúde. Levam-se em consideração os sintomas, o resultado do exame de fezes e as características de vida com relação ao contato com água supostamente contaminada.

O controle de cura deve ser feito através de exames de fezes até seis meses após o tratamento.

Os métodos de controle baseiam-se em medidas de: saneamento ambiental, com rede de abastecimento de água e coleta de esgotos; tratamento dos casos diagnosticados; educação em saúde, que deve estar inseridas em todos os serviços que desenvolvam as ações de controle da doença; tratamento das coleções hídricas com caramujos contaminados pelo parasito.

Ocorre em várias partes do mundo, principalmente na região do Oriente Próximo, grande parte da África, Antilhas e América do Sul (Venezuela e Brasil).

No mundo estima-se que atualmente existam mais de duzentos milhões de casos. No Brasil a estimativa é de que mais de seis milhões de casos ocorram anualmente.

7. Febre Amarela

A febre amarela é uma arbovirose (doença transmitida por inseto) que se apresenta sob duas formas distintas: a silvestre e a urbana. A febre amarela silvestre ocorre pela penetração do homem no ciclo enzoótico natural, onde o principal vetor são os mosquitos do gênero *Haemagogus*.

No Brasil, as áreas enzóticas ou endêmicas, ou seja, aquelas onde o vírus da doença circula entre os hospedeiros naturais (principalmente os macacos), abrangem as regiões Norte, Centro-Oeste e parte do estado de Maranhão. Na febre amarela urbana, eliminada do país desde o ano de 1942, o vírus é introduzido no ciclo de transmissão pelo homem, que se constitui no único hospedeiro e o mosquito *Aedes aegypti* é o seu principal vetor.

Atualmente, a dispersão do *Aedes aegypti* em todo o território nacional e a entrada do *Aedes albopictus*, potencial vetor da febre amarela desde final da década de 1980, em vários estados brasileiros apontam a possibilidade de reintrodução da doença e aumentam a preocupação do Ministério da Saúde para que se intensifiquem ações de vigilância e combate à febre amarela.

O homem, após receber a picada do mosquito, leva de 3 a 6 dias para apresentar os primeiros sintomas. Os aspectos clínicos da doença apresentam diferentes graus de gravidade. Nos primeiros dias, são detectados febre alta, dor de cabeça, mal-estar geral, náuseas, vômitos, dores musculares, prostração e, às vezes calafrios. No terceiro ou quarto dia, pode ocorrer ausência de febre e melhora clínica e o quadro clínico pode evoluir para a cura ou para a forma mais grave da doença que se caracteriza por aumento da febre, diarreia, e reaparecimento do vômito. Surgem também icterícia, dor abdominal, manifestações hemorrágicas, insuficiência renal, que podem evoluir até o coma e a morte.

O controle da doença é feito através da vacinação das populações sob risco, ou seja, aquelas que residem nas áreas de circulação do vírus e dos indivíduos que se dirigem para essas áreas em viagens de trabalho ou turismo, onde a vacina deve ser tomada em dose única 10 dias antes da viagem. É recomendável renovar a vacina a cada 10 anos.

8. Filaríase por *Wuchereria Bancrofti*

Aspectos Clínicos e Epidemiológicos.

Descrição: A filaríase por *Wuchereria bancrofti* é causada por um nematódeo que vive nos vasos linfáticos das pessoas infectadas, apresentando diversas manifestações clínicas. Existem indivíduos infectados que nunca desenvolvem sintomas, havendo ou não detecção de microfírias no sangue periférico. Outros podem apresentar febre recorrente aguda, astenia, mialgias, fotofobia, urticária, pericardite, dor de cabeça e inflamação de nódulos e vasos linfáticos, com ou sem microfíria. Os casos crônicos mais graves são de indivíduos que apresentam hidrocele, presença de gordura na urina e elefantíase de membros, mamas e órgãos genitais. Descreve-se ainda casos de eosinofilia tropical, que é uma síndrome que se manifesta por crises paroxísticas de asma, com pneumonia intersticial crônica e ligeira febre recorrente, cujo leucograma registra importante eosinofilia.

Sinonímia - Filariose, filaríase de Bancrofti, elefantíase.

Agente etiológico - *Wuchereria bancrofti*.

Reservatório - O homem.

Modo de transmissão: Pela picada dos mosquitos transmissores com lavras infectantes. O *Culex fatigans* é o principal transmissor no Brasil. Em geral, as microfilárias têm periodicidade para circular no sangue periférico, sendo mais detectadas à noite, entre as 22hs e 2hs.

Período de incubação: Manifestações alérgicas podem aparecer um mês após a infecção. As microfilárias, em geral, aparecem no sangue periférico de 6 a 12 meses após o inóculo para *W. bancrofti*.

Período de transmissibilidade: Não se transmite de pessoa a pessoa. O ciclo se faz de homem infectado com microfilaremia picado por inseto transmissor, que transmitirá à outro indivíduo, após 12 a 14 dias do repasto. A microfilaremia pode persistir, aproximadamente, de 5 a 10 anos.

Complicações: Hidrocele, linfocele, elefantíase, presença de gordura na urina.

Tratamento: A droga de escolha é a Dietilcarbamazina (DEC).

Características epidemiológicas: A filariose linfática tem grande importância na África. Foi uma doença prevalente no Brasil, mas, hoje, encontra-se restrita a alguns focos persistentes no Pará, Pernambuco e Alagoas.

Vigilância Epidemiológica

Objetivos: Desenvolver estratégias para delimitação das áreas de maior prevalência dentro dos poucos focos existentes, visando a adoção de medidas de controle do mosquito transmissor e tratamento em massa dos casos diagnosticados. De acordo com a OMS, essa é uma doença passível de erradicação, o que está sendo objeto de discussão atualmente no Brasil.

Notificação: Doença de notificação nos estados que permanecem com foco. Em situações de detecção de novos focos, deve-se notificar como agravo inusitado, de acordo com a normalização do Ministério da Saúde.

Medidas de controle:

a) Redução da densidade populacional do vetor: através de biocidas; bolinhas de isopor, método limitado a criadouros específicos urbanos (latrinas e fossas); mosquiteiros ou cortinas impregnadas com inseticidas para limitar o contato entre o vetor e o homem; borrifação intradomiciliar com inseticidas de efeito residual (dirigida contra as formas adultas do *Culex*).

b) Educação em Saúde: informar às comunidades das áreas afetadas, sobre a doença e as medidas que podem ser adotadas para sua redução/eliminação; identificação dos criadouros potenciais no domicílio e peridomicílio, estimulando a sua redução pela própria comunidade; c) Tratamento em massa: para as populações humanas que residem nos focos.

9. Gripe

Doença infecciosa aguda e contagiosa, causada por um vírus, que se caracteriza por um estado febril e muitas vezes se acompanha de catarro. O vírus da gripe mais comum possui o nome de Influenza, termo que designa academicamente a doença. O vírus Influenza atinge anualmente cerca de 600 milhões de pessoas no mundo, alcançando todas as comunidades, acometendo com frequência a mesma pessoa duas ou três vezes por ano.

