

## Mortalidade por suicídio na população indígena no Brasil, 2015 a 2018

Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis do Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (CGDANT/DASNT/SVS); Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (CGMAD/DAPES/SAPS); Coordenação de Gestão da Atenção à Saúde indígena do Departamento de Atenção à Saúde Indígena (COGASI/DASI/SESAI).\*

### Sumário

- 1 Mortalidade por suicídio na população indígena no Brasil, 2015 a 2018
- 8 Informe semanal sarampo – Brasil, semanas epidemiológicas 1 a 35, 2020

O suicídio configura um importante problema de saúde pública global. Com aproximadamente 800 mil mortes por ano, o suicídio está entre as 20 maiores causas de mortes em todo o mundo, representando a terceira maior causa de mortes em jovens de 15 a 19 anos de idade<sup>1</sup>.

O suicídio constitui um fenômeno complexo e envolve múltiplas esferas da vida, relacionando-se com fatores que vão desde os de natureza sociológica, econômica, política, cultural, passando pelos psicológicos e psicopatológicos, até os genéticos e biológicos. Ademais, ao se considerar o fenômeno em contextos indígenas, estamos também lidando com outras definições de vida, de morte, de organização social e política, além de relações de parentesco diferenciadas e cosmologias e sistemas de crença específicos.

Os indígenas estão entre as populações mais atingidas pelo suicídio, apresentando as maiores taxas de mortalidade por essa causa em diversos países, como Canadá, Ilhas no Pacífico Sul, Micronésia, Papua-Nova Guiné, Austrália, entre outros<sup>2</sup>.

Tendo em vista a necessidade de cuidar integralmente da saúde da população indígena, foi instituída a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, pela Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002, complementada posteriormente pelas portarias GM/MS nº 70, de 20 de janeiro de 2004 e MS/GM nº 2.759, de 25 de outubro de 2007, que instituíram a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas<sup>3</sup>. Essa política definiu a priorização de ações para situações especiais que caracterizam risco iminente para essas populações, entre elas “o acompanhamento, monitoramento e desenvolvimento de ações que venham coibir agravos de violência (suicídios, agressões e homicídios, alcoolismo) em decorrência da precariedade das condições de vida e da expropriação e intrusão das terras indígenas”<sup>3</sup>.

### 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

9 de setembro de 2020

<sup>3</sup>Atualizada por meio da Portaria de Consolidação Nº 2, de 28/09/2017, Anexo XIV, que aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Origem: PRT MS/GM 254/2002).

A Política de Saúde Mental, por sua vez, compreende as estratégias e diretrizes adotadas pelo país com o objetivo de organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em Saúde Mental. As estratégias relacionadas à atenção psicossocial para populações indígenas e tradicionais foram construídas de modo gradativo, intersetorial, reforçando-se a importância do diálogo com grupos indígenas e tradicionais, a contextualização sociocultural de cada comunidade indígena e a compreensão dos condicionantes e determinantes sociais relacionados aos problemas enfrentados.

Com a criação da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, por meio da Portaria MS/GM nº 3.088/2011<sup>b</sup>, que estabeleceu, entre seus objetivos específicos, a promoção de cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis, entre os quais, populações indígenas, reconheceu-se a importância da temática da saúde mental para esses povos no Brasil. Assim, as ações desenvolvidas em diálogo com diferentes instituições e setores no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, têm buscado a promoção de uma política de saúde que não se limite à dimensão individual e à perspectiva biomédica, mas que considere diferentes aspectos relacionados às condições da vida em sociedade de diferentes populações.

Assim, considerando a importância do suicídio como problema de saúde pública que afeta de forma desigual a população indígena, e considerando que, para obter um panorama abrangente da temática, sua incidência nas populações indígenas, e para poder avaliar a amplitude desse fenômeno, deve-se examinar as variações das mortes autoprovocadas no tempo e espaço, este estudo objetivou analisar o perfil dos óbitos por suicídio na população indígena no período de 2015 a 2018.

## Métodos

Foi realizada uma análise descritiva da mortalidade por suicídio na população indígena do Brasil, no período de 2015 a 2018. Os dados sobre mortalidade foram obtidos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Os suicídios foram definidos como óbitos de indivíduos a partir de 5 anos de idade cuja causa básica, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), fora registrada com Lesão autoprovocada intencionalmente (códigos X60 a X84), ou Sequelas de lesões autoprovocadas intencionalmente (código X87.0).

