

Região Autónoma da Madeira • 2023

I FÓRUM INTERNACIONAL SOBRE VIGILÂNCIA DE INTOXICAÇÕES ALIMENTARES

O CASO DA CIGUATOXINA E DE OUTROS AGENTES TÓXICOS



2 *Nota de boas-vindas
da Comissão Organizadora*

3 *Sessão de Abertura*

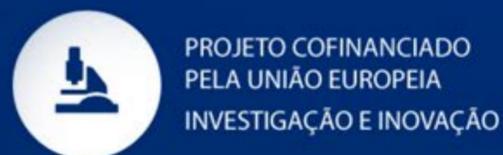
4 *Conferência Vigilância de Surto
de Agentes Patogénicos Alimentares*

6 *Seminário – Resultados Raspa*

9 *Mesas Redondas*

13 *Sessão de Encerramento*

14 *Social*



Realizado no Funchal a 22 de março de 2023, o I Fórum Internacional Sobre Vigilância de Intoxicações Alimentares reforçou o vasto leque de eventos de cariz internacional que comprovam a importância da Região Autónoma da Madeira na coordenação de reuniões determinantes para a comunidade científica. Integrado no âmbito do Projeto RASPA, financiado pelo Programa Interreg e organizado pela Direção Regional da Saúde, tutelada pela Secretaria Regional da Saúde e Proteção Civil, o I Fórum Internacional reuniu especialistas de renome que, ao longo do dia, deram a conhecer os mais recentes estudos sobre a Vigilância de Intoxicações Alimentares.

Dra. Bruna Gouveia

Presidente da Comissão Organizadora
Subdiretora Regional da Saúde



O I Fórum Internacional sobre Vigilância de Intoxicações Alimentares insere-se no âmbito do Projeto RASPA, financiado pelo Programa Interreg - Mac, e visa a criação de uma rede de vigilância sanitária de produtos de pesca e aquacultura na Macro Região da Macaronésia, envolvendo parceiros da Madeira, Canárias, Mauritània e Senegal. Tendo por base um esforço de cooperação regional, este projeto assenta essencialmente em dois grandes objetivos: em primeiro lugar, procura melhorar a saúde animal e a segurança alimentar e, em segundo lugar, pretende fomentar a valorização do conhecimento, da investigação e da tecnologia gerados pelos centros existentes na Macro Região da Macaronésia.

Para tal e numa perspetiva de Saúde Pública e de One Health, procuramos potenciar o trabalho em rede multissetorial nos domínios da prevenção, deteção, controlo e eliminação de riscos e/ou ameaças à saúde humana. Estas pretensões estão claramente alinhadas com os objetivos do Plano Regional de Saúde 2021/2030, inserindo-se numa visão de uma Região Autónoma da Madeira saudável, segura, sustentável e inovadora.

Assim e no contexto do trabalho colaborativo, respondendo aos objetivos do Projeto RASPA, a Direção Regional da Saúde decidiu promover este Fórum, um evento de natureza científica que permite não só a disseminação dos resultados do Projeto RASPA, mas também o desenvolvimento de importantes trabalhos de cooperação inerentes aos objetivos do consórcio. Neste contexto, reunimos os parceiros que partilham com a Direção Regional da Saúde as atividades relacionadas com este projeto, aos quais agradeço toda a disponibilidade e colaboração. Agradecimentos que se estendem à Dra. Maria Sosa, em representação da Universidade de Las Palmas, Gran Canária,



à Dra. Pilar Foronda, da Universidade de La Laguna, à Dra. Asunción Quintana e à Dra. Maria Marin, da Direção Geral de Saúde Pública de Canárias, assim como à Dra. Mafalda Freitas e ao Dr. Pedro Ideia, em representação da Direção Regional do Mar.

O I Fórum Internacional sobre Vigilância de Intoxicações Alimentares foi organizado em três partes distintas que se desenrolaram após os discursos oficiais da sessão de abertura, cujo desfecho foi assinalado com um excelente momento musical a cargo de uma jovem artista madeirense, a Lara Nunes.

A primeira parte consistiu na Conferência Inaugural proferida pelo reputado especialista Dr. Ricardo Mexia que muito nos honrou com a sua presença. Iniciamos, portanto, este evento, com a participação de um perito na área, uma personalidade incontornável em Portugal, que nos apresentou com uma discussão prática sobre a Saúde Pública e Vigilância Epidemiológica.

A segunda parte do seminário teve por objetivo a partilha das conclusões relacionadas com as investigações realizadas pelos vários parceiros do Projeto RASPA. Por último, o programa contemplou, na parte da tarde, duas dinâmicas Mesas Redondas.

A primeira dedicada ao tema da Vigilância das Intoxicações Alimentares na Região Autónoma da Madeira, na qual procuramos discutir o processo atual de identificação, notificação e investigação das Intoxicações Alimentares e identificar áreas de investimento e melhoria. Contámos com a presença de diversos intervenientes de vários sectores, desde a Saúde à Agricultura, sem esquecer as Atividades Económicas que refletem a natureza multissetorial da abordagem desta problemática.

No que diz respeito à segunda Mesa Redonda, a discussão centrou-se na rede de Vigilância Sanitária de Produtos de Pesca e Aquicultura que dá o nome ao Projeto RASPA. Alcançámos o objetivo de promover um debate alusivo ao processo de criação desta rede, dos aspetos facilitadores e das dificuldades encontradas pelos parceiros ao longo do projeto.

Para o efeito, tivemos a participação dos vários parceiros da Madeira e das Canárias inseridos no projeto, cuja discussão e conclusão serão excelentes pontos de partida para a discussão alargada que está prevista para o final deste ano em Canárias e que contará com a participação dos parceiros da Mauritània e Senegal.



120 inscrições atestam fortalecimento da rede

O I Fórum Internacional sobre Vigilância de Intoxicações Alimentares teve como destinatários os profissionais com atuação no domínio da Saúde Pública, da Saúde em geral e dos sectores relacionados como são exemplo o sector do mar, pesca, agricultura, ambiente e atividades económicas. Na verdade, todos os sectores estão intrinsecamente relacionados com a Saúde e foi com uma grande satisfação que a Comissão Organizadora se deparou com uma sala cheia com participantes provenientes destas áreas, comprovando a importância da promoção de debates multissetoriais. Recebemos inclusivamente 120 inscrições para o evento, o que no nosso entender foi um número que refletiu o sucesso do trabalho realizado em rede, cujo objetivo passa sempre pelo aperfeiçoamento.

Em nome da Comissão Organizadora deste evento e da Direção Regional da Saúde que a assume, agradecemos a todos os preletores a disponibilidade e a partilha a que se propuseram e a todos os participantes o interesse manifestado!

I FÓRUM INTERNACIONAL SOBRE VIGILÂNCIA DE INTOXICAÇÕES ALIMENTARES

O CASO DA CIGUATOXINA E DE OUTROS AGENTES TÓXICOS

22
MARÇO
2023

Auditório
do Colégio
dos Jesuítas



2

Nota de boas-vindas
da Comissão
Organizadora

3

Sessão de Abertura

4

Conferência Vigilância
de surtos de agentes
patogénicos alimentares

6

Seminário
- Resultados Raspa

9

Mesas Redondas

13

Sessão
de Encerramento

14

Social



Início

Dr. Pedro Ramos

Secretário Regional da Saúde e Proteção Civil

A importância de agradecer aos que partilham o seu conhecimento e saber foi o mote para o discurso da Sessão de Abertura do secretário regional da Saúde e Proteção Civil. Confessando-se genuinamente satisfeito por ver o auditório do Colégio dos Jesuítas repleto de tantos participantes, o governante quis, em primeiro lugar, parabenizar a Direção Regional da Saúde pela organização deste importante evento, no âmbito da Rede Sanitária dos Produtos de Pesca e Aquacultura.

Na lista de agradecimentos, o Dr. Pedro Ramos fez questão de cumprimentar a Dra. Maria Ramos Sosa, da Universidade de Las Palmas, Gran Canária, o diretor Regional da Saúde, o Dr. Herberto Jesus, a subdiretora Regional da Saúde, a Professora Bruna Gouveia e ainda o nosso convidado especial, o caro amigo Dr. Ricardo Mexia.

Agradecimentos extensivos à Dra. Pilar Foronda Rodríguez, à Dra. Asunción Quintana e à Dra. Maria Marín da Direção Regional de Saúde Pública de Canárias, sem esquecer o Conselho de Administração do SESARAM aqui presente, nomeadamente a Dra. Rafaela Fernandes e a sua equipa, o Dr. Bruno Freitas do IASAÚDE e respetiva equipa, o presidente da Proteção Civil, o coronel António Nunes, a diretora Regional do Mar, Dra. Mafalda Freitas, a diretora Regional das Políticas de Longevidade, Dra. Ana Clara, o Dr. Eduardo Freitas, em representação do ACES.

A finalizar esta nota de abertura, o secretário regional da Saúde e Proteção Civil dirigiu uma palavra de agradecimento aos restantes colegas presentes da área da Saúde Pública e da Medicina Geral Familiar da Região Autónoma da Madeira, à Dra. Teresa Pereira e à Dra. Teresa Esmeraldo, do Serviço de Nutrição do SESARAM, assim como ao Dr. Luís Rosa da ARAE e seus colaboradores.



Encontramo-nos a sair de uma pandemia que nos afetou a todos e onde, de facto, foi possível verificar que o cidadão começa a ter um papel cada vez mais importante na evolução da sua saúde, na evolução da saúde da comunidade onde está inserido e na evolução da própria saúde do planeta.

A mensagem que vos quero deixar é simples: é necessário firmar um novo pacto na Saúde. Vamos fazer um pacto com a Saúde Pública.

Falamos muito em doenças.

Aliás, falamos muito na resposta final que damos a todas as doenças, dos hospitais cada vez mais diferenciados, das soluções que encontramos para problemas de alta magnitude em termos de saúde, mas não podemos deixar de vigiar aqueles que são de baixa magnitude, mas que de repente podem-se transformar em problemas de alto risco e isto porque deixamos de ter as medidas adequadas para a sua prevenção. Aqui, na Região Autónoma da Madeira, realçamos a **Região 3S** pelo facto de esta ser saudável, segura e sustentável, mas quero sublinhar que também já estamos virados para o futuro. Falamos da **Região 3I** ligada à investigação, à inovação, à inteligência artificial e na **Região 3D** demograficamente desafiante, digitalizada e, naturalmente, desenvolvida, mas contando sempre com a participação de todos.

Se olharmos para os Planos de Saúde nacional e regional, facilmente constatamos que as pessoas têm um papel crucial.

No Plano de 21/30 os determinantes da Saúde são vários, evidenciando-se a importância das pessoas, do planeta, da prosperidade relacionada com o bem-estar, bem como a importância da paz para que não existam as guerras. Porém, vivemos numa época em que o mundo se confronta com a guerra entre a Rússia e a Ucrânia e verificamos que este conflito bélico tem provocado sérios problemas também ao nível da nossa alimentação, como é o caso da escassez dos cereais.

Além do Plano Regional de Saúde 21/30, também temos um plano com 4 P's: **Promoção** da Saúde, **Proteção** da Saúde, **Prevenção** das Doenças e **Progresso**, cuja estratégia assenta em **objetivos** fundamentais:

- Uma acessibilidade que seja fácil;
- A sustentabilidade efetiva;
- Assegurar que a segurança, assim como a qualidade sejam dois fatores que expressam a qualidade da nossa prestação;
- A participação do cidadão.

«Saúde para Todos».

Relembro que foi este o lema escolhido para as celebrações de 7 de abril do Dia Mundial da Saúde de 2023 e no qual está bem patente que a definição da saúde, de bem-estar físico, mental e social é insuficiente hoje em dia. À luz dos novos tempos deste século XXI, podemos considerar que a saúde não é só física, mental e social. É também ambiental e espiritual. Por isso, defendemos que há que começar a falar de um novo conceito que, na verdade, não é propriamente novo, pois já havia sido discuti-



do no século passado e que urge, mais do que nunca, reativar esse debate. Refiro-me concretamente ao conceito de Saúde Única, o chamado **One Health** que está alicerçado no equilíbrio da saúde no que diz respeito à interdependência humano/animal/ambiente, determinante para garantirmos um planeta muito mais saudável. Aproveito esta oportunidade para recordar as sábias palavras que ficaram gravadas na minha memória quando conheci, em 2022, o reputado empreendedor **Lance Lock**, do North Face, uma das grandes startups americanas: «as catástrofes são situações terríveis que acontecem, mas não podem deixar de ser vistas como oportunidades para nós mudarmos a nossa mentalidade, a nossa forma de estar».

Refletindo nesta frase do norte-americano que já tem quase 80 anos, convenço-me que, de facto, temos de estabelecer um novo pacto com a Saúde, ou seja, um novo pacto com a Saúde Pública.

Faço alusão ainda aos ensinamentos transmitidos por uma das grandes figuras internacionais na área da Saúde, o Lord Nigel Crisp, um dos mentores do NHS, o Sistema de Saúde do Reino Unido. Segundo ele, a saúde começa em casa, pois o hospital é apenas para reparações e algumas são extremamente importantes.

O que se deduz deste pensamento é a necessidade de salientarmos a importância do cidadão que é prioritária no âmbito das competências dos decisores na área da Saúde que, por seu turno, têm de implementar as políticas corretas para responder não só aos desafios demográficos que nos aparecem pela frente, como também às alterações climáticas e todas as outras áreas sociais, económicas, ambientais, biológicas e até comportamentais.

E naturalmente esta é a nossa responsabilidade, mas precisamos de estar articulados e precisamos de trabalhar em conjunto. Caso contrário, nunca teremos o conceito da **Saúde Única** implementado aqui na nossa Região ou em qualquer outra parte do globo.

No nosso entender, estes são os grandes desafios que a Saúde enfrenta ao longo dos próximos anos e que perante os quais todos nós, sem exceção, temos e teremos responsabilidades. **Acalentando a esperança de conseguirmos empreender com sucesso a construção de um novo Sistema de Saúde do Atlântico**, gostaria de destacar a importância da Rede Atlântica de Vigilância Sanitária para os Produtos da Pesca e Aquacultura que, no nosso entender, é mais um crucial projeto que se integra na estratégia que estamos a implementar.

Para chegarmos a bom porto, contamos com a ajuda de todos os profissionais de Saúde, no sentido de transformarmos o nosso Serviço Regional de Saúde em algo diferente daquele que existiu até 2019. Após os difíceis e dolorosos anos pandémicos, hoje em dia temos a oportunidade não só de mudar a nossa mentalidade, como também o nosso rumo, os nossos objetivos. Mudanças que se impõem sempre em prol da população, mas respeitando sempre os nossos recursos humanos, os nossos valiosos profissionais de Saúde!