A taxa de mortalidade em decorrência da gripe varia entre 2% e 5% da população, segundo a virulência da epidemia. Uma epidemia de gripe geralmente alcança sua intensidade máxima em dois ou três meses e depois regride paulatinamente.

A primeira grande epidemia que se generalizou com repercussões mundiais de que se tem conhecimento se deu em 1918 e foi chamada de Gripe Espanhola, que provocou muitas internações, pânico e levou à morte mais de 21 milhões de pessoas. Outras epidemias seguiram-se em 1957 e em 1968. Recentemente tivemos a Gripe Asiática e a Gripe Européia.

A gripe por Influenza se caracteriza por uma infecção catarral das vias respiratórias superiores. Sua transmissão se dá pelo contágio direto, através das pequenas gotículas de saliva que se projetam ao tossir ou espirrar. Se alguém estiver no mesmo ambiente de alguém infectado pode se contaminar pelos vírus suspensos no ar.

Os vírus invadem as células do aparelho respiratório, multiplicam-se e determinam as alterações responsáveis pelo quadro clínico gripal. Aproximadamente 24 horas após o contato infectante, surgem sintomas como cefaléia, febre, calafrios, fraqueza, dor muscular, tosse, espirros, secreção nasal. O paciente percebe logo a necessidade de recolher-se ao leito.

No Hemisfério Norte o vírus da influenza causa doença principalmente no período do inverno, correspondendo aos meses de dezembro, janeiro e fevereiro, quando há maior permanência das pessoas em lugares fechados favorece a rápida disseminação viral. No Hemisfério Sul, os meses de maior circulação do vírus correspondem aos meses de junho a agosto, principalmente naquelas regiões que possuem o inverno mais frio. As cepas que circulam nos dois hemisférios não são exatamente as mesmas, o que implica em vacinas específicas contendo, para cada hemisfério, as cepas mais prevalentes.

A gripe pode ter como causa mais de 300 tipos diferentes de vírus. O vírus da influenza é um destes agentes infecciosos que se propaga com bastante rapidez. Doença que pode apresentar complicações em idosos, pessoas com doenças crônicas do coração, pulmões, rins, indivíduos com diabetes, anemias severas e imunodeprimidos.

O período de transmissão ocorre a três dias a partir do aparecimento dos primeiros sintomas.

Não existe um medicamento eficaz para o tratamento da gripe. Os remédios servem apenas para diminuir os sintomas. Considera-se o tratamento da gripe como um "tratamento sintomático". Quando não ocorrem complicações na evolução da doença, ocorre melhora e resolução completa em um período médio de 5 a 10 dias.

10. Hanseníase

Doença infecciosa crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*, caracterizada por lesões da pele, da mucosa, das vias aéreas superiores e nervos. Anteriormente era conhecida pelo nome de Lepra.

O agente infeccioso *Mycobacterium leprae* é um bacilo da família *Mycobacteriaceae*. Tem um universo muito pequeno de hospedeiros : o homem, o tatu, o camundongo, neste último, apenas um crescimento bacteriano limitado e em roedores com supressão imunológica.

Outrora doença de dispersão mundial, declinou-se a partir do Século XVI, praticamente desaparecendo da Europa, tornando-se rara na maioria dos países desenvolvidos. Atualmente é encontrada sobretudo no Sudeste Asiático, Índia, África tropical e algumas áreas das Américas (México, Antilhas, Guianas, Venezuela, Colômbia, Bolívia, Brasil e Argentina).

Os primeiros sinais da doença são pequenas manchas dormentes de cor esbranquiçada ou avermelhada. Se não for mancha dormente, não é mancha de hanseníase. A dormência significa a perda da sensibilidade ao calor, à dor e ao tato. Isso é facilmente verificado pelo médico. A confirmação do diagnóstico se dá pela biópsia e bacterioscopia.

São quatro os tipos principais de hanseníase: indeterminada; tuberculóide; virchowiana; dimorfa.

O modo de transmissão ocorre com a penetração do bacilo no organismo através de pele lesionada e do trato respiratório. A maioria das pessoas quando entra em contato com o bacilo não desenvolve a doença. As populações mais pobres, sem habitação adequada, sem saneamento básico, sem assistência à saúde, estão mais sujeitas não só a contrair hanseníase mas também todos os tipos de doenças.

O período de incubação leva, em média, 3 a 6 anos, embora possa transcorrer períodos mais longos até que a doença seja diagnosticada.

A hanseníase se pega somente de uma pessoa infectada apresentando uma forma contagiante, isto é, que esteja eliminando os bacilos pelas vias respiratórias e que não esteja fazendo tratamento. Existem formas da doença que não são contagiantes.

A cura da hanseníase acontece através de medicamentos que provocam a morte do bacilo. Evidência clínica e laboratorial sugere que a infecciosidade desaparece na maior parte das vezes dentro de 3 meses de tratamento contínuo. Porém, se o tratamento for tardio ou inadequado, a pessoa pode ficar com seqüelas (deformidades), mesmo já estando curada da infecção.

11. Hepatites Virais

As hepatites virais são doenças infecciosas sistêmicas que afetam o fígado. Cinco diferentes vírus são reconhecidos como agentes etiológicos da hepatite viral humana: o vírus da hepatite A (HAV), o vírus da hepatite B (HBV), o vírus da hepatite C (HCV), o vírus da hepatite D ou Delta (HDV) e o vírus da hepatite E (HEV). Com exceção do HBV, que possui genoma DNA, todos os demais são vírus RNA.

Embora apresentando diferenças quanto ao tipo de genoma viral, estrutura molecular e classificação taxonômica, estes cinco agentes etiológicos têm o fígado como alvo primário e causam um processo necroinflamatório característico: a "hepatite". Náusea, vômitos, mal-estar, dor-de-cabeça, e perda do apetite são os sintomas mais frequentes na fase inicial da doença. Colúria (urina escura) e acolia (fezes esbranquiçadas) antecedem a fase icterica (pele e olhos amarelados) que, em geral, coincide com alteração das provas de função hepática.

As hepatites A e E são transmitidas pela via orofecal e causam infecções agudas benignas, que evoluem para a cura sem necessidade de tratamento específico. As hepatites B, C e D podem evoluir para a hepatite crônica, que tem como principais complicações a cirrose e o carcinoma hepatocelular.

HEPATITE A - transmissão oro-fecal, por água e alimentos contaminados ou contato pessoal com pessoas infectadas. O vírus da hepatite A tem distribuição mundial e apresenta maior disseminação em áreas onde são precárias as condições sanitárias e de higiene da população. Nestas áreas, a hepatite A apresenta-se como uma doença típica da infância. Com a melhoria das condições sócio-econômicas, os adultos jovens constituem o grupo mais susceptível à infecção.

HEPATITE B - via primária de transmissão é a parenteral, por contato com sangue e hemoderivados. É também transmitida por contato sexual e de mãe infectada para o recém nascido (durante o parto ou no período perinatal). Grupos de alto risco incluem os usuários de drogas injetáveis, homossexuais/heterossexuais com múltiplos parceiros.