O perfil dos óbitos por suicídio contemplou os dados de raça/cor (indígena/não indígena), segundo as variáveis sexo, escolaridade, estado civil, local de ocorrência e meio de agressão. Foram, então, calculadas as taxas médias de mortalidade por suicídio entre indígenas no período de 2015 a 2018, padronizadas por idade pelo método direto, segundo sexo e região de residência. Para a estimativa da população de indígenas foram utilizadas as frações de população indígena em relação à população brasileira, por sexo e faixa etária, de acordo com o Censo Demográfico 2010, multiplicadas pelas projeções populacionais do Ministério da Saúde para os anos estudados. Em seguida foi avaliada a evolução das taxas de mortalidade por suicídio entre indígenas no período de 2010 a 2018.

## Resultados

No período de 2015 a 2018 foram registrados 47.873 óbitos por suicídio (CID-10: X60-X84 e Y87.0), dos quais 49,8% eram brancos, 46,7% eram negros (pretos e pardos), 0,4% eram amarelos e 1,1% eram indígenas – 2% das declarações de óbito não apresentavam informação sobre raça/cor. Indígenas que foram a óbito por suicídio apresentaram

<sup>b</sup>Atualizada por meio da Portaria de Consolidação Nº 3, de 28/09/17, Anexo V, que trata da instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Anexo V (Origem: Portaria MS/GM 3088/2011)

menor escolaridade que não indígenas, de modo que 16,5% desses indígenas eram analfabetos, comparados a uma 4,4% dos não indígenas (Tabela 1). O principal meio utilizado foi o enforcamento, representado 89,4% dos óbitos de indígenas e 68,9% dos óbitos de não indígenas. Não indígenas apresentaram proporções mais elevadas de suicídios por intoxicação e arma de fogo, em comparação aos indígenas.

Apesar do reduzido número de óbitos em comparação às populações branca e negra, a população indígena apresentou o maior risco de morte por suicídio, com uma taxa de 17,5 óbitos por 100 mil habitantes (Figura 1). Esse risco foi 2,9 vezes superior ao observado para brancos, e 3,1 vezes superior ao observado para negros.

Entre indígenas, as maiores taxas de mortalidade foram observadas nas regiões Centro-Oeste (35,6 mortes por 100 mil hab.), seguida pelas regiões Norte e Sul (Tabela 1). Verificou-se, também, um maior risco de mortes entre adolescentes e adultos jovens, nas faixas de 15 a 19 (41,1 mortes por 100 mil hab.) e 20 a 29 anos (37,5 mortes por 100 mil hab.) de idade (Tabela 2), que concentraram 62% do total de óbitos por suicídio nesse grupo racial.

Analisando a evolução da mortalidade de indígenas por suicídio, observou-se um acentuado aumento das taxas entre 2010 e 2018, variando de 12,2 para 18,4 óbitos por 100 mil hab., um aumento de 50,9% (Figura 2). Esse aumento foi substancialmente maior que o observado para a população geral, onde as taxas variaram, no mesmo período, de 5,2 para 6,3 óbitos por 100 mil habitantes, um crescimento de 20,0%.

## Discussão

Os resultados encontrados reforçam estudos anteriores, que apontam que o risco de morte por suicídio na população indígena é duas a três vezes maior que na população em geral<sup>4,5,6</sup>. A magnitude do impacto deste agravo sobre as condições de vida das comunidades indígenas se expressa não apenas pela sua elevada incidência, mas por atingir principalmente jovens de 15 a 29 anos, diminuindo a expectativa de vida e representando uma alta carga de anos de vida perdidos (YLL), além de prejuízos socioeconômicos a comunidades inteiras.

A passagem para a vida adulta tem se apresentado como um período crítico para jovens indígenas, especialmente relacionado às transformações socioculturais decorrentes do contato com a sociedade não indígena. As mudanças nas relações de parentesco, incluindo-se as relações de casamento e intergeracionais, podem resultar em experiências de sofrimento mental relacionados aos intentos suicidas<sup>4,6</sup>.

Em relação ao aumento substancial da taxa de mortalidade entre 2010 e 2018, os resultados acompanham uma tendência geral de aumento do suicídio de jovens no Brasil<sup>7</sup>, porém são necessários mais estudos aprofundados para compreensão dos fatores relacionados à elevação dessas taxas.

Nesse aspecto, deve-se observar que a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Ministério da Saúde) lançou, em setembro de 2016, a Agenda Estratégica de Ações de Prevenção do Suicídio em Populações Indígenas que incluiu, entre outras ações, a qualificação das informações sobre óbitos por suicídio e tentativas. Com isso, o investimento em vigilância do óbito pode ter contribuído para que o incremento da taxa de mortalidade por suicídio entre indígenas.

