Boletim Epidemiológico

42

Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde

Volume 51 | Out. 2020

Síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica (SIM-P), temporalmente associada à covid-19

Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde (CGPNI/DEIDT/SVS); Coordenação-Geral de Emergências em Saúde Pública do Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública da Secretaria de Vigilância em Saúde (CGEMSP/DSASTE/SVS)*

Sumário

1 Síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica (SIM-P), temporalmente associada à covid-19

7 Vigilância epidemiológica do sarampo no Brasil – 2020: semanas epidemiológicas 1 a 40

17 Resposta rápida à sífilis: uma análise situacional da estratégia de apoio institucional

22 Situação epidemiológica da síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika em 2020 até a SE 40

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
16 de outubro de 2020

Contextualização

Durante pico da pandemia da covid-19 no continente europeu, em abril de 2020, houve alertas em diferentes países sobre a identificação de uma nova apresentação clínica em crianças, possivelmente associada com à infecção pelo SARS-CoV-2 (vírus causador da covid-19), definida posteriormente como *Multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C)*[1-3], traduzido para o português como síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica (SIM-P).

Diante da emergência, em 24 de julho de 2020, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), implantou o monitoramento nacional da ocorrência da SIM-P temporalmente associada à covid-19, por meio da notificação em formulário padronizado, disponível online, no endereço eletrônico **https://is.gd/simpcovid**.[4]

A implantação dessa notificação justifica-se visto que os fatores de risco, a patogênese, o espectro clínico, o prognóstico e a epidemiologia da SIM-P são pouco conhecidos e por se tratar de uma doença emergente potencialmente associada à covid-19[3,5-9].

Definição de caso

Trata-se de uma doença multissistêmica com amplo espectro de sinais e sintomas, caracterizada por febre persistente acompanhada de um conjunto de sintomas que podem incluir gastrointestinais – com importante dor abdominal – conjuntivite, exantema (*rash* cutâneo), erupções cutâneas, edema de extremidades, hipotensão, dentre outros. Os sintomas respiratórios não estão presentes em todos os casos. Há importante elevação dos marcadores inflamatórios e o quadro clínico pode evoluir para choque e coagulopatia[6-11].

Embora tenha o quadro clínico bastante semelhante à síndrome de Kawasaki completa ou incompleta, a SIM-P geralmente ocorre em crianças mais velhas, com alterações evidentes dos marcadores inflamatórios e importante disfunção cardíaca[6,10,11].

A maioria dos casos relatados apresentam exames laboratoriais que indicam infecção atual ou recente pelo SARS-CoV-2 (por biologia molecular ou sorologia) ou vínculo epidemiológico com caso confirmado para covid-19[3,5,7,10]. A definição de caso adotada pelo Ministério da Saúde para notificação e monitoramento dos casos segue conforme Quadro 1.

A notificação individual da SIM-P deverá ser realizada de forma universal, isto é, por qualquer serviço de saúde ou pela autoridade sanitária local ao identificar indivíduo que preencha a definição de caso, por meio do preenchimento da notificação diretamente no formulário *online* **https://is.gd/simpcovid**, em até 24 horas.

QUADRO 1 Definição de caso para síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica temporalmente associada à covid-19

Definição de caso preliminar
Caso que foi hospitalizado ou óbito com: • **Presença de febre elevada (considerar o mínimo de 38ºC) e persistente (≥ 3 dias) em crianças e adolescentes (entre 0 e 19 anos de idade).** **E** • **Pelo menos dois dos seguintes sinais e sintomas:** - Conjuntivite não purulenta ou erupção cutânea bilateral ou sinais de inflamação mucocutânea (oral, mãos e pés); - Hipotensão arterial ou choque; - Manifestações de disfunção miocárdica, pericardite, valvulite ou anormalidades coronárias (incluindo achados do ecocardiograma ou elevação de Troponima/NT-proBNP); - Evidência de coagulopatia (por TP, TTPa, D-dímero elevados); - Manifestações gastrointestinais agudas (diarreia, vômito ou dor abdominal). **E** • **Marcadores de inflamação elevados, VHS, PCR ou procalcitonina, entre outros.** **E** • **Afastadas quaisquer outras causas de origem infecciosa óbvia de inflamação, incluindo sepse bacteriana, síndromes de choque estafilocócica, ou estreptocócica.** **E** • **Evidência de Covid-19 (biologia molecular, teste antigênico ou sorológico positivos) ou história de contato com caso de Covid-19.**
Comentários adicionais: Podem ser incluídos crianças e adolescentes que preencherem critérios totais ou parciais para a síndrome de Kawasaki ou choque tóxico, com evidência de infecção pelo SARS-CoV-2.

Fonte: Adaptado pelo Ministério da Saúde, com base na definição de caso da OPAS/OMS (WHO/2019-nCoV/MIS_Children_CRF/2020.2), validada pela Sociedade Brasileira de Pediatria, Sociedade Brasileira de Cardiologia e Instituto Evandro Chagas.
NT-proBNP - N-terminal do peptídeo natriurético tipo B; **TP** – Tempo de protrombina; **TTPa** – Tempo de tromboplastina parcial ativada; **VHS** – Velocidade de hemossedimentação; **PCR** – Proteína C-reativa.

Casos no Brasil

Até a Semana Epidemiológica (SE) 40, que vai até 03 de outubro, foram confirmados 437 casos da SIM-P temporalmente associada à covid-19 em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos, incremento de 27 casos em relação à SE anterior, com registro de 29 óbitos (letalidade de 6,6%). A maioria dos casos possuem evidência laboratorial de infecção recente pelo SARS-CoV-2 (78,5%), e demais casos (21,5%) histórico de contato próximo com caso confirmado para covid-19. Há predominância de crianças e adolescentes do sexo masculino (53,8%), e crianças menores, nas faixas etárias de 0 a 4 anos (38,4%) e de 5 a 9 anos (32,0%). Dentre os óbitos, 55,2% (n=16) foram em crianças de 0 a 4 anos (Tabela 1).

Boletim Epidemiológico
ISSN 9352-7864

©1969. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Editores responsáveis:
Arnaldo Correia de Medeiros, Daniela Buosi Rohlfs, Eduardo Macário, Gerson Pereira, Lauricio Monteiro Cruz, Breno Leite Soares (SVS)

Produção:
Alexandre Magno de Aguiar Amorim, Aedê Cadaxa, Fábio de Lima Marques, Flávio Trevellin Forini, Sueli Bastos (GAB/SVS)

Projeto gráfico/diagramação:
Fred Lobo, Sabrina Lopes (GAB/SVS)

SUS Ministério da Saúde Governo Federal

TABELA 1 **Casos da síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica temporalmente associada à covid-19, identificadas em crianças e adolescentes, segundo evolução, por sexo e faixa etária, por unidade federada de notificação, Brasil 2020**

UF		Distribuição por faixa etária e sexo								Total*
		0-4		5-9		10-14		15-19		
	Evolução	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	
Acre	N	0	0	0	0	1	0	0	0	**1**
	Óbitos	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
Alagoas	N	5	6	3	3	2	3	0	0	**22**
	Óbitos	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
Amapá	N	-	-	-	-	-	-	-	-	**-**
	Óbitos	-	-	-	-	-	-	-	-	**-**
Amazonas	N	-	-	-	-	-	-	-	-	**-**
	Óbitos	-	-	-	-	-	-	-	-	**-**
Bahia	N	4	4	8	6	0	9	0	2	**33**
	Óbitos	0	0	0	1	0	0	0	0	**1**
Ceará	N	12	8	9	10	14	7	0	3	**63**
	Óbitos	0	0	0	0	2	0	0	0	**2**
Distrito Federal[A]	N	9	3	4	7	6	7	1	1	**38**
	Óbitos	0	0	0	0	0	0	1	0	**1**
Espírito Santo	N	2	2	3	1	1	2	0	0	**11**
	Óbitos	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
Goiás	N	0	0	0	1	0	0	0	0	**1**
	Óbitos	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
Maranhão	N	0	1	0	0	0	2	0	0	**3**
	Óbitos	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
Minas Gerais	N	4	9	3	6	1	1	0	0	**24**
	Óbitos	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
Mato Grosso do Sul	N	-	-	-	-	-	-	-	-	**-**
	Óbitos	-	-	-	-	-	-	-	-	**-**
Mato Grosso	N	1	1	0	2	1	0	0	0	**5**
	Óbitos	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
Pará	N	15	10	2	5	2	4	0	0	**38**
	Óbitos	5	1	0	0	1	0	0	0	**7**
Paraíba	N	3	2	1	3	1	0	0	0	**10**
	Óbitos	1	1	0	0	0	0	0	0	**2**
Pernambuco[B]	N	5	2	3	4	3	6	0	0	**23**
	Óbitos	1	0	0	0	1	0	0	0	**2**
Piauí[C]	N	2	1	1	1	1	1	0	0	**7**
	Óbitos	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
Paraná	N	2	0	1	2	2	3	1	1	**12**
	Óbitos	0	0	0	1	1	0	1	0	**3**
Rio de Janeiro	N	10	13	7	8	3	5	2	0	**48**
	Óbitos	1	4	0	0	0	0	1	0	**6**

