

Violência por parceiro íntimo contra homens e mulheres no Brasil: dados da Vigilância de Violências e Acidentes

Coordenação-Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis do Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (CGDANT/DASNT/SVS).*

Sumário

- 1 Violência por parceiro íntimo contra homens e mulheres no Brasil: dados da Vigilância de Violências e Acidentes
- 8 Vigilância epidemiológica do sarampo no Brasil – 2020: semanas epidemiológicas 1 a 48

A violência por parceiro íntimo (VPI) é um importante problema de saúde pública no mundo. A VPI diz respeito a um conjunto de comportamentos de violência física, sexual, psicológica ou perseguição perpetrados pelo parceiro íntimo, que pode ser caracterizado pelo atual ou ex-cônjuge, namorado(a), parceiro sexual ou outra pessoa com quem a vítima mantenha ou tenha mantido um relacionamento pessoal próximo.

Estima-se que um terço das mulheres no mundo tenham sofrido violência física ou sexual por um parceiro íntimo ou violência sexual por um não parceiro, aproximadamente 30% das mulheres que estiveram em um relacionamento sofreram alguma forma de violência física ou sexual pelo parceiro, e 38% dos homicídios de mulheres são perpetrados pelo parceiro íntimo¹.

Este boletim objetivou analisar os dados sobre violência por parceiro íntimo no Brasil, a partir das notificações compulsórias de violência da Vigilância de Violências e Acidentes do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Viva/Sinan).

Métodos

Foi conduzida uma análise descritiva, transversal, dos dados do componente contínuo da Vigilância de Violências e Acidentes (Viva/Sinan), no ano de 2018. Foram incluídos na análise todos os registros de violência interpessoal, identificados através do preenchimento do campo 54 (“A lesão foi autoprovocada?”) diferente de ‘1-Sim’, e nos quais o vínculo entre a vítima e o provável agressor, registrado no campo 61, foi identificado como “Cônjuge”, “Ex-cônjuge”, “Namorado” ou “Ex-namorado”, em pessoas com 10 anos de idade ou mais.

Foram realizadas análises segundo características demográficas da vítima, incluindo idade, sexo, raça/cor, escolaridade, situação conjugal, zona de residência e características da ocorrência, incluindo local de ocorrência, violência de repetição, natureza da violência e meio de agressão.

Ministério da Saúde

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

Versão 1

10 de dezembro de 2020

As análises foram estratificadas por sexo, a fim de comparar as diferenças no perfil das violências por parceiro íntimo notificadas sofridas por homens e mulheres.

Resultados

Em 2018, foram notificados 350.354 casos de violência interpessoal e autoprovocada, dos quais 211.090 foram casos de violência interpessoal em pessoas com 10 anos de idade ou mais, e 78.393 foram perpetrados por parceiro íntimo da vítima. As faixas etárias de 20 a 29 (49,7%), 30 a 39 (55,9%) e 40 a 49 anos (51,0%) apresentaram as maiores proporções de violência perpetrada por parceiro íntimo (Figura 1).

Mulheres representaram 91,5% do total de notificações de violência por parceiro íntimo (VPI) (Figura 1). Tanto em homens quanto em mulheres, verificou-se um predomínio de pessoas da raça/cor negra (52,0%), residentes na zona urbana (88,6%), e casados ou em união consensual (49,5%) (Tabela 1). Em ambos os sexos, o local mais frequente de ocorrência foi a residência (79,2%), seguido de via pública (9,8%). A violência de repetição esteve presente em 58,2% das notificações de VPI contra mulheres, contra 40,9% dos casos de VPI contra homens (Tabela 2).

Ao se analisar as naturezas das violências notificadas e meios de agressão, verificou-se em ambos os sexos o predomínio de violências físicas, por meio de força física, presentes em 84,8% e 74,6% das notificações, respectivamente. Apesar disso, mulheres apresentaram maiores proporções de notificações com registro de violência psicológica e violência sexual pelo parceiro íntimo, enquanto homens apresentaram maiores proporções de agressões físicas e negligências (Tabela 3).

Apesar de a força física se apresentar como o meio de agressão predominante em ambos os sexos, verificaram-se diferenças importantes em relação aos demais meios. Entre homens, observaram-se proporções 90% maiores de notificações com registros

de violência por objeto contundente (9,9%), e 3,4 vezes maiores de registros de violência por objeto perfurocortante (26,2%). Entre mulheres, por outro lado, foram observadas proporções 30% maiores de violências por arma de fogo (1,1%), e 2,5 vezes maiores de agressão com estrangulamento (8,5%) (Tabela 3).

Discussão

No Brasil, assim como no restante do mundo, há um corpo de literatura robusto no que se refere à temática da violência por parceiro íntimo contra mulheres.^{2,3,4} Em contrapartida à literatura sobre a VPI contra mulheres, a literatura sobre VPI contra homens é frágil, heterogênea e com grandes variações na qualidade metodológica, produzindo estimativas de prevalência díspares e não comparáveis. O tema, ainda, é tomado por controvérsias, tornando-se, em grande parte, negligenciado.⁵

Dados do National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS), nos Estados Unidos, demonstraram que 1 em cada 5 mulheres, no país, foram vítimas de estupro ou tentativa de estupro em algum momento na vida, enquanto um em cada dez homens relataram ter sofrido algum contato sexual forçado pela parceira. Além disso, uma em cada três mulheres relataram ter sofrido alguma forma de violência física pelo parceiro íntimo, sendo que 21,4% relataram ter sofrido alguma forma de violência grave, enquanto um em cada três homens relatou ter sofrido alguma forma de violência física pelo parceiro, porém com menor proporção de violências físicas graves (14,9%).⁶

No Brasil, Lindner e colaboradores⁷ avaliaram as ocorrências de violências físicas por parceiro íntimo entre homens e mulheres em Florianópolis. Os resultados se assemelharam aos observados no NISVS. Foram demonstradas prevalências semelhantes de violências físicas entre homens (16,1%) e mulheres (17,5%), não havendo diferença significativa nas prevalências de violência moderada, porém com mulheres apresentando maiores prevalências de violências graves.

