



BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO MERCOSUL COVIGSAL

Volume 3 | 2025

Argentina
Brasil
Paraguay
Uruguay



ARGENTINA

Ministro de Salud de la Nación
Mario Iván Lugones

Secretario de Gestión Sanitaria
Saúl Flores

Subsecretaría de Vigilancia Epidemiológica, Información y Estadísticas en Salud
María Susana Azurmendi

Dirección de Epidemiología
Cecilia Gonzalez Lebrero

Área de Vigilância de la Salud
Julián Antman
Maria Paz Rojas Mena
Yasmin El Ahmed
Tamara Wainziger

Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles

Dirección de Enfermedades No Transmisibles
María Julieta Rodríguez Cámera
Ana King
Manuela Bulló

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Emilio Coni" ANLIS
Hugo Fernandez
Natalia Mordini

BRASIL

Ministro de Estado da Saúde – Ministério da Saúde (MS)
Alexandre Rocha Santos Padilha

Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente – Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA)
Mariângela Batista Galvão Simão

Gabinete da SVSA/MS
Mauro Teixeira de Figueiredo

Departamento de Doenças Transmissíveis (DEDT)

Marília Santini de Oliveira
Mariana Bizinoto dos Santos Anjo

Coordenação-Geral de Vigilância de Arboviroses (Cgarb/DEDT/SVSA/MS)

Lívia Carla Vinhal Frutuoso
Marcela Lopes Santos
Marcelle Araújo Ribeiro
Camila Ribeiro Silva

Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis (DPNI)

Eder Gatti Fernandes

Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização (Cgici/DPNI/SVSA)

Ana Catarina de Melo Araújo
Luciana Maiara Diogo Nascimento
Krishna Mara Rodrigues Freire
Soniery Almeida Maciel

Coordenação-Geral de Vigilância da Covid-19, Influenza e Outros Vírus Respiratórios, Departamento de Doenças Transmissíveis (CGCOVID/DEDT/SVSA/MS)

Aluísio Pereira da Silva Filho
Eucilene Alves Santana
Germana Vizzotto Osowski
Marcelo Ferreira da Costa Gomes
Mariana de Carvalho
Plínio Tadeu Istilli
Walquiria Aparecida Ferreira de Almeida

Coordenação-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial (CGZV/DEDT/SVSA/MS)

Mayara Maia Lima
Aline Ale Beraldo
Francisco Edilson Ferreira de Lima Junior
Silene Lima Dourado Ximenes Santos
Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (Dathi/SVSA/MS)

Draurio Barreira Cravo Neto
Carmen Silvia Bruniera Domingues
Coordenação-Geral de Vigilância da Tuberculose, Micoses Endêmicas e Micobactérias não Tuberculosas (CGTM/Dathi/SVSA/MS)

Fernanda Dockhorn Costa Johansen
Karina dos Santos Casado
Luiz Henrique Arroyo

Coordenação-Geral de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis (CGIST/Dathi/SVSA/MS)
Pâmela Cristina Gaspar

Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (CGDNT/Dant/SVSA/MS)
Letícia de Oliveira Cardoso
Oscar Geovanny Enriquez-Martinez
Paula Carvalho de Freitas
Geórgia Maria de Albuquerque
Leonardo de Souza Lourenco Carvalho
Naiza Nayla Bandeira de Sá
Marli de Mesquita Silva

PARAGUAI

Ministra de Salud

Maria Teresa Barán

Dirección General de Vigilancia de la Salud
Andrea Ojeda

Dirección del Centro de Información Epidemiológica y Vigilancia de la Salud
Esther Pedrozo

Fátima Aidée Vázquez
Mónica Arellano
Katia Peralta

Dirección de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles

Viviana de Egea

Programa Nacional de Enfermedades Vectoriales

Martha Torales
Karina Rotela
Fatima Rojas

Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

Sarita Aguirre
Natalia Sosa
Angélica Escobar

Programa Nacional de Enfermedades Inmunoprevenibles y PAI (PNEI y PAI)
Luis Cousirat

Vilma Teresa Pérez
Programa Nacional de Control de VIH/SIDA/ITS
Elena Candia
Giulia Cipolla
Stela Samaniego

Dirección de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles

Felicia Cañete Villalba
Ethel Santacruz Lezcano
Noelia Cañete Borja

URUGUAI

Ministra de Salud de Uruguay
Cristina Lustemberg

Dirección General de Salud
Fernanda Nozar

Dirección del Área de Vigilancia en de la Población
Mónica Castro

Dirección del Departamento de Vigilancia en Salud
Nataly Rodríguez

Sector de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles
Sally Cossio

Sector de vigilancia de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud
Daiana Tritten
Eduardo Silvera

Sector de Vigilancia de Enfermedades no Transmisibles
Griselda Bitarr
Erika Bruzzese

Unidad de Análisis
Estrella Sicardi

Unidad de Inmunizaciones
Catalina Pirez
Steven Tapia
Jeremy Tirovich

Departamento de Laboratorios de Salud Pública
Natalia Goñi

Unidad de Zoonosis y Vectores
Gabriela Willat
Lorenzo Verger

Editoria científica
Christian Loret de Mola Zanatti – Universidade Federal do Rio Grande Tatiane Fernandes Portal de Lima Alves da Silva – CGEVS/DAEVS/SVSA/MS

Tradução
Christian Loret de Mola Zanatti

Revisão textual (português)
Tatiane Souza – CGEVS/DAEVS/SVSA

Projeto gráfico
Fred Lobo – CGEVS/DAEVS/SVSA

Diagramação
Sabrina Lopes – CGEVS/DAEVS/SVSA

Produção
Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente (DAEVS/SVSA/MS)
Guilherme Loureiro Werneck

Coordenação-Geral de Editoração
Técnico-Científica em Vigilância em Saúde (CGEVS/DAEVS/SVSA)
Taís Freire Galvão

Sumário

Apresentação.....	3
Contexto histórico da Comissão de Vigilância em Saúde (COVIGSAL) do Mercosul.....	5
1. Introdução.....	7
1.1 Argentina	7
1.2 Brasil	8
1.3 Paraguai	8
1.4 Uruguai.....	9
2. Métodos.....	11
2.1 Arboviroses.....	11
2.1.1 Dengue	11
2.1.2 Chikungunya.....	16
2.1.3 Zika.....	21
2.1.4 Febre amarela.....	25
2.2 Cobertura vacinal.....	29
2.2.1 Vacinação contra sarampo	29
2.2.2 Vacinação contra febre amarela.....	32
2.2.3 Vacinação contra poliomielite	34
2.2.4 Vacinação contra covid-19	37
2.3 Sífilis e doença de Chagas congênita	39
2.3.1 Sífilis congênita	39
2.3.2 Doença de Chagas congênita	43
2.4 Síndrome respiratória aguda grave (Srag).....	45
2.4.1 Síndrome gripal por covid-19	45
2.4.2 Síndrome respiratória aguda grave por covid-19	47
2.4.3 Síndrome respiratória aguda grave por influenza	50
2.4.4 Síndrome respiratória aguda grave por vírus sincicial respiratório (VSR)	53
2.5 Tuberculose.....	57
2.6 Mortalidade prematura por DCNT, tabagismo e mortalidade por acidentes de trânsito	61
2.6.1 Mortalidade prematura por DCNT (30-69 anos).....	63
2.6.2 Prevalência de tabagismo (18-64 anos).....	63
2.6.3 Mortalidade por acidentes de trânsito.....	64
3. Resultados.....	67
3.1 Arboviroses.....	67
3.1.1 Dengue.....	67
3.1.2 Chikungunya.....	69
3.1.3 Zika.....	71
3.1.4 Febre amarela.....	73
3.2 Cobertura vacinal.....	75
3.2.1 Sarampo	76
3.2.2 Febre amarela.....	77
3.2.3 Poliomielite	79
3.2.4 Covid-19.....	81

3.3 Sífilis e doença de Chagas congênita	82
3.3.1 Sífilis congênita	82
3.3.2 Doença de Chagas congênita	83
3.4 Síndrome respiratória aguda grave (Srag).....	84
3.4.1 Covid-19.....	84
3.4.2 Srag por Influenza.....	86
3.4.3 Srag por Vírus sincicial respiratório.....	88
3.5 Tuberculose.....	89
3.5.1 Taxa de incidência de tuberculose.....	89
3.5.2. Taxa de letalidade de tuberculose.....	89
3.5.3 Taxa de mortalidade específica por tuberculose.....	89
3.6 Doenças crônicas não transmissíveis.....	91
3.6.1 Mortalidade prematura por DCNT (30-69 anos)	91
3.6.2 Prevalência de tabagismo.....	92
3.6.3 Taxa de mortalidade por lesões de trânsito	93
4. Considerações finais.....	95
4.1 Argentina.....	95
4.1.1 Arboviroses	95
4.1.2 Cobertura de vacinação	95
4.1.3 Sífilis e doença de Chagas congênita	95
4.1.4 Síndrome gripal por covid-19 e síndrome respiratória aguda grave por covid-19, influenza e vírus sincicial respiratório	95
4.1.5 Tuberculose	96
4.2 Brasil.....	96
4.2.1 Arboviroses	96
4.2.2 Cobertura de vacinação	96
4.2.3 Sífilis e doença de Chagas congênita.....	96
4.2.4 Síndrome gripal por covid-19 e síndrome respiratória aguda grave por covid-19, influenza e vírus sincicial respiratório	97
4.2.5 Tuberculose	97
4.3 Paraguai.....	97
4.3.1 Arboviroses.....	97
4.3.2 Cobertura de vacinação	98
4.3.3 Sífilis e doença de Chagas congênita.....	99
4.3.4 Síndrome gripal por covid-19 e síndrome respiratória aguda grave por covid-19, influenza e vírus sincicial respiratório	99
4.3.5 Tuberculose	100
4.4 Uruguai	100
4.4.1 Arboviroses	100
4.4.2 Cobertura de vacinação	101
4.4.3 Sífilis e doença de Chagas congênita	101
4.4.4. Síndrome gripal por covid-19 e síndrome respiratória aguda grave por covid-19, influenza e vírus sincicial respiratório	101
4.4.5 Tuberculose	101
4.5 Doenças crônicas e agravos não transmissíveis	102
Referências.....	103

Apresentação

Este documento é uma parceria entre os países integrantes do Mercado Comum do Sul (Mercosul) (Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai) para o compartilhamento de informações epidemiológicas de doenças e agravos relevantes à saúde pública entre os países a fim de subsidiar estratégias de ações integradas.

Este Boletim traz informações sobre perfil epidemiológico das arboviroses, cobertura vacinal, tuberculose, sífilis e doença de Chagas congênita, além da síndrome respiratória aguda grave (Srag) por covid-19, influenza e vírus sincicial respiratório (VSR). Nesta nova edição, também incluíram-se indicadores de mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), mortalidade por acidentes de trânsito e a prevalência de tabagismo.

A vigilância epidemiológica das DCNT e das lesões por causas externas é o conjunto de ações sistemáticas orientadas a medir a sua carga, compreender os seus determinantes e reduzir o seu impacto. Supervisiona a magnitude e as tendências da morbimortalidade e dos seus fatores de risco – tabagismo, consumo nocivo de álcool, alimentação inadequada, atividade física insuficiente, entre outros – e identifica desigualdades territoriais e socioeconômicas. Para isso, integra múltiplas fontes de informação (registros vitais e hospitalares, inquéritos populacionais e escolares) e transforma os dados em evidência que guia a prevenção, a continuidade do cuidado e a avaliação de políticas. Em articulação com a Atenção Primária à Saúde, a promoção da saúde e outras políticas públicas, sustenta decisões oportunas, estabelece metas realistas e favorece a alocação eficiente de recursos, contribuindo para avanços sustentáveis em saúde e equidade.

Contexto histórico da Comissão de Vigilância em Saúde (COVIGSAL) do Mercosul

O Mercosul é um bloco com o objetivo de promover a integração econômica, política e social de países sul-americanos, composto por países-membros, entre eles Argentina, Brasil, Uruguai e Paraguai¹, e países observadores, como a Bolívia, que posteriormente se incorporou oficialmente ao Mercosul. O objetivo da criação deste bloco foi a livre circulação de bens, serviços e pessoas, estabelecendo acordos e tarifas comuns que fossem mais atrativos para fomentar uma economia justa entre os países que integram o bloco econômico, também chamados de estados-partes¹.

As regiões de fronteira tendem a ter uma intensa mobilidade populacional, tanto para o turismo quanto para o comércio. A experiência mundial com a covid-19 demonstra que a mobilidade da população é um fator importante na disseminação de doenças². Isso reforça a necessidade de manter a vigilância em saúde dentro e entre os países, com foco na situação epidemiológica.

A Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul foi criada em 1995, com base na Decisão n.º 3 de 1995 do Conselho do Mercado Comum (CMC) do Mercosul, com o propósito de propor ao referido Conselho medidas destinadas a coordenar políticas na área da saúde no âmbito do Mercosul. Como resultado, em 1996, no âmbito do Grupo Mercado Comum (GMC), foi criado o Subgrupo de Trabalho n.º 11 (Saúde), por meio da Resolução GMC/RES n.º 151, de 11 de dezembro de 1996. Este documento estabeleceu a necessidade de um órgão técnico, de caráter deliberativo, que centralizasse o tratamento desses temas, para facilitar a harmonização das legislações nacionais e a compatibilidade dos sistemas de controle sanitário dos estados-partes.

Por meio da Resolução GMC/RES n.º 4, de 20 de fevereiro de 1998, foi aprovada a "Agenda de Negociação do Subgrupo de Trabalho n.º 11 (Saúde)". É neste contexto que nasceu a Comissão de Vigilância Epidemiológica e Controle Sanitário de Portos, Aeroportos, Estações e Passos de Fronteira, que posteriormente passou a ser denominada Comissão de Vigilância em Saúde (COVIGSAL), com o propósito de promover a vigilância em saúde e o intercâmbio de informações sobre doenças entre os países do Mercosul. O trabalho comprehende a análise da situação sanitária, em coordenação com um conjunto de atividades destinadas a adotar medidas para a identificação, a promoção, a prevenção e o controle das doenças e seus determinantes na região. Essas ações são implementadas por meio de planos de trabalho, definidos para um período de dois anos.

A COVIGSAL reúne-se para discutir a situação epidemiológica dos países-membros e compartilhar informações epidemiológicas. O Programa de Trabalho 2023-2024 da COVIGSAL, aprovado na CXXVIII Reunião Ordinária do GMC, inclui uma atualização periódica (semestral) do status do Mercosul

dos eventos priorizados; o compartilhamento de informações e estratégias na área de imunização; o compartilhamento de estratégias, avanços e dificuldades na vigilância, na prevenção e no controle de doenças transmitidas por vetores; e a construção de estratégias comuns no Mercosul para combater a resistência aos antimicrobianos.

A partir de 2023, o Boletim Epidemiológico do Mercosul passou a ser elaborado com os indicadores selecionados pelos países, com o objetivo de compilar, sistematizar e comparar dados ao longo das edições. Até ao momento, foram publicados dois boletins: o primeiro em 2023 e o segundo em 2024^{3,4}. Nesta edição, a análise da situação de saúde foi ampliada com a inclusão de indicadores de DCNT e de outras Srag.

1 Introdução

1.1 Argentina

A República Argentina possui uma organização político-sanitária federal, com o papel de direção e regulação do governo federal, coordenado em conjunto com as 24 jurisdições. O Sistema Nacional de Vigilância da Saúde (SNVS) está enquadrado na Lei Nacional n.º 15.465, de 28 de outubro de 1960, e na Resolução n.º 2.827/2022, que atualiza a lista de eventos de notificação obrigatória, atualmente em 151 eventos. Este sistema abrange doenças transmissíveis, não transmissíveis (intoxicações, lesões intencionais e não intencionais, saúde mental etc.) e outros eventos de importância para a saúde pública (eventos emergentes, efeitos na saúde por temperaturas extremas, entre outros).

O SNVS 2.0 consiste em um sistema de informação on-line, desenvolvido e coordenado pelo Ministério da Saúde e gerido em conjunto com as autoridades sanitárias das 24 províncias. Caracteriza-se pela intercomunicação horizontal e pelo acesso federal de todos os atores envolvidos (estabelecimentos de saúde do subsetor público, privado e da segurança social, e de saúde animal; áreas de epidemiologia locais, municipais, provinciais e nacional; laboratórios locais, laboratórios nacionais de referência, programas de controle). Integra a informação produzida desde a detecção de casos, o diagnóstico e a evolução clínica, assim como a informação gerada durante o processo de investigação epidemiológica e as ações de controle, dispondo de um sistema de alertas para eventos que requerem intervenções imediatas.

O sistema integra informação clínica, epidemiológica e laboratorial, e suporta estratégias de vigilância universal, sentinel, por redes de laboratório, bancos de sangue e estudos especiais. Todos os eventos sob programa (TB, VIH e ITS, doenças zoonóticas, doenças transmissíveis por vetores etc.) estão integrados ao SNVS, o qual se complementa com a vigilância de eventos baseada em fontes abertas. O processo se completa com a disseminação de informação por meio de um Boletim Epidemiológico Nacional de publicação semanal⁵.

Desde 2009, no âmbito da Estratégia Nacional para a Prevenção e o Controle das Doenças Não Transmissíveis (DNT), a vigilância organiza-se para monitorar tendências de morbimortalidade, prevalências e fatores de risco. A área de Vigilância Epidemiológica da Direção Nacional de Abordagem Integral de DNT atua em três eixos: (1) Mortalidade, com análise de estatísticas vitais consolidadas pela Direção de Estatística de Informação em Saúde (DEIS); (2) Morbilidade, por meio do conjunto mínimo de dados (altas hospitalares), registros de DNT e lesões e outras fontes administrativas; e (3) Fatores de risco, principalmente por meio de inquéritos populacionais como o Inquérito Nacional de Fatores de Risco (ENFR), realizado com o Instituto Nacional de Estatísticas e Censos (INDEC) desde 2005 (quatro edições), inquéritos de tabagismo em adolescentes e adultos, o Inquérito Mundial de Saúde Escolar e a Vigilância Telefônica (Vigitel). A sua representatividade nacional, regional e/ou provincial e a sua periodicidade permitem acompanhar a evolução de indicadores e avaliar o impacto de políticas de prevenção e controle a nível jurisdicional.

1.2 Brasil

No Brasil, os serviços de saúde pública são organizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), conforme a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. A Vigilância em Saúde, fundamental nesse sistema, envolve a coleta, análise e divulgação contínua de dados sobre eventos de saúde para proteger e controlar riscos à população. A Vigilância Epidemiológica utiliza informações coletadas nas unidades de saúde de todo o País por meio de fichas de notificação, registradas em diversos sistemas de informação, como o Sistema de Informação de Agravos de Notificações (Sinan) e e-SUS Notifica, entre outros. A Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA), do Ministério da Saúde, define prazos e procedimentos para que Secretarias Municipais e Estaduais realizem notificações regulares, garantindo respostas rápidas e eficientes.

Na vigilância de doenças transmissíveis e vacinação, o Programa Nacional de Imunizações (PNI), criado em 1973, garante de forma universal e gratuita a oferta de 31 vacinas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) por intermédio do SUS, em mais de 5.570 municípios. Quanto à Vigilância de Vírus Respiratórios, o Sistema de Vigilância de Síndromes Respiratórias foi criado em 2000 para monitoramento da circulação dos vírus influenza no País, a partir da rede de vigilância sentinela de síndrome gripal (SG). Com a pandemia pelo vírus influenza A (H1N1) pdm09, o modelo foi aperfeiçoado com a vigilância de Srag em 2009. Com a covid-19, adotou-se o modelo de Vigilância Integrada de Covid-19, Influenza e Outros Vírus Respiratórios, mantendo a notificação obrigatória de casos hospitalizados de Srag. Além disso, a Vigilância de Arboviroses conta com uma longa história, sendo a febre amarela a primeira de notificação obrigatória (1903). Dengue, chikungunya e Zika também são de notificação obrigatória, com caráter universal mediante suspeita. Em relação à doença de Chagas, a notificação da fase aguda (incluindo a infecção congênita) foi instituída desde os anos 2000. Já a fase crônica teve a vigilância implementada nacionalmente a partir de 2020, com formulário disponibilizado no e-SUS Notifica a partir de 2023. A notificação da sífilis congênita passou a ser compulsória em 1986, a da gestante com sífilis em 2005 e da sífilis adquirida em 2010.

Desde 2006, o Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de DNT (Daent) coordena a vigilância das DNT, dos seus fatores de risco e proteção, bem como das causas externas. Para a monitorização, são utilizados o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e inquéritos populacionais, como o Vigitel, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, para pessoas de 18 anos ou mais) e o Inquérito Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE, para adolescentes de 13 a 17 anos). Em relação às causas externas, além de inquéritos de vigilância de violências e acidentes, o País conta com um sistema de notificação de violências autoprovocadas. Esses instrumentos geram informação oportuna e fiável para sustentar políticas públicas.

1.3 Paraguai

O sistema de saúde do Paraguai é integrado por instituições públicas, privadas e mistas. A função de direção e regulação é exercida pelo Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSPyBS), instituição que assume a responsabilidade de definir as políticas sanitárias, os planos estratégicos, os objetivos, as metas e as atividades, promovendo a harmonização e complementação entre os subsistemas, caracterizados por diferentes modalidades de financiamento, população-alvo, condições de emprego, posição social e capacidade de pagamento. Por sua vez, organiza-se em regiões

sanitárias, uma por cada departamento, para além da capital do país. Cada região sanitária conta com um número determinado de serviços de atenção à saúde dos diferentes subsetores (público, privado e da segurança social) e complexidade, conforme o seu nível de atenção. Cada um desses serviços de atenção constitui-se como Unidades Notificadoras da Rede de Vigilância.

O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica do Paraguai tem caráter universal, compreendendo toda pessoa que reside no território nacional, e o seu alcance abrange os diferentes subsistemas de saúde. A Rede de Vigilância Nacional estrutura-se em três esferas de gestão: a esfera nacional, liderado pela Direção-Geral de Vigilância da Saúde (DGVS); a esfera regional, que compreende 18 unidades epidemiológicas regionais; e, finalmente, uma esfera local que inclui 1.468 unidades notificadoras.

Atualmente, existem 42 Agravos de Notificação Obrigatória que contêm a vigilância de 150 subaggravos, agrupados em: eventos transmissíveis, não transmissíveis e outros eventos de importância para a saúde pública. Também são vigiados outros eventos por meio de estudos especiais, como doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco; e fatores de risco ambientais, tais como doenças em animais, contaminações ambientais, variações climáticas e riscos de desastres naturais. Assim como investigações de surtos, a vigilância de rumores e a vigilância dos pontos de entrada no país.

Conforme o tipo de vigilância, classificam-se em universal, sentinelas e especiais, além de uma vigilância intensificada que é ativada consoante o tipo de evento. O tipo de notificação e a periodicidade dependem do evento que deve ser notificado, e estão estipulados no *Guia Nacional de Vigilância e Controle de Doenças, Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica*, atualizado em 2022.

Há duas décadas, a vigilância das DNT e das lesões por causas externas procura fortalecer a disponibilidade e a qualidade da informação para decisões baseadas em evidência, com o objetivo de reduzir a incapacidade, a morbidade e os fatores de risco associados. Entre as fontes empregadas encontram-se o Inquérito Nacional de Fatores de Risco (2011-2022), o Inquérito Mundial de Tabagismo em Jovens, os boletins epidemiológicos de DNT e de fatores de risco e os relatórios técnicos nacionais. Essas ferramentas articulam-se em eixos estratégicos que incluem a vigilância da morbidade e da mortalidade, bem como a monitorização dos sistemas de informação de DNT e dos seus determinantes sociais.

1.4 Uruguai

No Uruguai, o Código Nacional sobre Doenças e Eventos Sanitários de Notificação Obrigatória, regulamentado por meio do Decreto n.º 41, de 28 de fevereiro de 2012, estabelece a lista de doenças e eventos considerados de notificação obrigatória e os prazos de notificação, bem como os responsáveis e as sanções estabelecidas em caso de incumprimento. É revisto e atualizado periodicamente pelo Ministério da Saúde Pública, de acordo com o estabelecido na Lei Orgânica de Saúde Pública. Essas atualizações são aprovadas por meio de decreto presidencial e são realizadas de acordo com as alterações epidemiológicas nacionais, regionais e internacionais, e as regulamentações internacionais vigentes.

O Código agrupa 54 doenças e eventos, diferenciando dois grupos conforme o prazo para a notificação. O grupo A, de notificação imediata nas primeiras 24 horas, e o grupo B, com notificação do evento durante a primeira semana após a suspeita do caso. Alguns eventos específicos, como tuberculose e lepra, devem ser notificados à Comissão Honorária de Luta Antituberculosa e Doenças Prevalentes (CHLA-EP), e as intoxicações ao Centro de Informação e Aconselhamento Toxicológico (Ciat).

O sistema de vigilância tem abrangência nacional e organiza-se no âmbito central numa estrutura dependente da Área de Vigilância em Saúde da População da Direção-Geral da Saúde. Em 2010, com o objetivo de fortalecer a Rede de Vigilância Nacional, foram criadas as Unidades de Epidemiologia Departamental (UED), dependentes das Direções Departamentais de Saúde. Todos os setores que a integram contam com pessoal capacitado em vigilância em saúde e epidemiologia, uma infraestrutura física definida e a logística necessária para desempenhar as tarefas de detecção, investigação e controle.

Dentro das suas atribuições essenciais, essa área técnica fornece às autoridades os subsídios necessários para a tomada de decisões oportunas em matéria de saúde, além do planejamento de programas e da avaliação do seu impacto sanitário na população. É também propósito desta divisão promover o desenvolvimento e a divulgação de informação epidemiológica de interesse, dirigida às equipes de saúde de todo o país e à população em geral (estatísticas vitais, perfil de morbidade e mortalidade, fatores de risco etc.).

A vigilância das DNT está orientada a dimensionar a morbidade e a mortalidade, identificar iniquidades e monitorar o cumprimento de metas nacionais e internacionais. Para isso, integra múltiplas fontes: inquéritos populacionais como o Inquérito Nacional de Fatores de Risco (ENFRENT) em 2006 e 2013, o Inquérito Mundial de Saúde em Estudantes (EMSE), o Inquérito Mundial de Tabagismo em Adultos (GATS) e em Jovens (GYTS), o Registro Nacional de Cancro, estudos de carga global de doença e registros assistenciais. A vigilância da mortalidade é realizada utilizando as Estatísticas Vitais derivadas dos certificados de óbito.

O objetivo deste boletim epidemiológico é monitorar, comparar e disseminar informações epidemiológicas de doenças e agravos em saúde pública de interesse dos países integrantes do Mercosul para subsidiar ações integradas entre os países.

2 Métodos

Aqui se descreve como foram selecionados os casos do numerador (qual foi a definição de caso) e do denominador (a que população se refere); além de indicar a fonte dos dados com a referência e/ou hiperligação.

