

Situação epidemiológica da febre amarela no monitoramento 2019/2020

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

Sumário

- 1 Situação epidemiológica da febre amarela no monitoramento 2019/2020
- 9 Fluxograma Classificação de risco e manejo clínico da febre amarela
- 10 Evento de monitoramento internacional: China – Pneumonia de etiologia desconhecida
- 14 Violência contra mulheres e meninas do campo, da floresta e das águas
- 19 Informes gerais

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 2
16 de janeiro de 2020

A partir da reemergência na região Centro-Oeste, em 2014, o vírus da febre amarela avançou progressivamente pelo território brasileiro, atingindo áreas com baixas coberturas vacinais e onde a vacinação não era recomendada. Os maiores surtos da história da febre amarela silvestre (FA) no Brasil – desde que esse ciclo de transmissão foi descrito na década de 1930 –, ocorreram nos anos de monitoramentos 2016/2017 e 2017/2018, quando foram registrados cerca de 2,1 mil casos e mais de 700 óbitos pela doença. Durante o monitoramento 2018/2019, a chegada do vírus ao Vale do Ribeira/SP abriu caminho para sua entrada no Paraná (janeiro/2019) e em Santa Catarina (março/2019) pela região litorânea, onde produziu surtos de menor magnitude quando comparados àqueles dos anos anteriores. Contudo, essas áreas não registravam a circulação do vírus há décadas, de modo que a recomendação de vacinação para essas populações havia sido recentemente adotada. Detecções na região Amazônica também foram registradas, sinalizando a circulação ativa do vírus na área endêmica e o risco de novas introduções na região Centro-Oeste, sobretudo pela região hidrográfica do Tocantins-Araguaia.

No monitoramento 2019/2020, iniciado em julho/2019, detecções do vírus entre primatas não humanos (PNH) durante os meses que antecederam o verão, sobretudo em novembro e dezembro/2019, dão indícios de que sua dispersão pelos corredores ecológicos estimados a partir dos dados de ocorrência do período anterior se concretizará durante o período sazonal (dezembro a maio). Os dados atualizados do período estão apresentados a seguir.

Monitoramento da febre amarela – 2019/2020

Epizootias em primatas não humanos (macacos)

No período de monitoramento atual (2019/2020), iniciado em julho/2019, foram notificados 1.087 eventos envolvendo a morte de macacos com suspeita de FA, das quais 38 epizootias foram confirmadas por critério laboratorial, 300 foram descartadas, 361 permanecem em investigação e 388 foram classificadas como indeterminadas, por não ter sido possível coletar amostras para diagnóstico (Tabela 1; Figura 1).

■ 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!

As detecções do vírus amarelo em PNH foram registradas em São Paulo (3), Paraná (34) e Santa Catarina (1) (Figura 2), sinalizando a circulação ativa do vírus nesses estados e o aumento do risco de transmissão às populações humanas com a chegada do verão. Conforme

previsão do modelo de corredores ecológicos, a manutenção da transmissão nessas áreas aponta para a provável dispersão do vírus nos sentidos oeste do Paraná e sudoeste de Santa Catarina, além da possível dispersão para o Rio Grande do Sul.

TABELA 1 Epizootias em primatas não humanos notificadas à SVS/MS, por UF do local de ocorrência e classificação, Brasil, julho/2019 a janeiro/2020

Região	UF	Epizootias				
		Notificadas	Descartadas	Indeterminadas	Em investigação	Confirmadas
Norte	Acre					
	Amapá					
	Amazonas					
	Pará	10		10		
	Rondônia	4		3	1	
	Roraima	2	1	1		
	Tocantins	17		6	11	
	Nordeste	Alagoas				
Bahia	17		12	5		
Ceará						
Maranhão						
Paraíba	3		1	2		
Pernambuco	4	1		3		
Piauí						
Rio Grande do Norte	11		4	7		
Sergipe	1		1			
Centro-Oeste	Distrito Federal	47	42	5		
	Goiás	54	5	27	22	
	Mato Grosso	4	2	1	1	
	Mato Grosso do Sul					
Sudeste	Espírito Santo	7	0	2	5	
	Minas Gerais	209	20	141	48	
	Rio de Janeiro	89	0	22	67	
	São Paulo	259	125	61	70	3
Sul	Paraná	167	64	37	32	34
	Rio Grande do Sul	11	2	3	6	
	Santa Catarina	171	38	51	81	1
Total		1087	300	388	361	38

Fonte: CGARB/DEIDT/SVS/MS. *Dados preliminares e sujeitos a revisão.

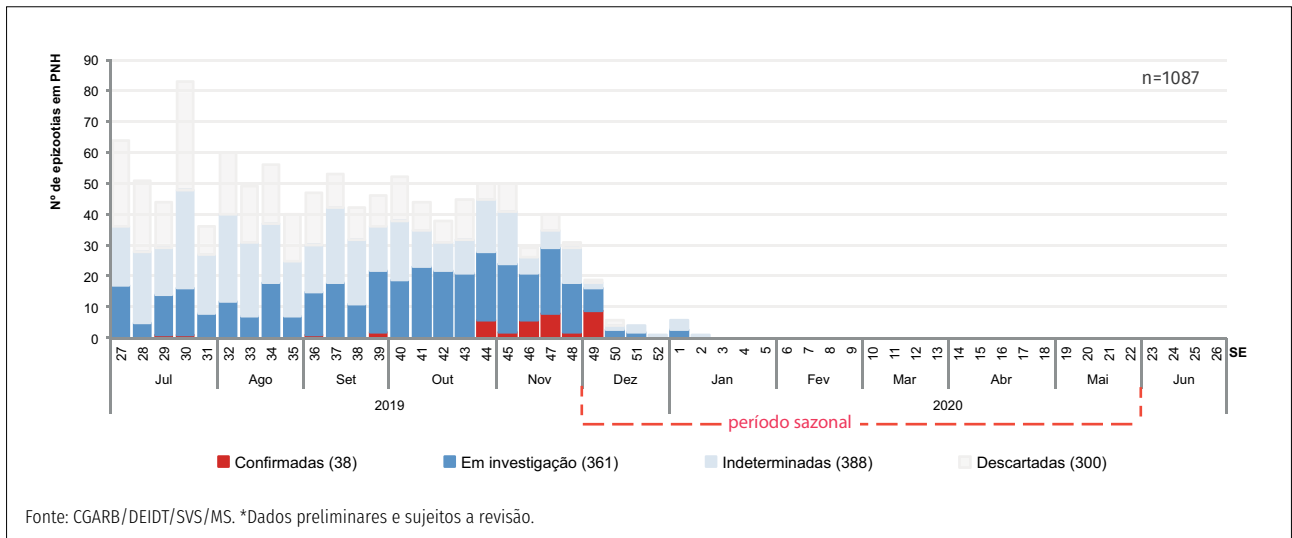


FIGURA 1 Epizootias em primatas não humanos notificadas à SVS/MS, por semana epidemiológica de ocorrência e classificação, Brasil, julho/2019 a janeiro/2020