Apesar de os dados do Viva/Sinan apresentarem perfis demográficos semelhantes para homens e mulheres, mulheres representaram mais de 90% do total de notificações. Homens apresentaram maiores proporções de violências físicas com uso de objetos cortantes ou contundentes, o que pode caracterizar lesões mais graves. Mulheres apresentaram maiores proporções de notificações de violência sexual e psicológica, se comparadas aos homens, bem como maiores proporções de violências físicas por meio de força física e estrangulamento.

Esses resultados podem indicar que homens tendem a procurar menos os serviços de saúde em função de agressões sofridas, somente o fazendo em casos de agressões mais graves. Além disso, os resultados podem refletir um comportamento de profissionais de saúde no sentido de não notificar violências leves sofridas por homens.

A literatura também aponta para diferenças nas motivações para violência entre os sexos. Estudos tem indicado que, ao passo que homens tendem a engajar em comportamentos violentos por motivações de poder e controle sobre a parceira, mulheres tendem a engajar em comportamentos violentos mais frequentemente como forma de autodefesa ou como resposta a sentimentos negativos de raiva. No entanto, estudos nessa área ainda são incipientes.⁸

As maiores proporções de vitimização por violência sexual e violência física por meio de estrangulamento observadas nessa análises vão ao encontro da literatura existente, considerando que mulheres apresentam maiores riscos de sofrerem com violências sexuais e comportamentos controladores e coercitivos do parceiro, que podem se expressar na forma extrema de ameaças e estrangulamento não fatal.⁹

Apesar das diferenças de motivações, a VPI é um fenômeno altamente pervasivo, com graves consequências à saúde física e mental das pessoas expostas, tanto homens quanto mulheres. Esses impactos incluem pior status geral de saúde, estresse pós-traumático, depressão, fobias, abuso de substâncias além de ideação e tentativas de suicídio.^{10-13,14,15} Homens, entretanto, tendem a não procurar atenção à saúde na ausência de sintomas físicos.¹⁵

Os resultados reforçam a literatura, no sentido de que a VPI acomete tanto homens quanto mulheres, com especificidades nos padrões de agressão que vitimam cada gênero e destaque para a maior gravidade das violências sofridas por mulheres. Considerando os efeitos dessas violências na saúde das pessoas, tornam-se necessários que estudos que utilizem amostras mais inclusivas, a fim de melhor compreender a dinâmica dos eventos e seus efeitos em mulheres e homens, bem como uma maior preparação dos profissionais de saúde para identificar as situações de violência nos diferentes estratos sociais, garantindo atenção integral à saúde das pessoas em situação de violência.

Referências

1. WHO. Violence against women: Intimate partner and sexual violence against women [Internet]. WHO. 2016 [citado 5 de setembro de 2016]. Disponível em: <https://bit.ly/2l80Yuj>
2. Reichenheim ME, Moraes CL, Szklo A, Hasselmann MH, Souza ER de, Lozana J de A, et al. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006;22:425-37.
3. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB, et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2007;41:797-807.
4. Osis MJD, Duarte GA, Faúndes A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. *Rev Saude Publica*. 2012;46:351-358.
5. Machado A, Matos M. Homens vítimas na intimidade: análise metodológica dos estudos de prevalência. *Psicologia & Sociedade*. 2014;26:726-36.
6. Smith SG, Zhang X, Basile KC, Merrick MT, Wang J, Kresnow M-J, et al. The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2015 Data Brief – Updated Release. Atlanta, Georgia: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 2018.

7. Lindner SR, Coelho EBS, Bolsoni CC, Rojas PF, Boing AF, Lindner SR, et al. Prevalência de violência física por parceiro íntimo em homens e mulheres de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*. 2015;31:815–26.
8. Langhinrichsen-Rohling J, McCullars A, Misra TA. Motivations for Men and Women’s Intimate Partner Violence Perpetration: A Comprehensive Review. *Partner Abuse*. 2012;3:429–68.
9. Stansfield R, Williams KR. Coercive Control Between Intimate Partners: An Application to Nonfatal Strangulation. *Journal of Interpersonal Violence*. 2018;088626051879517.
10. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*. 2002;359:1331–1336.
11. Devries K, Watts C, Yoshihama M, Kiss L, Schraiber LB, Deyessa N, et al. Violence against women is strongly associated with suicide attempts: Evidence from the WHO multi-country study on women’s health and domestic violence against women. *Social Science & Medicine*. 2011;73:79–86.
12. Trygged S, Hedlund E, Kåreholt I. Living in Danger: Previous Violence, Socioeconomic Position, and Mortality Risk among Women over a 10-Year Period. *Social Work in Public Health*. 2014;29:114–20.
13. Wong J, Mellor D. Intimate partner violence and women’s health and wellbeing: Impacts, risk factors and responses. *Contemporary Nurse*. 2014;46:170–9.
14. Coker AL, Davis KE, Arias I, Desai S, Sanderson M, Brandt HM, et al. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American Journal of Preventive Medicine*. 2002;23:260–8.
15. Randle AA, Graham CA. A review of the evidence on the effects of intimate partner violence on men. *Psychology of Men & Masculinity*. 2011;12:97–111.

