

Vigilância epidemiológica do sarampo no Brasil 2019: Semanas Epidemiológicas 29 a 40 de 2019

Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI/DEIDT/SVS), Grupo Técnico das Doenças Exantemáticas (CGPNI/DEIDT/SVS),
Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública (CGLAB/DAEVS/SVS)*

Sumário

1 Vigilância epidemiológica do sarampo no Brasil 2019: Semanas Epidemiológicas 29 a 40 de 2019

15 Violências contra mulheres: análise das notificações realizadas no setor saúde, Brasil, 2011-2018

20 Centro Integrado de Operações Conjuntas da Saúde: Copa do Mundo FIFA Sub-17, 26 de outubro a 17 de novembro de 2019

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

Introdução

Sarampo é uma doença viral aguda similar a uma infecção do trato respiratório superior. É uma doença grave, principalmente em crianças menores de cinco anos, desnutridos e imunodeprimidos. A transmissão do vírus ocorre a partir de gotículas de pessoas doentes ao espirrar, tossir, falar ou respirar próximo de pessoas sem imunidade contra o vírus sarampo.

Para saber mais sobre a doença e acompanhar a atualização da situação do sarampo, acesse: www.saude.gov.br/sarampo

Transmissão ativa do vírus

Situação epidemiológica de 2019

Em 2019, foram confirmados 7.972 casos de sarampo, destes 6.498 (81,4%) foram confirmados por critério laboratorial e 1.483 (18,6%) por critério clínico epidemiológico. O aumento de notificações ocorreu a partir da Semana Epidemiológica (SE) 24 até a SE 32 quando foi observado o pico dos registros (Figura 1).

Situação epidemiológica das Semanas Epidemiológicas 29 a 40 de 2019

No período de 14/07/2019 a 05/10/2019 (SE 29-40), foram notificados 37.551 casos suspeitos, destes, 6.192 (16,5%) foram confirmados, 20.175 (53,7%) estão em investigação e 11.185 (29,8%) foram descartados. Os casos confirmados nesse período representam 77,7% do total de casos confirmados no ano de 2019.

■ Apresentação

O Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) inaugura nova fase de divulgação dos temas relacionados ao trabalho da Secretaria. Agora, uma vez por semana traremos os dados atualizados de um ou mais agravos ou doenças em uma única edição, além de orientações, artigos e informes gerais, com o objetivo de traçar um panorama claro da vigilância no Brasil que possa ser útil aos profissionais de saúde, gestores e população em geral.

A SVS/MS assume assim o compromisso formal de manter a transparência ativa de acordo com os ditames da Lei de Acesso à Informação 12.527/2011, que regulamenta o direito constitucional de acesso às informações públicas.

Por essa razão, este boletim passa a ser o principal canal de comunicação com o público da SVS/MS e com todos que tenham interesse nos temas relacionados ao nosso trabalho. Esperamos, com isso, concentrar informações estratégicas para o campo da saúde em uma única fonte oficial.

Esperamos que o Boletim Epidemiológico da SVS/MS venha atender às necessidades informativas de todos que venham consultar as suas páginas.

Boa leitura!

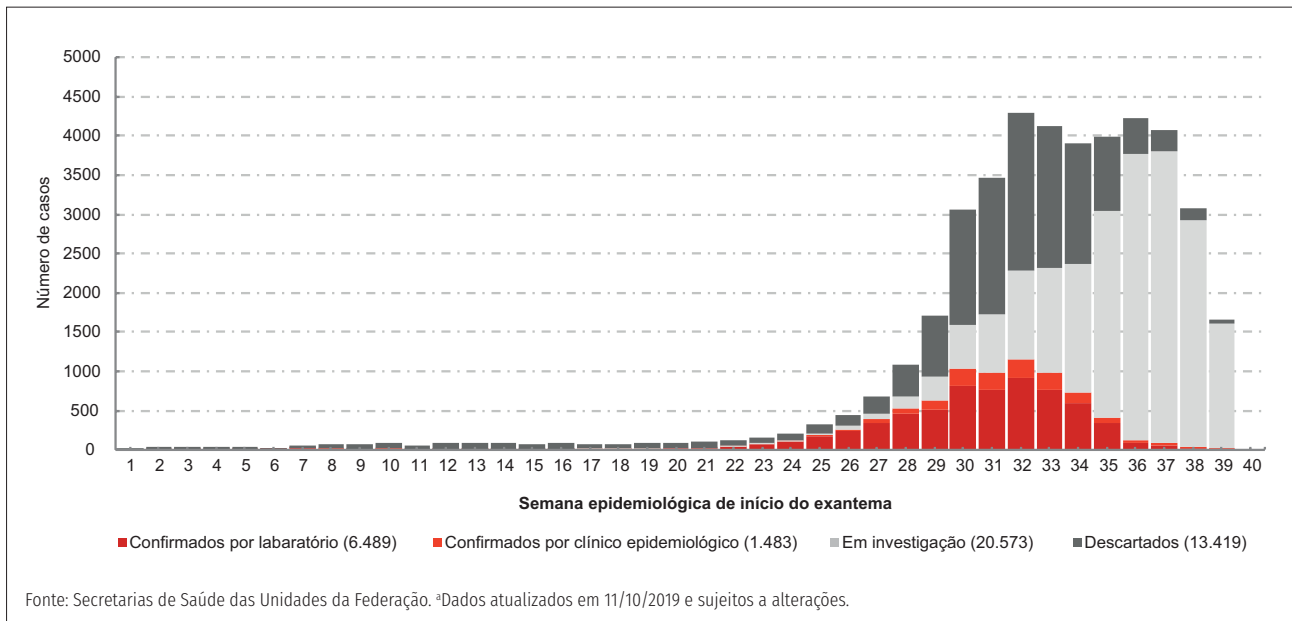


FIGURA 1 Distribuição dos casos de sarampo^a por Semana Epidemiológica do início do exantema e classificação final, 2019, Brasil

A positividade de casos confirmados, entre os casos suspeitos, foi de 24,6%. Com base nesse percentual, a projeção de positividade entre os casos em investigação

demonstra tendência de estabilidade com leve queda a partir da semana epidemiológica 32 (Figura 2).

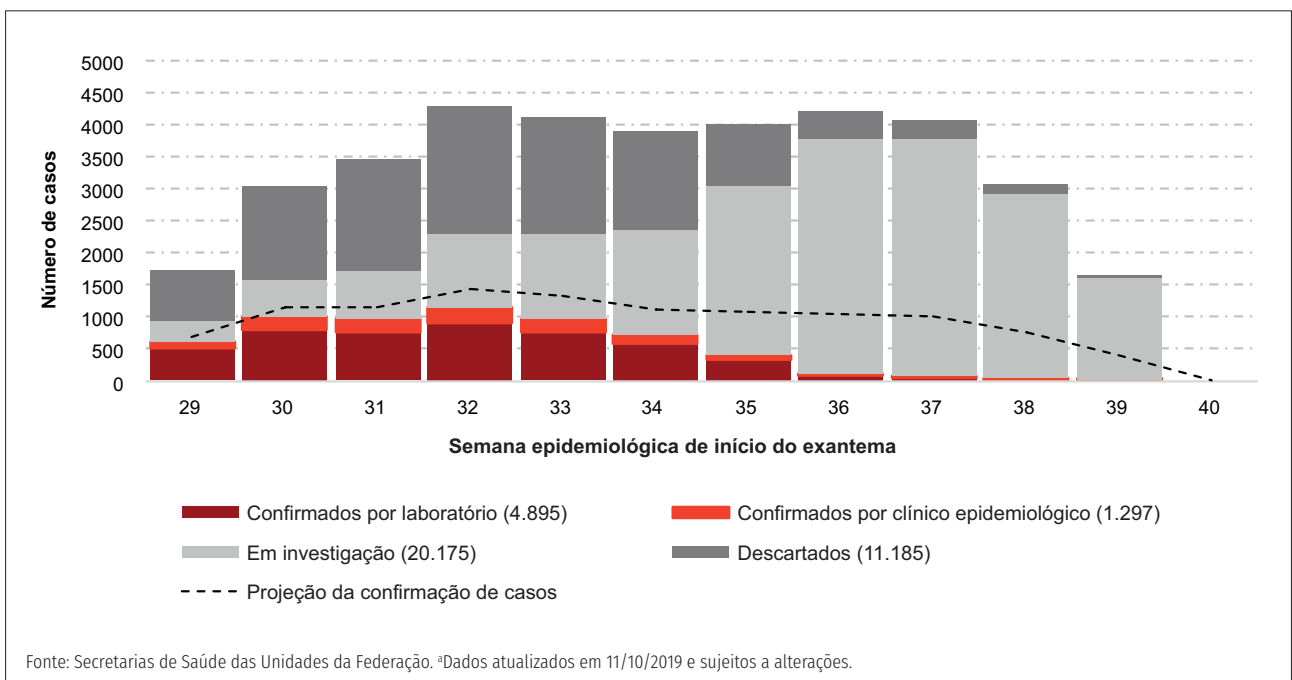


FIGURA 2 Distribuição dos casos de sarampo^a por Semana Epidemiológica do início do exantema e classificação final, Semanas Epidemiológicas 29 a 40 de 2019, Brasil

No período de 14/07 a 05/10 (SE 29 a 40) um total de 6.192 casos foram confirmados em 20 Unidades da Federação com transmissão ativa (incremento de 15% de casos confirmados, em relação ao período da SE a 28-39). Destes, 96% (5.950) estão concentrados em

192 municípios do Estado de São Paulo, principalmente na região metropolitana. Apenas 4% (242) dos casos foram registrados nas demais (19) Unidades da Federação (Tabela 1).

