

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DE SANTOS

Edição Nº7 - 2025



PREFEITURA DE
Santos

SECRETÁRIO DE SAÚDE DE SANTOS

FABIO LOPEZ

Equipe de Gestão do Departamento de Vigilância em Saúde

ANA PAULA N. VIVEIROS VALEIRAS

Diretora do Departamento de Vigilância em Saúde - DEVIG

ARTHUR JOSÉ DE FARIAS E SOUZA

Coordenador de Vigilância em Saúde I - COVIG I

- Letícia Preti Schleder - Chefe da SECOI - Seção de Controle e Orientação em Intoxicação;
- Janaína Silva do Nascimento - Chefe da SEVREST - Seção de Vigilância e Referência em Saúde do Trabalhador;
- Camila Leite Marcolino - Chefe da SEVISA - Seção de Vigilância Sanitária.

CAROLINA OZAWA

Coordenadora de Vigilância II - COVIG II

- Boanerges de Oliveira - Chefe do CCZV - Seção Centro de Controle de Zoonoses e Vetores;
- Willian Marques Fioratti - Chefe da SEVIEP - Seção de Vigilância Epidemiológica;
- Thiago Miguel de Abreu - Chefe da SEVIG-MMI - Seção de Vigilância da Mortalidade Materna Infantil.
- Cristiane Parmentieri Barga – Chefe do CIEVS - Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde

Equipe técnica: 279 servidores do Departamento de Vigilância em Saúde

Colaboradoras: Carolina Ozawa, Patricia Gabriel Pereira Fagueiro e Cristiane Parmentieri Barga

Foto da capa: Francisco Arrais- arquivo PMS

O Boletim Epidemiológico de Santos nº 7, edição 2025, apresenta dados dos agravos de notificação compulsória na série histórica dos últimos 5 anos (2020 a 2024).

O Boletim Epidemiológico, com foco nas doenças de notificação compulsória, tem como objetivo oferecer uma devolutiva às unidades notificadoras, conselheiros, universidades, imprensa e, em especial, para a população em geral, na tentativa de mostrar o perfil em série histórica, dos agravos e subsidiar a elaboração de um panorama epidemiológico por grandes áreas da cidade (Morros, Região Centro Histórico-Área Continental, Orla e Zona Noroeste), por sexo e faixa etária. A população de referência é o censo IBGE 2022.

A importância do acompanhamento e monitoramento dos dados, em série histórica, podem sugerir direcionamentos de políticas públicas. A considerar desde o primeiro boletim, temos dados disponíveis desde 2014, ou seja, de 11 anos.

A Vigilância em Saúde tem como principal objetivo monitorar os agravos de notificação compulsória, determinados por legislações específicas de âmbitos federal, estadual e municipal, não só solicitando o preenchimento das fichas, mas fazendo com que esses dados instiguem os técnicos a possíveis mudanças, que contribuam para melhorar a vida das pessoas.

As informações contidas neste **7º Boletim Epidemiológico** são frutos de fichas, certidões, declarações e notificações das doenças enviadas ao Departamento de Vigilância em Saúde Municipal. Todos os casos comunicados passaram por análise técnica e investigação, para confirmação ou descarte, e geraram um banco de dados referente aos residentes no município de Santos. A fim de compartilhar os dados e permitir o entendimento das informações por todos os grupos da população, os termos técnicos foram readequados.

Destacamos a importância do uso dos dados sempre citando a fonte e com a ressalva de evitar comparações apenas com números absolutos. É recomendado o uso de uma taxa, um coeficiente e a evolução na série histórica de pelo menos 5 anos para que possamos realizar uma comparação correta entre áreas ou municípios diferentes. Assim, poderemos ter um melhor panorama de determinada doença ou agravo, proporcional à população que reside no território. Ressaltamos que nos indicadores referentes a bairros, seguimos o último censo oficial.

Todas as edições anteriores do Boletim Epidemiológico permanecem disponíveis no site da Prefeitura de Santos: <https://www.santos.sp.gov.br/?q=servico/boletim-epidemiologico-de-santos>.

Esperamos que todos possam verificar com detalhes os dados compilados, em mais 300 tabelas e gráficos, nas próximas 300 páginas.

Santos, 30 de julho de 2025

Fábio Lopez

Secretário de Saúde de Santos

ÍNDICE

(*) seguem as páginas para facilitar busca e não a sequência exata da apresentação alfabética, pois os agravos são analisados por blocos comuns segundo as vias de transmissão da doença/agravo.

Ex: Arboviroses = compõem dengue- zika- chikungunya

Respiratórias = meningite, influenzae

IST = AIDS, HIV, sífilis

1	Perfil do Município	7
2	Lista das doenças de Notificação Compulsória	9
3	Série histórica e perfil dos nascidos vivos	10
4	Série histórica e perfil dos óbitos	16
5	COVIG I - Coordenação de Vigilância em Saúde I	21
5.1	SECOI - Seção de Controle e Orientação em Intoxicação. Nº de atendimentos por agentes tóxicos, medicamentos, domissanitários	22
5.2	SEVISA - Seção de Vigilância Sanitária	28
5.3	SEVREST - Seção de Vigilância e Ref. em Saúde do Trabalhador. Doenças Ocupacionais	32
6	COVIG II - Coordenação de Vigilância em Saúde II	47
6.1	CCZV- Controle de Zoonoses. Vacinação antirrábica animal, desratização, atendimento por morcegos, pombos, caramujos, leishmaniose visceral canina.	50
	CCZV- Controle de Vetores. Controle de vetores, mosquito transmissor dengue, chikungunya armadilhas, pontos estratégicos	55
6.2	SEVIEP - Seção de Vigilância Epidemiológica	63
	Agravos de notificação compulsória (*)	63
	Acidente de trabalho	35
	Acidentes por animais peçonhentos	74
	AIDS-HIV	197
	Atendimento antirrábico humano	95
	Câncer-base populacional	223
	Chikungunya	169
	Coqueluche	70
	Covid 19	64
	Dengue	175
	Doenças Exantemáticas	66

	Infecções relacionadas à assistência da saúde	114
	IST- infecções sexualmente transmissíveis	194
	Esquistossomose	120
	Gestante usuária álcool-drogas	280
	Hanseníase	85
	Hepatites virais	188/202
	Influenza	105
	Intoxicação exógena	125
	Leptospirose	162
	Leishmaniose visceral humana	78
	Leishmaniose visceral canina	53
	Leishmaniose tegumentar	81
	Malária	121
	Meningite	117
	Monkeypox	101
	Raiva Humana - atendimento antirrábico humano	95
	RCBP- Registro de Câncer de Base Populacional	224
	Rubéola	69
	Sarampo	66
	Sífilis/congênita/gestante	204
	SRAG- síndromes respiratórias	105
	Suicídio/ lesão autoprovoçada	146
	Tuberculose	185
	Trabalho infantil	159
	Violências	134
	Violência sexual	149
	Vacinação	215
	Varicela	72
	Vigilância Saúde do Trabalhador	34
	Zika	181
6.3	SEVIG MMI - Seção de Vigilância da Mortalidade Materna Infantil	236
	Mortalidade infantil	245

	Mortalidade materna	237
	Notificação gestantes usuárias de álcool/drogas	281
	Prematuros	272
	Programa Recém-Nascido de Risco	261
7	CIEVS- Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde de Santos	292
8	Endereços e contatos	293
9	Considerações finais	295
10	Colaboradores	296

1 - PERFIL DO MUNICÍPIO

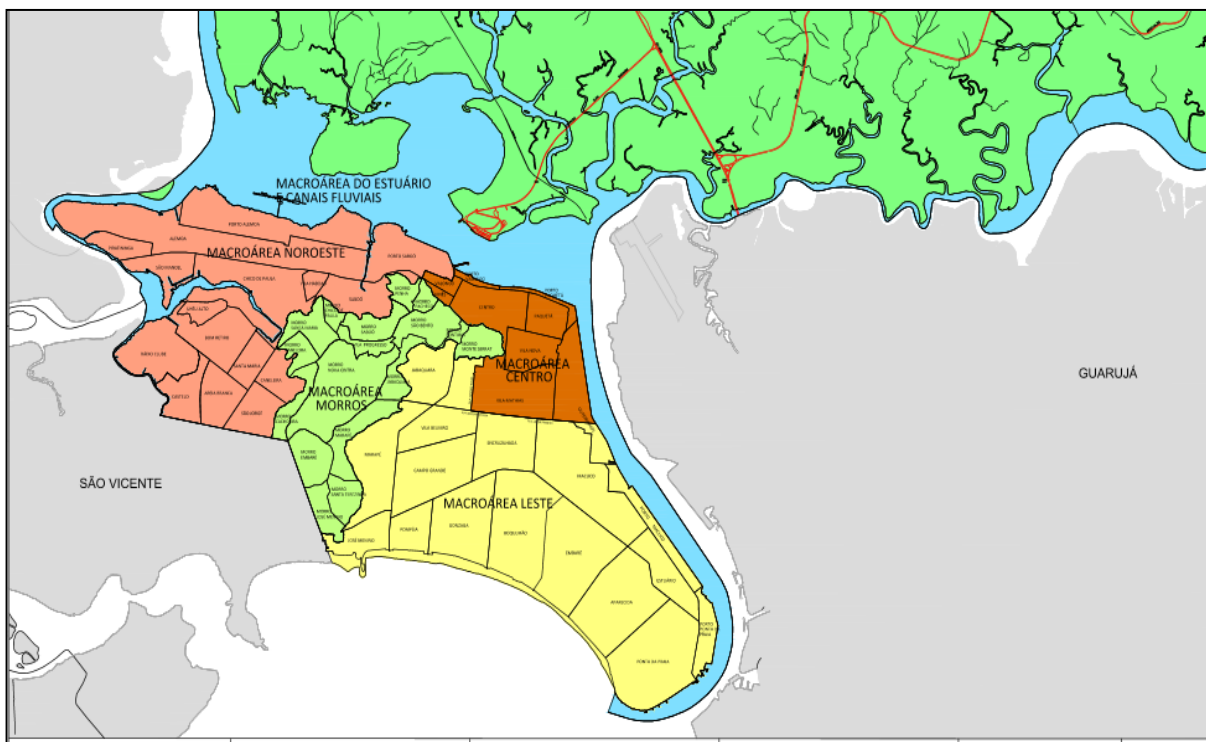
A cidade de Santos está situada no litoral do estado de São Paulo, faz limite ao norte com Santo André, Mogi das Cruzes e Salesópolis, ao sul com o Oceano Atlântico e Ilha de Santo Amaro (onde fica o Guarujá), ao leste com Bertiooga, ao oeste com Cubatão e São Vicente. A área de Santos é de 271 km² sendo que deste total, 39,4 km² (parte insular) é a área da sede Municipal, situada na Ilha de São Vicente, estando o restante, 231,6 km² na parte continental.

Santos está situada a 70 km de São Paulo, podendo ser alcançada pelas Rodovias Anchieta, Imigrantes e Caminho do Mar; do Rio de Janeiro a 505 km, através da Rodovia Rio-Santos; de Curitiba, 490 km através das Rodovias BR-116, SP-165 e SP-55, além de trens da Rede Ferroviária Federal.

Santos possui grande relevância econômica, entre outros motivos, por ser sede do maior porto marítimo do Brasil e da América Latina, polo da Região Metropolitana da Baixada Santista, que congrega uma população de 1.897.551 habitantes (estimativa IBGE 2022), e polo turístico de lazer e negócios.

O município tem uma população de 418.608, conforme censo IBGE de 2022 mostrando uma redução em relação às estimativas anteriores. Sua densidade demográfica é de 1.494,26 habitantes por Km², colocando-o na posição 26 de 645 do Estado. IDH (2010) de 0,840 (6º lugar do Brasil).

Santos foi dividida, pelo Plano Diretor e Lei complementar nº 821 de 27 de dezembro de 2013, anexo II, em 5 macroáreas:



POPULAÇÃO CENSO 2022

IBGE - SANTOS – POPULAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA – CENSO 2022

Faixa Etária	Homens	Mulheres	Total
0 a 4	8.864	8.588	17.452
5 a 9	10.739	10.306	21.045
10 a 14	11.150	10.723	21.873
15 a 19	11.695	11.284	22.979
20 a 24	12.330	12.633	24.963
25 a 29	12.488	12.961	25.449
30 a 34	13.088	14.232	27.320
35 a 39	14.220	16.482	30.702
40 a 44	15.675	18.549	34.224
45 a 49	13.175	16.159	29.334
50 a 54	12.574	15.629	28.203
55 a 59	12.620	16.387	29.007
60 a 64	11.813	15.824	27.637
65 a 69	10.049	14.319	24.368
70 a 74	7.639	11.838	19.477
75 a 79	5.307	9.025	14.332
80 a 84	3.475	6.622	10.097
85 a 89	1.923	4.381	6.304
90 a 94	741	2.224	2.965
95 a 99	146	624	770
100 ou mais	16	91	107
TOTAL	189.727	228.881	418.608
Percentual	45,32	54,68	100,00

Fonte - <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/santos/panorama>

A característica do município de Santos, permanece a predominância do gênero feminino, com 39.154 pessoas a mais em relação ao gênero masculino, com destaque na faixa etária acima de 80 anos.

Outra característica: mantém a proporção de 25,3% da população santista formada por pessoas idosas, maiores de 60 anos.

2 - LISTA DAS DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA



PREFEITURA DE

Santos

NOTIFIQUE

AS DOENÇAS, AGRAVOS E EVENTOS RELACIONADOS SÃO DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA CONFORME:

LEI FEDERAL Nº 8080/1990;
PORTARIA GM/MS Nº 3.148, DE 6 DE FEVEREIRO DE 2024

Acidente de trabalho com exposição a material biológico	Escarlatina (SURTO) (***)	Leptospirose (*)
Acidente de trabalho	Esporotricose (***)	Maldária na região amazônica; região extra-amazônica (*)
Acidente por animal peçonhento	Esquistossomose (**)	Monkeypox (Mpox, "varíola dos macacos") (*)
Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva	Estomatite vesicular por enterovírus com exantema (Doença Mão-Pé- Boca) (***)	Óbito: Infantil; Materno
Anemia falciforme	Evento de Saúde Pública (ESP) que se constitua ameaça à saúde pública (*)	Paracoccidiodomicose
Botulismo (*)	Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (ESAVI) (*)	Parotidite (****)
Cólera (*)	Febre Amarela (*)	Peste (*)
Coqueluche (*)	Febre de Chikungunya; Febre de Chikungunya; Em áreas sem transmissão (*); Óbito com suspeita (*)	Poliomielite por poliovírus selvagem (*)
Conjuntivite (SURTO) (***)	Febre do Nilo Ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública (*)	Raiva Humana (*)
Covid-19 (*)	Febre Maculosa e outras Rickettsioses (*)	Síndrome da Rubéola Congênita (*)
Criptococose	Febre tifóide (*)	Sífilis: Adquirida; Congênita; Em gestante.
Dengue: Casos e Óbitos (*)	Hanseníase (**)	Síndrome da Paralisia Flácida Aguda (*)
Difteria (*)	Hantavirose (*)	Síndrome Inflamatória Multissistêmica em Adultos (SIM-A) associada à covid-19 (*); Pediátrica (SIM-P) associada à covid-19 (*)
Distúrbios da voz (Doenças Relacionadas ao Trabalho) (***)	Hepatites virais	Síndrome Respiratória Aguda Grave associada a Coronavírus: SARS-CoV (*) MERS-CoV (*) SARS-CoV-2 (*)
Doença de Chagas: Aguda (*) e Crônica	Hepatite aguda A (***)	Síndrome Gripal suspeita de covid-19 (*)
Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ)	AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida	Tétano: Acidental (*) Neonatal (*)
Doença Invasiva por "Haemophilus influenza" (*) (***)	HIV - Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana; HIV em gestante, parturiente ou puérpera e Criança exposta ao risco de TV do HIV	Toxoplasmose: Adquirida; Gestacional; Congênita; Ocular (****)
Doença Meningocócica e outras meningites (*)	Infecção pelo Vírus Unifetrópico de Células T Humanas (HTLV); HTLV em gestante, parturiente ou puérpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HTLV	Tracoma (**)
Doenças com suspeita de disseminação intencional: Antraz pneumônico (*); Tularemia; Varíola. (*)	Infecções Agudas não Especificadas da Vias Aéreas Inferiores (****)	Tuberculose (*) (**)
Doenças exantemáticas: Sarampo (*); Rubéola (*)	Influenza humana produzida por novo subtipo viral (*)	Varicela - caso grave internado ou óbito (*)
Doenças febris hemorrágicas emergentes/reemergentes: Arenavírus (*); Ebola (*); Marburg (*); Lassa (*); Febre purpúrica brasileira (*)	Intoxicação exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados)	Violência: Violência doméstica e/ou outras violências; Sexual e tentativa de suicídio (*)
Doença pelo vírus Zika: Aguda; Aguda em gestante (*); Óbito com suspeita (*); Síndrome congênita associada.	Leishmaniose Tegumentar Americana e Leishmaniose Visceral	

(*) Doença de Notificação Compulsória imediata (< 24 horas).
(****) Doença de Notificação Compulsória de interesse Estadual.

(**) Doença de Notificação Compulsória apenas casos confirmados.
(*****) Doença de Notificação Compulsória de interesse Municipal.

NOTIFIQUE À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Seção de Vigilância Epidemiológica - Tel: (13) 3213- 5146
E-mail: seviepi@santos.sp.gov.br




3

3 - SÉRIE HISTÓRICA E PERFIL DE NASCIDOS VIVOS

3.1. NÚMERO E PERCENTUAL DE NASCIDOS VIVOS OCORRIDOS EM SANTOS, POR MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA, ENTRE 2020 E 2024

Município de Residência	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Santos	3.832	38%	3.610	37%	3.499	36%	3.482	37%	3.065	35%
Baixada Santista (exceto Santos)	6.220	62%	6.225	63%	6.270	64%	5.803	62%	5.523	64%
Estado de SP (exceto Baixada Santista)	54	1%	51	1%	64	1%	59	1%	53	1%
Demais estados do Brasil (exceto SP)	3	0%	4	0%	6	0%	7	0%	11	0%
Total	10.109	100%	9.890	100%	9.839	100%	9.351	100%	8.652	100%

Fonte: SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Base Municipal);
Dados consolidados em abril/2025, sujeitos a alterações. Pop.IBGE censo 2022.

Os indicadores de nascidos vivos no município de Santos, considerando a média dos últimos 5 anos, mostram que 37% dos eventos referem-se a parturientes residentes da cidade.

A maioria (64%) dos partos ocorridos em Santos se reporta a moradoras dos outros oito municípios da Baixada Santista e 1%, das cidades restantes do Estado de São Paulo.

3.2. NÚMERO E PERCENTUAL DE NASCIDOS VIVOS RESIDENTES EM SANTOS, POR MUNICÍPIO DE OCORRÊNCIA, ENTRE 2020 E 2024

Município de Ocorrência	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Santos	3832	94%	3610	93%	3499	94%	3482	93%	3065	93%
São Paulo – capital	176	4%	211	5%	189	5%	198	5%	186	6%
Outros	76	2%	62	2%	52	1%	50	1%	42	1%
Total	4084	100%	3883	100%	3740	100%	3730	100%	3293	100%

Fonte: SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Base Municipal); Dados consolidados em abril/2025, sujeitos a alterações. Pop.IBGE censo 2022.

A média dos registros indicam que a maioria (93%) dos nascidos vivos de residentes em Santos nascem no próprio município.

3.3. NÚMERO E PERCENTUAL DE NASCIDOS VIVOS RESIDENTES EM SANTOS, POR BAIRRO DE RESIDÊNCIA, ENTRE 2020 E 2024

Bairro de Residência	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Aparecida	213	5%	209	5%	196	5%	199	5%	174	5%
Boqueirão	211	5%	212	5%	227	6%	195	5%	196	6%
Campo Grande	166	4%	163	4%	178	5%	176	5%	147	4%
Embaré	229	6%	194	5%	186	5%	229	6%	174	5%
Encruzilhada	108	3%	117	3%	99	3%	98	3%	90	3%
Estuário	87	2%	80	2%	66	2%	73	2%	60	2%
Gonzaga	167	4%	179	5%	188	5%	200	5%	167	5%
Macuco	173	4%	155	4%	142	4%	133	4%	143	4%
Ponta da Praia	246	6%	227	6%	218	6%	218	6%	187	6%
Vila Belmiro	90	2%	93	2%	72	2%	66	2%	63	2%
Pompeia	63	2%	50	1%	60	2%	80	2%	66	2%
Alemoa	63	2%	43	1%	34	1%	37	1%	37	1%
Areia Branca	92	2%	123	3%	120	3%	112	3%	103	3%
Bom Retiro	81	2%	86	2%	89	2%	79	2%	83	3%
Chico de Paula	58	1%	51	1%	42	1%	42	1%	35	1%
Castelo	142	3%	157	4%	131	4%	114	3%	121	4%
Rádio Clube	323	8%	303	8%	252	7%	308	8%	264	8%
Saboó	123	3%	118	3%	100	3%	125	3%	101	3%
Santa Maria	54	1%	38	1%	41	1%	34	1%	39	1%
São Manoel	83	2%	83	2%	94	3%	72	2%	68	2%
São Jorge	49	1%	54	1%	52	1%	56	2%	43	1%
Caneleira	95	2%	78	2%	67	2%	85	2%	58	2%
Piratinunga	7	0%	8	0%	12	0%	11	0%	4	0%
Jabaquara	32	1%	40	1%	28	1%	25	1%	18	1%
José Menino	123	3%	101	3%	103	3%	99	3%	82	2%
Morro Boa Vista	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Morro Bufo	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Morro São Jorge	10	0%	6	0%	19	1%	6	0%	0	0%
Morro Embaré	0	0%	1	0%	1	0%	1	0%	0	0%
Morro Fontana	2	0%	2	0%	6	0%	4	0%	6	0%
Morro Jabaquara	3	0%	4	0%	6	0%	4	0%	6	0%
Morro José Menino	20	0%	17	0%	17	0%	17	0%	24	1%
Morro Marapé	14	0%	13	0%	6	0%	7	0%	4	0%
Morro Monte Serrat	8	0%	5	0%	8	0%	9	0%	4	0%
Morro Nova Cintra	107	3%	99	3%	88	2%	75	2%	70	2%
Morro Pacheco	21	1%	22	1%	22	1%	13	0%	19	1%
Morro Penha	22	1%	27	1%	30	1%	21	1%	22	1%
Morro São Bento	125	3%	120	3%	120	3%	134	4%	91	3%
Morro Saboó	18	0%	6	0%	7	0%	6	0%	7	0%
Morro Sta Therezinha	2	0%	0	0%	1	0%	0	0%	0	0%
Marapé	220	5%	222	6%	204	5%	222	6%	207	6%
Monte Serrat	8	0%	2	0%	2	0%	7	0%	4	0%
Valongo	10	0%	12	0%	5	0%	6	0%	8	0%
Centro	19	0%	26	1%	22	1%	23	1%	18	1%
Paquetá	33	1%	21	1%	15	0%	13	0%	15	0%
Vila Mathias	154	4%	135	3%	143	4%	117	3%	121	4%

Vila Nova	61	1%	40	1%	43	1%	46	1%	42	1%
Monte Cabrão	11	0%	8	0%	12	0%	12	0%	5	0%
Caruara	24	1%	28	1%	28	1%	27	1%	24	1%
Ilha Diana	1	0%	2	0%	0	0%	1	0%	2	0%
Morro Santa Maria	54	1%	52	1%	43	1%	39	1%	32	1%
Morro Vila Progresso	40	1%	42	1%	37	1%	42	1%	33	1%
Não classificados	17	0%	9	0%	58	2%	12	0%	6	0%
Total	4084	100%	3883	100%	3740	100%	3730	100%	3293	100%

Fonte: SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Base Municipal); Dados consolidados em abril/2025, sujeitos a alterações. Pop.IBGE censo 2022.

Considerando os últimos 5 anos, observa-se que, percentualmente o bairro Rádio Clube apresenta o maior índice de nascidos vivos santistas (8%), seguido de Boqueirão, Ponta da Praia e Marapé (com 6%).

3.4. NÚMERO E PERCENTUAL DE NASCIDOS VIVOS RESIDENTES EM SANTOS, POR FAIXA ETÁRIA DA PARTURIENTE, ENTRE 2020 E 2024

Faixa Etária da Parturiente	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
10-14 anos	13	0%	9	0%	15	0%	3	0%	5	0%
15-20 anos	510	12%	416	11%	330	9%	363	10%	316	10%
21-30 anos	1702	42%	1656	43%	1591	43%	1618	43%	1452	44%
31-40 anos	1679	41%	1622	42%	1627	44%	1554	42%	1346	41%
41-50 anos	180	4%	179	5%	174	5%	192	5%	173	5%
51-55 anos	0	0%	1	0%	3	0%	0	0%	1	0%
Total	4084	100%	3883	100%	3740	100%	3730	100%	3293	100%

Fonte: SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Base Municipal); Dados consolidados em abril/2025, sujeitos a alterações. Pop.IBGE censo 2022.

A maior concentração dos partos de nascidos vivos de residentes em Santos, nos últimos 5 anos, está representada pelas parturientes de 21 de 40 anos (85%).

Destaca-se que, em média, 10% das gestações de nascidos vivos ocorrem em jovens até 20 anos e, alguns casos isolados, acima dos 50 anos, faixa etária esta considerada fora da idade fértil (10 a 49 anos) pela Organização Mundial da Saúde (<https://www.who.int/> - acesso em 31.03.2025).

3.5. NÚMERO E PERCENTUAL DE NASCIDOS VIVOS RESIDENTES EM SANTOS, POR CONSULTAS PRÉ-NATAL, ENTRE 2020 E 2024

Consultas Pré-Natal	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Nenhuma	38	1%	41	1%	36	1%	39	1%	42	1%
1-3 vezes	112	3%	107	3%	91	2%	104	3%	66	2%
4-6 vezes	626	15%	508	13%	519	14%	468	13%	475	14%
7 vezes e +	3306	81%	3227	83%	3093	83%	3119	84%	2709	82%
Ignorado	2	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0%
Total	4084	100%	3883	100%	3740	100%	3730	100%	3293	100%

Fonte: SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Base Municipal);
Dados consolidados em abril/2025, sujeitos a alterações. Pop.IBGE censo 2022.

Em média, 83% das gestantes residentes em Santos que conceberam nascidos vivos nos últimos 5 anos, passaram por 7 consultas pré-natais ou mais, considerado ideal pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (<https://www.who.int/> - acesso em 31.03.2025).

3.6. NÚMERO E PERCENTUAL DE NASCIDOS VIVOS RESIDENTES EM SANTOS, POR SEMANAS GESTACIONAIS, ENTRE 2020 E 2024

Duração da Gestação	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
< 22 semanas	0	0%	3	0%	1	0%	2	0%	2	0%
22-27 semanas	20	0%	19	0%	25	1%	18	0%	18	1%
28-31 semanas	52	1%	49	1%	44	1%	46	1%	36	1%
32-36 semanas	430	11%	402	10%	406	11%	358	10%	344	10%
37-41 semanas	3498	86%	3348	86%	3212	86%	3252	87%	2851	87%
42 semanas e +	82	2%	60	2%	50	1%	39	1%	30	1%
Não informado	0	0%	2	0%	2	0%	15	0%	12	0%
Total	4084	100%	3883	100%	3740	100%	3730	100%	3293	100%

Fonte: SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Base Municipal);
Dados consolidados em abril/2025, sujeitos a alterações. Pop.IBGE censo 2022.

A maioria (86%) dos nascidos vivos de residentes em Santos nos últimos 5 anos apresentou idade gestacional adequada e/ou esperada (entre 37 e 41 semanas), de acordo com o preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Seguindo estas diretrizes, aproximadamente 1% nasceu pós-termo (42 semanas ou mais) e por volta de 12% foram prematuros (abaixo de 37 semanas gestacionais). De acordo com um relatório da OMS e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), divulgado em maio de 2023, a prematuridade passa a ser considerada a principal causa associada à mortalidade infantil. (<https://www.who.int/> - acesso em 31.03.2025).

3.7. NÚMERO E PERCENTUAL DE NASCIDOS VIVOS RESIDENTES EM SANTOS, POR TIPO DE GESTAÇÃO, ENTRE 2020 E 2024

Tipo de Gravidez	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Única	3971	97%	3773	97%	3612	97%	3627	97%	3186	97%
Dupla	110	3%	106	3%	125	3%	100	3%	107	3%
Tripla e mais	3	0%	3	0%	3	0%	3	0%	0	0%
Total	4084	100%	3883	100%	3740	100%	3730	100%	3293	100%

Fonte: SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Base Municipal);
Dados consolidados em abril/2025, sujeitos a alterações. Pop.IBGE censo 2022.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) refere que, no mundo, as gestações múltiplas, sobretudo as gemelares, aumentaram consideravelmente nas últimas 4 décadas, devido ao avanço das tecnologias reprodutivas (<https://www.who.int/> - acesso em 31.03.2025).

3.8. NÚMERO E PERCENTUAL DE NASCIDOS VIVOS RESIDENTES EM SANTOS, POR TIPO DE PARTO, ENTRE 2020 E 2024

Tipo de Parto	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Vaginal	1777	44%	1705	44%	1498	40%	1458	39%	1161	35%
Cesário	2307	56%	2178	56%	2242	60%	2272	61%	2132	65%
Total	4084	100%	3883	100%	3740	100%	3730	100%	3293	100%

Fonte: SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Base Municipal);
Dados consolidados em abril/2025, sujeitos a alterações. Pop.IBGE censo 2022.

Dentre os nascidos vivos de residentes em Santos nos últimos 5 anos, observa-se a predominância do parto tipo cesário, ainda bastante acima das taxas ideais, segundo as diretrizes da OMS (<https://www.who.int/> - acesso em 31.03.2025).

3.9. NÚMERO E PERCENTUAL DE NASCIDOS VIVOS RESIDENTES EM SANTOS, POR SEXO, ENTRE 2020 E 2024

Sexo	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Masculino	2124	52%	2040	53%	1943	52%	1907	51%	1705	52%
Feminino	1959	48%	1843	47%	1797	48%	1823	49%	1588	48%
Ignorado	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	4084	100%	3883	100%	3740	100%	3730	100%	3293	100%

Fonte: SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Base Municipal);
Dados consolidados em abril/2025, sujeitos a alterações. Pop.IBGE censo 2022.

3.10. NÚMERO E PERCENTUAL DE NASCIDOS VIVOS RESIDENTES EM SANTOS, POR PESO AO NASCER, ENTRE 2020 E 2024

Peso ao Nascer	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
0g a 999g	16	0,4%	14	0,4%	25	0,7%	21	0,6%	26	0,8%
1000g a 1499g	32	1%	44	1%	37	1%	44	1%	27	1%
1500g a 2499g	327	8%	317	8%	325	9%	279	7%	251	8%
2500g a 2999g	860	21%	856	22%	867	23%	818	22%	758	23%
3000g a 3999g	2640	65%	2490	64%	2353	63%	2434	65%	2101	64%
4000g e mais	209	5%	162	4%	133	4%	134	4%	130	4%
Ignorado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	4084	100%	3883	100%	3740	100%	3730	100%	3293	100%

Fonte: SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Base Municipal);

Dados consolidados em abril/2025, sujeitos a alterações. Pop.IBGE censo 2022.

Conforme definições da Organização Mundial de Saúde (OMS), os últimos 5 anos aproximadamente 9,5% dos nascidos vivos de residentes em Santos apresentam baixo peso (inferior a 2.500g). Em torno de 4%, alto peso ao nascer (acima de 4.000g). Os demais, 86%, peso adequado e/ou esperado no momento do parto (entre 2.500g e 3.999g). (<https://www.who.int/> - acesso em 31.03.2025).

3.11. NÚMERO E PERCENTUAL DE NASCIDOS VIVOS RESIDENTES EM SANTOS, POR ESTABELECIMENTO DE SAÚDE, ENTRE 2020 E 2024

Estabelecimento	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
DOMICÍLIO / VIA PÚBLICA / OUTROS	25	1%	32	1%	14	0%	17	0%	15	0%
CASA DE SAÚDE DE SANTOS	414	11%	379	10%	363	10%	334	10%	272	8%
COMP. HOSP. ESTIVADORES	1475	38%	1472	39%	1302	35%	1348	41%	1120	34%
HOSP. ANA COSTA DE SANTOS	321	8%	278	7%	268	7%	241	7%	242	7%
HOSP. EST. GUILHERME ÁLVARO	174	4%	129	3%	146	4%	140	4%	81	2%
HOSP. SÃO LUCAS DE SANTOS	781	20%	721	19%	774	21%	799	24%	720	22%
SANTA CASA DE SANTOS	235	6%	220	6%	246	7%	242	7%	248	8%
MAT. MUN. SILVÉRIO FONTES	406	10%	379	10%	386	10%	361	11%	365	11%
PS MUN. MORRO NOVA CINTRA	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0%
HOSP. MAT. STA JOANA	26	1%	29	1%	31	1%	31	1%	20	1%

PRO MATRE PAULISTA	73	2%	82	2%	61	2%	65	2%	56	2%
DEMAIS MATERNIDADES DO BRASIL	154	4%	162	4%	149	4%	152	4%	153	4%
Total	4084	100%	3883	100%	3740	100%	3730	100%	3293	100%

Fonte: SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Base Municipal);

Dados consolidados em abril /2025, sujeitos a alterações. Pop.IBGE censo 2022.

O ‘Complexo Hospitalar dos Estivadores’, sob gestão municipal, inaugurado em 2017, desde então atende a maior demanda e parturientes residentes em Santos (36% em média).

4 - SÉRIE HISTÓRICA E PERFIL DOS ÓBITOS

4.1. NÚMERO E PERCENTUAL DE ÓBITOS OCORRIDOS EM SANTOS, POR RESIDÊNCIA, ENTRE 2020 E 2024

Município de Residência	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Santos	4.644	63%	5.334	60%	4.506	62%	4.023	60%	4.414	62%
Baixada Santista (exceto Santos)	2.621	35%	3.341	37%	2.582	35%	2.438	37%	2.494	35%
Estado de SP (exceto Baixada Santista)	125	2%	204	2%	180	2%	170	3%	216	3%
Demais estados do Brasil (exceto SP)	9	0%	27	0%	23	0%	21	0%	30	0%
Estrangeiros	6	0%	8	0%	5	0%	7	0%	6	0%
Total	7.405	100%	8.914	100%	7.296	100%	6.659	100%	7.160	100%

Fonte: SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade (Base Municipal);

Dados consolidados em abril/2025, sujeitos a alterações. Pop.IBGE censo 2022.

Os óbitos no município de Santos, nos últimos 5 anos, indicam que a maioria (62%) é referente a residentes da cidade.

Observa-se aumento nos escores brutos dos anos 2020 e 2021, período da pandemia Covid-19, em que se ampliaram consideravelmente as mortes em todo o mundo.

4.2. NÚMERO E PERCENTUAL DE ÓBITOS DE RESIDENTES EM SANTOS, POR MUNICÍPIO DE OCORRÊNCIA, ENTRE 2020 E 2024

Município de Ocorrência	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Santos	4644	93%	5334	93%	4506	93%	4023	93%	4412	93%
Fora de Santos	346	7%	417	7%	317	7%	298	7%	325	7%
Total	4990	100%	5751	100%	4823	100%	4321	100%	4737	100%

Fonte: SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade (Base Municipal);

Dados consolidados em abril /2025, sujeitos a alterações. Pop.IBGE censo 2022.

Os percentuais dos últimos 5 anos mostram que a maioria (93%) dos residentes em Santos vai à óbito no próprio município, sendo que apenas 7% dos moradores santistas falecem em outra cidade.

4.3. NÚMERO E PERCENTUAL DE ÓBITOS DE RESIDENTES EM SANTOS, POR LOCAL DE OCORRÊNCIA, ENTRE 2020 E 2024

Local Ocorrência	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Hospital	3418	68%	3895	68%	3144	65%	2835	66%	3066	65%
Outro Estab. Saúde	524	11%	746	13%	674	14%	598	14%	732	15%
Domicílio	809	16%	907	16%	799	17%	688	16%	718	15%
Via Pública	43	1%	53	1%	45	1%	31	1%	40	1%
Outros	196	4%	150	3%	161	3%	169	4%	181	4%
Total	4990	100%	5751	100%	4823	100%	4321	100%	4737	100%

Fonte: SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade (Base Municipal);

Dados consolidados em abril /2025, sujeitos a alterações. Pop.IBGE censo 2022.

4.4. NÚMERO E PERCENTUAL DE ÓBITOS DE RESIDENTES EM SANTOS, POR CAUSA BÁSICA DE MORTE, ENTRE 2020 E 2024

Causa (Cap CID10) - Doenças	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
INFECCIOSAS	1099	22%	1467	26%	471	10%	165	4%	143	3%
NEOPLASIAS	830	17%	825	14%	940	19%	875	20%	931	20%
IMUNITÁRIAS	19	0%	35	1%	27	1%	29	1%	22	0%
METABÓLICAS	272	5%	334	6%	336	7%	267	6%	274	6%
COMPORTAMENTAIS	39	1%	35	1%	18	0%	28	1%	19	0%
SISTEMA NERVOSO	322	6%	368	6%	343	7%	339	8%	408	9%
OUVIDO E AP.MASTÓIDE	0	0%	3	0%	2	0%	1	0%	0	0%
CIRCULATÓRIAS	1114	22%	1361	24%	1328	28%	1239	29%	1337	28%

RESPIRATÓRIAS	427	9%	409	7%	439	9%	433	10%	531	11%
DIGESTÓRIAS	168	3%	170	3%	229	5%	190	4%	242	5%
PELE E SUBCUTÂNEAS	43	1%	47	1%	35	1%	48	1%	54	1%
OSTEOMUSCULARES	45	1%	45	1%	38	1%	46	1%	65	1%
GENITURINÁRIAS	206	4%	277	5%	310	6%	355	8%	380	8%
MATERNAS	4	0%	7	0%	3	0%	1	0%	1	0%
PERINATAIS	40	1%	51	1%	40	1%	37	1%	41	1%
CONGÊNITAS	22	0%	21	0%	17	0%	16	0%	21	0%
INDETERMINADAS	144	3%	132	2%	63	1%	55	1%	67	1%
EXTERNAS	196	4%	164	3%	184	4%	197	5%	201	4%
Total	4990	100%	5751	100%	4823	100%	4321	100%	4737	100%

Fonte: SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade (Base Municipal);
Dados consolidados em março/2025, sujeitos a alterações. Pop.IBGE 2022.

Os indicadores de óbitos de residentes em Santos, nos últimos 5 anos, retratam o mesmo padrão do Brasil e do mundo, conforme a Organização Mundial da Saúde (<https://www.who.int/> - acesso em 31.03.2025). Sendo assim, o principal grupo de causas é o das doenças circulatórias (28%), seguido das neoplasias (20%).

Nota-se que quase todos os grupos apresentam importante diminuição percentual em 2020 e 2021, cedendo espaço ao expressivo aumento das doenças infecciosas (22% e 26%, respectivamente), no qual se encontra a Covid-19.

Tal acontecimento eleva tanto a média dos últimos 5 anos, que o grupo chega a atingir a terceira posição (13%), ocupada até então, exclusivamente, pelas doenças respiratórias, que passam a assumir então, o quarto lugar (9%).

4.5. NÚMERO E PERCENTUAL DE ÓBITOS DE RESIDENTES EM SANTOS, POR BAIRRO DE RESIDÊNCIA, ENTRE 2020 E 2024.

Bairro Residência	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Aparecida	491	10%	503	9%	438	9%	402	9%	393	8%
Boqueirão	422	8%	503	9%	446	9%	372	9%	429	9%
Campo Grande	338	7%	369	6%	317	7%	296	7%	295	6%
Embaré	413	8%	515	9%	428	9%	368	9%	416	9%
Encruzilhada	159	3%	159	3%	130	3%	120	3%	134	3%
Estuário	103	2%	136	2%	122	3%	96	2%	90	2%
Gonzaga	356	7%	470	8%	371	8%	352	8%	354	7%
Macuco	166	3%	205	4%	164	3%	161	4%	178	4%
Ponta da Praia	402	8%	441	8%	425	9%	336	8%	380	8%
Vila Belmiro	142	3%	160	3%	111	2%	110	3%	128	3%
Pompeia	112	2%	139	2%	114	2%	83	2%	116	2%
Alemoa	30	1%	26	0%	16	0%	21	0%	17	0%
Areia Branca	68	1%	92	2%	69	1%	60	1%	73	2%
Bom Retiro	84	2%	83	1%	54	1%	56	1%	79	2%
Chico de Paula	25	1%	50	1%	30	1%	24	1%	26	1%
Jardim Castelo	165	3%	130	2%	138	3%	109	3%	117	2%
Rádio Clube	169	3%	189	3%	153	3%	146	3%	160	3%

Saboó	92	2%	130	2%	101	2%	88	2%	96	2%
Santa Maria	62	1%	80	1%	73	2%	71	2%	87	2%
São Manoel	28	1%	40	1%	35	1%	37	1%	44	1%
São Jorge	72	1%	71	1%	69	1%	54	1%	72	2%
Caneleira	45	1%	43	1%	29	1%	39	1%	43	1%
Piratininga	4	0%	11	0%	5	0%	5	0%	12	0%
Jabaquara	36	1%	42	1%	33	1%	31	1%	26	1%
José Menino	159	3%	218	4%	159	3%	168	4%	158	3%
Morro Bela Vista	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0%
Morro Boa Vista	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0%
Morro Bufo	1	0%	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Morro Cachoeira	0	0%	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Morro São Jorge	3	0%	5	0%	3	0%	0	0%	2	0%
Morro Catopé	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0%
Morro Fontana	2	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Morro Jabaquara	0	0%	0	0%	2	0%	0	0%	0	0%
Morro José Menino	7	0%	6	0%	11	0%	5	0%	11	0%
Morro Marapé	1	0%	6	0%	1	0%	0	0%	3	0%
Morro Monte Serrat	6	0%	1	0%	2	0%	7	0%	4	0%
Morro Nova Cintra	69	1%	97	2%	65	1%	65	2%	74	2%
Morro Pacheco	15	0%	10	0%	10	0%	11	0%	12	0%
Morro Penha	13	0%	11	0%	14	0%	14	0%	13	0%
Morro São Bento	79	2%	105	2%	91	2%	63	1%	99	2%
Morro Saboó	12	0%	7	0%	4	0%	5	0%	5	0%
Morro Sta Therezinha	1	0%	1	0%	0	0%	1	0%	0	0%
Marapé	258	5%	305	5%	236	5%	238	6%	264	6%
Monte Serrat	2	0%	0	0%	2	0%	2	0%	0	0%
Valongo	13	0%	11	0%	3	0%	6	0%	5	0%
Centro	22	0%	18	0%	22	0%	17	0%	26	1%
Paquetá	19	0%	10	0%	28	1%	22	1%	23	0%
Vila Mathias	173	3%	181	3%	163	3%	154	4%	146	3%
Vila Nova	55	1%	48	1%	54	1%	46	1%	41	1%
Monte Cabirão	0	0%	7	0%	2	0%	1	0%	4	0%
Caruara	15	0%	15	0%	9	0%	13	0%	13	0%
Ilha Diana	0	0%	2	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Morro Santa Maria	25	1%	34	1%	18	0%	20	0%	22	0%
Morro Vila Progresso	35	1%	29	1%	20	0%	21	0%	21	0%
Ignorado	7	0%	12	0%	11	0%	6	0%	16	0%
Não classificados	13	0%	23	0%	22	0%	5	0%	5	0%
Total	4990	100%	5751	100%	4823	100%	4321	100%	4737	100%

Fonte: SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade (Base Municipal); Dados consolidados em abril/2025, sujeitos a alterações. Pop.IBGE censo 2022.

Considerando os últimos 5 anos, nota-se que os bairros Aparecida, Boqueirão e Embaré apresentam os maiores percentuais (9% cada) de óbitos de santistas, seguidos de Gonzaga e Ponta da Praia (ambos 8%).

Nota: É importante pontuar que estes são bairros populosos e, portanto, indica-se pensar estes dados por incidência - consideradas as populações locais - para estudos estatísticos epidemiológicos mais refinados.

4.6. NÚMERO E PERCENTUAL DE ÓBITOS DE RESIDENTES EM SANTOS, POR SEXO, ENTRE 2020 E 2024

Sexo	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Masculino	2491	50%	2796	49%	2279	47%	2025	47%	2233	47%
Feminino	2499	50%	2954	51%	2543	53%	2294	53%	2504	53%
Ignorado	0	0%	1	0%	1	0%	2	0%	0	0%
Total	4990	100%	5751	100%	4823	100%	4321	100%	4737	100%

Fonte: SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade (Base Municipal);

Dados consolidados em abril/2025, sujeitos a alterações. Pop.IBGE censo 2022.

Os indicadores nos últimos 5 anos mostram que, apesar de os números se mostrarem prevalentemente maiores entre as mulheres, não há diferença estatisticamente expressiva entre os óbitos de residentes no município de Santos, quando analisados puramente por gêneros.

4.7. NÚMERO E PERCENTUAL DE ÓBITOS DE RESIDENTES EM SANTOS, POR FAIXA ETÁRIA, ENTRE 2020 E 2024

Faixa Etária	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Fetal	31	1%	33	1%	24	0%	24	1%	23	0%
< 1 Ano	32	1%	39	1%	30	1%	30	1%	45	1%
01-04 anos	8	0%	2	0%	6	0%	3	0%	6	0%
05-09 anos	3	0%	3	0%	1	0%	3	0%	8	0%
10-14 anos	5	0%	8	0%	5	0%	8	0%	6	0%
15-19 anos	16	0%	10	0%	8	0%	20	0%	9	0%
20-29 anos	45	1%	65	1%	63	1%	40	1%	47	1%
30-39 anos	108	2%	108	2%	94	2%	80	2%	98	2%
40-49 anos	213	4%	293	5%	197	4%	164	4%	186	4%
50-59 anos	401	8%	557	10%	368	8%	320	7%	334	7%
60-69 anos	851	17%	988	17%	754	16%	713	17%	762	16%
70-79 anos	1121	22%	1299	23%	1097	23%	940	22%	1058	22%
80 anos e +	2159	43%	2346	41%	2176	45%	1976	46%	2155	45%
Total	4990	100%	5751	100%	4823	100%	4321	100%	4737	100%

Fonte: SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade (Base Municipal);

Dados consolidados em abril /2025, sujeitos a alterações. Pop.IBGE censo 2022.

A maior concentração dos óbitos de residentes em Santos, nos últimos 5 anos, é representada pela faixa etária de 80 anos e mais (45%). Esse percentual sobe para 67% quando considerados todos os idosos acima de 70 anos.

Em 2020, nota-se aumento de 1 percentil para a população de 60 a 69 anos, em relação à média. Pode-se dizer com isso que, neste ano, esta faixa etária foi a mais afetada proporcionalmente pela Covid-19. Já em 2021, este prejuízo se expande para o intervalo todo de 49 a 79 anos, tendo maior elevação percentual a parcela entre 50 e 59 anos.

4.8. NÚMERO E PERCENTUAL DE ÓBITOS DE RESIDENTES EM SANTOS, POR RAÇA/COR, ENTRE 2020 E 2024

Raça/Cor	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Branca	3846	77%	4446	77%	3673	76%	3306	77%	3527	74%
Preta	259	5%	316	5%	254	5%	206	5%	276	6%
Amarela	54	1%	57	1%	48	1%	47	1%	58	1%
Parda	784	16%	856	15%	804	17%	716	17%	815	17%
Indígena	0	0%	1	0%	3	0%	2	0%	1	0%
Não informado	47	1%	75	1%	41	1%	44	1%	60	1%
Total	4990	100%	5751	100%	4823	100%	4321	100%	4737	100%

Fonte: SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade (Base Municipal);

Dados consolidados em abril/2025, sujeitos a alterações. Pop.IBGE censo 2022.

5- COVIG I - COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA I

ARTHUR JOSÉ DE FARIAS E SOUZA - Coordenador de Vigilância em Saúde I-COVIG I

Letícia Preti Schleder - Chefe da **SECOI/CIATox** - Seção de Controle e Orientação em Intoxicação

Janaina Silva do Nascimento- Chefe da **SEVREST**- Seção de Vigilância e Referência em Saúde do Trabalhador

Camila Leite Marcolino- Chefe da **SEVISA**- Seção de Vigilância Sanitária

5.1 - SECOI/CIATOX – SEÇÃO/CENTRO DE ORIENTAÇÃO ÀS INTOXICAÇÕES DE SANTOS

A Seção de Controle e Orientação em Intoxicação (SECOI) contempla o CIATox (Centro de Informação e Assistência Toxicológica). A Secoi é um serviço de referência da Baixada Santista e Vale do Ribeira e o CIAtox-Santos compreende o território nacional, ambos ligado à rede RENACIAT (Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica) da ANVISA. Funciona na forma de plantão 24 h, atende profissionais de saúde e a população em geral em relação a casos relacionados a intoxicação e acidentes com animais peçonhentos. Existem 32 CIAtox em todo o Brasil.

Foi criado pela Anvisa um número 0800, que deve ser disponibilizado em rótulos e bulas de produtos regulados pela agência. Quando o usuário utiliza o 0800, sua ligação é transferida para o CIAtox mais próximo da região de onde a chamada foi originária. Caso o mesmo estiver ocupado, é transferido para o CIAtox próximo da lista, até a ligação ser atendida, o que constitui ser um serviço nacional.

A SECOI/CIAtox presta informações toxicológicas, realiza notificações e faz a vigilância dos casos, esclarecendo dúvidas e realizando orientações para condutas preventivas e/ou de tratamento. O serviço compreende intoxicações de origem humana e animal.

Intoxicações e envenenamentos são causados pela ingestão, aspiração e introdução no organismo, acidental ou não, de substâncias tóxicas de naturezas diversas. Podem resultar em doença grave ou morte em poucas horas se a vítima não for socorrida em tempo.

Um pronto atendimento que ofereça informação técnica específica, proporciona melhor efetividade e maior resolutividade nos atendimentos primários às vítimas de intoxicação, minimizando riscos de agravos ao paciente.

CIAtox é a nova nomenclatura utilizada em vez de CCI (Centro de Controle de Intoxicação), conforme solicitação da ABRACIT (Associação Brasileira de Centros de Intoxicação e Assistência Toxicológica) desde 2020.

ATENDIMENTOS REALIZADOS NA SECOI DE 2020 A 2024. DISTRIBUÍDOS POR GRUPOS DE OCORRÊNCIAS

AGENTE: GRUPO	2020	2021	2022	2023	2024	Total	%
	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	%
Medicamentos	723	1.572	1.422	1.332	1.135	6.184	59,2
Animais peçonhentos/venenosos	51	80	58	88	104	381	3,6
Produtos domissanitários	137	259	309	318	282	1.305	12,5
Agrotóxicos	44	72	83	64	64	327	3,1
Produtos químicos residenciais ou industriais	93	146	138	126	100	603	5,7
Drogas de abuso	57	70	41	68	51	287	2,7
Animais não peçonhentos/não venenosos	8	14	12	22	25	81	0,7
Raticidas	19	28	35	23	29	134	1,2
Produtos de uso veterinário	28	53	32	46	26	185	1,7
Cosméticos e higiene pessoal	52	95	72	104	95	418	4,0
Plantas e fungos	25	48	35	27	38	173	1,6
Inseticidas de uso doméstico	14	16	22	11	10	73	0,6
Alimentos	14	20	16	16	16	82	0,7
Metais	0	7	4	1	3	15	0,1
Exposições não tóxicas	3	20	53	31	39	146	1,3
Agente ignorado	6	0	7	8	24	45	0,4
Total	1.274	2.500	2.339	2.254	2.002	10.439	100

Fonte: Sistema DATATOX, fichas de registro das ocorrências atendidas pela SECOI-SMS

Observamos uma redução gradual dos casos de intoxicação por medicamentos desde 2023 que é a classe de agentes mais acometidas, de 2022 para 2023 foram 6,2% na redução dos casos e de 2023 para 2024 foram reduzidos em 14,7% o número de casos das intoxicações por medicamentos, essa classe ainda constitui o grupo com maior número de casos entre as ocorrências. Seguida pela classe dos domissanitários que teve um aumento de 2,9% do ano de 2022 para 2023, seguida por uma redução dos casos em 2024 em relação ao ano anterior de aproximadamente 11,3 % o que pode ser resultado do trabalho feito no final de 2023 em parceria com o Sevrest uma série de palestras sobre intoxicação por domissanitários para pessoal da limpeza, condôminos, síndicos, esse trabalho pode ter impactado na redução dos casos em 2024, o que não deixa de ser uma classe de agentes perigosos para as crianças e que ainda devem ser trabalhados com os pais dentro das escolas através da educação permanente .

Vale ressaltar o aumento de 65% em uso abusivo de drogas de 2022 para 2023, porém em 2024 tivemos uma queda nesses casos em 25%. Essa queda pode estar relacionado com a Anvisa a partir de Julho tornar alguns medicamentos de receita branca passando para a receita azul de uso controlado, o que freou a população que estava fazendo uso discriminado dessas medicações como o Zolpidem.

Na tabela acima, temos valores absolutos de atendimentos contemplando desde os casos

de intoxicação até os atendimentos para sanar dúvidas (informações).

Nas tabelas abaixo, identificaremos apenas os valores de referência aos atendimentos de intoxicação, excluindo as informações. Apesar de ser um dado útil, ele não compreende a missão da seção, que é o controle e orientação em casos de intoxicação.

Abaixo apresentamos a distribuição por faixa etária dos atendimentos pela classe dos agentes medicamentos e domissanitários, as duas classes com maior representatividade nos atendimentos.

DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIMENTOS. CASOS DE INTOXICAÇÃO PELO AGENTE TÓXICO MEDICAMENTO. SECOI DE 2020 A 2024

FAIXA ETÁRIA	2020	2021	2022	2023	2024
	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº
< de 1 ano	22	34	38	37	22
de 1 a 4 anos	109	237	208	205	171
de 5 a 9 anos	31	62	59	72	76
de 10 a 14 anos	27	77	48	46	43
de 15 a 19 anos	59	100	76	72	58
de 20 a 29 anos	88	216	125	141	114
de 30 a 39 anos	77	118	82	91	113
de 40 a 49 anos	57	129	72	74	52
de 50 a 59 anos	60	116	73	61	44
de 60 a 69 anos	58	85	59	72	60
de 70 a 79 anos	66	81	62	43	46
> 80 anos	35	38	52	30	26
TOTAL	689	1.293	954	944	825

Fonte: Sistema DATATOX, fichas de registro das ocorrências atendidas pela SECOI-SMS

Observamos uma redução gradual nos casos de intoxicação pelo agente medicação desde 2021, tivemos uma redução em 16,5% no ano de 2023 para 2024 dos casos de intoxicação por medicamentos na faixa etária de 1 a 4 anos, mesmo com essa redução essa faixa etária ainda é a mais atingida por essa problemática.

Entendemos que ações educativas com a família, nas escolas, merecem estímulo para influenciar a adoção de medidas preventivas importantes a serem implantadas, geralmente dentro do domicílio, para evitar esse tipo de ocorrência entre os menores de 1 a 9 anos.

As atividades educativas fazem parte das atribuições do Secoi e são desenvolvidas com muita atenção e profissionalismo para poder transmitir a informação necessária para se evitar riscos e eventuais acidentes em qualquer faixa etária.

A segunda classe com maior índice de casos de intoxicação por medicamentos são os adultos entre 30 e 39 anos, que de 2023 para 2024 houve um aumento de 24,1% nos casos, o que deixa o alerta sobre quais os motivos gerariam esse “acidente”: o abuso por substâncias para deixar as pessoas acordadas, ou para dormir, a pressão no trabalho, dívidas, jornada dupla, todos esses fatores devem ser levados em consideração.

Dentre as causas por acidente com medicamentos, podemos citar, erros de medicação, automedicação, tentativa de suicídio, abuso, interação medicamentosa, reação adversa, uso indevido, etc.

DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIMENTOS. CASOS DE INTOXICAÇÃO PELO AGENTE TÓXICO – DOMISSANITÁRIOS- SECOI DE 2020 A 2024

FAIXA ETÁRIA	2020	2021	2022	2023	2024
< de 1 ano	3	9	7	8	3
de 1 a 4 anos	65	109	126	110	86
de 5 a 9 anos	5	11	8	11	12
de 10 a 14 anos	2	5	5	3	9
de 15 a 19 anos	2	4	7	10	9
de 20 a 29 anos	16	20	22	40	28
de 30 a 39 anos	17	20	20	28	34
de 40 a 49 anos	8	22	18	17	22
de 50 a 59 anos	11	17	20	16	13
de 60 a 69 anos	5	4	8	10	1
de 70 a 79 anos	2	6	4	2	4
> 80 anos	-	-	1	1	5
Total	136	227	246	256	217

Fonte: Sistema DATATOX, fichas de registro das ocorrências atendidas pela SECOI-SMS

Assim como na classe dos medicamentos, merecem atenção os acidentes por produtos domissanitários na faixa etária de 1 a 4 anos de idade, que geralmente estão nos domicílios e de fácil acesso às crianças, sendo necessária atenção especial para medidas preventivas no domicílio.

Apesar da diminuição gradual que vem ocorrendo desde 2023, com redução em aproximadamente 21,8% em 2024 em menores de 4 anos, vale o alerta e o reforço nas ações educativas, frisando que essa faixa etária é a mais acometida em toda série histórica.

Outro fator importante nessa classe de agente tóxico, e que vem chamando a atenção, estão o aumento dos casos entre 30 a 39 anos que vem mostrando uma tendência crescente desde 2020, de 2023 para 2024 foram 21,4% de aumentos de casos nessa faixa etária.

Dentre as principais situações que podem causar intoxicação, podemos citar a mistura de 2 ou mais produtos para formar uma solução de limpeza mais “efetiva”, o acondicionamento dos produtos em embalagens que não são as originais (como garrafas PET) e a utilização de produtos de fabricação clandestina, que representam um importante problema relacionado a intoxicações no ambiente doméstico.

DISTRIBUIÇÃO DAS INTOXICAÇÕES POR MUNICÍPIO DE OCORRÊNCIA SECOI 2019 A 2024

REGIÃO	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Baixada Santista	487	256	476	396	319	353
Santos	514	254	757	418	418	351
São Paulo (capital)	16	67	200	264	281	286
Outros municípios do estado de SP	312	697	892	1.013	1.121	890
Outros Estados	-	197	175	79	84	71
TOTAL	1.329	1.471	2.500	2.170	2.223	1951

Fonte: Sistema DATATOX, fichas de registro das ocorrências atendidas pela SECOI-SMS

O Ciatox de Santos, apesar de ser referência na Baixada Santista, atende, na maioria dos casos, pessoas de outras cidades do Estado de São Paulo. Isso pode ser explicado pela alta demanda, com mais de 645 municípios e apenas 9 CIATox no Estado de São Paulo. Santos ostenta o maior número de ocorrências, ainda sobressaindo sobre os outros municípios da Baixada Santista, que apesar do número absoluto de casos atendidos maior que de Santos, contempla 8 municípios. Porém vale ressaltar que de 2023 para 2024 tivemos uma redução em 16,02% nos casos atendidos em Santos, impacto que pode ser devido a educação preventiva realizada em 2023 e nos municípios vizinhos aos quais não tem esse tipo de prevenção observamos um aumento de 10,6% nos atendimentos.

Atualmente, há 32 CIAToxs em todo Brasil, distribuídos em 22 Unidades Federativas (das 27 Unidades Federativas existentes, cinco não possuem nenhum Centro). Isso explica a elevada demanda e atendimentos de municípios e Estados diferentes atribuídos ao nosso Ciatox.

SECOI - EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Dentro das ações de educação em saúde realizadas pela SECOI, estão as atividades preventivas e educativas às intoxicações realizadas em creches e escolas de ensino fundamental (tendo como público-alvo pais, responsáveis, professores e funcionários), palestras informativas e de orientação em empresas e capacitações para profissionais de saúde.

Em 2013, teve início o Projeto de Prevenção de Intoxicação em Crianças, parceria entre a Secretaria de Educação (Seduc) e o Programa Saúde na Escola (PSE). As crianças são as maiores vítimas de intoxicações exógenas, tanto na estatística regional (municípios da Baixada Santista), quanto no Brasil e no mundo.

No ano de 2023, iniciou-se uma parceria com o Sevrest para prevenção de acidentes e intoxicação no ambiente de trabalho, através de palestras educativas com a intenção de formar um programa de vigilância com esse foco. O público-alvo nessa primeira etapa foi constituída pela classe de trabalhadores de limpeza de acervos públicos e de edifícios. Essa ação veio com o objetivo de diminuir os casos de intoxicação no trabalho por produtos de limpeza, visando orientar sobre o não uso dos produtos clandestinos, prevenção de acidentes e como

agir na suspeita. Os acidentes por produtos sanitários vem crescendo no Brasil, devido à pouca informação, as seções esperam atingir essa classe de forma positiva e diminuir o número de atendimentos por essa classe de agente. Impacto esse que observamos nas tabelas acima quando falamos de atendimentos por intoxicação na classe de agentes domissanitários.

ATIVIDADES EDUCATIVAS REALIZADAS PELA SECOI - 2019 A 2024

ANO	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Atividades Realizadas	30	4	1	18	14	1
Número de Participantes	502	45	15	578	365	80

Fonte: SECOI-SMS

Devido à pandemia COVID-19, não foi possível realizar toda a programação de Ações Educativas previstas para 2020 e 2021, porém as atividades foram reiniciadas em junho de 2022.

No ano de 2024 o Secoi passou por um grande impacto em relação as ações de prevenção nas escolas, pois iniciou-se uma grande campanha de palestras nas escolas com o foco na vacinação na escola, devido a importância do tema e baixa cobertura vacinal, entendemos que as escolas deram prioridades para esse tema. Sendo assim em 2024, foi realizado apenas uma palestra de prevenção para os orientadores educacionais de todas escolas do município com a participação de 80 servidores.

No ano de 2025 reverteremos esses dados, a intenção é entrar nas escolas durante as reuniões pedagógicas semanais da equipe de profissionais da escola, capacitar os mesmos para que sejam disseminadores do tema nas reuniões de pais e continuaremos a disposição as escolas que queiram agendar essa mesma palestra para os pais.

O objetivo é promover e ofertar a prevenção em saúde, e o Secoi mantém esse propósito com qualidade e seriedade.

5.2- **SEVISA – SEÇÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

ATIVIDADES EXECUTADAS EM SANTOS PELA SEVISA ANOS DE 2020 A 2024

ANO	2020	2021	2022	2023	2024
Inspeções sanitárias	4.759	6.389	6.240	6.704	4915
Licenças concedidas	1864	2.881	2.280	2.102	2185
Autos de infração emitidos	72	124	145	151	103
Atendimento/orientação ao munícipe	5.187	1.030	2.348	2.289	4459
Denúncia ouvidoria	305	290	345	511	485
Total	12.187	10.714	11.358	11.757	12.147

Fonte: SEVISA-SMS

Devido à pandemia de COVID-19, as atividades presenciais nos anos de 2020 e 2021 foram adiadas para um momento mais adequado, atendendo aos protocolos sanitários.

Com a retomada das atividades presenciais no ano de 2022, a SEVISA registrou 11.358 ações em Santos. No ano seguinte, em 2023, a SEVISA manteve sua atuação na promoção da saúde pública. Nesse período, foram realizadas 11.757 ações, demonstrando o compromisso contínuo do órgão com o bem-estar e a segurança sanitária da população santista.