Anexos

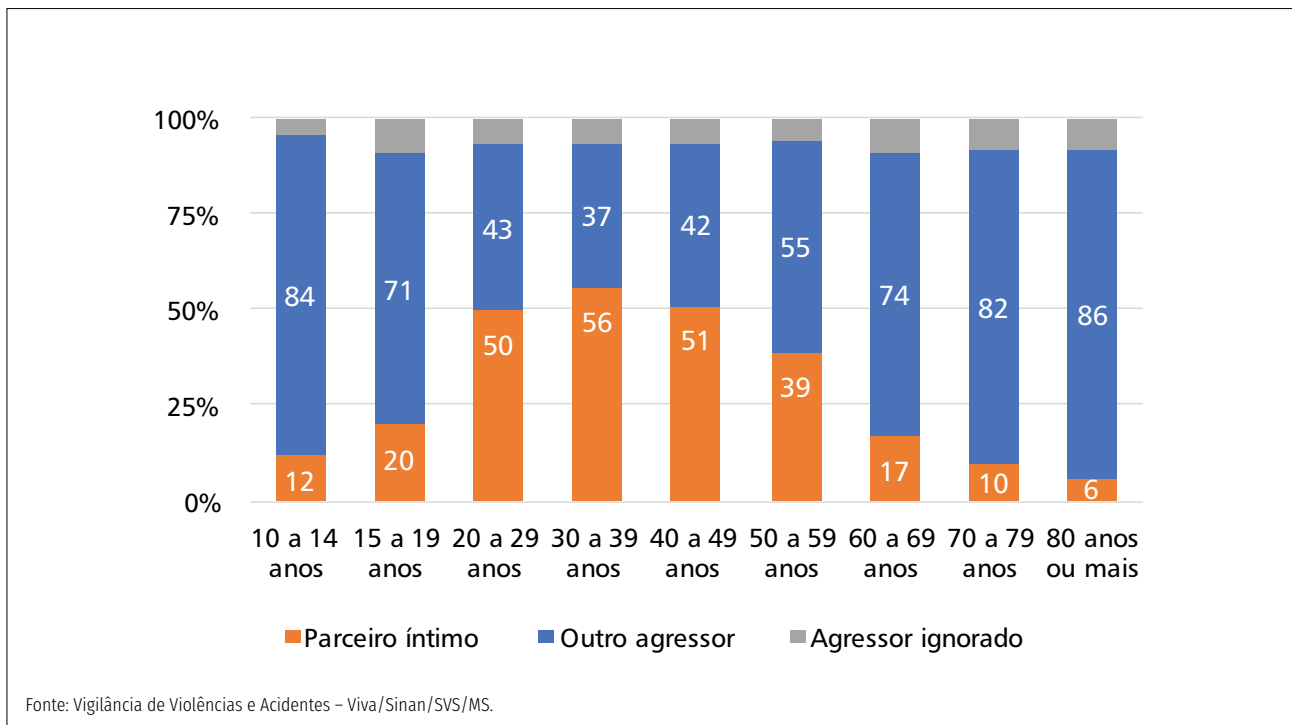


FIGURA 1 Distribuição proporcional das notificações de violência interpessoal, segundo tipo de agressor e faixa etária da vítima. Brasil, 2018

TABELA 1 Distribuição das notificações de violência interpessoal e autoprovocada, segundo características demográficas das vítimas, estratificadas por sexo. Brasil, 2018

	Masculino (N = 6.607)		Feminino (N = 71.766)		Total ¹ (N = 78.393)	
	N	%	N	%	N	%
Raça/Cor						
Branca	2578	39,0	28586	39,8	31171	39,8
Negra	3362	50,9	37373	52,1	40741	52,0
Amarela	64	1,0	561	0,8	625	0,8
Indígena	93	1,4	695	1,0	789	1,0
Ignorado	510	7,7	4551	6,3	5067	6,5
Escolaridade						
Analfabeto	101	1,5	649	0,9	750	1,0
Ens. Fundamental incompleto	1568	23,7	17325	24,1	18900	24,1
Ens. Fundamental completo	505	7,6	6635	9,2	7141	9,1
Ens. Médio	1637	24,8	21650	30,2	23289	29,7
Ens. Superior	325	4,9	4719	6,6	5045	6,4
Ignorado	2463	37,3	20756	28,9	23228	29,6
Não se aplica	8	0,1	32	0,0	40	0,1
Zona de residência						
Urbana	5797	87,7	63628	88,7	69441	88,6
Rural	594	9,0	5741	8,0	6335	8,1
Periurbana	44	0,7	371	0,5	415	0,5
Ignorado	172	2,6	2026	2,8	2202	2,8
Situação conjugal						
Solteiro	1744	26,4	23011	32,1	24761	31,6
Casado/ União consensual	3477	52,6	35319	49,2	38806	49,5
Viúvo	33	0,5	432	0,6	465	0,6
Separado	539	8,2	6566	9,1	7106	9,1
Não se aplica	63	1,0	743	1,0	806	1,0
Ignorado	751	11,4	5695	7,9	6449	8,2

¹ 20 casos apresentavam o sexo ignorado.

Fonte: Vigilância de Violências e Acidentes – Viva/Sinan/SVS/MS.

TABELA 2 Distribuição das notificações de violência interpessoal e autoprovocada, segundo sexo, local de ocorrência e caráter de repetição. Brasil, 2018

	Masculino (N = 6.607)		Feminino (N = 71.766)		Total ¹ (N = 78.393)	
	N	%	N	%	N	%
Local de ocorrência						
Residência	4967	75,2	56047	78,1	61027	79,2
Escola	19	0,3	221	0,3	240	0,3
Via pública	686	10,4	6848	9,5	7536	9,8
Bar/Similar	149	2,3	1114	1,6	1264	1,6
Outros	310	4,7	3298	4,6	2270	2,9
Ignorado	476	7,2	4238	5,9	4718	6,1
Violência de repetição						
Sim	2701	40,9	41790	58,2	44502	56,8
Não	2535	38,4	19015	26,5	21556	27,5
Ignorado	1371	20,8	10961	15,3	12335	15,7

¹ 20 casos apresentavam o sexo ignorado.

Fonte: Vigilância de Violências e Acidentes – Viva/Sinan/SVS/MS.

TABELA 3 Distribuição das notificações de violência interpessoal e autoprovocada, segundo sexo, natureza da violência e meio de agressão. Brasil, 2018

	Masculino (N = 6.607)		Feminino (N = 71.766)		Total ¹ (N = 78.393)	
	N	%	N	%	N	%
Natureza da violência²						
Física	6154	93,1	60278	84,0	66452	84,8
Psicológica/Patrimonial	1610	24,4	33679	46,9	35292	45,0
Sexual	74	1,1	5975	8,3	6049	7,7
Negligência	266	4,0	828	1,2	1094	1,4
Outras	173	2,6	3949	5,5	4123	5,3
Meio de agressão²						
Força física	4121	62,4	54307	75,7	58444	74,6
Estrangulamento	226	3,4	6072	8,5	6300	8,0
Objeto contundente	651	9,9	3734	5,2	4386	5,6
Objeto perfurocortante	1732	26,2	5592	7,8	7324	9,3
Arma de fogo	55	0,8	771	1,1	826	1,1
Ameaça	703	10,6	20597	28,7	21302	27,2
Outros	517	7,8	4681	6,5	5199	6,6

¹ 20 casos apresentavam o sexo ignorado. ² Campos de preenchimento múltiplo. Os percentuais foram calculados individualmente para cada natureza de violência e meio de agressão, em relação ao total de notificações.