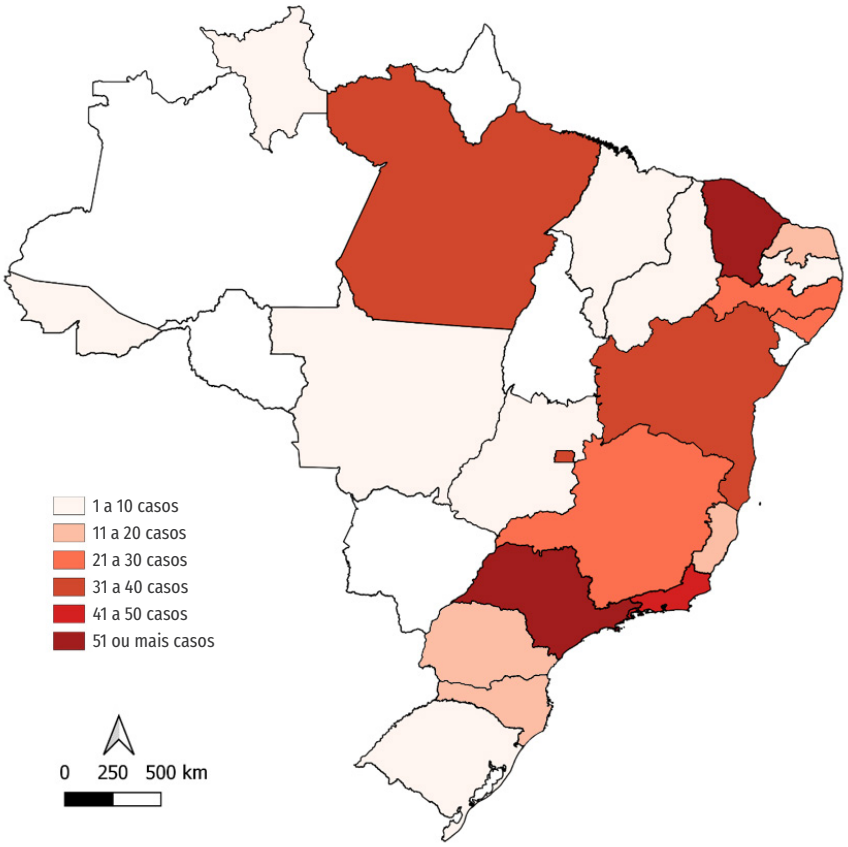
Continua

Conclusão

UF	Evolução	Distribuição por faixa etária e sexo								Total*
		0-4		5-9		10-14		15-19		
		Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	
Rio Grande do Norte	N	3	2	1	3	0	2	0	1	**12**
	Óbitos	1	0	0	0	0	0	0	0	**1**
Rondônia	N	-	-	-	-	-	-	-	-	**-**
	Óbitos	-	-	-	-	-	-	-	-	**-**
Roraima	N	0	0	0	0	0	0	1	0	**1**
	Óbitos	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
Rio Grande do Sul	N	2	1	2	1	1	3	0	0	**10**
	Óbitos	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
Santa Catarina	N	2	1	2	2	2	3	1	0	**13**
	Óbitos	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
Sergipe	N	-	-	-	-	-	-	-	-	**-**
	Óbitos	-	-	-	-	-	-	-	-	**-**
São Paulo	N	6	15	12	13	5	8	1	2	**62**
	Óbitos	0	1	1	0	1	1	0	0	**4**
Tocantins	N	-	-	-	-	-	-	-	-	**-**
	Óbitos	-	-	-	-	-	-	-	-	**-**
BRASIL	**N**	**87**	**81**	**62**	**78**	**46**	**66**	**7**	**10**	**437**
	Óbitos	**9**	**7**	**1**	**2**	**6**	**1**	**3**	**0**	**29**

[A]8 casos são residentes de Goiás; [B]1 caso residente do Alagoas e 01 residente do Piauí; [C]3 casos residentes do Maranhão. *Dados preliminares, sujeitos a alterações.
Fonte: CGPNI/DEIDT/SVS/MS. Casos reportados pelas Secretarias da Saúde dos Estados e do Distrito Federal, notificados até 03/10/2020 (SE40). Atualizados em 07/10/2020.

Na SE 40 houve primeira confirmação de caso para SIM-P nos estados de Goiás e Roraima, totalizando 21 unidades federadas (UF) notificantes com caso confirmado, das quais 10 possuem registro de óbitos pelo agravo (Tabela 1). Os estados do Acre, Espírito Santo, Maranhão, Minas Gerais, Pará, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e o Distrito Federal informaram que não houve novos casos confirmados em relação à semana anterior. Ressalta-se que os dados estão apresentados por UF de notificação. A maior concentração de casos notificados encontra-se nos estados do Ceará e São Paulo, seguidos do Rio de Janeiro, Distrito Federal e Pará (Figura 1).



Fonte: CGPNI/DEIDT/SVS/MS. Casos reportados pelas Secretarias da Saúde dos Estados e do Distrito Federal, notificados até 03/10/2020 (SE 40). Atualizados em 07/10/2020.

FIGURA 1 Distribuição dos casos da síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica temporalmente associada à covid-19, por unidade federada de notificação, Brasil 2020

Referências

1. NHS. NHS London: COVID-19 and Paediatric Shock (26.04.2020). 2020. Disponível em: https://saude.shortcm.li/rxbxAA.

2. PROMED-MAIL. Undiagnosed pediatric inflammatory syndrome (05): Europe, USA, COVID-19 assoc. (18/05/2020). 2020. Disponível em: https://promedmail.org/.

3. OMS. Multisystem inflammatory syndrome in children and adolescents temporally related to COVID-19. 2020. Disponível em: https://saude.shortcm.li/LT9LzV.

4. Ministério da Saúde. Nota Técnica N. 16/2020 CGPNI/DEIDT/SVS/MS: Orientações sobre a notificação da Síndrome Inflamatória Multissistêmica (SIM-P) temporalmente associada à COVID-19. OFÍCIO CIRCULAR Nº 133/2020/SVS/MS de 24 de julho de 2020.

5. Sociedade Brasileira de Pediatria. Nota de Alerta: Síndrome inflamatória multissistêmica em crianças e adolescentes provavelmente associada à COVID-19: uma apresentação aguda, grave e potencialmente fatal. Departamentos Científicos de Infectologia (2019-2021) e de Reumatologia (2019-2021), 20 de maio de 2020.

6. VERDONI, L. et al. An outbreak of severe Kawasaki-like disease at the Italian epicentre of the SARS-CoV-2 epidemic: an observational cohort study. The Lancet, 2020. ISSN 0140-6736. Disponível em: https://saude.shortcm.li/LxPNjG. Acesso em: 2020/05/26.

7. RIPHAGEN, S. et al. Hyperinflammatory shock in children during COVID-19 pandemic. The Lancet, v. 395, n. 10237, p. 1607-1608, 2020. ISSN 0140-6736. Disponível em: https://saude.shortcm.li/78LAAI. Acesso em: 2020/05/26.

8. Feldstein LR, Rose EB, Horwitz SM, Collins JP, Newhams MM, Son MBF, et al. Multisystem Inflammatory Syndrome in U.S. Children and Adolescents. N Engl J Med. 2020 Jul 23;383(4):334–46.

9. Gruber C, Patel R, Trachman R, Lepow L, Amanat F, Krammer F, et al. Mapping Systemic Inflammation and Antibody Responses in Multisystem Inflammatory Syndrome in Children (MIS-C) [Internet]. Pediatrics; 2020 Jul [cited 2020 Jul 27]. Available from: https://saude.shortcm.li/ateQxq.

10. CDC – Centers for Disease Control and Prevention. COVID-19–Associated Multisystem Inflammatory Syndrome in Children — United States, March–July 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2020;69.

11. Safadi MAP, Silva CA. The challenging and unpredictable spectrum of COVID-19 in children and adolescents. Rev Paul Pediatr. 2020. doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2020192.

***Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis (CGPNI/DEIDT/SVS):** Caroline Gava, Sandra Maria Deotti Carvalho, Francieli Fontana Sutile Tardetti Fantinato. **Coordenação-Geral de Emergências em Saúde Pública do Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública (CGEMSP/DSASTE/SVS):** Laís de Almeida Relvas Brandt, Danielle Cristine Castanha da Silva.

Vigilância epidemiológica do sarampo no Brasil – 2020: semanas epidemiológicas 1 a 40

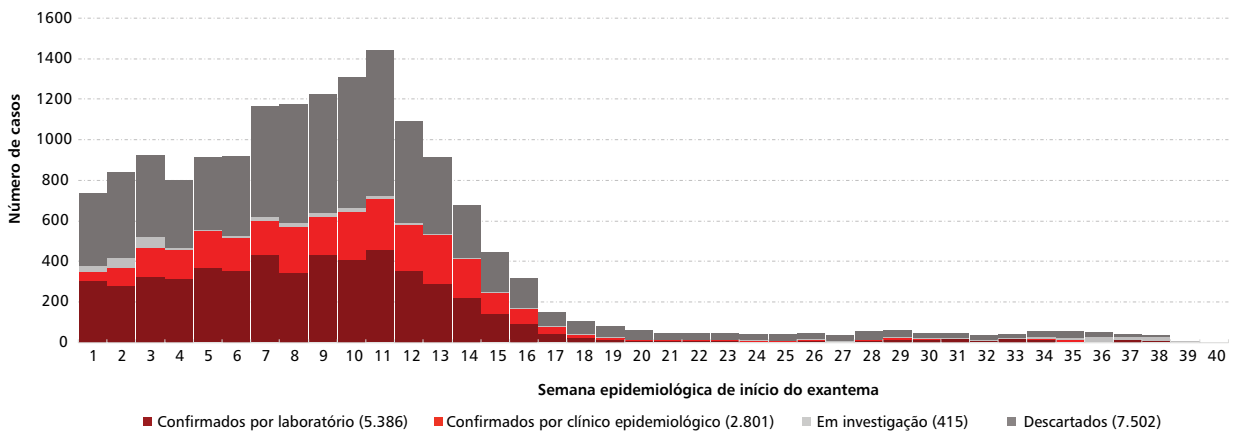
Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis (CGPNI/DEIDT/SVS); Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública do Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde (CGLAB/DAEVS/SVS).*

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.

Transmissão do vírus

Em 2020, foram notificados 16.104 casos suspeitos de sarampo, destes, foram confirmados 8.187 (50,8%) casos, sendo 5.386 (65,8%) por critério laboratorial e 2.801 (34,2%) por critério clínico epidemiológico. Foram descartados 7.502 (46,6%) casos e permanecem em investigação 415 (2,6%). Observa-se na curva epidêmica um aumento nas notificações até a Semana Epidemiológica (SE) 3, com leve redução entre as SE 4 e 6, seguido de aumento e queda após a SE 12 (Figura 1).

No ano de 2020, 21 estados apresentaram casos de sarampo no país, e 4 desses estão com circulação ativa do vírus, destacando-se o Estado do Pará que concentra 5.287 (64,6%) casos confirmados de sarampo e a maior incidência (93,47 casos por 100 mil habitantes), dentre as unidades da federação. Os estados de Alagoas, Amazonas, Bahia, Ceará, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Sul, Rondônia, Santa Catarina, Sergipe, Tocantins e o Distrito Federal estão com um período de 12 semanas (90 dias) ou mais da data de confirmação do último caso, no entanto, este cenário está sujeito a alterações, uma vez que ainda existem casos em investigação nesses locais.



Fonte: Secretarias de Saúde das Unidades de Federação.
[a]Dados Atualizados em 09/10/2020 e sujeitos à alterações.

FIGURA1 Distribuição dos casos de sarampo[a] por semana epidemiológica do início do exantema e classificação final, Brasil, semanas epidemiológicas 1 a 40, Brasil, 2020

TABELA 1 Distribuição dos casos confirmados de sarampo[a], coeficiente de incidência e semanas transcorridas do último caso confirmado, segundo unidade da federação de residência, semanas epidemiológicas 1 a 40, Brasil, 2020

ID	Unidades da federação	Confirmados		Total de municípios	Incidência[b]	Semanas transcorridas do último caso confirmado
		N	%			
1	Pará	5.287	64,6	81	93,47	1
2	Rio de Janeiro	1332	16,3	34	9,79	2
3	São Paulo	820	10,0	88	2,76	2
4	Paraná	376	4,6	27	8,70	13
5	Santa Catarina	110	1,3	14	5,53	25
6	Amapá	96	1,2	3	17,80	4
7	Rio Grande do Sul	37	0,5	8	1,62	25
8	Pernambuco	34	0,4	11	1,01	27
9	Minas Gerais	21	0,3	9	0,57	26
10	Maranhão	17	0,2	2	32,54	22
11	Goiás	8	0,1	4	0,27	26
12	Sergipe	8	0,1	2	5,89	22
13	Bahia	7	0,1	6	0,21	24
14	Ceará	7	0,1	2	32,89	26
15	Mato Grosso do Sul	7	0,1	1	0,86	25
16	Rondônia	6	0,1	1	7,51	27
17	Distrito Federal	5	0,1	1	0,19	30
18	Amazonas	4	0,0	1	0,21	32
19	Alagoas	3	0,0	3	0,29	32
20	Mato Grosso	1	0,0	1	1,98	29
21	Tocantins	1	0,0	1	1,98	36
Total		**8.187**	**100,0**	**300**	**10,61**	**-**

Fonte: Secretarias de saúde das unidades da federação.
[a]Dados atualizados em 09/10/2020 e sujeitos a alterações.
[b]População dos municípios de residência dos casos por 100 mil habitantes.