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 29 a 40 de 2019, Brasil

ID	Unidades da Federação	Confirmados		Total de municípios	Coeficiente de Incidência /100.000 hab. ^b	Semanas transcorridas do último caso confirmado
		N	%			
1	São Paulo	5.950	96,09	192	16,75	0
2	Paraná	59	0,95	11	1,73	0
3	Rio de Janeiro	43	0,69	11	0,44	1
4	Pernambuco	34	0,55	8	1,25	7
5	Minas Gerais	30	0,48	10	0,64	2
6	Santa Catarina	16	0,26	5	1,43	2
7	Rio Grande do Sul	12	0,19	4	0,66	1
8	Paraíba	8	0,13	5	0,67	6
9	Bahia	8	0,13	2	5,83	2
10	Ceará	5	0,08	3	0,18	5
11	Maranhão	4	0,06	4	0,31	4
12	Rio Grande do Norte	4	0,06	4	0,43	8
13	Goiás	4	0,06	4	0,16	10
14	Piauí	3	0,05	3	0,35	0
15	Pará	3	0,05	1	0,21	7
16	Distrito Federal	3	0,05	1	0,11	8
17	Mato Grosso do Sul	2	0,03	2	0,22	6
18	Espírito Santo	2	0,03	1	0,57	6
19	Sergipe	1	0,02	1	5,86	10
20	Alagoas	1	0,02	1	10,12	4
Total		6.192	100,0	273	8,45	

Fonte: Secretarias de Saúde das Unidades da Federação.

^aDados atualizados em 11/10/2019 e sujeitos a alterações.

^bPor população dos municípios de residência dos casos.

Foram confirmados 13 óbitos por sarampo no Brasil, sendo 12 no estado de São Paulo e um no estado de Pernambuco. Sete óbitos (53,8%) ocorreram em menores de cinco anos de idade, dois (15,4%) na faixa etária de 20 a 39 anos e quatro (30,8%) em adultos maiores de 40 anos. Sete casos eram do sexo masculino, apenas um caso era vacinado contra o sarampo (Tabela 2).

Para saber mais sobre a doença e suas complicações, acesse: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/agosto/28/BE-2019-24-Sarampo-28ago19-prelo.pdf>.

TABELA 2 Distribuição dos óbitos por sarampo^a, segundo sexo e faixa etária, Semanas Epidemiológicas 29 a 40 de 2019, Brasil

Faixa etária (em anos)		Sexo	
		F	M
< 1	6	3	3
1 a 4	1	-	1
5 a 9	-	-	-
10 a 14	-	-	-
15 a 19	-	-	-
20 a 29	1	-	1
30 a 39	1	1	-
40 a 49	2	1	1
> 50	2	1	1
Total	13	6	7

Fonte: Secretarias de Saúde das Unidades da Federação.

^aDados atualizados em 11/10/2019 e sujeitos a alterações.

Dos locais com ocorrência de casos, o coeficiente de incidência é de 8,5/100.000, no entanto as crianças menores de um ano apresentam o coeficiente de incidência 12 vezes superior ao registrado na população geral, seguido pelas crianças de 1 a 4 anos com o coeficiente de incidência de 23,8/100.000 perfazendo as faixas etárias mais suscetíveis a complicações e óbitos por sarampo. Apesar da faixa etária de 20 a 29 anos apresentar o maior número de registros de casos confirmados, o coeficiente de incidência foi de 14,2/100.000 (Tabela 3).

TABELA 3 Distribuição dos casos confirmados de sarampo e coeficiente de incidência dos Estados com surto de sarampo, segundo faixa etária e sexo, Semanas Epidemiológicas 29 a 40 de 2019^a, Brasil

Faixa etária (em anos)	População (em milhões)	Número de casos	%	Coeficiente de Incidência (casos/população* 100.000 hab.)	Distribuição por sexo	
					M	F
< 1	1,0	1146	18,5	106,1	594	551
1 a 4	3,8	927	15,0	23,8	478	448
5 a 9	5,0	154	2,5	3,0	57	96
10 a 14	5,9	96	1,6	1,6	59	37
15 a 19	5,9	756	12,2	12,7	354	402
20 a 29	13,4	1901	30,7	14,2	958	943
30 a 39	12,0	803	13,0	6,7	442	360
40 a 49	10,0	248	4,0	2,5	123	124
≥ 50	15,8	161	2,6	1,0	75	86
Total	73,2	6.192	100,0	8,5	3.140	3.047

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

^aDados atualizados em 11/10/2019 e sujeitos a alterações.

*5 casos sem informação de sexo.

Informações sobre vacinação

Estratégias de vacinação

O Ministério da Saúde tem atuado ativamente junto aos estados e municípios no enfrentamento do surto de sarampo. O bloqueio vacinal seletivo deve ser realizado em até 72 horas em todos os contatos do caso suspeito durante a investigação.

Para a interrupção da transmissão do vírus do sarampo, redução das internações e óbitos, a vacinação deve ser priorizada e adotada na seguinte ordem:

1. Instituir dose zero para crianças de seis meses a 11 meses e 29 dias;
2. Vacinar com a primeira dose aos 12 meses de idade, de acordo com o Calendário Nacional de Vacinação;
3. Vacinar com a segunda dose aos 15 meses de idade, de acordo com o Calendário Nacional de Vacinação;
4. Vacinar menores de 5 anos (4 anos, 11 meses e 29 dias) não vacinados ou com o esquema vacinal incompleto;
5. Vacinar todos os trabalhadores da saúde, não vacinados ou com o esquema vacinal incompleto, de qualquer idade que atuam no atendimento direto de pacientes com suspeita de infecções respiratórias;
6. Vacinar indivíduos de 5 a 29 anos não vacinados;
7. Vacinar indivíduos de 5 a 29 anos com esquema vacinal incompleto;
8. Vacinar indivíduos de 30 a 49 anos não vacinados.

Importante:

- Para as crianças que receberem a dose zero da vacina entre seis meses a 11 meses e 29 dias, esta dose não será considerada válida para fins do Calendário Nacional de Vacinação, devendo ser agendada a partir dos 12 meses com a vacina tríplice viral e aos 15 meses com a vacina tetraviral ou tríplice viral mais varicela, respeitando o intervalo de 30 dias entre as doses.
- Os profissionais de saúde devem avaliar a caderneta de vacinação do indivíduo e recomendar a vacinação quando necessária. A pessoa que apresentar esquema vacinal completo, de acordo com a faixa etária, não deve ser revacinado.
- 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, recomenda-se vacinação seletiva, ou seja, se houver comprovação vacinal, 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, oportunamente.

Para saber mais informações sobre a cobertura vacinal dos Estados com casos confirmados de sarampo, acesse: <https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/agosto/28/BE-2019-24-Sarampo-28ago19-prelo.pdf>.

Campanha de vacinação contra o sarampo

O Ministério da Saúde, juntamente com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, realizará em 2019, a Campanha Nacional de Vacinação contra o Sarampo. Esta Campanha é uma estratégia para interromper a circulação do vírus do sarampo no País e será realizada de forma seletiva, ocorrendo em duas etapas:

	Primeira etapa	Segunda etapa
Período	7 a 25 de outubro	18 a 30 de novembro
Dia D*	19 de outubro	30 de novembro
Público alvo	Crianças de seis meses a menores de 5 anos de idade (4 anos, 11 meses e 29 dias)	População de 20 a 29 anos de idade

*Estratégia sugestiva.

A estratégia de campanha para o sarampo foi planejada para ocorrer em fases distintas, sendo duas em 2019 e as demais em 2020, visando a interrupção da circulação do vírus sarampo no Brasil e a manutenção de altas coberturas vacinais. Essa estratégia visa em especial:

- Proteger o grupo mais vulnerável às complicações – a faixa etária de 6 (seis) meses a menores de 5 anos de idade (4 anos, 11 meses e 29 dias), conforme evidenciado pelo monitoramento do Centro de Operações de Emergência de Sarampo (COE-Sarampo) e corroborando com a literatura internacional;
- Aumentar a cobertura vacinal contra o sarampo na faixa etária de 20 a 29 anos, que apresenta maior frequência de casos. A realização da vacinação direcionada para este público reduz a possibilidade de aglomeração nas Unidades de Saúde em decorrência da procura pela vacina.

Etapas da Campanha no ano de 2019

Primeira etapa – Com objetivo de restringir temporariamente a campanha para vacinação das crianças de 6 (seis) meses a menores de 5 anos de idade (4 anos, 11 meses e 29 dias), devem ser revisadas as cadernetas de vacinação dos vacinados e não vacinados, pois o volume maior de vacinas está direcionado para essa faixa etária. Após o dia 26 de outubro, será reiniciada a vacinação ao outro grupo etário.

Segunda etapa – O foco da vacinação será a priorização da faixa etária de 20 a 29 anos de idade, com vacinação seletiva. No entanto, essa faixa etária demanda maior tempo de registro da vacinação nos postos e maior esforço da equipe, por isso a justificativa de estratégias separadas em dois dias “D”.

Para a Campanha Nacional de Vacinação contra o Sarampo será repassado incentivo financeiro equivalente ao valor de R\$ 1,00 (um real) per capita, de acordo com a população municipal e do Distrito Federal; e será transferido diretamente pelo Fundo Nacional de Saúde – FNS aos Fundos de Saúde dos municípios e do Distrito Federal, em caráter excepcional.

Todos os municípios e o Distrito Federal farão jus a 50% (cinquenta por cento) do valor. O restante dos 50% (cinquenta por cento) dos valores serão repassados da seguinte forma:

I – 25% para municípios e Distrito Federal que:

- a) atingirem cobertura vacinal com a vacina Tríplice Viral de 90% (noventa por cento) a 94,9% (noventa e quatro inteiros e nove décimos por cento) para a primeira dose (D1) em crianças de 1 (um) ano de idade a 1 (um) ano, (11) onze meses e 29 (vinte e nove) dias de idade; e
- b) preencherem o formulário, a ser disponibilizado no endereço eletrônico www.saude.gov.br/vacinacao, com informações acerca dos estoques das vacinas Tríplice Viral, Pentavalente e Poliomielite ao Ministério da Saúde.

