

Vacinação para o viajante e população em geral durante o carnaval

Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI/DEIDT/SVS)*.

Sumário

- 1 Vacinação para o viajante e população em geral
- 5 Carnaval com saúde: orientações básicas para prevenção de doenças transmissíveis e acidentes por animais peçonhentos
- 11 Vigilância epidemiológica das infecções sexualmente transmissíveis no Brasil
- 16 Uso de álcool no Brasil: alerta para o período do carnaval

Considerações gerais

O carnaval é uma festa popular que requer alguns cuidados importantes, dentre os quais a vacinação em dia. A vacinação é a maneira mais eficaz e segura para prevenir o adoecimento, complicações e mortes causadas por doenças infecciosas imunopreveníveis. No Brasil, o Calendário Nacional de Vacinação contempla 19 vacinas que protegem contra mais de 20 doenças, com indicações específicas para determinados grupos como crianças, adolescentes, adultos, idosos, gestantes e povos indígenas.

O Programa Nacional de Imunizações promove o acesso gratuito à vacina nas mais de 36 mil salas de vacinação. Para isso, basta comparecer a um posto de saúde com o cartão de vacinação em mãos.

Viajantes residentes no Brasil

É recomendado que os viajantes residentes no Brasil estejam com a situação vacinal atualizada, conforme as orientações do **Calendário Nacional de Vacinação**.

Sarampo

Cenário epidemiológico do sarampo

Sarampo é uma doença viral aguda similar a uma infecção do trato respiratório superior. É uma doença potencialmente grave, principalmente em crianças menores de cinco anos de idade, desnutridos e imunodeprimidos. A transmissão do vírus ocorre a partir de gotículas de pessoas doentes ao espirrar, tossir, falar ou respirar próximo de pessoas sem imunidade contra o vírus sarampo. Os sintomas são: febre, exantema (manchas vermelhas), tosse seca e/ou coriza e/ou conjuntivite.

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
SRTVN Quadra 701, Via W5 – Lote D,
Edifício PO700, 7º andar
CEP: 70.719-040 – Brasília/DF
E-mail: svs@saude.gov.br
Site: www.saude.gov.br/svs

Versão 1
21 de fevereiro de 2020

No período de outubro de 2019 a 04 de janeiro de 2020, considerando os últimos 90 dias, 12 Unidades da Federação (São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná, Santa Catarina, Pernambuco, Pará, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Bahia, Alagoas, Paraíba e Sergipe), se encontram com circulação do vírus do sarampo, com um total de 2.325 casos confirmados. Destes, 54,7% (1.272) estão concentrados em 98 municípios do Estado de São Paulo, principalmente na região metropolitana. Nas demais (11) Unidades da Federação foram registrados 45,3% dos casos.

Foram confirmados 15 óbitos por sarampo no Brasil, sendo 14 no estado de São Paulo, distribuídos nos municípios, a saber: São Paulo (5), Osasco (2), Francisco Morato (2), Itanhaém (1), Itapevi (1), Franco da Rocha (1), Santo André (1) e Limeira (1) e um com ocorrência no estado de Pernambuco no município de Taquaritinga do Norte. Do total de óbitos, oito eram do sexo feminino e dois casos eram vacinados contra o sarampo. Seis óbitos (40%) ocorreram em menores de um ano de idade, dois (13,3%) em crianças de 1 ano de idade e sete (46,6%) em adultos maiores de 20 anos. Dos 15 óbitos, oito (53,3%) tinham ao menos uma condição de risco ou morbidade, a saber: diabetes mellitus, obesidade, desnutrição, hipertensão arterial sistêmica, epilepsia, sequela de acidente vascular encefálico, Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS), leucemia linfocítica aguda, hepatite B, tuberculose e neurotoxoplasmose.

Indicação da vacina

A vacina protege contra o sarampo, a caxumba e a rubéola e está indicada para vacinação de usuários a partir de 12 meses de idade.

Esquema vacinal e público-alvo:

O esquema básico da vacina é de duas doses nas seguintes situações:

- Para indivíduos de 12 meses a 29 anos de idade: administrar duas doses conforme a situação vacinal encontrada. A primeira dose-D1 (aos 12 meses

de idade) deve ser com a vacina tríplice viral e a segunda dose (aos 15 meses de idade) deve ser com a vacina tetra viral, para as crianças que já tenham recebido a D1 da vacina tríplice viral;

- Para as crianças acima de 15 meses de idade não vacinadas, administrar a vacina tríplice viral observando o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses. Considerar vacinada a pessoa que comprovar duas doses de vacina com componente de sarampo, caxumba e rubéola;
- Para indivíduos de 30 a 59 anos de idade: administrar uma dose conforme a situação vacinal encontrada. Considerar vacinada a pessoa que comprovar uma dose de vacina com componente de sarampo, caxumba e rubéola ou sarampo e rubéola.

Contraindicação

A gestante não deve ser vacinada, para evitar a associação entre a vacinação e possíveis complicações da gestação, incluindo aborto espontâneo ou malformação congênita no recém-nascido por outras causas não associadas à vacina.

Caso a gestante seja inadvertidamente vacinada, não está indicada a interrupção da gravidez. A gestante deve ser acompanhada durante o pré-natal e, após o parto, acompanha-se a criança em nível ambulatorial, para a identificação e atendimento de quaisquer intercorrências.

Recomendações do Ministério da Saúde

O Ministério da Saúde tem atuado ativamente junto aos estados e municípios no enfrentamento do surto de sarampo. A vacina é a única medida preventiva eficaz contra o sarampo. No entanto, se você já é um caso suspeito, é importante reduzir o risco de espalhar a infecção para outras pessoas. Para isso, deve evitar o trabalho, escola e locais com grande aglomeração, por pelo menos 4 (quatro) dias a partir de quando desenvolveu a primeira mancha vermelha, além de evitar o contato com pessoas que são as mais vulneráveis à infecção, como crianças pequenas e mulheres grávidas, enquanto estiver doente.

Medidas de prevenção de doenças de transmissão respiratória também são válidas, como: limpeza regular de superfícies, isolamento domiciliar voluntário em casa após o atendimento médico, medidas de distanciamento social em locais de atendimento de suspeitas de síndrome exantemática, cobrir a boca ao tossir ou espirrar, uso de lenços descartáveis e higiene das mãos com água e sabão e/ou álcool em gel.

Vacina hepatite B

Indicação

A vacina é indicada para a prevenção da infecção pelo vírus da hepatite B. Essa vacina está disponível no Sistema Único de Saúde para todas as pessoas não vacinadas, independentemente da idade.

Esquema vacinal e público-alvo

O esquema de vacinação corresponde a administração de 1 (uma) dose ao nascer, o mais precocemente possível, nas primeiras 24 horas, preferencialmente nas primeiras 12 horas após o nascimento, ainda na maternidade. Esta dose pode ser administrada até 30 dias após o nascimento. Em crianças que perderam a oportunidade de receber a vacina hepatite B (recombinante) até 1 mês de idade, não administrar mais essa dose. A continuidade do esquema vacinal será com a vacina penta [vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis, hepatite B (recombinante) e *Haemophilus influenzae* B (conjugada)] – penta, aos 2 (dois), 4 (quatro) e 6 (seis) meses de idade.

Para crianças até 6 anos 11 meses e 29 dias, sem comprovação ou com esquema vacinal incompleto, iniciar ou complementar esquema com a vacina penta, que está disponível na rotina dos serviços de saúde.

Para pessoas a partir de 7 (sete) anos de idade sem comprovação vacinal deve-se administrar 3 doses da vacina hepatite B com intervalo de 30 dias entre a primeira e a segunda dose e de 6 (seis) meses entre a primeira e a terceira dose (0, 1 e 6 meses). Caso a pessoa esteja com esquema vacinal incompleto o esquema não deve ser reiniciado, e, sim, completado conforme situação encontrada.