Estes são desafios de grande dimensão para os quais acredito que estamos à altura, pois temos a formação, a diferenciação e, acima de tudo, consideramos que melhoramos muito na planificação e na organização das nossas respostas, quer ao nível das situações agudas, quer no que concerne ao acompanhamento de situações crónicas.

O desenvolvimento destas determinantes áreas é essencial para providenciarmos à população o aumento da esperança de vida, a ação eficaz em todos os acontecimentos agudos como o enfarte, o AVC, a sépsis, a traumatologia. Neste momento e graças ao trabalho desenvolvido, estamos a dar respostas cada vez melhores.

Contudo, vão continuar a existir problemas de grande e de pequena magnitude, sendo funda-



mental a criação de um plano para abordá-los em consciência, com formação, diferenciação e acima de tudo com visão e antecipação dos prováveis problemas que vão aparecer.

Para a concretização deste novo Sistema de Saúde do Atlântico, o Governo Regional da Madeira, através da Secretaria Regional da Saúde e Proteção Civil, conta com todos os intervenientes, inclusivamente com os nossos parceiros dos Açores e das Canárias, pois nesta conjugação de esforços, de conhecimentos e de saber, teremos, certamente, um sistema de Saúde diferente, mais robusto, mais solidário e com mais respostas para dar a todos os desafios que nos esperam, até porque temos profissionais com formação, com diferenciação e com capacidade para os enfrentar.

Acredito que este nosso I Fórum Sobre a Vigilância das Intoxicações Alimentares representa um marco assinalável no debate das mais diversas experiências resultantes das diferentes realidades das zonas do Atlântico aqui representadas. Tudo em prol da constante procura de mais e melhores respostas, de mais e melhor visão para o futuro de forma a garantirmos, através do nosso contributo, o desejado e necessário futuro saudável do nosso planeta!





Ricardo Mexia

Médico de Saúde Pública, Mestre em Saúde Pública, Pós-Graduado em Gestão de Unidades de Saúde, trabalha principalmente na área das doenças transmissíveis e epidemiológicas, integrando também o Departamento de Criminologia do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

É assistente convidado da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e do Algarve e mantém diversas atividades letivas em outras instituições de Ensino Superior portuguesas.

Do seu notável percurso, destaque também para os mais de 30 trabalhos editados e apresentados em reuniões científicas nacionais e internacionais nas áreas da Vigilância Epidemiológica, Emergência em Saúde Pública e Eventos de Massas.

É auditor de Defesa Nacional, presidente da Secção de Controle de Doença Transmissível da Federação Europeia de Saúde Pública e é também presidente da Junta de Freguesia do Lumiar.

Vigilância de Saúde dos Agentes Patogénicos Alimentares

Ao longo dos anos, tenho desenvolvido com bastante afinco um trabalho de intensa investigação e promoção da formação específica na área da vigilância e da investigação de surtos de agentes patogénicos alimentares. Ao estar aqui, nesta casa e por entre amigos, dou início à conferência com uma primeira pergunta: **o que é um surto?**

Um surto pode ser caracterizado pela ocorrência de algo que é diferente do que nós estaríamos à espera e, portanto, isso pode ser um número de casos em função quer da área onde se registam num determinado período de tempo ou num determinado grupo populacional.

A título de exemplo, temos a Hepatite A que, como sabem, é uma doença geralmente transmissível por água ou alimentos contaminados, mas quando nós passamos a ter um predomínio na ordem dos noventa e muitos por cento em indivíduos do sexo masculino, os dados obrigaram, naturalmente, a analisar e a interpretar os factos de forma diferente. Assim, constatamos nessa altura que estávamos não perante um surto de transmissão sexual (homossexual) que chegou a atingir uma dimensão importante. Portanto, há que olhar para a diferença, para aquilo que foge à regra e é esta a atitude que nos permite identificar o surto.

Porque é que o fazemos? Naturalmente porque queremos impedir a sua progressão. Queremos perceber qual o contexto em que isso sucedeu, entender melhor o agente e, portanto, impedir que possa ocorrer novamente no futuro. Pretendemos melhorar aquilo que é a nossa capacidade instalada e encarar seguramente como uma oportunidade também ao nível da formação. E tendo em conta que, de alguma forma, por vezes deparamo-nos com fortes implicações legais, políticas e outras, importa documentar todo o processo de um modo o mais detalhado possível. Obviamente que todo este processo carece de uma equipa multidisciplinar e a Saúde Pública por excelência é uma área que toca em diversas vertentes e, como tal, a investigação de surtos não pode fugir a essa regra. Saliento aqui o papel dos epidemiologistas e microbiologistas.

A função da Microbiologia é hoje muito maior. É praticamente inexistente a investigação de um surto em que nós não saibamos desde um momento muito precoce qual é o agente. Longe vão os tempos de John Snow que investigou um surto de cólera sem saber qual era o agente, desconhecendo, inclusivamente, a via de transmissão. Felizmente, hoje em dia essa realidade está afastada. Obviamente que quem está junto dos doentes, nomeadamente os médicos, têm também um papel importantíssimo.

Por outro lado, no que concerne à área da saúde animal, dentro da perspectiva de One Health, há que destacar o papel determinante dos veterinários e dos especialistas em saúde ambiental.

Nesta importante panóplia de especialistas envolvidos em prol do objetivo comum e sendo este um es-

paço onde também se discutem as toxinfecções, não podemos esquecer o trabalho essencial dos especialistas em segurança alimentar, nem ignorar a importância da comunicação, pois temos de ter especialistas nessa área que, numa estreita envolveria com as entidades competentes, são peças fundamentais na transmissão de uma mensagem clara para a comunidade. Todos os especialistas são importantes! A este propósito, relembro que quando ocorreu o surto da doença dos Legionários em Vila Franca de Xira, tivemos uma classe profissional que assumiu um papel decisivo: a dos meteorologistas que ajudaram a perceber a dispersão da pluma que levou à contaminação.

Ainda no capítulo dos exemplos, recordo o surto de Ébola, na África Ocidental, em que os antropologistas ou antropológicos - como quiserem denominar - foram também muito importantes, pois havia uma componente cultural relevante naquele surto, o que nos ajudou a perceber melhor esses aspetos, permitindo-nos uma eficaz intervenção sobre eles.

No âmbito de todo este trabalho que implica a coordenação de diferentes vertentes, temos a componente clínica que, conforme já foi referido, está mais próxima dos doentes, o que lhes permite identificar quais são as preocupações e as eventuais exposições, o que neste caso é particularmente importante. Paralelamente, temos a componente laboratorial que assume hoje um papel importantíssimo. O WGS - Whole Genome Sequence - permite-nos perceber com particular detalhe qual é a proveniência dos agentes. Por outro lado, temos também aquilo que diz respeito à investigação epidemiológica crucial na análise de toda a informação.

A evolução dos tempos permite-nos avançar em questões vitais relativas à segurança alimentar e ambiental em que o conhecimento do percurso dos alimentos, ao longo de todo o seu processo de produção, é absolutamente fundamental. Nesta abordagem denominada do prado ao prato, ou em inglês from farm to fork, incidimos sobre a questão da rastreabilidade. Ou seja, é importante sabermos, a título de exemplo, qual foi a ração ingerida pela vaca que deu origem ao bife que estamos a comer e isto é pertinente para identificar o problema.

Portanto, esta dimensão da segurança alimentar é absolutamente central naquilo que é a investigação de um surto associado a outros, o que implica a necessidade uma coordenação proveitosa destes diversos componentes. Este processo viabiliza uma articulação posterior com as diversas entidades, nomeadamente aquelas que nos permitem chegar ao público através dos órgãos de comunicação social, mas também daqueles que têm de tomar decisões perante aquilo que nós tecnicamente avaliamos. Em suma, o que depois irá acontecer, depende de todas estas variáveis.

Como bem sabemos, um surto é algo inesperado que precisa de uma intervenção rápida para o seu controlo, carecendo muitas vezes de múltiplas articulações com diversas entidades e ocorre frequentemente em contextos particularmente complexos. Para poder-

mos ser mais eficazes e mais diligentes na nossa intervenção, é necessário fazer isso através de uma abordagem sistemática.

Como é que nós sabemos que está algo a acontecer, que é diferente do que é expectável?

Para responder a esta questão essencial, temos que recorrer aos dados que já possuímos da Vigilância Epidemiológica em Portugal, ou seja, aquilo que são os desvios em relação ao que é expectável nos nossos sistemas de vigilância.

Quem está na componente clínica tem aqui uma perceção muito clara sobre a existência de algo que não é habitual. As pessoas têm essa perceção de uma forma muito objetiva e os laboratórios também.

Voltando ao exemplo de Vila Franca de Xira, lembro-me que percebemos que ali havia um problema quando os colegas do laboratório, numa sexta-feira à tarde, acharam que estavam a processar muitas amostras, o que não era normal. Depois, quando esses mesmos colegas constataram que elas tinham a mesma proveniência, foram emitidos os alertas para toda a rede. Isto para realçar a importância das ocorrências quando nos deparamos com algo que não é normal e que, por conseguinte, não podemos ignorar. Neste cenário, há que ter em conta aspetos relacionados com o próprio público e com a comunicação social.

De maneira concisa, podemos afirmar que a tal abordagem sistemática depende efetivamente da forma rigorosa com que abordamos os diversos passos. Ou seja, confirmar a existência do surto, confirmar o diagnóstico, seguir os casos, identificar esses mesmos casos e obter informação sobre eles, descrever esses casos em função tipicamente da tríade epidemiológica, (tempo, pessoa e lugar).

Já numa perspectiva analítica temos de testar aquilo que pode explicar o que nós estamos a observar, tirar conclusões em função desses resultados, eventualmente as investigações que sejam necessárias, adicionais, seja numa componente ambiental, seja noutra, que podem ajudar a complementar os resultados, comunicar esses mesmos resultados e executar aquilo que são as medidas de controlo e prevenção que, em boa verdade, não acontece apenas como último passo, mas devem acontecer ao longo de toda a investigação do surto.

Para que tudo isto ocorra, é necessário, desde logo percebermos se é efetivamente um surto, pois por vezes temos a identificação de sinais que acabam por não corresponder a um surto. Assim, a maneira mais fácil que temos de o fazer é obviamente olhar para os dados da vigilância e perceber se existe um desvio que seja estatisticamente significativo. Depois, como já referi, o contacto com quem está no terreno. De qualquer modo, é preciso ter alguma cautela em relação às situações que parecem ser surtos, mas depois não o são.

Podemos ter diferentes sistemas de vigilância e existir aqui uma pequena disparidade na forma como estamos a coligir os dados. Ou seja, podemos estar perante uma variação sazonal e dou como exemplo as

toxinfecções que, conforme sabemos, têm uma maior incidência durante os períodos de verão do que durante os períodos de inverno. Portanto, pode apenas ser esse um comportamento sazonal. Contudo, existem artefactos de notificação que fazem com que tenhamos um acréscimo na identificação de casos. Regressando aos exemplos e no que concerne à Linha SNS24 que nos permite ter alguma informação, saliento que o pico de chamadas acontece muitas vezes quando há referência nos órgãos de comunicação social a um determinado problema de saúde. Isto não quer dizer que, de repente, as pessoas adoeceram, mas é imperativo entender que a sua perceção muda em função daquilo que é a comunicação dessa mesma informação.

Métodos de diagnóstico

Não é segredo para ninguém que durante a pandemia quando passámos a ter em vez da PCR, os testes rápidos, foram diagnosticados muito mais casos e isto porque alargamos o âmbito dos testes. Se temos uma nova técnica, mais acessível, mais simples, isso também faz aumentar, não a incidência da doença, mas fará reduzir a sua notificação. É essa a grande diferença quando recorremos a uma outra técnica.

Podemos também ter um influxo de população, seja de entrada ou de saída e se muda o denominador, naturalmente que também influencia aquilo que pode acontecer em relação ao numerador. Outro aspeto importante é a pressão dos media e volto, outra vez, ao surto da doença em Vila Franca de Xira. Antes de 2014, existiam todos os anos múltiplos casos de doenças dos Legionários, mas só a partir

de 2014 é que passaram a abrir telejornais, o que é bem demonstrativo daquilo que é a perceção pública perante a influência da comunicação social, um facto que obriga a refletir. Há um aspeto que gostaria de realçar a este respeito: num surto nem sempre precisamos de ter diagnóstico laboratorial de todos os casos, até porque muitas vezes os meios não nos permitem processar todos os casos. Quando temos uma forte suspeita epidemiológica podemos considerar que estes casos fazem parte do surto.

Há apenas aqui uma nuance que é necessária para efeitos legais, pois se não tivermos um diagnóstico laboratorial, por vezes, é difícil que os tribunais nos possam associar os casos. Recorrendo outra vez a Vila Franca, há algumas situações em que eventualmente os doentes não vão poder ser indemnizados porque não houve efetivamente um produto biológico compatível e que a amostra seja emparelhada com a amostra ambiental. Assim e até sob o ponto de vista normativo, há que pensar de que maneira conseguimos proteger os cidadãos em relação a esta matéria. Provavelmente através da preservação de amostra, não necessariamente logo processada, havendo a necessidade então de fazer esse processamento a posteriori.

Portanto, é necessário, muitas vezes, implementar desde logo medidas de controlo, afastando as pessoas, tratando-as, intervindo na comunidade e prosseguir com a investigação adicional para a identificação do agente, do seu modo e via de transmissão para que possamos detetar quem são então aquelas pessoas que estão em risco e

de que forma podem ser protegidas. **A definição de caso é absolutamente fundamental para incluirmos ou excluirmos as pessoas do surto daquilo que é a nossa preocupação. Esta deve ser uma definição de simples aplicação, clara e que não permita classificações diferentes, mesmo que o observador seja diferente.**

Tipicamente os critérios são os tais da tríade epidemiológica: tempo, pessoa e lugar, aos quais se juntam os critérios clínicos que devem incluir a sintomatologia e eventualmente outras artes. Regra geral, falamos em múltiplas definições de caso: o provável, o possível e o caso confirmado.

Pegando no exemplo da intoxicação por Ciguatera que num caso possível é o de alguém que se enquadra nos critérios clínicos que incluem múltipla sintomatologia tipicamente neurológica e gastrointestinal; o caso provável são aqueles que além dos critérios clínicos, incluem os epidemiológicos e que, portanto, comprovam que o indivíduo esteve exposto ao consumo de peixe potencialmente contaminado ou exposto a uma fonte que faz parte da exposição de um caso confirmado.