II – 50% para os municípios e Distrito Federal que:

- a) atingirem a cobertura vacinal com a vacina Tríplice Viral igual ou superior a 95% para a primeira dose (D1) em crianças de 1 (um) ano de idade a 1 (um) ano, (11) onze meses e 29 (vinte e nove) dias de idade; e

- b) preencherem o formulário a ser disponibilizado no endereço eletrônico www.saude.gov.br/vacinacao, com informações acerca dos estoques das vacinas Tríplice Viral, Pentavalente e Poliomielite ao Ministério da Saúde.

Até outubro de 2019, observou-se que do total de 5.570 municípios brasileiros, 1.804 (32,4%) alcançaram a meta mínima de 95% de cobertura para a vacina Tríplice viral, enquanto 540 (9,7%) apresentaram coberturas entre 90,0% e 94,9% e outros 3.226 (57,9%) obtiveram coberturas abaixo de 90,0%.

Orientações gerais sobre administração da vacina tríplice viral

Reforça-se a necessidade da realização oportuna das ações de vacinação. Assim, o Ministério da Saúde destaca a importância de realizar ações que minimizem as oportunidades perdidas de vacinação, otimizando a vacina especialmente por meio da busca de pessoas não vacinadas ou com esquema incompleto para o sarampo, conforme o Calendário Nacional de Vacinação e demais estratégias de vacinação já recomendadas.

Adverte-se que as pessoas portadoras de alergia à proteína do leite de vaca (lactolabumina) sejam vacinadas com a vacina tríplice viral dos laboratórios Fiocruz/Bio-Manguinhos ou MSD, em razão de eventos adversos graves registrados após o uso nesse grupo da vacina tríplice viral do laboratório *Serum Institute of India Ltda*, bem como as crianças menores de 9 meses. Pessoas com história de reação anafilática a doses anteriores de vacina contendo o componente sarampo devem ser vacinadas em ambiente adequado para tratar manifestações alérgicas graves (atendimento de urgência e emergência).

Para a operacionalização das ações de vacinação, segue o quadro-resumo em seguida.

QUADRO 1 Informações das vacinas tríplice viral distribuídas pelo Ministério da Saúde, conforme laboratório produtor

Laboratório produtor	Indicação	Apresentação	Conservação e utilização após a reconstituição	Cuidados específicos para a administração da vacina
Fiocruz/Bio-Manguinhos	A partir dos 6 meses de idade, em situação de emergência epidemiológica	Frasco-ampola multidose + diluente	Pode ser utilizada no máximo até 8 (oito) horas desde que mantidas as condições assépticas, em temperatura entre +2°C e +8°C e ao abrigo da luz	Nenhum
MerckSharpDone (MSD)	A partir dos 6 meses de idade, em situação de emergência epidemiológica	Frasco-ampola unidose + diluente	Acondicionada temperatura entre +2°C e +8°C e ao abrigo da luz. Deve ser utilizada imediatamente após a reconstituição.	Pessoas portadoras de trombocitopenia somente devem receber essa vacina após avaliação clínica e autorização/prescrição médica.
Serum Institute of India Ltda.	A partir dos 9 meses de idade, em situação de emergência epidemiológica	Frasco-ampola unidose + diluente	Acondicionada temperatura entre +2°C e +8°C e ao abrigo da luz. Deve ser utilizada imediatamente após a reconstituição.	Não administrar em pessoas portadoras de alergia à proteína do leite de vaca.

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

Vigilância laboratorial

A vigilância laboratorial tem sido adotada como estratégia durante o acompanhamento do surto de sarampo por apresentar, nesse contexto, melhor oportunidade de ação. A identificação de um resultado Reagente para sarampo tem possibilitado contatar diariamente os Estados para oportunizar as principais estratégias para bloqueio e controle do agravo.

Os dados da Vigilância Laboratorial estão estratificados por UF de residência do caso e apresentados abaixo, referente ao período de 90 dias anteriores à data de atualização, sendo importante destacar que o número de exames positivos não necessariamente significa casos confirmados e nem total de casos com resultados positivos, pois pode haver mais de um exame para uma mesma pessoa. Também é importante ressaltar que a positividade dos resultados permite avaliar

a sensibilidade e especificidade da assistência na solicitação dos exames e, assim, manter a capacidade de resposta da Rede de Laboratórios de Saúde Pública – LACEN.

A figura 3 apresenta a análise dos exames laboratoriais por estado, com exceção do estado de São Paulo que está apresentado na figura 4, demonstrando o total de exames realizados no período, os exames em análise e os exames aguardando triagem. Destaca-se que os exames em triagem se referem aos exames que foram cadastrados e estão em transporte para o laboratório ou estão em triagem no laboratório.

Os estados que concentram maior número de exames aguardando triagem são Pernambuco e Paraíba com 254 e 232 exames respectivamente, que também apresentam o maior número de exames em análise com 970 e 345 exames.

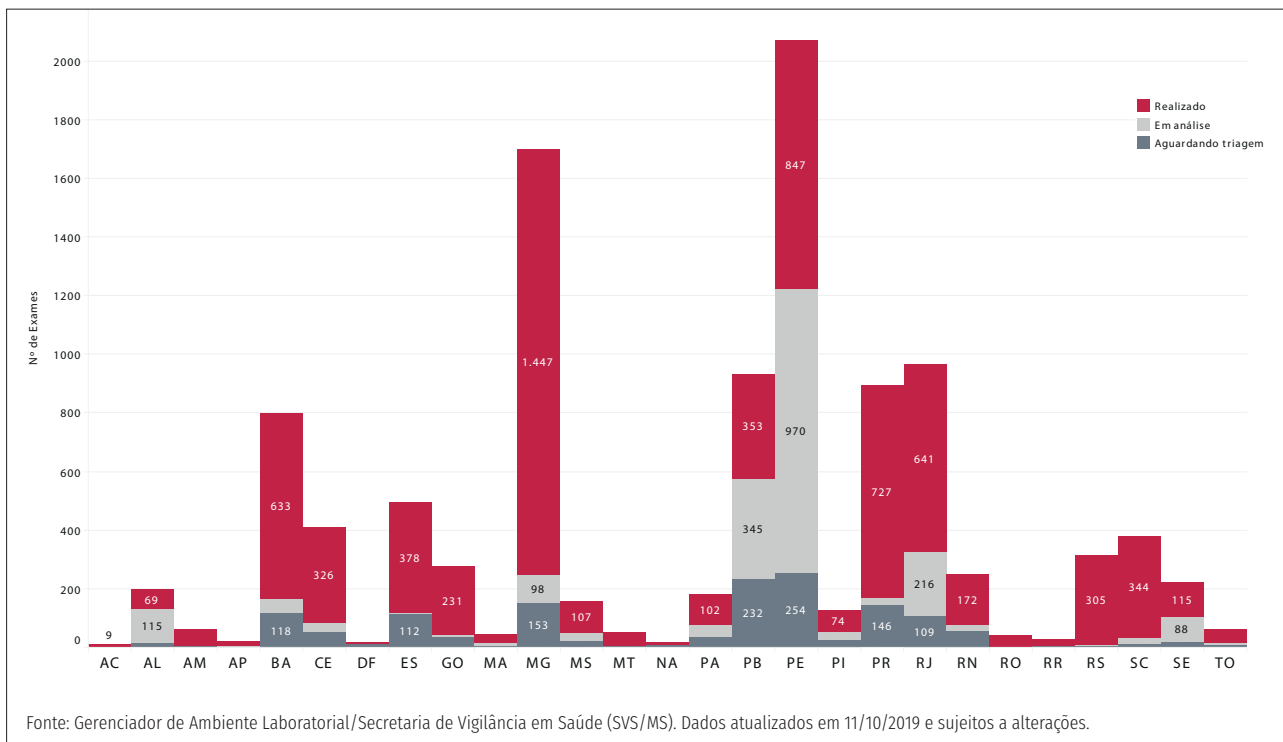


FIGURA 3 Distribuição dos exames laboratoriais para sarampo, por UF de residência (exceto SP), SE 29 a 40 de 2019, Brasil

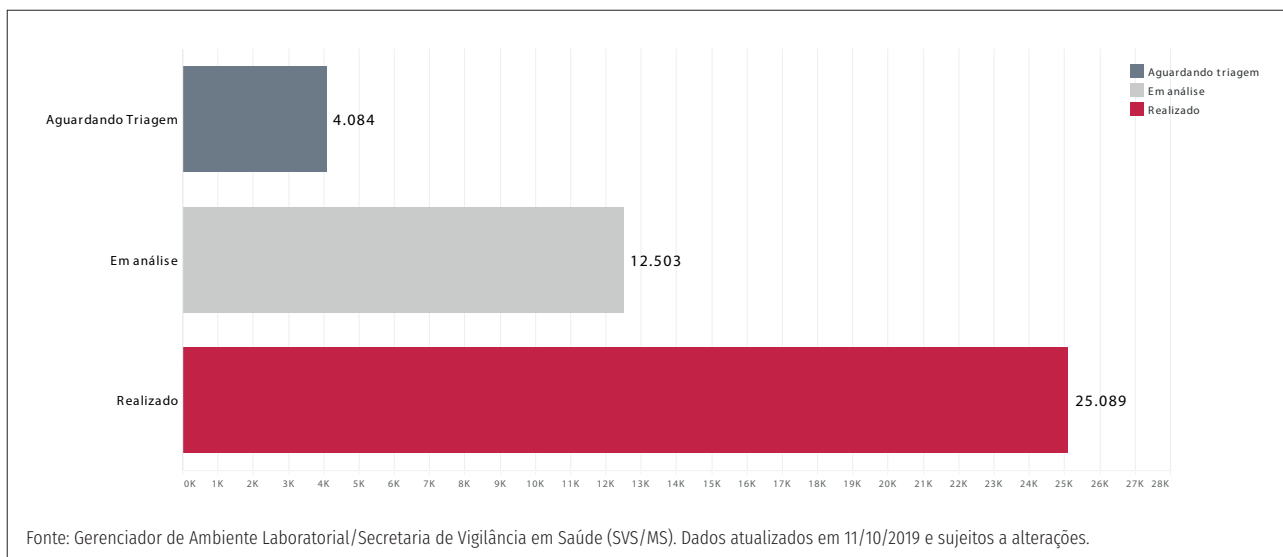


FIGURA 4 Distribuição dos exames laboratoriais para sarampo no estado de São Paulo, SE 29 a 40 de 2019, Brasil

A figura 5 apresenta a distribuição dos resultados de IgM, entre as Semanas Epidemiológicas (SE) 29 a 40, por idade e sexo. Observou-se que a proporção de casos por sexo tem valores aproximados.