Para gestantes em qualquer faixa etária e idade gestacional deve-se administrar 3 (três) doses da vacina hepatite B (0, 1 e 6 meses), considerando o histórico de vacinação anterior e os intervalos

preconizados entre as doses. Caso não seja possível completar o esquema durante a gestação, deverá ser concluído após o parto. Para pessoas com condições clínicas especiais recomenda-se consultar o **Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE)**.

Vacina hepatite A (infantil)

Indicação

A vacina é indicada para a prevenção da infecção pelo vírus da hepatite A. A melhor estratégia de prevenção da Hepatite A é melhorar as condições de saneamento básico e medidas educacionais de higiene. A vacinação é o método mais eficaz para proteger a população em risco.

Esquema vacinal e público-alvo

A vacina contra o vírus da Hepatite A deve ser administrada em dose única aos 15 meses de idade. Para crianças até 4 anos, 11 meses e 29 dias, que tenham perdido a oportunidade de se vacinar aos 15 meses, administrar uma dose da vacina hepatite A conforme o Calendário Nacional de Vacinação.

Vacina febre amarela

Indicação

A vacina está indicada para todas as pessoas de 9 (nove) meses de vida a 59 anos de idade. A vacinação contra febre amarela é a medida mais importante para prevenção e controle da doença. Importante ressaltar, a imunidade (efeito protetor) ocorre em torno de 10 dias após a aplicação da vacina.

Esquema vacinal e público-alvo

O esquema vacinal consiste em uma dose aos 9 (nove) meses de vida e 1 (uma) dose de reforço aos 4 (quatro) anos de idade.

Se a pessoa tiver recebido uma dose da vacina antes de completar 5 anos de idade, está indicada a dose de reforço, independentemente da idade em que o indivíduo procurar o serviço de vacinação. Entre cinco anos e 59 anos de idade, sem comprovação de vacinação, a pessoa deverá receber uma dose única da vacina, válida para toda a vida.

Em 2020, todo o território brasileiro passa a ser área com recomendação de vacinação contra a febre amarela. Em caso de viajantes residentes no Brasil que irão viajar para o exterior, é preciso verificar se o país de destino exige o Certificado Internacional de Vacinação

e ou Profilaxia (CIVP). A lista de países que exigem o certificado é divulgada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Verifique, também, as orientações emitidas para o seu país de destino no link: <https://bit.ly/3285QoR>.

TABELA 1 Esquema de vacinação com as vacinas que contém o componente sarampo, hepatite B, hepatite A e febre amarela para o viajante e população em geral, de acordo com a recomendação do Ministério da Saúde. Brasil, 2020

Vacinas	População-alvo	Esquema
Sarampo	Indivíduos de 12 meses a 29 anos de idade	Duas doses
	Indivíduos de 30 a 59 anos de idade	Uma dose
Hepatite B	Crianças até 30 dias	Uma dose
	A partir de 2 meses a 6 anos, 11 meses e 29 dias	Três doses com a vacina penta
	Indivíduos a partir de 7 anos de idade	Três doses, se não tiver recebido o esquema completo na infância
Hepatite A (infantil)	Indivíduos de 15 meses a 4 anos, 11 meses e 29 dias de idade	Uma dose
Febre amarela	Crianças com 9 meses	Uma dose
	Crianças com 4 anos, 11 meses e 29 dias de idade	Uma dose de reforço
	Indivíduos entre 5 anos a 59 anos de idade	Uma dose de reforço, se comprovar uma dose antes dos 5 anos de idade
	Indivíduos entre 5 anos a 59 anos de idade	Uma dose, se não tiver recebido a vacina na infância

Fonte: Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações (24/01/2020).

Viajantes que visitarão o Brasil

No Brasil não há obrigatoriedade de comprovação vacinal para entrada no País. No entanto, o Ministério da Saúde recomenda que os turistas internacionais atualizem a sua situação vacinal previamente à chegada ao Brasil, conforme as orientações do calendário de vacinação do país de origem ou residência.

Vale lembrar que para atingir a proteção esperada, a vacinação deve ser feita com antecedência, uma vez que as vacinas têm um período que pode variar entre 10 dias e seis semanas para conferir imunidade ao indivíduo. <https://bit.ly/2V7Oab9>.

***Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI/DEIDT/SVS):** Francieli Fontana Sutile Tardetti, Cristiane Pereira de Barros, Deborah Sicchierolli Moraes, Flávia Caselli Pacheco, Marli Rocha de Abreu Costa, Layssa Miranda de Oliveira Portela, Luciana Oliveira Barbosa de Santana, Regina Célia Mendes dos Santos Silva, Ana Carolina Cunha Marreiros.



Carnaval com saúde: orientações básicas para prevenção de doenças transmissíveis e acidentes por animais peçonhentos

Coordenação-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial (CGZV/DEIDT/SVS).*

Cuidados para evitar as doenças de transmissão hídrica e alimentar

O carnaval é um período de festas e manifestações populares com grandes concentrações de pessoas, por isso, é importante reforçar os cuidados com alimentação e água para consumo humano, especialmente nos municípios que recebem turistas, além de orientar quanto às medidas de prevenção, controle e investigação de casos e surtos de doenças de transmissão hídrica e alimentar (DTHA).

Entre as DTHA, destacam-se as doenças diarreicas agudas (DDA), geralmente infecciosas e caracterizadas pela ocorrência de diarreia, ou seja, redução da consistência das fezes e aumento da frequência (3 ou mais episódios em 24h), podendo ser acompanhada de febre, náusea, vômito, dor abdominal, muco e/ou

sangue nas fezes. Os casos podem estar relacionados entre si, seja pelo contato ou consumo de água ou alimento da mesma fonte suspeita, podendo fazer parte de um surto de DTHA.

As diarreias, se não tratadas adequadamente podem levar ao agravamento do quadro clínico e até ao óbito, principalmente entre crianças, idosos e imunocomprometidos. Geralmente a desidratação é a principal complicação. Em caso de agentes etiológicos virulentos, podem levar a doenças graves como na síndrome hemolítico urêmica e na cólera.

O carnaval é um período que necessita de atenção dos serviços de saúde, tanto para o monitoramento dos casos, como nas ações de prevenção e controle, pois aumenta o risco de aparecimentos de casos e surtos de transmissão hídrica e alimentar. Para auxiliar na prevenção das DTHA, em especial as diarreias, recomenda-se:

Prevenção das DTHA/DDA

a) Cuidados gerais

- Lave sempre as mãos com sabão e água limpa (palmas, dorso, dedos, unhas e punhos), principalmente antes de preparar ou consumir alimentos, após ir ao banheiro, utilizar transporte público, tocar em dinheiro, animais ou superfícies/objetos sujos, ao voltar da rua, antes e depois de amamentar e ao trocar fraldas;
- Não havendo água limpa e sabão, utilize álcool a 70% friccionando as palmas, dorso, dedos, unhas e punhos das mãos por 20 a 30 segundos;
- Ensaque e mantenha o lixo sempre fechado (tampado) – não havendo coleta de lixo, enterre-o em local apropriado. Nunca queime o lixo;
- Use apenas o vaso sanitário, mas se não for possível, enterre as fezes sempre longe dos cursos de água e de passagem de pessoas e animais;
- Evite o desmame precoce (antes dos seis meses). O aleitamento materno aumenta a resistência das crianças contra as doenças diarreicas agudas.