A literatura científica identifica múltiplos fatores de risco para o suicídio entre indígenas, entre eles o consumo abusivo de álcool e drogas, as mudanças socioculturais decorrentes do contato com a sociedade não-indígena, com abandono das tradições e fragilização cultural, a fragilização de laços familiares e comunitários, a falta de acesso a educação e trabalho, o confinamento territorial entre outros<sup>8,9</sup>. Assim, cabe investigar em que medida as vulnerabilidades sociais provocadas pelos processos históricos que impactaram as comunidades indígenas influenciam nos fenômenos relacionados aos intentos suicidas<sup>8,10</sup>.

Nesse sentido, deve-se considerar que o fenômeno do suicídio é mediado por diferentes concepções de sofrer e morrer próprias de cada povo indígena, que tem seus modelos explicativos tradicionais sobre a ocorrência desses óbitos e devem ser levados em consideração na formulação de qualquer estratégia de prevenção desse agravo, que devem ser pensadas de modo intersetorial, incluindo-se a rede de atenção psicossocial e a participação social das comunidades indígenas.

## Referências

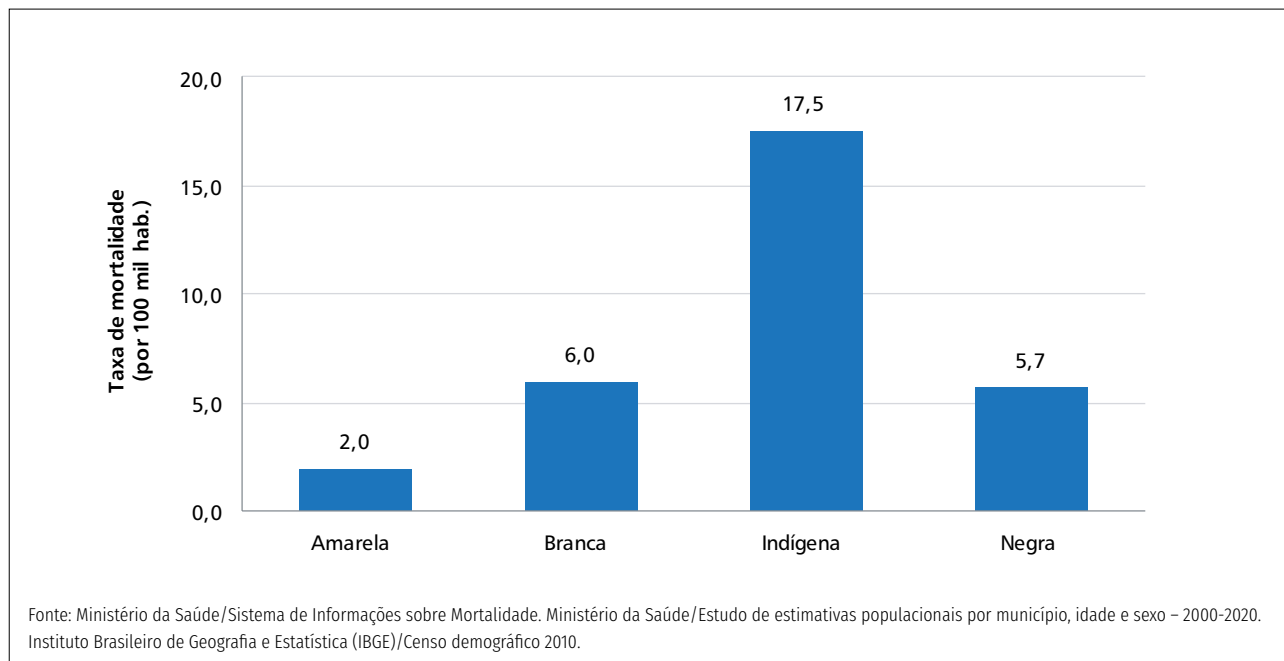
1. WHO. Suicide. WHO, 2019. Disponível em: <https://bit.ly/2Fgzj8l>, acesso em 02 de setembro de 2020.
2. Oliveira CS, Lotufo Neto F. Suicídio entre povos indígenas: um panorama estatístico brasileiro. Rev. psiquiatr. clín. 2003; 30(1): 4-10.
3. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. Disponível em: <https://bit.ly/3m5hrye>, acesso em 31 de janeiro de 2020.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. Boletim Epidemiológico. 2017a; 48(30). Disponível em: <https://bit.ly/3lXZMJ7>, acesso em 02 de setembro de 2020.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Agenda estratégica de ações de prevenção do suicídio em populações indígenas 2017-2018. Brasília, 2017b. Disponível em: <https://bit.ly/33axltm>, acesso em 01 de setembro de 2020.
6. Souza MLP, Orellana JDY. Suicide among the indigenous people in Brazil: a hidden public health issue. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2012; 34(4): 489-90.
7. Cicogna JIR, Hillesheim D, Hallal ALLC. Mortalidade por suicídio de adolescentes no Brasil: tendência temporal de crescimento entre 2000 e 2015. J. bras. psiquiatr. 2019; 68(1): 1-7.
8. Souza MLP (Org.). Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.
9. Souza RSB, Oliveira JC, Alvares-Teodoro J, Teodoro MLM. Suicídio e povos indígenas brasileiros: revisão sistemática. Revista Panamericana de Salud Pública. 2010; 44: e58
10. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias de Prevenção do Suicídio em Povos Indígenas. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://bit.ly/2R8q7pC>.