HEPATITE C - a forma mais comum de transmissão é a parenteral, por exposição percutânea direta ao sangue, hemoderivados ou instrumental cirúrgico contaminado. Receptores de sangue e derivados, usuários de drogas injetáveis, pacientes de hemodiálise e profissionais de saúde (vítimas de acidentes pérfuro-cortantes) apresentam alto risco de infecção pelo HCV.

HEPATITE D - O agente Delta é um vírus defectivo que precisa, para sua replicação e expressão, da função auxiliar do vírus da hepatite B. A forma de transmissão é similar à da hepatite B. A hepatite D apresenta caráter endêmico nas regiões de alta prevalência para a hepatite B, onde a transmissão se dá principalmente por vias não-parenterais (vertical ou por contato pessoal). Nos países apresentando baixa prevalência para a hepatite B, a infecção pelo vírus Delta ocorre principalmente entre os usuários de drogas injetáveis e os hemofílicos.

HEPATITE E - a forma mais frequente de transmissão é por ingestão de água contaminada; menor probabilidade de transmissão por contato pessoal. O vírus da hepatite E (HEV) assim como o da hepatite A, causa uma infecção benigna que não evolui para a forma crônica. Os casos mais graves são observados entre as gestantes: 20% das que contraem o HEV evoluem para a forma fulminante, fatal em 80% dos casos.

O diagnóstico laboratorial das hepatites virais inclui as provas da função hepática e a pesquisa de marcadores sorológicos específicos (antígenos e anticorpos). Testes complementares para a detecção direta do genoma viral podem ser necessários para confirmação diagnóstica, determinação do genótipo infectante ou monitoramento da resposta à terapia antiviral.

As medidas preventivas incluem o saneamento básico, as boas práticas de higiene pessoal, o uso de preservativos, o uso de agulhas e seringas descartáveis, o não compartilhamento de objetos pérfuro-cortantes (barbeadores, instrumentos de manicure/pedicure, etc). Já existem vacinas para as hepatites A e B; esta última pode ser adquirida nos postos de saúde da rede pública.

Indivíduos infectados pelo vírus da hepatite B têm 5% a 10% de risco de tornarem-se doentes crônicos. Na hepatite C, o risco é de 85%. O tratamento das hepatites B e C é feito com agentes antivirais, com 70% e 35% de sucesso, respectivamente.

12. Herpes Simples

O herpes foi observado e descrito pela primeira vez pelo patologista vienense Benjamin Lipschuetz (1878-1931), após uma demonstração microscópica da existência do vírus filtrável.

O herpes simples é uma infecção viral que se caracteriza por uma lesão primária localizada que persiste de forma latente e tende à recorrência também localizada. Geralmente ocorre na primeira infância. Na maioria dos casos, manifesta-se clinicamente sob a forma de uma afecção benigna de gravidade variável, caracterizada por febre e mal-estar, com lesões vesiculares na orofaringe, erupção cutânea, meningoencefalite ou uma infecção generalizada fatal em recém-nascidos. Geralmente sua reativação é apresentada sob a forma de vesículas claras, superficiais, sobre base eritematosa, que aparecem na face e nos lábios, formando crostas que se curam em alguns dias. A reativação é provocada por várias formas de traumatismos, alterações fisiológicas ou doenças intercorrentes, tais como pneumonia pneumocócica, meningite bacteriana e malária.

O herpes simples pode ser observado na forma de infecção da pele e mucosas: labial, facial, ocular, nasal e genital e herpes da cavidade oral: gengivostomatite primária e estomatite decorrente.

O agente infeccioso da doença é o vírus do herpes simples (HSV) dos tipos 1 e 2, diferenciados serologicamente. O vírus do herpes simples tem difusão no mundo inteiro, afetando cerca de 2% da população, sendo que 80% dos adultos possuem anticorpos circulantes contra o vírus.

O vírus é mais prevalente antes do 5º ano de idade dos indivíduos. Os ambientes de maior aglomeração, principalmente os mais pobres, contribuem para a incidência da infecção, da qual o homem é o único reservatório. Sua transmissão se dá através do contato direto, entre eles a transmissão materna, o beijo e o contato sexual. Há ainda formas indiretas de contato através de objetos de uso pessoal.

O período de incubação pode ser de 2 dias a 2 meses.

Entre as melhores formas de prevenção do herpes simples estão a higiene pessoal e a educação sanitária, com cuidado especial no sentido de evitar a contaminação da pele com material infectante.

13. Leishmaniose

Doença infecciosa não contagiosa que se apresenta com características clínicas e epidemiológicas diversas em cada área geográfica. Trata-se de uma zoonose urbana e periurbana dividida em quatro grupos: leishmaniose cutânea, que é a que produz exclusivamente lesões cutâneas, ulcerosas ou não, porém limitadas; leishmaniose cutâneo-mucosa ou leishmaniose mucocutânea, caracterizada por formas que se complicam frequentemente com o aparecimento de lesões destrutivas nas mucosas do nariz, boca e faringe; leishmaniose visceral ou calazar, formas viscerais em que o parasito tem afinidade (tropismo) com o SFM (sistema fagocítico mononuclear) do baço, do fígado, da medula óssea e dos tecidos linfóides; leishmaniose cutânea difusa, formas dissimuladas cutâneas que se apresentam em indivíduos alérgicos ou, tardiamente, em pacientes que foram tratados de calazar.

O parasito responsável pelas leishmanioses humanas é um protozoário que durante seu ciclo evolutivo necessita de hospedeiros vertebrados e de hospedeiros invertebrados (flebotomos). Para identificar as diferentes estirpes isoladas foi elaborada uma classificação baseada fundamentalmente nas doenças que eles produzem, levando-se em conta o quadro clínico e também as características biológicas, geográficas e epidemiológicas.

L. brasilienses, *L. chafasi*, *L. mexicana*, *L. amazonensis* constituem exemplos de parasitos causadores de leishmanioses.

Para detectar uma infecção, costuma-se recorrer a um dos dois métodos seguintes: Inoculação do material suspeito (tecido, etc.) em um meio de cultura adequado; ou inoculação do tecido, devidamente triturado, em mais de um animal de laboratório muito suscetível, como o hamster (*Mesocricetus auratus*).

O vetor das leishmanioses é sempre um flebotomíneo, que ao picar o indivíduo ou o animal parasitado retira junto com o sangue ou com a linfa intersticial as leishmanioses, que passarão a evoluir no interior do tubo digestivo, sofrendo muitas modificações. Ao alimentar-se com o sangue de outros animais ou pessoas, o inseto passa a regurgitar o material aspirado.

Fica assegurada desse modo, a inoculação de formas infectantes em um novo hospedeiro vertebrado, completando assim o ciclo evolutivo do parasito e a sua propagação a novos indivíduos suscetíveis.