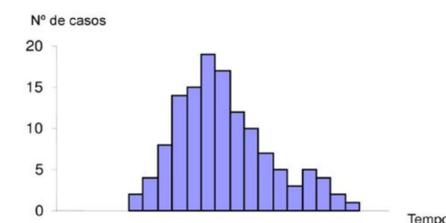
Por fim, um caso confirmado é aquele que se enquadra no critério de diagnóstico que é o de alguém que tem uma história de consumo de um peixe que está confirmado como estando contaminado e que se enquadra nos critérios clínicos. Tratamos de uma definição de caso que deve ser dinâmica e que deve evoluir de alguma forma numa perspectiva mais sensível para uma perspectiva mais específica. Numa fase inicial, podemos querer abranger a totalidade dos casos ou obter mais casos para incluir na análise, mas depois, progressivamente, focamo-nos naqueles que verdadeiramente nos interessam, registando-se assim uma evolução para uma componente cada vez mais específica.

Um dos aspetos que é importante ter sempre pre-

O que é um surto?

Ocorrência de mais casos de doença do que esperado

- Numa determinada **área**
- Num determinado **período de tempo**
- Num determinado grupo **populacional**



2

Nota de boas-vindas da Comissão Organizadora

3

Sessão de Abertura

4

Conferência Vigilância de surtos de agentes patogénicos alimentares

6

Seminário - Resultados Raspa

9

Mesas Redondas

13

Sessão de Encerramento

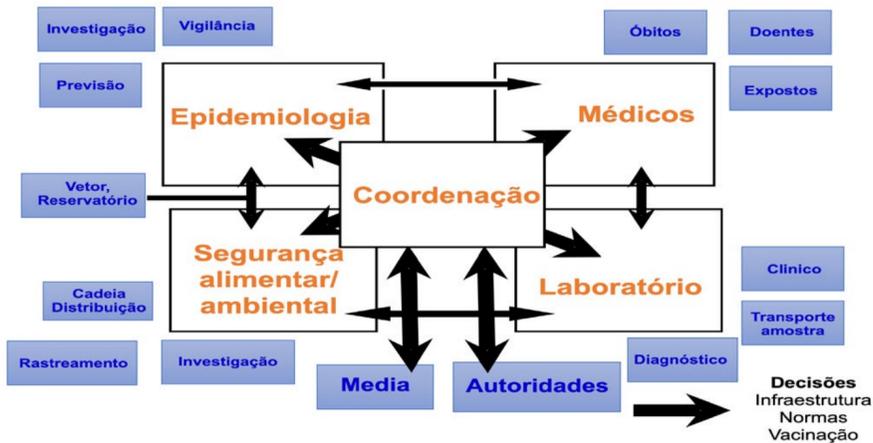
14

Social





Equipa de Investigação de Surtos



sente está relacionado com o facto de a definição de caso não representar um diagnóstico. A definição de caso é aquilo que é útil para investigarmos o surto. Se não incluirmos todos os casos, não estamos necessariamente perante um problema, uma vez que podemos estar a incluir apenas os mais severos e aqueles que nos geram mais preocupação. Portanto, não é de facto um diagnóstico.

Devemos identificar os casos, obter informação sobre os mesmos e isso carece de interação com múltiplos parceiros com variadas ferramentas. Trago-vos aqui um exemplo de um médico dos Estados Unidos que tem uma boa experiência com o Twitter, uma ferramenta que não possui uma grande penetração em Portugal. O que ele faz é usar os tweets das pessoas que, de alguma forma, apresentam sintomatologia gastrointestinal, envia-lhes uma mensagem direta e pergunta: «vi que escreveu isto. Quer dizer que está doente?».

A comunicação é complementada com um pedido para que a pessoa preencha um questionário e o que é que isto vai permitir? Através deste método, ele consegue obter dados que de outra forma seriam difíceis de reunir, como por exemplo saber se várias pessoas frequentaram o mesmo restaurante no dia anterior ou se estiveram num determinado evento.

Grças a esta ferramenta simples e barata, é possível recolher este tipo de informações plasmadas nas redes sociais. Toda esta informação deve ser organizada numa lista de casos. Hoje, estas listas são eletrónicas, do Excel, ou de outras bases de dados e uma das questões que se colocou durante a pandemia prendia-se com a necessidade de possuímos uma melhor ferramenta para investigar os surtos. Na altura, infelizmente não tínhamos, mas depois tentámos adaptar algumas das ferramentas que foram sendo desenvolvidas. Porém e já no pós pandemia, defendo que precisamos de pensar melhor sobre este aspeto e encontrar melhores ferramentas.

Em relação à descrição dos casos, devemos querer saber quem são estas pessoas, quais são as suas características e onde vivem, pois há aqui uma dimensão geográfica que é importante. Além disso, é fundamental descobrir a linha do tempo relativa ao aparecimento dos sintomas. Reunindo esta informação, a tal tríade epidemiológica, ficamos com pistas importantes para a obtenção de alguns dados. Temos então três grandes dimensões:

- O tempo que normalmente é apresentado em função de uma curva epidémica que descreve os casos ao longo do tempo e esses permitem-nos muitas vezes e apenas pela forma da curva, identificar qual é o tipo de transmissão.

Podemos ter uma fonte pontual comum, uma fonte persistente ao longo do tempo, ou quando temos duas ondas, podemos considerar que a segunda onda corresponde aos casos que foram infetados pelos primeiros, portanto, uma transmissão de pessoa a pessoa com múltiplas ondas e talvez as mais difíceis de investigar, são aquelas fontes intermitentes em que temos o surgimento de casos ocasionais.

No que diz respeito à transmissão alimentar, inserimos aqui os produtos com prazos de validade longos, como por exemplo as conservas, que dificultam a localização no tempo, mas a curva ajuda-nos a identificar múltipla informação.

Através deste exemplo, é notório que ao conhecermos o agente e ao sabermos o seu tempo mínimo e máximo de incubação, conseguimos identificar o

período provável de exposição. Pegamos no primeiro caso conhecido, contamos o período de incubação mais curto para trás, pegamos no último caso conhecido e contamos o período mais longo de incubação para trás. Assim conseguimos identificar o período provável de exposição e percebemos quando é que provavelmente os casos terão estado expostos. A propósito, gostaria de deixar uma nota sobre o caso das intoxicações em que não falamos tanto em tempo de incubação, mas sim em tempo de latência e isto porque não há efetivamente incubação. A pessoa consumiu algo que estava contaminado, pode demorar algum tempo até manifestar a sintomatologia, mas não é verdadeiramente uma incubação. Ajuda-nos também a identificar casos que, por alguma razão, podem estar fora daquilo que é o período do surto. Isto é, podem ser os casos índice ou outras situações que nada têm a ver com o surto que estamos a tratar.

- Debruçamo-nos agora no capítulo da dimensão geográfica em que existem cada vez mais ferramentas que nos permitem usar estes dados, sendo que a distribuição dos casos é muito importante e não me refiro apenas ao local de residência, até porque nós hoje, infelizmente, passamos menos tempo na residência do que no nosso local de trabalho. Invariavelmente, apresento-vos a situação ocorrida em Vila Franca de Xira em que havia pessoas que estiveram expostas porque viviam em Vila Franca, outras porque ali trabalhavam e outras ainda porque passaram apenas na autoestrada, o que suscita que às vezes a exposição, em termos de lugar, carece de um melhor detalhe.

- A terceira e última dimensão prende-se com a questão da pessoa, o que inclui as características demográficas e aquilo que podem ser as exposições, ou seja, os comportamentos, os consumos, entre outros, que podem ajudar a explicar. Neste contexto, dou como exemplo algo que em Portugal não está suficientemente explorado, mas que pode ser útil para a investigação dos surtos da área alimentar. Refiro-me em concreto à pesquisa dos dados alusivos aos consumos e às compras das pessoas. Temos esta informação disponível em cartões dos supermercados e outros, pois quando passamos o cartão do Continente, eles sabem exatamente qual é o nosso padrão de consumo. Assim e se eu tiver um surto e quiser saber que tipo de alimentos é que a pessoa consumiu, esses dados são particularmente importantes.

Relembro que já no passado se usava este tipo de informação com os dados dos cartões de crédito, mas esta era uma informação muito mais difícil de tratar. Atualmente, toda esta informação está tratada, mas entendo que o acesso deve ser motivo de análise em termos de regulamentação.

No tocante ao desenvolvimento de hipóteses, temos que colocar aquilo que é mais provável em cima da mesa e explorar as diversas explicações que podem gerar hipóteses para um determinado surto. Assim sendo, se existe uma determinada exposição, existe um determinado efeito e nós queremos saber se essas duas características estão ou não associadas. Acrescento ainda que temos dois grandes tipos de desenhos de estudo: os Estudos de Coorte e os Estudos de Casos de Controle. Ambos permitem, em função da informação disponível, identificar se existe ou não existe associação.

No que diz respeito às conclusões, é fundamental a

existência de uma informação robusta para o decisor.

E qual é a força de associação?

Estar documentada, identificar se essa associação é ou não causal e se existe alguma explicação biológica para que uma determinada exposição possa influenciar um determinado desfecho.

Maiores consumos maiores efeitos. Isto é algo que também procuramos relativamente ao efeito da dose-resposta e se uma exposição pode explicar a maioria dos casos.

Eu posso ter uma força de associação coesa, mas se isso não consegue explicar um terço dos casos, então provavelmente haverá outra explicação que não estou ainda a identificar.

Não podemos esquecer a informação complementar alusiva à investigação ambiental que, no caso de uma toxinfecção, é determinante para obter amostras do alimento, do local de confeção e eventualmente dos profissionais. Temos também a investigação veterinária, onde a parte animal tem que dar o seu contributo, destaco também a questão da investigação microbiológica que se encarrega da tal rastreabilidade dos alimentos até à sua produção.

A propósito do já mencionado exemplo do Ébola, acrescento que um dos aspetos que mais levou à transmissão da doença foi precisamente o das cerimónias fúnebres em que aplicavam uma forte manipulação dos cadáveres, existindo assim uma contaminação de quem frequentava essas cerimónias.

No âmbito da comunicação, é imperativo fazer atualizações regulares. Isto não quer dizer que tenhamos de ir todos os dias falar de um determinado surto, o que pode ser contraproducente. É necessária uma comunicação regular que possa chegar à população e aos profissionais. A este respeito, sublinho que uma das questões que às vezes nos esquecemos é que as pessoas notificam os episódios de doença, mas depois não têm retro informação, ficando a indagar-se sobre se o caso reportado faz parte de um surto ou se se tratou apenas de um episódio isolado.

Perto da reta final deste minucioso processo relativo aos surtos, chegamos à fase do relatório que deve permitir comunicar aquilo que são as mensagens de Saúde Pública, identificar as melhorias, as alterações que podemos introduzir para aprimorar a nossa resposta e porque não avaliar o desempenho? Temos que identificar o que correu bem e o que correu mal. Existe um pavor à avaliação, mas não devemos ter esse medo, até porque a avaliação permite-nos melhorar.

Fazendo parte do relatório, dispomos da oportunidade de utilizar os dados para treinar os nossos profissionais e, muitas vezes, há ações legais que dependem também desta informação. Os tribunais socorrem-se dos relatórios dos surtos para essa intervenção.

Devemos pensar que diferentes públicos-alvo carecem de diferente tipo de informação e, portanto, há que ajustá-la em função do destinatário. O que eu vou comunicar aos profissionais de Saúde é diferente daquilo que vou comunicar à comunidade.

Adaptar essa comunicação é absolutamente fundamental também no que diz respeito à utilização dos canais. Nós hoje sabemos que as redes sociais são um mecanismo obrigatório para chegar à população, nomeadamente numa determinada faixa etária e não podemos deixar de utilizar essas ferramentas para comunicarmos com os cidadãos.

O princípio da precaução

Terminamos esta preleção com as medidas de controlo e prevenção que, obviamente, não podem esperar pelo aparecimento das conclusões. Aliás, os princípios da Saúde Pública regem-se na base fundamental da precaução. Devemos ser precavidos nas intervenções que fazemos. Se nós acharmos, por exemplo, que há um problema na água de consumo, procedemos à sua suspensão ainda que não tenhamos a certeza se essa água é ou não o problema. Podemos estar a tomar uma medida que ajudará a reduzir o impacto ou se depois constatarmos que, afinal, não era assim, então retomaremos o consumo normal. Esse princípio da precaução deve estar sempre em cima da mesa, não esquecendo também o da proporcionalidade, pois não devemos implementar medidas que vão muito além daquilo que é o estritamente necessário, tendo em conta os impactos sociais, económicos, pedagógicos até, ao nível das nossas decisões.

À medida que vamos obtendo mais dados, vamos naturalmente conseguir adotar medidas mais eficazes, concretas e mais direcionadas para o problema que temos em mãos.

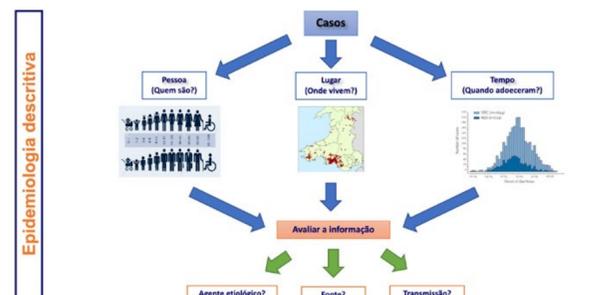
Existem múltiplas oportunidades de intervenção, desde logo a questão do rastreio dos contactos, intervir para reduzir a suscetibilidade dos indivíduos a desenvolver a doença. Uma melhor Saúde Pública passa efetivamente pela vacinação. Existe um vasto leque de medidas que podem passar pela decisão de isolar os casos, determinar a quimioprofilaxia, administrar antibiótico profilático para algumas doenças, podemos canalizar a informação para a população para que esta se proteja, podemos, inclusivamente, decidir a suspensão de determinadas atividades, decretar o encerramento de espaços públicos e, entre outras, fazer a recolha alimentar.