Fonte: Vigilância de Violências e Acidentes – Viva/Sinan/SVS/MS.

*Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT/DASNT/SVS): Rafael Bello Corassa, Leandra Lofego Rodrigues, Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha.

Vigilância epidemiológica do sarampo no Brasil – 2020: semanas epidemiológicas 1 a 48

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

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

Transmissão do vírus

Em 2020, foram notificados 16.602 casos suspeitos de sarampo, destes, foram confirmados 8.356 (50,3%) casos, sendo 5.539 (66,3%) por critério laboratorial e 2.817 (33,7%) por critério clínico epidemiológico. Foram descartados 7.821 (47,1%) casos e permanecem

em investigação 425 (2,6%). Observa-se na curva epidêmica um aumento nas notificações até a Semana Epidemiológica (SE) 3, com leve redução entre as SE 4 e 6, seguido de aumento e queda após a SE 12 (Figura 1).

No ano de 2020, 21 estados apresentaram casos de sarampo no país, e 4 desses estão com circulação ativa do vírus, destacando-se o estado do Pará que concentra 5.373 (64,3%) casos confirmados de sarampo e a maior incidência (93,44 casos por 100 mil habitantes), dentre as unidades da federação. Os estados de Alagoas, Amazonas, Bahia, Ceará, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Sul, Rondônia, Santa Catarina, Sergipe, Tocantins e o Distrito Federal estão com um período de 12 semanas (90 dias) ou mais da data de confirmação do último caso, no entanto, este cenário está sujeito a alterações, uma vez que ainda existem casos em investigação nesses locais.

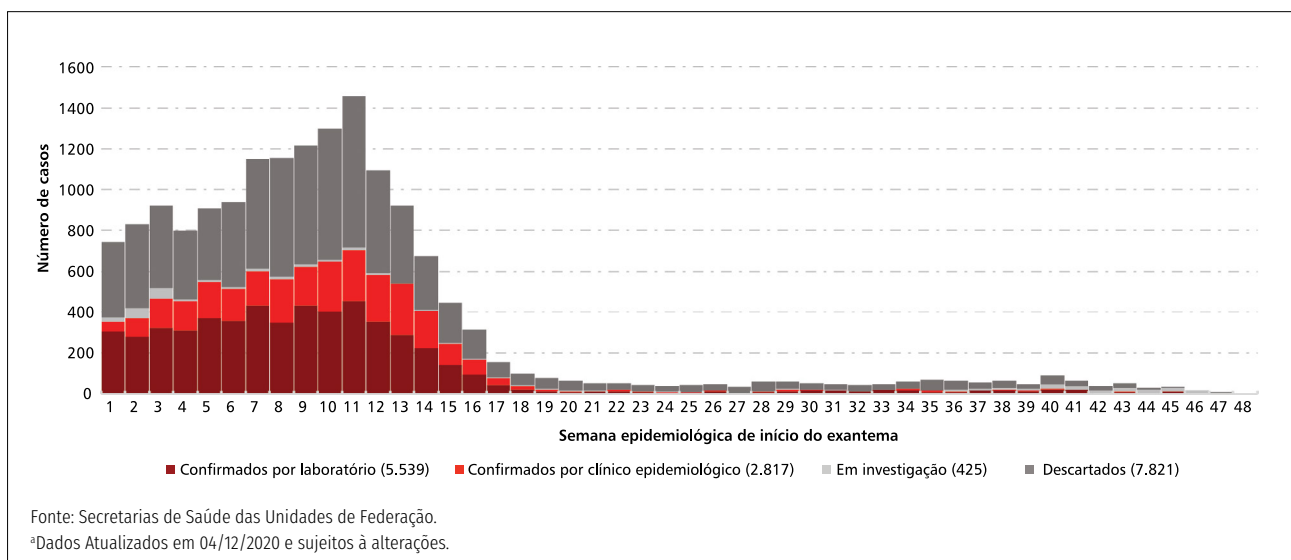


FIGURA1 Distribuição dos casos de sarampo^a por semana epidemiológica do início do exantema e classificação final, Brasil, semanas epidemiológicas 1 a 48, Brasil, 2020

TABELA 1 Distribuição dos casos confirmados de sarampo^a, coeficiente de incidência e semanas transcorridas do último caso confirmado, segundo unidade da federação de residência, semanas epidemiológicas 1 a 48, Brasil, 2020

ID	Unidades da federação	Confirmados		Total de municípios	Incidência ^b	Semanas transcorridas do último caso confirmado
		N	%			
1	Pará	5.373	64,3	84	93,44	1
2	Rio de Janeiro	1346	16,1	34	9,79	5
3	São Paulo	840	10,1	90	2,82	3
4	Paraná	377	4,5	27	8,73	30
5	Santa Catarina	110	1,3	14	5,53	33
6	Amapá	143	1,7	4	25,95	4
7	Rio Grande do Sul	37	0,4	8	1,62	33
8	Pernambuco	34	0,4	11	1,01	35
9	Minas Gerais	21	0,3	9	0,57	34
10	Maranhão	17	0,2	2	32,54	30
11	Goiás	8	0,1	4	0,27	34
12	Sergipe	8	0,1	2	5,89	30
13	Bahia	7	0,1	6	0,21	32
14	Ceará	7	0,1	2	32,89	34
15	Mato Grosso do Sul	8	0,1	1	0,99	32
16	Rondônia	6	0,1	1	7,51	35
17	Distrito Federal	5	0,1	1	0,19	38
18	Amazonas	4	0,0	1	0,21	40
19	Alagoas	3	0,0	3	0,29	40
20	Mato Grosso	1	0,0	1	1,98	37
21	Tocantins	1	0,0	1	1,98	44
Total		8.356	100,0	306	10,79	-

Fonte: Secretarias de saúde das unidades da federação.

^aDados atualizados em 04/12/2020 e sujeitos a alterações.

^bPopulação dos municípios de residência dos casos por 100 mil habitantes.