Os flebotomídeos são pequenos, muito pilosos de cor palha ou castanhos claros, facilmente reconhecidos pela atitude que assumem quando pousados, permanecendo com as asas entreabertas e ligeiramente levantadas, ao invés de se cruzarem sobre o dorso. São conhecidos como: "cangalha", "orelha de veado": "mosquito palha", "tabuira", e etc. Apenas dois gêneros são realmente importantes para a epidemiologia das leishmanioses: Lutzumira, cujas fêmeas picam o homem (leishmaniose da América) e Phlebotomus, responsáveis pelas leishmanioses da África, da Europa e da Ásia.

Os animais reservatórios são os roedores, marsupiais (Didelphis) e cães domésticos. Dependendo do tipo de leishmaniose e da região endêmica, a doença recebe um nome característico de cada região, de acordo com a sua origem: "botão do oriente", "úlcera ou botão de Bikra (Argélia)", gafsa (Tunísia), Bagdá (Iraque), espúndia, úlcera de Bauru, ferida brava, úlcera de los chicleros, "bay sore".

A leishmaniose apresenta ampla distribuição no Brasil, Venezuela, Guiana Francesa, América Central, nas áreas florestais dos Andes, Suriname, Panamá, Oriente Médio, região neotropical e planície litorânea do golfo do México, Guatemala, Belize, Bacia Amazônica e outros.

O controle da doença é feito através do combate aos insetos por meio de inseticidas. Além disto, deve-se evitar os locais já sabidamente freqüentados pelos flebotomos ao entardecer e ao diagnosticar os animais domésticos, tratá-los logo que se suspeite dos sintomas da doença.

O tratamento é específico para cada tipo de leishmaniose através de drogas também especificadas.

14. Leptospirose

É uma doença febril, podendo acometer o homem e os animais domésticos e selvagens, sendo caracterizada por uma vaculite generalizada. É também conhecida como doença de Weil, febre dos pântanos, febre outonal, febre hasani, febre dos sete dias, febre dos arrozais, febre dos nadadores, febre dos porquinhos, febre pré-fibial de Fort-Bragg, febre de Andaman ou tifo canino. Foi descrita primeiramente por Weil em 1886. Stimson foi o primeiro a visualizar o microorganismo em 1907 e em 1915 o agente foi cultivado por Inada, que o denominou "Spirochetta icterohaemorrhagiae".

Seus sintomas são febre, dor de cabeça, calafrios, mal estar intenso, vômitos, mialgia e injeção conjuntival. Pode ocorrer icterícia, insuficiência renal, anemia e hemorragias da pele e das membranas mucosas. O agente infeccioso é o espiroqueta patogênico do gênero Leptospira, que são microorganismos aeróbios.

O principal animal reservatório da doença é o rato, pois é capaz de eliminar o microorganismo pela urina por muitos anos. Porém, o cão também pode transmitir a doença. A transmissão ao homem pode ocorrer por contato direto com o sangue, tecidos de órgãos ou urina de animais infectados, ou por via indireta, através do contato com água ou solo contaminados com urina dos animais portadores do microorganismo. A água tem papel importante na transmissão da leptospirose, pois a maior parte das contaminações ocorre através dela.

O período de incubação é em geral de 10 dias. As principais medidas preventivas são: campanhas educacionais em relação ao risco de contágio, programas de controle de roedores, obras de saneamento incluindo purificação das águas, tratamento de esgoto e prevenção contra enchentes. Existe ainda a imunização através de vacinas produzidas com leptopiras mortas.

15. Malária

A malária ou impaludismo é uma doença infecciosa, não contagiosa e de evolução crônica, com manifestações episódicas de caráter agudo. Provavelmente é a doença parasitária mais antiga, conhecida na Antigüidade como febre intermitente. Devido ao seu caráter endêmico, foi responsável por tantas mortes quanto foram as próprias guerras em vários períodos da história.

Existem quatro formas de malária humana, identificadas através de exames de laboratório, conforme os seguintes agentes infecciosos encontrados no sangue do paciente: Plasmodium falciparum, causador da forma mais grave da doença, Plasmodium vivax, Plasmodium malariae e Plasmodium ovale. Estes três últimos normalmente não provocam morte.

Os sintomas da malária são: calafrios fortes e temperatura alta, acompanhados de dor de cabeça, náusea e sudorese profunda.

Estes sintomas se repetem em ciclos todos os dias, em dias alternados ou a cada três dias e podem durar de uma semana a um mês ou mais. As recaídas podem acontecer a intervalos regulares, podendo persistir por até 50 anos.

Em relação à distribuição geográfica, a malária aparece em zonas de trópicos e subtropicais. Calcula-se que a cada ano cerca de 100 a 150 milhões de pessoas adquirem a doença e que aproximadamente um milhão de mortes ocorrem, principalmente em crianças nas regiões tropicais da África, Ásia e Américas. É, portanto, considerada uma doença tropical, cujo maior foco é o Continente Africano, com a mais alta morbidade e mortalidade, principalmente em crianças. A espécie predominante do agente infeccioso é o Plasmodium falciparum, na maioria dos países.

No Brasil, a malária é a mais expressiva das endemias, presente principalmente na Amazônia devido às suas condições climáticas, com hidrografia abundante, chuvas frequentes e enchentes, que favorecem aos criadouros dos vetores.

A malária é transmitida ao homem através de picada de mosquitos do gênero Anopheles, que são os vetores da doença. Somente as fêmeas são hematófagas e transmitem o agente infeccioso, normalmente ao crepúsculo e à noite. É preciso que o vetor tenha adquirido previamente a infecção após picar outro enfermo. A transmissão também pode ser acidental, através de transfusão de sangue contaminado ou pelo uso de agulhas e seringas infectadas. O espaço de tempo entre a picada do mosquito infectante e o aparecimento do quadro clínico vai desde 12 até 30 dias, dependendo da espécie do agente infeccioso. Quando a infecção se deve a uma transfusão de sangue, o período de incubação pode ser de até 2 meses.

Para controle da doença existem as medidas preventivas, como a redução ou eliminação dos criadouros dos mosquitos através de obras de engenharia sanitária (drenagem, desaguamentos, etc.) e o uso de inseticida, de repelentes e de medicamentos supressores da doença em zonas endêmicas.

É preciso também efetuar a notificação da doença às autoridades locais de saúde, evitar o contato do paciente infectado com o meio ambiente e submetê-lo imediatamente ao tratamento específico.

As organizações internacionais de saúde recomendam que os governos desenvolvam programas de erradicação da malária, que, entretanto, são dificultados pela resistência do parasita aos medicamentos e dos mosquitos aos inseticidas. Acredita-se que o desenvolvimento de vacinas irá contribuir no futuro para o controle mais eficaz da doença.

16. Meningites

No passado foram encontrados trabalhos de autores médicos referindo-se à doença e tentando descrevê-la. Até a metade do século XX todos os casos que não levavam à morte deixavam como seqüelas cegueira, estrabismo e perturbações nervosas.

A doença causa infecção e inflamação das meninges e pode atingir estruturas do Sistema Nervoso Central (SNC).