Além das atividades acima, a Vigilância Sanitária realiza programas complementares que contribuem para a qualidade da saúde da população. Esses programas abrangem desde a educação sanitária até a fiscalização de estabelecimentos que são de interesse à saúde.

PRO ÁGUA: Programa de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano

O Programa de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, conhecido como Proágua, é uma iniciativa essencial para garantir a potabilidade da água destinada ao consumo humano no Estado de São Paulo, com foco particular na região de Santos.

Uma das metas principais do Proágua é garantir a qualidade da água, reduzindo os riscos de agravos à saúde da população. Para alcançar esse objetivo, são realizadas diversas atividades, incluindo coletas semanais de amostras de água em pontos estratégicos previamente selecionados em todo o município de Santos. Em 2023, foram realizadas 310 coletas em diferentes localidades da região.

Essas coletas são conduzidas por fiscais da Seção de Vigilância Sanitária (SEVISA), que verificam o teor de cloro in loco e encaminham as amostras para análise laboratorial no Instituto Adolfo Lutz (IAL) de Santos. Os laudos laboratoriais avaliam diversos parâmetros específicos, garantindo uma análise abrangente da qualidade da água.

Com a implementação do Proágua, espera-se uma melhoria significativa na qualidade da água destinada ao consumo humano, o que contribuirá para a redução de danos à saúde da população. Esse programa é um exemplo de como ações coordenadas e sistemáticas podem garantir a segurança hídrica e promover o bem-estar da comunidade.

COLETAS REALIZADAS PELO PRÓ ÁGUA – 2020 - 2024

ANO	2020	2021	2022	2023	2024
Coletas realizadas	234	238	305	310	279

Fonte: GAL

FORÇAS-TAREFA

As forças-tarefa desempenham um papel crucial no serviço da Vigilância Sanitária, destacando-se como uma ferramenta essencial para enfrentar os desafios emergentes e garantir a proteção da saúde pública em meio aos desafios sanitários.

A atuação das forças-tarefa abrange uma ampla gama de inspeções sanitárias em estabelecimentos comerciais para fiscalização do cumprimento das normas sanitárias, orientação e capacitação de profissionais. Adicionalmente, certas forças-tarefa exercem um papel fundamental na coordenação de esforços entre diversas áreas, fomentando uma abordagem integrada e colaborativa para lidar com os desafios sanitários. Através da cooperação e coordenação eficaz, é possível otimizar recursos, compartilhar conhecimentos e experiências, e maximizar o impacto das intervenções sanitárias.

Em resumo, as forças-tarefa foram um componente essencial do serviço de Vigilância Sanitária em 2023, contribuindo significativamente para a proteção da saúde pública e a promoção do bem-estar da população. Sua atuação diligente e comprometida demonstra a importância de uma abordagem ágil, adaptativa e colaborativa no enfrentamento dos desafios sanitários contemporâneos. No ano de 2023 foram realizadas 178 vistorias em estabelecimentos através das ações de força-tarefa, com 137 intimações e 5 autos de infração lavrados.

TOTAL DE ESTABELECIMENTOS FISCALIZADOS EM FORÇAS TAREFAS ANOS DE 2020 A 2024

ANO	2020	2021	2022	2023	2024
Estabelecimentos fiscalizados	Não houve forças-tarefa devido à pandemia de Covid-19	63	21	178	140

Fonte: SEVISA - PMS

PROGRAMA DE HOSPITAL

De acordo com a Lei 8080/90, “entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde”. Baseada nessa premissa, a Vigilância Sanitária (VISA) de Santos, criou o “Programa de Hospitais”, no intuito de melhorar as ações de inspeções, fiscalização e acompanhamento sanitário dos hospitais e unidades de pronto atendimento deste município.

Através desse Programa, anualmente, os hospitais e pronto socorros públicos e privados do município de Santos, são submetidos a inspeção e acompanhamento sanitário de todos os seus setores assim como os serviços de bancos de sangue do Município. As inspeções são organizadas através de um cronograma anual de inspeções e a equipe de fiscalização é organizada para que as ações garantam uma abordagem multiprofissional.

Além de ações fiscalizatórias e averiguação do cumprimento de normas e legislações sanitárias, há também o desenvolvimento de ações de educação permanente com os técnicos das unidades de saúde, realizadas durante as visitas, com foco no acompanhamento sanitário. A prevenção de riscos sanitários é um fator primordial para a saúde da população. Ela exige um movimento contínuo de avaliação e programas das instituições responsáveis pela garantia da saúde pública. O “Programa de Hospitais”, planejado de forma integrada, a partir das fragilidades identificadas, buscando cumprimento das normas e legislação sanitária, e adotando uma postura de acolhimento, apoio e informações na relação com os gestores e trabalhadores das unidades de saúde, consegue estabelecer relações importantes de parcerias, melhorar a qualidade das ações desenvolvidas e efetividade na redução dos riscos sanitários.

FISCALIZAÇÕES REALIZADAS PELO PROGRAMA DE HOSPITAL

ANO	2021	2022	2023	2024
Inspeções sanitárias	241	313	331	385

Fonte: SIVISA WEB

Total de fiscalizações (2024) - SND/lactário/lavanderia – 29

PROGRAMA DE INSPEÇÃO EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANENCIA-ILPI

As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) desempenham um importante papel na sociedade, fornecendo cuidados e assistência essenciais para idosos que necessitam de apoio contínuo. No entanto, garantir que essas instituições operem com altos padrões de qualidade e segurança é fundamental para o bem-estar dos residentes. Nesse contexto, o Programa de Vistoria em ILPIs emerge como uma ferramenta essencial na promoção da dignidade e do conforto dos idosos. A importância desse programa reside em sua capacidade de monitorar e avaliar as condições de funcionamento das ILPIs, garantindo que estejam em conformidade com as normas e regulamentos estabelecidos pelas autoridades competentes. Através de inspeções regulares e criteriosas, o programa visa identificar e corrigir quaisquer deficiências ou áreas de preocupação que possam afetar a qualidade de vida dos residentes.

Uma das principais preocupações ao inspecionar as ILPIs é garantir que ofereçam um ambiente seguro e saudável para os idosos. Isso inclui verificar a qualidade das instalações físicas, acessibilidade para pessoas com mobilidade reduzida, condições de higiene e limpeza, entre outros aspectos. Além disso, o Programa de Vistoria em ILPIs também se preocupa com a qualidade dos serviços prestados aos idosos, incluindo a assistência nutricional, social e emocional. Isso envolve avaliar a qualificação e o treinamento do pessoal, promover

atividades recreativas e de socialização e respeitar os direitos e a autonomia dos residentes. Ao assegurar que as ILPIs cumpram esses padrões de qualidade, o programa contribui para o bem-estar físico, mental e emocional dos idosos.

Em resumo, o Programa de Vistoria em ILPIs exerce um papel primordial na promoção do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos que residem nessas instituições. Ao garantir que as ILPIs operem padrões de qualidade e segurança, atendendo as legislações vigentes o programa contribui para a proteção dos direitos dos idosos e para a construção de uma sociedade mais justa e inclusiva para todas as gerações.

FISCALIZAÇÕES REALIZADAS PELO PROGRAMA DE ILPI

ANO	2020	2021	2022	2023	2024
Inspecções sanitárias	64	95	104	120	101

Fonte: SIVISA WEB

PROGRAMA DE ANALISE DE PROJETOS DE LTA

Laudo Técnico de Avaliação (LTA) é um documento solicitado, analisado e deferido/indeferido pela SEVISA que atesta a regularidade de projetos de construções e reformas dos estabelecimento de saúde, garantindo a segurança e conformidade das instalações. Este programa é uma ferramenta indispensável e essencial para garantir que as instalações e processos estejam em conformidade com as normas e regulamentos estabelecidos, visando a proteção da saúde, segurança e bem-estar. A análise do projeto é realizada por uma equipe multiprofissional coordenada por um engenheiro ou arquiteto que considera e utiliza os saberes de cada profissional em sua área de atuação. São utilizadas como base a RDC 51/11 que criou o Laudo Técnico de Avaliação LTA, a CVS 10/17 que normatizou o LTA e a CVS 01/24 que especifica quais as atividades que devem solicitar o LTA no âmbito estadual. Com um aumento significativo no número de solicitações e laudos deferidos em 2024, esse programa destaca o compromisso da SEVISA com a segurança e o bem-estar da comunidade.

LAUDOS TÉCNICOS DE AVALIAÇÃO (LTA) ANALISADOS POR ANO

ANO	2021	2022	2023	2024
Solicitações	18	31	69	85
Deferidos/indeferidos	17	30	44	70

Fonte: SEVISA -PMS

Em suma, a atuação incansável da SEVISA em Santos reflete um compromisso inabalável com a proteção da saúde pública e o bem-estar da população. Por meio de programas inovadores, forças-tarefa ágeis e uma abordagem proativa, a SEVISA continua a ser uma força motriz na promoção de uma comunidade mais saudável e segura.

PROGRAMA DE FISCALIZAÇÃO DE PRÓPRIOS:

- Próprios (fonte-Sivisa):
- 97 Vistorias;
 - 14 Licenças Sanitárias deferidas

5.3 - **SEVREST – SEÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR**

A Saúde do Trabalhador é o campo da saúde pública que tem como objeto de estudo e intervenção as relações produção-consumo e o processo saúde-doença das pessoas e, em particular, dos trabalhadores.

A SEVREST é a unidade especializada de referência em saúde do trabalhador para a assistência e vigilância aos municípios de Santos, São Vicente e Praia Grande.

DISTRIBUIÇÃO DOS ATENDIMENTOS DO SEVREST, POR DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DAS DOENÇAS OCUPACIONAIS – 2020 A 2024.

ANO	2020		2021		2022		2023		2024	
DIAGNÓSTICO	Nº	%	Nº	%	No.	%	No	%	Nº	%
LOMBALGIAS*	27	33	20	27,8	17	29,8	25	21,7	31	19,2
LER (lesão por esforço repetitivo)	41	49	35	48,6	28	49,1	67	58,3	70	43,5
TMRT (transtornos mentais relacionados ao trabalho)	13	15	16	22,2	12	21,0	22	19,1	46	28,6
PAIR (perda auditiva induzida por ruído)	2	3	11	1,4	0	0	1	0,9	0	0
INTOXICAÇÃO									14	8,7
TOTAL	83	100	72	100	57	100	115	100	161	100

Fonte: SEVREST -SMS*lombalgias relacionadas ao trabalho são

NOTIFICAÇÕES DE DOENÇAS OCUPACIONAIS

RAÇA/COR - ano 2024							
	LOMBALGIAS	LER	TMRT	PAIR	INTOXIC. EXÓGENA	TOTAL	%
BRANCA	9	20	22	0	6	57	35,40
PRETA	6	18	6	0	1	31	19,25
AMARELA	1	1	1	0	0	3	1,86
PARDA	15	31	15	0	6	67	41,61
INDÍGENA	0	0	0	0	0	0	0
IGNORADO	0	0	2	0	1	3	1,86
TOTAL	31	70	46	0	14	161	100

Fonte: Sinan

NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS REALIZADAS NA SEVREST – 2020 A 2024

ANO	2020		2021		2022		2023		2024	
ESPECIALIDADE DA CONSULTA	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
MEDICINA DO TRABALHO	444	28,7	658	46,83	55,91	633	49,14	794	56,88	934
ORTOPEDIA	533	34,5	691	49,18	44,09	655	50,86	626	43,12	708
TOTAL	1.547	100	1.405	100	100	1.288	100	1.420	100	1.642

Fonte: SEVREST-SMS

NÚMERO DE CONSULTAS REALIZADAS PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL – SEVREST – 2020 A 2024

ANO	2020		2021		2022		2023		2024	
PROFISSIONAL DE ATENDIMENTO	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PSICOLOGIA	271	19,8	475	15,4	506	14,9	645	16,4	658	17,7
FISIOTERAPIA	907	45,4	1.086	51,5	1.350	39,7	1.149	29,3	1.494	40
TERAPIA OCUPACIONAL	278	13,9	320	15,8	89	2,6	574	14,6	281	7,5
SERVIÇO SOCIAL*	76	1,6	39	4,3	133	3,9	0	0	0	0
FONOAUDIOLOGIA**	228	19,7	470	13	1.318	38,8	1.557	39,7	1.176	31,4
ENFERMEIRA DO TRABALHO	0	0	0	0	0	0	0	0	130	3,4
TOTAL	1.760	100	2.390	100	3.396	100	3.925	100	3.739	100

Fonte: SEVREST – SMS

*A seção está sem o profissional Assistente Social desde 2022.

**Os dados referentes aos serviços de fonoaudiologia compreendem exames e consultas

DOENÇAS OCUPACIONAIS - Nº DE ATENDIMENTOS POR REGIÃO RESIDENTES EM SANTOS - 2020 A 2024

REGIÃO	2020	2021	2022	2023	2024
	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº
ÁREA CONTINENTAL	6	0	0	0	0
CENTRO	614	472	258	461	726
MORROS	516	807	809	1.093	887
ORLA	774	305	679	1701	1.268
Z.NOROESTE	786	718	1.218	1.481	1.530
SANTOS	2.696	2.302	2.964	4.736	4.411

Fonte: SEVREST (Prontuários) - Pop CENSO.IBGE 2022

Obs: A diferença entre os dados de doenças ocupacionais por região e o total de atendimentos realizados deve-se ao fato de o atendimento prestado pela SEVREST ser regional, contemplando também os municípios de Praia Grande e São Vicente em sua abrangência.

OUTRAS AÇÕES EFETUADAS PELA SAÚDE DO TRABALHADOR

Período - 2021/2024	2021	2022	2023	2024
Total de ações envolvendo saúde e segurança do trabalhador feitas pela equipe de fiscalização	900	1.874	2.664	1.332
Total de atividades de educação em saúde realizadas	10	48	36	44
Total de participantes nas atividades educativas realizadas	84	839	1.106	623
Total de pacientes novos cadastrados	***	115	148	205
Total de CAT's Emitidas	13	14	30	52

Como forma de enfrentamento, mobilização, discussão e implementação de práticas que visem à redução da ocorrência dos acidentes de trabalho, bem como das doenças relacionadas ao trabalho, são realizadas inspeções em ambientes de trabalho pela fiscalização da SEVREST, além de palestras, reuniões técnicas e atividades educativas diversas, com foco nas questões pertinentes à saúde e segurança dos trabalhadores.

Durante o ano de 2024, devido ao aumento de demanda dos pedidos de vistorias vindos da Ouvidoria Municipal, bem como do Ministério Público do Trabalho (MPT) tanto dentro do Município, quanto na área de abrangência, visto que somos um órgão regional e nossa área corresponde ainda às cidades de São Vicente e Praia Grande; questões de ordem estrutural e afastamentos de profisisonais, alguns programas preventivos foram descontinuados. Apostamos nas ações de atividades educativas e outros eventos como reuniões, palestras, cursos, participação em Sipats, entre outros, participação mais ativa na CISTT (Comissão Intersetorial do Trabalhador e da Trabalhadora) e outros. Na amostragem de raça/cor temos a predominância dos brancos.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRAB ALHADOR

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) é um dos componentes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Visa à promoção de saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos (Portaria GM/MS Nº 3.252/09). A especificidade de seu campo é dada como objeto a relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho, abordada por práticas sanitárias desenvolvidas com a participação dos trabalhadores em todas as suas etapas.

Compreende uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológicos, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los (Portaria GM/MS Nº 3.120/98).

A VISAT abrange a Vigilância Epidemiológica dos agravos (acidentes de trabalho, intoxicações, entre outros), as doenças relacionadas ao trabalho, e a vigilância dos ambientes

e processos de trabalho em estabelecimentos e atividades do setor público, privado, urbanos e rurais. Inclui a produção, a divulgação e a difusão de informações em saúde e ações de educação em saúde. Deve ser realizada de forma articulada com a rede assistencial e com os demais componentes da Vigilância em Saúde: Epidemiológica, Sanitária e em Saúde Ambiental.

Os agravos à saúde relacionados ao trabalho de notificação compulsória são acidentes de trabalho grave (típico e trajeto), acidentes fatais (óbitos), acidentes com crianças e adolescentes, acidentes com exposição a material biológico e as intoxicações por substâncias químicas relacionadas ao trabalho (incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados).

Entre as doenças ocupacionais relacionadas ao trabalho, destacamos as lesões por esforços repetitivos (LER) e os distúrbios osteomoleculares (DORT), as pneumoconioses, a perda auditiva induzida por ruído (PAIR), as dermatites ocupacionais e os transtornos mentais.

Fonte: Plataforma Renast online Cadernos de atenção básica nº 41- saúde do trabalhador

ACIDENTES DE TRABALHO

É de notificação compulsória todos acidentes e violências que ocorrem no ambiente de trabalho ou durante o exercício do trabalho.

O acidente pode ocorrer quando o trabalhador estiver realizando atividades relacionadas à sua função, a serviço do empregador ou representando os interesses do mesmo (típico), ou no percurso entre a residência e o trabalho (trajeto), além da ocorrência de lesão corporal ou perturbação funcional, podendo causar perda, redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho, e morte.

TABELA 1- DISTRIBUIÇÃO ANUAL DOS CASOS DE ACIDENTE DE TRABALHO. BRASIL E ESTADO DE SÃO PAULO, 2020 A 2024

Local	2020	2021	2022	2023	2024
Brasil	163.676	217.163	285.315	440.640	494.422
São Paulo	38.588	51.166	70.276	128.487	147.783

Fonte: Fonte: MS – SINAN/ Tratamento e análise: SmartLab – acesso em 21/07/2025

O número de acidentes de trabalho no Brasil apresentou crescimento contínuo ao longo dos cinco anos. O aumento mais expressivo ocorreu entre 2022 e 2023 (+54,5%), o que pode estar relacionado à retomada plena das atividades presenciais no pós-pandemia, e aumento da informalidade.

O comportamento é semelhante ao do Brasil, com crescimento acentuado, especialmente entre 2022 e 2023. O Estado de São Paulo registrou um aumento de quase 4 vezes no número absoluto de acidentes de 2020 a 2024.

TABELA 2- NOTIFICAÇÕES DE ACIDENTES DE TRABALHO (NÚMERO ABSOLUTO E PERCENTUAL), TIPO DE ACIDENTE E ANO. SANTOS, 2020 A 2024.

Etiologia	2020		2021		2022		2023		2024	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Típico	50	81,97	43	75,44	227	69,00	707	72,36	668	69,15
Trajeto	11	18,03	14	24,56	102	31,00	270	27,64	298	30,85
Total	61	100,00	57	100,00	329	100,00	977	100,00	966	100,00

Fonte: Sinan-Net/Sevrest. Dados provisórios, sujeitos a alterações, julho 2025.

Em Santos, também houve um aumento expressivo nos registros de acidentes a partir de 2022, com o número total de casos sendo mais de 15 vezes maior em 2023 do que em 2020. O aumento foi decorrente a publicação da Portaria GM/MS nº 217, de 1º de março de 2023, em que determina inclusão de todos os tipos de acidente de trabalho, independente da gravidade com o objetivo de diminuir a subnotificação, e paralelamente há um extenso trabalho de capacitação e conscientização da rede de urgência e emergência (RUE) quanto à necessidade de realizar o correto preenchimento das notificações, evitando a perda dos dados, além da centralização da digitação da fichas no SINANNET pela SEVREST com a busca fonada ao trabalhador para obtenção das informações necessárias para conclusão de cada acidente, além do aumento da equipe que realiza as investigações de acidentes de trabalho.

Apesar dos acidentes típicos ainda serem a maioria, os acidentes de trajeto têm ganhado maior relevância proporcional, e essa elevação pode estar relacionada a maior mobilidade urbana após a pandemia ou à exposição a riscos no deslocamento, principalmente por motocicletas, indicando a necessidade de políticas públicas voltadas à segurança no transporte dos trabalhadores, tais como o transporte coletivo.

TABELA 3- NOTIFICAÇÕES DE ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO (NÚMERO ABSOLUTO E PERCENTUAL), POR SEXO E ANO. SANTOS, 2020 A 2024

Sexo	2020		2021		2022		2023		2024	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	37	74,00	42	97,67	195	85,90	510	72,14	444	66,47
Feminino	13	26,00	1	2,33	32	14,10	197	27,86	224	33,53
Total	50	100,00	43	100,00	227	100,00	707	100,00	668	100,00

Fonte: Sinan-Net/Sevrest. Dados provisórios, sujeitos a alterações, julho 2025.

O sexo masculino sempre representou a maior parte dos casos, o que é esperado em setores com maior exposição a riscos físicos (como construção civil, transporte, portos etc.).

TABELA 4 - NOTIFICAÇÕES DE ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO (NÚMERO ABSOLUTO E PERCENTUAL),POR FAIXA ETÁRIA E ANO. SANTOS, 2020 A 2024

Faixa Etária	2020		2021		2022		2023		2024	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
10 a 14 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
15 a 19 anos	0	0,00	1	2,33	6	2,64	18	2,55	21	3,14
20 a 29 anos	16	32,00	10	23,26	50	22,03	178	25,18	150	22,46
30 a 39 anos	12	24,00	9	20,93	57	25,11	195	27,58	165	24,70
40 a 49 anos	16	32,00	12	27,91	58	25,55	177	25,04	163	24,40

50 a 59 anos	5	10,00	9	20,93	36	15,86	102	14,43	122	18,26
60 a 69 anos	0	0,00	1	2,33	18	7,93	32	4,53	44	6,59
70 anos mais	1	2,00	1	2,33	2	0,88	5	0,71	3	0,45
Total	50	100,00	43	100,00	227	100,00	707	100,00	668	100,00

Fonte: Sinan-Net/Sevrest. Dados provisórios, sujeitos a alterações, julho 2025.

Em Santos, há maior incidência nas faixas de 30 a 49 anos, seguidas por 20 a 29 anos e, mais recentemente, um aumento notável nas faixas 50.

TABELA 5 - NOTIFICAÇÕES DE ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO (NÚMERO ABSOLUTO E PERCENTUAL), POR SEGUNDO CAUSA DO ACIDENTE. SANTOS, 2020 A 2024

Causa do Acidente	2020		2021		2022		2023		2024	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Quedas	7	14,00	6	13,95	56	24,67	207	29,28	216	32,34
Impacto acidental causado por objetos	11	22,00	15	34,88	73	32,16	196	27,72	162	24,25
Contato com máquinas e ferramentas	4	8,00	11	25,58	22	9,69	71	10,04	61	9,13
Contato com objetos perfurocortantes ou projéteis	0	0,00	1	2,33	21	9,25	73	10,33	75	11,23
Acidentes de transporte	3	6,00	7	16,28	21	9,25	44	6,22	36	5,39
Exposição a agentes térmicos, elétricos e ambientais	6	12,00	0	0,00	9	3,96	38	5,37	40	5,99
Circunstâncias não especificadas	19	38,00	2	4,65	2	0,88	19	2,69	17	2,54
Agressões	0	0,00	1	2,33	12	5,29	27	3,82	20	2,99
Contato com seres vivos e forças naturais	0	0,00	0	0,00	8	3,52	26	3,68	27	4,04
Envenenamento [intoxicação] acidental	0	0,00	0	0,00	3	1,32	6	0,85	14	2,10
Total	50	100,00	43	100,00	227	100,00	707	100,00	668	100,00

Fonte: Sinan-Net/Sevrest. Dados provisórios, sujeitos a alterações, julho 2025.

Dentre as causas de acidentes típicos, as quedas e impacto por objetos foram mais frequentes, com crescimento consistente ao longo dos anos. Houve aumento relevante em "perfurocortantes/projéteis" e "intoxicação", especialmente em 2023 e 2024. Os casos "não especificados" diminuíram significativamente, devido o processo de melhora na qualidade da notificação.

TABELA 6 - NOTIFICAÇÕES DE TRABALHO TÍPICO (NÚMERO ABSOLUTO E PERCENTUAL), PRINCIPAIS OCUPAÇÕES. SANTOS, 2020 A 2024

Ocupação	2020		2021		2022		2023		2024	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Construção Civil e Serviços Relacionados	8	16,00	3	6,98	67	29,52	138	19,52	137	20,51
Área da Saúde e da Educação	1	2,00	1	2,33	12	5,29	91	12,87	120	17,96

Alimentação e Serviços Gastronômicos	7	14,00	5	11,63	22	9,69	81	11,46	72	10,78
Limpeza e Serviços Prediais	7	14,00	3	6,98	16	7,05	75	10,61	77	11,53
Transporte e Logística	5	10,00	8	18,60	37	16,30	72	10,18	54	8,08
Manutenção, Instalação, Reparação e Serviços Técnicos	3	6,00	6	13,95	22	9,69	63	8,91	55	8,23
Atividades Administrativas e Serviços de Apoio	6	12,00	1	2,33	2	0,88	47	6,65	46	6,89
Serviços de Comércio e Vendas	8	16,00	0	0,00	17	7,49	40	5,66	33	4,94
Segurança, Defesa e Ordem Pública	2	4,00	2	4,65	9	3,96	36	5,09	25	3,74
Serviços Marítimos e Portuários	1	2,00	7	16,28	10	4,41	27	3,82	11	1,65
Operação de Máquinas e Outros Processos Industriais	2	4,00	3	6,98	7	3,08	23	3,25	22	3,29
Serviços de Coleta e Reciclagem	0	0,00	2	4,65	2	0,88	7	0,99	8	1,20
Agricultura, Pecuária, Pesca e Meio Ambiente	0	0,00	2	4,65	2	0,88	5	0,71	8	1,20
Artes, Cultura, Esporte e Lazer	0	0,00	0	0,00	2	0,88	2	0,28	0	0,00
Total	50	100,00	43	100,00	227	100,00	707	100,00	668	100,00

Fonte: Sinan-Net/Sevrest. Dados provisórios, sujeitos a alterações, julho 2025.

Os profissionais da construção Civil e serviços relacionados (serventes de obra, pedreiros, carpinteiros, armador de estruturas metálicas) apresentam grande participação entre 2021 (6,98%) e 2022 (29,52%), mantendo-se acima de 19% nos anos seguintes.

Os profissionais da área da saúde e da educação (especialmente técnicos de enfermagem, enfermeiros, auxiliares de saúde bucal e professores) tem crescimento expressivo e contínuo, de apenas 2% em 2020 para 17,96% em 2024.

TABELA 7- NOTIFICAÇÕES DE ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO (NÚMERO ABSOLUTO E PERCENTUAL), POR TIPO DE LESÃO. SANTOS, 2020 A 2024.

Tipo de lesão	2020		2021		2022		2023		2024	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Traumatismos do punho e da mão	9	18,00	14	32,56	64	28,19	209	29,56	195	29,19
Traumatismos do tornozelo e do pé	1	2,00	4	9,30	28	12,33	85	12,02	92	13,77
Traumatismos da cabeça e seus anexos	2	4,00	1	2,33	34	14,98	98	13,86	61	9,13
Traumatismos envolvendo múltiplas regiões do corpo e os não especificados	10	20,00	11	25,58	37	16,30	37	5,23	76	11,38
Traumatismos da perna e do quadril	2	4,00	5	11,63	21	9,25	68	9,62	62	9,28
Traumatismos do membro superior	1	2,00	3	6,98	14	6,17	50	7,07	74	11,08
Queimaduras e corrosões	1	2,00	0	0,00	11	4,85	36	5,09	35	5,24
Traumatismos da pescoço, tórax, abdome, do dorso, da coluna lombar e da pelve	3	6,00	3	6,98	8	3,52	30	4,24	27	4,04
Sintomas, sinais e achados anormais	0	0,00	0	0,00	0	0,00	52	7,36	10	1,50
Transtornos do sist osteomuscular e do tecido	0	0,00	0	0,00	5	2,20	29	4,10	18	2,69

conjuntivo										
Doenças infecciosas	19	38,00	0	0,00	0	0,00	4	0,57	9	1,35
Complicações relacionadas ao trauma	2	4,00	2	4,65	5	2,20	7	0,99	7	1,05
Efeito tóxico ao contato ou inalação de substâncias nocivas	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,28	2	0,30
Total	50	100,00	43	100,00	227	100,00	707	100,00	668	100,00

Fonte: Sinan-Net/Sevrest. Dados provisórios, sujeitos a alterações, julho 2025.

Os traumatismos do punho e da mão, tipo fratura, são os mais comuns em todos os anos, e apresenta-se com tendência de aumento. Enquanto que traumatismos do tornozelo e do pé destacam-se como a segunda lesão mais comum em 2024, devido aos setores como construção, logística e saúde.

As queimaduras e corrosões, embora menos comuns, cresceram de 0% (2021) para acima de 5% em 2023 e 2024.

AS doenças infecciosas em 2020 (38%) estão relacionadas possivelmente à pandemia (COVIDdesaparecendo em 2021 e 2022, e e retornam timidamente em 2024 (1,35%).

TRAJETO

TABELA 8 - NOTIFICAÇÕES DE ACIDENTE DE TRABALHO DE TRAJETO (NÚMERO ABSOLUTO E PERCENTUAL), POR SEXO E ANO. SANTOS, 2020 A 2024

Sexo	2020		2021		2022		2023		2024	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	5	45,45	12	85,71	73	71,57	145	53,70	139	46,64
Feminino	6	54,55	2	14,29	29	28,43	125	46,30	159	53,36
Total	11	100,00	14	100,00	102	100,00	270	100,00	298	100,00

Fonte: Sinan-Net/Sevrest. Dados provisórios, sujeitos a alterações, julho 2025.

As mulheres assumem a liderança em 2024, o que pode estar relacionado a aumento da participação feminina em ocupações com exposição ao risco de trajeto.

TABELA 9 - NOTIFICAÇÕES DE ACIDENTE DE TRABALHO DE TRAJETO (NÚMERO ABSOLUTO E PERCENTUAL), POR FAIXA ETÁRIA E ANO. SANTOS, 2020 A 2024

Faixa Etária	2020		2021		2022		2023		2024	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
15 a 19 anos	0	0,00	0	0,00	1	0,98	6	2,22	4	1,34
20 a 29 anos	5	45,45	3	21,43	32	31,37	87	32,22	71	23,83
30 a 39 anos	3	27,27	6	42,86	26	25,49	65	24,07	85	28,52
40 a 49 anos	3	27,27	3	21,43	25	24,51	68	25,19	71	23,83
50 a 59 anos	0	0,00	2	14,29	17	16,67	35	12,96	54	18,12
60 a 69 anos	0	0,00	0	0,00	1	0,98	9	3,33	12	4,03
70 anos mais	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,34
Total	11	100,00	14	100,00	102	100,00	270	100,00	298	100,00

Fonte: Sinan-Net/Sevrest. Dados provisórios, sujeitos a alterações, julho 2025.

A faixa etária de 30 a 39 possui com mais notificações em 2024 (28,52%), possivelmente representa número de trabalhadores ativos. Observa-se crescimento contínuo de participação dos trabalhadores com faixa etária de 50 a 59 anos (18,12%) em 2024, podendo indicar envelhecimento da força de trabalho ou maior vulnerabilidade com a idade. Em contrapartida há redução proporcional entre os jovens (20 a 29 anos) nos últimos anos, apesar de ainda serem grupo numeroso.

TABELA 10 - NOTIFICAÇÕES DE TRABALHO TRAJETO (NÚMERO ABSOLUTO E PERCENTUAL), PRINCIPAIS OCUPAÇÕES. SANTOS, 2020 A 2024

Ocupação	2020		2021		2022		2023		2024	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Profissionais da Área da Saúde	3	27,27	2	14,29	15	14,71	66	24,44	90	30,20
Profissionais das Atividades Administrativas e Serviços de Apoio	3	27,27	1	7,14	10	9,80	53	19,63	39	13,09
Profissionais de Limpeza e Serviços Prediais	1	9,09	2	14,29	10	9,80	26	9,63	28	9,40
Profissionais de Transporte e Logística	1	9,09	3	21,43	15	14,71	21	7,78	21	7,05
Profissionais de Segurança, Defesa e Ordem Pública	0	0,00	2	14,29	10	9,80	14	5,19	22	7,38
Profissionais de Serviços de Comércio e Vendas	1	9,09	1	7,14	12	11,76	17	6,30	19	6,38
Profissionais da Construção Civil e Serviços Relacionados	0	0,00	0	0,00	6	5,88	20	7,41	17	5,70
Profissionais de Manutenção, Instalação, Reparação e Serviços Técnicos Industriais	0	0,00	1	7,14	7	6,86	19	7,04	11	3,69
Profissionais de Alimentação e Serviços Gastronômicos	1	9,09	1	7,14	6	5,88	11	4,07	8	2,68
Profissionais de Operação de Máquinas e Outros Processos Industriais	0	0,00	1	7,14	4	3,92	7	2,59	13	4,36
Profissionais de Serviços Marítimos e Portuários	1	9,09	0	0,00	7	6,86	11	4,07	6	2,01
Profissionais da Área da Educação	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	1,11	23	7,72
Profissionais dos Serviços de Coleta e Reciclagem	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,74	1	0,34
Total	11	100,00	14	100,00	102	100,00	270	100,00	298	100,00

Fonte: Sinan-Net/Sevrest. Dados provisórios, sujeitos a alterações, julho 2025.

Os profissionais da saúde, com destaque para técnicos de enfermagem e enfermeiros, apresentam crescimento constante, o que pode estar relacionado à jornada extensa, turnos alternados e deslocamentos frequentes.

TABELA 11- NOTIFICAÇÕES DE ACIDENTE DE TRABALHO DE TRAJETO (NÚMERO ABSOLUTO E PERCENTUAL), POR TIPO DE LESÃO. SANTOS, 2020 A 2024

Tipo de lesão	2020		2021		2022		2023		2024	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Traumatismos do punho e da mão	0	0,00	2	14,29	7	6,86	21	7,78	28	9,40
Traumatismos do tornozelo e do pé	2	18,18	0	0,00	5	4,90	27	10,00	39	13,09
Traumatismos da cabeça e seus anexos	0	0,00	0	0,00	12	11,76	19	7,04	19	6,38
Traumatismos envolvendo múltiplas regiões do corpo e os não especificados	4	36,36	1	7,14	31	30,39	57	21,11	69	23,15
Traumatismos da perna e do quadril	4	36,36	10	71,43	17	16,67	65	24,07	67	22,48
Traumatismos do membro superior	1	9,09	1	7,14	17	16,67	39	14,44	43	14,43
Traumatismos da pescoço, tórax, abdome, do dorso, da coluna lombar e da pelve	0	0,00	0	0,00	4	3,92	8	2,96	20	6,71
Sintomas, sinais e achados anormais	0	0,00	0	0,00	2	1,96	13	4,81	3	1,01
Transtornos do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	0	0,00	0	0,00	1	0,98	19	7,04	7	2,35
Complicações relacionadas ao trauma	0	0,00	0	0,00	6	5,88	2	0,74	3	1,01
Total	11	100	14	100	102	100	270	100	298	100

Fonte: Sinan-Net/Sevrest. Dados provisórios, sujeitos a alterações, julho 2025.

A diversificação dos tipos de lesão após 2022 indica uma melhora nos registros das notificações. As lesões em membros inferiores e perna/quadril permanecem comuns, possivelmente ligadas a acidentes de queda. As lesões na cabeça ainda são pouco prevalentes, mas merecem atenção em termos de segurança.

TABELA 12 - NOTIFICAÇÕES DE ACIDENTE DE TRABALHO DE TRAJETO (NÚMERO ABSOLUTO E PERCENTUAL), SEGUNDO CAUSA DO ACIDENTE. SANTOS, 2020 A 2024

Causa do Acidente	2020		2021		2022		2023		2024	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Motociclista traumatizado em um acidente de transporte	10	90,91	9	64,29	84	82,35	178	65,93	181	60,74
Ciclista traumatizado em acidente de transporte	1	9,09	3	21,43	7	6,86	33	12,22	23	7,72
Quedas	0	0,00	0	0,00	3	2,94	19	7,04	38	12,75
Exposição a forças mecânicas animadas e inanimadas	0	0,00	1	7,14	2	1,96	6	2,22	16	5,37
Ocupante de um ônibus ou veículo de transporte pesado traumatizado	0	0,00	0	0,00	2	1,96	8	2,96	15	5,03
Pedestre traumatizado em um acidente de transporte	0	0,00	0	0,00	2	1,96	15	5,56	6	2,01
Ocupante de um automóvel [carro] traumatizado em um acidente de transporte	0	0,00	0	0,00	0	0,00	7	2,59	11	3,69
Outros acidentes de transporte e os não especificados	0	0,00	1	7,14	2	1,96	4	1,48	8	2,68
Total	11	100,00	14	100,00	102	100,00	270	100,00	298	100,00

Fonte: Sinan-Net/Sevrest. Dados provisórios, sujeitos a alterações, julho 2025.

Motociclistas traumatizados representam a principal causa de acidente de trajeto em toda a série, mesmo com redução proporcional (de 90,91% em 2020 para 60,74% em 2024),

continuam sendo a maioria absoluta dos casos, indicando a alta exposição de motociclistas ao risco de trajeto, especialmente em atividades como entregas, transporte, etc. Ocupantes de transporte coletivo pesado aparecem em 2022 e aumentam até 2024, e representam acidentes dentro de ônibus, vans ou caminhões.

Observa-se aumento significativo de quedas e outros modos de acidente, possibilitando maior visibilidade aos pedestres, ciclistas, passageiros e usuários de automóveis nas estatísticas a partir de 2022, refletindo melhor rastreamento das ocorrências.

TABELA 13 - NOTIFICAÇÕES DE ÓBITOS POR ACIDENTE DE TRABALHO (NÚMERO ABSOLUTO E PERCENTUAL). SANTOS, 2020 A 2024

Etiologia	2020		2021		2022		2023		2024	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Típico	5,00	83,33	5,00	83,33	5,00	83,33	5,00	83,33	6,00	85,71
Trajeto	1,00	16,67	1,00	16,67	1,00	16,67	1,00	16,67	1,00	14,29
Total	6,00	100,00	6,00	100,00	6,00	100,00	6,00	100,00	7,00	100,00

Fonte: Sinan-Net/Sevrest. Dados provisórios, sujeitos a alterações, julho 2025.

Os óbitos por Acidente de Trabalho Típico predominam ao longo de todo o período analisado, representando mais de 83% dos óbitos anuais, e indicam eventos letais ocorridos no ambiente de trabalho ou durante o exercício da função, como quedas, esmagamentos, choques elétricos.

A Saúde do Trabalhador mantém o foco em prevenção de acidentes típicos fatais, especialmente em setores como construção civil, portos, transporte e manutenção industrial. Já nos acidentes de trajeto que envolve motociclistas destacamos a necessidade de políticas para a educação no trânsito, uso de transporte seguro e atenção para jornada de trabalho.

ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE OU FATAL COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

O trabalho infantil refere-se às atividades econômicas e/ou atividades de sobrevivência, remuneradas ou não, com ou sem finalidade de lucro, realizadas por crianças ou adolescentes com menos de 16 anos, independentemente da sua condição ocupacional, com exceção da condição de aprendiz, que é regulamentada pelo Decreto nº 9.579, de 22 de novembro de 2018, e é permitido a partir dos 14 anos. O contrato de aprendizagem implica em registro na Carteira de Trabalho e na Previdência Social, matrícula e frequência do aprendiz à escola e inscrição em programa de aprendizagem (BRASIL, 2018).

A gravidade e a complexidade da realidade das crianças e adolescentes em situação de trabalho no Brasil vem mobilizando diversos setores e instituições governamentais e não-governamentais na luta pela defesa dos direitos deste grupo populacional.

O trabalho infantojuvenil afeta os desenvolvimentos emocional, cognitivo e físico, bem como expõe crianças e adolescentes a condições precárias, locais perigosos e insalubres, prejudicando o desenvolvimento saudável dos jovens.

Dentre todas as consequências existentes, as mais concretas em um primeiro momento são os acidentes, geralmente relacionados à Lista de Piores Formas de Trabalho Infantil. São alguns exemplos: peso excessivo, intempéries do clima, radiação, alturas elevadas, objetos cortantes e perfurantes, choque elétrico, contaminação por produtos químicos e biológicos, além da utilização para o tráfico de drogas e exploração sexual comercial, produção de pornografia ou atuações pornográficas.

Considera-se, no entanto, que os dados referentes ao trabalho de crianças e adolescentes são parciais e subnotificados, dificultando o conhecimento dessa realidade. Muitas ocupações exercidas por esses grupos não são consideradas como trabalho e não são contabilizadas nas estatísticas por serem consideradas como “ajuda” quando realizadas por crianças e adolescentes.

A Comissão Municipal de Erradicação do Trabalho Infantil – CM Peti, através de entidades governamentais e não governamentais atua para o enfrentamento deste fenômeno e assume metas para a erradicação do trabalho infantil, no sentido da propositura de estratégias de identificação e afastamento das crianças ao trabalho precoce, através de políticas públicas que assegurem os meios de acesso ao lazer, ao aprendizado de qualidade, bem como a divulgação do combate ao trabalho infantil através da sensibilização, mobilização e convocação da sociedade em defesa dos direitos de crianças e adolescentes.

O Ministério da Saúde, por meio da Área Técnica de Saúde do Trabalhador elaborou e vem implantando uma Política Nacional de Saúde para Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção do Trabalhador Adolescente. Como desdobramento dessa Política, podemos destacar a elegibilidade de crianças e adolescentes acidentados no trabalho como evento passível de Notificação Compulsória, segundo a Portaria MS/GM nº 777, de 28 de abril de 2004.

Quando o trabalho infantil é identificado, o serviço de saúde também deve informar os Sistemas de Vigilância (Epidemiológica-SEVIEP e Saúde do Trabalhador – SEVREST) e o Conselho Tutelar para a adoção dos encaminhamentos necessários quanto ao ambiente e processo de trabalho, além de buscar ações intersetoriais com instituições que garantam os direitos da criança e do adolescente, tais como a inclusão em programas de transferência de renda e ensino-aprendizagem.

TABELA 14 - NOTIFICAÇÕES DE ACIDENTES DE TRABALHO COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES (NÚMERO ABSOLUTO E PERCENTUAL), POR SEXO. SANTOS, 2020 A 2024

Sexo	2020		2021		2022		2023		2024	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	100,00	0	0,00
Feminino	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	100,00
Total	0	0,00	0	0,00	0	100,00	1	100,00	2	100,00

Fonte: Sinan-Net/Sevrest. Dados provisórios, sujeitos a alterações, julho 2025.

Em 2023 e 2024, verificamos acidentes envolvendo adolescentes atendido pelo serviço de saúde de Santos, ocorrido em outro município da Região Metropolitana da Baixada Santista (São Vicente).

Os números são extremamente baixos e sujeitos a subnotificação. Apesar de os números serem baixos, a existência de notificações aponta para violações legais, pois o trabalho infantil e adolescente em condições irregulares é proibido ou restrito pela legislação brasileira (ECA e CLT).

A Saúde do Trabalhador tem desenvolvido ações intersetoriais de prevenção, proteção social e educação, conjuntamente com o CM-Peti.

TABELA 15- NOTIFICAÇÕES DE ACIDENTES DE TRABALHO COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES (NÚMERO ABSOLUTO E PERCENTUAL), POR FAIXA ETÁRIA E ANO. SANTOS, 2020 A 2024.

Faixa Etária	2020		2021		2022		2023		2024	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
16 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	100,00	0	0,00
17 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	100,00
Total	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	100,00	2	100,00

Fonte: Sinan-Net/Sevrest. Dados provisórios, sujeitos a alterações, julho 2025.

Todos os casos referem-se a adolescentes em idade permitida para trabalho em condição de aprendizagem ou em atividades leves e protegidas), porém nem todos os casos se enquadravam, indicando há necessidade de fortalecimento das políticas públicas de prevenção, fiscalização e garantia de direitos dessa população vulnerável.

TABELA 16 - NOTIFICAÇÕES DE ACIDENTES DE TRABALHO COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES (NÚMERO ABSOLUTO E PERCENTUAL), PRINCIPAIS OCUPAÇÕES. SANTOS, 2020 A 2024

Ocupação	2020		2021		2022		2023		2024	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Armazenista	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	50,00
Repositor de Mercadorias	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	100,0	0	0,00
Vendedor de Comércio Varejista	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	50,00
Total	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	100,0	2	100,0

Fonte: Sinan-Net/Sevrest. Dados provisórios, sujeitos a alterações, julho 2025.

As ocupações listadas fazem parte do setor comercial e logístico, que frequentemente envolve ambientes com riscos físicos, como movimentação de cargas, prateleiras altas, contato com equipamentos. Apesar de poucos registros, esses dados indicam a necessidade de atenção especial às condições de trabalho de adolescentes, mesmo quando contratados formalmente como aprendizes ou em situações permitidas por lei.

TABELA 17 - NOTIFICAÇÕES DE ACIDENTE DE TRABALHO COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES (NÚMERO ABSOLUTO E PERCENTUAL), PRINCIPAIS CAUSAS. SANTOS, 2020 A 2024

Causa do Acidente	2020		2021		2022		2023		2024	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Impacto acidental por objeto	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	100,00
Contato com objeto cortante	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	100,00	0	0,00
Total	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	100,00	2	100,00

Fonte: Sinan-Net/Sevrest. Dados provisórios, sujeitos a alterações, julho 2025.

Acidentes por impacto ou corte levantam alerta sobre inadequação das funções atribuídas e possíveis violações legais, já que essas atividades podem não ser compatíveis com a idade.

TABELA 18 - NOTIFICAÇÕES DE ACIDENTE DE TRABALHO COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES (NÚMERO ABSOLUTO E PERCENTUAL), PRINCIPAIS LESÕES. SANTOS, 2020 A 2024

Tipo de Lesão	2020		2021		2022		2023		2024	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Dor articular	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	50,00
Ferimento corto-contuso	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	50,00
Amputação dos dedo da mão	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	100,00	0	0,00
Total	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	100,00	2	100,00

Fonte: Sinan-Net/Sevrest. Dados provisórios, sujeitos a alterações, julho 2025.

O registro de amputação em adolescente destaca uma falha grave de segurança, associado a condições de risco indevido para essa faixa etária.

ACIDENTES DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO

As exposições a materiais biológicos potencialmente contaminados são um sério risco aos profissionais de saúde em seus locais de trabalho.

Evitar o acidente com exposição biológica ocupacional é o principal caminho para prevenir a transmissão dos vírus da hepatite B e C e do vírus HIV.

O risco ocupacional após exposições a materiais biológicos é variável e depende do tipo de acidente e de outros fatores, como gravidade, tamanho da lesão, presença e volume de material orgânico envolvido, além das condições clínicas do paciente-fonte e uso correto da profilaxia pós-exposição.

Por definição, o acidente de trabalho com exposição à material biológico – Z 20.9, trata-se de todo caso de acidente de trabalho ocorrido com quaisquer categorias profissionais, envolvendo exposição direta ou indireta do trabalhador a material biológico (orgânico) potencialmente contaminado por patógenos (vírus, bactérias, fungos, príons e protozoários), por meio de material perfurocortante ou não.

TABELA 1 - NOTIFICAÇÕES DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO (NÚMERO ABSOLUTO E PERCENTUAL), POR SEXO. SANTOS, 2020-2024

Sexo	2020		2021		2022		2023		2024	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	18	24,00	31	16,23	81	23,82	80	22,79	77	20,64
Feminino	57	76,00	160	83,77	259	76,18	271	77,21	296	79,36
Total	75	100,0	191	100,0	340	100,0	351	100,0	373	100,0

Fonte: Sinan-Net/Sevrest. Dados provisórios, sujeitos a alterações, julho de 2025.

TABELA 2 - NOTIFICAÇÕES DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO (NÚMERO ABSOLUTO E PERCENTUAL), FAIXA ETÁRIA E ANO. SANTOS, 2020 A 2024

Faixa Etária	2020		2021		2022		2023		2024	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
10 a 14 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,29	0	0,00
15 a 19 anos	0	0,00	1	0,52	8	2,50	3	0,86	5	1,34
20 a 29 anos	32	42,67	71	37,17	122	38,13	140	40,00	151	40,48
30 a 39 anos	25	33,33	58	30,37	95	29,69	112	32,00	116	31,10
40 a 49 anos	16	21,33	43	22,51	61	19,06	67	19,14	77	20,64
50 a 59 anos	1	1,33	12	6,28	27	8,44	25	7,14	21	5,63
60 a 69 anos	0	0,00	5	2,62	7	2,19	2	0,57	2	0,54
70 anos mais	1	1,33	1	0,52	0	0,00		0,00	1	0,27
Total	75	100,0	191	100,0	320	100,0	350	100,0	373	100,0

Fonte: Sinan-Net/Sevrest. Dados provisórios, sujeitos a alterações, julho de 2025.

O aumento do número de notificações de acidentes com material biológico, a partir de 2022, sustenta-se pela mudança de rotina na investigação dos casos, envolvendo a centralização de encerramento do caso e digitação das fichas no SINANNET na SEVREST, a consulta aos casos atendidos e encerrados no CCDI e a busca fonada ao trabalhador para obtenção das informações necessárias para conclusão de cada acidente com material biológico.

TABELA 3- NOTIFICAÇÕES DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO (NÚMERO ABSOLUTO E PERCENTUAL), SEGUNDO O AGENTE DO ACIDENTE. SANTOS, 2020 A 2024

Agente	2020		2021		2022		2023		2024	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Agulha com lúmen (luz)	38	50,67	93	48,69	202	63,13	215	61,25	247	66,22
Agulha sem lúmen/maciça	11	14,67	36	18,85	38	11,88	35	9,97	46	12,33
Intracath	1	1,33	2	1,05	0	0,00	1	0,28	0	0,00
Vidros	0	0,00	2	1,05	2	0,63	0	0,00	4	1,07
Lâmina/lanceta (qualquer tipo)	6	8,00	13	6,81	23	7,19	32	9,12	29	7,77
Outros	15	20,00	37	19,37	42	13,13	63	17,95	45	12,06
Ignorado	4	5,33	8	4,19	13	4,06	5	1,42	2	0,54
Total	75	100,00	191	100,00	320	100,00	351	100,00	373	100,00

Fonte: Sinan-Net/Sevrest. Dados provisórios, sujeitos a alterações, julho de 2025.

TABELA 4 - NOTIFICAÇÕES DE ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO (NÚMERO ABSOLUTO E PERCENTUAL), CIRCUNSTÂNCIA DO ACIDENTE. SANTOS, 2020 A 2024

Circunstância do Acidente	2020		2021		2022		2023		2024	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Adm. Med. Intradérmica	0	0,00	1	0,52	3	0,94	4	1,14	1	0,27
Punção EV para coleta	11	14,67	23	12,04	31	9,69	24	6,84	38	10,19
Procedimento cirúrgico	10	13,33	23	12,04	28	8,75	61	17,38	36	9,65
Descarte inadequado chão etc.	9	12,00	14	7,33	27	8,44	21	5,98	35	9,38
Adm. Med. Subcutânea	6	8,00	29	15,18	25	7,81	32	9,12	29	7,77
Manipulação caixa perfurocortante	1	1,33	4	2,09	10	3,13	12	3,42	25	6,70
Descarte inadequado do lixo	2	2,67	4	2,09	27	8,44	30	8,55	25	6,70
Adm. Med. Endovenosa	3	4,00	12	6,28	45	14,06	20	5,70	32	8,58
Punção NE	1	1,33	7	3,66	19	5,94	22	6,27	13	3,49
Procedimento odontológico	2	2,67	5	2,62	16	5,00	17	4,84	22	5,90
Adm. Med. Intramuscular	8	10,67	9	4,71	23	7,19	15	4,27	24	6,43
Dextro	2	2,67	4	2,09	6	1,88	6	1,71	5	1,34
Lavagem de material	3	4,00	0	0,00	3	0,94	5	1,42	10	2,68
Reencape	1	1,33	7	3,66	2	0,63	5	1,42	19	5,09
Procedimento laboratorial	2	2,67	2	1,05	4	1,25	5	1,42	11	2,95
Ign/Branco	0	0,00	4	2,09	5	1,56	7	1,99	2	0,54
Outros	14	18,67	43	22,51	46	14,38	65	18,52	46	12,33
Total	75	100,00	191	100,00	320	100,00	351	100,00	373	100,00

Fonte: Sinan-Net/Sevrest. Dados provisórios, sujeitos a alterações, julho de 2025.

TABELA 5 - NOTIFICAÇÕES DE ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO (NÚMERO ABSOLUTO E PERCENTUAL), POR OCUPAÇÃO. SANTOS, 2020 A 2024

Ocupação	2020		2021		2022		2023		2024	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tecnico de Enfermagem	32	42,67	95	49,74	150	42,74	140	39,89	149	39,95
Enfermeiros	8	10,67	15	7,85	21	5,98	29	8,26	39	10,46
Profissionais da Limpeza	4	5,33	10	5,24	31	8,83	32	9,12	27	7,24
Cirurgião Dentista	2	2,67	4	2,09	17	4,84	20	5,70	24	6,43
Auxiliar de Enfermagem	1	1,33	10	5,24	16	4,56	11	3,13	27	7,24
Médicos	10	13,33	21	10,99	23	6,55	54	15,38	36	9,65
Auxiliar de Laboratório - Análise Clínicas	2	2,67	12	6,28	9	2,56	4	1,14	11	2,95
Estudante	1	1,33	3	1,57	14	3,99	15	4,27	0	0,00
Biomédico	0	0,00	0	0,00	8	2,28	6	1,71	11	2,95
Instrumentador Cirurgico	1	1,33	5	2,62	3	0,85	6	1,71	8	2,14
Bombeiros	0	0,00	0	0,00	3	0,85	0	0,00	0	0,00
Policial Militar	1	1,33	0	0,00	2	0,57	0	0,00	2	0,54
Biomédico	0	0,00	0	0,00	8	2,28	6	1,71	11	2,95
Farmacêutico	1	1,33	1	0,52	4	1,14	3	0,85	5	1,34
Fisioterapeuta	0	0,00	1	0,52	1	0,28	2	0,57	1	0,27
Eletricista	0	0,00	0	0,00	3	0,85	4	1,14	7	1,88
Profissionais de Comunicação	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,57	4	1,07
Auxiliar em Saúde Bucal	0	0,00	2	1,05	3	0,85	5	1,42	3	0,80
Auxiliar de Banco de Sangue	0	0,00	1	0,52	1	0,28	2	0,57	1	0,27
Atendente de Farmácia	2	2,67	1	0,52	0	0,00	0	0,00	1	0,27
Manicure	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	0,80
Agente Funerário	1	1,33	0	0,00	0	0,00	1	0,28	1	0,27
Técnico de Equipamento Médico Hospitalar	1	1,33	0	0,00	2	0,57	0	0,00	0	0,00
Técnico de Equipamento Médico - diagnóstico	1	1,33	0	0,00	1	0,28	2	0,57	1	0,27
Outros	7	9,33	10	5,24	31	8,83	7	1,99	1	0,27
Total	75	100	191	100	351	100	351	100	373	100

Fonte: Sinan-Net/Sevrest. Dados provisórios, sujeitos a alterações, julho de 2025.

TABELA 6 - NOTIFICAÇÕES DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO (NÚMERO ABSOLUTO E PERCENTUAL), CONDUTA -NO MOMENTO DO ACIDENTE. SANTOS, 2020 A 2024.

Conduta	2020		2021		2022		2023		2024	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Indicação de quimioprofilaxia	47	62,67	111	58,12	172	53,75	200	56,98	173	46,38
Sem indicação de quimioprofilaxia	9	12,00	20	10,47	96	30,00	138	39,32	200	53,62
Ignorado	19	25,33	60	31,41	52	16,25	13	3,70	0	0,00
Total	75	100,0	191	100,0	320	100,0	351	100,0	373	100,0

Fonte: Sinan-Net/Sevrest. Dados provisórios, sujeitos a alterações, julho de 2025.

6- COVIG II – COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA II

CAROLINA OZAWA - Coordenadora de Vigilância em Saúde II - COVIG II

Boanerges de Oliveira - Chefe do **CCZV** - Seção Centro de Controle de Zoonoses e Vetores

Willian Marques Fioratti - Chefe da **SEVIEP**- Seção de Vigilância Epidemiológica

Thiago Miguel de Abreu - Chefe da **SEVIG-MMI** - Seção de Vigilância da Mortalidade Materna Infantil

6.1-CENTRO DE CONTROLE DE ZOONOSES E VETOR

O CCZV – Centro de Controle de Zoonoses e Vetor mantém ações de controle de zoonoses, sendo mais recorrentes às relacionadas a ratos, pombos, morcegos, caramujos e raiva animal. Nos últimos anos, intensificou ações para controle da leishmaniose animal. Integra o controle vetorial com foco nas arboviroses (dengue, zika e chikungunya).

CONTROLE ANTIRRÁBICO ANIMAL

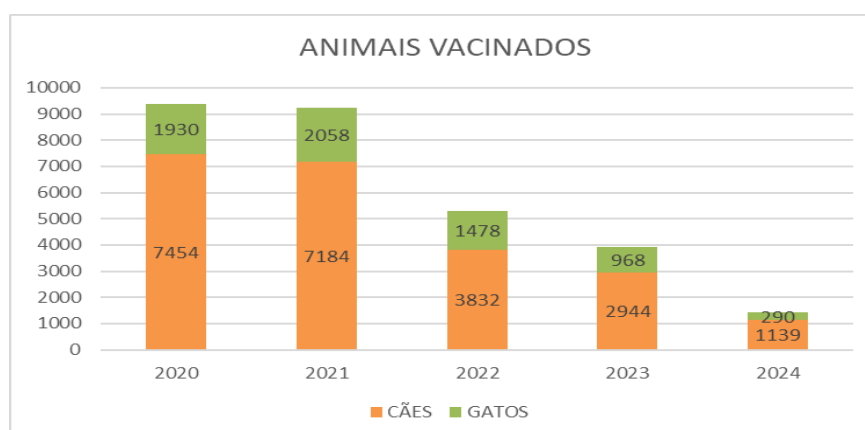
Nº DE ANIMAIS VACINADOS NO MUNICÍPIO DE SANTOS - 2020 A 2024

	2020		2021		2022		2023		2024	
	CÃES	GATOS	CÃES	GATOS	CÃES	GATOS	CÃES	GATOS	CÃES	GATOS
CCZV	397	144	760	276	865	312	1.001	337	579	134
CLÍNICA	7.057	1.786	6.424	1782	2.967	1.166	1.943	631	560	156
TOTAL	7.454	1.930	7.184	2.058	3.832	1.478	2.944	968	1.139	290

Fonte: CCZV-SMS - Dados sujeitos a alterações

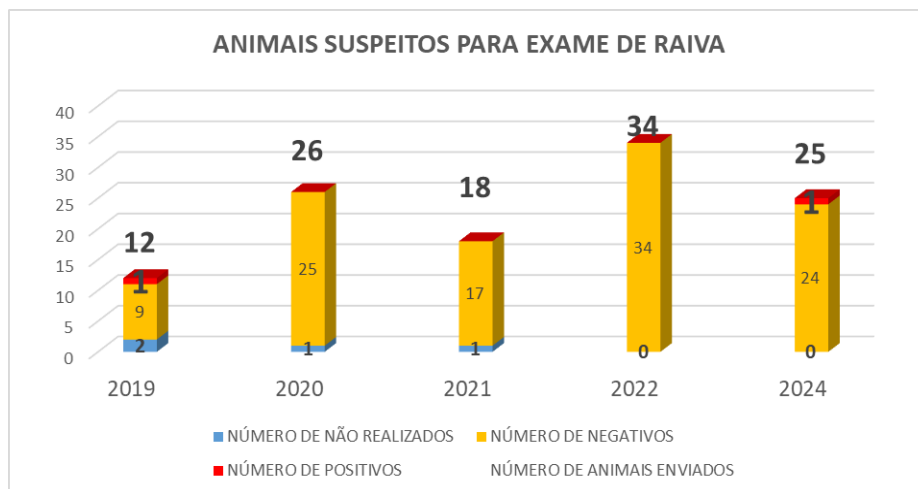
As campanhas de vacinação antirrábica de cães e gatos foram suspensas pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, sendo 2018 o último ano com realização de campanha em Santos. Em 15 de dezembro de 2021, a Deliberação CIB nº 169, considerando que não se verifica a variante “2” da raiva no Estado há mais de duas décadas, passou a definir a manutenção das vacinações de cães e gatos em caráter de rotina, na profilaxia de contactantes de morcegos, no bloqueio de focos e a suspensão das campanhas anuais a partir de 2022.

Nº DE ANIMAIS VACINADOS NO MUNICÍPIO DE SANTOS - 2020 A 2024 Total entre clínicas particulares e CCZV



Fonte: CCZV-SMS - Dados sujeitos a alterações

ANIMAIS SUSPEITOS ENVIADOS PARA INVESTIGAÇÃO DE RAIVA NO MUNICÍPIO DE SANTOS - 2020 A 2024



Fonte: CCZV-SMS - Dados sujeitos a alterações

Animais silvestres encontrados mortos, atropelados ou debilitados, fora de seu ambiente natural, são considerados suspeitos para raiva. Em Santos, a maior demanda é relacionada à presença de morcegos. Espécies insetívoras e frugívoras estão presentes em praticamente todo o território do município, são protegidas por lei e apenas apresentam riscos à saúde pública quando ocorre o contato direto com seres humanos.

O CCZV orienta responsáveis por imóveis ou construções que acabam servindo de abrigo para esses animais. Morcegos encontrados mortos, caídos ou desorientados, principalmente durante o período diurno, são recolhidos e enviados para exame da Raiva.

Importante salientar que nunca devemos pegar os morcegos com as mãos sem proteção e devemos acionar o Centro de Controle de Zoonoses e Vetor, que fará a análise da situação, a captura (se necessário) e enviará o material para análise no Instituto Pasteur-SP.

Cães e gatos que morrem apresentando quadro neurológico sem razão definida são encaminhados pelo atendimento médico veterinário à CCZV para a realização de necropsia e envio de material para análise. No período analisado, 2 casos de reagente para raiva em Santos foram identificados, ambos em morcegos.

Caso a amostra venha com resultado positivo para raiva no animal, a CCZV realiza investigação na área específica, bloqueio vacinal se necessário, assim como orientação educativa à população local.

Devido à suspensão das campanhas de vacinação de cães e gatos no estado de São Paulo (Deliberação CIB nº 169 de 15 de dezembro de 2021), justificada pelo não aparecimento da variante “2” (canina) do vírus da raiva, e evidências da circulação de variantes típicas de morcegos, as vigilâncias de quirópteros têm sido fundamentais, sendo notável o aumento das amostras dessas espécies enviadas para análise pelo CCZV.

CCZV - DESRATIZAÇÃO

Nº DE DESRATIZAÇÕES SOLICITADAS À SEÇÃO DE ZOONOSES, POR REGIÃO NO MUNICÍPIO DE SANTOS - 2020 A 2024.

Ano	2020		2021		2022		2023		2024	
Região	Nº pedido	Coef. incid.	Nº pedido	Coef. incid.	Nº pedido	Coef. incid.	Nº pedido	Coef. incid.	Nº pedido	Coef. incid.
A.Continental	1	35,7	4	140,7	11	386,	13	352,11	15	406,2
Centro	35	109,2	35	109,20	118	368,2	249	890,46	127	454,1
Morros	82	121,2	88	129,88	146	215,5	104	142,23	102	139,4
Orla	247	101,7	129	52,89	461	189	427	174,61	612	250,2
Z. Noroeste	65	89,89	99	136,91	114	157,7	178	256,90	150	216,4
Santos	430	102,53	355	84,64	850	202,7	971	231,96	1.006	240,3

Fonte: CCZV-SMS - Dados sujeitos à revisão - Obs: incidência por 100.000 hab, apenas para reforçar a comparabilidade proporcional a população de cada região da cidade Pop.censo IBGE 2022

Proporcionalmente ao número de pessoas que moram no bairro, a região do Centro foi o que mais registrou pedidos de desratização. Entretanto, nesta mesma proporção, houve um crescimento de pedidos na região da Orla e ainda maior na Área Continental.