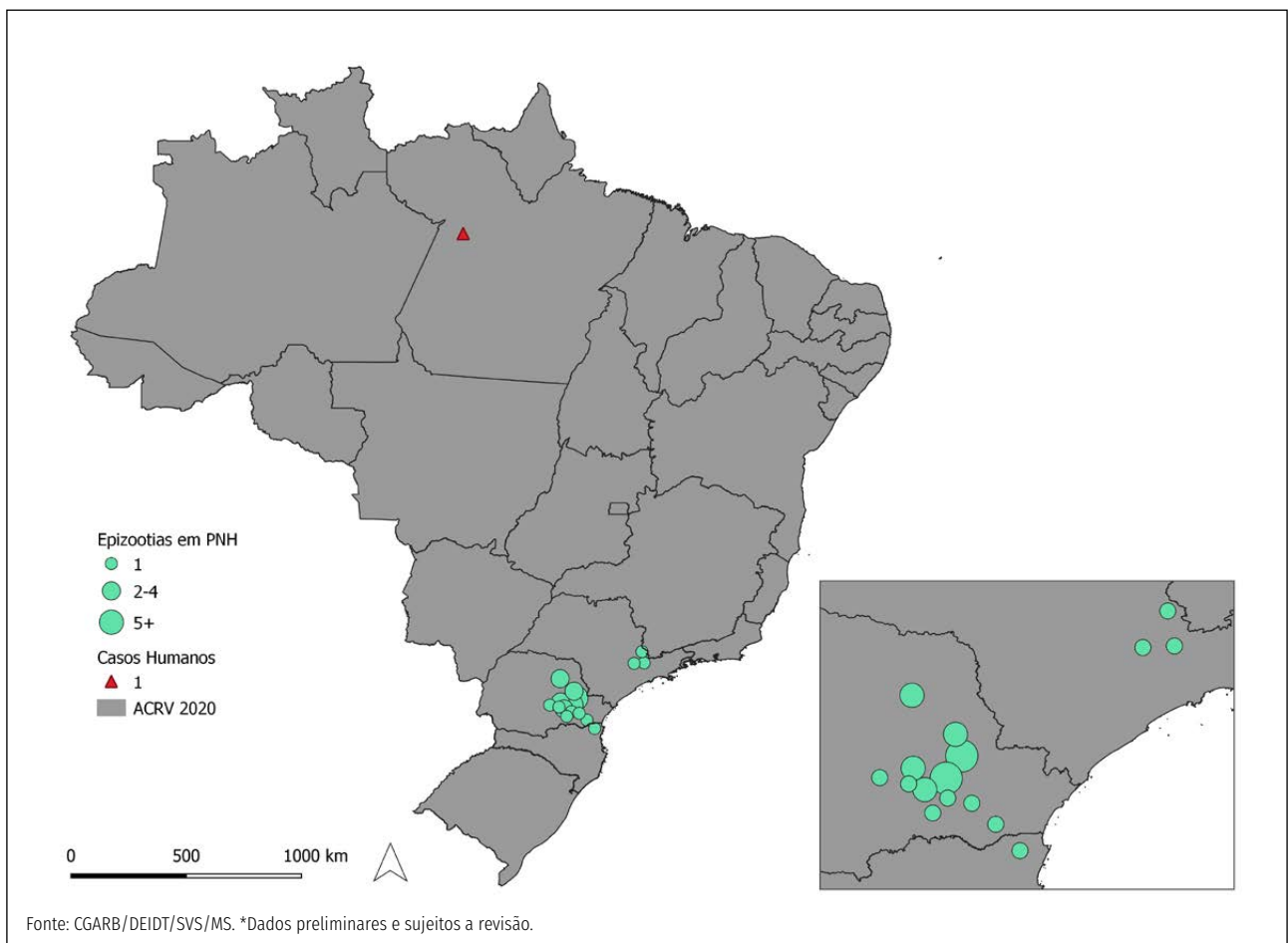


FIGURA 2 Distribuição das epizootias em primatas não humanos e dos casos humanos confirmados para febre amarela no Brasil, por município do local provável de infecção e/ou de ocorrência, entre julho/2019 e janeiro/2020

Casos humanos

Durante o monitoramento 2019/2020, foram notificados 327 casos humanos suspeitos, de todas as regiões do país, dos quais 51 (15,6%) permanecem em investigação

(Tabela 2). Apenas um caso humano, que veio a óbito, foi confirmado no período, ocorrido no Pará em julho/2019 (Figuras 2 e 3). Trata-se de um indivíduo do sexo masculino e com 51 anos, que residia numa comunidade indígena de Santarém.

TABELA 2 Casos humanos suspeitos de febre amarela notificados à SVS/MS, por UF do local provável de infecção e classificação, Brasil, julho/2019 a janeiro/2020

Região	Uf (LPI)	Casos notificados	Casos descartados	Casos em investigação	Casos confirmados			
					Total	Curas	Óbitos	Letalidade (%)
Norte	Acre	0						
	Amapá	2	2					
	Amazonas	2	1	1				
	Pará	14	11	2	1		1	100,0
	Rondônia	4	3	1				
	Roraima	1	1					
	Tocantins	6	6					
Nordeste	Alagoas	0						
	Bahia	4	1	3				
	Ceará	0						
	Maranhão	1		1				
	Paraíba	0						
	Pernambuco	0						
	Piauí	1	1					
	Rio Grande do Norte	0						
	Sergipe	0						
Centro-Oeste	Distrito Federal	12	11	1				
	Goiás	23	21	2				
	Mato Grosso	2	2					
	Mato Grosso do Sul	2	2					
Sudeste	Espírito Santo	11	9	2				
	Minas Gerais	22	20	2				
	Rio de Janeiro	11	11					
	São Paulo	144	117	27				
Sul	Paraná	40	36	4				
	Rio Grande do Sul	9	9					
	Santa Catarina	16	12	4				
Total		327	276	50	1		1	100,0

Fonte: CGARB/DEIDT/SVS/MS. *Dados preliminares e sujeitos a revisão.

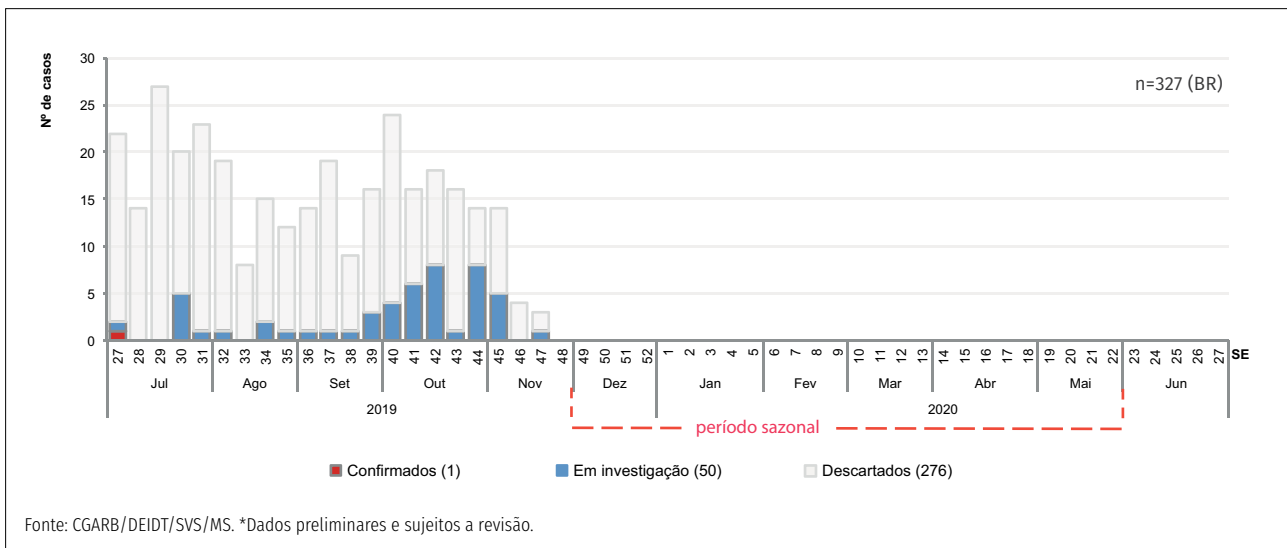


FIGURA 3 Casos humanos suspeitos de febre amarela notificados à SVS/MS, por semana epidemiológica de início dos sintomas e classificação, Brasil, julho/2019 a janeiro/2020

Avaliação de risco – modelo de corredores ecológicos

O aumento da frequência de epizootias em PNH confirmadas nas últimas semanas põem em alerta o sistema de vigilância, em função do elevado risco de ocorrência de casos humanos nas áreas com registro de transmissão. Nesse sentido, a detecção precoce e oportuna da circulação do vírus entre primatas não humanos e a vacinação das populações sob risco são fatores críticos para a mitigação dos danos às populações humanas.

A atual reemergência de FA, iniciada em 2014, afetou regiões metropolitanas de diversos estados do País e causou impactos sem precedentes na história recente da doença. A dispersão do vírus para áreas sem registro de circulação há décadas alertou para o risco de transmissão mesmo em áreas sem histórico recente de transmissão, e suscitou o uso de ferramentas modernas de avaliação e predição de risco, no sentido de ampliar a compreensão sobre os

processos de difusão e dispersão espaço-temporal e os fatores que desencadeiam as reemergências por FA no Brasil.

