

## Monitoramento dos casos de arboviroses até a semana epidemiológica 22 de 2022

Coordenação-Geral de Vigilância das Arboviroses do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde (CGARB/DEIDT/SVS)\*

### Sumário

- 1 Monitoramento dos casos de arboviroses até a semana epidemiológica 22 de 2022
- 12 População em situação de rua e violência – uma análise das notificações no Brasil de 2015 a 2019
- 23 Informes gerais

As informações sobre dengue e chikungunya apresentadas neste boletim são referentes às notificações ocorridas entre as semanas epidemiológicas (SE) 1 a 22 (2/1/2022 a 4/6/2022), disponíveis no Sinan On-line. Os dados de zika foram consultados no Sinan Net até a SE 21 (2/1/2022 a 28/5/2022).

A situação epidemiológica da febre amarela (FA) silvestre corresponde ao período de monitoramento 2021/2022, que se estende entre julho/2021 e junho/2022, enfatizando a importância das ações integradas de vigilância humana e animal, além da intensificação das medidas de vigilância, prevenção e controle nas áreas de risco, afetadas e/ou próximas dos locais com transmissão recente no Brasil.

### Situação epidemiológica de 2022

#### Dengue

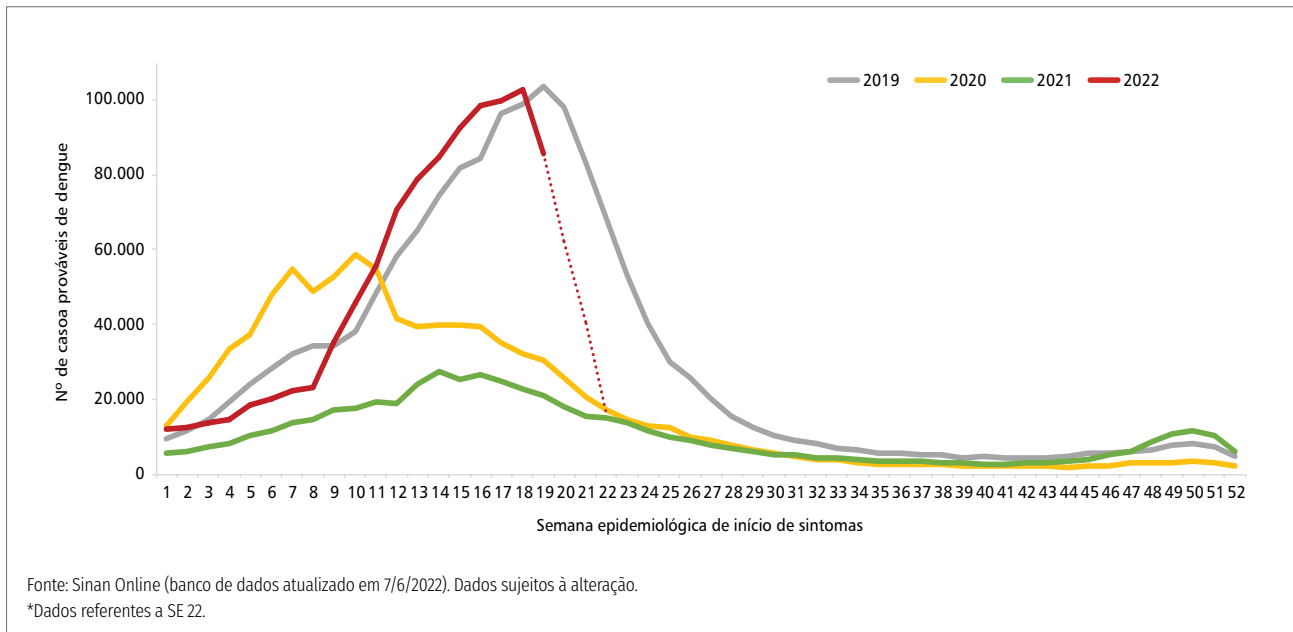
Até a SE 22 de 2022 ocorreram 1.104.742 casos prováveis de dengue (taxa de incidência de 517,9 casos por 100 mil hab.) no Brasil. Em comparação com o ano de 2019, houve redução de 8,4% de casos registrados para o mesmo período analisado (Figura 1). Quando comparado com o ano de 2021, ocorreu um aumento de 197,9% casos até a respectiva semana.

Para o ano de 2022, a Região Centro-Oeste apresentou a maior taxa de incidência de dengue, com 1.544,2 casos/100 mil hab., seguida das Regiões: Sul (941,7 casos/100 mil hab.), Sudeste (419,2 casos/100 mil hab.), Nordeste (250,5 casos/100 mil hab.) e Norte (212,8 casos/100 mil hab.) (Tabela 1, Figura 2, Figura 6A).

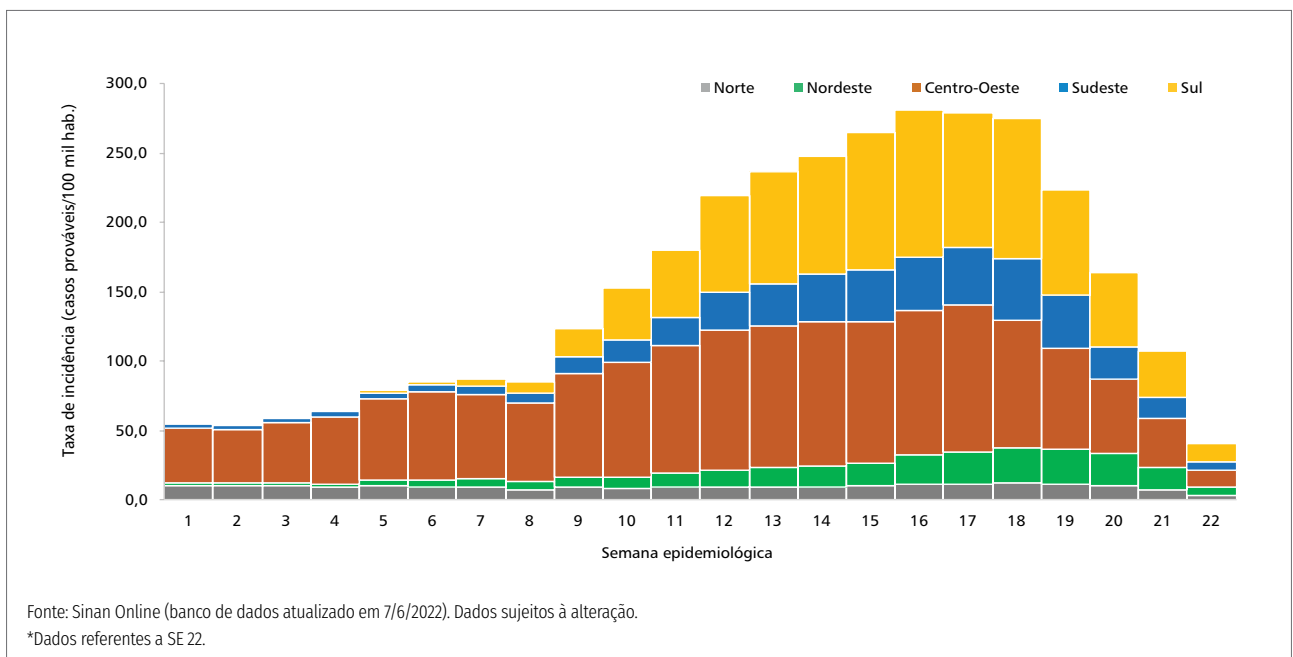
Os municípios que apresentaram os maiores registros de casos prováveis de dengue até a respectiva semana foram: Brasília/DF, com 51.131 casos (1.652,4 casos/100 mil hab.), Goiânia/GO, com 41.637 casos (2.676,5 /100 mil hab.), Joinville, com 23.058 casos (3.813,1 casos/100 mil hab.), São José do Rio Preto, com 16.005 casos (3.411,3/100 mil hab.) e Aparecida de Goiânia, com 14.689 (2.440,6/100 mil hab.) (Tabela 2 – Anexo).

**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: sv@saude.gov.br  
Site: www.saude.gov.br/svs

**Versão 1**  
10 de junho de 2022



**FIGURA 1** Curva epidêmica dos casos prováveis de dengue, por semanas epidemiológicas de início de sintomas, Brasil, 2019 a 2022\*



**FIGURA 2** Distribuição da taxa de incidência de dengue por Região, Brasil, SE 1 a 22/2022\*

Até a SE 22, foram confirmados 842 casos de dengue grave (DG) e 10.941 casos de dengue com sinais de alarme (DSA). Ressalta-se que 753 casos de DG e DAS permanecem em investigação.

Até o momento, foram confirmados 504 óbitos por dengue, sendo 439 por critério laboratorial e 65 por critério clínico epidemiológico. Os estados que apresentaram o maior número de óbitos foram: São Paulo (180), Santa Catarina (60), Rio Grande do Sul (49), Goiás (44) e Paraná (43). Permanecem em investigação outros 364 óbitos. (Figura 3A e 3B).

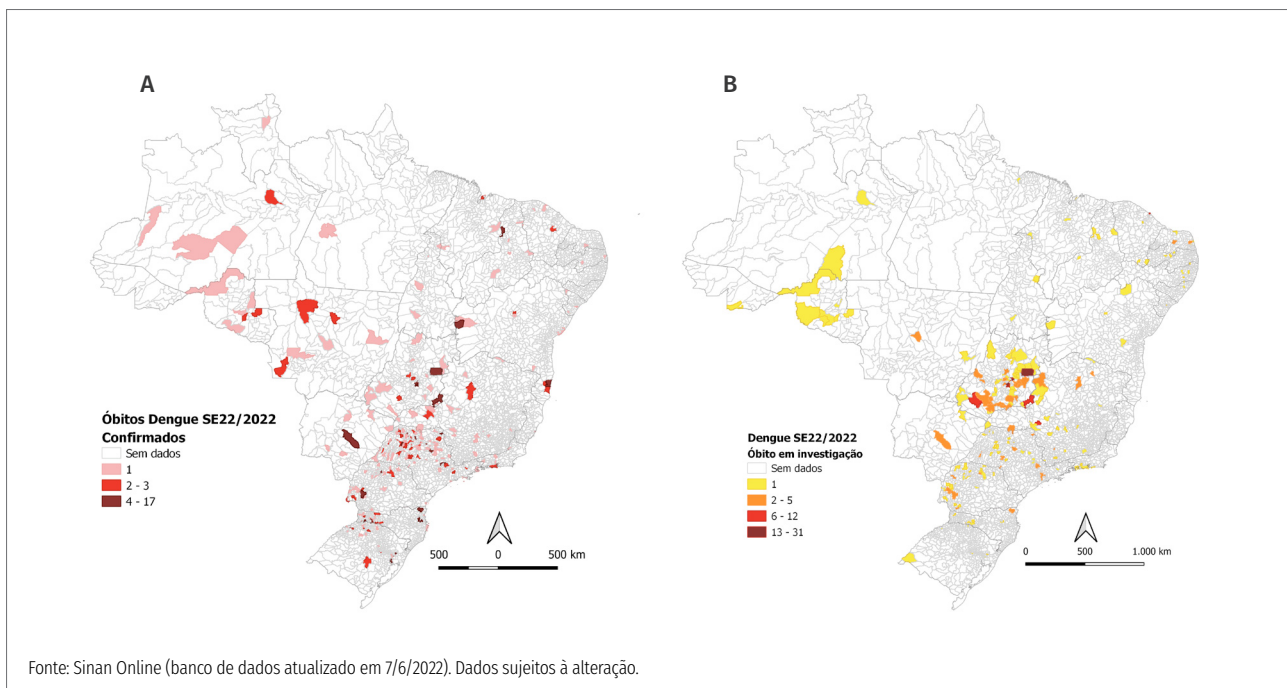
## Chikungunya

Até a SE 22 de 2022 ocorreram 108.730 casos prováveis de chikungunya (taxa de incidência de 51 casos por 100 mil hab.) no Brasil. Em comparação com o ano de 2019, houve aumento de 35,2% de casos registrados para o mesmo período analisado (Figura 4). Quando comparado com o ano de 2021, ocorreu um aumento de 95,7% casos até a respectiva semana.