A maior concentração de resultados de IgM está nas faixas etárias de 20 a 29 anos seguido pelos menores de um ano, com 2.103 e 1.789 respectivamente.

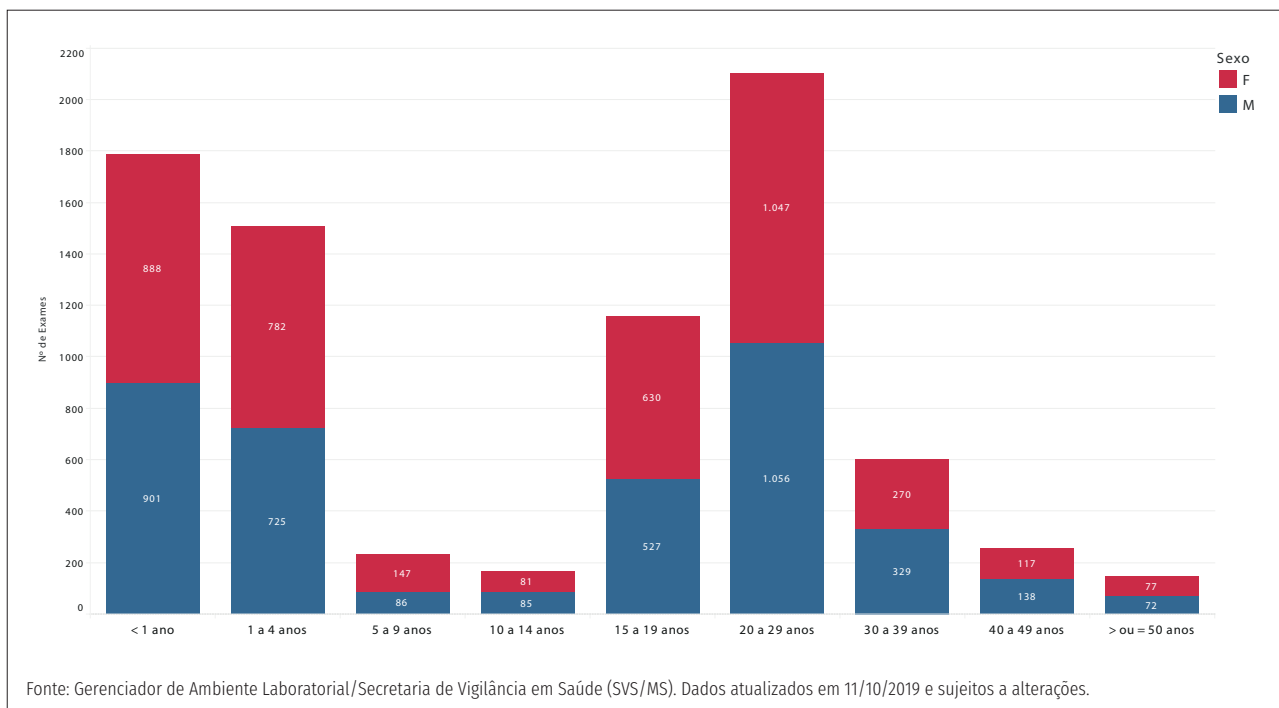


FIGURA 5 Distribuição dos pacientes com IgM positivo para sarampo segundo faixa etária e sexo, SE 29 a 40 de 2019, Brasil

No período de 14/07 a 05/10 (SE 29-40), foram identificados 596 municípios que tiveram exame IgM Reagente para sarampo, sendo 30,2% (180) na última

semana. Do total de exames solicitados, 60,7% (32.640) foram liberados, e destes, 24,6% (8.051) foram positivos para sarampo (Tabelas 4 e 5).

TABELA 4 Distribuição dos exames laboratoriais, aguardando resultado, exames sorológicos de IgM para sarampo, tempo de liberação dos exames, oportunidade e positividade do diagnóstico por Unidade Federada de residência, SE 29 a 40 de 2019^a, Brasil

Unidade da Federação de Residência	Municípios com IgM Positivo	Total de Exames IgM					Oportunidade de Diagnóstico		
		Solicitados ^a	Em triagem ^b	Em análise ^c	Liberados ^d	Positivos ^e	% Exames oportunos < 4 dias (N) ^f	MEDIANA (dias) liberação – recebimento ^g	Positividade (%) = liberados/positivos ^h
ACRE	1	12	1	0	11	0	72.7 (8)	3	0,0
ALAGOAS	8	129	21	27	81	21	54.3 (44)	3	25,9
AMAZONAS	2	75	6	6	63	4	77.8 (49)	2	6,3
AMAPÁ	2	23	2	2	19	2	68.4 (13)	2	10,5
BAHIA	57	899	181	59	659	112	78.8 (519)	3	17,0
CEARÁ	33	450	82	35	333	65	62.8 (209)	4	19,5
DISTRITO FEDERAL	1	30	21	4	5	1	60 (3)	0	20,0
ESPIRITO SANTO	17	524	123	9	392	51	98.5 (386)	0	13,0
GOIÁS	18	310	53	20	237	36	91.1 (216)	2	15,2
MARANHÃO	5	49	4	15	30	6	73.3 (22)	1.5	20,0
MINAS GERAIS	64	1.843	217	124	1.502	234	48.9 (734)	5	15,6
MATO GROSSO DO SUL	7	186	35	8	143	17	59.4 (85)	3	11,9
MATO GROSSO	2	56	6	4	46	2	60.9 (28)	4	4,3
PARÁ	5	196	38	56	102	31	94.1 (96)	2	30,4
PARAÍBA	34	997	268	353	376	113	88.3 (332)	1	30,1
PERNAMBUCO	37	2.179	320	1.005	854	306	75.5 (645)	3	35,8
PIAUI	13	135	30	33	72	17	68.1 (49)	1	23,6
PARANÁ	29	985	173	66	746	143	81.6 (609)	2	19,2
RIO DE JANEIRO	16	1.057	123	255	679	111	86.9 (590)	2	16,3
RIO GRANDE DO NORTE	15	262	59	29	174	43	77 (134)	1	24,7
RONDONIA	3	43	2	2	39	6	87.2 (34)	2	15,4
RORAIMA	2	33	8	2	23	4	73.9 (17)	4	17,4
RIO GRANDE DO SUL	16	388	11	11	366	44	80.6 (295)	2	12,0
SANTA CATARINA	16	393	12	29	352	67	85.2 (300)	2	19,0
SERGIPE	8	230	21	91	118	13	46.6 (55)	5	11,0
SÃO PAULO	210	43.302	4.202	13.245	25.855	6.784	1 (251)	16	26,2
TOCANTINS	4	70	9	14	47	10	34 (16)	6	21,3
Total Geral	625	54.856	6.028	15.504	33.324	8.243			24,7

Fonte: Gerenciamento de Ambiente Laboratorial, SVS/MS. Dados atualizados em 10/10/2019 e sujeitos a alterações. ^aTotal de exames IgM solicitados no período: soma os exames em triagem, em análise e liberados, excluindo os 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 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 resultados liberados no período. ^eTotal de exames IgM positivos: total de exames com resultados reagentes no período. ^fPorcentagem de exames oportunos < 4 dias: porcentagem de exames processados e liberados em até 4 dias após o recebimento da amostra no Lacen. ^gMediana de liberação do resultado: Mediana, em dias, de liberação dos resultados a partir do recebimento da amostra no laboratório. ^hPositividade das amostras: porcentagem de resultados positivos do total de exames liberados.

TABELA 5 Distribuição dos exames laboratoriais, aguardando resultado, exames sorológicos de IgM para sarampo, tempo de liberação dos exames, oportunidade e positividade do diagnóstico por Unidade Federada de residência, SE 40 de 2019^a, Brasil

Unidade da Federação de Residência	Municípios com IgM Positivo	Total de Exames IgM					Oportunidade de Diagnóstico		
		Solicitados ^a	Em triagem ^b	Em análise ^c	Liberados ^d	Positivos ^e	% Exames oportunos < 4 dias (N) ^f	MEDIANA (dias) liberação – recebimento ^g	Positividade (%) = liberados/positivos ^h
ACRE	0	3	1	0	2	0	100 (2)	1,0	0,0
ALAGOAS	0	15	0	4	3	0	100 (3)	0,0	0,0
AMAZONAS	0	5	1	0	4	0	100 (4)	2,0	0,0
AMAPÁ	0	2	0	0	2	0	100 (2)	1,0	0,0
BAHIA	14	81	25	7	77	19	49,4 (38)	5,0	24,7
CEARÁ	4	36	0	0	21	5	57,1 (12)	4,0	23,8
DISTRITO FEDERAL	0	0	0	0	1	0	0 (0)	8,0	0,0
ESPIRITO SANTO	2	26	7	0	26	2	96,2 (25)	1,0	7,7
GOIÁS	2	21	6	1	22	2	90,9 (20)	3,0	9,1
MARANHÃO	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0
MINAS GERAIS	19	221	45	6	235	34	78,3 (184)	3,0	14,5
MATO GROSSO DO SUL	2	23	5	2	13	2	30,8 (4)	6,0	15,4
MATO GROSSO	0	5	3	1	7	0	71,4 (5)	1,0	0,0
PARÁ	2	30	6	10	13	5	100 (13)	3,0	38,5
PARAÍBA	8	134	25	64	64	12	95,3 (61)	2,0	18,8
PERNAMBUCO	14	142	12	151	91	29	31,9 (29)	6,0	31,9
PIAUI	2	11	1	9	8	2	75 (6)	0,0	25,0
PARANÁ	6	156	19	3	126	19	81 (102)	1,0	15,1
RIO DE JANEIRO	5	132	23	45	69	15	98,6 (68)	1,0	21,7
RIO GRANDE DO NORTE	0	11	5	1	19	0	68,4 (13)	4,0	0,0
RONDONIA	0	1	1	0	2	0	50 (1)	3,0	0,0
RORAIMA	0	4	0	0	3	0	66,7 (2)	4,0	0,0
RIO GRANDE DO SUL	4	46	1	1	59	8	76,3 (45)	2,0	13,6
SANTA CATARINA	8	29	1	2	31	11	74,2 (23)	3,0	35,5
SERGIPE	1	7	0	5	7	1	0 (0)	7,0	14,3
SÃO PAULO	84	2.460	537	2.342	2.553	671	0,4 (9)	25,0	26,3
TOCANTINS	1	6	2	4	1	1	0 (0)	26,0	100,0
Total Geral	178	3.607	726	2.658	3.459	838			24,2