Após o registro de surto de FA, foi implantado o uso do aplicativo do Sistema de Informação em Saúde Silvestre (SISS-Geo) do Centro de Informação em Saúde Silvestre da Fiocruz (CISS/Fiocruz), para captação em tempo real de dados georreferenciados das epizootias em PNH. A implantação do sistema possibilitou definir as áreas prioritárias para ações de vigilância e imunização – a partir da metodologia de previsão dos corredores ecológicos favoráveis à dispersão do vírus na Região Sul –, conforme divulgado na **Nota Técnica CGARB/DEIDT/SVS nº 169/2019**, disponível em <https://bit.ly/35f2TUD>. O documento apresenta o Plano de Ação para monitoramento do período sazonal da febre amarela e informa os métodos e resultados da avaliação de risco e priorização das áreas de vacinação na Região Sul, Brasil, 2019/2020 (Figura 5). Para a implantação do SISS-Geo e o desenvolvimento do modelo de corredores ecológicos, foi estabelecido grupo de trabalho formado por técnicos da Coordenação-Geral de Vigilância das Arboviroses (CGARB/SVS/MS); das secretarias estaduais de saúde do Paraná, de Santa Catarina e do Rio Grande do Sul; CISS/Fiocruz; e com a colaboração do pesquisador Adriano Pinter (Sucen/SP).

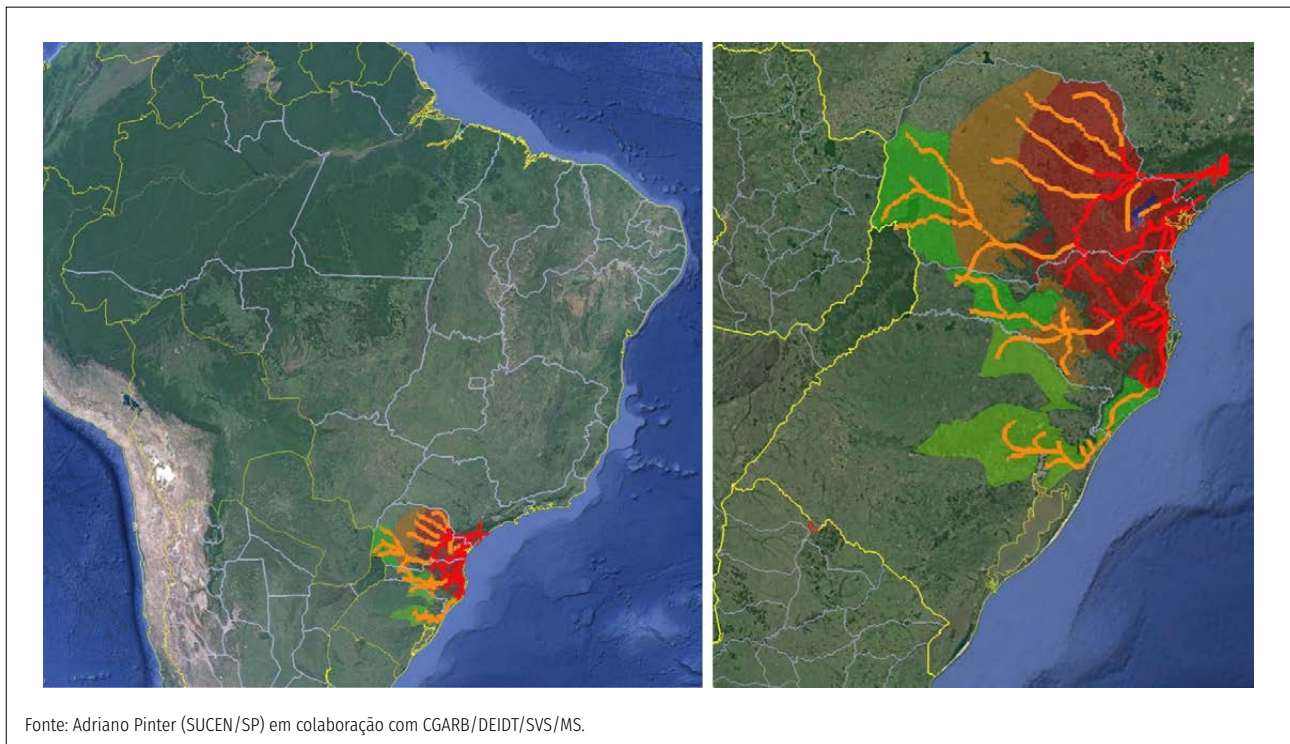


FIGURA 5 Rotas de dispersão do vírus da febre amarela na Região Sul, traçadas a partir dos modelos de previsão com base nos corredores ecológicos, reemergência extra-Amazônica da febre amarela, período de monitoramento 2018/2019, Brasil

Orientações para a intensificação da vigilância

O Ministério da Saúde ressalta a necessidade de alertar a rede de serviços de saúde de vigilância epidemiológica e ambiental e de imunização para antecipar a resposta e prevenir a ocorrência da doença em humanos. Nesse sentido, recomenda-se:

1. Avaliar as coberturas vacinais nos municípios da Área Com Recomendação de Vacinação (ACRV) e imunizar as populações prioritárias.
2. Orientar viajantes com destino à ACRV e áreas recentemente afetadas sobre a importância da vacinação preventiva (pelo menos 10 dias antes da viagem), sobretudo àqueles que pretendem realizar atividades em áreas silvestres ou rurais.
3. Estabelecer parcerias com instituições e profissionais dos setores de saúde e extra saúde (meio ambiente, agricultura/pecuária, entre outros) para a notificação e investigação da morte de primatas não humanos.
4. Aprimorar o fluxo de informações e amostras entre Secretarias Municipais da Saúde, órgãos regionais e Secretarias Estaduais da Saúde, visando à notificação imediata ao Ministério da Saúde (até 24 horas), a fim de garantir oportunidade para a tomada de decisão e maior capacidade de resposta.
5. Notificar e investigar oportunamente todas as epizootias em PNH detectadas, observando-se os protocolos de colheita, conservação e transporte de amostras biológicas, desde o procedimento da colheita até o envio aos laboratórios de referência regional e nacional, conforme **Nota Técnica Nº5 SEI/2017 CGLAB/DEVIT/SVS**.
6. Notificar e investigar oportunamente os casos humanos suspeitos de FA, atentando para o histórico de vacinação preventiva, deslocamentos para áreas de risco e atividades de exposição para definição do Local Provável de Infecção (LPI).
7. Utilizar recursos da investigação entomológica, ampliando-se as informações disponíveis para compreensão, intervenção e resposta dos serviços de saúde, de modo a contribuir com o conhecimento e monitoramento das características epidemiológicas relacionadas à transmissão no Brasil.
8. Intensificar as vigilâncias humana e animal nas áreas com evidência de circulação do vírus e ao longo das rotas prováveis de dispersão (corredores ecológicos; Figura 5), para atualização sistemática e contínua dos modelos de previsão e ajustes da modelagem de dados de acordo com os padrões de ocorrência nos diferentes cenários de transmissão.

Ressalta-se que a FA compõe a lista de doenças de notificação compulsória imediata, definida na Portaria de Consolidação nº 4, capítulo I. art 1º ao 11. Anexo 1, do Anexo V; (Origem: PRT MS/GM 204/2016) e capítulo III. art 17 ao 21. Anexo 3, do Anexo V; (Origem: PRT MS/GM 782/2017). Tanto os casos humanos suspeitos quanto o

adoecimento e morte de macacos devem ser notificados em até 24 horas após a suspeita inicial.

Informações adicionais acerca da febre amarela estão disponíveis em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/febre-amarela-sintomas-transmissao-e-prevencao>.

Anexo

TABELA 3 Lista de municípios afetados durante o monitoramento 2019/2020, Brasil

UF	Município	UF	Município	UF	Município
PA	Santarém	PR	Imbituva	PR	Prudentópolis
SP	Atibaia	PR	Ipiranga	PR	São João do Triunfo
SP	Itupeva	PR	Mandirituba	PR	Sapopema
SP	Serra Negra	PR	Palmeira	PR	Teixeira Soares
PR	Balsa Nova	PR	Piraí do Sul	SC	Joinville
PR	Castro	PR	Ponta Grossa		

Fonte: CGARB/DEIDT/SVS. *Dados preliminares e sujeitos a revisão.