Nº DE SOLICITAÇÕES DEVIDO A POMBOS, POR REGIÃO NO MUNICÍPIO DE SANTOS - 2020 A 2024.

ANO	2020		2021		2022		2023		2024	
Região	Nº pedido	Coef. incid.	Nº pedido	Coef. incid.	Nº pedido	Coef. incid.	Nº pedido	Coef. incid.	Nº pedido	Coef. incid.
Área Continental	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Centro	42	80,89	7	21,84	05	15,6	22	78,68	0	0
Morros	11	16,23	5	7,38	02	2,95	9	12,31	0	0
Orla	146	65,17	181	74,21	66	27,06	171	69,93	233	95,28
Z.Noroeste	6	8,3	7	9,68	04	5,53	11	15,88	17	24,54
Santos	205	48,88	200	47,69	87	18,36	213	50,88	250	59,72

Fonte: CCZV-SMS - Dados sujeitos à revisão. OBS: incidência por 100.000 hab, apenas para reforçar a comparabilidade proporcional a população de cada região da cidade. Pop censo IBGE 2022

Em relação aos pedidos relacionados a pombos, estranhamente não houve solicitações na região do Centro em 2024, já que, na série histórica, esta era a região com mais pedidos, proporcionalmente a sua população. Porém, entre os anos de 2020 e 2023, com destaque em 2024, já havia um aumento considerável de demandas na região da Orla.

Nº DE SOLICITAÇÕES DEVIDO A CARAMUJOS, POR REGIÃO NO MUNICÍPIO DE SANTOS - 2020 A 2024.

ANO	2020		2021		2022		2023		2024	
REGIÃO	Nº pedido	Coef. incid.	Nº pedido	Coef. incid.	Nº pedido	Coef. incid.	Nº pedido	Coef. incid.	Nº pedido	Coef. incid.
ÁREA CONTINENTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	1	27,9

CENTRO	14	26,96	15	46,80	05	15,60	17	60,79	2	7,15
MORROS	8	11,81	13	19,19	13	19,19	22	30,09	2	2,74
ORLA	35	15,62	45	18,45	36	14,76	72	29,44	66	26,99
Z. NOROESTE	7	10,09	14	19,36	04	5,53	14	20,21	8	11,55
SANTOS	64	15,26	87	20,74	48	13,83	125	29,86	79	18,87

Fonte: CCZV-SMS - Dados sujeitos à revisão

Pop. Censo IBGE 2022

OBS: incidência por 100.000 hab, apenas para reforçar a comparabilidade proporcional a população de cada região da cidade

CCZV - LEISHMANIOSE VISCERAL CANINA

Desde a implantação do Programa de Monitoramento e Vigilância da Leishmaniose Visceral Canina, por meio de inquéritos sorológicos realizados em campo pela CCZV-SMS e os atendimentos clínicos veterinários realizados em parceria com a CODEVIDA/SEMAM, as amostras de sangue de cães suscetíveis são encaminhados para exame laboratorial.

De 2015 até dezembro de 2024, 152 cães foram identificados com leishmaniose visceral, sendo que 25 permanecem vivos, tratados e acompanhados e 127 foram a óbito.

A localização dos casos permitiu gerar mapas que apontam e relacionam as áreas de morro e borda de mata como as principais áreas críticas para a doença em Santos.

Até a presente data, foram analisadas 3.158 amostras de sangue de cães, apresentando uma prevalência de 4,8% para LVC. Entre 2015 e 2017, 555 testes foram realizados enquanto se estabeleciam as estratégias de combate à doença no município. Em 2018, a incidência de animais doentes entre os 427 testes foi de 6,79%. Em 2019, foram 454 testes com incidência de 6,82%.

Em 2020, 586 testes foram realizados apresentando redução para 4,61% de positividade. Em 2021, devido à pandemia de COVID-19, as testagens foram direcionadas apenas para animais suspeitos, considerando sintomáticos e seus contactantes, havendo um decréscimo na quantidade de animais coletados, com 233 amostras e um consequente aumento na incidência para 6,87%. A partir de 2022, houve a retomada dos inquéritos sorológicos, porém não no ritmo pré-pandemia. Entretanto, a tendência de estabilização da disseminação da leishmaniose visceral entre os cães do município ficou comprovada, já que de 2022 a 2024 a prevalência ficou abaixo de 4%.

Um projeto de vacinação contra leishmaniose foi realizado em 2019, quando 803 animais foram imunizados, sendo 278 pertencentes às áreas críticas. Novidades científicas, como a utilização da vacina na terapia de animais doentes, podem gerar novos projetos.

As pesquisas entomológicas não encontraram o vetor *Lutzomyia longipalpis* no município. Hoje a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo - SES/SP, considera o município de Santos como “área com presença de vetores secundários”, ou seja, outras espécies de flebotomíneos menos adaptados, ainda com poucas evidências científicas de capacidade vetorial, são provavelmente os responsáveis pela transmissão da LVC.

Por meio de emenda parlamentar, 3.572 (até o final de 2021) coleiras repelentes foram adquiridas e distribuídas entre os cães positivos para LVC e residentes nas áreas de transmissão.

A partir de 2020, novas coleiras repelentes de efeito prolongado (8 meses) foram adquiridas pela Secretaria de Saúde para a continuidade do trabalho preventivo.

A SMS, em parceria com a CODEVIDA-SEMAM, disponibilizou todas as ferramentas atuais para o controle e prevenção da LVC, além da criação do Comitê Municipal Intersetorial contra Leishmaniose, promovendo educação em saúde no território, consulta médica veterinária, busca do vetor com armadilhas, tratamento medicamentoso, vacinação, coleiras repelentes e com inseticidas e principalmente, sem a compulsoriedade da eutanásia, como premissa para controle da doença.

O CCZV realiza o acompanhamento de todos os cães vivos, através de visitas domiciliares, verifica o cumprimento das regras estabelecidas para a manutenção de animais com LVC no município, bem como a vigilância dos casos inconclusivos ou suspeitos.

Casos LVC no município de Santos - SP



Fonte: CCZV-SMS - Dados sujeitos a alterações

ANO	CASOS	ÓBITOS	VIVOS	TESTES	INCIDÊNCIA
2015	4	4	0	150	2,67%
2016	0	0	0	0	0
2017	17	17	0	405	4,2%
2018	29	28	1	427	6,79%
2019	31	26	5	454	6,83%
2020	27	21	6	586	4,61%
2021	16	10	6	233	6,87%
2022	12	10	2	306	3,92%
2023	9	6	3	376	2,39%
2024	7	5	2	221	3,17%
TOTAL	152	127	25	3.158	4,8%

*dados provisórios sujeito a alterações Fonte: CCZV/SMS

NÚMERO DE CASOS LEISHMANIOSE VISCERAL CANINA, RESIDENTES EM SANTOS - POR REGIÃO DE RESIDÊNCIA E ANO DE DIAGNÓSTICO, 2020 A 2024.

Região	2020		2021		2022		2023		2024	
	No	Coef.*	No	Coef.*	No	Coef.*	No	Coef.*	No	Coef.*
Área continental	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Centro	1	3,12	0	0	0	0	0	0	1	3,58
Morros	21	30,99	13	19,19	4	5,9	4	5,47	5	6,84
Orla	1	0,41	2	0,82	5	2,05	4	1,64	1	0,41
Z.noroeste	2	2,77	1	1,38	1	1,38	1	1,44	0	0
Santos	25	5,96	16	3,81	10	2,38	9	2,15	7	1,67

Fonte: CCZV-SMS - Dados sujeitos à revisão

Pop. Censo IBGE 2022

OBS: incidência por 100.000 hab, apenas para reforçar a comparabilidade proporcional a população de cada região da cidade

A concentração dos casos permanece na região dos Morros, com destaque para o Morro Nova Cintra. Foi identificado mais um caso no Morro José Menino, comprovando que há condições ambientais para a expansão da doença na área dos Morros, apesar da baixa incidência, o que reforça a necessidade de continuidade da vigilância e controle dos casos.

CCZV - CONTROLE DE VETOR

É importante salientar que as arboviroses não devem mais ser vistas somente como doenças de verão, pois sua transmissão ocorre durante todo o ano na região. Por isso, a importância da realização de ações preventivas para o controle do mosquito *Aedes aegypti* (transmissor da dengue, zika, chikungunya), de forma permanente e contínua.

VISITAS A IMÓVEIS CASA A CASA

Para efeito de distribuição das atividades de vigilância e controle de vetores realizados pelas equipes de campo do CCZV, o município é dividido em nove áreas na Região Insular e urbana, além dos bairros da Região Continental que formam uma área à parte. Esta divisão, com os bairros que a compõem, está listada a seguir:

Área I (Ponta da Praia, Aparecida e Estuário)

Área II (Embaré, Boqueirão)

Área III (Macuco, Encruzilhada)

Área IV (Gonzaga, José Menino e Pompéia)

Área V (Marapé, Campo Grande e Vila Belmiro)

Área VI (Jabaquara, Centro, Valongo, Vila Mathias, Paquetá e Vila Nova)

Área VII (Morros)

Área VIII (São Jorge, Caneleira, Santa Maria, Bom Retiro, Chico de Paula, Alemoa, Saboó, São Manoel e Piratininga)

Área IX (Areia Branca, Castelo, Rádio Clube)

Área CI (Caruara, Iriri, Monte Cabrão, Ilha Diana e Vale do Quilombo)

NÚMERO DE IMÓVEIS VISITADOS CASA A CASA PARA CONTROLE VETORIAL, NO MUNICÍPIO DE SANTOS - 2024.

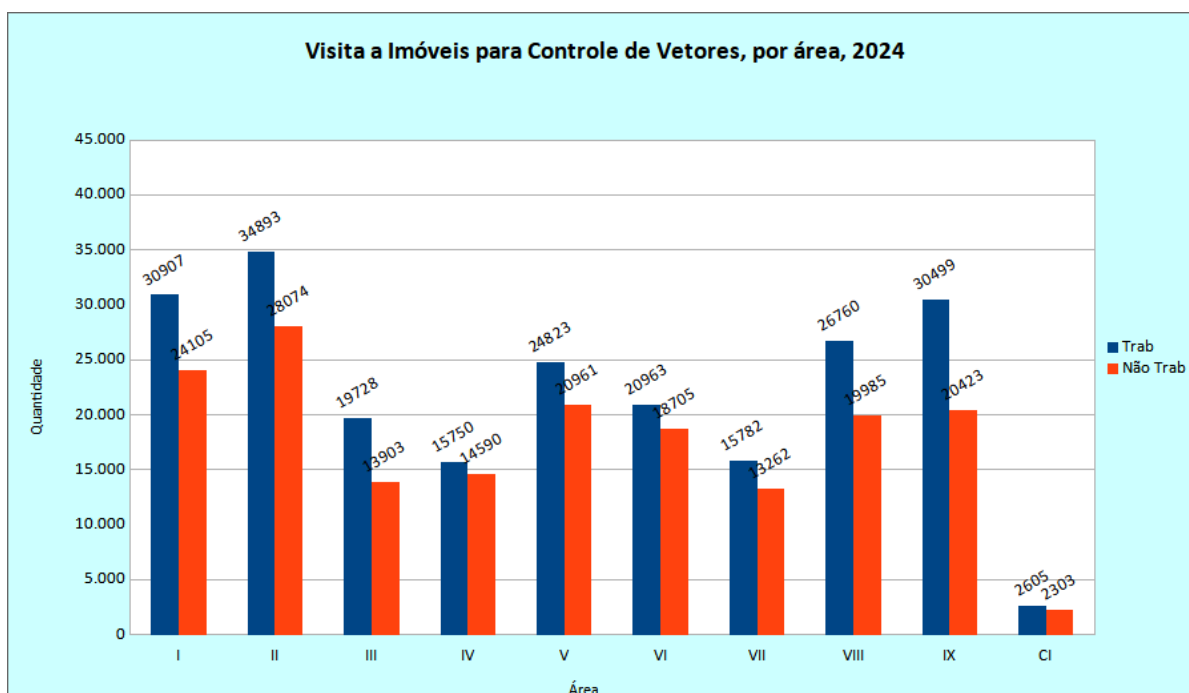
RESUMO VISITA A IMÓVEIS – 2024

Area	Atividade	Trab	% Trab	Não Trab	% Não Trab	Fech	Desoc	Temp	Parcial	Recusa	Total
I	Visita a Imóveis	30907	56,2%	24105	43,8%	19415	2089	705	21	1875	55012
II	Visita a Imóveis	34893	55,4%	28074	44,6%	23243	2153	733	45	1900	62967
III	Visita a Imóveis	19728	58,7%	13903	41,3%	11705	1700	2	78	418	33631
IV	Visita a Imóveis	15750	51,9%	14590	48,1%	10671	1217	1487	35	1180	30340
V	Visita a Imóveis	24823	54,2%	20961	45,8%	17772	1867	18	23	1281	45784
VI	Visita a Imóveis	20963	52,8%	18705	47,2%	12741	5261	3	23	677	39668
VII	Visita a Imóveis	15782	54,3%	13262	45,7%	12211	683	0	0	368	29044
VIII	Visita a Imóveis	26760	57,2%	19985	42,8%	18210	1484	40	3	248	46745
IX	Visita a Imóveis	30499	59,9%	20423	40,1%	18783	1329	15	10	286	50922
CI	Visita a Imóveis	2605	53,1%	2303	46,9%	1455	497	315	5	31	4908

Fonte: adaptado do SISAWEB (Sistema de Informação albergado na SES) - Dados sujeitos a revisões

Imóveis não trabalhados = fechados, desocupados, temporada, parcial ou recusa.

Imóveis trabalhados = morador permitiu o acesso do agente de endemias dentro do imóvel, acompanhando a visita orientativa e preventiva.



Fonte: adaptado do SISAWEB (Sistema de Informação albergado na SES) - Dados sujeitos a revisões

Merece destaque e preocupação a alta taxa de pendências (imóveis não trabalhados): os agentes não conseguem acessar o interior do imóvel, seja por estarem fechados ou por recusa. Tal fato se repete em todo o município, especialmente nas áreas IV, VI e CI, onde as pendências beiram os 50%.

IMÓVEIS ESPECIAIS (IE)

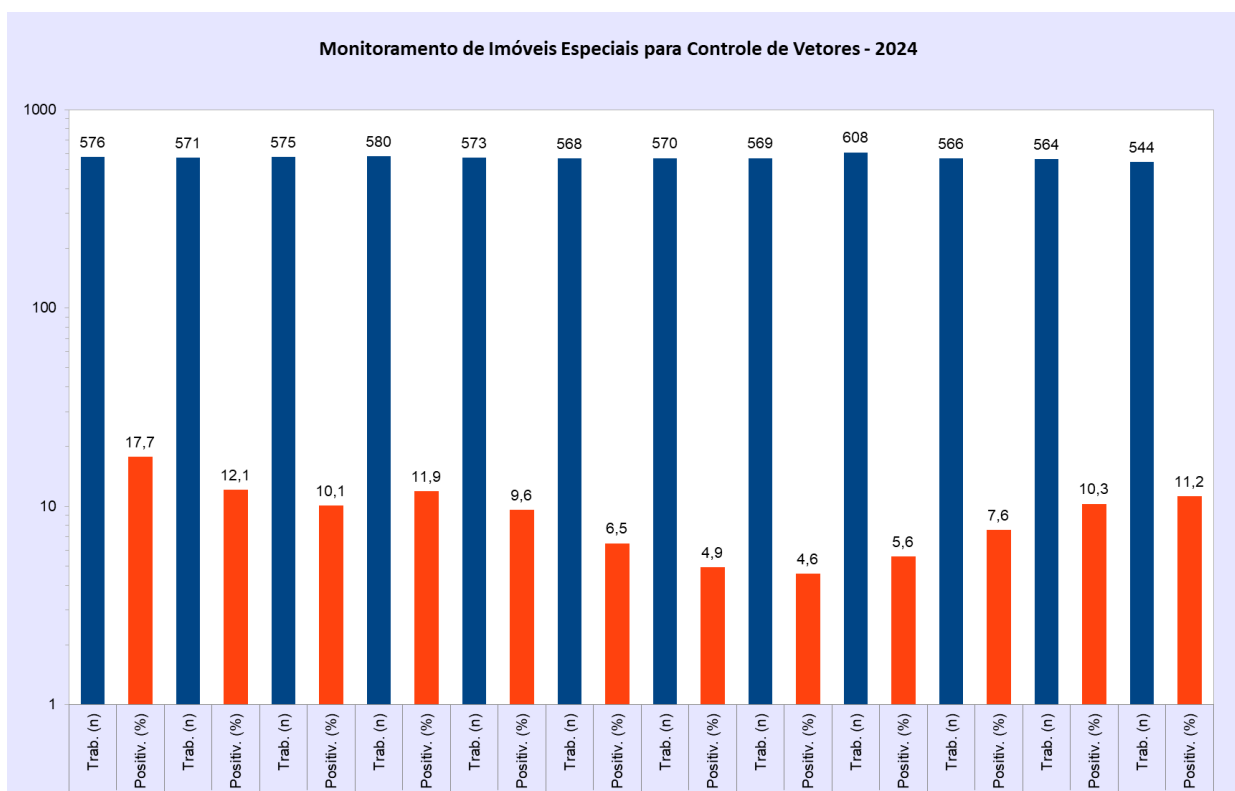
Imóveis Especiais são selecionados de acordo com o maior risco que oferecem em relação à transmissão das arboviroses (dengue-zika-chikungunya) pela grande circulação de pessoas em seu interior.

Os prédios públicos, como as unidades escolares e de saúde, são exemplos de imóveis especiais, assim como hotéis, centros de compras e universidades.

Estes locais recebem vistoria das equipes para vigilância e controle do *Aedes aegypti* mensalmente, visando diminuir e/ou eliminar a existência de qualquer possível criadouro.

Em Santos, as equipes se dividem por todo o território e respondem pela inspeção dos imóveis especiais de sua respectiva área.

NÚMERO DE IMÓVEIS ESPECIAIS VISTORIADOS E POSITIVIDADE PARA *Aedes aegypti*, NO PERÍODO DE JANEIRO A DEZEMBRO DE 2024.



Fonte: adaptado do SISAWEB (Sistema de Informação albergado na SES) Dados sujeitos a alterações



IMÓVEL TRABALHADO



% POSITIVIDADE

PONTOS ESTRATÉGICOS (PE)

Os PE são imóveis com maior importância na geração e dispersão ativa e passiva de *Aedes aegypti*. Os PE são cadastrados para trabalho com atividade específica.

Grupo 1 – Imóveis que apresentam grande quantidade de recipientes em condições favoráveis à proliferação de larvas de *Aedes aegypti* (depósitos de pneus usados e de ferro velho, oficinas de desmanche de veículos, borracharias, oficinas de funilaria, cemitérios...), e que, em função da proliferação do vetor e de sua dispersão ativa na área adjacente, podem contribuir de forma importante nos níveis de infestação dessa área. Podem também se

destacar na dispersão passiva do vetor, principalmente na fase de ovo, por meio do transporte de recipientes de um local para outro, em atividades comerciais.

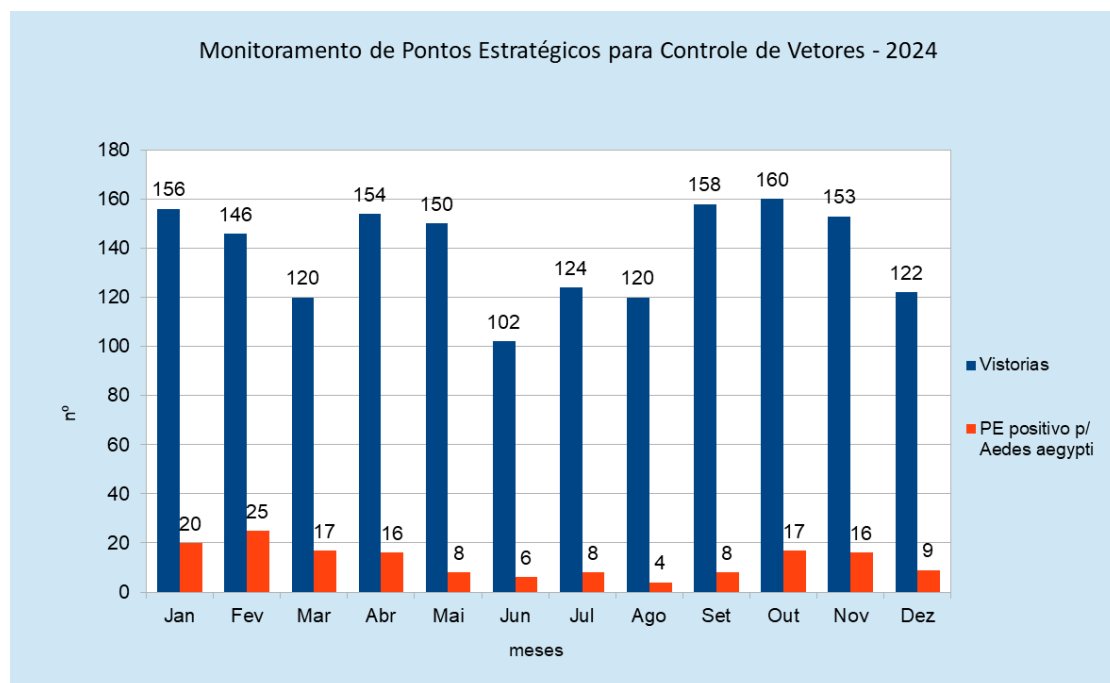
Grupo 2 - Imóveis que geralmente apresentam pequena quantidade de recipientes, mas que, em função da atividade ligada a transporte de mercadorias e passageiros, são importantes na dispersão passiva do vetor, principalmente na fase adulta (transportadoras, estações rodoviárias e ferroviárias, portos, aeroportos...).

Estes locais recebem vistoria de equipe específica para vigilância e controle do *Aedes aegypti* mensalmente, visando diminuir e/ou eliminar a existência de qualquer possível criadouro.

NÚMERO DE PE VISITADOS, DISTRIBUÍDOS POR MÊS E PORCENTAGEM DE FOCOS ENCONTRADOS - ANO 2024.

POSITIVIDADE EM PE – 2024												
Mês	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Vistorias	156	146	120	154	150	102	124	120	158	160	153	122
PE positivo p/ <i>Aedes aegypti</i>	20	25	17	16	8	6	8	4	8	17	16	9
Positividade	12,82%	17,12%	14,17%	10,39%	5,33%	5,88%	6,45%	3,33%	5,06%	10,63%	10,46%	7,38%

Fonte: adaptado do SISAWEB (Sistema de Informação albergado na SES) - Dados sujeitos a alterações



Fonte: adaptado do SISAWEB (Sistema de Informação albergado na SES). Dados sujeitos a alterações

Dos pontos estratégicos vistoriados ao longo do ano, obteve-se uma média de 9,1% de positividade para *Aedes aegypti*, superior à média do ano anterior.

ARMADILHAS PARA CAPTURA DE MOSQUITOS

O município de Santos possui um sistema inteligente de monitoramento do *Aedes aegypti* chamado MI-Aedes®. Este sistema permite que o setor de vigilância tenha uma fotografia semanal da infestação do mosquito na cidade.

Em Santos, fazem parte desse sistema duas etapas:

- Mosquitrap®: armadilhas desenvolvidas para a captura de mosquitos adultos do gênero *Aedes*. Possuem um atraente sintético de oviposição chamado AtrAedes®, que visa atrair fêmeas para o dispositivo. Estas armadilhas têm manutenção semanal para garantir a qualidade do dispositivo para novas capturas.

- Geoprocessamento: as vistorias semanais das armadilhas são realizadas por um agente de endemias que utiliza um aplicativo em um dispositivo móvel. Todo o resultado gerado é geoprocessado e disponibilizado através de mapas, gráficos e tabelas no sistema MI-Aedes. Estas informações são analisadas semanalmente pelo líder da equipe, que gera um boletim por semana epidemiológica, sendo este encaminhado para todos os setores envolvidos no controle do vetor.

As armadilhas são instaladas em residências, com a anuência do responsável, e estão espalhadas pelo território a cada 200 metros de distância entre elas, aproximadamente. Atualmente temos 471 armadilhas instaladas, sendo 433 na área insular e as demais na faixa portuária, sob a responsabilidade da Autoridade Portuária de Santos - APS.

Por meio dos resultados das análises semanais de 100% destes dispositivos, são gerados índices que podem prever o risco de epidemias e permitem localizar os pontos com maior infestação do *Aedes aegypti*.

Dessa forma, podemos identificar as áreas prioritárias para ações de prevenção e controle, além de verificar índices entomológicos mais consistentes. Auxiliam no gerenciamento e tomada de decisões semanais para o controle do vetor, além de avaliar a efetividade das ações de controle executadas.

Abaixo, segue o consolidado do **ano 2024**, sendo:

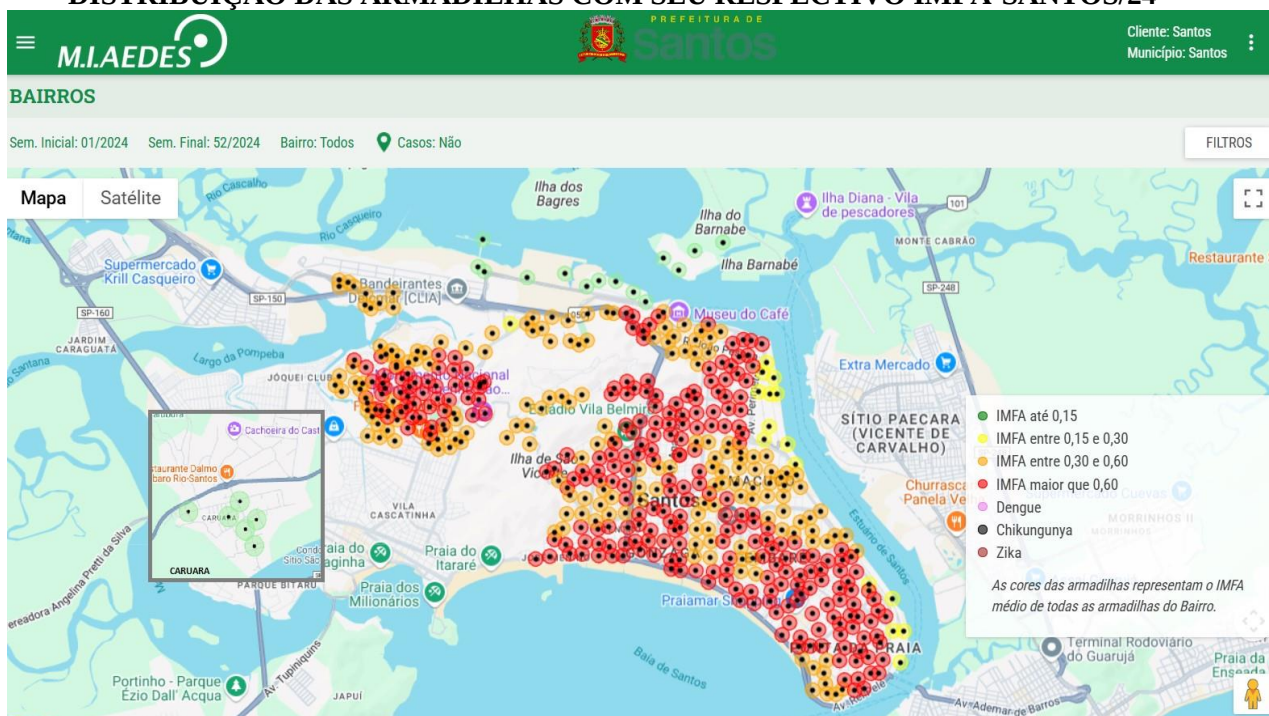
- IMFA (índice médio de fêmeas de *Aedes aegypti*) calculado por meio da divisão do número total de fêmeas capturadas pelo número de armadilhas vistoriadas no período.

- IPM (índice de positividade da Mosquitrap) é a representação percentual de armadilhas positivas no período. É calculado por meio da divisão do número de armadilhas positivas pelo total de armadilhas vistoriadas.

- Número absoluto de fêmeas de *Aedes aegypti* capturadas no período em cada bairro.

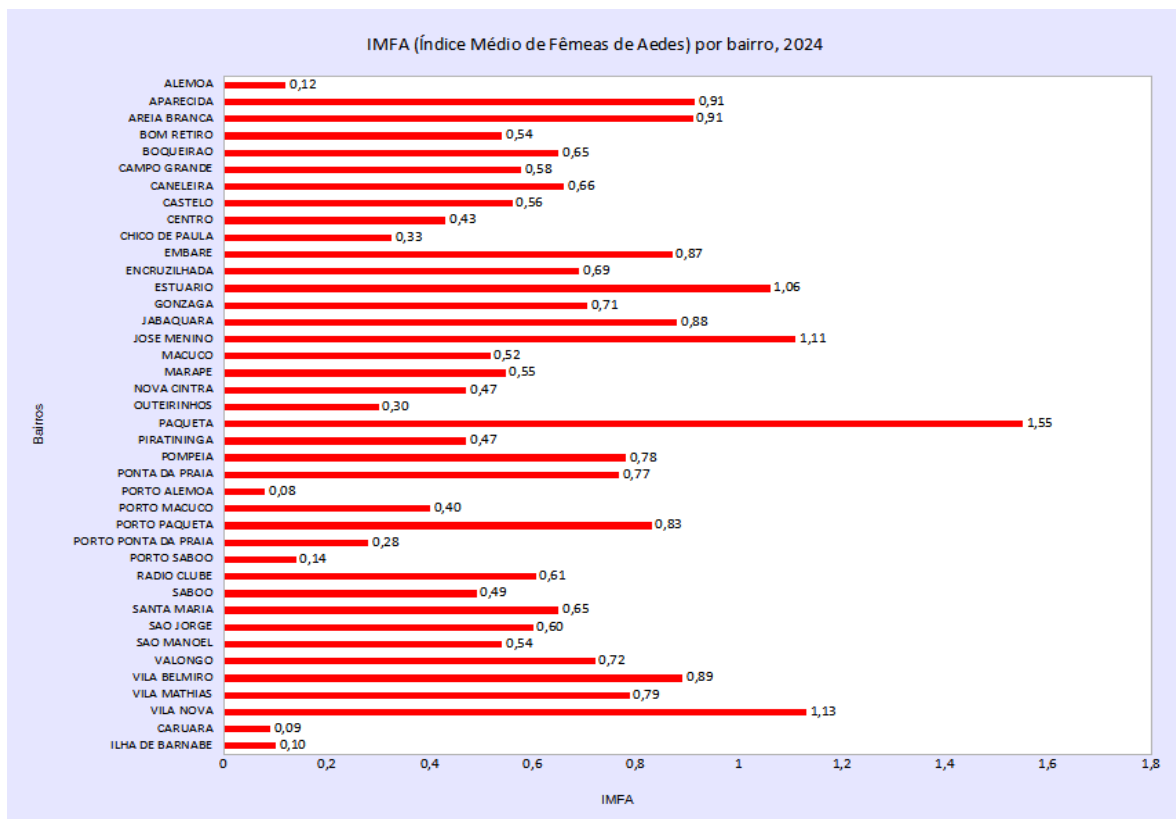
- Número absoluto de armadilhas instaladas em cada bairro. (Observe que os bairros não listados não possuem monitoramento devido a falta de condições técnicas para instalação).

DISTRIBUIÇÃO DAS ARMADILHAS COM SEU RESPECTIVO IMFA-SANTOS/24



Fonte: Sistema MI-Aedes

As armadilhas com as maiores médias de fêmeas capturadas, ao longo do ano, foram nos bairros Paquetá, Vila Nova, José Menino e Estuário, que mereceram mais ações de campo, como mutirões e educação em saúde.



Fonte: CCZV-SMS com dados extraídos do Sistema MI-Aedes

O nível de infestação medido através do IMFA, que havia aumentado substancialmente em 2023 na comparação com o ano anterior, apresentou leve redução em 2024, apesar de continuar com média bastante elevada na maioria dos bairros. Esta afirmação fica demonstrada no gráfico acima, onde pode-se observar que, dos 40 bairros monitorados pelas armadilhas, em 22 houve diminuição do IMFA, outros 7 mantiveram relativa estabilidade e os demais 11 bairros apresentaram aumento neste indicador.

Também importante destacar que, em 2024, o IMFA apontou um nível crítico de infestação (índice maior que 0,60) em 52,5% dos bairros monitorados, nível de alerta (entre 0,30 e 0,60) em 32,5% dos bairros, moderado (entre 0,15 e 0,30) em 2,5% dos bairros e satisfatório (abaixo de 0,15) em 12,5% dos bairros monitorados.

AVALIAÇÃO DE DENSIDADE LARVÁRIA (ADL)

O Ministério da Saúde preconiza que sejam realizadas avaliações das infestações pelo *Ae. aegypti*, nos Municípios e Estados brasileiros, de forma periódica. Para tanto, devem obter e utilizar os índices de infestação Predial e de Breteau, baseados na pesquisa das formas imaturas ou jovens do mosquito (larva/pupas).

Um dos métodos utilizados para vigilância de imaturos de *Ae. aegypti* é o Levantamento Rápido de Índices para *Aedes aegypti* (LIRAA), através do qual se obtém índices de infestação larvários (Predial e Breteau). Tais indicadores podem ser empregados como instrumentos de avaliação das medidas de controle, bem como para intensificar e redirecionar intervenções, ou mesmo alterar as estratégias de controle adotadas. Segundo Gomes (2002), os índices larvários têm vantagens e desvantagens na sua utilização, porém são os mais empregados pela facilidade em sua obtenção.

Em Santos, o LIRAA ou ADL (Avaliação de Densidade Larvária) como também é denominado, é realizado a cada três meses, em janeiro, abril, julho e outubro, todos os anos. A pesquisa é realizada em uma amostra de 600 imóveis/área, distribuídos pelos quarteirões, os quais são sorteados aleatoriamente, de acordo com as Normativas Técnicas implementadas pela SUCEN – Superintendência de Controle de Endemias – da Secretaria Estadual de Saúde (SES) de São Paulo.

A obtenção das amostras para o cálculo dos índices obtidos a partir de fases larvárias depende basicamente da inspeção visual. Portanto, requer atenção e o conhecimento de certas características comportamentais e biológicas apresentadas pelo vetor nessa fase, tais como a fotofobia e a capacidade que as larvas apresentam de resistir a longos períodos submersos, sem vir à tona para respirar (FORATTINI, 2002).

Os índices larvários mais utilizados pelo Ministério da Saúde são calculados conforme apontado a seguir (BRASIL, 2005):

Índice Predial (IP): Relação expressa em porcentagem entre o número de imóveis positivos para *Ae. aegypti* e o número de imóveis pesquisados.

$$IP = \frac{\text{Imóveis positivos}}{\text{Imóveis pesquisados}} \times 100$$

Índice de Breteau (IB): Relação entre o número de recipientes positivos para *Ae. aegypti* e o número de imóveis pesquisados, corrigido de forma que o resultado seja expresso para 100 imóveis.

$$IB = \frac{\text{Recipientes positivos}}{\text{Imóveis pesquisados}} \times 100$$

Ainda de acordo com o MS, os índices obtidos no LIRAa (ou ADL) podem indicar uma graduação de risco para transmissão de dengue e demais arboviroses, conforme a escala a seguir:

IB < 1 = baixo risco;
1 < IB < 4 = médio risco;
IB > 4 = alto risco.

ÍNDICE DE BRETEAU NO MUNICÍPIO DE SANTOS-ANO 2024

ÁREA	2024			
	JAN.	ABR.	JUL.	OUT.
I	3,3	3,1	2,8	1,9
II	3,5	3,1	1,3	0,7
III	6,4	4,6	0,8	2,0
IV	4,7	4,8	3,0	2,6
V	2,3	3,6	2,6	1,3
VI	3,8	3,3	2,2	2,0
VII	2,2	2,6	0,3	0,3
VIII	3,5	1,7	3,1	2,7
IX	2,0	3,0	2,3	2,7
MUNICÍPIO	3,5	3,3	2,0	1,8

Fonte: adaptado do SISAWEB (Sistema de Informação albergado na SES)

Área I (Ponta da Praia, Aparecida e Estuário)

Área II (Embaré, Boqueirão)

Área III (Macuco, Encruzilhada)

Área IV (Gonzaga, José Menino e Pompéia)

Área V (Marapé, Campo Grande e Vila Belmiro)

Área VI (Jabaquara, Centro, Valongo, Vila Mathias, Paquetá e Vila Nova)

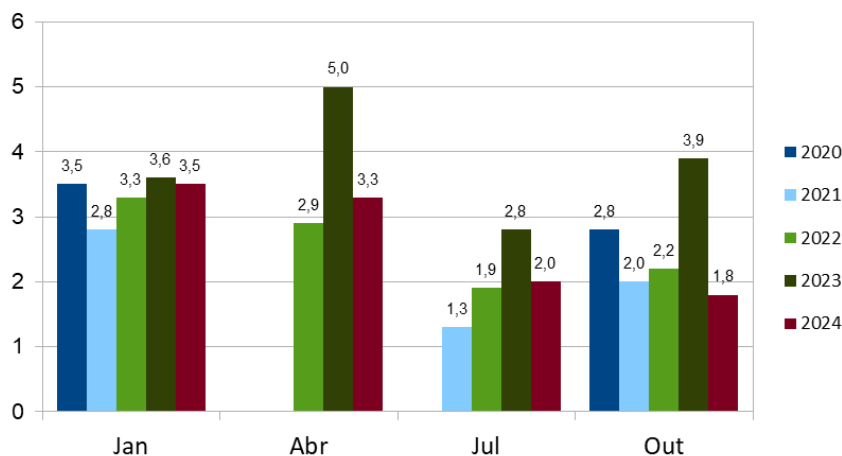
Área VII (Morros)

Área VIII (São Jorge, Caneleira, Santa Maria, Bom Retiro, Chico de Paula, Alemoa, Saboó, São Manoel e Piratininga)

Área IX (Areia Branca, Castelo, Rádio Clube)

Área CI (Caruara, Iriri, Monte Cabirão, Ilha Diana e Vale do Quilombo)

Evolução do Índice de Breteau - 2020 a 2024



Fonte: adaptado do SISAWEB (Sistema de Informação albergado na SES)

Após dois anos sem conseguir realizar todos os ADL preconizados, devido às restrições impostas pela PANDEMIA DE COVID-19, quando atividades presenciais e aglomerações não foram recomendadas, a partir de 2022 foram realizadas as quatro avaliações previstas. Este indicador apresentou visível aumento em relação ao ano anterior, confirmando a tendência de elevação do índice apresentada nos anos anteriores. Esta tendência está demonstrada no gráfico acima, que apresenta a evolução do Índice de Breteau de 2020 a 2024.

Vale salientar que o ano de 2023 apresentou os maiores índices de infestação já apurados no município, destacando-se o levantamento de abril cujo índice foi o maior da série histórica municipal. Em 2024 houve uma significativa redução dos níveis de infestação em relação ao ano anterior, mantendo-se em patamares próximos da mediana da série histórica.

6.2 - SEVIEP - SEÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

CONSOLIDADO DOS CASOS CONFIRMADOS DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA, RESIDENTES EM SANTOS - POR ANO DO DIAGNÓSTICO- 2020 A 2024.

AGRAVO/ANO	2020	2021	2022	2023	2024
	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº
ACID. ANIMAIS PEÇONHENTOS	18	22	53	62	71
AIDS - CASOS DOENÇA	74	79	93	74	66
AIDS - HIV+	83	87	86	101	98
ATEND. ANTIRRÁBICO	397	539	743	842	920
CRIANÇA EXP. HIV	6	5	15	11	13
DENGUE	377	4.403	396	734	5346
DIARREIA (casos em surtos)	0	0	0	0	13
DOENÇA AGUDA PELO VÍRUS ZIKA	0	0	0	0	0
IST- infec. sexualmente transmissível	131	111	174	178	158
ESQUISTOSSOMOSE	3	2	2	1	0
EXANTEMÁTICAS	41	0	0	0	0
FEBRE DO CHIKUNGUNYA	150	7.416	328	52	159
GESTANTE HIV	5	6	14	6	6
HANSENIASE - CASOS NOVOS**	3	3	4	6	3
HEPATITES VIRAIS - CICATRIZ - VÍRUS B	39	295	140	30	106
HEPATITES VIRAIS - CICATRIZ - VÍRUS C	1	2	4	5	16
HEPAT.VIRAIS -VÍRUS B	33	31	31	24	29
HEPAT.VIRAIS -VÍRUS B + C	0	s/i	s/i	0	s/i
HEPAT.VIRAIS - VÍRUS C	59	51	59	57	63
INFLUENZA	2	18	16	53	79
INTOXICAÇÃO EXÓGENA	208	335	381	455	344
LEPTOSPIROSE	5	5	7	17	5
MALÁRIA	0	2	0	0	0
MENINGITE	15	13	18	27	20
SIFÍLIS GESTANTE	132	210	258	187	207

SÍFILIS	782	1.038	1.188	1.264	1408
SÍFILIS CONGÊNITA***	43	37	34	49	42
VIOLÊNCIA - RESIDENTES	515	835	798	847	690

Fonte: SINANET/SINAN ONLINE

OBS: para comparação entre locais, nunca usar números absolutos, e sim o coeficiente de incidência, pois este indica a proporção à população de cada município, ou bairros, ou faixa etária. Pop censo IBGE 2022.

Surto: É uma ocorrência com aumento de casos, na qual os casos estão relacionados entre si, atingindo uma área geográfica delimitada ou uma população restrita a uma instituição, colégios, quartéis, creches, etc.

COVID 19

O monitoramento da COVID-19 em Santos conta com junção de dados entre a Vigilância SRAG e a plataforma E-sus Notifica, ativa no país desde 2020 como ferramenta de monitoramento de casos suspeitos e confirmados para a doença na pandemia e ativa até hoje para registro.

Houve a detecção de 1.138 casos confirmados de COVID-19 em nosso município no ano de 2024, sendo que 43 necessitaram de internação hospitalar. Importante frisar que a vacina contra a COVID-19, que previne as manifestações graves da doença que ocasionam as internações hospitalares, está disponível em todas as salas de vacinação localizadas nas policlínicas do município de forma gratuita, através do Programa Nacional de Imunização - PNI, destinada a toda população a partir de 6 meses de idade.

Nota-se que a faixa etária mais atingida pela doença no ano de 2024 é a população idosa dos 60-69 anos, enquanto a população mais jovem segue mantendo as menores taxas.

CASOS CONFIRMADOS DE COVID-19 - RESIDENTES EM SANTOS - POR REGIÃO DE RESIDÊNCIA E COEF.INCID. (POR 100.000 HAB) - 2020 2024

CASOS CONFIRMADOS DE COVID EM RESIDENTES DE SANTOS, POR REGIÃO E COEF.INCID. (100.000 HAB) - 2020 A 2024										
REGIÃO	2020		2021		2022		2023		2024	
	Nº	Coef*	Nº	Coef*	Nº	Coef*	Nº	Coef*	Nº	Coef*
Área Continental	233	8.195,60	117	4.115,40	165	4.469,10	13	352,1	2	54,17
Centro	3.832	11.956,30	2.506	7.819,00	3.150	11.264,90	264	944,1	69	246,75
Morros	5.166	7.624,5	4.705	6.944,10	5.927	8.105,50	564	771,3	166	227,01
Orla	20.269	8.310,40	21.093	8.648,30	27.939	11.425,00	2295	938,5	767	313,65
Zona Noroeste	6.978	9.649,90	3.488	4.823,50	3.659	5.280,90	335	483,5	90	129,89
Não Informado	1.923	-	2.476	-	2.407	-	98	-	44	-
SANTOS	38.401	9.156,20	34.385	8.198,60	43.247	10.331,10	3.569	852,6	1.138	271,85

Fonte: SIVEP-Gripe e E-SUS Notifica, Junho de 2025 (dados provisórios, sujeito a alterações)

* Coef. Incidência (por 100.000 habitantes) POP censo IBGE 2022

CASOS CONFIRMADOS DE COVID-19 - RESIDENTES EM SANTOS - POR FAIXA ETÁRIA E COEF.INCID. (POR 100.000 HAB) – 2020 A 2024

NÚMERO DE CASOS CONFIRMADOS DE COVID, RESIDENTES EM SANTOS, POR FAIXA ETÁRIA E ANO DE DIAGNÓSTICO — 2020 A 2024										
FAIXA ETÁRIA	2020		2021		2022		2023		2024	
	Nº	Coef.*	Nº	Coef.*	Nº	Coef.*	Nº	Coef.*	Nº	Coef.*
< 1 ANO	96	2350,6	211	5433,9	210	5615	43	1151,9	2	53,58
1-4 ANOS	262	1504,8	305	1758,2	524	3821,5	37	269,7	28	204,1
5-9 ANOS	379	1664,4	560	2468,7	885	4205,3	40	190,1	12	57,02
10-14 ANOS	600	2534,4	721	3087,3	986	4507,8	54	246,9	19	86,87
15-19 ANOS	1.258	5267,6	1.481	6293,3	1.347	5861,9	87	378,6	20	87,04
20-29 ANOS	5.553	10725,9	4.907	9602	5.536	10981,5	325	644,7	92	182,5
30-39 ANOS	8.206	12835,3	6.575	10462,2	7.396	12746,9	457	787,6	134	230,95
40-49 ANOS	8.069	12961	6.849	10863,3	7.945	12500,4	576	906,3	182	286,35
50-59 ANOS	6.503	11107,9	5.629	9645,6	6.932	12116,8	596	1041,8	150	262,19
60-69 ANOS	4.135	8043,5	3.884	7427,1	5.781	11116,2	579	1113,4	207	398,04
70-79 ANOS	2.098	6459,6	2.191	6534,3	3.701	10946,8	467	1381,3	158	467,33
≥ 80 ANOS	1.242	5792,4	1.072	4870,5	2.004	9899,7	308	1521,5	134	661,96
SANTOS	38.401	8855,2	34.385	7923	43.247	10331,1	3.569	852,6	1138	271,8

Fonte: SIVEP-Gripe e E-SUS Notifica, Junho de 2025 (dados provisórios, sujeito a alterações)

* Coef. Incidência (por 100.000 habitantes) POP censo IBGE 2022

DISTRIBUIÇÃO DE CASOS CONFIRMADOS DE COVID-19 - RESIDENTES EM SANTOS – SEGUNDO O SEXO E – 2020 A 2024.

NÚMERO DE CASOS CONFIRMADOS DE COVID, RESIDENTES EM SANTOS, POR SEXO E ANO DE DIAGNÓSTICO — 2020 A 2024						
ANO	FEMININO		MASCULINO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2020	20.985	54,7	17.378	45,3	38.363	100
2021	18.984	55,2	15.400	44,8	34.384	100
2022	26.009	60,2	17.228	39,9	43.237	100

2023	2.348	65,8	1.221	34,2	3.569	100
2024	753	66,1	385	33,8	1.138	100
TOTAL	69.079	57,23	51.612	42,76	120.691	100

Fonte: SIVEP-Gripe e E-SUS Notifica, Junho de 2025 (dados provisórios, sujeito a alterações).

NÚMERO DE CASOS CONFIRMADOS E ÓBITOS, TAXAS DE INCIDÊNCIA DO DIAGNÓSTICO E LETALIDADE DE COVID, EM RESIDENTES DE SANTOS, POR ANO — 2020 A 2024				
ANO	CASOS CONFIRMADOS	ÓBITOS	TAXAS	
			Incidência (100.000 hab)	Letalidade %
2020	38.401	966	9.173	2,5
2021	34.385	1.340	8.214	3,9
2022	43.247	345	10.331	0,8
2023	3.569	34	852	1
2024	1.138	13	271	1,14

Fonte: SIVEP-Gripe e E-SUS Notifica, Junho de 2025 (dados provisórios, sujeito a alterações)

* Coef. Incidência (por 100.000 habitantes) POP censo IBGE 2022

Referências:

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. FIOCRUZ. Resumo do Boletim InfoGripe - 2024. Monitoramento de SRAG notificado no SIVEP Gripe, [S. l.], p. 1-20, 14 dez. 2024. Disponível em: https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/u35/resumo_infogripe_2024_50.pdf. Acesso em: 21 maio 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações e Doenças Imunopreveníveis. **Vigilância das Síndromes Gripais.** Curso EAD, [s. l.], ed. 1ª, 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. OMS. Nota Informativa. **Infecções respiratórias por Mycoplasma pneumoniae**, [s. l.], 20 dez. 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/sites/default/files/2023-12/2023-dic-20-phe-nota-informativa-mycoplasmapneumoniae-pt-final0.pdf>. Acesso em: 22 maio 2025.

DOENÇAS EXANTEMÁTICAS

SARAMPO – RUBÉOLA - SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA

SARAMPO

O sarampo é uma doença exantemática viral, infecciosa, aguda, transmissível, extremamente contagiosa. Caracteriza-se por febre, exantema e sintomas respiratórios,

podendo evoluir com complicações e óbito, particularmente em crianças desnutridas e menores de um ano de idade.

Apesar de haver uma vacina segura e eficaz disponível, casos de sarampo têm sido reportados em várias partes do mundo e, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), muitos países permanecem endêmicos para o sarampo, principalmente aqueles com baixa cobertura vacinal.

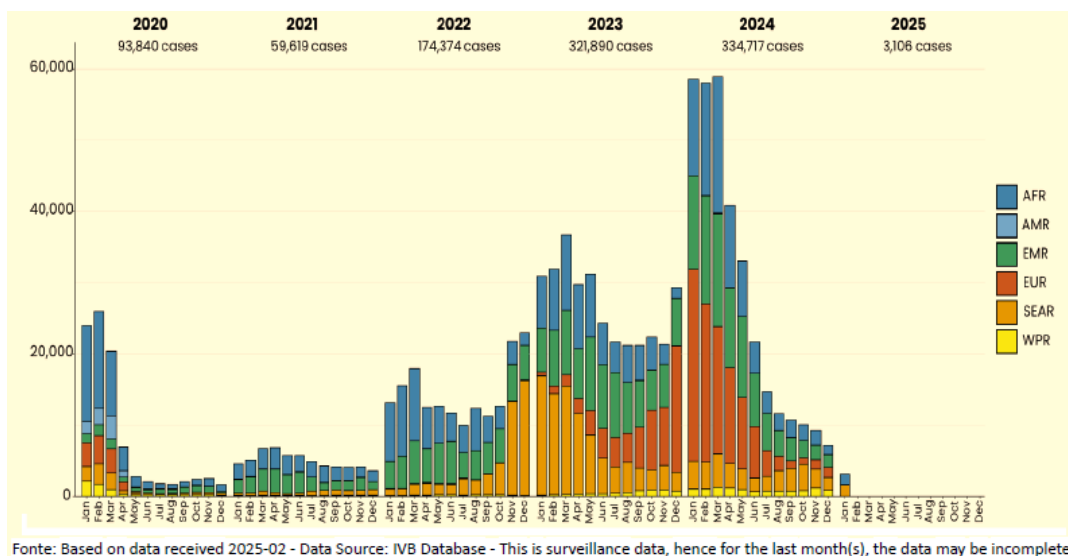
Cenário epidemiológico global

O sarampo continua sendo uma doença que afeta todos os continentes, gerando casos e surtos.

Em 2024, globalmente, foram confirmados 334.717 casos de sarampo. Ou seja, 18.767 casos a mais que o ano anterior, correspondendo a um acréscimo de 6,3% em 12 meses.

Observando-se a série histórica do sarampo no mundo, identifica-se um aumento gradativo de casos após período da pandemia da Covid-19, com maior pico em 2024, conforme figura abaixo.

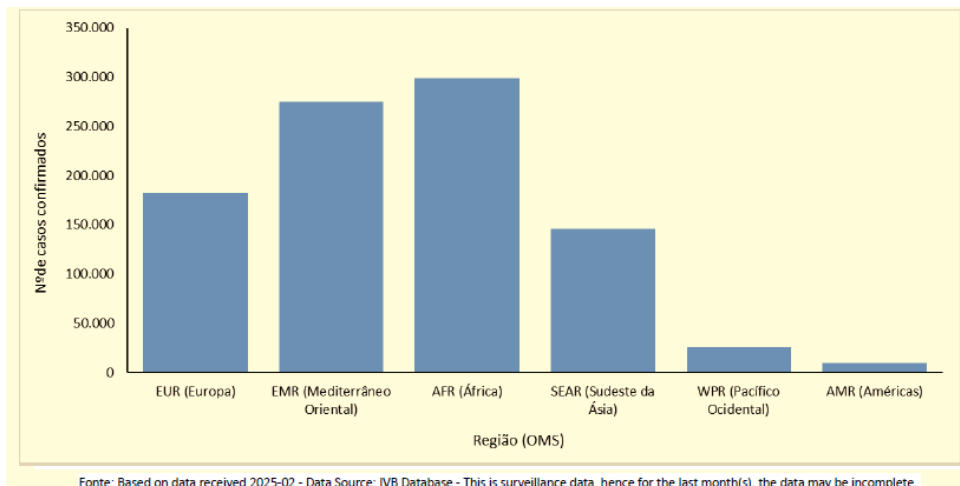
Distribuição de casos de sarampo por mês nas Regiões da OMS, 2020 a 2025.



Fonte: NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 6/2024-CGVDI/DPNI/SVSA/MS

A maioria dos casos confirmados ocorreu na África (AFR), com 298.818 (31,9%), seguido pela Região do Mediterrâneo Oriental (EMR), com 274.903 (29,3%) e Europa (EUR), com 182.438 (19,4%), entre os anos de 2020 e 2025, como mostra a figura abaixo.

Destaca-se que o maior número de casos confirmados de sarampo ocorreu no ano de 2024, totalizando 318.619 (34,0%) casos, seguido do ano de 2023 com 299.852 (32,0%) casos.



Fonte: NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 6/2024-CGVDI/DPNI/SVSA/MS

Cenário epidemiológico nacional

Em 2016, o Brasil recebeu a certificação da eliminação do vírus do sarampo pela OMS e, três anos após, o agente etiológico voltou a circular no país.

Em 2019, o Brasil perdeu a certificação de “país livre do vírus do sarampo”, pela reintrodução do vírus no país e confirmação de novos casos, causados pelo intenso fluxo migratório de países vizinhos, associado às baixas coberturas vacinais em vários municípios.

Em 2022, o Ministério da Saúde lançou o “Plano de ação para a interrupção da circulação do vírus do sarampo”. Nesse ano, foram notificados 3.277 casos e 41 confirmados de sarampo, nos seguintes estados: Amapá (30), Pará (01), São Paulo (08) e Rio de Janeiro (02), sem ocorrência de óbitos pela doença neste período.

Em 2023, foram notificados 1.867 casos suspeitos, e, destes, nenhum foi confirmado. Nesse mesmo ano, ocorreu a elevação de status de “país endêmico” para “país pendente de reavaliação”.

Em 2024, foram notificados 2.232 casos suspeitos de sarampo, dos quais cinco foram confirmados, sendo quatro (4) casos importados, com identificação dos genótipos B3 e D8, e um caso de ocorrência esporádica, com fonte desinfecção desconhecida, uma vez que não foi identificado contato com viajantes, nem houve registro de viagem nacional ou internacional.

Por conta desses dados e pela implementação das estratégias do “Plano de ação para a interrupção da circulação do vírus do sarampo”, o **Brasil voltou a receber, da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o status de país livre da doença**, no final de 2024.

Em 2025, até março, foram confirmados no Brasil três (03) casos de sarampo, dois (02) no estado do Rio de Janeiro e um (01) no Distrito Federal. Os casos identificados foram investigados e as medidas de controle e prevenção implementadas para interromper a transmissão do vírus.

Cenário epidemiológico no Estado de São Paulo

Em 2024, o município de São Paulo notificou dois casos suspeitos de sarampo com histórico de deslocamento internacional, mas que, após a realização do protocolo específico e da investigação, foram classificados como casos importados.

O Estado de São Paulo manteve a interrupção da circulação endêmica do sarampo em 2024, visto que, o último caso confirmado de sarampo ocorreu em 22 de maio de 2022.

Em 10 de abril de 2025, foi confirmado um (01) caso de sarampo no município de São Paulo, em adulto, do sexo masculino, vacinado, com exantema em 05/04/2025, precedido de

febre, tosse seca, mialgia e cefaleia. Não houve registro de internação e nem complicações. As medidas de prevenção e controle foram deflagradas.

Cenário epidemiológico no município de Santos

Em 07 de maio de 2024, a Seção de Vigilância Epidemiológica de Santos (Seviep), apresentou a situação epidemiológica do sarampo e atividades de resposta rápida durante a visita da Comissão Regional de Monitoramento e Reverificação da Eliminação do Sarampo, Rubéola e Síndrome da Rubéola Congênita na Região das Américas e do Secretariado da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) – Washington.

O objetivo foi apresentar as ações permanentes realizadas no município, que poderiam contribuir para a recertificação do Brasil como livre da circulação de Sarampo e sustentabilidade da eliminação da Rubéola e SRC.

O evento, que aconteceu no Instituto Butantan, reuniu representantes do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e das Secretarias Municipais de São Paulo, Guarulhos, Campinas e Santos.

Mais informações sobre o evento, acessar o link abaixo.

<https://butantan.gov.br/noticias/butantan-sedia-evento-da-opas-sobre-situacao-do-sarampo-no-brasil--pais-pode-recuperar-certificado-de-eliminacao-da-doenca>

Em novembro de 2024, a Seção de Vigilância Epidemiológica de Santos recebeu a notificação de um caso suspeito de sarampo: criança de 3 anos, sexo feminino, com registro vacinal atualizado para a idade, sem histórico de viagem, e cujos resultados dos exames específicos foram negativos.

Em função do aumento global de casos de sarampo, do fato de o município ser um polo turístico, de sediar o maior porto da América latina, com intensa movimentação de navios de cargas e de passageiros/cruzeiros, com conexão com vários continentes, a implementação oportuna das medidas de controle e prevenção, diante de um caso suspeito, reduz a chance de dispersão do vírus.

Para tal, torna-se imprescindível a articulação entre as áreas de vigilância epidemiológica, laboratório, imunização, atenção primária à saúde e atenção especializada.

RUBÉOLA

A rubéola é uma doença exantemática aguda, transmissível, contagiosa, em que o homem é reservatório e fonte de infecção. A transmissão ocorre diretamente de pessoa para pessoa, por meio de secreções nasofaríngeas expelidas ao tossir, espirrar e falar.

Os últimos casos autóctones de rubéola no Brasil foram registrados em 2008 e, em 2015, o País recebeu da Organização Mundial da Saúde, o “certificado de eliminação da Rubéola”.

No município de Santos, o último caso confirmado de rubéola ocorreu em 2008.

SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA

A síndrome da rubéola congênita é decorrente da infecção da mãe pelo vírus da rubéola durante as primeiras semanas da gestação. Quanto mais precoce for a infecção em relação à idade gestacional, mais grave é a doença.

Os sinais são múltiplas anomalias congênitas que podem levar à morte fetal. O diagnóstico é por sorologia e cultura viral. Não há tratamento específico. A vacinação de rotina é o meio para prevenção.

Desde 2009, não foram registrados casos confirmados de síndrome da rubéola congênita no Brasil.

RECOMENDAÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE

A imunização e a vigilância epidemiológica são medidas de prevenção e controle do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita.

Em relação à imunização, existem duas vacinas disponíveis para proteção contra o sarampo e rubéola: a vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) e a tetraviral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela).

Além do esquema vacinal infantil de rotina, adolescente e adultos podem receber a vacina conforme o esquema abaixo:

- De 1 a 29 anos – o paciente deve ser imunizado com duas doses.

- De 30 a 59 anos – com uma dose da vacina tríplice viral, se não vacinado anteriormente.

- Trabalhadores da saúde – com duas doses da vacina tríplice viral, independentemente da idade, com intervalo de 30 dias entre as doses.

Em 2024, a cobertura vacinal de sarampo, nos residentes de Santos, para 1ª dose da tríplice viral, em crianças de 1 ano, foi de 108,04%. Em relação à 2ª dose, com tríplice ou tetra viral, foi de 88,10%.

A meta da cobertura vacinal preconizada pelo do Programa Nacional de Imunizações (PNI) é de 95%.

Fonte: Esquemas vacinais e contraindicações, podem ser consultadas no Calendário Nacional de Vacinação, disponível no portal oficial do Ministério da Saúde: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao>

Em relação à vigilância, compete à Seção de Vigilância epidemiológica de Santos, por meio do técnico responsável pelo agravo, capacitar e atualizar os profissionais dos serviços de saúde para a identificação precoce dos casos suspeitos e notificação imediata.

O objetivo é controlar e eliminar a transmissão do vírus, mediante uma vigilância ativa e oportuna, por meio da busca ativa diária prospectiva e retrospectiva de casos no sistema informatizado de dados da rede municipal, da busca ativa laboratorial e monitoramento das condições de risco e dos atendimentos de casos atendidos nos serviços privados, identificados pelos CIDs, através do recebimento semanal das informações/planilhas.

COQUELUCHE

A coqueluche é uma doença infecciosa aguda e que tem como agente etiológico a Bordetella pertussis. Compromete o aparelho respiratório (traqueia e brônquios) e se caracteriza por paroxismos de tosse seca. A infecção pode durar cerca de 6 a 10 semanas e evolui em três fases sucessivas: a fase catarral, a fase paroxística e a fase de convalescença.

Em lactentes, pode resultar em um número elevado de complicações e levar à morte, principalmente em bebês de até 6 meses de vida, que ainda não completaram o esquema vacinal primário contra a doença.

A doença é de alta transmissibilidade, ocorre de forma direta (pessoa contaminada para suscetíveis), por meio de gotículas (tosse, espirro, ao falar etc.). Estima-se que 1 pessoa com coqueluche pode infectar de 12 a 17 outras suscetíveis. A suscetibilidade é geral.

A principal medida de controle é feita por meio da vacinação dos suscetíveis, que inclui vacinação de rotina na rede básica de saúde, bloqueio vacinal, intensificação e/ou campanhas de vacinação.

Cenário epidemiológico global

Em 2024, foi observado um aumento de casos de coqueluche em pelo menos 17 países da União Europeia, conforme o European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) e em outros países da Europa (Montenegro, Sérvia), Ásia (China, Israel), Oceania (Austrália) e da Região das Américas (Bolívia, Canadá e Brasil).

O aumento de casos ocorreu após um período de atividade muito baixa da coqueluche durante a pandemia de covid-19. Os casos têm sido notificados em diversas faixas etárias, com maior incidência nos menores de um ano de idade, seguidas pela faixa etária de 5 a 9 anos e de 1 a 4 anos, porém, com variações entre os países.

Cenário epidemiológico nacional

Em 2024, segundo o Ministério da Saúde, o Brasil registrou 6.059 casos de coqueluche, o que configura um aumento de 2.383% em relação às notificações de 2023, cujo total foi de 244.

A maior parte dos infectados foram adultos com mais de 30 anos (1.265 casos) e crianças de 10 a 14 anos (1.452 casos). Registrou-se 13 óbitos pela doença, todos em crianças menores de um ano de idade - a maioria era filho de mães não vacinadas durante o período da gestação. Os estados que registraram o maior número de casos da doença foram Paraná, São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Distrito Federal e Rio Grande do Sul.