Entre todos os locais com ocorrência de casos, o coeficiente de incidência é de 10,61 por 100 mil habitantes, no entanto, as crianças menores de um ano de idade apresentam o coeficiente de incidência quase 10 vezes superior ao registrado na população geral. Apesar da faixa etária de 20 a 29 anos apresentar o maior número de registros com 2.555 casos confirmados, o coeficiente de incidência é de 18,09 por 100 mil habitantes.

Quando verificada a incidência por faixas etárias definidas nas estratégias de vacinação, a maior incidência (35,57 por 100 mil habitantes) é observada no grupo de idade de crianças menores de 5 anos (Tabela 2).

TABELA 2 Distribuição dos casos confirmados de sarampo[a] e coeficiente de incidência dos estados com surto, segundo faixa etária e sexo, semanas epidemiológicas 1 a 40, Brasil, 2020

Faixa etária (em anos)	Número de casos[b]	%	Coeficiente de incidência	Grupos de idade (em anos)	Coeficiente de incidência[c] (por faixa etária das estratégias de vacinação)	Distribuição por sexo[b]	
						Feminino	Masculino
< 1	1.221	14,9	104,73	< 5	35,57	594	627
1 a 4	713	8,7	16,70			347	366
5 a 9	317	3,9	5,65	5 a 19	11,90	158	159
10 a 14	327	4,0	5,07			149	178
15 a 19	1.555	19,0	24,26			671	884
20 a 29	2.555	31,2	18,09	20 a 49	10,40	1093	1462
30 a 39	964	11,8	7,65			381	583
40 a 49	341	4,2	3,28			141	200
50 a 59	163	2,0	2,08	> 50	1,16	72	91
> 60	24	0,3	2,08			13	11
Total	**8.180**	**100,0**	**10,61**		**10,61**	**3.619**	**4.561**

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS).
[a]Dados atualizados em 09/10/2020 e sujeitos a alterações.
[b]7 casos sem informação de idade e sexo.
[c] População dos municípios de residência dos casos por 100 mil habitantes.

Óbito

Em 2020, até o momento, foram registrados sete óbitos por sarampo, sendo um no Estado de São Paulo, residente na capital, um no Rio de Janeiro, residente no município de Nova Iguaçu, cinco no Pará, dois residentes no município de Belém, dois em Novo Repartimento e um em Igarapé-Miri.

Em 27 de fevereiro de 2020, o Estado de São Paulo confirmou um óbito por sarampo após a investigação apurada do caso de uma criança de 13 meses, nascida em 09/11/2018, sexo feminino, com início de sintomas em 27/12/2019, não vacinada, portadora de encefalopatia crônica não evolutiva e apresentando insuficiência respiratória crônica desde o nascimento, que evoluiu a óbito em 01/01/2020.

O óbito por sarampo no Rio de Janeiro foi registrado em uma criança de oito meses de idade, nascida em 04/05/2019, sexo masculino, com início dos sintomas em 22/12/2019, não vacinado, interno de um abrigo do município de Nova Iguaçu/RJ, que evoluiu a óbito no dia 06/01/2020.

O primeiro óbito registrado no Pará foi de uma criança de 18 meses de idade, nascida em 09/07/2018, sexo feminino, com início dos sintomas em 26/01/2020, não vacinada, evoluindo a óbito em 31/01/2020. O segundo óbito foi em uma criança de 5 meses de idade, nascida em 06/09/2019, sexo masculino, indígena, apresentando desnutrição, com início dos sintomas em 12/02/2020, evoluindo a óbito em 15/02/2020. O terceiro óbito registrado foi em uma criança de 9 meses de idade, nascida em 29/04/2019, sexo feminino, indígena, apresentando desnutrição, com início dos sintomas em 25/02/2020, não vacinada, evoluindo a óbito em 05/03/2020.

A quarta morte por sarampo no Pará foi registrada em uma criança do sexo feminino, de sete meses de idade, nascida em 28/08/2019, sem histórico de vacinação contra o sarampo, com início dos sintomas em 29/03/2020 e que foi a óbito em 07/04/2020. O quinto óbito foi registrado em um adulto de 34 anos, do sexo masculino, não vacinado, cujo início dos sintomas se deu em 19/01/2020, evoluindo a óbito em 09/02/2020.

Para diminuir o risco da ocorrência de casos graves e óbitos por sarampo, o Ministério da Saúde, desde agosto de 2019 adotou a estratégia da *Dose Zero* da vacina tríplice viral para crianças de 6 a 11 meses de idade, portanto, é recomendado que todas as crianças, a partir dos 6 meses de idade sejam vacinadas contra o sarampo.

Além disso, recomenda-se seguir as orientações do Calendário Nacional de Vacinação, o qual apresenta indicações de vacinação contra o sarampo para pessoas de 12 meses a 59 anos de idade.

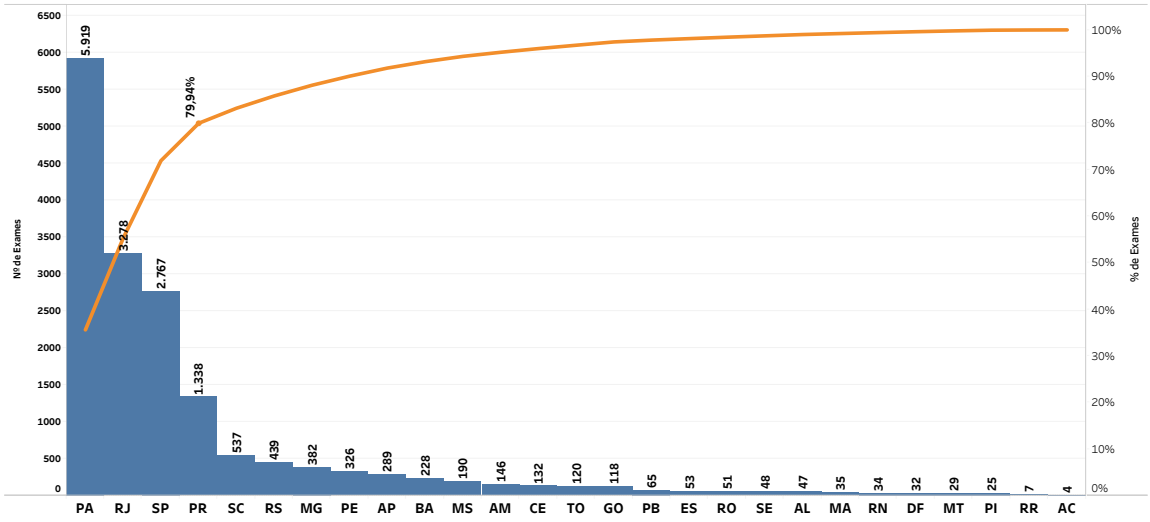
Vigilância laboratorial

A vigilância laboratorial para Sarampo é adotada como estratégia durante o ano de 2020, a fim de acompanhar o surto de sarampo por apresentar melhor oportunidade de ação. A identificação de um resultado de sorologia reagente para sarampo possibilita 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 unidade federada de residência do paciente e representados abaixo por meio do Diagrama de Pareto, referente as SE 1 a 40, 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 possibilita a avaliação da sensibilidade e especificidade da assistência na solicitação dos exames e, assim, mantém a capacidade de resposta dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen).

A Figura 2 apresenta a situação dos exames sorológicos para detecção de anticorpos IgM específicos. O Diagrama de Pareto demonstra que 79% dos exames totais realizados no país nesse período advém do Pará, Rio de Janeiro e São Paulo, e os outros 21% são oriundos das demais unidades da federação.



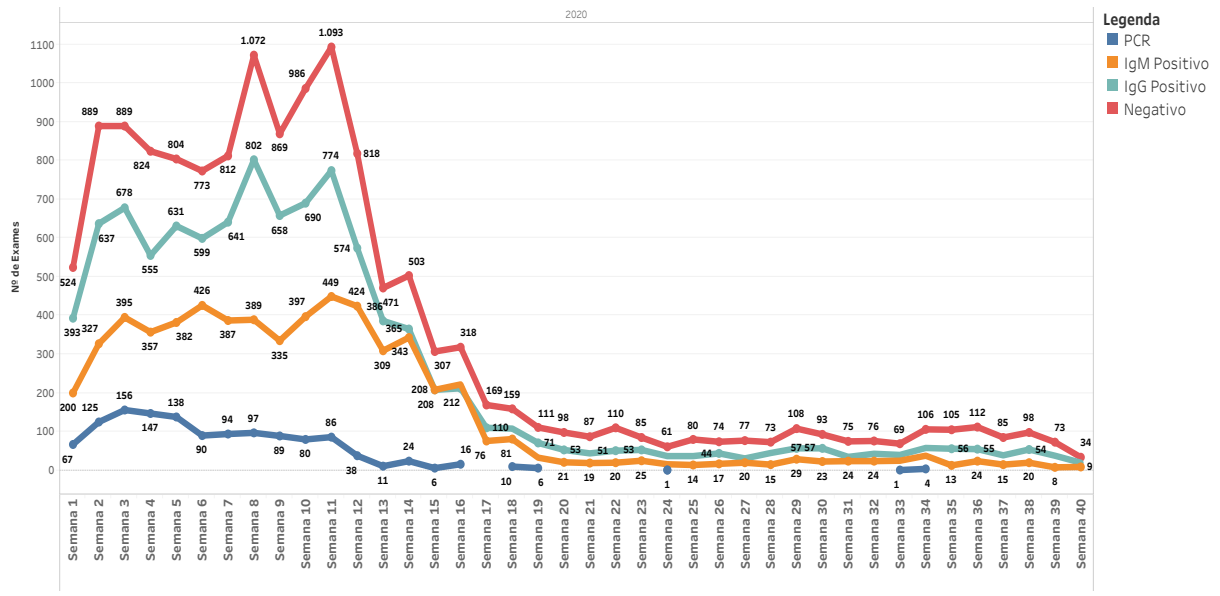
Fonte: Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL)/SVS/MS. Data de Atualização 06/10/2020.

