

Monitoramento dos casos de arboviroses urbanas transmitidas pelo *Aedes Aegypti* (dengue, chikungunya e zika), Semanas Epidemiológicas 1 a 26, 2020

Coordenação-Geral de Vigilância das Arboviroses (CGARB/DEIDT/SVS)*

Sumário

- 1 Monitoramento dos casos de arboviroses urbanas transmitidas pelo *Aedes Aegypti* (dengue, chikungunya e zika), Semanas Epidemiológicas 1 a 26, 2020
- 9 Informe Semanal Sarampo – Brasil, Semanas Epidemiológicas 1 a 26, 2020
- 14 Vigilância Epidemiológica do sarampo no Brasil 2019: janeiro a dezembro
- 23 Situação epidemiológica da síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika em 2020: até a SE 25
- 29 Análise das notificações e mortes por violência envolvendo crianças em 2018
- 37 Situação epidemiológica da hanseníase em 2019: um olhar para os principais indicadores do programa

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: sv@saude.gov.br
Site: www.saude.gov.br/svs

Versão 2

14 de julho de 2020

As informações sobre dengue e chikungunya apresentadas neste boletim são referentes as notificações ocorridas entre as Semanas Epidemiológicas (SE) 1 e 26 (29/12/2019 a 27/06/2020), disponíveis no Sinan Online. Os dados de zika foram consultados do Sinan Net até a SE 25 (29/12/2019 a 20/06/2020).

Situação epidemiológica, 2020

Até a SE 26, foram notificados 874.093 casos prováveis (taxa de incidência de 415,9 casos por 100 mil habitantes) de dengue no país. Nesse período, a região Centro-Oeste apresentou a maior incidência com 1.078,3 casos/100 mil habitantes, seguida das regiões Sul (923,6 casos/100 mil habitantes), Sudeste (333,4 casos/100 mil habitantes), Nordeste (189,4 casos/100 mil habitantes) e Norte (101,8 casos/100 mil habitantes) (Tabela 1, anexo). Neste cenário, destacam-se os estados do Acre, Bahia, São Paulo, Paraná, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Goiás e Distrito Federal com incidências acima da incidência do Brasil (Tabela 1 e Figura 2a).

A distribuição dos casos prováveis de dengue no Brasil, por semana epidemiológica de início dos sintomas, demonstra que, até a SE 11, a curva epidêmica dos casos prováveis no ano corrente ultrapassa o número de casos do mesmo período para o ano de 2019. No entanto, a partir da SE 12, observa-se uma diminuição dos casos prováveis em relação ao ano de 2019. Esta redução pode ser atribuída a mobilização que as equipes de vigilância epidemiológica estaduais estão realizando diante do enfrentamento da emergência da pandemia do coronavírus (Covid-19), após a confirmação dos primeiros casos no Brasil em março de 2020, ocasionando em um atraso ou subnotificação para os casos das arboviroses. Vale destacar também que os dados ainda estão em processo de atualização e digitação no Sinan Online podendo contribuir para uma subnotificação dos casos nesse período (Figura 1).

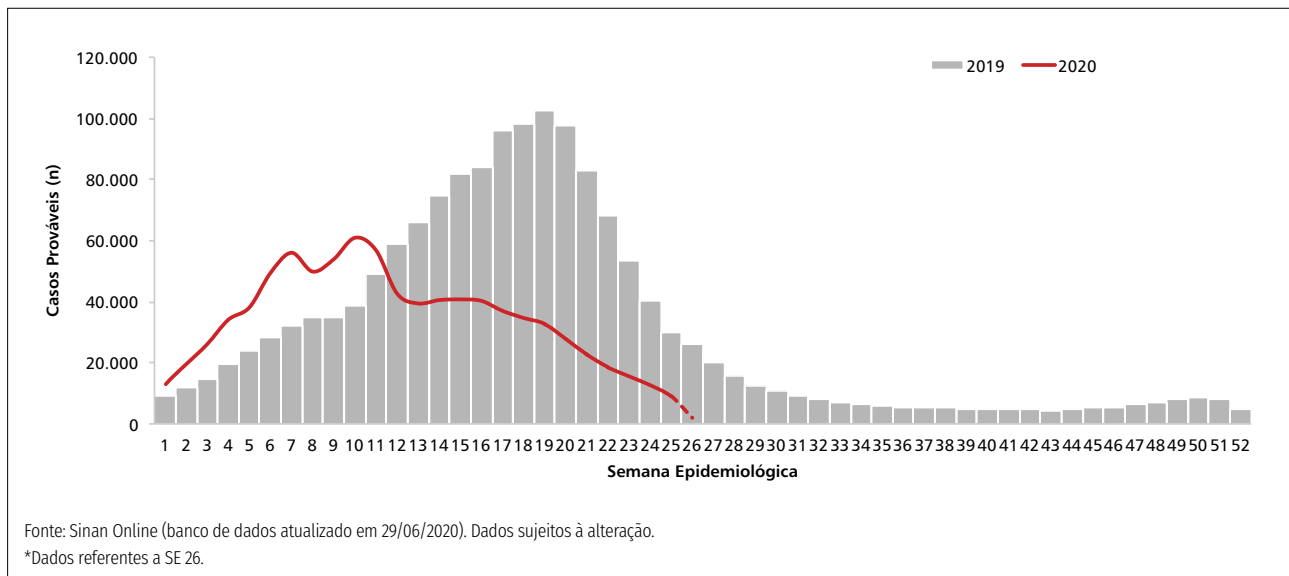


FIGURA 1 Curva epidêmica dos casos prováveis de dengue, por semana epidemiológica de início de sintomas, Brasil, 2019 e 2020*

Sobre os dados de chikungunya, foram notificados 48.316 casos prováveis (taxa de incidência de 23,0 casos por 100 mil habitantes) no país. As regiões Nordeste e Sudeste apresentam as maiores taxas de incidência, 48,3 casos/100 mil habitantes e 21,1 casos/100 mil habitantes, respectivamente. O estado da Bahia concentra 45,6% dos casos prováveis de chikungunya do país e o Espírito Santo concentra 26,5% dos casos (Tabela 1, anexo).

Com relação aos dados de zika, foram notificados 4.666 casos prováveis (taxa de incidência 2,2 casos por 100 mil habitantes) no país. A região Nordeste apresentou a maior taxa de incidência (5,1 casos/100 mil habitantes), seguida das regiões Centro-Oeste (3,0 casos/100 mil habitantes) e Norte (2,0 casos/100 mil habitantes) (Tabela 1, anexo). O estado da Bahia concentra 45,8% dos casos de Zika do país (Tabela 1).

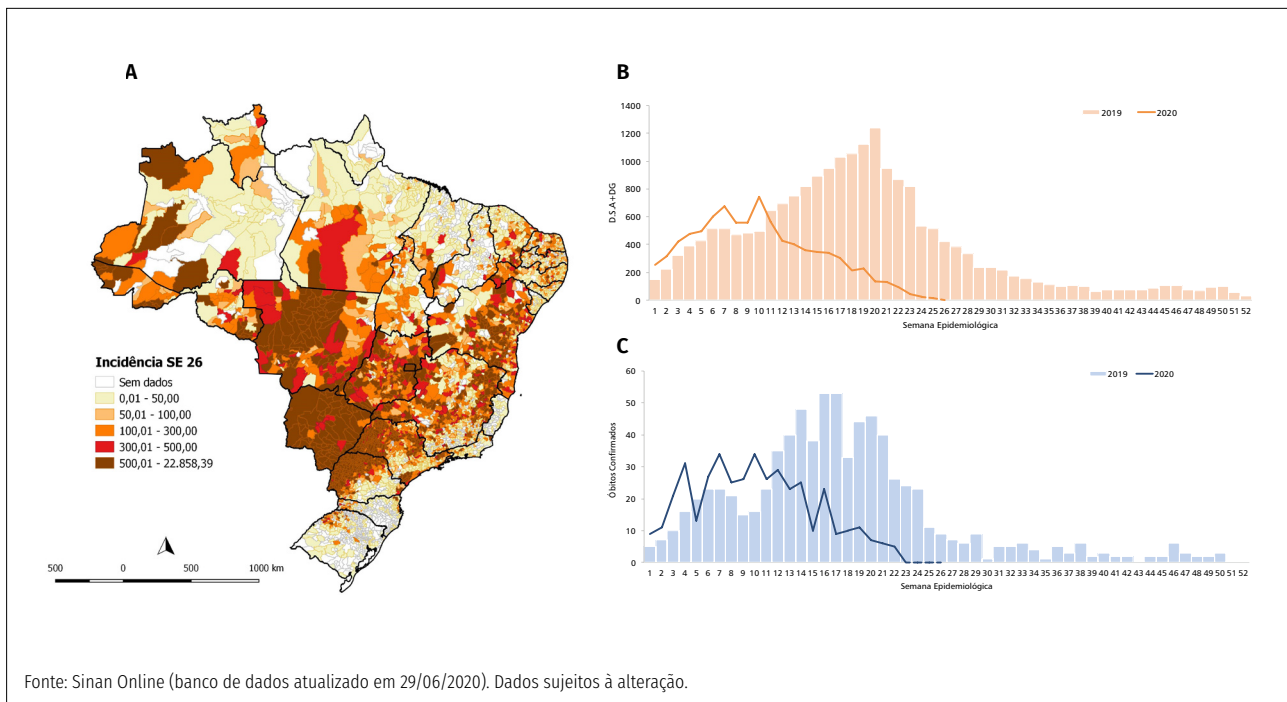


FIGURA 2 Distribuição da taxa de incidência de dengue por município (A), casos graves (dengue grave (DG) + dengue sinais de alarme (D.S.A) (B) e óbitos (C), Brasil, SE 1 a 26 de 2020

Casos graves e óbitos

Até a SE 26, foram confirmados 663 casos de dengue grave (DG) e 8.066 casos de dengue com sinais de alarme (DSA) (figura 2b). Ressalta-se que 501 casos de DG e DSA permanecem em investigação. Com relação aos óbitos por dengue, foram confirmados 415, sendo 339 (81,6%) por critério laboratorial e 76 (18,3%) por clínico-epidemiológico (Tabela 2; Figura 2c). Observa-se uma maior concentração dos óbitos confirmados nos estados da região Sul (Paraná), Sudeste (São Paulo) e Centro-Oeste (Distrito Federal, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso) (Figura 3a; Tabela 2).

Analisando a distribuição dos casos confirmados de dengue grave e óbitos (Figura 2b e 2c), observa-se uma redução destes casos a partir da SE 10 quando comparados com os casos do ano de 2019 e esta redução também pode ser atribuída a mobilização diante do enfrentamento da emergência da pandemia do coronavírus (Covid-19).

Observa-se que permanecem em investigação 239 óbitos e estes estão distribuídos, em sua maioria, nos estados da região Sudeste (São Paulo, Minas Gerais e Espírito Santo),

Centro-Oeste (Goiás e Mato Grosso do Sul), região Sul (Paraná) e região Nordeste (Pernambuco, Bahia, Ceará, Rio Grande do Norte e Paraíba) (Tabela 2; Figura 3b).

A faixa etária acima de 60 anos concentra 58,8% dos óbitos confirmados (244 óbitos) por dengue. Observa-se uma distribuição semelhante em ambos os sexos. Destaca-se que a taxa de letalidade por dengue foi maior entre os idosos a partir dos 60 anos e, dentro dessa categoria, os mais acometidos foram aqueles com 80 anos ou mais (Figura 4a e b).

Em relação à chikungunya, foram confirmados 11 óbitos por critério laboratorial, distribuídos nos estados da Bahia, Rio de Janeiro, Mato Grosso, Espírito Santo, Paraíba, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Ceará e Maranhão. Permanecem em investigação 16 óbitos por chikungunya (Tabela 2).

Até o momento, não houve registro de óbitos confirmados por Zika vírus no país.

A distribuição dos óbitos confirmados e em investigação de dengue e chikungunya, por Unidade Federada, está apresentada na tabela 2 (Anexos).

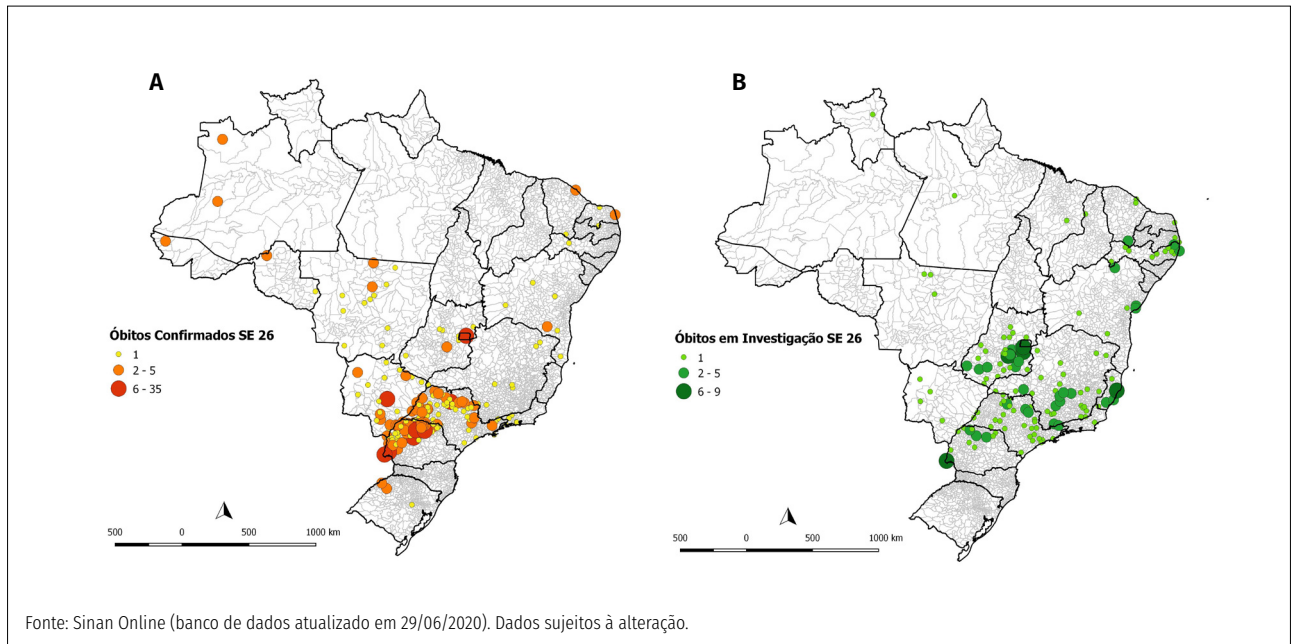


FIGURA 3 Distribuição dos óbitos confirmados (A) e em investigação (B) por dengue, Brasil, SE 26 de 2020

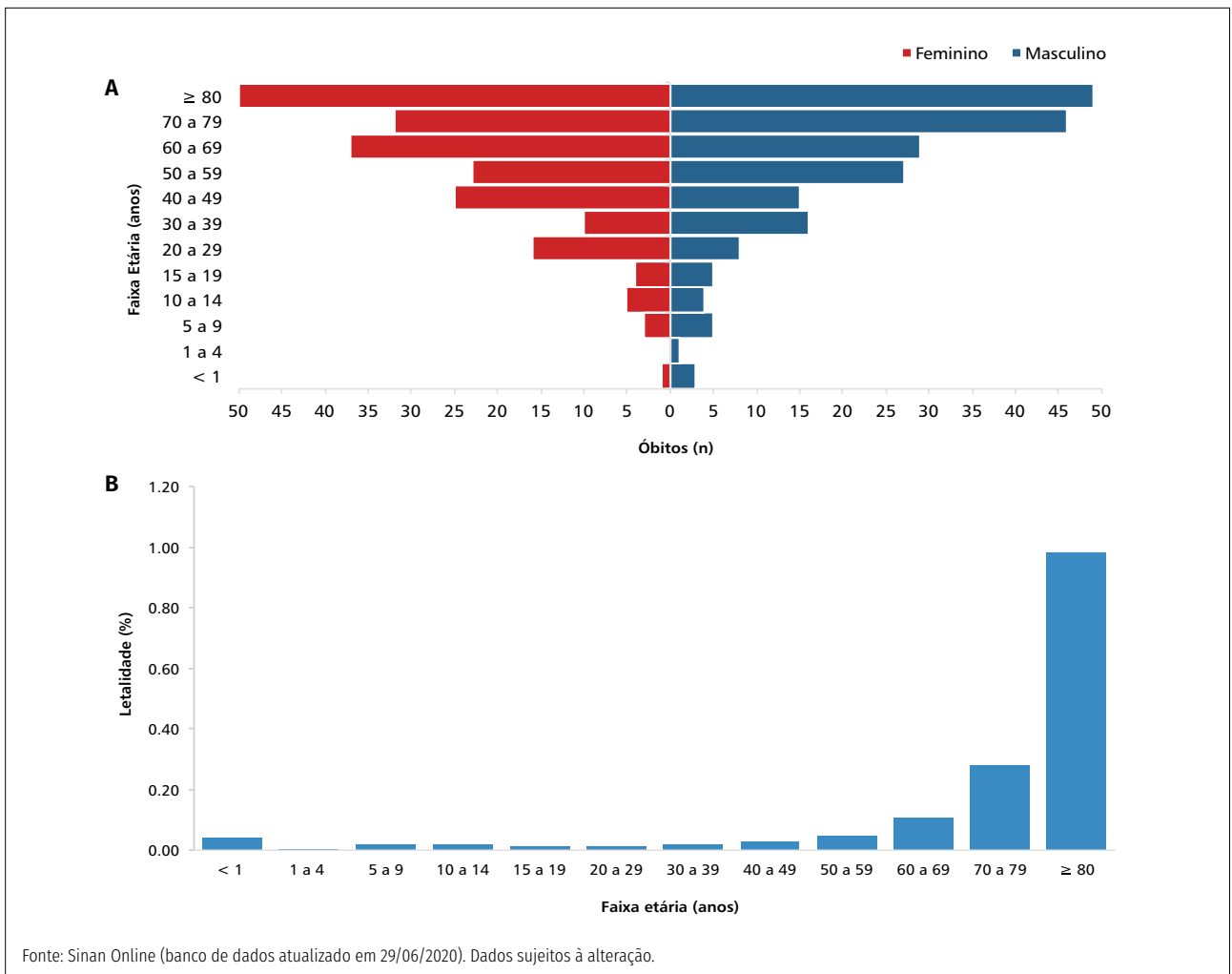


FIGURA 4 Distribuição dos óbitos confirmados por dengue, segundo sexo e faixa etária (A) e taxa de letalidade (B), Brasil, SE 26 de 2020

Dados Laboratoriais

Entre a Semana Epidemiológica 1 a 26 de 2020, foram testadas 225.302 amostras para diagnóstico de dengue, considerando os métodos de Sorologia, Biologia Molecular e Isolamento Viral.

Os exames de Biologia Molecular e Isolamento Viral, em que é possível detectar o sorotipo DENV, corresponderam a 9,2% das amostras testadas no período (20.712/225.302). Desse total, foi possível realizar a sorotipagem em 57,1% das amostras (11.826/19.567).

O DENV-2 foi o sorotipo predominante em 79,8% das amostras testadas no país (9.443/11.823) no período analisado, sendo mais detectado nas Regiões Sudeste (84,7%), Centro-Oeste (81,7%), Sul (79,3%) e Norte (75,6%). O sorotipo DENV-1 foi o mais predominante na Região Nordeste (67,2%). Nos estados de Acre, Amazonas, Rondônia, Roraima, Pará, Tocantins, Bahia, Ceará, Rio Grande do Norte, Sergipe, Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Distrito Federal, Goiás e Rio Grande do Sul foi possível detectar a circulação de dois sorotipos (DENV 1 e 2). Nos estados São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul houve detecção viral de três sorotipos (DENV 1, 2 e 4) (Figura 5a).

Até o momento, não existe informação sobre identificação do sorotipo circulante de DENV nos estados do Amapá e Paraíba (Figura 5a).