Ela pode ser causada pelos seguintes agentes patogênicos: bactérias, vírus, protozoários, helmintos, espiroquetas e fungos. As bactérias e os vírus são os microorganismos mais comuns.

A meningite afeta principalmente crianças e jovens. Crianças recém-nascidas e com pouca idade geralmente são afetadas pelas bactérias chamadas Streptococcus do grupo B e Escherichia Coli. Crianças na faixa de dois a seis anos são mais afetadas pela bactéria Hemophilus influenzae tipo B e as maiores pelas Streptococcus pneumoniae e Neisseria Meningitidis. As meningites virais são geralmente causadas por vírus chamados enterovirus. Para saber a diferença de uma meningite da outra faz-se o exame do líquido cefalorraquidiano.

As meningites causadas por bactérias são mais graves do que as virais. As bactérias vão se multiplicando nas vias nasais e garganta sem causar dor, entram na corrente sanguínea e alojam-se nas meninges. Os sintomas da doença são febre alta, dor de cabeça intensa, vômitos, rigidez da nuca (dificuldade de movimentar a cabeça), abatimento geral (estado de desânimo) e alterações funcionais do SNC.

Em crianças menores de um ano, que ainda têm a chamada moleira aberta, observa-se abaulamento da membrana, que é uma característica da meningite.

A doença se transmite por contato direto com a pessoa infectada e o período de incubação varia de acordo com o tipo de meningite, mas é em média de 2 a 4 dias. O paciente deve ser isolado e a doença deve ser notificada à autoridade local de saúde. As medidas de prevenção são basicamente manter a higiene pessoal, evitar aglomerações e, principalmente, a aplicação de vacinas contra a meningite. Com a evolução nas pesquisas e o surgimento dos antibióticos, o prognóstico da cura da doença é de quase 100% quando descoberta de imediato.

17. Raiva

A raiva, também conhecida como hidrofobia, é uma doença infecciosa aguda que leva à morte, causada por um vírus. É conhecida desde a Antiguidade, quando era atribuída a fenômenos sobrenaturais. O cientista Louis Pasteur conseguiu isolar o vírus em 1881, inoculando coelhos por via intracerebral, e preparou a primeira vacina anti-rábica em 1884.

Os sintomas da raiva no homem são: sensação de angústia, dor de cabeça, febre, mal-estar, náusea, dor de garganta e alterações de sensibilidade no local de uma ferida anterior provocada por mordedura de animal. Estes sintomas evoluem para paralisia e espasmos dos músculos de deglutição quando se tenta engolir, ocasionando expulsão violenta dos líquidos. A visão, o odor e o ruído dos líquidos que caem também provocam estes espasmos. Por isto a doença também é conhecida como hidrofobia.

O agente infeccioso é o vírus da raiva, da família Rhabdoviridae e pertencente ao gênero dos Lissavirus que inclui quatro sorotipos: os vírus da Raiva, Lagos Bat, Mobola e Duvenhage.

A distribuição da doença é mundial e os reservatórios da doença são canídeos selvagens e domésticos, como cães, raposas, coiotes, lobos e chacais e também gatos. São infectados os morcegos frutívoros e insetívoros.

O modo de transmissão é pela saliva de um animal raivoso quando este morde sua vítima, introduzindo assim o vírus da doença, que se propaga no sistema nervoso central. É mais comum entre os animais, tendo suscetibilidade os mamíferos de sangue quente.

Como medida de prevenção aconselha-se a vacinação de todos os cães e gatos. É necessário fazer a observação clínica por 10 dias de cães e gatos que morderam uma pessoa. Caso apresentem sinais de raiva, devem ser sacrificados. A pessoa que foi mordida deve receber prontamente a primeira dose da vacina anti-rábica e as outras doses 3, 7, 14 e 28 dias depois da primeira.

18. Rubéola (Sarampo alemão)

Doença infecciosa aguda, altamente contagiosa, causada pelo Rubivirus rubella, que ocorre frequentemente na infância e na adolescência.

O agente infeccioso é o Rubivirus rubella da família Togaviridae, infectando exclusivamente o homem.

Propaga-se predominantemente por via aérea (perdigotos) ou por via transplacentária, causando a rubéola congênita; e, com menor frequência, por via aérea e também através de objetos recém contaminados por secreções oronasais.

Distribuição mundial, endêmica, exceto nas comunidades remotas e isoladas; mais prevalente no inverno e na primavera.

O quadro clínico surge após 1 a 3 semanas de incubação e dura normalmente de 2 a 4 dias. É transmitida no período de aproximadamente uma semana antes e 4 dias após o aparecimento da sintomatologia.

A forma aguda apresenta febre branda, gânglios aumentados principalmente na parte abaixo da orelha e no pescoço, calafrios, dores no corpo e um exantema fino e rosado, que se propaga para o resto do corpo. Nos adultos, sobretudo nas mulheres, pode haver, como complicação, artrite (inflamação da articulação); raramente ocorre meningite, encefalite ou meningoencefalite pós-infecção.

A rubéola congênita é grave e ocorre em associação com a infecção materna, com manifestações variadas e imprevisíveis, que vão desde o nascimento normal até o aborto espontâneo, a morte logo após o nascimento e o nascimento com anomalias simples ou combinadas, como: retardo do crescimento físico e mental, hepatoesplenomegalia, malformações cardíacas, pneumonite, microcefalia, encefalite, defeitos oculares e auditivos.

Para o diagnóstico, frequentemente são pesquisados os níveis de anticorpos para o vírus da rubéola, por imunodiagnóstico.

A prevenção e o controle, através da vacinação em crianças após 1 ano de idade, adolescentes, sobretudo entre 12 e 15 anos, e em mulheres soronegativas (sem anticorpos para vírus da rubéola) antes da gestação.

19. Sarampo (Morbília)

Doença infecciosa, altamente contagiosa, exantemática, aguda causada pelo vírus do sarampo. Antes da imunização ser difundida, o sarampo era comum na infância, cerca de 90% das pessoas contraíam a infecção até a idade de 20 anos.

O vírus do sarampo é membro do gênero Morbillivirus, da família Paramyxoviridae.

É transmitida pelas gotículas de muco ou saliva expelidas pelo doente ou por contato direto com as secreções do nariz e da garganta das pessoas infectadas; e, com menor frequência, por via aérea e também através de objetos recém contaminados pelas secreções oronasais.

O sarampo é de ampla distribuição mundial, sendo sua incidência, evolução clínica e letalidade aparentemente influenciadas pelo clima e condições sócio-econômicas, sobressaindo o estado nutricional e imunológico das populações atingidas.

O período de incubação é de cerca de 10 dias, variando de 8 a 13 dias da data da exposição ao contágio, e cerca de 14 dias até o início da erupção.

A transmissibilidade ocorre antes do início dos sintomas até 4 dias depois do aparecimento da doença.

