

Vigilância epidemiológica do sarampo no Brasil – 2020: semanas epidemiológicas 1 a 28

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

Sumário

- 1 Vigilância epidemiológica do sarampo no Brasil – 2020: semanas epidemiológicas 1 a 28
- 11 Perfil de mortalidade de mulheres por agressões, 2011 a 2018
- 19 Homicídios no Brasil, 2009 a 2018

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

Para saber mais sobre a doença e acompanhar a atualização da situação do sarampo, acesse: <https://bit.ly/2wYQqlc>.

Transmissão do vírus

Em 2020, foram notificados 13.832 casos suspeitos de sarampo, desses, foram confirmados 6.587 (47,6%) casos, sendo 4.514 (68,5%) por critério laboratorial e 2.073 (31,5%) por critério clínico epidemiológico. Foram descartados 6.223 (45,0%) casos e permanecem em investigação 1.022 (7,4%). Analisando a evolução nas semanas epidemiológicas (SE), observa-se na curva epidêmica um aumento nas notificações até a SE 3, com leve redução entre as SE 4 e 6, seguido de aumento e queda após a SE 12 (Figura 1).

Atualmente, 8 estados estão com circulação ativa do vírus do sarampo no País, destacando-se o Pará que concentra 4.057 (61,6%) dos casos confirmados de sarampo e a maior incidência (74,09 casos por 100 mil habitantes), dentre as unidades da federação. Os estados de Alagoas, Amazonas, Ceará, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pernambuco, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Tocantins e o Distrito Federal estão com um período de 12 semanas (90 dias) ou mais da data de confirmação do último caso, no entanto este cenário está sujeito a alterações, uma vez que ainda existem casos em investigação.

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

Versão 1
24 de julho de 2020

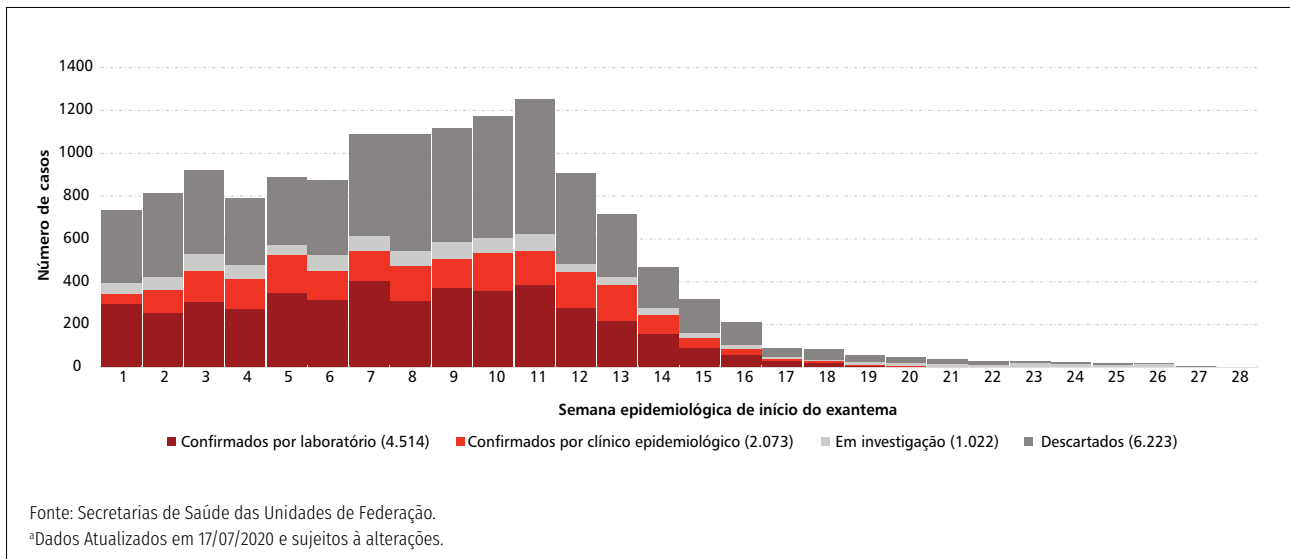


FIGURA1 Distribuição dos casos de sarampo^a por semana epidemiológica do início do exantema e classificação final, Brasil, semanas epidemiológicas 1 a 28, Brasil, 2020

Entre todos os locais com ocorrência de casos, o coeficiente de incidência é de 8,82 por 100 mil habitantes. No entanto, as crianças menores de um ano de idade apresentam o coeficiente de incidência quase 10 vezes superior ao registrado na população geral. Apesar da faixa etária de 20 a 29 anos de idade apresentar o maior número de registros, com 2.072 casos

confirmados, o coeficiente de incidência é de 15,18 por 100 mil habitantes.

Quando verificada a incidência por faixa etária definidas nas estratégias de vacinação, é encontrada a maior incidência (29,15/100 mil habitantes) no grupo de idade de crianças menores de 5 anos de idade (Tabela 2).

TABELA 1 Distribuição dos casos confirmados de sarampo^a, coeficiente de incidência e semanas transcorridas do último caso confirmado, segundo unidade da federação de residência, semanas epidemiológicas 1 a 28, Brasil, 2020

ID	Unidades da Federação	Confirmados		Total de municípios	Incidência ^b	Semanas transcorridas do último caso confirmado
		N	%			
1	Pará	4.057	61,6	72	74,09	3
2	Rio de Janeiro	1.213	18,4	33	8,93	1
3	São Paulo	706	10,7	83	2,49	1
4	Paraná	305	4,6	25	7,26	9
5	Santa Catarina	111	1,7	14	5,58	12
6	Rio Grande do Sul	37	0,6	8	1,62	12
14	Amapá	35	0,5	2	6,52	8
7	Pernambuco	34	0,5	11	1,01	14
8	Minas Gerais	21	0,3	9	0,57	13
9	Maranhão	17	0,3	2	32,54	9
10	Sergipe	8	0,1	2	5,89	9
11	Goiás	8	0,1	4	0,27	13
12	Bahia	7	0,1	6	0,21	11
13	Rondônia	6	0,1	-	-	-
19	Mato Grosso do Sul	5	0,1	1	54,19	15
15	Distrito Federal	5	0,1	1	0,19	17
16	Amazonas	4	0,1	1	0,21	19
17	Alagoas	3	0,0	3	0,29	19
18	Ceará	3	0,0	1	16,44	12
20	Mato Grosso	1	0,0	1	1,98	16
21	Tocantins	1	0,0	1	1,98	23
Total		6.587	100,0	280	8,82	-

Fonte: Secretarias de Saúde das Unidades da Federação.

^aDados atualizados em 17/07/2020 e sujeitos a alterações.

^bPopulação dos municípios de residência dos casos por 100.000 habitantes.

TABELA 2 Distribuição dos casos confirmados de sarampo^a e coeficiente de incidência dos estados com surto, segundo faixa etária e sexo, semanas epidemiológicas 1 a 28, Brasil, 2020

Faixa etária (em anos)	Número de casos ^b	%	Coeficiente de incidência	Grupos de idade (em anos)	Coeficiente de incidência ^c (por faixa etária das estratégias de vacinação)	Distribuição por sexo ^b	
						Feminino	Masculino
< 1	951	14,5	84,72	< 5	29,15	461	490
1 a 4	575	8,7	13,98			281	294
5 a 9	240	3,6	4,44			120	120
10 a 14	296	4,5	4,76	5 a 19	10,14	136	160
15 a 19	1.269	19,3	20,54			546	723
20 a 29	2.072	31,5	15,18			913	1.159
30 a 39	755	11,5	6,19	20 a 49	8,62	297	458
40 a 49	270	4,1	2,68			108	162
50 a 59	133	2,0	1,75			-	-
> 60	15	0,2	175	> 50	095	59	74
Total	6.576	100,0	8,82	-	8,82	2.928	3.648

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

^aDados atualizados em 17/07/2020 e sujeitos a alterações.

^b11 casos sem informação de idade e sexo.

^cPopulação dos municípios de residência dos casos por 100.000 habitantes.

Óbito

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

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

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

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

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

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

Vigilância laboratorial

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

Os dados da Vigilância Laboratorial foram estratificados por unidade federada de residência do paciente e representados abaixo por meio do Diagrama de Pareto, referente as SE 1 a 28, sendo importante destacar que o número de exames positivos não necessariamente significa casos confirmados e nem total de casos com resultados positivos, pois pode haver mais de um exame para um mesmo paciente.

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

A Figura 2 apresenta a situação dos exames sorológicos para detecção de anticorpos IgM específicos. O Diagrama de Pareto demonstra que aproximadamente 85% dos exames totais realizados no País em 2020 advém do Pará, Rio de Janeiro e São Paulo e os outros 15% são oriundos das demais unidades da federação.

Cumprindo informar que do total de exames (IgM) aguardando triagem (533), os estados que concentram um maior número são: Pará, com 183 e São Paulo, com 171. No estado do Pará, onde foi realizado o maior número de exames em 2020, até o momento, são mais de 5 mil, apresentando apenas 43 exames em análise. Destaca-se que os exames em triagem se referem aos que foram cadastrados e estão em transporte para o laboratório ou foram cadastrados e a amostra não foi enviada, ou, ainda, estão no setor de triagem no laboratório.

