

Novo coronavírus (2019-nCoV)

Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis (DEIDT/SVS); Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI/DEIDT/SVS); Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública (DSASTE/SVS); Coordenação-Geral de Emergências em Saúde Pública (CGEMSP/DSASTE/SVS); Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública do Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde (CGLAB/DAEVS/SVS); Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar e Domiciliar do Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (CGAHD/DAHU/SAES); Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).*

Sumário

1 Novo coronavírus (2019-nCoV)

10 Vigilância de violências e acidentes no Brasil: análise da cobertura da notificação compulsória de violência interpessoal/autoprovocada nos municípios brasileiros

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

22 de janeiro de 2020

Introdução

Diante da emergência por doença respiratória, causada por agente novo coronavírus (2019-nCoV), conforme casos detectados na cidade de Wuhan, na China e considerando-se as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), as equipes de vigilância dos estados e municípios, bem como quaisquer serviços de saúde, devem ficar alerta aos casos de pessoas com sintomatologia respiratória e que apresentam histórico de viagens para áreas de transmissão local nos últimos 14 dias. Mais informações a respeito podem ser obtidas no link na Organização Mundial da Saúde (<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>).

Antecedentes

- Em 31 de dezembro de 2019, o Escritório da OMS na China foi informado sobre casos de pneumonia de etiologia desconhecida (causa desconhecida) detectada na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China. De 31 de dezembro de 2019 a 3 de janeiro de 2020, um total de 44 pacientes com pneumonia de etiologia desconhecida foram notificados à OMS pelas autoridades nacionais da China. Durante esse período relatado, o agente causal não foi identificado.
- As autoridades chinesas identificaram um novo tipo de coronavírus, que foi isolado em 7 de janeiro de 2020.
- Em 11 e 12 de janeiro de 2020, a OMS recebeu mais informações detalhadas, da Comissão Nacional de Saúde da China, de que o surto estava associado a exposições em um mercado de frutos do mar, na cidade de Wuhan.
- Em 12 de janeiro de 2020, a China compartilhou a sequência genética do novo coronavírus para os países usarem no desenvolvimento de kits de diagnóstico específicos.
- Em 13 de janeiro de 2020, o Ministério da Saúde Pública da Tailândia relatou o primeiro caso importado de novo coronavírus, confirmado em laboratório (2019-nCoV) de Wuhan, província de Hubei, China.

- Em 15 de janeiro de 2020, o Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-Estar do Japão (MHLW) relatou um caso importado de novo coronavírus 2019, confirmado em laboratório (2019-nCoV) de Wuhan, província de Hubei, China.
- Em 20 de janeiro de 2020, o Ponto Focal Nacional do Regulamento Sanitário Internacional (PFN-RSI) da República da Coreia relatou o primeiro caso de novo coronavírus na República da Coreia.

Atividades desenvolvidas pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS)

- Em 03 de janeiro de 2020, foi detectado rumor sobre casos de pneumonia de etiologia desconhecida na China. No dia 05 de janeiro, foi realizada a publicação do evento em monitoramento via site, restrito aos Pontos Focais Nacionais do Regulamento Sanitário Internacional da Organização Mundial da Saúde (PFN-RSI/OMS).
- Em 07 de janeiro, foi elaborado pela SVS um informe para consumo interno sobre os casos de pneumonia de etiologia desconhecida na China, neste mesmo dia foi realizada a identificação do novo coronavírus. Ainda no dia 07, o PFN-RSI do Brasil solicitou informações sobre a veracidade do rumor detectado ao Ponto de Contato Regional da OMS para o RSI.
- Em 08 de janeiro, foi realizada a avaliação de risco utilizando os termos do RSI, para analisar o impacto do evento ao país.
- Em 10 de janeiro, o evento foi incluído para monitoramento no Comitê de Monitoramento de Eventos.
- Em 16 de janeiro, foi realizada a reunião entre Coordenação-Geral de Emergência em Saúde Pública (CGEMSP/DSASTE) para elaboração do Protocolo de Vigilância.
- Em 17 de janeiro, foi publicado o Boletim Epidemiológico nº 1 da SVS/MS. Link de acesso: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/15/Boletim-epidemiologico-SVS-01.pdf>.
- Em 18 de Janeiro, o Distrito Federal notificou a rede CIEVS um possível caso suspeito, o qual foi descartado pelo critério da OMS
- Em 20 de janeiro, foi realizada uma reunião com a Opas/Brasil para discutir o evento.
- Em 21 de janeiro, foi realizada uma reunião ampliada entre Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública (DSASTE), Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis (DEIDT) e Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde (DAEVS). Nesse mesmo dia, MG e SC notificou a rede CIEVS um possível caso suspeito, o qual foi descartado pelo critério da OMS.
- Em 22 de janeiro, ativação do Centro de Operações de Emergência, nível 1, do Ministério da Saúde, coordenado pela SVS, para harmonização, planejamento e organização das atividades com os atores envolvidos e monitoramento internacional. Nesse mesmo dia, SP e RS notificou a rede CIEVS um possível caso suspeito, o qual foi descartado pelo critério da OMS.

Conclusão

O Ministério da Saúde desde do dia 3 janeiro vem monitorando o evento em comunicação continua com os estados e informa que casos suspeitos de outras síndromes respiratórios foram notificados a rede CIEVS e foram descartados para 2019-nCoV. Sendo assim, o objetivo desse boletim é esclarecer 1) Os critérios de definição de casos suspeitos, prováveis, confirmados e descartados; 2) Fluxo de notificação; 3) Procedimentos para diagnóstico laboratorial; 4) Orientações aos profissionais de saúde; 5) Cuidados a pacientes e contactantes e 6) Orientações a portos, aeroportos e fronteiras.