Entre todos os locais com ocorrência de casos, o coeficiente de incidência é de 10,79 por 100 mil habitantes, no entanto, as crianças menores de um ano de idade apresentam o coeficiente de incidência superior a 10 vezes, daquele registrado na população geral (Tabela 2). Apesar da faixa etária de 20 a 29 anos apresentar o maior número de registros com 2.580 casos confirmados, o coeficiente de incidência é de 18,18 por 100 mil habitantes (Tabela 2).

Quando verificada a incidência por faixas etárias definidas nas estratégias de vacinação, a maior incidência (37,01 por 100 mil habitantes) é observada no grupo de idade de crianças menores de 5 anos (Tabela 2). O maior número de casos foi registrado entre pessoas do sexo feminino, e pode ser observado em quase todas as faixas etárias, com exceção da faixa etária de 15 a 19 anos (Tabela 2).

TABELA 2 Distribuição dos casos confirmados de sarampo^a e coeficiente de incidência dos estados com surto, segundo faixa etária e sexo, semanas epidemiológicas 1 a 48, Brasil, 2020

Faixa etária (em anos)	Número de casos ^b	%	Coeficiente de incidência	Grupos de idade (em anos)	Coeficiente de incidência ^c (por faixa etária das estratégias de vacinação)	Distribuição por sexo ^b	
						Feminino	Masculino
< 1	1.273	15,2	108,65	< 5	37,01	653	620
1 a 4	750	9,0	17,46			393	357
5 a 9	326	3,9	5,78	5 a 19	11,95	174	152
10 a 14	335	4,0	5,16			189	146
15 a 19	1.559	18,7	24,19			777	782
20 a 29	2.580	30,9	18,18	20 a 49	10,44	1337	1243
30 a 39	972	11,6	7,67			529	443
40 a 49	342	4,1	3,27			201	141
50 a 59	163	2,0	2,06			89	74
> 60	48	0,6	2,06	> 50	1,30	25	23
Total	8.348	100,0	10,77		10,77	4.367	3.981

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

^aDados atualizados em 04/12/2020 e sujeitos a alterações.

^b8 casos sem informação de idade e sexo.

^cPopulação dos municípios de residência dos casos por 100 mil habitantes.

Óbito

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

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

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

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

início dos sintomas em 12/02/2020, evoluindo a óbito em 15/02/2020. O terceiro óbito registrado foi em uma criança de 9 meses de idade, nascida em 29/04/2019, sexo feminino, indígena, apresentando desnutrição, com início dos sintomas em 25/02/2020, não vacinada, evoluindo a óbito em 05/03/2020.

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

Para diminuir o risco da ocorrência de casos graves e óbitos por sarampo, o Ministério da Saúde, em agosto de 2019 adotou a estratégia da Dose Zero da vacina tríplice viral para crianças de 6 a 11 meses de idade, e a partir de 23 de novembro de 2020, suspendeu a Dose Zero da vacina tríplice viral, em locais que interromperam a circulação do vírus, mantendo-a nos estados que continuam com a circulação do vírus do sarampo (Ofício Circular Nº 212/2020/SVS/MS).

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

Vigilância laboratorial

A vigilância laboratorial para sarampo é adotada como estratégia durante o ano de 2020, a fim de acompanhar o surto de sarampo por apresentar melhor oportunidade de ação. A identificação de um resultado de sorologia reagente para sarampo possibilita contatar diariamente as unidades da federação para oportunizar as principais estratégias para bloqueio e controle do agravo.

Os dados da Vigilância Laboratorial foram estratificados por unidade federada de residência do paciente e representados abaixo por meio do Diagrama de Pareto, referente as SE 1 a 48, sendo importante destacar que o número de exames positivos não necessariamente significa casos confir-

mados e nem total de casos com resultados positivos, pois pode haver mais de um exame para um mesmo paciente.

É válido ressaltar que a positividade dos resultados possibilita a avaliação da sensibilidade e especificidade da assistência na solicitação dos exames e, assim, mantém a capacidade de resposta dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen).

A Figura 2 apresenta a situação dos exames sorológicos para detecção de anticorpos IgM específicos. O Diagrama de Pareto demonstra aproximadamente 80% dos exames totais realizados no país nesse período advém do Pará, Rio de Janeiro e São Paulo, e os outros 20% são oriundos das demais unidades da federação.