Em relação a sorologia (IgM) para dengue no período analisado, o Brasil apresentou 41,6% de positividade sorológica, ou seja, dos 204.593 exames sorológicos realizados no período, 85.084 tiveram resultados reagentes para dengue. As unidades federadas do Paraná (64,3%), Rio Grande do Sul (51,1%), Minas Gerais (48,1%) e São Paulo (48,0%) apresentaram os maiores percentuais de positividade, superiores aos valores do Brasil (Figura 6).

Em relação a detecção viral de chikungunya no Brasil, o vírus chikungunya (CHIKV) foi identificado nos estados do Amazonas, Rondônia, Rio Grande do Norte, Paraíba, Sergipe, Bahia, Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Goiás (Figura 5b). Para o vírus zika (ZIKV), a detecção viral foi positiva nos estados do Amazonas, Rondônia, Roraima, Pará, Paraíba, Sergipe, Rio de Janeiro, Santa Catarina e Rio Grande do Sul (Figura 5c).

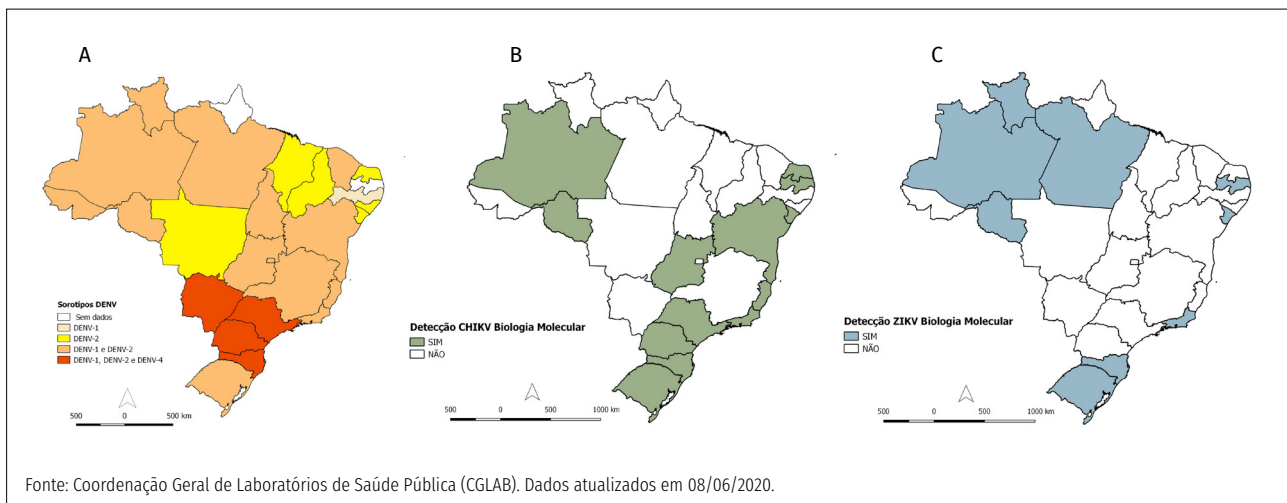


FIGURA 5 Identificação de sorotipos DENV (A), CHIKV (B) e ZIKV (C), por unidade Federada, SE 1 a 26, 2020

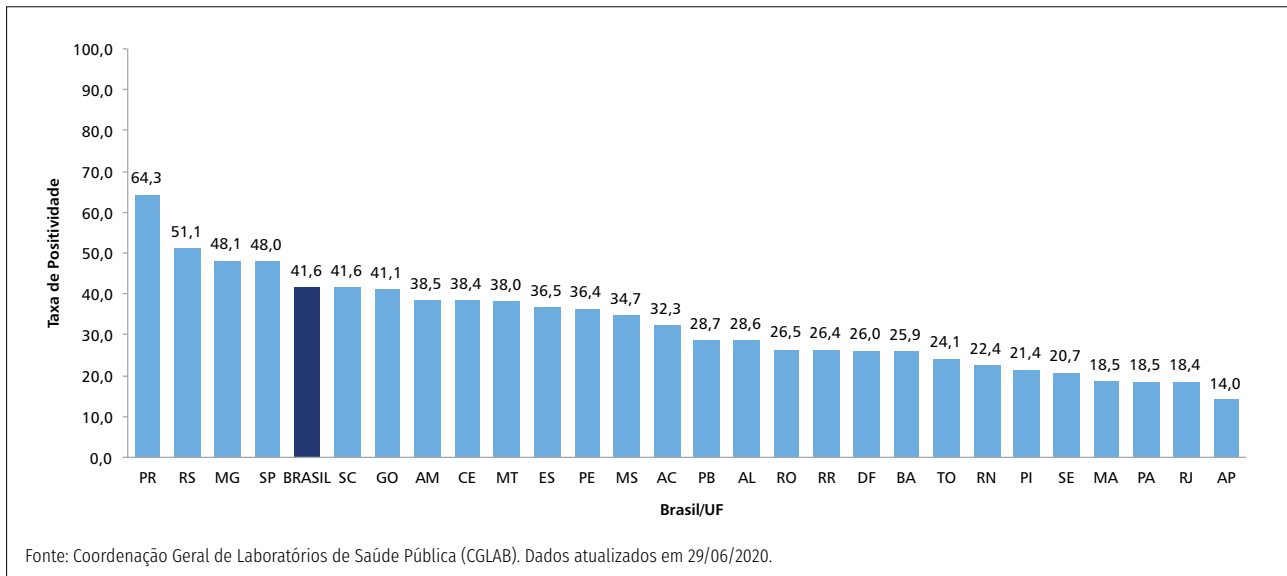


FIGURA 6 Distribuição do percentual de positividade (IgM) para dengue, por Unidade Federada, SE 1 a 26, 2020

Ações realizadas

- Realizada a distribuição de 45.988 kg do larvicida Pyriproxyfen e 149.200 litros do adulticida CIELO aos estados. Encontra-se no estoque 4.680 kg do inseticida Fludora Fusion (residual preconizado para pontos estratégicos), aguardando a finalização da Nota Técnica para liberação e envio aos estados. Cabe ressaltar que, não há desabastecimento de inseticida no Ministério da Saúde e que toda distribuição é baseada no cenário epidemiológico, no entanto diante do enfrentamento da emergência da pandemia do coronavírus (COVID-19) a logística dos insumos estratégicos ficou prejudicada, gerando possíveis atrasos na distribuição dos inseticidas.
- Capacitação de profissionais em Brasília para uso do inseticida CIELO-ULV para o controle de *Aedes aegypti*.
- Lançamento da Campanha de Combate ao *Aedes aegypti*.
- Visitas técnicas, a partir de fevereiro, da empresa Clarke para continuação das capacitações do manejo do inseticida CIELO.
- Capacitação dos agentes comunitários de saúde, endemias, zoonoses e de vigilância no método Wolbachia em Campo Grande – MS (Janeiro – Fevereiro).
- Seminário de atualização em chikungunya (aspectos epidemiológicos, manejo clínico e controle vetorial), realizado no estado do Rio Grande do Norte e Espírito Santo (Fevereiro).
- Seminário Projeto Arboalvo: resultados e desafios para sua implantação e Reunião sobre Monitoramento entomológico de vetores das arboviroses urbanas no Brasil (Fevereiro).
- Apoio técnico aos estados de Roraima (Janeiro), Mato Grosso (Fevereiro), Acre e Mato Grosso do Sul (Março).
- Ativação do Centro de Operações de Emergência de Arboviroses (COE-Arbo) (4 de março de 2020).
- Realização de videoconferências a partir de março com os estados sobre o cenário epidemiológico das arboviroses.
- Elaboração da Nota Informativa Nº 8/2020 – CGARB/DEIDT/SVS/MS que orienta sobre as recomendações aos Agentes de Combate a Endemias (ACE) para adequação das ações de vigilância e controle de zoonoses frente à atual situação epidemiológica referente ao Coronavírus (COVID-19).
- Elaboração da Nota Informativa Nº 13/2020 – CGARB/DEIDT/SVS/MS que orienta sobre recomendação de suspensão temporária do Levantamento Rápido de Índices para *Aedes aegypti* (LIRAA e LIA) do ano de 2020 em decorrência da pandemia causada pelo Coronavírus (COVID-19).
- Videoconferência com o Ministério Público do Estado do Paraná sobre a situação epidemiológica da dengue no estado.
- Elaboração do relatório de 90 dias do Centro de Operações de Emergência em saúde Pública (COE) Arboviroses.
- Videoconferência com os estados prioritários para dengue (CE, BA, SP, PR, MS, MT e DF) e chikungunya (BA, ES, RJ e MT) para informar sobre a desativação do COE Arboviroses.
- Realização da reunião do COE ampliado para desativação do COE Arboviroses, com a apresentação do cenário epidemiológico atual e ações realizadas.
- Encerramento do Centro de Operações de Emergência de Arboviroses (COE-Arbo) (10 de junho de 2020).

Anexos

TABELA 1 Número de casos prováveis e taxa de incidência (/100 mil hab.) de dengue, chikungunya até a SE 26, e zika até a SE 25 por região e Unidade Federada, Brasil, 2020

Região/UF	Dengue SE 26		Chikungunya SE 26		Zika SE 25	
	Casos	Incidência (casos/100 mil hab.)	Casos	Incidência (casos/100 mil hab.)	Casos	Incidência (casos/100 mil hab.)
Norte	18.771	101,8	902	4,9	373	2,0
Rondônia	3.209	180,6	149	8,4	1	0,1
Acre	4.997	566,6	17	1,9	7	0,8
Amazonas	4.394	106,0	22	0,5	40	1,0
Roraima	546	90,1	12	2,0	4	0,7
Pará	3.606	41,9	609	7,1	278	3,2
Amapá	38	4,5	8	0,9	8	0,9
Tocantins	1.981	125,9	85	5,4	35	2,2
Nordeste	108.105	189,4	27.541	48,3	2.936	5,1
Maranhão	2.317	32,7	153	2,2	108	1,5
Piauí	1.510	46,1	79	2,4	9	0,3
Ceará	15.897	174,1	685	7,5	91	1,0
Rio Grande do Norte	5.899	168,2	2.784	79,4	194	5,5
Paraíba	3.683	91,7	444	11,0	41	1,0
Pernambuco	10.912	114,2	1.076	11,3	287	3,0
Alagoas	1.520	45,5	68	2,0	41	1,2
Sergipe	649	28,2	215	9,4	28	1,2
Bahia	65.718	441,9	22.037	148,2	2.137	14,4
Sudeste	294.609	333,4	18.656	21,1	783	0,9
Minas Gerais	80.500	380,3	1.956	9,2	404	1,9
Espírito Santo ¹	7.516	187,0	12.802	318,6	97	2,4
Rio de Janeiro	4.016	23,3	3.378	19,6	102	0,6
São Paulo	202.577	441,2	520	1,1	180	0,4
Sul	276.873	923,6	537	1,8	92	0,3
Paraná	260.307	2.276,6	397	3,5	27	0,2
Santa Catarina	12.585	175,7	81	1,1	45	0,6
Rio Grande do Sul	3.981	35,0	59	0,5	20	0,2
Centro-Oeste	175.735	1.078,3	680	4,2	482	3,0
Mato Grosso do Sul	49.683	1.787,8	186	6,7	60	2,2
Mato Grosso	31.423	901,8	285	8,2	331	9,5
Goiás	53.675	764,8	61	0,9	57	0,8
Distrito Federal	40.954	1.358,2	148	4,9	34	1,1
Brasil	874.093	415,9	48.316	23,0	4.666	2,2

Fonte: Sinan Online (banco de dados de 2020 atualizado em 29/06/2020). Sinan Net (banco de dados de zika de 2020 atualizado em 01/07/2020). ¹Dados consolidados do Sinan Online e e-SUS Vigilância em Saúde atualizado em 24/06/2020. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (população estimada em 01/07/2019). Dados sujeitos à alteração.

TABELA 2 Número de óbitos confirmados e em investigação de dengue e chikungunya, até a Semana Epidemiológica 26, por região e Unidade Federada, Brasil, 2020

Região/UF	Dengue SE 26		Chikungunya SE 26	
	Óbitos confirmados	Óbitos em investigação	Óbitos confirmados	Óbitos em investigação
Norte	11	2	0	0
Rondônia	3	0	0	0
Acre	3	0	0	0
Amazonas	5	0	0	0
Roraima	0	1	0	0
Pará	0	1	0	0
Amapá	0	0	0	0
Tocantins	0	0	0	0
Nordeste	17	38	8	12
Maranhão	0	1	2	0
Piauí	0	1	0	0
Ceará	4	5	1	0
Rio Grande do Norte	5	1	1	0
Paraíba	0	2	1	0
Pernambuco	1	16	1	9
Alagoas	0	0	0	1
Sergipe	0	0	0	0
Bahia	7	12	2	2
Sudeste	117	101	2	4
Minas Gerais	8	41	0	1
Espírito Santo ¹	0	15	1	1
Rio de Janeiro	5	1	1	1
São Paulo	104	44	0	1
Sul	176	29	0	0
Paraná	170	29	0	0
Santa Catarina	0	0	0	0
Rio Grande do Sul	6	0	0	0
Centro-Oeste	94	69	1	0
Mato Grosso do Sul	34	4	0	0
Mato Grosso	16	3	1	0
Goiás	9	62	0	0
Distrito Federal	35	0	0	0
Brasil	415	239	11	16

Fonte: Sinan Online (banco de dados de 2020 atualizado em 29/06/2020). ¹Dados consolidados do Sinan Online e e-SUS Vigilância em saúde atualizado em 24/06/2020. Dados sujeitos à alteração.

***Coordenação-Geral de Vigilância de Arboviroses (DEIDT/SVS/MS):** Amanda Coutinho de Souza, Camila Ribeiro Silva, Danielle Bandeira Costa de Sousa Freire, João Marcelo de Souza Teixeira, João Lucas Mendonça Dilly Alves, Josivania Arrais de Figueiredo, Juliana Chedid Nogared Rossi, Larissa Arruda Barbosa, Noely Fabiana Oliveira de Moura, Priscila Leal Leite e Sulamita Brandão Barbiratto. **Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública (DAEVS/SVS/MS):** Emerson Luiz Lima Araújo.

Informe Semanal Sarampo – Brasil, Semanas Epidemiológicas 1 a 26, 2020

Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis (CGPNI/DEIDT/SVS);
Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública do Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde (CGLAB/DAEVS/SVS)*

Sarampo é uma doença viral, infecciosa aguda, transmissível e extremamente contagiosa. É uma doença grave, principalmente em crianças menores de cinco anos de idade, pessoas desnutridas e imunodeprimidas. A transmissão do vírus ocorre de forma direta de pessoas doentes ao espirrar, tossir, falar ou respirar próximo a pessoas sem imunidade contra o vírus do sarampo, evidenciando a importância da vacinação, conforme recomendações do Ministério da Saúde.

Este informe tem como objetivo apresentar a atualização semanal sobre o cenário do sarampo no País.

Situação epidemiológica do sarampo no Brasil

O Brasil permanece com surto de sarampo nas cinco regiões. A Região Norte apresenta cinco (71,4%) estados com surto, a Região Nordeste seis (66,7%), a Região Sudeste três (75,0%), a Região Sul três (100,0%), e a Região Centro-Oeste quatro (100,0%) estados (Figura 1).

No Brasil, entre as semanas epidemiológicas 01 a 26 de 2020 (29/12/2019 a 27/06/2020), foram notificados 12.508 casos de sarampo, confirmados 5.642 (45,1%), descartados 5.500 (44,0%) e estão em investigação 1.366 (10,9%) (Figura 2).

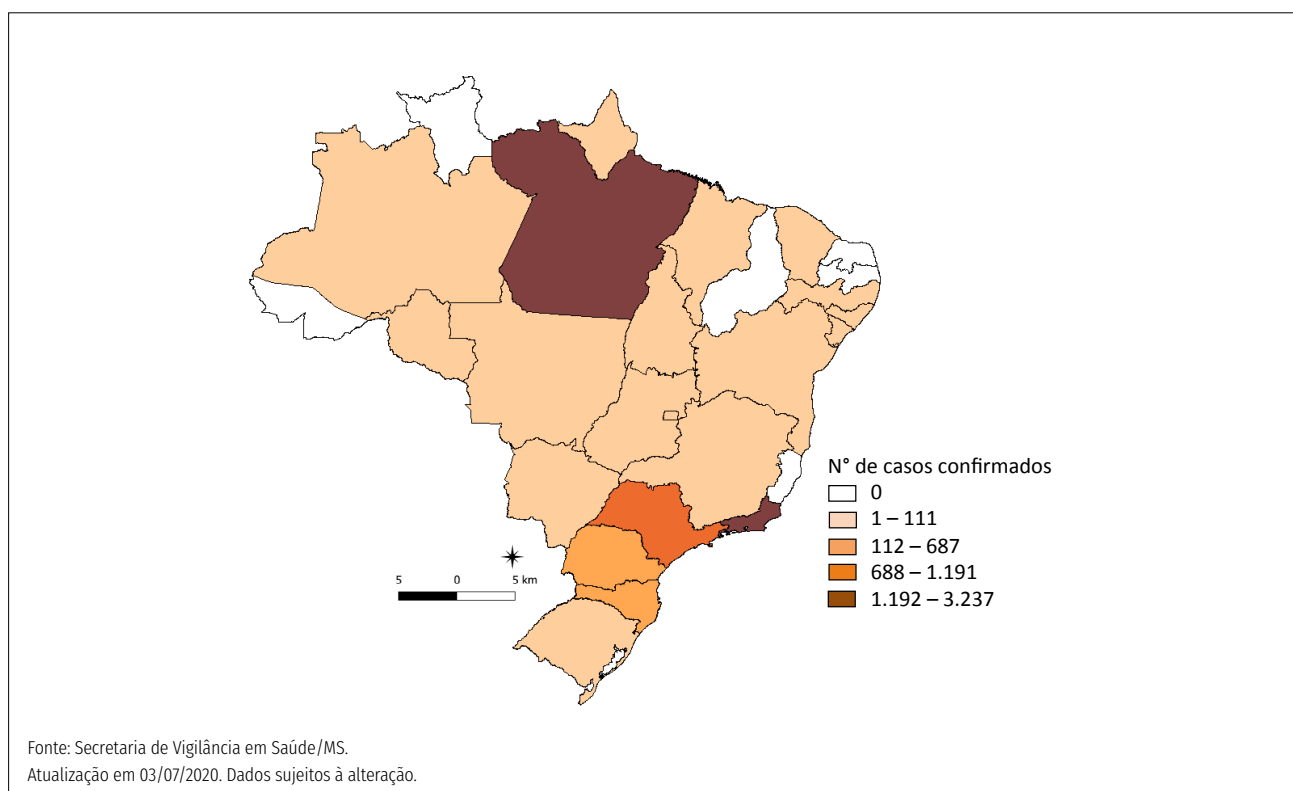


FIGURA 1 Casos confirmados de sarampo por Unidade da Federação, Brasil, SE 1 a 26, 2020

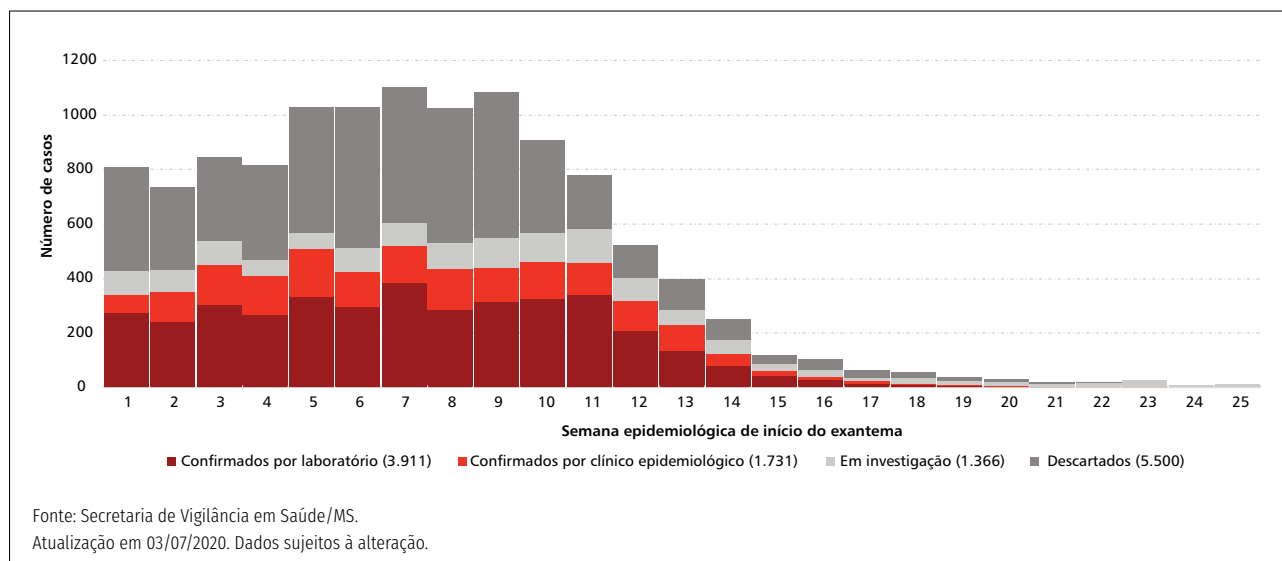


FIGURA 2 Distribuição dos casos de sarampo por Semana Epidemiológica do início do exantema e classificação final, Brasil, SE 1 a 26, 2020

Os estados do Pará, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná e Santa Catarina concentram o maior número de casos confirmados de sarampo, totalizando 5.476 (97,1%) casos.