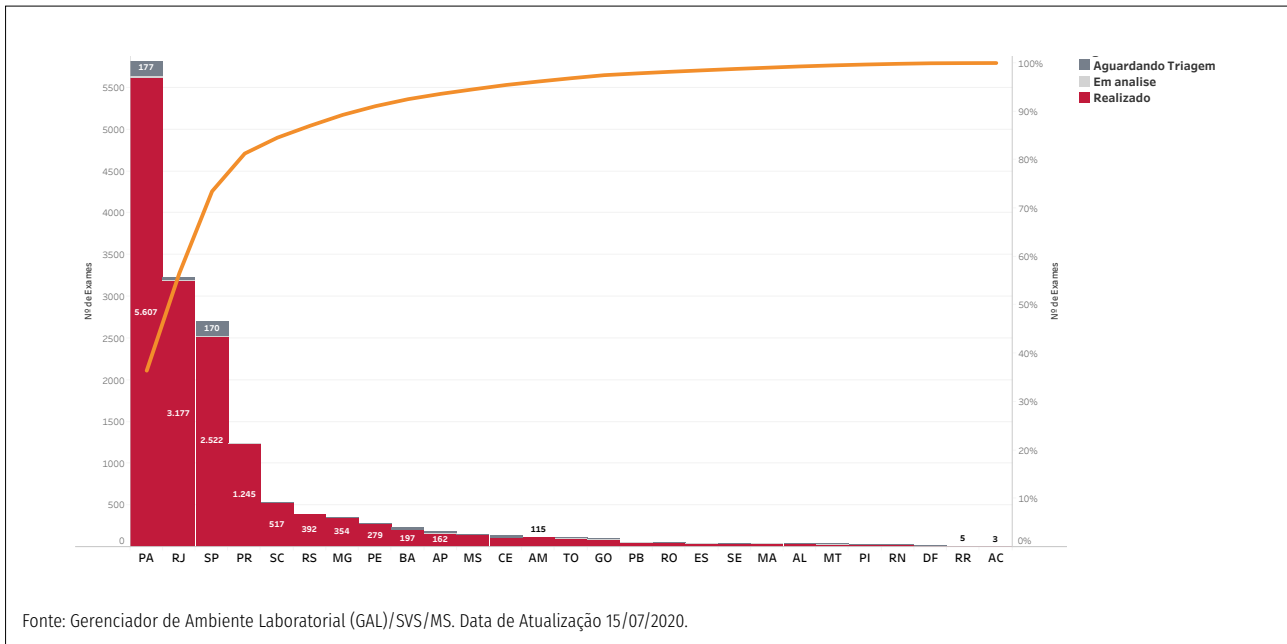


FIGURA 2 Diagrama de Pareto da situação dos exames laboratoriais para sarampo (IgM), por unidade da federação de residência, semanas epidemiológicas 1-28, Brasil, 2020

Durante as semanas epidemiológicas (1 a 28), representado pela figura 3, observou-se uma redução de solicitação de exames para diagnóstico de sarampo, a partir da semana epidemiológica 14. É possível perceber ainda, na linha vermelha, os resultados dos exames reagentes

para IgG, IgM, PCR e exames com resultados negativos para sarampo por data de coleta. No Brasil, durante o ano de 2020, nas semanas epidemiológicas 1-28, as amostras sequenciadas do vírus D8, foi identificada apenas a linhagem Gir Somnath.

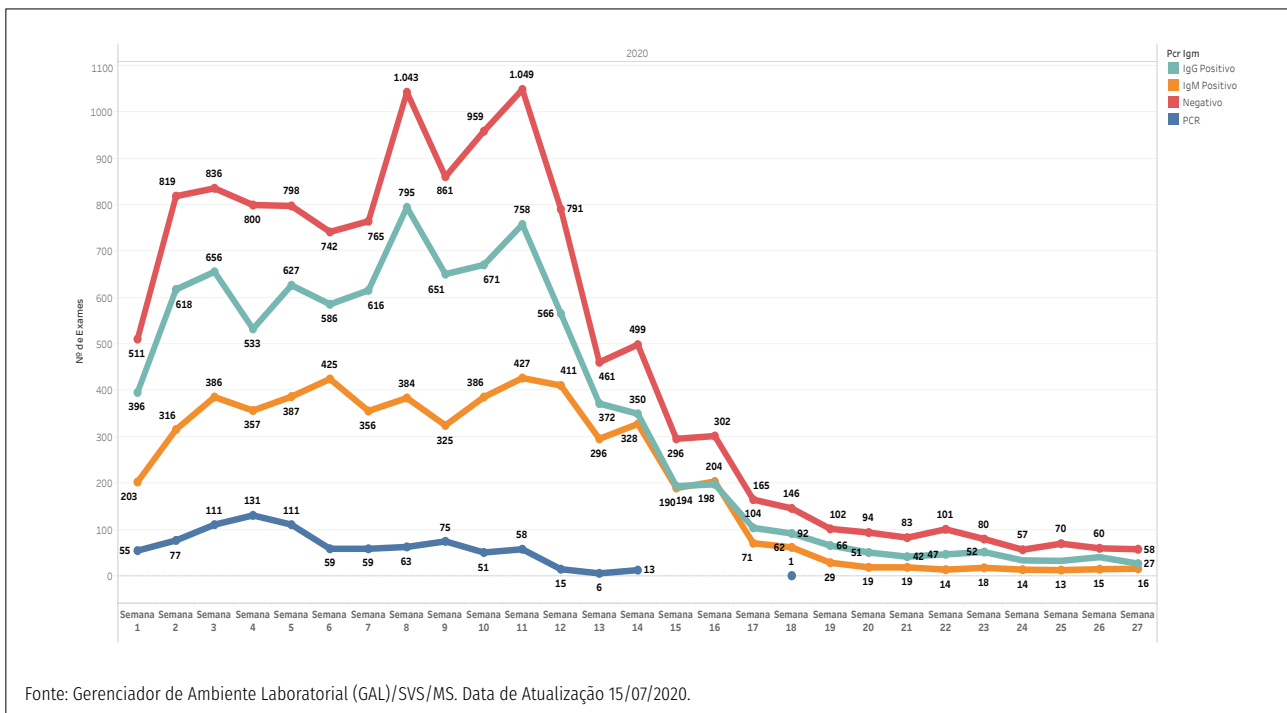


FIGURA 3 Resultados das solicitações de exames para sarampo por data de coleta, segundo o Gerenciador de Ambiente Laboratorial, semanas epidemiológicas 1-28, Brasil, 2020

Conforme dados atualizados em 15 de julho de 2020, referente aos últimos 90 dias, do total de municípios brasileiros (5.570), 377 (6,7%) municípios solicitaram sorologia (IgM) para detecção de Sarampo e, desses, foram identifi-

cados 114 (30,2%) municípios que tiveram pelo menos um exame IgM positivo para sarampo (Tabela 3). Do total de exames solicitados, 84% (1.257) foram liberados e, destes, 394 (31%) foram positivos para sarampo (Tabela 4).

TABELA 3 Distribuição por unidade da federação dos exames laboratoriais para diagnóstico de sarampo de acordo com municípios totais, municípios solicitantes e resultado IgM + por municípios de residência da unidade da federação, semanas epidemiológicas 1-28, Brasil, 2020

Unidade da Federação de Residência	Total de Municípios	Municípios Solicitantes	Percentual de Municípios Solicitantes	Municípios com IgM Positivo	Positividade (%) de Municípios Positivos
Acre	22	1	4,3	0	0
Alagoas	102	0	0	0	0
Amazonas	62	7	11,1	0	0
Amapá	16	4	23,5	3	75
Bahia	417	22	5,3	5	22,7
Ceará	184	9	4,9	2	22,2
Distrito Federal	1	1	5,3	0	0
Espírito Santo	78	5	6,3	0	0
Goiás	246	24	7,8	2	8,3
Maranhão	217	2	0,9	1	50
Minas Gerais	853	22	2,6	4	18,2
Mato Grosso do Sul	79	15	18,8	2	13,3
Mato Grosso	141	6	4,2	1	16,7
Pará	144	50	34,5	42	84
Paraíba	223	15	6,7	1	6,7
Pernambuco	185	14	7,5	2	14,3
Piauí	224	4	1,8	0	0
Paraná	399	32	8	5	15,6
Rio de Janeiro	92	21	22,6	4	19
Rio Grande do Norte	167	7	4,2	0	0
Rondônia	52	2	3,8	0	0
Roraima	15	0	0	0	0
Rio Grande do Sul	497	24	4,8	4	16,7
Santa Catarina	295	19	6,4	5	26,3
Sergipe	75	4	5,3	2	50
São Paulo	645	58	9	26	44,8
Tocantins	139	9	6,4	3	33,3
Total Geral	5570	377	6,8	114	30,2

Fonte: Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL)/SVS/MS. Dados atualizados em 15/07/20.

TABELA 4. Distribuição dos exames sorológicos (IgM) para diagnóstico de sarampo, distribuídos por: solicitados, em triagem, em análise, liberados, positivos, negativos e inclusivos e distribuição de oportunidade de diagnóstico: tempo oportuno de liberação de resultado, mediana de liberação dos resultados a partir do recebimento da amostra no laboratório e positividade do diagnóstico por unidade federada de residência, semanas epidemiológicas 1-28, Brasil, 2020.