2.1 Arboviroses

2.1.1 Dengue

ARGENTINA

QUADRO 1

Indicadores de dengue – Argentina

DENGUE				
Indicador para o total do ano de 2024			Fonte dos dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Taxa de incidência: número de casos prováveis dividido pela população residente multiplicada por 100 mil habitantes	Casos confirmados de dengue em 2024 (casos incidentes).	População publicada pelo Instituto de Estatísticas e Censos, de acordo com os resultados do Censo 2010 com projeções 2024.	Ministério da Saúde – Direção de Epidemiologia – Sistema de Vigilância da Saúde 2.0 (SNVS 2.0).	Instituto Nacional de Estatísticas e Censos (Ano 2010 – projeção 2023).
Taxa de letalidade geral: número de óbitos dividido pelos casos graves (dengue com sinais de alarme e dengue grave) multiplicado por 100	Casos falecidos por dengue durante o período 2024.	Casos confirmados de dengue em 2024.	Ministério da Saúde – Direção de Epidemiologia – Sistema de Vigilância da Saúde 2.0 (SNVS 2.0).	Ministério da Saúde – Direção de Epidemiologia – Sistema de Vigilância da Saúde 2.0 (SNVS 2.0).
Taxa de mortalidade específica: número de óbitos por dengue dividido pela população e multiplicado por 100 mil	Casos falecidos por dengue durante o período 2024.	População publicada pelo Instituto de Estatísticas e Censos, de acordo com os resultados do Censo 2010 com projeções 2024.	Ministério da Saúde – Direção de Epidemiologia – Sistema de Vigilância da Saúde 2.0 (SNVS 2.0).	Instituto Nacional de Estatísticas e Censos (Ano 2010 – projeção 2023).

Fonte: Ministério da Saúde, Direção de Epidemiologia, Sistema de Vigilância da Saúde 2.0 (2025).

Caso provável: todo caso que se enquadra na definição de caso suspeito de dengue e apresenta:

- por laboratório: detecção de IgM (Ensaio de Imunoabsorção Enzimática – ELISA ou imunocromatografia) ou NS1 (imunocromatografia) numa única amostra de soro (colhida durante a fase aguda ou convalescente); ou
- por nexo epidemiológico: associação com um caso confirmado.

Caso confirmado: todo caso suspeito ou provável de dengue que apresenta:

- detecção molecular do genoma viral por qRT-PCR; ou
- detecção da proteína viral NS1 por técnica de ELISA; ou
- isolamento viral; ou
- demonstração de soroconversão em teste de neutralização de anticorpos do tipo IgG contra o vírus da dengue, com avaliação da reatividade cruzada com um painel de flavivírus, realizada em par de amostras coletadas com diferença de pelo menos 10 a 15 dias; ou
- em casos de óbitos não confirmados previamente, detecção molecular do genoma viral a partir de tecido de autópsia ou por estudo histopatológico e imunohistoquímica.

BRASIL

QUADRO 2

Indicadores de dengue – Brasil

DENGUE				
Indicador para o total do ano de 2024			Fonte dos dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Taxa de incidência: número de casos prováveis dividido pela população residente multiplicada por 100 mil habitantes	Casos prováveis de dengue.	População residente.	Sinan on-line e e-SUS VS.	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação: 2000-2070).
Taxa de letalidade geral: número de óbitos dividido pelos casos graves (dengue com sinais de alarme e dengue grave) multiplicado por 100	Óbitos confirmados por dengue.	Casos Graves (dengue com sinais de alarme e dengue grave).	Sinan on-line e e-SUS VS.	Sinan on-line e e-SUS VS.
Taxa de mortalidade específica: número de óbitos por dengue dividido pela população multiplicado por 100 mil	Óbitos confirmados por dengue.	População residente.	Sinan on-line e e-SUS VS.	IBGE (Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação: 2000-2070).

Fonte: Ministério da Saúde, Sinan on-line e e-SUS VS (2025).

Definição de caso suspeito de dengue

Indivíduo que resida em área onde se registram casos de dengue ou que tenha viajado nos últimos 14 dias para área com ocorrência de transmissão ou presença de *Aedes aegypti*. Deve apresentar febre, usualmente entre dois e sete dias, e duas ou mais das seguintes manifestações:

- náusea/vômitos;
- exantema;
- mialgia/artralgia;
- cefaleia/dor retro orbital;
- petéquias/prova do laço positiva;
- leucopenia.

Definição de caso provável de dengue

Compreende todos os casos que atendem a definição de caso suspeito, com exceção dos casos descartados após investigação.

A confirmação de caso é realizada por critério laboratorial ou clínico-epidemiológico:

Confirmado por critério laboratorial: atende a definição de caso suspeito e foi confirmado por um ou mais dos seguintes testes laboratoriais:

- ELISA NS1 reagente.
- Isolamento viral positivo.
- RT-PCR detectável (até o quinto dia de início de sintomas da doença).
- Detecção de anticorpos IgM ELISA (a partir do sexto dia de início de sintomas da doença).
- Aumento ≥ 4 vezes nos títulos de anticorpos no PRNT ou teste IH, utilizando amostras pareadas (fase aguda e convalescente).

Confirmado por critério clínico-epidemiológico: deve ser considerado na impossibilidade de realizar confirmação laboratorial específica ou para casos com resultados laboratoriais inconclusivos. Nesses casos, a confirmação se dá por vínculo epidemiológico com um caso confirmado laboratorialmente após avaliação da distribuição espacial dos casos.

A taxa de incidência da dengue para o Brasil é calculada utilizando o número de casos novos prováveis (todas as formas) notificados em residentes como numerador. O denominador é representado pela população total residente no período determinado, conforme as projeções do IBGE. A taxa é expressa por 100 mil habitantes. Os dados de casos são obtidos a partir dos sistemas de notificação compulsória, especificamente o Sinan on-line e o e-SUS VS. A data de extração dos dados é 28/7/2025.

A taxa de letalidade da dengue é determinada pela razão entre o número de óbitos por dengue confirmados (numerador) e o número de casos graves (dengue com sinais de alarme e dengue grave) em residentes (denominador). O resultado é multiplicado por 100 para ser expresso em percentual. Essa taxa foca na gravidade da doença, avaliando o risco de morte entre os casos que evoluíram para formas mais severas. As fontes de dados primárias para ambos os componentes da razão são o Sinan on-line e o e-SUS VS.

A taxa de mortalidade específica por dengue reflete o impacto da doença na população geral. Seu cálculo é dado pela razão entre o número de óbitos por dengue (numerador) e a população total residente no período determinado (denominador), expressa por 100 mil habitantes. Os dados de óbitos são rastreados por meio do Sinan on-line e do e-SUS VS, e os dados populacionais são obtidos via IBGE. Esse indicador é essencial para monitorar a tendência de desfechos fatais e subsidiar ações de prevenção e controle em saúde pública.

PARAGUAI

QUADRO 3

Indicadores de dengue – Paraguai

DENGUE				
Indicador para o total do ano de 2024			Fonte de dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Taxa de incidência	Número de casos confirmados e prováveis de dengue notificados (ver definição de caso).	População estimada no âmbito do país.	Sistema de Informação e Tecnologia da Direção-Geral de Vigilância da Saúde (IT-DGVS) do Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSPBS).	Projeções de população do Instituto Nacional de Estatística (INE), Paraguai. Revisão 2024.
Taxa de letalidade	Óbitos confirmados por dengue.	Casos confirmados de dengue.	Sistema de Informação e Tecnologia da Direção-Geral de Vigilância da Saúde (IT-DGVS) do Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSPBS).	Projeções de população do Instituto Nacional de Estatística (INE). Revisão 2024.
Taxa de mortalidade específica	Casos de óbitos confirmados por dengue.	População estimada no âmbito do país.	Sistema de Informação e Tecnologia da Direção-Geral de Vigilância da Saúde (IT-DGVS) do Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSPBS).	Projeções de população do Instituto Nacional de Estatística (INE). Revisão 2024.

Fonte: Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (2025).

Resolução Ministerial n.º 184/2025

Caso provável: todo caso suspeito que apresente detecção de IgM dengue numa amostra obtida a partir do sexto dia de início dos sintomas, e resultado negativo para Zika.

Caso confirmado: todo caso suspeito que conte com pelo menos um resultado positivo por meio de: detecção de ARN viral por RT-PCR, detecção da proteína viral NS1 por ELISA, detecção do vírus por isolamento viral, aumento de quatro vezes no valor do título de anticorpos neutralizantes específicos para dengue.

Fontes de dados e métodos de cálculo

Taxa de incidência: número de casos confirmados e prováveis de dengue notificados dividido pela população estimada a nível do país do ano de 2024 multiplicado por 100 mil habitantes. Fonte: IT-DGVS.

Taxa de letalidade: óbitos confirmados por dengue dividido pelo número de casos confirmados de dengue por 100. Fonte: IT-DGVS.

Taxa de mortalidade: casos de óbitos confirmados por dengue divididos pela população no âmbito do país multiplicado por 100 mil habitantes. Fonte: IT-DGVS.

URUGUAI

QUADRO 4

Indicadores de dengue – Uruguai

DENGUE				
Indicador para o total do ano de 2024			Fonte dos dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Taxa de incidência: número de casos confirmados/ população residente multiplicada por 100 mil habitantes	Número de casos de dengue confirmados pelo Departamento de Laboratórios de Saúde Pública (DLSP).	População do país segundo projeções baseadas no censo de 2011 do Instituto Nacional de Estatística.	Sistema de informação do Departamento de Vigilância Sanitária (SG DEVISA) Ministério da Saúde Pública.	Projeções de população estimadas pelo Instituto Nacional de Estatística.
Taxa de letalidade: número de óbitos por dengue/ casos confirmados multiplicado por 100	Casos falecidos confirmados por laboratório identificados no sistema de informação.	Número de casos de dengue confirmados pelo DLSP.	SG DEVISA Ministério da Saúde Pública.	SG DEVISA Ministério da Saúde Pública.
Taxa de mortalidade específica: número de óbitos por dengue/ população residente multiplicada por 100 mil habitantes	Casos falecidos confirmados por laboratório e identificados no sistema de informação.	População do país segundo projeções baseadas no censo do ano de 2011 do Instituto Nacional de Estatística.	SG DEVISA Ministério da Saúde Pública.	Projeções de população Instituto Nacional de Estatística.

Fonte: Ministério de Saúde Pública, Departamento de Vigilância em Saúde (2025).

Caso suspeito: toda pessoa que apresente febre de início abrupto, de não mais de sete dias de duração, acompanhada de dois ou mais dos seguintes sintomas: mialgias, cefaleia, dor retro orbitária, artralgias, erupção cutânea, manifestações hemorrágicas leves e leucopenia; sem afeição das vias aéreas superiores, com ou sem antecedente de viagem.

Caso confirmado: caso suspeito com **confirmação laboratorial** por meio das técnicas disponíveis.

Fontes de dados e métodos de cálculo

Taxa de incidência – A taxa de incidência é calculada como o número total de casos confirmados dividido pela população do país, multiplicado por 100 mil habitantes. Os dados de casos são provenientes do Sistema de Informação do Departamento de Vigilância em Saúde (SG DEVISA) – Ministério da Saúde Pública, e as projeções populacionais são estimadas pelo Instituto Nacional de Estatística.

Taxa de letalidade – A taxa de letalidade é determinada pelo número total de casos falecidos por dengue dividido pelo número total de casos confirmados e multiplicado por 100. Os dados para esse cálculo são obtidos integralmente por meio do SG DEVISA – Ministério da Saúde Pública.

Taxa de mortalidade específica – A taxa de mortalidade específica é o número total de casos falecidos por dengue dividido pela população do país e multiplicado por 100 mil habitantes. Os dados de óbitos são provenientes do Sistema de Informação SG DEVISA, e as projeções populacionais são estimadas pelo Instituto Nacional de Estatística.

2.1.2 Chikungunya

ARGENTINA

QUADRO 5

Indicadores de chikungunya – Argentina

CHIKUNGUNYA				
Indicador para o total do ano de 2024			Fonte dos dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Taxa de incidência: número de casos confirmados divididos pela população residente multiplicada por 100 mil habitantes	Casos confirmados de chikungunya em 2024.	População publicada pelo Instituto de Estatísticas e Censos, de acordo com os resultados do Censo 2010 com projeções 2024.	Ministério da Saúde – Direção de Epidemiologia – Sistema de Vigilância da Saúde 2.0 (SNVS 2.0).	Instituto Nacional de Estatísticas e Censos (Ano 2010 – projeção 2023).
Taxa de letalidade: número de óbitos dividido pelos casos confirmados multiplicado por 100	Casos falecidos por chikungunya durante o período 2024.	Casos confirmados de chikungunya em 2024.	Ministério da Saúde – Direção de Epidemiologia – SNVS 2.0.	Ministério da Saúde – Direção de Epidemiologia – Sistema de Vigilância da Saúde 2.0 (SNVS 2.0).
Taxa de mortalidade específica: número de óbitos por chikungunya dividido pela população multiplicado por 100 mil habitantes	Casos falecidos por chikungunya durante o período 2024.	População publicada pelo Instituto de Estatísticas e Censos, de acordo com os resultados do Censo 2010 com projeções 2024.	Ministério da Saúde – Direção de Epidemiologia – SNVS 2.0.	Instituto Nacional de Estatísticas e Censos (Ano 2010 – projeção 2023).

Fonte: Ministério da Saúde, Direção de Epidemiologia, Sistema de Vigilância da Saúde 2.0 (2025).

Caso provável: todo caso suspeito de chikungunya que apresente:

- por laboratório: detecção de IgM em uma única amostra de soro (coletada durante a fase aguda ou convalescente); ou
- por nexo epidemiológico: vínculo com um caso confirmado por laboratório.

Caso confirmado: todo caso suspeito ou provável de chikungunya que apresente:

- detecção do genoma viral por qRT-PCR ou isolamento viral; ou
- soroconversão (aumento ou diminuição de quatro vezes) no valor do título de anticorpos específicos do tipo IgG medidos por neutralização para CHIKV em par sorológico (amostras coletadas com diferença de 10 a 15 dias), com avaliação de reatividade cruzada com outros vírus da família.
- em casos de óbito, detecção do genoma viral a partir de tecido de autópsia ou por estudo histopatológico e imunohistoquímica.

Descrição dos indicadores:

Taxa de incidência de Chikungunya: calculada a partir do número de casos confirmados e dos casos positivos por métodos diretos em residentes, no numerador. O denominador é representado pela população total de residentes no período determinado, conforme as projeções do INDEC. A taxa é expressa por 100 mil habitantes. Os dados de casos são obtidos a partir do sistema nacional de notificação obrigatória SNVS 2.0.

Taxa de letalidade de Chikungunya: resulta da divisão dos óbitos por chikungunya (de casos confirmados e casos positivos por métodos diretos em residentes) no numerador, e os casos confirmados e positivos por métodos diretos em residentes no denominador. O resultado é multiplicado por 100 para ser expresso em percentual. Esta taxa foca na gravidade da doença, avaliando o risco de morte entre os casos que evoluíram para formas mais severas. As fontes de dados primárias para ambos os componentes da razão são o SNVS 2.0.

A taxa de mortalidade específica de Chikungunya: é o número de óbitos por chikungunya (de casos confirmados e casos positivos por métodos diretos em residentes) dividido pela população residente, expresso por cada 100 mil habitantes. Os dados de falecidos são recolhidos do SNVS 2.0, e os dados populacionais são obtidos do INDEC. Este indicador é essencial para monitorar a tendência de desfechos fatais e subsidiar ações de prevenção e controle em saúde pública.

BRASIL

QUADRO 6

Indicadores de chikungunya – Brasil

CHIKUNGUNYA				
Indicador para o total do ano de 2024			Fonte dos dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Taxa de incidência: número de casos prováveis dividido pela população residente multiplicada por 100 mil habitantes	Casos prováveis de chikungunya.	População residente.	Sinan on-line e e-SUS VS.	IBGE (Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação: 2000-2070).
Taxa de letalidade geral: número de óbitos dividido pelos casos prováveis multiplicado por 100	Óbitos confirmados por chikungunya.	Casos prováveis de chikungunya.	Sinan on-line e e-SUS VS.	Sinan on-line e e-SUS VS.
Taxa de mortalidade específica: número de óbitos por chikungunya dividido pela população e multiplicado por 100 mil	Óbitos confirmados por chikungunya.	População residente.	Sinan on-line e e-SUS VS.	IBGE (Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação: 2000-2070).

Fonte: Ministério da Saúde, Sinan on-line e e-SUS VS (2025).

Definições de caso:

O caso suspeito de chikungunya é definido como o paciente com febre de início súbito (maior que 38,5°C) e artralgia ou artrite intensa de início agudo não explicada por outras condições, que resida em ou tenha visitado áreas com transmissão até duas semanas antes do início dos sintomas ou que possua vínculo epidemiológico com caso importado confirmado. O caso provável compreende todos os casos que atendem a essa definição de suspeito, com exceção dos casos descartados após investigação.

O caso confirmado por critério laboratorial é todo caso suspeito confirmado laboratorialmente por: isolamento viral positivo, detecção de RNA viral por RT-PCR, detecção de IgM em uma única amostra de soro durante a fase aguda (a partir do sexto dia) ou convalescente (15 dias após o início dos sintomas), demonstração de soroconversão entre as amostras na fase aguda e convalescente, ou detecção de IgG em amostras coletadas de pacientes na fase crônica da doença com clínica sugestiva.

A taxa de incidência de Chikungunya calcula-se pelo número de casos prováveis em residentes dividido pela população total projetada pelo IBGE, por 100 mil habitantes. Os dados vêm do Sinan on-line e do e-SUS VS, extraídos em 28/7/2025.

Taxa de letalidade resulta da divisão dos óbitos por chikungunya pelos casos prováveis, multiplicando por 100 para percentual, com dados do Sinan on-line e e-SUS VS.

A taxa de mortalidade específica é o número de óbitos por chikungunya dividido pela população residente, expressa por 100 mil habitantes, baseada em dados do Sinan on-line, e-SUS VS e IBGE. O indicador guia ações de saúde pública ao monitorar desfechos fatais.

PARAGUAI

QUADRO 7

Indicadores de chikungunya – Paraguai

CHIKUNGUNYA				
Indicador para o total do ano de 2024			Fonte de dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Taxa de incidência	Número de casos confirmados e prováveis de chikungunya notificados (ver definição de caso).	População estimada a nível do país.	Sistema de Informação e Tecnologia da Direção-Geral de Vigilância da Saúde (IT-DGVS) do Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSPBS).	Projeções de população do Instituto Nacional de Estatística (INE). Revisão 2024.
Taxa de letalidade	Número de óbitos confirmados por chikungunya.	Casos confirmados de chikungunya.	Sistema de Informação e Tecnologia da Direção-Geral de Vigilância da Saúde (IT-DGVS) do Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSPBS).	Projeções de população do Instituto Nacional de Estatística (INE). Revisão 2024.
Taxa de mortalidade específica	Número de óbitos confirmados por chikungunya.	População estimada no âmbito do país.	Sistema de Informação e Tecnologia da Direção-Geral de Vigilância da Saúde (IT-DGVS) do Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSPBS).	Projeções de população do Instituto Nacional de Estatística (INE). Revisão 2024.

Fonte: Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (2025).

Resolução Ministerial n.º 184/2025

Caso confirmado: todo caso suspeito que conte com resultado positivo de técnicas moleculares de RT-PCR convencional, RT-PCR em tempo real, PCR Multiplex ou por isolamento viral.

Caso provável: todo caso suspeito que conte com presença de IgM numa única amostra recolhida durante a fase aguda ou pós-aguda; soroconversão entre amostras na fase aguda e pós-aguda.
Vínculo epidemiológico: associação de um caso suspeito com um caso confirmado.

Fontes de dados e métodos de cálculo

Taxa de incidência: número de casos confirmados e prováveis de chikungunya notificados dividido pela população a nível do país por 100 mil habitantes. Fonte IT-DGVS.

Taxa de letalidade: número de óbitos confirmados por chikungunya dividido por casos confirmados de chikungunya por 100. Fonte: IT-DGVS.

Taxa de mortalidade: número de óbitos confirmados por chikungunya dividido pela população no âmbito do país por 100 mil habitantes. Fonte: IT-DGVS.

URUGUAI

QUADRO 8

Indicadores de chikungunya – Uruguai

CHIKUNGUNYA				
Indicador para o total do ano de 2024			Fonte dos dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Taxa de incidência: Número de casos confirmados/ população residente multiplicada por 100 mil habitantes	Número de casos de chikungunya confirmados pelo Departamento de Laboratórios de Saúde Pública (DLSP).	População do país segundo projeções baseadas no censo de 2011 do Instituto Nacional de Estatística.	Sistema de Informação do Departamento de Vigilância Sanitária (SG DEVISA) – Ministério da Saúde Pública – Ministério da Saúde Pública.	Projeções de população Instituto Nacional de Estatística.
Taxa de letalidade: número de óbitos por chikungunya/ casos confirmados por 100	Casos falecidos confirmados por laboratório e identificados no sistema de informação.	Número de casos de chikungunya confirmados pelo Departamento de Laboratórios de Saúde Pública (DLSP).	Sistema de Informação do Departamento de Vigilância Sanitária (SG DEVISA) – Ministério da Saúde Pública.	Sistema de Informação do Departamento de Vigilância Sanitária (SG DEVISA) – Ministério da Saúde Pública.
Taxa de mortalidade específica: número de óbitos por chikungunya/ população residente multiplicada por 100 mil habitantes	Casos falecidos confirmados por laboratório e identificados no sistema de informação.	População do país segundo projeções baseadas no censo de 2011 do Instituto Nacional de Estatística.	Sistema de Informação do Departamento de Vigilância Sanitária (SG DEVISA) – Ministério da Saúde Pública.	Projeções de população Instituto Nacional de Estatística.

Fonte: Ministério de Saúde Pública, Departamento de Vigilância em Saúde (2025).

Caso suspeito: toda pessoa que apresente febre de início abrupto, de não mais de sete dias de duração, acompanhada de artralgia ou artrite não explicada por outra condição médica.

Caso confirmado: pessoa com suspeita da doença, com confirmação de laboratório por meio das técnicas disponíveis.

Fontes de dados e métodos de cálculo

Taxa de incidência – A taxa de incidência é calculada como o número total de casos confirmados dividido pela população do país, multiplicado por 100 mil habitantes. Os dados são provenientes do Sistema de Informação do Departamento de Vigilância Sanitária (SG DEVISA) – Ministério da Saúde Pública. As projeções populacionais são estimadas pelo Instituto Nacional de Estatística.

Taxa de letalidade – A taxa de letalidade é determinada pelo número total de casos falecidos por chikungunya dividido pelo número total de casos confirmados e multiplicado por 100. Os dados para este cálculo são obtidos integralmente por meio do Sistema de Informação do Departamento de Vigilância Sanitária (SG DEVISA) – Ministério da Saúde Pública.

Taxa de mortalidade específica – A taxa de mortalidade específica é o número total de casos falecidos por chikungunya dividido pela população do país e multiplicado por 100 mil habitantes. Os dados de óbitos são provenientes do Sistema de Informação SG DEVISA, e as projeções populacionais são estimadas pelo Instituto Nacional de Estatística.

2.1.3 Zika

ARGENTINA

QUADRO 9

Indicadores de Zika – Argentina

ZIKA				
Indicador para o total do ano de 2024			Fonte dos dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Taxa de incidência: número de casos confirmados dividido pela população residente e multiplicada por 100 mil habitantes	Casos confirmados de Zika em 2024 (casos incidentes).	População publicada pelo Instituto de Estatísticas e Censos, de acordo com os resultados do Censo 2010 com projeções 2024.	Ministério da Saúde – Direção de Epidemiologia – Sistema de Vigilância da Saúde 2.0 (SNVS 2.0).	Instituto Nacional de Estatísticas e Censos (Ano 2010 – projeção 2023).
Taxa de letalidade: número de óbitos dividido pelos casos confirmados e multiplicado por 100	Casos falecidos por Zika durante o período 2024.	Casos confirmados de casos de Zika em 2024.	Ministério da Saúde – Direção de Epidemiologia – Sistema de Vigilância da Saúde 2.0 (SNVS 2.0).	Ministério da Saúde – Direção de Epidemiologia – Sistema de Vigilância da Saúde 2.0 (SNVS 2.0).
Taxa de mortalidade específica: número de óbitos por Zika dividido pela população e multiplicado por 100 mil habitantes	Casos falecidos por Zika durante o período 2024.	População publicada pelo Instituto de Estatísticas e Censos, de acordo com os resultados do Censo 2010 com projeções 2024.	Ministério da Saúde – Direção de Epidemiologia – Sistema de Vigilância da Saúde 2.0 (SNVS 2.0).	Instituto Nacional de Estatísticas e Censos (Ano 2010 – projeção 2023).

Fonte: Ministério da Saúde, Direção de Epidemiologia, Sistema de Vigilância da Saúde 2.0 (2025).

Caso confirmado: todo paciente que cumpra os critérios de caso suspeito ou provável e apresente:

- detecção do genoma viral ou isolamento do ZIKV em amostras de soro ou de outro tipo (por exemplo, urina, saliva, tecidos, sangue total, ou líquido cefalorraquidiano); ou
- demonstração de soroconversão em teste de neutralização de anticorpos do tipo IgG contra o vírus Zika diante de um painel de flavivírus, realizado em par de amostras sorológicas, colhidas com pelo menos 10 a 15 dias de intervalo (igual ao critério de soroconversão para outros flavivírus); ou
- em casos de óbito: detecção molecular do genoma viral e/ou isolamento viral a partir de tecido de autópsia ou fresco.

Fontes de dados e métodos de cálculo

Taxa de incidência de Zika: número de casos confirmados de Zika notificados ao Sistema Nacional de Vigilância da Saúde (SNVS 2.0) dividido pela população total por 100 mil habitantes, de acordo com as projeções provinciais do INDEC.

Taxa de letalidade de Zika: número de óbitos confirmados por Zika notificados ao Sistema Nacional de Vigilância da Saúde (SNVS 2.0) dividido por casos confirmados de Zika notificados ao Sistema Nacional de Vigilância da Saúde (SNVS 2.0). O resultado é multiplicado por 100 para ser expresso em percentual. Esta taxa foca na gravidade da doença, avaliando o risco de morte entre os casos que evoluíram para formas mais severas. A fonte de dados primária para ambos os componentes da razão é o SNVS 2.0.

Taxa de mortalidade específica por Zika: número de óbitos confirmados por Zika notificados ao Sistema Nacional de Vigilância da Saúde (SNVS 2.0) no numerador e a população total residente no período determinado no denominador, expressa por 100 mil habitantes. Os dados de falecidos são recolhidos do SNVS 2.0, e os dados populacionais são obtidos do INDEC. Este indicador é essencial para monitorar a tendência de desfechos fatais e subsidiar ações de prevenção e controle em saúde pública.

BRASIL

QUADRO 10

Indicadores de Zika – Brasil

ZIKA				
Indicador para o total do ano de 2024			Fonte dos dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Taxa de incidência	Casos confirmados de Zika.	População residente.	Sinan Net.	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
Taxa de letalidade	Óbitos confirmados por Zika.	Casos confirmados de Zika.	Sinan Net.	Sinan Net.
Casos de Zika em gestantes	Casos confirmados em gestantes por critério laboratorial de Zika.	Não se aplica.	Sinan Net.	Não se aplica.

Fonte: Ministério da Saúde, Sinan Net, e-SUS VS e IBGE (2025).