Os óbitos por sarampo ocorreram nos estados do Pará 3 (60,0%), Rio de Janeiro 1 (20,0%) e São Paulo 1 (20,0%), (Tabela 1).

TABELA 1 Casos confirmados e óbitos por sarampo por Unidade da Federação, Brasil, SE 1 a 25, 2020

ID	UF	Confirmados		Óbitos	
		N	%	N	%
1	Pará	3.237	57,4	3	60,0
2	Rio de Janeiro	1.192	21,1	1	20,0
3	São Paulo	688	12,2	1	20,0
4	Paraná	248	4,4	0	0,0
5	Santa Catarina	111	2,0	0	0,0
6	Rio Grande do Sul	37	0,7	0	0,0
7	Pernambuco	33	0,6	0	0,0
8	Maranhão	17	0,3	0	0,0
9	Amapá	21	0,4	0	0,0
10	Minas Gerais	12	0,2	0	0,0
11	Sergipe	8	0,1	0	0,0
12	Bahia	6	0,1	0	0,0
13	Goiás	8	0,1	0	0,0
14	Mato Grosso do Sul	5	0,1	0	0,0
15	Distrito Federal	5	0,1	0	0,0
16	Amazonas	4	0,1	0	0,0
17	Alagoas	3	0,1	0	0,0
18	Ceará	3	0,1	0	0,0
19	Rondônia	2	0,0	0	0,0
20	Mato Grosso	1	0,0	0	0,0
21	Tocantins	1	0,0	0	0,0
Total		5.642	100,0	5	100,0

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/MS.
Atualização em 26/06/2020. Dados sujeitos à alteração.

Vigilância laboratorial

A Vigilância Laboratorial de Sarampo no Brasil é monitorada através da realização dos exames pela Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (RNLSP). Os LACEN realizam tanto a sorologia para diagnóstico laboratorial do sarampo quanto o diagnóstico diferencial, sendo o ensaio de ELISA a metodologia oficial adotada para o diagnóstico laboratorial do sarampo, devido a sua sensibilidade e especificidade. O LRN-FIOCRUZ realiza além da sorologia, a reação em cadeia da polimerase com transcrição reversa (RT-PCR) e isolamento viral, sendo este último o método mais específico para determinação do genótipo e linhagem do vírus responsável pela infecção.

Devido ao atual cenário epidemiológico do sarampo no País, com o objetivo de interromper a circulação viral, e para dar celeridade ao processo de encerramento dos casos suspeitos e otimização de recursos (humanos, transporte de amostras e insumos), é recomendada a adoção de estratégias e condutas, frente aos resultados de Sorologia e Biologia Molecular liberados pelos LACEN, nos estados onde já há surto estabelecido (Figura 3). As recomendações se aplicam apenas, enquanto perdurar o surto de sarampo em determinado município ou estado. Após a interrupção do surto, deverão ser seguidos os fluxos preconizados pelo Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.



FIGURA 3 Estratégias a serem adotadas em municípios com e sem surto ativo para envio de amostras para o diagnóstico de sarampo

As recomendações acima não se aplicam aos seguintes casos suspeitos, e devem ter amostras de sangue (soro) coletadas para realizar sorologia e amostras biológicas para realizar RT-PCR, de acordo com as orientações contidas no Guia de Vigilância em Saúde:

1. **Em município sem surto ou sem histórico recente de surto:**
 - a. Primeiros 10 casos suspeitos.
2. **Em municípios com surto com novas cadeias de transmissão:**
 - a. 3-4 casos suspeitos pertencentes a novas cadeias de transmissão.
3. **Em municípios com surto:**
 - a. Em novos municípios com caso confirmado pela sorologia;
 - b. História de vacina tríplice ou tetra viral nos últimos 30 dias;
 - c. Município com reintrodução do vírus, após 90 dias da data do exantema do último caso;
 - d. Óbito;
 - e. História de viagem a locais com evidência de circulação do vírus do sarampo;
 - f. Contato com estrangeiro;
 - g. Situações especiais definidas pela vigilância; e
 - h. Positividade concomitante para outra doença no diagnóstico diferencial.

Os casos com o critério clínico epidemiológico e confirmação por laboratório privado pelo método ELISA devem ser encerrados pelo critério laboratorial.

Além da classificação final dos casos de sarampo pelo critério laboratorial, esses casos podem ser encerrados pelo critério vínculo-epidemiológico. Este critério é utilizado quando não for possível realizar a coleta de exames laboratoriais, ou em situações de surto com transmissão ativa.

Vacinação

A vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) está disponível na rotina dos serviços de saúde, conforme indicações do Calendário Nacional de Vacinação do Programa Nacional de Imunizações. Entretanto, neste momento, a realização das ações de vacinação deve considerar o cenário epidemiológico da COVID-19, especialmente nas localidades onde há casos confirmados dessa doença, e que também

apresentam circulação ativa do vírus do sarampo. Assim, tanto para a vacinação de rotina quanto para outras estratégias que visem interromper a cadeia de transmissão do sarampo, é necessária a adoção de medidas de proteção para os profissionais responsáveis pela vacinação e para a população em geral, buscando realizar a vacinação de forma segura, e ao mesmo tempo minimizar o risco de disseminação da COVID-19.

A estratégia de vacinação indiscriminada para pessoas na faixa etária de 20 a 49 anos, iniciada em março deste ano, cujo encerramento estava programado para o dia 30 de junho, foi prorrogada até o dia 31 de agosto de 2020 para todo o País, conforme Ofício Circular Nº 115/2020/SVS/MS de 22 de junho de 2020. A prorrogação da estratégia se deu, dada as baixas coberturas vacinais, e o elevado quantitativo de pessoas suscetíveis ao adoecimento em todo o País.

Encontra-se em processo de revisão o Plano Nacional para interromper a circulação do vírus do sarampo e eliminar a doença no País, o qual propõe resposta rápida, oportuna e articulada entre as diversas áreas envolvidas com o enfrentamento do sarampo.

Recomendações

- Fortalecer a capacidade dos sistemas de Vigilância Epidemiológica do sarampo e reforçar as equipes de investigação de campo para garantir a investigação oportuna e adequada dos casos notificados.
- Unidades Federadas devem informar ao Ministério da Saúde sobre os casos notificados, confirmados, descartados e pendentes, por meio do envio oportuno do Boletim de Notificação Semanal (BNS). O conteúdo das informações viabiliza o planejamento de ações e insumos nos diferentes níveis de gestão para conter a circulação do vírus no País.
- A vacina é a medida preventiva mais eficaz contra o sarampo.
- Medidas de prevenção de doenças de transmissão respiratória também são válidas, e os profissionais devem orientar a população sobre: a limpeza regular de superfícies, isolamento domiciliar para a pessoa que estiver com suspeita ou em período de transmissão de doença exantemática, medidas de distanciamento social em locais de atendimento de pessoas com suspeita de doença 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.

- Que estados e municípios atinjam a taxa de notificação de casos suspeitos de sarampo ≤ 2 casos por 100 mil habitantes, um indicador importante no processo de eliminação da doença enquanto problema de saúde pública no País.
- Importância dos estados e municípios apresentarem Planos para o enfrentamento da doença.

Referência

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento e Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde. ed. atual – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

***Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis (CGPNI/DEIDT/SVS):** Francieli Fontana Sutile Tardetti Fantinato, Adriana Regina Farias Pontes Lucena, Aline Ale Beraldo, Cintia Paula Vieira Carrero, Luciana Oliveira Barbosa de Santana, Maria Izabel Lopes, Regina Célia Mendes dos Santos Silva, Rita de Cássia Ferreira Lins. **Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis:** Marcelo Yoshito Wada. **Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública do Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde (CGLAB/DAEVS/SVS):** André Luiz de Abreu, Greice Madeleine Ikeda do Carmo, Rejane Valente Lima Dantas, Leonardo Hermes Dutra, Ronaldo de Jesus, Gabriela Andrade Pereira, Miriam Teresinha Furlam Prando Livorati.

Vigilância Epidemiológica do sarampo no Brasil 2019: janeiro a dezembro

Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis (CGPNI/DEIDT/SVS); Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública do Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde (CGLAB/DAEVS/SVS).*

O sarampo é uma doença viral aguda e extremamente grave, principalmente em crianças menores de 5 anos de idade, pessoas desnutridas e imunodeprimidas. A transmissão do vírus ocorre de forma direta, por meio de secreções nasofaríngeas expelidas ao tossir, espirrar, falar ou respirar próximo às pessoas sem imunidade contra o vírus do sarampo. Além disso, o contágio também pode ocorrer pela dispersão de aerossóis com partículas virais no ar, em ambientes fechados, como escolas, creches, clínicas, entre outros.

Para saber mais sobre a doença e acompanhar a atualização da situação do sarampo, acesse: <https://bit.ly/2wYQqIc>

O último caso de sarampo no País ocorreu em julho de 2015, e em 2018 ocorreu a reintrodução do vírus com a ocorrência de surtos em 11 Unidades Federadas (UF). Neste mesmo ano, o primeiro caso importado confirmado ocorreu no município de Boa Vista, Estado de Roraima, com data de exantema em 08/02/2018, e o primeiro caso confirmado em brasileiro ocorreu no município de Manaus, no Estado do Amazonas, com data de exantema em 19/02/2018. Durante o ano de 2018 foram confirmados 10.346 casos de sarampo no País. Desses, 9.622 (93,0%) casos ocorreram nos meses de maio a setembro de 2018, com maior número de casos no mês de julho (3.953).

Das 11 UF com casos confirmados de sarampo em 2018, 7 encerraram o surto, conforme critério estabelecido pela Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS), (período de mais de 12 semanas desde a ocorrência do último caso). Na ocasião o genótipo identificado foi o D8, sendo o mesmo que estava em circulação na Venezuela.

Situação epidemiológica do sarampo no Brasil – 2019

Nos primeiros meses de 2019, o Brasil interrompeu a transmissão do vírus sarampo na Região Norte do País. A partir do mês de fevereiro de 2019, casos importados de Israel e Noruega iniciaram novas cadeias de transmissão no Brasil. Os primeiros casos notificados e confirmados de sarampo ocorreram no Estado de São Paulo, com a notificação de casos em tripulantes de um navio de Cruzeiro MSC SEAVIEW de Bandeira Malta, atracado no Porto da cidade de Santos – São Paulo, com 5.420 passageiros e aproximadamente 1.500 tripulantes.

No mês de abril de 2019 iniciou-se um surto de grandes proporções na região metropolitana de São Paulo. Devido ao grande fluxo nacional e internacional de pessoas, o vírus do sarampo disseminou-se para 23 UF, dando início a novas cadeias de transmissão.

Em 2019, foram notificados 66.442 casos suspeitos de sarampo. Destes, foram confirmados 20.901 (31,5%) casos, sendo 16.104 (77,0%) por critério laboratorial e 4.797 (23,0%) por critério clínico epidemiológico. Foram descartados 42.989 (64,7%) casos e permanecem em investigação 2.552 (3,8%) (Figura 1).

No ano de 2019, 621 municípios confirmaram casos de sarampo em 23 UF. O Estado de São Paulo registrou o maior número de casos confirmados 17.816 (85,2%), em 295 (47,5%) municípios, seguido dos estados do Paraná, Rio de Janeiro, Pernambuco, Santa Catarina, Minas Gerais e Pará (Tabela1).

Até o término da semana epidemiológica 52, 16 UF apresentavam transmissão do vírus, ou seja, confirmaram casos de sarampo nos últimos 90 dias: São Paulo, Paraná, Rio de Janeiro, Pernambuco, Santa Catarina, Minas Gerais, Pará, Rio Grande do Sul, Paraíba, Bahia, Alagoas, Sergipe, Rio Grande do Norte, Distrito Federal, Goiás e Maranhão.

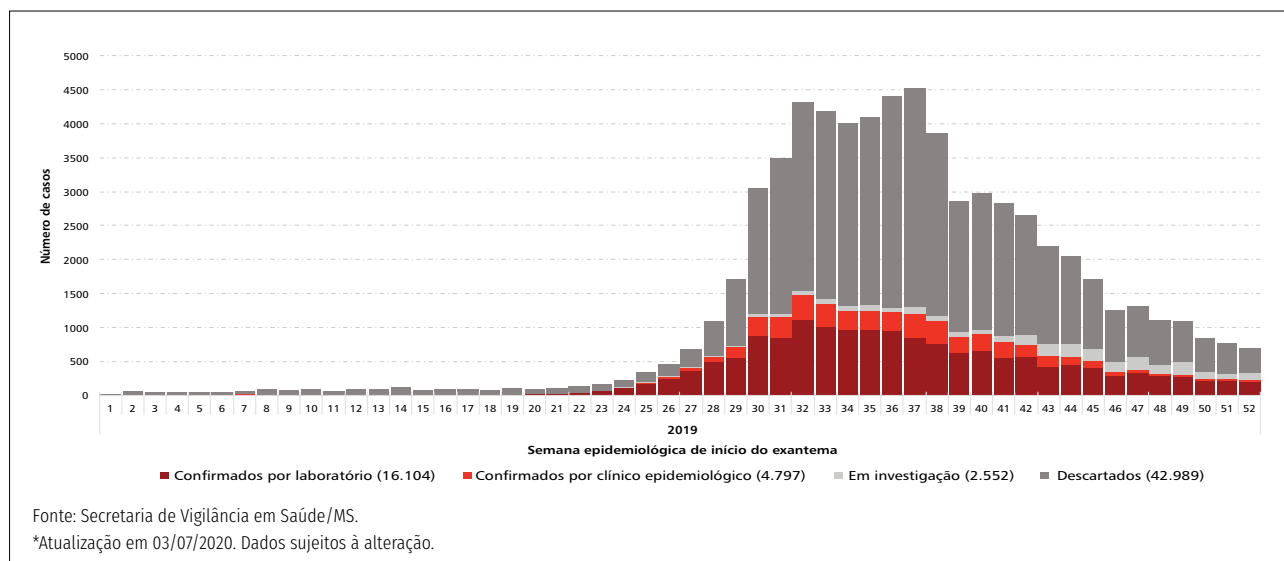


FIGURA 1 Distribuição dos casos de sarampo* por Semana Epidemiológica do início do exantema e classificação final, Brasil, SE 1 a 52, 2019

TABELA 1 Distribuição dos casos confirmados de sarampo*, coeficiente de incidência e semanas transcorridas do último caso confirmado, segundo a unidade da federação de residência, Brasil, 2019

ID	Unidades da Federação	Confirmados		Total de municípios	Coeficiente de Incidência
		N	%		
1	São Paulo	17816	85,2	295	46,17
2	Paraná	1071	5,1	43	19,97
3	Rio de Janeiro	463	2,2	20	3,70
4	Pará	405	1,9	26	10,81
5	Pernambuco	344	1,6	38	6,49
6	Santa Catarina	297	1,4	36	10,43
7	Minas Gerais	143	0,7	44	1,93
8	Rio Grande do Sul	100	0,5	13	3,45
9	Bahia	80	0,4	26	1,62
10	Paraíba	66	0,3	21	3,65
11	Alagoas	35	0,2	13	2,49
12	Ceará	19	0,1	13	0,60
13	Goiás	12	0,1	5	0,55
14	Distrito Federal	11	0,1	1	0,41
15	Rio Grande do Norte	9	0,0	6	0,77
16	Maranhão	8	0,0	5	0,62
17	Sergipe	6	0,0	4	0,86
18	Amazonas	4	0,0	2	0,21
19	Espírito Santo	4	0,0	3	0,56
20	Piauí	3	0,0	3	0,35
21	Mato Grosso do Sul	2	0,0	2	0,22
22	Amapá	2	0,0	1	0,48
23	Roraima	1	0,0	1	9,04
Total		20.901	100,0	621	20,30

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS).

*Dados atualizados em 02/07/2020, e sujeitos a alterações.

O coeficiente de incidência por faixa etária nos locais onde ocorreram casos é de 20,30 casos por 100.000 habitantes, no entanto, as crianças menores de 1 ano apresentam este indicador 12 vezes superior ao registrado na população geral, seguido pelas crianças de 1 a 4 anos com coeficiente de incidência de 51,72 casos por 100.000 habitantes. As faixas etárias

mencionadas são, justamente, as mais suscetíveis a complicações e óbitos por sarampo. A faixa etária de 20 a 29 anos, apesar de ter um coeficiente de incidência inferior (34,57 casos por 100.000 habitantes) àquele apresentado pela população de menores de 5 anos, é a que apresenta o maior número de casos confirmados (Tabela 2).

TABELA 2 Distribuição dos casos confirmados de sarampo*, e coeficiente de incidência dos estados com surto, segundo faixa etária e sexo, Brasil, 2019

Faixa etária (em anos)	Número de casos**	%	Coeficiente de incidência (casos/população 100.000 hab.)	Distribuição por sexo***	
				Feminino	Masculino
< 1	3.697	17,7	239,54	1.806	1.892
1 a 4	2.920	14,0	51,72	1.389	1.529
5 a 9	558	2,7	7,53	304	254
10 a 14	413	2,0	4,82	190	223
15 a 19	2.750	13,2	31,89	1.375	1.375
20 a 29	6.543	31,3	34,57	3.027	3.514
30 a 39	2.673	12,8	15,97	1.149	1.523
40 a 49	774	3,7	5,56	377	397
> 50	556	2,7	2,59	293	263
Total	20.884	100,0	20,30	9.910	10.970

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS).

*Dados atualizados em 02/07/2020, e sujeitos a alterações.

**17 casos sem informação de idade.

*** 4 casos sem informação de sexo.

Foram confirmados 16 óbitos por sarampo no Brasil, sendo 14 no Estado de São Paulo, distribuídos nos seguintes municípios: São Paulo (5), Osasco (2), Francisco Morato (2), Itanhaém (1), Itapevi (1), Franco da Rocha (1), Santo André (1) e Limeira (1); 1 no Estado de Pernambuco no município de Taquaritinga do Norte; e 1 no Estado do Pará no município de São Sebastião da Boa Vista.

Do total de óbitos, 9 (56,2%) eram do sexo feminino, 2 (12,5%) em pessoas vacinadas contra o sarampo, 6 (37,5%) ocorreram em menores de um ano de idade, 3 (18,8%) em crianças entre 1 e 4 anos de idade, e 7 (43,8%) em adultos maiores de 20 anos.

Dos 16 óbitos, 8 (50,0%) tinham ao menos uma condição de risco ou morbidade (Tabela 3), 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.