## Anexos

**TABELA 1** Perfil dos óbitos por suicídio, segundo raça/cor. Brasil, 2015 a 2018

	Não indígena		Indígena		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Sexo</b>						
Masculino	36.515	78,8	398	73,7	37.678	78,7
Feminino	9.834	21,2	142	26,3	10.179	21,3
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>0,0</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>14</b>	<b>0,0</b>
<b>Estado civil</b>						
Solteiro	23.320	50,3	364	67,4	24.033	50,2
Casado	12.349	26,6	44	8,1	12.564	26,2
Viúvo	1.721	3,7	5	0,9	1.757	3,7
Separado judicialmente	3.387	7,3	1	0,2	3.428	7,2
Outro	2.491	5,4	68	12,6	2.596	5,4
Ignorado	3.085	6,7	58	10,7	3.493	7,3
<b>Escolaridade</b>						
Nenhuma	2.056	4,4	89	16,5	2.194	4,6
1 a 7 anos	17.755	38,3	200	37,0	18.300	38,2
8 a 11 anos	11.913	25,7	103	19,1	12.137	25,4
12 anos e mais	4.555	9,8	11	2,0	4.627	9,7
Ignorado	10.074	21,7	137	25,4	10.613	22,2
<b>Local de ocorrência</b>						
Hospital	6.686	14,4	23	4,3	6.855	14,3
Outros estabelecimentos	769	1,7	2	0,4	782	1,6
Domicílio	28.661	61,8	297	55,0	29.532	61,7
Via pública	2.787	6,0	9	1,7	2.875	6,0
Outros	7.340	15,8	180	33,3	7.678	16,0
Ignorado	110	0,2	29	5,4	149	0,3
<b>Meio de autoagressão</b>						
Intoxicação exógena	5.189	11,2	36	6,7	5.353	11,2
Enforcamento	31.936	68,9	483	89,4	33.089	69,2
Afogamento	498	1,1	-	-	509	1,1
Arma de fogo	3.742	8,1	11	2,0	3.801	7,9
Outros	4.956	10,7	10	1,9	5.087	10,6
<b>Total</b>	<b>46.353</b>	<b>96,8</b>	<b>540</b>	<b>1,1</b>	<b>47.871</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Ministério da Saúde/Sistema de Informações sobre Mortalidade.