FIGURA 2 Diagrama de Pareto da situação dos exames laboratoriais para sarampo (IgM), por unidade da federação de residência, semanas epidemiológicas 1 a 40, Brasil, 2020

Até o momento foram realizados 32.567 exames entre sorologia e biologia molecular para diagnóstico de Sarampo no Brasil. No estado do Pará, onde foi realizado o maior número de exames em 2020, até o momento, são quase 6 mil exames realizados e atualmente temos o wmenor número de solicitações semanais de todo o ano. 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 as semanas epidemiológicas (1 a 40), representado pela figura 3 que demonstra os resultados dos exames para IgG, IgM e PCR, temos os exames com resultados positivos e negativos para sarampo por data de coleta e observou-se uma grande redução de solicitações de exames para diagnóstico de sarampo, entre as semanas epidemiológicas 13 e 14 e que se mantém baixo até o momento.

No Brasil, em 2020, nas semanas epidemiológicas 1 a 40, as amostras sequenciadas foram todas do vírus D8 e identificadas como a linhagem *Gir Somnath*.



Fonte: Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL)/SVS/MS. Data de Atualização 06/10/2020.

FIGURA 3 Resultados das solicitações de exames para sarampo por data de coleta, segundo o Gerenciador de Ambiente Laboratorial, semanas epidemiológicas 1 a 40, Brasil, 2020

Conforme dados atualizados em 06 de outubro de 2020, até a SE 40, do total de municípios brasileiros (5.570), 1.160 (20%) municípios solicitaram sorologia (IgM) para detecção de sarampo e, desses, foram identificados 460 (40%) municípios que tiveram pelo menos um exame IgM positivo (Tabela 3). Do total de exames solicitados, 96% (17.590) foram liberados e, destes, 37% (6.529) foram positivos para sarampo (Tabela 4).

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. Os casos suspeitos de sarampo que apresentaram o critério clínico epidemiológico e a confirmação em laboratório privado pelo ELISA foram orientados a serem encerrados pelo critério laboratorial.

Além da classificação final 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 durante 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 essas amostras deveriam ser identificadas para qual critério estão sendo solicitadas.

TABELA 3 Distribuição por unidade federada dos exames laboratoriais para diagnóstico de sarampo, de acordo com municípios totais, municípios solicitantes, e resultado IgM positivo por municípios de residência da unidade federada, SE 1-40, Brasil, 2020

Unidade da Federação de Residência	Total de Municípios	Municípios Solicitantes	Percentual de Municípios Solicitantes	Municípios com IgM Positivo	Positividade (%) de Municípios Positivos
Acre	22	1	4,3	0	0
Alagoas	102	16	15,5	10	62,5
Amazonas	62	17	27	2	11,8
Amapá	16	5	29,4	3	60
Bahia	417	72	17,2	23	31,9
Ceará	184	39	21,1	7	17,9
Distrito Federal	1	2	10,5	2	100
Espírito Santo	78	20	25,3	4	20
Goiás	246	53	17,3	8	15,1
Maranhão	217	9	4,1	5	55,6
Minas Gerais	853	85	10	20	23,5
Mato Grosso do Sul	79	30	37,5	9	30
Mato Grosso	141	16	11,3	3	18,8
Pará	144	96	66,2	86	89,6
Paraíba	223	29	12,9	4	13,8
Pernambuco	185	52	28	21	40,4
Piauí	224	16	7,1	7	43,8
Paraná	399	131	32,8	38	29
Rio de Janeiro	92	52	55,9	34	65,4
Rio Grande do Norte	167	20	11,9	4	20
Rondônia	52	11	20,8	3	27,3
Roraima	15	1	6,2	0	0
Rio Grande do Sul	497	84	16,8	20	23,8
Santa Catarina	295	66	22,3	30	45,5
Sergipe	75	6	7,9	2	33,3
São Paulo	645	208	32,2	109	52,4
Tocantins	139	23	16,4	6	26,1
Total geral	**5570**	**1160**	**20,8**	**460**	**39,7**

Fonte: Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL)/SVS/MS. Dados atualizados em 06/10/2020.

TABELA 4 Distribuição dos exames sorológicos (IgM) para diagnóstico de sarampo, segundo, o total de exames (solicitados, em triagem, em análise, liberados, positivos, negativos e inconclusivos) e a 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, SE 1-40, Brasil, 2020

UF de residência	Total de Exames IgM							Oportunidade de diagnóstico		
	Solicitados[a]	Em triagem[b]	Em análise[c]	Liberados[d]	Positivos[e]	Negativos[f]	Inconclusivos[g]	% Exames oportunos ≤ 4 dias (N)[f]	MEDIANA (dias) liberação – recebimento	Positividade (%) = positivos/liberados[h]
Acre	5	0	0	5	0	5	0	80 (4)	3	0,0
Alagoas	62	9	1	52	22	29	1	78.8 (41)	1	42,3
Amazonas	147	1	0	146	22	121	3	94.5 (138)	2	15,1
Amapá	371	78	3	290	183	104	3	40.3 (117)	6	63,1
Bahia	268	24	8	236	55	174	7	77.5 (183)	2	23,3
Ceará	161	19	4	138	46	90	2	63.8 (88)	4	33,3
Distrito Federal	55	0	0	55	17	33	5	83.6 (46)	0	30,9
Espírito Santo	58	0	2	56	7	45	4	62.5 (35)	2	12,5
Goiás	141	8	3	130	28	98	4	36.9 (48)	10.5	21,5
Maranhão	35	0	0	35	22	13	0	34.3 (12)	7	62,9
Minas Gerais	403	6	3	394	54	307	33	31 (122)	6	13,7
Mato Grosso do Sul	222	8	6	208	44	149	15	51 (106)	4	21,2
Mato Grosso	34	3	2	29	4	24	1	62.1 (18)	3	13,8
Pará	6331	109	59	6163	3398	2740	25	6.7 (410)	35	55,1
Paraíba	88	0	19	69	15	47	7	46.4 (32)	5	21,7
Pernambuco	368	7	6	355	131	201	23	76.3 (271)	3	36,9
Piauí	36	3	3	30	10	16	4	43.3 (13)	6.5	33,3
Paraná	1468	10	7	1451	268	1075	108	95.7 (1388)	2	18,5
Rio de Janeiro	3382	12	3	3367	1164	2016	187	66.5 (2238)	4	34,6
Rio Grande do Norte	43	5	0	38	4	31	3	76.3 (29)	3	10,5
Rondônia	57	3	0	54	17	34	3	77.8 (42)	3	31,5
Roraima	8	1	0	7	0	7	0	85.7 (6)	2	0,0
Rio Grande do Sul	472	4	0	468	78	360	30	83.5 (391)	3	16,7
Santa Catarina	580	7	0	573	128	412	33	80.8 (463)	3	22,3
Sergipe	50	0	1	49	21	27	1	55.1 (27)	4	42,9
São Paulo	3267	194	8	3065	827	2153	85	41.8 (1280)	5	27,0
Tocantins	144	13	4	127	22	95	10	48 (61)	5	17,3
Total Geral	**18256**	**524**	**142**	**17590**	**6587**	**10406**	**597**	**63,8**	**3,0**	**37,4**

Fonte: Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL)/SVS/MS. Dados atualizados em 06/10/2020.

[a]**Total 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.

[b]**Total 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.

[c]**Total de exames IgM em análise**: exames que estão em análise na bancada do Lacen.

[d]**Total de exames IgM liberados**: total de exames com resultados liberados no período.

[e]**Total de exames IgM positivos**: total de exames com resultados reagentes no período.

[f]**Negativos**: total de exames com resultados negativos;

[g]**Inconclusivos**: total de exames inconclusivos;

[h]**Positividade das amostras**: porcentagem de resultados positivos por total de exames liberados.

SOROLOGIA (Elisa)	RT-PCR (Critérios para envio de amostras para Fiocruz)
▪ Resultado de sorologia **IgM Reagente** para sarampo: confirmar o caso; ▪ Resultado de **IgG Reagente** para sarampo: caso não tenha histórico de vacinação, coletar S2 e avaliar o aumento de títulos de IgG por pareamento das amostras.	▪ Enviar amostras dos 3 primeiros casos supeitos que estao diretamente **relacionados ao caso índice**; ▪ Enviar amostras dos 3 casos suspeitos que ocorreram em **uma nova localidade ou municipio**; ▪ A cada **dois meses**, enviar **três novas amostras de casos da mesma localidade** ou município **onde os casos que iniciaram o surto foram confirmados**.

Fonte: CGLAB/DAEVS/SVS.

FIGURA 4 Estratégias a serem adotadas em municípios com surto ativo para envio de amostras para o diagnóstico de sarampo

Estratégias de vacinação para 2020

Em 2020, o Ministério da Saúde vem ampliando os esforços contra o sarampo, com a meta para o Brasil livre do sarampo no contexto do Movimento Vacina Brasil (MVB) e, juntamente com estados e municípios, realizou uma estratégia de vacinação contra a doença no período de 10/02/2020 a 13/03/2020 para o público-alvo de pessoas na faixa etária de 5 a 19 anos de idade.

Mesmo em meio a situação epidemiológica provocada pela pandemia do coronavírus, muitos estados estão com circulação do vírus do sarampo. Por esse motivo, o Ministério da Saúde recomenda que a estratégia de vacinação contra o sarampo seja mantida e que os processos de trabalho das equipes sejam planejados de forma a vacinar o maior número de pessoas contra o sarampo e, ao mesmo tempo, evitar aglomerações para diminuir o risco de contágio pela covid-19.

Nesse sentido, a Secretaria Municipal de Saúde de cada município e a rede de serviços de Atenção Primária à Saúde / Estratégia Saúde da Família devem estabelecer parcerias locais com instituições públicas e privadas, a fim de descentralizar o máximo possível a vacinação para além das unidades básicas de saúde.

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, posteriormente prorrogada para o dia 31 de agosto, teve o prazo estendido até o dia 30 de outubro (Comunicado CGPNI de 23 de setembro de 2020).

A prorrogação se deu em razão das baixas coberturas vacinais e o elevado quantitativo de pessoas suscetíveis ao adoecimento, sendo necessário redobrar os esforços sobre as ações de vacinação contra o sarampo. Com isso, todas as pessoas de 20 a 49 anos de idade devem receber uma dose da vacina tríplice viral, independentemente da situação vacinal apresentada no cartão de vacinação. A realização dessa ação e a adesão do público-alvo é imprescindível para garantir a devida proteção da população contra a doença e possibilitar a interrupção da circulação do vírus no país, sendo este um passo importante para a recertificação da eliminação do sarampo no Brasil.

Outras informações sobre estratégias de vacinação

- Para as crianças que receberem a dose zero da vacina tríplice viral entre 6 meses a 11 meses e 29 dias, essa dose não será considerada válida para fins do Calendário Nacional de Vacinação, devendo manter o esquema previsto: aos 12 meses com a vacina tríplice viral; e aos 15 meses com a vacina tetra viral, ou tríplice viral mais varicela, respeitando o intervalo de 30 dias entre as doses.
- Os profissionais de saúde devem avaliar a caderneta de vacinação da pessoa e recomendar a vacinação quando necessária.