TABELA 3 Distribuição dos óbitos por sarampo*, segundo faixa etária, situação vacinal, condição de risco e sexo, Brasil, 2019

Faixa etária	Óbitos	%	Vacinado	Condição de risco/comorbidade	Sexo	
					F	M
< 1	6	37,5	0	1	3	3
1 a 4	3	18,8	1	1	2	1
5 a 9	0	0,0	-	-	0	0
10 a 14	0	0,0	-	-	0	0
15 a 19	0	0,0	-	-	0	0
20 a 29	2	12,5	0	1	1	1
30 a 39	1	6,3	0	1	1	0
40 a 49	2	12,5	1	2	1	1
> 50	2	12,5	0	2	1	1
Total	16	100,0	2	8	9	7

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS).

*Dados atualizados em 03/07/2020, e sujeitos a alterações.

Vigilância laboratorial

A vigilância laboratorial foi adotada como estratégia durante o ano de 2019 a fim de acompanhar o surto de sarampo por apresentar melhor oportunidade de ação. A identificação de um resultado de sorologia reagente para sarampo possibilitou contatar diariamente as Unidades da Federação para oportunizar as principais estratégias para bloqueio e controle do agravo.

Os dados da Vigilância Laboratorial foram estratificados por UF de residência do paciente e representados abaixo por meio do Diagrama de Pareto, referente ao período das semanas epidemiológicas do ano de 2019, sendo importante destacar que o número de exames positivos não necessariamente significa casos confirmados e nem total de casos com resultados positivos, pois pode haver mais de um exame para um

mesmo paciente. É válido ressaltar que a positividade dos resultados possibilitou a avaliação da sensibilidade e especificidade da assistência na solicitação dos exames e, assim, manteve a capacidade de resposta dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACEN).

A figura 10 apresenta a situação dos exames sorológicos para detecção de anticorpos IgM específicos. O Diagrama de Pareto demonstra que aproximadamente 75% dos exames totais realizados no país em 2019 advém de São Paulo, e os outros 25% são oriundos das demais UFs.

Cumprir informar que do total de exames aguardando triagem (5.280), os estados que concentram um maior número são: São Paulo, com 2.123, Pernambuco, com 210, e Paraíba, com 205. E do total de exames em análise (971), os números dos estados são: Pernambuco, com 468, Rio de Janeiro, com 142, e Paraná, com 121.

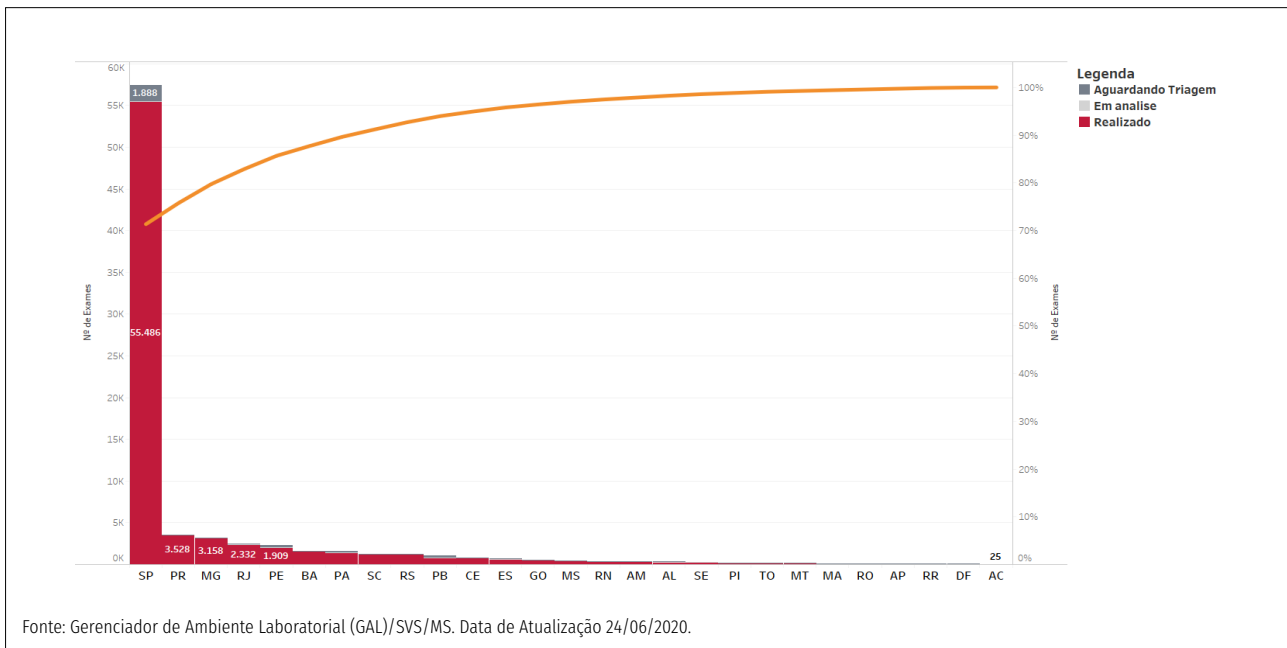


FIGURA 2 Diagrama de Pareto da situação dos exames laboratoriais para Sarampo (IgM), por UF de residência, 2019, Brasil

No estado de São Paulo, onde foi realizado o maior número de exames em 2019, são mais de 55 mil (Figura 3), apresentando 15 exames em análise e 1.888 que estão aguardando triagem. Destaca-se que os exames em triagem se referem aos que foram cadastrados e estão em transporte para o laboratório ou foram cadastrados e a amostra não foi enviada, ou, ainda, estão no setor de triagem no laboratório.

Durante o ano de 2019, representado pela Figura 3, observou-se um aumento de solicitação de exames para diagnóstico de sarampo entre as semanas epidemiológicas 28 e 37, ocorrendo declínio a partir da SE 39. É possível perceber ainda resultados dos exames reagentes para IgG, IgM, PCR e exames com resultados negativos para sarampo por data de coleta.

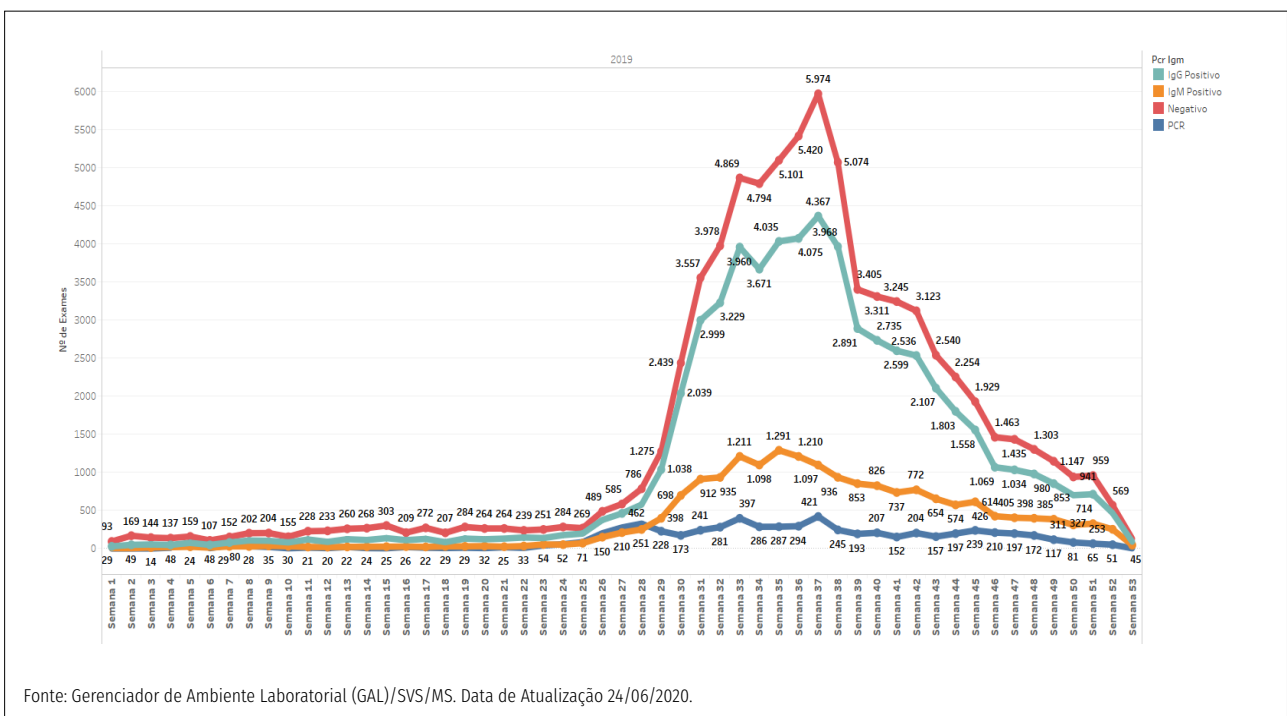


FIGURA 3 Resultados das solicitações de exames para sarampo por data de coleta, segundo GAL, 2019, Brasil

Conforme dados atualizados em 24 de junho de 2020, do total de municípios brasileiros (5.570), 2.603 (46%) municípios solicitaram sorologia (IgM) para detecção

de Sarampo e, desses, foram identificados 1.047 (40%) municípios que tiveram pelo menos um exame IgM positivo para sarampo (Tabela 3).

TABELA 3 Distribuição por UF dos exames laboratoriais para diagnóstico de Sarampo de acordo com municípios totais, municípios solicitantes e resultado IgM + por Municípios de residência da Unidade Federada, do ano de 2019, atualizado em 24/06/2020, Brasil

Unidade da Federação de Residência	Total de Municípios	Municípios Solicitantes	Percentual de Municípios Solicitantes	Municípios com IgM Positivo	Positividade (%) de Municípios Positivos
Acre	22	10	43,5	1	10
Alagoas	102	47	45,6	19	40,4
Amazonas	62	17	27	4	23,5
Amapá	16	7	41,2	5	71,4
Bahia	417	267	63,9	87	32,6
Ceará	184	103	55,7	43	41,7
Distrito Federal	1	1	5,3	1	100
Espírito Santo	78	48	60,8	20	41,7
Goiás	246	81	26,4	24	29,6
Maranhão	217	47	21,6	12	25,5
Minas Gerais	853	310	36,3	106	34,2
Mato Grosso do Sul	79	60	75	15	25
Mato Grosso	141	43	30,3	9	20,9
Pará	144	73	50,3	33	45,2
Paraíba	223	104	46,4	44	42,3
Pernambuco	185	121	65,1	57	47,1
Piauí	224	54	24	20	37
Paraná	399	194	48,5	70	36,1
Rio de Janeiro	92	60	64,5	25	41,7
Rio Grande do Norte	167	66	39,3	19	28,8
Rondônia	52	23	43,4	8	34,8
Roraima	15	8	50	2	25
Rio Grande do Sul	497	156	31,2	42	26,9
Santa Catarina	295	123	41,6	47	38,2
Sergipe	75	46	60,5	16	34,8
São Paulo	645	499	77,2	312	62,5
Tocantins	139	35	25	6	17,1
Total Geral	5570	2603	46,7	1047	40,2

Fonte: Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL)/SVS/MS. Dados atualizados em 24/06/20.

Do total de exames solicitados, 95% (75.470) foram liberados e, destes, 18.055 (23,8%) foram positivos para sarampo (Tabela 4).

TABELA 4. Distribuição dos exames sorológicos (IgM) para diagnóstico de Sarampo, distribuídos por: solicitados, em triagem, em análise, liberados, positivos, negativos e inclusivos e distribuição de oportunidade de diagnóstico: tempo oportuno de liberação de resultado, mediana de liberação dos resultados a partir do recebimento da amostra no laboratório e positividade do diagnóstico por Unidade Federada de residência, do ano de 2019, atualizado em 24/06/2020, Brasil

UF de residência	Total de Exames IgM									
	Solicitados ^a	Em triagem ^b	Em análise ^c	Liberados ^d	Positivos ^e	Negativos ^f	Inconclusivos ^g	% Exames oportunos < 4 dias (h) ^h	Oportunidade de diagnóstico MEDIANA (dias) liberação - recebimento	Positividade (%) = positivos/liberados ^h
Acre	23	0	0	23	1	21	1	65,2 (15)	2	4,3
Alagoas	306	22	11	273	78	179	16	50,9 (139)	4	28,6
Amazonas	338	1	5	332	28	290	14	80,7 (268)	2	8,4
Amapá	125	23	12	90	22	62	6	46,7 (42)	5	24,4
Bahia	1632	33	83	1516	290	1180	46	60,6 (919)	4	19,1
Ceará	763	4	30	729	140	574	15	50,8 (370)	4	19,2
Distrito Federal	56	7	1	48	26	18	4	29,2 (14)	23,5	54,2
Espírito Santo	688	79	24	585	79	472	34	92 (538)	1	13,5
Goias	498	11	33	454	64	357	33	67,2 (305)	3	14,1
Maranhão	137	2	7	128	20	94	14	55,5 (71)	3	15,6
Minas Gerais	3191	16	26	3149	436	2437	276	51,2 (1613)	4	13,8
Mato Grosso do Sul	452	1	14	437	42	378	17	43,5 (190)	5	9,6
Mato Grosso	138	1	0	137	13	113	11	68,6 (94)	2	9,5
Pará	1287	60	70	1157	557	595	5	55,3 (640)	4	48,1
Paraíba	1016	205	114	697	216	415	66	71,9 (501)	2	31,0
Pernambuco	2238	210	150	1878	690	1090	98	48,3 (908)	5	36,7
Piauí	198	16	33	149	36	98	15	55,7 (83)	3	24,2
Paraná	3462	17	121	3324	932	2115	277	76,3 (2535)	2	28,0
Rio de Janeiro	2438	73	142	2223	665	1473	85	73,4 (1632)	3	29,9
Rio Grande do Norte	369	47	18	304	66	220	18	66,1 (201)	2	21,7
Rondônia	126	11	4	111	21	84	6	65,8 (73)	3	18,9
Roraima	127	1	3	123	21	98	4	71,5 (88)	2	17,1
Rio Grande do Sul	1195	1	25	1169	160	931	78	79,5 (929)	3	13,7
Santa Catarina	1238	17	3	1218	342	751	125	76 (926)	3	28,1
Sergipe	272	0	23	249	36	207	6	34,1 (85)	6	14,5
São Paulo	57100	1883	15	55202	13052	41062	1088	2,3 (1281)	26	23,6
Tocantins	188	21	4	163	22	126	15	31,9 (52)	7	13,5
Total Geral	79601	2762	971	75868	18055	55440	2373	60,6	3,0	23,8

Fonte: Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL)/SIS/MS. Dados atualizados em 24/06/20.

^aTotal de exames IgM solicitados no período: soma os exames em triagem, em análise e liberados no período, pois os exames solicitados são selecionados com base na data de solicitação e os exames liberados têm como base a data de liberação; e não foram contabilizados exames descartados e cancelados.

^bTotal de exames IgM em triagem: exames cadastrados pelos serviços municipais e que estão em trânsito do município para o Lacen ou que estão em triagem no setor de recebimento de amostras do Lacen; esse número pode variar considerando que exames em triagem e podem ser cancelados.

^cTotal de exames IgM em análise: exames que estão em análise na bancada do Lacen.

^dTotal de exames IgM liberados: total de exames com resultados liberados no período.

^eTotal de exames IgM positivos: total de exames com resultados reagentes no período.

^fNegativos: total de exames com resultados negativos;

^gInconclusivos: total de exames inconclusivos;

^hPositividade das amostras: porcentagem de resultados positivos por total de exames liberados.

No Brasil, as amostras do vírus D8 durante surto de sarampo em 2019, entre as semanas epidemiológicas 3 e 52,

foram identificadas como sendo das linhagens Frankfurt, Hulu, Dêlhi e Gir Somnath (Figura 4).

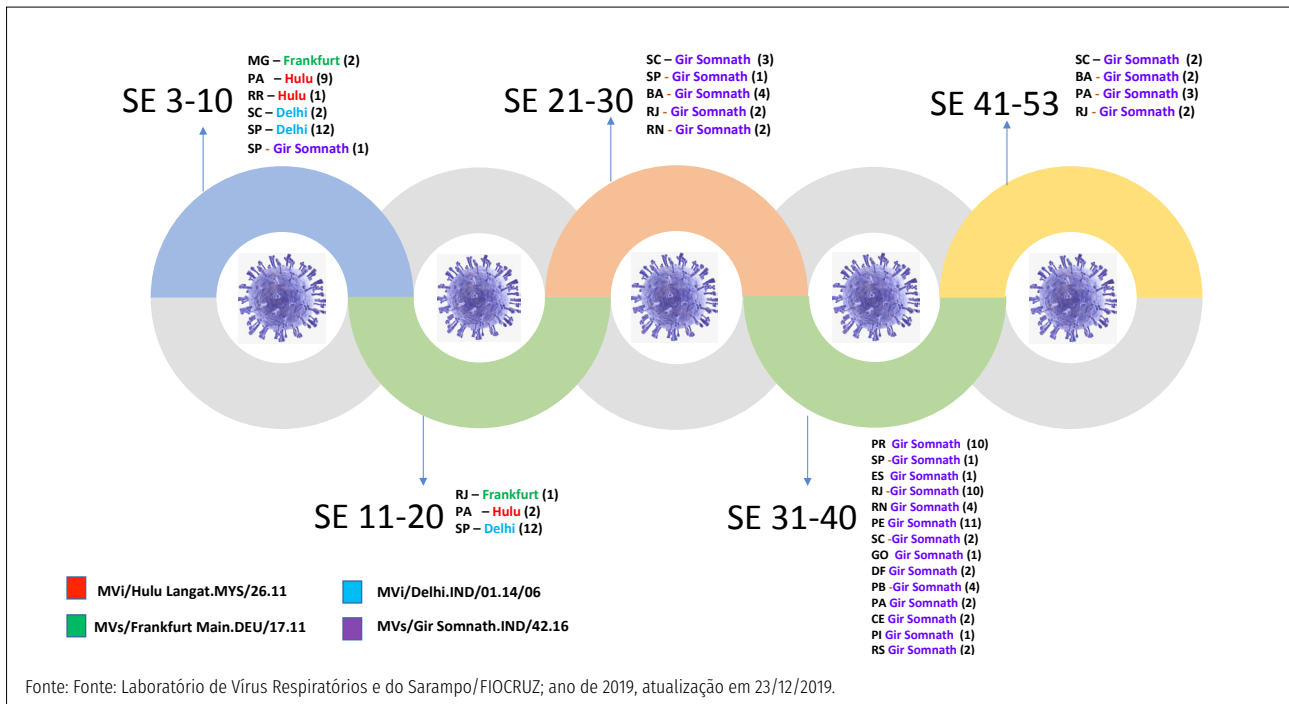


FIGURA 4 Caracterização genética dos vírus do sarampo genótipo D8 detectados no Brasil, durante o surto de Sarampo em 2019 (SE 3/2019 - 52/2019)

A metodologia adotada pela Rede de Laboratórios de Saúde Pública – Lacen para o diagnóstico laboratorial do sarampo é o método de ensaio imunoenzimático (ELISA), devido a sua sensibilidade e especificidade e os casos suspeitos de sarampo que apresentaram o critério clínico epidemiológico e a confirmação em laboratório privado pelo método ELISA foram orientados a serem encerrados pelo critério laboratorial.

Além da classificação final dos casos de sarampo pelo critério laboratorial, esses casos poderiam ser encerrados pelo critério vínculo-epidemiológico. Esse critério é utilizado quando não for possível realizar

a coleta de exames laboratoriais ou em situações epidêmicas que tenham um grande número de casos em investigação e que excedam a capacidade laboratorial.

Em situação específica de surto de sarampo, para identificar e monitorar os genótipos e as linhagens circulantes do vírus, com objetivo de otimizar o uso de insumos e manter a capacidade de resposta laboratorial oportuna, antes, durante e após o surto, orientou-se que coletassem amostras de orofaringe, nasofaringe e urina para análise por RT-PCR, em tempo real, nos seguintes critérios da figura abaixo, sendo que estas amostras deveriam ser identificadas para qual critério estão sendo solicitadas.