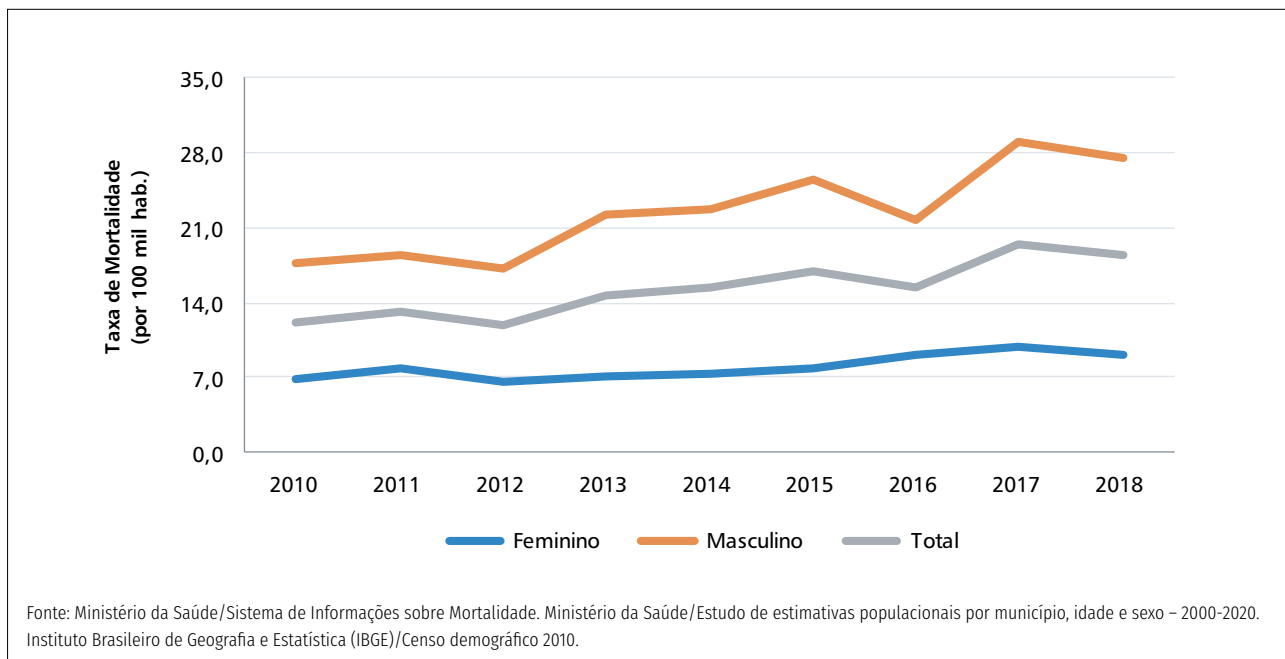


**FIGURA 1** Taxas de mortalidade por suicídio, segundo raça/cor. Brasil, 2015 a 2018

**TABELA 2** Taxas de mortalidade de indígenas por suicídio, segundo sexo, faixa etária e região de residência. Brasil, 2015 a 2018

	Feminino	Masculino	Total
<b>Região</b>			
Norte	14,0	33,7	24,1
Nordeste	1,5	6,3	3,8
Sudeste	2,6	5,5	4,1
Sul	4,2	15,0	9,7
Centro-Oeste	14,7	56,4	35,6
<b>Faixa etária</b>			
5-9 anos	0,5	1,5	1,0
10-14 anos	20,8	18,9	19,8
15-19 anos	29,7	69,2	49,8
20-29 anos	12,2	48,2	30,7
30-39 anos	4,7	26,7	15,9
40-49 anos	2,4	13,4	7,9
50-59 anos	2,2	5,4	3,7
60-69 anos	2,9	9,0	5,7
70 anos e mais	3,7	10,1	6,6
<b>Total</b>	<b>9,0</b>	<b>25,9</b>	<b>17,5</b>

Fonte: Ministério da Saúde/Sistema de Informações sobre Mortalidade. Ministério da Saúde/Estudo de estimativas populacionais por município, idade e sexo – 2000-2020. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)/Censo demográfico 2010.



**FIGURA 2** Evolução das taxas de mortalidade de indígenas por suicídio, segundo sexo. Brasil, 2010 a 2018

\*Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT/DASNT/SVS): Camila Alves Bahia, Leandra Lofego Rodrigues, Rafael Bello Corassa. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD/DAPES/SAPS): Daniela Palma Araújo, Ivana Gomes Almeida, Sidclei Queiroga de Araujo. Coordenação de Gestão da Atenção à Saúde indígena (COGASI/DASI/SESAI): Fernando Pessoa de Albuquerque.