Esta última é talvez uma área em que devemos ser mais proactivos a identificar as amostras e fazer com que sejam analisadas, sejam as amostras alimentares ou humanas, até porque sabemos bem que num doente de ambulatório é raríssimo haver colheita de produto biológico. Assim, é necessário melhorar nesse sentido para obtermos mais dados para retirar conclusões. Em suma, há uma multiplicidade de medidas que podemos implementar e estas são os passos sistemáticos. Naturalmente que eles são implementados, muitas vezes de forma concomitante em função da realidade e esta, ocasionalmente, não é linear, o que provoca o aparecimento de uma série de questões que ocorrem em simultâneo. E é justamente aqui que devemos ter a capacidade de assegurar que não nos esqueçamos das diversas necessidades para um determinado surto.

E não esquecendo as múltiplas tarefas para desempenhar, é imperioso envolver diferentes áreas do conhecimento que incluem muitas pessoas. O essencial é manter o foco no objetivo a que nos propusemos: interromper esta transmissão, resolver o problema e assegurar que ele não se volta a verificar.



Descrever os dados (pessoa, lugar e tempo)



Comunicar os Resultados: Público Alvo

Público Alvo	Melo	Conteúdo	Objetivo
Epidemiologistas, pessoal de laboratório	Relatório	Epidemiologia, microbiologia	Documentação
Gestores de saúde pública	Resumo	Recomendações	Ação
Líderes políticos	Briefing	Medidas de controlo	Provas de que a situação está sob controlo
Comunidade	Comunicado de imprensa, entrevista	Educação para a saúde	Passos pessoais para a prevenção
Comunidade científica	Apresentação, manuscrito	Ciência	Progresso científico



Dra. Maria Marín

Direção Geral de Saúde Pública das Canárias



Investigação Epidemiológica da Intoxicação por Ciguatoxina

A informação que dispomos relativamente ao primeiro caso conhecido de Ciguatoxina em Canárias, remonta ao ano de 2004 quando uma comunicação científica nos deu indícios de que poderíamos estar perante uma situação destas no nosso arquipélago. O problema da Ciguatoxina está ligado às condições ambientais da água, dependendo da temperatura, da salinidade e da zona geográfica onde vivem os dinoflagelados, um dos grupos mais abundantes no plâncton marinho que produzem uma toxina. Estes dinoflagelados são ingeridos pelos peixes herbívoros que, por sua vez, são consumidos pelos carnívoros. Entrando na cadeia trófica, nós, humanos, consumimos este pescado que não tem nenhuma aparência, nem nenhuma forma de se saber se está ou não contaminado com Ciguatoxina, pois não revelam nenhuma modificação nas condições organolépticas do pescado.

Os humanos contaminados apresentam patologias e sintomas variados. Há um em particular que tem a ver com a inexistência de percepção térmica, mas há

outros tipos de sintomatologias como são os casos dos vômitos, das diarreias e problemas neurológicos, mas sobretudo, evidencia-se a sensação de alteração de temperatura em redor da boca.

Estes são os sintomas que podem levar os médicos a diagnosticar intoxicação por Ciguatoxina. No entanto, há algo que é necessário sublinhar: para a intoxicação por Ciguatoxina em humanos não existe nenhum tipo de análise que confirme esta enfermidade.

Quando ao primeiro caso registado em 2004, revelado através de uma comunicação científica que não foi do nosso conhecimento imediato, os dados apontam para um medregal, mais conhecido por charuteiro. Posteriormente, o primeiro caso que se investigou em profundidade foi a partir de um pescado capturado através da pesca desportiva em que houve 25 infetados e foi novamente um charuteiro.

Depois houve o registo de muitas intoxicações em todo o arquipélago das Canárias ao longo dos

anos, uma realidade que afetou quase todas as ilhas com maior ou menor medida. O medregal ou o charuteiro é o pescado envolvido na maior parte das intoxicações. Convém referir que encontramos um problema com a identificação das espécies pesqueiras, pois em cada zona geográfica, cada porto, cada região, o mesmo pescado tem nomes diferentes, sendo por isso, muito difícil averiguar qual é, realmente, a espécie pesqueira causante. Há peixes da mesma família e muito parecidos, fazendo com que muitas vezes seja impossível averiguar qual é a espécie em concreto responsável pela intoxicação.

No total, em Canárias, já temos 21 surtos confirmados com 125 enfermos afetados. Não parece muito, mas é um tipo de intoxicação que até os anos 2000 ainda não tinha sido registada nas Canárias. Estava associada a zonas geográficas diferentes e muito específicas, como por exemplo o Pacífico, o Índico e o Caribe que são os lugares endémicos desta toxina.

Quando tomámos conhecimento deste problema por Ciguatoxina, houve um médico proveniente do Caribe, mais propriamente de Cuba, que foi capaz de diagnosticar os sintomas. Seguramente um médico formado na Europa seria incapaz de diagnosticar esta enfermidade.

Coordenámos o nosso trabalho com a Viceconsejería De Pesca Y Aguas do Gobierno de Canarias que é a entidade pública com autoridade sobre todo o setor das pescas. Nesta fase, pensámos em fazer um controlo dos pescados que em princípio pareciam que poderiam ser problemáticos, recolhendo dados baseados na literatura que havia, o tamanho do pescado, que tipo de alimentação, entre outros itens. Assim, começámos a trabalhar com uns Cigua-check® importados que existiam nas superfícies comerciais, mas quando desapareceram do mercado, fomos obrigados a encontrar outra forma de controlar o pescado.

A partir de 2010, as amostras passaram a ser enviadas para o Instituto Universitario de Sanidad Animal y Seguridad Alimentaria, uma dependência da Universidade de Las Palmas, responsável pela elaboração de toda uma terminologia para a deteção da Ciguatoxina no pescado.

Durante os primeiros anos e até 2013, o nosso pessoal de inspeção recolhia as amostras, mas a partir desse ano essa incumbência foi atribuída aos próprios pescadores que recolhem as amostras nos pontos de primeira venda que são lugares onde se descarrega o pescado obtido por pescadores profissionais e, digamos, onde se legaliza. O peixe é pesado, etiquetado, identificado para entrar no circuito comercial, mas antes, os pescadores retiram algumas espécies com as respetivas amostras, ficando à espera que as análises confirmem a inexistência de Ciguatoxina.

Atualmente, o protocolo define quais as espécies e quantidades analisadas. No início analisávamos muitas mais espécies, mas com o decorrer dos anos chegámos à conclusão que quase todas davam negativo. Portanto, passamos a centrar os esforços em espécies que sempre deram resultados positivos.



Nesta nossa intervenção, decidimos variar os pescados a partir dos quais é obrigatório fazer análises. Temos o exemplo do abade, um peixe muito parecido com o mero, que cada exemplar a partir dos 7 quilos tem de ser submetido a análises, já o medregal é analisado a partir dos 13 quilos e o mero a partir dos 12.

Através desta seletividade, conseguimos evitar que os peixes contaminados chegassem aos postos de venda.

Os peixes grandes, de valor económico importante, não são vendidos frescos, pois os resultados das amostras levam aproximadamente uma semana a ficarem prontos. Claro que o valor comercial do pescado não é o mesmo, mas asseguramos que é um produto seguro.

No processo de controlo, colocamos uma etiqueta de plástico em cada exemplar que acompanha o pescado em todo o seu percurso comercial, garantindo que o peixe cumpriu o controlo correspondente.

Quando os pescados dão resultados positivos, recorremos a uma empresa autorizada para a sua destruição. A etiqueta que acompanha os pescados, como é o caso do mero e do abade, refere que não devem ser vendidas em nenhum caso as vísceras ou as ovas, porque há estudos que demonstram que estas são as partes do peixe que têm maior concentração de Ciguatoxina.

Este é o controlo principal no circuito comercial, mas estabelecemos dentro da Divisão Geral de

Saúde Pública uma vigilância epidemiológica. Temos como base legal um decreto de 1998 sobre a criação da Rede de Canárias de Vigilância Epidemiológica, onde se fala das medidas de controlo e dos registos de casos.

A partir de uma ordem de 2015, a Ciguatoxina converteu-se numa enfermidade de declaração obrigatória em Canárias, o que obriga todos os médicos a comunicar de forma urgente qualquer enfermidade suspeita de Ciguatoxina.

Consideramos que este é um surto que parte de um doente. Em outras enfermidades tem de haver, pelo menos, dois enfermos que partilham os mesmos sintomas. Para o efeito, criámos uma pesquisa específica, em colaboração com os médicos, com um formulário onde se questiona onde o peixe foi consumido, o que consumiu, etc., para conseguirmos uma informação no sentido de localizar a origem do surto.

Desde a Direção Geral de Saúde Pública até ao Serviço de Epidemiologia, há sempre um esforço para tentar determinar que peixe comeu, como foi ingerido, onde foi comprado, onde foi consumido e, após a recolha destes dados, mandamos os respetivos inspetores ao local onde o surto teve origem.

Atualmente deparamo-nos com um problema que faz parte de uma das linhas de atuação futura que queremos implementar. Tal como em Canárias, creio que também existe na Madeira uma grande afeição pela pesca desportiva. Nesta atividade, os

pescadores procuram exemplares grandes e quanto maiores melhor. Quando apanham um pescado com 45 quilos é um regalo para todos. Porém, este pescado ao não entrar no circuito comercial, é muitas vezes consumido, estando na origem das últimas intoxicações que tivemos em Canárias.

A este problema junta-se um outro relativo à pesca desportiva: as análises à Ciguatoxina são feitas em qualquer altura, mas representam um custo elevado que os pescadores têm de suportar. Além disso, temos o factor do desconhecimento, pois determinados pescadores não estão informados sobre este tipo de procedimentos.

Estes são aspetos que temos de melhorar, através da criação de uma informação direcionada para os pescadores da pesca desportiva, alheios à necessidade de se fazer um controlo apertado das capturas. Por outro lado, precisamos de melhorar a formação dos médicos no que diz respeito à atenção que tem de ser prestada a estes doentes, pois detetámos que há muitos médicos que não comunicam como deveriam comunicar e como esta é uma enfermidade que não é muito frequente, por vezes, não é bem diagnosticada.

Não sendo a Ciguatoxina um problema apenas de Canárias, no nosso entender, é muito importante a parte do Projeto RASPA que impulsiona o reforço na colaboração entre os países da Macaronésia e da África Ocidental. Por outro lado, também estamos envolvidos em outros projetos, como por exemplo o Eurocigua, financiado pela União Europeia.



Deteção de Ciguatoxina em carne e fígado de espécies de peixes relevantes em Canárias

O que é a Ciguatera (CP) e as Ciguatoxinas (CTXs)?
É a intoxicação alimentar de origem não bacteriana com mais incidência a nível mundial e que advém do consumo de peixe e de mariscos contaminados com as ciguatoxinas. Estas, por sua vez, são toxinas insípidas, incolores e inodoras produzidas por algumas espécies de microalgas, estando identificadas como pertencentes ao género Gambierdiscus e Fukuyoa.

Inicialmente, considerava-se que a ciguatera era uma doença tropical e subtropical pertencente a regiões localizadas no Mar do Caribe e nos Oceanos Pacífico e Índico. Porém, nos últimos 20 anos, surgiram relatos noutras áreas, sendo esta uma consequência do comércio internacional e das mudanças climáticas.

Nas ilhas Canárias, o primeiro caso de ciguatera foi detetado em 2004 e, a partir da implementação do Sistema de Vigilância Epidemiológica para a CP, procedemos ao controlo oficial das ciguatoxinas em 2011, tornando-se em 2015 numa doença de declaração obrigatória.

Após várias investigações e trabalhos de sensibilização e de fiscalização, tornou-se evidente que uma das principais preocupações está relacionada com a área da pesca recreativa, uma vez que os peixes capturados por pescadores recreativos não são testados oficialmente e o consumo de vísceras ou carne tóxica pode levar à intoxicação por ciguatera. Chamo a atenção para o facto de nas Ilhas Canárias, o protocolo oficial de controlo de ciguatoxinas indica que as vísceras de certas espécies não podem ser vendidas, independentemente de a análise ser negativa.

O arquipélago das Canárias é considerado um importante hotspot da Europa para ciguatoxinas e desde 2011 a Direcção-Geral de Pescas das ilhas Canárias implementou um protocolo para detetar as CTXs em determinadas espécies e tamanhos de peixes desde os pontos de primeira venda autorizados, ou seja, antes de chegarem ao mercado como produto final. Isto para proteger a saúde pública. Desenvolvemos também o projeto EuroCigua, cofinanciado pela European Food Safety Authority (EFSA) e pela Universidade de Las Palmas de Gran Canaria, graças ao qual foi possível detetar a presença de ciguatoxinas em algas e peixes. Concluímos que o charuteiro (Seriola lalandi), a garoupa (Epinephelus marginatus), a moreia (família Muraenidae) e o pargo comum (Diplodus vulgaris) são espécies relevantes que acumulam toxinas nos seus tecidos.

Com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre a presença da toxina em espécies de relevância pesqueira, procedendo de igual modo à comparação dos níveis de CTX na carne e no fígado, foram realizados diversos estudos cujas conclusões apontaram para números esclarecedores. Perfazendo um total de 109 espécimes, foram objeto deste estudo 60 xaréus (Seriola spp.), 27 garoupas (Epinephelus marginatus), 11 moreias negras (Muraena helenae) e 11 douradas (Diplodus vulgaris).

Das conclusões retiradas, observamos que 93 indivíduos mostraram toxicidade similar à CTX na carne analisada, enquanto 107 indivíduos revelaram esta mesma toxicidade no fígado. Aliás, todos os indivíduos que revelaram a toxicidade na carne também a apresentaram no fígado. Outra das conclusões importantes refere-se ao facto de, pela primeira vez, ter sido detetada a presença de C-CTX1 em safias.

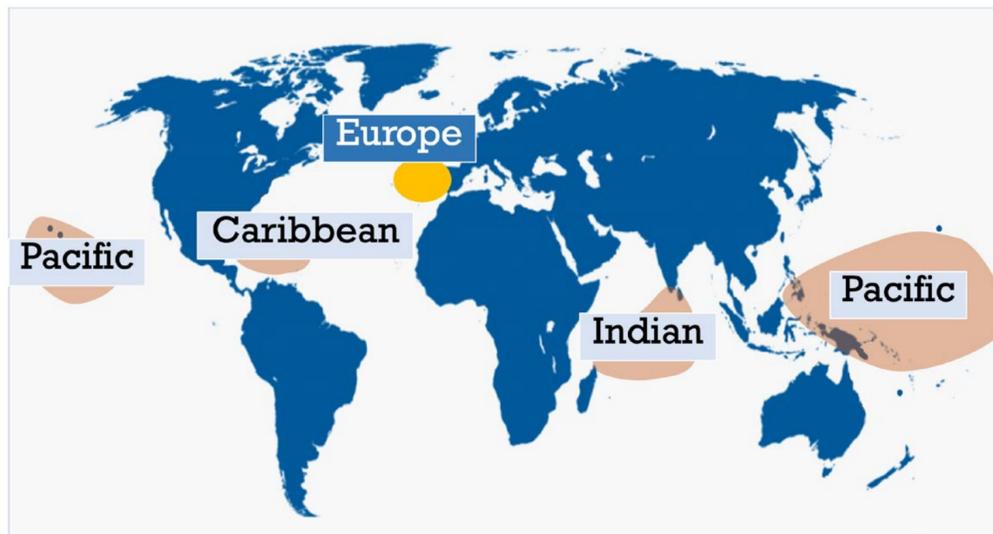


Dra. María José Ramos-Sosa

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria



CTX



DRS | FÓRUM INTERNACIONAL
SOBRE VIGILÂNCIA DE INTOXICAÇÕES ALIMENTARES
O CASO DA CIGUATOXINA E DE OUTROS AGENTES TÓXICOS

FAO and WHO, 2020.