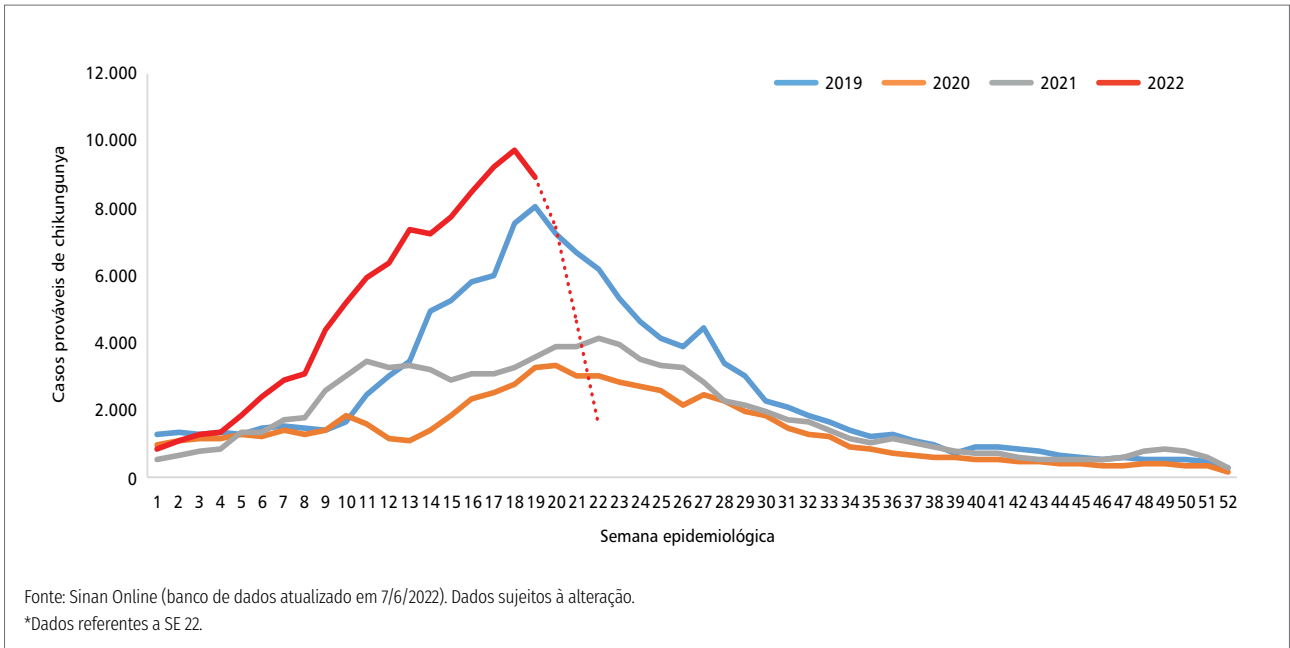
Para o ano de 2022, a Região Nordeste apresentou a maior incidência (156,1 casos/100 mil hab.), seguida das Regiões Centro-Oeste (27 casos/100 mil hab.) e Norte (20,3 casos/100 mil hab.) (Tabela 1, Figura 4, Figura 6B).

Os municípios que apresentaram os maiores registros de casos prováveis de chikungunya até a respectiva semana foram: Fortaleza/CE, com 7.853 casos (290,5 casos/100 mil hab.), Juazeiro do Norte/CE, com 4.117 casos (1.479,5 casos/100 mil hab.), Salgueiro/PE, com 3.100 casos (5.035,7 casos/100 mil hab.), Crato, com 2.933 casos (2.190,2 casos/100 mil hab.) e Brejo Santo/CE com 2.724 casos (5.426,8 casos/100 mil hab.) (Tabela 2 – Anexo).

Até o momento foram confirmados 19 óbitos para chikungunya nos estados: Ceará (14), Paraíba (2), Maranhão (1), Pernambuco (1), Alagoas (1). Ressalta-se que 40 óbitos estão em investigação no País.



**FIGURA 3** Distribuição de óbitos confirmados e em investigação por dengue, por município, Brasil, SE 1 a 22/2022

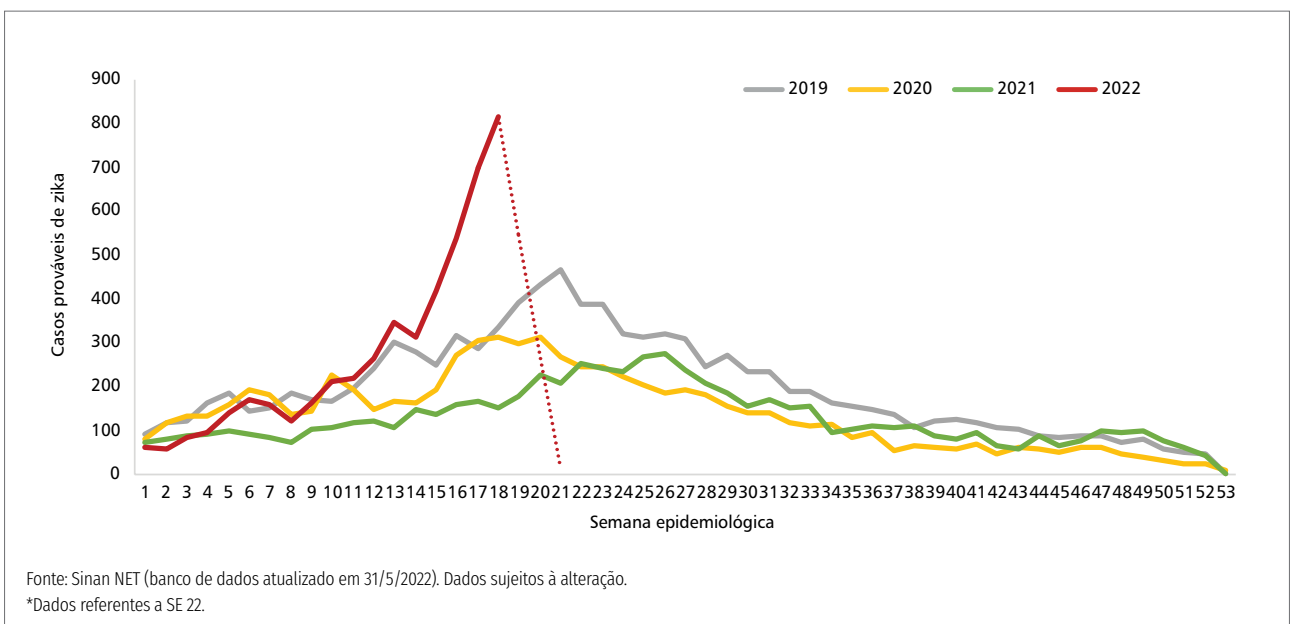


**FIGURA 4** Curva epidêmica dos casos prováveis de chikungunya, por semanas epidemiológicas de início de sintomas, Brasil, 2019 a 2022\*

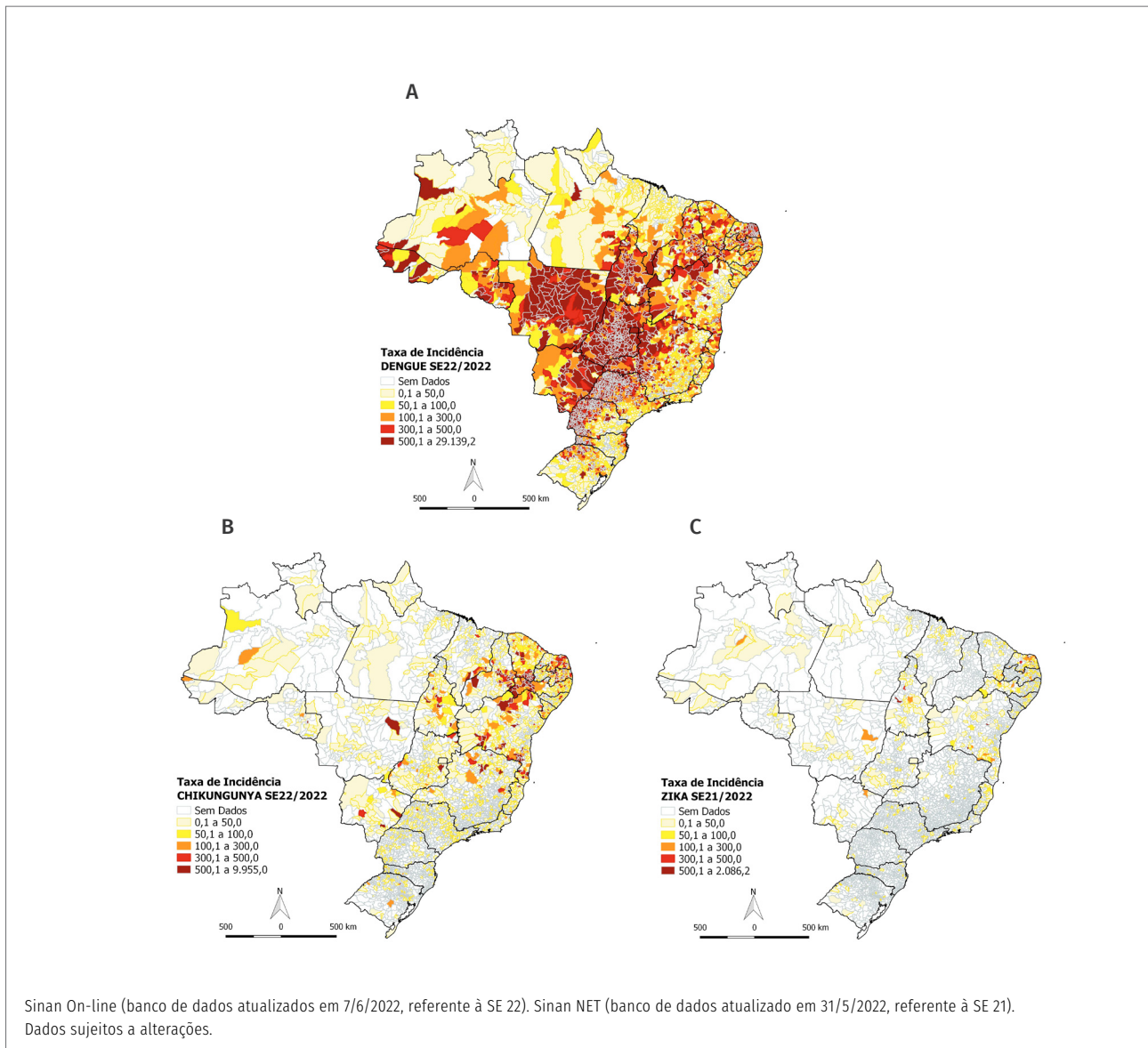
## Zika

Com relação aos dados de zika, ocorreram 5.699 casos prováveis até a SE 21 de 2022, correspondendo a uma taxa de incidência de 2,7 caso por 100 mil hab. no País (Tabela 1, Figura 5, Figura 6C).

Em relação a 2019, os dados representam um aumento de 14,4% no número de casos do País. Quando comparado com o ano de 2021, observa-se um aumento de 118,9% no número de casos. Ressalta-se que não foram notificados óbitos por zika no País até a respectiva semana do ano de 2022.