- A identificação e o monitoramento de todas as pessoas que tiveram contato com caso suspeito ou confirmado durante todo o período de transmissibilidade (seis dias antes e quatro dias após o início do exantema) são determinantes para a adoção de medidas de controle.
- Durante as ações de bloqueio vacinal dos contatos, recomenda-se vacinação seletiva, ou seja, se houver comprovação vacinal de acordo com o Calendário Nacional de Vacinação, não deve haver revacinação.
- As ações de manejo clínico e epidemiológico devem ser realizadas de forma integrada entre a Atenção à Saúde e a Vigilância Epidemiológica e laboratorial, oportunamente.

Recomendações do Ministério da Saúde

- 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.
- Produzir ampla estratégia midiática, nos diversos meios de comunicação, para informar profissionais de saúde, população e comunidade geral sobre o sarampo.
- A vacina é a medida preventiva mais eficaz contra o sarampo. No entanto, se a pessoa é um caso suspeito, é necessário reduzir o risco de espalhar a infecção para outras pessoas. Para isso, é importante orientar que deve evitar o trabalho ou escola por pelo menos 4 (quatro) dias, a partir de quando desenvolveu o exantema, além de evitar o contato com pessoas que são mais vulneráveis à infecção, como crianças pequenas e mulheres grávidas, enquanto estiver com a doença.
- 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. Nos ambientes de saúde, ao identificar uma pessoa com suspeita, é necessário o isolamento, além de outras medidas de biossegurança individuais e coletivas, que estão descritas com maior detalhamento no *Guia de Vigilância em Saúde* (2019).
- A circulação do vírus é considerada interrompida nos estados, quando transcorridas 12 ou mais semanas consecutivas sem apresentar casos novos da mesma cadeia de transmissão.

Para informações sobre os temas:

Campanhas de vacinação, acesse: **https://bit.ly/2K3944M**.

Complicações do sarampo, ocorrência de casos em pessoas previamente vacinadas, uso de sorologia para verificação de soroconversão à vacina, acesse: **https://bit.ly/2RzKtIT**.

Contraindicação para vacinas contendo o componente sarampo e vacinação inadvertida e orientações quanto ao uso de vitamina A (palmitato de retinol) na redução da morbimortalidade e prevenção das complicações de sarampo em crianças, acesse: **https://bit.ly/2JYr4Ny**.

Distribuição de vacinas por estado no período de janeiro a setembro de 2019, acesse: **https://bit.ly/3cj38Ar**.

Situação Epidemiológica Internacional em 2019, Situação Epidemiológica no Brasil em 2018, Distribuição dos casos confirmados de sarampo hospitalizados em 2014 a 2019, distribuição da vacina tríplice viral para rotina e campanha, Saúde e vacinação dos trabalhadores, acesse: **https://bit.ly/2Vp1s1x**.

Os canais de comunicação permanecem ativos para esclarecimentos técnicos, através dos boletins epidemiológicos, do disque saúde (136) e do site do Ministério da Saúde.

Referências

Word Health Organization. Immunization, Vaccines and Biologicals. Acesso em: 11/09/2019. Disponível em: https://bit.ly/3544tsM.

Centers for Disease Control and Prevention. Measles cases and outbreaks. Acesso em 11/09/2019. Disponível em: https://bit.ly/3cFBLki.

Centers for Disease Control and Prevention. Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Measles in Healthcare Settings. 2019. Disponível em: https://bit.ly/2XXdy4Q.

Centers for Disease Control and Prevention. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. 2007. Disponível em: https://bit.ly/34YyRVl.

Organização Pan-Americana da Saúde. Centro Latino-Americano de Perinatologia, Saúde da Mulher e Reprodutiva. Prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde em neonatologia. Montevidéu: CLAP/SMR-OPS/OMS, 2016. (CLAP/SMR. Publicação Científica, 1613-03).

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH. Procedimento Operacional Padrão. Medidas de Precaução para Prevenção de Infecção Hospitalar. 2015. Disponível em: https://bit.ly/3cCSUv6.

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH. Protocolo Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar/09/2017. Precauções e Isolamento. 2017. Disponível em: https://bit.ly/2XYBp4u.

***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. **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, Vagner Fonseca.

Resposta rápida à sífilis: uma análise situacional da estratégia de apoio institucional

Coordenação-Geral de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (CGIST/DCCI/SVS).*

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a sífilis atinge mais de 12 milhões de pessoas em todo o mundo, considerando-se o período de 2009 a 2016, estima-se um total de casos de 6,3 milhões de sífilis curáveis.[1,2] No Brasil, em 2018, foram notificados cerca de 158 mil casos de sífilis adquirida, 63 mil casos de sífilis em gestantes e, aproximadamente, 26 mil casos de sífilis congênita. Esses números apontam aumento de 28,3% e 25,7% na taxa de detecção de sífilis adquirida e de sífilis em gestantes respectivamente, e de 5,2% na incidência de sífilis congênita no comparativo de 2017 para 2018.[3]

O grave cenário epidemiológico levou o Ministério da Saúde (MS), por meio do então Departamento de IST, HIV/AIDS e Hepatites Virais, a decretar epidemia de sífilis no Brasil em 2016, exigindo, por consequência que as autoridades sanitárias nos diferentes entes federados desenvolvessem estratégias com vistas a redução dos números da sífilis no país. No início de 2017 foi aprovado, por meio da Lei Orçamentária Anual nº 13.414, a incorporação de recursos para utilização em ações de enfrentamento ao agravo.[4]

O Projeto "Sífilis Não"

Em 2017, o Ministério da Saúde convidou os gestores estaduais e municipais para aderirem à estratégia nacional de enfrentamento a sífilis por meio da "Pesquisa aplicada para integração inteligente orientada ao fortalecimento das redes de atenção para resposta rápida à sífilis", conhecido como Projeto "Sífilis Não", que tem por objetivo geral contribuir na redução da sífilis adquirida e em gestantes, e na eliminação da sífilis congênita no Brasil. O projeto é constituído pela cooperação técnica entre a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e o Ministério da Saúde em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).[5]

Alguns de seus objetivos específicos são: (a) fortalecer a vigilância epidemiológica da sífilis adquirida e da sífilis congênita; (b) constituir uma resposta integrada e colaborativa à sífilis, que articule os pontos de atenção à saúde numa relação interfederativa; (c) articular os setores sociais e comunidades para fortalecer a resposta rápida à sífilis; e (d) fortalecer as ações de saúde sexual e saúde reprodutiva, especialmente no âmbito da atenção primária.[5]

Um dos eixos de atuação do projeto é o fortalecimento das práticas de gestão, colaborando com investigações dos determinantes e dos condicionantes socioeconômicos, culturais e políticos que balizam o processo saúde-doença. Para tanto, foi implantada uma rede de apoiadores descentralizada para apoiar s ações de enfrentamento da sífilis nos municípios prioritários.[6] Espera-se por meio desta, a redução na fragmentação dos processos, e o fortalecimento das práticas que orientam o combate a sífilis, respeitando as singularidades dos contextos locais.[6,7]

O trabalho dos apoiadores nos territórios é acompanhado por uma equipe de supervisores regionais, em conjunto com a Coordenação-Geral de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis - DCCI/SVS/MS e a coordenação do projeto na UFRN. Tal equipe tem por responsabilidade auxiliar na formulação e na implementação de atividades a serem desenvolvidas pelos apoiadores, por meio de instrumentos que auxiliam no planejamento, na execução e no monitoramento dos trabalhos de campo para o enfrentamento da sífilis.[6]

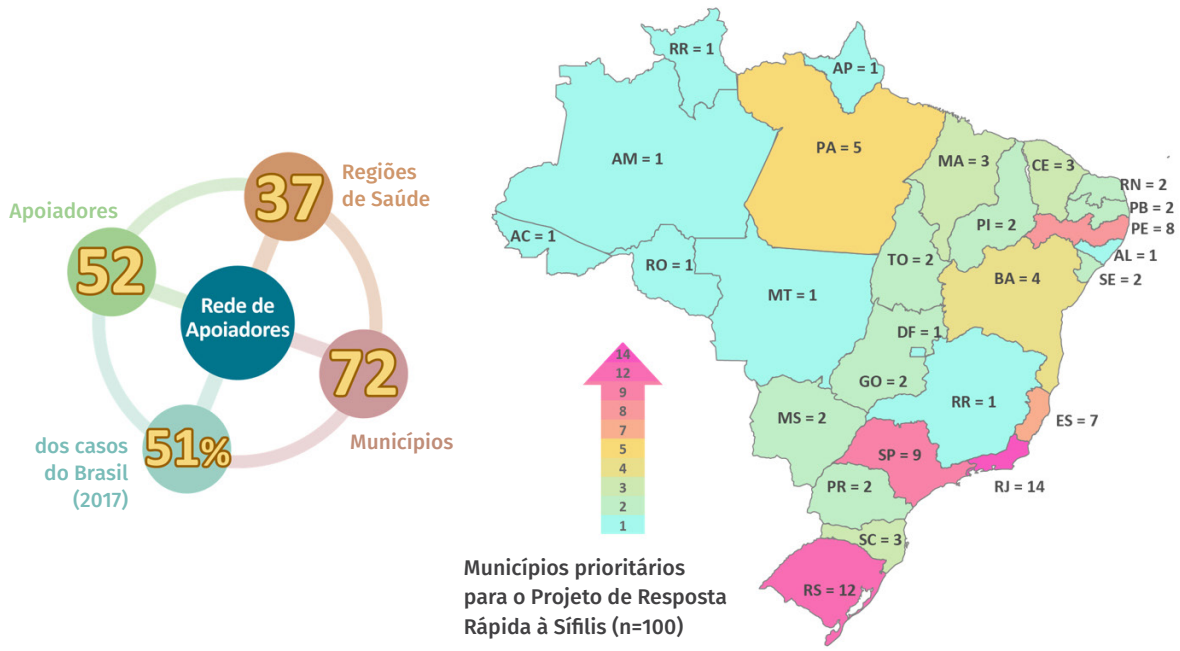
Resultados parciais do apoio em resposta rápida a sífilis

Em 2018, a coordenação do Projeto "Sífilis Não" constituiu a rede de apoiadores descentralizada, contando com 52 apoiadores (as) que atuam nas cinco macrorregiões do País de acordo com a Figura 1.

A rede de apoiadores descentralizada fomenta a integração das ações entre áreas técnicas municipais e estaduais visando a realização de ações de ampliação do acesso ao diagnóstico (Figura 2), e descentralização de serviços de tratamento, em destaque para a prescrição, e administração de penicilina nas Unidades de Atenção Primária municipais conforme demonstrado na Figura 3.