Municípios afetados: municípios com evidência recente de transmissão do vírus da FA em humanos, primatas não humanos ou mosquitos.

Período de monitoramento – julho/2019 a junho/2020.

***Coordenação-Geral de Vigilância das Arboviroses – Febre Amarela (CGARB/DEIDT/SVS):** Daniel Garkauskas Ramos, Alessandro Pecego Martins Romano, Pedro Henrique de Oliveira Passos, Juliana Chedid Nogared Rossi, Josivania Arrais de Figueiredo, Camila Ribeiro Silva, Larissa Arruda Barbosa, Noely Oliveira de Moura, Rodrigo Fabiano do Carmo Said.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E MANEJO CLÍNICO DA FEBRE AMARELA

DEFINIÇÃO DE CASO PARA MANEJO CLÍNICO DA FEBRE AMARELA

Em área sem evidência de circulação viral

Indivíduo com quadro infeccioso febril agudo (geralmente até 7 dias) de início súbito, acompanhado de icterícia e/ou manifestações hemorrágicas, com exposição nos últimos 15 dias em área de risco e/ou em Área com Recomendação de Vacinação (ACRV) e/ou em locais com recente ocorrência de epizootia em PNH, independentemente do estado vacinal*.

Em área de surto

Indivíduo com até 7 dias de quadro febril agudo (febre relatada ou aferida), acompanhado de dois ou mais dos seguintes sinais e sintomas: cefaleia; mialgia; lombalgia; mal-estar; calafrios, náuseas; tonturas; dor abdominal; icterícia; manifestações hemorrágicas; elevação de transaminases, com exposição em área recentemente afetada (em surto) ou em ambientes rurais dessas áreas, independentemente do estado vacinal*.

* A informação do estado vacinal deve ser considerada para fins de vigilância, mas não deve ser critério de exclusão para o manejo clínico do paciente.

FAZER AVALIAÇÃO CLÍNICA E REALIZAR TGO, TGP, RNI, CREATININA E HEMOGRAMA COMPLETO

APRESENTA ALGUM SINAL DE GRAVIDADE?

SINAIS DE GRAVIDADE

Oligúria, sonolência, confusão mental, torpor, coma, convulsão, sangramento, dificuldade respiratória, hipotensão, sinais de má perfusão

e/ou

TGP ou TGO >2000, CR >2, RNI >1,5, Plaquetas <50000

Não

Sim

APRESENTA ALGUM SINAL DE ALARME?

SINAIS DE ALARME

Vômito, diarreia, dor abdominal

e/ou

2000 >TGO ≥500 - 2 >Creatinina ≥1,3

Não

Sim

FORMA LEVE (GRUPO A) SEM SINAIS DE ALARME

Condução:

Observação em unidade 24h ou internação clínica hospitalar. Recomenda-se a administração de analgésicos e antitérmicos indicados** e manutenção da euvolemia.

Realizar reavaliação clínica/reclassificação a cada 12 horas e revisão laboratorial (no mínimo transaminases, creatinina, RNI e hemograma completo) com intervalo máximo de 24h.

Crêterios de alta:

Paciente permanece internado até 48 horas após remissão da febre, sem manifestação de alteraçôes clínicas e laboratoriais. Programar seguimento pós-alta.

FORMA MODERADA (GRUPO B) COM SINAIS DE ALARME

Condução:

Internação hospitalar
Recomenda-se a administração de analgésicos e antitérmicos indicados** e manutenção da euvolemia.
Avaliar sinais de desidrataçôo (diurese, turgor, perfusão capilar); se necessário, hidrataçôo venosa com cristalóide 20 ml/kg em 1 hora para manter diurese em 0,5/ml/kg/h, repetindo até 2 vezes. Caso se mantenha oligúrico ou hipotenso, encaminhar para a UTI.

Realizar reavaliação clínica/reclassificação a cada 4 horas e revisão laboratorial com intervalo máximo de 12h.

Crêterios de alta:

Pelo menos 7 dias do início dos sintomas, afebril e com melhora clínica e laboratorial há pelo menos 72 horas. Programar seguimento pós-alta.

FORMA GRAVE (GRUPO C) COM SINAIS DE GRAVIDADE

Condução:

Internação hospitalar em UTI
Seguir orientaçôes do manual de manejo clínico.

IMPORTANTE

Os casos de pacientes que apresentem sinais/sintomas compatíveis com os descritos no caso suspeito, até 30 dias após terem recebido a vacina contra a febre amarela, deverão ser notificados e investigados imediatamente como suspeitos de Evento Adverso Pós-Vacinação (EAPV).

** Evitar o uso de paracetamol, AAS e AINES.



Evento de monitoramento internacional: China – Pneumonia de etiologia desconhecida

Coordenação-Geral de Emergências em Saúde Pública (CGEMSP/DSASTE/SVS); Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública (CGLAB/DAEVS/SVS); Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI/DEIDT/SVS)*

Antecedentes

Em 31 de dezembro de 2019 o escritório da Organização Mundial da Saúde (OMS) foi informado sobre casos de pneumonia de etiologia desconhecida detectados na cidade de Wuhan, localizada na província de Hubei, na parte central da China, cuja população estimada é de 11 milhões de habitantes.

As autoridades chinesas informaram à OMS que, em 3 de janeiro de 2020, foram detectados 44 pacientes com pneumonia de etiologia desconhecida na província de Hubei, onde 11 estavam gravemente doentes e os demais se encontravam clinicamente estáveis. Relataram que alguns pacientes trabalhavam em um mercado atacadista de peixes e animais vivos, localizado em Wuhan, denominado *Huanan Seafood Market*, maior mercado da cidade com 600 estabelecimentos e 1.500 trabalhadores. O mercado foi fechado em 1 de janeiro de 2020 para ações de saneamento e desinfecção ambiental. Até o momento, o agente causal ainda não foi identificado ou confirmado.

Cenário atual

A partir do compilado das informações disponíveis no site da OMS e do produto da detecção digital de rumores realizadas entre os dias 5 e 6 de janeiro de 2020 pelo Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), da Coordenação Geral das Emergências em Saúde Pública (CGEMSP) da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), temos 59 casos confirmados em Wuhan e 21

casos suspeitos detectados em Hong Kong, todos com histórico de deslocamento e moradia em Wuhan. Desses, 44 foram hospitalizados, sendo sete em estado grave e sete já receberam alta. Dos 21 casos suspeitos notificados em Hong Kong, sete já foram descartados por identificação do agente etiológico (Coronavírus e outro tipos virais).

Os sinais e sintomas clínicos referidos são principalmente febre, dor, dificuldade em respirar em alguns pacientes e infiltrado pulmonar bilateral.

De acordo com uma pesquisa epidemiológica preliminar realizada por autoridades chinesas, não há evidência de transmissão de uma pessoa para outra pessoa e, ainda, há ausência de relato de casos entre os profissionais de saúde que realizam os atendimentos.

A identificação de patógenos (incluindo detecção de ácidos nucleicos e isolamento e cultura de vírus) e o rastreamento da causa estão em andamento pelas autoridades locais. Entretanto, o governo chinês já descartou patógenos respiratórios como influenza, influenza aviária, adenovírus, pneumonia atípica infecciosa (SARS) e Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS).

A detecção digital de rumores realizada pelo CIEVS/SVS, a partir do monitoramento de painel desenvolvido por meio da ferramenta EIOS (*Epidemic Intelligence from Open Sources*) – plataforma gerenciada pela OMS – apresentou em escala global a captura de 840 rumores referentes à Pneumonia atípica na China, desde a data do primeiro caso, 12 de dezembro de 2019, até o dia de hoje, conforme gráfico a seguir.