Deteção de espécies de anisakis em peixes de consumo

O parasitismo é um fenómeno comum. Todas as espécies são suscetíveis de serem parasitadas: monogéneos, artrópodes, aligenídeos, nematóides, mas apenas alguns são inofensivos para os humanos como é o caso das zoonoses que são parasitas que passam dos animais para as pessoas, afetando por ano 50 milhões de pessoas. Atualmente estão sendo encontrados fora das áreas endémicas através da importação de produtos da pesca, de viagens para áreas endémicas e de novas formas de hábitos de consumo, como é o caso do peixe cru. A Diretiva 2003/99/CE de 17 de novembro de 2003 sobre vigilância de zoonoses e agentes zoonóticos e o Real Decreto 1940/2004, de 27 de setembro, dizem que os agentes zoonóticos devem ser monitorados. As principais áreas geográficas onde o peixe é consumido cru ou malcozinhado são o Japão, através do consumo de sushi, a Escandinávia, através do consumo de bacalhau, a Holanda, através do consumo de arenque e a América Latina, através do consumo de ceviche.

Portanto, a anisakiase é uma parasitose causada pelo consumo de peixe cru e malcozinhado que contém larvas do parasita conhecido por anisakis. Os sinais e os sintomas clínicos manifestam-se através de dor abdominal, perturbação do ritmo intestinal, reações de hipersensibilidade alérgica imediata e urticária-choque anafilático.

A anisakiase é um problema de Saúde Pública que tem registado uma maior prevalência nos últimos anos no mundo, devido a uma maior incidência nos peixes capturados, bem como aos novos hábitos gastronómicos relativos ao consumo de peixe cru ou malcozinhado.

As espécies mais afetadas são o bacalhau, a sardinha, a anchova, o arenque, o salmão, o arenque, a pescada, o badejo, o alabote, o pregado, a cavala, o bonito, o carapau, as lulas e os choccos. Devido ao consumo de sardinhas e anchovas que são transmissores deste parasita, Espanha é o segundo país com mais casos de intoxicação depois do Japão.

Dentro da normativa europeia já existem regulamentos que procuram monitorizar este problema. A 29 de abril de 2004 surgiu o Regulamento (EC) nº. 853/2004 do Parlamento Europeu e do Conselho que estabelece normas específicas de higiene para os alimentos de origem animal. As disposições incidem sobre a obrigatoriedade do congelamento dos produtos da pesca destinados a serem consumidos crus ou praticamente crus, mesmo no comércio retalhista (que inclui estabelecimentos que servem alimentação), qualificado no caso de alimentos defumados, em conserva e salgados.

Em 2005, a 5 de dezembro, foi publicado o Regulamento (CE) nº. 2074/2005 da Comissão que estabelece regras detalhadas que recaem sobre os operadores de empresas de alimentos em relação às inspeções visuais para detetar parasitas em produtos da pesca.

Já a 15 de março de 2019, surgiu o Regulamento de Execução 2019/627 da Comissão que estabelece disposições práticas uniformes para a realização de controlos oficiais de produtos de origem animal destinados ao consumo humano.

Em Espanha, em 2006, foi publicado um Real Decreto sobre a prevenção do parasitismo por anisakis em produtos da pesca fornecidos por estabe-



Dra. Pilar Foronda Rodriguez

Universidad de La Laguna

lecimentos que servem alimentos a consumidores finais ou comunidades.

O Comité Científico da AESAN - Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición - publicou um relatório sobre as medidas a adotar para reduzir os riscos perante a presença de anisakis. Neste documento são recomendados os tratamentos térmicos em função do destino de pescado que vai ser consumido e ao tipo de elaboração que vamos fazer ao pescado.

Falando dos parasitas, dentro de todos os grupos encontra-se o anisakis, que tem um ciclo de vida complexo. Os parasitas em fase adulta encontram-se em mariferos aquáticos, tais como as baleias, os golfinhos e em grandes espécies.

Neste ciclo biológico que acontece no meio marinho, há toda uma complexidade de operadores intermediários envolvendo este parasita que pode ser ingerido por uma grande cadeia de peixes. Uns comem outros e assim sucessivamente, passando as larvas de uns para outros. No meio marinho é muito habitual encontrar este tipo de parasita, tanto em peixes pequenos como grandes. Por isso, nós entramos nesta cadeia como operadores acidentais deste parasita.

No sentido de prevenir esta parasitação, deve ser feito o tratamento térmico tanto através da congelação, como do cozinhar o pescado de tal maneira que as larvas não sobrevivem. O problema dos pacientes alérgicos é que são alérgicos à proteína do anisakis. Portanto, mesmo mortos, estes parasitas podem causar reações alérgicas.

O nosso propósito como parte integrante do Proje-

to RASPA foi o de analisar a presença de anisakis em peixes que são facilmente acessíveis. No comércio de Tenerife foram estudadas 26 espécies de peixes, procedentes de diferentes zonas.

Todas as espécies analisadas e que são muitas, foram capturadas na zona geográfica FAO 34 incluída no Projeto RASPA. No total, dentro desta área geográfica, foram analisados 172 peixes de 11 espécies diferentes que correspondem a um alto consumo nas ilhas Canárias e no resto da Espanha.

Neste estudo, observámos que um quarto dos peixes comercializados contém a presença deste parasita. O anisakis foi detetado em quatro espécies, nomeadamente no melva, na merluza e em duas espécies de cavala. Porém, destacamos que a merluza apresenta mais de 80 por cento dos exemplares com anisakis, enquanto que o melva e a cavala registam uma contaminação de 20 por cento. Portanto, estamos a registar uma alta prevalência de parasitas em peixes muito consumidos em Canárias, o que é um perigo para a saúde, sobretudo para as pessoas sensíveis ao parasita.

Através das análises realizadas, detetámos 5 espécies anisakis, sendo a mais comum a anisakis simplex que tem uma maior capacidade de penetração na parede intestinal, apresenta uma maior tolerância aos ácidos e uma maior tendência em penetrar nos músculos. Detetámos também a presença de bactérias e neste caso registámos 74,43 por cento de prevalência das bactérias vibrio que não são perigosas para os humanos, mas afetam muito os peixes em aquicultura que é um habitat estúpido para estas bactérias.



2

Nota de boas-vindas da Comissão Organizadora

3

Sessão de Abertura

4

Conferência Vigilância de surtos de agentes patogénicos alimentares

6

Seminário – Resultados Raspa

9

Mesas Redondas

13

Sessão de Encerramento

14

Social



Início

Monitorização da presença de Ciguatoxina e de outros contaminantes em produtos piscícolas relevantes na RAM

A Direção Regional do Mar, sob a tutela da Secretária do Regional Mar e Pescas, foi criada em março de 2020 e dentro das suas competências estão o desenvolvimento e a coordenação de trabalhos técnicos de investigação e aconselhamento no que diz respeito às toxinas marinhas, contaminantes e consumo seguro do pescado.

Os contaminantes do pescado podem ter uma origem natural ou antropogénica. Já todos ouviram falar da histamina, um produto de descarboxilação dos aminoácidos e histidinas que está presente em elevadas concentrações, em determinadas espécies. Esta descarboxilação é levada a cabo por bactérias do próprio peixe. Portanto, tem uma origem natural, mas pode funcionar como um contaminante.

Debruçemo-nos sobre a questão dos metais pesados que é já muito badalada; a questão dos microplásticos que são por si só um poluente, mas que absorvidos pelo peixe podem ter outros poluentes orgânicos ou mesmo inorgânicos; temos ainda a questão das ciguatoxinas e outros poluentes orgânicos onde se incluem dioxinas, pcbs, hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, inseticidas, antibióticos, etc., e que são de facto poluentes emergentes.

Sobre os metais pesados e as ciguatoxinas, começo por explicar que aqueles que têm mais relevância neste caso são o cádmio, o mercúrio e o chumbo.

O mercúrio tem origem natural através de erupções vulcânicas, mas é também resultante de vários processos industriais. Estima-se que por ano sejam libertados entre 40 mil a 50 mil de toneladas de mercúrio para a atmosfera e outras 4 mil toneladas para o mar.

O mercúrio elementar é, por si só, um elemento tóxico para o ser humano, quer por ingestão, ou inalação através da produção de vapor de mercúrio, mas o metilmercúrio é de facto aquele que está mais patente no que diz respeito à intoxicação, sendo esta a maior forma de exposição para os humanos. É o resultado da mutação por agentes microbióticos de compostos de mercúrio. A média de vida do mercúrio é entre 60 a 120 dias nos humanos, 2 anos no peixe. A toxicologia provoca a alteração de enzimas e leva a alterações mitóticas e cromossómicas.

Este metal possui diversas aplicações. Muitas delas conhecemos da área da Medicina quando nos deparamos com a sua utilização em amálgamas dentárias, conservante, etilmercúrio, antisséptico, mercúrio cromo, entre outras. É também usado na produção de cloro e soda cáustica a partir de NaCl, o processo de Castner-Kellner.

Ao nível laboratorial, o seu uso é empregue, por exemplo, em termómetros, manómetros, telescópios, elétrodos de referência. O mercúrio é também usado nos explosivos primários fulminato



Dr. Pedro Ideia

Direção Regional do Mar

de mercúrio, nas lâmpadas de vapor de mercúrio (tipo néon) e tubulares e inclusivamente na área da cosmética, uma vez que é intencionalmente adicionado a produtos de maquilhagem e produtos skin care, entre outros. Portanto, todos os dias estamos expostos ao mercúrio.

Em termos da fase clínica, temos muitos sintomas possíveis para a intoxicação por mercúrio: perda de sensibilidade nas extremidades do corpo (pés e mãos); perda parcial da visão e total da audição; elemento cancerígeno; doenças autoimunes, imunossupressão, anomalias cromossómicas, leucemia, cancro do fígado e do pulmão, infertilidade masculina, morte fetal, malformações congénitas, retardamento do crescimento, na fala, no andar e no desenvolvimento intelectual, deficiência de concentração, insanidade, distúrbios visuais e cegueira, alucinações, tremores, fraqueza muscular, ataxia, paralisia, coma, depressão, dispneia, hipertensão, taquicardia, perda de audição, de memória e de sensibilidade, gastroenterite, pneumonia e morte.

No que diz respeito ao cádmio, este é um metal presente na crosta terrestre. A atividade humana que provoca a maior libertação deste metal é a atividade mineira no que toca essencialmente à extração de zinco e de chumbo. Encontramos o

cádmio tanto no mar como em terra.

As culturas são mais afetadas quando estão perto de emissários como são os casos das indústrias, mas também através da utilização de fertilizantes fosfatados, com elevado teor em cádmio. No pescado aparece sobretudo em moluscos, tendo a acumular-se sobretudo nas vísceras e ao nível do hepatopâncreas.

Relativamente à fase clínica, tem sido encontrado em vários órgãos (pâncreas, testículos, tireoide, glândulas salivares, coração, etc.), em especial o rim. A intoxicação é caracterizada por dano renal (devido à lesão nos túbulos proximais) com proteinúria. Posteriormente são afetados os túbulos contornados distais e os glomérulos. Também tem efeito no sistema nervoso, com repercussões na visão e no olfato.

Estão identificados outros efeitos neurológicos que incluem alterações na memória, alterações cognitivas e da velocidade psicomotora. Está também associado a determinados tipos de cancro (próstata e pulmões) embora os estudos sejam ainda pouco claros.

Quanto aos efeitos no sistema cardiovascular, podemos adiantar que aqui se incluem a pressão sistólica diminuída com manutenção da pressão diastólica, a obstrução pulmonar, levando à bron-



Secretaria Regional de Mar e Pescas
 Direção Regional do Mar

Metais Pesados

Regulamento n.º 1881/2006 da Comissão de 19 de Dezembro de 2006

que fixa os teores máximos de certos contaminantes presentes nos géneros alimentícios

Género alimentício	Teor máximo (mg/kg peso fresco)		
	Cd	Hg	Pb
Parte comestível do peixe (à exceção as espécies listadas abaixo)	0,050	0,5	0,30
Atuns	0,10	1,0	0,30
Chicharro	0,10	0,5	0,30
Peixe-espada-preto	0,050	1,0	0,30
Espadarte	0,30	1,0	0,30
Cefalópodes (sem vísceras)	1,0	0,5	1,0
Moluscos bivalves	1,0	0,5	1,5



DRS | DIREÇÃO REGIONAL DO MAR E PESCAS
 DIREÇÃO REGIONAL DO MAR E PESCAS
 Pedro Ideia (2023)

quite crónica, fibrose progressiva e destruição alveolar.

Está comprovado que o cádmio afeta o metabolismo do cálcio, fósforo e vitamina D, acabando por interferir na calcificação, descalcificação e modelação óssea, desencadeando determinadas patologias como a osteoporose, osteomalacia ou a doença de Itai-Itai, que está associada a deformações ósseas muito mais graves.

O regulamento n.º 1881 de 2006, da Comissão Europeia, fixa os teores máximos de certos contaminantes em géneros alimentícios, entre os quais, estes metais já mencionados e também o chumbo. Vemos que no cádmio, por exemplo, os limites variam dependendo do produto de pesca: entre os 0,05 mg por kg de pescado e 1 mg por kg. O mercúrio situa-se entre os 0,5 e 1 mg por kg e o chumbo entre 0,3 e 1,5 mg por kg.

Em termos da monitorização de produtos de pesca na Região Autónoma da Madeira, podemos afirmar que têm sido analisadas várias espécies, como o gaiado, a cavala, o peixe-espada-preto e as lapas. Segundo os resultados obtidos ao longo do tempo, o mercúrio será o metal mais importante no peixe-espada-preto e isto é um ponto assente já há muito anos. Já nas lapas, temos registos de acumulação de cádmio e no gaiado foi observada a prevalência de mercúrio.