Fonte: Gerenciamento de Ambiente Laboratorial, SVS/MS. Dados atualizados em 10/10/2019 e sujeitos a alterações. ^aTotal de exames IgM solicitados no período: não 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 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 resultados liberados no período. ^eTotal de exames IgM positivos: total de exames com resultados reagentes no período. ^fPorcentagem de exames oportunos < 4 dias: porcentagem de exames processados e liberados em até 4 dias após o recebimento da amostra no Lacen. ^gMediana de liberação do resultado: Mediana, em dias, de liberação dos resultados a partir do recebimento da amostra no laboratório. ^hPositividade das amostras: porcentagem de resultados positivos do total de exames liberados.

O diagnóstico laboratorial para sarampo utilizado pela Rede de Laboratórios de Saúde Pública – Lacen é o método de ensaio imunoenzimático (ELISA) que é considerado mais sensível e específico. Os casos suspeitos de sarampo que apresentem o critério clínico epidemiológico e confirmação em laboratório privado pelo método ELISA devem ser encerrados pelo critério laboratorial.

Em situação de surto de sarampo, para identificar e monitorar os genótipos e as linhagens circulantes do vírus do sarampo, deve-se coletar amostras de orofaringe, nasofaringe e urina para análise por PCR em tempo real nos seguintes casos:

- Primeiros 3 a 10 casos suspeitos de uma nova localidade ou município;
- Primeiros 3 a 10 casos suspeitos que se encontram diretamente relacionados com o caso índice;
- Primeiros 3 a 10 casos suspeitos a cada 2 meses do mesmo município que ainda apresente surto.

Devem ser encerrados por critério clínico epidemiológico os casos suspeitos em que não for possível realizar a coleta de exames laboratoriais. Os Estados que tenham um grande número de casos em investigação e que exceda a sua capacidade laboratorial deverão encerrar os casos suspeitos por critério clínico epidemiológico.

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 principal medida preventiva eficaz contra o sarampo. No entanto, se você já é um caso suspeito, é importante reduzir o risco de espalhar a infecção para outras pessoas. Para isso, deve evitar o trabalho ou escola por pelo menos 4 (quatro) dias a partir de quando desenvolveu a primeira mancha vermelha, além de evitar o contato com pessoas que são as mais vulneráveis à infecção, como crianças pequenas e mulheres grávidas, enquanto estiver doente.

- Medidas de prevenção de doenças de transmissão respiratória também são válidas, como: limpeza regular de superfícies, isolamento domiciliar voluntário em casa após o atendimento médico, medidas de distanciamento social em locais de atendimento de suspeitas de síndrome exantemática, cobrir a boca ao tossir ou espirrar, uso de lenços descartáveis e higiene das mãos com água e sabão e/ou álcool em gel.
- Em relação às semanas transcorridas desde o último caso, aqueles estados que alcançarem 12 ou mais semanas consecutivas sem casos novos da mesma cadeia de transmissão, a circulação do vírus é considerada interrompida.

Para informações sobre os temas: complicações do sarampo, ocorrência de casos em pessoas previamente vacinadas, uso de sorologia para verificação de soroconversão à vacina, acesse: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/agosto/28/BE-2019-24-Sarampo-28ago19-prelo.pdf>

Para informações sobre os temas: contraindicação para vacinas contendo o componente sarampo e vacinação inadvertida e orientações quanto ao uso de vitamina A (palmitato de retinol) na redução da morbimortalidade e prevenção das complicações de sarampo em crianças, acesse: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/setembro/06/BE-sarampo-20-.pdf>

Para informações sobre a distribuição de vacinas por Estado no período de janeiro a setembro de 2019, acesse: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/setembro/06/BE-sarampo-20-.pdf>

Para informações sobre os temas: Situação Epidemiológica Internacional em 2019, Situação Epidemiológica no Brasil em 2018, Distribuição dos casos confirmados de sarampo hospitalizados em 2014 a 2019, distribuição da vacina tríplice viral para rotina e campanha, Saúde e vacinação dos trabalhadores, acesse: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/setembro/13/BE-sarampo-23-final.pdf>

Os canais de comunicação permanecem ativos para esclarecimentos técnicos através dos boletins epidemiológicos, do Disque Saúde 136 e do site do Ministério da Saúde, para informações, acesse: Boletins Epidemiológicos: <http://www.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>
Páginas: <http://saude.gov.br/saude-de-a-z/sarampo> e <https://aps.saude.gov.br/>

Bibliografia

World Health Organization. Immunization, Vaccines and Biologicals. Acesso em: 11/09/2019. Disponível em: https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/vpd/surveillance_type/active/measles_monthlydata/en/.

Centers for Disease Control and Prevention. Measles cases and outbreaks. Acesso em 11/09/2019. Disponível em: <https://www.cdc.gov/measles/cases-outbreaks.html>.

CDC (USA), 2019. Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Measles in Healthcare Settings. Disponível em: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/measles/index.html>.

CDC (USA), 2019. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. Disponível em: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html>.

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. Montevideu:CLAP/SMR-OPS/OMS, 2016. (CLAP/SMR. Publicação Científica, 1613-03).

EBSERH, 2015. MEDIDAS DE PRECAUÇÃO PARA PREVENÇÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/220250/1649711/POP+MEDIDAS+DE+PRECAU%C3%87%C3%83O+EBSERH.pdf/9021ef76-8e14-4c26-819c-b64f634b8b69>.

EBSERH, 2017. PROTOCOLO UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E QUALIDADE HOSPITALAR/09/2017. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/0/Precau%C2%BA%2B%C3%81es+e+isolamento+8.pdf/d40238e5-0200-4f71-8ae3-9641f2dc7c82>.

***Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI/DEIDT/SVS):** Francieli Fontana Sutile Tardetti Fantinato. **Grupo Técnico das Doenças Exantemáticas (CGPNI/DEIDT/SVS):** Guilherme Almeida Elidio, Luciana Oliveira Barbosa de Santana, Marli Rocha de Abreu, Regina Célia Mendes dos Santos Silva, Rita de Cássia Ferreira Lins. **Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública (CGLAB/DAEVS/SVS):** André Luiz de Abreu, Leonardo Hermes Dutra, Ronaldo de Jesus, Gabriela Andrade Pereira, Regiane Tigulini de Souza Jordão, Rejane Valente Lima Dantas.

Violências contra mulheres: análise das notificações realizadas no setor saúde, Brasil, 2011-2018

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

As violências são reconhecidas como um problema para os setores de justiça criminal e de defesa, tendo sido declaradas como um importante problema de saúde pública em 1996 pela Assembleia Mundial da Saúde¹. A ocorrência das violências na vida das mulheres pode resultar em ferimentos físicos, incapacitação, depressão, problemas de saúde física e reprodutiva, morte prematura e outras consequências sociais e econômicas¹. As mortes por causas externas podem ser reflexo de vivências crônicas de violências ao longo da vida e que poderiam ser evitadas a partir de um conjunto de ações intersetoriais.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a violência é responsável por 1,4 milhão de mortes a cada ano no mundo². Além da violência fatal, estima-se que 35% das mulheres em todo o mundo sejam vítimas de violência física e/ou sexual durante a vida, sendo a maior parte perpetrada por seus parceiros íntimos³.

A obrigatoriedade de comunicação das violências contra segmentos vulneráveis da população começa a integrar as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir das determinações do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990), depois com a Lei nº 10.778/2003 para a violência contra mulheres e o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003). Em 2001 foi publicada a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências e, como desdobramento dessa política, em 2006 foi implantado o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), visando à sistematização da coleta e monitoramento de dados sobre acidentes e violências no Brasil. Em 2011, a notificação de violência interpessoal/autoprovocada se tornou compulsória em todos os serviços de saúde públicos e privados do Brasil⁴.

A notificação de violências contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas é uma exigência legal que objetiva revelar a magnitude, tipologia, gravidade, perfil demográfico das pessoas envolvidas e outras características dos eventos de saúde relacionados à violência. A Ficha de Notificação

Individual de Violência Interpessoal e Autoprovocada deve ser utilizada para qualquer caso suspeito ou confirmado de violência contra crianças e adolescentes, mulheres, idosos, indígenas, pessoas com deficiência, população LGBT, bem como homens vítimas de violência doméstica/intrafamiliar, sexual ou autoprovocada, e casos de tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura e intervenção legal⁴.

Assim, é obrigatória a notificação de qualquer tipo de violência contra mulheres nos serviços de saúde públicos ou privados. A equipe de saúde, além de notificar, deve informar sobre os serviços disponíveis na rede de atendimento à mulher em situação de violência, para que a vítima denuncie, se assim desejar, ao Ministério Público ou à Segurança Pública.

Entre 2011 e 2018, houve um aumento de 255% no número de notificações de violências interpessoais/autoprovocadas perpetradas contra mulheres no Brasil, notificadas no Sistema de Agravos de Notificações (Sinan). Nesse período foram notificados 1.282.045 casos de violência contra mulheres.