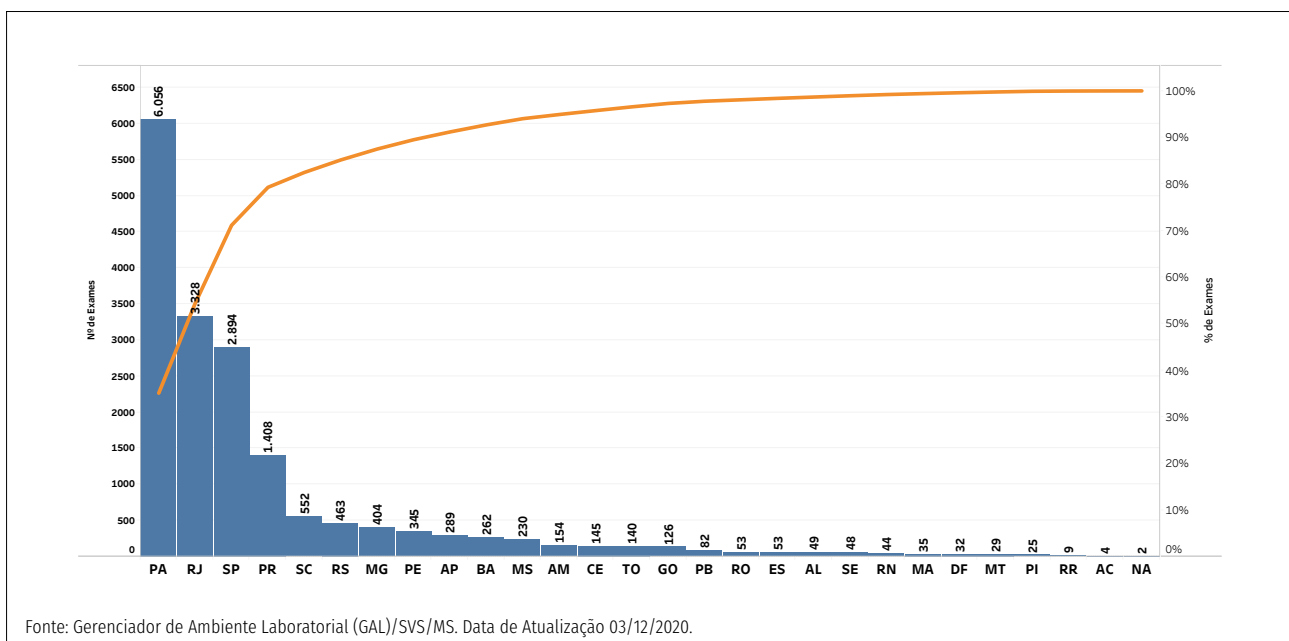


FIGURA 2 Diagrama de Pareto da situação dos exames laboratoriais para sarampo (IgM), por unidade da federação de residência, semanas epidemiológicas 1 a 48, Brasil, 2020

Até o momento foram realizados 34.287 exames entre sorologia e biologia molecular para diagnóstico de sarampo no Brasil. No estado do Pará, onde foi realizado o maior número de exames em 2020, até o momento, são mais de 6 mil exames realizados e atualmente temos o menor número de solicitações semanais de todo o ano. Destaca-se que os exames em triagem se referem aos que foram cadastrados e estão em transporte para o laboratório ou foram cadastrados e a amostra não foi enviada, ou, ainda, estão no setor de triagem no laboratório.

Durante as semanas epidemiológicas (1 a 48), representado pela Figura 3 que demonstra os resultados dos exames para IgG, IgM e PCR, temos os exames com resultados positivos e negativos para sarampo por data de coleta e observou-se uma grande redução de solicitações de exames para diagnóstico de sarampo, entre as semanas epidemiológicas 13 e 14 e que se mantém baixo até o momento.

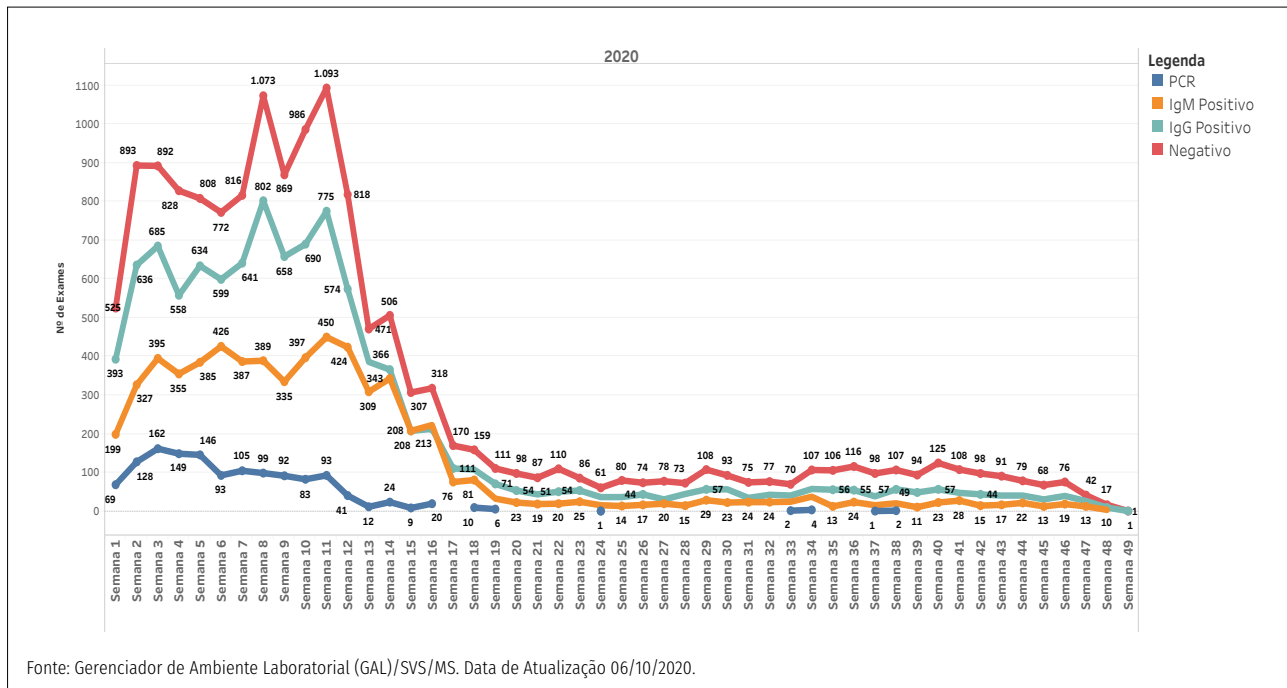


FIGURA 3 Resultados das solicitações de exames para sarampo por data de coleta, segundo o Gerenciador de Ambiente Laboratorial, semanas epidemiológicas 1 a 48, Brasil, 2020

Conforme dados atualizados em 03 de dezembro de 2020, até a SE 48, do total de municípios brasileiros (5.570), 1.263 (22,7%) municípios solicitaram sorologia (IgM) para detecção de sarampo e, desses, foram identificados 486 (38,5%) municípios que tiveram pelo menos um exame IgM positivo (Tabela 3). Do total de exames solicitados, 97% (18.239) foram liberados e, destes 37% (6.747) foram positivos para sarampo (Tabela 4).

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

Além da classificação final pelo critério laboratorial, esses casos poderiam ser encerrados pelo critério vínculo-epidemiológico. Esse critério é utilizado quando não for possível realizar a coleta de exames laboratoriais ou em situações epidêmicas que tenham um grande número de casos em investigação e que excedam a capacidade laboratorial.