UF de residência	Total de Exames IgM									
	Solicitados ^a	Em triagem ^b	Em análise ^c	Liberados ^d	Positivos ^e	Negativos ^f	Inconclusivos ^g	% Exames oportunos <= 4 dias (h) ⁱ	Oportunidade de diagnóstico MEDIANA (dias) liberação - recebimento	Positividade (%) = positivos/liberados ^h
Acre	1	0	0	1	0	1	0	100 (1)	0	0,0
Alagoas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Amazonas	33	0	1	32	0	32	0	93,8 (30)	2	0,0
Amapá	50	7	2	41	24	16	1	19,5 (8)	34	58,5
Bahia	50	9	9	32	5	25	2	93,8 (30)	2	15,6
Ceará	19	6	0	13	3	10	0	69,2 (9)	3	23,1
Distrito Federal	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Espírito Santo	14	2	3	9	0	7	0	77,8 (7)	2	0,0
Goiás	35	3	4	28	2	26	0	17,9 (5)	14,5	7,1
Maranhão	12	0	7	5	4	1	0	0 (0)	7	80,0
Minas Gerais	63	1	1	61	5	50	6	9,8 (6)	10	8,2
Mato Grosso do Sul	31	0	3	28	3	23	2	32,1 (9)	6	10,7
Mato Grosso	7	0	2	5	1	4	0	40 (2)	6	20,0
Pará	492	40	43	409	236	173	0	10,5 (43)	34	57,7
Paraíba	22	0	4	18	1	15	2	33,3 (6)	6	5,6
Pernambuco	33	3	4	26	2	22	2	80,8 (21)	3	7,7
Piauí	4	1	0	3	0	3	0	100 (3)	1	0,0
Paraná	104	0	6	98	7	88	3	88,8 (87)	3	7,1
Rio de Janeiro	118	6	10	102	12	84	6	67,6 (69)	3,5	11,8
Rio Grande do Norte	7	2	0	5	0	5	0	100 (5)	2	0,0
Rondônia	4	0	0	4	0	4	0	100 (4)	1,5	0,0
Roraima	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Rio Grande do Sul	59	0	0	59	9	48	2	79,7 (47)	3	15,3
Santa Catarina	71	3	2	66	11	50	5	80,3 (53)	3	16,7
Sergipe	18	0	1	17	5	11	1	58,8 (10)	2	29,4
São Paulo	200	24	7	169	61	104	4	47,9 (81)	5	36,1
Tocantins	37	9	2	26	3	22	1	61,5 (16)	4	11,5
Total Geral	1486	118	111	1257	394	824	37	61,5	3,0	31,3

Fonte: Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL)/SVS/MS. Dados atualizados em 15/07/20.

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

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

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

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

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

^fNegativos: total de exames com resultados negativos;

^gInconclusivos: total de exames inconclusivos;

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

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

Além da classificação final dos casos de sarampo pelo critério laboratorial, esses casos poderiam ser encerrados pelo critério vínculo-epidemiológico. Esse critério é utilizado quando não for possível realizar

a coleta de exames laboratoriais ou em situações epidêmicas que tenham um grande número de casos em investigação e que excedam a capacidade laboratorial.

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



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

Estratégias de vacinação para 2020

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

Mesmo em meio a pandemia do coronavírus, muitos estados estão com circulação do vírus do sarampo. Por este motivo o Ministério da Saúde recomenda que a estratégia de vacinação seja mantida, e que os processos de trabalho das equipes sejam planejados de acordo com as orientações amplamente divulgadas por este Ministério de vacinar o maior número de pessoas contra o sarampo e, ao mesmo tempo, evitar aglomerações, visando diminuir o risco de contágio pela COVID-19.

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

A estratégia de vacinação indiscriminada para pessoas na faixa etária de 20 a 49 anos, iniciada em março deste ano, cujo encerramento estava programado para o dia 30 de junho, foi prorrogada até o dia 31 de agosto de 2020 para todo o País, conforme Ofício Circular Nº 115/2020/SVS/MS de 22 de junho de 2020.

A prorrogação da estratégia se deu em razão das baixas coberturas vacinais e o elevado quantitativo de pessoas suscetíveis ao adoecimento em todo o País. Assim, a realização dessa ação e a adesão do público-alvo é imprescindível para garantir a devida proteção da população contra o sarampo, e possibilitar a interrupção da circulação do vírus no País, sendo este um passo importante para a recertificação da eliminação da doença no Brasil.

Outras informações sobre estratégias de vacinação

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

Recomendações do Ministério da Saúde

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

Para informações sobre os temas:

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

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

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

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

Estimativa de não vacinados, projeção de ocorrência de casos, acesse: <https://bit.ly/3bapXX2>.

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

Os canais de comunicação permanecem ativos para esclarecimentos técnicos, através dos boletins epidemiológicos, do disque saúde (136) e do site do Ministério da Saúde, para informações, acesse, Boletins Epidemiológicos: <https://bit.ly/3a5Tyzm>.

Outras Informações, acesse: <https://bit.ly/2VvzX6O> e <https://bit.ly/2yjfQM>.

Referências

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

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

CDC (USA), 2019. Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Measles in Healthcare Settings. Disponível em: <https://bit.ly/2XXdy4Q>.

CDC (USA), 2019. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. Disponível em: <https://bit.ly/34YyRVL>.

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

EBSERH, 2015. MEDIDAS DE PRECAUÇÃO PARA PREVENÇÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR. Disponível em: <https://bit.ly/3cCSUv6>.

EBSERH, 2017. PROTOCOLO UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E QUALIDADE HOSPITALAR/09/2017. Disponível em: <https://bit.ly/2XYBp4u>.

***Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis (CGPNI/DEIDT/SVS):** Francieli Fontana Sutile Tardetti Fantinato, Adriana Regina Farias Pontes Lucena, Aline Ale Beraldo, Cintia Paula Vieira Carrero, Luciana Oliveira Barbosa de Santana, Maria Izabel Lopes, Regina Célia Mendes dos Santos Silva, Rita de Cássia Ferreira Lins. **Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis:** Marcelo Yoshito Wada. **Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública do Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde (CGLAB/DAEVS/SVS):** André Luiz de Abreu, Greice Madeleine Ikeda do Carmo, Rejane Valente Lima Dantas, Leonardo Hermes Dutra, Ronaldo de Jesus, Marli Rocha de Abreu Costa.

Perfil de mortalidade de mulheres por agressões, 2011 a 2018

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

A violência contra as mulheres é uma das manifestações mais perversas da desigualdade nas relações de gênero. Encontra-se intrinsecamente ligada a estruturas sociais, econômicas, políticas, culturais e ambientais, possuindo forte associação com as desigualdades sociais;^{1,2} e, ao mesmo tempo, representa um grave problema de Saúde Pública em diversos países.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 35% das mulheres em todo o mundo são vítimas de violência física e/ou sexual perpetrada por parceiro íntimo, ou violência sexual perpetrada por um não-parceiro.³ Estimativas globais em 2017 apontaram que, das mulheres assassinadas, 58% foram mortas por um parceiro íntimo ou membro da família.⁴

A expressão máxima da violência contra a mulher é o óbito. Embora a mortalidade por causas violentas seja maior entre os homens, o estudo da violência contra a mulher é fundamental, tendo em vista que este fenômeno permeia as relações desiguais entre homens e mulheres, de modo que mulheres apresentam maior risco de sofrer violências infligidas por pessoas próximas.⁵ Os homicídios, por sua vez, podem refletir vivências crônicas de violência pela mulher ao longo de sua vida e que poderiam ser evitadas a partir de um conjunto de ações intersetoriais. Ademais, a violência contra as mulheres pode resultar em problemas de ordem física, mental e reprodutiva, com grandes impactos econômicos e sociais.⁶

Desta maneira, o objetivo deste boletim epidemiológico é descrever o perfil de mortalidade de mulheres por agressões no Brasil entre os anos de 2011 a 2018, a fim de contribuir para a formulação e implementação de políticas de proteção e prevenção de violências pelos diversos órgãos envolvidos com o enfrentamento da problemática.

Métodos

Foram utilizados dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e considerados os óbitos de mulheres com causa básica registrada com os códigos X85 a Y09 - de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde em sua 10ª edição (CID-10) -, ocorridos entre 2011 e 2018. Os dados referentes ao ano de 2018 são preliminares, estando sujeitos a alterações após revisão e validação.

Para a análise descritiva dos dados, estes óbitos foram desagregados de acordo com a faixa etária, situação conjugal, anos de estudo e raça/cor da vítima, além do local de ocorrência e meio utilizado para a agressão.

Foram calculadas, também, as taxas de mortalidade padronizadas por idade pelo método direto, segundo Unidade Federada de residência e ano do óbito, tendo como padrão a população brasileira de acordo com o censo 2010. Como população base, foram consideradas as projeções do IBGE (revisão de 2013 para o período de 2001 a 2009, e revisão de 2018 para o período de 2010 em diante).

Resultados e discussão

De 2011 a 2018 foram registrados 38.236 óbitos de mulheres por agressões no Brasil. A Figura 1 apresenta a evolução da taxa padronizada de mortalidade de mulheres por agressão no Brasil. Foi observada uma variação de 4,31 óbitos/100mil mulheres em 2001 para 4,17 em 2018.