Ocorreu também, nesse período, um aumento do número de municípios notificantes, ou seja, aqueles que apresentavam pelo menos uma notificação de violência contra mulher no ano. Em 2011, 38% dos municípios realizaram notificação de violência contra mulher e, em 2018, 79%.

Entre 2011 e 2018, mais da metade das notificações (53,4%) corresponderam a mulheres jovens na faixa etária de 15 a 39 anos. Entre as crianças (0 a 9 anos), ocorreu elevada proporção de negligência/abandono (34,5%), seguida pelas violências sexuais (29,8%). Entre as adolescentes de 10 a 14 anos a violência sexual foi o tipo mais notificado (42,3%). Nas faixas etárias de 15 a 29 e 30 a 59 anos houve destaque para a violência física, com proporções de 60,3% e 62,3%, respectivamente. Na faixa de 60 anos ou mais as violências físicas foram as mais notificadas (43,4%), porém com destaque também para a negligência/abandono (25,0%) (Figura 1).

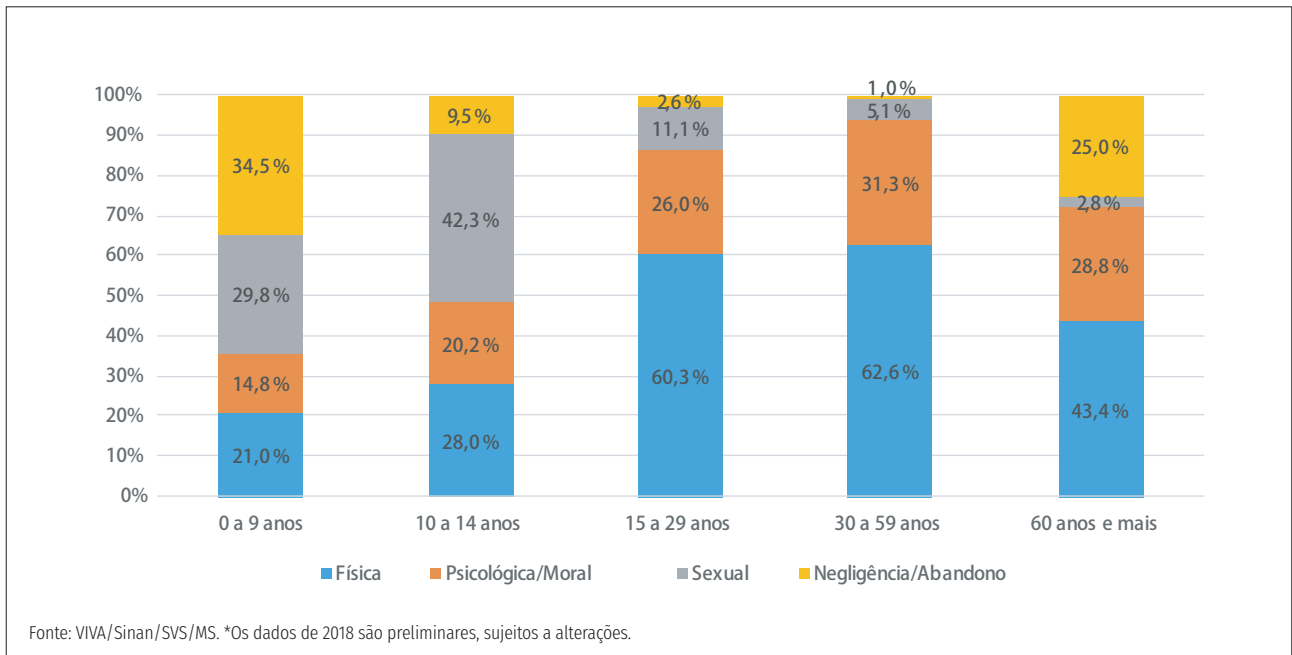


FIGURA 1 Notificações de violência contra mulheres segundo idade da vítima e natureza da violência. Brasil, 2011-2018*

Foi observado que a residência foi o principal local de ocorrência das violências, em todas as faixas etárias (Figura 2).

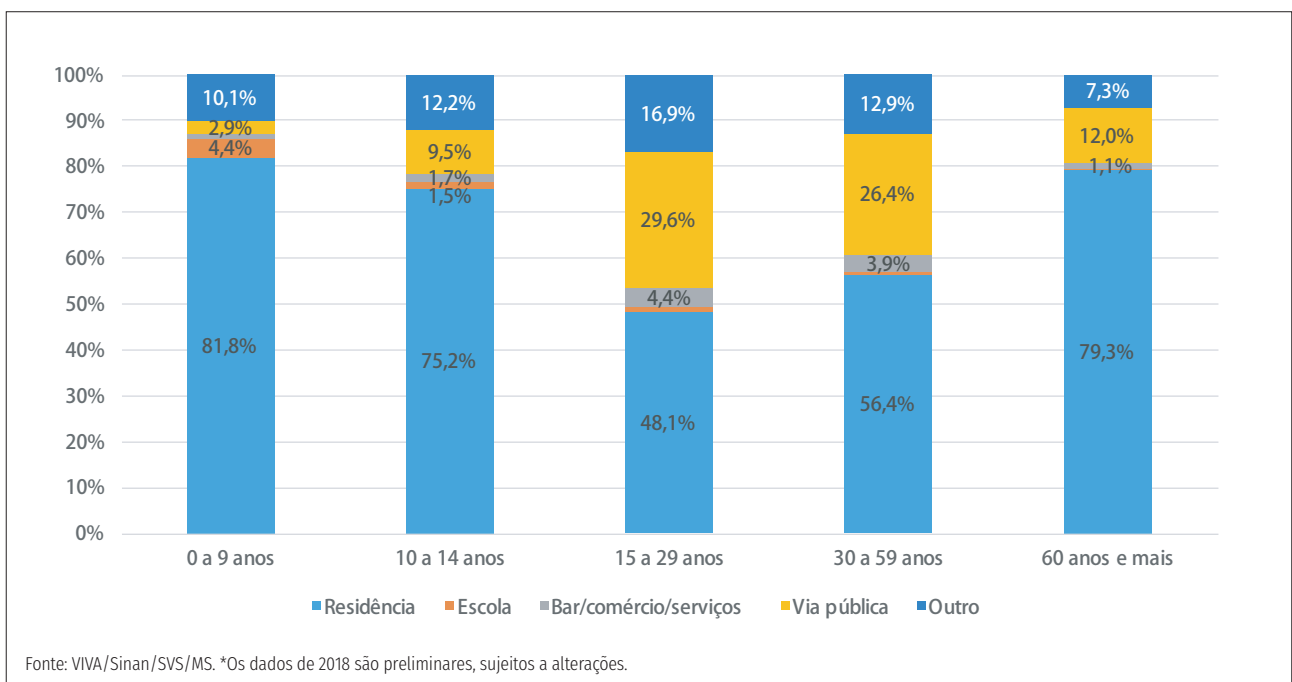


FIGURA 2 Notificações de violência contra mulheres segundo idade da vítima e local de ocorrência. Brasil, 2011-2018*

Em relação às violências perpetradas contra crianças (0 a 9 anos), os agressores eram, na maior parte, familiares (69,8%). Entre as adolescentes nas faixas etárias de 10 a 14 anos e idosas de 60 anos ou mais, os familiares também se destacaram como principais

prováveis agressores, com proporções de 39,1% e 45,4%, respectivamente. Já nas faixas etárias de 15 a 29 e 30 a 59 anos os parceiros íntimos foram os principais prováveis agressores, com proporções, respectivamente, de 47,5% e 58,8% (Figura 3).

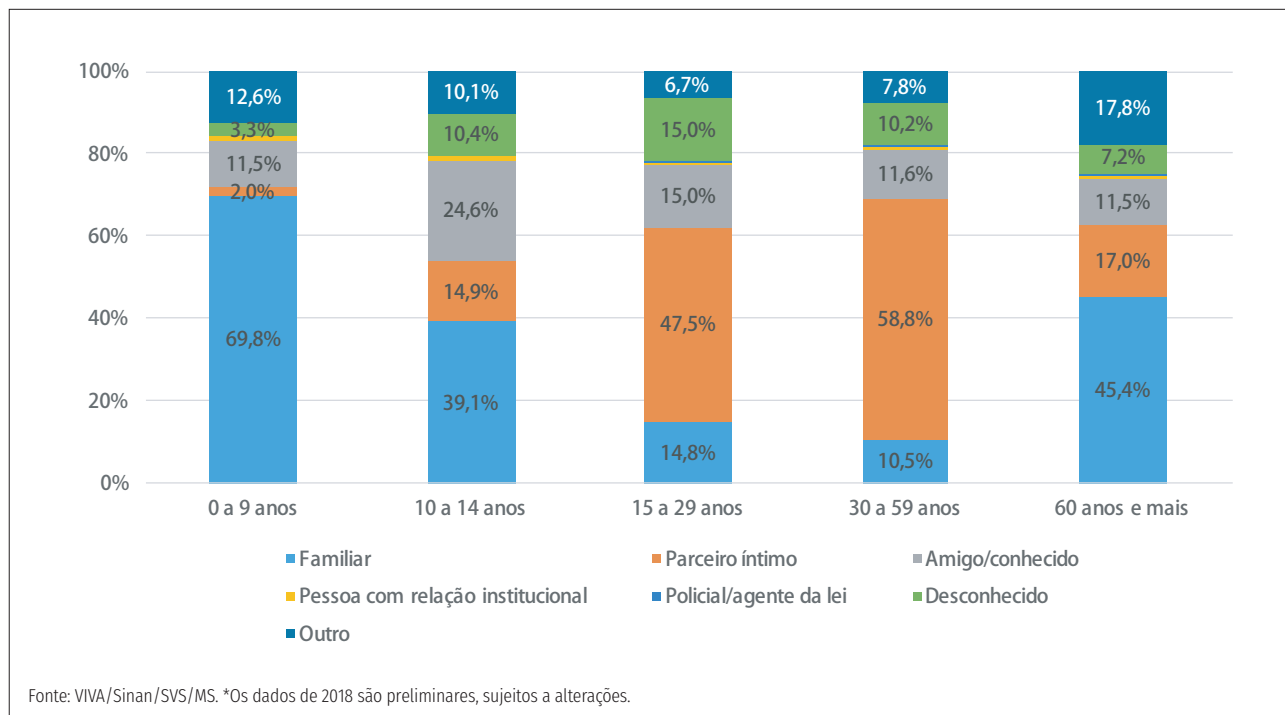


FIGURA 3 Notificações de violência contra mulheres segundo idade da vítima e provável agressor. Brasil, 2011-2018*

No que diz respeito especificamente às violências sexuais, destacam-se as violências perpetradas por familiares e por desconhecidos. Em relação às violências sexuais contra crianças (0 a 9 anos), os agressores eram, preponderantemente, familiares (39,7%).