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

TABELA 3 Distribuição por unidade federada dos exames laboratoriais para diagnóstico de sarampo, de acordo com municípios totais, municípios solicitantes, e resultado IgM positivo por municípios de residência da unidade federada, SE 1 a 48, Brasil, 2020

Unidade da Federação de Residência	Total de Municípios	Municípios Solicitantes	Percentual de Municípios Solicitantes	Municípios com IgM Positivo	Positividade (%) de Municípios Positivos
Acre	22	2	8,7	0	0
Alagoas	102	17	16,5	10	58,8
Amazonas	62	18	28,6	2	11,1
Amapá	16	6	35,3	4	66,7
Bahia	417	82	19,6	25	30,5
Ceará	184	48	25,9	8	16,7
Distrito Federal	1	2	10,5	2	100
Espírito Santo	78	20	25,3	4	20
Goiás	246	58	18,9	8	13,8
Maranhão	217	10	4,6	5	50
Minas Gerais	853	94	11	20	21,3
Mato Grosso do Sul	79	37	46,2	12	32,4
Mato Grosso	141	16	11,3	3	18,8
Pará	144	100	69	88	88
Paraíba	223	38	17	9	23,7
Pernambuco	185	54	29	22	40,7
Piauí	224	17	7,6	7	41,2
Paraná	399	136	34	38	27,9
Rio de Janeiro	92	52	55,9	34	65,4
Rio Grande do Norte	167	31	18,5	4	12,9
Rondônia	52	13	24,5	3	23,1
Roraima	15	2	12,5	0	0
Rio Grande do Sul	497	90	18	20	22,2
Santa Catarina	295	66	22,3	30	45,5
Sergipe	75	6	7,9	2	33,3
São Paulo	645	218	33,7	120	55
Tocantins	139	30	21,4	6	20
Total geral	5570	1263	22,7	486	38,5

Fonte: Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL)/SVS/MS. Dados atualizados em 03/12/2020.

TABELA 4. Distribuição dos exames sorológicos (IgM) para diagnóstico de sarampo, segundo, o total de exames (solicitados, em triagem, em análise, liberados, positivos, negativos e inconclusivos) e a oportunidade de diagnóstico (tempo oportuno de liberação de resultado, mediana de liberação dos resultados a partir do recebimento da amostra no laboratório e positividade do diagnóstico), por unidade federada de residência, SE 1 a 48, Brasil, 2020

UF de residência	Total de Exames IgM										Oportunidade de diagnóstico		
	Solicitados ^a	Em triagem ^b	Em análise ^c	Liberados ^d	Positivos ^e	Negativos ^f	Inconclusivos ^g	% Exames oportunos ≤ 4 dias (h) ^f	MEDIANA (dias) liberação – recebimento	Positividade (%) = positivos/liberados ^h			
Acre	5	0	0	5	0	5	0	80 (4)	3	0,0			
Alagoas	61	7	0	54	22	31	1	79,6 (43)	1	40,7			
Amazonas	155	0	1	154	22	127	5	94,8 (146)	2	14,3			
Amapá	371	78	3	290	183	104	3	40,3 (117)	6	63,1			
Bahia	291	20	1	270	60	199	11	79,3 (214)	2	22,2			
Ceará	174	20	3	151	49	100	2	66,2 (100)	3	32,5			
Distrito Federal	55	0	0	55	17	33	5	83,6 (46)	0	30,9			
Espírito Santo	58	0	2	56	7	45	4	62,5 (35)	2	12,5			
Goiás	148	8	2	138	28	106	4	39,1 (54)	9,5	20,3			
Maranhão	36	0	0	36	22	14	0	33,3 (12)	7	61,1			
Minas Gerais	421	3	2	416	54	329	33	33,2 (138)	6	13,0			
Mato Grosso do Sul	264	7	9	248	55	175	18	45,6 (113)	5	22,2			
Mato Grosso	34	3	2	29	4	24	1	62,1 (18)	3	13,8			
Pará	6481	113	51	6317	3480	2812	25	8,6 (543)	34	55,1			
Paraíba	106	1	16	89	21	60	8	39,3 (35)	6	23,6			
Pernambuco	397	16	7	374	136	215	23	76,5 (286)	3	36,4			
Piauí	38	4	2	32	10	18	4	43,8 (14)	6,5	31,2			
Paraná	1540	5	11	1524	269	1146	109	95,3 (1453)	2	17,7			
Rio de Janeiro	3438	14	5	3419	1168	2059	192	66,5 (2272)	4	34,2			
Rio Grande do Norte	58	9	1	48	4	40	4	64,6 (31)	3	8,3			
Rondônia	59	3	0	56	17	36	3	76,8 (43)	3	30,4			
Roraima	9	0	0	9	0	9	0	88,9 (8)	1	0,0			
Rio Grande do Sul	495	2	1	492	78	382	32	83,3 (410)	3	15,9			
Santa Catarina	596	7	0	589	128	428	33	80,5 (474)	3	21,7			
Sergipe	50	0	1	49	21	27	1	55,1 (27)	4	42,9			
São Paulo	3285	90	3	3192	870	2232	90	42,8 (1367)	5	27,3			
Tocantins	162	13	2	147	22	113	12	46,3 (68)	5	15,0			
Total Geral	18787	423	125	18239	6747	10869	623	73,9	3,0	37,0			

Fonte: Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL)/SVS/MS. Dados atualizados em 03/12/2020.

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

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

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

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

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

^fNegativos: total de exames com resultados negativos;

^gInconclusivos: total de exames inconclusivos;