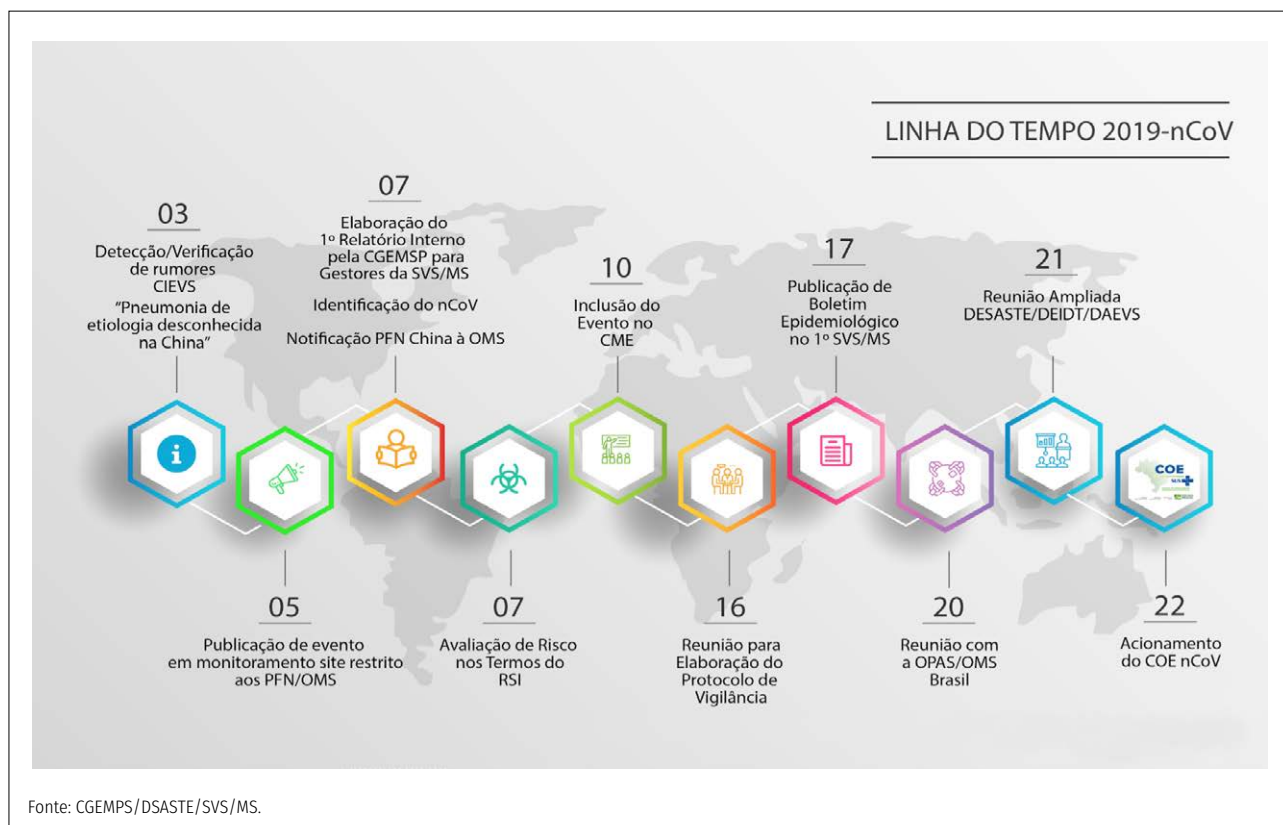


FIGURA 1 Registro das atividades desenvolvidas pela SVS/MS

Sinais e sintomas

Os sinais e sintomas clínicos referidos são principalmente respiratórios. Por exemplo: febre, tosse e dificuldade para respirar.

Definição de transmissão local

Definimos com transmissão local, a confirmação laboratorial de transmissão do 2019-nCoV entre pessoas com vínculo epidemiológico comprovado. Geralmente para os coronavírus (SARS e MERS) essa transmissão ocorre entre os contatos próximos e profissionais de saúde.

Definição de caso suspeito

Critérios clínicos		Critérios epidemiológicos	
Febre ¹ e sintomas respiratórios (por exemplo, tosse e dificuldade para respirar)	e	Nos últimos 14 dias antes do início dos sintomas, histórico de viagem a área com transmissão local*	ou
		Nos últimos 14 dias antes do início dos sintomas, tenha tido contato próximo ² com caso suspeito para 2019-nCoV	
Febre ¹ ou sintomas respiratórios (por exemplo, tosse e dificuldade para respirar)	e	Nos últimos 14 dias, tenha tido contato próximo ² com caso confirmado em laboratório para 2019-nCoV	

*Até a data 21/01/2020, a única área com transmissão local é a cidade de Wuhan. As áreas com transmissão local serão atualizadas e disponibilizadas no site do Ministério da Saúde, no link: saude.gov.br/listacorona.

¹Febre pode não estar presente em alguns casos como, por exemplo, em pacientes jovens, idosos, imunossuprimidos ou que em algumas situações possam ter utilizado medicamento antitérmico. Nestas situações, a avaliação clínica deve ser levada em consideração.

²Contato próximo é definido como: estar a aproximadamente dois metros (2 m) de um paciente com suspeita de caso por novo coronavírus, dentro da mesma sala ou área de atendimento, por um período prolongado, sem uso de equipamento de proteção individual (EPI). O contato próximo pode incluir: cuidar, morar, visitar ou compartilhar uma área ou sala de espera de assistência médica ou, ainda, nos casos de contato direto com fluidos corporais, enquanto não estiver usando o EPI recomendado.

Definição de caso provável

Caso suspeito com o teste inconclusivo para 2019-nCoV ou com teste positivo em ensaio de pan-coronavírus.

Definição de caso confirmado

Indivíduo com confirmação laboratorial para 2019-nCoV, independente de sinais e sintomas.

Definição de caso descartado

Caso suspeito com resultado laboratorial negativo para 2019-nCoV ou confirmação laboratorial para outro agente etiológico.

Notificação

Os casos suspeitos, prováveis e confirmados devem ser notificados de forma imediata (até 24 horas) pelo profissional de saúde responsável pelo atendimento, ao Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde Nacional (CIEVS) pelo telefone (0800 644 6645) ou e-mail (notifica@saude.gov.br). As informações devem ser inseridas na ficha de notificação (<http://bit.ly/2019-ncov>) e a CID10 que deverá ser utilizada é a: B34.2 – Infecção por coronavírus de localização não especificada.

Procedimentos para diagnóstico laboratorial

A. Coleta

Usar equipamento de proteção individual (EPI) adequado, que inclui luvas descartáveis, avental e proteção para os olhos ao manusear amostras potencialmente infecciosas bem como uso de máscara N95 durante procedimento de coleta de materiais respiratórios com potencial de aerossolização (aspiração de vias aéreas ou indução de escarro).

A realização de coleta de amostra, está indicada sempre que ocorrer a identificação de caso suspeito.

Orienta-se a coleta de aspirado de nasofaringe (ANF) ou swabs combinado (nasal/oral) ou também amostra de secreção respiratória inferior (escarro ou lavado traqueal ou lavado bronca alveolar).

É necessária a coleta de 2 amostras na suspeita de

2019-nCoV. As duas amostras serão encaminhadas com urgência para o LACEN. O LACEN deverá entrar em contato com a CGLAB para solicitação do transporte. Uma das amostras será enviada ao Centro Nacional de Influenza (NIC) e outra amostra será enviada para análise de metagenômica.

B. Transporte

O Ministério da Saúde - MS, disponibiliza o transporte das amostras via Voetur, que em casos de emergência trabalha em esquema de plantão, inclusive nos finais de semana. O LACEN deverá realizar a solicitação do transporte, mediante requerimento padrão, que deve ser enviado ao e-mail: transportes.cglab@saude.gov.br e clinica.cglab@saude.gov.br.

As amostras devem ser mantidas refrigeradas (4-8°C) e devem ser processadas dentro de 24 a 72 horas da coleta. Na impossibilidade de envio dentro desse período, recomenda-se congelar as amostras a -70°C até o envio, assegurando que mantenham a temperatura. A embalagem para o transporte de amostras de casos suspeitos com infecção por 2019-nCoV devem seguir os regulamentos de remessa para Substância Biológica UN 3373, Categoria B.

C. Priorização

Os testes para o 2019-nCoV devem ser considerados apenas para pacientes que atendam à definição de caso suspeito, uma vez descartada a infecção por Influenza.