FIGURA 5 Estratégias a serem adotadas em municípios com e sem surto ativo para envio de amostras para o diagnóstico de sarampo

***Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis (CGPNI/DEIDT/SVS):** Francieli Fontana Sutile Tardetti Fantinato, Adriana Regina Farias Pontes Lucena, Aline Ale Beraldo, Cintia Paula Vieira Carrero, Luciana Oliveira Barbosa de Santana, Maria Izabel Lopes, Regina Célia Mendes dos Santos Silva, Rita de Cássia Ferreira Lins. **Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis:** Marcelo Yoshito Wada. **Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública do Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde (CGLAB/DAEVS/SVS):** André Luiz de Abreu, Greice Madeleine Ikeda do Carmo, Rejane Valente Lima Dantas, Leonardo Hermes Dutra, Ronaldo de Jesus, Gabriela Andrade Pereira, Miriam Teresinha Furlam Prando Livorati.

Situação epidemiológica da síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika em 2020: até a SE 25

Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE/DASNT/SVS); Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCTIE); Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/SAPS)*

A vigilância da Síndrome Congênita associada à infecção pelo vírus Zika (SCZ) ocorre a partir da notificação dos casos suspeitos no Registro de Eventos em Saúde Pública (Resp). Os dados analisados para a produção deste boletim foram extraídos do Resp no dia 24 de junho de 2020, às 18h (horário de Brasília). Estes dados foram complementados com informações referentes ao cuidado e atenção à saúde das crianças suspeitas e confirmadas encaminhadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Além disso, foi realizado relacionamento não-determinístico entre os dados do Resp e as bases de dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), com o objetivo de qualificar as informações relacionadas ao nascimento e/ou óbito.

As notificações de 2015-2016 foram realizadas na vigência do **Protocolo de vigilância em resposta à ocorrência de microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central**, publicado em 24 de março de 2016. Em 12 de dezembro de 2016, foi publicada a versão preliminar do documento **Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional**. Desde então, esse documento é referência para notificação, investigação e conclusão dos casos em todo o território nacional.

Situação Epidemiológica

Entre as semanas epidemiológicas 45/2015 e 25/2020, foram notificados ao Ministério da Saúde 19.072 casos suspeitos de SCZ e outras etiologias infecciosas, dos quais 3.535 (18,5%) foram confirmados (Figura 1A e Tabela 1). Considerando apenas o ano epidemiológico de 2020, até a SE 25, 468 novos casos foram notificados, dos quais 13 (2,8%) foram confirmados (Figura 1B), sendo: dois nascidos em 2018, oito em 2019, dois em 2020 e um aborto espontâneo. Muito embora o período de emergência tenha sido encerrado, novos casos de SCZ continuam ocorrendo no país.

Entre 2015 e 2019, a maioria dos casos confirmados concentrou-se na região Nordeste (n=2.201; 62,3%) do país, seguido da região Sudeste (n=716; 20,3%). Os estados com maior número de casos confirmados foram Bahia (n=579; 16,4%), Pernambuco (n=472; 13,4%) e Rio de Janeiro (n=305; 8,6%) – Figura 2A. Os casos confirmados em 2020 são de residentes nos estados do Amazonas (5), Goiás (2), Distrito Federal (2), Minas Gerais (1), São Paulo (1), Paraíba (1) e Rondônia (1) – Figura 2B.

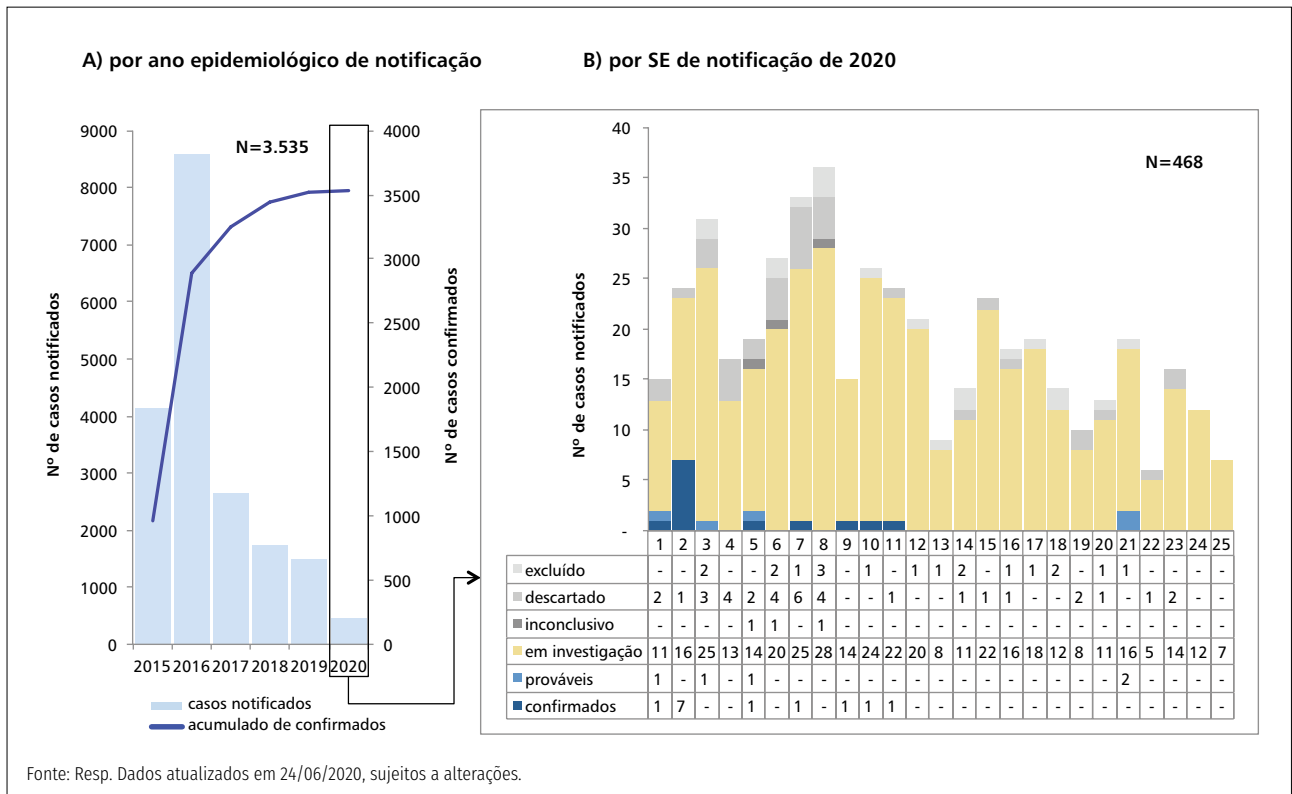


FIGURA 1 Distribuição dos casos notificados de SCZ e outras etiologias infecciosas por ano epidemiológico de notificação (A) e por SE de notificação de 2020 (B). Brasil, de 2015 até a SE 25 de 2020

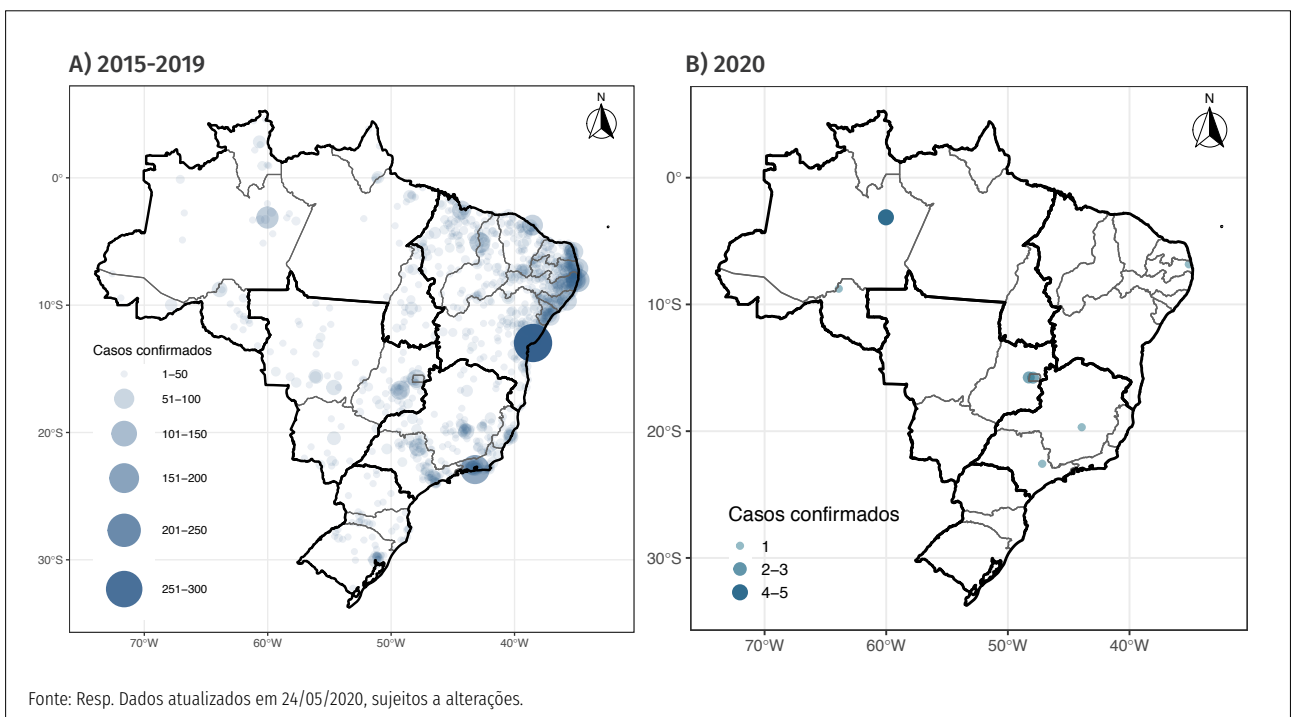


FIGURA 2 Distribuição dos casos confirmados de síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas por município de residência e ano epidemiológico de notificação. Brasil, de 2015 até a SE 25 de 2020

Perfil dos casos confirmados e óbitos

Dos 3.535 casos confirmados entre as SE 45/2015 e 25/2020, 77,8% (n=2.749) eram recém-nascidos (menor ou igual a 28 dias); 15,5% (n=547) eram crianças com média de idade de 8,5 meses (mínimo: 0,0; máximo: 56); e os demais (n=239; 6,8%) correspondiam a natimortos, fetos e abortos espontâneos. Foram registrados 69 óbitos fetais: 13 ocorridos em 2015; 40 em 2016; cinco em 2017; seis em 2018; um em 2019 e quatro com data ignorada.

Dentre os nascidos vivos, 12,4% (409/3.305) evoluíram para óbito, notificados no SIM ou Resp, com média de idade de 10,9 meses (mínimo: 0,0; máximo: 56). Destes, nove ocorreram em 2020 e eram residentes de Pernambuco (3), Alagoas (2), Bahia (1), Goiás (1), Paraíba (1) e Santa Catarina (1).

Casos em Investigação

Do total de casos notificados, 2.835 permanecem em investigação até a SE 25/2020 (Tabela 1), representando: 4% (166) do total de notificações de

2015, 8% (709) de 2016, 16% (428) de 2017, 25% (436) de 2018, 47% (704) de 2019 e 84% (392) de 2020 (Figura 3A). Os estados que possuem os maiores números de casos em investigação, em ordem decrescente, são: Bahia (451 casos), seguido de São Paulo (336), Tocantins (284), Espírito Santo (222), Rio de Janeiro (220), Paraíba (197), Minas Gerais (176), Alagoas (134), Pará (122), Pernambuco (118), Mato Grosso (105) e Rio Grande do Norte (101) – Figura 3B.

Atenção à saúde

No que diz respeito ao cuidado em saúde, as informações acompanhadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde demonstram que, dos casos confirmados para SCZ ou outras etiologias infecciosas entre 2015 e a SE 25 de 2020, 60% (n=1.797) dos recém-nascidos e crianças, exceto os que evoluíram para óbito, recebem atendimento na atenção primária. As regiões com os maiores percentuais de atendimento foram Nordeste (65,2%) e Sul (60,5%). Para atenção especializada, 55% (n=1.649) desses casos recebem atendimento. As regiões com os maiores percentuais na atenção especializada foram Nordeste (57,3%) e Centro-Oeste (55,8%) – Tabela 2.

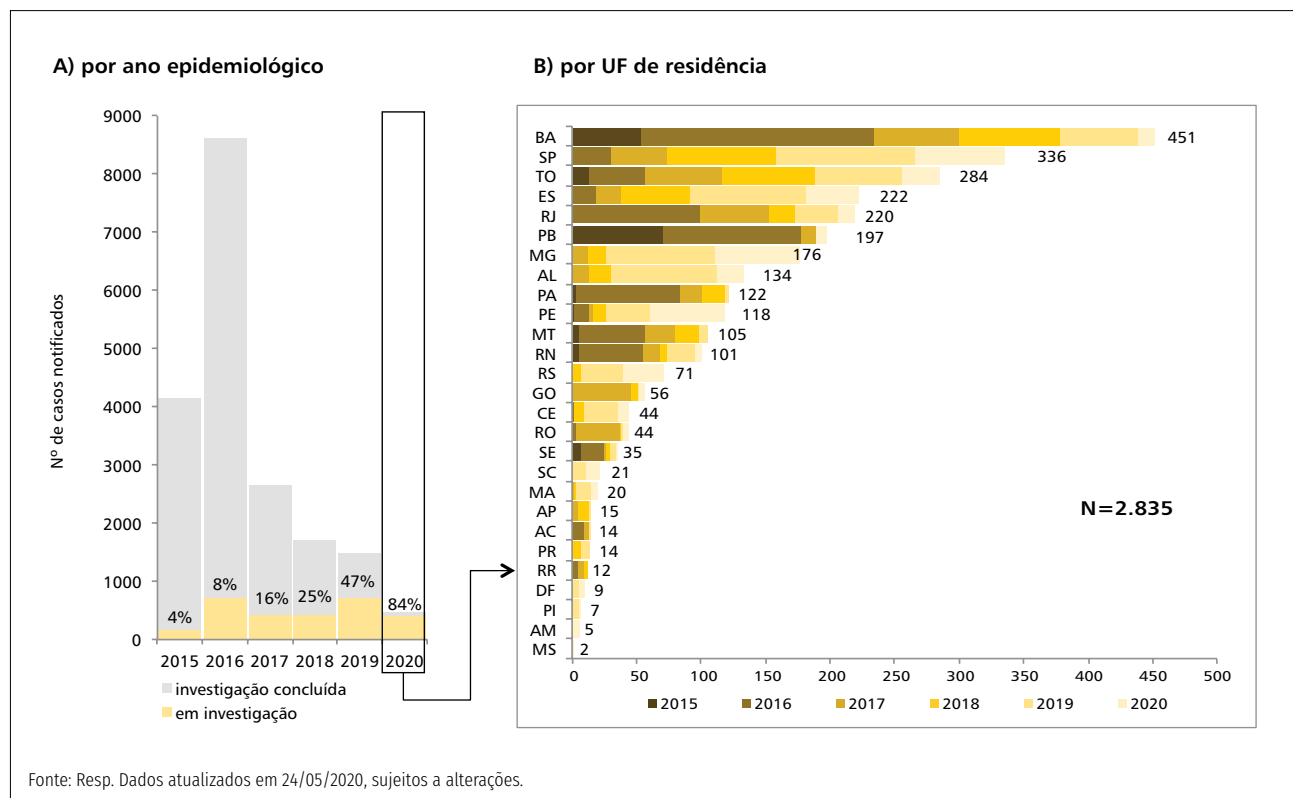


FIGURA 3 Distribuição dos casos em investigação para síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas por ano epidemiológico de notificação (A) e por UF de residência (B). Brasil, de 2015 até a SE 25 de 2020

Recomendações do Ministério da Saúde

- Manter ativa a notificação dos casos suspeitos de SCZ via Resp, visto que novos casos da doença continuam a ocorrer de maneira sistemática no país;
- Concluir os casos que ainda estão em investigação, seja por busca ativa das crianças nos serviços de atendimento, junto às equipes assistenciais e gestores municipais, ou pelo relacionamento entre bancos de dados;
- Fortalecer a capacidade dos sistemas de Vigilância Epidemiológica para a captação de casos e reforçar as equipes de investigação de campo para garantir a investigação oportuna e adequada dos casos notificados;
- Fortalecer as ações integradas das equipes de vigilância em saúde e atenção à saúde para o desenvolvimento das investigações, o oportuno encaminhamento para o cuidado e o acompanhamento das crianças;
- Manter as atividades dos Comitês Estaduais e acionar, sempre que necessário, os Comitês Técnicos Assessores, incluindo os centros de estudo e pesquisa e os especialistas que vêm desenvolvendo pesquisas sobre o tema;
- Conhecer e utilizar as evidências já encontradas pelas pesquisas desenvolvidas para qualificar os protocolos de cuidado;
- Manter o acompanhamento do cuidado das crianças suspeitas e confirmadas por SCZ e outras etiologias infecciosas, e manter o envio destes dados atualizados ao Ministério da Saúde;
- Fortalecer os serviços de atenção à saúde para garantir uma oferta adequada do cuidado;
- Manter as agendas intersetoriais, especialmente com a assistência social, para acompanhamento das ações em desenvolvimento, seja para concessão de benefícios sociais, seja para acesso ao Centro Dia e demais serviços sócio-assistenciais.

Anexos

TABELA 1 Distribuição dos casos notificados de síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas por região, UF de residência e classificação final. Brasil, de 2015 até a SE 25 de 2020

Região/UF de residência	Casos notificados		Classificação final					
	n	%	Investigação	Confirmado	Provável	Descartado	Inconclusivo	Excluído
Norte	1.146	6,0	496	231	6	334	8	71
AC	62	0,3	14	10	-	37	-	1
AP	40	0,2	15	17	-	6	-	2
AM	177	0,9	5	86	5	64	5	12
PA	160	0,8	122	22	-	6	-	10
RO	147	0,8	44	36	1	58	-	8
RR	49	0,3	12	20	-	14	-	3
TO	511	2,7	284	40	-	149	3	35
Nordeste	10.657	55,9	1.107	2.201	381	4.877	479	1.612
AL	839	4,4	134	142	54	280	76	153
BA	2.786	14,6	451	579	156	679	139	782
CE	894	4,7	44	175	93	450	61	71
MA	541	2,8	20	170	54	209	24	64
PB	1.210	6,3	197	222	19	617	11	144
PE	3.071	16,1	118	472	-	2.132	158	191
PI	323	1,7	7	134	3	120	1	58
RN	666	3,5	101	165	2	282	6	110
SE	327	1,7	35	142	-	108	3	39
Sudeste	5.100	26,7	954	716	322	2.681	122	305
ES	577	3,0	222	80	48	195	10	22
MG	1.275	6,7	176	156	69	712	45	117
RJ	1.234	6,5	220	305	67	522	41	79
SP	2.014	10,6	336	175	138	1.252	26	87
Sul	698	3,7	106	95	10	435	3	49
PR	80	0,4	14	10	-	51	-	5
RS	526	2,8	71	61	5	349	-	40
SC	92	0,5	21	24	5	35	3	4
Centro-Oeste	1.471	7,7	172	292	71	606	68	262
DF	333	1,7	9	41	16	113	28	126
GO	595	3,1	56	139	19	256	30	95
MT	465	2,4	105	80	32	204	6	38
MS	78	0,4	2	32	4	33	4	3
Brasil	19.072	100	2.835	3.535	790	8.933	680	2.299

Fonte: Resp. Dados atualizados em 24/05/2020, sujeitos a alterações.