Cenário epidemiológico estadual

De janeiro até 11 de novembro de 2024, o Estado de São Paulo registrou 870 casos confirmados de coqueluche. Para efeito de comparação, em todo o ano de 2023, o número total de casos foi de 53.

Apenas na capital paulista, a Secretaria Municipal da Saúde foi notificada de 525 casos - do início do ano até 12 de novembro de 2024. Durante o período de 2024, foram notificados 30 surtos da doença.

Cenário epidemiológico em Santos

Em 2024, foram confirmados sete casos de coqueluche, sendo dois casos em menores de 01 ano; três casos de 1 a 10 anos; dois casos em maiores de 10 anos, todos vacinados de acordo com o calendário vacinal ministerial vigente.

Não foram identificados surtos de coqueluche e não houve registro de óbitos.

RECOMENDAÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE

A imunização é a principal medida de prevenção da doença, reduzindo a gravidade e a mortalidade, especialmente nos grupos de maior risco.

As vacinas penta – vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis, hepatite B (recombinante) e haemophilus influenza e tipo b (conjugada) – e tríplice bacteriana (DTP) devem ser aplicadas em crianças, mesmo quando os responsáveis refiram história da doença.

Na rotina dos serviços de saúde, a vacina penta é indicada em 3 doses, para crianças menores de 1 ano de idade. As doses são aplicadas aos 2, 4 e 6 meses de idade, com intervalo de 30 a 60 dias entre elas. Recomenda-se que a terceira dose não seja aplicada antes dos 5 meses de idade em situações de surto.

Esta vacina encontra-se disponível para as crianças de até 6 anos, 11 meses e 29 dias. Também indicam-se duas doses de reforços com a vacina DTP, aos 15 meses e aos 4 anos de idade, que podem ser aplicadas nas crianças com menos de 7 anos de idade.

A vacina DTPa (acelular) é recomendada para crianças com risco aumentado de desenvolver ou que tenham desenvolvido eventos graves adversos à vacina com células inteiras, e está disponível nos Centros de Referências para Imunobiológicos Especiais (CRIE). Em Santos, o CRIE funciona no Hospital Guilherme Álvaro (Rua Oswaldo Cruz, nº197, bairro Boqueirão).

Outra estratégia utilizada na prevenção da coqueluche é vacinar todas as gestantes com a vacina do tipo adulto (dTpa). Essa vacina deverá ser administrada a cada gestação, a partir da 20ª semana.

Compete à Seção de Vigilância Epidemiológica de Santos, por meio do técnico responsável pelo agravo, sensibilizar os profissionais de saúde para a identificação precoce de caso suspeito de coqueluche e a notificação imediata (em até 24 horas) para a vigilância epidemiológica municipal.

Essa ação permitirá investigar, imediatamente, todos os casos suspeitos e confirmados com vistas ao diagnóstico, coleta laboratorial, tratamento adequado e à adoção de medidas de controle de forma oportuna, incluindo a quimioprofilaxia dos contactantes, conforme protocolo ministerial. Permitirá ainda avaliar, rotineiramente, as coberturas vacinais, implementando estratégias de vacinação, principalmente, nas situações em que as coberturas estiverem abaixo de 95%.

Esquemas vacinais e contraindicações, podem ser consultadas no Calendário Nacional de Vacinação, disponível no portal oficial do Ministério da Saúde: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao>

VARICELA

A varicela é uma infecção viral febril, aguda, altamente contagiosa, causada vírus varicela-zoster (VVZ), da família *Herpesviridae* e caracterizada por surgimento de exantema de aspecto maculopapular e distribuição centrípeta, que, após algumas horas, torna-se vesicular, evolui rapidamente para pústulas e, posteriormente, forma crostas secas não infecciosas, de três a sete dias.

A principal característica clínica é o polimorfismo das lesões cutâneas, que se apresentam nas diversas formas evolutivas (máculas, pápulas, vesículas, pústulas e crostas), acompanhadas de prurido (coceira). Outros sintomas: mal-estar, cansaço, dor de cabeça, perda de apetite e febrícula.

Uma vez adquirido o vírus, a pessoa fica imune à varicela. No entanto, esse vírus permanece em nosso corpo a vida toda e pode ser reativado, causando o herpes-zóster, conhecido também como cobreiro, cujo quadro clínico é, quase sempre, típico.

A maioria dos doentes refere, antecedendo às lesões cutâneas, a dores nevralgias, além de parestesias, ardor e prurido locais, acompanhados de febre, cefaleia e mal-estar. A lesão elementar é uma vesícula sobre base eritematosa.

Em crianças, a varicela geralmente é benigna e autolimitada. Em adolescentes e adultos, em geral, o quadro clínico é mais exuberante. O período de incubação do vírus varicela é de 4 a 16 dias. A transmissão se dá entre um a dois dias antes do aparecimento das lesões de pele e até seis dias depois, quando todas as lesões estiverem na fase de crostas.

As principais complicações da catapora, nos casos severos ou tratados inadequadamente, são encefalite, pneumonia, infecções na pele e ouvido.

Em relação ao diagnóstico, os exames laboratoriais não são utilizados para confirmação ou descarte dos casos de varicela, exceto quando é necessário fazer o diagnóstico diferencial em casos graves e óbitos, ou quando há apresentações clínicas menos típicas.

O tratamento para pessoas sem risco de agravamento da varicela deve aliviar os sintomas, de acordo com orientação médica. Pode-se administrar antitérmico, analgésico não salicilato e, para atenuar o prurido, anti-histamínico sistêmico.

Havendo infecção secundária, recomenda-se o uso de antibióticos, em especial para combater estreptococos do grupo A e estafilococos. O tratamento específico da varicela é realizado por meio da administração do antiviral Aciclovir, que é indicado para pessoas com risco de agravamento.

A principal medida de prevenção a vacina, que está disponível na rotina dos serviços públicos de saúde, conforme o calendário vacinal ministerial, com a finalidade de reduzir a ocorrência de casos graves da doença, restringir a disseminação do vírus e diminuir os números de internações, complicações e óbitos.

Cenário epidemiológico nacional

Não há dados consistentes sobre a incidência de varicela no Brasil, uma vez que somente os **casos graves internados** e **óbitos** são de notificação compulsória.

No período de 2015 a 2024, foram notificados 335.641 casos de varicela no Brasil. A Região Sudeste notificou o maior número, com 138.718 (30,9 %) casos, seguida da Região Sul com 120.118 (26,8%) casos, enquanto a Região Norte registrou o menor número de notificações, com 38.306 (8,5%) casos. Neste período, a média anual de casos notificados foi de 33.564 casos.

Neste mesmo período, foram registradas 45.927 internações. As regiões com maior número de internações foram Sudeste e Nordeste, com 21.037 (45,8%) e 9.943 (21,6%) internações, respectivamente.

Os maiores números de internações se concentram na faixa etária de 60 a 69 anos de idade, com 5.902 (12,9%) internações, 70 a 79 anos com 5.827 (12,7%) internações e a população dos maiores de 80 anos de idade com 5.805 (12,6%).

Com a introdução da vacina tetraviral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela) no Calendário Nacional de Vacinação, em 2013, para crianças de 15 meses de idade, houve uma redução considerável do número de internações no SUS.

Em relação aos óbitos, neste mesmo período, foram registradas 3.035 internações que evoluíram para óbito por varicela/herpes-zóster com ou sem outras complicações, com destaque na faixa etária da população dos maiores de 79 anos, com 1.191 (39,2%).

Em 2019, foi registrado o maior número de óbitos por varicela/herpes-zóster, com 407 (13,4%), enquanto que nos anos de 2021 e 2024 foram registrados os menores números de óbitos, com 261 (8,6%) e 154 (5,1%), respectivamente.

Cenário epidemiológico no município de Santos

Em 2024, o município não teve internações por complicação, nem surtos e óbitos por varicela/herpes-zóster.

AGRAVO/ANO	2020		2021		2022		2023		2024	
	Nº	Coef.*	Nº	Coef.*	Nº	Coef.*	Nº	Coef.*	Nº	Coef.*
Varicela - graves e internados	0	0	0	0	4	0,92	3	0,71	0	0
Pop. Estimada IBGE	433.656		433.991		433.991		418.608		418.608	

Fonte: SINANNET, 2024 - OBS: para comparação entre locais, nunca usar números absolutos, e sim o coeficiente de incidência, pois este indica a proporção à população de cada município, ou bairros, ou faixa etária. *Coef.Incid. por 100.000 hab. POP censo IBGE 2022.

RECOMENDAÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE

Em relação à imunização, em 2013, foi introduzida no calendário nacional de vacinação a tetraviral (contra sarampo, caxumba, rubéola e varicela) para crianças de 15 meses de idade, desde que já vacinadas com a primeira dose da tríplice viral. Na indisponibilidade da vacina tetraviral, essa dose deverá ser realizada com tríplice viral (SCR) e varicela (atenuada) simultaneamente.

Em 2018, foi incluída a vacina varicela para crianças entre 4 e 6 anos, 11 meses e 29 dias. Essa administração corresponde à segunda dose da vacina varicela (atenuada) administrada sob a forma da tetraviral.

A vacina contra a doença também está disponível nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (Cries), para pacientes específicos, que têm maior suscetibilidade à varicela. Entre eles, profissionais de saúde e candidatos a transplante de órgãos.

Esquemas vacinais e contraindicações, podem ser consultadas no Calendário Nacional de Vacinação, disponível no portal oficial do Ministério da Saúde: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao>

ACIDENTE POR ANIMAIS PEÇONHENTOS (cobra, escorpião, aranha, abelha etc)

Animais peçonhentos são aqueles que produzem peçonha (veneno) e têm condições naturais para injetá-la em presas ou predadores. Essa condição é dada naturalmente por meio de dentes modificados, agulhão, ferrão, quelíceras, cerdas urticantes, nematocistos entre outros.

Os animais peçonhentos que mais causam acidentes no Brasil são algumas espécies de serpentes, escorpiões, aranhas, lepidópteros (mariposas e suas larvas), himenópteros (abelhas, formigas e vespas), coleópteros (besouros), quilópodes (lacraias), peixes, cnidários (águas-vivas e caravelas).

Esses animais possuem presas, ferrões, cerdas, espinhos entre outros, capazes de envenenar as vítimas. Os acidentes por animais peçonhentos, especialmente os acidentes ofídicos, foram incluídos pela

Organização Mundial da Saúde (OMS) na lista das doenças tropicais negligenciadas que acometem, na maioria das vezes, populações pobres que vivem em áreas rurais.

Além disso, devido ao alto número de notificações, esse agravo (acidentes por animais peçonhentos) foi incluído na Lista de Notificação Compulsória do Brasil, ou seja, todos os

casos devem ser notificados ao Governo Federal imediatamente após a confirmação. A medida ajuda a traçar estratégias e ações para prevenir esse tipo de acidente.

No município de Santos, entre os anos de 2020 a 2024, foram notificados 319 acidentes por animais peçonhentos, sendo que 227 destes acidentes foram em moradores da cidade de Santos. Destes 39,2% foram acidentes causados por abelhas; por aranhas, 29,5%; por serpentes, 6,6 %; por escorpiões, 1,7%.

Em relação ao gênero, observa-se que o sexo masculino é o mais acometido, com 58,6% dos casos notificados, sendo a faixa etária mais acometida entre 20 a 49 anos.

Nos últimos 5 anos, não houve casos fatais ou com sequelas graves por acidente com animais peçonhentos notificados em residentes de nosso município.

Nº DE CASOS DE ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS, NOTIFICADOS EM SANTOS, RESIDENTES EM SANTOS E EM OUTROS MUNICÍPIOS - 2020 A 2024.

ACID. ANIMAIS PEÇONHENTOS	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Notificados para Vigilância Epidemiológica	29	42	64	90	94	319
Residentes em Santos	18	22	54	62	71	227
Residentes em outros municípios	11	20	10	28	23	92

Fonte: SINANNET, Junho de 2024. Dados provisórios, sujeitos a alteração

Nº DE CASOS DE ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS, RESIDENTES EM SANTOS, E COEF. INCIDÊNCIA (POR 100.000 HAB), POR REGIÃO DE RESIDÊNCIA E ANO DE DIAGNÓSTICO - 2020 a 2024.

REGIÃO	2020		2021		2022		2023		2024	
	No.	Coef.*	No.	Coef.*	No.	Coef.*	No.	Coef.*	No.	Coef.*
Área continental	-	0	1	35,17	-	0	-	0	4	108,34
Centro	2	6,24	1	3,12	10	31,20	12	42,91	13	46,49
Morros	5	7,38	3	4,43	9	13,28	10	13,68	15	20,51
Orla	10	4,10	16	6,56	32	13,12	31	12,68	30	12,27
Z. Noroeste	1	1,38	1	1,38	2	2,77	8	11,55	7	10,10
Ignorado	-		-		1		1		2	
SANTOS	18	4,29	22	5,25	54	12,88	62	14,81	71	16,96

Fonte: SINANNET, Maio de 2025. Censo 2022

(*)distribuição bairro/região - dados do último censo, por não ter outro dado oficial. *Coef.Incidência (por 100.000 hab.) Dados provisórios, sujeito a alterações.

Nº DE CASOS DE ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS, RESIDENTES EM SANTOS, E COEF. INCIDÊNCIA (POR 100.000 HAB), POR FAIXA ETÁRIA E ANO DE DIAGNÓSTICO - 2020 a2024

FAIXA ETÁRIA	2020		2021		2022		2023		2024	
	No.	Coef.*	No.	Coef.*	No.	Coef.*	No.	Coef.*	No.	Coef.*
Menor 1 ano	0	0	1	24,49	0	0	0	0	0	0
1 a 4 anos	2	11,42	-	0	1	5,76	2	14,59	4	29,16
5 a 9 anos	1	4,38	-	0	1	4,41	3	14,26	5	23,76
10 a 14 anos	1	4,21	2	8,45	1	4,28	1	4,57	4	18,29
15 a 19 anos	0	0	1	4,19	5	21,25	4	17,41	3	13,06

20 a 29 anos	1	1,89	6	11,59	8	15,65	12	23,80	14	27,77
30 a 39 anos	5	7,72	5	7,82	8	12,73	10	17,23	14	24,13
40 a 49 anos	4	6,50	2	3,21	10	15,86	12	18,88	8	12,59
50 a 59 anos	3	5,11	2	3,42	11	18,85	8	13,98	9	15,73
60 a 69 anos	0	0	2	3,89	6	11,47	6	11,54	7	13,46
70 a 79 anos	0	0	1	3,08	2	5,96	3	8,87	2	5,92
80 anos e mais	1	4,82	-	0	1	4,54	1	4,94	1	4,94
SANTOS	18	4,15	22	5,07	54	12,44	62	14,81	71	16,96

Fonte: SINANNET, Maio 2025. *Coef.Incidência (por 100.000 hab.) Dados provisórios, sujeito a alterações.OBS: para comparação entre locais, nunca usar números absolutos, e sim o coeficiente de incidência, pois este indica a proporção ao número de pessoas por faixa etária de cada município, por região ou faixa etária.

Nº DE CASOS DE ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS, RESIDENTES EM SANTOS, EPOR SEXO E ANO DE DIAGNÓSTICO – 2020 A 2024

ANOS	MASC		FEM		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
2020	10	55,6	8	44,4	18	100
2021	12	54,5	10	45,5	22	100
2022	32	59,2	22	40,8	54	100
2023	36	58,1	26	41,9	62	100
2024	43	60,56	28	39,43	71	100

Fonte: SINANNET, Maio 2025.. Dados provisórios, sujeito a alterações.

Nº DE CASOS DE ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS, RESIDENTES EM SANTOS, E POR TIPO DE ANIMAL – 2020 A 2024

ANIMAL	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL
Abelha	5	7	28	27	22	89
Aranha	2	7	12	21	25	67
Escorpião	2	0	1	0	1	4
Lagarta	0	1	1	0	3	5
Serpente	3	2	4	2	4	15
Outros	5	5	1	5	3	19
Ignorado	1	0	7	7	13	28
TOTAL	18	22	54	62	71	227

Fonte: SINANNET, Maio 2025. Dados provisórios, sujeito a alterações.

Nº DE CASOS DE ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS, RESIDENTES EM SANTOS POR ANO DE DIAGNÓSTICO SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DO CASO – 2020 A 2024

CLASSIFICAÇÃO DO CASO	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Ign/Branco	2	6	0	0	6	14
Leve	10	15	49	55	42	171
Moderado	5	1	5	7	21	39
Grave	1	0	0	0	2	3
TOTAL	18	22	54	62	71	227

Fonte: SINANNET, Maio 2025.. Dados provisórios, sujeito a alterações.

Nº DE CASOS DE ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS, RESIDENTES EM SANTOS POR ANO DE DIAGNÓSTICO SEGUNDO ADM. DE SOROTERAPIA - 2020 A 2024

SOROTERAPIA	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL
Ign/Branco	3	2	1	0	0	6
Sim	4	2	1	2	8	18
Não	11	18	52	60	63	203
TOTAL	18	22	54	62	71	227

Fonte: SINANNET, Maio 2025. Dados provisórios, sujeito a alterações.

Nº DE CASOS DE ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS, RESIDENTES EM SANTOS POR ANO DE DIAGNÓSTICO COM ADM. DE SOROTERAPIA SEGUNDO O TIPO DE ACIDENTE - 2020 A 2024

TIPO DE ACIDENTE	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL
Aranha	1	0	0	0	4	05
Escorpião	1	0	0	0	0	1
Serpente	2	2	1	2	4	11
TOTAL	4	2	1	2	8	17

Fonte: SINANNET, Maio 2025.. Dados provisórios, sujeito a alterações.

Nº DE CASOS DE ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS, RESIDENTES EM SANTOS POR ANO DE DIAGNÓSTICO SEGUNDO A EVOLUÇÃO DO CASO. 2020 A 2024

EVOLUÇÃO	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL
Ign/Branco	0	0	0	0	0	0
Cura	18	22	54	62	71	227
Óbito pelo agravo notificado	0	0	0	0	0	0
Óbito por outra causa	0	0	0	0	0	0
TOTAL	18	22	54	62	71	227

Fonte: SINANNET, Maio 2025. Dados provisórios, sujeito a alterações

LEISHMANIOSE VISCERAL

Trata-se de doença crônica e sistêmica que, quando não tratada, pode evoluir para óbito em mais de 90% dos casos. É uma doença de notificação compulsória.

O agente etiológico é um protozoário tripanossomatídeos do gênero *Leishmania*. Nas Américas, a *Leishmania (Leishmania) infantum* é a espécie mais comumente envolvida na transmissão da leishmaniose visceral (LV).

Na área urbana, o cão (*Canis familiaris*) é a principal fonte de infecção. A enzootia canina tem precedido a ocorrência de casos humanos e a infecção em cães tem sido mais prevalente que no homem. No ambiente silvestre, os reservatórios são as raposas (*Dusicyon vetulus* e *Cerdocyon thaus*) e os marsupiais (*Didelphis albiventris*).

Dípteros da família *Psychodidae* são os vetores da doença, sendo a *Lutzomyia longipalpis* a principal espécie transmissora. São conhecidos popularmente como mosquito palha, tatuquira e birigui. No Brasil, a espécie *Lutzomyia cruzi* é considerada de importância secundária em algumas áreas do país. Uma terceira espécie, a *Lutzomyia migonei*, cuja competência vetorial foi comprovada recentemente, pode ter participação na transmissão da doença em áreas onde a *Lu. Longipalpis* e/ou *Lu. Cruzi* estão ausentes.

A transmissão da doença ocorre pela picada dos vetores infectados pela *Leishmania infantum*. Não ocorre transmissão de pessoa a pessoa.

O diagnóstico é obtido por meio laboratorial, através de exames imunológicos (teste rápido de imunocromatográficos, reação de imunofluorescência indireta e ensaio imunoenzimático/Elisa) e parasitológico (técnica padrão ouro para identificação de formas amastigotas do parasito).

Quanto ao diagnóstico por meios imunológicos, títulos variáveis dos exames sorológicos podem persistir positivos por longo período, mesmo após o tratamento. Assim, o resultado de um teste positivo, na ausência de manifestações clínicas, não autoriza a instituição da terapêutica. O tratamento abrange o medicamento antimoniato de meglumina e a anfotericina B.

Os critérios de cura são essencialmente clínicos. O desaparecimento da febre é precoce e acontece por volta do quinto dia de tratamento; a redução da hepatoesplenomegalia ocorre logo nas primeiras semanas. Ao final do tratamento, o baço reduz de tamanho em torno de 40% em relação à medida inicial.

A melhora dos parâmetros hematológicos ocorre a partir da segunda semana. O seguimento do paciente tratado deve ser feito aos 3, 6 e 12 meses após o tratamento e, se permanecer estável na última avaliação, o paciente é considerado curado.

LEISHMANIOSE VISCERAL - Casos confirmados Notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Brasil, Estado SP e Santos. por Ano Notificação – 2015 A 2024

ANO DE NOTIFICAÇÃO	CASOS CONFIRMADOS BRASIL	CASOS CONFIRMADOS ESTADO SP	CASOS CONFIRMADOS SANTOS
2015	3487	171	0
2016	3550	178	0
2017	4456	178	0
2018	3376	133	0
2019	2827	119	0
2020	1933	72	0
2021	1683	67	0
2022	1684	89	0
2023	1461	67	0
2024	482	19	0

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net Dados provisórios, sujeitos a alterações.

A Leishmaniose Visceral é endêmica em 76 países e, no continente americano, está descrita em pelo menos 12. Dos casos registrados na América Latina, 90% ocorrem no Brasil. Em 1913 é descrito o primeiro caso em necropsia de paciente oriundo de Boa Esperança, Mato Grosso. Em 1934, 41 casos foram identificados em lâminas de viscerotomias praticadas post-mortem, em indivíduos oriundos das Regiões Norte e Nordeste, com suspeita de febre amarela.

A doença, desde então, vem sendo descrita em vários municípios brasileiros, apresentando mudanças importantes no padrão de transmissão, inicialmente predominando em ambientes silvestres e rurais e mais recentemente em centros urbanos. Em média, cerca de 3.500 casos são registrados anualmente no Brasil. Nos últimos anos, a letalidade vem aumentando gradativamente, passando de 3,1% em 2000 para 7,1% em 2012.

Em 2024, ocorreram 41 óbitos por leishmaniose visceral no Brasil (8,51%), com taxa de Letalidade de 7,63%. Dos 482 casos positivos para a doença, 330 ocorreram em indivíduos do sexo masculino (68,46%) e 152 no sexo feminino (31,54%)

A região Nordeste apresentou maior número de casos positivos (257 casos), seguida da região Norte (62 casos), região Sudeste (49 casos), região Centro Oeste (16 casos) e região Sul, com 2 casos. O município com maior número de casos foi Fortaleza – 17 casos.

Em 2024, foram diagnosticados 19 casos de leishmaniose visceral no Estado de São Paulo. Destes 12 casos ocorreram em indivíduos do sexo masculino (63,16%) e 7 em indivíduos do sexo feminino (36,84%). Houve 1 óbito no estado de São Paulo por leishmaniose visceral, apresentando uma taxa de letalidade de 5,00%.

O município de Santos apresentou, até o presente momento, 3 casos de leishmaniose visceral. Estes casos ocorreram nos anos de 2007, 2008 e 2013. Logo, não há casos de leishmaniose visceral em humanos há 12 anos no município. Os casos confirmados eram de residentes dos bairros Campo Grande, Macuco e Marapé. Destes, 2 casos evoluíram para cura e um caso não há relatos posterior sobre o paciente.

LEISH.VISCERAL - CONFIRMADOS, RESIDENTES EM SANTOS, POR BAIRRO DE RESID.E ANO DE DIAGNOSTICO				
BAIRRO	2007	2008	2013	TOTAL
CAMPO GRANDE	1	0	0	1
MACUCO	0	1	0	1
MARAPÉ	0	0	1	1
TOTAL	1	1	1	3

LEISH.VISCERAL - CONFIRMADOS, RESIDENTES EM SANTOS, POR EVOLUÇÃO E ANO DE DIAGNÓSTICO				
EVOLUÇÃO	2007	2008	2013	TOTAL
CURA	1	1	0	2
IGNORADO	0	0	1	1
TOTAL	1	1	1	3

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net Dados provisórios, sujeitos a alterações.

LEISHMANIOSE TEGUMENTAR

A Leishmaniose Tegumentar é uma doença infecciosa, não contagiosa, causada por protozoário, de transmissão vertical, que acomete pele e mucosas. A notificação é compulsória.

O agente etiológico é um protozoário do gênero *Leishmania*. No Brasil, foram identificadas sete espécies, dentre as quais três possuem importância epidemiológica: *Leishmania (Leishmania) amazonenses*, *Leishmania (Viannia) guyanensis* e *Leishmania (Viannia) braziliensis*.

Infecções por leishmanias que causam a leishmaniose tegumentar (LT) foram descritas em várias espécies de animais silvestres (roedores, marsupiais, edentados, e canídeos silvestres), sinantrópicos, (roedores) e domésticos (canídeos, felídeos e equídeos). Com relação a esses últimos, seu papel na manutenção do parasita no meio ambiente ainda não foi esclarecido.

Apesar de ocorrer infecção em animais domésticos, não há evidências científicas que comprovem o papel desses animais como reservatórios das espécies de *leishmanias*, sendo considerados hospedeiros acidentais da doença. A LT nesses animais pode apresentar-se como uma doença crônica, com manifestações semelhantes às da doença humana.

Os vetores da LT são insetos denominados flebotomíneos, conhecidos popularmente como mosquito palha, tatuquira, birigui, entre outros. No Brasil as principais espécies envolvidas na transmissão da LT são: *Lutzomyia Whitmani*, *Lu. Intermedia*, *Lu. Umbratilis*, *Lu. Wellcomei*, *Lu. Flaviscutellata* e *Lu. Migonei*.

A transmissão ocorre por meio da picada de fêmeas de flebotomíneos infectadas. Não há transmissão de pessoa a pessoa.

O período de incubação no ser humano é em média de dois a três meses, podendo apresentar períodos mais curtos (duas semanas) e mais longos (dois anos).

A suscetibilidade à infecção é comumente observada em seres humanos e em animais sinantrópicos e/ou silvestres. A infecção e a doença não conferem imunidade ao paciente.

Classicamente, a doença manifesta-se sob duas formas: leishmaniose cutânea e leishmaniose mucosa, que podem apresentar diferentes manifestações clínicas. As lesões cutâneas podem ser únicas, múltiplas, disseminada ou difusa.

A úlcera típica da forma cutânea é geralmente indolor, com formato arredondado ou ovalado, com bordas bem delimitadas e elevadas, fundo avermelhado e granulações grosseiras. Já a forma mucosa caracteriza-se pela presença de lesões destrutivas localizadas na mucosa, em geral nas vias aéreas superiores.

O diagnóstico é realizado por meios laboratoriais – parasitológico, PCR, intradermoreação de Montenegro. Associado aos laboratoriais, temos o diagnóstico clínico-epidemiológico.

O tratamento da LT deve ser indicado de acordo com a forma clínica, com o apoio diagnóstico laboratorial, obedecendo aos critérios estabelecidos para cada situação. Para o início do tratamento, é necessária a confirmação do diagnóstico por critério clínico-laboratorial ou, quando este não for possível, por critério clínico-epidemiológico.

O tratamento pode ser realizado em centros de nível de atendimento primário, secundário ou terciário dependendo da condição clínica do paciente, do tratamento indicado e da gravidade do quadro da doença.

Medicamentos que podem ser utilizados: antimoniato de meglumina, isetionato de pentamidina, anfotericina B lipossomal e miltefosina (VO).

O critério de cura é clínico, sendo indicado acompanhamento regular por 12 meses, para verificação da resposta terapêutica e também para a detecção de possível recidiva após terapia inicial bem-sucedida.

A Leishmaniose Tegumentar (LT) tem ampla distribuição mundial e no continente americano há registro de casos desde o sul dos Estados Unidos ao norte da Argentina, com exceção do Chile e Uruguai. Em 1909, foi descrita formas de leishmânias em úlceras cutâneas e nasobucofaríngeas em indivíduos que trabalhavam na construção de rodovias no interior de São Paulo. Desde então, a doença vem sendo descrita em vários municípios de todas as Unidades Federativas. Em média, são registrados cerca de 21.000 casos/ano.

LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA - Casos confirmados – Brasil ,Estado SP e Santos-2014 A 2024

ANO DE NOTIFICAÇÃO	CASOS CONFIRMADOS Brasil	CASOS CONFIRMADOS Estado de SP	CASOS CONFIRMADOS Santos
2014	20.296	218	0
2015	19.395	322	0
2016	12.690	246	02
2017	17.528	168	01
2018	16.432	160	02
2019	15.484	213	04
2020	16.432	261	0
2021	15.023	208	02
2022	12.878	145	01
2023	12.910	152	01
2024	4.528	52	0

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet Dados provisórios, sujeitos a alterações

De acordo com os dados fornecidos pelo Ministério da Saúde, houve um decréscimo expressivo no número de casos de Leishmaniose Tegumentar no Brasil no ano de 2024, quando foram registrados 4.528 casos, em relação ao ano de 2023, quando foram registrados 12.910 casos. A taxa de detecção foi de 25,15%, sendo 7,07% da forma mucosa. Dos casos apresentados, 3.156 foram em pacientes do sexo masculino (69,7%) e 1.372 (30,03%), do sexo feminino. Dos casos positivos descritos no Brasil, 374 casos foram identificados na região Sudeste.

No Estado de São Paulo, foram detectados 52 casos positivos para Leishmaniose Tegumentar. A taxa de detecção foi de 42,62%. Dentre os casos positivos, 36 foram descritos em indivíduos do sexo masculino (69,23%) e 16 casos do sexo feminino (30,77%).

O município de São Paulo apresentou maior número de casos positivos do Estado de São Paulo, com 16 casos.

Em Santos, o único paciente registrado como positivo no ano de 2023 foi notificado em dezembro de 2023, porém tratado no ano de 2024. Trata-se de indivíduo do sexo masculino, 71 anos de idade.

LEISH.TEG.AMERICANA - CONFIRMADA, RESIDENTE EM SANTOS, POR BAIRRO DE RESID.E ANO DE DIAGNOSTICO											
BAIRRO	2007	2011	2012	2016	2017	2018	2019	2021	2022	2023	TOTAL
APARECIDA	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
BOQUEIRAO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
CAMPO GRANDE	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	4
CANELEIRA	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
ENCRUZILHADA	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
GONZAGA	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	3
IGNORADO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
RÁDIO CLUBE	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
NOVA CINTRA	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
MARAPÉ	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
SANTA MARIA	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
VILA BELMIRO	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2
TOTAL	1	2	2	2	1	2	4	2	1	1	18

LEISH.TEG.AMERICANA - CONFIRMADOS, RESIDENTES EM SANTOS, POR EVOLUCAO E ANO DE DIAGNÓSTICO											
EVOUÇÃO	2007	2011	2012	2016	2017	2018	2019	2021	2022	2023	TOTAL
ABANDONO	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
CURA	1	2	1	2	0	0	3	0	1	0	10

IGNORADO	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	5
MUD.DIAGNÓSTICO	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
ÓBITO POR OUTRAS CAUSAS	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
TOTAL	1	2	2	2	1	2	4	2	1	1	18

LEISH.TEG.AMERICANA - CONFIRMADOS, RESIDENTES EM SANTOS, POR FORMA E ANO DE DIAGNÓSTICO											
FORMA	2007	2011	2012	2016	2017	2018	2019	2021	2022	2023	TOTAL
CUTÂNEA	1	2	1	1	1	2	4	1	0	1	14
MUCOSA	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	4
TOTAL	1	2	2	2	1	2	4	2	1	1	18

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet Dados provisórios, sujeitos a alterações

Em análise aos dados epidemiológicos do município de Santos, podemos constatar 18 casos confirmados de Leishmaniose Tegumentar no período compreendido entre os anos de 2007 e 2024. O ano com maior número de casos positivos (4 casos) foi 2019. Em relação à forma de apresentação da doença, temos 14 pacientes com a forma cutânea e 04 casos da forma mucosa.

Dos 18 casos confirmados, temos 1 paciente que abandonou o tratamento, 10 evoluíram para cura, 6 não temos informações e 1 teve mudança de diagnóstico.

Não foram relatados óbitos por Leishmaniose Tegumentar Americana no município de Santos, no período compreendido entre 2007 e 2024. Apenas um óbito por outras causas de paciente confirmado para Leishmaniose Tegumentar

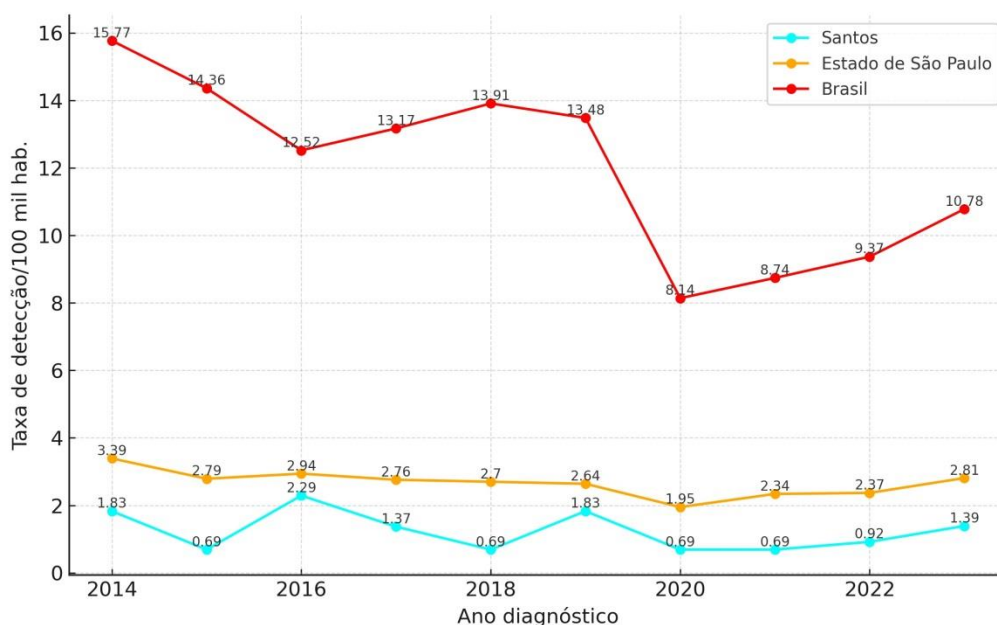
HANSENÍASE (Mal de Hansen)

A hanseníase é uma doença infecciosa, contagiosa, que afeta os nervos e a pele e é causada por um bacilo chamado *Mycobacterium leprae*. Os pacientes sem tratamento eliminam os bacilos por meio do aparelho respiratório superior (secreções nasais, gotículas da fala, tosse, espirro). O paciente em tratamento regular ou que já recebeu alta não é transmissor. A hanseníase tem cura e o tratamento (poliquimioterapia) é feito nas unidades de saúde gratuitamente. A cura é mais fácil e rápida quanto mais precoce for o diagnóstico. Não

há uma vacina específica para prevenir a hanseníase. No entanto, a vacina BCG, normalmente aplicada no nascimento para prevenir tuberculose, também reduz o risco de hanseníase, pois os agentes causadores de ambas as doenças são semelhantes.

A hanseníase pode ser classificada operacionalmente em paucibacilar (1 a 5 lesões cutâneas e baciloscopia obrigatoriamente negativa) ou multibacilar (mais de cinco lesões de pele e/ou baciloscopia positiva). E pela classificação de Madri que considera a existência de dois polos estáveis e opostos da doença (formas tuberculóide e virchowiana), formas clínicas interpolares e instáveis (hanseníase dimorfa) e uma forma inicial que apresenta discretas manifestações clínicas da doença (forma indeterminada).

Figura 01 - Taxa de detecção de hanseníase, segundo unidade de residência e ano de diagnóstico - 2014 a 2023



Fonte: Sinan-Net, base local Seviep. Atualizados em 06 de maio de 2025. Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan-Net (dados disponibilizados no TABNET em fevereiro/2025). **Nota:** Pop. IBGE - Estimativas Populacionais por Município, Idade e Sexo 2000-2024

Tabela 01- Número de casos novos de hanseníase, segundo unidade de residência e ano de diagnóstico - 2014 a 2024.

Ano de Diagnóstico	Unidade da Federação de residência		
	Santos	Estado de São Paulo	Brasil
2014	8	1.486	31.662
2015	3	1.235	29.074
2016	10	1.310	25.533
2017	6	1.237	27.023
2018	3	1.215	28.728
2019	8	1.196	28.020
2020	3	887	17.030
2021	3	1.069	18.359
2022	4	1.085	19.755
2023	6	1.287	22.827
2024	3	S/ inf	S/ inf

Fonte: Sinan-Net, base local Seviep. Atualizados em 06 de maio de 2025. Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan-Net (dados disponibilizados no TABNET em fevereiro/2025)

Os dados apresentados, conforme figura e tabela 01, mostram as taxas de detecção de hanseníase por 100 mil habitantes em três níveis (município de Santos, Estado de São Paulo e Brasil) no período de 2014 a 2023 e os números absolutos no período de 2014 a 2024. A análise da distribuição dos dados de hanseníase ao longo do tempo revela tendências significativas na detecção e controle da doença.

Em Santos, os casos novos de hanseníase oscilaram ao longo dos anos, variando entre 3 e 10 casos anuais com taxas relativamente baixas, variando entre 0,69 e 2,29 casos por 100 mil habitantes. O maior número foi registrado em 2016, com 10 casos, acompanhado pela maior taxa de detecção do período (2,29 por 100 mil habitantes). Em outros anos, a taxa mais baixa foi observada nos anos de 2015, 2018, 2020 e 2021, nos quais foram registrados apenas 3 casos cada, com taxa de 0,69. A taxa de detecção acompanha essa oscilação, mantendo-se, na maior parte do período, abaixo de 2,0.

No Estado de São Paulo, observa-se um padrão de queda na quantidade de casos novos, que passou de 1.486 em 2014 para 1.287 em 2023. As taxas de detecção também refletem essa redução, com valores decrescendo de 3,39 para 2,81 por 100 mil habitantes no mesmo intervalo. As menores taxas foram registradas em 2020 e 2021, com 1,95 e 2,34, respectivamente, possivelmente refletindo impactos da pandemia de COVID-19 na notificação e nos serviços de saúde.

Em nível nacional, os dados seguem uma tendência semelhante, embora com números absolutos significativamente maiores. O Brasil registrou 31.662 casos novos em 2014 e apresentou uma redução gradual até 2020, ano com o menor número de casos (17.030) e a menor taxa de detecção do período (8,14 por 100 mil habitantes). A partir de então, houve um leve aumento no número de casos, com 22.827 casos em 2023 e uma taxa de 10,78.

Na maior parte do tempo, o parâmetro das taxas se manteve baixo em Santos (<2,00 por 100 mil hab.), médio no estado de São Paulo (2,00-9,99 por 100 mil hab.) e alto no Brasil (10,00-19,99 por 100 mil hab.). De forma geral, os dados indicam uma redução progressiva na

detecção de hanseníase ao longo da década, sugerindo avanços nos programas de controle da doença.

No entanto, a presença contínua de casos e a oscilação nos dados de alguns anos reforçam a necessidade de manter os esforços de vigilância epidemiológica, diagnóstico precoce e tratamento oportuno.

Tabela 02 - Número e coeficiente de incidência de casos novos de hanseníase, residentes em Santos, por faixa etária e ano de diagnóstico – 2020 a 2024.

Faixa etária (anos)	2020		2021		2022		2023		2024	
	n	coef.	n	coef.	n	coef.	n	coef.	n	coef.
< 1	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
1 a 4	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
5 a 9	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
10 a 14	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	4,57	0	0,00
15 a 19	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
20 a 29	0	0,00	0	0,00	2	3,97	0	0,00	0	0,00
30 a 39	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,72
40 a 49	1	1,61	1	1,59	0	0,00	2	3,15	1	1,57
50 a 59	1	1,71	0	0,00	1	1,75	1	1,75	0	0,00
60 a 69	0	0,00	2	3,82	0	0,00	2	3,85	1	1,92
70 a 79	1	3,08	0	0,00	1	2,96	0	0,00	0	0,00
> 80	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Santos	3	0,69	3	0,69	4	0,96	6	1,43	3	0,72

Fonte: Sinan-Net, base local Seviep. Atualizados em 06 de maio de 2025. **Nota:** Pop. IBGE - Censo 2022. Dados provisórios, sujeitos a alterações

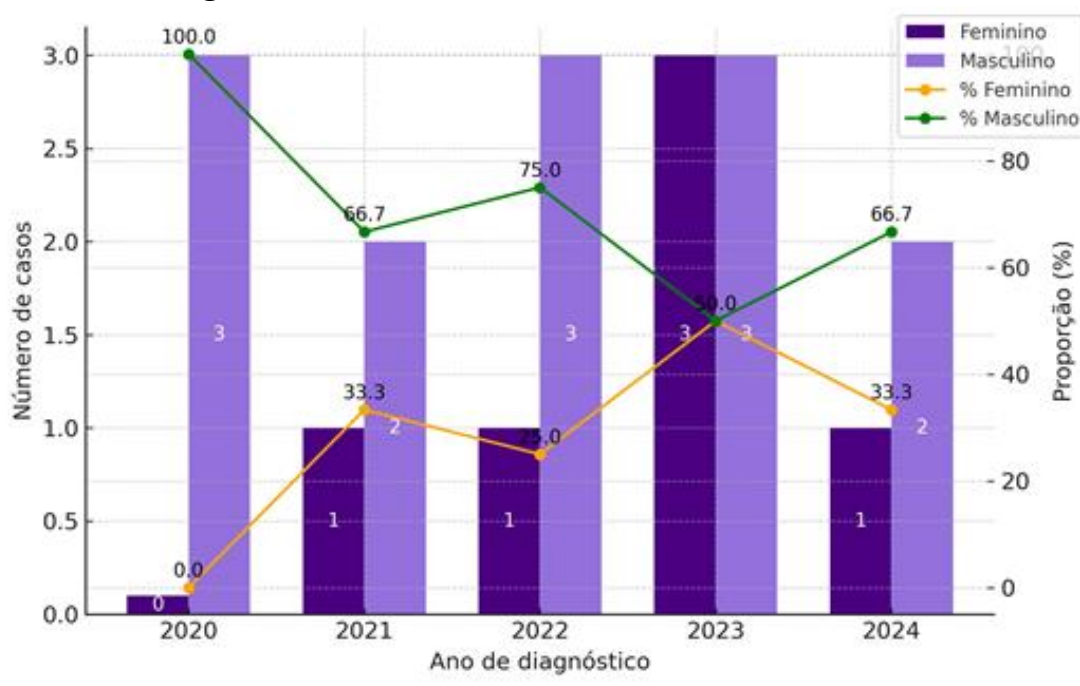
A tabela 02, demonstra os dados de hanseníase no município de Santos entre os anos de 2020 e 2024, organizados por faixa etária. Os dados incluem tanto o número absoluto de casos (representado por "n") quanto o coeficiente de detecção por 100 mil habitantes ("coef.") para cada ano.

Observa-se que o número total de casos variou ligeiramente ao longo do período. Em 2020 e 2021, foram registrados 3 casos por ano, com coeficiente de 0,69 em ambos. Em 2022, houve um leve aumento para 4 casos, com coeficiente de 0,96. O pico ocorreu em 2023, com 6 casos e coeficiente de 1,43, seguido por uma queda em 2024, retornando a 3 casos e coeficiente de 0,72. Essa oscilação, embora modesta em números absolutos, indica que a hanseníase ainda é uma doença presente e com potencial de transmissão no município.

A distribuição dos casos por faixa etária revela que a hanseníase está concentrada principalmente em adultos e idosos. Não foram registrados casos entre crianças menores de 10 anos ao longo dos cinco anos analisados. Em 2023, houve um caso na faixa etária de 10 a 14 anos, com coeficiente de 4,57 (parâmetro alto: 2,50-4,99 por 100 mil hab.), o que pode ser considerado um sinal de alerta, pois sugere a possibilidade de transmissão ativa e recente na comunidade. A presença de hanseníase em crianças indica que pode estar havendo contato com fontes infecciosas ainda não diagnosticadas.

As faixas etárias mais afetadas durante o período foram de 40 a 69 anos, com registros em múltiplos anos. Também foram observados casos esporádicos entre 70 e 79 anos, e na faixa de 30 a 39 anos, com um caso registrado em 2024. A predominância entre adultos é esperada, considerando o longo período de incubação da doença, que pode durar anos antes de se manifestar clinicamente.

Figura 02 - Número e proporção de casos novos de hanseníase, residentes em Santos, por sexo e ano de diagnóstico – 2020 a 2024.



Fonte: Sinan-Net, base local Seviep. Atualizados em 06 de maio de 2025.

Conforme figura 02, houve predomínio do sexo masculino na distribuição dos casos de hanseníase em Santos entre os anos de 2020 e 2024, embora essa diferença tenha variado consideravelmente entre os anos.

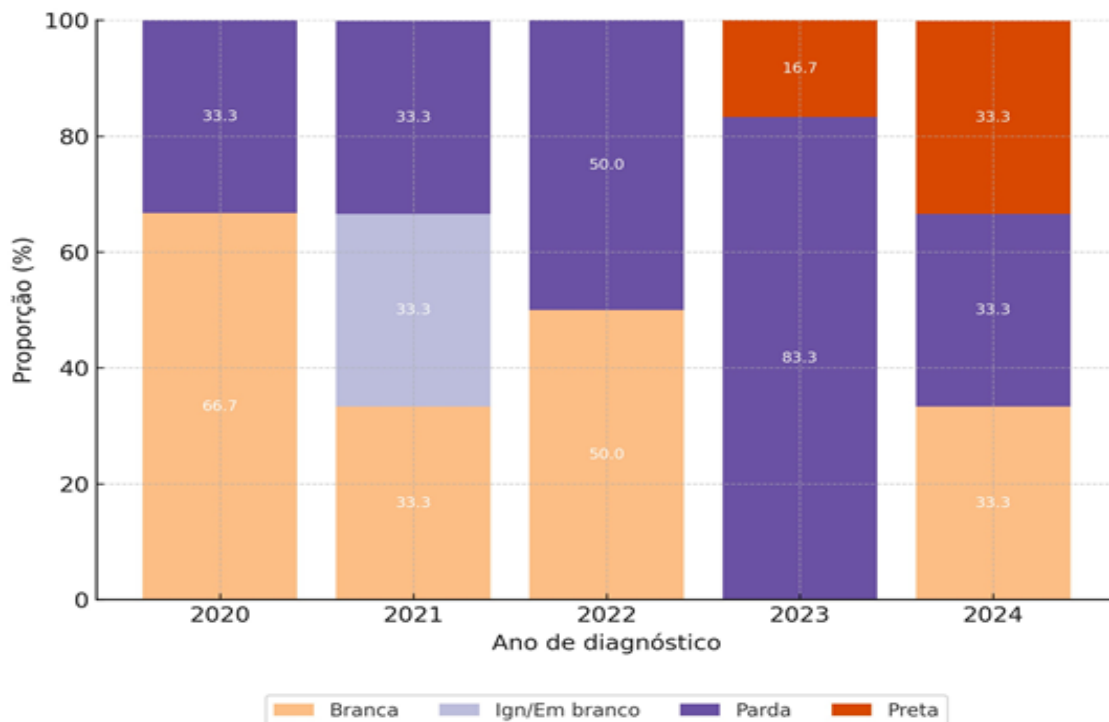
No ano de 2020, todos os casos registrados foram em homens (100%), não havendo nenhum caso entre mulheres. Em 2021, houve uma leve mudança, com 66,7% dos casos em homens (2 casos) e 33,3% em mulheres (1 caso). Em 2022, essa diferença voltou a se acentuar: 75% dos casos foram em homens (3 casos) e apenas 25% em mulheres (1 caso).

No entanto, em 2023, ocorreu um equilíbrio perfeito entre os sexos, com 3 casos em homens e 3 em mulheres, totalizando 50% para cada. Já em 2024, a distribuição retomou o padrão de anos anteriores, com predomínio masculino (66,7%) frente a 33,3% de casos femininos.

A figura 02 evidencia essas oscilações. Nota-se que o número absoluto de casos masculinos é maior em todos os anos, exceto em 2023, quando há paridade. A tendência geral ao longo dos cinco anos aponta para uma maior incidência da doença entre homens, o que é consistente com dados epidemiológicos de hanseníase em diversas regiões, onde fatores comportamentais e barreiras ao acesso aos serviços de saúde podem influenciar na detecção tardia da doença em homens.

Ainda que o número de casos seja pequeno, o padrão de maior acometimento masculino, com variações pontuais, reforça a importância de estratégias de vigilância e educação em saúde voltadas também para esse público, que pode apresentar maior resistência à busca por atendimento precoce. A detecção equilibrada em 2023, com igualdade de casos entre os sexos, pode ser reflexo das ações pontuais de sensibilização e rastreamento mais abrangentes, ou até de variação aleatória dada a amostra reduzida.

Figura 03 - Proporção de casos novos de hanseníase, residentes em Santos, por raça/ cor e ano de diagnóstico – 2020 a 2024.



Fonte: Sinan-Net, base local Seviep. Atualizados em 06 de maio de 2025

Tabela 03 – Número e proporção de casos novos de hanseníase, residentes em Santos, por raça/ cor e ano de diagnóstico – 2020 a 2024.

Sexo	2020		2021		2022		2023		2024	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Branca	2	66,7	1	33,3	2	50,0	0	0,0	1	33,3
Ign/ Em branco	0	0,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Parda	1	33,3	1	33,3	2	50,0	5	83,3	1	33,3
Preta	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7	1	33,3

Fonte: Sinan-Net, base local Seviep. Atualizados em 06 de maio de 2025

A figura 03 mostra a distribuição proporcional dos casos de hanseníase em Santos entre 2020 e 2024, segundo a raça ou cor declarada dos pacientes. As categorias utilizadas são branca, parda, preta e ignorada/em branco.

Ao longo do período analisado, observa-se uma predominância de casos entre pessoas pardas e pretas com 63,1% (n=12) dos casos novos de hanseníase. Em 2020 e 2021, essa categoria representou 33,3% (n=1) dos casos. A partir de 2022, houve um aumento expressivo dessa proporção, alcançando 50% (n=2) em 2022, 100% (n=6) em 2023 e 66,7% (n=2) em 2024. Esse crescimento pode estar relacionado à maior exposição de populações pardas e pretas a condições socioeconômicas e ambientais que favorecem a transmissão da hanseníase, como moradias precárias, acesso limitado aos serviços de saúde e maior vulnerabilidade social.

Em contrapartida, a proporção de casos entre pessoas brancas apresentou uma tendência decrescente. Em 2020, representavam 66,7% (n=2) dos casos, caindo para 33,3% (n=1) em 2021, 50% (n=2) em 2022, desaparecendo em 2023, e retornando a 33,3% (n=1) em 2024. Essa oscilação pode refletir tanto variações reais na incidência quanto diferenças no acesso ao diagnóstico e registro de informações.

O dado de cor ignorada ou em branco, que apareceu somente em 2021 com 33,3% dos casos, levanta a necessidade de aprimoramento no registro das informações. A ausência dessa variável compromete análises mais precisas e impede o direcionamento eficaz de políticas públicas voltadas a populações vulneráveis.

Em resumo, os dados indicam uma concentração crescente de casos de hanseníase entre pessoas pardas em Santos entre 2020 e 2024, o que é compatível com padrões nacionais da doença. Essa distribuição evidencia a interseção entre determinantes sociais, desigualdade racial e vulnerabilidade à hanseníase, ressaltando a importância de estratégias específicas de combate à doença que levem em consideração o recorte racial e o contexto socioeconômico da população afetada.

Tabela 4 - Número e coeficiente de incidência de casos novos de hanseníase, residentes em Santos, por região de residência e ano de diagnóstico – 2020 a 2024.

Região	2020		2021		2022		2023		2024	
	n	coef.	n	coef.	n	coef.	n	coef.	n	coef.
Centro	1	3,12	1	3,12	0	0	0	0,00	1	3,58
Morros	0	0,00	0	0	0	0	4	5,47	2	2,74
Orla	1	0,41	1	0,41	2	0,82	0	0,00	0	0
Zona Noroeste	1	1,38	1	1,38	2	2,89	1	1,44	0	0
Não Informado	0	0,00	0	0	0	0	1	0,00	0	0
Santos	3	0,72	3	0,72	4	0,96	6	1,43	3	0,72

Fonte: Sinan-Net, base local Seviep. Atualizados em 06 de maio de 2025. Nota: Pop. IBGE - Censo 2022. Dados provisórios, sujeitos a alterações.

A análise dos dados de hanseníase por região do município de Santos entre os anos de 2020 e 2024 revela uma distribuição espacial heterogênea dos casos, com variações

importantes ao longo dos anos tanto no número absoluto de casos quanto nos coeficientes de detecção.

Em 2020 e 2021, os casos estavam distribuídos de forma equilibrada entre as regiões do Centro, Orla e Zona Noroeste, cada uma com um caso por ano. Nesses dois anos, os coeficientes de detecção foram idênticos dentro de cada região, mantendo-se constantes: 3,12 no Centro, 0,41 na Orla e 1,38 na Zona Noroeste, refletindo uma estabilidade na ocorrência da doença.

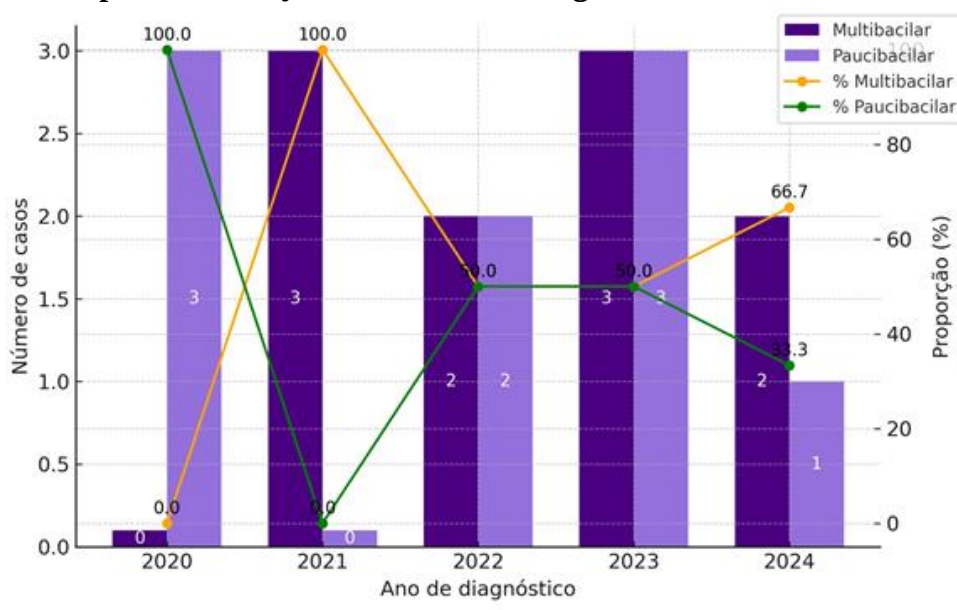
A partir de 2022, observa-se um aumento no número de casos, com destaque para a Zona Noroeste, que registrou dois casos e um coeficiente elevado de 2,89, seguido pela Orla, com dois casos e coeficiente de 0,82. Já o Centro e os Morros não apresentaram casos naquele ano.

Em 2023, houve um salto nos casos registrados nos Morros, com quatro casos e o maior coeficiente observado em todo o período (5,47), indicando um foco importante de hanseníase nessa região. A Zona Noroeste teve um caso (coeficiente 1,44), enquanto o Centro, Orla e outras áreas não registraram novos casos.

Em 2024, os casos nos Morros diminuíram para dois (coeficiente 2,74), mas ainda representaram uma carga significativa. O Centro voltou a registrar um caso (coeficiente 3,58), enquanto não houve notificações na Orla e Zona Noroeste. Observa-se também, em 2023, a presença de um caso com região “não informada”, o que destaca a importância de melhorias na qualidade dos registros.

Em síntese, os dados sugerem que, embora a hanseníase esteja presente em diferentes áreas do município, regiões como os Morros e a Zona Noroeste concentraram os maiores coeficientes em determinados anos, revelando maior vulnerabilidade social e possível desigualdade no acesso aos serviços de saúde. Isso reforça a necessidade de ações direcionadas de vigilância e controle nessas localidades, com foco em diagnóstico precoce e ampliação da cobertura das equipes de saúde.

Figura 4 - Número e proporção de casos novos de hanseníase, residentes em Santos, por classificação atual e ano de diagnóstico – 2020 a



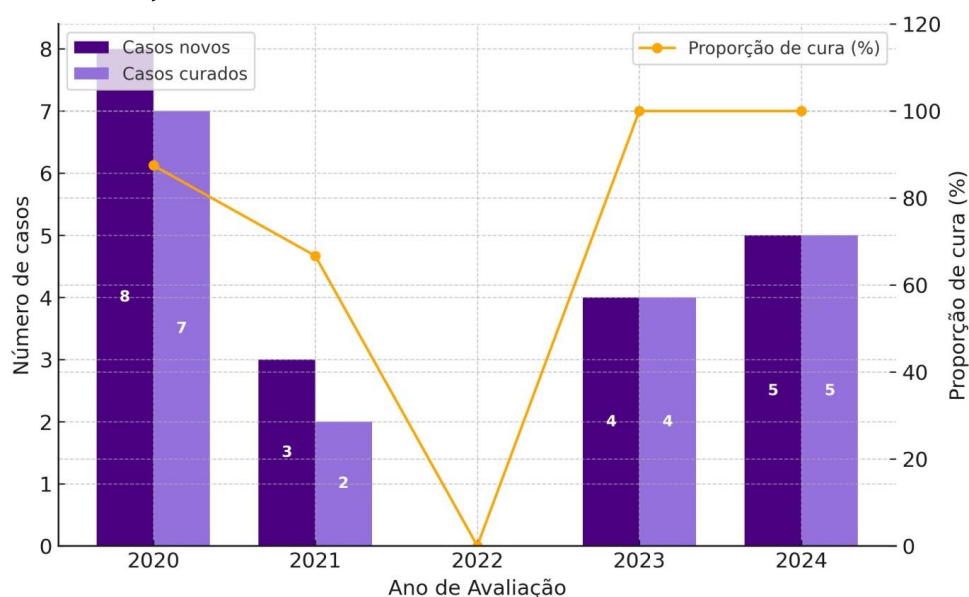
Fonte: Sinan-Net, base local Seviep. Atualizados em 06 de maio de 2025

A análise dos dados de hanseníase no município de Santos entre 2020 e 2024 revela uma oscilação significativa na forma clínica dos casos diagnosticados, com variações importantes entre os casos paucibacilares (n=9) e multibacilares (n=10) ao longo do período. Em 2020, todos os casos registrados foram da forma paucibacilar, o que pode indicar uma boa detecção precoce da doença, já que essa forma geralmente está associada a estágios iniciais e menor carga bacteriana. No entanto, em 2021, observa-se uma inversão completa: todos os casos foram da forma multibacilar, o que sugere um possível atraso no diagnóstico, permitindo a evolução da doença para uma forma mais grave, ou então uma subnotificação de casos mais leves.

Nos anos de 2022 e 2023, houve um equilíbrio entre as formas paucibacilar e multibacilar, o que pode ser interpretado como uma melhora na vigilância epidemiológica e nos mecanismos de diagnóstico, permitindo a identificação de casos em diferentes estágios da doença. Em 2024, no entanto, nota-se novamente um predomínio dos casos multibacilares, representando 66,7% do total, o que pode refletir uma nova falha na detecção precoce.

Essa variação na proporção entre os tipos de hanseníase ao longo dos anos pode estar atrelada a certa instabilidade nos serviços de saúde quanto à identificação e manejo da doença. A prevalência da forma multibacilar em alguns anos é particularmente preocupante, pois se trata de uma forma mais grave e com maior potencial de transmissão, o que reforça a importância de ações contínuas de educação em saúde, rastreamento ativo e qualificação dos profissionais da atenção básica. A detecção precoce e o tratamento adequado são fundamentais não apenas para a cura do paciente, mas também para interromper a cadeia de transmissão e evitar incapacidades.

Figura 5 - Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos de diagnóstico nos anos das coortes, residentes em Santos – 2020 a 2024.



Fonte: Sinan-Net, base local Seviep. Atualizados em 06 de maio de 2025

A proporção de cura de hanseníase entre os casos novos de diagnóstico nos anos das coortes avalia a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados nos anos das coortes, bem como a efetividade do tratamento.

Os dados apresentados sobre a proporção de cura da hanseníase entre 2020 e 2024 revelam uma evolução significativa no controle da doença ao longo dos anos. Em 2020, a proporção de cura foi de 87,5% (parâmetro regular: 75,0-89,9%), indicando que a maioria dos casos foram tratados com sucesso, refletindo uma boa adesão ao tratamento e a efetividade das ações de saúde pública voltadas para a hanseníase nesse quesito.

No entanto, em 2021, houve uma redução considerável nessa proporção, que caiu para 66,7% (parâmetro precário: <75,0%). Essa diminuição pode estar associada a diversos fatores, como dificuldades de acesso aos serviços de saúde, abandono do tratamento ou ainda a diagnóstico tardio.

No ano de 2022, com a ausência de casos novos, não houve registros de cura, o que resultou em uma proporção de 0%. A ausência de casos novos pode estar atrelada aos impactos provocados por eventos externos, como a pandemia de COVID-19, que comprometeu o funcionamento regular dos sistemas de saúde em diversas localidades, visto que o indicador de proporção de cura capta os casos novos paucibacilares diagnosticados no ano anterior ao ano de avaliação e multibacilares diagnosticados dois anos antes do ano de avaliação.

Em contrapartida, nos anos de 2023 e 2024 a proporção de cura atingiu 100% (parâmetro bom: $\geq 90,0\%$) em ambos os anos. Esse resultado é extremamente positivo, indicando uma retomada efetiva das estratégias de combate e controle da hanseníase, provavelmente impulsionada por campanhas de conscientização e tratamento adequado, além do fortalecimento das políticas públicas que podem ter sido prejudicadas nos anos anteriores.

A variação observada na proporção de cura ao longo desse período reflete a complexidade dos fatores envolvidos na gestão da hanseníase, que abrange desde aspectos epidemiológicos até questões sociais e estruturais. A queda em 2021 e o colapso observado em 2022 podem estar diretamente ligados às dificuldades impostas pela pandemia, mas a recuperação completa nos dois anos seguintes evidencia a capacidade de resposta do sistema de saúde.

É fundamental que esse cenário positivo seja mantido, com esforços contínuos de vigilância epidemiológica, garantia de acesso universal ao diagnóstico e tratamento, e a implementação de estratégias para prevenir o abandono terapêutico. Além disso, é imprescindível investir em educação em saúde para reduzir o estigma social associado à hanseníase, promovendo assim um ambiente mais favorável para o enfrentamento da doença.

RAIVA HUMANA

Tabela 01 — Número de casos confirmados de raiva humana, notificados no sistema de informação de agravos de notificação – Brasil – 2015 a 2024.

Variável	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Raiva Humana	2	2	6	11	1	2	1	2	1	2	30
Total	2	2	6	11	1	2	1	2	1	2	30

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. Dados atualizados em julho de 2025. Sujeitos a alterações.

A Tabela 01 acima apresenta os casos de raiva humana no Brasil entre os anos de 2015 e 2024, totalizando 30 casos confirmados ao longo do período. Os dados revelam a persistência da doença no país, ainda que em números relativamente baixos, e destacam a importância da vigilância contínua e da prevenção, principalmente por meio da profilaxia pós-exposição realizada no atendimento antirrábico.