No nosso entender, o Projeto RASPA tem sido uma boa alavanca para o novo laboratório da Direção

Regional do Mar. Estabelecemos um plano de monitorização de metais pesados em moluscos gastrópodes que está ainda a ser desenvolvido e que tem por base estudar a bioacumulação do cádmio em moluscos gastrópodes, nomeadamente em lapas e caramujos em diferentes zonas, para depois tentarmos perceber de que forma é que esta bioacumulação acontece e se existem zonas que sejam mais ou menos preocupantes. O Projeto permitiu também a aquisição de um analisador direto de mercúrio, o que nos dá autonomia nesta área.

Referindo-me agora às biotoxinas marinhas cujas intoxicações associadas a esta classe de compostos são várias, há que explicar que hoje falamos muito das ciguatoxinas e da intoxicação alimentar pelo consumo de peixe contaminado por estes tipos de compostos. Estes compostos são neurotoxinas potentes produzidas por microalgas betónicas, típicas das regiões tropicais e subtropicais, que pertencem ao género Gambierdiscus e Fukuyoa (dinoflagelados). São moléculas lipossolúveis e facilmente transmitidas ao longo da cadeia alimentar, desde os produtores até aos predadores de topo.

Dependendo da zona, a sintomatologia difere, sendo os sintomas neurológicos predominantes no Pacífico e os sintomas gastrointestinais predominantes nas Caraíbas.

O quadro gastrointestinal apresenta: diarreia, vô-

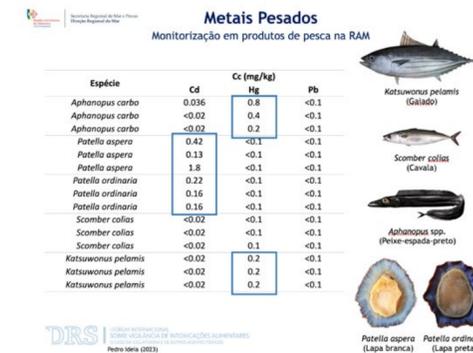
mitos, náuseas, dores abdominais, 30 minutos a 24-48 horas após ingestão. O quadro neurológico é mais característico e dura entre algumas semanas a meses: dormência nos lábios, mãos e pés, percepção invulgar da temperatura, comichão severa e localizada na pele, fadiga, dores musculares e nas articulações.

As primeiras suspeitas de Ciguatera na Madeira ocorreram entre agosto de 2007 e meados de 2008 com sintomatologia gastrointestinal e neurológica apresentada pelos vigilantes das Ilhas Selvagens, horas ou dias após a ingestão de pescado capturado localmente. Estes sintomas, à partida, cessaram quando os vigilantes deixaram de consumir peixe capturado naquela zona.

No mês de julho de 2008 foi pela primeira vez diagnosticada a Ciguatera na Madeira, após ingestão de um charuteiro com cerca de 30 kg, pescado ao largo da Selvagem Grande por 11 elementos da tripulação de um barco de pesca que apresentaram sintomatologia neurológica e gastrointestinal severa.

O contributo do Projeto RASPA e de outros projetos em curso na Direção Regional do Mar tem permitido, de facto, o aumento da nossa capacidade e alguma autonomia em toda a questão dos procedimentos de extração das ciguatoxinas a partir das amostras de pescado, tratando-se de um procedimento relativamente longo.

Além disso, criámos um banco de amostras e de extratos e como referiu a Doutora Pilar, o método

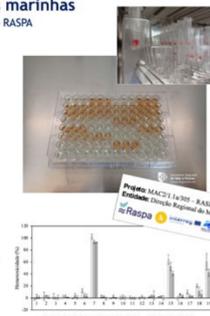


DRS | DIREÇÃO REGIONAL DO MAR E PESCAS
 DIREÇÃO REGIONAL DO MAR E PESCAS
 Pedro Ideia (2023)



DRS | Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil
 Direção Regional do Mar
 PRS | PRS
 Raspa | Raspa
 MAC 2014-2020 | Cooperação Territorial
 Interreg | Interreg

- Implementação de procedimentos de extração de ciguatoxinas a partir de amostras pescado;
- Criação de banco de amostras e extratos;
- Implementação de ensaios de hemotoxicidade para deteção de ciguatoxinas, atualmente em fase de estudos comparativos com a citotoxicidade sobre neuroblastoma.



DRS | DIREÇÃO REGIONAL DO MAR E PESCAS
 DIREÇÃO REGIONAL DO MAR E PESCAS
 Pedro Ideia (2023)



mais preconizado para a deteção das ciguatoxinas é atualmente a utilização de linhas solares de neuroblastoma. E como «Roma e Pavia não se fizeram num dia», este ensaio requer outros equipamentos que ainda não conseguimos adquirir. Para já, implementámos ensaios de hemotoxicidade para tentarmos estabelecer uma deteção destas ciguatoxinas nos extratos preparados. A ideia é termos os eritrócitos, as células vermelhas, a mimetizar o comportamento das células de neuroblastoma e portanto, tentarmos adquirir um método que nos permita obter alguns resultados. Temos verificado alguma concordância entre vários ensaios independentes para as mesmas amostras e estamos atualmente em estudos comparativos com a ciguatoxicidade sobre neuroblastoma.

Por outro lado, existem dentro das nossas competências outras atividades desenvolvidas ao abrigo do Projeto RASPA e que incluem, por exemplo, um inquérito que foi feito à população da Madeira acerca do consumo de lapas e caramujos.

Através deste documento, conseguimos fazer não só uma caracterização sociodemográfica dos inquiridos, mas também perceber as quantidades consumidas, a regularidade com que os consumidores optam por estes produtos e permitiu-nos aferir que existe ainda alguma falta de informação no que toca aos riscos associados ao consumo de moluscos gastrópodes.

Por todos estes aspetos referidos, o Projeto RASPA tem sido uma mais-valia, nomeadamente em colaboração com o programa Escola Azul em que temos desenvolvido várias palestras sobre esta questão dos contaminantes, não no sentido de alarmar a população, mas no sentido de educar para os possíveis riscos associados.

Graças ao Projeto, a Direção Regional do Mar procedeu à aquisição de material que nos levou à primeira vez em que se detetou microplásticos no hepatopâncreas ou no trato digestivo das lapas, um trabalho que está a ser publicado. E embora aqui, na parte das histaminas, o método de referência preconizado pelo regulamento 23/73 seja a cromatografia líquida, o HPLC para quantificação destes compostos, ao abrigo do Projeto RASPA conseguimos adquirir alguns kits de deteção rápida e de quantificação que nos têm permitido tirar algumas conclusões sobre o teor da histamina biogénica em amostra de pescado.

Identificação e notificação de intoxicações alimentares – RAM saudável, segura, sustentável e inovadora

Sob a responsabilidade do Dr. Maurício Melim, coordenador do Gabinete de Apoio e Emergências em Saúde Pública da Direção Regional da Saúde, teve lugar a primeira mesa redonda do I Fórum Internacional Sobre Vigilância de Intoxicações Alimentares.

Para este debate, decorrido no auditório do Colégio dos Jesuítas, foram convidadas a Dra. Rita Vieira, diretora do Serviço de Urgência Hospitalar do SESARAM, EPERAM, a Dra. Joana Moreno, da Unidade de Saúde Pública do SESARAM, EPERAM, bem como a Dra. Neide Gouveia, diretora de Serviço e responsável pelo Laboratório Regional Veterinário e Segurança Alimentar da Direção Regional da Agricultura e o Dr. Luís Rosa da Autoridade Regional das Atividades Económicas.

Ao longo de uma hora e meia, aproximadamente, os especialistas debateram-se sobre os aspetos inerentes à identificação e notificação de intoxicações alimentares, um trabalho que tem vindo a ser realizado de forma incisiva em prol de uma Região Autónoma da Madeira saudável, segura, sustentável e inovadora. Fazendo as honras da casa, o coordenador desta primeira Mesa Redonda deu as boas-vindas aos participantes, realçando a importância deste debate para «que se possa, de alguma forma, mostrar aquilo que cada um de nós no seu sector contribui para aquilo que hoje é um problema importante que tem a ver com Segurança Alimentar», até porque «nós sabemos que as intoxicações alimentares continuam a ser em todo o mundo um grande problema de Saúde Pública».

Nesta sua intervenção inicial, Maurício Melim fez alusão aos trabalhos anteriormente decorridos no Fórum, os quais deixaram bem evidente a importância de, nos dias de hoje, «percebermos como é que toda esta questão da produção alimentar se tem processado».

E porque «hoje em dia temos conhecimento não só sobre o tratamento industrial que é feito aos produtos alimentares, até à agricultura intensiva, à alimentação coletiva e à vulgarização das técnicas de refrigeração», o coordenador do painel considerou que «o importante é identificar de forma rápida e adequada estas situações que às vezes constituem um problema».

Referindo-se concretamente aos meandros do processo, Maurício Melim explicou que «é feito através de uma investigação epidemiológica, tendo sempre a preocupação do lugar, da pessoa e do tempo, mas há um conjunto de procedimentos que têm que ser realizados e, para que tal aconteça, necessitamos de uma equipa multidisciplinar e multidisciplinar».

A partir daqui desenvolve-se a metódica investigação: «começamos por estudar quando é que essas situações surgem e, em relação a este aspeto, temos os doentes que também são alvo de estudo, mas, por outro lado, temos os produtos e temos também os manipuladores», ou seja «temos que olhar, por um lado, para os consumidores e para os alimentos, mas também para quem manipula os alimentos».

Em todo este processo, o médico destacou a importância das questões relacionadas com as condições



higieno-sanitárias das instalações onde se preparam e se confeccionam os alimentos, uma vez que «a qualidade e a segurança alimentar continuam a ser importantes na prevenção das doenças e das intoxicações alimentares».

Assim, sublinhou que é imperativo «saber se os manipuladores têm bons conhecimentos e se têm boas práticas na manipulação dos alimentos», pois «temos a obrigação de fornecer refeições que sejam seguras», inclusivamente no meio hospitalar, onde esta importância assume níveis particularmente elevados, já que «temos os nossos doentes vulneráveis, crianças e idosos que dependem de nós».

Contudo, Maurício Melim reconheceu que «cada vez temos mais dificuldades nestas áreas, na questão da alimentação e não é só o problema das cantinas escolares, mas também nas áreas onde estão pessoas institucionalizadas».

Afirmando que «os consumidores constituem uma parte muito ativa no ciclo da segurança dos alimentos», sendo por isso necessário averiguar os conhecimentos e os comportamentos dos mesmos, o coordenador do Gabinete de Apoio e Emergências em Saúde Pública da Direção Regional da Saúde constatou que «nós vemos que os consumidores têm falta de conhecimentos sobre a contaminação cruzada, a temperatura de confeção, as datas de validade e, nos aspetos mais práticos, precisamos de saber como separar os alimentos, a importância da lavagem das mãos, entre outros aspetos».

Dando exemplos práticos, o médico referiu-se a «uma coisa tão simples, mas tão importante para evitar a contaminação cruzada», como são os casos da «temperatura de confeção e de reacquecimento, os prazos de validade, o estado da conservação das embalagens». E para que «se forneça aos consumidores informação e conhecimentos de boas práticas», Maurício

Melim considerou que a «educação da saúde tem um papel importante e a Saúde Pública em particular».

Após esta esclarecedora introdução, o coordenador dos trabalhos lançou a primeira de muitas perguntas para a Mesa Redonda: «os profissionais de Saúde que estão no Serviço de Urgência têm sensibilidade para identificar estes problemas que, muitas vezes, incidem numa boa recolha de sintomas, mas, sobretudo, tentam perceber a frequência com que estes casos chegam ao hospital e se fazem esse cruzamento? É importante também saber quais as respostas que têm previstas para que a partir de uma identificação precoce, do encaminhamento que é fundamental, ser desencadeada toda a cadeia de respostas. O diagnóstico é realizado, mas temos de ter o agente patogénico, porque depois, em sede de tribunal e quando as coisas se complicam, se não conseguirmos selecionar aquilo que levou o doente ao hospital com aquilo que estava no alimento, a prova torna-se difícil. Assim, como é que podemos melhorar isto, o que é que se tem feito e o que é que se está a pensar fazer em breve nesta matéria?».

Coube a Rita Vieira responder às questões levantadas pelo coordenador dos trabalhos. A diretora do Serviço de Urgência Hospitalar do SESARAM começou por realçar que «o nosso objetivo, enquanto profissionais de Saúde num Serviço de Urgência para identificar estas situações, inicia-se sempre com a identificação do doente, fazendo uma história clínica muito apurada da situação» e isto, afirmou, porque «muitas vezes, o diagnóstico entre uma gastroenterite-infecciosa não provocada por uma intoxicação alimentar, mas por um processo infeccioso que se desencadeia à posteriori no organismo, é diferente do ponto de vista clínico de uma intoxicação alimentar provocada por um alimento que, por si só, quando é ingerido já traz a toxina».

De acordo com a especialista, na maior parte das vezes «os sintomas são muito mais precoces porque



na intoxicação alimentar – e isto é um ponto bastante fundamental – é preciso ter em conta que no produto que já não está convenientemente adequado para o consumo, a toxina irá ser ingerida, desencadeando de imediato os sintomas».

Relativamente aos casos que surgem no Serviço de Urgência, Rita Vieira referiu-se em concreto às «situações em que os sintomas, na maior parte das vezes, são a diarreia, os vómitos, as náuseas, as dores abdominais». Ocorrências que não devem ser minimizadas, pois «podem parecer sintomas simples que todos nós já tivemos, seguramente, mas podem causar danos graves».

A este respeito, indicou: «se existir uma situação de desidratação mantida, se o doente demora a procurar ajuda, se o doente não está devidamente hidratado, se continua com vómitos persistentes e não tem via oral e não foi socorrido a tempo para terapêutica endovenosa, nós temos um doente que, do ponto de vista clínico, está gravemente doente e estas situações podem mesmo pressupor internamento que durar vários dias».

No decurso das averiguações para compor a história clínica, os profissionais de Saúde «tentam perceber se houve mais alguém envolvido com a mesma sintomatologia», no sentido de ajudar a identificar «se há um alimento contaminado ou qualquer outro produto contaminado que possa ter sido ingerido por mais do que uma pessoa e isso é logo um indicio muito forte de que há uma provável intoxicação alimentar e, nestas situações, acresce o cuidado de procederem à colheita dos produtos biológicos».