Continua

Conclusão

Prevenção das DTHA/DDA**b) Cuidados com os alimentos**

- Lave e desinfete superfícies, utensílios e equipamentos usados na preparação de alimentos;
- Proteja alimentos e áreas da cozinha contra insetos, animais de estimação e outros animais (guarde alimentos em recipientes fechados);
- Evite consumir alimentos crus ou malcozidos (principalmente carnes, pescados e mariscos) e aqueles cujas condições higiênicas de preparo e acondicionamento sejam precárias;
- Lave em água corrente, realizando esfregação mecânica, frutas, verduras e legumes. Posteriormente, coloque de molho por 30 minutos em água clorada (1 colher de sopa de hipoclorito de sódio a 2,5% para 1 litro de água);
- Descarte alimentos, exceto enlatados (com a embalagem íntegra/sem violação), que tenham entrado em contato com água de enchente;
- Descarte alimentos cozidos ou refrigerados que tenham ficado por mais de duas horas fora da geladeira, principalmente carne, frango, peixe e sobras de alimentos.

c) Cuidados com a água para consumo humano

- A água para consumo humano deve ser tratada e filtrada (filtro doméstico, coador de papel ou pano limpo) e, posteriormente, fervida. A fervura elimina bactérias, vírus e parasitos intestinais oportunistas - sendo o método preferencial para tratamento da água. Caso não possa fervê-la, deve-se obter água de fonte que não tenha sido contaminada por esgoto, realizar a filtração e posteriormente tratar com hipoclorito de sódio a 2,5% (adicionar duas gotas de solução de hipoclorito de sódio a 2,5% para cada litro de água, aguardar por 30 minutos antes de usar);
- Guarde a água tratada em vasilhas limpas e com tampa, sendo a “boca” estreita para evitar nova contaminação.

Prevenção das DTHA/DDA: recomendações aos profissionais e serviços de saúde

- Esteja atento ao adoecimento da população do território, à existência de vínculo epidemiológico entre casos e à ocorrência de doenças diarreicas agudas graves;
- Monitore as DDA para identificar em tempo oportuno, alterações no padrão epidemiológico da doença ou suspeita de surto de DTHA, adotando precocemente medidas de prevenção e controle;
- Realize o monitoramento da qualidade da água para consumo humano;
- Avalie o estado clínico e hidratação dos pacientes com DDA, orientando a instituição do plano de tratamento adequado e encaminhamento ao serviço especializado;
- Notifique e investigue os eventos de saúde pública (ESP) relacionados às DTHA;
- Nos surtos de DTHA realize coletas de amostras clínicas, água e alimentos para identificação do agente etiológico. Nos surtos com quadro clínico sindrômico inespecífico, realize coletas de amostras clínicas pareadas (fezes in natura, swab fecal, fezes frescas) para análises laboratoriais de vírus, bactérias e outros parasitos intestinais oportunistas;
- Realize articulação com áreas afins para viabilizar a investigação epidemiológica de acordo com suas devidas competências;
- Realize ações de educação em saúde e oriente quanto ao uso adequado do hipoclorito de sódio (2,5%) e tempo de espera antes do consumo.

Cuidados para prevenção da esquistossomose em área endêmicas e focais

A esquistossomose (“Barriga d’água”) é uma doença causada pelo verme *Schistosoma mansoni*. A pessoa, ao entrar em água contaminada com caramujos infectados, pode ter a penetração do parasita na pele que se instala nos vasos sanguíneos do intestino, do sistema urinário e do fígado, passando a se reproduzir dentro do organismo. É uma doença que no início é bastante silenciosa e assintomática, podendo evoluir para formas graves e óbito.

O paciente infectado pode apresentar sintomas gerais que se confunde com outras enfermidades, como: febre, dor de cabeça, calafrios, suores, fraqueza, falta de apetite, dor muscular, tosse e diarreia. O paciente, ao procurar um médico apresentando estes sintomas, deve informar que frequentou áreas endêmicas. Este fato contribui para um exame parasitológico de fezes para pesquisa de ovos de *Schistosoma*. Se o exame for positivo, o tratamento é feito em dose única e supervisionada, sendo distribuído gratuitamente pelo SUS.

Deve-se evitar os hábitos como nadar, tomar banho ou lavar roupas e objetos em águas contaminadas. Atualmente, a vigilância da doença é realizada em todas as regiões do país. As áreas endêmicas abrangem os estados de Alagoas, Bahia, Pernambuco, Rio Grande do Norte (faixa litorânea), Paraíba, Sergipe, Espírito Santo e Minas Gerais (predominantemente no Norte e Nordeste do Estado). No Pará, Maranhão, Piauí, Ceará, Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina, Paraná, Rio Grande do Sul, Goiás e no Distrito Federal, a transmissão é focal, não atingindo grandes áreas (Figura 1).

A ocorrência da doença está relacionada a deficiências de saneamento básico e a prevenção consiste em evitar o contato com águas com presença de caramujos (hospedeiros intermediários). É importante que antes da realização de atividades recreativas como turismo ecológico, em qualquer município destas áreas, sejam buscadas informações nas Secretarias Municipais de Saúde, sobre coleções hídricas que representam risco para a doença e evitar entrar nas águas com suspeitas de contaminação, principalmente em horários mais quentes e de maior luminosidade (entre 9 e 16 horas), reconhecidas como de maior atividade de transmissão.