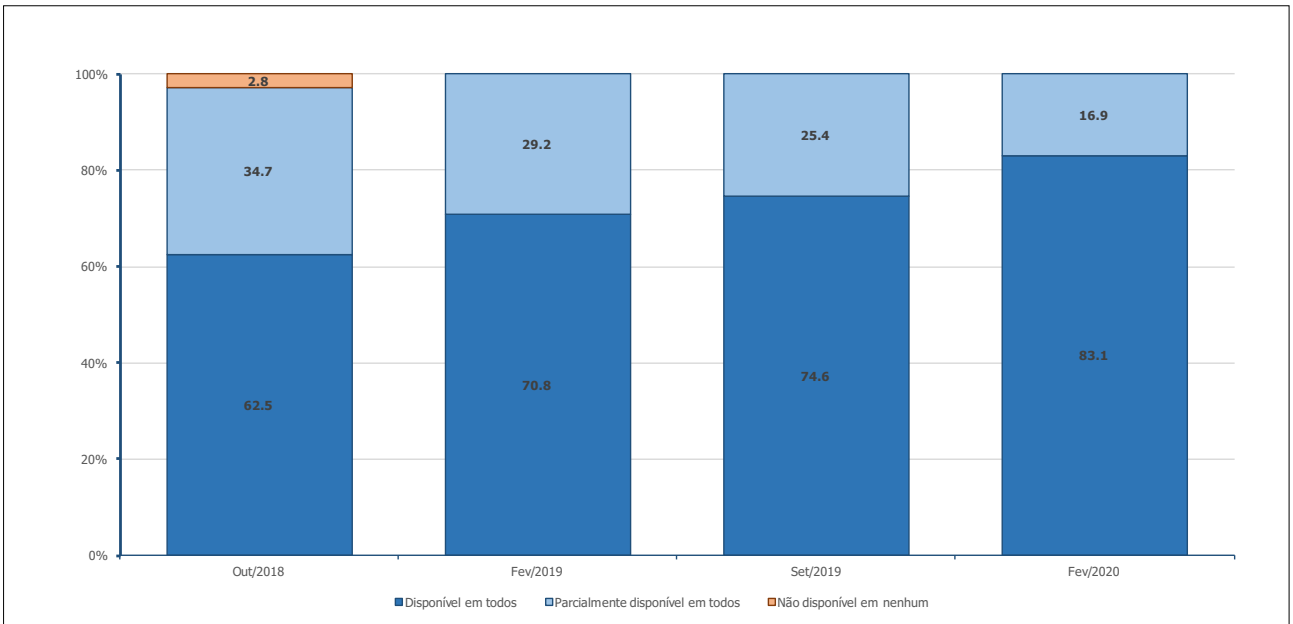
A investigação e o seguimento de casos de sífilis em gestante e de sífilis congênita nos municípios prioritários aparecem como estratégias prioritárias e estão demonstrados na Figura 4 que identifica a evolução de implementação dos Comitês Municipais de Investigação da Transmissão Vertical, dos Comitês Estaduais de Investigação da Transmissão Vertical, do Grupo Estadual, do Grupo Local e do Grupo de Trabalho vinculado ao projeto de resposta rápida a sífilis nos municípios prioritários definidos no Projeto "Sífilis Não".

Um outro Eixo do Projeto diz respeito a ações de educação permanente voltadas aos profissionais da rede de serviços em atenção a sífilis conforme demonstrado na Figura 5. Tais ações formativas são voltadas para a gestão e cuidado integral das pessoas com sífilis com destaque para a administração de penicilina; a ampliação da cobertura de testagem rápida em Unidades de Atenção Primária de Saúde a partir de ações de qualificação técnica para realização; e a ampliação da realização de ações de prevenção, educação e comunicação em enfrentamento à sífilis com a produção local de materiais, a realização de atividades em espaço comunitário e a divulgação da sífilis nos meios de comunicação locais, regionais e estaduais.



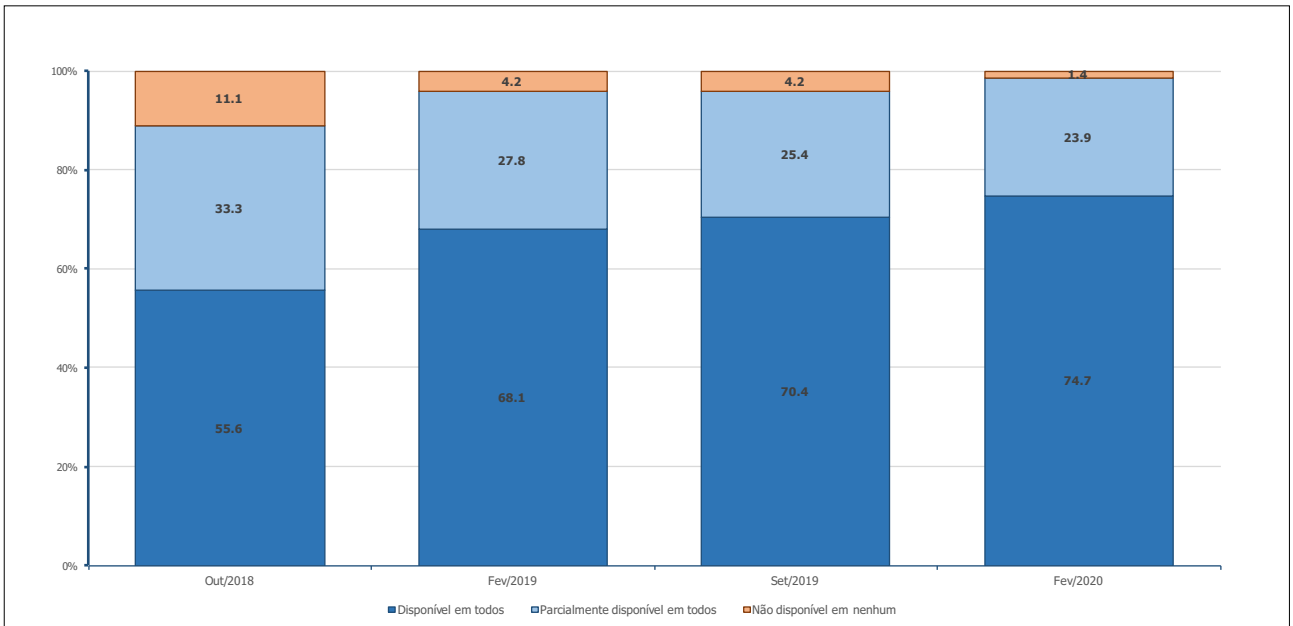
Fonte: Projeto de Resposta Rápida a Sífilis nas Redes de atenção – UFRN.

FIGURA 1 Conformação da rede de apoiadores e distribuição espacial do número de municípios prioritários por unidade da federação (n=72 municípios)



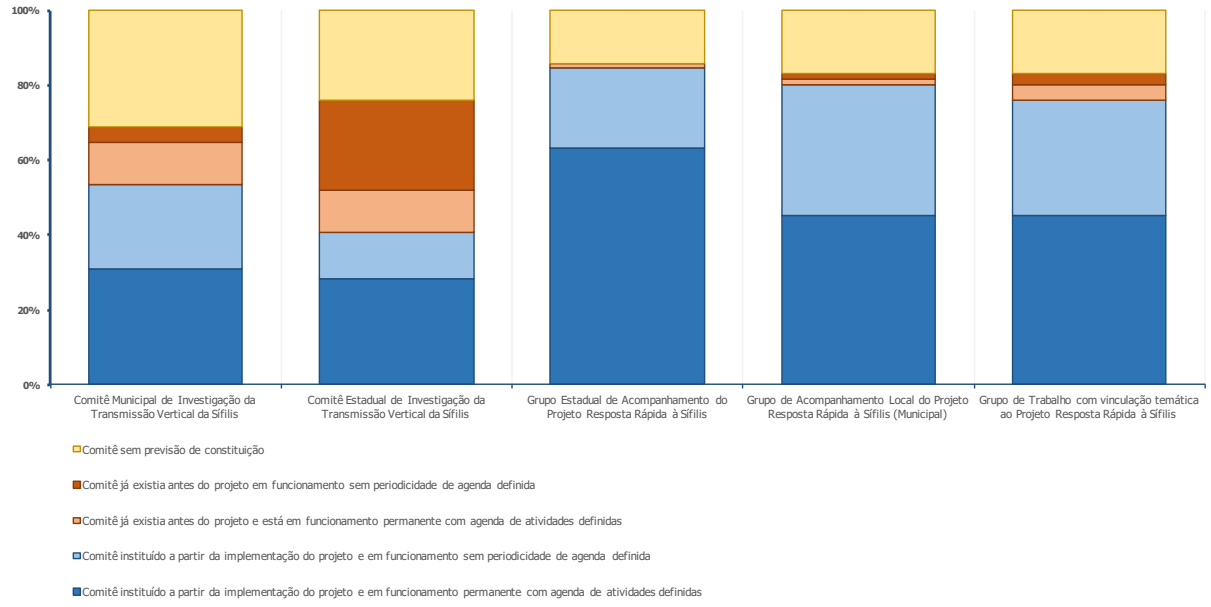
Fonte: DCCI/Questionário aplicado aos apoiadores de resposta rápida a sífilis.

FIGURA 2 Distribuição percentual dos 72 municípios prioritários com relação à disponibilidade de testes rápidos para diagnóstico de sífilis na rede primária



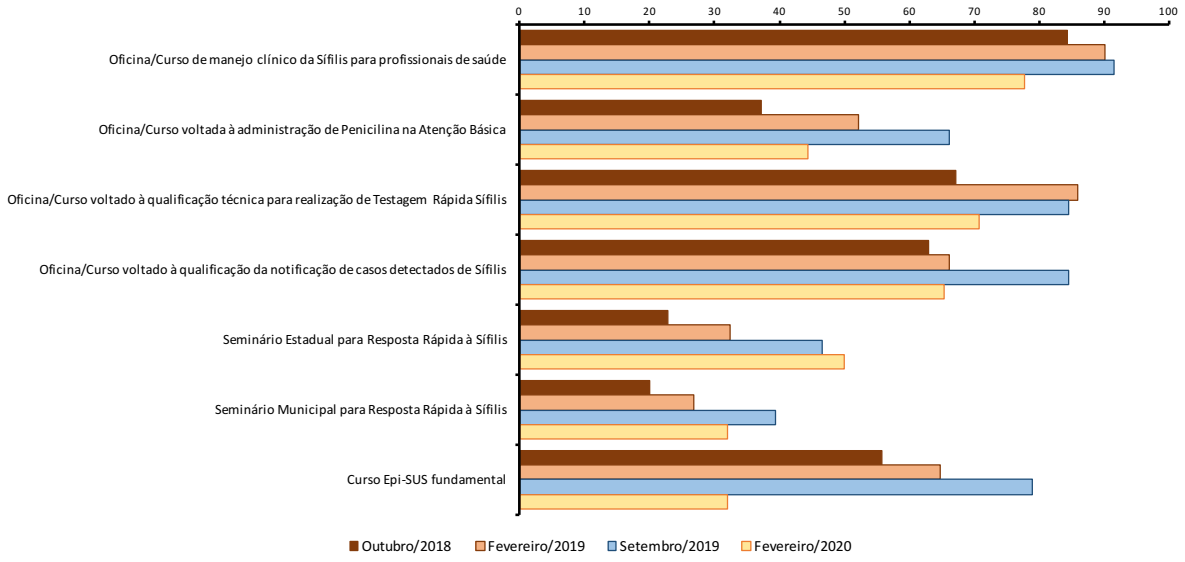
Fonte: DCCI/Questionário aplicado aos apoiadores de resposta rápida a sífilis.