É importante observar que, apesar de os números parecerem baixos em termos absolutos, a raiva humana é uma doença praticamente 100% letal, o que torna cada caso extremamente preocupante do ponto de vista da saúde pública. Além disso, a presença contínua de casos indica que ainda existem falhas na cadeia de prevenção, seja na vacinação de animais, no controle da exposição humana ou na adesão ao protocolo de atendimento pós-exposição.

Em resumo, os números revelam que, embora a raiva humana tenha se tornado uma doença rara no Brasil, não foi erradicada e continua sendo um desafio epidemiológico. A ocorrência de casos anuais, mesmo que esporádicos, exige a manutenção da vigilância, da notificação, profilaxia e da cobertura vacinal canina como medidas fundamentais para a prevenção de novos óbitos. No município de Santos não há registro de casos de raiva humana.

ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO HUMANO EM SANTOS

Com a intensificação das ações de vigilância, o município de Santos mantém o controle da raiva humana, atuando de forma sistemática na profilaxia pré e pós-exposição (PrEP e PEP) para indivíduos expostos ao risco de infecção pelo vírus rábico.

No ano de 2024, os atendimentos de profilaxia antirrábica humana estiveram majoritariamente associados à espécie canina, com 759 notificações (82,5% dos casos), seguidos por exposições envolvendo felinos (132, 14,3% dos casos). Foram ainda registrados atendimentos relacionados a outras espécies, como quirópteros (12, 1,3% dos casos) e primatas não humanos (11, 1,2% dos casos).

Durante o período, foram administradas 171 doses de soro antirrábico humano, em associação ao esquema vacinal de quatro doses, conforme protocolo vigente.

Em relação à distribuição territorial, ainda para o ano de 2024, observa-se maior concentração de atendimentos nas regiões da Orla (443, 48,2% dos casos) e Zona Noroeste

(179, 19,5% dos casos). No total, foram registrados 920 atendimentos de profilaxia pós-exposição no município.

Além disso, foram realizados 33 atendimentos de profilaxia pré-exposição (PrEP), com aplicação de duas doses da vacina antirrábica e posterior coleta de amostras para titulação sorológica, enviadas ao Instituto Pasteur. Esses atendimentos contemplaram, prioritariamente, estudantes de Medicina Veterinária e profissionais atuantes em estabelecimentos de serviços com animais (Pet Shops), visando avaliar a necessidade de revacinação conforme os níveis de anticorpos detectados.

Tabela 02 – Número e taxa de incidência de casos de atendimentos antirrábico segundo a região de residência por ano de diagnóstico – Santos, 2020 a 2024.

Região	2020		2021		2022		2023		2024		Total	
	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx
Area Continental	0	0	0	0	0	0	1	27,09	4	108,3	5	135,4
Centro	29	103,7	37	132,3	55	196,7	61	218,1	104	371,9	286	1023
Morros	78	106,7	93	127,2	144	196,9	129	176,4	172	235,2	616	842,4
Orla	185	75,7	283	115,7	351	143,5	399	163,2	443	181,2	1661	679,2
Zona Noroeste	62	89,5	43	62,06	124	179	91	131,3	179	258,3	499	720,2
Sem residencia fixa	0	-	0	-	0	-	0	-	13	-	13	-
Ignorado	43	-	83	-	70	-	162	-	5	-	363	-
Total	397	91,0	539	124,0	744	172	843	195,6	920	214,2	3443	159,1

Fonte: Sinan-Net/ base local SEVIEP. Atualizados em 09/06/2025.

Nota: Pop. Censo IBGE – 2022. Dados provisórios, sujeitos a alterações.

Ao observarmos a estratificação por regiões, no período de 2020 a 2024, incluindo o número absoluto de atendimentos e as taxas de incidência por 100.000 habitantes. Ao longo desses cinco anos, nota-se um aumento considerável de 131,7% no número de atendimentos, que passou de 397 em 2020 para 920 em 2024, com elevação de 135,3% da taxa de 91,0 para 214,2 por 100 mil habitantes. Esse crescimento foi mais acentuado entre 2022 e 2023, indicando uma possível intensificação da exposição da população a riscos ou uma melhora na vigilância e notificação.

A região da Orla foi a que concentrou o maior número de atendimentos no período, totalizando 1.661 casos, com taxas elevadas e relativamente constantes, o que pode estar ligado à maior densidade populacional e circulação de animais.

O Centro também se destacou com crescimento expressivo nas taxas, especialmente em 2023 e 2024, acumulando 1.023 atendimentos. Os Morros e a Zona Noroeste apresentaram aumentos progressivos ao longo do tempo, somando 616 e 499 atendimentos, respectivamente.

A Área Continental teve apenas cinco atendimentos, mas sua taxa subiu bruscamente em 2024, o que pode sinalizar um episódio pontual. Os registros classificados como “sem residência fixa” e “ignorado” somaram 13 e 363 casos, respectivamente, o que dificulta uma análise territorial completa.

Os dados indicam uma tendência de crescimento dos casos de atendimentos antirrábicos em Santos, com uma média de 688,6 casos por ano e uma taxa de média de incidência de atendimento antirrábico de 159,4 casos por 100.000 habitantes, e apontam para a necessidade de ações preventivas focadas especialmente nas regiões mais afetadas, além da melhoria nos registros para permitir uma análise mais precisa.

Tabela 03 – Número e taxa de incidência de casos de atendimentos antirrábico segundo a faixa etária por ano de diagnóstico – Santos, 2020 a 2024.

Faixa etária	2020		2021		2022		2023		2024		Total	
	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx
Menor 1 ano	7	171,4	3	77,2	7	186,5	3	80,4	6	182,2	26	138,7
1 a 4 anos	20	102,3	16	81,4	29	148,7	33	171,9	27	141,0	125	128,8
5 a 9 anos	33	139,6	37	157,1	46	197,8	39	170,1	50	222,8	205	177,0
10 a 14 anos	30	123,3	31	128,2	33	136,5	33	136,9	39	162,2	166	137,4
15 a 19 anos	16	61,8	26	101,7	58	230,0	36	144,6	50	203,1	186	147,4
20 a 29 anos	55	101,1	78	145,0	118	222,2	123	234,5	156	300,5	530	199,5
30 a 39 anos	51	81,0	80	129,9	90	149,6	114	193,8	131	227,9	466	154,8
40 a 49 anos	48	75,9	87	135,7	115	177,4	130	198,7	145	220,2	525	162,3
50 a 59 anos	52	88,6	83	142,5	101	174,6	129	223,9	123	214,0	488	168,3
60 a 69 anos	45	89,7	53	104,4	87	169,5	109	209,6	99	188,3	393	153,0
70 a 79 anos	28	87,8	31	95,3	41	123,5	66	193,3	71	201,9	237	142,0
80 anos e mais	12	62,6	14	72,4	19	98,1	28	143,3	23	115,5	96	98,6
Total	397	91,0	539	124,0	744	172,0	843	195,6	920	214,2	3443	159,1

Fonte: Sinan-Net/ base local SEVIEP. Atualizados em 09/06/2025.

Nota: Pop. IBGE - Estimativas Populacionais por Município, Idade e Sexo 2000-2024. Dados provisórios, sujeitos a alterações.

A análise dos atendimentos antirrábicos humanos na cidade de Santos, segundo faixa etária, entre os anos de 2020 e 2024, revela uma tendência crescente tanto no número de atendimentos quanto nas taxas de incidência por 100.000 habitantes em praticamente todas as idades.

As faixas etárias mais afetadas ao longo dos anos foram aquelas entre 5 e 9 anos, 20 a 29 anos e 50 a 59 anos, todas com taxas elevadas e crescimento constante, sendo que a faixa de 20 a 29 anos alcançou a maior taxa em 2024, com 300,5 atendimentos por 100 mil habitantes.

Crianças menores de 1 ano também apresentaram taxas elevadas e números relativamente constantes, sugerindo uma preocupação com a exposição de crianças pequenas, possivelmente por maior vulnerabilidade e dificuldade de defesa diante de animais agressivos.

A população adulta jovem, entre 20 e 49 anos, concentrou o maior número absoluto de atendimentos, refletindo provavelmente maior exposição em ambientes externos e no trabalho. Já os idosos com 80 anos ou mais mantiveram taxas mais baixas ao longo do período, possivelmente por menor mobilidade e menor exposição, conforme Tabela 03.

Esses dados apontam que todas as faixas etárias estão expostas ao risco, com especial atenção para crianças menores de 1 ano e adultos em idade produtiva. A tendência de crescimento geral dos atendimentos sugere a necessidade de intensificar ações de prevenção da raiva, como campanhas de conscientização, vacinação animal e orientação à população sobre cuidados após acidentes com animais.

Tabela 04 – Número e percentual de casos de atendimentos antirrábico segundo o sexo por ano de diagnóstico – Santos, 2020 a 2024.

Variável	2020		2021		2022		2023		2024		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Masculino	205	51,6	271	50,3	370	49,7	422	50,1	455	49,5	1723	50,0
Feminino	192	48,4	268	49,7	372	50,0	421	49,9	464	50,4	1717	49,9
Ignorado	0	0,0	0	0,0	2	0,3	0	0,0	1	0,1	3	0,1
Total	397	100,0	539	100,0	744	100,0	843	100,0	920	100,0	3443	100,0

Fonte: Sinan-Net/ base local SEVIEP. Atualizados em 09/06/2025.

Nota: Dados provisórios, sujeitos a alterações.

Na Tabela 04, entre os anos de 2020 a 2024, foram registrados 3.443 atendimentos antirrábicos na cidade de Santos. A distribuição entre os sexos foi bastante equilibrada, com 1.723 atendimentos para o sexo masculino (50,0%), 1.717 para o sexo feminino (49,9%) e apenas 3 casos com o sexo ignorado (0,1%), o que indica um bom preenchimento das informações no sistema de notificação.

A comparação entre os sexos revela uma estabilidade na proporção de atendimentos, com números muito semelhantes ao longo dos anos. Em 2024, por exemplo, houve uma leve predominância do sexo feminino (464 atendimentos contra 455 no sexo masculino), o que pode estar relacionado tanto à maior exposição quanto à maior procura por atendimento.

Tabela 05 – Número e percentual de casos de atendimentos antirrábico segundo a espécie de animal agressor por ano de diagnóstico – Santos, 2020 a 2024.

Espécie do animal agressor	2020		2021		2022		2023		2024		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Canina	345	86,9	447	82,9	618	83,1	710	84,2	759	82,5	2879	83,6
Felina	45	11,3	77	14,3	109	14,7	115	13,6	132	14,3	478	13,9
Quiróptera (morcego)	4	1,0	0	0,0	6	0,8	9	1,1	12	1,3	31	0,9
Primata (macaco)	1	0,3	12	2,2	9	1,2	6	0,7	11	1,2	39	1,1
Outra	2	0,5	3	0,6	2	0,3	3	0,4	6	0,7	16	0,5
Total	397	100,0	539	100,0	744	100,0	843	100,0	920	100,0	3443	100,0

Fonte: Sinan-Net/ base local SEVIEP. Atualizados em 09/06/2025.

Nota: Dados provisórios, sujeitos a alterações.

A Tabela 05, representam a distribuição dos atendimentos antirrábicos segundo a espécie do animal agressor, no período de análise (2020 a 2024). No total, foram contabilizados 3.443 atendimentos, sendo a grande maioria dos casos provocados por cães e gatos, o que evidencia a importância desses animais no contexto da profilaxia da raiva humana.

Os cães foram responsáveis por 2.879 dos atendimentos ao longo do período, representando 83,6% do total, uma proporção que se manteve estável ano após ano, variando entre 82,5% e 86,9%. Esse predomínio destaca a relevância do controle da população canina e da vacinação antirrábica como principais estratégias de prevenção.

Já os gatos (espécie felina) causaram 478 atendimentos, o que corresponde a 13,9% dos casos. Assim como os cães, os felinos também mantiveram uma proporção constante ao longo dos anos, com um leve aumento em 2021.

Animais silvestres, embora representem uma parcela muito pequena dos casos, merecem atenção especial, dado o seu potencial de transmissão do vírus da raiva em situações específicas. Os quirópteros (morcegos) estiveram envolvidos em 31 atendimentos (0,9%), com um leve crescimento nos registros, especialmente em 2024.

Os primatas (macacos) foram responsáveis por 39 casos no total (1,1%), com picos nos anos de 2021 e 2024. Já a categoria “outra” inclui espécies não especificadas ou menos comuns, com apenas 16 registros (0,5%).

A predominância dos animais domésticos, especialmente cães e gatos, como causadores das agressões que levam ao atendimento antirrábico, reforça a necessidade de estratégias contínuas de vacinação, educação em saúde, guarda responsável e controle populacional desses animais.

Além disso, a presença constante de registros relacionados a morcegos e primatas, mesmo em pequena quantidade, indica que as ações de vigilância também devem incluir os animais silvestres, sobretudo em áreas urbanas com fragmentos de mata ou presença desses animais no ambiente urbano.

Em resumo, os números segundo o animal agressor evidenciam a importância de manter e fortalecer as políticas públicas de prevenção da raiva, com foco prioritário nos animais domésticos, mas sem desconsiderar o potencial zoonótico dos animais silvestres no contexto urbano da cidade de Santos.

Tabela 06 – Número e percentual de casos de atendimentos antirrábico segundo o tratamento indicado por ano de diagnóstico – Santos, 2020 a 2024.

Tratamento indicado	2020		2021		2022		2023		2024		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pré exposição	0	0,0	0	0,0	3	0,4	3	0,4	0	0,0	6	0,2
Dispensa de tratamento	1	0,3	5	0,9	3	0,4	4	0,5	3	0,3	16	0,5
Observação do animal (se cão ou gato)	224	56,4	278	51,6	424	57,0	426	50,5	457	49,7	1809	52,5
Observação + vacina	19	4,8	34	6,3	23	3,1	39	4,6	31	3,4	146	4,2
Vacina	123	31,0	186	34,5	189	25,4	241	28,6	242	26,3	981	28,5
Soro + vacina	14	3,5	26	4,8	80	10,8	121	14,4	171	18,6	412	12,0
Ignorado	16	4,0	10	1,9	22	3,0	9	1,1	16	1,7	73	2,1
Total	397	100,0	539	100,0	744	100,0	843	100,0	920	100,0	3443	100,0

Fonte: Sinan-Net/ base local SEVIEP. Atualizados em 09/06/2025.

Nota: Dados provisórios, sujeitos a alterações.

Em relação as condutas adotadas nos atendimentos antirrábicos realizados na cidade de Santos, entre os anos de 2020 e 2024, as categorias analisadas envolvem diferentes tipos de tratamento indicados, desde observação do animal até esquemas vacinais completos, e revelam importantes aspectos da estratégia de prevenção da raiva humana.

A observação do animal agressor, quando possível (especialmente para cães e gatos domiciliados), foi a conduta mais frequente, correspondendo a 52,5% dos casos (1.809 atendimentos). Essa abordagem é recomendada quando o animal passível de observação para

acompanhamento por 10 dias, o que reduz a necessidade de intervenções mais invasivas. Houve um crescimento progressivo desta conduta até 2022, mantendo-se estável nos anos seguintes, com pequenas variações.

Em seguida, destaca-se a administração apenas da vacina, indicada em 28,5% dos atendimentos (981 casos). Essa conduta teve maior expressividade em 2021 e 2022, e apresentou leve redução nos anos de 2023 e 2024, o que pode indicar um aumento na viabilidade de observação dos animais ou na indicação de esquemas combinados, como soro e vacina.

A conduta de soro + vacina, que é mais indicada em situações de maior risco ou quando o animal é desconhecido ou não está disponível para observação, representou 12,0% dos casos (412 atendimentos). Observa-se um crescimento importante dessa conduta, especialmente a partir de 2023, chegando ao seu pico em 2024 com 18,6% dos atendimentos, o que pode refletir aumento da gravidade dos incidentes, maior cautela na condução clínica e aumento da população de cães errantes.

Outras condutas como observação associada à vacina (4,2%), dispensa de tratamento (0,5%) e esquema de reexposição (0,4%) tiveram participação menos expressiva, mas são importantes por indicarem protocolos específicos aplicados conforme o tipo de exposição e histórico vacinal do paciente. O esquema de reexposição, por exemplo, foi mais registrado em 2024, sugerindo que a população está passando por mais de um atendimento ao longo da vida.

A categoria “Ignorado” aparece em 73 registros (2,1%), sendo mais frequente em 2022. Essa presença ao longo dos anos pode indicar necessidade de melhoria no preenchimento das fichas e ainda mais capacitação das equipes de saúde quanto à escolha da conduta adequada.

Em síntese, os dados da Tabela 06, refletem a adoção de condutas coerentes com os protocolos de prevenção da raiva, com predomínio de observação do animal e uso da vacina isoladamente. Há também um crescimento nas indicações de esquemas mais completos (como soro + vacina), o que pode indicar maior precaução frente à gravidade das exposições ou mudanças no perfil dos animais agressores. Esses achados ressaltam a importância da vigilância epidemiológica, da qualificação das equipes de saúde e da conscientização da população quanto à busca precoce por atendimento após acidentes com animais.

Tabela 07 – Número e percentual de casos de atendimentos antirrábico segundo a raça/cor da pele por ano de diagnóstico – Santos, 2020 a 2024.

Raça/cor da pele	2020		2021		2022		2023		2024		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Branca	225	56,7	327	60,7	441	59,3	508	60,3	545	59,2	2046	59,4
Preta	29	7,3	22	4,1	45	6,0	69	8,2	70	7,6	235	6,8
Amarela	3	0,8	4	0,7	6	0,8	8	0,9	6	0,7	27	0,8
Parda	79	19,9	109	20,2	170	22,8	183	21,7	218	23,7	759	22,0
Indígena	4	1,0	0	0,0	3	0,4	4	0,5	5	0,5	16	0,5
Ignorado	57	14,4	77	14,3	79	10,6	71	8,4	76	8,3	360	10,5
Total	397	100,0	539	100,0	744	100,0	843	100,0	920	100,0	3443	100,0

Fonte: Sinan-Net/ base local SEVIEP. Atualizados em 09/06/2025.

Nota: Dados provisórios, sujeitos a alteração.

A Tabela 07, apresenta a distribuição dos atendimentos antirrábicos realizados na cidade de Santos entre 2020 e 2024 segundo a raça/cor autodeclarada dos indivíduos

atendidos. Ao longo do período, foram registrados 3.443 atendimentos, com destaque para a predominância de pessoas que se identificaram como brancas e pardas.

A população branca foi a mais representada, com 2.046 atendimentos, o que corresponde a 59,4% do total. Esse percentual se manteve relativamente estável durante todos os anos, variando entre 56,7% e 60,7%. A segunda maior proporção foi da população parda, que registrou 759 atendimentos (22,0%), também mantendo constância ao longo dos anos, com ligeiro aumento proporcional em 2024 (23,7%). Já a população preta somou 235 atendimentos (6,8%), com um crescimento proporcional nos anos de 2023 e 2024, quando ultrapassou 8% dos casos.

As populações amarela e indígena apresentaram percentuais baixos de atendimento. Foram registrados apenas 27 casos de pessoas autodeclaradas amarelas (0,8%) e 16 casos de indígenas (0,5%) durante todo o período. Esses números são consistentes com a menor representatividade dessas populações na composição demográfica do município, mas ainda assim devem ser considerados no planejamento de ações de saúde que contemplem a diversidade étnico-racial.

Um dado importante a ser destacado é o número de registros com raça/cor ignorada, que somam 360 casos (10,5%). Ainda que esse percentual tenha diminuído em relação ao início da série (14,4% em 2020), ele ainda é expressivo e evidencia a necessidade de aprimorar o preenchimento das fichas de notificação e sensibilizar as equipes quanto à importância da informação étnico-racial para a análise das desigualdades em saúde.

Em suma, os dados demonstram que a maioria dos atendimentos antirrábicos em Santos ocorreu entre pessoas brancas e pardas, o que pode refletir tanto a composição demográfica local quanto padrões de acesso aos serviços. A redução gradativa dos registros ignorados aponta para avanços na qualificação da informação, embora ainda haja espaço para melhorias. A inclusão sistemática da variável raça/cor nas análises permite identificar possíveis desigualdades e orientar políticas públicas mais equitativas.

MONKEYPOX

Em 21 de maio de 2022, a OMS declarou a existência de um surto global emergente de infecção pelo vírus Monkeypox, com transmissão comunitária documentada entre pessoas que tiveram contato com casos sintomáticos, em países não endêmicos. Doença zoonótica causada por vírus pertencente à família Poxviridae, gênero Orthopoxvirus, espécie Monkeypoxvirus. Os principais hospedeiros são os roedores.

Trata-se de doença de notificação compulsória que deve ser notificada no sistema Cevesp.

Apesar do vírus receber a nomenclatura de varíola dos macacos, não há participação de macacos na transmissão para seres humanos.

A transmissão ocorre por contato direto ou indireto com sangue, fluidos corporais, lesões de pele ou membranas mucosas de animais infectados. Contato próximo/íntimo com lesões de pele e pessoas infectadas (abraço, beijo, massagens, relações sexuais ou secreções respiratórias).

A transmissão também pode ocorrer por meio de secreções em objetos, tecidos (roupas, roupas de cama, toalhas) e superfícies que foram utilizadas pelo doente. Via gotículas

respiratórias, pode ocorrer a transmissão, porém requer contato mais próximo entre o paciente infectado e outras pessoas. Existe possibilidade de transmissão via placentária.

O período de incubação é tipicamente de 6 a 13 dias e pode variar de 5 a 21 dias de intervalo. Após infectada, a pessoa comumente inicia os sintomas com febre, mialgia, cefaleia, astenia, dor nas costas e linfadenopatia. Após 3 dias do período prodrômico o indivíduo apresenta erupção maculopapular centrífuga à partir do local da infecção primária e que se espalha rapidamente para outras partes do corpo.

As lesões progridem, no geral, dentro de 12 dias do estágio de máculas para pápulas, vesículas, pústulas e crostas. Quando a crosta desaparece, a pessoa deixa de infectar outras pessoas, o que ocorre em geral em 2 a 4 semanas.

A maioria dos casos humanos de Mpox apresenta sintomas leves à moderados. A gravidade da doença também pode variar dependendo da via de transmissão, suscetibilidade do hospedeiro e da quantidade de vírus inoculado.

Sinais de gravidade: encefalite, infecções bacterianas da pele, desidratação, conjuntivite, ceratite e pneumonia.

Escore de gravidade preconizados pela OMS:

- ✓ Leve - menos de 25 lesões de pele
- ✓ Moderada – de 25 a 99 lesões de pele
- ✓ Grave – 100 a 250 lesões de pele
- ✓ Crítico – mais de 250 lesões de pele

Qualquer paciente com suspeita de Mpox deve ser isolado durante os períodos infecciosos presumidos e conhecidos, ou seja, durante o período prodrômico e a resolução da erupção da doença, respectivamente.

O caso confirmado de Mpox deverá se manter em isolamento até que a erupção cutânea esteja totalmente resolvida, ou seja, até que todas as crostas tenham caído e uma nova camada de pele intacta tenha se formado.

O diagnóstico é laboratorial – PCR. Deve ser realizada coleta de fluidos das lesões utilizando Swab. O ideal da coleta é na fase aguda, com a presença de pústulas vesiculares.

Não existe tratamento específico para infecção pelo Mpox. O tratamento é sintomático e envolve a prevenção e tratamento de infecções bacterianas sintomáticas.

VACINAÇÃO PRÉ E PÓS-EXPOSIÇÃO AO VÍRUS MPOX

Vacinação pré-exposição ao vírus Mpox – pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) com idade igual ou superior a 18 anos, que sejam homens cisgênero, travestis e mulheres transexuais E que possuam contagem de linfócitos T-CD4 menos que 200 células/mm³ em exame coletado nos últimos 6 meses.

Profissionais de laboratório com nível de biossegurança 3, entre 18 e 49 anos de idade, e que trabalhem diretamente com Orthopoxvirus.

Vacinação pós exposição ao vírus Mpox – pessoas que tiveram contato direto com fluidos e secreções corporais de pessoas suspeitas, prováveis ou confirmadas para Mpox, cuja exposição seja classificada como de alto ou médio risco, conforme recomendação da OMS. Cabe ressaltar que a maior efetividade da estratégia pós exposição se dá nos 4 primeiros dias após exposição.

A vacina tem indicação de duas doses para completar o esquema vacinal (0,5 ml); administração subcutânea (preferencialmente deltoide), com quatro semanas de intervalo entre as doses.

Não devem ser vacinadas pessoas que já tenham sido previamente diagnosticadas com Mpox e/ou que apresentem lesões de pele compatíveis com diagnóstico clínico da doença no momento do atendimento.

CASOS CONFIRMADOS DE MPOX SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA POR ANO DE DIAGNÓSTICO – SANTOS – 2022 A 2024.

FAIXA ETÁRIA	2022	2023	2024	Total Geral
20 a 29 anos	12	0	0	12
30 a 39 anos	9	1	0	10
40 a 49 anos	3	0	0	3
Total Geral	24	1	0	25

Fonte: CEVESP. Atualizados em 09/06/2024

Nota: Pop. censo IBGE-2022. Dados provisórios, sujeitos a alteração

FAIXA ETÁRIA	2022		2023	
	No.CASOS CONFIRMADOS	Coef.Incid.(por 100.000 hab)	No.CASOS CONFIRMADOS	Coef.Incid.(por 100.000 hab)
Menor 1 ano	-	0,00	-	0,00
1 a 4 anos	-	0,00	-	0,00
5 a 9 anos	-	0,00	-	0,00
10 a 14 anos	-	0,00	-	0,00
15 a 19 anos	-	0,00	-	0,00
20 a 29 anos	12	23,80	-	0,00
30 a 39 anos	9	15,51	1	1,72
40 a 49 anos	3	4,72	-	0,00
50 a 59 anos	-	0,00	-	0,00
60 a 69 anos	-	0,00	-	0,00
70 a 79 anos	-	0,00	-	0,00
80 anos e mais	-	0,00	-	0,00
Ignorados	-	#VALOR!	-	#VALOR!
SANTOS	24	5,73	1	0,24

Fonte: Sinan-net/Seviep Nota: Pop.IBGE - Censo 2022 Dados provisórios, sujeitos a alteração

CASOS CONFIRMADOS DE MPOX SEGUNDO A REGIÃO RESIDÊNCIA POR ANO DE DIAGNÓSTICO – SANTOS – 2022 A 2024

REGIÃO DE RESIDÊNCIA	2022	2023	2024	Total Geral
Centro	5	0	0	5
Morros	1	0	0	1
Orla	12	1	0	13
Zona Noroeste	6	0	0	6
Total Geral	24	1	0	25

REGIÃO	POP IBGE 2010	POP IBGE 2022	2022		2023	
			No.CASOS CONFIRMADOS	Coef.Incid.(por 100.000 hab)	No.CASOS CONFIRMADOS	Coef.Incid.(por 100.000 hab)
ÁREA CONTINENTAL	OUTROS/NÃO CLASSIFICADOS	3 692	-	0,00	-	0,00
CENTRO	-	27 963	5	17,88	-	0,00
MORROS	-	73 123	2	2,74	-	0,00
ORLA	-	244 542	12	4,91	1	0,41
Z.NOROESTE	-	69 288	5	7,22	-	0,00
OUTROS/NÃO CLASSIFICADOS			-		-	
SANTOS	419 400	418 608	24	5,73	1	0,24

Fonte: Sinan-Net/Seviep

Nota: Pop. IBGE SENSO 2010/2022. Dados provisórios, sujeitos a alteração.

Fonte: CEVESP. Atualizados em 09/06/2024 Nota: Pop. Censo IBGE 2022. Dados provisórios, sujeitos a alteração

De acordo com o Ministério da Saúde, até 30 de janeiro de 2024, foram registradas 57.333 notificações para mpox. Destas, 11.212 (19,6%) casos foram confirmados e 425 (0,7%) são classificados como prováveis.

De 1º de junho de 2022 a 30 de janeiro de 2024, o estado de São Paulo aparece como o estado com o maior número de casos confirmados: 4.356 (37,4%), seguido do Rio de Janeiro, com 1.610 (13,8%).

Até o primeiro mês deste ano, foram relatados 16 óbitos por mpox no Brasil, sendo 5 no Rio de Janeiro, 4 em Minas Gerais, 3 em São Paulo, 1 em Mato Grosso, 1 no Maranhão, 1 em Santa Catarina e 1 no Pará. A média de idade das pessoas infectadas pelo vírus é de 31 anos, atingindo predominantemente o sexo masculino.

No município de Santos foram notificados no ano de 2022 , 177 pacientes, destes 04 foram classificados como prováveis, 149 descartados e 24 confirmados. No ano de 2023 foram notificados 22 pacientes, sendo 21 descartados e 01 confirmado.

Dentre os casos confirmados, a maioria dos pacientes estavam na faixa etária compreendida entre 20 e 29 anos (12 casos), porém há notificação de casos confirmados em pacientes entre 30 e 49 anos. Em relação à localização geográfica, dentre os pacientes confirmados, a maioria dos casos estão localizado na Orla (13 casos), porém observou-se pacientes confirmados no Centro, Morros e Zona Noroeste.

Não ocorreu nenhum óbito por Mpox no município de Santos, porém houve um caso de paciente com HIV, cujo óbito foi atribuído ao Covid-19, o paciente estava confirmado para Mpox.

Houve um caso de um paciente com evolução mais grave da doença – lesão oftálmica. Embora o cenário regional mostre a necessidade de manter a vigilância de novos casos de Mpox no país, o panorama atual não caracteriza surto. O objetivo é interromper a transmissão da doença entre as pessoas, com foco prioritário em grupos de alto risco de exposição ao vírus, com medidas efetivas de saúde pública.

**VIGILÂNCIA INTEGRADA DAS SÍNDROMES GRIPAIS – SRAG E SG
*(INFLUENZA, COVID-19, OUTROS VÍRUS RESPIRATÓRIOS E AGENTES
ETIOLÓGICOS DE IMPORTÂNCIA EM SAÚDE PÚBLICA).**

O Programa Global de Influenza (*Global Influenza Programme - GIP*), atualmente denominada como Rede Integrada das Síndromes Gripais, após reformulações, teve início em 1947 por meio da Organização Mundial da Saúde (OMS), através do firmamento de diretrizes e coordenação global dos instrumentos com ênfase no vírus *Influenza*. O vírus era considerado, pelo cenário vigente à época, o agente que ofertava mais riscos à saúde pública, devido à possibilidade de pandemias futuras.

No cenário nacional, a vacinação sazonal contra a influenza teve início em 1999. Em 2000, houve a implantação efetiva da vigilância epidemiológica da influenza, que tinha como principal função o monitoramento dos casos de síndrome gripal no país por meio de unidades de saúde sentinela.

Após o período de quase uma década (2009), o mundo foi acometido pela pandemia causada pelo vírus Influenza A (H1N1)pdm09, sendo assim implantada a vigilância da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) a fim de monitorar, registrar e estudar o agravamento das síndromes gripais no humano.

Com esses importantes instrumentos, o Ministério da Saúde vem fortalecendo a vigilância dos vírus respiratórios de maneira contínua e dinâmica, conforme orientações nacionais vigentes e a OMS. O Ministério da Saúde do Brasil realizou gradualmente o fortalecimento do programa de Vigilância Integrada, por meio de atualizações, orientações e emissões de notas técnicas conforme demandas específicas e particularidades do sistema de saúde nacional.

Em casos de emergências, como a pandemia da covid-19, o programa fora de grande valia para o manejo do quadro, desde o registro de casos até o planejamento e oferta de leitos e vacinas.

No panorama nacional da vigilância SRAG, foram notificados da semana epidemiológica 01^a à 52^a de 2024, 170.434 casos. Dentre eles, 74.330 (43,6%) com resultados não reagentes para vírus respiratórios e 78.739 (46,2%) com resultado de exame laboratorial positivo para algum vírus respiratório com identificação predominante de 16,8% por Influenza A, 2,0% por Influenza B, 33,8% por vírus sincicial respiratório, 27,1% por Rinovírus, e 19,6% por SARS-CoV-2 (COVID-19).

Nota-se que a incidência do ano citado, com seu pico entre a 12^a e 24^a semana epidemiológica, acompanhou a sazonalidade esperada para o agravo que se dá entre os meses de março e julho.

SG

• Síndrome Gripal é o termo utilizado para denominar casos em que o indivíduo apresenta sinais e sintomas de febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e que não necessitem de internação hospitalar pelo quadro apresentado.

SRAG

• Síndrome Respiratória Aguda Grave é o termo de notificação utilizado para denominar indivíduos acometidos por SG os quais transcorreram à gravidade com o acometimento do aparelho respiratório, necessitando de internação hospitalar para o tratamento do caso ou até mesmo evoluindo à óbito.

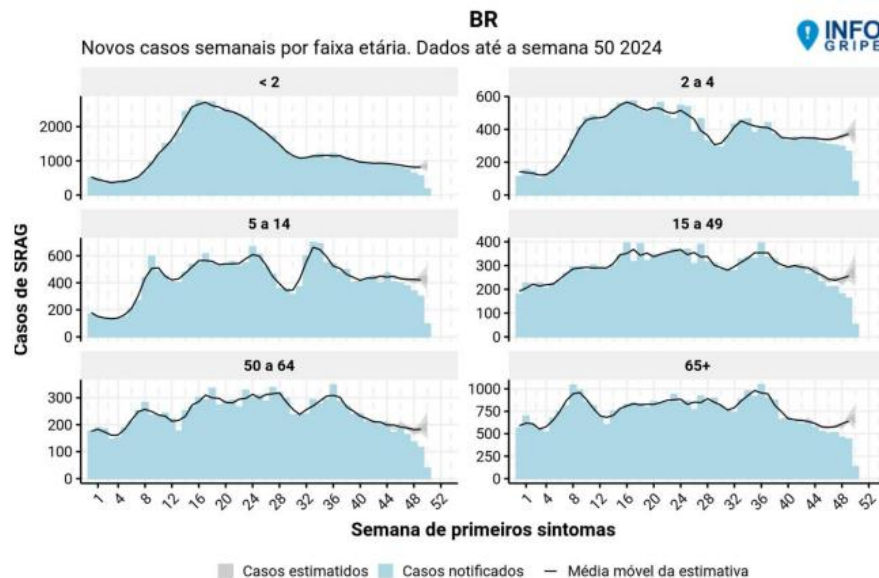


Figura 2: Casos semanais de SRAG notificados no Brasil e estimativas de casos recentes, por faixas etárias de interesse. Dados sujeitos a alteração.

Fonte: Boletim Infogripe – Fiocruz 2024

Dentre os acometidos, observa-se uma leve tendência de aumento dos casos de SRAG nas faixas etárias de crianças de 2 a 4 anos, além dos idosos a partir de 65 anos. As demais faixas etárias apresentam sinal de estabilidade. Fonte: Boletim Infogripe – Fiocruz 2024

Referente aos óbitos de SRAG no Brasil em 2024, foram registrados 10.551 óbitos, sendo 5.325 (50,5%) com resultado laboratorial positivo para algum vírus respiratório, 4.356 (41,3%) negativos.

Dentre os positivos, foram identificados 26,9% por Influenza A, 2,5% por Influenza B, 8,0% por vírus sincicial respiratório, 9,1% por Rinovírus e 52,6% por SARS-CoV-2 (COVID-19). O rinovírus foi o principal vírus responsável pelos casos de SRAG em crianças e adolescentes de até 14 anos, enquanto a Covid-19 predominou entre os idosos.

Nas últimas oito semanas do ano, nota-se que o índice de incidência e a mortalidade de acordo com a faixa etária mantém o cenário típico de alto impacto nos extremos de idade: a incidência de SRAG tem como protagonistas as crianças até 2 anos de idade. Em termos de mortalidade, há o inverso, com a população a partir de 65 anos sendo a mais atingida no País

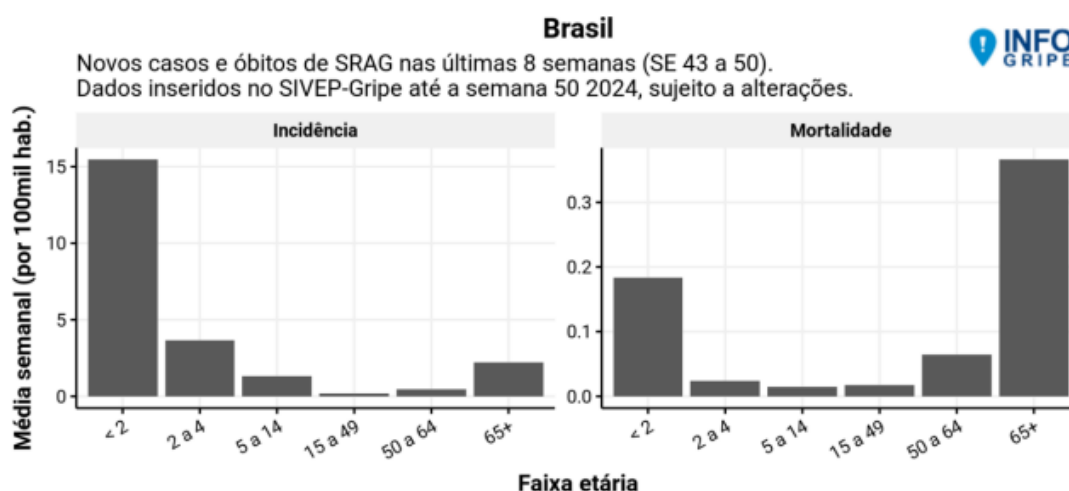


Figura 4: Média das incidências e mortalidade semanais de SRAG notificadas no Brasil nas últimas oito semanas. Dados sujeitos a alteração.

Em Santos, no ano de 2024 foram registrados 840 casos de SRAG e 8 óbitos de residentes. Observa-se o declínio numérico de casos notificados e óbitos por SRAG na série histórica de 2020 a 2024, subsequentemente corroborando com a diminuição nos índices de incidência e letalidade desde a pandemia de COVID-19 em 2020.

Dado que traz à tona a importância da vacinação disponibilizada pelo Programa Nacional de Imunização (vacinas contra influenza e covid-19), que previne aos acometidos desenvolverem as formas graves das doenças, evitando a hospitalização SRAG e óbito.

**NÚMEROS TOTAIS DE CASOS E ÓBITOS POR SRAG,
COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA E TAXA DE LETALIDADE EM
RESIDENTES DE SANTOS DE 2020-2024**

ANO	CASOS	ÓBITOS	TAXAS	
			Incidência*	Letalidade %
2020	5.480	1522	1..309	27,7
2021	4.159	1645	993	39,55
2022	1.083	426	258	39,33
2023	1.080	135	257	12,5
2024	840	86	200	10,23

Fonte: SIVEP-Gripe, Maio de 2025 (dados provisórios, sujeito a alterações)

* Coef. Incidência (por 100.000 habitantes) POP censo IBGE 2022

Acompanhando a tendência nacional, o município de Santos apresenta no último ano uma incidência de SRAG maior nas faixas etárias de 0 a 4 anos e maiores de 80 anos.

**NÚMERO DE CASOS DE SRAG POR FAIXA ETÁRIA E ANO DE
DIAGNÓSTICO EM RESIDENTES DE SANTOS DE 2020 – 2024**

FAIXA ETÁRIA	2020		2021		2022		2023		2024	
	Nº	Coef.*	Nº	Coef.*	Nº	Coef.*	Nº	Coef.*	Nº	Coef.*
0-4	164	93	207	118	172	98	365	209	391	182
5-9	91	43	47	22	50	23	108	51	153	72
10-14	43	19	16	7	14	6	36	16	46	19
15-19	35	15	16	7	3	1	8	3	3	1
20-24	55	22	39	15	5	2	14	5	4	1
25-29	56	22	51	20	14	5	12	4	8	3
30-34	112	40	77	28	16	6	19	6	7	2
35-39	203	66	153	49	16	5	15	5	13	4
40-44	257	75	207	60	22	6	15	4	12	3
45-49	317	108	280	95	20	6	14	4	6	2

50-54	357	126	315	111	30	10	21	7	13	4
55-59	484	166	394	135	27	9	24	8	14	4
60-64	479	173	398	144	46	16	30	10	19	6
65-69	558	228	443	181	60	24	52	21	27	11
70-74	557	285	398	204	81	41	61	31	22	11
75-79	478	333	364	253	116	80	71	57	21	14
≥ 80 ANOS	1234	609	754	372	391	193	215	106	81	40
SANTOS	5.480	130	4.159	99	1.083	25	1.080	25	840	20

Fonte: SIVEP-Gripe, Maio de 2025 (dados provisórios, sujeitos a alterações)

* Coef. Incidência (por 10.000 habitantes) POP censo IBGE 2022

Quando estratificado por sexo, é notável uma leve predominância do sexo masculino no número de casos notificados para SRAG e óbitos em todos os anos de 2020 a 2024.

NÚMERO DE CASOS DE SRAG E ÓBITO POR SEXO E ANO DE DIAGNÓSTICO EM RESIDENTES DE SANTOS DE 2020 – 2024												
ANO	FEMININO				MASCULINO				TOTAL			
	Nº CASOS	%	ÓBITOS	%	Nº CASOS	%	ÓBITOS	%	Nº CASOS	%	ÓBITOS	%
2020	2.497	46	654	43	2.983	54	868	57	5.480	100	1.522	100
2021	2.007	48	816	49	2.152	52	829	51	4.159	100	1.645	100
2022	518	48	210	49	565	52	216	51	1.083	100	426	100
2023	521	48	66	49	559	52	69	51	1.080	100	135	100
2024	378	45	38	55	462	55	31	45	840	100	69	100

Fonte: SIVEP-Gripe, Maio de 2025 (dados provisórios, sujeitos a alterações)

Tratando-se de classificação final dos casos de SRAG em 2024, independente de sua evolução (alta ou óbito), em residentes de Santos, 74% não foram especificados quanto à causa do acometimento de acordo com seus achados clínicos durante a internação. Logo em sequência visualiza-se o empate percentual de 9 % de SRAG ocasionada por COVID- 19 e Influenza. Seguido por 5% de SRAG por outros vírus respiratórios e 2% por outros agentes etiológicos.

Dos 5% das SRAGs classificadas para outros vírus respiratórios, é predominante em 84,09% dos casos o Vírus Sincial Respiratório, seguido por Metapneumovírus com 6,81% de identificação.

No percentil de 2% de SRAGs classificadas para outros agentes etiológicos em 2024, é identificado em 27,77% dos casos o agente *Mycoplasma pneumoniae*, bactéria comum na sociedade, causadora de aproximadamente 20% das pneumonias adquiridas na comunidade.

Apresenta sinais e sintomas que podem incluir febre, dor de cabeça, mal-estar, tosse, dor de garganta e, ocasionalmente, desconforto respiratório e/ou fadiga, sendo identificado como bronquite ou bronquiolite em exames físicos e de imagem.

NÚMERO DE CASOS DE SRAG POR CLASSIFICAÇÃO FINAL EM RESIDENTES DE SANTOS - 2020 A 2024										
CLASSIFICAÇÃO FINAL	2020		2021		2022		2023		2024	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SRAG por Influenza	2	0,03	19	0,45	16	102	26	2	79	9
SRAG por Outro Vírus Respiratório	0	0	9	0,21	26	62	44	4	42	5
SRAG por outro Agente Etiológico	7	0,12	17	4,8	2	18	15	1	18	2
SRAG por COVID-19	3.057	55	2.388	23	605	56	162	15	76	9
SRAG Não Especificada	2.414	44	1.726	45	434	40	833	77	625	74
TOTAL	5.480	100	4.159	100	1.083	100	1.080	4	840	100

Fonte: SIVEP-Gripe, Maio de 2025 (dados provisórios, sujeito a alterações)

A transmissão ocorre por via respiratória através da inalação de gotículas ou contato direto, sendo comum o surgimento de casos entre contatos próximos. O período de incubação é de 6 a 32 dias, e a transmissibilidade pode se estender por até 20 dias.

NÚMERO DE CASOS DE SRAG COM CLASSIFICAÇÃO FINAL PARA OUTROS AGENTE ETIOLÓGICO, POR AGENTE, EM RESIDENTES DE SANTOS - 2020 A 2024										
CLASSIFICAÇÃO OAE	2020		2021		2022		2023		2024	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ACINETOBACTER	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5,55
ACINETOBACTER BAUMANNII	0	0	0	0	0	0	2	13,33	2	11,11
CANDIDA ALBICANS	0	0	0	0	1	50	1	6,6	0	0
COMORBIDADES PRÉVIAS	1	14,28	14	82,3	0	0	0	0	0	0
DENGUE	0	0	1	5,8	0	0	0	0	0	0
ENTEROBACTER CLOACAE COMPLEXO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5,55
ESCHERICHIA COLI	0	0	0	0	0	0	1	6,6	0	0
KLEBSIELLA PNEUMONIAE	0	0	0	0	0	0	4	26,6	4	22,22
MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS	3	42,85	2	11,7	1	50	1	6,6	0	0
MYCOPLASMA PNEUMONIAE	0	0	0	0	0	0	2	13,3	5	27,77
NÃO INFORMADO	3	42,85	0	0	0	0	0	0	1	5,55
PSEUDOMONAS AERUGINOSA	0	0	0	0	0	0	4	26,6	1	5,55
STAPHYLOCOCCUS AUREUS	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5,55
STAPHYLOCOCCUS OXA-R	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5,55
STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5,55
TOTAL	7	100	17	100	2	100	15	100	18	100

Fonte: SIVEP-Gripe, Maio de 2025 (dados provisórios, sujeito a alterações)

O monitoramento da Influenza em Santos conta com junção de dados entre a Vigilância SRAG e a Vigilância Sentinela de SG ativa no município desde 2017. Houve a detecção de 140 casos, através de exames laboratoriais realizados na rede hospitalar pública e privada em casos SRAG e na Unidade Sentinela de SG. A maior incidência em internados (SRAG) é na faixa etária de 0 a 4 anos.

Importante frisar que a vacina contra a Influenza, que previne as manifestações graves da doença que ocasionam internações, é disponibilizada anualmente em todas as salas de vacinação localizadas nas policlínicas do município de forma gratuita, através do Programa Nacional de Imunização – PNI, destinada a toda população a partir de 6 meses de idade.

NÚMERO DE CASOS CONFIRMADOS PARA INFLUENZA, POR FAIXA ETÁRIA E ANO DE DIAGNÓSTICO EM RESIDENTES DE SANTOS DE 2020 - 2024										
FAIXA ETÁRIA	2020		2021		2022		2023		2024	
	Nº	Coef.*	Nº	Coef.*	Nº	Coef.*	Nº	Coef.*	Nº	Coef.*
0-4	0	0	0	0	7	4,1	11	6,3	35	20
5-9	0	0	3	1,4	2	0,9	3	1,4	16	7,6
10-14	0	0	1	0,4	1	0,4	3	1,3	10	4,5
15-19	1	0,4	0	0	0	0	4	1,7	2	0,8
20-24	0	0	0	0	0	0	7	2,8	5	2
25-29	0	0	2	0,7	2	0,7	2	0,8	5	1,9
30-34	2	0,7	2	0,7	0	0	6	2,1	4	1,4
35-39	1	0,3	0	0	0	0	2	0,6	6	1,9
40-44	0	0	3	0,8	1	0,2	2	0,6	5	1,4
45-49	0	0	0	0	0	0	1	0,3	4	1,3
50-54	0	0	3	1	5	1,7	2	0,7	7	2,4
55-59	1	0,3	0	0	2	0,6	3	1	4	1,3
60-64	2	0,8	0	0	2	0,7	2	0,7	13	4,7
65-69	0	0	0	0	2	0,8	2	0,8	9	3,6
70-74	1	0,5	1	0,5	1	0,5	1	0,5	5	2,5
75-79	0	0	4	2,7	0	0	0	0	5	3,4
≥ 80 ANOS	0	0	8	3,9	5	2,4	2	0,9	5	2,4
SANTOS	8	0,1	27	0,6	30	0,7	53	1,2	140	3,3

Fonte: SIVEP-Gripe, Maio de 2025 (dados provisórios, sujeito a alterações)

* Coef. Incidência (por 10.000 habitantes) POP censo IBGE 2022

Estratificando por sexo, a predominância discreta na detecção de casos confirmados de Influenza em residentes é do público masculino com 52,8% no ano de 2024.

NÚMERO DE CASOS CONFIRMADOS PARA INFLUENZA POR SEXO E ANO DE DIAGNÓSTICO EM RESIDENTES DE SANTOS DE 2020 – 2024						
ANO	FEMININO		MASCULINO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2020	5	52,5	3	37,5	8	100
2021	15	55,5	12	44,4	27	100
2022	18	60	12	40	30	100
2023	28	52,8	25	47,1	53	100
2024	66	47,1	74	52,8	140	100

Fonte: SIVEP-Gripe, Maio de 2025 (dados provisórios, sujeito a alterações)

Em Santos, de acordo com a população residente (coef.Inc. 100.000 hab), foi identificada a incidência de 33,4 e a letalidade de 5,7% no ano de 2024.

NÚMEROS TOTAIS DE CASOS CONFIRMADOS E ÓBITOS POR INFLUENZA, COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA E TAXA DE LETALIDADE EM RESIDENTES DE SANTOS DE 2020-2024				
ANO	CASOS CONFIRMADOS	ÓBITOS	TAXAS	
			Incidência*	Letalidade %
2020	8	0	1,9	0
2021	27	5	6,4	18,5
2022	30	3	7,1	13
2023	53	2	12,66	3,7
2024	140	8	33,4	5,7

Fonte: SIVEP-Gripe, Maio de 2025 (dados provisórios, sujeito a alterações)

* Coef. Incidência (por 100.000 habitantes) POP censo IBGE 2022

Classificando por subtipos, fora identificado em 2024 a predominância com 45% de Influenza não subtipada, os quais após a detecção de inicial de tipagem (A ou B) através testes rápidos não foram submetidos à análise de subtipagem.

Em segundo lugar, com 22,8%, a identificação de influenza A (H1N1)pdm09 surge como subtipo mais comum dentre os achados. O vírus da Influenza A H1N1 está presente em nossa comunidade desde a pandemia de Influenza de 2009.

Subsequentemente, é notada a Influenza B, com 13,5%, e Influenza A H3N2, com 10%. Válido mencionar que a vacina contra a Influenza que está sendo aplicada no ano de 2025, com base nos achados de 2024, abrange os subtipos supracitados e suas cepas circulantes.

NÚMERO DE CASOS CONFIRMADOS DE INFLUENZA POR SUBTIPO EM RESIDENTES DE SANTOS - 2020 A 2024										
SUBTIPO	2020		2021		2022		2023		2024	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Influenza A H1N1	3	37,5	0	0	1	3,3	12	22,6	32	22,8
Influenza A H3N2	0	0	3	11,1	7	23,3	1	1,8	14	10
Influenza A não subtipado	1	12,5	23	85,1	20	66,6	12	22,6	63	45
Influenza A por novo subtipo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza B	4	50	1	3,7	2	6,6	20	37,7	19	13,5
Influeza A+B co-deteccção	0	0	0	0	0	0	4	7,5	11	7,8
Ignorado	0	0	0	0	0	0	4	7,5	1	0,7
TOTAL	8	100	27	100	30	100	53	100	140	100

Fonte: SIVEP-Gripe, Maio de 2025 (dados provisórios, sujeito a alterações)

INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

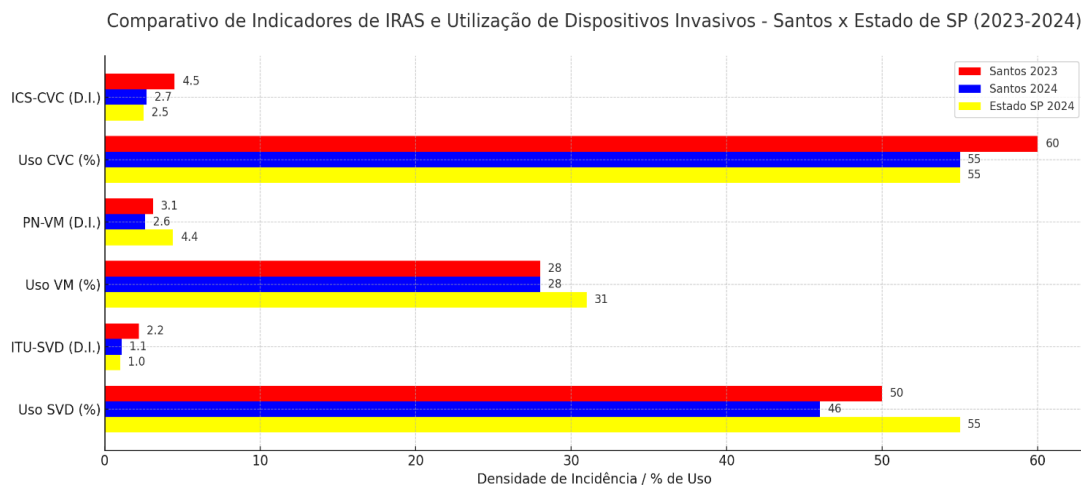
Em 2024, as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) Adulto de Santos apresentaram avanços importantes no controle das infecções relacionadas ao uso de dispositivos invasivos. Observou-se uma queda na utilização de cateter venoso central (de 60% para 55%), acompanhada de expressiva redução na densidade de infecção da corrente sanguínea (de 4,5 para 2,7 infecções/1000 pacientes-dia), sinalizando impacto positivo de medidas de racionalização e manejo seguro dos cateteres.

No caso da ventilação mecânica, além da taxa de utilização inferior à média estadual (28% em Santos versus 31% no Estado), a cidade manteve densidade de pneumonia associada à ventilação mecânica consideravelmente mais baixa (2,6 versus 4,4 infecções/1000 pacientes-dia), destacando boas práticas assistenciais.

Por fim, também houve redução na taxa de utilização de sonda vesical de demora (de 50% para 46%), acompanhada de redução significativa nas infecções urinárias (de 2,2 para 1,1 infecções/1000 pacientes-dia), indicando maior rigor na avaliação de necessidade e tempo de permanência do dispositivo.

Esses resultados reforçam o vínculo entre menor exposição a dispositivos invasivos e a redução das IRAS, refletindo avanços relevantes na segurança do paciente. O gráfico 1 abaixo contém os indicadores mencionados.

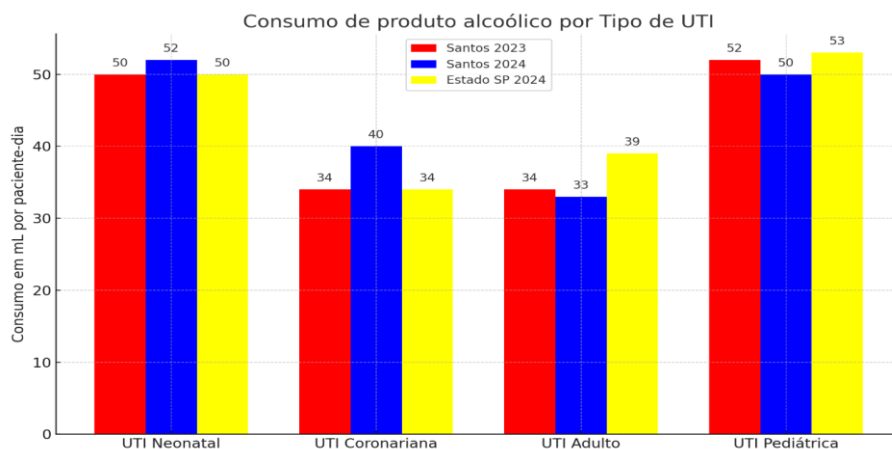
Gráfico 1. Comparativo de Indicadores de IRAS e Utilização de Dispositivos Invasivos – Santos x Estado de SP (2023-2024)



Em relação ao consumo médio de produto alcoólico para a higiene das mãos, houve um aumento nas UTIs Neonatal e Coronariana em relação a 2023, o que não ocorreu nas UTI Adulto, que manteve indicador semelhante ao apresentado no ano de 2023, e na UTI Coronariana, que apresentou queda no consumo no mesmo período. Não obstante, em relação às UTIs Adulto em 2024, houve redução consistente nas densidades de incidência de IRAS, com destaque para a queda da ICS-CVC (de 4,5 para 2,7 infecções/1000 pacientes-dia), PN-VM (de 3,1 para 2,6 infecções/1000 pacientes-dia) e ITU-SVD (de 2,2 para 1,1 infecções /1000 pacientes-dia), quando comparado a 2023.

A associação entre a adesão à higiene das mãos e a redução das infecções reforça a importância das estratégias educativas, da disponibilidade do insumo e da vigilância ativa das práticas assistenciais como componentes essenciais na prevenção de infecções hospitalares. (Gráfico 2).

Gráfico 2. Comparativo de indicadores de consumo médio de produto alcoólico para higiene das mãos em UTI (Neonatal, Coronariana, Adulto e Pediátrica) – Santos x Estado de São Paulo (2023-2024)



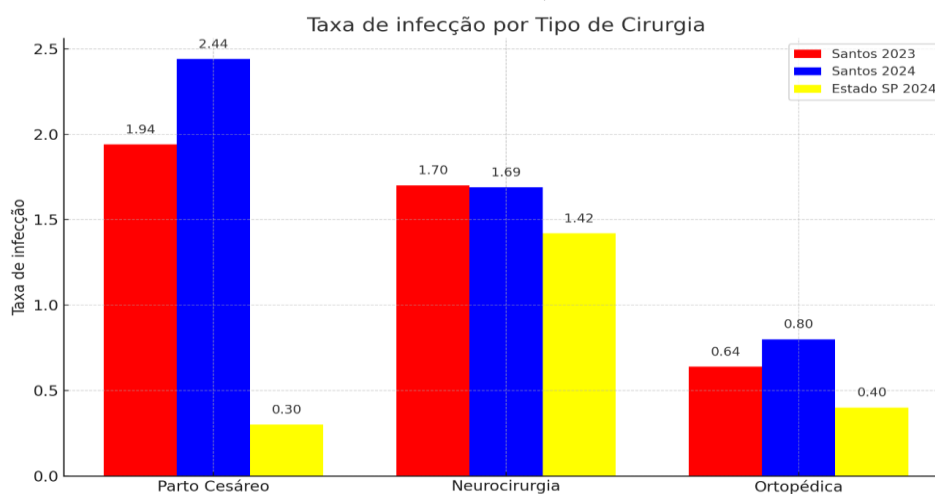
Em relação à taxa média de infecções de sítio cirúrgico em Santos em 2024, houve piora do indicador, com destaque para o parto cesáreo, cuja taxa aumentou de 1,94 para 2,44 infecções, valor oito vezes acima da média estadual (0,30).

Embora não se possa descartar a existência de um problema real de controle de infecção, a magnitude do indicador sugere, alternativamente, a possibilidade de supernotificação decorrente de uma interpretação excessivamente sensível dos critérios diagnósticos por um único hospital.

Nas neurocirurgias, a taxa média de infecções de sítio cirúrgico manteve-se praticamente estável (de 1,70 para 1,69 infecções), porém ainda acima da média do Estado (1,42 infecções).

Nas cirurgias ortopédicas, houve um aumento moderado, de 0,64 para 0,80 infecções, o dobro da média estadual (0,40 infecções). Esses resultados evidenciam a necessidade de intervenções específicas por equipe cirúrgica, com foco em boas práticas perioperatórias, revisão de protocolos e fortalecimento da vigilância e capacitação das equipes (Gráfico 3).

Gráfico 3. Comparativo de taxa de incidência média de Infecções de Sítio Cirúrgico (Parto Cesáreo, Neurocirurgia e Cirurgia Ortopédica) - Santos x Estado de São Paulo (2023-2024)



Em 2024, a Vigilância Epidemiológica de Santos intensificou sua atuação junto às instituições notificantes, promovendo visitas presenciais a todos os hospitais com Unidades de Terapia Intensiva da cidade. Durante essas visitas, os indicadores de IRAS de cada instituição foram apresentados individualmente por uma médica infectologista hospitalar, que conduziu reuniões com as equipes dos Serviços de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH).

Nessas ocasiões, foram discutidas as melhores práticas para a prevenção e redução das infecções relacionadas à assistência à saúde, com foco na qualificação dos dados, análise crítica dos resultados e reforço das estratégias de prevenção, fortalecendo a articulação entre a vigilância epidemiológica e os serviços hospitalares.

MENINGITE

No Brasil, desde 2010 até a semana epidemiológica 36 de 2024 (período de 31/12/2023 a 7/9/2024), foram confirmados 233.918 casos de meningite, com uma média anual de 15.595 casos. No mesmo intervalo, foram registrados 22.504 óbitos entre os casos confirmados, o que representa uma média de 1.500 mortes por ano.

De 2024 até o início de abril de 2025, foram confirmados 7.706 casos de meningite, com 974 óbitos. Pela primeira vez desde 2010, os casos de meningite bacteriana (3.200; 41,5%) superaram os de meningite viral (2.700; 35%), com predomínio das meningites pneumocócicas (874 casos; 27,3%).

As meningites bacterianas também foram responsáveis pela maioria dos óbitos (700; 71,9%), com maior taxa de letalidade nas meningites pneumocócicas (30,4%). Em relação à doença meningocócica, dos 488 casos confirmados em 2024, 236 tiveram identificação do sorogrupo, sendo a maioria pelo sorogrupo B (132 casos; 55,9%). Entre os 108 óbitos por doença meningocócica, 58 tiveram sorogrupo identificado: 23 foram por sorogrupo C (39,6%) e 21 por sorogrupo B (36,2%).

No Estado de São Paulo, especificamente até a Semana Epidemiológica 18 de 2024, foram notificados 883 casos de meningite, com 96 óbitos. As meningites virais ainda representaram o maior número de casos (46,9%), mas com baixa letalidade (8,3%), enquanto as meningites bacterianas, embora menos frequentes (32,8%), responderam por 79,2% das mortes.

Entre os agentes bacterianos mais frequentes no Estado, destaca-se o *Streptococcus pneumoniae* (68 casos, 25 óbitos). Em relação aos sorogrupos meningocócicos, o B foi o mais prevalente (18 casos).

Na cidade de Santos, registrou-se um coeficiente de incidência de 4,80, com vinte casos confirmados. Houve predominância de casos provenientes da região da Orla (C.I = 2,15) e na faixa etária entre 40 a 49 anos (C.I. = 0,96). Meningite viral foi a mais comumente observada (C.I = 2,63) e houve registro de um caso de meningite meningocócica (C.I = 0,24) pelo sorogrupo B.

A taxa de letalidade por meningite foi de 10%, com dois casos registrados, igualmente distribuídos entre os sexos e acometendo um indivíduo na faixa etária de menores de um ano de idade e outro, na faixa etária entre os 60 e 69 anos de idade. Um óbito foi classificado como meningite viral e o outro, como meningite pneumocócica.

O Programa Nacional de Imunização oferece o imunizante que previne as doenças causadas pela *Neisseria meningitidis* (meningococo) do sorogrupo C e ACWY, que podem causar a meningococcemia, uma infecção generalizada e grave. Já as vacinas Pneumocócica 10-valente e Pneumocócica 23-valente promovem proteção contra o *Streptococcus pneumoniae*, agente causador de otites, meningites e pneumonias e também estão disponíveis na rede pública.

As taxas de vacinação em menores de quinze anos de idade na cidade de Santos para a Pneumocócica 10-valente foi de 94,6% e para a meningocócica C foi de 91,5%, taxas superiores às apresentadas em 2023 (76,4% e 74,71%) mas ainda abaixo da meta estabelecida (95%). A meta para a vacina meningocócica ACWY (85%) foi alcançada, com resultado de 85,1%, superior à taxa apresentada em 2023 (63,4%).