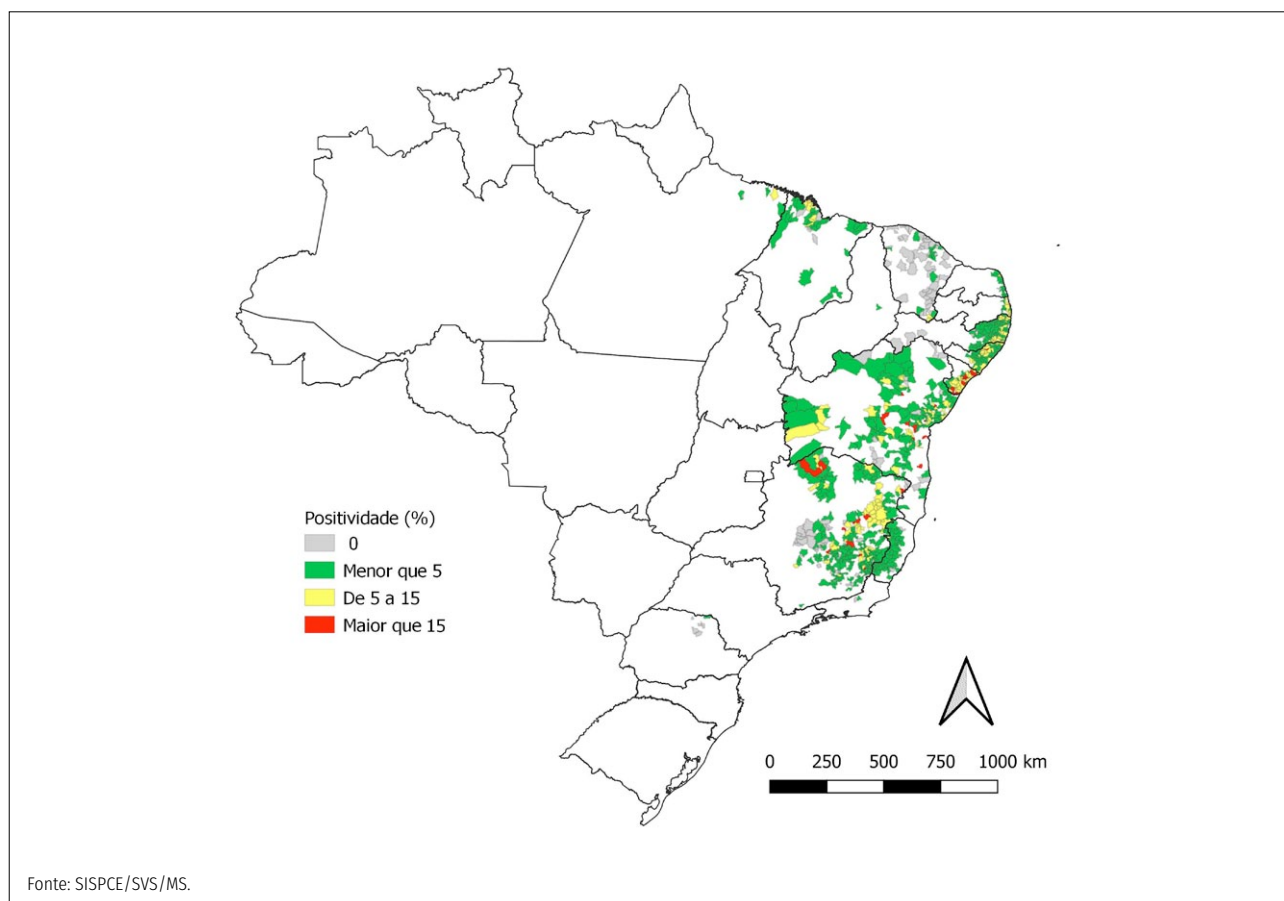


FIGURA 1 Distribuição da esquistossomose por município em área endêmica e focal, conforme percentual de positividade. Brasil, 2008-2018

Cuidados com acidentes por animais peçonhentos

Durante o período de carnaval o fluxo de pessoas em regiões de turismo aumenta, principalmente em regiões litorâneas, o que não exclui o acesso a áreas com menor fluxo humano como fazendas, trilhas e chácaras. Considerando ainda a época do ano, com presença de chuvas e calor, é esperado um aumento de acidentes por animais peçonhentos.

A realização de atividades ao ar livre, o calor e a umidade criam um ambiente favorável à ocorrência destes acidentes. Logo, é necessário que as ações de prevenção sejam intensificadas. A partir da adoção de algumas medidas simples, mas eficazes, podem contribuir para melhor prevenção e cuidado.

Prevenção de acidentes por animais peçonhentos

a) Para evitar acidentes com animais peçonhentos terrestres

- Em atividades em áreas de matas, como trilhas, utilizar botas de cano alto e perneiras;
- Não coloque as mãos em tocas, frestas, buracos na terra, ocos de árvores, cupinzeiros, em montes de lenha ou entre pedras. Sendo necessária a inspeção utilize instrumento de proteção (luvas, enxadas, cabo de vassoura, etc.);
- Caso encontre colmeias/vespeiros em áreas sob risco de acidente, contate a autoridade local competente para a remoção;
- Inspeção roupas, calçados, toalhas de banho e rosto, roupas de cama, pano de chão e tapetes, antes de usá-los e evite pendurar roupas fora dos armários;
- Afaste camas e berços das paredes e antes de dormir, inspecione os cômodos da casa, principalmente camas, locais escuros, para verificar a presença de aranhas ou escorpiões, pois a noite estes animais são mais ativos;
- Em caso de enchentes, evite o contato com a água. Esteja sempre atento, pois serpentes podem estar se deslocando em busca de locais secos;
- Mantenha ralos, frestas e instalações elétricas fechadas;
- Acomode o lixo apropriadamente, evitando o aparecimento de baratas, que servem de alimento para escorpiões;
- Caso encontre animal peçonhento não o tocar, mesmo que pareça morto, avise ou procure as autoridades competentes, como a polícia ambiental e agentes da saúde, para remoção e orientações.

b) Para evitar acidentes com animais aquáticos peçonhentos

- Evite áreas com grandes populações de ouriços-do-mar;
- Não coloque as mãos desprotegidas em tocas ou sob rochas;
- Evite banhos em praias onde aconteceram acidentes recentes por águas vivas e caravelas;
- Em rios e lagos, atenção com o risco de ferimentos por arraias, bagres ou qualquer outro animal aquático perigoso conhecido para a região. Em áreas de reconhecida ocorrência de arraias, caso seja indispensável andar dentro da água, tateie o caminho com um pedaço de madeira e arraste os pés no chão;
- Em atividades de pesca, manuseie cuidadosamente os peixes durante a retirada do anzol ou rede.

Primeiros-socorros em caso de acidentes por animais peçonhentos

O que fazer em caso de acidentes por animais peçonhentos

- Procure atendimento médico imediatamente;
- Sendo possível, e apenas se não atrasar o atendimento médico, lave o local da picada com água e sabão (exceto acidentes por águas-vivas ou caravelas), mantenha a vítima em repouso e membro acometido elevado até a chegada ao pronto-socorro. Em acidentes nas extremidades do corpo (braços, mãos, pernas e pés), retire acessórios que podem piorar o quadro clínico, como anéis, fitas amarradas e calçados;
- NUNCA amarre ou faça torniquete no membro acometido e, NUNCA sugue, corte e/ou aplique substâncias estranhas (pó de café, álcool, entre outros) no local da picada;
- APENAS em acidentes com águas-vivas e caravelas, pode-se utilizar pacotes fechados de gelo envoltos em panos, para alívio da dor. NÃO USAR água doce para lavar o local da lesão, nem para aplicar compressas geladas, pois pode piorar o quadro do envenenamento. O vinagre pode ser usado na inativação de tentáculos aderidos à pele. A remoção deve ser feita de forma cuidadosa, com pinça ou lâmina. Procure assistência médica para avaliação clínica e, se necessário, tratamento complementar;
- Informe ao profissional de saúde o máximo de características do animal, como: tipo, cor, tamanho, entre outras. Se possível tire uma foto do animal, para auxiliar na identificação do animal causador do acidente, no diagnóstico e melhor escolha de tratamento.

Recomendações para os serviços de saúde

Alocação estratégica de antivenenos

- Os serviços de saúde municipais e estaduais devem avaliar os estoques estratégicos de antivenenos e a necessidade de aloca-los nas áreas de maior risco para acidentes por animais peçonhentos, incluindo àquelas onde há maior fluxo de turistas;
- Deve-se realizar um levantamento do quantitativo e da validade dos antivenenos já descentralizados para as regionais de saúde e municípios;
- Informe às equipes de assistência médica, que realizam atendimentos aos acidentados por animais peçonhentos, a necessidade do uso racional dos soros antivenenos, visando à correta utilização das ampolas e a melhor indicação para o tratamento;
- Em caso de acidentes por animais peçonhentos que necessitem utilização de soroterapia, recomenda-se às equipes de assistência médica, que a prescrição do soro seja respaldada por profissionais de referência (2ª opinião clínica), geralmente de Centros de Informações e Assistência Toxicológicas (CIATox), caso a UF tenha um ponto estadual de referência capaz de dar apoio a essa demanda;
- Disponibilize às equipes, dos pontos de atendimento aos acidentados por animais peçonhentos, os protocolos clínicos atualizados de acidentes por animais peçonhentos;
- Atualize e disponibilize às equipes de atendimento de urgências (SAMU) a lista completa dos pontos de atendimento médico que realizam soroterapia para os acidentes por animais peçonhentos.

Para maiores informações sobre esses agravos, acessar a Saúde de A a Z da Secretaria de Vigilância em Saúde pelo link <https://bit.ly/2vOI7h4> ou o Guia de Vigilância em Saúde disponibilizado no endereço: <https://bit.ly/2uYDtx5>.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde: volume único [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 3ª. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Cartilha de orientação à população no período de alerta de chuvas intensas / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico 39, volume 50, dezembro 2019: Verão seguro: prevenção de impactos na saúde causados por leptospirose, doenças diarreicas agudas, acidentes por animais peçonhentos e eventos hidrológicos e arboviroses urbanas (dengue, chikungunya e Zika): Ministério da Saúde, 2019.