Pode apresentar sinais precursores que indicam o início da doença, como tosse, coriza, conjuntivite e as manchas de Köplik na mucosa da boca, que é muito característico do sarampo, permitindo o diagnóstico precoce. A fase aguda, manifesta-se por febre alta, dor de cabeça, mal-estar, inflamação catarral da mucosa respiratória e alterações de cor avermelhada e/ou elevações da pele. A erupção aparece primeiro na face, dois dias após a febre e estende-se ao corpo todo durante 4 a 7 dias. A complicação mais freqüente está relacionada a lesões cerebrais.

O sarampo é mais grave em lactentes, crianças desnutridas e adultos.

Para o diagnóstico, são frequentemente pesquisados os níveis de anticorpos para o vírus do sarampo, por imunodiagnóstico.

Tem como prevenção e controle a vacinação em massa da população.

20. Tétano

Doença infecciosa, não contagiosa, aguda, causada pelo *Clostridium tetani*, que se desenvolve anaerobicamente no local de um ferimento produzindo uma potente toxina.

O *Clostridium tetani* é um bacilo esporulado da família Bacillaceae, que em condições favoráveis à germinação transforma-se em formas vegetativas e passa a elaborar sua toxina, a tetanospasmina, que age sobre as células do sistema nervoso central. Os esporos da bactéria do tétano são introduzidos principalmente no corpo através de um ferimento, geralmente do tipo perfurante, contaminado com terra, poeira da rua ou fezes humanas ou de outros animais, mas também através de cortes, arranhões, queimaduras e ferimentos insignificantes que passam despercebidos.

O tétano neonatal, em geral, ocorre através de infecção do umbigo não cicatrizado, sobretudo quando no coto umbilical é usado substâncias e materiais contaminados, como tesouras e facas. Tem distribuição mundial, prevalecendo nas zonas tropicais e subtropicais.

Constitui grave problema de saúde pública para muitos países em desenvolvimento na América Latina, África e Oceania. Em geral, o período de incubação é de 4 dias a 3 semanas, dependendo da natureza, da extensão e da localização do ferimento. No tétano neonatal os sintomas aparecem entre o 5º e o 12º dia. Não se transmite diretamente de um indivíduo a outro.

Caracteriza-se por contrações musculares dolorosas, principalmente dos músculos da cabeça, que eleva a mandíbula, e do pescoço, depois, dos músculos do tronco. A rigidez abdominal é um sinal inicial comum, mas às vezes fica limitada à região do ferimento. Há espasmos generalizados, além da dificuldade de deglutição, sudorese, arritmia cardíaca e irritabilidade. O bacilo raramente é isolado do local da infecção e, em geral, não há resposta detectável de anticorpos.

O diagnóstico normalmente é clínico, sendo feito pela avaliação do tipo de ferimento e possíveis contaminações, como terra, poeira, similares. A prevenção e o controle através da vacinação em massa da população com o toxóide tetânico desde a infância, com reforço a cada 10 anos.

Em caso de ferimento, além dos cuidados adequados no tratamento da ferida, retira-se o corpo estranho, efetuando enérgica remoção dos tecidos desvitalizados.

A prevenção em relação ao tétano neonatal deve feita pela orientação às mães, parentes e atendentes na prática de assepsia rigorosa dos instrumentos de corte e do coto umbilical dos recém-nascidos.

21. Toxoplasmose

Doença infecciosa, não contagiosa, sistêmica causada pelo *Toxoplasma gondii*, constituindo-se numa importante zoonose do ponto de vista da saúde pública. Tem como agente infeccioso *Toxoplasma gondii* é uma espécie de protozoário, parasito intracelular obrigatório, da família Sarcocystidae, que infecta grande variedade de aves e mamíferos, inclusive o homem. A infecção pelo *Toxoplasma* é muito comum no homem, nos animais domésticos e silvestres.

A toxoplasmose pode ser transmitida de forma adquirida ou congênita, sobressaindo 3 formas de contágio:

1. pela ingestão de carne crua ou mal cozida de animais parasitados contendo cistos teciduais, especialmente do porco, do boi e do carneiro;
2. pela ingestão de oocistos contaminantes na água e alimentos, provenientes do solo, lixo e de qualquer local onde os felinos, principalmente gatos defecam;
3. por transmissão direta, afetando sobretudo as crianças pelo manuseio da terra e areia, em suas brincadeiras, e pela transplacentária do protozoário, acontecendo quando as mulheres se infectam entre a concepção e o sexto mês de gestação.

É encontrada mundialmente, exceto em algumas ilhas do Pacífico onde não existem gatos. A existência destes animais, ainda que em pequeno número, é o suficiente para que haja ampla dispersão dos oocistos.

Normalmente, o quadro clínico surge de 10 a 23 dias após infecção por carne mal cozida e de 5 a 20 dias quando associada a ingestão de oocistos. Não é transmitida diretamente de um indivíduo a outro, exceto no útero. A carne contaminada com os cistos permanece infectante enquanto apresentar condições de ser consumida, exceto quando congelada por vários dias.

A maioria dos indivíduos adultos toleram o parasitismo, tornando a infecção primária frequentemente assintomática ou pouca sintomática. Portanto, a forma adquirida é geralmente benigna, com linfadenopatia localizada ou generalizada e, às vezes, febre. As manifestações graves incluem sinais cerebrais, pneumonite, comprometimento muscular generalizado e morte.

A toxoplasmose congênita determina processo fetal agudo, subagudo ou crônico, com altas taxas de morbidade e mortalidade do feto. As lesões oculares e cerebrais são encontradas em alta proporção nos pacientes com toxoplasmose congênita.

O diagnóstico depende de uma combinação entre a informação clínica e os dados laboratoriais. Frequentemente são pesquisados os níveis de anticorpos para o *Toxoplasma gondii*, por imunodiagnóstico.

Como forma de prevenção e controle: cozinhar bem os alimentos, sobretudo as carnes; ferver ou filtrar a água antes de ser ingerida; tratar adequadamente os gatos (devem comer alimentos secos, enlatados e fervidos), proteger os locais de recreação infantil contra o acesso desses animais; lavar as mãos antes das refeições e evitar que as crianças brinquem na areia/terra.

22. Tuberculose

Doença infecciosa e contagiosa determinada pelos agentes *Mycobacterium tuberculosis* ou *Mycobacterium bovis*, de evolução normalmente crônica e progressiva, acometendo em especial os pulmões.

Os agentes infecciosos são *Mycobacterium tuberculosis* e *Mycobacterium bovis*, bacilos da família *Mycobacteriaceae*. A primeira espécie tem o homem como único reservatório, a segunda, o *Mycobacterium bovis*, que causa a tuberculose bovina, quando transmitida à espécie humana torna-se muito virulenta, principalmente em pessoas com imunodeficiência. Tem transmissão predominantemente por via aérea.

O contágio pode ser direto, através de finas gotículas de secreção oronasal contendo os bacilos da tuberculose que são eliminados pela pessoa contaminada durante a tosse, o espirro e a fala, ficam em suspensão no ar e são inaladas por pessoas suscetíveis à infecção. Estas gotículas, contendo as bactérias, chegam até os bronquíolos e os alvéolos, dando início ao processo infeccioso. A transmissão também pode ser feita por contato oral com os bacilos.