# Informe semanal sarampo – Brasil, semanas epidemiológicas 1 a 35, 2020

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).\*

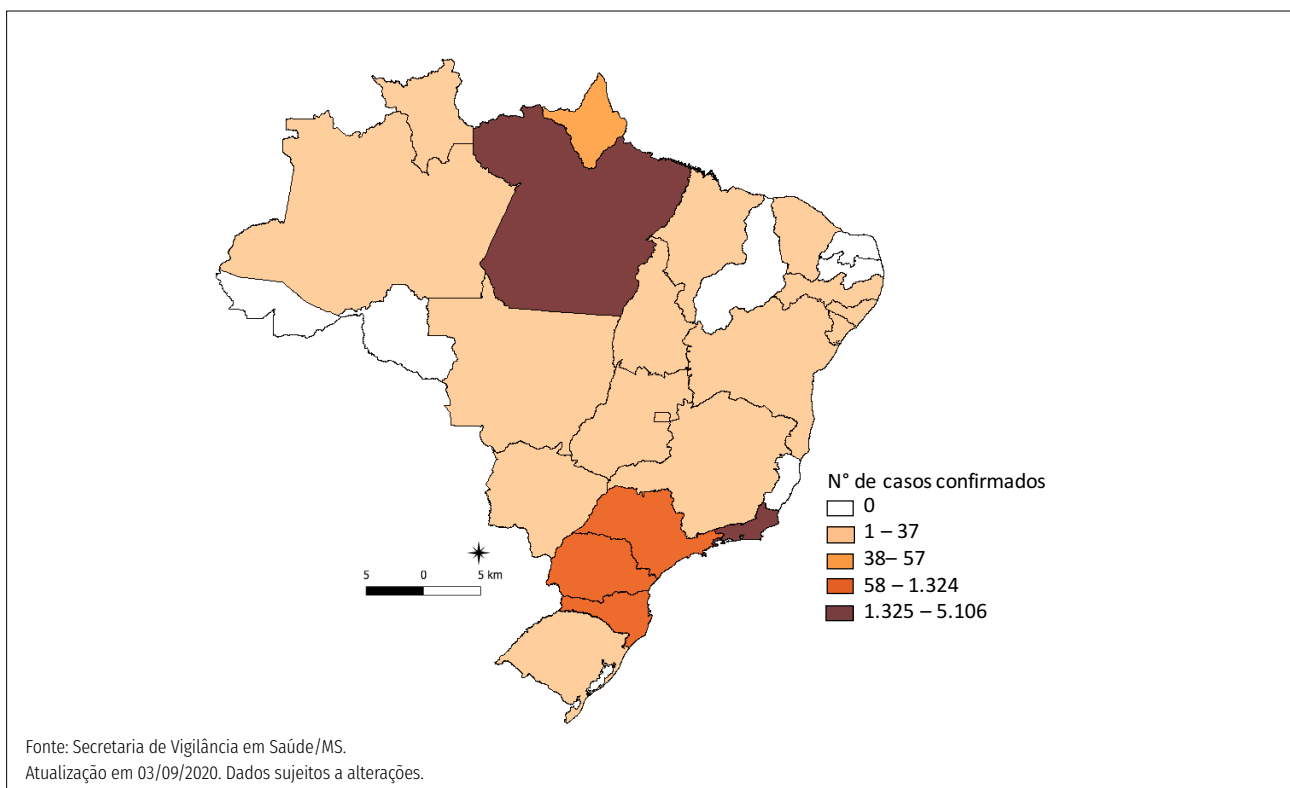
Sarampo é uma doença viral, infecciosa aguda, transmissível e extremamente contagiosa. É uma doença grave, principalmente em crianças menores de cinco anos de idade, pessoas desnutridas e imunodeprimidas. A transmissão do vírus ocorre de forma direta de pessoas doentes ao espirrar, tossir, falar ou respirar próximo a pessoas sem imunidade contra o vírus do sarampo, evidenciando a importância da vacinação, conforme recomendações do Ministério da Saúde.

Este informe tem por objetivo apresentar a atualização semanal sobre o cenário do sarampo no País.

## Situação epidemiológica do sarampo no Brasil

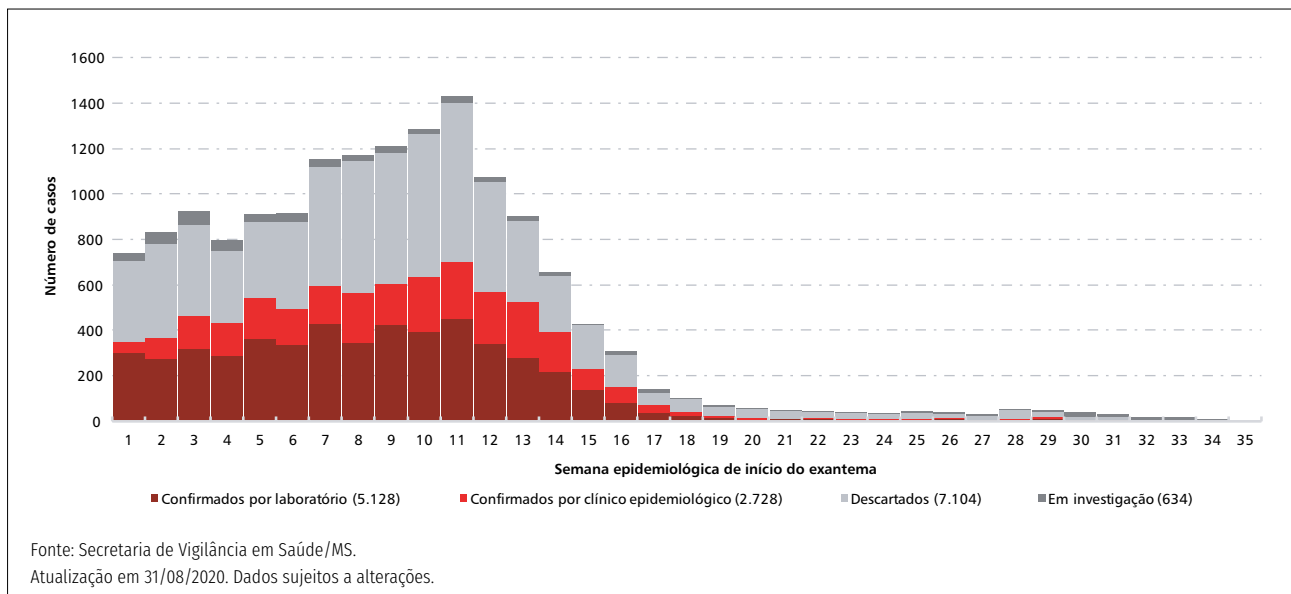
O Brasil registrou casos de sarampo em 21 unidades federadas (Figura 1). Destas, 16 unidades federadas interromperam a cadeia de transmissão do vírus, e 5 mantêm o surto ativo, a saber: Pará, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná e Amapá.