A taxa de incidência de Zika é obtida pela divisão do número de casos prováveis pela população residente no período, expressa por 100 mil habitantes. Serve para medir a velocidade dos novos casos e usa dados do Sinan Net, e-SUS VS e IBGE.

A taxa de letalidade de Zika relaciona óbitos por Zika ao total de casos confirmados, multiplicando o resultado por 100 para porcentagem. Mede a gravidade da doença e eficácia clínica, com dados extraídos do Sinan Net em 28/7/2025.

Casos de Zika em gestantes refletem o número absoluto de casos confirmados laboratorialmente nesse grupo de risco, com foco na vigilância da síndrome congênita do Zika. A fonte exclusiva é o Sinan Net.

PARAGUAI

QUADRO 11

Indicadores de Zika – Paraguai

ZIKA				
Indicador para o total do ano de 2024			Fonte de dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Taxa de incidência	Número de casos prováveis e confirmados de Zika notificados (ver definição de caso).	População estimada no âmbito do país.	Sistema de Informação e Tecnologia da Direção-Geral de Vigilância da Saúde (IT-DGVS) do Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSPBS).	Projeções de população do Instituto Nacional de Estatística (INE), Paraguai. Revisão 2024.
Taxa de letalidade	Número de óbitos confirmados por Zika.	Casos confirmados de Zika.	Sistema de Informação e Tecnologia da Direção-Geral de Vigilância da Saúde (IT-DGVS) do Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSPBS).	Sistema de Informação e Tecnologia da Direção-Geral de Vigilância da Saúde (IT-DGVS) do Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSPBS).
Casos de Zika em gestantes	Número de casos prováveis e confirmados de Zika em gestantes.	Não aplicável.	Sistema de Informação e Tecnologia da Direção-Geral de Vigilância da Saúde (IT-DGVS) do Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSPBS).	Não aplicável.

Fonte: Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (2025).

Resolução Ministerial n.º 184/2025

Caso confirmado: todo caso suspeito de Zika que conte com resultado positivo por técnicas moleculares de RT-PCR convencional, RT-PCR em tempo real. – Isolamento viral.

Caso provável: todo caso suspeito/notificado que conte com sorologia por ELISA IgM positiva para Zika e resultado de ELISA negativa para dengue.

Fontes de dados e métodos de cálculo

Taxa de incidência: número de casos prováveis e confirmados de Zika notificados dividido pelo total da população por 100 mil habitantes. Fonte: IT-DGVS.

Taxa de letalidade: número de óbitos confirmados por Zika dividido por casos confirmados de Zika por 100. Fonte: IT-DGVS.

Casos de Zika em gestantes: número de casos prováveis e confirmados de Zika em gestantes. Fonte: IT-DGVS.

URUGUAI

QUADRO 12

Indicadores de Zika – Uruguai

ZIKA				
Indicador para o total do ano de 2024			Fonte dos dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Taxa de incidência: número total de casos confirmados dividido pela população do país multiplicado por 100 mil habitantes	Número total de casos de Zika confirmados.	População do país.	Sistema de Informação do Departamento de Vigilância Sanitária (SG DEVISA) – Ministério da Saúde Pública.	Projeções de população estimadas pelo Instituto Nacional de Estatística.
Taxa de letalidade: número total de casos falecidos por Zika dividido pelo número total de casos confirmados multiplicado por 100	Número total de casos falecidos por Zika.	Número total de casos de Zika confirmados.	Sistema de Informação do Departamento de Vigilância Sanitária (SG DEVISA) – Ministério da Saúde Pública.	Sistema de Informação do Departamento de Vigilância Sanitária (SG DEVISA) – Ministério da Saúde Pública.
Casos de Zika em gestantes: número absoluto de casos de Zika em gestantes confirmados pelo DLSP.	Número absoluto de casos de Zika em gestantes confirmados pelo DLSP.	Não se aplica.	Sistema de Informação do Departamento de Vigilância Sanitária (SG DEVISA) – Ministério da Saúde Pública.	Não se aplica.

Fonte: Ministério de Saúde Pública, SG DEVISA (2025).

Caso suspeito: toda pessoa que apresente quadro febril agudo mais a presença de exantema maculopapular e conjuntivite (não purulenta) e se acompanhe de um ou mais dos seguintes sintomas: mialgias, artralgias, cefaleia, dor retro orbitária.

Critérios epidemiológicos: residir ou ter visitado áreas com transmissão atual de Zika no prazo de 15 dias anteriores ao aparecimento dos sintomas ou residir num local onde não há transmissão ativa de Zika, mas, nos últimos 30 dias, existiu um caso confirmado.

Caso confirmado: todo caso suspeito com resultado positivo para vírus Zika mediante a deteção de genoma viral em sangue tomada nos primeiros cinco dias após início do quadro clínico.

Fonte de dados e métodos de cálculo

Taxa de incidência – A taxa de incidência é calculada como o número total de casos confirmados dividido pela população do país, multiplicado por 100 mil (habitantes). Os dados são provenientes do Sistema de Informação do Departamento de Vigilância Sanitária (SG DEVISA) – Ministério da Saúde Pública. As projeções de população são estimadas pelo Instituto Nacional de Estatística.

Taxa de letalidade – A taxa de letalidade é determinada pelo número total de casos falecidos por Zika dividido pelo número total de casos confirmados, multiplicado por 100. Os dados para este cálculo são obtidos integralmente por meio do Sistema de Informação do Departamento de Vigilância Sanitária (SG DEVISA) – Ministério da Saúde Pública.

Casos de Zika em gestantes – É o número absoluto de casos de Zika em gestantes confirmados pelo Departamento de Laboratórios de Saúde Pública (DLSP). Os dados são provenientes do Sistema de Informação do Departamento de Vigilância Sanitária (SG DEVISA) – Ministério da Saúde Pública.

2.1.4 Febre amarela

ARGENTINA

QUADRO 13

Indicadores de febre amarela – Argentina

FEBRE AMARELA				
Indicador para o total do ano de 2024			Fonte dos dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Casos humanos confirmados: número absoluto de casos	Número absoluto de casos humanos de febre amarela em 2024.	Não se aplica.	Ministério da Saúde – Direção de Epidemiologia – Sistema de Vigilância da Saúde 2.0 (SNVS 2.0).	Não se aplica.
Taxa de letalidade: número de óbitos dividido pelos casos reportados multiplicado por 100	Número de falecidos por febre amarela em 2024.	Número absoluto de casos humanos de febre amarela em 2024.	Ministério da Saúde – Direção de Epidemiologia – Sistema de Vigilância da Saúde 2.0 (SNVS 2.0).	Ministério da Saúde – Direção de Epidemiologia – Sistema de Vigilância da Saúde 2.0 (SNVS 2.0).
Eventos envolvendo primatas não humanos: número de eventos confirmados	Número de eventos que envolvem primatas não humanos confirmados em 2024.	Não se aplica.	Ministério da Saúde – Direção de Epidemiologia – Sistema de Vigilância da Saúde 2.0 (SNVS 2.0).	Não se aplica.

Fonte: Ministério da Saúde, Direção de Epidemiologia, Sistema de Vigilância da Saúde 2.0 (2025).

Caso confirmado:

- **Em pessoas sem histórico de vacinação contra febre amarela (FA):** todo caso suspeito com isolamento do vírus da febre amarela, ou detecção do genoma viral (em soro, urina ou LCR), ou IgM para FA em LCR, ou aumento de pelo menos quatro vezes o título de anticorpos IgG contra o vírus da febre amarela (soroconversão) em amostras de soro obtidas na fase aguda e de convalescença (em todos os casos detectados por sorologia, descartar reações cruzadas com outros flavivírus).
- **Em pessoas com histórico de vacinação recente (aproximadamente até 30 dias de recebida a vacina) contra FA:** todo caso suspeito com isolamento do vírus de FA ou detecção do genoma viral (em soro, urina ou LCR), identificado por meio de técnicas moleculares específicas que permitem a diferenciação entre este vírus e o vírus vacinal (PCR duplex/sequenciamento genômico).
- **Em pacientes falecidos:** detecção do antígeno específico de vírus de FA em tecidos por imuno-histoquímica ou detecção de genoma viral por técnicas moleculares e/ou isolamento viral em culturas celulares.

Casos humanos confirmados: o número absoluto de casos humanos confirmados de febre amarela registrados no Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS 2.0).

Taxa de letalidade por febre amarela: resulta da divisão entre o número de falecidos confirmados por febre amarela (numerador) e os casos confirmados por febre amarela no denominador. O resultado é multiplicado por 100 para ser expresso em percentual. Esta taxa foca na gravidade da doença, avaliando o risco de morte entre os casos que evoluíram para formas mais severas. A fonte de dados primária para ambos os componentes da razão é o SNVS 2.0.

Número de eventos com primatas não humanos: número absoluto de casos reportados por meio do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde 2.0 e confirmados por laboratório.

BRASIL

QUADRO 14

Indicadores de febre amarela – Brasil

FEBRE AMARELA				
Indicador para o total do ano de 2024			Fonte dos dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Casos humanos confirmados: número absoluto de casos	Número de casos humanos confirmados.	Não se aplica.	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), e-SUS VS.	Não se aplica.
Taxa de letalidade: número de óbitos dividido pelos casos confirmados multiplicado por 100	Número de óbitos confirmados por febre amarela.	Número de casos confirmados de febre amarela.	Sinan, e-SUS VS.	Sinan, e-SUS VS.
Primates não humanos: número de animais confirmados	Número de primates não humanos confirmados para febre amarela.	Não se aplica.	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan); Sistema de Informação em Saúde Silvestre (SISS-Geo).	Não se aplica.

Fonte: Ministério da Saúde, Sinan, e-SUS VS e SISS-Geo (2025).

Casos humanos confirmados no Brasil: o número absoluto de casos humanos confirmados de febre amarela decorre das notificações de suspeitas registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e avaliadas criticamente quanto aos aspectos clínicos, epidemiológicos e laboratoriais. O número de casos geralmente baixo torna a taxa de incidência um indicador instável e impreciso para representar a magnitude da doença.

O número de casos humanos confirmados de febre amarela representa o total registrado nos sistemas Sinan e e-SUS VS, essencial para monitoramento viral e ações imediatas. Dados extraídos em 28/7/2025.

A taxa de letalidade é a porcentagem de óbitos entre os casos confirmados, indicando a gravidade da doença e a eficiência do sistema de saúde. Fonte: Sinan e e-SUS VS.

O número de eventos com primatas não humanos confirmados para febre amarela sinaliza risco e alerta precoce da circulação viral, especialmente em áreas de mata e periurbanas. O monitoramento é realizado por meio do Sinan e do Sistema de Informação de Saúde Silvestre (SISS-Geo). O SISS-Geo tem possibilitado a notificação simultânea e em tempo real para todas as instâncias administrativas do Sistema Único de Saúde (SUS) (municipal, regional, estadual e federal). Portanto, para mais informações sobre o SISS-Geo e o registro de epizootias com suspeita de febre amarela, acessar o site do Centro de Informação em Saúde Silvestre: www.biodiversidade.ciss.fiocruz.br.

PARAGUAI

QUADRO 15

Indicadores de febre amarela – Paraguai

FEBRE AMARELA				
Indicador para o total do ano de 2024			Fonte de dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Casos humanos confirmados	Número de casos confirmados de febre amarela notificados (ver definição de caso).	Não se aplica.	Sistema de Informação e Tecnologia da Direção-Geral de Vigilância da Saúde (IT-DGVS) do Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSPBS).	Não se aplica.
Taxa de letalidade	Número de óbitos confirmados por febre amarela.	Número de casos confirmados de febre amarela.	Sistema de Informação e Tecnologia da Direção-Geral de Vigilância da Saúde (IT-DGVS) do Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSPBS).	Sistema de Informação e Tecnologia da Direção-Geral de Vigilância da Saúde (IT-DGVS) do Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSPBS).
Eventos em primatas não humanos: número de eventos confirmados	Primata não humano (PNH), de qualquer espécie, encontrado morto (inclui ossadas) ou doente, em qualquer localidade do país. Considera-se PNH doente aquele primata com comportamento anormal, que se move lentamente, separado do grupo e não demonstra instinto de fuga, com aspecto desnutrido ou desidratado.	Não se aplica.	Não se aplica.	Não se aplica.

Fonte: Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (2025).

- **Caso confirmado por laboratório:** todo caso suspeito com testes laboratoriais confirmatórios como RT-PCR ou isolamento viral.
- **Caso confirmado por vínculo epidemiológico:** todo caso suspeito que tenha realizado a mesma atividade de risco no mesmo período que um caso confirmado; e, durante um surto, todo caso suspeito que viva na área afetada pelo surto.

Fontes de dados e métodos de cálculo

Taxa de letalidade: número de óbitos confirmados por febre amarela dividido pelo número de casos confirmados de febre amarela por 100. Fonte: IT-DGVS.

URUGUAI

QUADRO 16

Indicadores de febre amarela – Uruguai

FEBRE AMARELA				
Indicador para o total do ano de 2024			Fonte dos dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Casos humanos confirmados: número absoluto de casos	Número de casos de febre amarela confirmados pelo Departamento de Laboratórios de Saúde Pública (DLSP).	Não se aplica.	Sistema de Informação do Departamento de Vigilância Sanitária (SG DEVISA) – Ministério da Saúde Pública.	Não se aplica.
Taxa de letalidade: número de óbitos por febre amarela/ casos confirmados por 100	Casos falecidos confirmados por laboratório identificados no sistema de informação.	Número de casos de febre amarela confirmados pelo Departamento de Laboratórios de Saúde Pública (DLSP).	Sistema de Informação do Departamento de Vigilância Sanitária (SG DEVISA) – Ministério da Saúde Pública	Projeções de população Instituto Nacional de Estatística.

Fonte: Ministério da Saúde Pública (MSP), Sistema de Informação do Departamento de Vigilância Sanitária (SG DEVISA) (2025).

Casos humanos confirmados – É o número absoluto de casos confirmados de febre amarela. Os dados são provenientes do Sistema de Informação do Departamento de Vigilância Sanitária (SG DEVISA) – Ministério da Saúde Pública. As projeções de população são estimadas pelo Instituto Nacional de Estatística.

Taxa de letalidade – A taxa de letalidade é determinada pelo número total de casos falecidos por febre amarela dividido pelo número total de casos confirmados, multiplicado por 100. Os dados para este cálculo são obtidos integralmente por meio do Sistema de Informação do Departamento de Vigilância Sanitária (SG DEVISA) – Ministério da Saúde Pública.

2.2 Cobertura vacinal

2.2.1 Vacinação contra sarampo

ARGENTINA

QUADRO 17

Indicadores de vacinação contra sarampo – Argentina

SARAMPO				
Cobertura vacinal total para o ano de 2024			Fonte dos dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
1ª dose (12 meses)	Número de crianças que receberam a 1ª dose da vacina.	Nascidos vivos do ano anterior.	NOMIVAC-SISA.	Direção de Estatísticas e Informação em Saúde.
2ª dose (5 anos)	Número de crianças que receberam a 2ª dose da vacina.	Nascidos vivos entre 1º/1/2019 e 31/12/2019.		

Fonte: Ministério da Saúde, Registro Nominal de Vacinação Eletrônico (RNVe), NOMIVAC-SISA (2025).

Para a determinação do denominador (população objetivo a vacinar), são utilizados dados fornecidos pelas jurisdições, pelas Direções de Estatísticas Provinciais e pela Direção de Estatísticas e Informação em Saúde. Para o grupo de 1 ano, são considerados os nascidos vivos do ano anterior, enquanto para o grupo de 5 anos, é utilizada a coorte de 2019, correspondente à população nascida entre 1º/1/2019 e 31/12/2019. O numerador é calculado a partir da informação registrada no Registro Nominal de Vacinação Eletrônico (RNVe), conhecido como NOMIVAC, incorporando os dados relativos à vacina, à dose e ao local de residência, de acordo com a informação validada no "Registro Nacional das Pessoas" (RENAPER).

BRASIL

QUADRO 18

Indicadores de vacinação contra sarampo – Brasil

SARAMPO				
Cobertura vacinal total para o ano de 2024			Fonte dos dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Cobertura vacinal para a vacina tríplice viral 1ª dose	Número de crianças que receberam a 1ª dose da vacina com componente sarampo.	Estimativa da população-alvo (1 ano de idade).	Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS).	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).
Cobertura vacinal para a vacina tríplice viral 2ª dose	Número de crianças que concluíram o esquema da vacina com componente sarampo.			

Fonte: Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) (2025).

1. O indicador de cobertura da primeira dose corresponde à razão entre o número de primeiras doses aplicadas e a população de 1 ano de idade.
2. O indicador de cobertura da dose de reforço é calculado pela divisão do número de segundas doses administradas pela população de 1 ano de idade.

O fator de multiplicação é 100.

Observação: a cobertura vacinal é gerada para cada dose.

A meta de cobertura vacinal definida pelo Programa Nacional de Imunizações é de 95%.

Considera-se, no numerador, o total de primeiras doses do esquema tríplice viral, primeiras doses da tetra viral e primeiras doses da quádrupla viral, dividido pela estimativa da população-alvo no denominador, multiplicado por 100.

PARAGUAI

QUADRO 19

Indicadores de vacinação contra sarampo – Paraguai

SARAMPO				
Indicadores para o ano 2024			Fonte de dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Proporção de crianças que receberam uma dose de vacina que contém sarampo de acordo com o calendário nacional recomendado	Número de crianças de 12 a 23 meses, que receberam a 1ª dose da vacina contra o vírus do sarampo (SPR1).	População de 1 ano de idade.	Registro de Vacinação Eletrônica (RVE) do Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSPBS).	Projeções de população do Instituto Nacional de Estatísticas (INE). Revisão 2024.
Proporção de crianças que receberam duas doses de vacina que contém sarampo de acordo com o calendário nacional recomendado	Número de crianças de 18 a 23 meses, que receberam a 2ª dose da vacina contra o vírus do sarampo (SPR2).	População de 1 ano de idade.	Registro de Vacinação Eletrônica (RVE) do Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSPBS).	Projeções de população do Instituto Nacional de Estatísticas (INE). Revisão 2024.

Fonte: Programa Nacional de Doenças Imunopreveníveis (PNEI) e Programa Alargado de Imunizações (PAI) (2025).

Fontes de dados e métodos de cálculo para o primeiro indicador: proporção de crianças que receberam uma dose de vacina que contém sarampo de acordo com o calendário nacional recomendado. O método de cálculo é $PNVS = NNVS/NTN \times 100$.

Em que:

PNVS = Proporção de crianças vacinadas com a primeira dose de vacina SPR que contém sarampo.

NNVS = Número de crianças vacinadas com a primeira dose de vacina que contém sarampo no ano de 2024 segundo o esquema nacional.

NTN = Número total de crianças de um ano de idade projetadas no ano de 2024 segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE).

Para o segundo indicador: proporção de crianças que receberam duas doses de vacina que contém sarampo de acordo com o calendário nacional recomendado. O método de cálculo é PNVS = NNVS/NTN X 100.

Em que:

PNVS = Proporção de crianças vacinadas com a segunda dose de vacina SPR que contém sarampo.

NNVS = Número de crianças vacinadas com a segunda dose de vacina que contém sarampo no ano de 2024 segundo o esquema nacional.

NTN = Número total de crianças de um ano de idade projetadas no ano de 2024 segundo o INE.

URUGUAI

QUADRO 20

Indicadores de vacinação contra sarampo – Uruguai

SARAMPO				
Cobertura vacinal total para o ano de 2024			Fonte dos dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Cobertura vacinal: número de doses administradas/ população de ≥ 1 ano multiplicada por 100	Número de doses administradas a crianças de 1 ano ou mais da vacina tríplice viral (1ª e 2ª doses).	População maior de 1 ano.	Sistema de Informação de Vacinas (SIV), que inclui a população vacinada de todo o território nacional.	Certificado do Recém-Nascido Vivo fornecido pelo Departamento de Estatísticas Vitais do MSP.

Fonte: Departamento de Estatísticas Vitais do Ministério da Saúde Pública (MSP) (2025).

O denominador é obtido a partir do registro do Certificado de Recém-Nascido Vivo, fornecido pelo Departamento de Estatísticas Vitais do MSP. O numerador é obtido a partir do SIV (Sistema de Informação de Vacinas), que inclui a população vacinada de todo o território nacional e pode ser filtrado por grupos etários.

Cálculo: realiza-se o cálculo a partir do número de doses de sarampo, caxumba, rubéola (SRP) administradas em crianças igual ou maiores a 1 ano (para primeira e segunda doses). Esse valor é dividido pelo denominador da população maior de 1 ano de vida, e o resultado é multiplicado por 100.

2.2.2 Vacinação contra febre amarela

ARGENTINA

QUADRO 21

Indicadores de vacinação contra febre amarela – Argentina

FEBRE AMARELA				
Cobertura vacinal total para o ano de 2024			Fonte dos dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
1ª dose (12 meses)	Número de crianças que receberam a 1ª dose da vacina.	Nascidos vivos do ano anterior.	NOMIVAC-SISA.	Informações fornecidas pelas jurisdições, Direções Provinciais de Estatística e Direção de Estatísticas de Informação em Saúde.
Reforço (11 anos)	Número de crianças que receberam o reforço da vacina.	Nascidos vivos entre 1º/1/2013 e 31/12/2013.		

Fonte: Ministério da Saúde, Registro Nominal de Vacinação Eletrônico (RNVe), NOMIVAC-SISA (2025).

Para a determinação do denominador (população objetivo a vacinar) são utilizados dados fornecidos pelas jurisdições, pelas Direções de Estatísticas Provinciais e pela Direção de Estatísticas e Informação em Saúde. Para o grupo de 1 ano são considerados os nascidos vivos do ano anterior, enquanto para o grupo de 11 anos é utilizada a coorte de 2013, correspondente à população nascida entre 1º/1/2013 e 31/12/2013. O numerador é calculado a partir da informação registrada no Registro Nominal de Vacinação Eletrônico (RNVe), conhecido como NOMIVAC, incorporando os dados relativos à vacina, à dose e ao local de residência, de acordo com a informação validada no Registro Nacional das Pessoas (RENAPER).

As coberturas são calculadas apenas sobre zonas endêmicas para febre amarela, que compreendem jurisdições e departamentos específicos (Misiones, Corrientes, Formosa etc.).

BRASIL

QUADRO 22

Indicadores de vacinação contra febre amarela – Brasil

FEBRE AMARELA				
Cobertura vacinal total para o ano de 2024			Fonte dos dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Cobertura vacinal da vacina febre amarela	Número de crianças que iniciaram o esquema com a vacina febre amarela.	Estimativa da população-alvo <1 ano.	Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS).	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

Fonte: Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) (2025).

Método: considera pessoas que iniciaram o esquema vacinal pelo número de doses e idade, depois inclui registros válidos pelo “tipo de dose”. A cobertura é calculada pela razão entre os vacinados e a população-alvo, vezes 100. A meta do Programa Nacional de Imunizações é 95%.

PARAGUAI

QUADRO 23

Indicadores de vacinação contra febre amarela – Paraguai

FEBRE AMARELA				
Indicadores para o ano 2024			Fonte de dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Proporção de crianças que receberam a vacina contra o vírus da febre amarela com 1 ano de idade de acordo com o calendário nacional recomendado	Número de crianças de 12 a 23 meses que receberam a dose única de vacina contra o vírus da febre amarela.	População de 1 ano de idade.	Registro de Vacinação Eletrônica (RVE) do Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSPBS).	Projeções de população estimada/projetada pelo Instituto Nacional de Estatísticas (INE) para o ano de 2024.

Fonte: Programa Nacional de Doenças Imunopreveníveis (PNEI) e Programa Alargado de Imunizações (PAI) (2025).

Fontes de dados e métodos de cálculo para o indicador: proporção de crianças que receberam a vacina contra o vírus da febre amarela com 1 ano de idade de acordo com o calendário nacional recomendado. O método de cálculo é PNVFA = NNVFA/NTN X 100.

Em que:

PNVFA = Proporção de crianças de 1 ano de idade vacinadas com a dose única da vacina contra o vírus da febre amarela. Fonte: RVE-MSPBS.

NNVFA = Número de crianças vacinadas com a dose única da vacina contra o vírus da febre amarela no ano de 2024 segundo o esquema nacional.

NTN = Número total de crianças de 1 ano de idade projetadas para o ano de 2024 segundo o INE.

URUGUAI

A vacina contra febre amarela não faz parte do Programa Nacional de Vacinas do Uruguai, é fornecida para quem viaja para países com risco de transmissão da doença.

2.2.3 Vacinação contra poliomielite

ARGENTINA

QUADRO 24

Indicadores de vacinação contra poliomielite – Argentina

POLIOMIELITE				
Cobertura vacinal total para o ano de 2024			Fonte dos dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
1 ^a dose (2 meses)	Número de crianças que receberam a 1 ^a , a 2 ^a e a 3 ^a doses da vacina.	Nascidos vivos do ano anterior.	NOMIVAC-SISA.	Informações fornecidas pelas jurisdições, Direções Provinciais de Estatística e Direção de Estatísticas de Informação em Saúde.
2 ^a doses (4 meses)				
3 ^a doses (6 meses)				
Reforço (5 anos)	Número de crianças que receberam o reforço da vacina.	Nascidos vivos entre 1º/1/2019 e 31/12/2019.		

Fonte: Ministério da Saúde, Registro Nominal de Vacinação Eletrônico (RNVe) e Registro Nacional das Pessoas (RENAPER) (2025).

Para a determinação do denominador (população objetivo a vacinar) são utilizados dados fornecidos pelas jurisdições, pelas Direções de Estatísticas Provinciais e pela Direção de Estatísticas e Informação em Saúde. Para o grupo de 5 anos é utilizada a coorte de 2019, correspondente à população nascida entre 1º/1/2019 e 31/12/2019. O numerador é calculado a partir da informação registrada no Registro Nominal de Vacinação Eletrônico (RNVe), conhecido como NOMIVAC, incorporando os dados relativos à vacina, à dose e ao local de residência, de acordo com a informação validada no Registro Nacional das Pessoas (RENAPER).

BRASIL

QUADRO 25

Indicadores de vacinação contra poliomielite – Brasil

POLIOMIELITE				
Cobertura vacinal total para o ano de 2024			Fonte dos dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Cobertura vacinal de poliomielite 3ª dose (VIP)	■ Número de crianças que receberam o esquema completo da vacina poliomielite.	Estimativa da população-alvo <1 ano.	Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS).	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).
Cobertura vacinal de poliomielite 1º reforço (VOP)	■ Número de crianças que deram seguimento ao esquema da vacina poliomielite.			

Fonte: Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) (2025).

Método: a cobertura vacinal é calculada considerando quem completou o esquema recomendado de doses ou, alternativamente, a última dose válida conforme “tipo de dose”, dividido pela população-alvo estimada e multiplicado por 100. A meta do Programa Nacional de Imunizações é de 95% para cada dose.

PARAGUAI

QUADRO 26

Indicadores de vacinação contra poliomielite – Paraguai

POLIOMIELITE				
Indicador			Fonte de dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Proporção de crianças que receberam a vacina contra o poliovírus, na sua 3ª dose contida na vacina hexavalente de acordo com o calendário nacional recomendado	Número de crianças de 6 a 11 meses que receberam a vacina contra o poliovírus, na sua 3ª dose contida na vacina hexavalente.	População menor de 1 ano de idade.	Registro de Vacinação Eletrônica (RVE) do Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSPBS).	Projeções de população do Instituto Nacional de Estatísticas (INE). Revisão ano 2024.