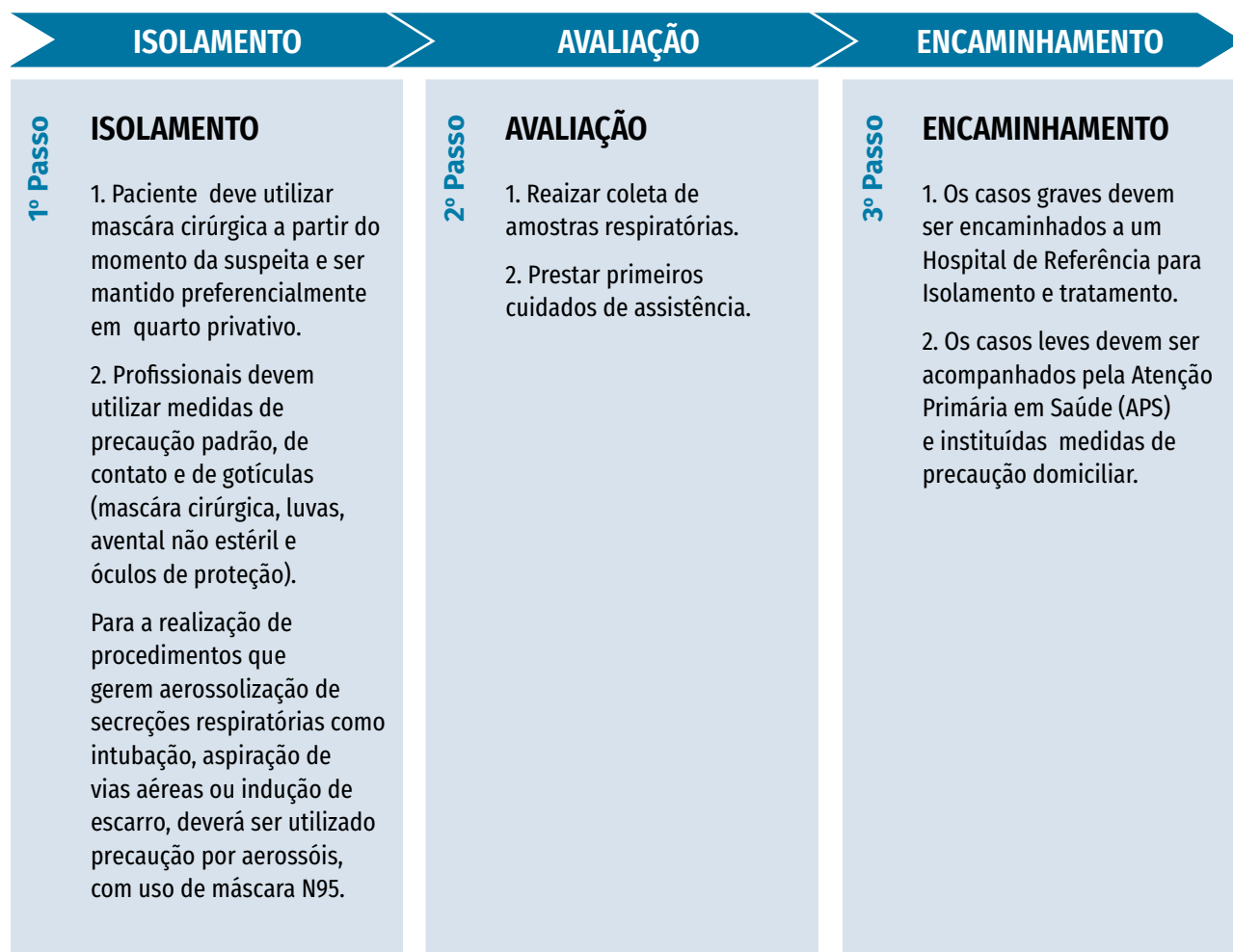
Avaliação dos contactantes

Deverá ser realizada a busca ativa de contatos próximos (familiares, colegas de trabalho, entre outros, conforme investigação) devendo ser orientados, sob a possibilidade de manifestação de sintomas e da necessidade de permanecer em afastamento temporário em domicílio, mantendo distância dos demais familiares, além de evitar o compartilhamento de utensílios domésticos e pessoais, até que seja descartada a suspeita.

Orientar que indivíduos próximos que manifestarem sintomas procurem imediatamente o serviço de saúde.

Atendimento do caso suspeito

Para pessoas que preencham a definição de caso suspeito



No atendimento deve-se levar em consideração os demais diagnósticos diferenciais pertinentes e o adequado manejo clínico.

Em caso de suspeita para Influenza não retardar o início do tratamento com Fosfato de Oseltamivir, conforme protocolo de tratamento de Influenza:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_tratamento_influenza_2017.pdf.

Isolamento hospitalar ou domiciliar

Os casos suspeitos, prováveis e confirmados devem ser mantidos em isolamento enquanto houver sinais sintomáticos. Casos descartados independentemente dos sintomas podem ser retirados do isolamento hospitalar ou domiciliar.

Tratamento

O tratamento é de suporte conforme a sintomatologia do paciente.

Assistência hospitalar

Cuidados com o paciente

- Identificar e isolar precocemente pacientes suspeitos (precaução padrão, por contato e gotículas).

Os pacientes suspeitos devem utilizar máscara cirúrgica desde o momento em que forem identificados na triagem até sua chegada ao local de isolamento, que deve ocorrer o mais rápido possível.

- Realizar higiene de mãos, respeitando os 5 momentos de higienização (consultar tópico – Informações detalhadas).
- Imediatamente antes da entrada no quarto, devem ser disponibilizadas condições para a higienização das mãos: dispensador de preparação alcoólica; lavatório/pia com dispensador de sabonete líquido; suporte para papel toalha abastecido; lixeira com tampa e abertura sem contato manual.
- Limitar a movimentação do paciente para fora da área de isolamento. Se necessário o deslocamento, manter máscara cirúrgica no paciente durante todo o transporte.
- Qualquer pessoa que entrar no quarto de isolamento, ou entrar em contato com o caso suspeito, deve utilizar EPI (máscara cirúrgica; protetor ocular ou protetor de face; luvas; capote/avental).
- Nos casos em que forem necessários acompanhantes, orientar quanto à importância da higienização das mãos.
- A provisão de todos os insumos como sabão líquido, álcool gel, EPI devem ser reforçados pela instituição, bem como higienizantes para o ambiente.

Medidas de isolamento

- O paciente deve ser isolado em quarto privativo.
- O quarto deve ter a entrada sinalizada com um alerta referindo para doença respiratória (gotículas), a fim de limitar a entrada de pacientes, visitantes e profissionais que estejam trabalhando em outros locais do hospital.
- O acesso deve ser restrito aos trabalhadores da saúde envolvidos no atendimento do indivíduo no serviço de saúde.

Transporte do paciente

Cuidados com o paciente

- Isolar precocemente pacientes suspeitos durante o transporte.

Os pacientes suspeitos devem utilizar máscara cirúrgica desde o momento em que forem identificados na triagem até sua chegada ao local de isolamento, que deve ocorrer o mais rápido possível.

- Qualquer pessoa que entrar em contato com o caso suspeito deve utilizar EPI (máscara cirúrgica; protetor ocular ou protetor de face; luvas; capote/avental).
- Realizar higiene de mãos respeitando os 5 momentos de higienização (consultar tópico – Informações detalhadas).
- Orientar possíveis acompanhantes quanto à importância da higienização das mãos.
- A provisão de todos os insumos como sabão líquido, álcool gel, EPI devem ser reforçados pela instituição, bem como higienizantes para o ambiente.

Assistência na Atenção Primária de Saúde

Cuidados com o paciente

- Identificar precocemente pacientes suspeitos.

Pacientes suspeitos devem utilizar máscara cirúrgica desde o momento em que forem identificados na triagem até sua chegada ao local de isolamento, que deve ocorrer o mais rápido possível.

- Qualquer pessoa que entrar em contato com o caso suspeito deve utilizar EPI (máscara cirúrgica; protetor ocular ou protetor de face; luvas; capote/avental);
- Realizar higiene de mãos, respeitando os 5 momentos de higienização (consultar tópico – Informações detalhadas).
- A provisão de todos os insumos, como sabão líquido, álcool gel e EPI, devem ser reforçados pela instituição, bem como higienizantes para o ambiente.
- Alguns casos confirmados ou suspeitos para o novo coronavírus podem não necessitar de hospitalização, podendo ser acompanhados em domicílio. Porém, é necessário avaliar cada caso, levando-se em consideração se o ambiente residencial é adequado e se o paciente é capaz de seguir as medidas de precaução recomendadas pela equipe de saúde.