Nas faixas etárias de 15 a 29, 30 a 59 anos e de 60 anos ou mais os desconhecidos foram os principais prováveis agressores, com proporções de 44,7%, 41,1% e 36,4% (Figura 4).

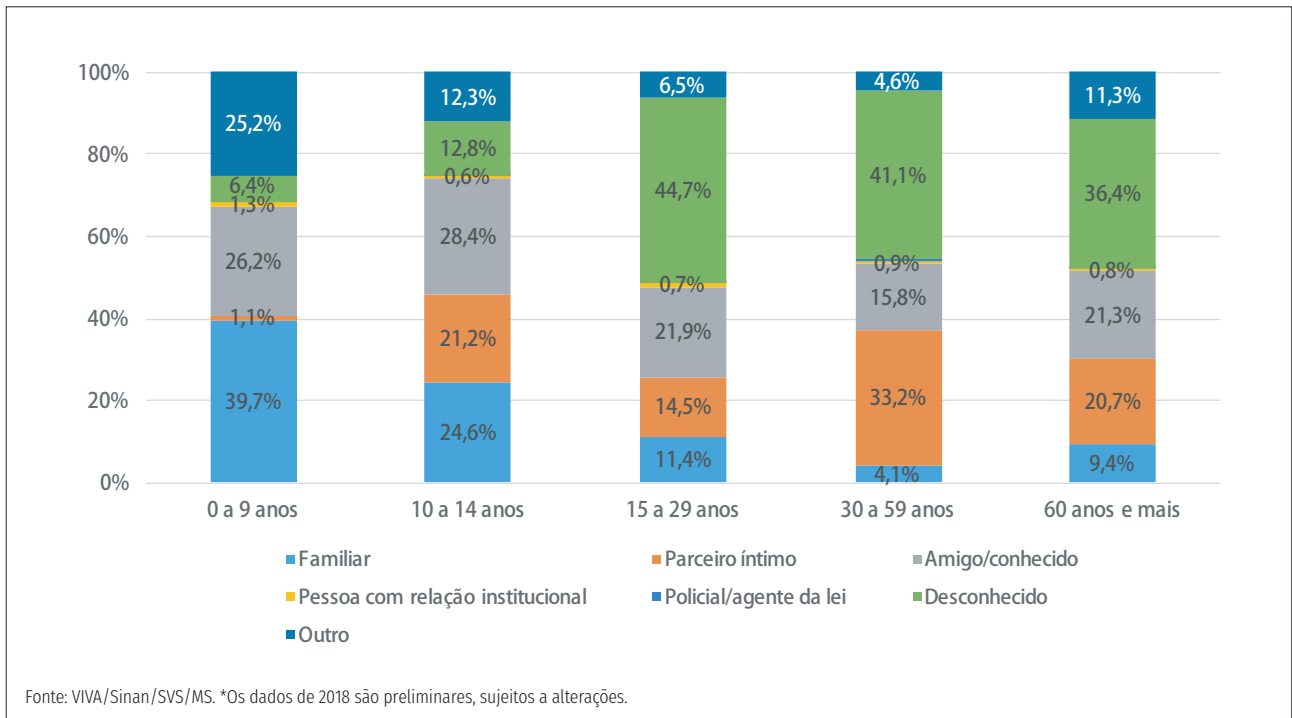


FIGURA 4 Notificações de violência sexual contra mulheres segundo provável agressor. Brasil, 2011-2018*

Foi observado que mais da metade das violências sexuais perpetradas contra crianças (0 a 9 anos) e adolescentes na faixa etária de 10 a 14 anos tiveram caráter de repetição, com proporções de 53,1% e 55,8%, respectivamente.

Os serviços de saúde são lugares de referência para as mulheres em situação de violência e a notificação é uma das dimensões da linha de cuidado para uma atenção integral e humanizada. O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) permite dimensionar e

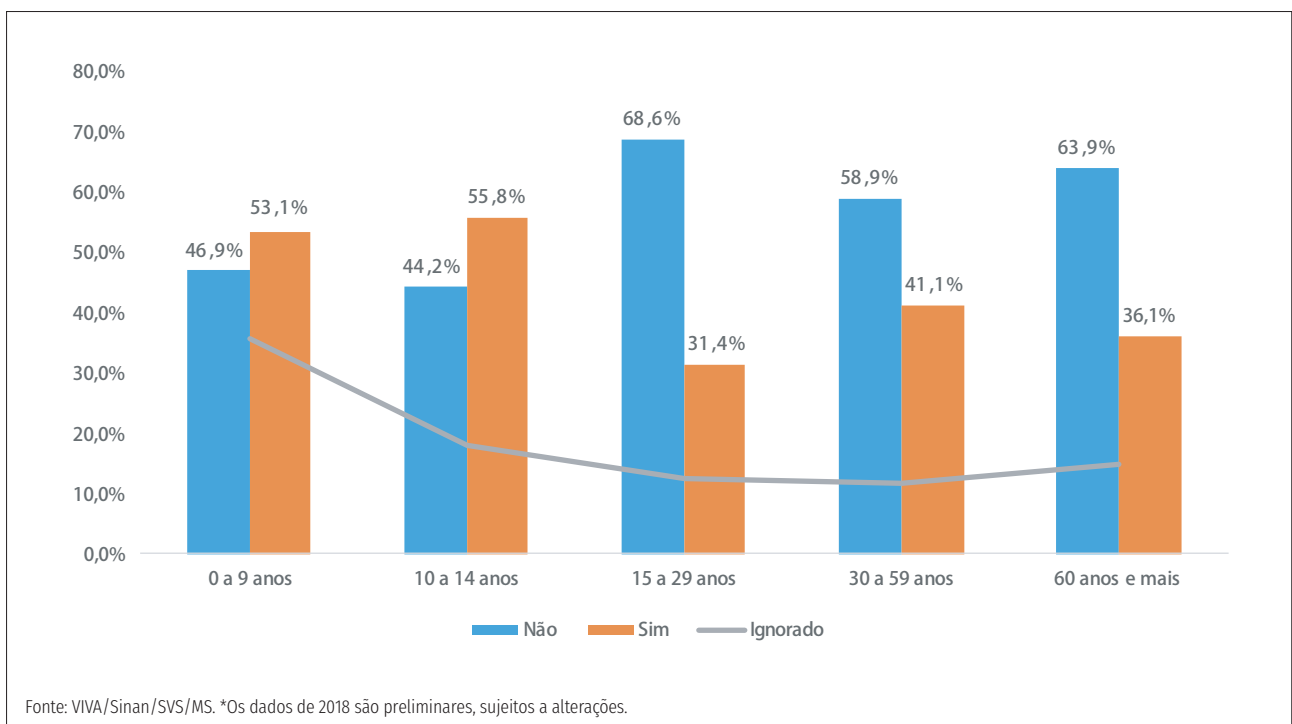


FIGURA 5 Notificações de violência sexual contra mulheres segundo caráter de repetição. Brasil, 2011-2018*

compreender o fenômeno contribuindo para articular e integrar as redes de atenção e proteção integral às pessoas em situação de violência. A vigilância contínua de violências objetiva contribuir para a conscientização sobre o problema, subsidiar a construção de estratégias de prevenção, bem como promover uma cultura da paz, de modo que a notificação se constitui em um instrumento de cuidado e garantia de direitos.

Nesse sentido, a alteração da notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher para a autoridade sanitária, tornando-a obrigatória também à autoridade policial ou Ministério Público sem a necessidade de consentimento da vítima, conforme proposto pelo PL 2.538/2019, pode comprometer a construção do vínculo de confiança entre o profissional de saúde e a pessoa em situação de violência. Ademais, viola a autonomia da mulher e o direito ao sigilo, tendo potencial para levar à ocultação desses casos entre mulheres que não desejem realizar a denúncia, justificando seu veto⁵.

Os serviços de saúde representam um espaço privilegiado para a identificação de casos de violência, e as notificações têm o papel de retirar essas violências da invisibilidade, tornando possível a articulação do setor saúde para o cuidado integral. Para que essas notificações desempenhem seu papel de instrumento de cuidado, é fundamental que os profissionais de saúde possam desempenhar seu papel com segurança e clareza, promovendo um espaço de confiança e acolhimento para a vítima, onde sua autonomia e intimidade sejam respeitadas e o sigilo de suas informações pessoais seja garantido, conforme estabelecido e garantido no artigo 31 da Lei nº 12.527/2011.

Referências

1. OMS. Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência 2014 [Internet]. São Paulo; 2015. Available from: apps.who.int/iris/bitstream/10665/145086/5/9789241564793_por.pdf
2. WHO. 10 facts about violence prevention [Internet]. Fact files. 2015 [cited 2018 Sep 14]. Available from: <http://www.who.int/features/factfiles/violence/en/>
3. PAHO. Folha informativa - Violência contra as mulheres [Internet]. Folha Informativa. 2017 [cited 2018 Sep 14]. Available from: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5669:folha-informativa-violencia-contra-as-mulheres&Itemid=820
4. BRASIL. Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde; 2016. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf
5. BRASIL. Presidência da República. Despachos do Presidente da República, mensagem Nº 495, de 9 de outubro de 2019. Diário Oficial da União, Edição Nº 197, Seção 1, página 10. Disponível em <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/core/jornalList.action>. Acessado em: 11/10/2019.