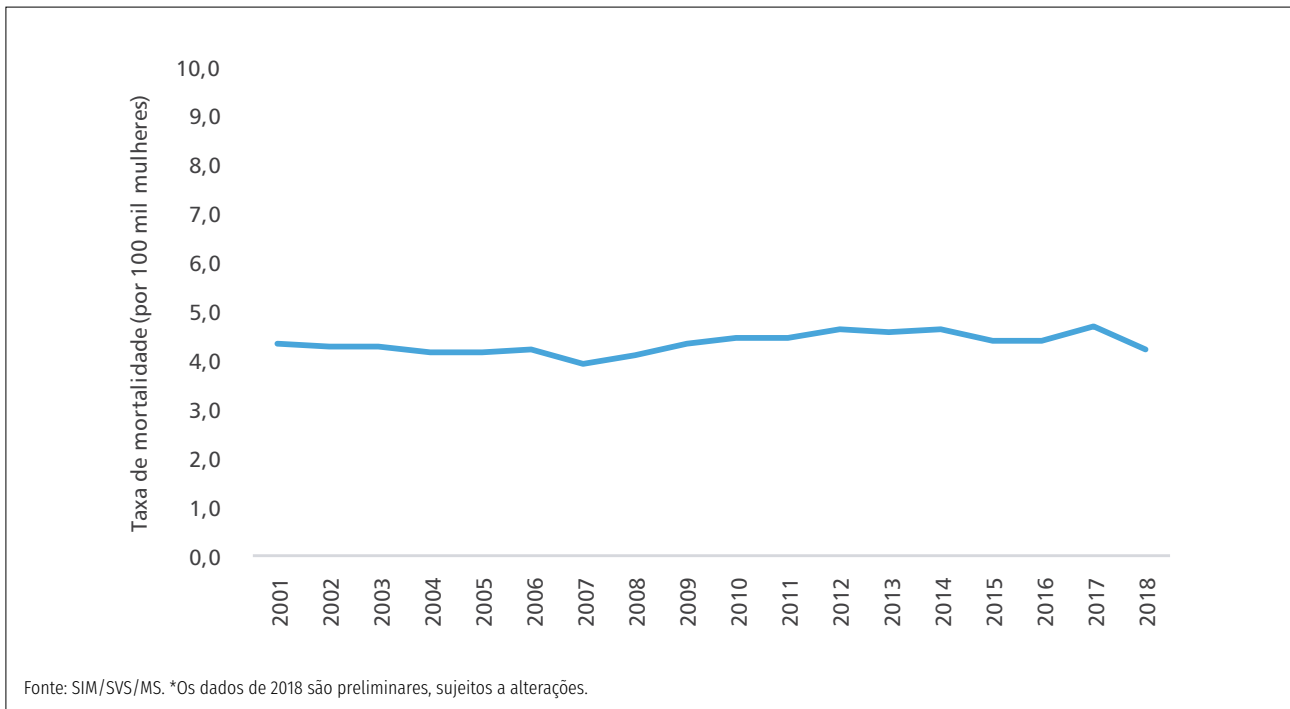


FIGURA 1 Taxa padronizada de mortalidade de mulheres por agressões segundo ano de ocorrência do óbito. Brasil, 2011-2018*

As maiores taxas de mortalidade foram observadas na faixa etária de 15 a 29 anos, na qual ocorreram 7,4 óbitos para cada 100 mil mulheres no período (Figura 2).

Mulheres solteiras, viúvas ou divorciadas representaram 70,1% dos óbitos, enquanto as casadas corresponderam a 18,0%.

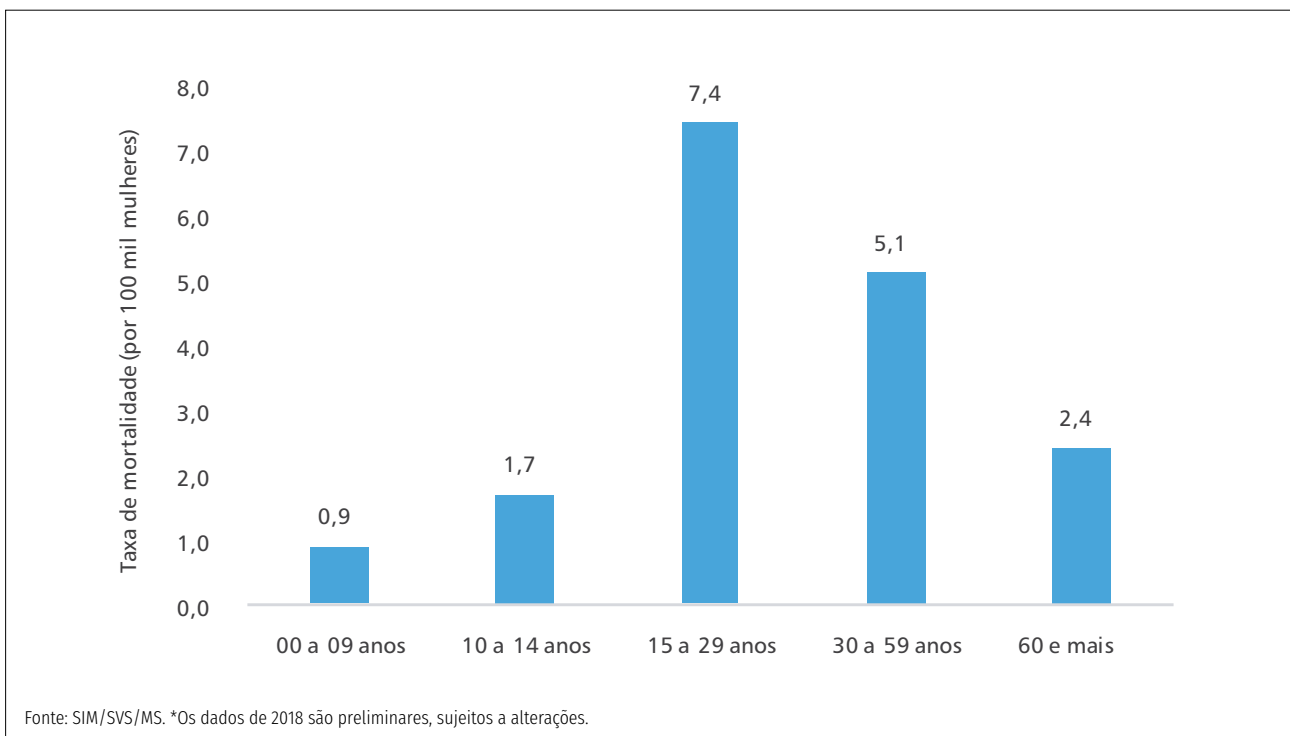


FIGURA 2 Taxa de mortalidade de mulheres por agressões segundo faixa etária. Brasil, 2011-2018*

A maior parte das mulheres que morreram por agressão no período possuía entre 4 e 7 anos de estudo (30,1%) (Figura 3). É importante observar que a escolaridade menor que 8 anos foi registrada em

quase 50,0% dos casos. Chama a atenção, também, o fato de que 26,6% dos registros de óbitos não apresentaram informações quanto à escolaridade da vítima.

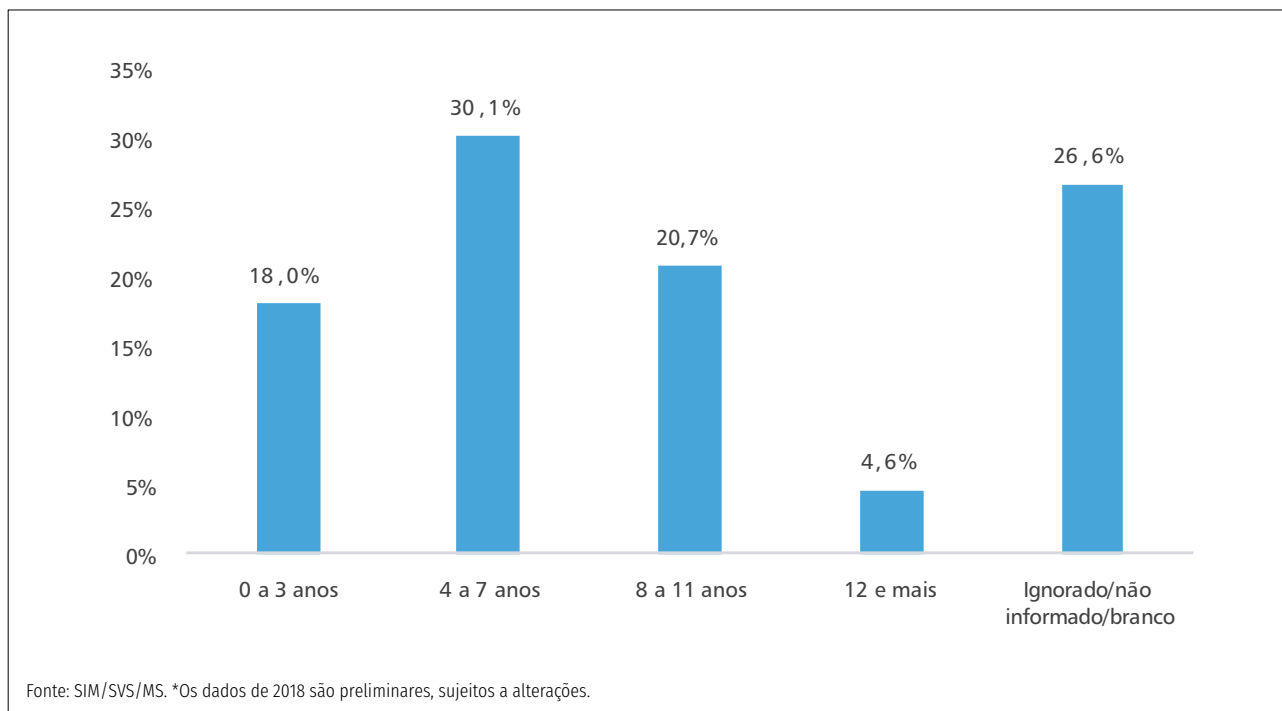


FIGURA 3 Proporção de óbitos de mulheres por agressões segundo anos de estudo. Brasil, 2011-2018*

A raça cor predominante foi a negra (63,0% dos óbitos) (Figura 4). Estudos têm demonstrado um maior risco de mortes violentas em mulheres negras, se comparado às brancas.⁷⁻⁹ Um estudo do Ministério da Saúde mostrou uma tendência de aumento das taxas de homicídios de jovens negras, no período de 2000 a 2017, ao passo que entre jovens brancas

essa tendência foi de redução.⁸ Nesse sentido, é fundamental apontar que mulheres negras tendem a ser economicamente mais marginalizadas, com menores níveis educacionais, menor renda e maiores níveis de desemprego,¹⁰⁻¹² de modo que o maior risco de homicídios nesse grupo racial se apresenta como reflexo dessa vulnerabilidade.