TABELA 2 Distribuição dos casos confirmados de crianças e recém-nascidos vivos para síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, segundo atenção à saúde por região e UF de residência. Brasil, de 2015 até a SE 25 de 2020

Região/UF de residência	Casos confirmados	Atenção primária		Atendimento especializado	
		n	%	n	%
Norte	172	99	57,6	96	55,8
AC	5	4	80,0	3	60,0
AP	12	5	41,7	6	50,0
AM	73	44	60,3	40	54,8
PA	19	3	15,8	-	-
RO	28	19	67,9	22	78,6
RR	13	13	100,0	13	100,0
TO	22	11	50,0	12	54,5
Nordeste	1.910	1.245	65,2	1.095	57,3
AL	120	5	4,2	56	46,7
BA	505	301	59,6	271	53,7
CE	146	22	15,1	30	20,5
MA	161	106	65,8	-	-
PB	183	162	88,5	168	91,8
PE	422	350	82,9	391	92,7
PI	120	119	99,2	-	-
RN	128	88	68,8	91	71,1
SE	125	92	73,6	88	70,4
Sudeste	600	292	48,7	281	46,8
ES	61	29	47,5	19	31,1
MG	124	84	67,7	73	58,9
RJ	267	143	53,6	153	57,3
SP	148	36	24,3	36	24,3
Sul	81	49	60,5	36	44,4
PR	5	5	100,0	4	80,0
RS	57	41	71,9	28	49,1
SC	19	3	15,8	4	21,1
Centro Oeste	234	112	47,9	141	60,3
DF	36	19	52,8	17	47,2
GO	104	24	23,1	43	41,3
MT	66	45	68,2	57	86,4
MS	28	24	85,7	24	85,7
Brasil	2.997	1.797	60,0	1.649	55,0

Fonte: Resp. Dados atualizados em 24/05/2020, sujeitos a alterações.

As informações de atenção à saúde por UF possuem diferentes datas de referência.

Atualizaram os dados no mês de junho: AL, MG, PB, PI, RJ, RN, RR e SP.

***Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE/DASNT/SVS):** Eduardo Marques Macário, Giovanni Vinícius Araújo de França, Valdelaine Etelvina Miranda de Araujo, Ana Cláudia Medeiros de Souza, Augusto César Cardoso dos Santos, João Matheus Bremm, Ronaldo Fernandes Santos Alves, Ruanna Sandrelly de Miranda Alves. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/SAPS):** Daniela de Carvalho Ribeiro, Henrique Bezerra Perminio, Indianara Maria Grando, Sidclei Queiroga de Araujo. **Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCTIE):** Mariana Bertol Leal.

Análise das notificações e mortes por violência envolvendo crianças em 2018

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

A violência contra crianças é um fenômeno global, complexo e endêmico. Constitui-se como um grave problema de Saúde Pública, exigindo ações imediatas e efetivas para seu enfrentamento¹. Estima-se que mais da metade das crianças no mundo sejam vítimas de violência anualmente, representando aproximadamente 1 bilhão de crianças vítimas de abusos físicos, sexual emocionais e negligência todos os anos².

Reconhecendo a natureza difusa e injusta da violência contra crianças, 196 nações ratificaram, em 1989, a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, que declarou a vida sem violência como um direito fundamental das crianças³. Em 2015, a Organização das Nações Unidas (ONU) lançou uma nova Agenda para o Desenvolvimento Sustentável, incorporando, entre suas metas, o enfrentamento da violência contra as crianças⁴. Em 2016, a ONU criou a Parceria Global pelo fim da violência contra crianças e adolescentes (*Global Partnership to End Violence Against Children*) cujo objetivo é erradicar a violência contra crianças e adolescentes em todos os países, comunidades e famílias do mundo. Em 2017, a Parceria Global criou o Inspire, um pacote de medidas técnicas que descreve sete estratégias bem-sucedidas para reduzir a violência contra as crianças⁵. O Brasil passou a fazer parte da Parceria Global em 2018.

No Brasil, a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990, solidificou no panorama legal o dever do Estado de garantir, junto à família e à sociedade, os direitos fundamentais das crianças e adolescentes⁶, sendo obrigatória a notificação de violências contra essa população ao conselho tutelar. No âmbito da saúde, a vigilância das violências contra crianças é realizada por meio do componente contínuo do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva/Sinan), sendo a notificação de violências compulsória para todos os serviços de saúde^{7,8}. A expressão máxima dessas violências se apresenta no óbito, cuja vigilância é realizada através do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)⁹.

Nesse sentido, este boletim objetiva descrever o perfil dos casos notificados e dos óbitos por violência contra crianças, no Brasil, em 2018. Esta análise poderá contribuir para a conscientização sobre o problema, e para a proposição e aprimoramento de políticas públicas para o seu enfrentamento, além de apoiar a prevenção da violência e a promoção de uma cultura de paz.

Métodos

Foi realizado um estudo descritivo do perfil epidemiológico dos homicídios e das violências contra crianças notificadas pelos serviços de saúde, em 2018, no Brasil. Este estudo delimita como crianças os indivíduos com idade entre zero e 9 anos, conforme a convenção elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e adotada pelo Ministério da Saúde¹⁰.

Os dados sobre óbitos utilizados neste estudo foram extraídos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Os dados sobre notificações foram extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), a partir das fichas de notificação individual de violência interpessoal/autoprovocada. Os dados de notificações referentes ao ano de 2018 são preliminares e foram extraídos em junho de 2020. As bases de dados desse ano ainda passarão por limpeza e exclusão de duplicidade pelo Ministério da Saúde e, portanto, estarão sujeitas a alterações.

Foram considerados como casos de violência interpessoal aqueles cujos campos “lesão autoprovocada” e “relação com a pessoa atendida – própria pessoa” estavam preenchidos como “não”.

Resultados

Entre 2011 a 2018 (dado preliminar) o número de notificações de violência contra criança, no Brasil, mais do que triplicou, passando de 13.249 para 45.967.

Esse resultado não reflete a prevalência do fenômeno da violência na população brasileira, mas a ampliação da capacidade de captação e cobertura do sistema de Viva-Sinan (Figura 1). Nesse mesmo período, verificou-se um aumento substancial da cobertura do Viva/Sinan, no Brasil, de 2.114 municípios notificantes (38,0%), em 2011, para 4.381 municípios notificantes (78,7%), em 2018 (dado não apresentado nos resultados).

Dos casos de violência interpessoal contra crianças notificados no Viva/Sinan em 2018, a maior parte das vítimas eram do sexo feminino (54,4%, n=25.011) e negra (47,9% dos casos, n=22.023). A maioria dessas violências ocorreu nas residências (67,1%, n=30.825) e foi perpetrada pelo familiar (97,8%, n=44.936). O tipo de violência mais comum foi a negligência/abandono (53,4% dos casos, n=24.538), seguida de violência sexual, 26,5% dos casos (n=12.178). (Tabela 1).

Entre 2011 e 2018 foram registrados 5.865 óbitos de crianças por homicídio no Brasil. Neste período foi observado um aumento de 6,6% no número destes óbitos. O pico, entretanto, ocorreu em 2013, ano em que ocorreram 357 óbitos de crianças por esta causa (Figura 2).

Em 2018, a taxa de mortalidade por homicídios foi maior entre meninos (10,7 óbitos/100 mil habitantes). O meio mais prevalente, registrado como causa básica de óbito, foi a arma de fogo (2,22 óbitos/100 mil habitantes), seguida por agressão por objeto contundente (1,23 óbitos/100 mil habitantes) e cortante, que são as armas brancas (1,13 óbitos/100 mil habitantes) (Tabela 2). O maior número de óbitos foi observado em Roraima (n=35), perfazendo uma taxa de mortalidade de 31,8 óbitos/100 mil habitantes (Figura 3).

Discussão

A violência contra crianças é uma grave violação de direitos que tende a se perpetuar entre as gerações, mantendo assim um ciclo de violência¹¹. Trata-se de um fenômeno altamente prevalente no Brasil e no mundo, afetado crianças de todas as classes sociais, sexos e raças. Essas violências podem ser definidas como: atos ou omissões dos pais, parentes, responsáveis, instituições e, em última instância, da sociedade em geral, que redundem em dano físico, emocional, sexual e moral às vítimas, seres em formação¹²⁻¹⁴.

O estudo apontou para uma maior frequência de violências notificadas contra crianças de 0 a 9 anos do sexo feminino e da raça/cor negra. A natureza de

violência mais frequente foi a negligência, seguida das violências sexuais e físicas, perpetradas quase na sua totalidade por familiar e na residência. Já o perfil de mortalidade revelou meninos como as principais vítimas, e a arma de fogo é o principal meio de agressão, seguido de objetos contundentes e cortantes. Roraima foi o estado com maior frequência e taxa de homicídio, o que indica que este estado possui o maior risco de crianças morrerem por agressão.

Segundo o Viva Inquérito, pesquisa realizada em serviço de urgência das capitais brasileiras em 2017, os atendimentos por violência intrafamiliar representaram 68,1% do total de atendimentos por agressões de crianças de 0 a 9 anos¹⁵, demonstrando a importância da violência familiar no conjunto de violências perpetradas contra crianças. Além disso, estima-se que, para cada caso identificado de violência contra a criança, outros vinte permanecem ocultos¹⁶.

Considerando que, em princípio, a família deve representar um ambiente de segurança e zelo para o desenvolvimento infantil, a elevada prevalência de violência familiar contra crianças se mostra particularmente grave, produzindo cenários de prática de crimes e violações de direitos que, frequentemente, permanecem ocultos, mantendo a criança desamparada¹⁷. Nesse sentido, a compressão do fenômeno da violência familiar, envolvendo o conhecimento sobre suas causas e consequências, é fundamental para orientar ações de enfrentamento.

A violência contra crianças é um problema complexo e multifacetado, com causas relacionadas ao indivíduo, relacionamento próximo, comunidade e níveis sociais, impactando comunidades, famílias, relacionamentos e a maneira como as crianças experimentam suas vidas diárias¹⁸. Um fator chave para sua perpetuação é a tolerância da violência pela sociedade, dentro de uma cultura de naturalização, que, somada à vergonha, o medo e a percepção de desamparo, resulta em baixos níveis de comunicação às autoridades.

As consequências da violência para criança são múltiplas e tendem a se propagar entre gerações. As experiências adversas na infância resultam em sequelas para a vida, constituindo importantes fatores de risco para transtornos psiquiátricos e suicídio, além do tabagismo, abuso de álcool e drogas e comportamentos sexuais de risco¹⁹. Além disso, as experiências de violência vivenciadas pelas crianças, principalmente em casa, podem ser aprendidas como comportamentos normais de resolução de conflitos, sendo naturalizados e adotados como modelo de comportamento, perpetuando o ciclo da violência²⁰.

A prevenção da violência contra crianças, portanto, contribui para a prevenção de uma gama muito mais ampla de distúrbios mentais e físicos, incluindo doenças não transmissíveis e a perpetuação da violência¹⁹. Desse modo, as ações e programas de enfrentamento devem ampliar seu escopo para além do cuidado integral as vítimas, geralmente organizado na lógica da natureza da violência, e disparado a partir da notificação do caso. Torna-se necessária a prevenção considerando os fatores de risco, as circunstâncias e o contexto para a compreensão e correto manejo do problema. A interação entre fatores de risco em diferentes níveis de determinação se faz tão importante quanto a influência de fatores dentro um mesmo nível de determinação¹⁸.

A prevenção da violência contra crianças envolve, portanto, a implementação de medidas para: criar ambientes familiares seguros, sustentáveis e acolhedores, e fornecer ajuda e apoio especializados para famílias em risco de violência; modificar ambientes inseguros através de mudanças físicas e atenção psicossocial; reduzir fatores de risco em espaços públicos (por exemplo, escolas, locais onde jovens pessoas se reúnem) para reduzir a ameaça de violência; abordar as desigualdades de gênero nos relacionamentos, em casa, na escola, no local de trabalho etc.; mudar as atitudes e práticas culturais que apoiam o uso de violência; garantir que estruturas legais proíbam todas as formas de violência contra crianças e limitar o acesso dos jovens a produtos nocivos, como álcool e armas de fogo; garantir o acesso a serviços de qualidade para crianças afetadas por violência; eliminar as iniquidades culturais, sociais e econômicas que contribuem para a perpetuação de violência; e coordenar as ações dos múltiplos setores que têm papel a desempenhar prevenção e resposta à violência contra crianças²¹.

Assim, torna-se necessário fortalecer um modelo de cuidado ampliado à saúde, com inserção oportuna e qualificada das vítimas diretas e indiretas das violências na rede de atenção e proteção. Nesse sentido, reforça-se a necessidade de compreender a indissociabilidade da vigilância e da atenção em saúde, tendo a notificação de violência o papel de disparador do cuidado. Nesse aspecto, é importante reconhecer o papel estratégico e estruturador da atenção primária à saúde e do agente comunitário de saúde, que constitui o elo entre comunidade e serviço de saúde, dentro do território. Torna-se, ainda, fundamental sensibilizar e treinar as equipes de saúde para a captação de casos, muitas vezes disfarçados e velados, e manejo correto. Para além disso, torna-se essencial trabalhar o tema das violências nas comunidades, para promover a compreensão do problema pela sociedade, enfrentando o processo de naturalização da violência.

Por outro lado, é fundamental trabalhar a prevenção das violências a partir dos fatores de risco e das vulnerabilidades que a sustentam, compreendendo o papel estruturante da infância na interrupção do ciclo da violência e na construção da cultura de paz. Nesse contexto, iniciativas como a Nurse-Family Partnership²² e o programa Family Connections²³ – programas de visitas domiciliares focados no enfrentamento de vulnerabilidades e fatores de risco, se mostram estratégicas.

No Brasil, o programa Criança Feliz foi criado, em 2016, como um programa intersetorial objetivando a promoção do desenvolvimento integral de criança, considerando suas famílias e contextos sociais^{24,25}. Fundamentado em dois eixos, de visitas domiciliares e integração das políticas de atenção à primeira infância, com foco no território e no fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, o programa se caracteriza como uma importante resposta à necessidade de se fortalecer o desenvolvimento positivo da primeira infância.

Anexos

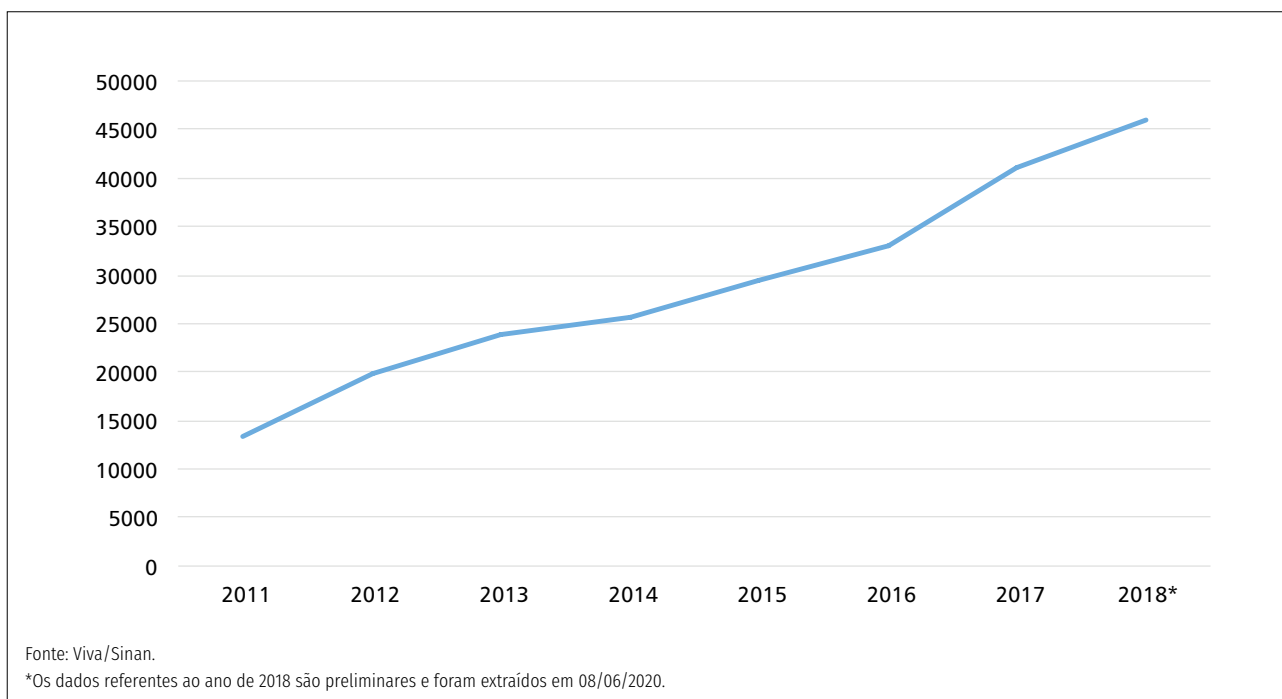


FIGURA 1 Número de notificações de violência interpessoal contra crianças registradas no Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva/Sinan) segundo ano de notificação, Brasil (2011 a 2018*)

TABELA 1 Número e percentual de notificações de violência interpessoal contra crianças registradas no Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva/Sinan) segundo características selecionadas, Brasil (2018*)

Características		Número de notificações	%
Sexo da vítima	Feminino	25011	54,4%
	Masculino	20927	45,5%
Raça/cor da vítima	Negro	22023	47,9%
	Branco	18600	40,5%
	Indígena	395	0,9%
	Amarelo	184	0,4%
Local de ocorrência da violência	Residência	30825	67,1%
	Outro	5226	11,4%
	Via pública	2417	5,3%
	Escola	1491	3,2%
	Comércio/serviços	1018	2,2%
	Outros locais	697	1,5%

Continua

Conclusão

	Características	Número de notificações	%
Tipo de violência	Negligência/abandono	24538	53,4%
	Sexual	12178	26,5%
	Física	11165	24,3%
	Psicológica	6405	13,9%
	Outro tipo de violência	1008	2,2%
	Tortura	590	1,3%
	Financeira/patrimonial	294	0,6%
	Trabalho Infantil	231	0,5%
	Intervenção legal	85	0,2%
	Tráfico de seres humanos	24	0,1%
Vínculo da vítima com provável agressor	Familiar	44936	97,8%
	Outros vínculos	5691	12,4%
	Conhecido	4944	10,8%
	Desconhecido	1505	3,3%

Fonte: Viva/Sinan.

*Os dados referentes ao ano de 2018 são preliminares e foram extraídos em 08/06/2020

**O número total neste caso não reflete o número total de notificações de violência sexual, tendo em vista que uma mesma notificação pode registrar mais de um tipo de violência e mais de um tipo de autor.