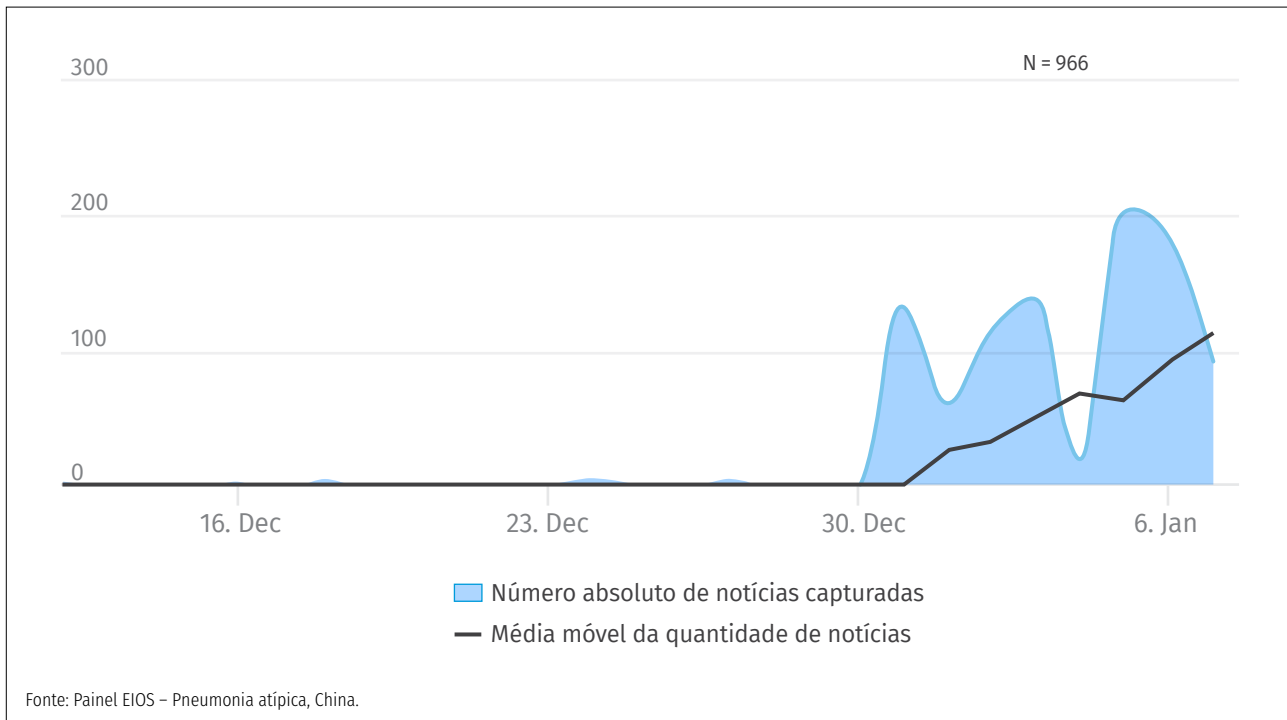


FIGURA 1 Distribuição de rumores digitais segundo painel EIOS, 12 de dezembro de 2019 a 7 de janeiro de 2020

Medidas de prevenção e controle que já foram adotadas por Wuhan na província de Hubei

- Condução de pesquisas, investigações epidemiológicas e buscas retrospectivas de prontuários realizadas por especialistas/oficiais nacionais em instituições médicas de toda a cidade.
- Busca ativa de casos e rastreamento de contatos (n=163) realizada pela Comissão Municipal de Saúde de Wuhan para acompanhamento e observação médica.
- Isolamento de casos em unidades de saúde.
- Suspensão das atividades do mercado da cidade de frutos do mar, com desinfecção do espaço físico e ambiente, em 1 de janeiro de 2020.
- Atividades de comunicação de risco público para melhorar a conscientização pública e a adoção de medidas de autoproteção.
- Estabelecimento de parcerias institucionais para identificação de patógenos associados ao surto.

Avaliação de risco da OMS

As informações disponíveis até o momento são limitadas para determinar o risco geral de surto relacionado a uma pneumonia de etiologia desconhecida. Os casos estão restritos a trabalhadores ou visitantes de um mercado

atacadista de peixes e animais vivos na cidade de Wuhan. Os sintomas relatados entre os casos são comuns a várias doenças respiratórias, assim como a casos de pneumonia no inverno. No entanto, a necessidade de hospitalização e a gravidade apresentada em alguns casos, requer prudência, considerando que o agente etiológico ainda não foi identificado. Outras informações sobre epidemiologia e investigações laboratoriais são necessárias para determinar a causa desse surto e realizar uma avaliação de risco mais robusta.

Recomendações para prevenção e controle da OMS

Embora a causa da pneumonia e o mecanismo de transmissão sejam desconhecidos, é prudente lembrar às populações os princípios básicos para reduzir o risco geral de infecções respiratórias agudas:

- Evitar contato próximo com pessoas que sofrem de infecções respiratórias agudas;
- Lavagem frequente das mãos, especialmente após contato direto com pessoas doentes ou com o meio ambiente;
- Evitar contato próximo com animais selvagens e animais doentes em fazendas ou criações;
- Pessoas com sintomas de infecção respiratória aguda devem praticar etiqueta respiratória.

A OMS não recomenda medidas específicas diferentes para os viajantes. No caso de sintomas sugestivos de doença respiratória, durante ou após a viagem, os viajantes são incentivados a procurar atendimento médico e compartilhar o histórico de viagens com seu médico.

Ressalta-se, portanto, que esses casos não alteram as recomendações atuais da OMS sobre medidas de saúde pública, vigilância de influenza e infecções respiratórias agudas graves.

Ainda, a OMS desaconselha a aplicação de quaisquer restrições de viagem ou comércio na China, com base nas informações atuais disponíveis para este evento.

Ações de saúde no Brasil

Até o momento, Ministério da Saúde informa que não há detecção de nenhum caso suspeito de Pneumonia Indeterminada relacionado ao evento na China.

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde realiza o monitoramento diário da situação junto à OMS desde o início das notificações.

O Ministério da Saúde do Brasil corrobora com a avaliação de risco e as orientações repassadas pela OMS, e aguarda novas atualizações para revisão desta avaliação de risco para o país.

Para o monitoramento e aprimoramento da capacidade de atuação do país diante do referido evento, desencadeadas diversas ações pelo Governo Federal:

- Adoção das medidas recomendadas pela OMS;
- Notificação da área de Portos, Aeroportos e Fronteiras da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- Notificação da área de Vigilância Animal do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA);
- Notificação às Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios, demais Secretarias do Ministério da Saúde e demais órgãos federais com base em dados oficiais, evitando medidas restritivas e desproporcionais em relação aos riscos para a saúde e trânsito de pessoas, bens e mercadorias;
- Realização de avaliação de risco diário com base nas informações recebidas do Ponto de Contato da OMS para o RSI nas Américas;

- Relatório diário da situação para os órgãos;
- Revisão da capacidade instalada de *primers* e testes diagnósticos para investigação e descarte de agentes etiológicos respiratórios conhecidos;
- Revisão dos fluxos de investigação de casos identificados em pontos de entrada (ações no ponto de entrada, fluxo de investigação, hospital de referência, investigação de contatos etc.);
- Revisão dos principais aeroportos de conexão (hubs) provenientes da China para identificação mensuração dos riscos;
- Atualização dos protocolos e procedimentos operacionais padrão de vigilância e atenção frente a identificação de casos suspeitos de Síndrome Respiratória Aguda Grave.
- Recomendação para a adoção da definição preliminar de caso suspeito até que se tenha melhor descrição dos casos.

Definição preliminar para identificação de caso suspeito de pneumonia indeterminada identificada na China

Identificação de indivíduo de qualquer idade – que a partir de 29 de dezembro de 2019 –, apresentar histórico de:

- Febre alta (>38°C);
- Tosse ou dificuldade de respirar;
- Uma ou mais das seguintes exposições durante os últimos 10 dias anteriores ao início dos sintomas:
 - Contato próximo (cuidou, morou ou teve contato direto com secreções respiratórias ou fluidos corporais) com uma pessoa que seja suspeita ou provável caso de Pneumonia Indeterminada identificada na China;
 - Histórico de viagens para uma área com transmissão local recente de Pneumonia Indeterminada identificada na China;
 - Histórico de viagens para uma área com transmissão local recente de Pneumonia Indeterminada identificada na China;

Observação: adaptação preliminar da SARS até que se tenha confirmação e melhor descrição dos casos na China.