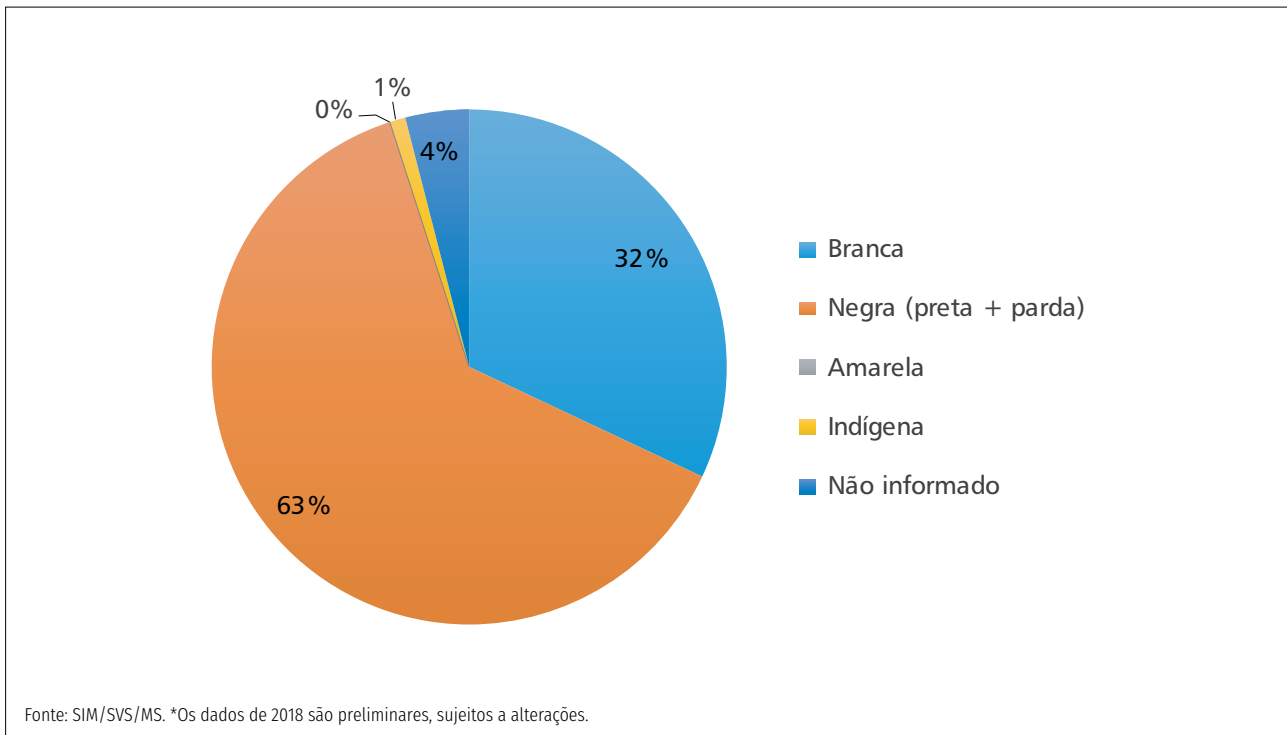


FIGURA 4 Proporção de óbitos de mulheres por agressões segundo raça/cor. Brasil, 2011-2018*

As vias públicas foram apontadas como local de ocorrência da agressão em 32,7% dos óbitos, e a residência em 27,5% dos casos. Em 28,3% dos casos, o local não foi especificado (Figura 5). É importante destacar a magnitude dos óbitos de mulheres ocorridos nas residências, uma vez os agressores mais frequentes são pessoas próximas à vítima. A literatura aponta que mulheres apresentam cerca de seis vezes mais chances de serem mortas por parceiro íntimo em comparação aos homens.¹³ No Brasil, estima-se que 45,0% dos homicídios de mulheres são perpetrados pelo parceiro íntimo.¹³

Óbitos ocorridos em vias públicas, por sua vez, podem ser atribuídos à violência comunitária geral, que atinge, majoritariamente, homens jovens. No entanto, casos de homicídio por parceiro íntimo ou mesmo outras mortes violentas de mulheres motivadas por

questões de gênero, denominadas feminicídio não íntimo,¹⁴ devem ser consideradas nesta situação e estão diretamente relacionadas às desigualdades de gênero existentes na sociedade.

A arma de fogo foi o meio de agressão mais frequente, sendo utilizado em 50,4% dos casos (Figura 6). Segundo a Organização Mundial de Saúde, cerca de 60%-70% dos homicídios de jovens entre 15 e 24 anos nas Américas envolvem armas de fogo.¹⁵ Entretanto, estudos reforçam que a experiência prévia de violência se caracteriza como o principal fator de risco para o homicídio,^{16,17} reforçando a necessidade de identificação precoce da situação de violência, tanto pelas mulheres quanto pelos serviços de atendimento, bem como de oferta de políticas sociais que ofereçam o suporte necessário às mulheres para a ruptura do ciclo da violência.

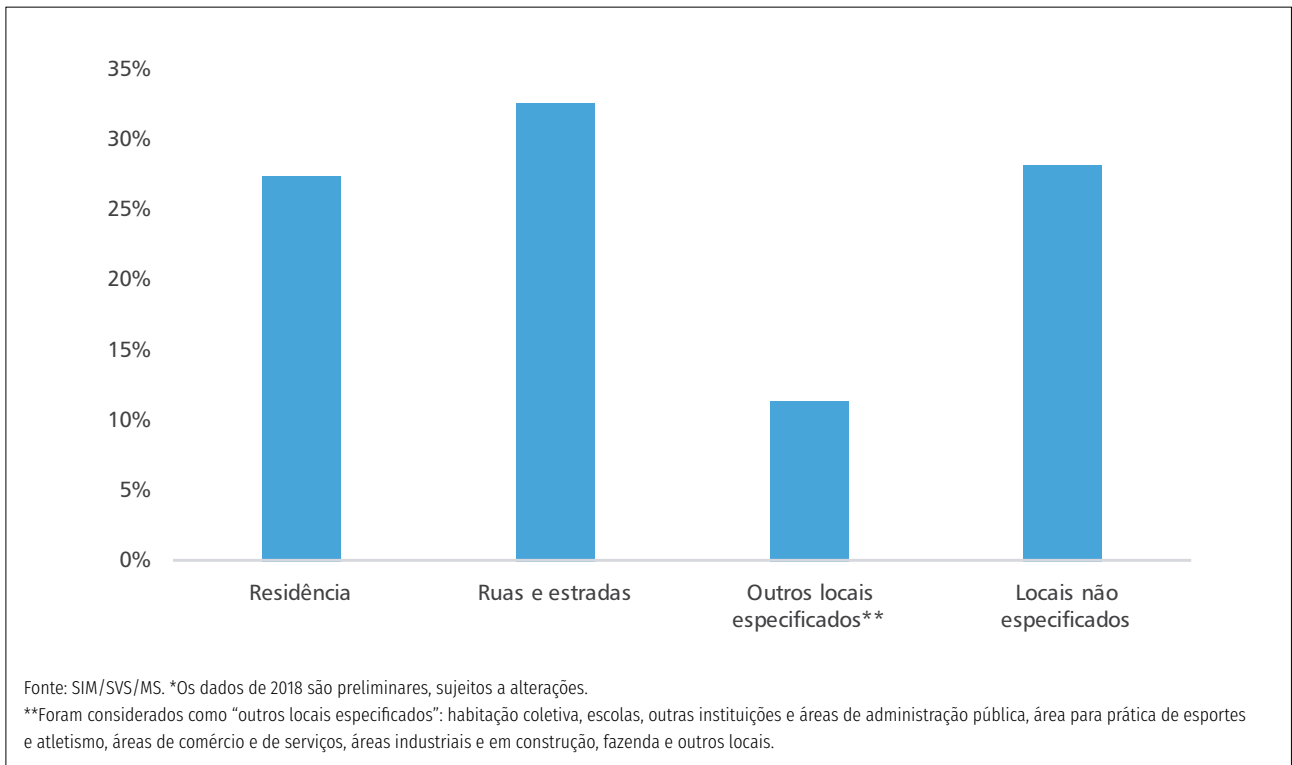


FIGURA 5 Proporção de óbitos de mulheres por agressões segundo local de ocorrência da agressão. Brasil, 2011-2018*