***Coordenação-Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis (CGDANT/DASNT/SVS):** Eduardo Marques Macário, Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha. **Equipe Viva:** Camila Alves Bahia, Cheila Marina de Lima, Daila Nina Freire, Karine Bonfante, Leandra Lofego Rodrigues, Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas, Rafael Bello Corassa, Rayone Moreira Costa, Valéria Cristina de Albuquerque Brito, Vinícius Oliveira de Moura Pereira.

Centro Integrado de Operações Conjuntas da Saúde: Copa do Mundo FIFA Sub-17, 26 de outubro a 17 de novembro de 2019

Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), Coordenação-Geral de Emergências em Saúde Pública (CGEMSP/DSASTE/SVS)*

A décima oitava edição da Copa do Mundo FIFA Sub-17 de 2019, organizada pela Federação Internacional de Futebol (FIFA), será realizada nas cidades de Cariacica (ES), Brasília (DF) e Goiânia (GO). O evento reunirá um total de 52 jogos, distribuídos em 5 fases, no período de 26 de outubro a 17 de novembro de 2019.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde está preparando as atividades a serem desenvolvidas para o evento, que inclui a estratégia de implementação do Centro Integrado de Operações Conjuntas da Saúde (CIOCS), que trata da realização das atividades de saúde durante os jogos, no âmbito do CIOCS Nacional.

De acordo com a Portaria nº 1.139, de 10 de junho de 2013, o CIOCS é uma unidade operacional de trabalho de caráter extraordinário e temporário, com arquitetura integrada para a gestão das ações do setor saúde, nos âmbitos da vigilância e assistência, que visa o compartilhamento de informações em saúde, para apoiar as decisões durante os eventos de massa e monitorar os incidentes relacionados à saúde.

O CIOCS possui três eixos de atuação: **Monitoramento** realizado em articulação com os setores técnicos especializados, as emergências em saúde pública (ESP); **Relatoria** – elabora instrumentos de comunicação padronizados baseados nas informações repassadas pelo monitoramento; e **Resposta Rápida** – unidade acionada para coordenar a resposta frente uma ESP.

Para o CIOCS são realizadas atividades de preparação para o monitoramento do evento Copa do Mundo Sub-17, 2019, a saber:

Atividades preparatórias

- Atualização do site Saúde do Viajante com orientações aos viajantes nacionais e internacionais.
- Reuniões com comitê da FIFA, estados e cidades sede para alinhamento das ações.
- Elaboração de Avaliação de Risco Nacional e Internacional.
- Elaboração do Plano Operativo do Centro Integrado de Operações Conjuntas da Saúde – CIOCS para monitoramento pré, durante e pós evento.
- Apoio à Rede de Urgência e Emergência referentes à orientação e fortalecimento da capacidade de resposta em situações de emergências no âmbito do SUS.
- Mapeamento dos estoques de Hidroxicobalamina e organização e preparação da rede assistencial para eventos envolvendo incêndios.
- Levantamento de estoques e distribuição de insumos de rede de laboratórios.
- Apoio no credenciamento dos profissionais de Vigilância em Saúde e Atenção à Saúde dos estados e municípios das cidades sede para acesso aos locais de partidas.
- Elaboração e divulgação de orientação do Programa Nacional de Imunizações (PNI) para FIFA e Embaixadas de países participantes do evento, conforme orientações abaixo.

Vacinação

A realização da Copa do Mundo Fifa Sub-17 nas cidades de Cariacica, Brasília e Goiânia reforça a importância do desenvolvimento e intensificação das ações de promoção da saúde e prevenção de agravos. Dentre estas ações, a vacinação é uma das principais medidas

utilizadas para a prevenção e o controle de algumas doenças imunopreveníveis. Considerando o elevado contingente de pessoas que virão de todas as partes do mundo, aumentando o fluxo de turistas neste período, é imprescindível que a população brasileira esteja com sua situação vacinal atualizada, conforme as recomendações do Calendário Nacional de Vacinação, instituído pela Portaria Nº 1.533, de 18 de agosto de 2016. Especial atenção deve ser dada aos profissionais e voluntários que manterão contato direto com turistas (trabalhadores de aeroportos, restaurantes, hotéis, taxistas e motoristas). Este grupo, em sua maioria, é formado por adultos para os quais, na rotina dos serviços de vacinação, estão disponíveis quatro vacinas: hepatite B, febre amarela, tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) e dupla adulto (difteria e tétano). A vacinação desses grupos é uma importante ação de preparação para o evento, haja vista a necessidade de proteger esses trabalhadores contra algumas doenças imunopreveníveis. Quanto à orientação de vacinação aos turistas estrangeiros, no Brasil, não há obrigatoriedade de comprovação vacinal para entrada no país, no entanto, o Ministério da Saúde (MS) recomenda que os turistas internacionais atualizem a sua situação vacinal, conforme as orientações do calendário de vacinação do país de origem ou residência. Frente ao cenário mundial e nacional, destacam-se as vacinas poliomielite, tríplice viral e febre amarela para os preparativos da Copa do Mundo Fifa Sub-17 2019.

Vacinação Febre Amarela

A vacina da febre amarela é indicada para residentes e/ou viajantes que se destinam às Áreas com Recomendação de Vacinação (ACRV), com pelo menos 10 dias de antecedência da data da viagem, tempo necessário para que a vacina confira proteção contra a infecção. A vacina é disponibilizada para todos os brasileiros a partir dos nove meses de idade. O prazo de 10 dias não se aplica no caso de revacinação.

Vacinação Tríplice Viral (sarampo, caxumba e rubéola)

Esta vacina protege contra sarampo, caxumba e rubéola. A primeira dose é administrada aos 12 meses de idade. O esquema de vacinação deverá ser completado contra o sarampo, caxumba e rubéola com a vacina tetra viral aos 15 meses de idade. Pessoas de 5 (cinco) a 29 anos de idade não vacinadas ou com esquema incompleto: devem ser vacinadas com a vacina tríplice

viral conforme situação encontrada, considerando o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses. Considerar vacinada a pessoa que comprovar 2 (duas) doses de vacina tríplice viral ou tetra viral; pessoas de 30 a 49 anos de idade não vacinadas: devem receber uma dose da vacina tríplice viral. Deverá ser considerada vacinada a pessoa que comprovar 1 (uma) dose de vacina tríplice viral. Ressalta-se que a vacina deverá ser administrada duas semanas antes da viagem.

Vacinação Poliomelite

Recomenda-se que os turistas estrangeiros venham ao Brasil com esquema de vacinação completo para poliomelite de acordo com as indicações preconizadas no país de origem.

AÇÕES PRÉ-EVENTO RELACIONADAS À VACINAÇÃO

Os estados manterão as ações de atualização da situação vacinal da sua população conforme Calendário Nacional de Vacinação. Recomenda-se, entretanto, que as estratégias com foco na vacinação dos trabalhadores que estarão expostos durante a realização dos eventos sejam realizadas até 30 dias antes do início deste. Além disso, o Ministério da Saúde continuará encaminhando os imunobiológicos aos estados e também será recomendado a preparação da rede de atendimento para acidentes com animais peçonhentos.

AÇÕES DURANTE E APÓS O EVENTO

O CIEVS Nacional estará em alerta por meio do **Plantão Notifica** para receber informações sobre qualquer evento de saúde pública. Relatórios sobre os atendimentos de saúde e ocorrências, durante os jogos nos estádios, serão consolidados diariamente.

Durante todo o período da Copa e até um mês após serão monitorados rumores de potenciais emergências relacionadas aos jogos, sobretudo em estrangeiros.

PLANTÃO NOTIFICA:

 0800 644 6645

 notifica@saude.gov.br

Recomendações às esferas estaduais e municipais

Aos estados e municípios do Distrito Federal, Goiás e Espírito Santo recomendam-se ainda as seguintes ações:

- Orientar o público viajante e população residente, incluindo os trabalhadores da área de turismo (rede hoteleira, taxista e pontos turísticos), segurança (Forças Armadas, Polícia, Guarda Municipal), prestadores de serviço ao evento, de aeroportos e de rodoviárias sobre a importância da atualização da situação vacinal por meio dos diversos meios de comunicação disponíveis (eletrônicos e impressos).
- Intensificar a divulgação da lista de municípios com recomendação da vacinação contra a febre amarela no país nos diversos meios de comunicação disponíveis (eletrônicos e impressos), possibilitando aos viajantes identificar as ACRV.
- Informar às equipes de assistência no atendimento aos acidentados por animais peçonhentos, a necessidade do uso racional dos soros antivenenos, visando à correta utilização das ampolas. Recomenda-se que a prescrição do soro seja respaldada por profissionais de saúde treinados de acordo com os protocolos contidos no Guia de Vigilância em Saúde do MS.

- Atualizar e disponibilizar às equipes de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), a lista completa dos pontos de atendimento médico que realizam soroterapia para os acidentados por animais peçonhentos. E, em casos de indisponibilidade de determinado soro, manter nessa lista os telefones de contatos de outros pontos de atendimento mais próximos, que possam receber os acidentados.

É importante que as coordenações estaduais e municipais de imunizações continuem a avaliação sistemática das coberturas vacinais de todos os imunobiológicos no estado e município, identificando as áreas com coberturas vacinais abaixo das metas estabelecidas para cada agravo.

***Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), Coordenação-Geral de Emergências em Saúde Pública (CGEMSP/DSASTE/SVS):**
Daniela Buosi Rohlf, Rodrigo Lins Frutuoso, Marília Lavocat Nunes, Sarah Maria Soares Fernandes Bayma, Emily Maviana da Trindade Santos, Lillian Nobre de Moura, Morgana de Freitas Caraciolo, Wanderley Mendes Júnior e Amanda de Sousa Delacio.