FIGURA 3 Distribuição percentual dos 72 municípios prioritários com relação à disponibilidade de penicilina para tratamento de sífilis na rede primária



Fonte: DCCI/Questionário aplicado aos apoiadores de resposta rápida a sífilis, fevereiro 2020.

FIGURA 4 Distribuição percentual do funcionamento territorial dos comitês municipais de investigação da transmissão vertical, comitês estaduais de investigação da transmissão vertical, grupo estadual, grupo local e grupo de trabalho vinculado ao projeto de resposta rápida a sífilis (n=72 municípios)



Fonte: DCCI/Questionário aplicado aos apoiadores.

FIGURA 5 Distribuição das ações de educação permanente voltadas à sífilis realizadas nos 72 municípios prioritários de acordo com o período de monitoramento

Considerações finais

As ações e estratégias implementadas nos territórios expressam o empenho das Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde em integrar o esforço nacional de resposta a sífilis por meio das áreas técnicas de infecções sexualmente transmissíveis, de vigilância epidemiológica, de atenção primária a saúde, de atenção à saúde da mulher, dentre outras, que compõem o enfrentamento a sífilis.

Este Boletim apresenta dados importantes sobre o Projeto "Sífilis Não", que podem ser tomados como subsídio aos gestores e aos demais atores nos encaminhamentos e tomadas de decisão no planejamento de enfrentamento da sífilis em seus territórios. Ainda, ressalte-se que outros estudos estão sendo realizados para que se tenha uma compreensão mais ampla da situação da sífilis nos municípios prioritários da estratégia de resposta rápida à sífilis nas redes de atenção no Brasil.

Referências

1. World Health Organization. Global health sector strategy on sexually transmitted infections, 2016-2021: Towards ending STIs. Report No.: WHO/RHR/16.09. Geneva: WHO; jun. 2016. Acesso em: 28 ago. 2020. Disponível em: **https://bit.ly/31JIEi0**

2. Rowley J, Vander Hoorn S, Korenromp E, et al. Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: global prevalence and incidence estimates, 2 2016. Bull World Health Organ. 2019; 97(8): 548-562P. Acesso em: 28 jul. 2020.Disponível em: **https://bit.ly/2DiLIby**

3. Brasil. Boletim Epidemiológico Sífilis. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Número Especial. Out. 2019. Acesso em: 28 ago. 2020. Disponível em: **https://bit.ly/2De8ilu**

4. Brasil. Casa Civil. Lei nº 13.414, de 10 De janeiro de 2017. Estima a receita e fixa a despesa da União para o exercício financeiro de 2017. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2017 jan. 10.

5. Universidade Federal do Rio Grande Do Norte (UFRN). Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS). Secretaria de Educação a Distância (SEDIS). Plano de Trabalho do Projeto de Pesquisa aplicada para integração inteligente orientada ao fortalecimento das redes de atenção para resposta rápida à sífilis. Natal: UFRN, 2017. 65p.

6. Lucas MCV, Carvalho ALB, Souza ECF, Melo CMR, Crives MNS. A experiência de apoio institucional no projeto de resposta rápida ao enfrentamento da sífilis nas redes de atenção à saúde, Volume 9. Número 2. 2019 (Edição Especial - Projeto Sífilis Não) 2019. Acesso em: 28 ago. 2020. Disponível em: **https://bit.ly/3lAPPB2**

7. Barros MEB, Guedes CR, Roza MMR. O apoio institucional como método de análise-intervenção no âmbito das políticas públicas de saúde: a experiência em um hospital geral. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2011 Dec [cited 2020 July 28]; 16(12): 4803-4814. Acesso em: 28 ago. 2020. Disponível em: **https://bit.ly/31JtA3R**

***Coordenação-Geral de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis (CGIST/DCCI/SVS)**: Adriano Santiago Dias dos Santos, Carlos Alberto Pereira de Oliveira**, Esdras Daniel dos Santos Pereira, Juliana Uesono, Lutigardes Bastos Santana, Nádia Maria da Silva Machado, Thereza Cristina de Souza Mareco.

**Professor da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Pesquisador do Projeto Sífilis Não.

Situação epidemiológica da síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika em 2020 até a SE 40

Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas do Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis (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 05 de outubro de 2020, às 15h (horário de Brasília). Esses 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 e 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 40/2020, foram notificados ao Ministério da Saúde 19.395 casos suspeitos de SCZ e outras etiologias infecciosas, dos quais 3.559 (18,4%) foram confirmados (Figura 1A e Tabela 1). Considerando apenas o ano epidemiológico de 2020, até a SE 40, 789 novos casos foram notificados, dos quais 24 (3,0%) foram confirmados (Figura 1B), sendo: 02 nascidos em 2016, 02 em 2018, 09 em 2019, 10 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=2.206; 55,6%) do país, seguido da região Sudeste (n=732; 27,0%). Os estados com maior número de casos confirmados foram: Bahia (n=584; 16,4%), sendo Salvador o município com mais casos (n=284); Pernambuco (n=468; 13,1%), sendo Recife o município com mais casos confirmados deste estado (n=77); e Rio de Janeiro (n=305; 8,6%), sendo a maioria dos casos de residentes no município do Rio de Janeiro (n=141) – Figura 2A. No ano de 2020, os municípios com mais casos confirmados foram Manaus (n=6), Brasília (n=3) e Águas Lindas de Goiás (n=2) – Figura 2B.

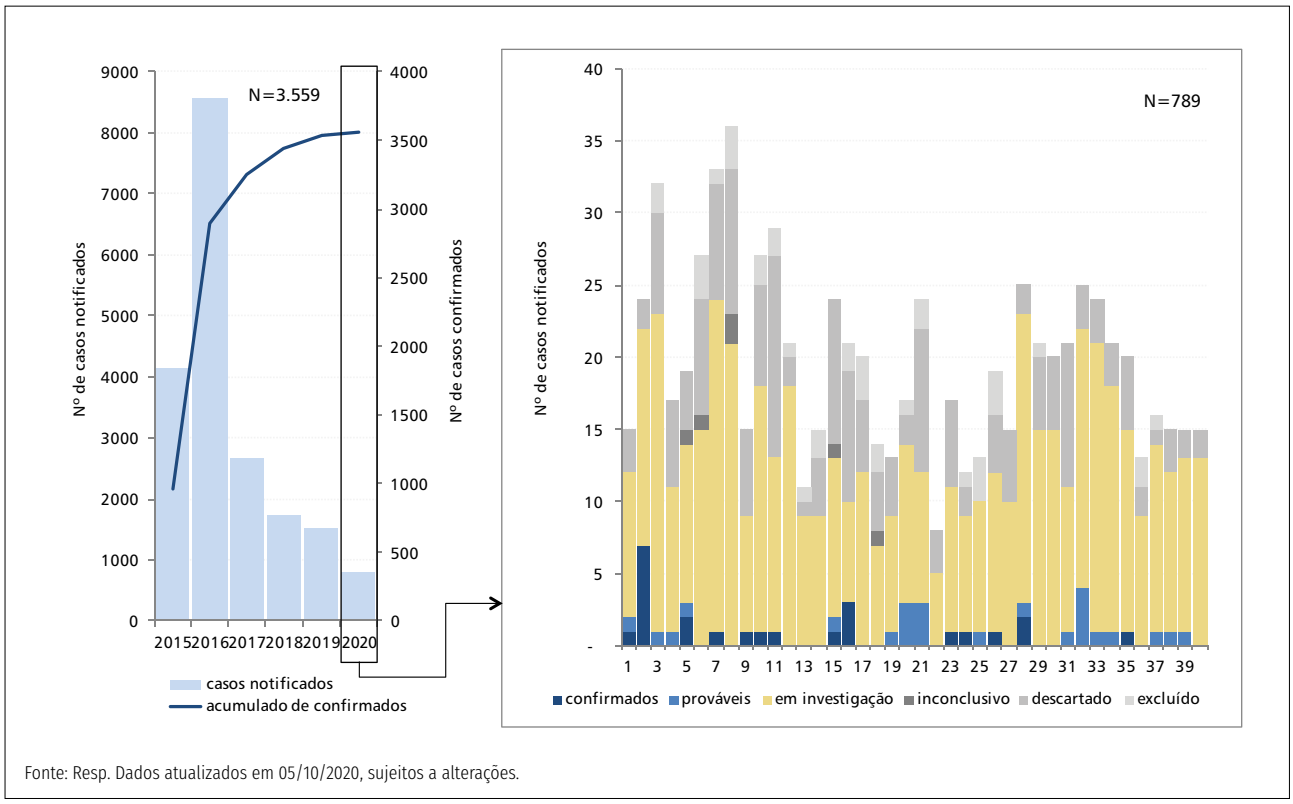


FIGURA 1 Distribuição dos casos notificados de SCZ e outras etiologias infecciosas por ano epidemiológico de notificação (A) e por SE de notificação de 2020 (B). Brasil, de 2015 até a SE 40 de 2020

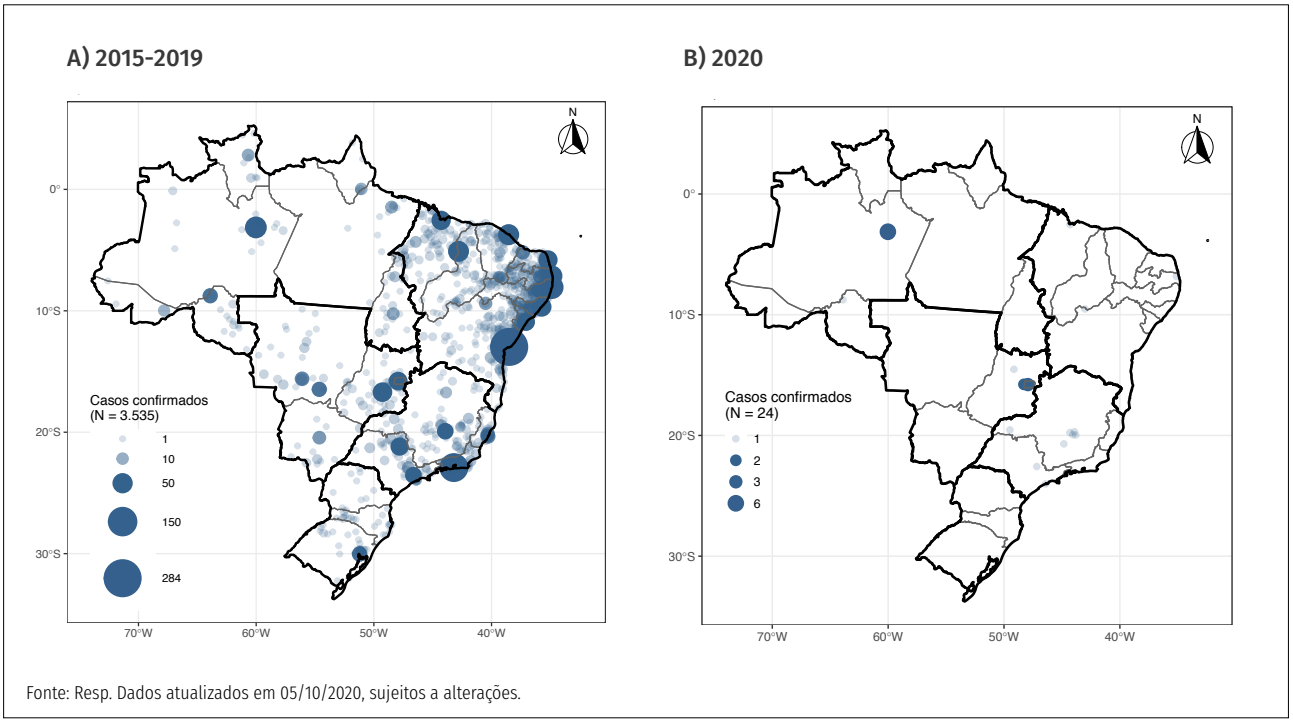


FIGURA 2 Distribuição dos casos confirmados de síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas por município de residência e ano epidemiológico de notificação. Brasil, de 2015 até a SE 40 de 2020