Em conclusão, os dados analisados para o ano de 2024 em Santos indicam uma redução no número de casos confirmados de meningite em relação ao ano anterior, com destaque para a

predominância de casos virais e manutenção de letalidade concentrada nas formas bacterianas.

A predominância de casos na região da Orla e na faixa etária de 40 a 49 anos indica a necessidade de vigilância ativa também fora das populações tradicionalmente prioritárias, como crianças e idosos. Destaca-se positivamente o avanço das coberturas vacinais na cidade, em especial para a vacina meningocócica ACWY, que atingiu a meta estabelecida. Ainda assim, os índices vacinais da meningocócica C e da pneumocócica 10-valente permanecem abaixo do ideal, evidenciando a importância de estratégias de otimização das taxas de vacinação.

A manutenção da vigilância epidemiológica sensível, integrada às ações de imunização e diagnóstico oportuno, segue essencial para a prevenção de surtos e redução da morbimortalidade por meningite no município.

Fonte: SINANNET, 10/04/2024. Referências: 1. Situação Epidemiológica – Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/m/meningite/situacao-epidemiologica>. Acesso em 10/04/2025 às 19:00.

NÚMERO DE CASOS CONFIRMADOS DE MENINGITE, RESIDENTES EM SANTOS, POR FAIXA ETÁRIA E ANO DE DIAGNÓSTICO – 2019 A 2024.

FAIXA ETÁRIA	2020		2021		2022		2023		2024	
	No.	Coef.*	No.	Coef.*	No.	Coef.*	No.	Coef.*	No.	Coef.*
Menor 1 ano	2	49,15	3	77,26	2	51,51	2	53,58	3	0,72
1 a 4 anos	0	0	0	0,00	2	11,53	4	29,16	2	0,48
5 a 9 anos	1	4,39	1	4,41	0	0,00	2	9,50	3	0,72
10 a 14 anos	0	0	1	4,28	1	4,28	1	4,57	2	0,48
15 a 19 anos	1	4,19	1	4,25	1	3,91	1	4,35	0	0
20 a 29 anos	2	3,86	0	0	2	1,59	0	0	1	0,24
30 a 39 anos	1	1,56	1	1,59	1	1,59	9	15,51	1	0,24
40 a 49 anos	3	4,82	2	3,17	1	5,14	2	3,15	4	0,96
50 a 59 anos	4	6,83	2	3,43	3	1,91	3	5,24	1	0,24
60 a 69 anos	0	0	0	0,00	1	1,91	2	3,85	1	0,24
70 a 79 anos	0	0	1	2,98	3	8,95	3	8,87	1	0,24
80 anos e mais	0	0	1	4,54	1	4,54	2	9,88	1	0,24
SANTOS	14	3,23	13	3,00	18	4,15	31	7,41	20	4,80

Fonte: SINANNET, abril de 2025 *Coef.Incidência (por 100.000 hab.) Pop censo 2022 IBGE

Dados provisórios, sujeitos a alterações.

OBS: para comparação entre locais, nunca usar números absolutos, e sim o coeficiente de incidência, pois este indica a proporção ao número de pessoas de cada município.

CASOS CONFIRMADOS DE MENINGITE, RESIDENTES EM SANTOS, POR REGIÃO DE RESIDÊNCIA E ANO DE DIAGNÓSTICO - 2020 A 2024

Região	2020		2021		2022		2023		2024	
	No	Coef.	No	Coef.	No	Coef.	No	Coef.	No	Coef.
Área Continental	0	0	0	0	0	0	3	81,26	0	0
Centro	0	0	1	3,12	6	18,72	5	17,88	2	0,48
Morros	6	8,86	3	4,43	2	2,95	18	24,62	3	0,72
Orla	7	2,87	7	2,87	8	3,28	5	2,04	9	2,15

Z. Noroeste	0	0	1	1,38	2	2,77	0	0	6	1,43
Outros/não	1	-	1	-	0	0	0	0	0	0
Santos	14	3,34	13	3,10	18	4,29	31	7,41	20	4,78

Coef.Incidência (por 100.000 hab.) Pop censo IBGE 2022

Fonte: SINANNET, abril de 2025 - Dados provisórios, sujeitos a alterações

CASOS CONFIRMADOS DE MENINGITE, RESIDENTES EM SANTOS, E COEFICIENTES POR ANO DE DIAGNÓSTICO - 2014 A 2024

ANO	CASOS	ÓBITO	COEF.INCID	TAXA LETALIDADE
2014	35	5	8,07	14,3
2015	35	2	8,07	5,7
2016	35	3	8,06	8,6
2017	44	10	10,12	22,7
2018	24	5	5,54	20,8
2019	43	6	9,92	13,9
2020	14	3	3,22	21,4
2021	13	3	3,00	23,1
2022	18	4	4,15	22,2
2023	31	4	0,96	12,9
2024	20	2	0,48	10

Fonte: SINANNET, abril de 2025

População censo IBGE 2022

Dados provisórios, sujeitos a alterações.

CASOS MENINGITE, RESIDENTES EM SANTOS, POR ETIOLOGIA E ANO DE DIAGNÓSTICO - 2020-2024.

ETIOLOGIA	2020		2021		2022		2023		2024	
	Nº	Coef.*	Nº	Coef.*	Nº	Coef.*	No.	Coef.*	No.	Coef.*
Meningite bacteriana não determinada	4	0,95	1	0,23	1	0,23	2	0,48	2	0,48
Meningite Meningococ.+ Meningococemia	1	0,23	0	0	0	0	2	0,48	0	0
Meningite Meningococica	1	0,23	1	0,23	0	0	0	0	1	0,24
Meningite não especificada	0	0	4	0,92	2	0,46	2	0,48	2	0,48
Meningite outras etiologias	0	0	0	0	4	0,92	2	0,48	0	0
Meningite por hemofilo	0	0	0	0	2	0,46	3	0,72	0	0
Meningite por pneumococos	1	0,23	4	0,92	5	1,15	10	2,39	2	0,48
Meningite Tuberculosa	0	0	0	0	1	0,23	1	0,24	0	0
Meningite Viral	7	1,66	3	0,69	3	0,69	9	2,15	11	2,63
Meningococemia	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,48
Total	14	3,30	13	3,00	18	4,15	31	7,41	20	4,79

Referência: Meningites - Dados Estatísticos. Secretaria de Estado da Saúde (SES)/Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD)/Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE). Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-respiratoria/meningites/dados/meningites_dados.pdf?attach=true. Acesso em: 10/04/2025

ESQUISTOSSOMOSE

A esquistossomose é uma doença parasitária causada pelo *Schistosoma mansoni*. Inicialmente a doença é assintomática, mas pode evoluir e causar graves problemas de saúde crônicos, podendo haver internação ou levar à morte. No Brasil, a esquistossomose é conhecida popularmente como “xistose”, “barriga d’água” ou “doença dos caramujos”.

No período de 2020 a 2024, foram notificados 8 casos diagnosticados na cidade de Santos, todos casos não autóctones de nosso Município.

CASOS CONFIRMADOS DE ESQUISTOSSOMOSE, RESIDENTES EM SANTOS, POR REGIÃO DE RESIDÊNCIA E ANO DE DIAGNÓSTICO – 2020 A 2024

REGIÃO	2020		2021		2022		2023		2024	
	No.	Coef.*	No.	Coef.*	No.	Coef.*	No.	Coef.*	No.	Coef.*
Área Continental	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Centro	1	3,12	1	3,12	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Morros	1	1,48	1	1,48	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Orla	1	0,41	0	0,00	0	0,00	1	0,41	0	0,00
Z. Noroeste	0	0,00	0	0,00	2	2,89	0	0,00	0	0,00
Santos	3	0,72	2	0,48	2	0,48	1	0,24	0	0,00

Fonte: SINAN-NET, Maio 2025. (*)distribuição bairro/região- dados do último censo, por não ter outro dado oficial. *Coef.Incidência (por 100.000 habitantes). Dados provisórios, sujeitos a alterações.

NÚMERO DE CASOS CONFIRMADOS DE ESQUISTOSSOMOSE, RESIDENTES EM SANTOS, POR SEXO E ANO DE DIAGNÓSTICO - 2020 A 2024

SEXO	2020		2021		2022		2023		2024	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Masc.	1	33,33	0	0,00	1	50,00	1	100,00	0	0,00
Fem.	2	66,66	2	100,00	1	50,00	0	0,00	0	0,00
TOTAL	3	100,00	2	100,00	2	100,00	1	100,00	0	100,00

Fonte: SINAN-NET , Maio 2025. Dados provisórios, sujeitos a alterações.

NÚMERO DE CASOS CONFIRMADOS DE ESQUISTOSSOMOSE, RESIDENTES EM SANTOS, POR FAIXA ETÁRIA E ANO DE DIAGNÓSTICO - 2020 A 2024

Faixa etária	2020		2021		2022		2023		2024	
	No.	Coef.*	No.	Coef.*	No.	Coef.*	No.	Coef.*	No.	Coef.*
Menor 1 ano	-	0,00	-	0,00	-	0,00	-	0,00	-	0,00
1 a 4 anos	-	0,00	-	0,00	-	0,00	-	0,00	-	0,00
5 a 9 anos	-	0,00	-	0,00	-	0,00	-	0,00	-	0,00
10 a 14 anos	-	0,00	-	0,00	-	0,00	-	0,00	-	0,00
15 a 19 anos	-	0,00	-	0,00	-	0,00	-	0,00	-	0,00

20 a 29 anos	1	1,93	-	0,00	-	0,00	-	0,00	-	0,00
30 a 39 anos	1	1,56	1	1,59	-	0,00	-	0,00	-	0,00
40 a 49 anos	-	0,00	-	0,00	-	0,00	1	1,57	-	0,00
50 a 59 anos	-	0,00	1	1,71	1	1,75	-	0,00	-	0,00
60 a 69 anos	1	1,95	-	0,00	-	0,00	-	0,00	-	0,00
70 a 79 anos	-	0,00	-	0,00	1	2,96	-	0,00	-	0,00
80 anos e mais	-	0,00	-	0,00	-	0,00	-	0,00	-	0,00
SANTOS	3	0,69	2	0,46	2	0,48	1	0,24	-	0,00

Fonte: SINAN-NET, Maio 2025. *Coef.Incidência (por 100.000 habitantes). Dados provisórios, sujeitos a alterações.

MALÁRIA

A malária é uma doença infecciosa febril aguda, causada por parasitas do gênero *Plasmodium*, transmitidos pela picada da fêmea infectada do mosquito gênero *Anopheles*. O paciente com malária não é capaz de transmitir a doença diretamente a outra pessoa, é necessária a participação de um vetor. Entre os principais sintomas da malária estão febre alta, calafrios, tremores, sudorese ou dor de cabeça.

A malária tem cura, mas se não for diagnosticada e tratada em tempo oportuno, pode evoluir para formas graves da doença.

No período de 2020 a 2024, em Santos foram registrados 31 casos, sendo que todos os pacientes detectados em nosso Município adquiriram a doença em outra Região/Pais (casos não autóctones). Casos estes diagnosticados e tratados em tempo oportuno, com controle de cura efetivo.

Santos, como região portuária, recebe embarcações de todos os continentes; onde verificamos o continente africano como principal local de onde chegam embarcações com tripulantes com malária.

A Anvisa mantém rigoroso controle nestas embarcações.

Quando um tripulante é diagnosticado com malária, ocorre a desinsetização de toda a embarcação antes do desembarque no Porto (Região da Barra), e busca ativa em todos os tripulantes através de exames específicos para malária.

Cabe a Vigilância Epidemiológica de nosso Município, o acompanhamento e notificação imediata do paciente com o agravamento, sendo que o mesmo receberá alta somente após o tratamento e o controle de cura negativado.

NÚMERO DE CASOS CONFIRMADOS DE MALÁRIA, POR ANO 1º SINTOMA(S) NOTIFICADOS POR REGIÃO – 2020 A 2024

LOCAL	2020	2021	2022	2023	2024
Brasil	305	503	530	508	NI

São Paulo	58	89	94	80	NI
Santos	0	4	11	12	4

Fonte: SINAN-NET base local- SEVIEP, DATASUS Acesso Maio 2025.

NÚMERO DE CASOS CONFIRMADOS DE MALÁRIA, RESIDENTES EM SANTOS, POR REGIÃO DE RESIDÊNCIA E ANO DE DIAGNÓSTICO – 2020 -2024

REGIÃO	2020		2021		2022		2023		2024	
	No .	Coef. *	No .	Coef. *	No .	Coef. *	No .	Coef. *	No .	Coef. *
Área continental	0	0	1	35,20	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Centro	0	0	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Morros	0	0	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Orla	0	0	1	0,40	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Z. Noroeste	0	0	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
SANTOS	0	0	2	0,50	0	0,00	0	0,00	0	0,00

Fonte: SINAN-NET, Maio 2025. (*) distribuição bairro/região- dados do último censo, por não ter outro dado oficial.

*Coef.Incidência (por 100.000 habitantes). Dados provisórios, sujeitos a alterações

NÚMERO DE CASOS CONFIRMADOS DE MALÁRIA, RESIDENTES EM SANTOS, POR FAIXA ETÁRIA E ANO DE DIAGNÓSTICO – 2020 A 2024

FAIXA ETÁRIA	2020		2021		2022		2023		2024	
	N o.	Coef. *	N o.	Coef. *	N o.	Coef. *	N o.	Coef. *	N o.	Coef. *
Menor 1 ano	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0	0,00
1 a 4 anos	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0	0,00
5 a 9 anos	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0	0,00
10 a 14 anos	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0	0,00

15 a 19 anos	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0	0,00
20 a 29 anos	0	0	1	2,00	0	0	0	0,00	0	0,00
30 a 39 anos	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0	0,00
40 a 49 anos	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0	0,00
50 a 59 anos	0	0	1	1,70	0	0	0	0,00	0	0,00
60 a 69 anos	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0	0,00
70 a 79 anos	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0	0,00
80 anos e mais	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0	0,00
Santos	0	0	2	0,50	0	0	0	0,00	0	0,00

Fonte: SINAN-NET, Maio 2025. *Coef.Incidência (por 100.000 habitantes). Dados provisórios, sujeitos a alterações.

NÚMERO DE CASOS CONFIRMADOS DE MALÁRIA, RESIDENTES EM SANTOS, POR SEXO E ANO DE DIAGNÓSTICO – 2020 A 2024

SEXO	2020		2021		2022		2023		2024	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Masc.	0	0	2	100,00	0	0	0	0,00	0	0,00
Fem.	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0	0,00
TOTAL	0	0	2	100,00	0	0	0	0,00	0	0,00

Fonte: SINAN-NET, Maio 2025. Dados provisórios, sujeitos a alterações.

CASOS CONFIRMADOS DE MALÁRIA (NOTIFICADOS, RESIDENTES E DE OUTROS MUNICIPIOS) SEGUNDO O ANO DE DIAGNÓSTICO. SANTOS - 2020 A 2024

MALÁRIA	2020	2021	2022	2023	2024
Notificados para Vigilância Epidemiológica	0	4	11	12	4
Residentes em Santos	0	2	0	0	0
Residentes em outros municípios/ países	0	3	11	12	4

Fonte: SINAN-NET, Maio 2025. Dados provisórios, sujeitos a alterações.

TOTAL DE NOTIFICAÇÕES DE MALÁRIA, SEGUNDO O PAÍS DE ORIGEM. SANTOS - 2020 A 2024

PAÍS RESIDÊNCIA	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Brasil	2	0	1	1	1	0
China	0	0	0	0	1	0
Filipinas	1	0	2	2	4	3
Índia	1	0	0	1	6	1
Nigéria	0	0	0	2	0	0
Paquistão	0	0	0	5	0	0
Ucrânia	0	0	1	0	0	0
TOTAL	4	0	4	11	12	4

Fonte: SINAN-NET, Maio 2025. Dados provisórios, sujeitos a alterações.

TOTAL DE NOTIFICAÇÕES DE MALÁRIA, POR ANO DE DIAGNÓSTICO SEGUNDO O PROVÁVEL PAÍS DE INFECÇÃO. SANTOS - 2020 A 2024

PAÍS F. INFECÇÃO	2020	2021	2022	2023	2024
Brasil	0	1	1	0	0
Filipinas	0	2	0	1	0
África do Sul	0	0	1	0	1
Costa do Marfim	0	0	1	1	2
Moçambique	0	0	0	1	0
Nigéria	0	1	8	3	1
Togo	0	0	0	6	0
Não classificados	0	0	0	0	0
TOTAL	0	4	11	12	4

Fonte: SINAN-NET, Maio 2025. Dados provisórios, sujeitos a alterações

INTOXICAÇÃO EXÓGENA

Intoxicação exógena pode ser definida como um conjunto de efeitos nocivos ao organismo produzidos pela interação de um ou mais agentes tóxicos com o sistema biológico, representados por manifestações clínicas ou laboratoriais que revelam desequilíbrio orgânico.

Em Santos, assim como no Brasil, a principal circunstância de intoxicação exógena é a tentativa de suicídio, responsável por 75% dos casos notificados entre 2020 e 2024. Observa-se um crescimento progressivo das notificações até 2023, seguido de uma ligeira redução em 2024.

Destaques do Período (2020-2024):

- 2.383 casos totais notificados, sendo 1.678 (70,4%) em residentes de Santos.
- Medicamentos foram os agentes tóxicos mais utilizados (67,9% dos casos).
- Predomínio no sexo feminino (66,7%), especialmente entre 15 e 49 anos.
- Intoxicações acidentais representaram 11,1% dos casos, com 85,9% ocorrendo em crianças de 0 a 9 anos (principalmente 1-4 anos).

NÚMERO DE CASOS DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA, RESIDENTES EM SANTOS E EM OUTROS MUNICÍPIOS - 2020 A 2024

CASOS DE INT. EXÓGENA	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL
Notificados para Vigilância Epidemiológica	260	441	523	645	514	2383
Residentes em Santos	193	329	368	444	344	1678
Residentes em outros municípios	70	121	161	213	174	739

Fonte: SINAN-NET, Maio 2025. Dados provisórios, sujeitos a alterações.

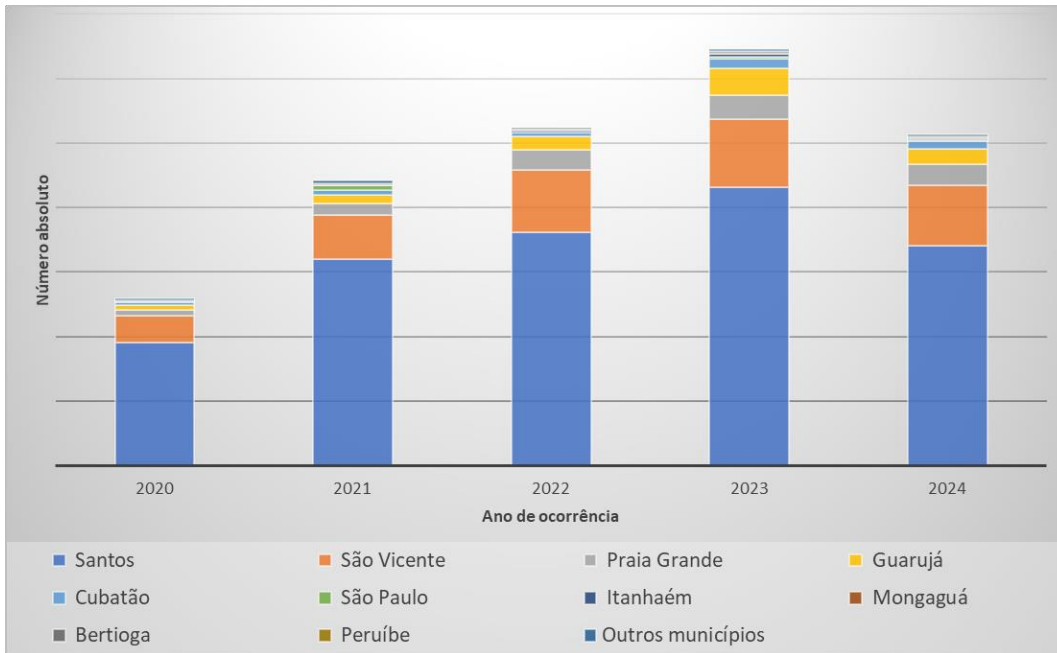
NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA, NOTIFICADOS EM SANTOS, SEGUNDO O MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 2020 A 2024

Município de residência	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Bertioga	0	1	0	2	2	5
Caçapava	0	0	0	0	1	1
Campo Limpo Paulista	0	1	0	0	0	1
Cubatão	5	8	6	15	12	46
Embu	0	0	0	0	1	1
Franca	0	0	0	1	0	1
Guarujá	7	13	20	41	24	105
Itanhaém	1	1	3	4	2	11
Itaquaquecetuba	0	1	0	0	0	1

Itariri	0	1	0	0	0	1
Miracatu	1	0	0	0	0	1
Mongaguá	1	1	2	2	1	7
Monte Aprazível	0	1	0	0	0	1
Osasco	0	0	1	0	0	1
Peruíbe	1	0	1	0	1	3
Praia Grande	9	18	32	37	33	129
Presidente Prudente	0	0	0	1	0	1
Rio Claro	0	0	0	0	1	1
Santos	190	320	362	432	340	1644
São Paulo	0	7	0	4	1	12
São Vicente	42	68	96	105	94	405
Sete Barras	0	0	0	1	0	1
Assis Brasil-AC	0	0	0	0	1	1
Cuiabá-MT	1	0	0	0	0	1
Curitiba-PR	1	0	0	0	0	1
Lages-SC	1	0	0	0	0	1
TOTAL	260	441	523	645	514	2383

Fonte: SINAN-NET, Maio 2025. Dados provisórios, sujeitos a alteração

NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA, NOTIFICADOS EM SANTOS, SEGUNDO O MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 2020 A 2024



Fonte: SINAN-NET, Maio 2025. Dados provisórios, sujeitos a alterações

ÚMERO DE CASOS DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA, RESIDENTES EM SANTOS, POR REGIÃO DE RESIDÊNCIA E ANO DE DIAGNÓSTICO – 2020 A 2024

REGIÃO	POP IBGE 2022	2020		2021		2022		2023		2024	
		No.	Coef.*	No.	Coef.*	No.	Coef.*	No.	Coef.*	No.	Coef.*
Área Continental	3692	0	0,00	0	0,00	1	35,17	1	27,09	0	0,00
Centro	27963	19	59,28	15	46,80	32	99,84	42	150,20	36	128,7
Morros	73123	26	38,37	49	72,32	63	92,98	87	118,98	55	75,22
Orla	244542	86	35,26	144	59,04	193	79,13	213	87,10	193	78,92
Z.Noroeste	69288	59	81,59	56	77,44	67	92,65	77	111,13	52	75,05
Ignorados	-	3	-	65	-	12	-	24	-	8	-
SANTOS	418608	193	46,02	329	78,45	368	87,74	444	106,07	344	82,18

Fonte: SINAN-NET, Maio 2025 (*)distribuição bairro/região- Nota: Pop. IBGE SENSO 2010/2022*Coef.Incidência (por 100.000 habitantes). Dados provisórios, sujeitos a alterações.

NÚMERO DE CASOS DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA, RESIDENTES EM SANTOS, POR REGIÃO DE RESIDÊNCIA E ANO DE DIAGNÓSTICO – 2020 A 2024



Fonte: SINAN-NET, Maio 2025. Dados provisórios, sujeitos a alterações

NÚMERO DE CASOS E COEFICIÊNCIA DE INCIDÊNCIA DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA, RESIDENTES EM SANTOS, POR FAIXA ETÁRIA E ANO DE DIAGNÓSTICO - 2020 A 2024

FAIXA ETÁRIA	2020		2021		2022		2023		2024	
	No.	Coef.*	No.	Coef.*	No.	Coef.*	No.	Coef.*	No.	Coef.*
Menor 1 ano	3	68,82	5	122,43	3	77,26	4	106,95	1	26,79
1 a 4 anos	15	85,63	24	137,84	21	121,06	35	255,25	28	204,10
5 a 9 anos	2	8,76	3	13,17	6	26,45	10	47,52	11	52,27
10 a 14 anos	3	12,62	22	92,93	9	38,54	18	82,29	9	41,15
15 a 19 anos	30	123,51	36	150,74	61	259,21	68	295,92	52	226,29
20 a 29 anos	52	98,30	94	181,57	97	189,81	137	271,76	83	164,64
30 a 39 anos	35	54,04	47	73,51	55	87,52	74	127,54	68	117,20
40 a 49 anos	26	42,23	56	89,95	59	93,58	51	80,24	52	81,82
50 a 59 anos	16	27,24	32	54,66	32	54,83	24	41,95	20	34,96
60 a 69 anos	6	11,93	8	15,56	17	32,51	9	17,31	14	26,92
70 a 79 anos	3	9,51	2	6,16	6	17,89	12	35,49	3	8,87
80 anos e mais	2	9,64	0	0	2	9,09	2	9,88	3	14,82
SANTOS	193	44,54	329	75,87	368	84,79	444	106,07	344	82,18

Fonte: SINAN-NET, Maio 2025. *Coef.Incidência (por 100.000 habitantes). Dados provisórios, sujeitos a alterações.

NÚMERO DE CASOS DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA, RESIDENTES EM SANTOS, POR SEXO E ANO DE DIAGNÓSTICO - 2020 A 2024

SEXO	2020		2021		2022		2023		2024	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	Nº	%
Masc.	74	38,34	106	32,22	113	30,70	143	32,20	124	36,05
Fem.	119	61,66	223	67,78	255	69,30	301	67,80	220	63,95
TOTAL	193	100,00	329	100,00	368	100,00	444	100,00	344	100,00

NÚMERO DE CASOS DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA, RESIDENTES EM SANTOS, POR CIRCUNSTÂNCIA DA EXPOSIÇÃO/CONTAMINAÇÃO E ANO DE DIAGNÓSTICO – 2020 A 2024

CIRCUNSTÂNCIA	2020		2021		2022		2023		2024	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Ign/Branco	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,45	3	0,87
Uso Habitual	2	1,04	0	0,00	0	0,00	4	0,90	1	0,29
Acidental	25	12,95	32	9,73	29	7,88	55	12,39	44	12,79
Ambiental	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	0,90	0	0,00
Uso terapêutico	2	1,04	2	0,61	2	0,54	1	0,23	3	0,87
Erro de administração	1	0,52	1	0,30	9	2,45	8	1,80	3	0,87
Automedicação	3	1,55	11	3,34	4	1,09	3	0,68	3	0,87
Abuso	20	10,36	14	4,26	37	10,05	44	9,91	32	9,30
Ingestão de alimento	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	0,68	3	0,87
Tentativa de suicídio	138	71,50	266	80,85	284	77,17	319	71,85	251	72,97
Tentativa de aborto	1	0,52	0	0,00	1	0,27	0	0,00	0	0,00
Violência/homicídio	0	0,00	3	0,91	1	0,27	1	0,23	0	0,00
Outra	1	0,52	0	0,00	1	0,27	0	0,00	1	0,29
TOTAL	193	100,00	329	100,00	368	100,00	444	100,00	344	100,0

Fonte: SINAN-NET, Maio 2025. Dados provisórios, sujeitos a alterações.

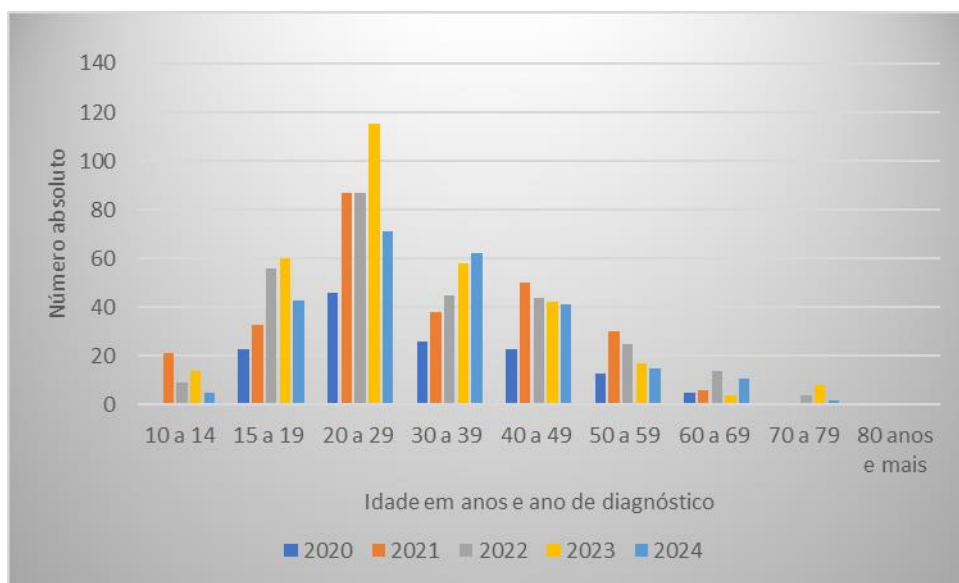
NÚMERO DE CASOS DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA POR TENTATIVA DE SUICÍDIO, RESIDENTES EM SANTOS, POR FAIXA ETÁRIA E ANO DE DIAGNÓSTICO -2020 A 2024

FAIXA ETÁRIA	2020		2021		2022		2023		2024	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	Nº	%
Menor 1 ano	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
1 a 4 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
10 a 14 anos	1	0,72	21	7,89	9	3,17	14	4,39	5	1,99
15 a 19 anos	23	16,67	33	12,41	56	19,72	60	18,81	43	17,13
20 a 29 anos	46	33,33	87	32,71	87	30,63	115	36,05	71	28,29
30 a 39 anos	26	18,84	38	14,29	45	15,85	58	18,18	62	24,70
40 a 49 anos	23	16,67	50	18,80	44	15,49	42	13,17	41	16,33
50 a 59 anos	13	9,42	30	11,28	25	8,80	17	5,33	15	5,98
60 a 69 anos	5	3,62	6	2,26	14	4,93	4	1,25	11	4,38

70 a 79 anos	1	0,72	1	0,38	4	1,41	8	2,51	2	0,80
80 anos e mais	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,31	1	0,40
TOTAL	138	100,00	266	100,00	284	100,00	319	100,00	251	100,0

Fonte: SINAN-NET, Maio 2025. Dados provisórios, sujeitos a alterações.

**NÚMERO DE CASOS DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA POR TENTATIVA DE SUICÍDIO,
RESIDENTES EM SANTOS, POR FAIXA ETÁRIA E ANO DE DIAGNÓSTICO -2020 A 2024**



Fonte: SINAN-NET, Maio 2025. Dados provisórios, sujeitos a alterações

**NÚMERO DE CASOS DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA POR TENTATIVA DE SUICÍDIO,
RESIDENTES EM SANTOS, POR AGENTE TÓXICO E ANO DE DIAGNÓSTICO - 2020 A 2024**

AGENTE TÓXICO	2020		2021		2022		2023		2024	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	Nº	%
Ign/Branco	3	2,17	2	0,75	5	1,76	0	0,00	3	1,20
Medicamento	119	86,23	240	90,23	259	91,20	305	95,61	232	92,43
Agrotóxico agrícola	3	2,17	3	1,13	4	1,41	3	0,94	5	1,99
Agrotóxico doméstico	1	0,72	1	0,38	3	1,06	0	0,00	1	0,40
Agro saúde pública	1	0,72	0	0,00	0	0,00	1	0,31	0	0,00
Raticida	0	0,00	3	1,13	2	0,70	1	0,31	3	1,20
Prod. uso domiciliar	5	3,62	9	3,38	3	1,06	5	1,57	3	1,20
Prod. químico	0	0,00	0	0,00	1	0,35	0	0,00	1	0,40
Metal	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,40
Drogas de abuso	5	3,62	7	2,63	4	1,41	4	1,25	2	0,80

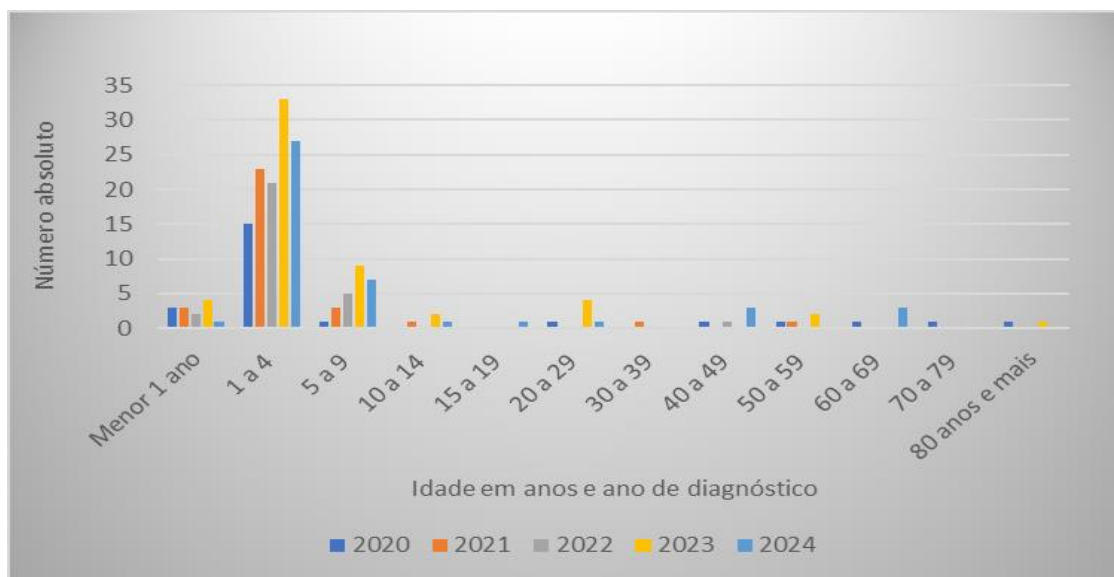
Alimento e bebida	0	0,00	0	0,00	2	0,70	0	0,00	0	0,00
Outro	1	0,72	1	0,38	1	0,35	0	0,00	0	0,00
Total	138	100,00	266	100,00	284	100,00	319	100,00	251	100,0

NÚMERO DE CASOS DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA - ACIDENTAL, RESIDENTES EM SANTOS, POR FAIXA ETÁRIA E ANO DE DIAGNÓSTICO - 2020 A 2024

FAIXA ETÁRIA	2020		2021		2022		2023		2024	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	Nº	%
Menor 1 ano	3	12,00	3	9,37	2	6,70	4	7,27	1	2,28
1 a 4 anos	15	60,00	23	71,87	21	72,42	33	60,00	27	61,36
5 a 9 anos	1	4,00	3	9,37	5	17,24	9	16,36	7	15,90
10 a 14 anos	0	0,00	1	3,13	0	0,00	2	3,64	1	2,28
15 a 19 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	2,28
20 a 29 anos	1	4,00	0	0,00	0	0,00	4	7,27	1	2,28
30 a 39 anos	0	0,00	1	3,13	0	0,00	0	0,00	0	0,00
40 a 49 anos	1	4,00	0	0,00	1	3,44	0	0,00	3	6,81
50 a 59 anos	1	4,00	1	3,13	0	0,00	2	3,64	0	0,00
60 a 69 anos	1	4,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	6,81
70 a 79 anos	1	4,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
80 anos e mais	1	4,00	0	0,00	0	0,00	1	1,82	0	0,00
TOTAL	25	100,00	32	100,00	29	100,00	55	100,00	44	100,0

Fonte: SINAN-NET, Maio 2025. Dados provisórios, sujeitos a alterações.

NÚMERO DE CASOS DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA - ACIDENTAL, RESIDENTES EM SANTOS, POR FAIXA ETÁRIA E ANO DE DIAGNÓSTICO - 2020 A 2024

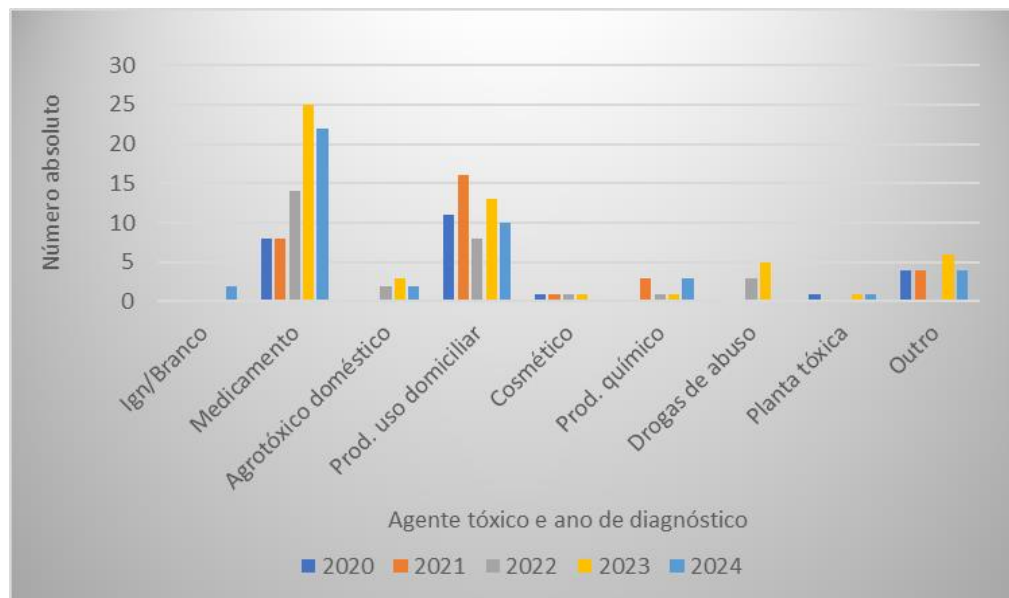


NÚMERO DE CASOS DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA - ACIDENTAL, RESIDENTES EM SANTOS, POR AGENTE TÓXICO E ANO DE DIAGNÓSTICO - 2020 A 2024

AGENTE TÓXICO	2020		2021		2022		2023		2024	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	Nº	%
Ign/Branco	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	4,55
Medicamento	8	32,00	8	25,00	14	48,28	25	45,45	22	50,00
Agrotóxico agrícola	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	3,64	0	0,00
Agrotóxico doméstico	0	0,00	0	0,00	2	6,90	3	5,45	2	4,55
Raticida	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	4,55
Produto Veterinário	0	0,00	2	6,25	0	0,00	1	1,82	0	0,00
Prod. uso domiciliar	11	44,00	16	50,00	8	27,59	13	23,64	10	22,73
Cosmético	1	4,00	1	3,13	1	3,45	1	1,82	0	0,00
Prod. químico	0	0,00	3	9,38	1	3,45	1	1,82	3	6,82
Drogas de abuso	0	0,00	0	0,00	3	10,34	5	9,09	0	0,00
Planta tóxica	1	4,00	0	0,00	0	0,00	1	1,82	1	2,27
Alimento ou Bebida	0	0,00	1	3,13	0	0,00	1	1,82	0	0,00
Outro	4	16,00	1	3,13	0	0,00	2	3,64	2	4,55
TOTAL	25	100,00	32	100,00	29	100,00	55	100,00	44	100,0

Fonte: SINAN-NET, Maio 2025. Dados provisórios, sujeitos a alterações.

NÚMERO DE CASOS DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA - ACIDENTAL, RESIDENTES EM SANTOS, POR AGENTE TÓXICO E ANO DE DIAGNÓSTICO - 2020 A 2024



Fonte: SINAN-NET, Maio 2025. Dados provisórios, sujeitos a alterações.

NOTIFICAÇÕES DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA - AMBIENTAL, RESIDENTES EM SANTOS, POR FAIXA ETÁRIA E ANO DE DIAGNÓSTICO – 2020 A 2024

FAIXA ETÁRIA	2020		2021		2022		2023		2024	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Menor 1 ano	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
10 a 14 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
15 a 19 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	25,00	0	0,00
20 a 29 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
30 a 39 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	75,00	0	0,00
40 a 49 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
50 a 59 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
60 a 69 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
70 a 79 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
80 anos e mais	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
TOTAL	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	100,00	0	0,00

Fonte: SINAN-NET, Maio 2025. Dados provisórios, sujeitos a alterações.

NÚMERO DE CASOS DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA - AMBIENTAL, RESIDENTES EM SANTOS, POR AGENTE TÓXICO E ANO DE DIAGNÓSTICO - 2020 A 2024

AGENTE TÓXICO	2020		2021		2022		2023		2024	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	Nº	%
Agrotóxico agrícola	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Prod. químico	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Monóxido de Carbono (incêndio)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	100,00	0	0,00
TOTAL	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	100,00	0	0,00

Fonte: SINAN-NET, Maio 2025. Dados provisórios, sujeitos a alterações.

INTOXICAÇÃO EXÓGENA -TOTAL DE NOTIFICAÇÕES - CONFIRMADOS, RESIDENTES EM SANTOS, POR EVOLUÇÃO E ANO DE DIAGNÓSTICO - 2020 A 2024

EVOLUÇÃO	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL
Em branco	0	0	0	1	0	1
Cura com sequela	1	0	3	0	1	5
Cura sem sequela	184	326	358	435	337	1640
Óbito pelo agravo notificado	6	2	7	8	4	27
Óbito por outras causas	2	1	0	0	2	5
TOTAL	193	329	3368	444	344	1678

Fonte: SINAN-NET, Maio 2025. Dados provisórios, sujeitos a alterações.

VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA

Introdução

Considera-se como violência “o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (KRUG, 2002).

No Brasil e no mundo a morbimortalidade por causas externas (violências e acidentes) constitui uma das maiores preocupações para chefes de Estado e dirigentes do setor de Saúde.

Além do grande impacto na morbimortalidade, a violência, nas suas mais diversas formas, tem contribuído para a perda de qualidade de vida entre as pessoas, com aumento dos custos sociais com cuidados em saúde, previdência, absenteísmo à escola e ao trabalho, entre outros.

A violência é, ainda, uma das mais significativas causas da desestruturação familiar e pessoal, e suas marcas, muitas vezes, perpetuam-se entre as gerações futuras. Tem causas múltiplas, complexas e correlacionadas com determinantes sociais e econômicos, tais como o desemprego, a baixa escolaridade, a concentração de renda, a exclusão social, entre outros. Também está relacionada aos aspectos comportamentais e culturais, como o machismo, o racismo, o sexismo e a homofobia/lesfobia/transfobia.

Com a publicação da Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, as notificações de violência doméstica, sexual e outras violências tornaram-se **compulsórias** para todos os serviços de saúde públicos ou privados do Brasil. Dessa forma, através dos dados epidemiológicos, retirar os casos da invisibilidade, revelando sua magnitude, tipologia, gravidade, perfil das pessoas envolvidas, localização de ocorrências e outras características dos eventos violentos. Configura, portanto, **obrigação** de todo profissional de saúde em serviços públicos e privados no território brasileiro.

A vigilância de violências tem como objetivos coleta de notificações, investigação e monitoramento dos casos em conjunto com a rede de cuidado e proteção; acompanhamento da efetividade das ações; análise, interpretação e divulgação de dados para subsidiar as políticas públicas.

Ainda contribui para responder a diversos dispositivos legais:

Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei nº 8.069, de 13 de junho de 1990, modificada pela Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014.

Estatuto do idoso – Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, alterado pela Lei nº 14.423, de 22 de julho de 2022.

Notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher – Lei nº 10.778, de 21 de novembro de 2003, alterada pela Lei nº 13.931, de 10 de dezembro de 2019.

Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência - Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015.

Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio - Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019.

A definição de caso para fins de notificação corresponde a:

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.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) é responsável pela implantação da vigilância contínua de violências, que inclui também a digitação, consolidação, análise dos dados, disseminação das informações e envio dos dados coletados para as respectivas Secretarias do Estado de Saúde e ao Ministério da Saúde. Ainda tem como propósitos identificar, incluir e acompanhar a pessoa que sofreu violência na rede de atenção e proteção e monitorar os casos de violência notificados no intuito de subsidiar a intervenção de forma oportuna, nos âmbitos individual e coletivo, bem como na efetividade de ações.

A Secretaria de Saúde divulga e capacita sobre prevenção e enfrentamento às violências nos serviços de saúde e em outros seguimentos da sociedade, estimulando o registro para a Seção de Vigilância Epidemiológica, uma vez que se trata de agravo de notificação compulsória. Também trabalhamos no sentido de sensibilizar gestores e profissionais quanto a importância da notificação e o aperfeiçoamento das informações relatadas, visando sempre o melhor retrato da realidade.

É relevante comentar que o Plano Nacional de Saúde estabeleceu como diretriz a inclusão do quesito raça/cor entre as informações essenciais dos atendimentos realizados no SUS a partir de 2017. Vale ressaltar que o quesito é autodeclarado, em que cada pessoa explicita sua raça/cor. O quesito raça/cor subsidia o planejamento de políticas públicas relacionadas às necessidades específicas de cada grupo racial/étnico, e a melhoria da qualidade dos sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS) frente à coleta, ao processamento e à análise dos dados organizados por cor, etnia e gênero, bem como a promoção da equidade.

Importante esclarecer que a Seção de Vigilância Epidemiológica de Santos também recebe notificações de vítimas que residem em outros municípios, porém são atendidas na rede de saúde de urgência do município de Santos. Nestas situações, as notificações são incluídas nos bancos específicos e transferidas de forma online para o município de origem, o qual fará a investigação epidemiológica e acompanhamento do caso.

Para o **Boletim Epidemiológico nº 7** utilizamos como referência pessoas residentes de Santos, descrevendo uma série histórica dos últimos 5 anos e destacando os tipos de violência que foram mais notificadas.

VIOLÊNCIA CONTRA MULHER

Em 2004, em resposta às disposições da Lei n.º10.778/2003, o Ministério da Saúde estabeleceu como compulsória a notificação de violência contra a mulher nos serviços públicos e privados de saúde. A notificação é um importante instrumento para o conhecimento do perfil epidemiológico e para que medidas importantes de promoção, prevenção, proteção e controle do agravo sejam realizadas.

Apesar do alto número de mulheres que sofrem violência, sabe-se que uma grande parte das vítimas não faz nenhuma denúncia após a agressão, provavelmente por medo de retaliação por parte do autor, vergonha frente à violência sofrida e o receio de revitimização no processo de denúncia. Acredita-se na hipótese de que os números podem ser bem maiores devido à subnotificação dos casos. Nessa direção, ressaltamos a importância da vítima buscar atendimento na rede de urgência e proteção, e a realização da notificação pelos profissionais que atendem as vítimas, bem como iniciar o mais breve possível o acompanhamento do caso.

Cabe ressaltar ainda, que a Lei Maria da Penha estabelece que todo o caso de violência doméstica e intrafamiliar é crime e deve ser apurado através de inquérito policial e ser remetido ao Ministério Público. A Lei Maria da Penha prevê Medidas Protetivas de Urgência que são avaliadas e concedidas pelo (a) Juiz (a). Para obtê-las basta que a vítima as solicite na Delegacia quando registrar o Boletim de Ocorrência ou denúncia pela Delegacia Eletrônica (www.delegaciaeletronica.policiacivil.sp.gov.br).

Também se destacam os canais específicos para denunciar casos de violência contra mulheres e meninas, a fim de evitar reincidências e casos de feminicídio. O serviço de telefone do Disque Denúncia funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana, em qualquer local do Brasil em mais de 16 países. Para violência contra mulheres, ligue 180 - Central de Atendimento à Mulher.

Tabela 1 - Violência contra a Mulher. Santos - 2020 a 2024

Violência contra a Mulher	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Notificados para Vigilância	286	112,2	364	120,5	384	117,4	429	134,5	410	141,9
Residentes em Santos	255	100,0	302	100,0	327	100,0	319	100,0	289	100,0

Fonte: Sinan-Net/ SEVIEP. Atualizados em 11/05/2025. Dados provisórios, sujeitos a alterações.

Tabela 2 - Violência contra a Mulher por tipo de violência. Santos - 2020 a 2024

Tipo de Violência	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Viol. Física	172	67,5	200	66,2	224	68,5	212	66,5	194	67,1
Viol. Sexual	68	26,7	73	24,2	76	23,2	69	21,6	60	20,8
Viol. por Negligência	10	3,9	12	4,0	20	6,1	10	3,1	5	1,7
Viol. Psicológica/moral	4	1,6	6	2,0	4	1,2	14	4,4	19	6,6
Viol. Trabalho Infantil	1	0,4	10	3,3	2	0,6	14	4,4	11	3,8
Viol. Tortura	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0	0	0,0
Viol. Intervenção Legal	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0	0	0,0
Total	255	100,0	302	100,0	327	100,0	319	100,0	289	100,0

Fonte: Sinan-Net/ SEVIEP. Atualizados em 11/05/2025. Dados provisórios, sujeitos a alterações.

A violência física é tipo de agressão mais frequente e assumiu a maior proporção entre os casos totais na série histórica, representando cerca de 66% a 68% das notificações com uma leve variação. A violência sexual foi a segunda categoria mais comum com uma porcentagem que variou de aproximadamente 20% a 26%. Houve uma diminuição de 26,7% em 2020 para 20,8% no registro dos casos em 2024.

Tabela 3 - Violência contra a Mulher – segundo faixa etária e ano. Santos - 2020 A 2024

Faixa Etária	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.
Menor 1 ano	2	49,0	2	51,5	5	133,6	2	53,6	2	53,6
1 a 4 anos	11	63,2	15	86,5	14	102,1	18	131,2	11	80,2
5 a 9 anos	17	74,7	31	136,7	13	61,7	19	90,3	12	57,0
10 a 14 anos	27	114,0	36	154,1	28	128,0	13	59,4	28	128,0
15 a 19 anos	35	146,6	22	93,5	33	143,6	27	117,5	21	91,4
20 a 29 anos	58	112,0	80	156,5	77	152,7	71	140,8	60	119,0
30 a 39 anos	44	68,8	43	68,4	74	127,5	80	137,9	54	93,1
40 a 49 anos	41	65,9	32	50,8	52	81,8	47	73,9	61	96,0
50 a 59 anos	12	20,5	28	48,0	18	31,4	26	45,4	18	31,5

60 a 69 anos	4	7,8	6	11,5	7	13,4	11	21,2	12	23,1
70 a 79 anos	2	6,2	4	11,9	3	8,8	3	8,9	7	20,7
80 anos e mais	2	9,3	3	13,6	3	14,8	2	9,9	3	14,8
Total	255	58,8	302	69,6	327	78,12	319	76,2	289	69,0

Fonte: Sinan-Net/ SEVIEP. Atualizados em 11/05/2025. Dados provisórios, sujeitos a alterações.

Tabela 4 - Violência contra a Mulher segundo local de ocorrência. Santos 2020 A 2024

Local de Ocorrência	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Residência	177	69,4	219	72,5	252	77,1	225	70,5	192	66,4
Habitação Coletiva	3	1,2	6	2,0	2	0,6	5	1,6	2	0,7
Escola	2	0,8	4	1,3	2	0,6	4	1,3	10	3,5
Local pratica esportiva	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Bar ou Similar	2	0,8	6	2,0	5	1,5	8	2,5	6	2,1
Via pública	42	16,5	46	15,2	47	14,4	47	14,7	46	15,9
Comércio/Serviços	5	2,0	6	2,0	11	3,4	16	5,0	18	6,2
Indústrias/construção	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0
Outros	16	6,3	14	4,6	7	2,1	12	3,8	11	3,8
Não informados	7	2,7	1	0,3	1	0,3	1	0,3	3	1,0
Total	255	100,0	302	100,0	327	100,0	319	100,0	289	100,0

Fonte: Sinan-Net/ SEVIEP. Atualizados em 11/05/2025. Dados provisórios, sujeitos a alteração

Vale destacar que o local predominante de ocorrência da violência doméstica é a residência, apontando a importância das políticas de proteção e apoio dentro do ambiente doméstico, onde as vítimas podem estar mais vulneráveis.

Tabela 5 - Violência contra a Mulher, segundo meio de agressão. Santos - 2020 A 2024

Meio de agressão	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Força corporal/ Espancamento	173	67,8	198	65,6	242	64,2	231	62,4	220	68,1
Enforcamento	8	3,1	13	4,3	20	5,3	31	8,4	14	4,3
Obj. Contundente	12	4,7	10	3,3	17	4,5	15	4,1	5	1,5
Obj. perf-cortante	12	4,7	13	4,3	11	2,9	15	4,1	10	3,1
Subs Obj Quente	0	0,0	1	0,3	3	0,8	1	0,3	1	0,3
Envenenam./Intoxicação	0	0,0	3	1,0	7	1,9	6	1,6	1	0,3
Arma de fogo	3	1,2	0	0,0	8	2,1	3	0,8	1	0,3
Ameaça	33	12,9	34	11,3	63	16,7	52	14,1	51	15,8
Outra Agressão	1	0,4	12	4,0	6	1,6	16	4,3	20	6,2
Não informado	13	5,1	18	6,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	255	100,0	302	100,0	377	100,0	370	100,0	323	100,0

Fonte: Sinan-Net/ SEVIEP. Atualizados em 11/05/2025. Dados provisórios, sujeitos a alterações.
Campo que pode ter mais de um tipo de variável.

O meio de agressão mais utilizado é a força corporal/espancamento. Buscar serviço emergencial após uma violência é fundamental para a saúde das mulheres vítimas. No entanto, algumas barreiras como vergonha, medo de exposição e receio de serem denunciadas para a polícia são apontadas como complicadores.

Tabela 6 - Violência Contra a Mulher ,segundo provável agressor. Santos - 2020 A 2024

Vínculo com Provável Agressor	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Pai	20	7,5	17	5,6	17	5,0	18	5,6	12	4,2
Mãe	15	5,6	22	7,3	24	7,1	14	4,4	9	3,1
Padrasto	12	4,5	11	3,6	10	3,0	7	2,2	8	2,8
Madrasta	1	0,4	1	0,3	0	0,0	1	0,3	0	0,0
Cônjuge	58	21,8	63	20,9	90	26,6	82	25,5	69	23,9
Ex-Cônjuge	26	9,8	32	10,6	34	10,1	53	16,5	22	7,6
Namorado(a)	22	8,3	17	5,6	28	8,3	22	6,9	24	8,3
Ex-Namorado(a)	16	6,0	28	9,3	23	6,8	12	3,7	14	4,8

Filho(a)	6	2,3	12	4,0	10	3,0	13	4,0	10	3,5
Irmão(a)	13	4,9	7	2,3	12	3,6	8	2,5	15	5,2
Amigos/Conhecidos	31	11,7	31	10,3	24	7,1	25	7,8	29	10,0
Desconhecido(a)	11	4,1	22	7,3	24	7,1	31	9,7	32	11,1
Cuidador(a)	0	0,0	2	0,7	2	0,6	0	0,0	0	0,0
Patrão/Chefe	3	1,1	1	0,3	3	0,9	1	0,3	8	2,8
Pessoa com Relação Institucional	5	1,9	3	1,0	4	1,2	7	2,2	8	2,8
Agente da Lei	0	0,0	2	0,7	0	0,0	1	0,3	0	0,0
Própria Pessoa	1	0,4	0	0,0	1	0,3	2	0,6	0	0,0
Outros Vínculos*	26	9,8	28	9,3	32	9,5	24	7,5	20	6,9
Não informado	0	0,0	3	1,0	0,0	0,0	0	0,0	9	3,1
Total	266	100,0	302	100,0	338	100,0	321	100,0	289	100,0

Fonte: Sinan-Net/ SEVIEP. Atualizados em 11/05/2025. Dados provisórios, sujeitos a alterações.

*Outros Vínculos -primo (a),tio (a),avô(a),vizinho (a),etc. Campo que pode ter mais de um tipo de variável.

A predominância de vínculos familiares, especialmente cônjuges, sugere que a violência muitas vezes ocorre dentro do núcleo familiar ou de relacionamentos próximos.

Tabela 7 - Violência contra a mulher, segundo a raça/cor. Santos - 2020 A 2024

Raça/Cor	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Branca	117	45,9	171	56,6	195	59,6	191	59,9	160	55,4
Preta	34	13,3	34	11,3	35	10,7	29	9,1	32	11,0
Amarela	1	0,4	4	1,3	1	0,3	2	0,6	5	1,7
Parda	103	40,4	91	30,1	95	29,1	90	28,2	92	31,8
Indígena	0	0,0	0	0,0	1	0,3	1	0,3	0	0,0
Sem informação	0	0,0	2	0,7	0	0,0	6	1,9	0	0,0
Total	255	100,0	302	100,0	327	100	319	100,0	289	100,0

Fonte: Sinan-Net/ SEVIEP. Atualizados em 11/05/2025. Dados provisórios, sujeitos a alterações.

Tabela 8 - Violência contra a Mulher relacionada ao trabalho. Santos - 2020 A 2024

Violência Relacionada ao Trabalho	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Sim	8	3,1	3	1,0	8	2,4	9	2,8	17	5,9
Não	236	92,5	298	98,7	318	97,2	310	97,1	272	94,1
Sem informação	11	4,3	1	0,3	1	0,3	0	0	0	0,0
Total	255	100,0	302	100,0	327	100,0	319	100,0	289	100,0

Fonte: Sinan-Net/ SEVIEP. Atualizados em 11/05/2025. Dados provisórios, sujeitos a alterações.

Tabela 9 - Violência contra a mulher, segundo reincidência. Santos - 2020 A 2024

Ocorreu outras vezes	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Sim	140	55,0	150	49,7	180	55,0	164	51,4	140	48,4
Não	76	30,0	89	29,5	103	31,5	106	33,2	95	32,9
Sem informação	39	15,0	63	20,9	44	13,5	49	15,3	54	18,7
Total	255	100,0	302	100,0	327	100,0	319	100,0	289	100,0

Fonte: Sinan-Net/ SEVIEP. Atualizados em 11/05/2025. Dados provisórios, sujeitos a alterações.

Um dado alarmante é que mais da metade das vítimas relataram que a violência ocorreu outras vezes. Em 2024, 48,4% das mulheres sofreram violência mais de uma vez, indicando que não basta incentivar mulheres a denunciar a violência doméstica, é preciso dar suporte para que elas possam quebrar o ciclo de violência que estão inseridas com segurança.

Tabela 10 - Violência contra a mulher, segundo região de residência. Santos - 2020 A 2024

Região de Residência	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Área Continental	4	1,6	2	0,7	8	2,4	2	0,6	3	1,0
Centro	27	10,6	36	11,9	51	15,6	54	16,9	45	15,6
Morros	55	21,6	73	24,2	67	20,5	57	17,9	46	15,9
Orla	75	29,4	11	36,8	114	34,9	118	37,0	105	36,3
Zona Noroeste	93	36,5	78	25,8	84	25,7	80	25,1	80	27,7
Sem Residência Fixa	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	4	1,4

Não Informado	1	0,4	2	0,6	3	0,9	8	2,5	6	2,1
Total	255	100,0	302	100,0	327	100,0	319	100,0	289	100,0

Fonte: Sinan-Net/ SEVIEP. Atualizados em 11/05/2025. Dados provisórios, sujeitos a alterações.

LESÃO AUTOPROVOCADA

O comportamento suicida é um fenômeno universal, complexo e multifatorial, que segundo a Organização Mundial de Saúde é definido como todo ato pelo qual um indivíduo causa lesão a si mesmo, independentemente do grau de intenção letal e do verdadeiro motivo desse ato. Essa definição ampla permite compreender o comportamento suicida em um espectro contínuo: pensamentos de autoextermínio, ameaças, gestos, tentativas de suicídio e o suicídio consumado.

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que, todos os anos, mais de 700 mil pessoas em todo o mundo tiram a própria vida. A entidade alerta para a necessidade de reduzir o estigma e encorajar o diálogo aberto sobre o tema. A proposta é romper com a cultura do silêncio e do estigma, dando lugar à abertura ao diálogo, à compreensão e ao apoio. Destaca ainda que a prevenção do suicídio deve ser uma das prioridades na agenda de saúde pública global, considerando o enorme impacto do suicídio e das tentativas de suicídio na vida das pessoas em sofrimento, nos familiares e pessoas próximas, e na sociedade como um todo, além de ser um fenômeno passível de prevenção na maioria dos casos.

Números da entidade mostram que o suicídio figura, atualmente, como a quarta principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos. No Brasil, há em média 13 mil mortes por suicídio por ano, ou seja, uma a cada quase 45 minutos, ou cerca de 32 por dia, evidenciando um grave problema de saúde pública. Vale destacar que o suicídio ocorre em todas regiões do Brasil e é a segunda maior causa de morte entre os jovens de 15 a 29 anos, ficando atrás apenas dos acidentes de trânsito.

A Política Nacional de Prevenção da Automutilação/autoagressão e do Suicídio implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e com a participação da sociedade civil e de instituições privadas, tem como um de seus objetivos garantir o acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico, especialmente daquelas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio;

A Portaria nº. 1.271, de 6 de junho de 2014 (Brasil. Ministério da Saúde, 2014), que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, inclui a **tentativa de suicídio como notificação compulsória imediata** que deverá ser realizada em até 24 horas a partir do conhecimento da ocorrência.

Vale ressaltar que apenas a notificação compulsória não basta. Há que se garantir que essa pessoa que acabou de fazer uma tentativa de suicídio ou cometeu uma autoagressão/automutilação seja imediatamente inserida em tratamento para reduzir o risco de nova tentativa e de suicídio completo.

No município de Santos, o Sistema Único de Saúde possui uma **Rede de Atenção Psicossocial** para acompanhamento ambulatorial de pessoas com ideação suicida ou daquelas que fizeram uma tentativa de suicídio. A RAPS é uma estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) criada pelo Ministério da Saúde para organizar e integrar os serviços voltados à saúde mental no Brasil.

Se a pessoa que sofre e está apresentando os sinais não puder ser atendida no local ou na hora, deve ser encaminhada imediatamente, de forma responsável, ao serviço que possa atendê-la. Os serviços são todas as UPAS, as Unidades de Atenção Primária à Saúde e os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS).

Conceitos:

Tentativa de Suicídio: comportamento não fatal potencialmente prejudicial direcionado contra si mesmo com a intenção de morrer como resultado do comportamento. Estima-se que pessoas que já tentaram tirar a própria vida têm de cinco a seis vezes mais risco de tentar outra vez.

Autoagressão e Automutilação sem intenção suicida : definida como qualquer comportamento intencional, envolvendo agressão direta ao próprio corpo, **“sem intenção suicida”**, e por razões não socialmente ou culturalmente compreendidas. Destaca-se o aspecto que faz referência à intencionalidade do ato autolesivo, que ocorre de forma consciente, não acidental e que busca melhorar um estado de angústia, sem necessariamente buscar a própria morte. É um comportamento de risco e que pode estar em um continuum de comportamento suicida, devendo sempre ser avaliada.

Dados Epidemiológicos - Residentes em Santos

Tabela 1 - Total de Notificações de Violência Autoprovocada, 2020 a 2024

Violência Autoprovocada	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Notificados para Vigilância Epidemiológica	240	137,1	499	131,0	570	145,4	625	156,3	446	143,
Residentes em Santos	175	100,0	381	100,0	392	100,0	400	100,0	311	100,

Fonte: Sinan-Net/Seviep. Dados provisórios, sujeitos a alterações, maio de 2025.