No Brasil, entre as semanas epidemiológicas 01 a 35 de 2020 (29/12/2019 a 29/08/2020), foram notificados 15.594 casos de sarampo, confirmados 7.856 (50,4%), descartados 7.104 (45,5%) e estão em investigação 634 (4,1%) (Figura 2).



**FIGURA 1** Casos confirmados de sarampo por unidade da federação, Brasil, semanas epidemiológicas 1 a 35, 2020





**FIGURA 2** Distribuição dos casos de sarampo por semana epidemiológica do início do exantema e classificação final, Brasil, semanas epidemiológicas 1 a 35, 2020

Os estados do Pará, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná e Santa Catarina concentram o maior número de casos confirmados de sarampo, totalizando 7.637 (97,2%)

casos (Tabela 1). Os óbitos por sarampo ocorreram nos estados do Pará 3 (60,0%), Rio de Janeiro 1 (20,0%) e São Paulo 1 (20,0%), (Tabela 1).

**TABELA 1** Casos confirmados e óbitos por sarampo por unidade da federação, Brasil, semanas epidemiológicas 1 a 35, 2020

ID	UF	Confirmados		Óbitos	
		N	%	N	%
1	Pará	5.106	65,0	3	60,0
2	Rio de Janeiro	1.325	16,9	1	20,0
3	São Paulo	785	10,0	1	20,0
4	Paraná	311	4,0	0	0,0
5	Santa Catarina	110	1,4	0	0,0
6	Amapá	57	0,7	0	0,0
7	Rio Grande do Sul	37	0,5	0	0,0
8	Pernambuco	34	0,4	0	0,0
9	Minas Gerais	21	0,3	0	0,0
10	Maranhão	17	0,2	0	0,0
11	Goiás	8	0,1	0	0,0
12	Sergipe	8	0,1	0	0,0
13	Bahia	7	0,1	0	0,0
14	Rondônia	6	0,1	0	0,0
15	Distrito Federal	5	0,1	0	0,0
16	Mato Grosso do Sul	7	0,1	0	0,0
17	Amazonas	4	0,1	0	0,0
18	Alagoas	3	0,0	0	0,0
19	Ceará	3	0,0	0	0,0
20	Mato Grosso	1	0,0	0	0,0
21	Tocantins	1	0,0	0	0,0
<b>Total</b>		<b>7.856</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/MS.  
Atualização em 03/09/2020. Dados sujeitos a alterações.

## Vigilância laboratorial

A Vigilância Laboratorial de Sarampo no Brasil é monitorada através da realização dos exames pela Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (RNLSP). Os LACEN realizam tanto a sorologia para diagnóstico laboratorial do sarampo quanto o diagnóstico diferencial, sendo o ensaio de ELISA a metodologia oficial adotada para o diagnóstico laboratorial do sarampo, devido a sua sensibilidade e especificidade. O LRN-FIOCRUZ realiza além da sorologia, a reação em cadeia da polimerase com transcrição reversa (RT-PCR) e isolamento viral, sendo este último o método mais específico para determinação do genótipo e linhagem do vírus responsável pela infecção.