Cuidados em domicílio

- Orientar sobre a necessidade de permanecer em afastamento temporário em domicílio, mantendo distância dos demais familiares, além de evitar o compartilhamento de utensílios domésticos.
- O paciente deve ser isolado em ambiente privativo com ventilação natural e limitar a recepção de contatos externos.
- Orientar possíveis contatos quanto à importância da higienização das mãos.
- O acesso em domicílio deve ser restrito aos trabalhadores da saúde envolvidos no acompanhamento do caso.
- Manter isolamento, enquanto houver sinais e sintomas clínicos. Casos descartados laboratorialmente, independentemente dos sintomas, podem ser retirados do isolamento.
- Orientar que indivíduos próximos que manifestarem sintomas procurem **imediatamente** o serviço de saúde.

Avaliação dos contactantes

Deverá ser realizada a busca ativa de contatos próximos (familiares, colegas de trabalho, entre outros, conforme investigação), devendo ser orientados sob a possibilidade de manifestação de sintomas e da necessidade de permanecer em afastamento temporário em domicílio, mantendo distância dos demais familiares. Além de evitar o compartilhamento de utensílios domésticos e pessoais, até que seja descartada a suspeita.

Orientar que indivíduos próximos que manifestarem sintomas procurem **imediatamente** o serviço de saúde.

Portos, aeroportos e fronteiras

A Gerência-Geral de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária orienta a adoção das seguintes medidas nos pontos de entrada:

- Aumentar a sensibilidade na detecção de casos suspeitos de 2019-nCoV de acordo com a definição de caso.
- Reforçar orientação para notificação imediata de casos suspeitos de 2019-nCoV nos terminais.
- Elaborar avisos sonoros com recomendações sobre sinais e sintomas e cuidados básicos.
- Intensificar procedimentos de limpeza e desinfecção e utilização de EPI, conforme os protocolos.
- Sensibilização das equipes dos postos médicos quanto à detecção de casos suspeitos e utilização de EPI, conforme descrito neste protocolo.
- Atentar para possíveis solicitações de listas de viajantes para investigação de contato.

Informações detalhadas

Higienização das mãos

Os 5 momentos

As mãos devem ser higienizadas em momentos essenciais e necessários, de acordo com o fluxo de cuidados assistenciais. A ação correta no momento certo é a garantia de cuidado seguro para os pacientes.

1. Antes de tocar o paciente.
2. Antes de realizar procedimento limpo/asséptico:
 - a. Antes de manusear um dispositivo invasivo, independentemente do uso ou não de luvas.
 - b. Ao se mover de um sítio anatômico contaminado para outro, durante o atendimento do mesmo paciente.
3. Após o risco de exposição a fluidos corporais ou excreções:
 - a. Após contato com fluidos corporais ou excretas, membranas, mucosas, pele não íntegra ou curativo.
 - b. Ao se mover de um sítio anatômico contaminado para outro durante o atendimento do mesmo paciente.
 - c. Após remover luvas esterilizadas ou não esterilizadas.

4. Após tocar o paciente:
 - a. Antes e depois do contato com o paciente.
 - b. Após remover luvas esterilizadas ou não esterilizadas.
5. Após tocar superfícies próximas ao paciente:
 - a. Após contato com superfícies e objetos inanimados (incluindo equipamentos para saúde) nas proximidades do paciente.
 - b. Após remover luvas esterilizadas ou não esterilizadas.

Referências

<https://www.who.int/westernpacific/emergencies/novel-coronavirus>.

https://www.who.int/csr/bioriskreduction/infection_control/publication/en/.

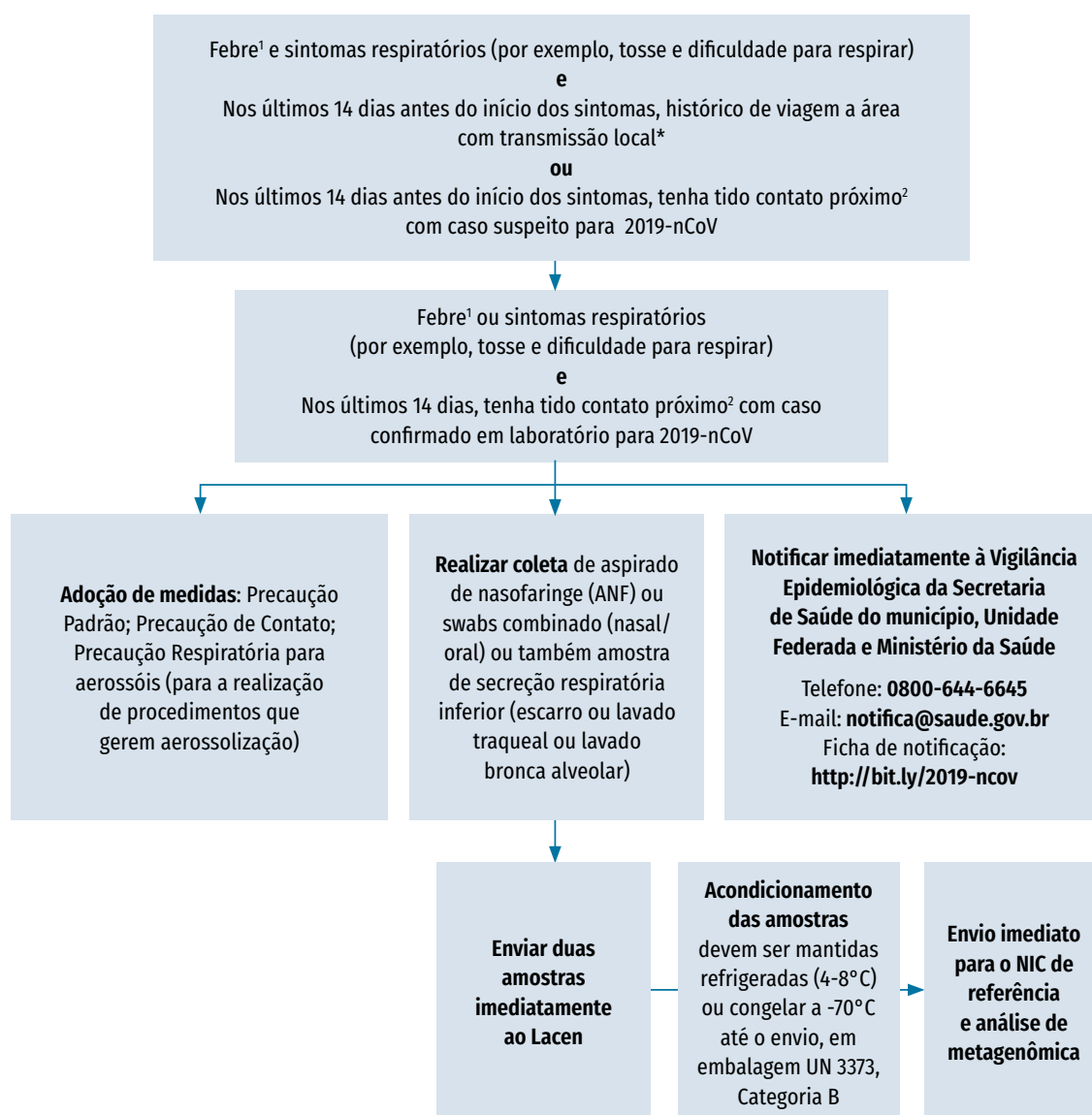
<http://www.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>.

https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2Fnovel-coronavirus-2019.html.

Anexos



FIGURA 2 Detecção, resposta e precauções frente à suspeita de um caso do novo coronavírus (2019-nCoV)



Fonte: CGPNI/CGEMSP/CGLAB/DEIDT/DSASTE/DAEVS/SVS/MS.