Tabela 2- Número de notificações de violência autoprovocada (coef. por 100 mil hab) por faixa etária e sexo masculino, residentes em Santos, 2020 a 2024

Faixa Etária	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.
5 a 9 anos	0	0	1	8,62	0	0	0	0	1	1,2
10 a 14 anos	2	16,5	4	33,6	4	35,8	1	8,9	3	3,6
15 a 19 anos	6	49,4	17	142,3	17	145,3	14	119,7	5	6,0
20 a 29 anos	24	93,3	43	169,3	27	108,7	36	145,0	32	38,1
30 a 39 anos	13	42,3	16	52,8	24	87,8	27	98,8	20	23,8
40 a 49 anos	6	20,9	20	68,9	15	51,9	13	45,0	15	17,9

50 a 59 anos	7	27,1	20	77,5	11	43,6	6	23,8	6	7,1
60 a 69 anos	5	23,1	7	31,8	11	50,3	4	18,3	1	1,2
70 a 79 anos	0	0	3	23,4	3	23,1	2	15,4	1	1,2
80 anos e mais	0	0	2	28,3	1	15,8	1	15,8	0	0,0
Total	63	31,7	133	66,9	112	59,5	104	54,8	84	100,0

Fonte: Sinan-Net/Seviep. População estimada IBGE. Dados provisórios, sujeitos a alterações, maio de 2025.

Tabela 3 - Número de notificações de violência autoprovocada (coef. por 100 mil hab) por faixa etária e sexo feminino, residentes em Santos, 2020 a 2024

Faixa Etária	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.
5 a 9 anos	0	0	2	18	4	36,1	1	9,7	0	0,0
0 a 14 anos	4	34,4	25	218,3	21	183,4	17	158,5	8	3,5
15 a 19 anos	31	264	36	310,5	61	534,9	67	593,7	54	23,8
20 a 29 anos	33	126,5	71	276,2	78	303,4	94	367,2	64	28,2
30 a 39 anos	13	39,1	38	116,6	41	129	44	143,2	42	18,5
40 a 49 anos	19	56,4	43	126,3	36	105,7	41	118,1	31	13,7
50 a 59 anos	5	15,2	25	76,8	23	67,6	13	40,6	12	5,3
60 a 69 anos	2	6,7	7	23,1	9	29,7	9	29,8	14	6,2
70 a 79 anos	3	14,8	1	4,8	7	33,7	9	43,1	2	0,9
80 anos e mais	2	13,7	0	0	0	0	1	7,1	0	0,0
Total	112	47,6	248	105,3	280	119,3	296	129,3	227	100,0

Fonte: Sinan-Net/Seviep. População censo IBGE. Dados provisórios, sujeitos a alterações, maio de 2025.

As mulheres têm uma taxa mais elevada de notificações de violência autoprovocada em várias faixas etárias, especialmente entre os jovens.

Tabela 4 - Número de notificações de violência autoprovocada por meio de agressão, residentes em Santos, 2020 a 2024

Meio de Agressão	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Força corporal/Espancamento	2	1,1	6	1,6	2	0,5	3	0,7	4	1,2
Enforcamento	9	5,1	28	7,3	11	2,7	14	3,3	9	2,7
Objeto contundente	0	0	3	0,8	3	0,7	1	0,2	4	1,2
Objeto perfurocortante*	40	22,6	71	18,4	100	24,1	86	20,3	57	17,3
Envenenamento/Intoxicação	105	59,3	239	61,9	271	65,3	293	69,1	230	69,7
Substância ou objeto quente	6	3,4	0	0,0	0	0,	3	0,7	2	0,6
Arma de fogo	0	0	2	0,5	1	0,2	1	0,2	0	0,0
Ameaça	0	0	0	0	1	0,2	0	0	0	0,0
Outras agressões**	15	8,5	37	9,6	26	6,3	23	5,4	24	7,3
Total	177	100,	386	100,0	415	100,	424	100,0	330	100,

Fonte: Sinan-Net/Seviep. Dados provisórios, sujeitos a alterações, maio de 2025. Tabela que pode contemplar mais de uma variável. *Lâminas de barbear, facas, navalhas, apontador, canetas, etc. **Precipitação de lugar elevado, afogamento, se jogou contra carro, poste, etc.

Destacamos uma preocupação com os dados observados na *tabela 4*, cujo meio de autoagressão mais utilizado foi o envenenamento/intoxicação por uso abusivo de medicamentos e outros agentes tóxicos, seguindo tendência de aumento na série histórica. Considerando que os medicamentos psicotrópicos são prescritos cada vez mais, principalmente para jovens, destaca-se a importância do rigoroso controle na dispensação e na sua disponibilidade, tanto nos serviços de saúde como em âmbito domiciliar, tendo em vista o uso abusivo nas intoxicações, não raro com **intenção suicida**.

Tabela 5 - Número de notificações de violência autoprovocada que ocorreram mais de uma vez, residentes em Santos, 2020 a 2024

Ocorreu outras vezes	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Sim	91	52	186	48,8	242	62	234	58,5	179	57,6
Não	43	24,6	90	23,6	88	22,4	119	29,8	78	25,1
Não informado	41	23,4	105	27,6	62	15,6	47	11,8	54	17,4
Total	175	100,0	381	100,0	392	100,0	400	100,0	311	100,0

Fonte: Sinan-Net/Dados provisórios, sujeitos a alterações, maio de 2025.

Com relação à reincidência, observa-se que em mais da metade dos casos houve repetição do evento, sinalizando que as pessoas que cometem um primeiro episódio continuam em risco elevado de reincidência. Esse pode ser um indicativo preocupante de falta de suporte adequado e dificuldade em acessar serviços de saúde mental.

Tabela 6 - Número de notificações de violência autoprovocada segundo região de ocorrência, residentes Santos, 2020 a 2024

Região de Ocorrência	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Área Continental	0	0	0	0	1	0,3	1	0,3	1	0,3
Centro	19	10,9	31	8,1	29	7,4	48	12	34	10,9
Morros	25	14,3	45	11,8	66	16,8	64	16	55	17,7
Orla	91	52	203	53,3	210	53,6	214	53,5	173	55,6
Zona Noroeste	34	19,4	76	19,9	80	20,4	56	14	41	13,2
Outros municípios	4	2,3	18	4,7	3	0,8	11	2,8	2	0,6
Não informado	2	1,1	8	2,1	3	0,8	6	1,5	3	1,0
Total	175	100,0	381	100,0	392	100,0	400	100,0	311	100,0

Fonte: Sinan-Net/Dados provisórios, sujeitos a alterações, maio de 2025.

A Orla mantém uma participação significativa, representando mais da metade das ocorrências na maioria dos anos, chegando a 55,6% em 2024.

SUICÍDIO

O suicídio pode ser considerado como um ato deliberado executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, mesmo que ambivalente, usando um meio que ele acredita ser letal.

É um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Os números mais recentes disponíveis são de **2023**, quando o país registrou **16.262 suicídios**, representando uma média de aproximadamente **44 mortes** por dia .

Embora seja um fenômeno multifatorial, com causas que envolvem aspectos psicológicos, sociais, culturais e biológicos, o suicídio ainda é cercado por estigmas e silêncios que dificultam a prevenção.

Especialistas apontam que transtornos mentais, como depressão e ansiedade, são fatores de risco significativos para o suicídio. Além disso, questões como violência doméstica, abuso sexual, discriminação, pobreza e falta de acesso a serviços de saúde mental também contribuem para o aumento das taxas de suicídio e automutilação no país .

Campanhas como o **Setembro Amarelo**, realizadas anualmente, têm buscado quebrar o tabu em torno do tema e incentivar o diálogo. Falar sobre suicídio de forma responsável, acolhedora e sem julgamento é um passo essencial para ajudar quem sofre em silêncio.

A prevenção é possível, e começa pela escuta atenta, empatia e acesso a tratamento adequado. O Brasil conta com serviços gratuitos de apoio emocional, como o **CVV (Centro de Valorização da Vida)**, que atende pelo telefone 188 e está disponível 24 horas por dia, de forma sigilosa e gratuita.

Devido à importância do agravo para a elaboração de políticas públicas a Seção de Vigilância Epidemiológica compila os dados do banco do SIM (Sistema de Informação de Mortalidade). O número de óbitos é de pessoas residentes em Santos.

Dados Epidemiológicos – Residentes em Santos

Tabela 1 - Número de óbitos por suicídio, segundo sexo, residentes em Santos, 2020 a 2024

SEXO	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Masculino	20	60,6	19	70,4	17	56,7	27	71,1	10	55,6
Feminino	13	39,4	8	29,6	13	43,3	11	28,9	8	44,4
Total	33	100	27	100,0	30	100,	38	100,0	18	100,0

Fonte: SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade/Seviep. Dados parciais, maio de 2025, sujeitos a alterações.

Observamos na tabela 1 que a participação **masculina** foi superior à feminina. O maior percentual de homens foi em 2021 (70,4%) e 2023 (71,1%). Mesmo com uma significativa redução no número absoluto em 2024 a presença masculina ainda representou **55,6%** do total.

Tabela 2 - Número de óbitos por suicídio (coef. por 100 mil hab.) faixa etária e ano, residentes em Santos, 2020 a 2024

Faixa Etária	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.
10 a 14 anos	1	4,2	0	0,0	0	0,0	1	4,5	0	0,0
15 a 19 anos	0	0,0	2	8,5	3	13,0	3	13,0	1	4,3
20 a 29 anos	4	7,7	4	7,8	5	9,9	3	5,9	2	3,9
30 a 39 anos	2	3,1	5	7,9	4	6,8	15	25,8	7	12,0
40 a 49 anos	7	11,2	3	4,7	7	11,0	8	12,5	6	9,4

50 a 59 anos	9	15,3	2	3,4	4	6,9	4	6,9	0	0,0
60 a 69 anos	6	11,6	6	11,4	4	7,6	3	5,7	1	1,9
70 a 79 anos	2	6,1	3	8,9	2	5,9	1	2,9	1	2,9
80 anos e mais	2	9,3	2	9,0	1	4,9	0	0,0	0	0,0
Total	33	7,6	27	6,2	30	7,1	38	9,0	18	4,3

Fonte: SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade/Seviep. Dados parciais, maio de 2025, sujeitos a alterações.

Com relação à faixa etária, verificamos que a distribuição está se concentrando nas faixas entre **30 e 49 anos**, sugerindo um perfil de faixa etária mais adulta nos casos de suicídio.

Tabela 3 - Número de óbitos por suicídio, segundo local de ocorrência, residentes em Santos, 2020 a 2024

Local de Ocorrência	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Hospital	4	12,1	0	0,0	5	16,7	3	7,9	1	5,6
Outros estabel. de saúde	0	0,0	1	3,7	2	6,7	3	7,9	1	5,6
Domicílio	23	69,7	22	81,5	22	73,3	29	76,3	12	66,7
Via pública	2	6,1	1	3,7	0	0,0	1	2,6	0	0,0
Outros locais*	4	12,1	3	11,1	1	3,3	2	5,3	4	22,2
Total	33	100,0	27	100,0	30	100,	38	100,	18	100,0

Fonte: SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade/Seviep. Dados parciais, maio de 2025, sujeitos a alterações.*Outros locais: comércios e serviços,praia,etc.

A *tabela 3* se refere ao local em que os suicídios ocorreram, sendo o domicílio o maior percentual na série histórica, incluindo nesses casos precipitação de lugar elevado (prédios, pontes, etc) e enforcamento. Os casos em que o local de ocorrência são os estabelecimentos de saúde referem-se às pessoas que foram socorridas, entretanto, foram a óbito em unidades de urgência e emergência ou em hospitais.

Apontamos uma queda nos números de suicídio registrados no município no ano 2024, entretanto sabemos que ainda há um número expressivo de **subnotificações** de suicídio no País e no mundo. Considera-se que uma das explicações seria o **“suicídio oculto”**, aquele em que o suicídio foi consumado, porém não classificado como suicídio (afogamento, intoxicações, acidentes de carros, mortes por causas desconhecidas).

VIOLÊNCIA SEXUAL

Violência sexual: é qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga outra pessoa de qualquer sexo a ter, presenciar, ou participar de alguma maneira de interações sexuais ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção.

Incluem-se como violência sexual situações de estupro, abuso incestuoso, assédio sexual, sexo forçado no casamento, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas (impostas), pornografia infantil, pedofilia, voyeurismo; manuseio, penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos, de forma forçada. Igualmente caracterizam a violência sexual os atos que, mediante coerção, chantagem, suborno ou aliciamento, impeçam o uso de qualquer método contraceptivo ou forcem ao matrimônio, à gravidez, ao aborto, à prostituição; ou que limitem ou anulem em qualquer pessoa a autonomia e o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.

A violência sexual é considerada crime, mesmo se exercida por um familiar, seja ele pai, mãe, padrasto, madrastra, companheiro (a), esposo (a).

Cabe ressaltar que o crime de *estupro de vulnerável* se configura com a conjunção carnal ou prática de ato libidinoso com menor de 14 anos, sendo irrelevante eventual consentimento da vítima para a prática do ato, sua experiência sexual anterior ou existência de relacionamento amoroso com o agente. Lembrando ser obrigatória a comunicação de qualquer tipo de violência contra crianças e adolescentes ao Conselho Tutelar, conforme preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

De acordo com a Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017, são objetos de notificação compulsória casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica e/ou outras violências e **notificação imediata em casos de violência sexual**, pois visa agilizar o acesso às medidas de profilaxia, às infecções sexualmente transmissíveis e hepatites virais, e no caso de meninas e mulheres também ao acesso imediato à contracepção de emergência.

Importante destacar que a notificação, para fins epidemiológicos, tem o objetivo compreender a magnitude da violência, desvelar casos invisíveis, e compreender a situação epidemiológica do município a fim de subsidiar políticas públicas de prevenção e proteção às vítimas.

Para o enfrentamento às violências o município de Santos possui uma rede de atendimento de urgência e emergência (UPAS e hospitais públicos e privados) para atender as vítimas de violência sexual no momento em que ocorreu a violência e, posteriormente, a vítima será incluída em acompanhamento ambulatorial especializado para apoio psicossocial, bem como medidas de proteção que forem necessárias.

Complementando essas ações de assistência direta, a Comissão Municipal de Enfrentamento à Violência Sexual Infantojuvenil (CEVISS), por meio do Conselho Municipal da Criança e Adolescente (CMDCA), elabora, acompanha e monitora o Plano Municipal de Enfrentamento à Violência Sexual Infantojuvenil, além de promover e articular ações de prevenção.

Ressaltamos que anualmente investimos para ampliar e qualificar a rede notificadora a fim de diminuir as subnotificações, qualificar os dados e fortalecer a Rede de Atenção e Cuidado às Vítimas de Violência Sexual.

Os dados que descreveremos a seguir são de notificações recebidas pela Seção de Vigilância Epidemiológica (Seviep) que são enviadas pelas unidades da Rede de Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual. Essas unidades podem incluir as UPAS, hospitais públicos e privados, rede de atenção primária à saúde, rede de atenção especializada, Programa de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual (Paivas), Creas (Sedes), escolas (Seduc), entre outros.

Os casos são inseridos no banco Sinan-Net (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) e monitorados através da rede intersectorial e intrasectorial, segundo protocolo estabelecidos.

Considerando que não são todas as vítimas que realizam o boletim de ocorrência no momento da situação de violência ou mesmo procuram uma unidade de saúde, há a hipótese de que os números podem ser bem maiores devido à subnotificação dos casos.

Enfatizamos que para análise do boletim nº7 utilizamos como referência pessoas residentes em Santos.

Dados Epidemiológicos - Residentes em Santos

Tabela 1- Violência sexual, faixa etária de 20 a 80 anos, Santos - 2020 A 2024

Violência Sexual	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.
Notificados para Vigilância Epidemiológica	14	116,7	28	147,4	34	109,7	32	123,077	32	133,3
Residentes em Santos	13	108,3	25	131,6	29	93,5	29	111,5	28	116,7

Fonte:Sinan-Net/ SEVIEP. Atualizados em 25/05/2025. Dados provisórios, sujeitos a alterações.

Tabela 2- Violência Sexual, faixa etária, Sexo Feminino. Santos - 2020 A 2024

Faixa Etária	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.
20 a 29 anos	8	30,7	14	54,5	15	48,8	9	29,3	8	26,0
30 a 39 anos	3	9,0	4	12,3	9	25,9	12	34,6	9	25,9
40 a 49 anos	1	3,0	0	0,0	1	3,1	2	6,2	9	28,1
50 a 59 anos	0	0,0	3	9,2	0	0,0	3	10,0	1	3,3
60 a 69 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,8	0	0,0
80 anos e mais	0	0,0	0	0,0	1	7,2	0	0,0	0	0,0
Total	12	5,1	21	8,9	26	11,4	27	11,8	27	11,8

Fonte:Sinan-Net/ SEVIEP. Atualizados em 25/05/2025. Dados provisórios, sujeitos a alterações.

Tabela 4- Violência Sexual, faixa etária, Sexo Masculino. Santos - 2020 A 2024

Faixa Etária	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.
20 a 29 anos	0	0,0	2	7,8	2	7,8	1	4,0	0	0,0
30 a 39 anos	1	3,3	1	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
40 a 49 anos	0	0,0	1	3,4	1	3,4	0	0,0	1	3,4
50 a 59 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,9	0	0,0
Total	1	0,5	4	2,0	3	1,5	2	1,0	1	0,5

Fonte:Sinan-Net/ SEVIEP. Atualizados em 25/05/2025. Dados provisórios, sujeitos a alterações.

Tabela 5- Violência Sexual segundo a raça/cor. Santos - 2020 A 2024

Raça	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Branca	4	30,8	9	36,0	18	62,1	16	55,2	18	64,3
Preta	1	7,7	4	16,0	5	17,2	8	27,6	4	14,3
Amarela	1	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Parda	7	53,8	11	44,0	6	20,7	5	17,2	6	21,4
Sem informação	0	0,0	1	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	13	100,0	25	100,0	29	100,0	29	100,0	28	100,0

Fonte:Sinan-Net/ SEVIEP. Atualizados em 25/05/2025. Dados provisórios, sujeitos a alterações.

Tabela 6- Violência Sexual segundo o tipo de violência. Santos 2020 A 2024

Tipo de Violência	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Estupro	12	80,0	23	88,5	25	80,6	28	84,8	27	79,4
Assédio Sexual	3	20,0	3	11,5	6	19,4	5	15,2	7	20,6
Total	15	100,0	26	100,0	31	100,0	33	100,0	34	100,0

Fonte:Sinan-Net/ SEVIEP. Atualizados em 25/05/2025. Dados provisórios, sujeitos a alterações.

Obs: tabela que pode incluir mais de um tipo de violência.

Tabela 7- Violência Sexual segundo o vínculo com o provável agressor. Santos - 2020 A 2024

Vínculo com Provável Agressor	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Pai	0	0,0	1	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Padrasto	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,4	0	0,0
Conjuge	1	7,7	2	8,0	0	0,0	3	10,3	1	3,6
Ex-Conjuge	0	0,0	1	4,0	2	6,9	1	3,4	1	3,6
Namorado(a)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	7,1
Ex-Namorado(a)	0	0,0	1	4,0	3	10,3	0	0,0	2	7,1
Irmão(a)	0	0,0	0	0,0	1	3,4	0	0,0	0	0,0
Amigos/Conhecidos	5	38,5	5	20,0	5	17,2	6	20,7	4	14,3
Desconhecido(a)	3	23,1	13	52,0	13	44,8	16	55,2	17	60,7
Patrão/Chefe	1	7,7	0	0,0	1	3,4	0	0,0	0	0,0
Pessoa com Relação Institucional	1	7,7	0	0,0	0	0,0	1	3,4	1	3,6
Policial Agente da Lei	0	0,0	1	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Outros Vínculos -primo (a),tio (a),avô(a),vizinho (a),etc	2	15,4	0	0,0	2	6,9	0	0,0	0	0,0
Não informado	0	0,0	1	4,0	2	6,9	1	3,4	0	0,0
Total	13	100,0	25	100,0	29	100,0	29	100,0	28	100,0

Fonte:Sinan-Net/ SEVIEP. Atualizados em 25/05/2025. Dados provisórios, sujeitos a alterações.

Obs: tabela que pode incluir mais de um provável agressor

A alta porcentagem de casos em que o agressor é *desconhecido* sugere dificuldade na identificação, especialmente quando a violência ocorre nas vias públicas.

Quando se trata de agressores amigos/conhecidos, não raro os relatos são de violência sofrida em bares, festas e casa de amigos.

Tabela 8 - Violência Sexual, segundo a região de residência por ano de notificação. Santos -2020 A 2024

Região de Ocorrência	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Área Continental	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,6
Centro	2	15,4	3	12,0	3	10,3	7	24,1	6	21,4
Morros	4	30,8	4	16,0	4	13,8	1	3,4	4	14,3
Orla	5	38,5	11	44,0	17	58,6	14	48,3	11	39,3
Zona Noroeste	2	15,4	6	24,0	5	17,2	7	24,1	5	17,9
Sem Residência Fixa	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,6
Sem Informação	0	0,0	1	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	13	100,0	25	100,0	29	100,0	29	100,0	28	100,0

Fonte:Sinan-Net/ SEVIEP. Atualizados em 25/05/2025. Dados provisórios, sujeitos a alterações.

Tabela 9 - Violência Sexual segundo local de ocorrência. Santos - 2020 A 2024

Local de ocorrência	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Residência	6	46,2	14	56,0	12	41,4	17	58,6	12	42,9
Habitação Coletiva	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,4	0	0,0
Bar ou Similar	0	0,0	4	16,0	1	3,4	1	3,4	2	7,1
Via pública	4	30,8	6	24,0	9	31,0	5	17,2	7	25
Comércio/Serviços	0	0,0	0	0,0	2	6,9	0	0,0	2	7,1
Outros*	3	23,1	1	4,0	4	13,8	4	13,8	5	17,9
Não informado	0	0,0	0	0,0	1	3,4	1	3,4	0	0,0
Total	13	100,0	25	100,0	29	100,0	29	100,0	28	100,0

Fonte: Sinan-Net/ SEVIEP. Atualizados em 25/05/2025. Dados provisórios, sujeitos a alterações.

*Outros - praia, terreno abandonado, carro, estradas,etc

Dados epidemiológicos - Residentes em Santos de 0 a 19 anos

Prevenção e Enfrentamento

O combate à violência sexual contra crianças e adolescentes requer ações integradas e contínuas:

- **Educação e conscientização:** Campanhas educativas que informem crianças, adolescentes e adultos sobre os sinais de abuso e os canais de denúncia.
- **Fortalecimento da rede de proteção:** Aprimoramento dos serviços de saúde, assistência social, educação e segurança pública para identificação e atendimento às vítimas.
- **Legislação e políticas públicas:** Implementação e fiscalização de leis que protejam os direitos das crianças e adolescentes.

Subnotificação e Desafios

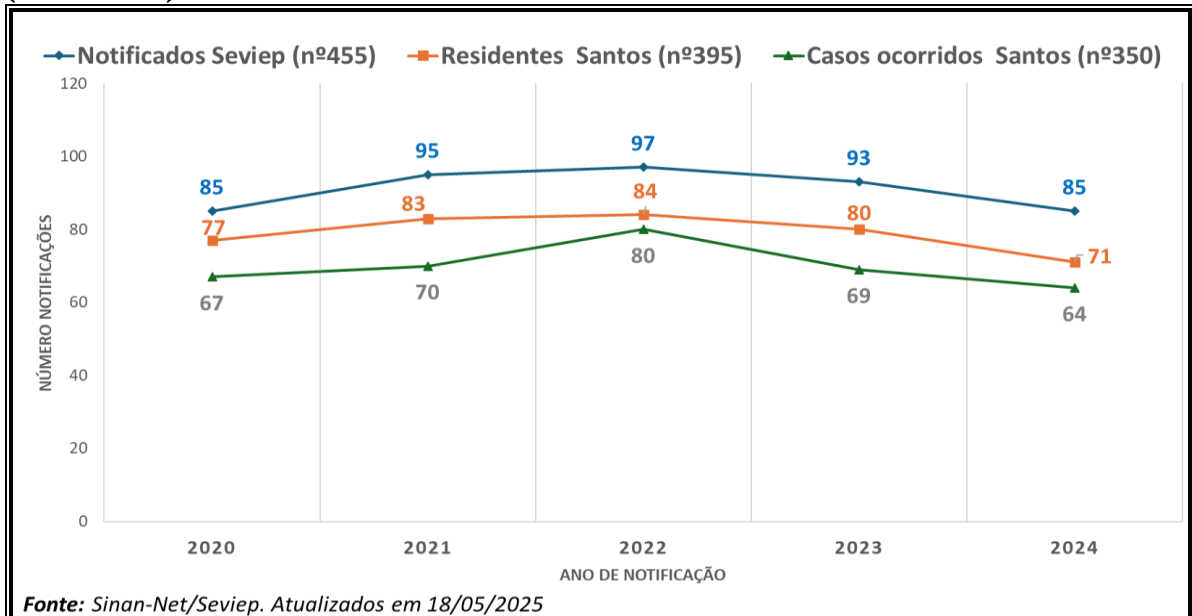
A subnotificação é um dos maiores desafios no enfrentamento da violência sexual infantojuvenil. Estima-se que apenas uma pequena fração dos casos seja efetivamente denunciada e investigada. Fatores como medo, vergonha, ameaças por parte do agressor e a proximidade com o mesmo dificultam a revelação e a denúncia por parte das vítimas. Com o objetivo de retratar o mais próximo possível a realidade do fenômeno no município, realizamos capacitações permanentes em nossa rede de atendimento.

Adolescência (ciclo de vida)

O Ministério da Saúde considera como adolescente a pessoa com idade entre 10 e 19 anos. A classificação adotada por ciclos de vida visa atender as especificidades relacionadas às fases

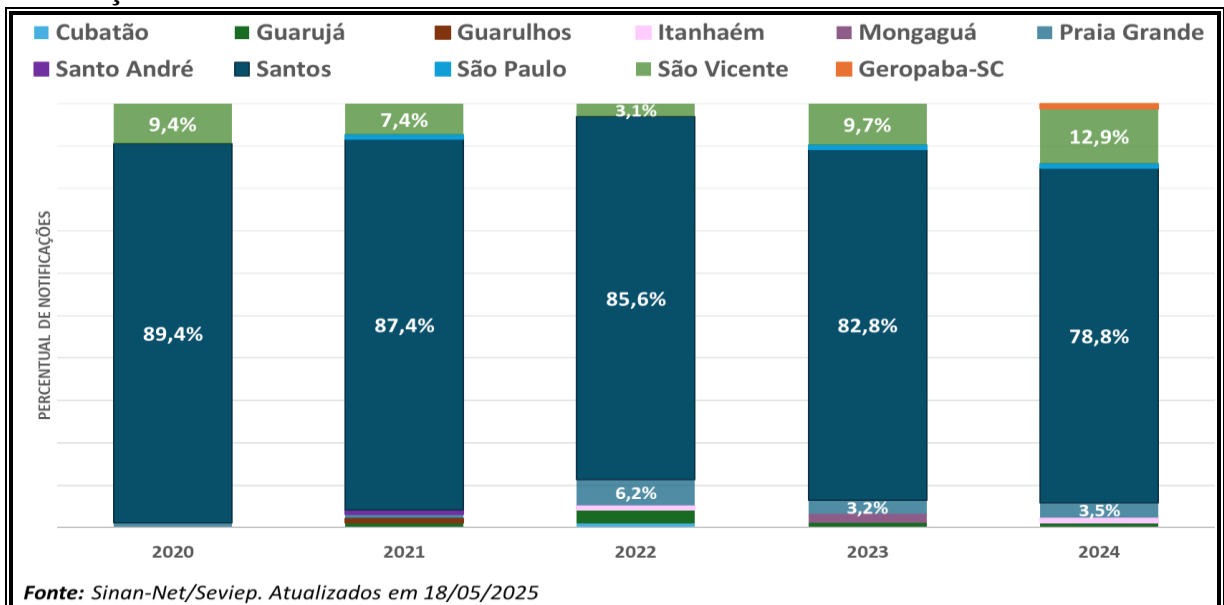
de crescimento, desenvolvimento da criança e o início da puberdade, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS).

Figura 1 - Perfil Epidemiológico de Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (0 a 19 anos)



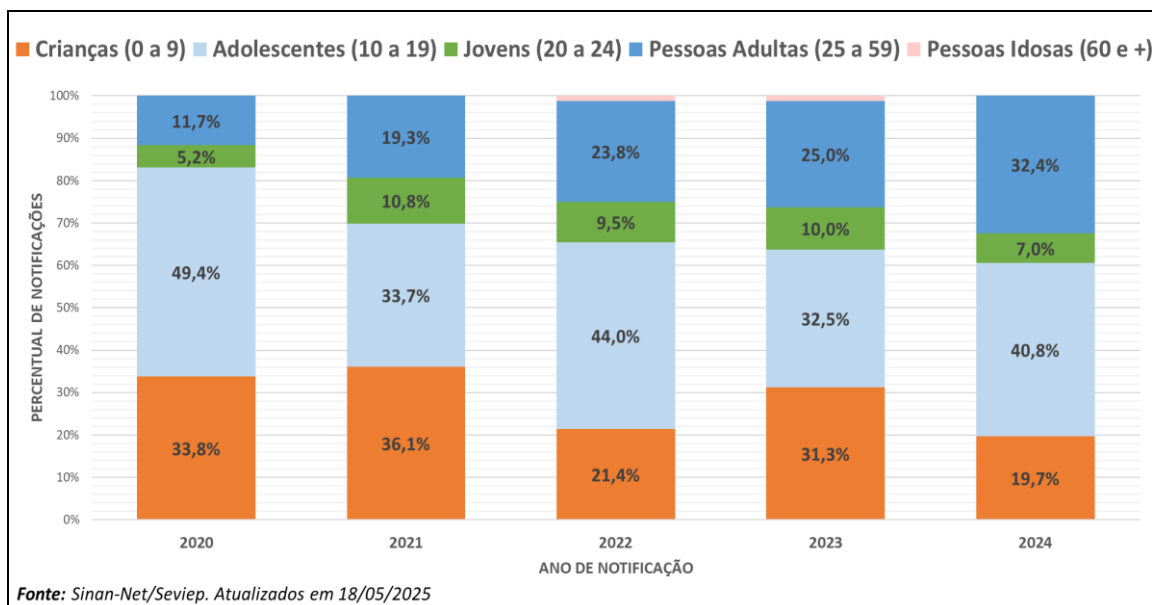
Fonte: Sinan-Net/ SEVIEP. Atualizados em 25/05/2025. Dados provisórios, sujeitos a alterações.

Figura 2 - Percentual total da série histórica (nº455) de notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes (0 a 19 anos), segundo município de residência e ano de notificação.



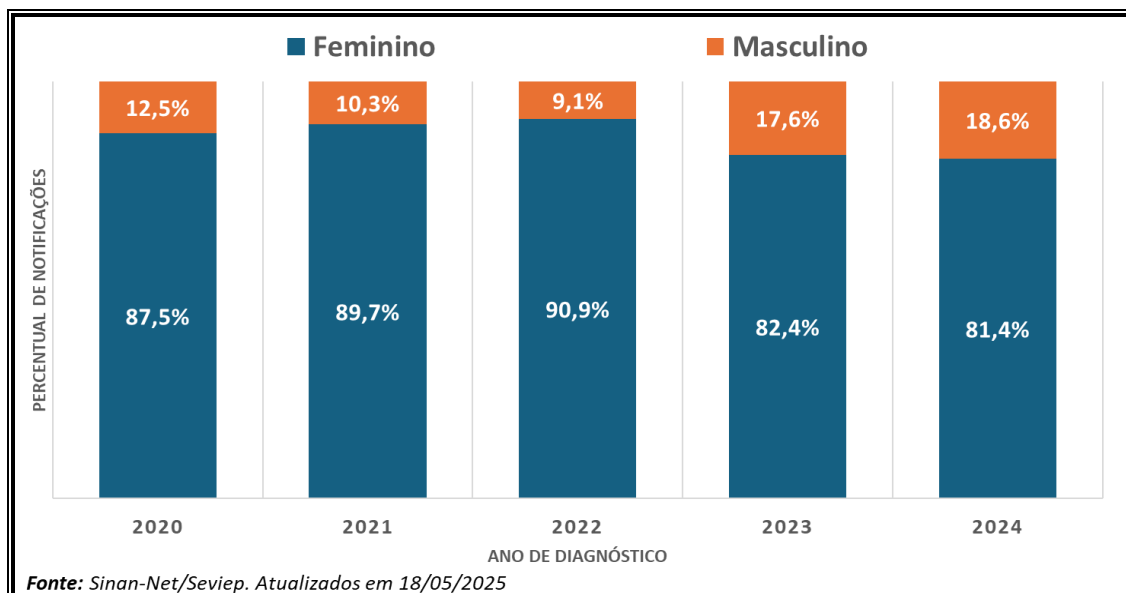
Fonte: Sinan-Net/ SEVIEP. Atualizados em 25/05/2025 **Nota:** Dados provisórios, sujeitos a alterações.

Figura 3 - Percentual de notificações de violência sexual por ciclo de vida e ano de notificação Residentes em Santos (nº 395), 2020 a 2024.



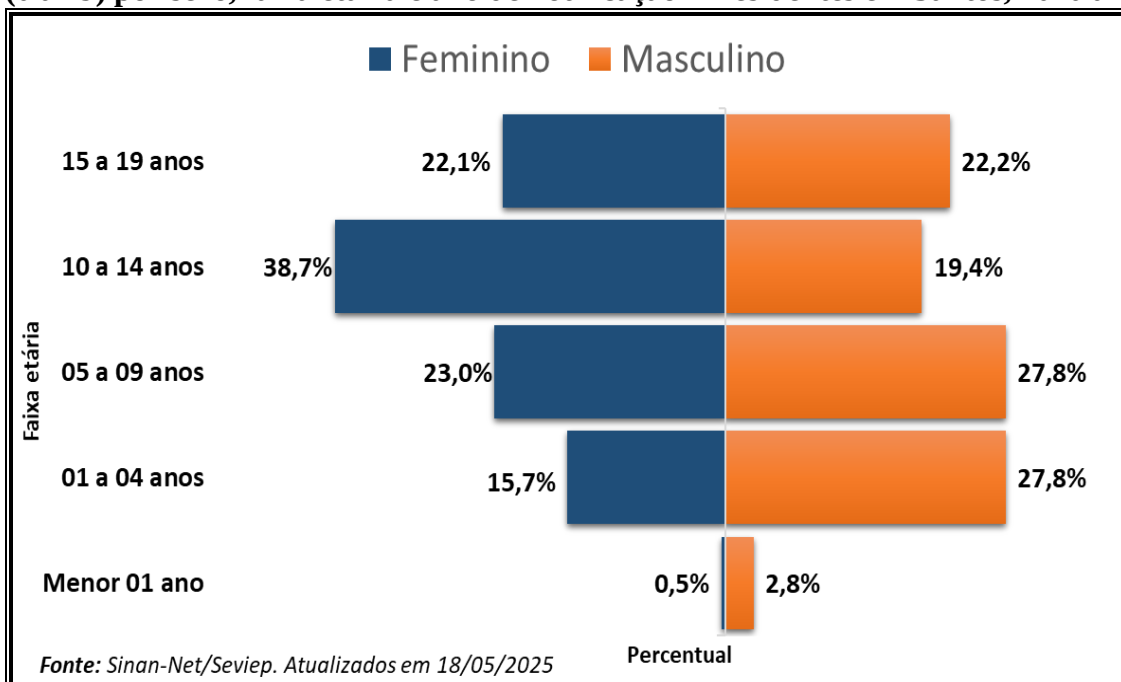
Fonte: Sinan-Net/ SEVIEP. Atualizados em 25/05/2025 *Nota: Dados provisórios, sujeitos a alterações.*

Figura 4 - Percentual de notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes (0 a 19 anos; nº 271) por sexo e ano de notificação - Residentes em Santos, 2020 a 2024



Fonte: Sinan-Net/ SEVIEP. Atualizados em 25/05/2025 *Nota: Dados provisórios, sujeitos a alterações.*

Figura 5 - Percentual de notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes (0 a 19) por sexo, faixa etária e ano de notificação – Residentes em Santos, 2020 a 2024



Fonte: Sinan-Net/ SEVIEP. Atualizados em 25/05/2025 **Nota:** Dados provisórios, sujeitos a alterações.

Figura 6 - Percentual de notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes (0 a 19) segundo raça/cor e ano de notificação - Residentes em Santos, 2020 a 2024

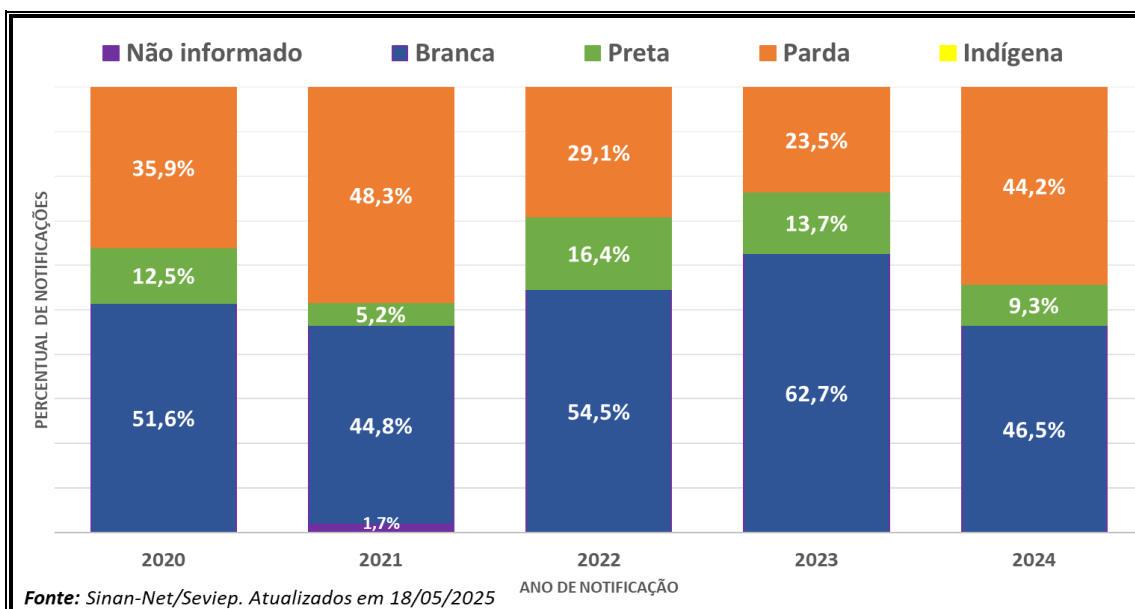
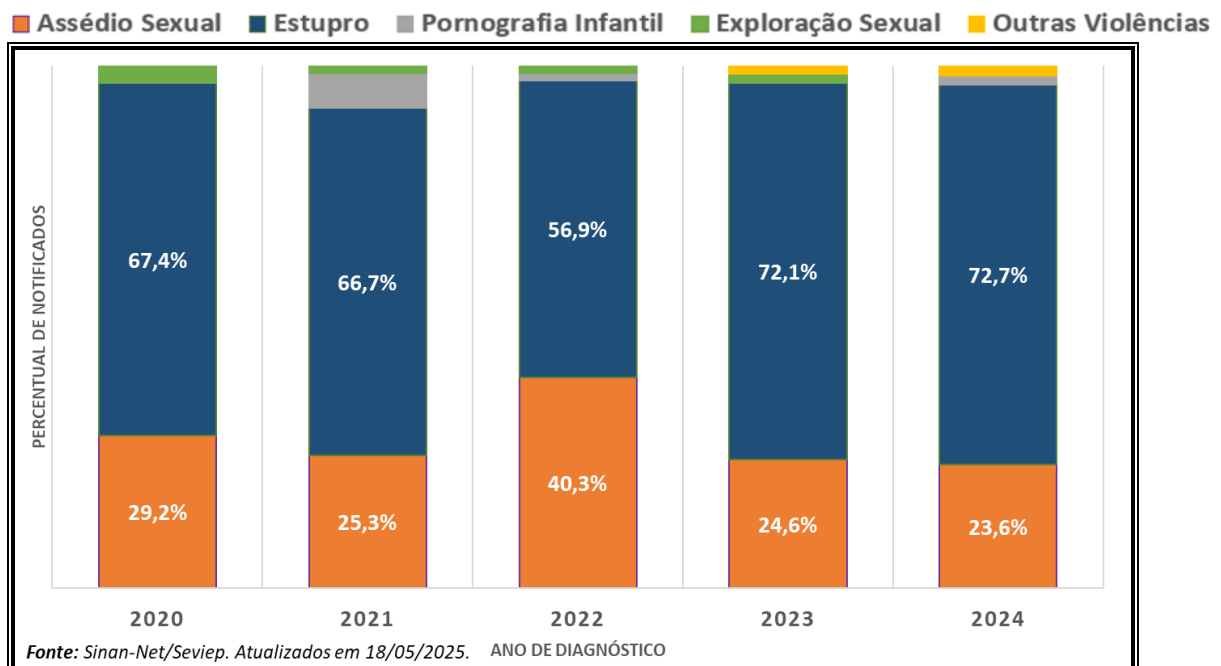


Figura 7- Percentual de notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes (0 a 19) por tipo de violência e ano de notificação - Residentes em Santos, 2020 a 2024



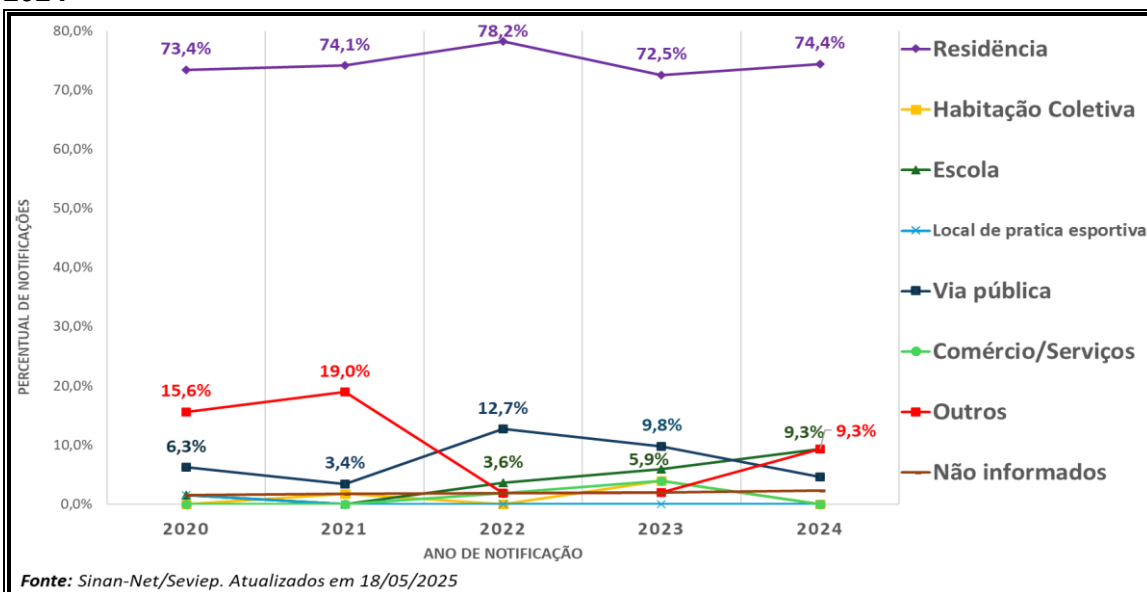
Fonte: Sinan-Net/ SEVIEP. Atualizados em 25/05/2025 Nota: Dados provisórios, sujeitos a alterações.

Figura 8 - Percentual de notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes (0 a 19), segundo vínculo com provável agressor e ano de notificação. Residentes em Santos, 2020 a 2024

Vínculo com Provável Agressor <i>Fonte: Sinan-Net/Seviep.</i>	2020		2021		2022		2023		2024	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pai	13	19,4	12	20,7	7	12,5	7	13,7	8	18,6
Mãe	4	6,0	1	1,7	2	3,6	0	0,0	0	0,0
Padrasto	8	11,9	9	15,5	7	12,5	4	7,8	7	16,3
Madrasta	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,0	0	0,0
Conjuge	1	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ex-Conjuge	1	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Namorado(a)	0	0,0	1	1,7	0	0,0	2	3,9	1	2,3
Ex-Namorado(a)	1	1,5	0	0,0	1	1,8	1	2,0	0	0,0
Irmão(a)	4	6,0	1	1,7	3	5,4	3	5,9	0	0,0
Amigos/Conhecidos	15	22,4	11	19,0	12	21,4	11	21,6	15	34,9
Desconhecido(a)	5	7,5	4	6,9	4	7,1	10	19,6	4	9,3
Cuidador(a)	0	0,0	2	3,4	1	1,8	0	0,0	0	0,0
Patrão/Chefe	1	1,5	0	0,0	0	0,0	1	2,0	0	0,0
Pessoa com Relação Institucional	1	1,5	0	0,0	1	1,8	0	0,0	1	2,3
Outros Vínculos*	13	19,4	15	25,9	18	32,1	10	19,6	6	14,0
Não informado	0	0,0	2	3,4	0	0,0	1	2,0	1	2,3
Total	67	100,0	58	100,0	56	100,0	51	100,0	43	100,0

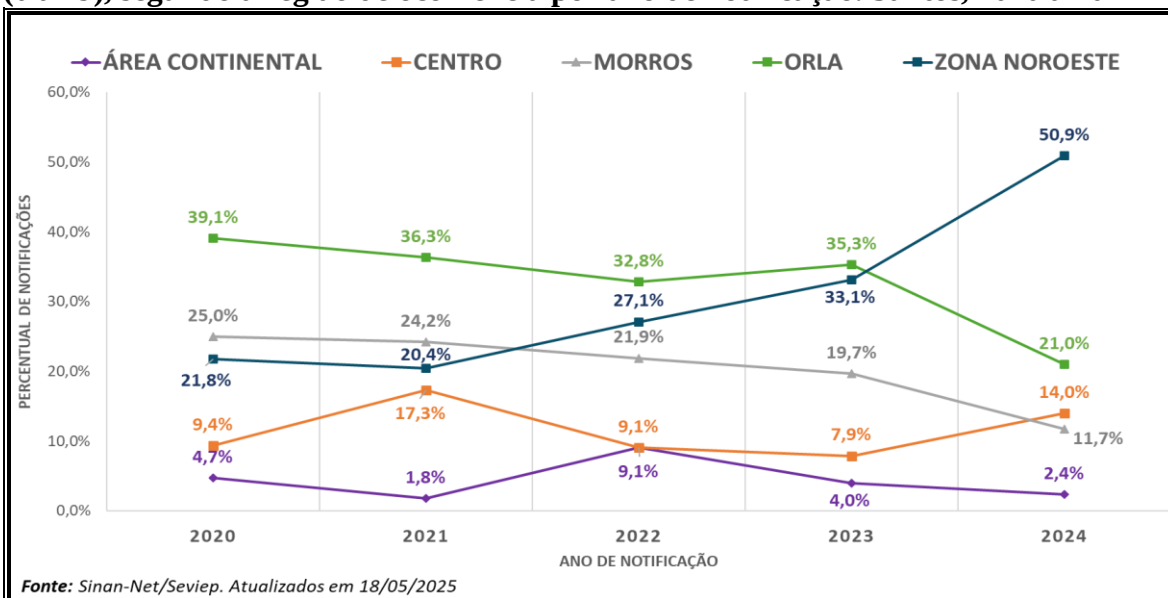
Fonte: Sinan-Net/ SEVIEP. Atualizados em 25/05/2025 Nota: Dados provisórios, sujeitos a alterações. Variáveis com possibilidade de múltipla escolha. *Outros vínculos: tio (a), primo (a), genro, sobrinho (a), avô (a), neto (a), vizinho (a), professor, entre outros.

Figura 9 - Percentual de notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes (0 a 19) segundo local de ocorrência e ano de notificação - Residentes em Santos, 2020 a 2024



Fonte: Sinan-Net/ SEVIEP. Atualizados em 25/05/2025 **Nota:** Dados provisórios, sujeitos a alterações. Outros locais - praia, matagal, canal, casa abandonada, estacionamento, beira mar, terreno, entre outros.

Figura 10- Percentual de notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes (0 a 19), segundo a região de ocorrência por ano de notificação. Santos, 2020 a 2024



Fonte: Sinan-Net/ SEVIEP. Atualizados em 25/05/2025 **Nota:** Dados provisórios, sujeitos a alteração

Chama a atenção o aumento nos casos de violência sexual que envolvem crianças e adolescentes. Ressaltamos a importância de campanhas de conscientização e investimentos em programas de prevenção e **educação integral em sexualidade** nas escolas e para toda a sociedade. A conscientização é a melhor ferramenta para enfrentar esse fenômeno.

Canais de Denúncia:

Se você suspeita ou tem conhecimento de algum caso de violência sexual contra crianças ou adolescentes, denuncie:

- **Disque 100:** Canal nacional de denúncias de violações de direitos humanos, disponível 24 horas por dia.
- **Delegacias Especializadas:** Procure a delegacia de polícia mais próxima ou especializada em atendimento à criança e ao adolescente.
- **Conselhos Tutelares:** Órgãos responsáveis por zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente em cada município.

TRABALHO INFANTIL

O trabalho infantil refere-se às atividades econômicas e/ou atividades de sobrevivência, remuneradas ou não, com ou sem finalidade de lucro, realizadas por crianças ou adolescentes com menos de 16 anos, independentemente da sua condição ocupacional, com exceção da condição de aprendiz, regulamentado pelo Decreto nº 9.579, de 22 de novembro de 2018, e é permitido a partir dos 14 anos.

A gravidade e a complexidade da realidade das crianças e adolescentes em situação de trabalho no Brasil vêm mobilizando diversos setores e instituições governamentais e não-governamentais na luta pela defesa dos direitos deste grupo populacional.

O trabalho infantil afeta o desenvolvimento emocional, cognitivo e físico, bem como expõe crianças e adolescentes em desenvolvimento a condições precárias, locais perigosos e insalubres, prejudicando o desenvolvimento saudável dos jovens.

Em 2022, o Brasil tinha 1,9 milhão de crianças e adolescentes com 5 a 17 anos de idade (ou 4,9% desse grupo etário) em situação de trabalho infantil. Esse contingente havia caído de 2,1 milhões (ou 5,2%) em 2016 para 1,8 milhão (ou 4,5%) em 2019, mas cresceu em 2022. Considera-se, no entanto, que os dados referentes ao trabalho de crianças e adolescentes são parciais e subnotificados, dificultando o conhecimento dessa realidade. Muitas ocupações exercidas por esses grupos não são consideradas como trabalho e não são contabilizadas nas estatísticas por serem consideradas como “ajuda” quando realizadas por crianças e adolescentes.

No município de Santos a Comissão Municipal de Erradicação do Trabalho Infantil – CM Peti, através de entidades governamentais e não governamentais, atua para o enfrentamento deste fenômeno, no sentido da proposição de estratégias de identificação e afastamento das crianças ao trabalho precoce, através de políticas públicas que assegurem os meios de acesso ao lazer, ao aprendizado de qualidade, bem como a divulgação do combate ao trabalho infantil através da sensibilização, mobilização e convocação da sociedade em defesa dos direitos de crianças e adolescentes.

O município conta também com o Serviço Especializado de Abordagem Social que é ofertado de forma continuada e programada, com a finalidade de assegurar trabalho social de abordagem e busca ativa que identifique, nos territórios, a incidência de trabalho infantil, exploração sexual de crianças e adolescentes, situação de rua, dentre outras. O

trabalho é realizado na perspectiva de construção de vínculo e da oferta de escuta qualificada, com encaminhamentos para a rede de atendimento conforme cada situação.

No que tange à área da Saúde, o Ministério da Saúde, por meio da Área Técnica de Saúde do Trabalhador (Cosat), elaborou e vem implantando uma Política Nacional de Saúde para Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção do Trabalhador Adolescente. Como desdobramento dessa Política, podemos destacar a elegibilidade de crianças e adolescentes acidentados no trabalho como evento passível de Notificação Compulsória, segundo a Portaria MS/GM nº 777, de 28 de abril de 2004.

Vale destacar que quando uma situação de trabalho infantil é identificado em um serviço de saúde deve imediatamente ser notificado à Vigilância Epidemiológica do município e comunicado ao Conselho Tutelar para que sejam adotados os encaminhamentos necessários e ações intersetoriais que garantam os direitos e a proteção de crianças e adolescentes.

Dados epidemiológicos- Residentes em Santos

Tabela 1 - Notificações de trabalho infantil (número absoluto e percentual), segundo o município de residência - 2020 a 2024

Município/Residência	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Barueri	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,8
Caçapava	0	0,0	3	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Capão Bonito	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4
Cubatão	0	0,0	1	0,6	0	0,0	1	0,4	0	0,0
Franco da Rocha	0	0,0	1	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Guarujá	0	0,0	18	10,2	1	1,7	9	3,6	11	4,2
Guarulhos	0	0,0	0	0,0	2	3,4	0	0,0	0	0,0
Indaiatuba	0	0,0	0	0,0	2	3,4	0	0,0	0	0,0
Itanhaém	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4
Itapecerica da Serra	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4
Mongaguá	0	0,0	2	1,1	0	0,0	1	0,4	4	1,5
Peruíbe	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4
Pindamonhangaba	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	2	0,8
Praia Grande	0	0,0	2	1,1	0	0,0	2	0,8	0	0,0
Santo André	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	0	0,0
Santos	8	57,1	76	43,2	14	23,7	50	20,1	51	19,5
São Caetano do Sul	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	0	0,0
São Paulo	0	0,0	5	2,8	1	1,7	15	6,0	3	1,1
São Vicente	6	42,9	63	35,8	39	66,1	157	63,1	159	60,7
Taubaté	0	0,0	4	2,3	0	0,0	2	0,8	5	1,9
Tremembé	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	1,1
Fortaleza- CE	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4
Vitória da Conquista- BA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,8
Belo Horizonte- MG	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	2,3

Contagem- MG	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,8
Ibiraci- MG	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	1,2	1	0,4
Pouso Alegre- MG	0	0,0	1	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Outros municípios e Países	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	2,4	6	2,3
Total	14	100,0	176	100,0	59	100,0	249	100,0	262	100,0

Fonte: Sinan-Net/Seviep. Dados provisórios, sujeitos a alterações, maio de 2025.

Importante destacar a alta porcentagem de crianças/adolescentes residentes em **São Vicente** em situação de trabalho infantil identificadas em Santos, como também de outras cidades do interior de São Paulo, estados e até mesmo de outros países.

É importante esclarecer que as notificações são registradas em bancos de dados específicos e transferidas para o município de residência, o qual ficará responsável pela investigação epidemiológica e pelo acompanhamento do caso.

Tabela 2 - Notificações de trabalho infantil (número absoluto e percentual), por sexo e ano. Santos, 2020 a 2024

SEXO	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Masculino	7	87,5	66	86,8	12	72,0	36	72,0	40	78,4
Feminino	1	12,5	10	13,2	2	28,0	14	28,0	11	21,6
Total	8	100,0	76	100,0	14	100,0	50	100	51	100,0

Fonte: Sinan-Net/Seviep. Dados provisórios, sujeitos a alterações, maio de 2025.

O sexo masculino representa cerca de 79,4% do total, o que mostra que essa é uma realidade mais comum entre os meninos, alinhando-se à tendência nacional. O aumento nas notificações de 8 em 2020 para 51 em 2024 está relacionado à parceria entre os serviços envolvidos.

Tabela 3 - Notificações de trabalho infantil (número absoluto e coef. por 100 mil hab), por faixa etária. Santos, 2020 a 2024

Faixa Etária	2020	Coef.	2021	Coef.	2022	Coef.	2023	Coef.	2024	Coef.
Menor 1 ano	0	0,0	1	25,8	3	80,2	1	53,6	2	53,6
1 a 4 anos	0	0,0	3	17,3	1	7,3	8	72,9	10	72,9
5 a 9 anos	1	4,4	11	48,5	0	0,0	6	33,3	7	33,3
10 a 14 anos	3	12,7	32	137,0	7	32,0	20	59,4	13	59,4
15 a 19 anos	4	16,7	29	123,2	3	13,1	15	82,7	19	82,7
Total	8	1,8	76	17,5	14	3,3	50	11,9	51	12,2

Fonte: Sinan-Net/Seviep. Dados provisórios, sujeitos a alterações, maio de 2025.

Na tabela 3 observamos registros de trabalho infantil entre crianças de 1 até 9 anos. Importante salientar que os casos de crianças identificadas em situação de trabalho infantil à

partir do Serviço Especializado de Abordagem Social incluem também aquelas que acompanham adultos (em geral genitores, outro familiar, ou pessoa responsável) que estão em atividades de comercialização de produtos ou solicitação de dinheiro.

Mesmo que não desempenhem diretamente essas atividades a presença das crianças nesses contextos é caracterizada como situação de trabalho infantil ou de risco, conforme os critérios de proteção integral a crianças e adolescentes.

Tabela 4 - Notificações de trabalho infantil (número absoluto e percentual), por raça/cor, Santos, 2020 a 2024.

RAÇA/COR	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Branca	2	25,0	20	26,3	5	35,7	16	32,0	14	27,5
Preta	2	25,0	11	14,5	1	7,1	5	10,0	8	15,7
Amarela	0	0,0	1	1,3	0	0,0	0	0,0	2	3,9
Parda	4	50,0	44	57,9	6	42,9	24	48,0	27	52,9
Sem informação	0	0,0	0	0,0	2	14,3	5	10,0	0	0,0
Total	8	100,0	76	100,0	14	100,0	50	100,0	51	100,0

Fonte: Sinan-Net/Seviep. Dados provisórios, sujeitos a alterações, maio de 2025.

Os principais tipos de trabalho infantil e identificados em Santos se concentram em atividades relacionadas a comércio ambulante, malabares, guardador de carros, limpeza de pneus de caminhões. Essas atividades apresentam muita vulnerabilidade, pois crianças e adolescentes podem estar expostos a riscos.

O telefone 153 é o canal da Guarda Civil Municipal voltado a receber comunicações de ocorrências no Município de Santos. No caso de situações de trabalho infantil comunicadas por meio desse canal, a central de atendimento repassa as informações ao Serviço Especializado de Abordagem Social para que este atue dentro do seu escopo de trabalho, por meio da identificação da situação, construção de vínculo, oferta de escuta qualificada e encaminhamento para rede de serviços. Outro canal de denúncia é o Disque 100 e acessar o site do Ministério Público do Trabalho (MPT).

LEPTOSPIROSE

A leptospirose é uma doença infecciosa febril aguda que resulta da exposição direta ou indireta a urina de animais (principalmente ratos) infectados pela bactéria leptospira. Sua penetração ocorre através da pele com lesões, pele íntegra imersa por longos períodos em água contaminada ou através de mucosas.

É uma doença de notificação compulsória no Brasil desde 1993, onde doença apresenta uma letalidade média de 9% e o sexo masculino, entre 20 e 49 anos, é o grupo mais atingido, embora não haja uma predisposição de gênero ou idade para contrair a infecção. A maioria dos casos ocorre em áreas urbanas e domiciliares com o maior número de casos nas regiões Sul e Sudeste.

A doença apresenta elevada incidência em determinadas áreas além do risco de letalidade, que pode chegar a 40% nos casos mais graves. Sua ocorrência está relacionada às condições precárias de infraestrutura sanitária e alta infestação de roedores infectados.

No Brasil, no período de 2020 a 2024 foram notificados 11.896 casos de leptospirose, com letalidade de 10,15 %. No Estado de São Paulo, neste período foram notificados 1.855 casos com índice de letalidade de 15,14%.

No Município de Santos no período de 2020 a 2024, foram confirmados 39 casos, com índice de letalidade de 19,85%

Notamos uma subnotificação em nosso município, provavelmente por dificuldade no diagnóstico dos casos leves cujos sintomas se confundem com outras doenças endêmicas (dengue e chikungunya, por exemplo), sendo notificados somente casos moderados e graves.

NÚMERO DE CASOS SUSPEITOS NOTIFICADOS DE LEPTOSPIROSE, RESIDENTES EM SANTOS E EM OUTROS MUNICÍPIOS– 2020 A 2024

Leptospirose	2020	2021	2022	2023	2024
Residentes em Santos	37	33	34	102	68
Outros Municípios	30	38	46	83	76
Total de Notificados	67	71	80	185	144

Fonte: SINAN-NET, Maio 2025. Dados provisórios, sujeitos a alterações

NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS DE LEPTOSPIROSE – RESIDENTES EM SANTOS SEGUNDO CLASSIFICAÇÃO FINAL– 2020 A 2024

Classificação Final	2020	2021	2022	2023	2024
Confirmados	5	5	7	17	5
Descartados	32	28	27	85	63
Total de Notificados	37	33	34	102	68

Fonte: SINAN-NET, Maio 2025. Dados provisórios, sujeitos a alterações

NÚMERO TOTAL DE NOTIFICAÇÕES SUSPEITAS DE LEPTOSPIROSE SEGUNDO O MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 2020 A 2024

Mun Resid SP	2020	2021	2022	2023	2024
Bertioga	0	4	1	5	2
Campo Grande	0	0	0	0	1
Cajati	0	0	1	0	0
Cubatão	3	7	2	4	4
Guarujá	2	1	5	16	11
Itanhaém	1	3	2	2	6
Itapecerica da Serra	0	1	0	0	0
Jundiaí	0	0	0	1	1
Miracatu	0	0	0	0	0
Mongaguá	0	1	4	3	2
Osasco	0	0	0	0	1
Peruíbe	0	0	2	2	4
Pirajui	0	0	0	0	1
Praia Grande	3	6	2	14	21
Presidente Prudente	0	0	0	1	0
Ribeirão Preto	0	0	1	0	0
Santos	37	33	34	102	68
São Bernardo do Campo	0	0	0	0	1
São José do Rio Preto	0	0	0	0	1
São Paulo	1	1	0	1	0
São Vicente	20	14	24	34	20
Salvador	0	0	1	0	0

Belo Horizonte	0	0	0	0	0
Outros países	0	0	2	0	0
TOTAL	67	71	80	185	144

Fonte: SINAN-NET, Maio 2025. Dados provisórios, sujeitos a alterações.

CASOS CONFIRMADOS DE LEPTOSPIROSE - RESIDENTES EM SANTOS - POR REGIÃO DE RESIDÊNCIA, ANO DO INÍCIO DOS SINTOMAS E COEF.INCID. (POR 100.000 HAB) - 2020 A 2024

REGIÃO	2020		2021		2022		2023		2024	
	Nº	Coef.*	Nº	Coef.*	Nº	Coef.*	Nº	Coef.*	Nº	Coef.
Área continental	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Centro	0	0,00	1	3,12	1	3,58	1	3,58	1	3,58
Morros	1	1,48	4	5,90	2	2,74	4	5,47	2	2,74
Orla	2	0,82	0	0,00	0	0,00	6	2,45	2	0,82
Z.Noroeste	2	2,77	0	2,8	4	5,77	4	5,77	0	0,00
Outros e / ou Não classificados	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,00	0	0,00
SANTOS	5	1,19	5	1,19	7	1,67	17	4,06	5	1,19

Fonte: SINANNET, Maio 2025. Dados provisórios, sujeitos a alterações.

Nota: Para comparação entre locais, nunca usar números absolutos, e sim o coeficiente de incidência, pois este indica a proporção à população de cada município, ou bairros, ou faixa etária. (*)distribuição bairro/região- dados do último censo, por não ter outro dado oficial.