***Coordenação-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial (CGZV/DEIDT/SVS):** Janaína de Sousa Menezes, Marcela Moulin Achcar, Patricia Miyuki Ohara, Renata Carla de Oliveira, Gleice Maria dos Santos, Daniela Vaz Ferreira Gómez, Maria de Fátima Costa Lopes, André Peres Barbosa de Castro, Klauss Kleydman Sabino Garcia, Francisco Edilson Ferreira de Lima Júnior, Marcelo Yoshito Wada.

Vigilância epidemiológica das infecções sexualmente transmissíveis no Brasil

Coordenação-Geral de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis (CGIST/DCCI/SVS)*.

Introdução

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) são causadas por vírus, bactérias ou outros microrganismos e transmitidas principalmente por meio do contato sexual, seja ele oral, vaginal ou anal, sem o uso de preservativos, com uma pessoa que esteja infectada⁽¹⁾.

As principais manifestações clínicas das IST são feridas, corrimentos e verrugas anogenitais, entre outros possíveis sintomas, como dor pélvica, ardência ao urinar, lesões de pele e hipertrofia de gânglios linfáticos ou linfonodos, conhecidos como “ínguas”; entretanto, algumas IST podem ser assintomáticas⁽¹⁾.

As IST são consideradas um problema de saúde pública e estão entre as doenças transmissíveis mais comuns que afetam a saúde e a vida das pessoas em todo o mundo. Elas têm impacto direto sobre a saúde reprodutiva, podendo acarretar infertilidade e complicações na gravidez e no parto, além de aumentar a morbimortalidade fetal e infantil. O uso do preservativo de forma correta é uma das principais formas de prevenção das IST^(1,2).

Panorama da sífilis no Brasil

A notificação compulsória de sífilis congênita em todo o território nacional foi instituída em 1986; a de sífilis em gestantes, em 2005; e, por último, a de sífilis adquirida, em 2010. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima, com base em dados de prevalência dos anos de 2009 a 2016, um total de 6,3 milhões (95% IC: 5,5-7,1 milhões) de casos de sífilis no mundo⁽²⁾.

Em 2018, foram notificados no Sinan 158.051 casos de sífilis adquirida, configurando um incremento de 28,3% em relação ao ano anterior (taxa de detecção de 59,1 para 75,8 casos por 100.000 hab.); 62.599 casos de sífilis em gestantes (taxa de detecção de 21,4/1.000 nascidos vivos); 26.219 casos de sífilis congênita (taxa de incidência de 9,0/1.000 nascidos vivos), demonstrados na Figura 1, e 241 óbitos por sífilis congênita (taxa de mortalidade de 8,2/100.000 nascidos vivos)⁽²⁾.

No Brasil, a população mais afetada pela sífilis são as mulheres, principalmente as negras e jovens, na faixa etária de 20 a 29 anos. Somente esse grupo representou 13,8% de todos os casos de sífilis adquirida e em

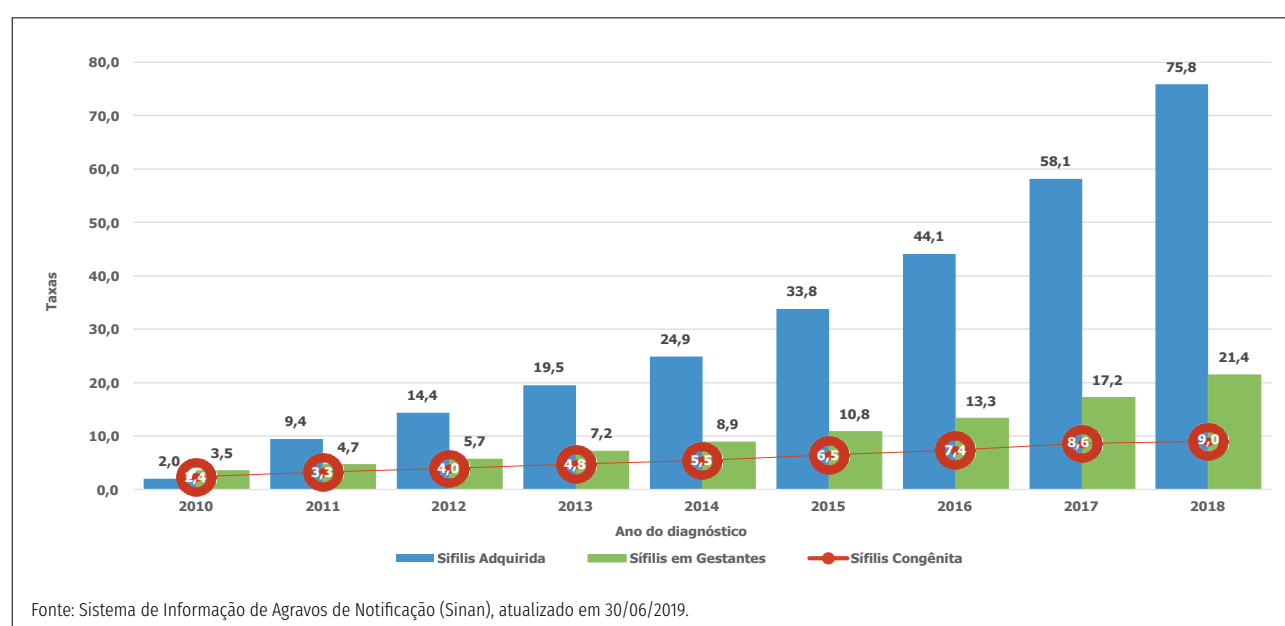


FIGURA 1 Taxa de detecção de sífilis adquirida, taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita, segundo ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2018

gestantes notificados em 2018. Na comparação por sexo, em 2018, as mulheres de 20 a 29 anos alcançaram 24,4% do total de casos notificados, enquanto os homens nessa mesma faixa etária representaram apenas 16,1%. Em 2019, dos 650.258 casos registrados de sífilis adquirida, 43,9% são referentes à faixa etária de 12 a 29 anos⁽²⁾.

Infecção pelo HPV

Segundo estudos, estima-se que cerca de 15% de todos os casos de câncer em humanos sejam causados por infecções virais, sendo que 5% podem ser atribuídos a infecções pelo papilomavírus humano (HPV)⁽³⁾.

Estudos multicêntricos confirmaram a presença do DNA do papilomavírus em quase todos os epitélios dos carcinomas invasivos, levando à tese aceita mundialmente de que a infecção pelo HPV é a causa base do desenvolvimento do carcinoma invasivo do colo uterino⁽⁴⁾. Além disso, a infecção por HPV é associada a vários tipos de neoplasia, como câncer de colo uterino, pênis, vulva, canal anal e orofaringe⁽⁵⁾.

Em um estudo epidemiológico multicêntrico denominado POP-Brasil, executado em nível nacional, em 2017, com indivíduos de ambos sexos na faixa etária de 16 a 25 anos, foi observado que, dentre os participantes, apenas 51,5% faziam uso rotineiro da camisinha e apenas 41,1% haviam usado esse insumo na última relação sexual. Nesse mesmo estudo, a prevalência estimada de HPV no grupo pesquisado foi de 54,6%, sendo o HPV de alto risco para o desenvolvimento de câncer encontrado em 38,4% das amostras⁽⁶⁾.

No Brasil, a vacina quadrivalente contra o HPV está disponível gratuitamente para meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14, em duas doses, com intervalo de seis meses. A vacinação também é indicada e está disponível para pessoas que vivem com HIV, pessoas transplantadas de órgãos sólidos ou medula óssea e pacientes oncológicos, todos na faixa etária de 9 a 26 anos, sendo o esquema de vacinação composto por três doses (0, 2 e 6 meses)⁽¹⁾.