Fonte: Programa Nacional de Doenças Imunopreveníveis (PNEI) e Programa Alargado de Imunizações (PAI) (2025).

Fontes de dados e métodos de cálculo para o indicador: proporção de crianças que receberam a vacina contra o poliovírus, na sua terceira dose contida na vacina hexavalente de acordo com o calendário nacional recomendado. O método de cálculo é PNVH3 = NNVH3/NTN X 100.

Em que:

PNVH3 = Proporção de crianças menores de 1 ano de idade vacinadas contra o poliovírus, na sua terceira dose contida na vacina hexavalente.

NNVH3 = Número de crianças menores de 1 ano de idade vacinadas contra o poliovírus, na sua terceira dose contida na vacina hexavalente no ano de 2024 segundo o esquema nacional.

NTN = Número total de crianças menores de 1 ano de idade projetadas no ano de 2024 segundo o INE.

URUGUAI

QUADRO 27

Indicadores de vacinação contra poliomielite – Uruguai

POLIOMIELITE				
Cobertura vacinal total para o ano de 2024			Fonte dos dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Número de doses administradas a crianças menores de 1 ano de idade contra a polio /população menor de 1 ano de idade, multiplicado por 100	IPV -1° IPV -2° IPV -3°	Dados de certidão de recém-nascido vivo fornecidos pelo Departamento de Estatísticas Vitais do MSP.	Sistema de Informação de Vacinas (SIV) que inclui a população vacinada em todo o território nacional.	Certidão de recém-nascido vivo fornecida pelo Departamento de Estatísticas Vitais do MSP.

Fonte: Ministério de Saúde Pública, Sistema de Informação de vacinas (SIV) e Departamento de Estatísticas Vitais (2025).

O denominador é extraído do registro da certidão de nascido vivo. Isso é fornecido pelo Departamento de Estatísticas Vitais do MSP.

O numerador é obtido a partir do SIV, que inclui a população vacinada de todo o território nacional, e pode ser filtrado por faixas etárias.

Cálculo: o cálculo é feito com base no número de doses administradas em crianças menores de 1 ano de idade com a vacina contra a poliomielite, dividido pelo denominador da população menor de 1 ano de idade, multiplicado por 100.

2.2.4 Vacinação contra covid-19

ARGENTINA

QUADRO 28

Indicadores de vacinação contra covid-19 – Argentina

COVID-19				
Cobertura vacinal total para o ano de 2024			Fonte dos dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Doses aplicadas em menores de 18 anos	Número de pessoas com menos de 18 anos que receberam a dose anual de vacina contra a covid-19.	Não aplicável.		
Doses aplicadas em maiores de 18 anos	Número de pessoas de 18 anos ou mais que receberam a dose anual de vacina contra a covid-19.	Não aplicável.	NOMIVAC-SISA.	Não aplicável.

Fonte: Ministério da Saúde, Registro Nominal de Vacinação Eletrônico (RNVe), NOMIVAC-SISA (2025).

O numerador é calculado a partir da informação registrada no Registro Nominal de Vacinação Eletrônico (RNVe), conhecido como NOMIVAC, incorporando os dados relativos à vacina, à dose e ao local de residência, de acordo com a informação validada no Registro Nacional das Pessoas (RENAPER).

BRASIL

QUADRO 29

Indicadores de vacinação contra covid-19 – Brasil

COVID-19				
Cobertura vacinal total para o ano de 2024			Fonte dos dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Cobertura vacinal de covid para crianças <1 ano de idade	Número de crianças que receberam o esquema completo de acordo com o imunizante.	Sinasc do ano vigente para crianças menores de 1 ano de idade.	Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS).	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

Fonte: Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) (2025).

Numerador: duas doses para a vacina Covid-19-RNAm, Moderna (Spikevax) e três doses para a vacina Covid-19-RNAm, Pfizer (Comirnaty).

Denominador: Sinasc do ano vigente.

Fator de multiplicação: 100.

Cálculo: cobertura vacinal <1 ano = (número de crianças que receberam o esquema completo de acordo com o imunizante/Sinasc do ano vigente como denominador único para crianças menores de 1 ano) × 100.

A avaliação da vacinação covid-19 considera as doses aplicadas conforme as recomendações vigentes para cada grupo e faixa etária. As diretrizes atuais estão disponíveis no site do Ministério da Saúde pelo link: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2025/guia-rapido-de-vacinacao-contra-a-covid-19>.

No momento, a metodologia de cobertura vacinal está sendo revisada para os grupos de idosos e gestantes devido à incorporação recente ao Calendário Nacional de Vacinação e às alterações nos esquemas vacinais das respectivas vacinas, portanto ainda não está divulgada. Essa revisão tem o objetivo de garantir maior precisão e adequação às orientações da vacinação contra a covid-19.

PARAGUAI

QUADRO 30

Indicadores de vacinação contra covid-19 – Paraguai

COVID-19				
Indicadores para o ano 2024			Fonte de dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Proporção de adultos de 60 anos ou mais (população de alto risco) que recebeu pelo menos uma dose de alguma vacina contra a covid-19 de acordo com o calendário nacional recomendado	Número de pessoas de 60 anos ou mais que recebeu a dose anual de vacina contra a covid-19.	População de 60 anos ou mais.	Registro de Vacinação Eletrônica (RVE) e Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSPBS).	Projeções de população do Instituto Nacional de Estatísticas (INE). Revisão 2024.

Fonte: Programa Nacional de Doenças Imunopreveníveis (PNEI) e Programa Alargado de Imunizações (PAI) (2025).

Fontes de dados e métodos de cálculo para o indicador: proporção de adultos de 60 anos ou mais (população de alto risco), que recebeu pelo menos uma dose de alguma vacina contra a covid-19 de acordo com o calendário nacional recomendado. O método de cálculo é PNVcov-19 = NNVcov-19 / NTN X 100.

Em que:

PNVcov-19 = Proporção de pessoas de 60 anos ou mais vacinadas contra a covid-19 na sua dose anual. Fonte: Sistema RVE-MSPBS.

NNVcov-19 = Número de pessoas de 60 anos ou mais vacinadas contra a covid-19 na sua dose anual no ano de 2024 segundo o esquema nacional. Fonte: Sistema RVE-MSPBS.

NTN = Número total de pessoas de 60 anos ou mais de idade projetadas no ano de 2024 segundo o INE.

URUGUAI

QUADRO 31

Indicadores de vacinação contra covid-19 – Uruguai

COVID-19				
Cobertura vacinal total para o ano de 2024			Fonte dos dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Número de pessoas com 5 anos ou mais vacinadas/ população-alvo recomendada. Multiplicado por 100	Número de pessoas com mais de 5 anos de idade vacinadas pelo menos uma vez contra a covid-19.	População-alvo recomendada.	Sistema de Informação de Vacinas (SIV) que inclui a população vacinada em todo o território nacional.	Cadastro Único de Assistência Formal à Saúde (RUCAF).

Fonte: Ministério de Saúde Pública, Sistema de Informação de Vacinas (SIV) e RUCAF (2025).

O denominador é extraído do Cadastro Único de Atenção Formal à Saúde (RUCAF).

O numerador é obtido a partir do SIV, que inclui a população vacinada de todo o território nacional e pode ser filtrado por faixas etárias.

Cálculo: o cálculo é feito a partir do número de pessoas acima de 5 anos vacinadas pelo menos uma vez contra a covid-19, dividido pela população-alvo recomendada, multiplicado por 100.

2.3 Sífilis e doença de Chagas congênita

2.3.1 Sífilis congênita

ARGENTINA

QUADRO 32

Indicadores de sífilis congênita – Argentina

SÍFILIS CONGÊNITA		
Casos de sífilis congênita no ano de 2024		Fonte dos dados
Nome	Numerador	Numerador
Número absoluto de casos de sífilis congênita no ano de 2024	Casos notificados de sífilis congênita por critério epidemiológico, por critério laboratorial e por critério clínico.	Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. SNVS 2.0.

Fonte: Ministério da Saúde, Direção de Epidemiologia, Sistema de Vigilância da Saúde 2.0 (2025).

Sífilis congênita:

- Nascido vivo, ou óbito fetal, ou aborto de mais de 500 gramas de uma gestante com diagnóstico confirmado de sífilis e sem tratamento adequado da gestante durante a gravidez.
- Nascido vivo, ou óbito fetal, ou aborto de mais de 500 gramas, ou criança menor de 24 meses, filho(a) de uma gestante com critério de caso provável ou confirmado de sífilis.

E**I. Critérios clínicos (um ou mais)**

- a. Recém-nascido com teste não treponêmico (PNT) reativo com título quatro vezes ou mais que o da gestante.
- b. Demonstração de *T. pallidum* por campo escuro ou PCR em placenta, secreção nasal, material de lesão da pele ou material de autópsia, em um neonato ou natimorto.
- c. VDRL reativo no LCR.
- d. Criança exposta a *T. pallidum* que não tenha recebido tratamento após o nascimento e com PNT reativo após os 6 meses de vida

OU**II. Critérios radiográficos**

Menor de 24 meses com teste não treponêmico reativo e radiografias de ossos longos, características de sífilis congênita (osteochondrite que origina a pseudoparalisia de Parrot, epifisite e periostite bilateral).

OU**III. Critérios clínicos**

- a. Menor de 24 meses com teste não treponêmico reativo e sinais clínicos característicos ou altamente sugestivos.
- b. Hidrops fetal não imunológico, hepatomegalia, rinite mucosa ou hemorrágica, anemia hemolítica e plaquetopenia, rash maculopapular ou vesicular, lesões descamativas e lesões bolhosas palmo-plantares (pênfigo sifilítico).
- c. Óbito fetal em gestante com diagnóstico de sífilis e sem outra causa conhecida.

BRASIL**QUADRO 33****Indicadores de sífilis congênita – Brasil**

SÍFILIS CONGÊNITA		
Casos de sífilis congênita no ano de 2024		Fonte dos dados
Nome	Numerador	Numerador
Número de casos de sífilis congênita no ano de 2024	<ul style="list-style-type: none"> ■ Nascidos vivos com sífilis congênita menores de 1 ano de idade no ano avaliado, notificados no Sinan. ■ Perdas fetais (abortos e natimortos) de mães com sífilis não tratada ou tratada de forma inadequada que ocorreram no ano avaliado, notificadas no Sinan. ■ Óbitos neonatais decorrentes da sífilis congênita identificados no SIM (não notificados no Sinan), após investigação e confirmação do diagnóstico. 	Sistema de Informação de Agravos de Notificação obrigatória (Sinan). Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

Fonte: Ministério da Saúde, Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde, Sistema de Informação de Agravos de Notificação obrigatória (Sinan), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) (2025).

Critérios para definição de caso no cálculo do numerador:

I. Situação 1: inclui recém-nascidos, natimortos ou abortos de mulheres com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente.

II. Situação 2: refere-se a crianças menores de 13 anos que apresentem pelo menos uma das condições a seguir:

- Manifestação clínica, alteração liquórica ou radiológica de sífilis congênita associada a teste não treponêmico reagente.
- Títulos de testes não treponêmicos do lactente superiores aos da mãe em duas diluições, em amostras de sangue periférico coletadas simultaneamente no parto.
- Títulos de testes não treponêmicos ascendentes em duas diluições durante o acompanhamento da criança exposta.
- Persistência de títulos de testes não treponêmicos reagentes após 6 meses de idade, exce-
tuando seguimento terapêutico.
- Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade sem diagnóstico prévio de sífilis congênita.

III. Situação 3: evidência microbiológica de infecção por *Treponema pallidum* em secreção nasal, lesão cutânea, biópsia ou necrópsia de criança, aborto ou natimorto, detectada por exames diretos de microscopia (campo escuro ou material corado).

PARAGUAI

QUADRO 34

Indicadores de sífilis congênita – Paraguai

SÍFILIS CONGÊNITA		
	Indicador para o total do ano de 2024	Fonte de dados
Nome	Numerador	Numerador
Número absoluto de casos de sífilis congênita em 2024	<ul style="list-style-type: none"> ■ Todo produto de um aborto ou perda fetal de <20 semanas de gestação de uma mãe soropositiva para sífilis sem tratamento ou tratamento não adequado (tratamento diferente da penicilina ou tratamento que não foi finalizado um mês antes do parto) para a sífilis. ■ Natimorto, nascido vivo ou perda fetal de >20 semanas de gestação ou >500 gramas de peso ao nascer, nascido de uma mãe soropositiva para sífilis sem tratamento ou tratamento não adequado (tratamento diferente da penicilina ou tratamento que não foi finalizado um mês antes do parto) para a sífilis. ■ Recém-nascido ou criança menor de 2 anos nascido de uma mulher com sorologia positiva para sífilis ou estado sorológico desconhecido, que apresenta: (i) testes de RPR/VDRL com títulos quatro vezes maior (equivale a uma mudança de duas diluições) do que os títulos da mãe realizados no momento do parto; ou (ii) evidência de mudança na sorologia, VDRL anteriormente negativa que se torna positiva ou elevação de título de VDRL em relação a títulos anteriores. ■ Recém-nascido ou criança menor de 2 anos nascido de uma mulher com sorologia positiva para sífilis ou estado sorológico desconhecido, e provas radiológicas ou clínicas sugestivas de sífilis CONGÊNITA no exame físico (hepatoesplenomegalia, lesões mucocutâneas, condiloma plano, rinite persistente, icterícia, pseudoparalisia devido a periostite e osteocondrite, comprometimento do sistema nervoso central, anemia, síndrome nefrótico) de infecção por sífilis (independentemente do momento ou da adequação da atenção materna). 	PRONASIDA: Programa Nacional de Controle do VIH/AIDS/ITS

Fonte: Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (2025).

URUGUAI

Indicadores de sífilis congênita – Uruguai

O país está atualmente trabalhando para melhorar a qualidade dos dados por meio da auditoria de diferentes fontes, como os prontuários de gestantes com testes positivos para sífilis e recém-nascidos expostos. Os casos do ano de 2024 estão em análise.

2.3.2 Doença de Chagas congênita

ARGENTINA

QUADRO 35

Indicadores de doença de Chagas congênita – Argentina

DOENÇA DE CHAGAS CONGÊNITA		
Casos de doença de Chagas congênita no ano de 2024		Fonte dos dados
Nome	Numerador	Numerador
Número absoluto de casos confirmados de doença de Chagas congênita aguda em 2024*	Casos confirmados por técnicas diretas antes dos 10 meses de idade e por sorologia entre os 10 e 18 meses de idade.	Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. SNVS 2.0.

Fonte: Ministério da Saúde, Direção de Epidemiologia, Sistema de Vigilância da Saúde 2.0 (2025).

*Caso congênito, considerar fase aguda até 3 anos de idade.

Caso suspeito: toda pessoa menor de 18 meses, filho(a) de uma gestante com diagnóstico de Chagas.

Caso confirmado: caso suspeito com confirmação laboratorial pelas seguintes técnicas: técnicas parasitológicas com resultados positivos/detectáveis (PCR ou micro-hematócrito/micrométodo) desde as 24 horas até os 10 meses de vida; ou duas técnicas sorológicas, com diferente princípio, com resultados positivos (ELISA e HAI, ELISA e IFI, HAI e IFI) entre os 10 e 18 meses de vida.

Caso descartado: caso suspeito com resultados negativos por duas técnicas sorológicas com diferente princípio (ELISA e HAI, ELISA e IFI, HAI e IFI) a partir dos 10 meses de vida.

BRASIL

QUADRO 36

Indicadores de doença de Chagas congênita – Brasil

DOENÇA DE CHAGAS CONGÊNITA		
Casos de doença de Chagas congênita no ano de 2024		Fonte dos dados
Nome	Numerador	Numerador
Número de casos agudos de doença de Chagas por transmissão vertical*	Total de casos agudos em crianças até 3 anos de idade por transmissão vertical por ano de notificação.	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Fonte: Ministério da Saúde, Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação obrigatória (Sinan) (2025).

*Caso congênito, considerar fase aguda até 3 anos de idade.

Chagas congênita

Trata-se de descrição de número absoluto de casos agudos por transmissão vertical no Brasil em 2024. Utilizou-se como fonte de dados a base preliminar para os casos de doença de Chagas aguda (DCA), previamente tratada para duplicidades e inconsistências, proveniente do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), por ano de notificação. Selecionaram-se os casos confirmados na faixa etária de até 3 anos de idade e com forma provável de transmissão vertical⁸.

PARAGUAI

QUADRO 37

Indicadores de doença de Chagas congênita – Paraguai

DOENÇA DE CHAGAS CONGÊNITA		
Indicador para o total do ano de 2024		Fonte de dados
Nome	Numerador	Numerador
Número de casos agudos de doença de Chagas de transmissão vertical*	Casos agudos de Chagas congênita confirmados, notificados.	Sistema de Informação e Tecnologia da Direção-Geral de Vigilância da Saúde (IT-DGVS) do Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSPBS).

Fonte: Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (2025).

*Definição de caso, conforme descrito no Guia Nacional de Vigilância e Controle de Eventos de Notificação Obrigatória (2022)⁹.

- **Caso confirmado:** todo recém-nascido filho de mãe com sorologia positiva para Chagas e que apresenta resultado de exame direto ou PCR nos primeiros meses de vida; ou uma técnica parasitológica positiva até os 6 meses ou uma sorologia positiva entre os 9 e 12 meses de vida.

URUGUAI

QUADRO 38

Indicadores de doença de Chagas congênita – Uruguai

DOENÇA DE CHAGAS CONGÊNITA		
Casos de doença de Chagas congênita no ano de 2024		Fonte dos dados
Nome	Numerador	Numerador
Número de casos agudos de doença de Chagas transmissão vertical	Total de casos agudos notificados ao sistema de vigilância.	Sistema de Informação do Departamento de Vigilância Sanitária (SG DEVISA) – Ministério da Saúde Pública.

Fonte: Ministério da Saúde Pública, SG DEVISA (2025).

Congênita de Chagas: número absoluto de casos agudos de doença de Chagas transmitida verticalmente. Sistema de Informação do Departamento de Vigilância Sanitária (SG DEVISA) – Ministério da Saúde Pública.

2.4 Síndrome respiratória aguda grave (Srag)

2.4.1 Síndrome gripal por covid-19

ARGENTINA

QUADRO 39

Indicadores de síndrome gripal por covid-19 – Argentina

COVID-19				
Indicador para o total do ano de 2024			Fonte dos dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Número absoluto de casos confirmados de covid-19	Casos totais de covid-19 confirmados, em todos os componentes da estratégia de vigilância nacional.	Não se aplica	Sistema Nacional de Vigilância da Saúde SNV* 2.0.	Não se aplica

Fonte: Ministério da Saúde – Direção de Epidemiologia – Sistema de Vigilância da Saúde 2.0 (2025).

*Corresponde ao número total de casos confirmados de covid-19 notificados no período no Sistema Nacional de Vigilância Saúde (não é realizado estudo etiológico universal dos casos de síndrome influenza ou doença semelhante à gripe).

Expressam-se os casos totais de covid-19 confirmados, em todos os componentes da estratégia de vigilância nacional. Durante 2024, para fins de vigilância epidemiológica, não foi recomendada a realização de estudo etiológico universal para SARS-CoV-2, exceto para os casos suspeitos de covid-19 pertencentes à vigilância sentinel (Unidades de Monitoramento Ambulatorial de Síndrome Gripal e Unidades Sentinel de Síndrome Respiratória Aguda). Além disso, foi indicada a notificação de outros casos confirmados para SARS-CoV-2 não contemplados na estratégia de vigilância descrita, estudados por indicação da equipe de saúde responsável pelo tratamento.

Por conseguinte, com os dados disponíveis, não é possível calcular a taxa de incidência da infecção a nível nacional para 2024.

BRASIL

QUADRO 40

Indicadores de síndrome gripal por covid-19 – Brasil

COVID-19				
Indicador para o total do ano de 2024			Fonte dos dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Taxa de incidência de SG por covid-19 por 100 mil habitantes	Número de casos novos confirmados* com data de início de sintomas no ano de 2024.	População residente estimada.	e-SUS Notifica do Ministério da Saúde**.	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Fonte: Ministério da Saúde. e-SUS Notifica e IBGE (2025).

*Por meio de teste laboratorial ou critério clínico-epidemiológico.

**A partir de 2025, o Ministério da Saúde do Brasil passa a contabilizar os casos de covid-19 apenas com base no sistema oficial de notificação de casos de SG por covid-19. No boletim COVIGSAL 2023, ainda eram utilizados os valores provenientes da contabilização independentemente de cada unidade federativa (UF), por meio das Secretarias de Estado de Saúde (SES).

Taxa de incidência – número total de casos confirmados por critério laboratorial e/ou clínico-epidemiológico, dividido pela população residente e multiplicado por 100 mil habitantes.

PARAGUAI

QUADRO 41

Indicadores de síndrome gripal por covid-19 – Paraguai

COVID-19				
Indicadores para o ano 2024			Fonte de dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Taxa de incidência	Número de casos confirmados de covid-19.	População estimada no âmbito do país, ano 2024.	Sistema de Informação e Tecnologia da Direção-Geral de Vigilância da Saúde (IT-DGVS) do Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSPBS).	Projeções de população do Instituto Nacional de Estatísticas (INE). Revisão 2015.

Fonte: Sistema de Informação e Tecnologia da Direção-Geral de Vigilância da Saúde (IT-DGVS) do Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSPBS) (2025).

URUGUAI

QUADRO 42

Indicadores de síndrome gripal por covid-19 – Uruguai

COVID-19				
Indicador para o total do ano de 2024			Fonte dos dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Taxa de incidência: número de casos notificados/ população residente multiplicada por 100 mil habitantes	Casos confirmados notificados ao sistema de vigilância.	Projeções de população baseadas no censo de 2011 do Instituto Nacional de Estatística.	Sistema de Informação do Departamento de Vigilância Sanitária (SG DEVISA) – Ministério da Saúde Pública.	Projeções de população do Instituto Nacional de Estatística.
Taxa de letalidade: número de óbitos por covid-19/casos confirmados por 100	Casos falecidos confirmados por laboratório e identificados no sistema de informação.	Casos confirmados por PCR ou Teste de Antígeno para SARS-CoV-2.	Sistema de Informação do Departamento de Vigilância Sanitária (SG DEVISA) – Ministério da Saúde Pública.	Sistema de Informação do Departamento de Vigilância Sanitária (SG DEVISA) – Ministério da Saúde Pública.

Fonte: Ministério da Saúde Pública, SG DEVISA (2025).

Taxa de incidência – A taxa de incidência é calculada como o número total de casos confirmados dividido pela população do país, multiplicado por 100 mil (habitantes). Os dados são provenientes do Sistema de Informação do Departamento de Vigilância Sanitária (SG DEVISA) – Ministério da Saúde Pública. As projeções de população são estimadas pelo Instituto Nacional de Estatística.

Taxa de letalidade – A taxa de letalidade é determinada pelo número total de casos falecidos por COVID-19 dividido pelo número total de casos confirmados e multiplicado por 100. Os dados para este cálculo são obtidos integralmente por meio do SG DEVISA – Ministério da Saúde Pública.

2.4.2 Síndrome respiratória aguda grave por covid-19

ARGENTINA

QUADRO 43

Indicadores de síndrome respiratória aguda grave por covid-19 – Argentina

COVID-19				
Indicador para o total do ano de 2024			Fonte dos dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Número absoluto de casos de pessoas hospitalizadas e/ou falecidas com covid-19.	Total de pessoas hospitalizadas e/ou falecidas com diagnóstico confirmado de covid-19.	Não aplicável.	SNVS Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.	Não aplicável.

Fonte: Ministério da Saúde, Direção de Epidemiologia, Sistema de Vigilância da Saúde 2.0 (2025).

*Corresponde a pessoas hospitalizadas e/ou falecidas com diagnóstico confirmado de covid-19 notificadas no período no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (não é realizada vigilância universal dos casos de Srag).

Aqui se coloca o total de casos confirmados de covid-19 hospitalizados (sentinela e não sentinela). Durante o ano de 2024, para fins de vigilância epidemiológica e com o objetivo de caracterizar o comportamento do SARS-CoV-2 na geração de doença grave, foi definido o estudo etiológico dos casos incluídos na estratégia de vigilância sentinel da Srag. Da mesma forma, em âmbito nacional, todas as pessoas hospitalizadas ou falecidas devido à Srag com diagnóstico confirmado de infecção por SARS-CoV-2 são notificadas ao Sistema Nacional de Vigilância.

BRASIL

QUADRO 44

Indicadores de síndrome respiratória aguda grave por covid-19 – Brasil

COVID-19				
Indicador para o total do ano de 2024			Fonte dos dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Taxa de incidência de Srag por covid-19	Número de novos casos confirmados por covid-19 que resultaram em hospitalização, considerando a data de início dos sintomas ocorrida no ano de 2024.	População residente estimada.	Sivep-Gripe.	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).
Taxa de mortalidade de Srag por covid-19	Número de óbitos confirmados por covid-19 entre pacientes hospitalizados, considerando a data de início dos sintomas ocorrida no ano de 2024.	População residente estimada.	Sivep-Gripe.	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).
Taxa de letalidade de Srag por covid-19	Número de óbitos confirmados por covid-19 entre pacientes hospitalizados, considerando a data de início dos sintomas registrada no ano de 2024.	Número de casos confirmados de covid-19 que resultaram em hospitalização, considerando a data de início dos sintomas ocorrida no ano de 2024.	Sivep-Gripe.	Sivep-Gripe.

Fonte: Ministério de Saúde, Sivep-Gripe e IBGE (2025).

Taxa de incidência de síndrome respiratória aguda grave por covid-19

Fonte de dados: Sivep-Gripe e IBGE.

Método de cálculo: número de casos novos confirmados de síndrome respiratória aguda grave por covid-19 no período, notificados no Sivep-Gripe, dividido pela população residente, e multiplicado por 100 mil habitantes.

Taxa de mortalidade de síndrome respiratória aguda grave por covid-19

Fonte de dados: Sivep-Gripe e IBGE.

Método de cálculo: número de óbitos confirmados por síndrome respiratória aguda grave por covid-19 entre pacientes hospitalizados, notificados no Sivep-Gripe, dividido pela população residente e multiplicado por 100 mil habitantes.

Taxa de letalidade de síndrome respiratória aguda grave por covid-19

Fonte de dados: Sivep-Gripe.

Método de cálculo: número de óbitos confirmados por síndrome respiratória aguda grave por covid-19 entre pacientes hospitalizados, notificados no Sivep -Gripe, dividido pelo número total de casos confirmados de síndrome respiratória aguda grave por covid-19 no mesmo período e multiplicado por 100.