Rede laboratorial para diagnóstico de Influenza e outros agentes etiológicos – 2020

Dentro dessa rede laboratorial, os Lacen são responsáveis por analisar amostras coletadas de pacientes com Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) coletadas sistematicamente, possibilitando a identificação e a caracterização dos vírus influenza circulantes no País. O diagnóstico de Influenza A e B é realizado por Biologia Molecular – RTqPCR. Os Lacen fazem o diagnóstico para Influenza A (H1N1pdm 09 e H3N2 sazonal), B e VSR por Biologia Molecular (média de liberação de resultados: 6 dias).

Todos os Lacen, com exceção dos Lacen dos estados do AC, AP, MA e PB, realizam o diagnóstico de Influenza por RTqPCR. O IEC realiza os exames dos estados do AC, AP, MA e PB.

A Coordenação Geral de Laboratórios (CGLAB/SVS/MS) faz a aquisição dos oligonucleotídeos, kits de extração e kits de RT PCR para a realização dos exames de Influenza e VSR; e kits painel de Imunofluorescência para pesquisa de outros vírus respiratórios (Adenovírus, Parainfluenza 1, Parainfluenza 2, Parainfluenza 3 e vírus sincicial respiratório).

Análises complementares à identificação viral, tais com caracterizações antigênicas e genéticas, além de teste de sensibilidade a antivirais e isolamento viral, são realizadas pelos NIC (Centro Nacional de Influenza):

- Laboratório de Vírus Respiratórios e Sarampo – Fiocruz/RJ;
- Laboratório de Vírus Respiratório – IAL/SP;
- Laboratório de Vírus Respiratório – IEC/PA.

Os NIC – possuem insumos para realizar o diagnóstico de Influenza aviária (H5, H7 e H9) e MersCov.

Referências

Site restrito da OMS, atualizado no dia 6 de janeiro de 2020, às 16h00.

<https://www.noticiasaminuto.com/mundo/1387862/autoridades-negam-que-doenca-respiratoria-em-wuhan-seja-pneumonia-atipica>.

https://www.sabado.pt/mundo/detalhe/pneumonia-viral-atinge-59-pessoas-na-china?ref=SEC_ultimos_ultima-hora.

<https://crofsblogs.typepad.com/h5n1/2020/01/hong-kong-public-warned-not-to-drop-their-guard-over-mystery-china-virus-after-tests-rule-out-sars-or-bird-flu.html>.

<https://www.inquisitr.com/5823138/china-mystery-illness-sars/>.

<http://outbreaknewstoday.com/sars-mers-ruled-out-in-china-pneumonia-cluster-40965/>.

<https://crofsblogs.typepad.com/h5n1/2020/01/who-pneumonia-of-unknown-cause-china.html>.

Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS): Wanderson Kleber de Oliveira. ***Coordenação-Geral de Emergências em Saúde Pública (CGEMSP/DSASTE/SVS):** Marcus Vinícius Quito, Rodrigo Lins Frutuoso, Sarah Maria Soares Fernandes Bayma, Lillian Nobre de Moura e Wanderley Mendes Júnior. ***Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública (CGLAB/DAEVS/SVS):** André Luiz de Abreu. ***Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI/DEIDT/SVS):** Daiana Araújo da Silva e Felipe Cotrim de Carvalho.

Violência contra mulheres e meninas do campo, da floresta e das águas

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

As populações do campo, da floresta e das águas são aquelas que relacionam esses territórios à sua forma de viver, de produzir e de se reproduzir socialmente¹. Incluem-se nesse grupo populações ribeirinhas, extrativistas, agricultores familiares, quilombolas, trabalhadores rurais, entre outros. Essas populações se apresentam em situação de vulnerabilidade, com dificuldade de acesso a serviços de saúde¹, isolamento e meio social masculinizado e marcado por uma cultura patriarcal².

Tendo em vista as vulnerabilidades a que estão expostas e a complexidade das condições de saúde dessas populações, foram promulgadas, em 2011, a Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011³, e em 2014, a Portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014⁴, instituindo a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCA), tendo como objetivo geral a promoção da saúde das populações do campo e floresta, reconhecendo as especificidades de gênero, geração, raça/cor, etnia e orientação sexual². Além disso, a política traz, como um de seus objetivos específicos, a redução das vulnerabilidades em saúde das populações do campo, floresta e águas, através de ações integrais voltadas para a saúde do idoso, da mulher, da pessoa com deficiência, da criança e do adolescente, do homem e do trabalhador, considerando a saúde sexual e reprodutiva, bem como a violência sexual e doméstica².

As análises deste boletim buscam, portanto, trazer informações sobre os registros de casos de violência contra mulheres do campo, floresta e águas no Brasil, a fim de dar visibilidade à violência contra essa população e à necessidade de ações efetivas de prevenção direcionadas a esses grupos populacionais.

Foi realizada uma análise descritiva dos dados do componente contínuo do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva/Sinan), no período de 2011 a 2018 (dados preliminares, extraídos em outubro de 2019), obtidos a partir da “Ficha de notificação individual de violência interpessoal/autoprovocada”⁵. Delimitou-se como populações do campo, floresta e águas aquelas

cujas zonas de residência informada na notificação foi a rural. Foram incluídos na análise os casos de violência interpessoal contra mulheres residentes nas zonas rural e urbana. Todas as análises foram estratificadas pela zona de residência (urbana ou rural), a fim de realizar comparações entre os grupos. Foram analisadas as variáveis: faixa etária, raça/cor e escolaridade, estado civil, gestante, violência de repetição, local de ocorrência, natureza da violência e relação entre vítima e agressor.

Entre 2011 e 2018 (dados preliminares) foram notificados um total de 1.282.761 casos de violência interpessoal/autoprovocada contra mulheres. Desse total, 80,9% (1.038.270) foram identificados como violência interpessoal, dos quais 4,4% (76.601) envolveram residentes na zona rural (CFA). Houve predomínio de mulheres jovens e adultas, na faixa de 15 a 34 anos de idade, tanto na zona urbana (46,6%) quanto na rural (42,6%).

Verificou-se uma proporção substancialmente maior de mulheres indígenas entre residentes na zona rural (6,0%) em comparação à urbana (0,4%). Constatou-se, ainda, uma maior proporção de mulheres negras entre residentes na zona rural (52,9%) em relação às residentes na zona urbana (45,2%), bem como uma maior proporção de casos de violência de repetição (42,1%). Além disso, averiguou-se, na zona rural, um maior percentual de pessoas com menor escolaridade, até o 1º ciclo do ensino fundamental (22,9%), em comparação com a zona urbana (11,2%), apontando para um perfil de maior vulnerabilidade socioeconômica (Tabela 1).

Verificaram-se maiores proporções de mulheres casadas entre as residentes na zona rural em todos os grupos etários (Figura 1), com especial atenção para os percentuais de casamentos/unões estáveis nas faixas de 10 a 14 (9,2%) e 15 a 19 anos (23,5%) entre mulheres do CFA. Em contrapartida, menores proporções de mulheres separadas/divorciadas foram observadas em todas as faixas etárias entre residentes na zona rural. Os casamentos infantis, mais frequentes na zona rural, tornam essas adolescentes mais suscetíveis à

gravidez precoce, impõem dificuldades para completar a educação básica, levando a uma maior dependência do parceiro e contribuindo para um maior isolamento social, favorecendo a manutenção e o agravamento das violências em relacionamentos abusivos^{6,7}. Nesse sentido, ressalta-se que na zona rural foram observadas maiores proporções de notificações de violência contra gestantes adolescentes (Figura 2), chegando a 16,2% para a faixa de 10 a 14 anos, e 11,3% para a faixa de 15 a 19 anos. Na zona urbana, esses percentuais foram, respectivamente, 7,1% e 6,6%. Além disso, foram observados maiores percentuais de violência perpetrada por parceiro íntimo entre adolescentes de 10 a 14 anos na zona rural (25,0%) em comparação à zona urbana (14,9%) (Figura 3). No que se refere às naturezas de violência, foram observadas maiores proporções de violências sexuais contra adolescentes de 10 a 14 (47,6%) e 15 a 19 anos (21,0%) entre residentes da zona rural em relação à zona urbana, respectivamente 39,7% e 16,5% (Figura 4).