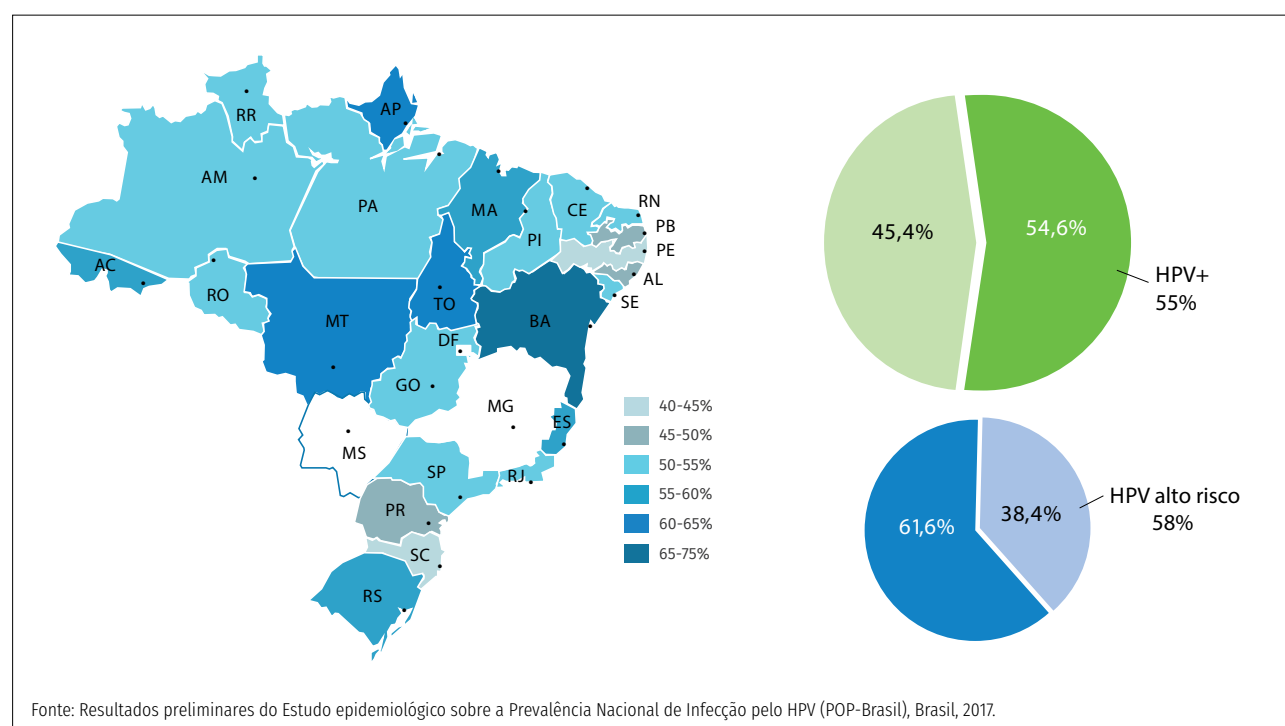


FIGURA 2 Prevalência de HPV, por capital, no Estudo POP-Brasil: resultados preliminares. Brasil, 2017

Cenário de outras IST

Até o momento, não existem dados oficiais sobre gonorreia, clamídia, tricomoníase e herpes genital no Brasil, uma vez que essas IST não fazem parte da lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória, mas é possível estimar sua prevalência por estudos em determinadas populações de serviços específicos.

Com base em dados de prevalência, de 2009 a 2016, a OMS estimou o total de casos incidentes de IST curáveis em 376,4 milhões, entre os quais 127,2 milhões (95% IC: 95,1-165,9 milhões) de casos de clamídia, 86,9 milhões (95% IC: 58,6-123,4 milhões) de casos de gonorreia, 156,0 milhões (95% IC: 103,4-231,2 milhões) de casos de tricomoníase e 6,3 milhões (95% IC: 5,5-7,1 milhões) de casos de sífilis⁽²⁾.

Em uma avaliação de infecção por *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* em mulheres jovens sexualmente ativas entre 16 e 23 anos, assintomáticas, em uma cidade do Sul do Brasil, as prevalências encontradas de infecção por clamídia e gonorreia no grupo estudado foram de 10,7% e 1,5%, respectivamente, sendo a taxa de coinfeção de 0,9%⁽⁷⁾. Em outro estudo, realizado em gestantes de seis cidades diferentes, foram encontrados dados semelhantes, com prevalência de 9,4% de clamídia e 1,5% de gonorreia, sendo que o risco de apresentar uma dessas infecções foi duas vezes maior para as gestantes com menos de 20 anos⁽⁸⁾.

A prevalência da *C. trachomatis* também foi verificada em estudos com gestantes e parturientes em diversas regiões do Brasil, com resultados que variam de 9,4% até 18%, sendo frequente a associação significativa da infecção urogenital por *C. trachomatis* em jovens de idade igual ou inferior a 25 anos⁽⁸⁻¹³⁾.

Em pesquisa sobre casos de parto prematuro no Espírito Santo, 323 mulheres foram testadas para *C. trachomatis*; desse total, 13,9% mostraram resultado positivo, sendo que 31,6% tinham até 24 anos e 16,7% relataram a primeira relação sexual com menos de 14 anos de idade⁽¹⁴⁾.

O Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI), do Ministério da Saúde, em levantamento não publicado, verificou uma estimativa de incidência de *Trichomonas vaginalis* de 2,9% em mulheres e 0,7% em homens⁽¹⁵⁾.

Outra pesquisa, realizada com mulheres adolescentes de 11 a 19 anos no Hospital Materno Infantil em Goiânia-GO, demonstrou resultado de tricomonas em 2% dos casos, que ocorreram apenas em adolescentes com vida sexual ativa. Entre as gestantes, a prevalência aumentou para 4,3%⁽¹²⁾. Dados semelhantes foram encontrados em estudo com coleta de material durante o exame preventivo do câncer do colo de útero em Sergipe, com mulheres entre 19 e 44 anos, no qual se observou uma prevalência por volta de 3,5%⁽¹⁶⁾.

Com base em estudos sorológicos realizados, estima-se que, nos EUA, 90% da população sejam carreadores do vírus do herpes simples (HSV). No Brasil, constam as seguintes soroprevalências por faixa etária (homens e mulheres): 1 a 4 anos: 36%; 5 a 9 anos: 52,4%; 10 a 14 anos: 68,1%; 15 a 19 anos: 83,3%; 20 a 29 anos: 83,6%; 30 a 35 anos: 95,2%; 35 a 44 anos: 96%; e acima de 45 anos: 94,6%. Importa destacar que existem dois subtipos de HSV (HSV-1 e HSV-2)⁽¹⁷⁾.

Avanços e estratégias de enfrentamento às IST

Em acréscimo aos avanços observados para a redução da incidência de IST, estão em curso vários projetos, entre os quais o Projeto Sengono, com o objetivo de avaliar a sensibilidade das cepas de *N. gonorrhoeae* circulantes no país para definição dos antimicrobianos eficazes a serem prescritos para o tratamento da infecção, e o Projeto Resposta Rápida à Sífilis, que tem por finalidade reduzir a sífilis adquirida e em gestante e eliminar a sífilis congênita.