**FIGURA 5** Curva epidêmica dos casos prováveis de zika, por semanas epidemiológicas de início de sintomas, Brasil, 2019 a 2022\*



**FIGURA 6** Distribuição da taxa de incidência de dengue, chikungunya e zika, por município, Brasil, SE 1 a 22/2022

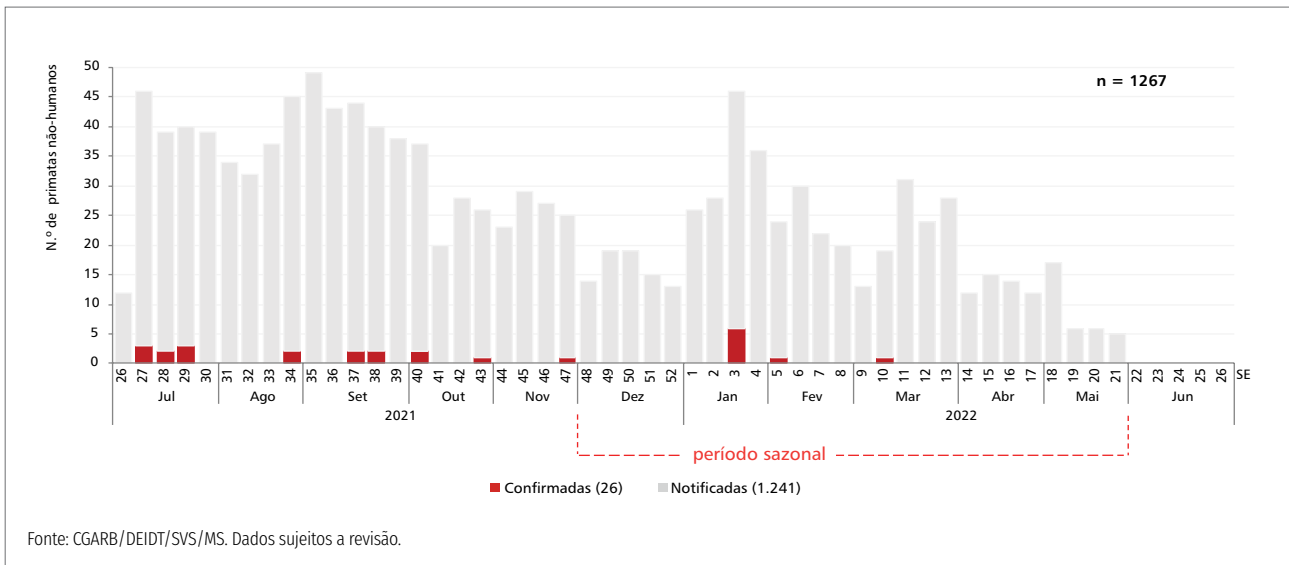
## Febre amarela

Entre julho de 2021 e junho de 2022 (SE 22), foram notificadas 1.267 epizootias suspeitas de FA, das quais 26 (2,1%) foram confirmadas por critério laboratorial (Figura 7). No mesmo período, foram notificados 576 casos humanos suspeitos de FA, dos quais 5 (0,9%) foram confirmados (Figura 8).

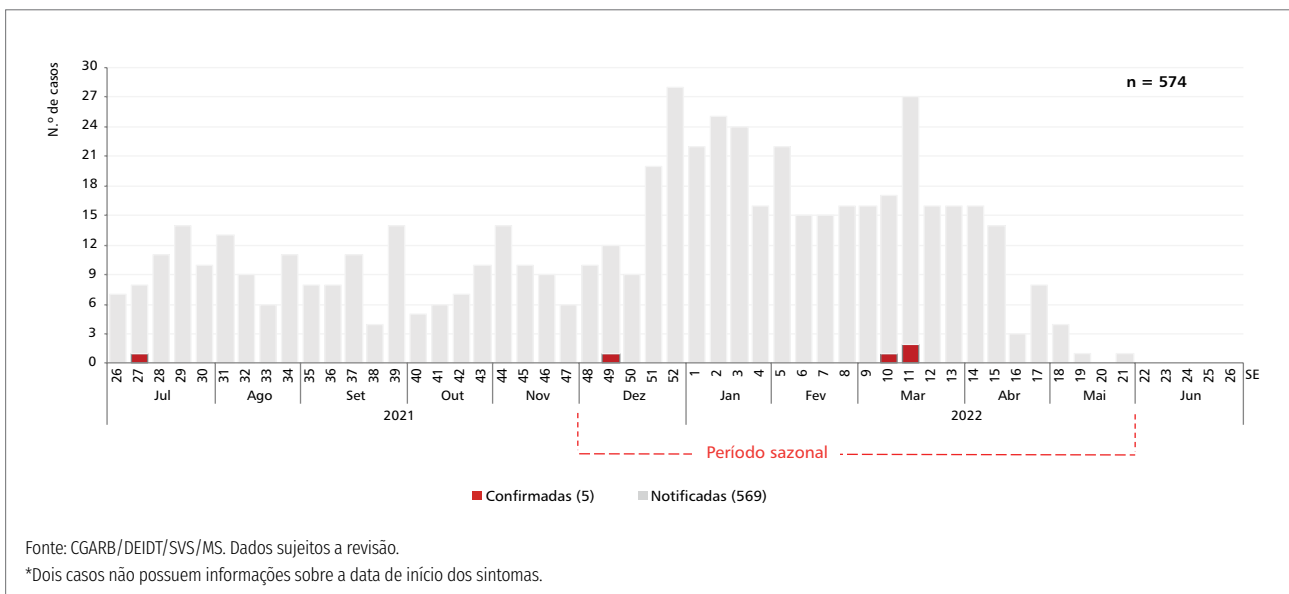
A transmissão do vírus entre PNH foi registrada no Pará, Minas Gerais, Santa Catarina e Rio Grande do Sul (Tabela 3, Figura 9), sinalizando a circulação ativa do vírus nesses estados e o aumento do risco de transmissão às populações humanas durante o período sazonal. Os casos humanos confirmados tiveram local

provável de infecção (LPI) no Pará (Afuá e Oeiras do Pará) e em Tocantins (São Salvador do Tocantins e Gurupi) (Figura 9).

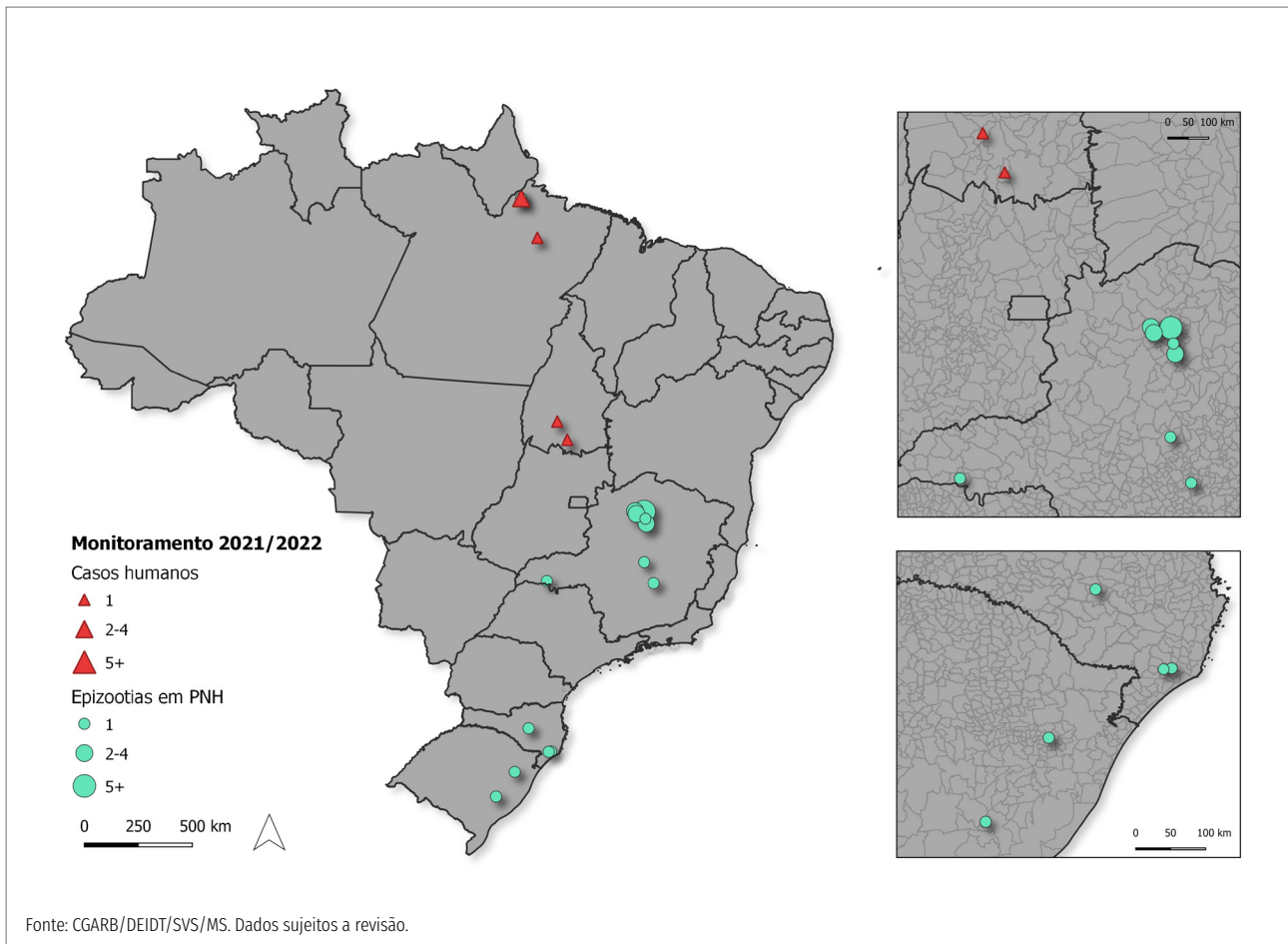
Os indivíduos eram do sexo masculino, na faixa etária entre 20 e 29 anos, e não vacinados ou com histórico vacinal ignorado, à exceção de um dos casos, vacinado em 2018 e diagnosticado por RT-PCR. Todos tiveram registro de exposição em áreas silvestres e/ou de mata, devido a atividades laborais e/ou de lazer. Os casos com LPI no Tocantins foram detectados pelas SES de Santa Catarina e do Paraná, em indivíduos viajantes que se infectaram fora do município e UF de origem. Quatro dos cinco casos evoluíram ao óbito, com letalidade de 80% no período.



**FIGURA 7** Epizootias em primatas não-humanos (PNH) suspeitas de FA, por semana epidemiológica de ocorrência e classificação, julho de 2021 a junho de 2022 (SE 22)



**FIGURA 8** Casos humanos suspeitos de febre amarela, por semana epidemiológica de início de sintomas e classificação, julho de 2021 a junho de 2022 (SE 22)



**FIGURA 9** Distribuição das epizootias em Primatas Não Humanos (PNH) e dos casos humanos confirmados para FA por município do local provável de infecção no Brasil, julho de 2021 a junho de 2022 (SE 22)

## Recomendações

- Recomenda-se a intensificação da vigilância nas áreas com transmissão para identificar novos eventos suspeitos, incluindo casos humanos, e a busca ativa e vacinação de indivíduos não vacinados.
- A prevenção de surtos e óbitos por FA depende da adoção de ações preventivas e da preparação das redes de vigilância, de imunização, de laboratórios e de assistência, além da comunicação de risco, para aumentar as capacidades de vigilância e resposta e reduzir a morbimortalidade pela doença no País.

## Inseticidas utilizados para o controle do *Aedes aegypti*

Foi enviado às UF, até 31 de maio de 2022, o quantitativo de 49.765.000 pastilhas de larvicida (Espinosade 7,48%) para o tratamento de recipiente/depósitos de água. Neste período, foram distribuídos 5.099 Kg do inseticida Clotianidina 50% + Deltametrina 6.5%, para o tratamento residual em pontos estratégicos (borracharias, ferros-velhos etc). E para aplicação espacial (UBV), foram direcionados às UF 209.350 litros de Imidacloprido 3% + Praetrina 0,75%.

## Ações realizadas

- Treinamentos e capacitações para o desenvolvimento de ações integradas e estratégicas, incluindo incorporação de inovação e tecnologia (SISS-Geo) para melhorar a qualidade da informação, a vigilância e as ações de resposta em eventos relevância epidemiológica, com ênfase às epizootias (PNH, equídeos e aves e outros animais silvestres) para monitoramento da FA e FNO: Oficina sobre ações de vigilância epidemiológica, animal, entomológica e ambiental com apoio do SISS-Geo para os estados e suas redes de saúde (regionais e municípios prioritários) no Rio Grande do Sul (9 a 13 de maio) e Tocantins (23 a 27 de maio).
- Visitas técnicas pela Sala de Situação de arboviroses aos estados: RS, DF, GO, RO e CE (maio e junho).
- Videoconferências com os estados pela Sala de Situação de Arboviroses.
- Implantação da Estratégia Estações Disseminadoras em municípios de Santa Catarina (Florianópolis, Joinville e outros).