Os dados apresentados apontam para um perfil de elevada vulnerabilidade de mulheres do campo, da floresta e das águas, onde as violências se apresentam complexas e com início precoce. O casamento infantil torna essas meninas mais susceptíveis ao isolamento e à violência. É importante ressaltar que o recorte de residência na zona rural não é suficiente para investigar a diversidade e a complexidade das violências a que populações do campo, floresta e águas estão expostas^{6,7}. Desse modo, faz-se fundamental o aprimoramento da vigilância para uma maior sensibilidade e captação do fenômeno da violência nesses grupos populacionais.

Há ainda a necessidade premente de ampliar o acesso às ações e aos serviços de saúde e proteção eficientes para essas mulheres, visando atender às suas especificidades. Os serviços de saúde são lugares de referência para as mulheres em situação de violência, sendo a notificação uma das dimensões da linha de cuidado para uma atenção integral e humanizada, a qual se constitui como um instrumento de cuidado e garantia de direitos. A vigilância, por sua vez, tem o papel de contribuir para articular e integrar as redes de atenção e proteção integral, a fim de romper o ciclo da violência e promover uma cultura de paz.

Referências

1. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 48 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf
2. Mendonça AVM, Freitas RWJF, Carneiro FF. **Saúde e violência contra as mulheres do campo, da floresta e das águas: desafios para o SUS**. In: Carneiro FF, Pessoa VM, Teixeira ACA. Campo, floresta e águas: Práticas e saberes em saúde. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2017. p. 464.
3. Brasil. Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF)**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2866_02_12_2011.html
4. Brasil. Portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014. **Altera a Portaria nº 2.866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF)**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2311_23_10_2014.html
5. Brasil. **VIVA: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada**. 2º ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016 [citado 17 de junho de 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf
6. Kidman R. Child marriage and intimate partner violence: a comparative study of 34 countries. *Int J Epidemiol*. 2017;46:662–75.
7. Sakhonchik A, Recavarren IS, Tavares P. **Fechando a brecha: melhorando as leis de proteção à mulher contra a violência**. World Bank; 2017. Disponível em: <http://pubdocs.worldbank.org/en/200461519938665165/Topic-Note-Protecting-Women-from-Violence-POR.pdf>

Anexos

TABELA 1 Características demográficas de mulheres vítimas de violência interpessoal segundo zona de residência. Brasil, 2011-2018¹

	Urbana		Rural	
	N	%	N	%
Faixa etária				
0 a 9 anos	127.613	13,9	9.276	12,1
10 a 14 anos	92.816	10,1	11.296	14,8
15 a 19 anos	115.365	12,6	9.909	12,9
20 a 34 anos	312.259	34,0	22.536	29,4
35 a 59 anos	223.584	24,3	18.770	24,5
60 anos e mais	46.797	5,1	4.809	6,3
Raça/Cor				
Branca	369.217	40,2	24.062	31,4
Negra ²	415.526	45,2	40.526	52,9
Amarela	6.255	0,7	522	0,7
Indígena	3.248	0,4	4.603	6,0
Ignorado	124.204	13,5	6.888	9,0
Escolaridade				
Até 1º ciclo do ensino fundamental	102.811	11,2	17.554	22,9
2º ciclo do ensino fundamental	192.382	21,0	19.194	25,1
Ensino médio	185.861	20,2	10.867	14,2
Ensino superior	41.924	4,6	1.332	1,7
Ignorado	294.806	32,1	21.064	27,5
Não se aplica	100.666	11,0	6.590	8,6
Situação conjugal				
Solteiro	330.308	36,0	24.521	32,0
Casado/União consensual	242.600	26,4	27.705	36,2
Viúvo	21.224	2,3	2.230	2,9
Separado	51.271	5,6	2.922	3,8
Não se aplica	148.033	16,1	11.067	14,5
Ignorado	125.014	13,6	8.156	10,7
Violência de repetição				
Sim	343.905	37,4	32.243	42,1
Não	330.114	35,9	29.427	38,4
Ignorado	244.431	26,6	14.931	19,5
Local de ocorrência				
Residência	554.775	60,4	50.871	66,4
Via pública	135.707	14,8	8.702	11,4
Bar ou similar	18.020	2,0	1.535	2,0
Comércio/serviços	15.311	1,7	579	0,8
Escola	14.459	1,6	1.216	1,6
Outros ³	59.882	6,4	5.645	7,4
Ignorado	120.296	13,1	8.053	10,5

Fonte: Viva/Sinan/SVS/MS.

¹Dados preliminares, atualizados em 11 de novembro de 2019. ²Inclui pretos e pardos. ³Inclui habitação coletiva, local de prática esportiva, indústrias/construção e outros.

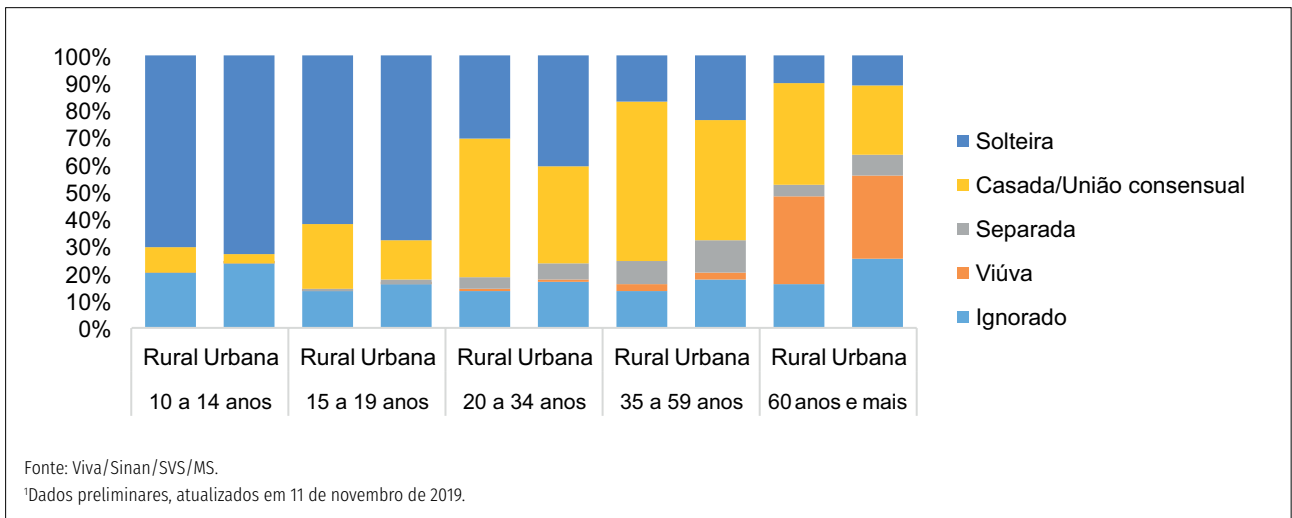


FIGURA 1 Percentual de mulheres casadas ou em união estável, no total de notificações de violência interpessoal contra mulheres, segundo faixa etária e zona de residência. Brasil, 2011 a 2018¹