A infecção por *Mycobacterium bovis* quando transmitida ao homem acontece, em geral, pela ingestão do leite de vaca contaminado. A tuberculose humana de origem bovina tornou-se rara em muitos países, devido à vacinação dos animais e à pasteurização do leite. Distribuiu-se em todos os países, atingindo tanto os seres humanos (*M. tuberculosis*), como os animais (*M. bovis*), principalmente nos países com baixo desenvolvimento educacional sanitário.

Da infecção ao aparecimento da lesão primária decorrem cerca de 6 a 12 semanas. O risco da tuberculose pulmonar progressiva ou extrapulmonar é maior dentro de 1 a 2 anos após a infecção inicial, podendo persistir durante toda a vida sob a forma latente. A infecção inicial passa, em geral, despercebida na maioria dos casos; porém, pode evoluir para as diferentes formas de tuberculose, como a pulmonar ou mesmo extrapulmonar, causando lesões, principalmente, na meninge, cérebro, intestino, coração, ossos, traquéia e fígado. Conforme a gravidade das lesões, a sintomatologia é caracterizada por febre, tosse, expectoração, inapetência, emagrecimento, dores torácicas e hemoptises. Em outras localizações, estas manifestações são variáveis, em decorrência da área do corpo afetada. O diagnóstico é geralmente estabelecido pelos exames clínico, laboratorial e radiológico, pela pesquisa do agente infeccioso no escarro e em outros materiais biológicos. A prevenção e o controle são feitos com medidas de higiene geral e com a aplicação da vacina BCG.

- **Glossário: Estes termos encontram-se nos textos da "Série Doenças".**

Agudo - diz-se dos processos patológicos que têm início súbito, desenvolvimento rápido e duração curta

Anaeróbico - diz-se de um organismo que pode viver privado do contato com o ar ou oxigênio livre

Anticorpo - tipo especial de proteína encontrada nos líquidos do organismo, principalmente no soro sanguíneo, fabricada por plasmódios, isto é, linfócitos B ativados

Antígeno - qualquer substância que consiga induzir resposta imunológica detectável, quando introduzida no organismo

Bacilo - bactéria em forma de bastonete

Cisto - conjunto da cápsula e do microrganismo

Coto - resto de membro ou de outras partes do corpo ao qual se amputou uma parte

Endemia - existência, em determinada região ou população, de uma doença ou de outros males, que incidem de forma constante ou variando com regularidade ao longo do tempo

Epidemiologia - conjunto de dados relacionados a transmissão, ocorrência e controle de determinada doença ou agravo à saúde da população

Esporo - forma de resistência de bactéria contida em envoltório protetor que possibilita a sobrevivência no meio externo por meses ou anos

Exantema - manifestação cutânea característica de certas doenças infecciosas com diversos tipos de erupção macular

Germinação - início de desenvolvimento a partir do embrião da semente ou esporo

Hematófago - que se alimenta de sangue

Hepatoesplenomegalia - aumento patológico concomitante do volume do fígado e do baço

Hemoptise - eliminação, pela boca, de sangue de origem pulmonar
Hospedeiro definitivo - aquele onde se desenvolve a fase adulta (sexuada) do parasito
Imunização - consiste em introduzir no organismo, por via oral, intradérmica, subcutânea, intramuscular ou intravenosa, substâncias que irão promover ou exaltar a imunidade específica contra determinados agentes infecciosos
Imunodiagnóstico - diagnóstico feito por métodos imunológicos; compreende técnicas que revelam hipersensibilidade a determinados antígenos, reações sorológicas e outras que buscam revelar a presença de anticorpos ou de antígenos no organismo do paciente
Imunologia - ramo da biologia que estuda os fenômenos imunológicos
Incubação - estado latente de uma infecção, durante o qual não aparecem as manifestações clínicas da doença
Infecção - penetração seguida de desenvolvimento ou multiplicação de um agente infeccioso em determinado organismo
Letalidade - mortalidade
Linfadenopatia - tipo de lesão em que se observa a inflamação dos gânglios
Manchas de Köplik - pequenas manchas branco-azuladas, localizadas na mucosa bucal, bastante características para permitir o diagnóstico precoce do sarampo
Muco - secreção clara, viscosa e solúvel na água, secretada por células epiteliais das mucosas, e contendo principalmente mucina
Oocisto - célula reprodutora feminina, antes da maturação
Oronasal - relativo à boca e ao nariz
Perdigoto - salpico de saliva lançada quando se fala
Prevalência - número de casos de uma doença ou de pessoas atingidas por essa doença que ocorrem em uma população determinada, durante um período definido, sem que se façam distinções entre casos novos ou antigos
Reduvídeo - qualquer inseto pertencente à família Reduviidae
Reservatório (de agente infeccioso) - diz-se de qualquer ser humano ou animal, planta, solo, matéria orgânica ou outra, onde um agente infeccioso vive habitualmente e se multiplica, assegurando a sobrevivência de sua espécie, e de onde pode ser transmitido a hospedeiros suscetíveis; um organismo no qual determinado parasito, patogênico para outras espécies, consegue viver sem causar danos notáveis, de modo que esse organismo possa permanecer como fonte de infecção para as espécies suscetíveis
Surto - epidemia de proporções reduzidas, atingindo apenas uma pequena comunidade humana
Teste tuberculínico - prova intradérmica de sensibilidade à tuberculina, que indica a existência atual ou anterior de infecção tuberculosa
Toxóide tetânico - produto derivado da modificação da toxina do *Clostridium tetani* (tetanospasmina), anulando seu efeito danoso
Transplacentária - diz-se do que ocorre ou do que passa da mãe ao feto através da placenta
Triatomíneo - nome comum para os insetos da sub-família Triatominae
Tripanossomo - designação comum a qualquer protozoário flagelado do gênero *Trypanosoma* vetor - que serve de veículo ou intermediário para qualquer agente patogênico
Xenodiagnóstico - técnica utilizada para demonstrar a presença de parasito nas fezes dos triatomíneos, alimentados com o sangue do paciente
Zoonose - qualquer infecção ou doença de animais vertebrados que, habitual ou ocasionalmente, se transmite ao homem em condições naturais

Bibliografia

REY, Luís. Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, c1999. 825p.

STEDMAN dicionário médico. 25.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, c1996. 1657p.