PARAGUAI

QUADRO 45

Indicadores de síndrome respiratória aguda grave por covid-19 – Paraguai

COVID-19				
Indicadores para o ano 2024			Fonte de dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Taxa de hospitalizações	Número de casos confirmados de covid-19 hospitalizados.	População estimada no âmbito do país, ano 2024.	Sistema de Informação e Tecnologia da Direção-Geral de Vigilância da Saúde (IT-DGVS) do Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSPBS).	Projeções de população do Instituto Nacional de Estatísticas (INE). Revisão 2015.
Taxa de letalidade	Número de óbitos confirmados por covid-19.	Número de casos confirmados de covid-19 hospitalizados com data de início de sintomas no ano 2024.	Sistema de Informação e Tecnologia da Direção-Geral de Vigilância da Saúde (IT-DGVS) do Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSPBS).	Sistema de Informação e Tecnologia da Direção-Geral de Vigilância da Saúde (IT-DGVS) do Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSPBS).
Taxa de mortalidade	Número de óbitos confirmados por covid-19.	População estimada no âmbito do país, ano 2024.	Sistema de Informação e Tecnologia da Direção-Geral de Vigilância da Saúde (IT-DGVS) do Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSPBS).	Projeções de população do Instituto Nacional de Estatísticas (INE). Revisão 2015.

Fonte: Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (2025).

Fontes de dados e métodos de cálculo

No Paraguai, em 2024, a vigilância de covid-19 mantém-se como vigilância universal, além da incorporação em vigilância sentinelas de SG/Srag e vigilância genômica em hospitais sentinelas. As definições de casos confirmados por covid-19: toda pessoa que apresente um teste RT-PCR positivo ou um teste de detecção de antigênica positivo para o SARS-CoV2, emitido por um certificado de laboratório. Caso falecido por covid-19: a morte por covid-19 é definida, para efeitos de vigilância, como um óbito resultante de uma doença clinicamente compatível e que seja um caso confirmado de covid-19 por laboratório. A menos que exista uma causa clara de uma alternativa de morte que não possa relacionar-se com covid-19 (por exemplo, um traumatismo), caso em que não codificaria como causa básica de óbito por covid-19.

Taxa de incidência: número de casos notificados dividido pela população residente multiplicada por 100 mil habitantes. Fonte: Sistema IT-DGVS/MSPBS, para o denominador INE.

Taxa de letalidade: número de óbitos dividido por casos reportados multiplicado por 100. Fonte: Sistema IT-DGVS/MSPBS.

Taxa de mortalidade específica: número de óbitos por covid-19 dividido pela população multiplicada por 100 mil. Fonte: Sistema IT-DGVS/MSPBS, para o denominador INE.

URUGUAI

QUADRO 46

Indicadores de síndrome respiratória aguda grave por covid-19 – Uruguai

SRAG NÃO ESPECIFICADA				
Indicador para o total do ano de 2024			Fonte dos dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Taxa de incidência de Srag por covid-19 em pessoas internadas por infecções respiratórias agudas graves em centros sentinelas	Casos de Srag por covid-19 reportados ao sistema de vigilância pelos centros sentinelas.	Total da população que é assistida nos centros sentinelas, segundo o Registro Único de Assistência Formal em Saúde (RUCAF).	Sistema de informação de CIH – Departamento de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde Pública.	Registro Único de Assistência Formal em Saúde (RUCAF).
Taxa de letalidade de Srag por covid-19: número de óbitos dividido pelo total de casos confirmados, multiplicado por 100	Número de óbitos em casos de Srag por covid-19 confirmados, em centros sentinelas.	Número de casos confirmados de Srag por covid-19 em centros sentinelas.	Sistema de Informação de CIH – Departamento de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde Pública.	Sistema de Informação de CIH – Departamento de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde Pública.

Fonte: Ministério da Saúde Pública, Departamento de Vigilância em Saúde, Sistema de Informação de CIH (2025).

A vigilância de Srag e SG é realizada mediante a **estratégia de vigilância sentinelas**. Atualmente, conta-se com 11 centros sentinelas distribuídos em 6 departamentos do país. Esta estratégia inclui o monitoramento de diferentes vírus respiratórios, incluindo SARS-CoV-2, influenza e VSR.

Taxa de incidência de Srag por covid-19: o cálculo é feito a partir dos casos de Srag por covid-19 reportados ao sistema de vigilância pelos centros sentinelas, dividido pelo total da população que é assistida nos centros sentinelas, multiplicado por 100 mil.

Taxa de letalidade: número de óbitos dividido por casos reportados, multiplicado por 100.

2.4.3 Síndrome respiratória aguda grave por influenza

ARGENTINA

QUADRO 47

Indicadores de síndrome respiratória aguda grave por influenza – Argentina

INFLUENZA				
Indicador para o total do ano de 2024			Fonte dos dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Número absoluto de casos hospitalizados e/ou óbitos por influenza*	Total de casos hospitalizados e/ou falecidos com diagnóstico confirmado.	Não aplicável.	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária SNVS2.0.	
Número de óbitos por influenza	Total de casos de pessoas falecidas com diagnóstico confirmado.	Não aplicável.	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária SNVS2.0.	
Taxa de letalidade da gripe Srag	Total de casos de pessoas falecidas com diagnóstico confirmado.	Total de casos hospitalizados e/ou falecidos com diagnóstico confirmado.	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária SNVS2.0.	

Fonte: Ministério da Saúde, Direção de Epidemiologia, Sistema de Vigilância da Saúde 2.0 (2025).

*Corresponde a pessoas hospitalizadas e/ou falecidas com diagnóstico confirmado de influenza notificado no período no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (não é realizada vigilância universal dos casos de Srag).

Taxa de incidência: mostra o total de casos confirmados de influenza hospitalizados (sentinela e não sentinela). Durante o ano de 2024, para fins de vigilância epidemiológica e com o objetivo de caracterizar o comportamento da influenza na geração de doença grave, foi definido o estudo etiológico dos casos incluídos na estratégia de vigilância sentinela da Srag. Da mesma forma, em âmbito nacional, todas as pessoas hospitalizadas ou falecidas devido a Srag com diagnóstico confirmado de infecção por influenza são notificadas ao Sistema Nacional de Vigilância.

Taxa de mortalidade de casos: durante o ano de 2024, para fins de vigilância epidemiológica e com o objetivo de continuar caracterizando o comportamento da influenza na geração da doença grave, foi definida, em âmbito nacional, a notificação de todas as pessoas falecidas diagnosticadas com infecção por influenza (tanto estabelecimentos sentinela quanto não sentinela de Srag). Embora o número de casos confirmados de falecidos esteja disponível, uma vez que a vigilância universal não é realizada em casos ambulatoriais e hospitalizados, não é possível calcular a letalidade para o ano de 2024.

Taxa de mortalidade específica: as informações sobre os casos falecidos com diagnóstico laboratorial confirmado de influenza surgem das notificações nominais ao SNVS 2.0 para caracterizar a população acometida. Dada a atual estratégia de vigilância epidemiológica, essa análise não implica uma estimativa da mortalidade real por influenza no país ou uma substituição das estimativas feitas anualmente a partir de registros estatísticos.

BRASIL

QUADRO 48

Indicadores de síndrome respiratória aguda grave por influenza – Brasil

INFLUENZA				
Indicador para o total do ano de 2024			Fonte dos dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Taxa de incidência de Srag por influenza	Número de novos casos confirmados por influenza que resultaram em hospitalização, considerando a data de início dos sintomas ocorrida no ano de 2024.	População residente estimada.	Sivep-Gripe.	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).
Taxa de mortalidade de Srag por influenza	Número de óbitos confirmados por influenza entre pacientes hospitalizados, considerando a data de início dos sintomas ocorrida no ano de 2024.	População residente estimada.	Sivep-Gripe.	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).
Taxa de letalidade de Srag por influenza	Número de óbitos confirmados por influenza entre pacientes hospitalizados, considerando a data de início dos sintomas registrada no ano de 2024.	Número de casos confirmados por influenza que resultaram em hospitalização, considerando a data de início dos sintomas ocorrida no ano de 2024.	Sivep-Gripe.	Sivep-Gripe.

Fonte: Ministério de Saúde. Sivep-Gripe e IBGE (2025).

Taxa de incidência de síndrome respiratória aguda grave por influenza

Fonte de dados: Sivep-Gripe e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Método de cálculo: número de casos novos confirmados de síndrome respiratória aguda grave por influenza no período, notificados no Sivep-Gripe, dividido pela população residente e multiplicado por 100 mil habitantes.

Taxa de mortalidade de síndrome respiratória aguda grave por influenza

Fonte de dados: Sivep-Gripe e IBGE.

Método de cálculo: número de óbitos confirmados por síndrome respiratória aguda grave por influenza entre pacientes hospitalizados, notificados no Sivep-Gripe, dividido pela população residente e multiplicado por 100 mil habitantes.

Taxa de letalidade de síndrome respiratória aguda grave por influenza

Fonte de dados: SIVEP-Gripe.

Método de cálculo: número de óbitos confirmados por síndrome respiratória aguda grave por influenza entre pacientes hospitalizados, notificados no Sivep-Gripe, dividido pelo número total de casos confirmados de síndrome respiratória aguda grave por influenza no mesmo período e multiplicado por 100.

PARAGUAI

QUADRO 49

Indicadores de síndrome respiratória aguda grave por influenza – Paraguai

INFLUENZA				
Indicadores para o ano 2024			Fonte de dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Número de casos de influenza/VSR influenza	Número de casos de influenza/VSR influenza notificados por vigilância sentinelas de Srag.	Não aplicável.	Sistema de Informação e Tecnologia da Direção-Geral de Vigilância da Saúde (IT-DGVS) do Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSPBS).	Não aplicável.

Fonte: Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (2025).

Fontes de dados e métodos de cálculo

A fonte de dados corresponde à vigilância sentinelas de Srag em dez hospitais de referência no âmbito do país.

URUGUAI

QUADRO 50

Indicadores de síndrome respiratória aguda grave por influenza – Uruguai

SRAG POR INFLUENZA				
Indicador para o total do ano de 2024			Fonte dos dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Taxa de incidência de Srag por influenza em pessoas internadas por infecções respiratórias agudas graves em centros sentinelas	Casos de Srag por influenza reportados ao sistema de vigilância pelos centros sentinelas.	Total da população que é assistida nos centros sentinelas, segundo o Registro Único de Assistência Formal em Saúde (RUCAF).	Sistema de informação de CIH – Departamento de Vigilância em Saúde – Ministério de Saúde Pública.	Registro Único de Assistência Formal em Saúde (RUCAF).
Taxa de letalidade de Srag por influenza: número de óbitos dividido pelo total de casos confirmados, multiplicado por 100	Número de óbitos em casos de Srag por influenza confirmados, em centros sentinelas.	Número de casos confirmados de Srag por influenza em centros sentinelas.	Sistema de informação de CIH – Departamento de Vigilância em Saúde – Ministério de Saúde Pública.	Sistema de informação de CIH – Departamento de Vigilância em Saúde – Ministério de Saúde Pública.

Fonte: Ministério de Saúde Pública, Departamento de Vigilância em Saúde, Sistema de informação de CIH (2025).

Taxa de incidência de Srag por influenza: o cálculo é feito a partir dos casos de Srag por influenza reportados ao sistema de vigilância pelos centros sentinelas, dividido pelo total da população que é assistida nos centros sentinelas e multiplicado por 100 mil.

Taxa de letalidade: número de óbitos dividido por casos reportados multiplicado por 100.

2.4.4 Síndrome respiratória aguda grave por vírus sincicial respiratório (VSR)

ARGENTINA

QUADRO 51

Indicadores de síndrome respiratória aguda grave por VSR – Argentina

VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO				
Indicador para o total do ano de 2024			Fonte dos dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Número absoluto de casos hospitalizados e/ou óbitos por VSR*	total de casos de VSR confirmado hospitalizado e/ou óbitos.	Não aplicável.	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária SNVS2.0.	Não aplicável.

Fonte: Ministério da Saúde, Direção de Epidemiologia, Sistema de Vigilância da Saúde 2.0 (2025).

*Corresponde a pessoas hospitalizadas e/ou falecidas com diagnóstico confirmado de infecção por VSR notificado no período no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (não é realizada vigilância universal dos casos de Srag).

Taxa de incidência: o total de casos de VSR confirmado hospitalizado (sentinela e não sentinela) é expresso. Durante o ano de 2024, para fins de vigilância epidemiológica e com o objetivo de caracterizar o comportamento do VSR na geração de doença grave, foi definido o estudo etiológico dos casos incluídos na estratégia de vigilância sentinel da Srag. Da mesma forma, em âmbito nacional, todas as pessoas hospitalizadas por Srag com diagnóstico confirmado de infecção por VSR são notificadas ao Sistema Nacional de Vigilância. Os dados notificados correspondem ao total de casos internados por VSR (estabelecimentos sentinel e não sentinel).

Taxas de letalidade e de mortalidade: atualmente, não é possível determinar o número de óbitos associados à infecção por VSR no país a partir dos registros do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, uma vez que durante 2024 foram implementadas modificações destinadas a fortalecer a estratégia.

BRASIL

QUADRO 52

Indicadores de síndrome respiratória aguda grave por VSR – Brasil

VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO (VSR)				
Indicador para o total do ano de 2024			Fonte dos dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Taxa de incidência de Srag por VSR	Número de novos casos confirmados por VSR que resultaram em hospitalização, considerando a data de início dos sintomas ocorrida no ano de 2024.	População residente estimada.	Sivep-Gripe.	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).
Taxa de mortalidade de Srag por VSR	Número de óbitos confirmados por VSR entre pacientes hospitalizados, considerando a data de início dos sintomas ocorrida no ano de 2024.	População residente estimada.	Sivep-Gripe.	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).
Taxa de letalidade de Srag por VSR	Número de óbitos confirmados por VSR entre pacientes hospitalizados, considerando a data de início dos sintomas registrada no ano de 2024.	Número de casos confirmados por VSR que resultaram em hospitalização, considerando a data de início dos sintomas ocorrida no ano de 2024.	Sivep-Gripe.	Sivep-Gripe.

Fonte: Ministério de Saúde, Sivep-Gripe e IBGE (2025).

Taxa de incidência de síndrome respiratória aguda grave por VSR

Fonte de dados: Sivep -Gripe e IBGE.

Método de cálculo: número de casos novos confirmados de síndrome respiratória aguda grave por VSR no período, notificados no Sivep-Gripe, dividido pela população residente e multiplicado por 100 mil habitantes.

Taxa de mortalidade de síndrome respiratória aguda grave por VSR

Fonte de dados: Sivep -Gripe e IBGE.

Método de cálculo: número de óbitos confirmados por síndrome respiratória aguda grave por VSR entre pacientes hospitalizados, notificados no Sivep-Gripe, dividido pela população residente e multiplicado por 100 mil habitantes.

Taxa de letalidade de síndrome respiratória aguda grave por VSR

Fonte de dados: Sivep-Gripe.

Método de cálculo: número de óbitos confirmados por síndrome respiratória aguda grave por VSR entre pacientes hospitalizados, notificados no Sivep-Gripe, dividido pelo número total de casos confirmados de síndrome respiratória aguda grave por VSR no mesmo período e multiplicado por 100.

PARAGUAI

QUADRO 53

Indicadores de síndrome respiratória aguda grave por VSR – Paraguai

VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO				
Indicadores			Fonte de dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Número de casos de influenza/VSR	Número de casos de influenza/VSR por vigilância sentinelas de Srag.	Não aplicável.	Sistema de Informação e Tecnologia da Direção-Geral de Vigilância da Saúde (IT-DGVS) do Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSPBS).	Não aplicável.

Fonte: Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (2025).

Fontes de dados e métodos de cálculo

A fonte de dados corresponde à vigilância sentinelas de Srag, em 10 hospitais de referência no âmbito do país.

URUGUAI

QUADRO 54

Indicadores de síndrome respiratória aguda grave por VSR – Uruguai

SRAG POR VSR				
Indicador para o total do ano de 2024			Fonte dos dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Taxa de incidência de Srag por VSR em pessoas internadas por infecções respiratórias agudas graves em centros sentinelas	Casos de Srag por VSR reportados ao sistema de vigilância pelos centros sentinelas.	Total da população que é assistida nos centros sentinelas, segundo o Registro Único de Assistência Formal em Saúde (RUCAF).	Sistema de informação de CIH – Departamento de Vigilância em Saúde – Ministério de Saúde Pública.	Registro Único de Assistência Formal em Saúde (RUCAF).
Taxa de letalidade de Srag por VSR: número de óbitos dividido pelo total de casos confirmados, multiplicado por 100	Número de óbitos em casos de Srag por VSR confirmados, em centros sentinelas.	Número de casos confirmados de Srag por VSR em centros sentinelas.	Sistema de informação de CIH – Departamento de Vigilância em Saúde – Ministério de Saúde Pública.	Sistema de informação de CIH – Departamento de Vigilância em Saúde – Ministério de Saúde Pública.

Fonte: Sistema de informação de CIH, Departamento de Vigilância em Saúde, Ministério de Saúde Pública (2025).

Taxa de incidência de Srag por VSR: o cálculo é feito a partir dos casos de Srag por VSR reportados ao sistema de vigilância pelos centros sentinelas, dividido pelo total da população que é assistida nos centros sentinelas e multiplicado por 100 mil.

Taxa de letalidade: número de óbitos dividido por casos reportados multiplicado por 100.

2.5 Tuberculose

ARGENTINA

QUADRO 55

Indicadores de tuberculose – Argentina

TUBERCULOSE				
Indicador para o total do ano de 2024			Fonte dos dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Taxa de incidência: número de casos notificados dividido por população residente multiplicada por 100 mil habitantes	Casos notificados de tuberculose novos, recaídas e sem informação de antecedentes de tratamento em 2024 (casos incidentes).	População estimada em 1º de julho de 2024.	SNVS 2.0.	Projeções de população Instituto Nacional de Estatísticas e Censos.
Taxa de letalidade: número de óbitos dividido pelos casos notificados multiplicado por 100	Casos notificados de tuberculose novos, recaídas e sem informação de antecedentes de tratamento informados como falecidos no SNVS 2.0 em 2023.	Total de casos notificados de TB novos, recaídas e sem informação de antecedentes de tratamento notificados para 2023.	SNVS 2.0.	SNVS 2.0.
Taxa de mortalidade específica: número de óbitos por tuberculose dividido pela população multiplicado por 100 mil*	Total de óbitos por tuberculose códigos CID 10 (A15-A19, B20.0, B90, O98) registradas nas bases de estatísticas vitais em 2023.	População estimada em 1º de julho de 2023.	Direção de Estatísticas e Informação em Saúde.	Projeções de população Instituto Nacional de Estatísticas e Censos.

Fonte: Ministério da Saúde, Direção de Epidemiologia, Sistema de Vigilância da Saúde 2.0 (2025).

*A informação sobre taxas de letalidade e mortalidade se refere ao ano de 2023.

A **Taxa de incidência de tuberculose (TB)** para a Argentina é calculada considerando como numerador os casos notificados de tuberculose (novos, recidivantes e sem informação sobre histórico de tratamento ou casos incidentes). O denominador é a população estimada em 1º de julho de cada ano civil. Os dados são provenientes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde 2.0 (SNVS 2.0) da Diretoria de Epidemiologia e do INDEC. Este indicador é fundamental para avaliar o risco de adoecer na população em geral. (**Fórmula:** (casos de tuberculose incidente/população estimada) x 100 mil)

A **Taxa de letalidade** é calculada como a razão de casos notificados de incidentes de tuberculose relatados como falecidos no SNVS 2.0 (numerador) e o total de casos incidentes notificados de TB para o ano civil (denominador). Este resultado é multiplicado por 100 para ser expresso como uma porcentagem. A fonte de dados para ambos os componentes do indicador é o SNVS 2.0 da Diretoria de Epidemiologia.

A **Taxa de mortalidade por tuberculose** é calculada usando o número total de óbitos por tuberculose registrados nos bancos de dados de estatísticas vitais (códigos CID 10: A15-A19, B20.0, B90, O98) como numerador. O denominador é a população estimada em 1º de julho de cada ano civil (INDEC). O resultado é multiplicado por 100 mil. Esse indicador utiliza fontes do Ministério da Saúde (Estatísticas Vitais) e do INDEC.

BRASIL

QUADRO 56

Indicadores de tuberculose – Brasil

TUBERCULOSE				
Indicador para o total do ano de 2024 (incidência) e 2023 (mortalidade)			Fonte dos dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Taxa de incidência de tuberculose	Número de casos novos de tuberculose em um determinado ano.	População residente em um determinado ano.	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).	IBGE/Estudo de Estimativas Populacionais por Município, Idade e Sexo 2000-2024 – Brasil.
Taxa de mortalidade por tuberculose	Número de óbitos por tuberculose registrados com os códigos A15 a A19 como causa básica, conforme a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).	População residente em um determinado ano.	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).	IBGE/Estudo de Estimativas Populacionais por Município, Idade e Sexo 2000-2024 – Brasil.

Fonte: Ministério da Saúde, Sinan e SIM (2025).

Taxa de incidência – representa o número de casos novos de tuberculose dividido pela população e multiplicado por 100 mil.

Taxa de mortalidade – número de óbitos por tuberculose dividido pela população e multiplicado por 100 mil.

As limitações nas bases de dados disponíveis do Brasil não permitem realizar o cálculo da letalidade da tuberculose.

PARAGUAI

QUADRO 57

Indicadores de tuberculose – Paraguai

TUBERCULOSE				
Indicadores			Fonte de dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Taxa de incidência	Pessoas que adoecem de tuberculose de todas as formas (novos e recaídas).	População nível do país.	Sistema Experto de TB-MSPBS.	Projeções de população do Instituto Nacional de Estatísticas (INE). Revisão 2024.
Taxa de letalidade	Proporção de pessoas que faleceram de tuberculose todas as formas (novos e recaídas, previamente tratados), num período estabelecido.	Total de casos de tuberculose reportados.	Sistema Experto de TB-MSPBS.	Sistema Experto de TB-MSPBS.
Taxa de mortalidade específica	Pacientes com tuberculose que morrem por qualquer razão antes de iniciar ou durante o curso do tratamento.	População no âmbito do país.	Subsistema de Informação de Estatísticas Vitais (SSIEV).	Projeções de população do Instituto Nacional de Estatísticas (INE). Revisão 2024.

Fonte: Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (2025).

Fontes de dados e métodos de cálculo

Definições e quadro de trabalho para a notificação de tuberculose¹⁰.

Taxa de incidência: pessoas que adoecem de tuberculose de todas as formas (novas e recaídas) dividida pela população no âmbito do país por 100 mil habitantes. Fonte: Sistema Experto TB.

Taxa de letalidade: proporção de pessoas que faleceram de tuberculose todas as formas (novos e recaídas, previamente tratados), num período estabelecido dividido pelo total de casos de tuberculose reportados por 100. Fonte: Sistema Experto TB.

Taxa de mortalidade: pacientes com tuberculose que morreram por qualquer razão antes de iniciar ou durante o curso do tratamento dividido pela população no âmbito do país. Fonte: Subsistema de Informação de Estatísticas Vitais (SSIEV).

URUGUAI

QUADRO 58

Indicadores de tuberculose – Uruguai

TUBERCULOSE				
Indicador para o total do ano de 2024			Fonte dos dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Taxa de incidência: Número de casos diagnosticados/ população residente multiplicada por 100 mil habitantes	Casos confirmados de tuberculose.	População residente segundo projeções do Instituto Nacional de Estatística.	Comissão Honorária para a Luta Antituberculosa e Doenças Prevalentes CHLA-EP.	Projeções de população Instituto Nacional de Estatística.
Taxa de letalidade: Número de mortes/ casos diagnosticados por 100	Número de falecidos por tuberculose.	Casos confirmados de tuberculose.	CHLA-EP	CHLA-EP
Taxa de mortalidade específica: número de mortes por tuberculose/ população residente multiplicada por 100 mil habitantes	Número de falecidos por tuberculose.	População segundo projeções do Instituto Nacional de Estatística.	CHLA-EP	Projeções de população Instituto Nacional de Estatística.

Fonte: Comissão Honorária para a Luta Antituberculosa e Doenças Prevalentes (CHLA-EP) e Instituto Nacional de Estatística (INE) (2025).

Taxa de incidência – A taxa de incidência é o número total de casos confirmados dividido pela população do país, multiplicado por 100 mil (habitantes). Os dados são da Comissão Honorária para a Luta Antituberculosa e Doenças Prevalentes (CHLA-EP), e as projeções de população são estimadas pelo Instituto Nacional de Estatística.

Taxa de letalidade – A taxa de letalidade é o número total de casos falecidos dividido pelo número total de casos confirmados, multiplicado por 100. Os dados são obtidos pela CHLA-EP.

Taxa de mortalidade específica – A taxa de mortalidade específica é o número total de casos falecidos dividido pela população do país, multiplicado por 100 mil (habitantes). Os dados de óbitos são fornecidos pela CHLA-EP, e as projeções de população são estimadas pelo Instituto Nacional de Estatística.

2.6 Mortalidade prematura por DCNT, tabagismo e mortalidade por acidentes de trânsito

ARGENTINA

QUADRO 59

Indicadores de mortalidade prematura por DCNT (30-69 anos), tabagismo e mortalidade por acidentes de trânsito, Argentina, 2024

Indicador	Numerador	Denominador	Unidade	Fonte de dados	Ano/Nota
Mortalidade prematura por DCNT (30-69 anos)	Óbitos por DNT de 30-69 anos (CIE-10: C00-C97; E10-E14; I00-I99; J30-J98, exceto J36).	População de 30-69 anos (projeção censitária).	×100.000	Óbitos: Estatísticas Vitais (DEIS). População: Projeções e Censos (INDEC).	2023
Prevalência de tabagismo (18-64 anos)	Pessoas de 18-64 anos que fumam atualmente e que fumaram cigarros na vida.	População total 18-64 anos.	×100	Inquérito Nacional de Fatores de Risco (ENFR).	2018
Mortalidade por lesões de trânsito	Óbitos por lesões de trânsito (CIE-10: V01-V89).	População total (projeção censitária).	×100.000	Óbitos: DEIS. População: INDEC.	2023

Fonte: Ministério da Saúde, Estatísticas Vitais (DEIS), População: Projeções e Censos (INDEC), Inquérito Nacional de Fatores de Risco (ENFR) (2025).

BRASIL

QUADRO 60

Indicadores de mortalidade prematura por DCNT (30-69 anos), tabagismo e mortalidade por acidentes de trânsito, Brasil, 2024

Indicador	Numerador	Denominador	Unidade	Fonte de dados	Ano/Nota
Mortalidade prematura por DCNT (30-69 anos), 2023	Óbitos pelos quatro grupos principais (neoplasias, diabetes, doenças cardio-vasculares, doenças respiratórias crônicas) entre 30 e 69 anos.	População residente de 30-69 anos (estimada).	×100.000	Óbitos: SIM/MS. População: Estimativas IBGE; coord. CGI Demográfico/Ripsa e Cgiae/SVSA/MS.	2023
Prevalência de tabagismo (18-64 anos)	Indivíduos 18-64 anos que responderam "Sim, diariamente" ou "Sim, menos que diariamente" à pergunta: "Atualmente fuma algum produto do tabaco?".	Total de indivíduos 18-64 anos.	×100	Pesquisa Nacional de Saúde (PNS).	2019
Mortalidade por lesões de trânsito	Óbitos por lesões de trânsito. (CIE-10: V01-V89).	População residente (estimada).	×100.000	Óbitos: SIM/MS. População: Estimativas IBGE; CGI Demográfico/Ripsa e Cgiae/SVSA/MS	2023

Fonte: Ministério de Saúde, Sistema de Informação de Agravos de Notificação obrigatória (Sinan), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2025).