Perfil dos casos confirmados e óbitos

Dos 3.559 casos confirmados, notificados entre as SE 45/2015 e 40/2020, 77,6% (n=2.762) eram recém-nascidos (menor ou igual a 28 dias); 15,7% (n=557) eram crianças com média de idade de 8,6 meses (mínimo: 0,0; máximo: 56); e os demais (n=240; 6,7%) correspondiam a natimortos, fetos e abortos espontâneos. Foram registrados 69 óbitos fetais: 14 ocorridos em 2015; 43 em 2016; 04 em 2017; 07 em 2018 e 01 em 2019.

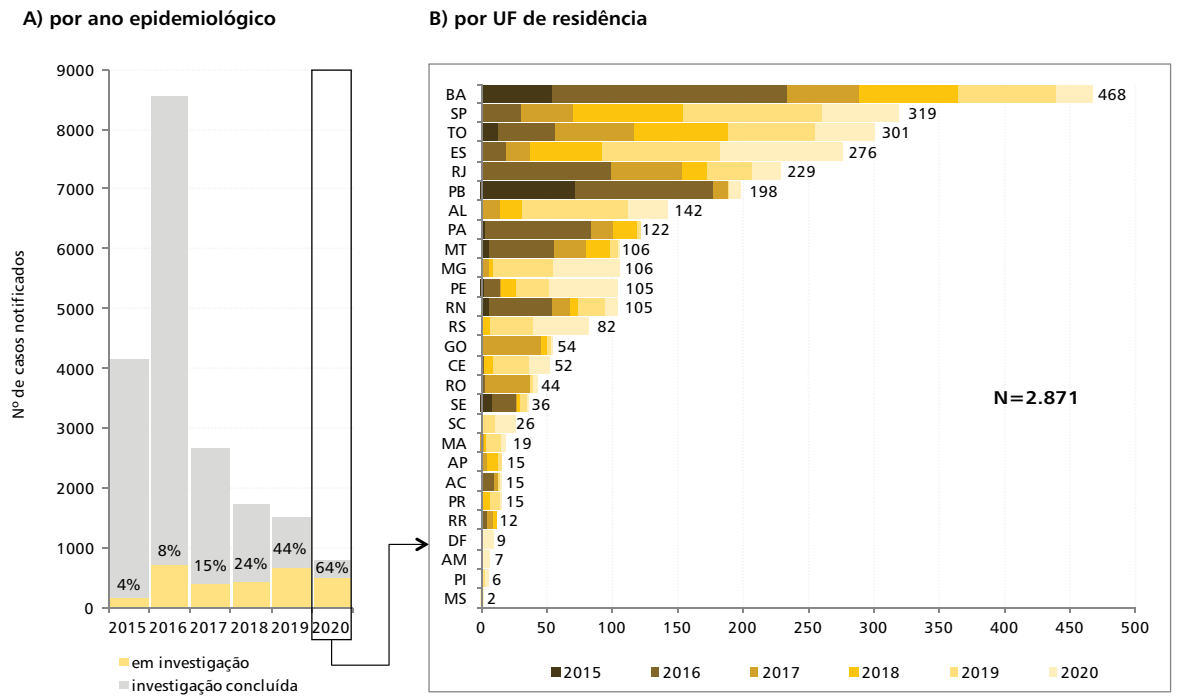
Dentre os nascidos vivos, 13,5% (n=449/3.328) foram à óbito, notificados no SIM ou Resp, com média de idade de 11,9 meses (mínimo: 0,0; máximo: 57). Destes, 18 ocorreram em 2020, sendo Pernambuco (n=4), Paraíba (n=2) e Alagoas (n=2) os municípios com mais mortes.

Casos em investigação

Do total de casos notificados, 2.871 permaneceram em investigação até a SE 40/2020 (Tabela 1), representando: 4% (n=167) do total de notificações de 2015, 8% (n=707) de 2016, 15% (n=409) de 2017, 24% (n=420) de 2018, 44% (n=663) de 2019 e 64% (n=505) de 2020 – Figura 3A. Os estados que possuem os maiores números de casos em investigação, em ordem decrescente, são: Bahia (n=468 casos), seguido de São Paulo (n=319), Tocantins (n=301), Espírito Santo (n=276), Rio de Janeiro (n=229), Paraíba (n=198), Alagoas (n=142), Pará (n=122), Minas Gerais (n=106), Mato Grosso (n=106), Pernambuco (n=105) e Rio Grande do Norte (n=105) – 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 40 de 2020, 64,1% (n=1.845) 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 (69,2%) e Sul (64,5%). Para atenção especializada, 62,9% (n=1.810) desses casos recebem atendimento. As regiões com os maiores percentuais na atenção especializada foram Nordeste (67,4%) e Centro-Oeste (61,0%) – Tabela 2.



Fonte: Resp. Dados atualizados em 05/10/2020, sujeitos a alterações.

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 40 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 40 de 2020.

Região/UF de residência	Casos notificados		Classificação final					
	n	%	Investigação	Confirmado	Provável	Descartado	Inconclusivo	Excluído
Norte	**1.167**	**6,0**	**516**	**232**	**6**	**335**	**8**	**70**
AC	62	0,3	15	10	-	37	-	-
AP	40	0,2	15	17	-	6	-	2
AM	181	0,9	7	87	5	65	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	528	2,7	301	40	-	149	3	35
Nordeste	**10.784**	**55,6**	**1.131**	**2.206**	**420**	**4.934**	**482**	**1.611**
AL	848	4,4	142	142	54	281	76	153
BA	2.846	14,7	468	584	194	680	139	781
CE	901	4,6	52	175	93	450	61	70
MA	544	2,8	19	171	54	212	24	64
PB	1.217	6,3	198	223	20	622	11	143
PE	3.106	16,0	105	468	-	2.179	161	193
PI	324	1,7	6	136	3	120	1	58
RN	670	3,5	105	165	2	282	6	110
SE	328	1,7	36	142	-	108	3	39
Sudeste	**5.243**	**27,0**	**930**	**732**	**324**	**2.832**	**126**	**299**
ES	631	3,3	276	80	48	195	10	22
MG	1.292	6,7	106	168	69	796	47	106
RJ	1.243	6,4	229	305	67	522	41	79
SP	2.077	10,7	319	179	140	1.319	28	92
Sul	**716**	**3,7**	**123**	**95**	**10**	**436**	**3**	**49**
PR	81	0,4	15	10	-	51	-	5
RS	537	2,8	82	61	5	349	-	40
SC	98	0,5	26	24	5	36	3	4
Centro-Oeste	**1.485**	**7,7**	**171**	**294**	**71**	**612**	**72**	**265**
DF	343	1,8	9	42	16	115	32	129
GO	598	3,1	54	140	19	260	30	95
MT	466	2,4	106	80	32	204	6	38
MS	78	0,4	2	32	4	33	4	3
Brasil	**19.395**	**100**	**2.871**	**3.562**	**831**	**9.149**	**691**	**2.294**

Fonte: Resp. Dados atualizados em 05/10/2020, sujeitos a alterações.

TABELA 2 Distribuição dos casos confirmados de crianças e recém-nascidos vivos com 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 40 de 2020

Região/UF de residência	Casos confirmados	Atenção primária		Atendimento especializado	
		n	%	n	%
Norte	**161**	**100**	**62,1**	**94**	**58,4**
AC	5	4	80,0	3	60,0
AP	12	5	41,7	6	50,0
AM	65	43	66,2	39	60,0
PA	19	3	15,8	-	-
RO	27	22	81,5	22	81,5
RR	13	13	100,0	13	100,0
TO	20	10	50,0	11	55,0
Nordeste	**1.867**	**1.292**	**69,2**	**1.258**	**67,4**
AL	116	5	4,3	56	48,3
BA	492	300	61,0	270	54,9
CE	142	18	12,7	18	12,7
MA	155	106	68,4	106	68,4
PB	177	160	90,4	166	93,8
PE	415	403	97,1	393	94,7
PI	121	121	100,0	72	59,5
RN	125	88	70,4	90	72,0
SE	124	91	73,4	87	70,2
Sudeste	**547**	**294**	**53,7**	**283**	**51,7**
ES	47	28	59,6	19	40,4
MG	122	85	69,7	74	60,7
RJ	261	144	55,2	153	58,6
SP	117	37	31,6	37	31,6
Sul	**76**	**49**	**64,5**	**36**	**47,4**
PR	5	5	100,0	4	80,0
RS	54	41	75,9	28	51,9
SC	17	3	17,6	4	23,5
Centro Oeste	**228**	**110**	**48,2**	**139**	**61,0**
DF	36	19	52,8	17	47,2
GO	99	23	23,2	42	42,4
MT	66	45	68,2	57	86,4
MS	27	23	85,2	23	85,2
Brasil	**2.879**	**1.845**	**64,1**	**1.810**	**62,9**

Fonte: Resp. Dados atualizados em 05/10/2020, sujeitos a alterações.
As informações de atenção à saúde por UF possuem diferentes datas de referência.
Atualizaram os dados no mês de junho: AL, BA, PB, PE, RS, RJ, RN e RO.

***Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE/ DASNT/SVS)**: Eduardo Marques Macário, Giovanny Vinícius Araújo de França, Valdelaine Etelvina Miranda de Araujo, Ana Cláudia Medeiros de Souza, Augusto César Cardoso dos Santos, João Matheus Bremm, Julia do Amaral Gomes, 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. **Secretaria de Atenção Especializada a Saúde (SAES)**: Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo, Mariana Bertol Leal.