Além disso, o Ministério da Saúde vem executando diversas estratégias de abrangência nacional para o controle das IST no país, tais como: compra centralizada e distribuição de insumos de diagnóstico e tratamento (testes rápidos, penicilina benzatina e cristalina); desenvolvimento de instrumentos de disseminação de informação estratégica aos gestores, auxiliando a tomada de decisão; instrumentalização de salas de situação em todos os estados e no Distrito Federal; realização de Campanha Nacional de Prevenção; e desenvolvimento de estudos e pesquisas voltados para o enfrentamento da sífilis no Sistema Único de Saúde (SUS)⁽²⁾.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2019.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim Epidemiológico de Sífilis 2019. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2019.
3. Bansal A, Singh M, Rai B. Human papillomavirus-associated cancers: A growing global problem. Int J Appl Basic Med Res [Internet]. Jun 2016 [citado 2020 fev 3]; 6(2):84-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27127735>.
4. Nakagawa JTT, Schirmer JBM. Vírus HPV e o câncer de útero. Rev Bras Enferm [Internet]. Abr 2010 [citado 2020 fev 12]; 63(2):307-311. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000200021&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000200021>.
5. De Flora S, Bonanni P. The prevention of infection-associated cancers. Carcinogenesis. Jun 2011 [citado 2020 fev 10]; 32(6):787-95. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21436188>
6. Associação Hospitalar Moinhos de Vento. Estudo Epidemiológico sobre a Prevalência Nacional de Infecção pelo HPV (POP-Brasil): Resultados preliminares. Porto Alegre; 2017 [Citado 2020 fev 4]. Disponível em: http://www.iepmoinhos.com.br/pesquisa/downloads/LIVRO-POP-Brasil_-_Resultados_Preliminares.pdf.
7. Piazzetta RCPS, Carvalho NS, Andrade RS. Prevalência da infecção por *Chlamydia Trachomatis* e *Neisseria Gonorrhoeae* em mulheres jovens sexualmente ativas em uma cidade do Sul do Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. Nov 2011 [citado 2020 fev 10]; 33(11):328-333. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032011001100002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032011001100002>.
8. Jalil EM, Pinto VM, Benzaken AS, et al. Prevalência da infecção por clamídia e gonococo em gestantes de seis cidades brasileiras. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. Dez 2008 [citado 2020 fev 5]; 30(12):614-619. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032008001200005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032008001200005>.
9. Pinto VM, Szwarcwald CL, Baroni C, et al. *Chlamydia trachomatis* prevalence and risk behaviors in parturient women aged 15 to 24 in Brazil. Sex Transm Dis [Internet]. Out 2011 [citado 2020 fev 10]; 38(10):957-61. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21934572>.
10. Borborema-Alfaia APB, Freitas NSL, Astolfi Filho S, et al. Infecção por *Chlamydia trachomatis* em uma amostra de gestantes do norte do Brasil: prevalência e importância pré-natal. Braz J Infect Dis [Internet]. Out 2013 [citado 2020 fev 3]; 17(5):545-550. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-86702013000500006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjid.2013.01.014>.
11. Schmidt R, Muniz RR, Cola E, et al. Maternal *Chlamydia trachomatis* infections and preterm births in a university hospital in Vitoria, Brazil. PLoS One [Internet]. Out 2015 [citado 2020 fev 3]; 10(10):e0141367. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0141367>
12. Borborema, NC. Prevalência de *Trichomonas vaginalis* em uma população de mulheres adolescentes, Goiânia-Goiás 2004-2005. Laboratório de Biologia, Fisiologia e Imunologia de Protozoários do DMIPP do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública [dissertação de mestrado]. Goiânia (GO): Universidade Federal de Goiás; 2005 [citado 2020 fev 3]. Disponível em: <https://posstrictosensu.iptsp.ufg.br/up/59/o/NelmaBorborema-2005.pdf.pdf>
13. Santos LM, Souza IRA, Holanda LHC, et al. Alta incidência da infecção urogenital por *Chlamydia trachomatis* em mulheres parturientes de Belém, estado do Pará, Brasil. Rev Pan-Amaz Saúde [Internet]. Dez 2016 [citado 2020 fev 12]; 7(4):101-106. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232016000400101&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.5123/s2176-62232016000400012>.
14. Lopes RS. Prevalência de *Chlamydia trachomatis* em casos de partos pré-termo atendidos no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, Vitória – ES. Programa de Pós-Graduação em Doenças Infecciosas do Centro de Ciências da Saúde [dissertação de mestrado]. Vitória (ES): Universidade Federal do Espírito Santo; 2014 [citado 2020 fev 5]. Disponível em: http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_8350_Disserta%E7%E3o%20Renylena.pdf
15. Jesus JB, Silva Filho FC. Tricomoníase Urogenital Humana. In: Coura JR. Dinâmica das Doenças Infecciosas e Parasitárias. São Paulo: Guanabara Koogan; 2005 [citado 2020 fev 5]; 753-769.

16. Almeida MS, Argolo DS, Almeida Junior JS, et al. Tricomoníase: prevalência no gênero feminino em Sergipe no biênio 2004-2005. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. Jun 2010 [citado 2020 fev 6]; 15(Suppl 1):1417-1421. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700052&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700052>.
17. Geller M, Suchmacher Neto M, Ribeiro MG, et al. Herpes Simples: Atualização Clínica, Epidemiológica e Terapêutica. DST - J Bras Doenças Sex Transm. 2012 [citado 2020 fev 6]; 24(4):260-266. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista24-4-2012/8-Herpes%20Simples%20Atualizacao%20Clinica.pdf>

***Coordenação-Geral de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis (CGIST/DCCI/SVS):** Angélica Espinosa Barbosa Miranda, Geralda Carolina Alves, Thereza Cristina de Souza Mareco, Adriano Santiago Dias dos Santos, Mayra Gonçalves Aragón.



Uso de álcool no Brasil: alerta para o período do carnaval

Coordenação-Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis (CGDANT/DASNT/SVS)*.

O álcool é uma substância psicoativa que contribui substancialmente para danos à saúde, além de encargos socioeconômicos. No entanto, tem sido apresentado ao longo dos tempos como componente lícito das normas sociais e culturais, e os efeitos danosos ocasionados pelo seu uso têm sido ignorados (WHO, 2018a).

O uso do álcool é um dos principais fatores de risco para a saúde da população mundial e tem sido relacionado como componente causal para doenças transmissíveis, doenças não transmissíveis, problemas relacionados à saúde mental e causas externas. Evidências indicam a importante contribuição negativa do álcool na ocorrência de lesões intencionais e não intencionais, como acidentes de trânsito, quedas, afogamentos, intoxicações, violência interpessoal e autoprovocada (WHO, 2018a).

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde, 3,3 milhões de mortes em todo o mundo estão relacionadas ao uso do álcool. Além das mortes, este comportamento contribui para incapacidades e problemas de saúde de milhões de pessoas (WHO, 2020).

Dados do Vigitel para o conjunto das capitais brasileiras no ano de 2018 indicaram que 40,4% da população adulta (18 anos ou mais) relatou ter o hábito de consumir bebida alcoólica. Os homens apresentaram prevalência maior quando comparados às mulheres. No entanto, entre 2006 e 2018, foi observado um aumento de 43% na prevalência de consumo entre as mulheres (BRASIL, 2019).

Quanto ao consumo abusivo, considerado aquele em que são ingeridos cinco ou mais doses de bebida alcoólica em uma mesma ocasião, 17,9% da população adulta do conjunto das capitais, no ano de 2018, relatou ter esse hábito.

Ante o exposto, observamos o período de carnaval como oportuno para o aumento da prevalência e abuso do consumo de bebidas alcoólicas em todo o território nacional, sugerindo maior risco à população, já que proporciona grande aglomeração de pessoas, deslocamento em maior fluxo, o que facilita o acesso às bebidas alcoólicas e dificulta a fiscalização.

Diante disso, o presente boletim tem o objetivo de alertar gestores e profissionais de saúde sobre a contribuição do fator de risco álcool à saúde da população, bem como apresentar recomendações de ações que possibilitem a prevenção dos danos causados à saúde relacionados aos seguintes aspectos: álcool e direção, violências e disponibilidade de bebidas alcoólicas para crianças e adolescentes.