## Anexos

**TABELA 1** Número de casos prováveis, taxa de incidência (/100 mil hab.) e variação de dengue, chikungunya até a SE 22, e zika até a SE 21, por Região e UF, Brasil, 2022

Região/UF	Dengue SE 22		Chikungunya SE 22		Zika SE 21	
	Casos	Incidência (casos/100 mil hab.)	Casos	Incidência (casos/100 mil hab.)	Casos	Incidência (casos/100 mil hab.)
<b>Norte</b>	<b>40.240</b>	<b>212,8</b>	<b>3.829</b>	<b>20,3</b>	<b>526</b>	<b>2,78</b>
Rondônia	7.812	430,3	124	6,8	32	1,8
Acre	2.430	268,0	45	5,0	9	1,0
Amazonas	2.478	58,0	105	2,5	103	2,4
Roraima	47	7,2	10	1,5	3	0,5
Pará	4.683	53,4	218	2,5	54	0,6
Amapá	126	14,4	16	1,8	4	0,5
Tocantins	22.664	1.410,0	3.311	206,0	321	20,0
<b>Nordeste</b>	<b>144.450</b>	<b>250,5</b>	<b>90.009</b>	<b>156,1</b>	<b>4.356</b>	<b>7,6</b>
Maranhão	3.835	53,6	1.086	15,2	72	1,0
Piauí	12.946	393,6	4.943	150,3	12	0,4
Ceará	27.729	300,1	30.977	335,2	304	3,3
Rio Grande do Norte	21.819	612,7	6.970	195,7	1.698	47,7
Paraíba	16.885	415,9	10.714	263,9	506	12,5
Pernambuco	20.982	216,9	16.343	168,9	648	6,7
Alagoas	10.458	310,8	1.767	52,5	152	4,5
Sergipe	1.898	81,2	1.766	75,5	74	3,2
Bahia	27.898	186,2	15.443	103,1	890	5,9
<b>Sudeste</b>	<b>375.748</b>	<b>419,2</b>	<b>9.640</b>	<b>10,8</b>	<b>369</b>	<b>0,4</b>
Minas Gerais	81.435	380,3	7.113	33,2	67	0,3
Espírito Santo <sup>1</sup>	5.698	138,7	956	23,3	166	4,0
Rio de Janeiro	6.700	38,4	379	2,2	16	0,1
São Paulo	281.915	604,3	1.192	2,6	120	0,3
<b>Sul</b>	<b>286.306</b>	<b>941,7</b>	<b>746</b>	<b>2,5</b>	<b>261</b>	<b>0,9</b>
Paraná	140.018	1.207,3	246	2,1	18	0,2
Santa Catarina	86.585	1.179,9	175	2,4	63	0,9
Rio Grande do Sul	59.703	520,7	325	2,8	180	1,6
<b>Centro-Oeste</b>	<b>257.998</b>	<b>1.544,2</b>	<b>4.506</b>	<b>27,0</b>	<b>187</b>	<b>1,1</b>
Mato Grosso do Sul	18.553	653,5	466	16,4	42	1,5
Mato Grosso	29.373	823,4	254	7,1	80	2,2
Goiás	158.941	2.205,5	3.385	47,0	58	0,8
Distrito Federal	51.131	1.652,4	401	13,0	7	0,2
<b>Brasil</b>	<b>1.104.742</b>	<b>517,9</b>	<b>108.730</b>	<b>51,0</b>	<b>5.699</b>	<b>2,7</b>

Fonte: Sinan On-line (banco de dados atualizados em 7/6/2022, referente à SE 22). Sinan Net (banco atualizado em 31/5/2022). 1Dados consolidados do Sinan On-line e e-SUS Vigilância em Saúde atualizados em 25/5/2022. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (população estimada em 1/7/2021). Dados sujeitos a alterações.

**TABELA 2** Municípios com maiores registros de casos prováveis de dengue, chikungunya até a SE 22 e zika até a semana epidemiológica 21, Brasil, 2022

UF de residência	Município de residência	Casos	Incidência (casos/100 mil hab.)
<b>Dengue SE 22</b>			
DF	Brasília	51.131	1.652,4
GO	Goiânia	41.637	2.676,5
SC	Joinville	23.058	3.813,1
SP	São José do Rio Preto	16.005	3.411,3
GO	Aparecida de Goiânia	14.689	2.440,7
TO	Palmas	13.101	4.181,0
PR	Cascavel	12.371	3.681,0
SP	Araraquara	12.027	5.000,0
SP	São Paulo	10.904	88,0
SC	Blumenau	10.364	2.828,5
<b>Chikungunya SE 22</b>			
CE	Fortaleza	7.853	290,5
CE	Juazeiro do Norte	4.117	1.479,5
PE	Salgueiro	3.100	5.035,7
CE	Crato	2.933	2.190,2
CE	Brejo Santo	2.724	5.426,8
PE	Petrolina	2.517	700,4
CE	Barbalha	2.392	3.879,2
TO	Palmas	2.157	688,4
MG	Montes Claros	2.146	514,0
BA	Brumado	1.881	2.788,0
<b>Zika SE 21</b>			
PE	Petrolina	232	64,6
BA	Macajuba	231	2041,0
BA	Caculé	204	871,5
RN	Santo Antônio	123	503,6
PB	Cubati	119	1512,8
RN	Riachuelo	107	1287,6
RS	Rondinha	105	2086,2
RN	João Câmara	104	294,1
RN	Baía Formosa	97	1034,9
RN	Nova Cruz	87	231,7

Fonte: Sinan On-line (banco de dados atualizados em 7/6/2022, referente à SE 22). Sinan Net (banco atualizado em 31/5/2022). Dados consolidados do Sinan On-line e e-SUS Vigilância em Saúde atualizados em 25/5/2022. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (população estimada em 1/7/2021). Dados sujeitos a alterações.

**TABELA 3** Epizootias em Primatas Não Humanos (PNH) e casos humanos suspeitos de FA por Região e UF de ocorrência e classificação, Brasil, julho de 2021 a junho de 2022 (SE 22)

Região	UF	Epizootias em PNH		Casos humanos			
		Notificadas	Confirmadas	Notificados	Confirmados	Óbitos	Letalidade (%)
Norte	Acre			1			
	Amapá			4			
	Amazonas			3			
	<b>Pará</b>	16	1	89	3	3	100
	Rondônia	9		10			
	Roraima			1			
	<b>Tocantins</b>	24		24	2	1	50
	Nordeste	Alagoas	23		2		
Bahia		4		6			
Ceará		6		1			
Maranhão				7			
Paraíba				1			
Pernambuco		47					
Piauí		1					
Rio Grande do Norte		18		2			
Sergipe				1			
Centro-Oeste		Distrito Federal	60		9		
	Goiás	76		31			
	Mato Grosso			1			
	Mato Grosso do Sul	1		7			
Sudeste	Espírito Santo			48			
	<b>Minas Gerais</b>	359	20	24			
	Rio de Janeiro	77		10			
	São Paulo	284		168			
Sul	Paraná	41		40			
	<b>Santa Catarina</b>	111	3	76			
	<b>Rio Grande do Sul</b>	110	2	10			
<b>Total</b>		<b>1.267</b>	<b>26</b>	<b>576</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>80</b>

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

**\*Coordenação-Geral de Vigilância de Arboviroses (DEIDT/SVS/MS):** Alessandro Pecego Martins Romano, Camila Ribeiro Silva, Cassio Roberto Leonel Peterka, Daniel Garkauskas Ramos, Danielle Bandeira Costa de Sousa Freire, Eduardo Lana, Gilberto Gilmar Moresco, Larissa Arruda Barbosa, Maria Isabella Claudino Haslett, Pablo Secato Fontoura, Pedro Henrique de Oliveira Passos, Poliana da Silva Lemos, Sulamita Brandão Barbiratto. **Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública (Daevs/SVS/MS):** Thiago Guedes, Daniel Ferreira de Lima Neto, Emerson Luiz Lima Araújo, Karina Ribeiro Leite Jardim Cavalcante.

# População em situação de rua e violência – uma análise das notificações no Brasil de 2015 a 2019

Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis do Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde (CGDANT/DASNT/SVS); Coordenação de Garantia da Equidade da Coordenação-Geral de Garantia dos Atributos da Atenção Primária do Departamento de Saúde da Família da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (COGE/CGGAP/DESF/SAPS).\*

## Introdução

De acordo com a Política Nacional para a População em Situação de Rua (Decreto n.º 7.053/2009)<sup>1</sup>, este constitui um grupo populacional heterogêneo, “*que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória*”.

Segundo o estudo “Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil”, realizado pelo Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas (Ipea), em março de 2020 havia quase 222 mil pessoas em situação de rua no Brasil, representando um aumento de 139% em relação a 2012<sup>2</sup>. Estimativa disponível no painel digital do Ministério da Cidadania, aponta que cerca de 13% (20.995) das pessoas em situação de rua são do sexo feminino, e 87% (140.474) do sexo masculino<sup>3</sup>. De acordo com os dados do CadÚnico, em janeiro de 2022, 161.469 pessoas em situação de rua estavam cadastradas no Programa Bolsa Família.

Até chegar à situação de rua, essas pessoas sofrem rupturas familiares, sociais e afetivas, passando a vivenciar contextos sociais marcados pela desumanização e caracterizados por estigmas, violência e segregação. Adicionalmente, viver na rua e, portanto, sem abrigo ou proteção adequada, torna esses indivíduos mais vulneráveis às agressões de natureza física ou moral. A vida na rua expõe homens, mulheres e crianças a riscos que fazem com que essa população mereça, sob diversos aspectos, abordagem específica das equipes de saúde<sup>4</sup>.

Nesse sentido, destaca-se o respeito à diversidade e a garantia de atendimento integral a essa população em situação de vulnerabilidade e desigualdade social, perpassando pelo conjunto de programas e ações de saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), respeitando o princípio da equidade em saúde de modo a dirimir a desigualdade e a situação de vulnerabilidade, com observância às especificidades e os determinantes sociais em saúde.

A obrigatoriedade de comunicação das violências contra segmentos vulneráveis da população passou a integrar as ações do SUS a partir das determinações do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n.º 8.069/1990), seguido da Portaria n.º 10.778/2003 para a violência contra mulheres e o Estatuto do Idoso (Lei n.º 10.741/2003).

Em 2001, foi publicada a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Como desdobramento dessa política, foi proposta, em 2004, a criação de Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, pela Portaria MS/GM n.º 936, e em 2006 foi implantado o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela (Viva), por meio da Portaria MS/GM n.º 1.356. O Viva é constituído por dois componentes: a) Vigilância de violência interpessoal e autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan Violências) e b) Vigilância de violências e acidentes em unidades de urgência e emergência (Viva Inquérito). O objetivo do Viva é conhecer a magnitude e a gravidade das violências por meio da produção e difusão de informações epidemiológicas e definir políticas públicas de enfrentamento como estratégias e ações de intervenção, prevenção, atenção e proteção às pessoas em situação de violência<sup>5</sup>.

Em 2011, com a Portaria MS/GM n.º 104, a notificação de violência interpessoal/autoprovocada se tornou compulsória em todos os serviços de saúde públicos e privados do Brasil. A Portaria MS/GM n.º 1.271, de 2014, padronizou os procedimentos normativos relacionados à notificação compulsória no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>6</sup>.

Em 2014, foi incluído o campo “motivação da violência” na ficha de notificação de violências interpessoais e autoprovocadas. Neste campo, é possível assinalar se a violência foi provocada pela situação de rua da vítima, sexismo, homofobia/lesbofobia/bifobia/transfobia, racismo, intolerância religiosa, xenofobia, conflito geracional ou deficiência, incluindo campo para outras motivações não especificadas.

A partir do exposto, este boletim tem o objetivo de descrever os casos de violência motivadas por situação de rua da vítima, notificados no Brasil, no período de 2015 a 2019.