*Até a data 21/01/2020, a única área com transmissão local é a cidade de Wuhan. As áreas com transmissão local serão atualizadas e disponibilizadas no site do Ministério da Saúde, no link: saude.gov.br/listacorona.

¹Febre pode não estar presente em alguns casos como, por exemplo, em pacientes jovens, idosos, imunossuprimidos ou que em algumas situações possam ter utilizado medicamento antitérmico. Nestas situações, a avaliação clínica deve ser levada em consideração.

²Contato próximo é definido como: estar a aproximadamente dois metros (2 m) de um paciente com suspeita de caso por novo coronavírus, dentro da mesma sala ou área de atendimento, por um período prolongado, sem uso de equipamento de proteção individual (EPI). O contato próximo pode incluir: cuidar, morar, visitar ou compartilhar uma área ou sala de espera de assistência médica ou, ainda, nos casos de contato direto com fluidos corporais, enquanto não estiver usando o EPI recomendado.

FIGURA 3 Fluxo de vigilância dos casos suspeitos do novo coronavírus, 2019

***Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS):** Wanderson Kleber de Oliveira. **Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis (DEIDT/SVS):** Julio Henrique Rosa Croda. **Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI/DEIDT/SVS):** Francieli Fontana Sutile Tardetti Fantinato, Daiana Araújo da Silva, Felipe Cotrim de Carvalho, Sirlene de Fátima Pereira, Walquíria Aparecida Ferreira de Almeida, Victor Bertollo Gomes Porto. **Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública (DSASTE/SVS):** Marcus Quito. **Coordenação-Geral de Emergências em Saúde Pública (CGEMSP/DSASTE/SVS):** Rodrigo Lins Frutuoso, Francisco José de Paula Júnior, Marília Lavocat Nunes, Renato Vieira Alves, Bruna Ferreira Costa. **Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública do Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde (CGLAB/DAEVS/SVS):** André Luiz de Abreu, Miriam Teresinha Furlam Prando Livorati. **Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar e Domiciliar do Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (CGAHD/DAHU/SAES):** Ana Maria Costa Candido Lacerda, Luciana Yumi Ue. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa):** Marcelo Felga de Carvalho, Mateus Rodrigues Cerqueira, Viviane Vilela Marques Barreiros, Camila da Silva Borges Lacerda de Oliveira, Olavo Ossamu Inoue. **Organização Pan-Americana da Saúde:** Maria Almiron.



Vigilância de violências e acidentes no Brasil: análise da cobertura da notificação compulsória de violência interpessoal/autoprovocada nos municípios brasileiros

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

Violências e acidentes estão entre as principais causas de morbimortalidade no Brasil e no Mundo. Estimativas globais apontam que aproximadamente 35% das mulheres já sofreram violência física ou sexual por um parceiro íntimo ou violência sexual por um não-parceiro. Ademais, cerca de 30% das mulheres que já estiveram em um relacionamento foram vítimas de violência física ou sexual pelo parceiro (WHO, 2017).

Estima-se que mais de um bilhão de crianças entre 2 e 17 anos são vítimas de violência anualmente, com prevalências de qualquer forma de violência que variam de 78% para países em desenvolvimento, a 60% para países desenvolvidos (HILLIS et al., 2016). Uma meta-análise recente com base em dados de 28 países estimou ainda que um em cada seis idosos (60 anos ou mais), cerca de 141 milhões de pessoas, foram vítimas de alguma forma de violência no ano anterior, com prevalências de 11,6% para abusos psicológicos, 6,8% para violência financeira, 4,2% para negligência, 2,6% para violência física e 0,9% para violência psicológica (YON et al., 2017).

No Brasil, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, promulgada em 2001, surgiu como uma resposta ao desafio das causas externas como um problema de saúde pública no Brasil, tendo em vista sua magnitude e transcendência. Entre suas diretrizes está o monitoramento da ocorrência de acidentes e violências (BRASIL, 2002). 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 nº 936, e em 2006 foi implantado o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela (Viva), por meio da Portaria MS/GM nº 1.356. Em 2011, com a Portaria MS/GM nº 104, a notificação

de Violência doméstica, sexual e/ou outras violências passou a ser compulsória para todas as unidades de saúde públicas e privadas do Brasil, e em 2014, com a Portaria MS/GM nº 1.271, as violências sexuais e tentativas de suicídio adquiriram caráter imediato, devendo ser notificadas à autoridade sanitária local em até 24 horas após o atendimento.

O Viva, constituído por dois componentes (contínuo e sentinela), tem por objetivo, dar visibilidade às formas de violências ocultas na sociedade, permitindo 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 (BRASIL, 2017). Além disso, a vigilância contínua objetiva a “articulação e a integração com a rede de atenção e de proteção integral às pessoas em situação de violências, visando assim, à atenção integral e humanizada, no âmbito das políticas de assistência social e do sistema de proteção e garantia de direitos humanos” (BRASIL, 2016). Desse modo, a notificação se apresenta como um instrumento de garantia de direitos e de acionamento de linha de cuidado (BRASIL, 2016), constituindo-se como o principal sistema para a vigilância de violências e acidentes não fatais.

Tendo em vista a importância da notificação como instrumento de cuidado às vítimas de violência, torna-se fundamental a avaliação periódica do sistema, a fim de identificar suas fortalezas fragilidades, de modo a planejar ações que busquem garantir a cobertura e sensibilidade necessárias para seu funcionamento. Desse modo, o presente boletim objetiva analisar a evolução da cobertura do Viva/Sinan, no Brasil, desde a universalização da notificação de violência

interpessoal/autoprovocada. Essa cobertura é dada pela proporção de municípios que realizaram ao menos uma notificação de violência interpessoal ou autoprovocada, no ano, em cada Unidade Federada.

Desde a universalização da notificação de violência interpessoal/autoprovocada, verificou-se um aumento substancial da cobertura do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva/Sinan), no Brasil, de 2.114 municípios notificantes (38,0%), em 2011, para 4.381 municípios notificantes (78,7%), em 2018 (Dados preliminares) (Tabela 1). Comparando-se os anos de 2011 e 2018, todos os estados apresentaram incremento na cobertura. Os estados de Sergipe (6,7%), Paraíba (8,1) e Amapá (18,8%) apresentaram, em 2011, as menores coberturas de notificação, bem como os maiores incrementos percentuais nos números de municípios notificantes, respectivamente 400%, 344% e 367%. Não obstante os maiores incrementos no total de municípios notificantes, Sergipe e Paraíba mantiveram-se como os estados com as menores coberturas de notificação em 2018, respectivamente 33,3% e 35,9%, seguidos do Piauí (46,4%). O estado do Amapá apresentou cobertura acima da média nacional, chegando a 87,5% de municípios notificantes. Excetuando-se o Distrito Federal, os estados com as maiores coberturas de notificação, em 2018, foram Roraima (100%), Minas Gerais (98,7%) e Espírito Santo (94,9%). As figuras de 1 a 5 apresentam mapas com a cobertura do VIVA no país por cada região geográfica. As coberturas mais baixas foram observadas nas Regiões Nordeste e Norte, respectivamente, tanto em 2011 quanto em 2018 (Tabela 1).

O aumento no percentual de municípios que notificaram violências no Brasil entre 2011 e 2018 mostra que houve melhora na cobertura do Viva/Sinan. No entanto, ainda existe um importante grau de subnotificação de casos de violência (KIND et al., 2013; SILVA; OLIVEIRA, 2016). As razões para a não notificação são variadas, incluindo desconhecimento da ficha de notificação e de como notificar, bem como 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 serviços de proteção (GARBIN et al., 2015, 2016; PEDROSA; ZANELLO, 2016).