E para provar a relação causa/efeito direta, a diretora do Serviço de Urgência Hospitalar do SESARAM explicou os procedimentos: «são notificados os colegas da Saúde Pública que, por sua vez, irão identificar o agente onde foi ingerido. Tem de haver uma compatibilidade entre aquele agente biológico que nós identificamos no

hospital com o agente que será colhido pela Saúde Pública no produto suspeito».

Sob o ponto de vista clínico, o objetivo, segundo a especialista, é o de «tratar o doente e, sob o ponto de vista de Saúde Pública onde também temos responsabilidades, a nossa obrigação é identificar o agente através de um processo que pode implicar a recolha de sangue, análises sanguíneas, recolha dos vómitos e, se o doente se apresenta com diarreia, temos que colher fezes. Tudo isto para conseguirmos identificar o agente envolvido».

No capítulo da sensibilização, Rita Vieira começou por afirmar que, de facto, os números que «nós vemos na diversa literatura a respeito das intoxicações alimentares são muito significativos», o que revela a necessidade de «incrementarmos uma maior sensibilização para estas situações, o que acontecerá, certamente, fazer com que se identifique mais casos».

Contudo, a médica alertou que nem todas as situações chegam à Urgência hospitalar, pois no que se refere aos casos menos graves, por vezes «as pessoas conseguem controlar em casa», fazendo com que «os números relativos às intoxicações alimentares seja, de facto, maiores do que aqueles que são sinalizados pelos nossos serviços».

A finalizar a sua intervenção, a diretora do Serviço de Urgência Hospitalar do SESARAM defendeu que «provavelmente, poderemos melhorar um bocadinho mais na colheita e na sensibilização para a colheita dos produtos orgânicos e biológicos».

É imperativo apostar na Educação para a Saúde

Na intervenção seguinte, Joana Moreno, médica especialista em Saúde Pública, começou por explicar o funcionamento do SINAVE – Sistema de Vigilância Nacional – um organismo onde «os clínicos fazem o re-

porte destas doenças que são as doenças de notificação obrigatória». A este respeito, esclareceu que «nem todas as intoxicações são causadas por doenças de notificação obrigatória e para isso existem obviamente outros meios de comunicação entre os clínicos e a unidade de saúde pública».

Referindo-se à investigação, Joana Moreno indicou que «realizamos sempre um inquérito epidemiológico que consiste numa entrevista ao doente através da qual vamos perceber quais os sintomas, se existe mais algum além daqueles que foram reportados no Serviço de Urgência, ou se existem mais pessoas doentes. Muitas vezes a nossa investigação incide sobre a possível forma de aquisição daquela doença».

Reunida esta primeira informação, é desencadeada uma procura mais incisiva das fontes de infeção, numa investigação realizada em parceria com os técnicos da saúde ambiental.

Para a médica especialista e no que concerne à Educação para a Saúde, quase «cinquenta por cento das infeções que dão origem a estes surtos alimentares se devem a comportamentos que as pessoas têm na sua habitação, muito por falta do conhecimento em relação à segurança alimentar».

Estas conclusões que assentam nas respostas dos pacientes nos inquéritos epidemiológicos, demonstram que «a maioria dos casos em que uma forma de transmissão da doença é identificada, está relacionada com comportamentos de conservação de alimentos, de higienização das mãos quando se vai preparar os alimentos em casa, muitas vezes da utilização de água que não é proveniente de uma fonte segura». Ou seja, existem «muitas formas que estão relacionadas com o comportamento que a própria pessoa tem na sua habitação».

Por isso, sustentou, o inquérito epidemiológico e «além da investigação, tem também esta parte educacional

em que nós aproveitamos sempre para veicular quais são as medidas de melhor conservação dos alimentos, de melhor preparação, de forma a evitar os erros existentes que muitas vezes verificamos ao entrevistar estas pessoas».

As medidas de educação para a Saúde estendem-se também a outras áreas da sociedade, como são os casos das escolas e infantários em que «é necessário fazer a educação dos funcionários para que a infeção não se alastre para o resto da instituição e, portanto, a educação destes profissionais também é essencial não só no que diz respeito ao comportamento alimentar, como também no que se refere ao comportamento de transmissão da infeção».

No segmento dos manipuladores, Joana Moreno confessa que «existe muito trabalho a fazer e nós, enquanto Saúde Pública, já fazemos muito quando visitamos, por exemplo, os estabelecimentos de restauração e bebidas, onde também desenvolvemos um trabalho importante na educação para a prevenção destas doenças».

Em defesa da saúde do consumidor

Para que tenhamos uma segurança alimentar irrepreensível é necessário contar também com o papel desempenhado pelos laboratórios. Passando a palavra a Neide Gouveia, diretora de Serviços do Laboratório Agrícola e Agroalimentares, especialista que também integra os quadros de especialistas do Laboratório Regional Veterinário e de Segurança Alimentar e do Laboratório de Qualidade Agrícola AgroSensLab, o coordenador Maurício Melim quis saber alguns detalhes sobre a colaboração existente.

Nesta sua intervenção, Neide Gouveia começou por explicar que a Direção de Serviços «contempla vários laboratórios que estão todos ligados àquilo que é a política de segurança alimentar da União Europeia». O objetivo, segundo disse, é o de abranger a «defesa da saúde do consumidor nos pilares da segurança alimentar, da fitossanidade, da saúde animal e da nutrição».

Neste sentido, garantiu que «os nossos laboratórios têm uma oferta analítica que poderá servir de ferramenta às entidades que depois operam nas áreas da fiscalização e do diagnóstico e que depois vão cooperar para a segurança alimentar».

Sobre o trabalho desenvolvido pelo Laboratório Regional de Segurança Alimentar, Neide Gouveia deu como exemplo a cooperação nos programas oficiais de vigilância promovidos pela NGAP na área da Segurança Alimentar, sendo este «um laboratório acreditado», até porque «para produzir resultados válidos para que depois possam ser utilizados por outras entidades com autoridade na matéria, precisamos de obter resultados confiáveis, rastreáveis e de confiança».

Assim, a especialista garantiu que este é um laboratório oficial de referência para diversas análises, nomeadamente «resíduos e pesticidas nos alimentos, sendo também um laboratório oficial para o Plano de Inspeção dos Géneros Alimentícios, análises fitossanitárias, sem esquecer o Plano de Vigilância e Erradicação de Doenças em Animais».

Competências que, segundo a diretora de Serviços do Laboratório Agrícola e Agroalimentares, corresponde à «política de uma Só Saúde, designada por One Health, em que é reconhecido que a saúde humana está intimamente ligada ao ambiente e à saúde animal».

A este propósito, explicou aos presentes que «o nosso laboratório oferece os serviços analíticos que vão ao encontro deste conceito que sublinha que a saúde humana está diretamente relacionada com a saúde



animal e com o ambiente».

Em termos de colaborações, a especialista referiu-se à Autoridade Regional das Atividades Económicas (ARAE) e à Saúde Pública, indicando ainda que «temos outros serviços dentro da Direção Regional que efetua a recolha das amostras que compete aos planos nacionais de vigilância e também temos uma parte de serviços prestados ao público», ou seja, clientes particulares.

A importância da ação fiscalizadora da ARAE

Dirigindo-se ao inspetor Regional de Atividades Económicas, Maurício Melim indagou sobre as dificuldades que Luís Rosa tem encontrado ao longo da sua missão na ARAE, questionando-o ainda sobre a relação existente com os parceiros das áreas da saúde e do laboratório.

Sendo esta uma Inspeção Regional com múltiplas competências, Luís Rosa fez questão de sublinhar que a «Autoridade Regional das Atividades Económicas é também e acima de tudo, a principal autoridade regional no âmbito da segurança alimentar».

De acordo com as suas explicações, este «é o organismo regional responsável pela gestão e comunicação do risco, ou seja, todas aquelas questões que estão relacionadas no âmbito dos alimentos ou o seu perigo e o seu acondicionamento e todas as situações que podem causar perigo para a Saúde Pública».

Realçando que a ARAE tem uma intervenção em dois

modos nesta matéria, Luís Rosa começou por dizer que «a primeira é, naturalmente, aquela que é pública e que é a nossa intervenção e fiscalização junto dos estabelecimentos económicos».

Uma ação que «vai desde os retalhistas, aos grossistas, em algumas fases até à produção e naquilo que é óbvio junto da restauração, onde nos cabe a monitorização e fiscalização das práticas de Higiene e Segurança Alimentar».

Um trabalho específico que implica a existência de diversas ações junto destes espaços, nomeadamente «a verificação do género alimentício, a sua rastreabilidade até à origem, o seu acondicionamento, a sua manipulação, transformação e, portanto, desde o momento que chega ao prato e depois é servido ao cliente e ao consumidor».

Já a segunda intervenção, aquela que o inspetor regional reconhece que «é algo mais desconhecido do grande público», incide sobre «o cumprimento dos planos nacional e regional de colheitas, o que implica que se faça a colheita de um ou de vários géneros alimentícios que, posteriormente é enviada para o laboratório para a verificação do seu conteúdo, nomeadamente a existência ou não de pesticidas e de outros elementos que possam causar a alteração desse mesmo alimento, o que não é legalmente permitido e daí desencadear outros mecanismos, nomeadamente a própria retirada destes produtos do mercado, caso se justifique».

Além destas duas ações essenciais, Luís Rosa destacou uma outra competência da ARAE e deu como exemplo os casos das intoxicações alimentares: «uma situação desta natureza pode ter várias origens, pode até nos ser reportada diretamente através de uma reclamação ou denúncia de uma situação, pode advir dos órgãos de autoridade da Saúde Pública ou de outro órgão».

Tratando-se de informação que carece, naturalmente, de uma metódica investigação, os especialistas da Autoridade Regional das Atividades Económicas desencadeiam uma série de procedimentos que, segundo o inspetor regional, centram-se logo na fiscalização imediata do espaço onde ocorreu situação. A este respeito, indicou que «nós atuamos no âmbito de um operador económico, ou seja, concentramo-nos em tudo aquilo que advém do operador económico».

Porém, podem surgir alguns problemas relacionados com a recolha do alimento biológico, pois «muitas vezes ele já não existe e na maior parte das situações posso dizer que é raro encontrarmos o alimento que é suspeito no espaço que está a ser alvo de fiscalização».

Referindo-se aos números, Luís Rosa revelou que no caso das toxinfecções e «nestes últimos três anos, recebemos algumas denúncias que resultaram em 20 casos confirmados, afetando diretamente 37 pessoas». Relembrando que «a primeira dificuldade que nós temos nestas situações é detetar o alimento causador ou eventualmente causador daqueles sintomas», o inspetor falou também da dificuldade relacionada com a «recolha de um meio de prova que, quanto a nós e pela nossa experiência, é um dos principais responsáveis para a existência destas situações, que tem a ver com os manipuladores que são vários, pois todas as pessoas que têm contacto direto com o alimento inserem-se nesta categoria, desde o indivíduo que transforma o produto, ao que faz o prato, o cozinheiro, o ajudante de cozinha, ou até mesmo o empregado».

Após a conclusão das intervenções, Maurício Melim deu início à sessão de perguntas e respostas relativamente aos temas abordados pelos diversos especialistas nesta Mesa Redonda.

Rita Câmara

«Há reações adversas a alimentos que são bastante frequentes na população. Chegam-me imensos doentes que têm reações adversas à ingestão de alimentos que não passam por agentes patogénicos, mas que poderiam ser evitadas. Há também outro tipo de reacção que é a anafilática que não passa por haver uma toxina ou um agente patogénico, mas sim pela reatividade do indivíduo a um determinado tipo de alimento e isso é mais fácil de estudar. No último ano, fez-se uma linha verde de anafilaxia e têm chegado imensos doentes que vêm diretamente da Urgência exatamente para não perdermos a causalidade».

«Na profilaxia e quando perguntamos a um doente três meses depois o que é que comeu para ter essa reacção, as respostas são sempre vagas e oscilam entre “o sei lá o que comi” até a “um peixe não sei das quantas”. Ora, penso que o trabalho de todos nós terá de se centrar na educação da população não só para que conheça os alimentos que ingere como também para não esconder o alimento».

**Fátima Sousa**

Inspetora da ARAE

«Muitas vezes, o problema pode estar ou não no agente económico, mas sim no transporte e em toda a forma como o alimento foi acondicionado e transportado. Dou como exemplo as pessoas que vão comprar determinado alimento, depois fazem a vidinha toda e só quando chegam a casa e metem aquilo no frio ou cozinham, surgem problemas. Isto para dizer que há casos em que o problema pode estar no mau acondicionamento e no transporte».

**Luís Rosa**

«Nós temos mais de 1800 espaços na Região só de restauração e da mais variada espécie. Não há hipótese de estar em todo o lado ao mesmo tempo e depois há situações de reacções adversas ao consumo de vários produtos alimentares que não são conhecidas, pois as pessoas não reclamam, não dizem, ou se reclamam fazem-no no espaço em questão e depois fica por ali. Muitas vezes devolvem o valor da refeição, ou seja, não há uma comunicação».



>

2

Nota de boas-vindas
da Comissão
Organizadora

3

Sessão de Abertura

4

Conferência Vigilância
de surtos de agentes
patogénicos alimentares

6

Seminário
– Resultados Raspa

9

Mesas Redondas

13

Sessão
de Encerramento

14

Social



Rede Atlântica de Vigilância Sanitária dos Produtos da Pesca e Aquicultura (RASPA)

Na coordenação dos trabalhos da segunda Mesa Redonda do I Fórum Internacional, a subdiretora regional da Saúde enalteceu a cooperação existente entre as diferentes regiões que, graças aos trabalhos desenvolvidos, permitem que «se dê importantes passos para a constituição de uma rede atlântica de vigilância sanitária de produtos de pesca e aquicultura».

Evidenciando a importância das parcerias estabelecidas, Bruna Gouveia explicou que esta partilha, no âmbito do Projeto RASPA, surgiu porque «detetámos que estes problemas não são só apenas da Região Autónoma da Madeira, nem pertencem exclusivamente às Canárias e não são também apenas dos países terceiros que colaboram no projeto».

Neste contexto, teve rasgados elogios à forma como tem decorrido o compromisso firmado pelos parceiros que, em conjunto e graças às equipas multidisciplinares, têm vindo a reforçar os conhecimentos numa área que constitui uma preocupação premente.