## Material e métodos

Foi realizado um estudo descritivo das notificações individuais de violência interpessoal/autoprovocada registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) nos anos de 2015 a 2019, no Brasil. Foram considerados os casos de violência envolvendo a população em situação de rua, selecionados por meio da variável “motivação da violência” (campo 55 da ficha de notificação individual de violência do Sinan). Foram utilizados os dados populacionais da Projeção da População das Unidades da Federação por sexo e grupos de idade (2000-2030), elaborada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tendo em vista que projeções sobre a população em situação de rua não estão disponíveis com a abrangência e desagregação necessárias.

O Sinan é o sistema de informações de registro contínuo de dados sobre doenças e agravos de notificação compulsória da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Os registros são feitos a partir de fichas individuais de notificação e de investigação dessas doenças e agravos, que constituem, assim, o documento base desse sistema. No caso da violência, há uma ficha única, denominada 'Ficha de notificação individual de violência interpessoal/autoprovocada'. A definição de casos de violência abrange: *caso suspeito*

*ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT<sup>6</sup>.*

A violência autoprovocada/autoinfligida compreende ideação suicida, autoagressões, tentativas de suicídio e suicídios. Embora a ideação suicida não seja objeto de notificação no Viva, requer ações de atenção integral em saúde. A violência interpessoal compreende as violências domésticas e extrafamiliares. Violência doméstica é aquela que ocorre entre os parceiros íntimos e entre os membros da família, principalmente no ambiente da casa, mas não unicamente. A violência extrafamiliar/comunitária é definida como aquela que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos ou desconhecidos<sup>6</sup>.

Conforme convenção estabelecida pelo IBGE, foram consideradas como negras as pessoas que se autodeclararam como pretas ou pardas. O cálculo das taxas de notificação foi realizado de acordo com a seguinte fórmula:

$$\text{Taxa de notificação} = \frac{\text{Número de notificações de violência no ano e local}}{\text{População residente no ano e local}} \times 1 \text{ milhão}$$

Foi utilizado o software Tabwin (versão 32) para tabulação dos dados a partir dos registros do Sinan e as análises (cálculo das proporções e gráficos) foram realizadas no programa Microsoft Excel.

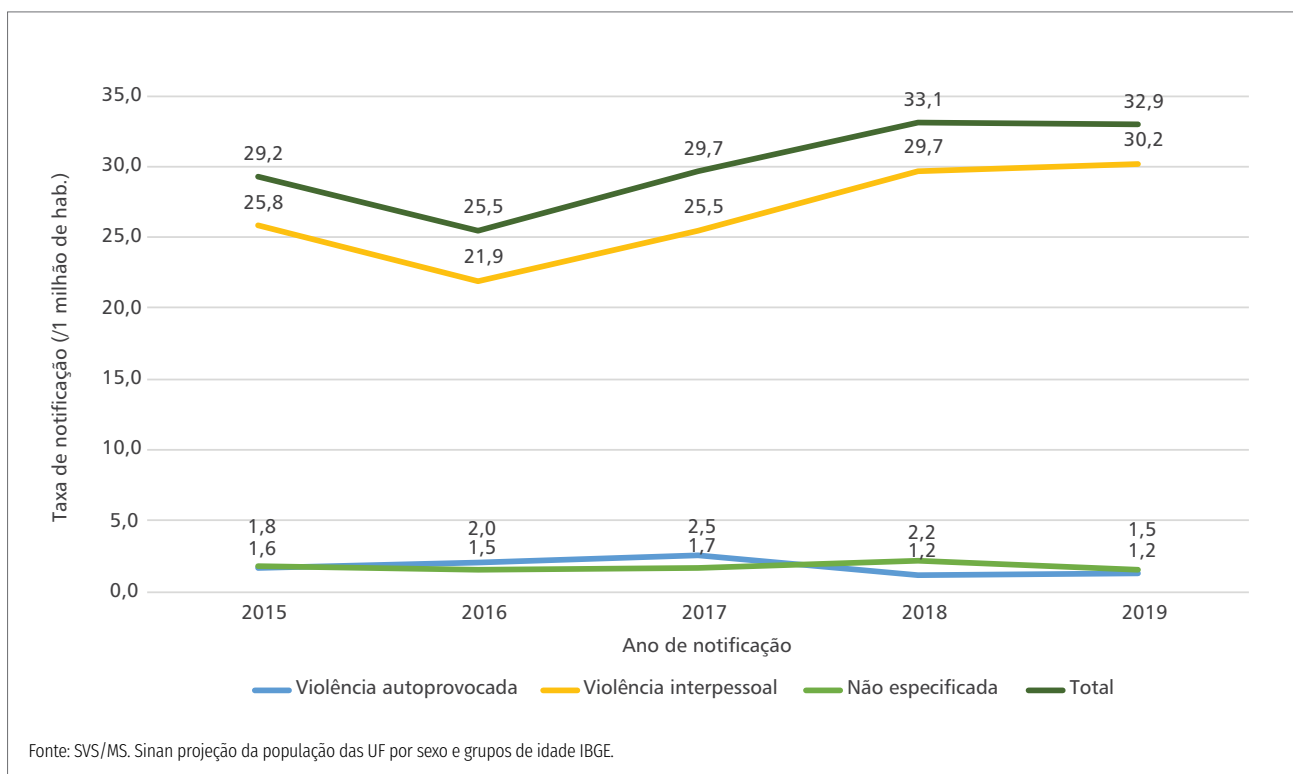
As bases de dados utilizadas na elaboração deste boletim não continham dados de identificação das pessoas, garantindo a confidencialidade e anonimato em todo o seu processo de construção. Dessa forma, o estudo foi dispensado de registro e avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (sistema CEP/Conep), em conformidade com os princípios éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n.º 510, de 7 de abril de 2016 (Parágrafo único – V – pesquisa com bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual)<sup>7</sup>.

## Resultados

Entre 2015 e 2019, foram notificados 1.534.378 casos de violência interpessoal e autoprovocada no Sinan Violências. Destes, 2,0% (n = 31.239) tiveram como motivação a situação de rua da vítima. A Figura 1 apresenta a evolução da taxa de notificação de violência motivadas por situação de rua no Brasil, neste período.

A Figura 2 apresenta a distribuição espacial das taxas de notificação de violência motivada por situação de rua da vítima, nas unidades da Federação (UF), no período

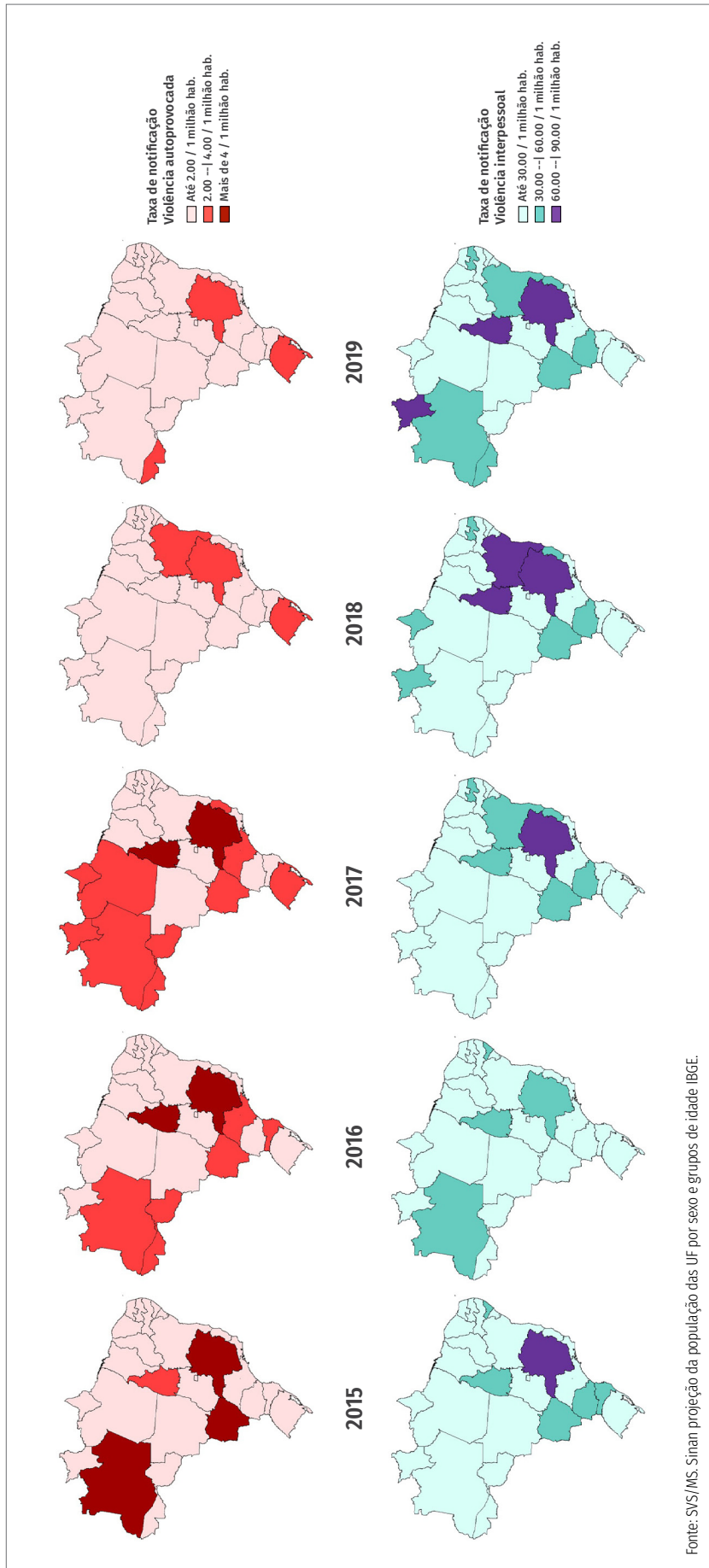
de 2015 a 2019. É possível observar que a magnitude das taxas de notificação de violência autoprovocada é menor que a magnitude das taxas de notificação de violência interpessoal. As UF que apresentaram maiores taxas de notificação de violência autoprovocada, considerando o período total de 2015 a 2019, foram Tocantins (5,29 notificações/1 milhão de habitantes) e Minas Gerais (5,28 notificações/1 milhão de habitantes). Essas mesmas UF foram responsáveis, também, pelas maiores taxas de notificação de violência interpessoal (Minas Gerais: 69,00 notificações/1 milhão de habitantes; Tocantins: 55,75 notificações/1 milhão de habitantes).