PARAGUAI

QUADRO 61

Indicadores de mortalidade prematura por DCNT (30-69 anos), tabagismo e mortalidade por acidentes de trânsito, Paraguai, 2024

Indicador	Numerador	Denominador	Unidade	Fonte de dados	Ano/Nota
Mortalidade prematura por DCNT (30-69 anos), 2023	Óbitos por DNT de 30-69 anos (CIE-10: C00-C97; E10-E14; I00-I99; J30-J98, exceto J36).	População de 30-69 anos.	×100 mil	Mortalidade: Estatísticas Vitais – Direção-Geral de Informação Estratégica em Saúde (DIGIES)/Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSPBS). População: Projeção (base Censo 2012, rev. 2015).	2023
Consumo atual de tabaco (18-64 anos), 2022	Pessoas 18-64 anos que reportam fumar atualmente produtos de tabaco (diário ou não).	População total 18-64 anos.	×100	2º Inquérito Nacional de Fatores de Risco de DNT (ENFR/ENFRENT).	2022
Mortalidade por lesões de trânsito	Óbitos por lesões de trânsito (CIE-10: V01-V89).	População total.	×100.000	Mortalidade: Direção-Geral de Informação Estratégica em Saúde (Digies)/Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSPBS). População: Projeções (base Censo 2012, rev. 2015).	2023

Fonte: Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSPBS), Direção-Geral de Informação Estratégica em Saúde (DIGIES) (2025).

URUGUAI

QUADRO 62

Indicadores de mortalidade prematura por DCNT (30-69 anos), tabagismo e mortalidade por acidentes de trânsito, Uruguai, 2024

Indicador	Numerador	Denominador	Unidade	Fonte de dados	Ano/Nota
Mortalidade prematura por DCNT (30-69 anos), 2023	Óbitos por DNT em 30-69 anos (CIE-10: C00-C97; E10-E14; I00-I99; J30-J98, exceto J36).	População 30-69 anos (projeção INE).	×100.000	Mortalidade: Depto. de Estatísticas Vitais – Ministério de Saúde Pública (MSP). População: Instituto Nacional de Estatística (INE) (Projeções, rev. 2025).	2023
Prevalência de tabagismo (18-64 anos)	Pessoas 18-64 anos classificadas como fumadores atuais (ponderado).	Indivíduos inquiridos 18-64 anos (ponderado).	×100	Inquérito Nacional de Fatores de Risco (ENFRENT).	2013
Mortalidade por lesões de trânsito	Óbitos por lesões de trânsito (CIE-10: V01-V89).	População total.	×100.000	Mortalidade: Depto. de Estatísticas Vitais – Ministério de Saúde Pública (MSP). População: Instituto Nacional de Estatística (INE) (Projeções, rev. 2025).	2023

Fonte: Ministério de Saúde Pública (MSP), Instituto Nacional de Estatística (INE) (2025).

2.6.1 Mortalidade prematura por DCNT (30-69 anos)

Argentina

Os óbitos provêm das estatísticas vitais da DEIS, e a população do Censo Nacional 2022 do INDEC. Para calcular as taxas, usou-se como referência o grupo de 30-69 anos tanto no numerador quanto no denominador. As causas incluídas correspondem a DNT, segundo a CIE-10: C00-C97 (neoplasias malignas), E10-E14 (diabetes), I00-I99 (doenças cardiovasculares) e J30-J98, excluindo J36 (doenças respiratórias crônicas).

Brasil

A mortalidade prematura por doenças não transmissíveis (DCNT) foi estimada a partir do SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade) na população de 30-69 anos. Foram analisados quatro grupos específicos conforme a CIE-10: C00-C97 (neoplasias malignas), E10-E14 (diabetes mellitus), I00-I99 (doenças cardiovasculares) e J30-J98, excluindo J36 (doenças respiratórias crônicas).

Paraguai

A mortalidade prematura por DCNT foi medida como a probabilidade de morrer entre os 30 e 69 anos, considerando quatro categorias: diabetes mellitus (E10-E14), doenças cardiovasculares (I00-I99), doenças respiratórias crônicas (J30-J98) e cancro (C00-C97). O indicador é obtido aplicando taxas específicas por idade (quinquenais) sobre o total de óbitos por DNT registrados em 30-69 anos. Fontes: MSPBS/Direção-Geral de Informação Estratégica em Saúde (DGIES) e Subsistema de Informação de Estatísticas Vitais (SSIEV).

Uruguai

A medição baseia-se nos registros do Departamento de Estatísticas Vitais do MSP, que processa e codifica anualmente os certificados de óbito segundo a CIE-10. Para a taxa de mortalidade prematura por DNT, consideraram-se: doenças cardiovasculares (I00-I99), tumores malignos (C00-C97), diabetes mellitus (E10-E14) e doenças respiratórias crônicas (J30-J98, exceto J36). O numerador é o número de óbitos por DNT em 30-69 anos e o denominador são as projeções populacionais do INE (revisão 2025, baseadas no Censo 2023).

2.6.2 Prevalência de tabagismo (18-64 anos)

Argentina

A prevalência de consumo de cigarros é definida a partir daqueles que fumaram mais de 100 cigarros em toda a sua vida e que fumam cigarros atualmente, na população de 18 a 64 anos. Este indicador foi historicamente analisado desde a primeira edição do ENFR 2005.

Brasil

A prevalência de tabagismo foi estimada com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), inquérito de base populacional realizado em todo o país com amostra representativa. A pergunta utilizada foi: "Atualmente fuma algum produto de tabaco?". Para os cálculos de prevalência foram aplicados pesos e ponderações do desenho amostral, dada a sua complexidade (estratificação e amostragem de múltiplas etapas). Foi considerado fumador o participante que atualmente fuma produtos derivados do tabaco que emitem fumo, tais como cigarros industrializados, cigarros de folha, cachimbos, cigarros com sabores como cravo (ou de Bali) e narguilé. O cálculo de prevalência considera o total de indivíduos de 18 a 64 anos que se declaram fumadores ajustado pelo plano da amostra.

Paraguai

O cálculo baseou-se no Segundo Inquérito Nacional de Fatores de Risco de DNT (2022), utilizando as perguntas: "Fuma atualmente algum produto de tabaco como cigarros, charutos ou cachimbo?" e "Fuma atualmente produtos de tabaco todos os dias?". A análise considerou a população de 18 a 64 anos. Fonte: 2º Inquérito Nacional de Fatores de Risco de DNT, 2022.

Uruguai

A estimativa da prevalência de tabagismo provém do 2º Inquérito Nacional de Fatores de Risco de DNT (ENFRENT 2013), estudo populacional representativo da população urbana de 18 a 64 anos, com desenho probabilístico, estratificado e amostragem em múltiplas etapas, garantindo representatividade por sexo e idade. Foi empregado o questionário padronizado OMS/Opas (STEPS), adaptado ao contexto local. Foi definido como fumador atual quem declarou consumir tabaco em qualquer forma no momento do inquérito.

2.6.3 Mortalidade por acidentes de trânsito

Argentina

Os óbitos provêm das Estatísticas Vitais (DEIS), e o denominador da população total do Censo 2022 do INDEC. As taxas foram calculadas sobre a população total. As causas foram classificadas segundo a CIE-10 V01-V89, que incluem óbitos de ocupantes de veículos motorizados, motociclistas, ciclistas, peões e outros utilizadores em acidentes de transporte terrestre.

Brasil

A mortalidade por lesões de trânsito foi estimada a partir do SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade). Foram incluídos os óbitos codificados como CIE-10 V01-V89, que abrangem ocupantes de veículos motorizados, motociclistas, ciclistas, peões e outros utilizadores em acidentes de transporte terrestre.

Paraguai

A mortalidade por acidentes de trânsito foi medida com o número de óbitos em todas as idades classificados como CIE-10 V01-V89 (ocupantes de veículos motorizados, motociclistas, ciclistas, peões e outros utilizadores) e foi expressa por 100 mil habitantes usando como denominador a população total de 2023. Fontes: Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social – Direção-Geral de Informação Estratégica em Saúde (MSPBS/DGIES) e Subsistema de Informação de Estatísticas Vitais (SSIEV).

Uruguai

A estimativa baseou-se nos registros do Departamento de Estatísticas Vitais do MSP, que processa e codifica todos os certificados de óbito. Foram consideradas como mortes por trânsito as classificadas CIE-10 V01-V89 (ocupantes de veículos motorizados, motociclistas, ciclistas, peões e outros utilizadores). A taxa foi calculada com o número absoluto de falecidos e, como denominador, as projeções de população do INE (revisão 2025) para a população total.

3 Resultados

3.1 Arboviroses

3.1.1 Dengue

3.1.1.1 Taxa de incidência de dengue

TABELA 1

Taxa de incidência de dengue por 100 mil habitantes nos países do Mercosul em 2024

País	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Taxa (por 100 mil habitantes)
Argentina	582.296	47.067.641	1.237,1
Brasil	6.563.561	212.583.750	3.087,5
Paraguai	86.625	6.372.623	1.359
Uruguai	1.137	3.577.896	31,77

Fonte: dados fornecidos pelos países.

Argentina

Durante 2024, a Argentina registrou 582.296 casos de dengue, dos quais 97% eram autóctones. Houve um aumento sustentado nos casos de dengue desde o início de 2024, com aumento acentuado da SE 9, atingindo seu pico na SE 12. A maior carga de casos correspondeu à região central, que contribuiu com cerca de 60% do total de casos do país.

Brasil

No Brasil, para o ano de 2024 foram registrados 6.563.561 casos prováveis de dengue, com uma incidência de 3.087,5 casos por 100 mil habitantes.

Paraguai

No Paraguai, em 2024, foram registrados 86.625 casos de dengue, com uma taxa de incidência de 1.359 casos por 100 mil habitantes. Os sorotipos circulantes foram DEN-1 e DEN-2.

Uruguai

A taxa de incidência do dengue no Uruguai durante o surto de 2024 atingiu 31,77 casos por 100 mil habitantes, com 1.137 casos notificados. Esse foi o surto de maior magnitude registrado até à data, coincidindo com a situação epidemiológica reportada na região para esse ano.

3.1.12 Taxa de letalidade de dengue

TABELA 2
Taxa de letalidade de dengue nos países do Mercosul em 2024

País	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Taxa (%)
Argentina	412	582.296	0,070
Brasil	6.321	106.427	5,94
Paraguai	149	37.898	0,39
Uruguai	5	1.137	0,44

Fonte: dados fornecidos pelos países.

Argentina

No período analisado, o número de óbitos por dengue foi de 412, resultando em uma letalidade de 0,070% entre os casos confirmados.

Brasil

No Brasil, em 2024, um total de 6.321 óbitos foram confirmados entre 106.427 casos graves de dengue, resultando em uma letalidade de 5,94%.

Paraguai

Foram registrados 149 óbitos com taxa de letalidade de 0,39%.

Uruguai

A taxa de letalidade da dengue foi de 0,44%. Esse valor foi calculado a partir de cinco óbitos confirmados sobre um total de 1.137 casos identificados. A letalidade reflete a gravidade da infecção no contexto do surto de 2024.

3.1.13 Taxa de mortalidade específica por dengue

TABELA 3
Taxa de mortalidade específica por dengue por 100 mil habitantes nos países do Mercosul em 2024

País	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Taxa (por 100 mil habitantes)
Argentina	412	47.067.641	0,87
Brasil	6.321	212.583.750	3
Paraguai	149	6.372.623	2,33
Uruguai	5	3.577.896	0,14

Fonte: dados fornecidos pelos países.

Argentina

A taxa de mortalidade específica por dengue na Argentina foi de 0,87 óbitos por 100 mil habitantes.

Brasil

No Brasil, em 2024, a mortalidade específica por dengue foi de 3,0 óbitos por 100 mil habitantes.

Paraguai

Foram registradas 149 mortes, com uma taxa de mortalidade de 2,33 mortes por 100 mil habitantes.

Uruguai

A taxa de mortalidade específica por dengue no Uruguai foi de 0,14 óbitos por 100 mil habitantes. Esse indicador é o resultado de cinco óbitos confirmados no surto de 2024 sobre uma população de 3.577.896 residentes estimados.

3.1.2 Chikungunya

3.1.2.1 Taxa de incidência de chikungunya

TABELA 4

Taxa de incidência de chikungunya por 100 mil habitantes nos países do Mercosul em 2024

País	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Taxa (por 100 mil habitantes)
Argentina	843	47.067.641	1,79
Brasil	263.502	212.583.750	124
Paraguai	44	6.372.623	0,69
Uruguai	1	3.577.896	0,03

Fonte: dados fornecidos pelos países.

Argentina

A taxa de incidência de chikungunya foi de 1,79 casos por 100 mil habitantes. Quanto aos casos confirmados, da SE 1 à SE 30 de 2024, houve pico máximo na SE 16. Os casos positivos indiretos (IgM) concentraram-se entre a SE 35 e SE 48 em uma única província do país.

Brasil

No Brasil, para o ano de 2024, foram registrados 263.502 casos prováveis de chikungunya, com uma incidência de 124 casos por 100 mil habitantes.

Paraguai

No Paraguai, em 2024, foram registrados 44 casos de chikungunya, com uma taxa de incidência de 0,69 casos por 100 mil habitantes.

Uruguai

Foi registrado um caso de chikungunya importado do Brasil, sem óbitos por essa causa.

3.1.2.2 Taxa de letalidade de chikungunya

TABELA 5

Taxa de letalidade de chikungunya nos países do Mercosul em 2024

País	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Taxa (%)
Argentina	0	843	0
Brasil	246	263.502	0,09
Paraguai	0	44	0
Uruguai	0	1	0

Fonte: dados fornecidos pelos países.

Argentina

Não foram notificados óbitos por chikungunya no período analisado.

Brasil

No Brasil, em 2024, um total de 246 óbitos foram confirmados entre 263.502 casos prováveis de chikungunya, resultando em uma letalidade de 0,09%.

Paraguai

Não foram notificados óbitos por chikungunya no período analisado.

Uruguai

Não foram notificados óbitos por chikungunya no período analisado.

3.1.2.3 Taxa de mortalidade específica por chikungunya

TABELA 6

Taxa de mortalidade específica por chikungunya por 100 mil habitantes nos países do Mercosul em 2024

País	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Taxa (por 100 mil habitantes)
Argentina	0	47.067.641	0
Brasil	246	212.583.750	0,12
Paraguai	0	6.372.623	0
Uruguai	0	3.577.896	0

Fonte: dados fornecidos pelos países.

Argentina

Não foram notificados óbitos por chikungunya no período analisado.

Brasil

No Brasil, em 2024 a mortalidade específica por chikungunya foi de 0,12 óbitos por 100 mil habitantes.

Paraguai

Não foram notificados óbitos por chikungunya no período analisado.

Uruguai

Não foram notificados óbitos por chikungunya no período analisado.

3.1.3 Zika

3.1.3.1 Taxa de incidência de Zika

TABELA 7

Taxa de incidência de Zika por 100 mil habitantes nos países do Mercosul em 2024

País	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Taxa (por 100 mil habitantes)
Argentina	0	47.067.641	Não aplicável
Brasil	2.037	213.317.639	1
Paraguai	0	6.372.623	0
Uruguai	2	3.577.896	0,056

Fonte: dados fornecidos pelos países.

Argentina

Nenhum caso de Zika foi relatado durante o período analisado.

Brasil

No Brasil, para o ano de 2024, foram registrados 2.037 casos confirmados de Zika, com incidência de 1,0 casos por 100 mil habitantes.

Paraguai

Em 2024, nenhum caso provável ou confirmado de Zika foi relatado no Paraguai. Em 2015, foram registrados os primeiros 6 casos confirmados. Em 2018, foram notificados 2 casos confirmados, posteriormente, nenhum caso foi notificado no país.

Uruguai

Durante 2024, foram relatados dois casos importados de Zika, do Brasil e da Ásia

3.1.3.2 Taxa de letalidade de Zika

TABELA 8

Taxa de letalidade de Zika nos países do Mercosul em 2024

País	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Taxa (%)
Argentina	0	0	0
Brasil	0	2.037	0
Paraguai	0	0	0
Uruguai	0	2	0

Fonte: dados fornecidos pelos países.

Argentina

Não foram notificados óbitos por Zika no período analisado.

Brasil

No Brasil, em 2024, o total de zero óbito foi confirmado entre 2.037 casos confirmados de Zika, resultando em letalidade de 0%.

Paraguai

Não foram notificados óbitos por Zika no período analisado.

Uruguai

Não foram notificados óbitos por Zika no período analisado.

3.1.3.3 Casos de Zika em gestantes

TABELA 9

Casos de Zika em gestantes nos países do Mercosul em 2024

País	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Total de casos
Argentina	0	47.067.641	Não aplicável
Brasil	68	Não se aplica	68
Paraguai	0	Não se aplica	0
Uruguai	0	Não se aplica	0

Fonte: dados fornecidos pelos países.

Argentina

Não foram notificados casos de Zika em gestantes no período analisado.

Brasil

No Brasil, em 2024, um total de 68 casos confirmados por critério laboratorial em gestantes de Zika.

Para a análise dos casos de Zika em gestantes, foram considerados exclusivamente os casos confirmados por critério laboratorial. Essa escolha deve-se ao fato de que, no contexto gestacional, a confirmação laboratorial é orientada conforme o *Guia de Vigilância em Saúde*. Além disso, a utilização apenas dos casos confirmados reduz o risco de superestimação dos números e possibilita maior precisão na avaliação do impacto do vírus na saúde materno-infantil.

Paraguai

Em 2024, nenhum caso provável ou confirmado de Zika foi relatado no Paraguai.

Uruguai

Não foram notificados casos de Zika em gestantes no período analisado.

3.1.4 Febre amarela

3.1.4.1 Casos humanos confirmados de febre amarela

TABELA 10

Casos humanos confirmados de febre amarela nos países do Mercosul em 2024

País	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Taxa (por 100 mil habitantes)
Argentina	2	Não aplicável	Não aplicável
Brasil	8	212.583.750	0,004
Paraguai	0	Não aplicável	0
Uruguai	0	Não aplicável	0

Fonte: dados fornecidos pelos países.

Argentina

Os dois casos confirmados de febre amarela em humanos correspondem a duas pessoas com histórico de vacinação.

Brasil

Em 2024, no Brasil, foram confirmados oito casos de febre amarela em humanos.

Paraguai

Nenhum caso humano confirmado é relatado no Paraguai. O último surto ocorreu em 2008, com 28 casos confirmados.

Uruguai

No Uruguai não houve casos de febre amarela desde 1873.

3.1.4.2 Taxa de letalidade de febre amarela

TABELA 11

Taxa de letalidade de febre amarela nos países do Mercosul em 2024

País	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Taxa (%)
Argentina	0	2	Não aplicável
Brasil	4	8	50
Paraguai	0	0	0
Uruguai	0	0	0

Fonte: dados fornecidos pelos países.

Argentina

Não foram notificados óbitos por febre amarela no período analisado.

Brasil

No Brasil, em 2024, um total de quatro óbitos foram confirmados entre casos confirmados de febre amarela, resultando em uma letalidade de 50%

Paraguai

Nenhuma morte humana confirmada relatada no Paraguai.

Uruguai

No Uruguai não houve casos de febre amarela desde 1873.

3.1.4.3 Eventos envolvendo primatas não humanos

TABELA 12

Eventos envolvendo primatas não humanos por febre amarela nos países do Mercosul em 2024

País	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)
Argentina	0	Não aplicável
Brasil	24	Não aplicável
Paraguai	0	Não aplicável
Uruguai	0	Não aplicável

Fonte: dados fornecidos pelos países.

Argentina

Não foram notificados casos de febre amarela em primatas não humanos.

Brasil

Em 2024, no Brasil, foram confirmadas 24 epizootias em primatas não humanos para febre amarela.

Paraguai

Não há epizootias para febre amarela relatadas.

Uruguai

Não foram notificados casos de febre amarela em primatas não humanos.

3.2 Cobertura vacinal

TABELA 13

Recomendação da vacinação para sarampo, febre amarela, poliomielite e covid-19 nos países do Mercosul, 2024

Vacina	Argentina	Brasil	Paraguai	Uruguai
Sarampo	Sim	Sim	Sim	Sim
Febre amarela	Sim	Sim	Sim	Sim
Poliomielite	Sim	Sim	Sim	Sim
Covid-19	Sim	Sim	Não	Sim

Fonte: dados fornecidos pelos países.

3.2.1 Sarampo

3.2.1.1 Cobertura vacinal de sarampo (dose 1 e dose 2)

TABELA 14

Cobertura vacinal de sarampo nos países do Mercosul, 2024

País	Doses	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Cobertura vacinal (calculada)%
Argentina	1ª dose	380.659	457.551	83,2
	2ª dose	284.837	609.675	46,7
Brasil	1ª dose	2.284.334	2.385.047	95,78
	2ª dose	1.915.782	2.385.047	80,32
Paraguai	1ª dose	88.916	98.407	90
	2ª dose	67.633	98.407	69
Uruguai	1ª dose	30.368	31.265	97
	2ª dose	30.613	31.196	95

Fonte: dados fornecidos pelos países.

Argentina

O esquema de vacinação contra o sarampo na Argentina inclui duas doses de vacina tríplice viral (sarampo, rubéola e caxumba): a primeira aos 12 meses e a segunda no ingresso escolar. Em campanhas de seguimento, aplica-se uma dose extra de dupla viral em crianças de 1 a 4 anos para manter coberturas superiores a 95%.

Para a determinação do denominador (população-alvo a vacinar) são utilizados dados providos pelas jurisdições. Para o grupo de 1 ano, consideram-se os nascidos vivos do ano anterior, e para o grupo de 5 anos, utiliza-se a coorte de 2019. O numerador é calculado a partir da informação registrada no Registro Nominal de Vacinação Eletrônico (RNVe), conhecido como NOMIVAC.

Em 2024, a cobertura de vacinação contra o sarampo na Argentina alcançou 83,2% para a primeira dose aplicada ao ano de vida e 46,7% para a segunda dose no ingresso escolar, segundo dados do NOMIVAC. Nenhuma das duas doses alcançou a meta de 95% estabelecida. Essas brechas refletem o impacto acumulado da pandemia e seus desafios no registro oportuno e na captação de coortes.

Brasil

No Brasil, em 2024, a cobertura vacinal de sarampo foi avaliada por meio da vacina da tríplice viral, que é aplicada em duas doses. A taxa de cobertura da primeira dose (D1) foi de 95,78%, e a taxa de cobertura vacinal da D2 foi de 80,32%. A meta de cobertura vacinal é de 95%, logo, a primeira dose alcançou a meta estabelecida pelo PNI, mas a segunda dose ficou abaixo dos parâmetros.

Paraguai

Em 2024, o Paraguai fechou com 90% de cobertura para a primeira dose da vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) na população adscrita, de acordo com o Registro Eletrônico de Vacinação.

Apesar do aumento em relação ao ano anterior, esse nível ainda está abaixo do limite recomendado de 95%, o que representa um risco para a reintrodução do vírus do sarampo em território nacional.

Sarampo: a vacina MMR contra o vírus do sarampo, caxumba e rubéola (MMR) é uma vacina feita com cepas vivas atenuadas de sarampo, vírus da caxumba e vírus da rubéola. De acordo com o Esquema Regular de Vacinação do país, é administrado em esquema de duas doses:

- **Primeira dose:** aos 12 meses de idade.
- **Segunda dose:** aos 18 meses de idade.

Uruguai

O monitoramento da cobertura do sarampo, particularmente a segunda dose do tríplice viral, é uma prioridade para sustentar a eliminação da doença no país. Manter uma cobertura de pelo menos 95% em ambas as doses é essencial para prevenir surtos e manter a imunidade da população. As diferenças observadas entre a primeira e a segunda doses reforçam a necessidade de otimizar a captação nos check-ups de saúde entre 15 e 24 meses, fase em que se concentra a administração de reforços.

3.2.2 Febre amarela

3.2.2.1 Cobertura vacinal de febre amarela

TABELA 15
Cobertura vacinal de febre amarela nos países do Mercosul, 2024

País	Doses	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Cobertura vacinal (calculada)%
Argentina	1ª dose (12 meses)	33.006	50.439	65,40
	Reforço (11 anos)	20.838	68.802	30,30
Brasil	1ª dose (9 meses)	1.752.155	2.385.047	73,46
Paraguai	12 meses – Dose única	81.825	98.407	83
Uruguai*	-	-	-	-

Fonte: dados fornecidos pelos países.

*Vacina não incluída no calendário nacional de vacinas.

Argentina

Na Argentina, a vacina contra a febre amarela é de vírus vivo atenuado (cepa 17D), aplicada em dose única aos 12 meses de idade. É recomendada unicamente em zonas endêmicas e de risco, ou para viajantes. Para a determinação do denominador, são utilizados dados providos pelas jurisdições. Para o grupo de 1 ano, consideram-se os nascidos vivos do ano anterior; e para o grupo de 11 anos, utiliza-se a coorte de 2013. O numerador é calculado a partir do NOMIVAC.

As coberturas são calculadas sobre zonas endêmicas para febre amarela, que compreendem jurisdições específicas (Misiones, Corrientes, Formosa, e departamentos do norte de Salta, Jujuy e Chaco). Em 2024, a cobertura de vacinação contra a febre amarela na Argentina alcançou 65,4% para a primeira dose e 30,3% para o reforço aos 11 anos, segundo dados do NOMIVAC. Os valores são calculados sobre a população residente em zonas endêmicas, permanecendo abaixo da meta de 95%.

Brasil

No Brasil, em 2024, a cobertura vacinal de febre amarela foi avaliada para o público de 9 meses de idade. A taxa de cobertura foi de 73,46%. A meta de cobertura vacinal estabelecida pelo PNI é de 95%. Em 2024, o Brasil ainda não alcançou esse parâmetro, mas desde 2023 o país vem apresentando avanços importantes, com um crescimento de 14 pontos percentuais em relação à 2022, sinalizando uma tendência positiva de recuperação das coberturas vacinais.

Paraguai

Em 2024, o Paraguai atingiu 83% de cobertura para a vacina contra febre amarela na população de 12 meses, de acordo com o Registro Eletrônico de Vacinação.

Atualmente, o país está digitalizando as doses administradas em anos anteriores, com mais de 700 mil registros já incorporados ao sistema, fortalecendo assim a rastreabilidade e o controle do biológico.

Além disso, foi implementada uma ferramenta que permite aos viajantes baixar a versão eletrônica do Certificado Internacional de Vacinação, facilitando o acesso e a verificação da imunização de acordo com os requisitos internacionais.

A vacina contra febre amarela é uma suspensão liofilizada de vírus vivos atenuados. De acordo com o Calendário Regular de Vacinação do país, as crianças são vacinadas quando completam 1 ano de idade com uma dose única; se tiverem mais de 1 ano e não tiverem a vacina, ela pode ser administrada até os 59 anos.

Uruguai

Não é uma vacina incluída no calendário nacional de vacinas. É administrado com receita médica a todos os cidadãos, sejam eles legais ou naturais, em situações de deslocação para a área de circulação da doença.