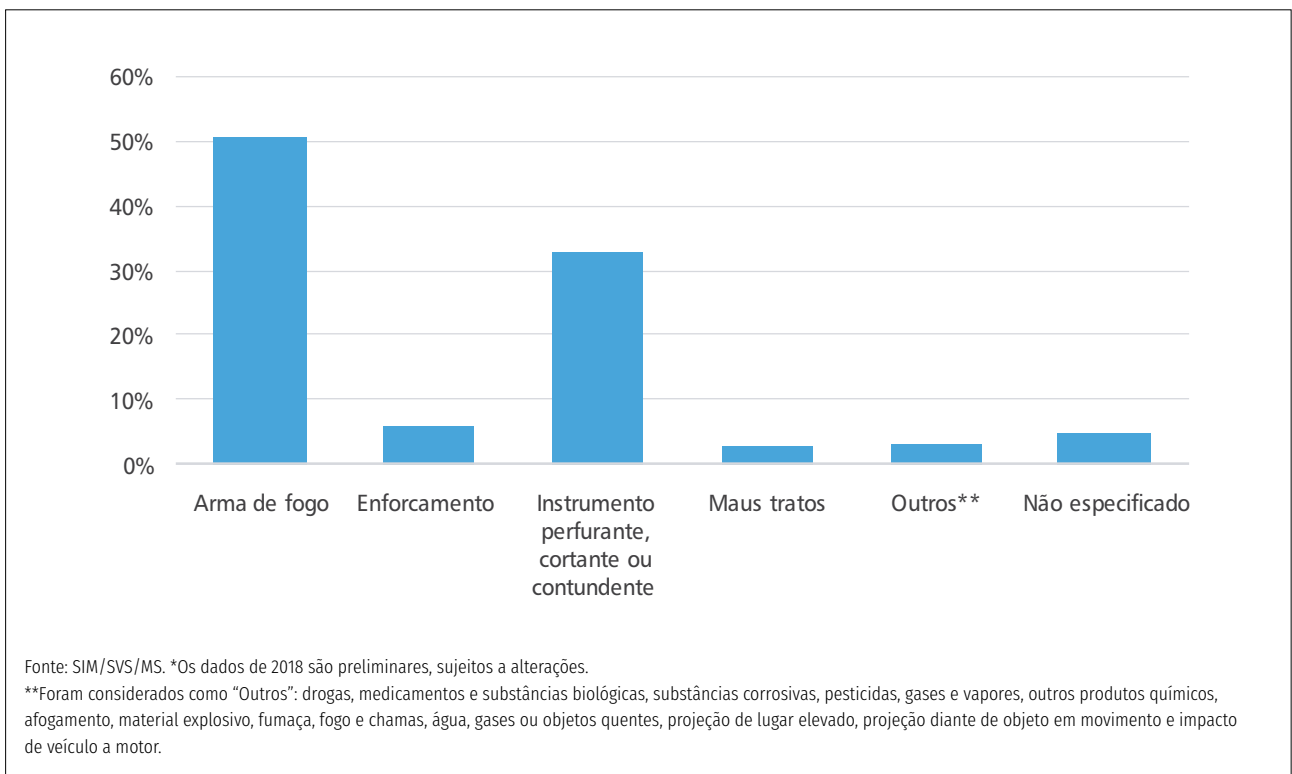


FIGURA 6 Proporção de óbitos de mulheres por agressões segundo meio de agressão. Brasil, 2011-2018*

A Figura 7 apresenta a distribuição espacial da taxa padronizada de mortalidade de mulheres por agressão no Brasil, segundo unidade federada de residência da vítima no ano de 2018.

Nesse ano, a menor taxa foi observada em São Paulo (1,89 óbitos/100mil mulheres) e a maior taxa foi observada em Roraima (18,29 óbitos/100mil mulheres).

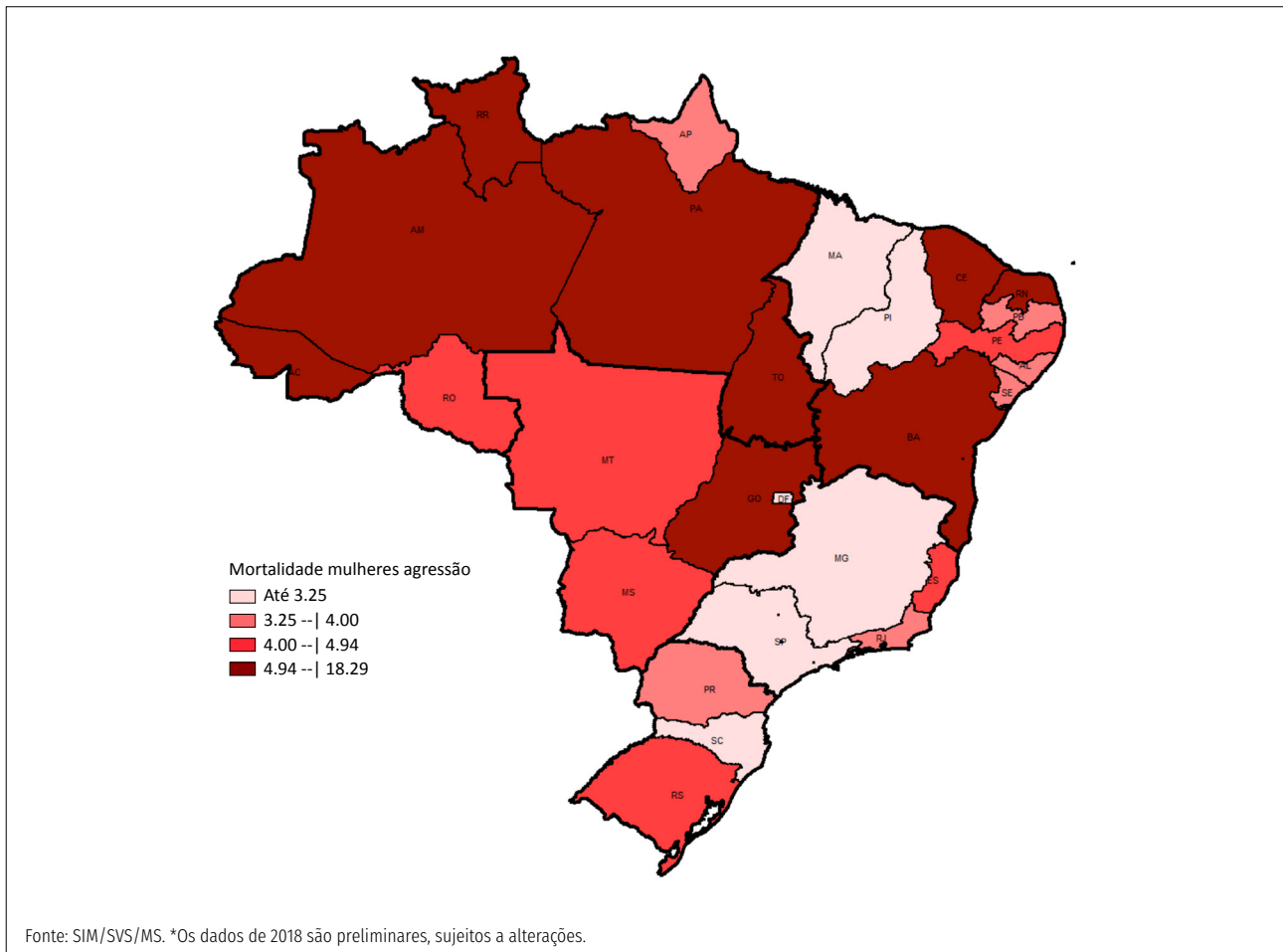


FIGURA 7 Distribuição espacial da taxa padronizada de mortalidade de mulheres por agressões segundo Unidade Federada de residência da vítima. Brasil, 2018*

Ainda que as desigualdades regionais se mostrem presentes, pode-se afirmar que a mortalidade de mulheres por agressões está amplamente distribuída no território brasileiro, sendo, portanto, um problema nacional, cujo enfrentamento implica na articulação intergovernamental dos diversos órgãos envolvidos na proteção. Cumpre destacar que o estudo sobre tendências dos homicídios contra jovens no Brasil, segundo raça/cor, apontou uma tendência crescente da evolução da mortalidade por agressões de jovens negros de 15 a 29 anos nas regiões norte e nordeste.⁸

Ao longo dos últimos 20 anos, o Brasil tem avançado em seu arcabouço jurídico para o enfrentamento da violência contra a mulher. A Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006) e Lei do Feminicídio (Lei nº 13.104/2015) se

destacam como os principais marcos para garantia da proteção e responsabilização dos agressores.

No que se refere à atuação do sistema de saúde, a notificação de violências pelos serviços públicos e privados deve ser entendida como sinal de alerta para o escalonamento da violência até o homicídio, o que pode ser evitado a partir da articulação de ações intra e intersetoriais¹⁸ desenvolvidas pela rede local de enfrentamento às violências.

Estudo realizado pelo Ministério da Saúde demonstrou maior risco de morte por causas externas entre mulheres com notificação prévia de violência, comparado à população feminina em geral¹⁸. Esse dado evidencia a necessidade de fortalecimento da rede de

atendimento às vítimas de violência, tendo em vista que os serviços de saúde frequentemente constituem a porta de entrada para o acesso aos serviços protetivos para as mulheres em situação de violência.