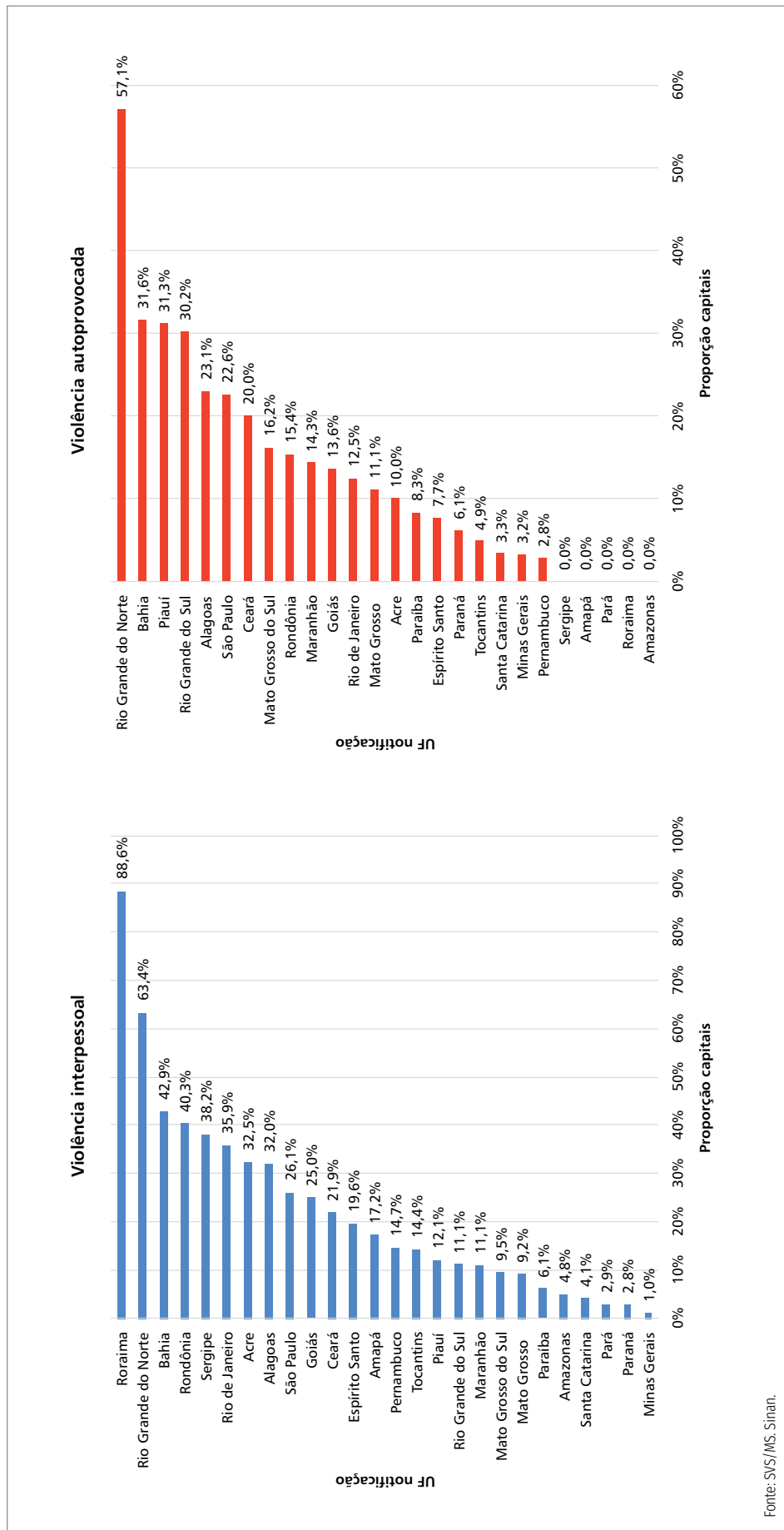
**FIGURA 1** Evolução da taxa de notificações de violência motivada por situação de rua da vítima, Brasil (2015 a 2019)

A Figura 3 apresenta o percentual das notificações de violência motivada por situação de rua que foi realizada nas capitais, considerando o total de notificações em cada UF, no período em estudo. Observa-se que não há uma distribuição homogênea dos valores deste indicador entre as diferentes UF. Considerando as notificações de violência autoprovocada, o maior percentual de notificações na capital ocorreu no Rio Grande do Norte, onde 57,1% das notificações (n = 8) ocorreram em Natal. Os estados de Sergipe, Amapá,

Pará, Roraima e Amazonas não tiveram nenhuma notificação deste tipo nas capitais no período. Considerando as notificações de violência interpessoal, o maior percentual de notificações na capital ocorreu em Roraima, onde 88,6% das notificações (n = 93) ocorreram em Boa Vista. A cidade de Belo Horizonte registrou apenas 1% das notificações de violência interpessoal motivada por situação de rua em Minas Gerais no período, representando o menor valor para este indicador.



**FIGURA 2** Distribuição espacial da taxa de notificações de violência motivada por situação de rua da vítima, Brasil (2015 a 2019)



**FIGURA 3** Percentual das notificações de violência motivada por situação de rua que foi realizada nas capitais, considerando o total de notificações em cada UF, Brasil (2015 a 2019)



A Tabela 1 apresenta as características das vítimas de violência motivada por situação de rua, no Brasil, no período de 2015 a 2019. Considerando as notificações de violência autoprovocada, a maior parte das vítimas estava na faixa etária de 20 a 39 anos (54,7%; n = 979) e era do sexo masculino (58,9%; n = 1.055). Foram identificadas 29 gestantes (1,6% do total de notificações). A raça/cor predominante foi a negra (56,4%; n = 1.010). A orientação sexual predominante foi heterossexual (64,4%; n = 1.153) e a identidade de gênero foi ignorada ou assinalada como “não se aplica” na maior parte dos casos (95,1%).

Considerando as notificações de violência interpessoal, a maior parte das vítimas estava na faixa etária de 20 a 39 anos (44,0%; n = 12.161) e era do sexo feminino (51,2%; n = 14.158). Chama atenção, também, o percentual de vítimas com idades de 10 a 19 anos (30,8%; n = 8.505). Foram identificadas 604 gestantes (2,2% das notificações). A raça/cor predominante foi a negra (57,4%; n = 17.851). A orientação sexual predominante foi heterossexual (68,4%; n = 20.749) e a identidade de gênero foi ignorada ou assinalada como “não se aplica” na maior parte dos casos.

**TABELA 1** Características das vítimas de violência motivada por situação de rua, Brasil (2015 a 2019)

Características da vítima	Violência autoprovocada		Violência interpessoal		Total*	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%
<b>Faixa etária</b>						
< 1 Ano	12	0,7%	306	1,1%	333	1,1%
1 a 4 anos	2	0,1%	191	0,7%	204	0,7%
5 a 9 anos	8	0,4%	344	1,2%	365	1,2%
10 a 19 anos	401	22,4%	8.505	30,8%	9.523	30,5%
20 a 39 anos	979	54,7%	12.161	44,0%	13.917	44,6%
40 a 59 anos	306	17,1%	4.385	15,9%	4.945	15,8%
60 anos e mais	80	4,5%	1.720	6,2%	1.899	6,1%
Faixa etária ignorada	3	0,2%	45	0,2%	53	0,2%
<b>Sexo</b>						
Feminino	735	41,0%	14.158	51,2%	15.796	50,6%
Masculino	1.055	58,9%	13.493	48,8%	15.434	49,4%
Sexo ignorado	1	0,1%	6	0,0%	9	0,0%
<b>Gestação</b>						
Gestante	29	1,6%	604	2,2%	671	2,1%
Não gestante	505	28,2%	9.608	34,7%	10.502	33,6%
Não se aplica	1.156	64,5%	15.379	55,6%	17.581	56,3%
Ignorado	101	5,6%	2.066	7,5%	2.485	8,0%
<b>Raça/cor</b>						
Negra	1.010	56,4%	15.873	57,4%	17.851	57,1%
Branca	654	36,5%	9.099	32,9%	10.166	32,5%
Indígena	17	0,9%	470	1,7%	504	1,6%
Amarela	13	0,7%	213	0,8%	238	0,8%
Raça/cor ignorada	97	5,4%	2.002	7,2%	2.480	7,9%
<b>Orientação sexual</b>						
Heterossexual	1.153	64,4%	18.928	68,4%	20.749	66,4%
Homossexual (gay/lésbica)	47	2,6%	771	2,8%	848	2,7%
Bissexual	8	0,4%	108	0,4%	124	0,4%
Não se aplica	174	9,7%	2.640	9,5%	2.960	9,5%
Orientação sexual ignorada	409	22,8%	5.210	18,8%	6.558	21,0%

Continua

## Conclusão

Características da vítima	Violência autoprovocada		Violência interpessoal		Total*	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%
<b>Identidade gênero</b>						
Travesti	14	0,8%	189	0,7%	211	0,7%
Transexual mulher	34	1,9%	438	1,6%	492	1,6%
Transexual homem	41	2,3%	244	0,9%	307	1,0%
Não se aplica	1.076	60,1%	17.997	65,1%	19.618	62,8%
Identidade de gênero ignorada	626	35,0%	8.789	31,8%	10.611	34,0%
<b>Total</b>	<b>1.791</b>	<b>100,0%</b>	<b>27.657</b>	<b>100,0%</b>	<b>31.239</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: SVS/MS, Sinan.

\*O total inclui os casos que não foram especificados como violência interpessoal ou autoprovocada

A Tabela 2 apresenta as características das violências interpessoais motivadas por situação de rua, no Brasil, no período de 2015 a 2019. Observa-se que, na maioria dos casos, foi identificada violência física (93,7%; n = 25.928). A maior parte das violências foi perpetrada por desconhecidos (37,5%; n = 10.381). É importante ressaltar que, tanto com relação ao tipo de violência

quanto com relação ao autor, é possível assinalar mais de uma opção. Deste modo, a somatória das opções destas variáveis pode ser maior que 100%. As violências ocorreram predominantemente em via pública (60,2%; n = 16.644). Cabe mencionar que 16,3% (n = 4.508) ocorreram em residências. Foi relatado caráter de repetição em 18,7% (n = 5.178).

**TABELA 2** Características violências interpessoais, Brasil (2015 a 2019)

Características da violência interpessoal	n.º	%
<b>Tipo de violência</b>		
Física	25.928	93,7%
Psicológica/moral	5.938	21,5%
Sexual	1.163	4,2%
Tortura	1.008	3,6%
Negligência/abandono	695	2,5%
Outro tipo de violência	275	1,0%
Financeira/econômica	262	0,9%
Intervenção legal	179	0,6%
Trabalho infantil	134	0,5%
Tráfico de seres humanos	21	0,1%
<b>Vínculo da vítima com o provável autor</b>		
Desconhecido(a)	10.381	37,5%
Amigo/conhecido	9.293	33,6%
Outros vínculos	2.320	8,4%
Policial/agente da lei	1.207	4,4%
Cônjuge	1.149	4,2%
Mãe	624	2,3%
Ex-cônjuge	512	1,9%
Namorado(a)	470	1,7%
Pai	444	1,6%
Irmão(a)	407	1,5%

Continua

## Conclusão

Características da violência interpessoal	n.º	%
<b>Vínculo da vítima com o provável autor</b>		
Ex-namorado(a)	322	1,2%
Filho(a)	199	0,7%
Pessoa com relação institucional	136	0,5%
Padrasto	88	0,3%
Cuidador (a)	40	0,1%
Patrão/chefe	33	0,1%
Madrasta	32	0,1%
<b>Local de ocorrência</b>		
Via pública	16.644	60,2%
Residência	4.508	16,3%
Bar ou similar	2.905	10,5%
Local ignorado	1.030	3,7%
Outros locais	978	3,5%
Comércio/serviços	534	1,9%
<b>Escola</b>	<b>476</b>	<b>1,7%</b>
Local de prática esportiva	294	1,1%
Habitação coletiva	227	0,8%
Indústrias/construção	61	0,2%
<b>Ocorreu outras vezes</b>		
Não	18.542	67,0%
Sim	5.178	18,7%
Ignorado	3.937	14,2%
<b>Total</b>	<b>27.657</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: SVS/MS, Sinan.

## Discussão

No período de 5 anos (2015 a 2019), foram notificados mais de 31 mil casos de violência motivada por situação de rua da vítima, no Brasil. Ressalta-se que, desde a implantação da Vigilância de Violências e Acidentes, em 2006, o Ministério da Saúde tem empreendido esforços para a ampliação da notificação nas unidades de saúde em todo o território nacional. Esses esforços têm resultado em um aumento da cobertura da notificação e, conseqüentemente, em um aumento do número de notificações de um modo geral, incluindo aquelas motivadas por situação de rua da vítima a partir de 2015. Nesse sentido, entre 2011 e 2018, verificou-se um aumento substancial da cobertura do Viva/Sinan, no Brasil, de 2.114 municípios notificantes (38,0%), em 2011, para 4.412 municípios notificantes (79,2%), em 2019.

Apesar da estruturação da rede de atenção e vigilância e da ampliação do número de unidades de saúde que realizam notificação de violências no Brasil, o que em grande medida explica o aumento observado do número de notificações, estima-se que ainda exista um importante grau de subnotificação de violências interpessoais/autoprovocadas nos diferentes estados e municípios brasileiros<sup>8</sup>. Embora não seja possível mensurar a dimensão desta subnotificação, destaca-se que os dados observados no Sinan Violências não refletem a prevalência do fenômeno da violência na população brasileira. Os dados dizem respeito apenas aos casos em que as vítimas foram adequadamente identificadas por profissionais de saúde ou outras áreas pertinentes e estes que efetuaram a notificação<sup>6</sup>.