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

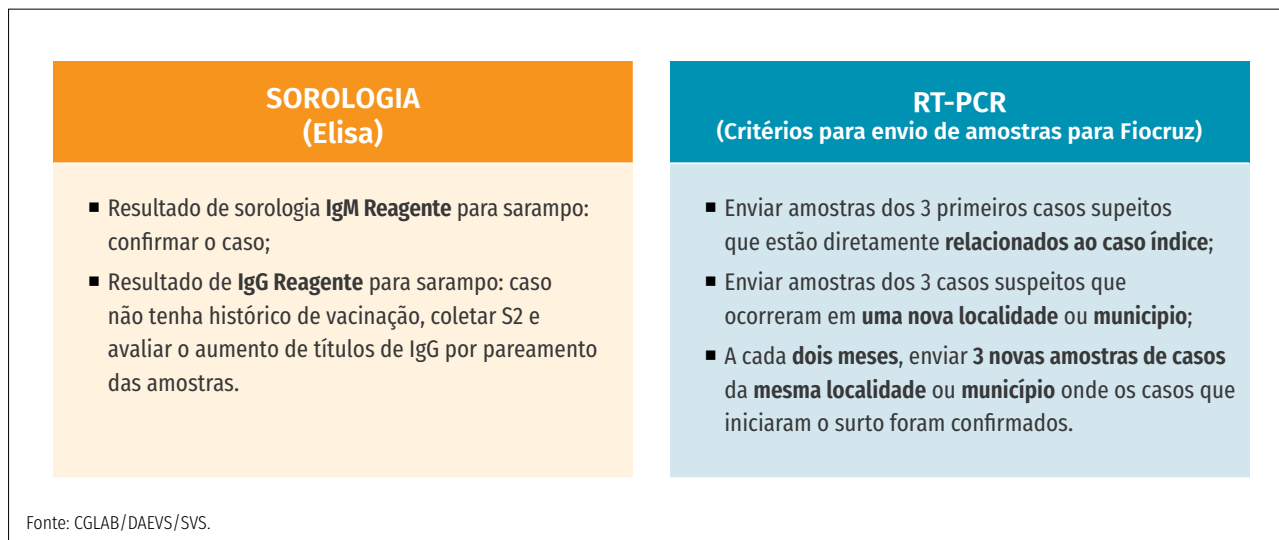


FIGURA 4 Estratégias a serem adotadas em municípios com surto ativo para envio de amostras para o diagnóstico de sarampo

Estratégias de vacinação para 2020

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

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

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

Outras informações sobre estratégias de vacinação

- Nos locais com circulação do vírus do sarampo, as crianças que receberem a dose zero da vacina tríplice viral entre 6 e 11 meses e 29 dias (dose não válida para fins do Calendário Nacional de Vacinação), deverão manter o esquema previsto: aos 12 meses com a vacina tríplice viral; e aos 15 meses com a vacina tetra viral, ou tríplice viral mais varicela, respeitando o intervalo de 30 dias entre as doses.
- Os profissionais de saúde devem avaliar a caderneta de vacinação da pessoa e recomendar a vacinação quando necessária.
- A identificação e o monitoramento de todas as pessoas que tiveram contato com caso suspeito ou confirmado durante todo o período de transmissibilidade (seis dias antes e quatro dias após o início do exantema) são determinantes para a adoção de medidas de controle.
- Durante as ações de bloqueio vacinal dos contatos, recomenda-se vacinação seletiva, ou seja, se houver comprovação vacinal de acordo com o Calendário Nacional de Vacinação, não deve haver revacinação.
- As ações de manejo clínico e epidemiológico devem ser realizadas de forma integrada entre a Atenção à Saúde e a Vigilância Epidemiológica e laboratorial, oportunamente.

Recomendações do Ministério da Saúde

- Fortalecer a capacidade dos sistemas de Vigilância Epidemiológica do sarampo e reforçar as equipes de investigação de campo para garantir a investigação oportuna e adequada dos casos notificados.
- Produzir ampla estratégia midiática, nos diversos meios de comunicação, para informar profissionais de saúde, população e comunidade geral sobre o sarampo.
- A vacina é a medida preventiva mais eficaz contra o sarampo. No entanto, se a pessoa é um caso suspeito, é necessário reduzir o risco de espalhar a infecção para outras pessoas. Para isso, é importante orientar que deve evitar o trabalho ou escola por pelo menos 4 (quatro) dias, a partir de quando desenvolveu o exantema, além de evitar o contato com pessoas que são mais vulneráveis à infecção, como crianças pequenas e mulheres grávidas, enquanto estiver com a doença.
- Medidas de prevenção de doenças de transmissão respiratória também são válidas, e os profissionais devem orientar a população sobre: a limpeza regular de superfícies, isolamento domiciliar para a pessoa que estiver com suspeita ou em período de transmissão de doença exantemática, medidas de distanciamento social em locais de atendimento de pessoas com suspeita de doença exantemática, cobrir a boca ao tossir ou espirrar, uso de lenços descartáveis e higiene das mãos com água e sabão, e/ou álcool em gel. Nos ambientes de saúde, ao identificar uma pessoa com suspeita, é necessário o isolamento, além de outras medidas de biossegurança individuais e coletivas, que estão descritas com maior detalhamento no *Guia de Vigilância em Saúde* (2019).
- A circulação do vírus é considerada interrompida nos estados, quando transcorridas 12 ou mais semanas consecutivas sem apresentar casos novos da mesma cadeia de transmissão.

Referências

- World Health Organization. Immunization, Vaccines and Biologicals. Acesso em: 11/09/2019. Disponível em: <https://bit.ly/3544tsM>.
- Centers for Disease Control and Prevention. Measles cases and outbreaks. Acesso em 11/09/2019. Disponível em: <https://bit.ly/3cFBLki>.
- Centers for Disease Control and Prevention. Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Measles in Healthcare Settings. 2019. Disponível em: <https://bit.ly/2XXdy4Q>.
- Centers for Disease Control and Prevention. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. 2007. Disponível em: <https://bit.ly/34YyRVl>.
- Organização Pan-Americana da Saúde. Centro Latino-Americano de Perinatologia, Saúde da Mulher e Reprodutiva. Prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde em neonatologia. Montevidéu: CLAP/SMR-OPS/OMS, 2016. (CLAP/SMR. Publicação Científica, 1613-03).
- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH. Procedimento Operacional Padrão. Medidas de Prevenção para Prevenção de Infecção Hospitalar. 2015. Disponível em: <https://bit.ly/3cCSUv6>.
- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH. Protocolo Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar/09/2017. Precauções e Isolamento. 2017. Disponível em: <https://bit.ly/2XYBp4u>.

***Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis (CGPNI/DEIDT/SVS):** Francieli Fontana Sutile Tardetti Fantinato, Adriana Regina Farias Pontes Lucena, Aline Ale Beraldo, Cintia Paula Vieira Carrero, Josafá do Nascimento Cavalcante, Luciana Oliveira Barbosa de Santana, Maria Izabel Lopes, Regina Célia Mendes dos Santos Silva, Rita de Cássia Ferreira Lins. **Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública do Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde (CGLAB/DAEVS/SVS):** Carla Freitas, Rejane Valente Lima Dantas, Leonardo Hermes Dutra, Ronaldo de Jesus, Vagner Fonseca.