Desse modo é fundamental que os gestores fortaleçam as estratégias de vigilância, acolhimento e atenção desenvolvidas pelos serviços de saúde às vítimas de violência, qualificando os profissionais de saúde para fazer a sua identificação, realizar o cuidado necessário de modo imediato e proceder o encaminhamento aos demais serviços da rede de proteção, em busca do atendimento integral. Portanto, no que se refere ao enfrentamento à violência contra a mulher, a gestão em saúde possui um duplo desafio, a organização e qualificação da sua rede de atendimento em saúde - com o desenvolvimento de ações que englobam tanto a vigilância quanto a assistência; e a atuação para promover a articulação dos diversos serviços de atendimento às vítimas de violência - junto aos demais órgãos responsáveis pela gestão e controle social das políticas para as mulheres -, no intuito de garantir a atenção integral e preservação da vida.

Referências

1. Garcia LP, Freitas LRS de, Höfelmann DA. Avaliação do impacto da Lei Maria da Penha sobre a mortalidade de mulheres por agressões no Brasil, 2001-2011. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2013;22:383-94.
2. Barufaldi LA, Souto RMCV, Correia RS de B, Montenegro M de MS, Pinto IV, Silva MMA da, et al. Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22:2929-38.
3. World Health Organization, organizador. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research; 2013. 50 p.
4. United Nations Office on Drugs and Crime. Global Study on Homicide: Gender-related killing of women and girls [Internet]. 2018 [citado 14 de fevereiro de 2019]. Disponível em: <https://cutt.ly/Tp5wT5H>.
5. Bott S, Guedes A, Goodwin M, Mendoza JA. Violence Against Women in Latin America and the Caribbean: a comparative analysis of population-based data from 12 countries [Internet]. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2012. Disponível em: <https://cutt.ly/Fp5wHnQ>.
6. World Health Organization. Global status report on violence prevention 2014. Geneva: World health organization; 2014.
7. Beyer KMM, Layde PM, Hamberger LK, Laud PW. Does Neighborhood Environment Differentiate Intimate Partner Femicides From Other Femicides? *Violence Against Women*. 2015;21:49-64.
8. Brasil, Ministério da Saúde. Violência contra jovens no Brasil segundo raça/cor: tendências dos homicídios e perfil dos atendimentos de urgência e emergência. In: *Saúde Brasil 2019* [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019. p. 179-94. Disponível em: <https://cutt.ly/cp5wNCG>.
9. Campbell JC, Webster D, Koziol-McLain J, Block C, Campbell D, Curry MA, et al. Risk Factors for Femicide in Abusive Relationships: Results From a Multisite Case Control Study. *Am J Public Health*. 2003;93:1089-97.
10. Bastos JL, Peres MA, Peres KG, Dumith SC, Gigante DP. Diferenças socioeconômicas entre autotransclassificação e heterotransclassificação de cor/raça. *Rev Saúde Pública*. 2008;42:324-34.
11. Quadros W. Gênero e raça na desigualdade social brasileira recente. *Estudos Avançados*. 2004;18:95-117.
12. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua [Internet]. 2018 [citado 7 de fevereiro de 2019]. Disponível em: <https://cutt.ly/op5w6nq>.
13. Stöckl H, Devries K, Rotstein A, Abrahams N, Campbell J, Watts C, et al. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *The Lancet*. 2013;382:859-865.
14. Brasil. Diretrizes Nacionais - Feminicídio: investigar, processar e julgar com perspectiva de gênero as mortes violentas de mulheres. Brasília, DF; 2016.

15. Pan American Health Organization. La salud de los adolescentes y jóvenes en la Región de las Américas: la aplicación de la estrategia y el plan de acción regionales sobre la salud de los adolescentes y jóvenes (2010-2018) [Internet]. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49545>
16. The Global Burden of Disease 2016 Injury Collaborators. Global Mortality From Firearms, 1990-2016. JAMA. 2018;320:792-814. doi:10.1001/jama.2018.10060
17. Campbell JC, Glass N, Sharps PW, Laughon K, Bloom T. Intimate Partner Homicide: Review and Implications of Research and Policy. Trauma, Violence, & Abuse. 2007;8:246-69.
18. Brasil, Ministério da Saúde. Risco de óbito por causas externas em mulheres com notificação de violência no Brasil, 2011 a 2016. In: Saúde Brasil 2018 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018. p. 215-32. Disponível em: <https://cutt.ly/sp5eA4H>.

***Coordenação-Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis (CGDANT/DASNT/SVS):** Eduardo Marques Macário, Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha, Érika Carvalho de Aquino, Karine Bonfante, Mariana Alencar Sales, Rafael Bello Corassa, Camila Alves Bahia.

Homicídios no Brasil, 2009 a 2018

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

A violência constitui-se como um dos principais problemas de saúde pública do Brasil, com grande impacto social, econômico, familiar, psicológico e no trabalho. Configura um fenômeno complexo e multicausal, de forma que sua compreensão demanda uma análise abrangente de diferentes fatores, tais como socioeconômicos, políticos e ambientais^{1,7}.

Os homicídios representam a face mais extrema da expressão do fenômeno da violência e seu entendimento é atravessado por estruturas sociais e de poder, além de questões culturais, comportamentais, relações de gênero, raciais e geracionais. Nesse sentido, o risco de violência letal atinge de forma desigual alguns grupos sociais⁶. Ademais, ressalta-se que suas consequências atingem não só as vítimas, mas aqueles em seu convívio, com importantes consequências para a saúde mental e física, tanto individual como coletiva^{1,7}.

Este boletim tem como objetivo apresentar os homicídios ocorridos no Brasil, entre os anos de 2009 a 2018, considerando as variáveis faixa etária, sexo, raça/cor e UF. A produção de dados, evidências e análises acerca dos homicídios é fundamental para melhor compreender o fenômeno, bem como para subsidiar a elaboração, o planejamento e a execução de ações e políticas públicas mais efetivas ao seu enfrentamento.

Método

Foi realizado estudo descritivo das mortes ocorridas no Brasil entre os anos de 2009 a 2018. Para tal, foram utilizados os dados de óbito extraídos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), registrados com os seguintes códigos da Classificação estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – (CID X), 10ª edição: agressão (X85-Y09), intervenção legal (Y35), eventos de intenção indeterminada com uso de arma de fogo (Y22 a Y24), sequela de agressão (Y87.1) e sequela de intervenção legal (Y89.0).

Foram calculadas taxas de mortalidade padronizadas segundo faixa etária, e as proporções dos óbitos de homicídio segundo sexo, raça/cor e UF para a população de 15 a 29 anos no início e fim do período de observação (2009 e 2018), por essa apresentar as maiores taxas no período estudado. A população utilizada foi a projeção populacional por UF, por sexo e idade 2000 a 2030, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Resultados e discussão

Entre 2009 e 2018 foram registradas 588.693 mortes por homicídio, com maior ocorrência no ano de 2017 (66.461). Em todo o período, as mortes por agressão (X85 a Y09) foram as mais frequentes, variando entre 95,8% e 94,2% dos óbitos por homicídio em 2009 e 2018.

Até o ano de 2015, a segunda causa mais frequente foram os óbitos por disparo de arma de fogo com intenção indeterminada (Y22 a Y24), sendo esse lugar ocupado pelas mortes por intervenção legal (Y35) de 2016 a 2018, chegando a 2.042 (3,4%) mortes em 2018 (Tabela 1).

No Brasil, diferentes estudos apontam que a flexibilização ao acesso e ao porte de armas de fogo pode configurar como fator de aumento dos homicídios^{3,4}. Estudo de Cerqueira (2014) mostrou evidências de que a cada 1% a mais de armas de fogo em circulação há um aumento de 2% na taxa de homicídio. Devido à sua letalidade, a arma de fogo constitui o principal meio empregado nos homicídios no Brasil, tanto na população branca quanto na população negra. Estima-se que 90% das vítimas de violência armada morram em decorrência de homicídios, ou durante intervenções legais^{3,4}.

Quando observada a taxa padronizada segundo grupo etário, observa-se que indivíduos em faixa etária produtiva são os que apresentam maiores taxas.

Nesse sentido, indivíduos com idade entre 20 e 29 anos apresentam as maiores taxas em todo o período, quando comparadas aos outros grupos etários, variando de 10,9 óbitos por 100mil habitantes no ano de 2009 a 11,6 óbitos por 100 mil habitantes em 2018.

O segundo grupo etário com maiores taxas é de 30 a 39 anos com 6,2 óbitos por 100 mil habitantes no ano de 2009 a 6,1 óbitos por 100 mil habitantes em 2018; seguido pela faixa entre 15 e 19 anos, com 4,2 e 5,2 óbitos/100mil habitantes no início e fim do período observado respectivamente (Gráfico 1).

Dessa forma, a concentração de homicídios encontra-se em faixas etárias que correspondem à população em idade economicamente ativa, fenômeno que tem crescido no país desde a década de 1980 e que tem gerado consequências sociais e econômicas substanciais para o país, agravadas pelo momento de transição demográfica rumo ao envelhecimento da população³.

O maior risco de morte por violência em homens está relacionado principalmente a aspectos socioculturais relativos aos papéis de gênero, que expõem homens a situações ou comportamentos de maior risco para violência, bem como maior acesso a armas de fogo⁷. Ademais, a literatura aponta para uma importante divisão de espaços, na qual homens são vítimas mais frequentes de violências na esfera pública, e mulheres na esfera privada⁵.

Por apresentar características epidemiológicas e de mortalidade semelhantes, a presente análise seguirá especificamente para o grupo de 15 a 29 anos, no qual houve 315.820 mortes por homicídio, 29.188 em 2009 e 31.646 em 2018, respectivamente início em fim do período estudado. Quando comparado a distribuição dos óbitos no início e fim do período, observa-se que morrem mais jovens do sexo masculino do que do sexo feminino – 93,5% e 94,2% dos óbitos em 2009 e 2018 envolviam homens.