A subnotificação de violências está relacionada principalmente à dificuldade de acesso aos serviços de saúde por parte das vítimas e a não notificação por parte dos profissionais de saúde. As razões pelas quais os profissionais de saúde podem não executar notificações de violência são variadas, incluindo dificuldade na identificação de casos, desconhecimento da ficha e do fluxo da notificação, bem como de sua obrigatoriedade, desconhecimento das diferenças entre notificação e denúncia, medo de quebra do sigilo profissional e de perda de vínculo com o paciente, medo de retaliação do agressor e falta de confiança nas autoridades e nos serviços de proteção<sup>9</sup>.

Nesse sentido, os dados do Sinan Violências contribuem para a compreensão do fenômeno da violência, porém não podem ser extrapolados de forma a representar a ocorrência do fenômeno na população geral.

Foi observado que as taxas de notificação de violência interpessoal foram maiores do que as de violência autoprovocada, nos casos de violência motivada por situação de rua da vítima. A violência apresenta grande impacto na deterioração das relações, a qual contribui para o ingresso à situação de rua<sup>10</sup>. Desavenças com parentes, por exemplo, foram o motivo para 29,1% das pessoas terem ingressado em situação de rua<sup>11</sup>. Além disso, Rosa e Brêtas relataram três principais formas de violência contra a população já em situação de rua<sup>10</sup>:

“A primeira foi a violência praticada por pessoas ou grupos intolerantes com a situação de pobreza vivida pelas pessoas em situação de rua; relataram histórias de agressão e morte de forma cruel – a violência pela própria violência. A segunda foi a violência praticada entre as próprias pessoas que se encontravam na rua, e tinham como principais motivações: as dívidas com traficantes, disputas por espaço, pequenos furtos, infidelidade conjugal e desavenças pessoais. A terceira, um tipo de violência planejada, de cunho higienista, praticada por policiais, pessoas contratadas por comerciantes ou moradores que se sentiam prejudicados pela presença das pessoas em situação de rua nos arredores dos domicílios, comércios, monumentos e cartões postais da cidade. Por último, a violência sexual, relatada com frequência pelas mulheres”.

Tal descrição corrobora com as características da violência interpessoal motivada por situação de rua da vítima verificadas no presente estudo: violência predominantemente física, perpetrada por desconhecido, em via pública. Ainda de acordo com Rosa e Brêtas<sup>10</sup>, as mulheres em situação de rua podem

normalizar formas não físicas de violência, passando a relatar apenas casos de violência física e/ou sexual. Entretanto, situações de violência psicológica e negligência, por exemplo, são comuns, embora sejam por vezes relatadas como fatos de menor importância pelas vítimas<sup>10</sup>.

Considerando o grau de subnotificação que pode estar associado a esta população no que diz respeito à violência autoprovocada, este tipo de violência também merece atenção. Fatores de risco importantes para o comportamento suicida, como consumo de álcool e/ou drogas lícitas e dificuldades econômicas<sup>12</sup> apresentam alta prevalência nesta população. De acordo com os dados da Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome, atual Ministério da Cidadania, 35,5% dessas pessoas ingressaram em situação de rua devido a problemas com álcool ou outras drogas e 29,8% devido ao desemprego<sup>10</sup>.

No período de 2015 a 2019, apenas 16,4% das notificações de violência motivada por situação de rua no Brasil foram realizadas nas capitais dos estados. A população em situação de rua concentra-se predominantemente nos grandes municípios brasileiros, constituindo um fenômeno com características eminentemente urbanas<sup>2</sup>. Entretanto, a observação de que, em 2020, 18,5% desta população se concentrava em municípios pequenos ou médios<sup>2</sup>, acrescida ao fato de que as notificações de violência não necessariamente se concentram nas capitais, indica a necessidade de se estabelecer políticas públicas voltadas para municípios que estão fora dos grandes centros urbanos.

Com relação ao perfil sociodemográfico das vítimas de violência motivada por situação de rua, este coincide com as características desta população. A maior parte das vítimas, assim como a maior parte das pessoas em situação de rua é constituída por jovens adultos negros<sup>11</sup>. É importante observar que casos de violência extrafamiliar contra adultos do sexo masculino que não fazem parte dos grupos mencionados na definição de caso contemplada no Instrutivo de notificação de violências<sup>6</sup>, não são objeto de notificação compulsória. São notificados apenas os casos de violência contemplados na definição de caso (descrita na seção de material e métodos). Especificamente no que diz respeito à violência motivada por situação de rua da vítima, esta definição de caso pode ter impacto importante no número de notificações, tendo em vista que a população em situação de rua é constituída majoritariamente por homens jovens<sup>11</sup>.

Chama atenção a questão de gênero, tendo em vista que 87% da população em situação de rua, conforme dados da Consulta, Seleção e Extração de Informações do CadÚnico são de pessoas do sexo masculino. Em contrapartida 50,6% das vítimas de violência motivada por situação de rua é do sexo feminino (dados de 2015 a 2019). Além disso, aproximadamente 68,2% das pessoas em situação de rua são negras, a partir de dados do Cadastro Único supracitado, o que dialoga com os dados apontados na tabulação das vítimas de violência motivada por situação de rua<sup>3</sup>.

Por outro lado, a faixa etária < 1 até 19 anos corresponde a 23,6% (n = 423) da violência autoprovocada e 33,80% (n = 9.346) da violência interpessoal. Cabe salientar que os dados do Cecad indicam um total de 12.293 (7,6%) de pessoas em situação de rua com a faixa etária entre zero e 24 anos. Dessa forma, ressalta-se a importância de maior aprofundamento com a temática<sup>3</sup>.

No presente estudo, apesar de as notificações de violência contra pessoas em situação de rua, homossexuais e bissexuais representarem apenas cerca de 3% dos registros, destaca-se que a maioria das notificações com preenchimento do quesito de identidade de gênero ocorreu entre as travestis e transexuais mulheres. De acordo com Pinto *et al.*<sup>13</sup>, o aumento do número de notificações de violência contra a população LGBTQIA+ demonstra sensibilidade crescente do setor saúde às situações de violência contra a mesma<sup>13</sup>. Entretanto, é importante observar que o percentual de notificações com os campos "Orientação sexual" e "Identidade de gênero" preenchidos como "ignorado" permanece elevado (23,6% e 33,8%, respectivamente); e a resposta "Não se aplica" representa 9,5% e 62,8%, respectivamente, prejudicando a qualidade das análises acerca destas variáveis.

É importante ressaltar que a notificação não se trata de denúncia, mas de uma obrigação institucional dos serviços e profissionais de saúde de informar à autoridade sanitária local acerca da ocorrência de doenças e agravos de relevância em saúde pública. A notificação objetiva a sistematização da coleta de dados para a vigilância dos eventos, a produção de dados que permitam orientar intervenções em saúde pública, e a articulação das redes de atenção e proteção para garantia do cuidado integral às pessoas em situação de violência.

Compreender as violências que afetam a população em situação de rua contribui para dimensionar o problema, orientando políticas públicas de mitigação e prevenção, cooperando para a criação de espaços de discussão a

respeito da cidade, dos direitos, das desigualdades, da justiça, da equidade e da própria sociedade.

A notificação de violências se apresenta como um instrumento de garantia de direitos e de acionamento de linha de cuidado, constituindo-se como um importante instrumento para a vigilância deste tipo de agravo. O Plano de Ações de Enfrentamento às Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil (2021-2030) sugere ações voltadas ao fortalecimento da vigilância local das violências, inclusive aquelas praticadas contra a população de rua. Nesse sentido, sugere-se que os entes federados promovam ações no sentido de: subsidiar a implantação de Núcleos de Prevenção de Violências como estratégia da saúde para a construção de redes, a organização de ações e os serviços de prevenção e cuidado às vítimas e aos agressores; qualificar a disponibilidade de informações no Sinan sobre quesitos de equidade como raça/cor, identidade de gênero e orientação sexual, população de rua e demais dados complementares em relação aos agravos decorrentes de violência; destinar incentivos financeiros para o desenvolvimento de pesquisas sobre violência, vitimização, suicídio e vulnerabilidades relacionadas a estes agravos<sup>9</sup>.

## Referências

1. Brasil. Decreto n.º 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Diário da União [Internet]. 2009; 2009. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm#:~:text=Para fins deste Decreto%2C considera, áreas degradadas como espaço de%0Ahttp://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm#:~:text=Para fins deste Decreto%2C considera, áreas degradadas como espaço de%0Ahttp://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm).
2. Natalino M. Estimativa Da População Em Situação De Rua No Brasil (Setembro De 2012 a Março De 2020). IPEA – Inst Pesqui Econômica Apl [Internet]. 2020 [cited 2022 Mar 17];73. Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10074/1/NT\\_73\\_Disoc\\_Estimativa\\_da\\_populacao\\_em\\_situacao\\_de\\_rua\\_no\\_Brasil.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10074/1/NT_73_Disoc_Estimativa_da_populacao_em_situacao_de_rua_no_Brasil.pdf).
3. Brasil. Ministério da Cidadania. Portal de Consulta, Seleção e Extração de Informações do CadÚnico (CECAD). 2022.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população de rua [Internet]. Ministério da Saúde, ed. Brasília; 2012. p. 100. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_cuidado\\_populacao\\_rua.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf).

5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças Agravadas B. Viva : Vigilância de Violências e Acidentes: 2013 e 2014 [recurso eletrônico] [Internet]. [acesso em: 19 nov 2018]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva\\_2013\\_2014.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_2013_2014.pdf).
6. Brasil. Instrutivo ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada. Minist da saúde, Secr vigilância em saúde [Internet]. 2015 [acesso em: 21 dez 2021]; 53(9): 1689-99. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva\\_instrutivo\\_violencia\\_interpessoal\\_](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_).
7. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 510, de 07 de abril de 2016. Ética na Pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais. [Internet]. Brasília; 2016. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>.
8. Malta DC, Bernal RTI, Teixeira BSM, Silva MMA, Freitas MIF. Fatores associados a violências contra crianças em Serviços Sentinela de Urgência nas capitais brasileiras. Cienc e Saúde Coletiva. 2017; 22 (9): 2.889-98.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não-Transmissíveis no Brasil (2021-2030) [Internet]. 1ª edição. Ministério da Saúde, ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. p. 118. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022\\_2030.pdf/@@download/file/relatorio\\_monitoramento\\_11\\_2021\\_-\\_plano\\_de\\_dant.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/@@download/file/relatorio_monitoramento_11_2021_-_plano_de_dant.pdf).
10. Rosa AS, Brêtas ACP. A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil. Interface-Comunicação, Saúde, Educ. 2015;19: 275-85.
11. Fome. BM do DS e C à. Rua: aprendendo a contar – Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua [Internet]. MDS, ed. Brasília: Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social.; 2009. 240 p. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Livros/Rua\\_aprendendo\\_a\\_contar.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf).
12. World Health Organization. Preventing suicide :a global imperative. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Geneva: WHO Press Geneva; 2014. p. 89.
13. Pinto IV, Andrade SS de A, Rodrigues LL, Santos MAS, Marinho MMA, Benício LA, et al. Perfil das notificações de violências em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Brasil, 2015 a 2017. Rev Bras Epidemiol. 2020; 23.

\*Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (DASNT/SVS): Giovanni Vinícius Araújo de França. Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT/DASNT/SVS): Érika Carvalho de Aquino, Ellen de Cassia Dutra Pozzetti Gouvea, Patrícia Pereira Vasconcelos de Oliveira. Coordenação de Garantia da Equidade (COGE/CGGAP/DESF/Saps): Diego Emilio Romero Rovaris, Emily Raquel Nunes Vidal, Marcus Vinícius Barbosa Peixinho, Sabrina Rodrigues da Silva Nascimento e Tannira Bueno.



# Situação da distribuição de imunobiológicos aos estados para a rotina do mês de junho/2022

## Contextualização

O Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis (DEIDT) informa acerca da situação da distribuição dos imunobiológicos aos estados para a rotina do mês de junho de 2022, conforme capacidade de armazenamento das redes de frio estaduais.