Devido ao atual cenário epidemiológico do sarampo no País, com o objetivo de interromper a circulação viral, e para dar celeridade ao processo de encerramento dos casos suspeitos e otimização de recursos (humanos, transporte de amostras e insumos), é recomendada a adoção de estratégias e condutas, frente aos resultados de Sorologia e Biologia Molecular liberados pelos LACEN, nos estados onde já há surto estabelecido (Figura 3). As recomendações se aplicam apenas, enquanto perdurar o surto de sarampo em determinado município ou estado. Após a interrupção do surto, deverão ser seguidos os fluxos preconizados pelo Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.



**FIGURA 3** Estratégias a serem adotadas em municípios com e sem surto ativo para envio de amostras para o diagnóstico de sarampo

As recomendações acima não se aplicam aos seguintes casos suspeitos, e devem ter amostras de sangue (soro) coletadas para realizar sorologia e amostras biológicas para realizar RT-PCR, de acordo com as orientações contidas no *Guia de Vigilância em Saúde*:

1. **Em município sem surto ou sem histórico recente de surto:**
  - a. Primeiros 10 casos suspeitos.
2. **Em municípios com surto com novas cadeias de transmissão:**
  - a. 3-4 casos suspeitos pertencentes a novas cadeias de transmissão.
3. **Em municípios com surto:**
  - a. Em novos municípios com caso confirmado pela sorologia;
  - b. História de vacina tríplice ou tetra viral nos últimos 30 dias;
  - c. Município com reintrodução do vírus, após 90 dias da data do exantema do último caso;
  - d. Óbito;
  - e. História de viagem a locais com evidência de circulação do vírus do sarampo;
  - f. Contato com estrangeiro;
  - g. Situações especiais definidas pela vigilância; e
  - h. Positividade concomitante para outra doença no diagnóstico diferencial.

Os casos com o critério clínico epidemiológico e confirmação por laboratório privado pelo método ELISA devem ser encerrados pelo critério laboratorial.

Além da classificação final dos casos de sarampo pelo critério laboratorial, esses casos podem ser encerrados pelo critério vínculo-epidemiológico. Este critério é utilizado quando não for possível realizar a coleta de exames laboratoriais, ou em situações de surto com transmissão ativa.

## Vacinação

A vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) está disponível na rotina dos serviços de saúde, conforme indicações do Calendário Nacional de Vacinação do Programa Nacional de Imunizações. Entretanto, neste momento, a realização das ações de vacinação deve considerar o cenário epidemiológico da COVID-19, especialmente nas localidades onde há casos confirmados da doença e apresentam também a circulação ativa do vírus do sarampo. Assim, tanto para a vacinação de rotina quanto para outras estratégias

que visem interromper a cadeia de transmissão do sarampo, é necessária a adoção de medidas de proteção para os profissionais responsáveis pela vacinação e para a população em geral, buscando realizar a vacinação de forma segura, e ao mesmo tempo minimizar o risco de disseminação da COVID-19.

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, posteriormente prorrogada para o dia 31 de agosto de 2020, teve novamente o prazo estendido, seguindo até o dia 31 de outubro de 2020 para todo o País, conforme Ofício Circular Nº 152/2020/SVS/MS de 26 de agosto 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, sendo necessário redobrar os esforços sobre as ações de vacinação contra o sarampo.

Encontra-se em processo de revisão o Plano Nacional para interromper a circulação do vírus do sarampo e eliminar a doença no País, o qual propõe resposta rápida, oportuna e articulada entre as diversas áreas envolvidas com o enfrentamento do sarampo.

## 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.
- Unidades Federadas devem informar ao Ministério da Saúde sobre os casos notificados, confirmados, descartados e pendentes, através do envio oportuno do Boletim de Notificação Semanal (BNS). O conteúdo das informações viabiliza o planejamento de ações e insumos nos diferentes níveis de gestão para conter a circulação do vírus no País.
- A vacina é a medida preventiva mais eficaz contra o sarampo.
- 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.

- Que estados e municípios atinjam a taxa de notificação de casos suspeitos de sarampo  $\geq 2$  casos por 100 mil habitantes, um indicador importante no processo de eliminação da doença enquanto problema de saúde pública no País.
- Importância dos estados e municípios apresentarem Planos para o enfrentamento da doença.

## Referência

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento e Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde. ed. atual - Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

**\*Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis (CGPNI/DEIDT/SVS):** Francieli Fontana Sutile Tardetti Fantinato, Adriana Regina Farias Pontes Lucena, Aline Ale Beraldo, Cintia Paula Vieira Carrero, Josafá do Nascimento Cavalcante Filho, 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:** Laurício Monteiro Cruz. **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.