A Região Nordeste acumula a maior frequência de homicídios envolvendo jovens, com 34,7% em 2009 e 44,4% em 2018. O Centro-Oeste foi responsável por 8,1% dos homicídios em 2009 e 7,6% em 2018 (Tabela 2).

Conforme já apontaram outros estudos³, há uma heterogeneidade no que se refere à distribuição dos homicídios segundo UF e região de ocorrência no país. Enquanto em muitos estados do Sul, Sudeste e Centro-Oeste foi observada uma diminuição na frequência de homicídios, a maioria dos estados do Norte e Nordeste apresentaram crescimento, resultando em aumento para frequência total do país (Tabela 2).

Em relação a raça/cor, 69,5% dos homicídios ocorridos em 2009 e 80% dos homicídios ocorridos em 2018 envolveram indivíduos pretos ou pardos. Já entre as mulheres, 60,4% das que foram a óbito por homicídio em 2008 eram pretas ou pardas; e em 2018 este número foi para 74,5%. O percentual de raça/cor da pele não informado, variou de 5,3% em 2009 para 1,8% em 2018.

Em síntese, o homicídio é um fenômeno que se distribui de forma bastante desigual no Brasil e afeta, desproporcionalmente, a população jovem, do sexo masculino e de raça/cor negra. O entendimento acerca do perfil das vítimas de homicídios e a análise da mortalidade por homicídios permite subsidiar a elaboração, o planejamento e o fortalecimento de políticas públicas para o enfrentamento desse fenômeno. Os resultados apresentados podem contribuir com a saúde pública, principalmente, por meio da qualificação, disseminação e uso da informação para a ação. Nesse sentido, é fundamental o monitoramento de indicadores de violência letal ao longo do tempo, o que permite a identificação do padrão demográfico das populações sob alto risco de violência. Ademais, dado o caráter intersetorial e complexo do fenômeno, aponta para a necessidade de fortalecer as ações entre diferentes setores, considerando não só a saúde, como também a segurança pública, a educação, a cultura e a assistência social.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Violência contra jovens no Brasil segundo raça/cor: tendências dos homicídios e perfil dos atendimentos de urgência e emergência. Saúde Brasil 2019 uma análise da situação de saúde com enfoque nas doenças imunopreveníveis e na imunização / pp. 177-194. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
2. BARROS BW et al. Territórios de morte: visibilidade dos jovens residentes em Porto Alegre vítimas de homicídio nos anos de 2015, 2016 e 2017. Revista de Direito Da Cidade, v. 1,1 n. 4, p. 225-52, 2019.
3. CERQUEIRA, Daniel; BUENO, Samira (coord.). Atlas da violência 2019. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019.
4. CERQUEIRA, D.; MOURA, R. L. Demografia e homicídios no Brasil. In: CAMARANO, A. A. (Org.). Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento? Rio de Janeiro: Ipea, 2014. cap. 11, p. 355- 373.
5. COELHO, Virginia Paes et al. Reflexões sobre a violência: poder e dominação nas relações sociais de sexo. Revista de Políticas Públicas, São Luís, v. 18, n. 2, p. 471-479, fev. 2015.
6. RIBEIRO, Eduardo; CANO, Ignacio. Vitimização letal e desigualdade no Brasil: Evidências em nível municipal. Civitas, Rev. Ciênc. Soc., Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 285-305, June, 2016.
7. SOUTO, Rayone Moreira Costa Veloso et al. Perfil epidemiológico do atendimento por violência nos serviços públicos de urgência e emergência em capitais brasileiras, Viva 2014. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2811-2823, set. 2017.

Apêndice

TABELA 1 Distribuição dos homicídios segundo causa básica do óbito. Brasil, 2009 a 2018

Causa do óbito	Ano do óbito																		Total				
	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		n	%	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
Agressões (X85 a Y09)	51.434	95,8	52.260	97,1	52.198	97,3	56.337	96,9	56.804	97,4	59.681	97,1	58.138	96,8	61.143	96,1	63.748	95,9	55.914	94,2	567.657	96,4	
Disparo de arma de fogo ¹ (Y22 a Y24)	1.633	3,0	779	1,4	827	1,5	1.066	1,8	869	1,5	958	1,6	959	1,6	1.052	1,7	818	1,2	1.335	2,2	10.296	1,7	
Intervenção legal (Y35)	609	1,1	756	1,4	609	1,1	708	1,2	592	1,0	793	1,3	942	1,6	1.374	2,2	1.854	2,8	2.042	3,4	10.279	1,7	
Seqüelas de uma agressão (Y871)	27	0,1	29	0,1	35	0,1	51	0,1	41	0,1	52	0,1	46	0,1	65	0,1	40	0,1	66	0,1	452	0,1	
Seqüelas de intervenção legal (Y89,0)	0	0,0	1	0,0	3	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0	1	0,0	9	0,0	
Total de homicídios	53.703	-	53.825	-	53.672	-	58.163	-	58.306	-	61.485	-	60.085	-	63.635	-	66.461	-	59.358	-	588.693	-	

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SUS).

¹Com intenção indeterminada

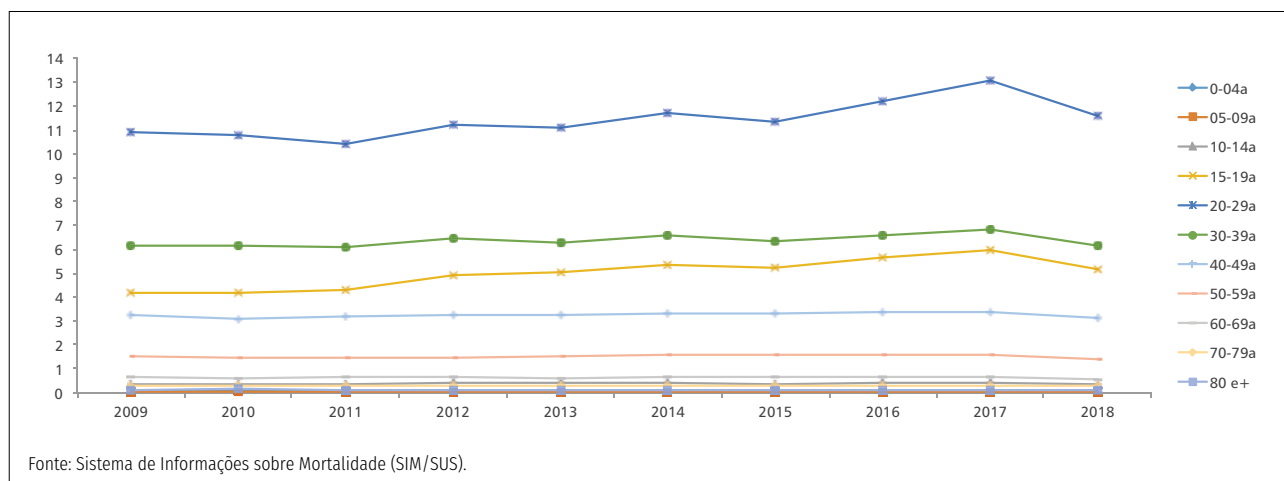


GRÁFICO 1 Taxa de mortalidade padronizada segundo faixa etária e ano do óbito. Brasil, 2009 a 2018

TABELA 2 Distribuição dos homicídios de indivíduos com idade entre 15 e 29 anos segundo UF e região de ocorrência e ano do óbito. Brasil, 2009 e 2018

UF e Região de ocorrência do óbito	2009		2018	
	n	%	n	%
Norte	2.877	9,9	4.521	14,3
Rondônia	231	0,8	187	0,6
Acre	78	0,3	239	0,8
Amazonas	539	1,8	854	2,7
Roraima	53	0,2	226	0,7
Pará	1.739	6,0	2.452	7,7
Amapá	108	0,4	277	0,9
Tocantins	129	0,4	286	0,9
Nordeste	10.927	37,4	14.060	44,4
Maranhão	789	2,7	961	3,0
Piauí	212	0,7	320	1,0
Ceará	1.220	4,2	2.819	8,9
Rio Grande do Norte	538	1,8	1.100	3,5
Paraíba	714	2,4	649	2,1
Pernambuco	2.289	7,8	2.273	7,2
Alagoas	1.114	3,8	851	2,7
Sergipe	329	1,1	661	2,1
Bahia	3.722	12,8	4.426	14,0
Sudeste	9.386	32,2	7.757	24,5
Minas Gerais	2.078	7,1	1.641	5,2
Espírito Santo	1.174	4,0	621	2,0
Rio de Janeiro	3.149	10,8	3.767	11,9
São Paulo	2.985	10,2	1.728	5,5
Sul	3.646	12,5	2.891	9,1
Paraná	2.091	7,2	1.189	3,8
Santa Catarina	430	1,5	411	1,3
Rio Grande do Sul	1.125	3,9	1.291	4,1
Centro-Oeste	2.352	8,1	2.417	7,6
Mato Grosso do Sul	361	1,2	244	0,8
Mato Grosso	473	1,6	417	1,3
Goiás	922	3,2	1.471	4,6
Distrito Federal	596	2,0	285	0,9
Brasil	29.188	100	31.646	100,0

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SUS).

*Coordenação-Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis (CGDANT/DASNT/SVS): Kauara Rodrigues Dias Ferreira, Vinícius Oliveira de Moura Pereira, Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha, Eduardo Marques Macário.