A subnotificação dos casos de violência contribui para a persistência desta, afetando negativamente o desenvolvimento de políticas públicas de saúde e a vigilância epidemiológica desses agravos (BRASIL, 2016). Ampliar o número de municípios e unidades de saúde

notificantes de violência, bem como fortalecer a rede de atenção e de proteção integral às pessoas em situação de violência, é estratégia fundamental para ampliar a cobertura do Sistema Viva. As desigualdades regionais verificadas na cobertura do Viva/Sinan reforçam a importância do monitoramento da distribuição dos casos e a necessidade de estratégias direcionadas para a promoção da equidade no acesso ao sistema de saúde e sensibilização/capacitação dos profissionais da área.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências: Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/01, publicada no DOU nº 96, seção 1e, de 18 de maio de 2001**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada**. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância de Violência Interpessoal e Autoprovocada (VIVA/SINAN)**. Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-violencias-e-acidentes-viva/vigilancia-de-violencias/viva-sinan>>, acesso em 30 dez. 2019.

GARBIN, C. A. S. et al. (2016) 'Percepção e atitude do cirurgião-dentista servidor público frente à violência intrafamiliar em 24 municípios do interior do estado São Paulo, 2013-2014', **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 1, pp. 179–186. doi: 10.5123/S1679-49742016000100019.

HILLIS, S. et al. Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. *Pediatrics*, v. 137, n. 3, p. e20154079, mar. 2016.

KIND, L. et al. (2013) 'Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde', **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 9, pp. 1805–1815. doi: 10.1590/0102-311X00096312

PEDROSA, M.; ZANELLO, V. (2016) '(In)visibilidade da violência contra as mulheres na saúde mental', *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 32, n.s., pp. 1–8. doi: 10.1590/0102-3772e32ne214.

SILVA, L. E. L.; OLIVEIRA, M. L. C. (2016) 'Características epidemiológicas da violência contra a mulher no Distrito Federal, 2009 a 2012', **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 2, pp. 1–2. doi: 10.5123/S1679-49742016000200012.

WHO. **Violence against women** [Internet]. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>>. Atualizado em 29 nov. 2017; acesso em 19 dez. 2019.

YON, Y. et al. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Global Health*, v. 5, n. 2, p. e147–e156, 2017.

Anexos

TABELA 1 Cobertura do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva/Sinan) nas Unidades Federadas e Brasil, 2011, 2015 e 2018*

Região/UF	2011	2015	2018*	Δ 2011-2018*
Norte	29.3	57.8	82.4	181%
Rondônia	28.8	61.5	73.1	153%
Acre	31.8	77.3	86.4	171%
Amazonas	59.7	79.0	87.1	46%
Roraima	46.7	80.0	100.0	114%
Pará	21.5	52.8	77.8	261%
Amapá	18.8	68.8	87.5	367%
Tocantins	23.0	45.3	85.6	272%
Nordeste	24.6	42.4	82.4	168%
Maranhão	19.8	33.2	85.7	333%
Piauí	34.8	38.8	46.4	33%
Ceará	38.6	50.0	79.3	106%
Rio Grande do Norte	23.4	38.9	60.5	159%
Paraíba	8.1	21.5	35.9	344%
Pernambuco	26.5	54.1	93.0	251%
Alagoas	35.3	60.8	74.5	111%
Sergipe	6.7	36.0	33.3	400%
Bahia	24.7	49.6	70.5	185%
Sudeste	48.3	83.1	89.4	85%
Minas Gerais	44.3	95.3	98.7	123%
Espírito Santo	29.5	75.6	94.9	222%
Rio de Janeiro	69.6	77.2	93.5	34%
São Paulo	52.9	68.7	76.0	44%
Sul	50.0	73.2	85.5	71%
Paraná	43.1	81.2	90.7	110%
Santa Catarina	55.3	63.7	77.3	40%
Rio Grande do Sul	52.3	72.4	86.1	65%
Centro-Oeste	29.8	59.3	67.7	127%
Mato Grosso do Sul	59.5	78.5	81.0	36%
Mato Grosso	27.7	47.5	68.1	146%
Goiás	21.1	59.8	63.0	198%
Distrito Federal	100.0	100.0	100.0	0%
Brasil	38.0	63.8	78.7	107%

Fonte: Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva/Sinan).

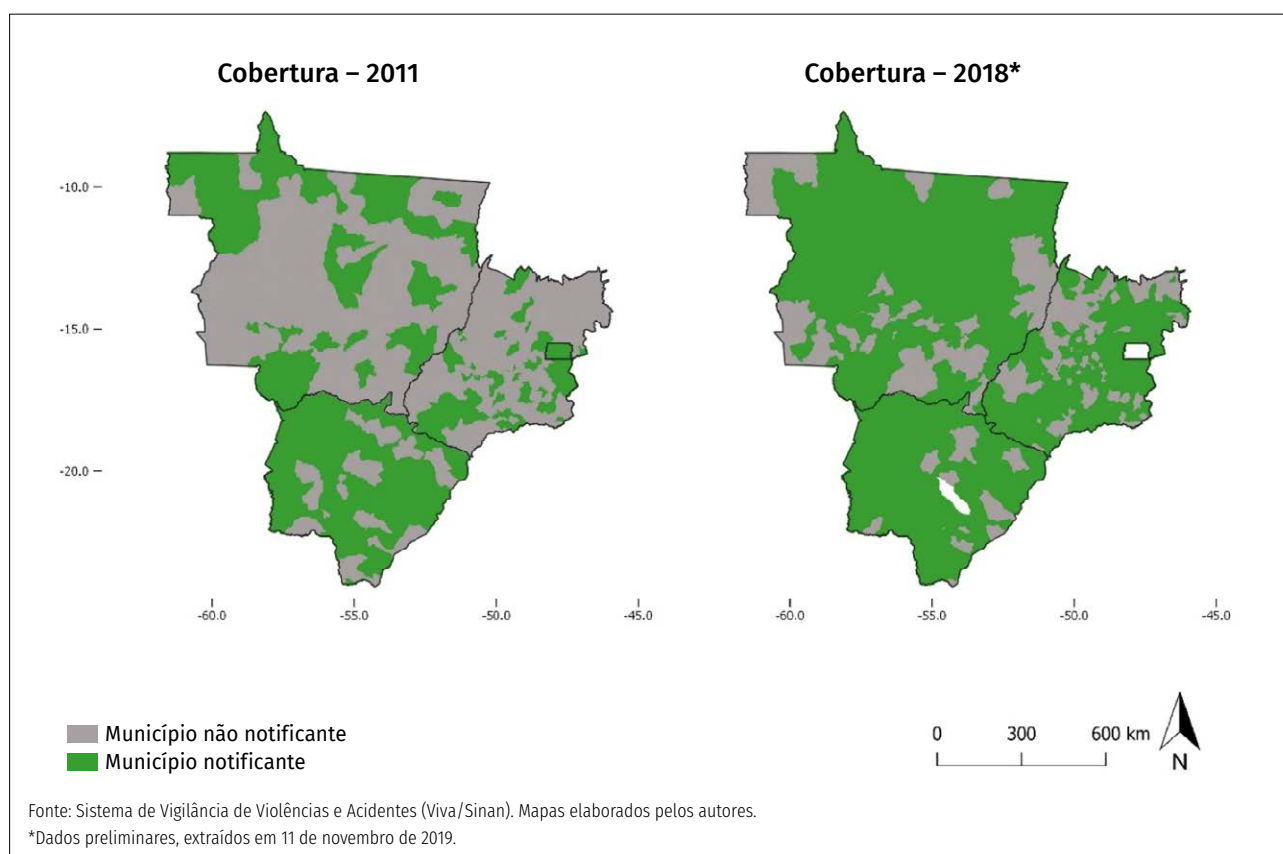


FIGURA 1 Cobertura do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva/Sinan) na região Centro-Oeste. Brasil, 2011 e 2018*