Álcool e direção

Direção após consumo de bebida alcoólica é um dos principais fatores de risco para a ocorrência de mortes e lesões no trânsito segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2007; WHO, 2018b). A aplicação consistente e sustentável de uma legislação abrangente em relação a esse fator de risco é a principal recomendação proposta aos países pelas Nações Unidas por meio da Resolução A/RES/66/L.43, de 4 de abril de 2012 (UN, 2012).

A legislação brasileira vigente atende integralmente aos critérios recomendados pela OMS e sua aplicação se consolida em todo o país por meio da articulação institucional envolvendo os órgãos atuadores do Sistema Nacional de Trânsito nos três níveis de governo. Qualquer concentração de álcool no sangue ou a recusa a se submeter a testes de etilômetro, sujeita o condutor às penalidades por infração gravíssima, punida com valor da multa multiplicado por 10 e suspensão do direito de dirigir por 12 meses. Pelo fato de a tolerância ser zero, a recomendação é que não se dirija quando se consumiu qualquer quantidade de bebida alcoólica.

Se a concentração for maior ou igual a 6dg/l ou 0,3 mg de álcool por litro de ar alveolar, além das penalidades na esfera administrativa, o condutor responderá também por crime de trânsito com pena de detenção de seis meses a três anos, multa e suspensão ou proibição de se obter a permissão ou a habilitação para dirigir veículo automotor (BRASIL, 2012).

Os dados do Viva Inquérito no ano de 2017 para o conjunto das 24 cidades analisadas, mostrou que a frequência de atendimentos por acidentes de transporte

terrestre em que o condutor ingeriu bebida alcoólica foi de 14,0%, sendo mais que o dobro em homens (15,4%) do que em mulheres (6,0%) (BRASIL, 2019a).

Dados do Vigitel 2018 mostraram que para o conjunto das capitais 2,0% das mulheres e 9,3% dos homens referiram conduzir veículos motorizados após o consumo de qualquer quantidade de bebida alcoólica. Quando analisadas as outras capitais, observa-se que para os homens as maiores prevalências foram em Palmas (22,4%) e Teresina (21,7%) e para as mulheres, em Florianópolis (7,0%) e Palmas (6,7%) (BRASIL, 2019).

Posta a maior probabilidade de consumo de álcool no carnaval e a possível condução de veículos motorizados, faz-se necessário que a população não dirija sob o efeito de bebidas alcoólicas, assim como a ampliação da fiscalização, com o aumento da frequência de blitz em locais estratégicos, associadas às ações educativas.

Violências

Outro fenômeno com forte relação com o consumo de álcool é a violência, seja a interpessoal, ou a autoprovocada (WHO, 2018a).

De acordo com os dados do Viva Inquérito 2017, a suspeita de uso de bebida alcoólica pelo agressor esteve presente em 46,3% do total de atendimentos por agressão. Ao observarmos as frequências deste evento nas 23 capitais e Distrito Federal em que o inquérito foi realizado, identificamos uma variação de 29,2% em Rio Branco e 64,3% em Cuiabá. Esses atendimentos foram mais frequentes no sexo masculino (47,7%) do que no feminino (43,3%) e entre aqueles com idade de 40 a 59 anos (56,3%) (BRASIL, 2019a).

Os dados do Viva Inquérito reforçam também que a ingestão de bebidas alcoólicas é um importante fator de risco para as lesões autoprovocadas, sendo cerca de três vezes mais frequente do que a de drogas ilícitas, respectivamente 26,2% e 9,5%. Entre os atendimentos de lesões autoprovocadas entre pessoas com 10 anos de idade ou mais realizados nos serviços sentinela de urgência e emergência, em 26,6% foi identificada suspeita de uso de álcool nas seis horas anteriores à ocorrência (BRASIL, 2019a).

Para fins de enfrentamento a este problema que pode ser agravado no contexto do carnaval, destaca-se a importância do fortalecimento da articulação

intersetorial para o desenvolvimento de ações de prevenção e de organização da rede de atenção às vítimas de violências, em adaptação às modificações ocorridas no fluxo de pessoas na cidade.

Cabe destacar a importância da ampla divulgação à população dos serviços de atendimento às vítimas de violência, em especial aqueles voltados para atendimento de pessoas em maior vulnerabilidade - como mulheres, crianças, adolescentes, idosos, pessoas com deficiência.

Disponibilidade para crianças e adolescentes

Apesar de ser “crime vender, fornecer, servir, ministrar ou entregar bebida alcoólica, ainda que gratuitamente, de qualquer forma, a criança ou adolescente” (BRASIL, 2015), esse público merece atenção especial, principalmente na época do Carnaval.

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar evidenciam que 55,5% dos escolares do 9º ano já haviam experimentado bebida alcoólica alguma vez na vida, sendo a maior prevalência de experimentação entre 12 e 14 anos de idade. Outro dado que chama atenção para o grupo etário foi que 23,8% dos adolescentes haviam consumido bebida alcoólica nos últimos 30 dias anteriores a pesquisa, desses 43,8% relataram que haviam conseguido bebida em festas, 17,8% com os amigos e 14,4% em bares, lojas ou supermercados (IBGE, 2015).

Tais dados reforçam a necessidade de maior atenção no período de carnaval, uma vez que há muitos eventos de rua, em que bebidas alcoólicas são vendidas indiscriminadamente por bares, supermercados, bem como ambulantes sem nenhum controle.

Considerações finais

Considerando que em períodos festivos como o carnaval os profissionais e gestores de saúde devem estar atentos à possibilidade de acesso facilitado das bebidas alcoólicas às crianças e adolescentes, aumento do consumo de bebida alcoólica pela população em geral e, por consequência, uma maior probabilidade de ocorrência de lesões associadas a esse comportamento, que envolve especialmente os acidentes de transporte terrestres e violências.

Diante disso, recomenda-se a implementação de ações integradas entre a vigilância e atenção em saúde, bem como com os demais órgãos públicos e sociedade civil, contemplando o fortalecimento da fiscalização, reorganização da rede de atenção e proteção e ampla divulgação dos serviços de atendimento existentes.

Cabe destacar ainda, a importância do estabelecimento de medidas protetivas para abstinências (não bebedores), que contribuam ao enfrentamento às pressões frente à experimentação e consumo de bebidas alcoólicas e suporte ao comportamento abstinente.

Referências

Brasil. Lei nº 12.760, de 20 de dezembro de 2012. Altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que institui o Código de Trânsito Brasileiro. Diário Oficial da União 2012; 21 dez.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não transmissíveis. Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Viva Inquérito 2017: Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência – Capitais e Municípios / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019a.

Brasil. Lei nº 13.106, de 17 de março de 2015. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente, para tornar crime vender, fornecer, servir, ministrar ou entregar bebida alcoólica a criança ou a adolescente; e revoga o inciso I do art. 63 do Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941 - Lei das Contravenções Penais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 mar. 2015. Seção 1, p. 1.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, (PeNSE), 2015. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.

UNITED NATIONS. General Assembly. A/66/L.43. Improving global road safety. Resolution adopted by the General Assembly on 4 April 2012. New York: United Nations, 2012. Disponível em: https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=a/66/L.43. Acesso: 22 de janeiro de 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Beber e Dirigir: manual de segurança viária para profissionais de trânsito e saúde. Genebra, Global Road Safety Partnership, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018a Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global Status Report on Road Safety 2018a. Geneva: World Health Organization, 2018b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).. Health topics - Alcohol. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>. Acesso: 23 de Janeiro de 2020.

***Coordenação-Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis (CGDANT/DASNT/SVS):** Eduardo Marques Macário, Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha, Luiz Otavio Maciel Miranda, Mariana Alencar Sales, Paulo da Fonseca Valença Neto, Roberta de Oliveira Santos, Camila Alves Bahia, Érika Carvalho de Aquino.