ANEXO 6

Entidades de Turismo no Brasil

Entidades Nacionais

ABAV

Associação Brasileira de Agências de Viagem
<http://www.abav.com.br>

ABBTUR

Associação Brasileira dos Bacharéis em Turismo
<http://www.abbtur.org.br>

ABEOC

Associação Brasileira de Empresas de Eventos
<http://www.abeoc.org.br>

ABIH

Associação Brasileira da Indústria de Hotéis
<http://www.abih.com.br>

ABLA

Associação Brasileira de Locadoras de Automóveis
<http://www.abla.com.br>

ABOTTC

Associação Brasileira das Operadoras de Trens Turísticos Culturais
<http://www.abottc.com.br/>

ABRACCEF

Associação Brasileira dos Centros de Convenções e Feiras
<http://www.abraccef.org.br>

ABRAJET

Associação Brasileira de Jornalistas de Turismo
<http://www.abrajet.com.br>

ABRASEL

Associação Brasileira de Restaurantes e Empresas de Entretenimento
<http://www.abrasel.com.br>

ABRATURR

Associação Brasileira de Turismo Rural
<http://www.turismorural.org.br>

ABREDI

Associação Brasileira de Restaurantes Diferenciados
<http://www.abredi.org.br>

ABRESI

Associação Brasileira de Gastronomia, Hospitalidade e Turismo
<http://www.abresi.com.br>

AVIESP

Associação das Agências de Viagem Independente do Interior de São Paulo
<http://www.aviesp.org.br>

BITO

Brazilian Incoming Tour Operators
<http://bito.com.br>

BRAZTOA

Associação Brasileira de Operadoras de Turismo
<http://www.braztoa.com.br>

CONTRATUH

Confederação Nacional de Trabalhadores em turismo e Hospitalidade
<http://www.contratuh.org.br>

FAVECC

Fórum das Agências de Viagens Especializadas em Contas Comerciais
<http://www.favecc.com.br>

FBAJ

Federação Brasileira de Albergues da Juventude
<http://www.hostel.org.br>

FC&VB

Federação Brasileira de Conventions & Visitors Bureaux
<http://www.fbcevb.org.br>

FENACTUR

Federação Nacional de Turismo
<http://www.fenactur.com.br>

FNHRBS

Federação Nacional de Hotéis, Restaurantes, Bares e Similares
<http://www.fnhrbs.com.br>

FOHB

Fórum dos Operadores Hoteleiros do Brasil
<http://www.fohb.com.br>

SNEA

Sindicato Nacional das Empresas Aeroviárias
<http://www.snea.com.br>

UBRAFE

União brasileira dos Promotores de Feiras
<http://www.ubrafe.com.br>

Entidades Internacionais

AIPC

International Association of Congress Centres
<http://www.aipc.org>

IAAM

International Association of Assembly Managers
<http://www.iaam.org>

IACC

International Association of Conference Centers
<http://www.iacconline.com>

IACVB

International Association of Convention & Visitors Bureaus
<http://www.iacvb.org>

IAPCO

International Association of Professional Congress Organizers
<http://www.iapco.org>

ICCA

International Congress & Convention Association
<http://www.iccaworld.com>

MPI

Meeting Professional International
<http://mpiweb.org>

OMT

Organização Mundial de Turismo
<http://www.world-tourism.org>

PCMA

Professional Convention Management Association
<http://www.pcma.org>

UIA

Union of International Association
<http://www.uia.org>

WTTC

World Travel & Tourism Council
<http://www.wttc.org>

Entidades do Governo Federal

Banco Central

Site do Banco Central do Brasil
<http://www.bc.gov.br>

EMBRAPA

Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária
<http://www.embrapa.br>

Governo Federal

BRASIL.GOV.BR - Site do Governo Federal Brasileiro
<http://www.brasil.gov.br>

IBAMA

Instituto do Meio Ambiente
<http://www.ibama.gov.br>

IBGE

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<http://www.ibge.gov.br>

IPHAN

Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional
<http://www.iphan.gov.br>

MINC

Ministério da Cultura
<http://www.cultura.gov.br>

MMA

Ministério do Meio Ambiente
<http://www.mma.gov.br>

MRE

Ministério das Relações Exteriores
<http://www.mre.gov.br>

Secretarias / Órgãos Estaduais do Turismo

Fórum Nacional dos Secretários e Dirigentes Estaduais de Turismo
<http://www.turismo.ce.gov.br>

Acre

Secretaria de Turismo do Estado do Acre
<http://www.ac.gov.br>

Alagoas

Secretaria de Turismo do Estado de Alagoas
<http://www.visitealagoas.com.br>

Amapá

SETUR-AP Secretaria do Turismo do Amapá
<http://www.detur.ap.gov.br>

Amazonas

Empresa de Turismo do Amazonas
<http://www.visitamazonas.com.br>

Bahia

Secretaria da Cultura e Turismo do Estado da Bahia
<http://www.sct.ba.gov.br>

Bahiatursa

Secretaria da Cultura e Turismo
<http://www.www.bahia.com.br>

Ceará

Secretaria do Turismo do Estado do Ceará
<http://www.setur.ce.gov.br>

Distrito Federal

Secretaria de Turismo do Distrito Federal
<http://www.brasiliaturismo.df.gov.br>

Espírito Santo

Secretaria de Estado de Desenvolvimento Econômico e Turismo
<http://www.setur.es.gov.br>

Goiás

AGETUR – Agência Goiana de Turismo
<http://www.agetur.go.gov.br>

Maranhão

Secretaria Extraordinária para o Desenvolvimento do Turismo
<http://www.turismo.ma.gov.br>

Mato Grosso

Secretaria de Desenvolvimento do Turismo do Estado do M. Grosso
<http://www.turismo.mt.gov.br>

Mato Grosso do Sul

Secretaria da Produção e do Turismo do Mato Grosso do Sul
<http://www.turismo.ms.gov.br>

Minas Gerais

Secretaria de Estado de Turismo
<http://www.descubraminas.com.br>

Paraná

Secretaria de Estado do Turismo
<http://www.pr.gov.br/turismo>

Paraíba

PBTUR – Empresa Paraibana de Turismo
<http://www.pbtur.pb.gov.br>

Paraíba

Secretaria da Indústria, Comércio, Turismo, Ciência e Tecnologia - SICTCT
<http://www.sictct.pb.gov.br>

Pará

Companhia Paraense de Turismo - PARATUR
<http://www.paratur.pa.gov.br>

Pernambuco

EMPETUR – Empresa de Turismo de Pernambuco S/A
<http://www.empetur.com.br>

Pernambuco

Secretaria de Desenvolvimento Econômico, Turismo e Esportes
<http://www.turismo.pe.gov.br>

Piauí

PIEMTUR – Empresa de Turismo do Piauí
<http://www.pientur.pi.gov.br>

Rio Grande do Norte

Secretaria de Estado do Turismo do Rio Grande do Norte
<http://www.setur.rn.gov.br>

Rio de Janeiro

Secretaria de Turismo
<http://www.turisrio.rj.gov.br>

Rondônia

Secretaria de Turismo de Rondônia
<http://www.setur.ro.gov.br>

Roraima

Secretaria de Desenvolvimento Econômico
<http://www.seplan.rr.gov.br>

Santa Catarina

Santa Catarina Turismo S/A - SANTUR
<http://www.sc.gov.br>

Santa Catarina

Secretaria de Estado da Organização do Lazer
<http://www.sc.gov.br>

Sergipe

Secretaria de Turismo
<http://www.setur.se.gov.br>

Tocantins

Secretaria de Estado da Indústria, Comércio e Turismo de Tocantins
<http://www.to.gov.br/sictur>