## Rotina maio/2022

### I – Dos imunobiológicos com atendimento de 100% da média mensal de distribuição

#### QUADRO 1 Imunobiológicos enviados 100% da média regularmente

Vacina raiva humana (vero)	Imunoglobulina anti-hepatite B
Vacina febre amarela	Imunoglobulina anti-varicela zooster
Vacina hepatite A (rotina pediátrica)	Vacina tríplice viral
Vacina hepatite B	Vacina hexavalente
Vacina HPV	Vacina meningocócica C
Vacina pentavalente	Vacina contra a poliomielite oral (VOP)
Vacina varicela	Vacina poliomielite inativada (VIP)
Vacina pneumocócica-10	Vacina dupla adulto (dT)
Vacina pneumocócica-13	Vacina dTpa adulto (gestante)
Vacina pneumocócica-23	Vacina DTP
Vacina rotavírus	

Fonte: SIES/DEIDT/SVS/MS.

**Soro antituberculínico:** foi enviado em julho de 2021 novo quantitativo para todos os estados, pois o estoque descentralizado venceu. Assim, o esquema de distribuição continua sendo em forma de reposição.

**Soro antidiftérico (SAD):** foi enviado em junho de 2021 novo quantitativo para o estoque estratégico do insumo para todos os estados. Dessa forma, o

esquema de distribuição será em forma de reposição (mediante comprovação da utilização para o grupo de vigilância epidemiológica do agravo do Ministério da Saúde – MS).

**Vacina meningocócica ACWY:** Devido à ausência de média mensal, por se tratar de imunobiológico incorporado recentemente ao Programa Nacional de Imunização, e considerando a necessidade de manutenção do estoque estratégico, foi possível distribuir 63.500 doses.

### II – Imunobiológicos com atendimento parcial da média mensal de distribuição

Devido à indisponibilidade do quantitativo total no momento de autorização dos pedidos, os imunobiológicos abaixo foram atendidos de forma parcial à média mensal.

**Vacina BCG:** Em cumprimento ao Ofício Circular Nº 80/2022/SVS/MS, dada a disponibilidade limitada da vacina BCG no estoque nacional em razão de dificuldades na aquisição deste imunobiológico, esta Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), por meio da Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI) e do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis (DEIDT) informam que a partir do mês de abril de 2022, haverá diminuição do quantitativo de doses dessa vacina a ser distribuída aos estados. Para que não haja desabastecimento nos serviços de vacinação, o consumo médio mensal da vacina BCG, calculado com base nas doses distribuídas aos estados, será readequado e passará para 500 mil doses/mês. O Ministério já solicitou junto a OPAS a entrega antecipada para o mês de junho de parte das doses adquiridas. Considerando o tempo de desembaraço e análise de controle de qualidade, as doses deverão estar disponíveis em, aproximadamente, 60 dias. Diante disso, esta Secretaria destaca a necessidade dos estados de otimizarem e fazerem uso racional desta vacina por este período.

### III – Dos imunobiológicos com indisponibilidade de estoque

Devido à indisponibilidade de estoque e contarmos apenas com quantitativo de segurança, não foi possível distribuir os imunobiológicos listados a seguir:

**QUADRO 2** Imunobiológicos indisponíveis

Vacina DTPa CRIE	Hepatite A CRIE
Imunoglobulina antitetânica	Soro antitetânico

Fonte: SIES/DEIDT/SVS/MS.

Acrescenta-se ainda, que devido a morosidade logística durante a pandemia e a burocracia dos processos de aquisição internacional, houveram atrasados na compra e no recebimento das vacinas.

## IV – Dos imunobiológicos com indisponibilidade de aquisição e distribuição

**Vacina tetra viral:** este imunobiológico é objeto de Parceria de Desenvolvimento Produtivo, entre o laboratório produtor e seu parceiro privado. O MS adquire toda a capacidade produtiva do fornecedor e ainda assim não é suficiente para atendimento da demanda total do país. Informamos que há problemas para a produção em âmbito mundial e não apenas no Brasil, portanto, não há fornecedores para a oferta da vacina neste momento. Por esse motivo, vem sendo realizada a estratégia de esquema alternativo de vacinação com a tríplice viral e a varicela monovalente, que será ampliado para todas as regiões do país. Dessa forma, a partir de junho todas as unidades federadas deverão compor sua demanda por tetra viral dentro do quantitativo solicitado de tríplice viral e varicela monovalente.

**Hepatite A (CRIE):** após duas tentativas de aquisição fracassadas, a vacina foi substituída pela vacina penta acelular, a qual também não apresentou fornecedores na aquisição 2021/2022 e, portanto, foi substituída pela vacina hexavalente, a qual está sendo atualmente distribuída. Vale informar que a vacina Hepatite A CRIE apresentou fornecedores para aquisição 2022/2023 e o processo encontra-se em andamento.

## V – Da Campanha contra a covid-19

Tendo em vista a declaração do encerramento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo corona vírus (2019-nCoV), por meio da Portaria GM/MS nº 913, de 22 de abril de 2022, com a consequente iminência de encerramento oficial das atividades da SECOVID/MS, o Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis (DEIDT) informa que está em fase de transição das atividades relacionadas a distribuição das vacinas contra Covid.

Para mais informações sobre a distribuição desses insumos, acessar o link:

[https://qsprod.saude.gov.br/extensions/DEMAS\\_C19VAC\\_Distr/DEMAS\\_C19VAC\\_Distr.html](https://qsprod.saude.gov.br/extensions/DEMAS_C19VAC_Distr/DEMAS_C19VAC_Distr.html).

## VI – Dos soros antivenenos e antirrábico

O fornecimento dos soros antivenenos e soro antirrábico humano permanece limitada. Este cenário se deve à suspensão da produção dos soros pela Fundação Ezequiel Dias (Funed) e pelo Instituto Vital Brasil (IVB), para cumprir as normas definidas por meio das Boas Práticas de Fabricação (BPF), exigidas pela Anvisa. Dessa forma, apenas o Butantan está fornecendo esse insumo e sua capacidade produtiva máxima não atende toda a demanda do País. Corroboram com esta situação as pendências contratuais destes laboratórios produtores, referentes aos anos anteriores, o que impactou nos estoques estratégicos do MS e a distribuição desses imunobiológicos às unidades da Federação.

**Soro antiaracnídico (*loxocelas*, *phoneutria* e *tityus*)**

**Soro antibotrópico (pentavalente)**

**Soro antibotrópico (pentavalente) e antilaquético**

**Soro antibotrópico (pentavalente) e anticrotálico**

**Soro anticrotálico**

**Soro antielapídico (bivalente)**

**Soro antiescorpionico**

**Soro antilonômico**

**Soro antirrábico humano**

**Imunoglobulina antirrábica**

O quantitativo vem sendo distribuído conforme análise criteriosa realizada pela Coordenação-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial (CGVZ), considerando a situação epidemiológica dos acidentes por animais peçonhentos e atendimentos antirrábicos, no que diz respeito ao soro antirrábico, e as ampolas utilizadas em cada UF, bem como os estoques nacional e estaduais de imunobiológicos disponíveis, e também, os cronogramas de entrega a serem realizados pelos laboratórios produtores.

Diante disso, reforça-se a necessidade do cumprimento dos protocolos de prescrição, a ampla divulgação do uso racional dos soros, rigoroso monitoramento dos estoques no nível estadual e municipal, assim como a alocação desses imunobiológicos de forma estratégica em áreas de maior risco de acidentes e óbitos. Para evitar desabastecimento, é importante manter a rede de assistência devidamente preparada para possíveis situações emergenciais de transferências de pacientes e/ou remanejamento desses imunobiológicos de forma oportuna.



Ações educativas em relação ao risco de acidentes, primeiros socorros e medidas de controle individual e ambiental devem ser intensificadas pela gestão.

## VII – Da Rede de Frio estadual

A Rede de Frio é o sistema utilizado pelo PNI, que tem o objetivo de assegurar que os imunobiológicos (vacinas, diluentes, soros e imunoglobulinas) disponibilizados no serviço de vacinação sejam mantidos em condições adequadas de transporte, armazenamento e distribuição, permitindo que eles permaneçam com suas características iniciais até o momento da sua administração. Os imunobiológicos, enquanto produtos termolábeis e/ou fotossensíveis, necessitam de armazenamento adequado para que suas características imunogênicas sejam mantidas.

Diante do exposto, é necessário que todas as UF possuam rede de frio estruturada para o recebimento dos quantitativos imunobiológicos de rotina e extra rotina (campanhas) assegurando as condições estabelecidas acima. O parcelamento das entregas às UF, acarreta em aumento do custo de armazenamento e transporte. Assim, sugerimos a comunicação periódica entre redes de frio e o Departamento de Logística do Ministério da Saúde para que os envios sejam feitos de forma mais eficiente, eficaz e econômica para o SUS.

## VIII – Do envio de imunobiológicos de acordo com o prazo de validade em estoque

Informamos que de acordo com o Ofício Circular n.º 41/2022, de 25/03/2022, da Secretaria Executiva deste Ministério da Saúde, que tem como objetivo otimizar a gestão do estoque que se encontra armazenado no Centro de Distribuição em Guarulhos – SP, determina que fica VEDADO o envio de material, medicamento ou não, cujo prazo de validade seja posterior a item existente em estoque com prazo de validade anterior, a partir de tal data. **Itens com prazo de validade mais curtos devem, SEMPRE, ser remetidos ANTES de itens com prazo de validade mais longos.**

Esta determinação aplica-se, inclusive, para casos em que tenha ocorrido interferência ou pedido, mesmo que por escrito, de qualquer autoridade, para envio contrariando o que foi explicitado acima. EXCETO apenas: o Diretor do Departamento de Logística em Saúde; o Secretário-Executivo; o Ministro da Saúde ou seus substitutos eventuais, podem autorizar o envio prioritário de material com prazo de validade mais longo.

## IX – Do inventário

A Coordenação-Geral de Logística de Insumos Estratégicos para Saúde (CGLOG) comunica que, **no período de 20 a 30/6/2022**, será realizado o inventário físico final para conferência do estoque dos Insumos Estratégicos para Saúde (IES) armazenados no Centro de Distribuição localizado em São Paulo/SP, trabalho este que, pela sua natureza, constitui-se de elevada importância para o Ministério da Saúde.

Em razão disso, informamos que, no período de realização do inventário, **não será possível o recebimento e/ou expedição de cargas, exceto aquelas de caráter emergencial/excepcional. Os pedidos foram registrados no Sistema de Materiais (SISMAT), até 7/6/2022**, tendo em vista que o CUT-OFF (corte) para o bloqueio do estoque será no referido dia (7/6/2022).

## X – Da conclusão

O Ministério da Saúde tem realizado todos os esforços possíveis para a regularização da distribuição dos imunobiológicos e vem, insistentemente, trabalhando conjuntamente com os laboratórios na discussão dos cronogramas de entrega, com vistas a reduzir possíveis impactos no abastecimento desses insumos ao País.

As autorizações das solicitações estaduais de imunobiológicos, referentes à rotina do mês de junho de 2022, foram realizadas no Sistema de Informação de Insumos Estratégicos (Sies), no dia 31 de maio de 2022 e foram inseridas no Sistema de Administração de Material (Sismat), no dia 1 de junho. A antecipação da rotina de junho ocorreu devido ao inventário. Informa-se que os estados devem permanecer utilizando o Sies para solicitação de pedidos de rotina e complementares (extra rotina).

Para informações e comunicações com o Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis (DEIDT/SVS/MS), favor contatar [sheila.nara@saude.gov.br](mailto:sheila.nara@saude.gov.br) e [sabrina.cunha@saude.gov.br](mailto:sabrina.cunha@saude.gov.br) ou pelo telefone (61) 3315-6207.

**Pedimos para que essas informações sejam repassadas aos responsáveis pela inserção dos pedidos no SIES a fim de evitar erros na formulação, uma vez que quaisquer correções atrasam o processo de análise das áreas técnicas.**

Para informações a respeito dos agendamentos de entregas nos estados, deve-se contatar a Coordenação-Geral de Logística de Insumos Estratégicos para Saúde (CGLOG), através do e-mail: [sadm.transporte@saude.gov.br](mailto:sadm.transporte@saude.gov.br) ou dos contatos telefônicos: (61) 3315-7764 ou (61) 3315-7777.