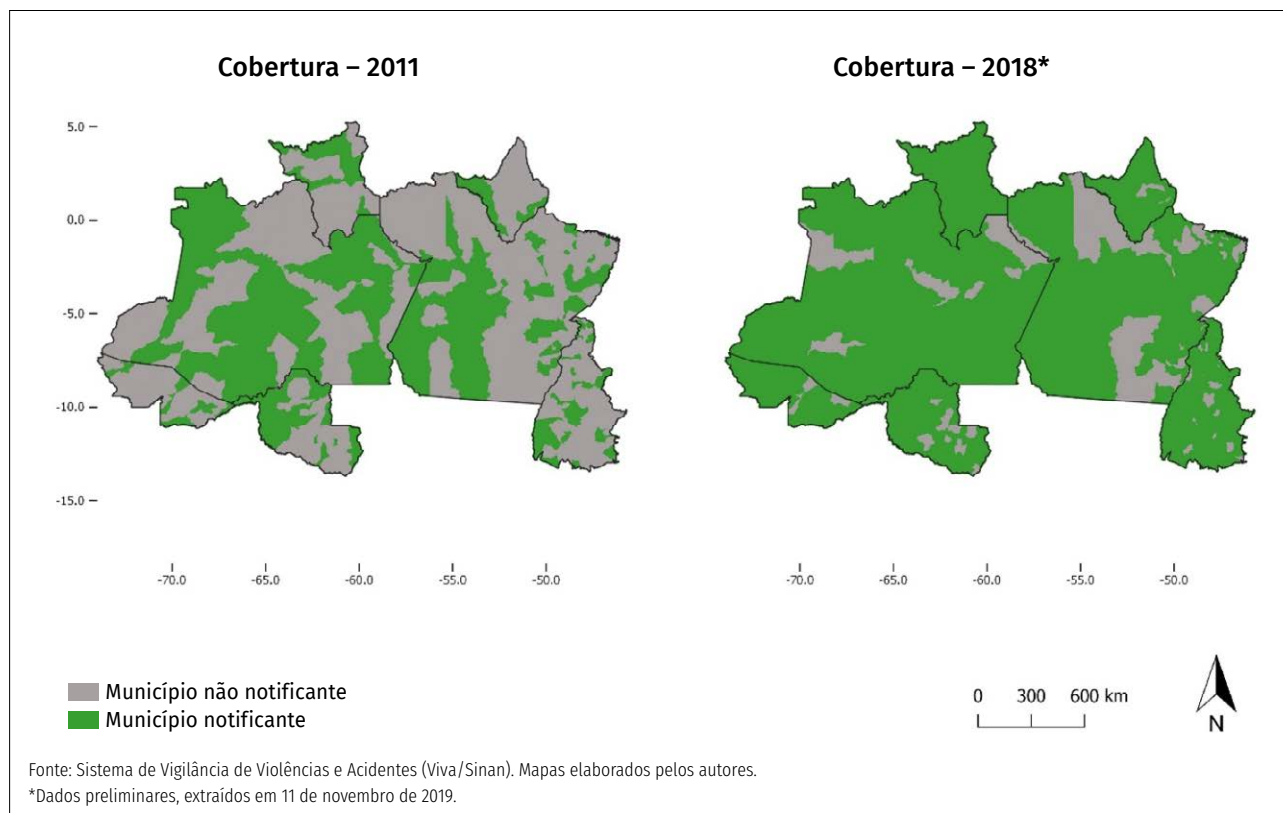


FIGURA 2 Cobertura do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva/Sinan) na região Norte. Brasil, 2011 e 2018*

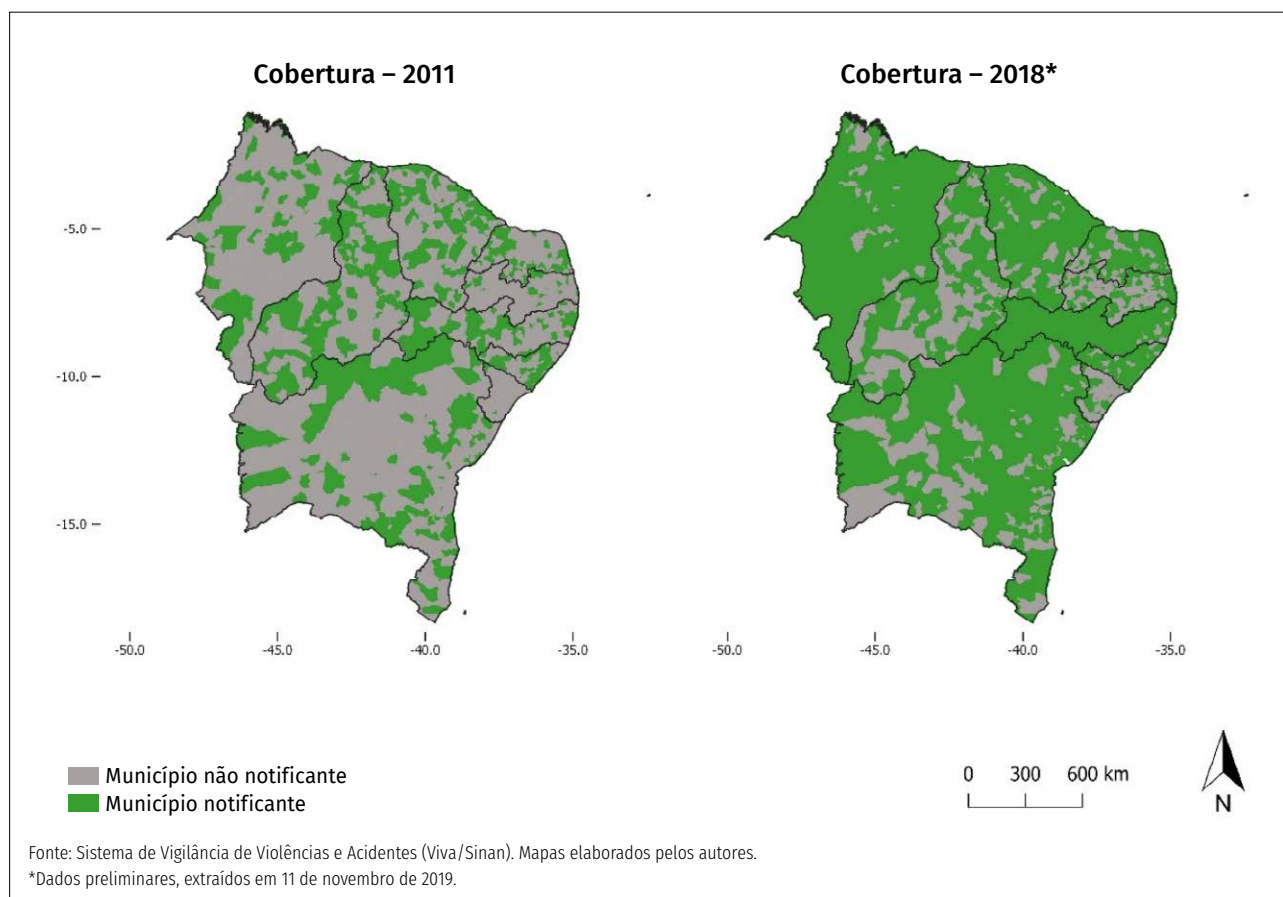


FIGURA 3 Cobertura do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva/Sinan) na região Nordeste. Brasil, 2011 e 2018*