3.2.3 Poliomielite

3.2.3.1 Cobertura vacinal de poliomielite

TABELA 16

Cobertura vacinal de poliomielite nos países do Mercosul, 2024

País	Doses	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Cobertura vacinal (calculada)%
Argentina	1ª dose (2 meses)	372.395	438.021	85,00
	2ª dose (4 meses)	367.373	438.021	83,90
	3ª dose (6 meses)	340.029	438.021	77,60
	Reforço (5 anos)	290.071	609.576	47,60
Brasil	IPV (esquema completo)	2.155.402	2.385.047	90,37
	OPV (reforço)	2.097.213	2.385.047	87,93
Paraguai	6 meses – 3ª dose	78.361	98.224	80
Uruguai	IPV -1°	29.006	29.839	97
	IPV -2°	28.840	29.839	97
	IPV -3°	28.138	29.839	94

Fonte: dados fornecidos pelos países.

Argentina

Na Argentina, a vacinação contra a poliomielite combina vacina inativada (IPV) e vacina oral bivalente (bOPV). O esquema inclui três doses de IPV aos 2, 4 e 6 meses, e um reforço com bOPV ao ingresso escolar (5 anos). Para a determinação do denominador, são utilizados dados providos pelas jurisdições. Para o grupo de 5 anos é utilizada a coorte de 2019. O numerador é calculado a partir do NOMIVAC, incorporando os dados relativos à vacina, à dose e ao local de residência.

Em 2024, a cobertura de vacinação contra a poliomielite na Argentina alcançou 85,0% para a primeira dose, 83,9% para a segunda, 77,6% para a terceira e 47,6% para o reforço. Todas permanecem abaixo da meta de 95%, com as maiores brechas observadas no reforço.

Brasil

No Brasil, em 2024, a cobertura vacinal para a poliomielite é avaliada pelo esquema completo da VIP (inativada) e uma dose de reforço com a VOP (oral). A taxa de cobertura da VIP foi de 90,37%. A taxa de cobertura vacinal do reforço VOP foi de 87,93%. A meta da cobertura vacinal é de 95%, logo as duas doses estão abaixo dos parâmetros estabelecidos pelo PNI. Contudo, desde 2023 o país vem apresentando avanços importantes, com crescimento de 11 pontos percentuais em relação a 2022, sinalizando uma tendência positiva de recuperação das coberturas vacinais.

Paraguai

Em 2024, o Paraguai atingiu 80% de cobertura para a terceira dose da vacina contra a poliomielite na população de 6 meses, de acordo com o Registro Eletrônico de Vacinação.

Atualmente, o país utiliza a vacina hexavalente acelular que protege contra seis doenças, entre elas a poliomielite, aplicada aos 2, 4, 6 e 18 meses de idade, complementada com uma dose de IPV (vacina inativada contra a poliomielite) aos 4 anos de idade.

O Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social continua fortalecendo as estratégias de vacinação de rotina e a vigilância da paralisia flácida aguda, com o objetivo de manter a certificação de país livre da poliomielite.

Existem várias vacinas que protegem contra a poliomielite: bOPV (vacina bivalente oral), IPV (vacina inativada contra a poliomielite) e vacinas combinadas: pentavalente ou hexavalente. De acordo com o Esquema Regular de Vacinação do país, é administrado em um esquema de três doses primárias e dois reforços:

- **Primeira dose:** aos 2 meses de idade, contida na vacina combinada hexavalente.
- **Segunda dose:** aos 4 meses de idade, contida na vacina combinada hexavalente.
- **Terceira dose:** aos 6 meses de idade, contida na vacina combinada hexavalente.
- **Primeiro reforço:** aos 18 meses de idade contido na vacina combinada hexavalente.
- **Segundo reforço:** aos 4 anos de idade contido na vacina inativada contra a poliomielite (IPV).

Uruguai

No contexto da luta pela eliminação da poliomielite nas Américas, a taxa de vacinação no país permaneceu em faixas aceitáveis durante o curso da pandemia. As vacinas, como IPV 1 e IPV 3, permanecem no nível recomendado pela Opas de 95%.

A partir de julho de 2025, a vacina hexavalente de células inteiras é incorporada ao calendário; a vacinação contra a poliomielite será incorporada a esta vacina em um esquema primário nos meses 2, 4 e 6, com um reforço aos 15 meses.

3.2.4 Covid-19

3.2.4.1 Cobertura vacinal de covid-19 – crianças <1 ano

TABELA 17

Cobertura vacinal de covid-19 para crianças <1 ano de idade nos países do Mercosul, 2024

País	Doses	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Cobertura vacinal (calculada)%
Argentina	Doses aplicadas em menores de 18 anos	118.154	Não aplicável	Não aplicável
	Doses aplicadas em maiores de 18 anos	1.601.833	Não aplicável	Não aplicável
Brasil	Crianças <1 ano	108.115	2.385.047	4,53
Paraguai	Doses única na população prioritária de alto risco com 60 anos ou mais.	53.861	776.532	7
Uruguai		3.096.651	3.471.773	89

Fonte: dados fornecidos pelos países.

Argentina

Na Argentina, a vacinação contra a covid-19 utiliza vacinas de ARN mensageiro, vetor viral e inativadas. O esquema inclui duas doses e reforços periódicos segundo idade e risco, não integrando o Calendário Nacional de Vacinação. O numerador (doses aplicadas) é calculado a partir do NOMIVAC-SISA. Em 2024, foram aplicadas 1.953.987 doses, sendo 118.154 em menores de 18 anos e 1.601.833 em adultos, refletindo uma tendência descendente na cobertura geral.

Brasil

No Brasil, até 2024, a cobertura vacinal em crianças no Calendário Nacional de Vacinação para a covid-19 (menores de 1 ano) foi de 4,53%. Esse resultado reflete a inclusão da vacina no Calendário Nacional de Vacinação em 2024. A meta da cobertura vacinal é de 90%, logo, está abaixo dos parâmetros estabelecidos pelo PNI.

Paraguai

Em 2024, o Paraguai atingiu 7% de cobertura para vacinação contra covid-19 na população prioritária de alto risco com 60 anos ou mais, de acordo com o Registro Eletrônico de Vacinação.

A vacina é aplicada em dose única anual, de acordo com as recomendações nacionais para a proteção dos grupos mais vulneráveis.

Atualmente, o país continua a vacinar com biológicos adaptados às novas variantes circulantes, e o reforço do registro digital para garantir a monitorização atempada da cobertura na população-alvo. A vacina de RNA mensageiro monovalente covid-19 JN.1 do laboratório Moderna. O mRNA SARS-CoV-2 JN.1 é indicado para imunização ativa para prevenir formas graves de covid-19 em pessoas a partir dos 6 meses de idade. O Comitê Técnico Assessor de Imunizações do Paraguai,

em 10 de janeiro de 2025, recomendou o uso dessa vacina para pessoas pertencentes a Grupos Prioritários de Alto e Médio Risco, em consonância com as recomendações mais recentes do Grupo Consultivo de Peritos da OMS e do Grupo Consultivo Técnico da Opas; ser adultos com 60 anos ou mais (população de alto risco), que devem receber pelo menos uma dose de vacina contra covid-19 de acordo com o esquema nacional recomendado.

Uruguai

A vacina é aplicada em dose única anual, de acordo com as recomendações nacionais para a proteção da população que apresenta maior risco de desenvolver formas graves da doença. Essa população inclui: maiores de 70 anos, maiores de 50 anos com comorbidades, pessoas maiores de 5 anos com imunossupressão moderada a severa, mulheres grávidas, pessoas com síndrome de Down maiores de 5 anos e trabalhador da área da saúde designado para tarefas assistenciais diretas.

3.3 Sífilis e doença de Chagas congênita

3.3.1 Sífilis congênita

TABELA 18
Casos de sífilis congênita notificados nos países do Mercosul, 2024

SÍFILIS	
País	Valor absoluto
Argentina	1.020
Brasil	24.443
Paraguai	344
Uruguai*	-

Fonte: dados fornecidos pelos países.

*Números totais ainda em análise.

Argentina

Em 2024, foram notificados 1.020 casos de sífilis congênita no país. A definição de caso ajusta-se aos critérios clínico-epidemiológicos e laboratoriais estabelecidos na normativa nacional, que prioriza a identificação precoce de gestantes com sífilis e o tratamento oportuno para prevenir a transmissão vertical. Embora se mantenha uma tendência sustentada de notificação nos últimos anos, persistem desafios vinculados ao diagnóstico na gravidez e ao seguimento da mãe e do recém-nascido. As estratégias atuais orientam-se para fortalecer o rastreio pré-natal, garantir o acesso ao diagnóstico e tratamento oportuno em todos os níveis de atenção e melhorar a qualidade dos registros nominais no Sistema Nacional de Vigilância.

Brasil

A definição de caso de sífilis congênita baseia-se na história clínico-epidemiológica da mãe e/ou nos critérios clínicos e laboratoriais da criança. A taxa de incidência é um indicador essencial para identificar resultados adversos na gestação e falhas na prevenção da transmissão vertical durante

o pré-natal, especialmente no diagnóstico e no tratamento oportuno das gestantes com sífilis. No Brasil, em 2024, essa taxa apresentou redução de 3,0% em relação ao ano anterior, passando de 9,9 para 9,6 casos por mil nascidos vivos. O coeficiente de mortalidade infantil específica por sífilis congênita caiu 7,7%, de 7,8 para 7,2 óbitos por 100 mil nascidos vivos, representando 576 casos e 15 óbitos a menos.

Paraguai

O Departamento de Vigilância Epidemiológica do PRONASIDA elaborou o relatório nacional sobre a situação da transmissão vertical no período de 2024, permitindo uma avaliação mais precisa do impacto da estratégia ETMI-Plus. Os casos relatados de sífilis congênita foram 344, com incidência nacional de 4,42 por 1.000 nascidos vivos. A variação homóloga foi de 36,8% face a 2023.

Uruguai

O país está atualmente trabalhando para melhorar a qualidade dos dados por meio da auditoria de diferentes fontes, como os prontuários de gestantes com testes positivos para sífilis e recém-nascidos expostos. Os casos do ano de 2024 estão em análise.

3.3.2 Doença de Chagas congênita

TABELA 19
Casos notificados de Chagas congênita nos países do Mercosul, 2024

DOENÇA DE CHAGAS CONGÊNITA	
País	Valor absoluto
Argentina	39
Brasil	0
Paraguai	1
Uruguai	0

Fonte: dados fornecidos pelos países.

Argentina

Em 2024, foram notificados 39 casos de doença de Chagas congênita no país. A vigilância baseia-se na notificação nominal dos casos confirmados mediante estudos parasitológicos ou moleculares em recém-nascidos de mães com sorologia positiva para *Trypanosoma cruzi*, e em estudos sorológicos entre os 10 a 18 meses de idade.

Embora os casos se mantenham dentro do intervalo esperado, persistem desafios vinculados ao rastreio sistemático na gravidez e ao seguimento pós-natal, sobretudo na conclusão diagnóstica que permita oferecer tratamento oportuno.

Continua-se a fortalecer a estratégia de diagnóstico precoce, tratamento oportuno e seguimento ativo, no âmbito do Plano Nacional para a Eliminação da Transmissão Vertical de Chagas, com ênfase na articulação entre os níveis de atenção e os serviços de laboratório.

Brasil

Em 2024, não foram registrados casos agudos por transmissão vertical no Brasil na faixa etária ≤ 3 anos. Aponta-se potencial subnotificação anual em comparação às estimativas de 34.629 gestantes com infecção por *T. cruzi* no país (prevalência de 1,1%) e uma média de 589 crianças nascendo com infecção congênita (taxa de transmissão de 1,7%) em 2010⁵. Essa estimativa assemelha-se à realizada pela Opas, de 571 casos ao ano de infecção congênita no Brasil⁶.

Paraguai

Em 2024, foi registrado um caso de doença de Chagas congênita aguda, correspondente a um recém-nascido de mãe com sorologia chagásica positiva e com resultado de PCR positivo, residente no Departamento Central.

Uruguai

Nenhum caso de doença de Chagas congênita foi confirmado durante 2024.

3.4 Síndrome respiratória aguda grave (Srag)

3.4.1 Covid-19

3.4.1.1 Taxa de incidência de síndrome gripal (SG) por covid-19

TABELA 20

Taxa de incidência de síndrome gripal (SG) por covid-19 por 100 mil habitantes nos países do Mercosul em 2024

País	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Taxa (100 mil habitantes)
Argentina	66.222*	Não aplicável	Não aplicável
Brasil	995.604	212.583.750	468,33
Paraguai	16.316	7.656.215	213,11
Uruguai	4.559	3.577.896	127,42

Fonte: dados fornecidos pelos países.

*Corresponde ao número total de casos confirmados de covid-19 notificados no período no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (não é realizado estudo etiológico universal dos casos de síndrome influenza ou doença gripal).

Argentina

Durante o ano de 2024, registraram-se dois aumentos no número de casos de covid-19: o primeiro entre as SE 1 e 12, e o segundo entre a SE 29 e 51, de menor magnitude do que a anterior. Na primeira subida, foram notificados em média 4.432 casos por semana, enquanto na segunda a média foi de 435 casos por semana, totalizando um número absoluto de 66.222 casos.

Brasil

Entre janeiro e dezembro de 2024, foram registrados 995.604 casos novos de SG, correspondendo a uma taxa de incidência de 468,33 casos de SG por 100 mil habitantes. Observa-se que, embora tenha ocorrido redução da taxa em comparação com os anos anteriores, a circulação viral ainda permanece intensa ao longo do período. Esse cenário reforça a necessidade de manter e intensificar as ações e estratégias de vigilância no país.

Paraguai

Em 2024, foram notificados ao sistema de vigilância do país 16.316 casos de covid-19, com taxa de incidência de 213,11 casos por 100 mil habitantes.

Uruguai

Em 2024, foram registrados 4.559 casos de covid-19 reportados ao sistema de vigilância do país, com taxa de incidência de 127,42 casos por cada 100 mil habitantes, a qual foi menor do que a apresentada em 2023, com 591,24 casos por cada 100 mil habitantes.

3.4.1.2 Taxa de incidência, mortalidade e letalidade de Srag por covid-19

TABELA 21

Indicadores de Srag por covid-19 nos países do Mercosul, 2024

País	Indicador	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Taxa
Argentina	Taxa de incidência	6.734	Não aplicável	Não aplicável
	Taxa de mortalidade	268	Não aplicável	Não aplicável
	Taxa de letalidade	268	Não aplicável	Não aplicável
Brasil	Taxa de incidência	17.502	212.583.750	8,23/100.000
	Taxa de mortalidade	3.095	212.583.750	1,45/100.000
	Taxa de letalidade	3.095	17.502	17,60%
Paraguai	Taxa de incidência	1.473	7.656.215	19,23/100.000
	Taxa de mortalidade	123	7.656.215	1,60/100.000
	Taxa de letalidade	123	1.473	8,35%
Uruguai	Taxa de incidência	65	953.350	6,8/100.000
	Taxa de letalidade	5	65	7,7%

Fonte: dados fornecidos pelos países.

Argentina

Em 2024, registraram-se dois aumentos nos casos de covid-19: o primeiro (SE 1-12) com uma média semanal de 4.432 casos, e o segundo (SE 29-51) com 435 casos semanais, sendo este último menor. Ambos os períodos viram aumentos nas hospitalizações e mortes relacionadas ao SARS-CoV-2.

Embora tanto o número de casos quanto de óbitos tenha sido menor do que nos anos anteriores, o SARS-CoV-2 continua gerando casos, hospitalizações e mortes. Os aumentos registrados estiveram ligados à introdução de novas variantes genômicas do vírus no país, e ainda não é possível estabelecer um padrão sazonal definido para esses aumentos.

Brasil

A análise dos casos por Srag demonstra que a taxa foi de 8,23 casos por 100 mil habitantes, indicando ocorrência relativamente baixa diante dos cenários dos anos anteriores. A taxa de mortalidade por Srag foi de 1,45 óbito por 100 mil habitantes, refletindo o impacto da doença no período analisado. Observa-se ainda uma taxa de letalidade de 17,6%, evidenciando que quase um em cada cinco casos de Srag por covid-19 evoluiu para óbito. Esses achados ressaltam a gravidade da infecção em sua forma respiratória aguda. Dados extraídos em 22 de setembro de 2025.

Paraguai

Em 2024, foram notificados 1.473 casos de Srag covid-19 (19,23 por 100 mil habitantes), com 123 mortes atribuídas ao vírus. A letalidade foi de 8,35% e a taxa de mortalidade foi de 1,6 por 100 mil habitantes.

Uruguai

Em 2024, foram confirmados 65 casos de Srag por covid 19 em centros sentinelas, representando uma incidência de 6,8 por 100 mil habitantes. A taxa de letalidade ficou em 7,7%.

3.4.2 Srag por influenza

3.4.2.1 Taxa de incidência, mortalidade e letalidade de Srag por influenza

TABELA 22

Indicadores de Srag por influenza nos países do Mercosul, 2024

País	Indicador	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Taxa
Argentina	Taxa de incidência	7.122*	Não aplicável	Não aplicável
	Taxa de mortalidade	189	Não aplicável	Não aplicável
	Taxa de letalidade	189	Não aplicável	Não aplicável
Brasil	Taxa de incidência	15.404	212.583.750	7,24/100.000
	Taxa de mortalidade	1.658	212.583.750	0,77/100.000
	Taxa de letalidade	1.658	15.404	10,70%
Paraguai	Taxa de incidência	728	Não aplicável	Não aplicável
	Taxa de mortalidade	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável
	Taxa de letalidade	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável
Uruguai	Taxa de incidência	170	953.350	17,83/100.000
	Taxa de letalidade	10	170	5,88%

Fonte: dados fornecidos pelos países.

*Corresponde a pessoas hospitalizadas e/ou falecidas com diagnóstico confirmado de influenza notificadas no período no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (não é realizada vigilância universal dos casos de Srag).

Argentina

Em relação à influenza, durante o ano de 2024 houve aumento acentuado das notificações entre a SE16 e SE23, com predominância da influenza A (não subtipada e A H3N2), com 78% dos casos concentrados entre a SE 18 e SE 30. A partir da SE 31, os casos começaram a diminuir e, nas últimas semanas do ano, observou-se uma mudança no tipo de influenza identificada, com predomínio da influenza B (linhagem Victoria), que experimentou um aumento. Nesse período, houve aumento de internações e óbitos com diagnóstico de infecção por influenza. As detecções positivas para influenza entre pacientes hospitalizados predominaram em pessoas com 65 anos ou mais, 5 a 9 anos e na faixa etária de 45 a 64 anos.

Brasil

No ano de 2024, foram notificadas 15.404 internações de Srag por influenza, resultando em uma taxa de incidência de 7,24 casos por 100 mil habitantes. No mesmo período, ocorreram 1.658 óbitos atribuídos à Srag por influenza, correspondendo a uma taxa de mortalidade de 0,77 óbito por 100 mil habitantes. A taxa de letalidade alcançou 10,7%. Embora a taxa de incidência de Srag por influenza em 2024 tenha sido próxima daquela observada para Srag por covid-19 (7,24 e 8,23 por 100 mil habitantes, respectivamente), a mortalidade foi significativamente inferior. Dados extraídos em 22 de setembro de 2025.

Paraguai

Durante 2024, um total de 728 casos de influenza foram notificados por meio da vigilância sentinel da infecção respiratória aguda grave (SARI). Com predominância de influenza A (H3N2) com 37%, e influenza A (H1N1) 27% seguido de influenza B (24%).

Uruguai

Em 2024, foram notificadas 170 internações por Srag por influenza, resultando em uma taxa de incidência de 17,83 casos por 100 mil habitantes. No mesmo período, ocorreram 10 óbitos atribuídos à Srag por influenza, correspondendo a uma taxa de letalidade de 5,88%.

3.4.3 Srag por Vírus sincicial respiratório

3.4.3.1 Taxa de incidência, mortalidade e letalidade de Srag por VSR

TABELA 23

Indicadores de Srag por vírus sincicial respiratório (VSR) nos países do Mercosul em 2024

País	Indicador	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Taxa (calculada)%
Argentina	Taxa de incidência	9.693*	Não aplicável	Não aplicável
	Taxa de mortalidade	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável
	Taxa de letalidade	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável
Brasil	Taxa de incidência	27.037	212.583.750	12,71/100.000
	Taxa de mortalidade	444	212.583.750	0,2/100.000
	Taxa de letalidade	444	27.037	1,60%
Paraguai	Taxa de incidência	1.223	Não aplicável	Não aplicável
	Taxa de mortalidade	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável
	Taxa de letalidade	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável
Uruguai	Taxa de incidência	381	953.350	39,9/100.000
	Taxa de letalidade	3	381	0,78%

Fonte: dados fornecidos pelos países.

*Corresponde a pessoas hospitalizadas e/ou falecidas com diagnóstico confirmado de infecção por VSR notificado no período no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (não é realizada vigilância universal dos casos de Srag).

Argentina

Em relação aos casos de infecção por VSR durante o ano de 2024, houve aumento das notificações a partir da SE 16, atingindo seu máximo na SE 26, com 91% das detecções concentradas entre a SE 20 e a SE 36, e tendência de queda após o pico atingido na SE 26. Esse aumento foi registrado tanto em casos ambulatoriais quanto em hospitalizados. Relativamente à distribuição por grupo etário das detecções cumulativas em pessoas hospitalizadas, desde o início de 2024 foi registrado o maior número de casos positivos para o VSR em crianças com menos de 5 anos de idade, particularmente em crianças com menos de 1 ano de idade.

Brasil

Em 2024, foram registradas 27.037 internações de Srag por VSR, resultando em uma taxa de incidência de 12,71 casos por 100 mil habitantes. No mesmo período, foram confirmados 444 óbitos por Srag associados ao VSR, correspondendo a uma taxa de mortalidade de 0,20 óbito por 100 mil habitantes. A taxa de letalidade foi de 1,6%. Embora as internações de Srag por VSR estejam majoritariamente concentradas nas crianças pequenas, a taxa de incidência foi significativamente maior do que aquelas observadas para Srag por covid-19 ou influenza (12,71, 8,23 e 7,24 por 100 mil habitantes, respectivamente). Dados extraídos em 22 de setembro de 2025.

Paraguai

Durante o ano de 2024, 1.223 casos de VSR foram relatados por meio da vigilância sentinelha do Srag.

Uruguai

Em 2024, foram notificadas 381 internações por Srag por VSR, resultando em uma taxa de incidência de 39,9 casos por 100 mil habitantes. A taxa de letalidade ficou em 0,78%.

3.5 Tuberculose

3.5.1 Taxa de incidência de tuberculose

TABELA 24

Número de casos novos e taxa de incidência de tuberculose nos países do Mercosul, 2024

País	Número de casos novos de tuberculose	População residente	Taxa de incidência de tuberculose/100 mil habitantes
Argentina	15.915	47.067.641	33,8
Brasil	85.936	212.583.750*	40,42
Paraguai	4.057	6.372.623	63,7
Uruguai	1.454	3.577.896	40,6

Fonte: dados fornecidos pelos países.

*População em 2024.

3.5.2. Taxa de letalidade de tuberculose

TABELA 25

Letalidade por tuberculose, países do Mercosul, 2024

País	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Taxa (calculada)%
Argentina*	935	14.281	6,5
Brasil**	-	-	-
Paraguai	493	4.521	10,9
Uruguai	148	1.454	10,2

*População em 2023.

**Brasil não calcula letalidade por TB devido às limitações no sistema de notificação.

3.5.3 Taxa de mortalidade específica por tuberculose

TABELA 26

Número de óbitos e taxa de mortalidade por tuberculose nos países do Mercosul

País	Número de óbitos por tuberculose	População residente	Taxa de mortalidade por tuberculose/100 mil habitantes
Argentina*	825	46.654.581	1,7
Brasil*	6.025	211.695.158*	2,85
Paraguai	143	6.372.623	2,24
Uruguai	148	3.577.896	4,1

Fonte: dados fornecidos pelos países.

*População em 2023.

Argentina

No período 2009-2024, a taxa de notificação de casos novos e recidivantes de TB aumentou 35,1%, e aumentou 58,3% no número de casos, com mais 5.825 casos registrados entre os dois anos. Desde 2020, observa-se aumento constante das taxas até 2024, com variação média anual de 11,5%. Essa mudança não foi homogênea, mas com características diferentes em relação à idade e às jurisdições de residência.

Observou-se aumento de 47% na taxa de letalidade entre 2015 e 2023 (4,4% para 6,5%).

Entre 2022 e 2023, o número de óbitos por TB aumentou 12,6%, destacando-se o aumento dos óbitos por TB do sistema nervoso central, que passaram de 15 para 35 óbitos entre os dois anos.

Brasil

Em 2024, 85.936 casos novos de tuberculose foram registrados no Brasil, o que corresponde à incidência de 40,4 por 100 mil habitantes. Apesar do aumento em relação ao ano anterior (40,0 por 100 mil habitantes), é possível observar a desaceleração do aumento no número de casos novos.

Em relação à mortalidade, os 6.025 óbitos de 2023 resultaram no coeficiente de 2,85; desde 1998 não eram observados valores absolutos superiores a 6 mil casos. O aumento de óbitos por tuberculose nos anos subsequentes à pandemia de covid-19 é esperado, como reflexo da sobrecarga dos serviços de saúde, dada a natureza crônica e de progressão lenta da doença.

Paraguai

A taxa de incidência de tuberculose no Paraguai em 2024 foi de 63,7 casos por 100 mil habitantes, 20,1 pontos a mais do que a registrada no ano anterior. Em 2024, a taxa de letalidade foi de 10,9% em 2023, uma taxa de letalidade de 8% foi relatada.

Uruguai

Em 2024, o Uruguai atingiu a menor taxa de letalidade por tuberculose dos últimos 20 anos. O diagnóstico precoce, o início precoce do tratamento em casos positivos, a detecção de pacientes com resistência aos medicamentos e o recrutamento e acompanhamento de um maior número de contatos por caso índice – 2,4 contatos capturados por paciente – permitiram reduzir a letalidade da doença no país.

3.6 Doenças crônicas não transmissíveis

3.6.1 Mortalidade prematura por DCNT (30-69 anos)

Definição: óbitos por DNT em 30-69 anos (C00-C97; E10-E14; I00-I99; J30-J98, exceto J36) por 100 mil habitantes do mesmo grupo etário.

TABELA 27

Taxa de mortalidade prematura por DNT em países do Mercosul, 2023

País	Nome do indicador	Numerador (absoluto)	Denominador (absoluto)	Taxa (por 100 mil habitantes)
Argentina	Taxa de mortalidade prematura (30-69 anos) por DCNT	62.899	21.075.249	298,5
Brasil	Taxa de mortalidade prematura (30-69 anos) por DCNT	322.860	106.732.086	302,5
Paraguai	Taxa de mortalidade prematura (30-69 anos) por DCNT	6.586	3.117.350	211,3
Uruguai	Taxa de mortalidade prematura (30-69 anos) por DCNT	5.676	1.731.313	327,8

Fonte: dados fornecidos pelos países.