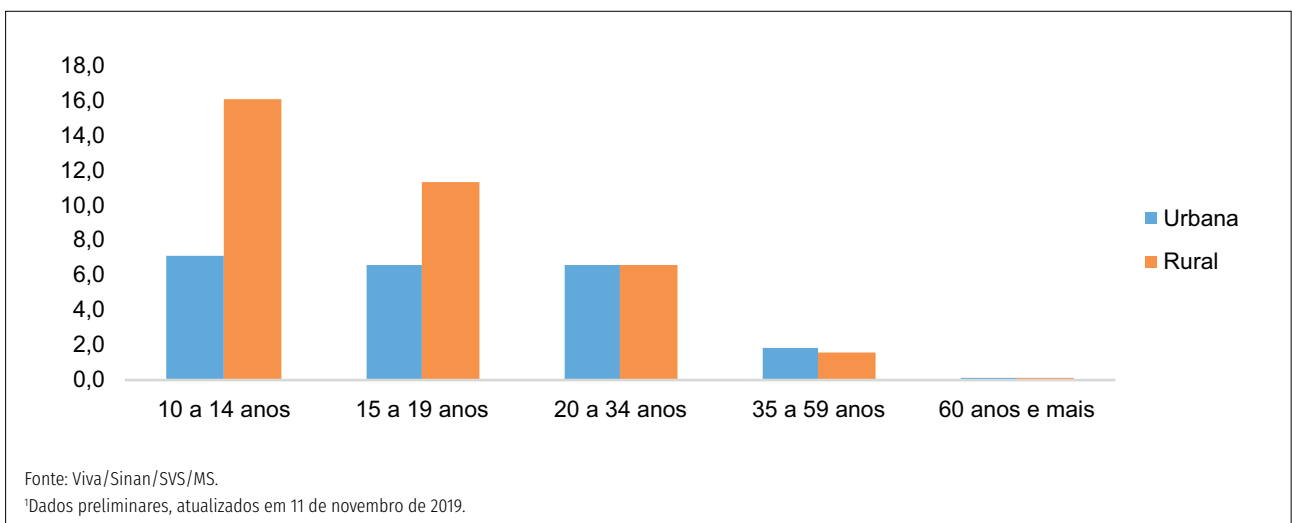


FIGURA 2 Percentual de gestantes, no total de notificações de violência interpessoal contra mulheres, segundo faixa etária e zona de residência. Brasil, 2011 a 2018¹

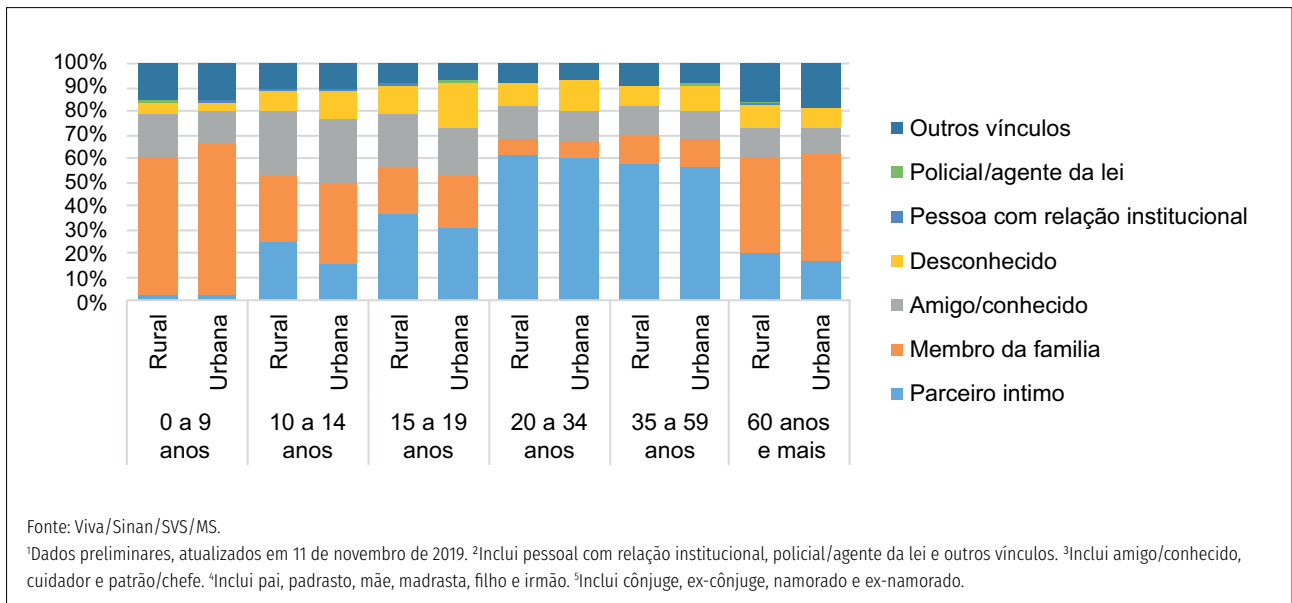


FIGURA 3 Distribuição percentual dos vínculos entre vítima e agressor, no total de vínculos notificados, para os casos de violência interpessoal contra mulheres, segundo faixa etária e zona de residência. Brasil, 2011 a 2018¹

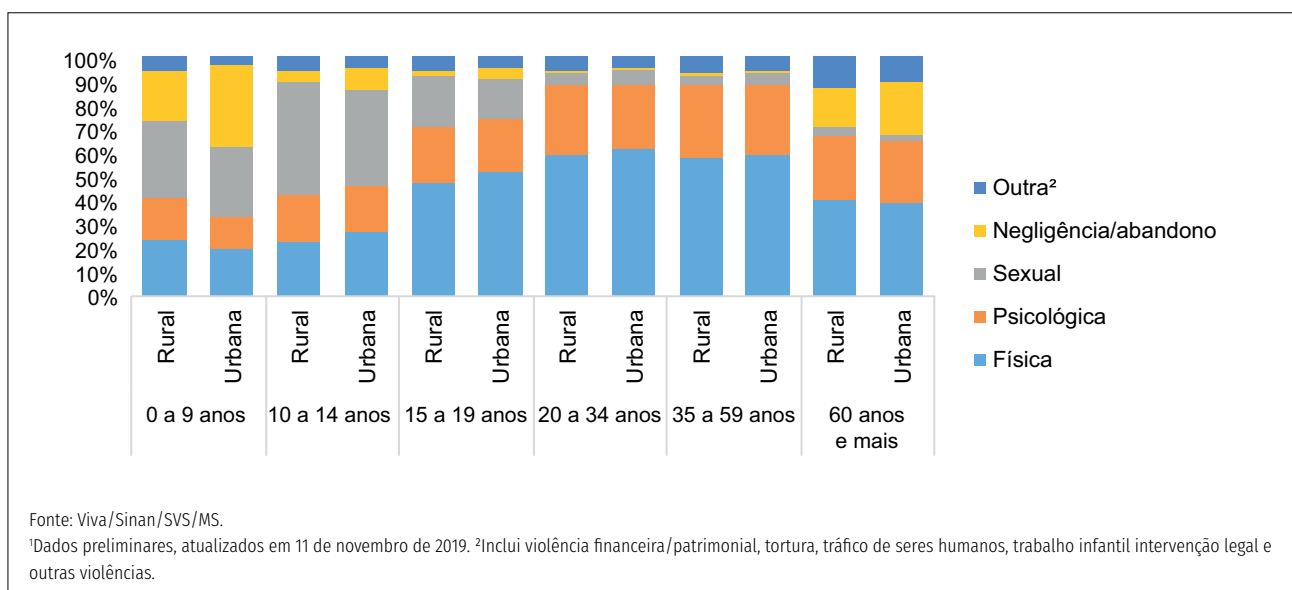


FIGURA 4 Distribuição percentual das naturezas das violências, no total de naturezas de violência notificadas, para os casos de violência interpessoal contra mulheres, segundo faixa etária e zona de residência. Brasil, 2011 a 2018¹

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

► INFORMES GERAIS

Profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP)

O Ministério da Saúde informa que em dezembro foi reestabelecido o envio integral dos pedidos do antirretroviral Tenofovir (TDF) 300mg + Entricitabina (FTC) 200mg – conhecido pelo nome comercial Truvada –, utilizado na Profilaxia Pré-exposição ao HIV (PrEP).

A PrEP é um dos métodos de prevenção à infecção do vírus causador da aids (HIV). A profilaxia consiste na ingestão diária de um comprimido do medicamento, sendo indicada para grupos mais vulneráveis ao risco de infecção pelo HIV, como a população trans; homens que fazem sexo com homens e gays; trabalhadores do sexo e casais sorodiferentes (quando um tem o vírus e ou outro não).

Atualmente, a PrEP está disponível em 173 serviços do país. São cerca de 9.384 usuários em profilaxia e um total de 57.632 dispensações realizadas pelo SUS.

Desde novembro de 2019, os dados da PrEP no país têm sido divulgados por meio do Painel-PrEP, que pode ser acessado pelo link: <https://bit.ly/37Rs5kz>

As informações no painel são atualizados trimestralmente e podem ser selecionados por: Brasil, Unidade Federada (UF) e municípios (apenas aqueles que realizaram pelo menos uma dispensação no período analisado).

Para saber mais sobre a PrEP, acesse: <https://bit.ly/2T7MzRQ>