Nesta Mesa Redonda e para abordar o tema em destaque, participaram os especialistas Maria Ramos-Sosa, Pilar Foronda Rodríguez, Asunción Quintana, María Marín e Mafalda Freitas.

Após esta primeira intervenção, Bruna Gouveia lançou o debate ao colocar uma primeira questão à Maria Ramos-Sosa, licenciada em Veterinária, mestre em Aquicultura e doutorada em Saúde Ambiental e Segurança Alimentar. Do seu vasto currículo, constam os estudos de doutoramento que estão associados ao Projeto RASPA.

Indagada pela subdiretora regional sobre o trabalho desenvolvido pela Universidade de Las Palmas em prol da constituição da Rede Atlântica de Vigilância, Maria Ramos-Sosa fez uma breve explanação sobre as investigações em curso no seu estabelecimento de ensino universitário que tem a chancela do Instituto Universitário de Saúde Animal e Segurança Alimentar (IUSA).

Criado em 2002 com a finalidade de ser uma ferramenta útil para a sociedade e tornar-se numa referência de excelência em saúde animal e segurança alimentar, o Instituto tem vindo a colaborar diretamente com o Governo das Ilhas Canárias na análise de peixes cujo risco já foi identificado.

Sublinhando que todos os esforços dos investigadores centram-se no objetivo de oferecer uma maior proteção ao consumidor, Maria Sosa deu como exemplo a transparência da informação alusiva aos estudos e aos dados entretanto recolhidos, afirmando que em Canárias e no caso da Ciguatoxina, todo o trabalho oficial está publicado no site oficial do Governo, desde «os dados dos trabalhos feitos entre 2017 e 2021, até às amostras e resultados das respetivas análises». E esta informação está disponível para que «o consumidor de Canárias esteja ciente da importância destes assuntos».

Uma base de dados para a rede de vigilância

Passando a palavra a Asunción Quintana, responsável pelo projeto RASPA na Direção Geral de Saúde

Pública de Canárias, assumindo também funções de técnica inspetora de Saúde Pública e técnica do Serviço de Segurança Alimentar, Bruna Gouveia referiu-se à necessidade de ser implementada uma comunicação e deteção precoce, sendo estes alguns dos aspetos fundamentais para a criação da rede em desenvolvimento.

Na opinião da especialista espanhola, a rede de vigilância é, sem dúvida, o mais importante deste projeto, até porque «vivemos num mundo em que os produtos da pesca como qualquer outro alimento, podem ser enviados para diversos locais».

Tendo em consideração que a Ciguatoxina é uma doença que «antes não era diagnosticada na Europa e hoje em dia é uma realidade como outras doenças tropicais», Asunción Quintana defendeu a importância da informação e da partilha entre as mais diversas entidades, pois «devemos estar atentos a tudo o que poderá estar relacionado com os perigos emergentes e compartilhar essa informação».

No seu entender, a criação da rede de vigilância obriga ao desenvolvimento de uma base de dados com informação importante sobre os possíveis perigos associados aos produtos da pesca e da aquicultura. Por isso, sustentou que «na base deste projeto está a criação de informação, implicando todos os setores para que se canalizem as informações entre todos, sem esquecer a partilha das respetivas experiências».

Por seu turno, a investigadora María Marín e referindo-se à rede de vigilância defendeu que «se legisle com uma base científica fiável e não nos obriguem a atuar com normativas pouco claras. Com todos os dados, o que podemos fazer é convencer e demonstrar até onde a legislação pode ir assim como as normativas sanitárias, no que diz respeito ao consumo de alimentos», até porque, lembrou, na «Europa todas as capacidades se diluem um pouco».

Partilhar informação num mundo globalizado

A propósito da sistematização da informação e constituição da mencionada base de dados, a subdiretora regional de Saúde concedeu a palavra a Pilar Foronda Rodríguez, doutorada em Biologia, professora titular da Universidad de La Laguna, investigadora da rede de investigação em doenças tropicais e autora de vários estudos e publicação de artigos relacionados com os patógenos. Bruna Gouveia quis saber junto da especialista quais os processos necessários para a uniformização dos dados numa rede que é atlântica e internacional.

Sobre este assunto, **Pilar Foronda Rodríguez realçou que «vivemos numa era de franca globalização em todo o planeta», o que implica, neste processo, o movimento contínuo de produtos de uma parte do mundo para qualquer outra parte.**

Nesta circunstância, explicou que «os problemas que estamos hoje aqui a discutir não são só da Macaronésia. Este problema está em todo o planeta porque o comércio está globalizado» e,

como tal, defendeu que «Portugal e Espanha deveriam unir esforços e incrementar uma base de dados que possa ser algo acessível a qualquer pessoa no planeta».

Conhecimento e investigação só avançam com as sinergias

Numa nova alocução, Bruna Gouveia e ainda antes de dar a palavra a Mafalda Freitas, a diretora regional do Mar, lembrou que «os dados que nós conhecemos são uma pequena parte do problema» e que apesar do «muito que fizemos no âmbito do RASPA, durante estes primeiros anos, em trabalhar nesta componente de diagnóstico», o certo é que «temos de criar estratégias de promoção do conhecimento para garantir que este processo de notificação aconteça cada vez mais, para podermos intervir de forma mais adequada na prevenção».

Na opinião da diretora regional Mafalda Freitas, mestre em Gestão de Empresas, doutorada em Ciências Biológicas, fundadora do Observatório Oceânico da Madeira, investigadora e autora de várias publicações científicas e livros, são «as sinergias que fazem a investigação e o conhecimento avançar». Por isso, afirmou que «só todos juntos e envolvidos em rede é que vamos conseguir atingir o objetivo».

Quanto ao trabalho desenvolvido pelo recém-criado organismo que está sob a sua tutela, explicou que «embora a Direção Regional do Mar só tenha dois anos, o certo é que tem um trabalho realizado anteriormente por parte de alguns colegas que faziam parte da Direção de Serviços de Investigação ligados à Direção Regional de Pescas».

Sobre este assunto, especificou que «temos diversos trabalhos de investigação na pesca e na aquicultura e, nestes últimos dois anos, alargámos os estudos para avaliar mais espécies».

No âmbito do Projeto RASPA, Mafalda Freitas revelou que «estamos a desenvolver um projeto inédito de investigação das lapas e caramujos tanto para os metais pesados como para outros contaminantes que são os microplásticos».

E tendo a Direção Regional do Mar uma forte aposta na sensibilização, dando especial enfoque à literacia do oceano, a diretora destacou a promoção de «ações de sensibilização ao consumo e, no âmbito do RASPA, realizámos inquéritos tanto a residentes como a turistas para sabermos o consumo das lapas e dos caramujos, para que depois se possa complementar todo este estudo».

Com as atenções centradas não só na pesca comercial como também na lúdica, a diretora regional revelou que «nas marinas do Funchal e da Calheta estamos também a fazer ações de sensibilização em conjunto com os colegas da Inspeção das Pescas aos promotores e praticantes de Big Game Fishing». Neste âmbito, a Direção Regional do Mar lançou também a vertente da sensibilização junto das escolas.



<p>Clique na secção que pretende ler</p> <p>COMPATÍVEL COM ADOBE PDF READER</p>	<p>></p> <p>2</p> <p>Nota de boas-vindas da Comissão Organizadora</p>	<p>3</p> <p>Sessão de Abertura</p>	<p>4</p> <p>Conferência Vigilância de surtos de agentes patogénicos alimentares</p>	<p>6</p> <p>Seminário – Resultados Raspa</p>	<p>9</p> <p>Mesas Redondas</p>	<p>13</p> <p>Sessão de Encerramento</p>	<p>14</p> <p>Social</p>	<p>Início</p>
---	--	------------------------------------	---	--	--------------------------------	---	-------------------------	---------------

Bruna Gouveia

«Todos nós advogamos uma alimentação saudável e reforçamos a importância do consumo de peixe. Tem sido uma batalha muito grande em Portugal e particularmente na Região, porque sabemos que o consumo de peixe é abaixo das recomendações para uma alimentação normal e saudável. Temos de conseguir passar a mensagem ao público, explicando-lhe de forma clara e concisa as questões relacionadas com as intoxicações alimentares, os peixes e produtos de aquicultura. Quando se discute literacia, temos de pensar que as pessoas têm de ser capazes de obter essa informação e ter a capacidade de interpretá-la, ou seja, compreender para depois utilizar».

«Estas questões da partilha e da cooperação internacional são muito relevantes e são certamente o futuro, mas às vezes os processos são ainda muito regionais. Parece-me que temos aqui um desafio de nos abrir à partilha, aquilo que é a própria essência dos nossos sistemas de informação e isso implica questões de dificuldades técnicas que vamos enfrentar.»

«No âmbito do projeto Eurocigua houve grande produção de dados que ficaram disponíveis em 2022 sobre a Ciguatoxina, nomeadamente a distribuição e identificação de casos na Europa. O RASPA vem complementar com uma visão mais abrangente, não só centrado na Ciguatoxina, mas também noutros contaminantes e agentes patogénicos. E nós estamos a acumular dados».

**Asunción Quintana**

«Parece-me muito interessante o tema dos microplásticos, pois é um problema recente que se vem juntar a um montão de enfermidades relacionadas com as pescas».



2

Nota de boas-vindas
da Comissão
Organizadora

3

Sessão de Abertura

4

Conferência Vigilância
de surtos de agentes
patogénicos alimentares

6

Seminário
- Resultados Raspa

9

Mesas Redondas

13

Sessão
de Encerramento

14

Social



Dr. Herberto Jesus

Diretor Regional da Saúde

Tudo na vida tem de começar com alguma coisa. Hoje começámos alguma coisa. Isso é importante. Temos que perceber que chegámos aqui por que somos humanos e os humanos é que fizeram o que está a acontecer ao planeta! Estamos agora a correr atrás do prejuízo. Destruímos o mar. Destruímos o ambiente. Agora temos que arranjar soluções para detetar

as coisas para poder resolvê-las. **Importa pensar numa perspectiva futura, ou seja, não me interessa hoje, interessa sim saber daqui a uns 20 ou 30 anos como é que vão estar os meus filhos, os vossos filhos, os netos e as gerações que virão muito depois de nós.** Nós estamos aqui porque somos humanos. Ponto. Há outra lição que é importante ter em conta: so-

zinhos fazemos coisas boas, mas juntos fazemos coisas excelentes! O que nós estamos a tentar fazer aqui é construir uma rede de uma região específica do planeta que nós chamamos, gentilmente, de Macaronésia, de forma a criarmos uma partilha de dados que nos permita atuar de maneira preventiva e muito mais eficaz, eficiente e efetiva.

Todos nós temos diferentes patamares de evolução, mas o nosso objetivo é só um: fazer com que o cidadão tenha uma vida boa. Porém, nós não podemos pôr o ónus só no cidadão, até porque é preciso não esquecer que o cidadão somos todos nós e na verdade não somos perfeitos. Temos é que ter alguma informação para decidir bem.

É lógico que as academias, como foi aqui visto pelas diferentes universidades, têm um grande papel para detetar algo que tem impacto na Saúde Pública. No decorrer deste I Fórum, percebemos que existem várias vertentes e substâncias que podem ser detetadas e é esse caminho que temos de trilhar.

Porém, continuo a achar que hoje em dia não sabemos o que comemos. Não sabemos! Existem milhares de substâncias que ainda não detetámos, que ainda não conhecemos e, de facto, há muita coisa que não sabemos.

Atualmente consumimos plástico como ninguém consumiu até hoje e continuamos a viver. Ou seja, há toda uma série de coisas provocadas pelo excesso de consumismo e pela ideia louca de que o planeta era ilimitado quando na verdade não é, o que nos fez chegar ao perigoso e preocupante ponto em que estamos.

Defendo que a partilha de conhecimento, em diferentes patamares, é essencial, de forma a obtermos algum sucesso. Este I Fórum serviu justamente um propósito muito importante: partilhar conhecimento, criar sinergias. Uma união de esforços que nos permite uma maior eficácia para que, juntos, possamos construir o futuro e atenção: o futuro é muito rápido!

Gostaria de deixar, em nome da Direcção Regional da Saúde, os meus mais sinceros parabéns e agradecimentos aos participantes regionais, nacionais e internacionais que se empenharam nesta preciosa e tão necessária troca de conhecimentos e de experiências. A vossa presença no I Fórum Internacional sobre Vigilância de Intoxicações Alimentares deu substância àquilo que nós queremos fazer e vamos continuar, pois a vida nunca para...



«Este I Fórum serviu justamente um propósito muito importante: partilhar conhecimento, criar sinergias. Uma união de esforços que nos permite uma maior eficácia para que, juntos, possamos construir o futuro e atenção: o futuro é muito rápido!»



2
Nota de boas-vindas da Comissão Organizadora

3
Sessão de Abertura

4
Conferência Vigilância de surtos de agentes patogénicos alimentares

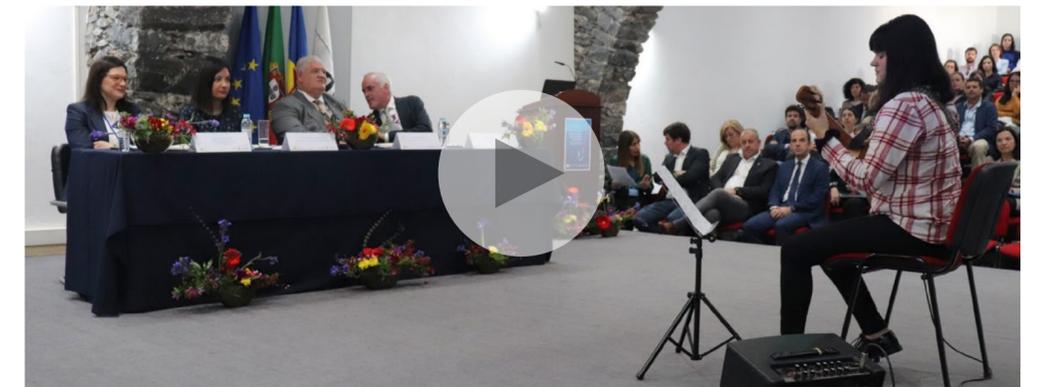
6
Seminário – Resultados Raspa

9
Mesas Redondas

13
Sessão de Encerramento

14
Social

Início



Clique na secção que pretende ler

COMPATÍVEL COM ADOBE PDF READER



2

Nota de boas-vindas da Comissão Organizadora

3

Sessão de Abertura

4

Conferência Vigilância de surtos de agentes patogénicos alimentares

6

Seminário - Resultados Raspa

9

Mesas Redondas

13

Sessão de Encerramento

14

Social



Início