Argentina

No ano analisado, a taxa de mortalidade por DNT foi de 298,45 por 100 mil habitantes (população total). O valor compreende óbitos por doenças cardiovasculares, cancros, diabetes e doenças respiratórias crônicas.

Brasil

No ano analisado, a taxa de mortalidade prematura por DNT foi de 302,5 por 100 mil habitantes (30-69 anos). Foram incluídos óbitos atribuíveis a doenças cardiovasculares, neoplasias malignas, diabetes mellitus e doenças respiratórias crônicas.

Paraguai

Em 2023, a taxa de mortalidade prematura pelas quatro principais DNT (30-69 anos) foi de 211,3 por 100 mil habitantes, com 6.586 óbitos registrados. Foram consideradas diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas e neoplasias.

Uruguai

Em 2023, a taxa de mortalidade prematura por DNT na população de 30-69 anos foi de 327,8 por 100 mil habitantes. A análise baseou-se nos códigos CIE-10 C00-C97, E10-E14, I00-I99 e J30-J98 (exceto J36).

3.6.2 Prevalência de tabagismo

Definição: fumantes atuais segundo inquéritos nacionais de saúde.

TABELA 28
Prevalência de tabagismo em países do Mercosul

País	Nome do indicador	Prevalência	Ano
Argentina	Prevalência de tabagismo (18-64 anos)	24,43% (23,3-25,6)	2018
Brasil	Prevalência de tabagismo (18-64 anos)	13,1% (12,7-13,6)	2019
Paraguai	Prevalência de tabagismo (18-64 anos)	12,6% (10,9-14,3)	2022
Uruguai	Prevalência de tabagismo (15-64 anos)	27,4% (25,3-29,6)	2013

Fonte: dados fornecidos pelos países.

Argentina

Na Argentina, a prevalência de consumo de tabaco para o ano de 2018 foi de 24,43%. Com intervalo de confiança de 23,3-25,6.

Brasil

No Brasil, a prevalência do consumo de tabaco para o ano de 2019 foi de 13,1%. Com intervalo de confiança de 12,7-13,6.

Paraguai

No Paraguai, a prevalência de consumo de tabaco para o ano de 2022 foi de 12,6%. Com intervalo de confiança de 10,9-14,3.

Uruguai

No Uruguai, a prevalência de consumo de tabaco para o ano de 2013 foi de 27,4%. Com intervalo de confiança de 25,3-29,6.

3.6.3 Taxa de mortalidade por lesões de trânsito

Definição: óbitos por lesões de trânsito (CID-10 V01-V89) por 100 mil habitantes (todas as idades).

TABELA 29

Taxa de mortalidade por lesões de trânsito em países do Mercosul, 2023

País	Nome do indicador	Numerador (absoluto)	Denominador (absoluto)	Taxa (por 100 mil)
Argentina	Taxa de mortalidade por lesões de trânsito	3.350	46.654.581	7,18
Brasil	Taxa de mortalidade por lesões de trânsito	34.881	211.695.158	16,5
Paraguai	Taxa de mortalidade por lesões de trânsito	1.207	7.554.796	16,0
Uruguai	Taxa de mortalidade por lesões de trânsito	414	3.496.400	11,84

Fonte: dados fornecidos pelos países.

Argentina

Em 2023, a taxa de mortalidade por lesões de trânsito foi de 7,7 por 100 mil habitantes. Foram incluídos óbitos de ocupantes de veículos motorizados, motociclistas, ciclistas, peões e outros veículos em acidentes de transporte terrestre (CIE-10 V01-V89).

Brasil

No ano analisado, a taxa de mortalidade por lesões de trânsito foi de 16,5 por 100 mil habitantes, incluindo incidentes com ocupantes de veículos motorizados, motociclistas, ciclistas, peões e outros utilizadores do transporte terrestre (CIE-10 V01-V89).

Paraguai

As mortes por acidentes de trânsito constituíram 67,4% dos óbitos por lesões externas. Foram registrados 1.207 falecimentos, o que equivale a uma taxa de 16,0 por 100 mil habitantes (ambos os sexos), considerando óbitos classificados como CIE-10 V01-V89 em todas as idades.

Uruguai

Em 2023, com 414 óbitos por acidentes de trânsito e uma população estimada de 3.496.400 pessoas (projeções INE, revisão 2025), a taxa foi de 11,84 por 100 mil habitantes. Foram consideradas mortes codificadas segundo a CIE-10 V01-V89.

4 Considerações finais

4.1 Argentina

4.1.1 Arboviroses

Durante o ano de 2024, a Argentina enfrentou surtos de dengue e chikungunya, sendo o dengue o de maior impacto, com 582.296 casos e incidência de 1.237,1 por 100 mil habitantes. Esse surto destacou-se pela alta proporção de casos autóctones (97%) e letalidade baixa (0,070%). A circulação concentrou-se na região centro. Já a chikungunya registrou 843 casos e letalidade nula, indicando a necessidade de manter a vigilância entomológica e a capacidade laboratorial para o diagnóstico diferencial dos arbovírus, considerando a persistência do *Aedes aegypti* em zonas urbanas e o risco de introdução de novos sorotipos.

4.1.2 Cobertura de vacinação

As coberturas vacinais na Argentina, em 2024, continuaram abaixo das metas ideais de 95% para as vacinas essenciais. A primeira dose do sarampo alcançou 83,2%, e a segunda dose apenas 46,7%, evidenciando uma brecha significativa no reforço ao ingresso escolar. A poliomielite seguiu um padrão similar, com a terceira dose em 77,6% e o reforço em 47,6%. Esse cenário exige o fortalecimento urgente das estratégias de recuperação de esquemas atrasados e a melhoria do registro nominal para evitar o risco de reemergência de doenças eliminadas, como o sarampo e a poliomielite.

4.1.3 Sífilis e doença de Chagas congênita

A Argentina mantém a vigilância ativa da sífilis e doença de Chagas congênita, buscando a eliminação da transmissão vertical. A manutenção da vigilância e a incorporação contínua de técnicas diagnósticas, como o PCR para *T. cruzi* (mencionado na metodologia), são cruciais para reduzir a subnotificação e garantir o tratamento oportuno de mães e recém-nascidos. A análise desses indicadores fundamental para avaliar o desempenho dos programas de saúde materno-infantil nas províncias.

4.1.4 Síndrome gripal por covid-19 e síndrome respiratória aguda grave por covid-19, influenza e vírus sincicial respiratório

Em 2024, a situação epidemiológica foi marcada pela circulação sucessiva dos principais vírus respiratórios: SARS-CoV-2, influenza e VSR. Inicialmente, observaram-se dois aumentos de casos de SARS-CoV-2 (SE1-12 e SE29-51, sendo o segundo de menor intensidade). Entre as SE 16 e SE 23, houve aumento expressivo de influenza A, seguido pelo predomínio de influenza B. Na sequência, ocorreu aumento de VSR entre as SE 20 e SE 36. Durante esse período, a Argentina avançou na integração

da vigilância de SARS-CoV-2 com outros vírus respiratórios, fortalecendo a estratégia sentinel para Srag e SG, o que resultou em melhor caracterização etiológica, identificação de grupos de risco e otimização das medidas de prevenção e controle.

4.1.5 Tuberculose

A tuberculose permanece um desafio para a saúde pública argentina. A taxa de notificação tem apresentado aumento nos últimos anos, alcançando 33,8 por 100 mil habitantes em 2024. O aumento na letalidade (6,5% em 2023) sublinha a necessidade de fortalecer as ações de diagnóstico precoce e garantir o tratamento supervisionado em todas as jurisdições, com foco nos determinantes sociais que influenciam a propagação e o desfecho fatal da doença.

4.2 Brasil

4.2.1 Arboviroses

No Brasil, as arboviroses como dengue, chikungunya e Zika configuram um importante problema de saúde pública, resultado da ampla presença do *Aedes aegypti*, das dimensões continentais do país e das variações regionais dos criadouros, além da elevada mobilidade populacional e dos determinantes sociais. A febre amarela, por sua vez, destaca-se pela alta letalidade e pelo elevado potencial de transmissão, tornando essencial a vigilância intensiva sobre primatas não humanos e a implementação de medidas de prevenção e controle em áreas de risco, fundamentais para evitar surtos e proteger a população.

4.2.2 Cobertura de vacinação

As coberturas vacinais são essenciais para garantir um cenário adequado de controle e eliminação das doenças imunopreveníveis. Desde 2023, o Brasil tem apresentado avanços importantes nesse campo. Contudo, vacinas estratégicas como poliomielite, febre amarela, covid-19 e a segunda dose do sarampo ainda não atingiram a meta de 95% em 2024, conforme estipulado pelo PNI. Esse contexto reforça a necessidade de fortalecer estratégias locais para ampliar as coberturas vacinais, assegurar registros consistentes nos sistemas de informação e intensificar ações estratégicas em âmbito nacional, como o microplanejamento, a multivacinação e as iniciativas regionais, visando garantir a proteção coletiva e a sustentabilidade dos avanços já conquistados.

4.2.3 Sífilis e doença de Chagas congênita

Em relação à doença de Chagas congênita, a potencial subnotificação aponta a necessidade de estruturação da vigilância de forma alinhada às ações de saúde materno-infantil e estruturação de linhas de cuidado, para alcance da eliminação da transmissão vertical da doença como problema de saúde pública.

A eliminação da transmissão vertical da sífilis, além do HIV, da hepatite B, da doença de Chagas e do HTLV, é uma das metas do Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de outras Doenças Determinadas Socialmente (CIEDDS), instituído em abril de 2023 pelo Decreto n.º 11.494.

4.2.4 Síndrome gripal por covid-19 e síndrome respiratória aguda grave por covid-19, influenza e vírus sincicial respiratório

O cenário dos casos de síndrome gripal por covid-19 em 2024 revela uma ampla circulação viral e uma elevada demanda sobre a atenção básica. Por sua vez, a taxa de incidência de Srag por covid-19, influenza e VSR, assim como a taxa de mortalidade, refletem o impacto das formas graves da doença, destacando a expressiva letalidade e mortalidade observadas nas Srag por covid-19 (17% e 1,46 por 100 mil habitantes, respectivamente). Isso evidencia uma diferença significativa no risco de evolução para óbito nos casos associados a esse vírus. Em relação à incidência de Srag, destaca-se o impacto do VSR, que, mesmo concentrado em uma faixa etária mais restrita, apresentou valor significativamente mais elevado do que os observados para Srag por covid-19 e influenza, registrando, em 2024, um total de 12,71 casos notificados por 100 mil habitantes, diante de 8,23 e 7,24 por 100 mil habitantes, respectivamente. Esses indicadores reforçam a importância da integração entre as vigilâncias epidemiológica, laboratorial e genômica, garantindo a detecção precoce de alterações no perfil das doenças e o fortalecimento das estratégias permanentes de monitoramento.

4.2.5 Tuberculose

Apesar dos avanços nas estratégias de controle da doença e desaceleração no aumento de casos, o cenário atual ainda envolve desafios para o alcance das metas de eliminação da tuberculose como problema de saúde pública, especialmente devido ao componente de determinação social da doença. Dessa forma, é indispensável o direcionamento de esforços às populações em situação de maior vulnerabilidade. Nesse contexto, o Brasil destaca-se em seu compromisso para atingir as metas de eliminação, incluindo, entre as ações programáticas, a elaboração e o fortalecimento de políticas públicas com ênfase no engajamento social e multissetorial.

4.3 Paraguai

4.3.1 Arboviroses

No Paraguai, em 2024, foram registrados 86.625 casos de dengue (confirmados e prováveis), com surtos relatados em diversas regiões do país, incluindo Capital, Central, Itapuã, Paraguarí, Cordillera, Alto Paraná, Caguaçú, Guairá, Alto Paraguay, Presidente Hayes e Concepción. Esses surtos se estenderam da Semana Epidemiológica 01 até à 29. Os sorotipos virais circulantes identificados foram o DEN-1 e o DEN-2, sendo este último predominante, representando 89% dos casos.

Em relação à chikungunya, não foram registrados surtos significativos em 2024. Ao todo, foram notificados 44 casos, concentrados principalmente nos departamentos de Guairá (17 casos) e Itapuã (10 casos).

Quanto ao Zika, não houve registro de casos no período.

Em relação à febre amarela, não foram confirmados casos nem observada a ocorrência de epizootias. As áreas consideradas favoráveis para a transmissão epizoótica situam-se na região oriental do país, especialmente nos departamentos que fazem fronteira com o Brasil, onde há presença de vetores silvestres e primatas não humanos suscetíveis. Destacam-se, nesse contexto, os departamentos de Alto Paraná, Amambai, Canindeyú, Caguaçú e Concepción.

4.3.2 Cobertura de vacinação

Ao longo de 2024, o Paraguai apresentou avanços expressivos na ampliação das coberturas vacinais, conforme dados do Registro de Vacinação Eletrônica, evidenciando o compromisso contínuo do Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social em proteger a população contra doenças imunopreveníveis.

No caso do sarampo, o país atingiu 90% de cobertura para a primeira dose da vacina SPR1 (Sarampo, Parotidite e Rubéola). Apesar do aumento em relação ao ano anterior, esse índice permanece abaixo dos 95% recomendados pela Opas/OMS, o que ainda representa um risco potencial para a reintrodução do vírus no território nacional.

Quanto à febre amarela, a cobertura chegou a 83% na população de 12 meses de idade. Paralelamente, o país avança na digitalização dos registros de doses administradas em anos anteriores, com mais de 700 mil registros incorporados ao sistema nacional, fortalecendo a rastreabilidade e o controle biológico. Adicionalmente, foi implementada uma ferramenta digital que permite aos viajantes baixar a versão eletrônica do Certificado Internacional de Vacinação, assegurando o cumprimento dos padrões internacionais de mobilidade segura.

Em relação à poliomielite, a cobertura nacional para a terceira dose alcançou 80% na população de 6 meses. O Paraguai utiliza, atualmente, a vacina hexavalente acelular, administrada aos 2, 4, 6 e 18 meses, complementada por uma dose de IPV aos 4 anos. O país mantém o compromisso com a certificação de país livre de poliomielite, reforçando a vigilância da paralisia flácida aguda e a continuidade das estratégias de vacinação de rotina.

Por fim, no contexto da vacinação contra a covid-19, o Paraguai atingiu cobertura de 7% na população prioritária de alto risco, composta por pessoas com 60 anos ou mais. A vacina é aplicada em dose única anual, seguindo as recomendações nacionais e priorizando a proteção dos grupos mais vulneráveis. Atualmente, o país segue utilizando imunizantes adaptados às variantes em circulação, além de fortalecer o registro digital, que possibilita um acompanhamento mais preciso e oportuno das coberturas vacinais.

De modo geral, esses resultados evidenciam o progresso constante do Programa Ampliado de Imunizações (PAI) na recuperação e consolidação das coberturas, reafirmando a importância de manter estratégias integradas de vacinação, vigilância e gestão digital para alcançar os padrões internacionais de controle e eliminação das doenças imunopreveníveis.

4.3.3 Sífilis e doença de Chagas congênita

Ao longo de 2024, o Programa Nacional de Controle do VIH/sida/ITS (PRONASIDA) avançou na implementação da estratégia de Eliminação da Transmissão Materno-Infantil (ETMI) de VIH, sífilis, hepatite B e Chagas. Esse progresso foi possível graças à aprovação da Guia de Manejo ETMI-Plus, oficializada pela Resolução S.G. n.º 114, de 7 de julho de 2025, que determina sua aplicação em todo o país. A estratégia reforça as diretrizes da Resolução S.G. n.º 433/2006, que estabelece a obrigatoriedade de ofertar testes de rastreamento para VIH e sífilis a todas as gestantes.

A eliminação da transmissão materno-infantil da sífilis é uma prioridade para o Paraguai. A detecção durante a gestação e o tratamento adequado e oportuno são intervenções essenciais, pois sua ausência está associada a desfechos graves, como aborto espontâneo, óbito fetal (natimorto) e sífilis congênita em recém-nascidos. A taxa de sífilis congênita é um indicador fundamental para a vigilância epidemiológica nacional, refletindo tanto o desempenho do sistema de saúde na atenção materna quanto o impacto das ações programáticas voltadas para interromper a transmissão vertical.

Essa redução representa avanço significativo na prevenção da sífilis congênita, evidenciando o fortalecimento das ações de rastreamento, diagnóstico e tratamento oportuno no contexto da estratégia ETMI-Plus.

Em 2024, foi registrado um caso de Chagas agudo congênito, referente a um recém-nascido de mãe com sorologia positiva para Chagas e resultado de PCR também positivo, residente no Departamento Central.

4.3.4 Síndrome gripal por covid-19 e síndrome respiratória aguda grave por covid-19, influenza e vírus sincicial respiratório

No Paraguai, a vigilância da covid-19 permanece universal, abrangendo toda a população, e é complementada pela vigilância sentinela de vírus respiratórios, especialmente para Srag. Em 2024, foram notificados 16.316 casos de covid-19, resultando em uma taxa de incidência de 213 casos por cada 100 mil habitantes. Em relação aos casos de Srag por covid-19, foram registradas 1.473 hospitalizações e 123 óbitos confirmados. Isso corresponde a uma incidência de hospitalizações de 19,23 por cada 100 mil habitantes, uma letalidade de 8,35% entre os hospitalizados e uma taxa de mortalidade de 1,6 por cada 100 mil habitantes. Esses indicadores refletem redução de 27% em comparação com o ano anterior, mantendo baixos níveis de transmissão comunitária em todo o país. A variante Ômicron segue predominando na vigilância genômica, embora novas linhagens, como a JN.1 e sublinhagens da BA.2.86 (LB.1, MJ.1, KP.3.1, entre outras), estejam em circulação, ocasionando pequenos aumentos de casos em determinados momentos.

No mesmo período, a vigilância sentinela dos Srag identificou 728 casos de influenza, com predominância do subtipo influenza A (H3N2), que representou 37% dos registros, seguido pela influenza A (H1N1), com 27%, e pela influenza B, com 24%. Desses casos, 127 (17%) necessitaram de cuidados intensivos e 89 (12%) evoluíram para óbito. O pico de circulação foi registrado na SE 23, impactando principalmente adultos mais velhos.

Em relação ao VSR, foram identificados 1.223 casos em 2024, dos quais 225 (18%) precisaram de internação em unidades de terapia intensiva, e foram notificados 38 óbitos (3,1%). O pico de circulação ocorreu na SE 29, com maior concentração de casos em crianças menores de 1 ano (35%) e no grupo de 1 a 4 anos (22%), evidenciando uma elevada carga da doença na população pediátrica mais vulnerável.

4.3.5 Tuberculose

No Paraguai, observa-se uma tendência crescente em nível nacional, com concentrações significativas em determinadas regiões sanitárias e entre populações vulneráveis. Foram implementadas técnicas avançadas de diagnóstico, como o Xpert MTB/RIF, desde 2013, e, a partir de 2020, seu uso passou a ser adotado como método inicial para diagnóstico de TB. Essa abordagem foi fundamental para a identificação de mais casos, especialmente em áreas rurais de difícil acesso, onde as ações de rastreamento realizadas pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) tiveram impacto expressivo. Também se verifica um aumento na estimativa de incidência apontada pela OMS, que continua em ascensão. Em relação à letalidade, nos últimos anos a média se manteve em 10,4%; embora tenha havido leve redução no ano anterior, para 2024 o índice permanece semelhante ao observado anteriormente.

4.4 Uruguai

4.4.1 Arboviroses

Embora, historicamente, o país registrasse apenas casos importados sem circulação viral sustentada, o cenário mudou nos últimos anos devido a fatores como as alterações climáticas e o aumento do turismo regional para países com alta endemicidade. Os anos de 2023 e 2024 marcaram um ponto de inflexão, com a ocorrência de surtos de dois arbovírus diferentes.

Em abril de 2023, o Uruguai registrou pela primeira vez um surto de chikungunya. O episódio inicial foi identificado na cidade de Paysandú, e, posteriormente, notificaram-se casos autóctones em outros departamentos, confirmando a circulação viral em âmbito nacional.

O ano de 2024 destaca-se pelo maior surto de dengue já registrado no país nos últimos anos. Esse evento coincide com uma situação epidemiológica regional sem precedentes, em que países vizinhos experimentaram um aumento recorde de casos, evidenciando a relevância da vigilância e do controle transfronteiriço.

Esse panorama reforça a necessidade de fortalecer as medidas de vigilância entomológica e controlar a proliferação de vetores. A prevenção e o controle dessas doenças exigem não apenas atenção clínica, mas também uma estratégia integral que considere a inter-relação entre saúde humana e saúde ambiental.

4.4.2 Cobertura de vacinação

O Uruguai demonstrou resiliência, mantendo coberturas de vacinação altas e próximas da meta de 95%. O sarampo e a poliomielite (IPV) permanecem em níveis seguros (97% e 94% na 3^a dose). A exceção é o reforço do sarampo (95%) e a vacina contra a covid-19, cuja cobertura de 89% na população total exige atenção. É essencial que o país continue a investir no sistema robusto de vacinação universal e na recuperação ativa de esquemas em atraso para mitigar o risco de reintrodução de doenças eliminadas.

Além disso, como fortalecimento da prevenção na introdução de doenças imunopreveníveis, o país contempla a vacinação na população imigrante, legislada por decreto, garantindo a vacinação de forma gratuita e universal.

4.4.3 Sífilis e doença de Chagas congênita

O Uruguai está num processo de trabalho e formalização para aprofundar a análise e melhorar a qualidade dos dados disponíveis sobre as infecções de transmissão vertical epidemiologicamente relevantes, estratégia ETMI-PLUS (sífilis, VIH, hepatite B e Chagas), com ênfase na sífilis como problema de saúde pública reemergente.

4.4.4. Síndrome gripal por covid-19 e síndrome respiratória aguda grave por covid-19, influenza e vírus sincicial respiratório

O Uruguai mantém a vigilância de Srag e SG por meio da estratégia sentinela. A incidência de covid-19 diminuiu significativamente em 2023 (591,24 por 100 mil habitantes), associada ao alto índice de vacinação. É fundamental que o país continue com a vigilância sentinela de vírus respiratórios (incluindo Srag, influenza e VSR), aprimorando o sistema de alertas para garantir a detecção precoce de novos surtos e a proteção da população, especialmente em relação aos grupos de risco.

4.4.5 Tuberculose

Em 2024, o Uruguai atingiu o índice de letalidade por tuberculose mais baixo dos últimos 20 anos. O diagnóstico precoce, o início antecipado do tratamento nos casos positivos, a detecção de pacientes com resistência farmacológica e a captação e seguimento de um maior número de contatos por caso índice – 2,4 contatos captados por paciente – permitiram diminuir a letalidade da doença no país, tornando-se a mais baixa dos últimos 20 anos (9,9 %).

O uso dos testes moleculares rápidos de diagnóstico, conhecidos como Xpert, que possuem uma sensibilidade de 90 %, não só representou melhoria nesse sentido – o método tradicional, a baciloscopia, reportava uma sensibilidade entre 50% e 60 % – como também facilita a detecção de resistência a fármacos, o que garante que os pacientes diagnosticados recebam o tratamento adequado desde o início. Esses testes demonstraram ter um impacto importante nas taxas de seguimento, cura e redução da letalidade.

É realçada a importância e o papel desempenhado pela Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes (CHLA-EP) e por todos os centros periféricos, distribuídos por todo o território nacional, fornecendo seguimento médico, medicação gratuita durante todo o tratamento e apoio financeiro para aqueles pacientes que apresentam

4.5 Doenças crônicas e agravos não transmissíveis

Os países do Mercosul compartilham uma agenda comum e prioritária para enfrentar as doenças não transmissíveis (DNT) e as lesões de trânsito: reduzir os fatores de risco, ampliar o acesso a cuidados integrais e mitigar as desigualdades em saúde. A consolidação dos sistemas de vigilância e a harmonização metodológica entre países são passos decisivos para a comparabilidade, a transparência e a tomada de decisões baseadas em evidência. Avançar na prevenção ao longo do curso de vida, da infância ao envelhecimento, fortalecer a Atenção Primária, integrar saúde mental, reabilitação e cuidados paliativos e abordar os determinantes comerciais (tabaco, álcool, alimentos ultraprocessados) requer políticas fiscais, regulatórias e de comunicação coordenadas.

Como próximos passos, destacam-se: pactuar metas regionais alinhadas com os ODS, intensificar ações intersetoriais (educação, transporte, ambientes saudáveis, proteção social) com foco na equidade, ampliar o acesso a tecnologias essenciais para diagnóstico e controle clínico, sustentar serviços de cessação tabágica e segurança rodoviária e viabilizar financiamento estável para a promoção da saúde. Por último, a cooperação técnica, a investigação multicêntrica e o uso estratégico de dados (incluindo a saúde digital) podem acelerar respostas mais rápidas, custo-efetivas e sensíveis às diversidades territoriais do Mercosul.

Referências

1. Tratado de Asunción. Tratado para la Constitución de un mercado común entre la República Argentina, la Repùblica Federativa del Brasil, la Repùblica del Paraguay y la Repùblica Oriental del Uruguay: (Asunción, 26-3-1991). Cadernos da Secretaria de Informação e Documentação. 2001 dez;1(1):55-70.
2. Leiva GC, Sathler D, Orrico RD. Estructura urbana y movilidad poblacional: implicaciones para el distanciamiento social y la propagación de Covid-19. Rev Bras Estud Popul. 2020;37:e0122.
3. MERCOSUL/COVIGSAL. Boletim Epidemiológico MERCOSUL COVIGSAL. Vol. 1. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-mercossul-covigsal-portugues/view>
4. MERCOSUL/COVIGSAL. Boletim Epidemiológico MERCOSUL COVIGSAL. Vol. 2. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024. Disponível em: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Documento_Boletim%20Epidemiológico_COVIGSAL%20-%20vol%202%20.pdf
5. Ministerio de Salud de la Nación (AR). Boletines epidemiológicos. Banco de recursos de salud. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. [citado em: 30/10/2025]. Disponível em: <https://bancos.salud.gob.ar/bancos/materiales-para-equipos-de-saude/soporte/boletines-epidemiologicos/>
6. Martins-Melo FR, Lima, MS, Ramos AN, Alencar CH, Heukelbach J. Systematic review: Prevalence of Chagas disease in pregnant women and congenital transmission of Trypanosoma cruzi in Brazil: A systematic review and meta-analysis. Trop. Med. Int. Health. 2014;19(8) 943-957.
7. Organización Panamericana de la Salud. Chagas disease in Latin America: an epidemiological update based on 2010 estimates. Wkly Epidemiol Rec. 2015;90(6).
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância em saúde: volume 2 [recurso eletrônico]. 6ª ed. rev. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024. 3 v.: il. [citado em 30/10/2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svs/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-2-6a-edicao/view>

9. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (PY). Guía práctica para manejo de transmisión congénita de Chagas y Chagas crónico. Asunción: MSPBS; 2023. [citado em 30/10/2025]. Disponível em: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/615b3e-Chagas.pdf>
10. Organización Mundial De La Salud. Definiciones y marco de Trabajo para la notificación de tuberculosis: revisión 2013. Ginebra: OMS; 2013 [citado em 30/10/2025]. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/111016/9789243505343_spa.pdf;jsessionid=4C2948E94283C8C81B8B3ED808E566B3?sequence=1