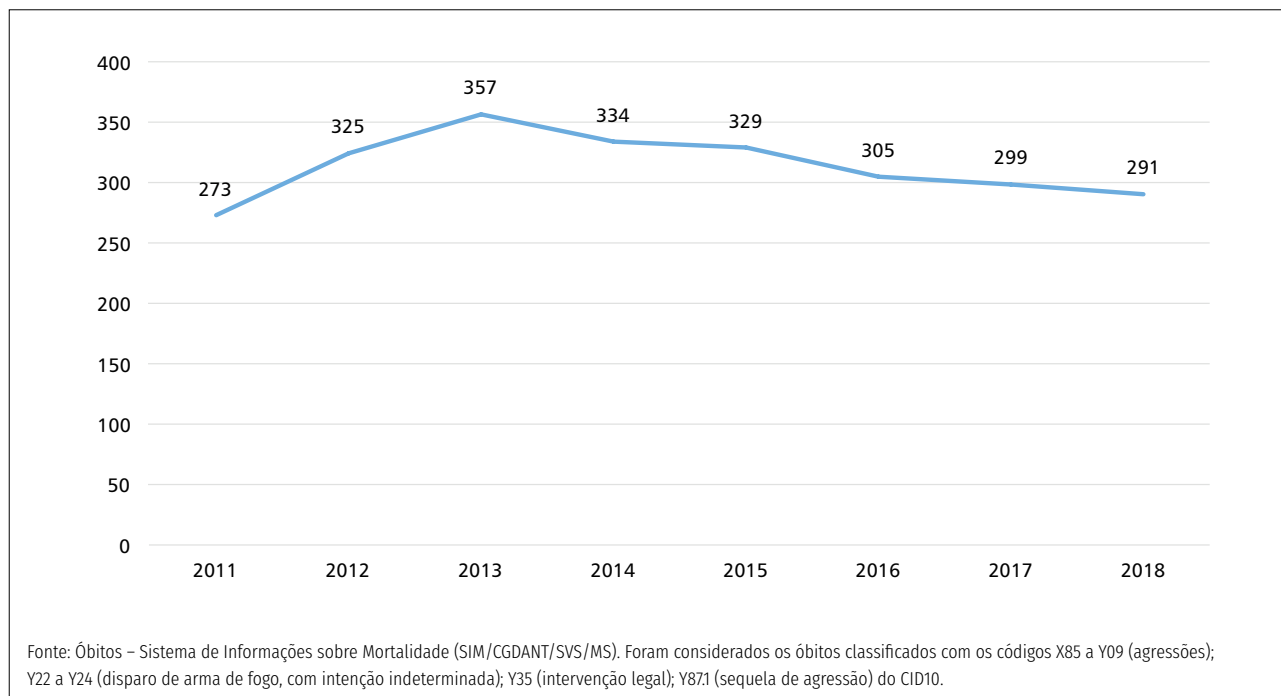
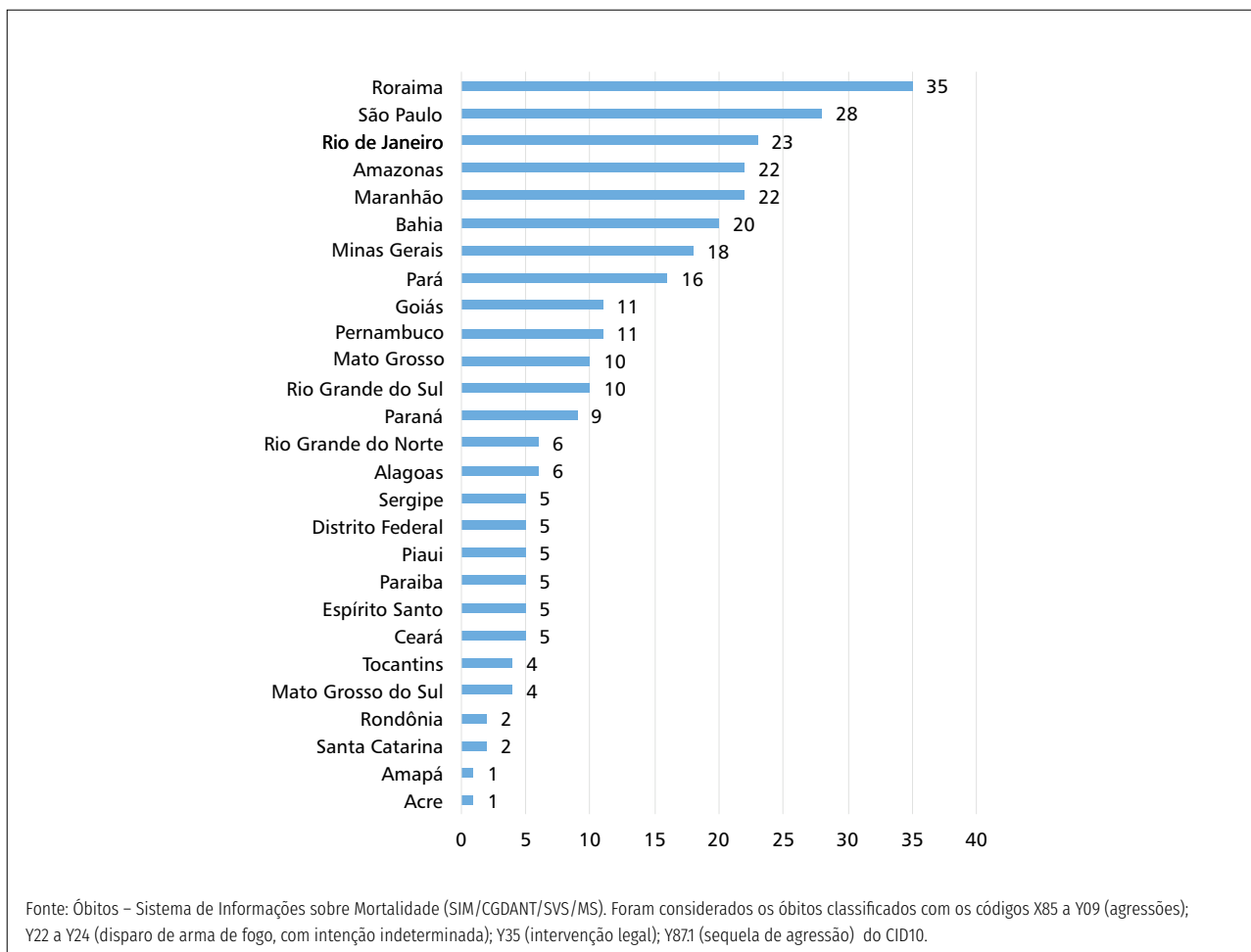


FIGURA 2 Óbitos de crianças por homicídio segundo ano de ocorrência do óbito, Brasil (2011-2018)

TABELA 2 Número de óbitos e taxa de mortalidade de crianças por homicídio segundo características selecionadas, Brasil (2018)

Características		Número de óbitos	Taxa bruta de mortalidade (/100mil hab.)
Sexo da vítima	Feminino	130	9,07
	Masculino	161	10,73
Causa básica do óbito	Agressão com arma de fogo (X93-X95)	65	2,22
	Agressão com estrangulamento (X91)	23	0,78
	Agressão com força corporal (Y04)	11	0,38
	Agressão com fumaça, fogo e chamas (X97)	3	0,10
	Agressão com objeto contundente (Y00)	36	1,23
	Agressão com objeto cortante (X99)	33	1,13
	Agressão com outros meios (X85-X90, X92, X96, X98, Y01-Y03, Y05-Y08)	57	1,94
	Agressão por meios não especificados (Y09)	57	1,94
	Disparo por arma de fogo de intenção indeterminada (Y22-Y24)	5	0,17
	Intervenção legal e operações de guerra (Y35/Y36)	1	0,03
	Sequelas de Agressão (Y871)	0	0,00

Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-MS), População residente - IBGE 2018. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos X85 a Y09 (agressões); Y22 a Y24 (disparo de arma de fogo, com intenção indeterminada); Y35 (intervenção legal); Y871 (sequela de agressão) do CID10.

**FIGURA 3** Óbitos de crianças por homicídio segundo Unidade Federada de residência da vítima, Brasil (2018)

Referências

1. Ferreira CLS, Côrtes MCJW, Gontijo ED. Promotion of children's rights and prevention of child abuse. *Cienc e Saude Coletiva*. 2019;24(11):3997–4008.
2. Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates. *Pediatrics*. 2016;137(3):e20154079.
3. UNICEF. Convention on the Rights of the Child. 1989. Disponível em: <https://bit.ly/2BQ1Wbm>. Acesso em 12 de junho de 2020.
4. UNITED NATIONS. Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development. 2016. Disponível em: encurtador.com.br/agR48. Acesso em 12 de junho de 2020.
5. WHO, CDC. Global Partnership to End Violence Against Children, et al. INSPIRE: seven strategies for ending violence against children. Geneva: WHO, 2017.
6. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional. 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF)*, 2011 jan 26; Seção 1:37.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF)*, 2014 jun 9; Seção 1:67.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade. Disponível em: <https://bit.ly/3iK7xAI>. Acesso em 12 de junho de 2020.
10. BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde, 2010.
11. Sanchez RN. O enfrentamento da violência no campo dos direitos de crianças e adolescentes. *Pacto pela paz uma constatação possível São Paulo Fundação Petróp*. 2003;39–46.
12. Assis SG De. Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectivas para o futuro. *Cad Saude Publica*. 1994;10:S126–34.
13. Guerra VN de A. Violência física doméstica contra crianças e adolescentes e a imprensa: do silêncio à comunicação. São Paulo Pontifícia Univ Católica. 1996;
14. Deslandes SF. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. *Cad Saude Publica*. 1994;10:S177–87.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Viva Inquérito 2017: Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência – Capitais e Municípios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
16. ABRAPIA - Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção a Infância e Adolescência. *Maus tratos contra crianças e adolescentes: proteção e prevenção*. 2. ed. Rio de Janeiro, 1997
17. WHO. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. 2006. Disponível em: <https://bit.ly/321oK2v>.
18. WHO, KRUG, Etienne G. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002. <https://bit.ly/206uOyv>

19. Marques ES, Moraes CL de, Hasselmann MH, Deslandes SF, Reichenheim ME. A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. *Cad Saude Publica*. 2020;36(4):e00074420.
20. MacKenzie MJ, Nicklas E, Brooks-Gunn J, Waldfogel J. Spanking and children's externalizing behavior across the first decade of life: Evidence for transactional processes. *J Youth Adolesc*. 2015;44(3):658–69.
21. WHO. Global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multi-sectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children. WHO Press Geneva; 2016.
22. Olds DL. Preventing crime with prenatal and infancy support of parents: The nurse-family partnership. *Vict Offenders*. 2007;2(2):205–25.
23. DePanfilis D, Dubowitz H. Family connections: A program for preventing child neglect. *Child Maltreat*. 2005;10(2):108–23.
24. BRASIL. Decreto no 8.869, de 5 de outubro de 2016. Institui o Programa Criança Feliz.
25. BRASIL. Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017. *Bol Epidemiológico* [Internet]. 2018;49(27):1–17. Available from: <https://bit.ly/3iEqncx>

***Coordenação-Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis (CGDANT/DASNT/SVS):** Érika Carvalho de Aquino, Rayone Moreira Costa Veloso Souto, Rafael Bello Corassa.

Situação epidemiológica da hanseníase em 2019: um olhar para os principais indicadores do programa

Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças em Eliminação (CGDE/DCCI/SVS)*

Objetivo

Apresentar a situação epidemiológica da hanseníase no ano de 2019.

Aspectos metodológicos

Fizeram parte da população de estudo os casos novos de hanseníase diagnosticados no Brasil, nas Unidades da Federação (UF) e nos municípios em 2019, registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Para a construção das taxas, foram utilizadas as estimativas populacionais e projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O método de cálculo dos indicadores está descrito no Manual para tabulação dos indicadores de hanseníase¹.

Situação epidemiológica

No ano de 2019, foram diagnosticados 27.864 casos novos de hanseníase, com redução de 2,78% dos registros em relação a 2018, que contou com 28.660 casos novos. A taxa de detecção geral de casos novos da doença no Brasil foi de 13,23 casos para cada 100 mil habitantes (hab.), valor próximo ao observado em 2018, que foi de 13,70 casos para cada 100 mil hab. Vale salientar que esse resultado mantém o país em um parâmetro de alta endemicidade. O Mato Grosso foi a Unidade da Federação com a maior taxa observada no país, registrando 129,38

casos por 100 mil habitantes, seguido de Tocantins e Maranhão, UF consideradas hiperendêmicas para a hanseníase. As menores taxas de detecção são identificadas em dois estados da região Sul do país, Rio Grande do Sul e Santa Catarina, com taxas de 0,81 e 1,99 casos por 100 mil hab., respectivamente. Embora a hanseníase esteja presente em todos os estados brasileiros, há uma concentração da doença nas regiões mais ao centro e norte do país, com municípios que apresentam parâmetros hiperendêmico e muito alto, conforme padrão observado nos últimos anos (Figura 1).

Na população menor de 15 anos, foram diagnosticados 1.545 casos novos de hanseníase em 2019, 9,38% a menos do que em 2018, que contou com 1.705 casos novos da doença nessa faixa etária. Apesar disso, a taxa de detecção de casos novos em crianças em 2019 foi semelhante à de 2018, com 3,44 e 3,72 casos para cada 100 mil hab., respectivamente, com manutenção do parâmetro alto. De modo semelhante à detecção geral, as primeiras posições com relação à taxa de detecção são ocupadas por Tocantins, Mato Grosso e Maranhão, com 25,03, 22,76 e 13,59 casos por 100 mil hab., respectivamente. São Paulo e os estados da região Sul foram os que apresentaram as menores taxas em menores de 15 anos. O Acre foi a única UF que não registrou casos novos de hanseníase nessa população em 2019. Na análise por município, evidencia-se que, dos 599 que notificaram casos novos nessa faixa etária, 411 (68,6%) foram considerados hiperendêmicos, principalmente os dos estados do Mato Grosso, Amazonas, Tocantins e Maranhão (Figura 2).

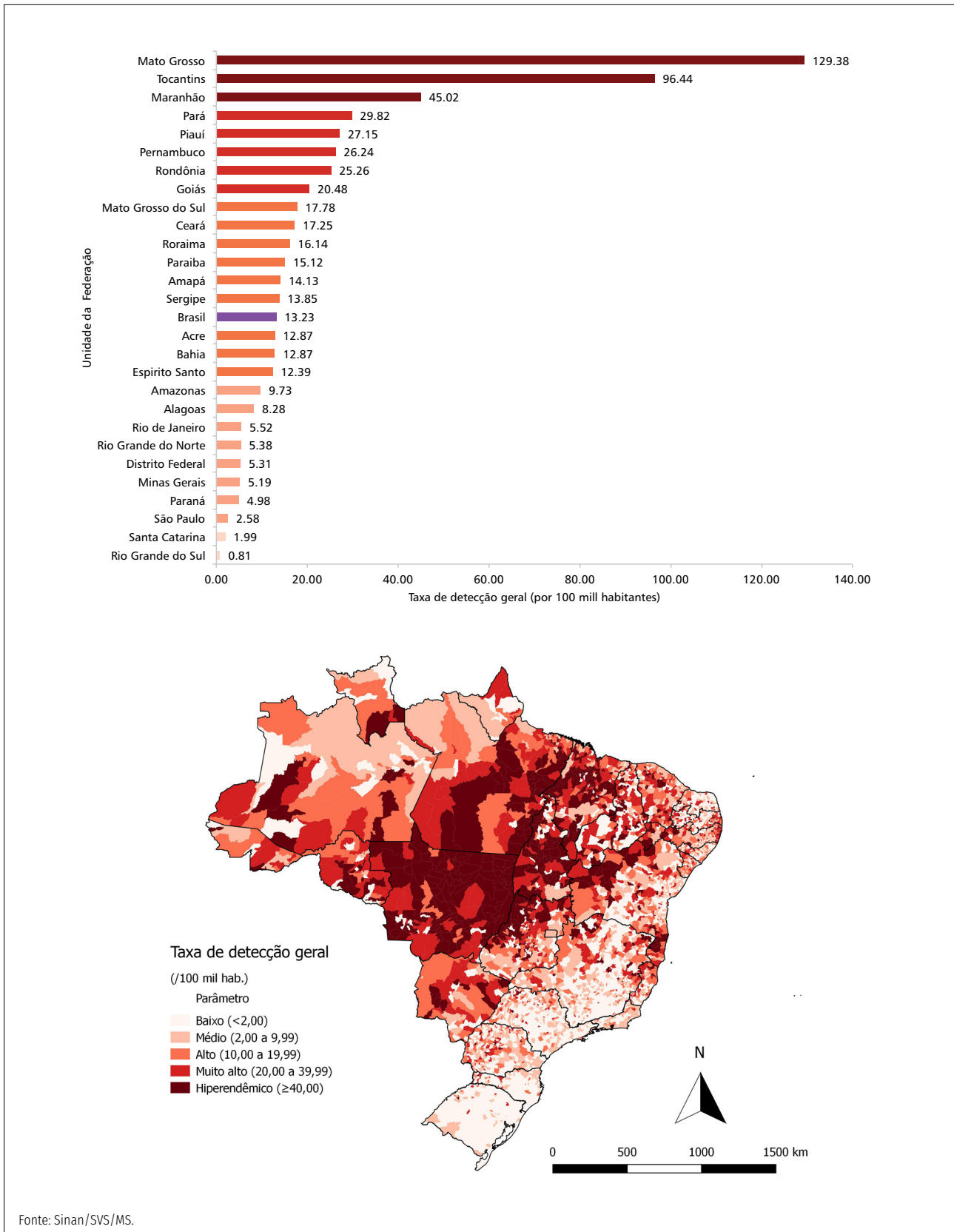


FIGURA 1 Taxa de detecção geral de casos novos de hanseníase. Brasil, Unidades da Federação e municípios, 2019

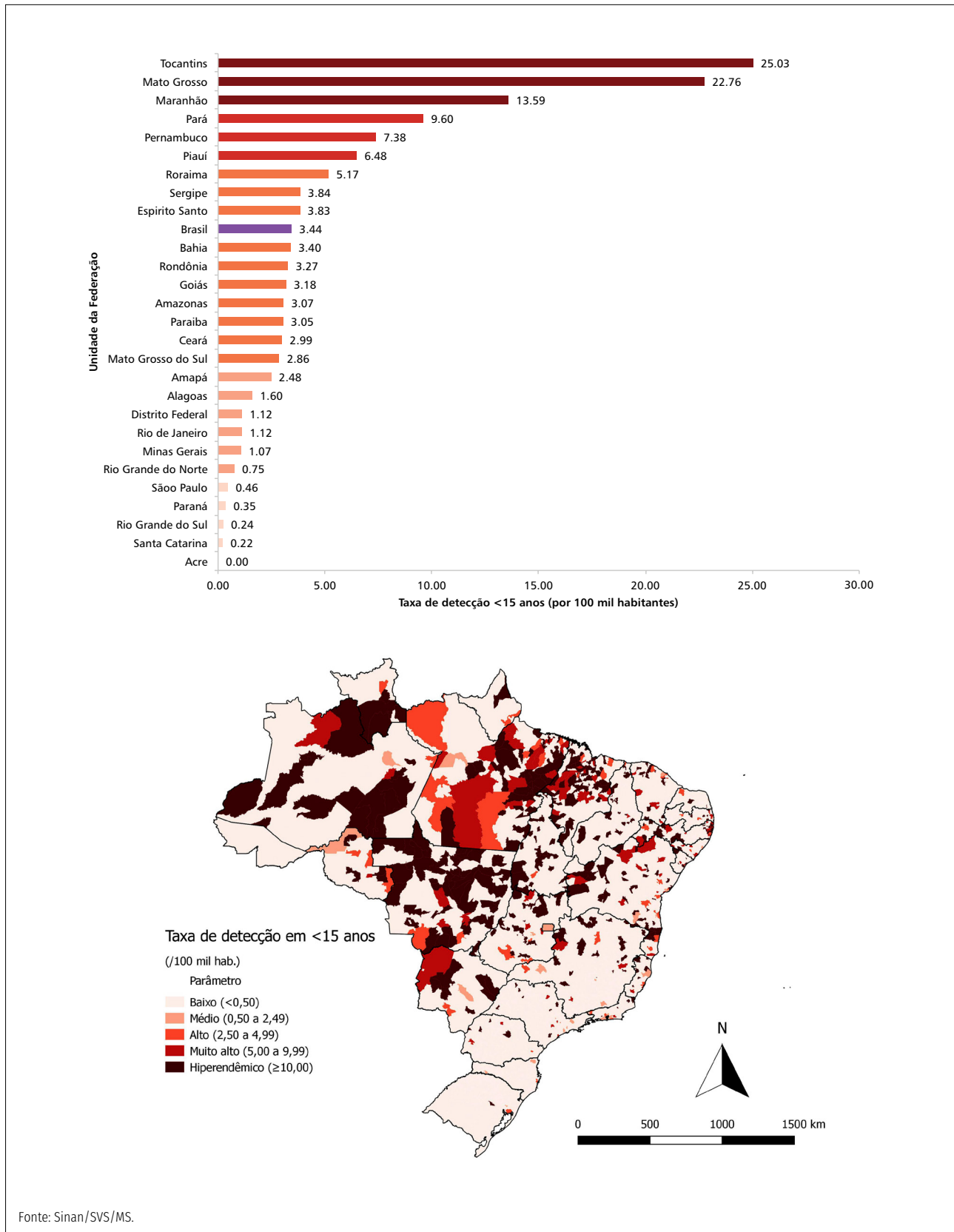


FIGURA 2 Taxa de detecção de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos. Brasil, Unidades da Federação e municípios, 2019

A proporção de grau de incapacidade física (GIF) 2 entre os avaliados está relacionada à efetividade das ações para detecção precoce de casos. No Brasil, em 2019, foram identificados 2.351 casos novos com GIF 2 no diagnóstico, um aumento de 11,47% em comparação com o ano de 2018. Por sua vez, a proporção de GIF 2 foi de 9,9%, o que corresponde a um incremento de 16,4% em relação ao resultado desse indicador em 2018. Nesse contexto, o país mantém-se em um parâmetro médio de endemicidade para esse indicador. As maiores proporções foram identificadas no Rio Grande do Sul, São Paulo e Minas Gerais, e as menores, no Piauí, Amapá e Distrito Federal. Ao analisar os municípios brasileiros, 2.258 apresentaram o percentual de casos com grau de incapacidade física avaliado maior ou igual a 75%; destes, 605 (26,7%) tiveram proporções de GIF 2 com parâmetro alto. A distribuição espacial dos municípios com proporção de GIF 2 maior ou igual a 10% ocorre de maneira relativamente homogênea em todas as UF (Figura 3).