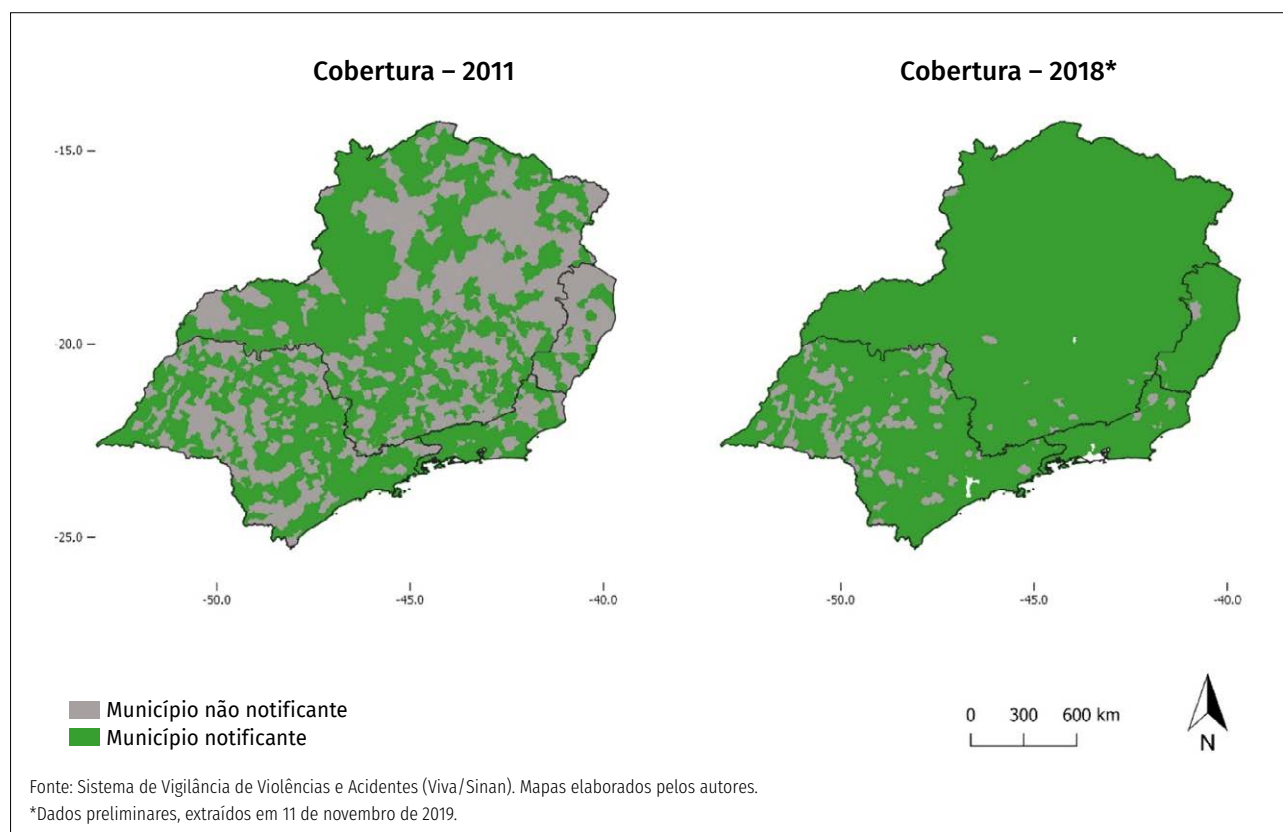


FIGURA 4 Cobertura do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva/Sinan) na região Sudeste. Brasil, 2011 e 2018*

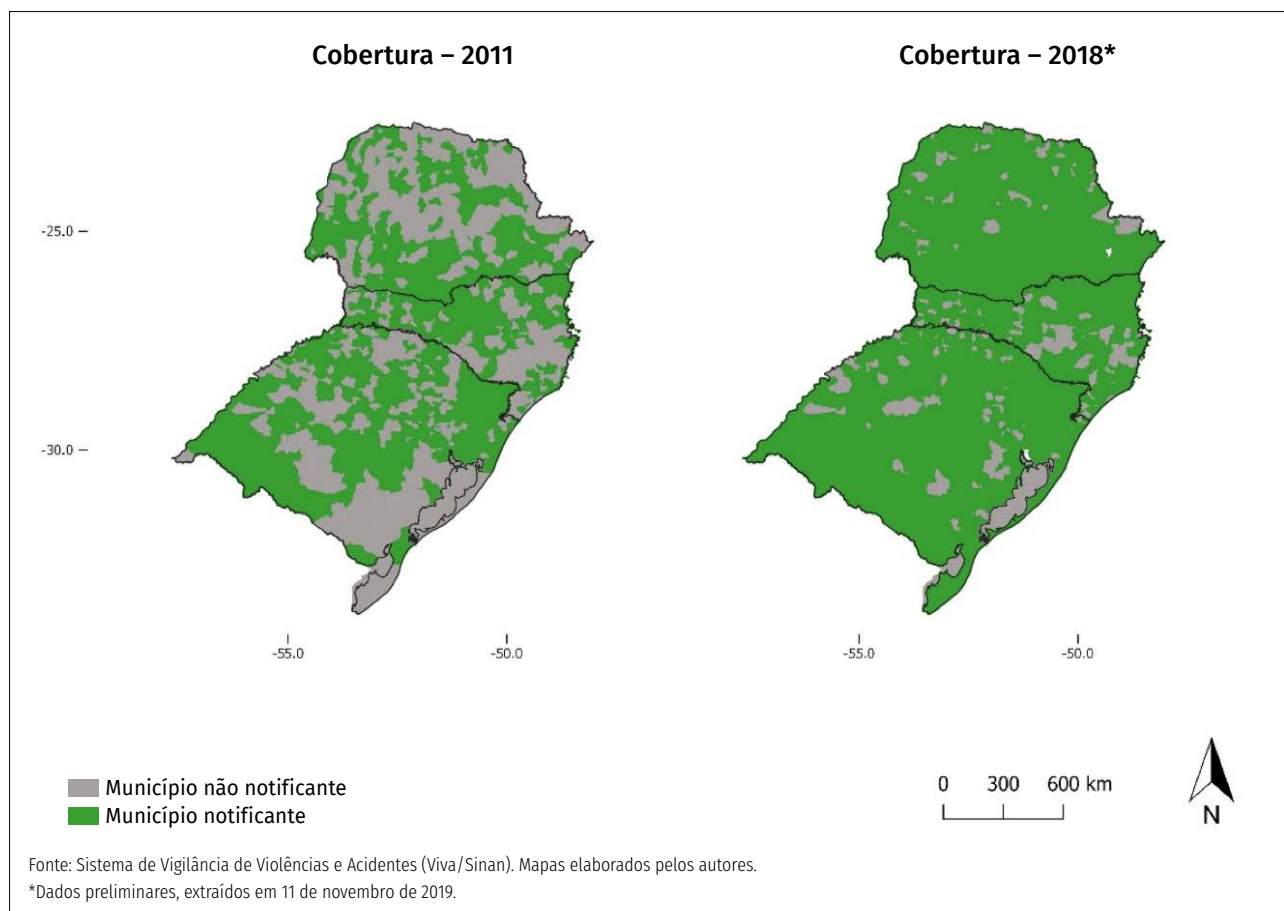


FIGURA 5 Cobertura do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva/Sinan) na região Sul. Brasil, 2011 e 2018*

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