A taxa de GIF 2 é um indicador proposto em uma das três metas da Estratégia Nacional para Enfrentamento da Hanseníase 2019-2022². Pretende-se reduzir a taxa de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física de 10,08 para 8,83 casos/1 milhão hab., até o final de 2022. Em 2019, essa taxa foi de 11,16 casos por 1 milhão de habitantes, representando um aumento de 10,71% em relação a 2018. Novamente, Tocantins, Mato Grosso e Maranhão aparecem como as UF com as maiores taxas de GIF 2 no país, enquanto a menor é observada no Rio Grande do Sul (Figura 4).

A vigilância de contatos é a principal estratégia do programa de hanseníase, tendo alcançado avanços nos últimos anos. Em 2019, o Brasil apresentou uma proporção de 82,4% de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes, o que representa um aumento de 1,22% em relação a 2018. Destacam-se quatro UF com parâmetro bom, ou seja, proporções de contatos examinados iguais ou superiores a 90%. O Paraná foi a UF que mais se destacou, com 94,7%, enquanto o Amapá apresentou a menor proporção, com apenas 58,6% de contatos examinados (Figura 5).

Quanto à cura, o Brasil apresentou, em 2019, uma proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes de 79,4%, valor considerado regular. As maiores proporções desse indicador foram encontradas no Amazonas, Espírito Santo, Acre e Paraná, UF que possuem um parâmetro bom. Conseqüentemente, os municípios dessas UF foram os que apresentaram maiores proporções de cura. O Distrito Federal é a UF que apresentou a proporção mais baixa de cura, com 61,3%, seguido do Rio Grande do Sul e Paraíba; essas UF estão em situação precária, com proporções muito aquém do esperado (Figura 6).

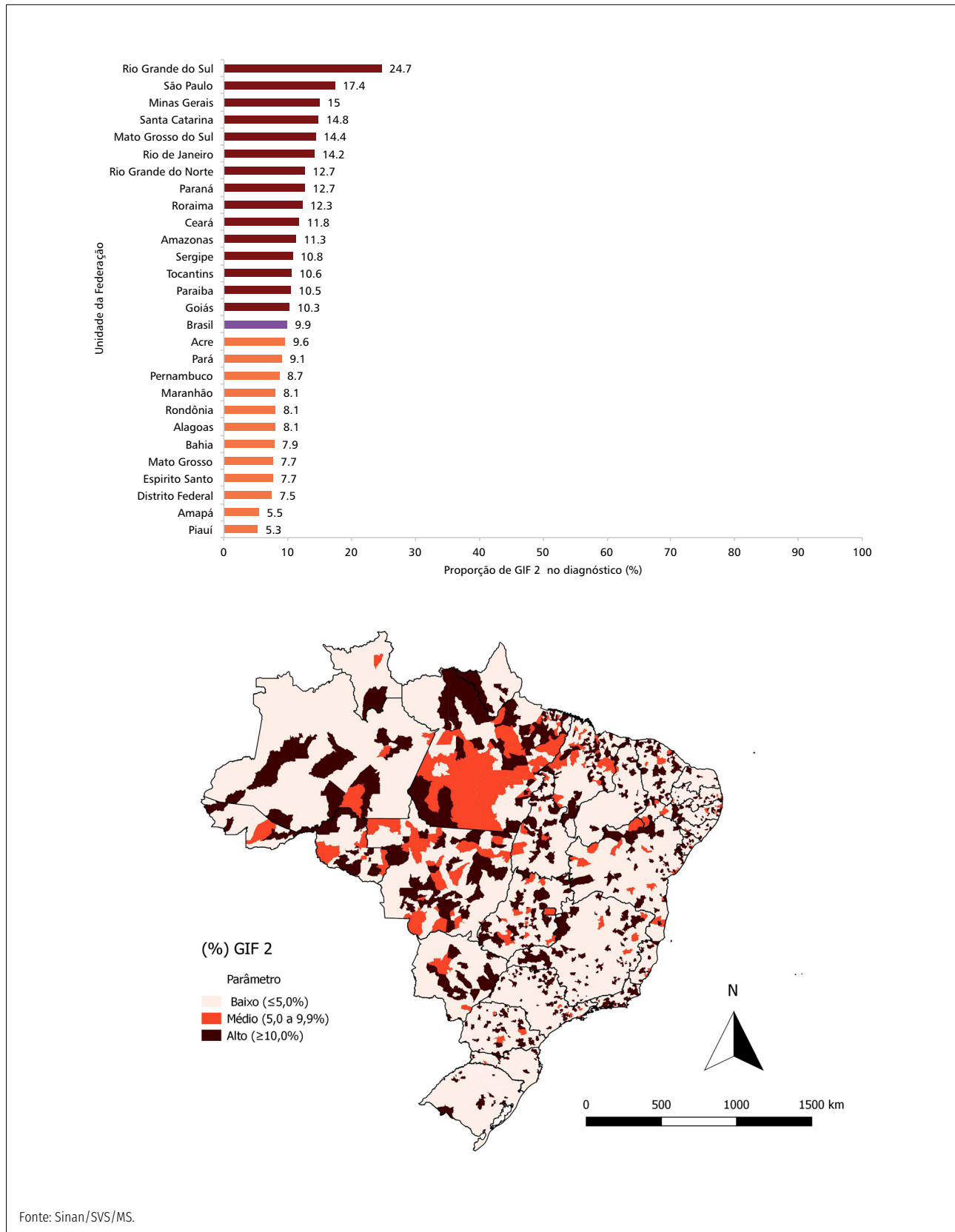


FIGURA 3 Proporção de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico. Brasil, Unidades da Federação e municípios, 2019

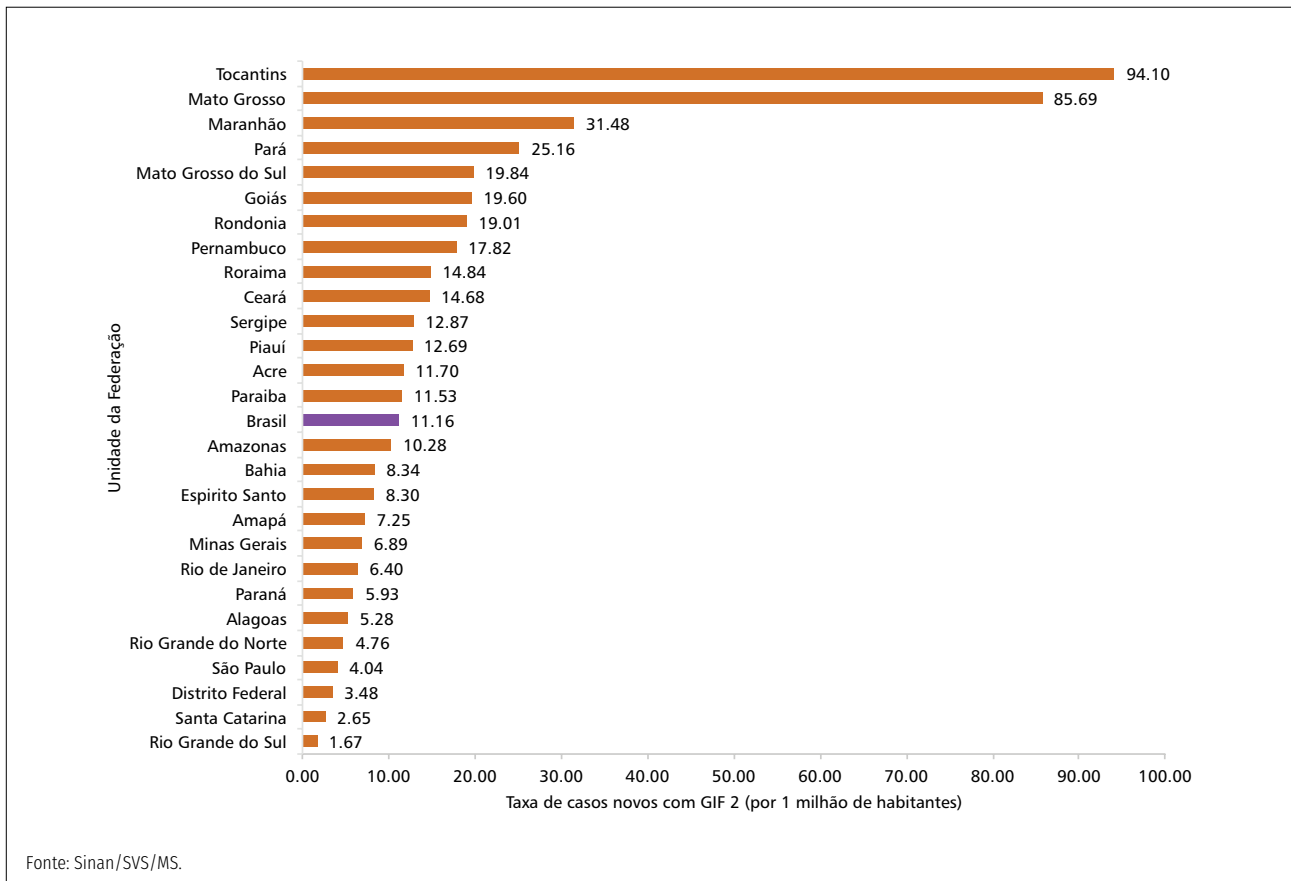


FIGURA 4 Taxa de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico. Brasil e Unidades da Federação, 2019

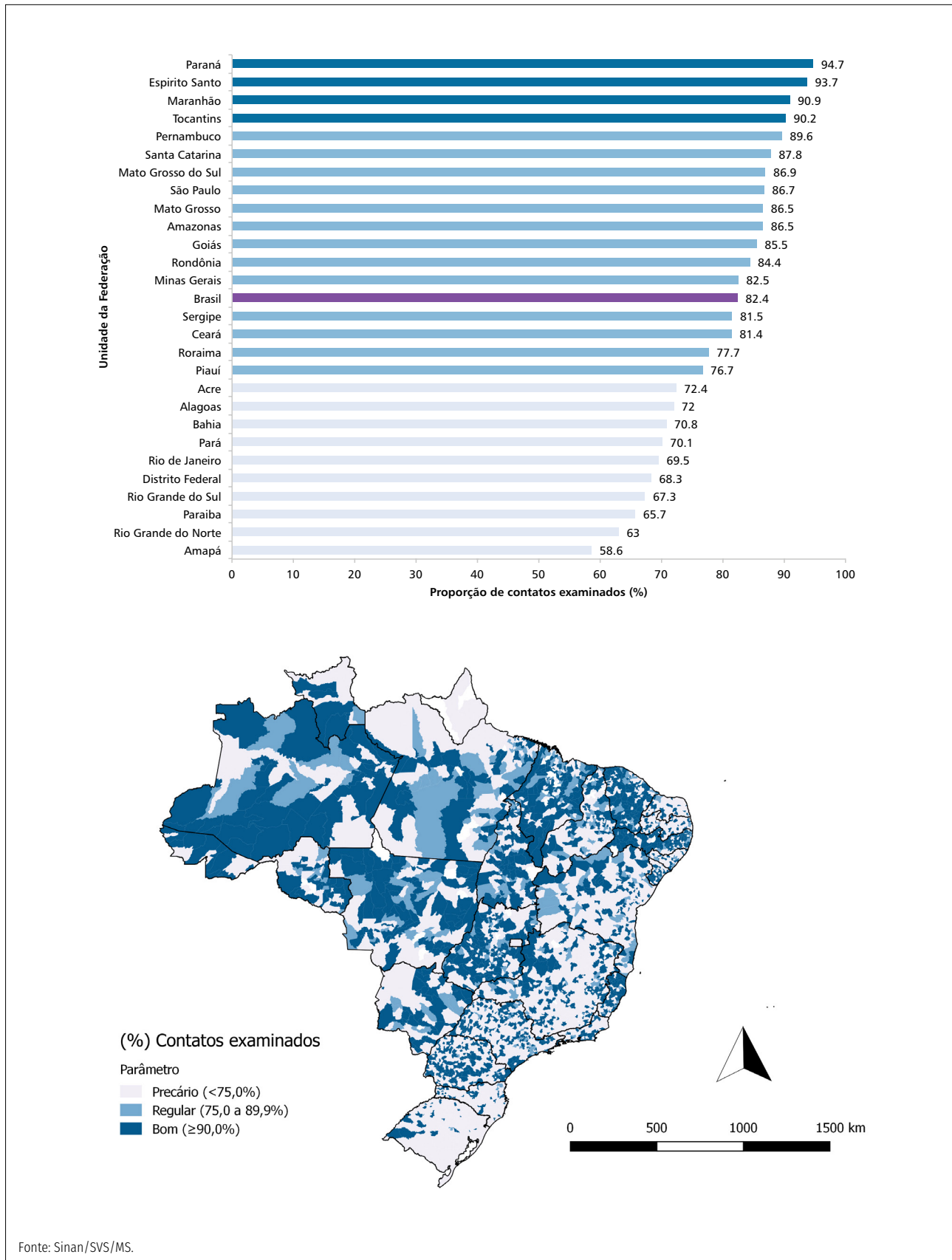


FIGURA 5 Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes. Brasil, Unidades da Federação e municípios, 2019

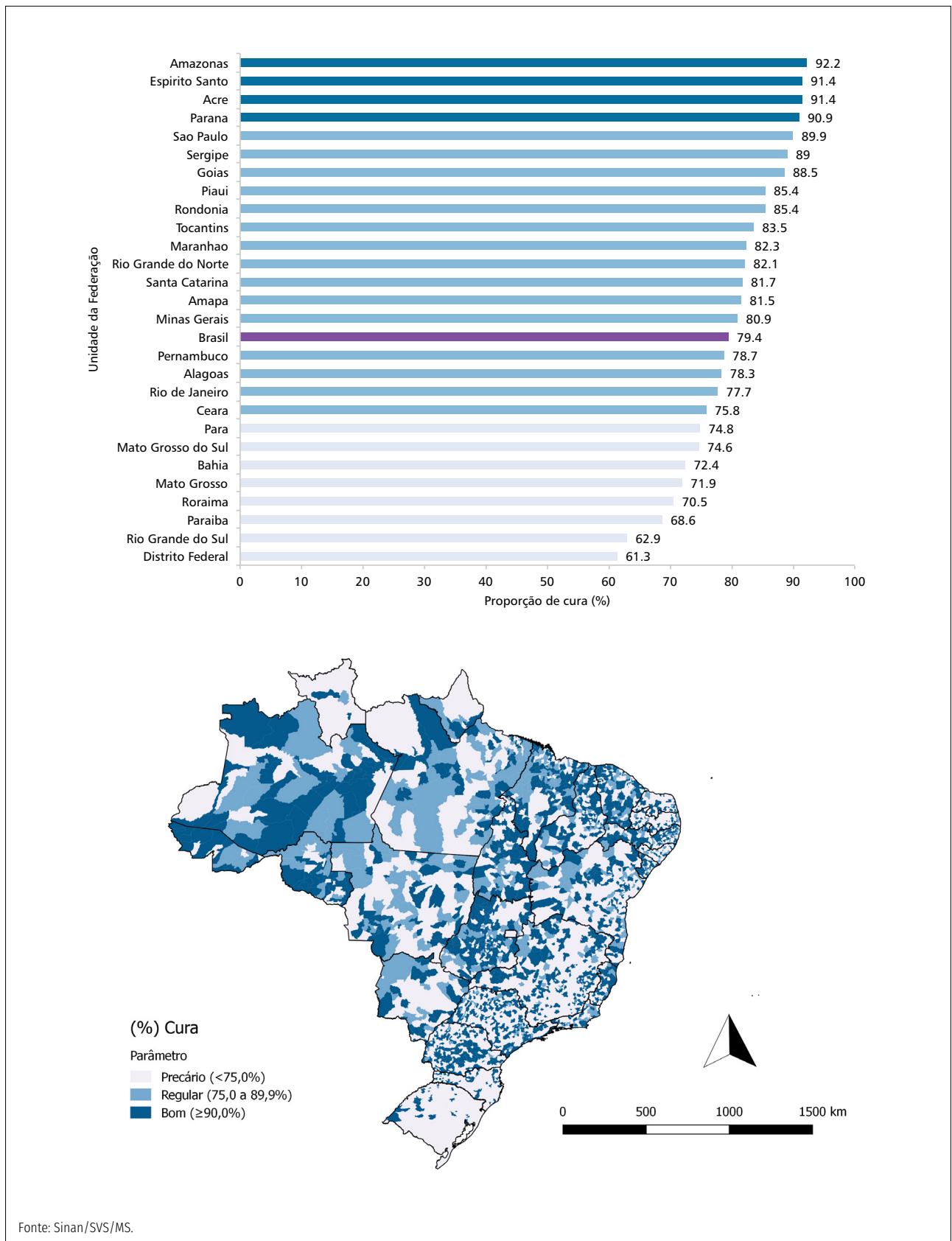


FIGURA 6 Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes. Brasil, Unidades da Federação e municípios, 2019

Considerações finais

A partir dos achados, observou-se que, em 2019, houve uma estabilidade nas taxas de detecção de casos novos de hanseníase e da proporção de contatos examinados nos anos das coortes, na comparação com 2018. Também se verificou, em 2019, uma estabilidade das taxas de detecção de casos novos de hanseníase e da proporção de contatos examinados nos anos das coortes, em relação a 2018. Esse fato pode estar relacionado à manutenção das ações de busca ativa e vigilância da doença. Entretanto, impõe-se como enorme desafio o diagnóstico mais precoce da doença, bem como o fortalecimento do acompanhamento dos casos, desde o diagnóstico até o pós-alta por cura, na perspectiva do modelo de atenção integral à saúde.

O ano de 2019 foi o primeiro ano de implantação da Estratégia Nacional para Enfrentamento da Hanseníase², que propõe ações estratégicas classificadas em três pilares, a saber: 1) fortalecer a gestão do programa, 2) enfrentar a hanseníase e suas complicações e 3) promover a inclusão social por meio do combate ao estigma e à discriminação. Nesse ano, foram realizadas oficinas macrorregionais para apoiar estados e municípios na elaboração dos planos de trabalho em conjunto com a vigilância e atenção primária, considerando os grupos epidemiológicos e operacionais de cada localidade.

Espera-se que a união de esforços e o desenvolvimento de ações em prol do controle da hanseníase possam se refletir no alcance das metas propostas e, conseqüentemente, na redução da carga da doença no Brasil.

Referências

1. Brasil, Ministério da Saúde. Roteiro para uso do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan NET para hanseníase. Manual para tabulação dos indicadores de hanseníase [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [citado 9 jun 2020]. 100 p. Disponível em: <https://bit.ly/2CSA2vA>
2. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Estratégia Nacional para Enfrentamento da Hanseníase 2019-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.

*Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças em Eliminação (CGDE/DCCI/SVS): Mábíia Milhomem Bastos, Margarida Cristiana Napoleão Rocha, Pedro Terra Teles de Sá, Jurema Guerrieri Brandão, Jeann Marie Rocha Marcelino, Carmelita Ribeiro Filha Coriolano.