CASOS CONFIRMADOS DE LEPTOSPIROSE - RESIDENTES EM SANTOS - POR FAIXA ETÁRIA, ANO DO INÍCIO DOS SINTOMAS E COEF.INCID. (POR 100.000 HAB) - 2020 A 2024

FAIXA ETÁRIA	2020		2021		2022		2023		2024	
	Nº	Coef.	Nº	Coef.*	Nº	Coef.	Nº	Coef.	Nº	Coef.
Menor 1 ano	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
1 a 4 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
5 a 9 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
10 a 14 anos	0	0,00	1	4,28	0	0,00	0	0,00	1	4,57
15 a 19 anos	1	4,19	1	4,25	0	0,00	1	4,35	0	0,00
20 a 29 anos	0	0,00	0	0,00	1	1,98	2	3,97	0	0,00
30 a 39 anos	0	0,00	1	1,59	3	5,17	4	6,89	1	1,72
40 a 49 anos	1	1,61	1	1,59	3	4,72	6	9,44	0	0,00
50 a 59 anos	2	3,42	0	0,00	0	0,00	1	1,75	1	1,75
60 a 69 anos	1	1,95	1	1,91	0	0,00	2	3,85	2	3,85
70 a 79 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	2,96	0	0,00
80 anos e mais	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
SANTOS	5	1,15	5	1,15	7	1,67	17	4,06	5	1,19

Fonte: SINAN-NET, Maio 2025. Dados provisórios, sujeitos a alterações.

Nota: Para comparação entre locais, nunca usar números absolutos, e sim o coeficiente de incidência, pois este indica a proporção à população de cada município ou bairros ou faixa etária.

CASOS CONFIRMADOS DE LEPTOSPIROSE - RESIDENTES EM SANTOS - POR SEXO E ANO DO INÍCIO DOS SINTOMAS - 2020 A 2024

ANO	SEXO				TOTAL	
	FEM		MASC			
	No.	%	No.	%	No.	%
2020	0	0%	5	100%	5	100%
2021	1	20%	4	80%	5	100%
2022	1	14,28%	6	85,71%	7	100%
2023	4	23,52%	13	76,47%	17	100%
2024	0	0%	5	100%	5	100%

Fonte: SINAN-NET, Maio 2025. Dados provisórios, sujeitos a alterações

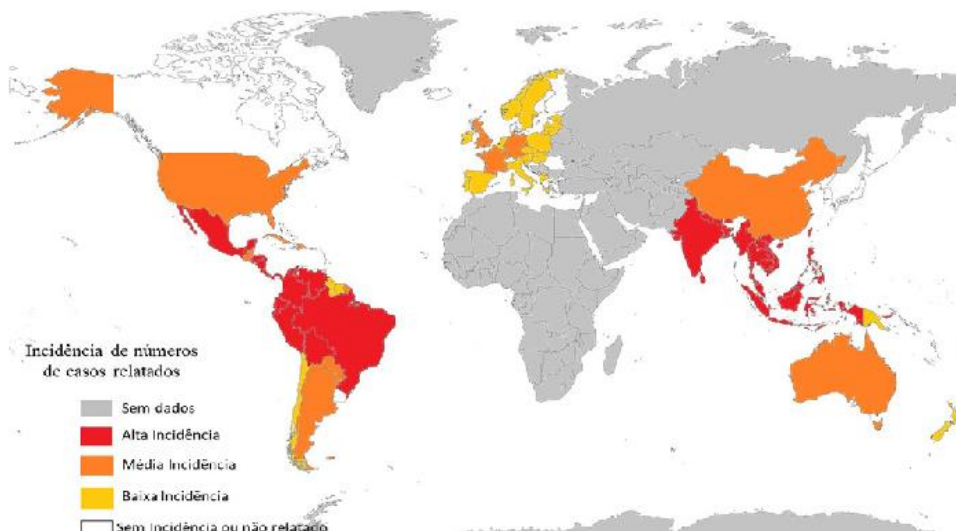
NÚMERO DE ÓBITOS E TAXA LETALIDADE (%) POR LEPTOSPIROSE NOS ANOS DE 2020 A 2024

Local	2020		2021		2022		2023		2024	
	Nº	Letalidade	Nº	Letalidade	Nº	Letalidade	Nº	Letalidade	Nº	Letalidade
Brasil	193	10,82%	179	10,13%	321	10,02%	280	8,39%	200	11,04%
SP	54	16,56%	45	15,00%	65	12,97%	74	13,93%	34	17,25%
Santos	1	20,00%	1	20,00%	1	14,28%	4	25,00%	1	20%

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Datasus tabnet- Maio 2025. Dados provisórios, sujeitos a alterações

ARBOVIROSES

As arboviroses são um problema de saúde pública no mundo, principalmente pelo potencial de dispersão, pela capacidade de adaptação a novos ambientes/hospedeiros e pela possibilidade de provocar extensas epidemias (PINHO, 2022).



Fonte: Adaptado de World Health Organization, 2017. Mapa demonstrando países afetados pela dengue. Número de casos de dengue reportados em 2017 segundo a Organização mundial de Saúde (WHO).

Em todo o País, e no Estado de São Paulo (ESP), o cenário epidemiológico das arboviroses se caracteriza pela ampla distribuição do *Aedes aegypti*, presente na totalidade de suas regiões, e pela circulação simultânea dos vírus dengue (DENV1/DENV2/DENV3/DENV4), chikungunya (CHIKV) e Zika (ZIKV), cuja complexa dinâmica de dispersão aponta para a alta vulnerabilidade do estado na ocorrência de transmissões em nível epidêmico, por quaisquer um dos três arbovírus.

Apesar de todos os esforços, o cenário descrito tem provocado epidemias de arboviroses nas mais diversas regiões do Estado, ocasionando, muitas vezes, o colapso do sistema de saúde loco-regional, em função do aumento do número atendimentos nos serviços de saúde, aumentando, assim, o risco de ocorrência de óbitos.

Segundo Pinho (2022), o município de Santos vem enfrentando epidemias de arboviroses, especialmente de dengue, com aumento expressivo de número de casos, com prevalência de óbitos e formas graves da doença.

Com significativas implicações à saúde pública em escala nacional, estadual e municipal, as arboviroses urbanas se apresentam como um desafio contínuo. O presente boletim descreve um panorama geral das principais arboviroses prevalentes no município de Santos. As notificações são registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN Online) para dengue e chikungunya e no SINAN Net para zika vírus.

1 - CHIKUNGUNYA

A chikungunya é uma arbovirose causada pelo vírus chikungunya (CHIKV), da família Togaviridae e do gênero Alphavirus. A viremia persiste por até dez dias após o surgimento das manifestações clínicas. A transmissão se dá através da picada de fêmeas dos mosquitos *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* infectadas pelo CHIKV. Casos de transmissão vertical podem ocorrer quase que exclusivamente no intraparto de gestantes virêmicas e, muitas vezes, provoca infecção neonatal grave. Pode ocorrer transmissão por via transfusional, todavia é rara se os protocolos forem observados.

A infecção por CHIKV produz uma síndrome febril de início súbito e debilitante que, em virtude da intensidade dos sintomas articulares, deram origem ao nome Chikungunya, que, no idioma africano Makonde, significa “andar curvado”. A principal manifestação clínica que a difere das demais arboviroses são as fortes dores nas articulações, que muitas vezes podem estar acompanhadas de edema.

A chikungunya tem caráter epidêmico com elevada taxa de morbidade associada à artralgia persistente, tendo como consequência a redução da produtividade e da qualidade de vida.

No Brasil, os primeiros estados a registrarem casos da doença foram Amapá e Bahia, confirmando os casos por critério laboratorial no segundo semestre de 2014.

No cenário atual, todos os estados já notificaram casos da doença. A chikungunya pode apresentar-se de forma atípica e/ou grave, podendo evoluir em três fases: febril ou aguda, pós-aguda e crônica.

No ano de 2021, o município de Santos vivenciou uma epidemia de chikungunya e dengue simultaneamente à PANDEMIA de COVID-19. A rede de assistência precisou se organizar para atender as demandas de arboviroses e respiratória.

Segundo dados do Ministério da Saúde, no ano de 2023 ocorreu importante dispersão territorial do vírus no Brasil, principalmente para estados da Região Sudeste. Anteriormente, as maiores incidências de chikungunya observadas no Brasil concentravam-se na região nordeste. As principais características clínicas da infecção por chikungunya são edema e dor articular incapacitante. Também podem ocorrer manifestações extra articulares. Os casos graves de chikungunya podem demandar internação hospitalar e evoluir para óbito.

Tabela 1 - Casos confirmados de chikungunya, residentes em Santos, por região de residência e coeficiente de incidência (por 100.000 hab) – 2020 a 2024.

BAIRROS	2020		2021		2022		2023		2024	
	Nº	Coef.*	Nº	Coef.*	Nº	Coef.*	Nº	Coef.*	Nº	Coef.*
ÁREA CONTINENTAL	2	70,35	19	668,31	2	54,17	0	0	1	27,9
CENTRO	43	134,17	847	2642,75	54	189,54	9	32,19	16	57,22
MORROS	36	53,13	1189	1754,85	67	91,63	7	9,57	49	67,01
ORLA	58	23,78	3150	1291,52	161	65,43	23	9,41	62	25,25
Z. NOROESTE	11	15,21	2210	3043,75	44	63,5	11	15,88	31	44,74
SANTOS	150	35,77	7415	1765,86	328	78,35	50	11,94	159	37,98

Fonte: SINAN On-line/ Seviep, junho de 2025. **Nota:** Dados provisórios, sujeitos a alterações; população retirada do CENSO IBGE 2010/2022; para comparação entre locais e faixa etária nunca usar números absolutos, e sim o coeficiente de incidência, pois este indica a proporção à população de cada município, ou bairros, ou faixa etária.

De acordo com a série histórica de 2020 a 2024, o município de Santos teve índices maiores de casos confirmados de chikungunya na região da Zona Noroeste no ano de 2021 (3043,75 casos/100 mil habitantes) – ano epidêmico para a doença. No ano de 2022, destacou-se a região do Centro com coeficiente de 189,54 casos/100 mil habitantes. A região da Orla, apesar de apresentar maior número de casos, mantém incidências menores nos últimos cinco anos.

Percebe-se ainda que, nos anos de 2022 e 2023, houve um declínio na incidência de casos de chikungunya (respectivamente, 78,35 casos/100 mil habitantes e 11,94 casos/100 mil habitantes), comparado ao ano de 2021.

Já no ano de 2024, houve um aumento do número de casos de chikungunya, com coeficiente de 37,98 casos/100 mil habitantes, mais expressivamente na região dos Morros, com coeficiente de 67,01 casos/100 mil habitantes.

Tabela 2 - Casos confirmados de chikungunya, residentes em Santos, por faixa etária, ano do início dos sintomas e coeficiente de incidência (por 100.000 hab) – 2020 a 2024.

FAIXA ETÁRIA	2020		2021		2022		2023		2024	
	Nº	Coef.*	Nº	Coef.*	Nº	Coef.*	Nº	Coef.*	Nº	Coef.*
Menor 1 ano	1	24,5	23	592,3	3	80,2	3	80,4	5	133,94
1 a 4 anos	2	11,5	67	386,2	12	87,5	9	65,6	34	247,83
5 a 9 anos	5	22	214	943,4	13	61,8	4	19	22	104,54
10 a 14 anos	7	29,6	276	1181,8	16	73,1	10	45,7	17	77,72
15 a 19 anos	6	25,1	347	1474,5	20	87	3	13,06	11	47,87
20 a 29 anos	11	21,2	949	1857	60	119	1	2	15	29,75
30 a 39 anos	29	45,4	1106	1761,5	63	108,6	6	10,3	10	17,23
40 a 49 anos	24	38,6	1362	2153,9	58	91,3	5	7,9	11	17,31
50 a 59 anos	31	53	1318	2248,2	46	80,4	6	10,5	18	31,46
60 a 69 anos	21	40,8	1000	1908,4	26	50	2	3,8	12	23,07
70 a 79 anos	10	30,8	553	1646,2	9	26,6	1	3	3	8,87
80 anos e mais	3	14	198	904,1	2	9,9	-	-	1	4,94
Ignorados	-	0	2	-	-	-	-	-	-	-
SANTOS	150	34,6	7415	1705,3	328	78,3	50	12,2	159	37,98

Fonte: SINAN On-line/ Seviep, junho de 2025. **Nota:** Dados provisórios, sujeitos a alterações; população estimativa IBGE 2019 a 2021. Censo 2022 – IBGE – 2022 e 2023; para comparação entre locais e faixa etária nunca usar números absolutos, e sim o coeficiente de incidência, pois este indica a proporção à população de cada município, ou bairros, ou faixa etária.

Analisando a tabela de casos confirmados de chikungunya por faixa etária, o ano de 2021 foi disparado o ano de maior incidência, com os maiores números absolutos e coeficientes de incidência em praticamente todas as faixas etárias.

No ano de 2023, houve maior incidência de casos nas crianças, com predomínio em menores de 1 ano (80,4 casos/100.000 habitantes), seguido das crianças de 1 a 4 anos (65,6 casos/100.000 habitantes), bem como as crianças de 10 a 14 anos (45,7 casos/100.000 habitantes), população suscetível à doença. Em 2021, o município apresentou maiores incidências, especialmente na faixa etária de 50 a 59 anos (2248,2 casos/100.000 habitantes), seguida pela faixa de 40 a 49 anos (2153,9 casos/100.000 habitantes), evidenciando acometimento principalmente na população economicamente ativa.

Em 2024, predominou a faixa etária de 1 a 4 anos (247,83 casos/100.000 habitantes), seguido de menores de um ano com coeficiente de 133,94 casos/100.000 habitantes, em terceiro lugar a faixa etária de 5 a 9 anos com 104,54 casos/100.000 habitantes, demonstrando a suscetibilidade nas crianças.

Nos últimos 5 anos, as mulheres foram mais acometidas por chikungunya como mostra a figura a seguir:

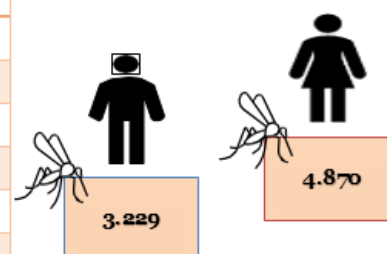
Figura 01 – Casos positivos de chikungunya, por sexo e ano. Santos - 2020 a 2024.

CHIKUNGUNYA

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA RESIDENTES DE 2020 ATÉ 2024



Ano início dos sintomas	Masculino	Feminino	Total
2020	60	90	150
2021	2949	4464	7413
2022	135	192	327
2023	21	29	50
2024	64	95	159
TOTAL	3229	4870	8099



Fonte: SINAN On-line/ Seviep, junho de 2025. **Nota:** Dados provisórios, sujeitos a alterações. Produzido por CIEVS/SANTOS (2025).

No caso da infecção pelo vírus CHIKV, as manifestações de características mais crônicas da doença se apresentam de maneira mais frequente nas mulheres.

Tabela 3 - Casos confirmados de chikungunya, residentes em Santos, por sexo e ano do início dos sintomas – 2020 a 2024.

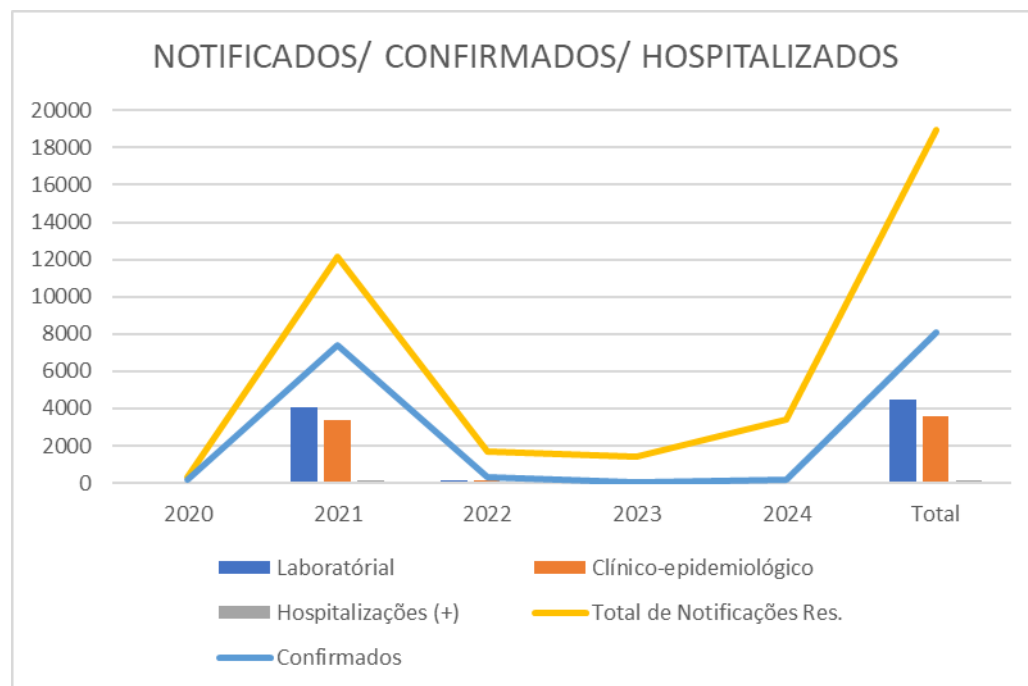
ANO	SEXO				TOTAL	
	FEM		MASC			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2020	90	60	60	40	150	100
2021	4464	60,2	2949	39,8	7413	100
2022	192	58,5	135	41,5	327	100
2023	29	58,0	21	42,0	50	100
2024	95	59,74	64	40,26	159	100
TOTAL	4870	60,13	3229	39,87	8099	100

Fonte: SINAN On-line/ Seviep, junho de 2025. **Nota:** Dados provisórios, sujeitos a alterações.

Observa-se que no município de Santos, a predominância de casos confirmados de chikungunya em mulheres é consistente em todos os anos, variando de 58% a 60,2%. Corroborando com este dado, observa-se que as mulheres (59,74%) foram mais acometidas do que os homens (40,26%) no ano de 2024. É possível que haja maior diagnóstico de casos entre as mulheres à medida em que estas tendem a procurar mais os serviços de atendimento.

Estes índices elevados na população do sexo feminino também podem estar relacionados com as atividades domésticas, pelo fato das mesmas permanecerem mais tempo em suas residências do que os homens, onde os mosquitos *Aedes aegypti* proliferam. Além de maior exposição das mulheres às áreas domésticas, há também maior procura pelos serviços de saúde pelas mulheres, resultando em mais notificações e confirmações da doença.

Figura 02 - Número total notificações e casos confirmados de chikungunya, segundo o modo de confirmação e hospitalizações. Santos - 2020 a 2024.



Ano	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Laboratorial	99	4039	154	48	159	4499
Clínico-epidemiológico	51	3376	174	2	0	3603
Hospitalizações (+)	1	112	12	2	13	140
Total de Notificações Res.	282	12137	1664	1407	3429	18919
Confirmados	150	7415	328	50	159	8102

Fonte: SINAN On-line/ Seviep, junho de 2025. **Nota:** Dados provisórios, sujeitos a alterações.

Os dados demonstram claramente que foi um ano epidêmico em 2021, seguida por uma redução significativa nos anos subsequentes, com um leve aumento em 2024.

Alguns destaques quanto à análise do gráfico com relação à confirmação por critério laboratorial:

- Maior pico em 2021 com 4.039 casos.
- Queda acentuada em 2022 (154 casos) e 2023 (48 casos).

Alguns destaques quanto à análise do gráfico com relação à confirmação por critério clínico-epidemiológico:

- Também teve o maior número em 2021 (3.376 casos).
- Diminuição do número de casos em 2022 (174 casos) e quase desaparecimento em 2023 e 2024 (2 e 0 casos, respectivamente).

Quanto ao número de hospitalizações:

- Foram relativamente baixas em todos os anos, indicando que a maioria dos casos foram de formas clínicas leves.
- Houve um pico em 2021 (112 hospitalizações), com o maior número de casos.
- Algumas internações em 2024 (13 hospitalizações), ano epidêmico de dengue, sinalizando alerta para vigilância.

Quanto ao número de notificações:

- Houve uma explosão de número de casos em 2021 (12.137 notificações).
- Redução de casos nos anos seguintes, chegando a 1.407 notificações em 2023, mas com elevação para 3.429 em 2024, sugerindo tendência de aumento.

Sobre os Casos Confirmados:

- Maior registro em 2021 (7.415 casos confirmados).
- Mínimos em 2023 (50 casos), com aumento relevante em 2024 (159 casos).

Em 2024, no município de Santos foram registradas 3.429 notificações para chikungunya, sendo confirmado 159 casos, um equivalente de 4,6% do total de notificações. Deste total de confirmados residentes em Santos, todos os 159 casos (100%) foram analisados e confirmados pelo critério laboratorial e nenhum caso por critério clínico-epidemiológico. A taxa de internação hospitalar foi de 8,1% dos casos confirmados.

No Brasil, até a SE 26 de 2024 foram notificados 233.225 casos prováveis de chikungunya no País (taxa de incidência de 114,9 casos por 100 mil habitantes). Esse número representa um aumento de 78,8% ao ser comparado com o mesmo período de 2023, quando foram notificados 130.458 casos prováveis (59,3 casos por 100 mil habitantes).

A incidência de casos prováveis de chikungunya no Brasil ultrapassou o limite máximo esperado desde as primeiras semanas epidemiológicas de 2024, considerando a série histórica, com retorno aos níveis endêmicos a partir da SE 17. Boletim Epidemiológico | Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde. Volume 55 | Nº 11 | jul. 2024.

*Consideram-se casos prováveis os casos notificados, exceto descartados.

Tabela 4 - Óbitos e letalidade* por chikungunya, residentes em Santos, por ano de diagnóstico - 2020 a 2024.

	2020		2021		2022		2023		2024	
	Nº	Letalidade	Nº	Letalidade	Nº	Letalidade	Nº	Letalidade	Nº	Letalidade
ÓBITOS	0		4		0		0		0	
TOTAL DE CASOS	150	0%	7415	0,1%	328	0%	50	0%	159	0%

Fonte: SINAN On-line/ Seviep, junho de 2025. **Nota:** Dados provisórios, sujeitos a alterações. *Letalidade refere-se ao número de óbitos dividido pelo número de casos confirmados.

Na série histórica da chikungunya em Santos, observa-se ausência de registro de óbitos em 2020. Porém, em 2021, foram registrados quatro óbitos, elevando, assim, a taxa de letalidade da doença para 0,1%. Todos os casos de óbito de chikungunya foram confirmados

por critério laboratorial. Nos anos de 2022, 2023 e 2024 não houve registro de óbito confirmado pela doença no município.

No Estado de São Paulo, de 1º de janeiro até 3 de novembro de 2024 (SE 44), foram notificados 27.593 casos de chikungunya no SINAN, residentes em 448 municípios do ESP. Do total de casos notificados em 2024, 8.424 foram confirmados e 11 foram a óbito, com uma incidência acumulada de 19 casos por 100.000 habitantes no período - Fonte: Sinan Online, atualizado em 13.11.24 (dados sujeitos a alteração).

No Brasil, até a SE 26 foram confirmados 134 óbitos por chikungunya no Brasil (taxa de letalidade de 0,06%), o que representa um aumento de 42,5% em relação ao mesmo período do ano anterior, quando foram confirmados 94 óbitos (taxa de letalidade de 0,07%). Os óbitos estão concentrados na Região Sudeste (94), no Estado de Minas Gerais (83).

Até a SE 26, havia 138 óbitos em investigação, que podem ser confirmados ou descartados. A mediana de idade dos óbitos confirmados por chikungunya foi de 73 anos, variando entre 0 e 101 anos, com predomínio do sexo masculino (55,3%). - Boletim Epidemiológico | Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde. Volume 55 | Nº 11 | nov. 2024.

2 - DENGUE

É uma doença causada por vírus RNA pertencente ao gênero Flavivírus, que possui quatro sorotipos patogênicos conhecidos: DENV1, DENV2, DENV3 e DENV4. Ocorre sobretudo nos países tropicais e subtropicais, cujas condições do meio favorecem a proliferação do mosquito *Aedes aegypti*, seu principal vetor. A fêmea do *Aedes aegypti* alimenta-se quase exclusivamente de humanos e vive em áreas urbanas.

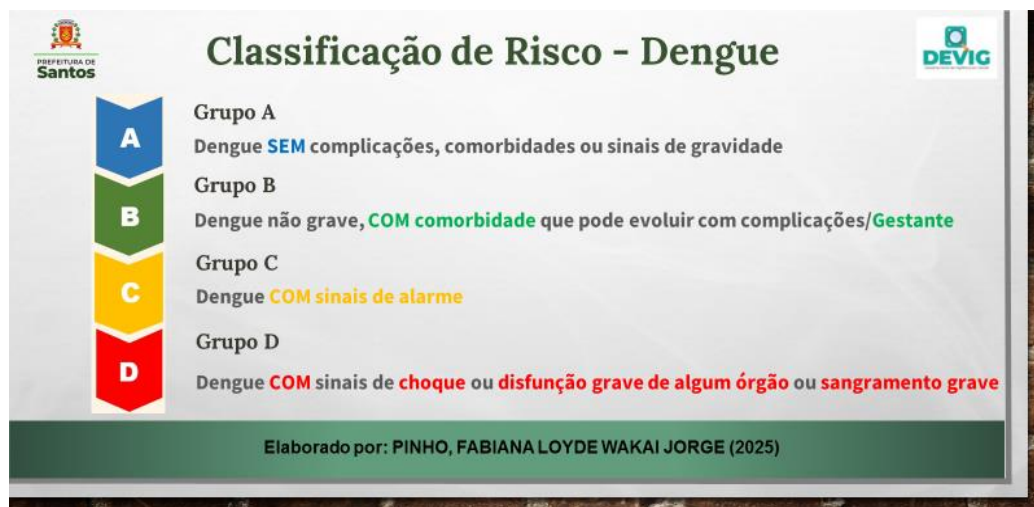
Na definição de caso de dengue, considera-se caso suspeito todo paciente que apresente doença febril aguda, com duração máxima de sete dias, acompanhada de pelo menos dois dos sinais ou sintomas como cefaléia, dor retro-orbitária, mialgia, artralgia, prostração ou exantema, associados ou não à presença de sangramentos ou hemorragias, com história epidemiológica positiva, tendo estado nos últimos 15 dias em área com transmissão de dengue ou que tenha a presença do *Aedes aegypti*.

Também pode ser considerado caso suspeito a criança proveniente ou residente em área endêmica que apresente quadro febril, sem sinais de localização da doença ou na ausência de sintomas respiratórios.

Todo caso suspeito de dengue deve ser notificado à Vigilância Epidemiológica, sendo imediata a notificação das formas graves da doença.

Sobre o estadiamento da doença, classifica-se a dengue como Grupo A, B, C e D, conforme a figura a seguir:

Figura 03 - Classificação da dengue em grupos (A, B, C e D) .



Produzido por SEVIEP/SMS/SANTOS (2025).

A classificação da dengue em grupos (A, B, C e D) é fundamental para direcionar o manejo clínico adequado de cada paciente, otimizando o tratamento e evitando as complicações. Essa categorização considera a presença de sinais de alarme, condições especiais, risco social e comorbidades, permitindo uma abordagem personalizada e mais eficaz no combate à dengue.

Os anos de 2023 e 2024 foram marcados por anomalias nos padrões de temperatura e chuvas, decorrentes dos impactos do fenômeno climático El Niño. Como consequência, diversos países, especialmente das Américas, tiveram aumento no número de casos suspeitos de dengue.

Até abril de 2024, a Organização Mundial da Saúde (OMS) registrou mais de 7,6 milhões de casos suspeitos de dengue em todo o mundo, com mais de 3 mil óbitos - Boletim Epidemiológico | Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde. Volume 55 | Nº 11 | nov. 2024.

De acordo com o Alerta nº 02/2024 do Estado de São Paulo (ESP), que demonstra o cenário de transmissão das arboviroses urbanas, de 1º de janeiro até 6 de novembro de 2024 (SE 44), foram notificados 3.684.021 casos de dengue no SINAN, residentes em 645 municípios do ESP.

Do total de casos notificados em 2024, 2.062.452 foram confirmados, sendo 2.035.394 (98,69%) classificados como dengue, 24.611 (1,19%) como dengue com sinais de alarme e 2.447 (0,12%) como dengue grave e 1.901 óbitos - Fonte: Sinan Online, atualizado em 13.11.24 (dados sujeitos a alteração).

O ESP decretou estado de emergência de Saúde Pública em 5 de março de 2024

Tabela 5 - Casos confirmados de dengue, residentes em Santos, por região de residência, ano do início dos sintomas e coeficiente de incidência (por 100.000 hab) - 2020 a 2024.

BAIRROS	2020		2021		2022		2023		2024	
	Nº	Coef.*	Nº	Coef.*	Nº	Coef.*	Nº	Coef.*	Nº	Coef.*
ÁREA CONTINENTAL	11	386,9	40	1371,79	1	27,09	22	595,88	78	2112,68
CENTRO	36	103	372	1163,81	26	92,98	63	225,30	467	1670,06
MORROS	67	91,5	871	1282,56	62	84,79	121	165,47	1173	1604,15

ORLA	192	74,2	1824	746,62	254	103,87	444	181,56	2841	1161,76
Z. NOROESTE	71	94	1297	1793,62	56	80,82	83	119,79	787	1135,84
SANTOS	377	86,9	4404	1014,5	399	95,32	733	175,10	5346	1277,09

Fonte: SINAN On-line/ Seviep, junho de 2025. **Nota:** Dados provisórios, sujeitos a alterações; população retirada do CENSO IBGE 2010/2022; para comparação entre locais e faixa etária nunca usar números absolutos, e sim o coeficiente de incidência, pois este indica a proporção à população de cada município, ou bairros, ou faixa etária.

De acordo com a série histórica de 2020 a 2024, observou-se que os anos de 2021 e 2024 foram anos epidêmicos no município de Santos com maiores índices de casos confirmados de dengue na região da Área Continental, com coeficiente de 2112,68 casos por 100.000 habitantes em 2024 e 1371,79 casos por 100.000 habitantes no ano de 2021, região que merece atenção especial por apresentar impacto desproporcionalmente alto. Sobretudo, a região da Zona Noroeste predominou com maior índice da doença na epidemia de 2021.

A região da Orla, em números absolutos, destaca-se por apresentar maior número de casos nos últimos 5 anos, porém mantém coeficientes relativamente menores devido à sua densidade demográfica.

Na epidemia de 2024, o município de Santos atingiu em número absoluto 5.346 casos confirmados por dengue (1.277,09 casos por 100.000 habitantes), ou seja, um coeficiente aumentado em sete vezes em relação ano anterior (175,10 casos/100.000 habitantes), totalizando um registro de 733 casos confirmados pela doença no ano de 2023.

Tabela 6 - Casos confirmados de dengue, residentes em Santos, por faixa etária, ano do início dos sintomas e coeficiente de incidência (por 100.000 hab) – 2020 a 2024.

FAIXA ETÁRIA	2020		2021		2022		2023		2024	
	Nº	Coef.*	Nº	Coef.*	Nº	Coef.*	Nº	Coef.*	Nº	Coef.*
Menor 1 ano	8	195,9	51	1261,9	6	160,43	15	401,82	60	1607,29
1 a 4 anos	8	45,9	221	1274	28	204,2	61	444,64	288	2099,28
5 a 9 anos	30	131,7	425	1873,6	49	232,83	79	375,39	626	2974,58
10 a 14 anos	28	118,3	426	1824,1	47	214,88	63	288,03	609	2020,76
15 a 19 anos	36	150,7	344	1461,8	25	108,79	56	243,70	442	3677,27
20 a 29 anos	64	123,6	695	1360	60	119,02	119	236,05	845	1426,25
30 a 39 anos	67	104,8	654	1040,7	64	110,3	120	206,82	719	1261,59
40 a 49 anos	60	96,4	608	964,4	47	73,95	89	140,03	732	736,34
50 a 59 anos	35	59,8	500	856,8	35	61,18	60	104,88	468	571,58
60 a 69 anos	22	42,8	312	596,6	27	51,92	40	76,92	327	338,43
70 a 79 anos	16	49,3	124	369,8	7	20,7	26	76,9	176	520,57
80 anos e mais	3	14	44	199,9	4	19,76	5	24,7	54	266,76
SANTOS	377	86,9	4 404	1014,5	399	95,32	733	175,10	5346	1277,09

Fonte: SINAN On-line/ Seviep, junho de 2025. **Nota:** Dados provisórios, sujeitos a alterações; população estimativa IBGE 2019 a 2021. Senso 2022 – IBGE – 2022 e 2023; para comparação entre locais e faixa etária nunca usar números absolutos, e sim o coeficiente de incidência, pois este indica a proporção à população de cada município, ou bairros, ou faixa etária.

A dengue de modo geral tem acometido todas as faixas etárias em Santos. Sobretudo, vale destacar os últimos três anos houve com predomínio maior nas crianças na faixa etária de 5 a 9 anos com coeficientes de incidência de 1.873,6 casos/100 mil habitantes em 2021, 232,83 casos/100 mil habitantes em 2022 e 375,39 casos/100 mil habitantes em 2023.

Pode-se observar o maior risco de adoecer por dengue entre as faixas etárias de menores de um ano, tendo o maior coeficiente de incidência no ano de 2020 (195,9 por 100.000 habitantes), mantendo em 2022 uma posição de terceiro maior índice com coeficiente de incidência de 180,27 por 100.000 habitantes, e, em 2023, como segundo maior índice com coeficiente de incidência de 375,03 por 100.000 habitantes.

Na epidemia de 2024, a doença muitas crianças, ainda suscetíveis com destaque para a faixa etária de 5 a 9 anos (coeficiente de incidência de 2.974,98 casos por 100.000 habitantes), todavia acometeu muitos adolescentes e jovens de 15 a 19 anos com índice altíssimo de 3.677,27 casos por 100.000 habitantes no ano de 2024.

O aumento dos casos de dengue nas crianças e adolescentes pode estar relacionado ao fato de que à medida em que a população adulta vai sendo infectada pelos diversos sorotipos e adquirindo imunidade específica, as crianças crescem em importância epidemiológica, por constituírem o grupo populacional mais suscetível, considerando a reintrodução dos sorotipos 3 e 4 no país.

Figura 04 – Distribuição da dengue no país por sorotipos

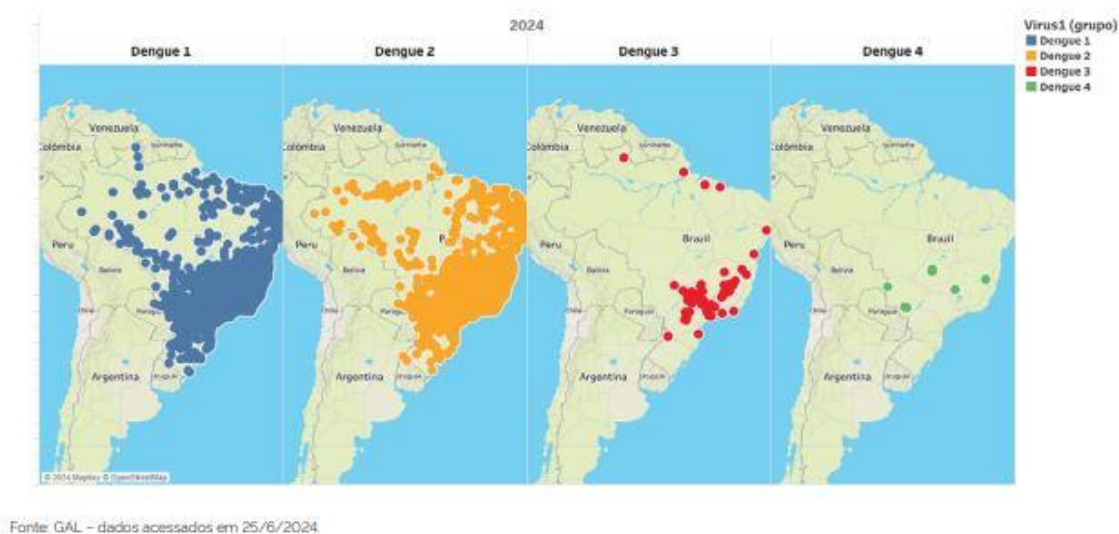


Tabela 7 - Casos confirmados de dengue, residentes em Santos, por sexo e ano do início dos sintomas – 2020 a 2024.

ANO	SEXO				TOTAL	
	FEM		MASC			
		%	Nº	%	Nº	%
2020	204	54,11	173	45,89	377	100
2021	2298	52,18	2106	47,82	4404	100
2022	223	55,89	176	44,11	399	100
2023	385	52,40	348	47,60	731	100
2024	2850	53,39	2489	46,61	5339	100
TOTAL	5960	53.00	5292	47,00	11259	100

Fonte: SINAN On-line/ Seviep, junho de 2025. **Nota:** Dados provisórios, sujeitos a alterações.

Os números mostram que no decorrer dos anos de 2020 a 2024, no que diz respeito ao total de casos confirmados de dengue entre residentes em Santos, predominou o sexo feminino, pouco acima de 50% nos últimos 5 anos. A doença se apresentou de forma muito equilibrada em ambos os sexos. É possível perceber de forma mais clara na figura que segue:

Figura 05 – Casos positivos de dengue, por sexo e ano. Santos, 2020 a 2024.

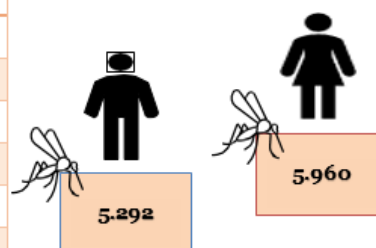
DENGUE

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA RESIDENTES DE 2020 ATÉ 2024



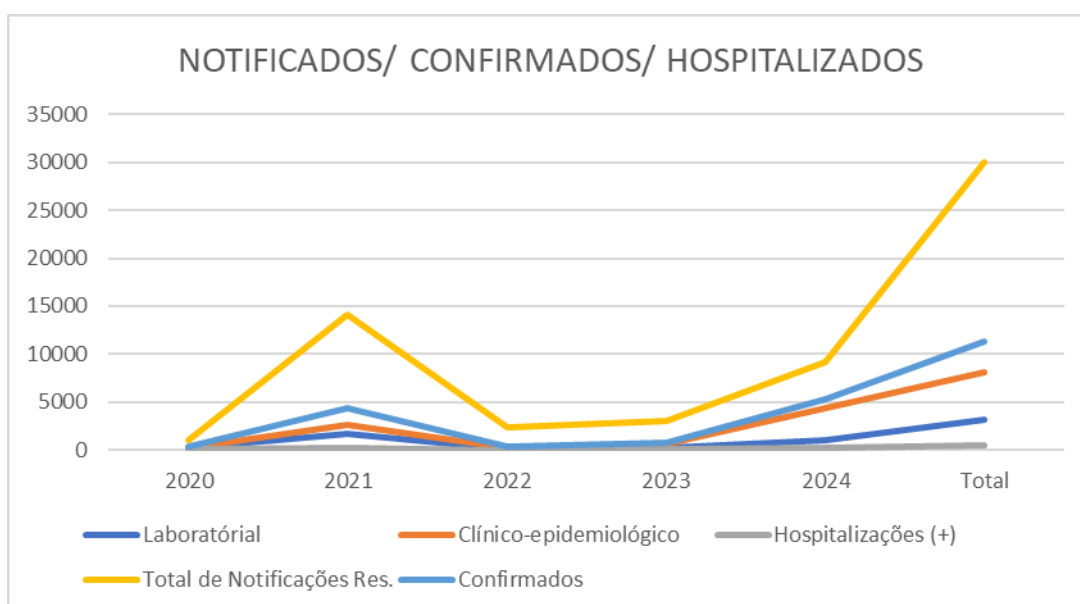
DENGUE

Ano início dos sintomas	Masculino	Feminino	Total
2020	173	204	377
2021	2106	2298	4404
2022	176	223	399
2023	348	385	733
2024	2489	2850	5339
TOTAL	5292	5960	11252



Fonte: SINAN On-line/ Seviep, junho de 2025. **Nota:** Dados provisórios, sujeitos a alterações. Produzido por CIEVS/SANTOS.

Figura 06 - Número total notificações e casos confirmados de dengue, segundo o modo de confirmação e hospitalizações. Santos, 2020 a 2024.



Ano	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Laboratorial	173	1747	110	166	993	3189
Clínico-epidemiológico	204	2654	289	567	4352	8066
Hospitalizações (+)	23	161	11	35	223	453
Total de Notificações Res.	1090	14182	2424	3024	9239	29959
Confirmados	377	4404	399	733	5346	11259

Fonte: SINAN On-line/ Seviep junho de 2025. **Nota:** Dados provisórios, sujeitos a alterações.

Em 2024, no município de Santos foram registradas 9.239 notificações para dengue, sendo confirmado 5.346 casos, um equivalente de 57,86% do total de notificações. Deste total de confirmados residentes em Santos, 993 casos (18,57%) foram analisados e confirmados pelo critério laboratorial e 4.352 casos (81,40%) foram confirmados por critério clínico-epidemiológico. A taxa de internação hospitalar foi de 4,1% dos casos confirmados.

No Brasil, no ano de 2024, no período entre as semanas epidemiológicas 1 e 26, foram notificados 6.215.201 casos prováveis de dengue no País, com coeficiente de incidência de 3.060,7 casos por 100 mil habitantes. Esses números representam um aumento de 344,5% no número de casos quando comparado com o mesmo período do ano anterior (1.398.318 de casos prováveis e 688,6 casos por 100 mil habitantes) - Boletim Epidemiológico | Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde. Volume 55 | Nº 11 | NOV. 2024.

*Consideram-se casos prováveis os casos notificados, exceto descartados.

Tabela 8 - Óbitos e letalidade* por dengue, residentes em Santos, por ano de diagnóstico - 2020 a 2024.

2020		2021		2022		2023		2024	
Nº	Letalidade	Nº	Letalidade	Nº	Letalidade	Nº	Letalidade	Nº	Letalidade
0	0%	4	0,1%	0	0%	0	0%	4	0,07%
377		4404		399		733		5346	

Fonte: SINAN On-line/ Seviep, junho de 2025. **Nota:** Dados provisórios, sujeitos a alterações. *Letalidade refere-se ao número de óbitos dividido pelo número de casos confirmados.

Em 2020, 2022 e 2023 o município de Santos não registrou nenhum caso de óbito por dengue (taxa de letalidade 0%). Na epidemia de 2021, o município teve registro de 04 óbitos, com uma taxa de letalidade de 0,1%.

Observa-se que o cenário epidemiológico da dengue se manteve estável entre os anos de 2022 e 2023, sendo modificado novamente no ano de 2024, onde se registrou o maior número de casos nos cinco últimos anos, totalizando 4 óbitos pela doença, com letalidade de 0,07%.

No Brasil entre as Semanas epidemiológicas 1 e 26 de 2024 foram confirmados 4.269 óbitos por dengue, com taxa de letalidade entre os casos de dengue grave e dengue com sinais de alarme (82.908) de 5,1%. Cabe ressaltar que 2.737 óbitos notificados permanecem em investigação e podem ser confirmados ou descartados - Boletim Epidemiológico | Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde. Volume 55 | Nº 11 | NOV. 2024.

3 - ZIKA

O vírus Zika (ZIKV) é um RNA vírus, do gênero *Flavivirus*, família *Flaviviridae*. Até o momento, são conhecidas e descritas duas linhagens do vírus: uma africana e outra asiática.

O principal modo de transmissão descrito do vírus é por vetores. Outras possíveis formas de transmissão documentadas na literatura são a de mãe para filho (vertical), por transplante de órgãos sólidos e de medula óssea, por transfusão sanguínea, por via sexual e por exposição laboratorial. Embora o RNA ZIKV tenha sido detectado no leite materno, a transmissão através da amamentação ainda não foi demonstrada, reforçando as recomendações atuais de que as mães com infecção por ZIKV devem manter a amamentação para seus bebês.

O vírus zika permanece como uma arbovirose de preocupação, considerando a possibilidade de um desfecho grave, como a Síndrome Congênita do Zika em recém-nascidos de mães virêmicas.

O Estado de São Paulo começou a registrar casos de zika em 2015. Sobre tudo em 2016, houve um aumento expressivo do número de casos no Estado. O município de Santos teve seu primeiro caso confirmado laboratorialmente em 2016, ano em que ocorreram 7 casos confirmados de zika entre residentes do município.

Tabela 9 - Casos confirmados de doença aguda pelo vírus zika, residentes em Santos, por região de residência, ano do início dos sintomas e coeficiente de incidência* (por 100.000 hab) – 2020 a 2024.

REGIÃO	2020		2021		2022		2023		2024	
	Nº	Coef.*	Nº	Coef.*	Nº	Coef.*	Nº	Coef.*	Nº	Coef.*
ÁREA CONTINENTAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CENTRO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MORROS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ORLA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Z. NOROESTE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SANTOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: SINAN On-line/ Seviep, junho de 2025. **Nota:** Dados provisórios, sujeitos a alterações; população estimativa IBGE 2019 a 2021. Senso 2022 – IBGE – 2022 e 2023; para comparação entre locais e faixa etária nunca usar números absolutos, e sim o coeficiente de incidência, pois este indica a proporção à população de cada município, ou bairros, ou faixa etária.

De acordo com os dados do Sistema SINAN NET, nos últimos 5 anos não houve nenhum caso confirmado por zika vírus no município de Santos.

Com relação aos dados de zika no Brasil, no período entre a SE 1 e a SE 23 foram notificados 8.519 casos prováveis de zika no país (taxa de incidência de 4,2 casos/100 mil habitantes), o que representa um aumento de 9% no número de casos prováveis quando comparado com o mesmo período do ano de 2023 (7.840 casos prováveis e 3,9 casos/100 mil habitantes). Não foram confirmados óbitos por zika no Brasil em 2024 - Boletim Epidemiológico | Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde. Volume 55 | Nº 11 | NOV 2024.

*Considera-se casos prováveis os casos notificados exceto descartados.

4- SENTINELA ARBOVIROSES

O monitoramento viral é um importante instrumento na identificação de áreas com potencial risco de agravamento do cenário epidemiológico, por sinalizar alterações no padrão de circulação dos vírus dengue, chikungunya, zika, febre oropouche, febre amarela entre outros arbovírus, através de detecção laboratorial por biologia molecular de casos suspeitos de arbovirose.

Com vistas à detecção precoce e oportuna dos arbovírus circulantes, o Programa Sentinela Arbovirose possibilita a implantação de medidas de enfrentamento adequadas e oportunas, e por áreas prioritárias de intervenção.

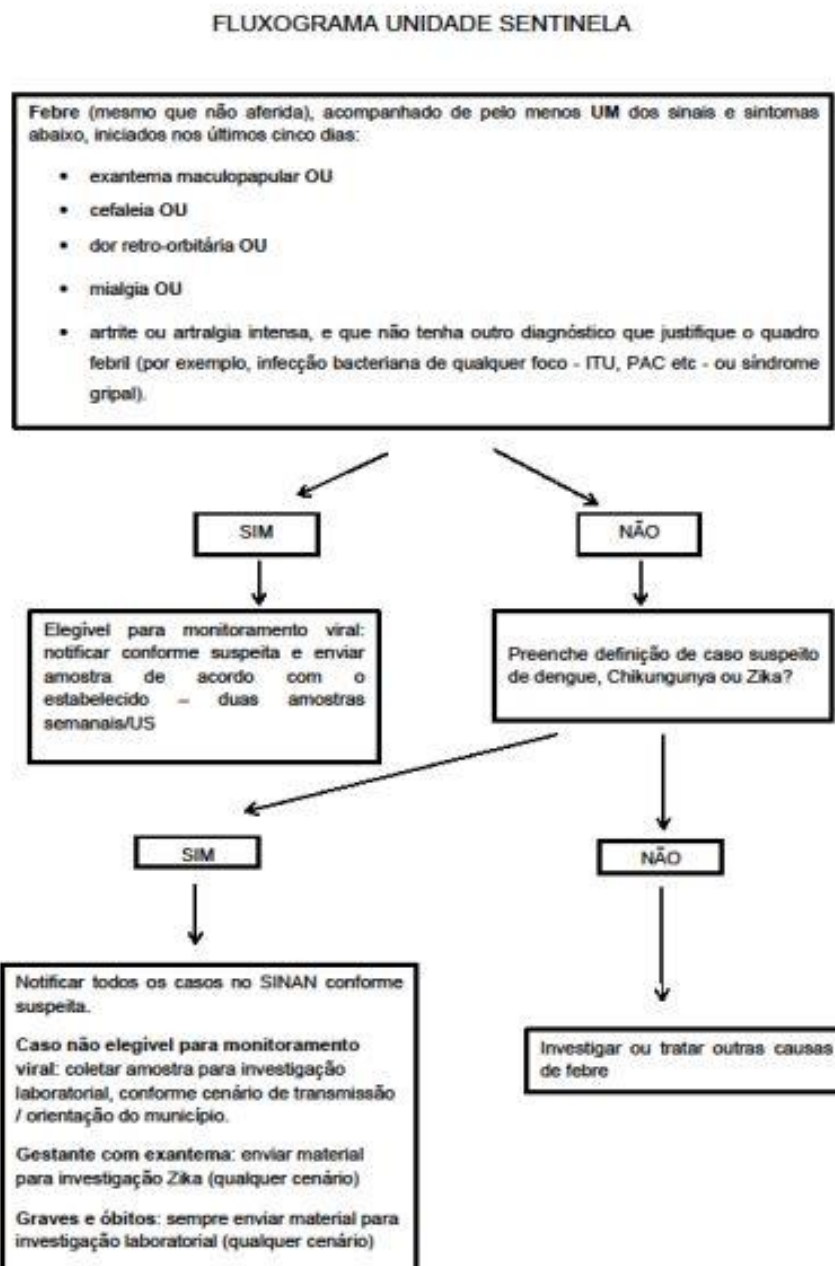
Nesse sentido, para maior agilidade no planejamento de ações frente à alteração de sorotipo dengue circulante e da detecção da introdução ou da circulação concomitante de outros arbovírus (chikungunya e zika), a vigilância da circulação viral dos arbovírus urbanos (monitoramento viral) passou a ocorrer via unidades sentinela, implantadas nas 63 regiões de saúde do Estado de São Paulo, com o objetivo de detectar precocemente alteração no padrão de circulação dos arbovírus urbanos – DENV, CHIKV E ZIKV, e fornecer indicadores epidemiológicos que apoiem a definição de áreas prioritárias de intervenção.

Conforme pactuado em reunião da Comissão Intergestores Regional (CIR), o município de Santos implantou em 13/07/2022 uma unidade sentinela para detecção precoce e

oportuna dos arbovírus circulantes na cidade, captando um total de oito amostras por mês, ou seja, duas amostras por semana, sendo processadas no Laboratório de Saúde Pública de Referência – IAL, pela metodologia de RT-q PCR para dengue, chikungunya e zika em amostras de soro coletadas até 5º dia do início de sintomas.

Os pacientes elegíveis são aqueles atendidos na unidade sentinela que apresentem febre (mesmo que não aferida), acompanhado de pelo menos um dos seguintes sinais e sintomas, iniciados nos últimos cinco dias: exantema maculopapular ou cefaleia, ou dor retro-orbitária, ou mialgia, ou artrite ou artralgia intensa, e que não tenha outro diagnóstico que justifique o quadro febril.

Figura 07 – Fluxo de atendimento na Unidade Sentinela



Fonte: http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-por-vetores-e-zoonoses/doc/arboviroses/protocolo_para_implantacao_de_unidades_sentinelas_para_monitoramento_da_circulacao_de_arbovirus.pdf.

De acordo com a portaria Nº 264, de 17 de fevereiro de 2020, cujo anexo relaciona as doenças e os agravos de notificação compulsória, bem como a periodicidade de notificação das mesmas – “Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública” – os casos suspeitos de arboviroses urbanas (dengue, chikungunya e zika) são de notificação semanal, estabelecendo a notificação imediata, em até 24h, para os óbitos suspeitos por essas doenças e pela suspeita de zika em gestantes.

Também estabelece que nas situações em que a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) não disponha de estrutura e fluxos para receber as notificações de emergências epidemiológicas dentro deste período (24h), principalmente nos finais de semana, feriados e

período noturno, a notificação deverá ser feita à Secretaria Estadual de Saúde (SES). Na SES a notificação poderá ser feita para o Plantão CVE – notifica@saude.sp.gov.br e pelo telefone (11) 3066 8750.

Tabela 10 - Casos elegíveis para o SENTINELA ARBOVIROSES, SEVIEP – Santos, a partir de 13/07/2022 até a SE 52 de 2024.

Municípios	2022 sorotipo	2023 sorotipo	2024 sorotipo	Total (+)
SANTOS	36	83	DENV1 – 6 + 92	DENV1 – 19 + DENV2 – 3 +
CUBATÃO	02 -	01 -	04 -	-
PRAIA GRANDE	01 -	01 -	04 DEN2	DENV2 – 1 +
SÃO VICENTE	09 -	08 -	01 -	-
GUARUJÁ	- -	03 -	01 -	-
TOTAL	48	96	6 (+) 102	23 (+)

Fonte: Planilha de Monitoramento Sentinela Dengue – Seviep – Santos. Atualizado em 17/06/2025. Dados provisórios, sujeitos à alteração

No ano de 2022, foram elegidas 48 amostras na unidade sentinela do município de Santos, sendo 36 amostras de pacientes que residem do município de Santos e 12 amostras pertencentes a pacientes que residem em outros municípios da Baixada Santista. Com relação ao resultado destas amostras, não houve detecção em nenhuma das 48 amostras elegidas.

Já no ano de 2023, foram encaminhadas para o monitoramento viral do sentinela 96 amostras de pacientes elegíveis, sendo 83 amostras de pacientes que residem em Santos e 13 amostras pertencentes a pacientes que residem em outros municípios da Baixada Santista. Das 96 amostras selecionadas, 6 casos foram positivos para dengue do tipo 1, sendo estas detecções pertencentes ao município de Santos.

No ano de 2024, foram encaminhadas para o monitoramento viral do sentinela 102 amostras de pacientes elegíveis, sendo 92 amostras de pacientes residentes do município de Santos e 10 amostras de municípios de outras cidades da Baixada Santista. Das 102 amostras selecionadas, 19 casos foram positivos para dengue do tipo 1 (DENV 1), 3 casos foram positivos para dengue do tipo 2 (DENV 2), sendo estas detecções pertencentes ao município de Santos - SP, e 1 caso positivo para dengue do tipo 1 (DENV 1), morador de Praia Grande – SP. O total de detecções foram 23 amostras positivas no sentinela arboviroses em 2024.

No Estado de São Paulo (ESP), entre os casos de dengue confirmados com identificação do sorotipo viral, 58,43% foram DENV1, detectados em 59 das 63 regiões de saúde; 37,87% DENV2 em 52 regiões de saúde; 3,70% DENV3 em 21 regiões de saúde.

Em 2024, o DENV 3 se espalhou por diversas áreas do Estado, refletindo um aumento significativo na sua circulação. Esse avanço rápido do sorotipo DENV 3 torna praticamente toda a população suscetível à infecção, uma vez que não houve circulação significativa desse sorotipo nos últimos anos.

Conclusões e Recomendações:

- **Manter o monitoramento viral – Sentinela Arbovirose** - para detecção precoce e alteração no padrão de circulação dos arbovírus urbanos – DENV, CHIKV E ZIKV, e fornecer indicadores epidemiológicos que apoiem a definição de áreas prioritárias de intervenção.
- **Fortalecer a vigilância epidemiológica**, sobretudo com exames laboratoriais, dado o aumento do número de casos no ano de 2024.
- Intensificar ações de controle vetorial não apenas no período sazonal, como também no período intersazonal, pois a circulação viral ocorre o ano todo.
- Promover **educação aos profissionais de saúde quanto ao manejo clínico e protocolos de vigilância, educação para comunidade e mobilização social** para reduzir criadouros do mosquito *Aedes aegypti*.
- Acompanhar diariamente **hospitalizações de casos suspeitos de arboviroses**, que normalmente indicam **casos mais graves**.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim Epidemiológico**, Volume 55, Nº 11, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-11.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Guia de vigilância em saúde** [recurso eletrônico]/ 6. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024. 3 v. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/t/tetano-acidental/publicacoes/guia-de-vigilancia-em-saude-6a-edicao.pdf/view>. Acesso em: 17 jun. 2025.

PINHO, Fabiana Loyde Wakai Jorge. **Integração da Vigilância em Saúde e Atenção Básica na Zona Noroeste de Santos: desafios do controle de endemias**. Orientadora: Profa. Dra. Karina Franco Zihlmann. Dissertação (Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2022. 129 f. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/65840>. Acesso em: 16 jun. 2025.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE SÃO PAULO. **Protocolo para implantação de unidades sentinelas para monitoramento da circulação de arbovírus**. São Paulo – SP, 2020. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-por-vetores-e-zoonoses/doc/arboviroses/protocolo_para_implantacao_de_unidades_sentinelas_para_monitoramento_da_circulacao_de_arbovirus.pdf. Acesso em: 17 jun. 2025.

TUBERCULOSE

A tuberculose nunca deixou de ser um grave problema de saúde pública.

Existem evidências de que a tuberculose existe desde os tempos pré-históricos. A doença já foi encontrada em esqueletos de múmias do antigo Egito (3000 A.C) e, mais recentemente, numa múmia pré-colombiana no Peru.

Já no século XX, a década de 30 foi marcada por avanços científicos que questionaram o "fator clima" na cura da tuberculose, e a hereditariedade na etiologia da doença. A descoberta da medicação específica, a partir da década de 1940, promoveu uma queda acentuada dos índices de mortalidade da doença e a comprovação da eficácia desses medicamentos na cura da tuberculose, descobertos ao longo das décadas de 1950 e 1960, fez com que o tratamento se tornasse primordialmente ambulatorial, tornando desnecessária, em sua maioria, a internação do paciente.

O Ministério da Saúde, em 2017, propõe o Plano Nacional pelo fim da Tuberculose com a Visão: Brasil livre da tuberculose:

Metas: Reduzir o coeficiente de incidência para menos de 10 casos por 100.000 habitantes até o ano de 2035; Reduzir o coeficiente de mortalidade para menos de 1 óbito por 100 000 habitantes até o ano de 2035.

(referência:saude.sp.gov.br/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica-prof.-alexandre-vranjac/areas-de-vigilancia/tuberculose/informacoes-sobre-tuberculose/historia-curiosidades)

O município de Santos tem uma rede organizada de 33 unidades de atenção primária à saúde, que proporcionam aos pacientes com tuberculose o acesso à assistência e acompanhamento mais próximo de sua residência, com medicação supervisionada. O município possui também um centro de referência e especializado para tuberculose, para acompanhamento dos casos mais resistentes que merecem uma atenção multiprofissional mais especializada.

A tuberculose pulmonar é a forma mais frequente e contagiosa, mas pode atingir qualquer parte do corpo: • Pleura • Meninges • Gânglios • Rins • Bexiga • Fígado • Intestino • Pele • Ossos, etc

SUSPEITA DE TUBERCULOSE: Tosse com ou sem escarro, falta de apetite, perda de peso, cansaço, febre baixa (geralmente à tarde), suor noturno.

Na suspeita, procure a policlínica mais próxima de sua casa!

CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE, RESIDENTES EM SANTOS, POR SEXO E ANO DO DIAGNÓSTICO E SEXO – 2016 A 2024

ANO	SEXO				TOTAL	
	FEMININO		MASCULINO			
	No.	%	No.	%	No.	%
2016	110	35,6	199	64,4	309	100
2017	109	35,8	195	64,2	304	100
2018	114	32,3	239	67,7	353	100
2019	131	37,7	216	62,3	347	100
2020	119	36	211	64,0	330	100
2021	103	36	183	64,0	286	100
2022	150	32,6	310	67,4	460	100
2023	174	34,4	332	65,6	506	100
2024	124	32	264	67,1	388	100

Fonte: TBWEB - Sistema de Informações de Tuberculose- Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac"
- Dados até 25/06/2025 CCDI-SMS

O município tem apresentado, nos últimos cinco anos, uma média de 394 casos novos de tuberculose, sendo que houve um aumento de 286 casos do ano de 2021 para 506 casos em 2023. Estamos com um coeficiente de incidência (taxa proporcional à população residente) de 92,64 casos por 100.000 habitantes em 2024.

Permanece a predominância dos casos novos de tuberculose no sexo masculino, com a média de 67,1 % dos casos notificados.

CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE, RESIDENTES EM SANTOS, POR ANO DO DIAGNÓSTICO E FAIXA ETÁRIA E COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA (por 100.000 hab) – 2019 A 2024

FAIXA ETÁRIA	2020	2021		2022		2023		2024	
	No.	No.	C.incident.	Nº	C.incident.	Nº	C.incident.	Nº	C.incident.
0 a 4 anos	1	2	9,42	03	14,13	03	80,36	07	40,11
5 a 9 anos	4	0	0	04	17,63	05	36,45	04	19,0
10 a 14 anos	0	5	21,4	10	42,24	05	23,76	03	13,71
15 a 19 anos	30	27	114,73	23	97,73	27	123,44	27	117,49
20 a 29 anos	77	64	125,23	105	205,46	107	465,64	71	140,83
30 a 39 anos	56	47	74,78	89	141,61	130	257,88	67	115,47
40 a 49 anos	68	43	68,2	90	142,75	85	146,50	72	108,17
50 a 59 anos	46	41	70,25	69	118,23	75	118	65	113,61
60 a 69 anos	19	24	45,89	39	74,57	47	82,15	39	74,99
acima de 70 anos	29	33	59,41	28	50,41	22	40,7	32	59,25
em branco	-	0	0	0	0	0	0	0	0
SANTOS	330	286	65,89	460	105,99	506	120,87	388	92,64

Fonte: TBWEB - Sistema de Informações de Tuberculose- Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac" - Dados até 25/06/2025 CCDI-SMS CI= coeficiente de incidência por 100 000 hab. Pop censo IBGE 2022

A tuberculose continua sendo uma das doenças mais antigas que ainda nos leva a uma grande preocupação.

Em números absolutos, a faixa etária que apresentou maior número de casos novos foi de 20 a 29 anos (71 casos e maior coeficiente de incidência) e pela faixa etária de 40 a 49 anos (72 casos).

Para análise do perfil epidemiológico e comparação com outros locais, recomendamos a análise e cálculo da taxa de incidência: número de casos novos proporcional a população estimada por cada faixa etária.

CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE, RESIDENTES EM SANTOS, DISTRIBUÍDOS POR REGIÃO E COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA (POR 100.000 HAB) - NO ANO DE 2020-2024.

REGIÃO DE RESIDÊNCIA	2021		2022		2023		2024	
	Nº	Coef. Inc	Nº	Coef .Inc	Nº	Coef .Inc	Nº	Coef .Inc
ÁREA CONTINENTAL	0	0	0	0	4	108,34	1	27,08
CENTRO	52	162,24	57	177,4	105	375,50	54	193,11
MORROS	49	72,31	84	123,97	88	120,35	54	73,84
ORLA	86	35,26	130	53,3	114	46,62	115	47,02
Z.NOROESTE	99	136,90	183	253,1	171	246,80	154	222,26
NÃO INFORMADO	0		6	0	25	-	10	-
SANTOS	286	68,19	460	109,7	506	121,1	388	94,68

Obs: Outros: Pacientes de outros municípios que trataram em Santos. Fonte: TBWEB - Sistema de Informações de Tuberculose- Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac" – (*)distribuição bairro/região- dados do último censo, por não ter outro dado oficial. Dados CCDI-SMS Pop. Censo IBGE 2022.

Os casos de tuberculose por região da cidade, quando analisamos o coeficiente de incidência (número proporcional a população residente nos bairros), apresentam mais incidência na região da Zona Noroeste e Centro, com taxas quase que o dobro da incidência geral do município.

HEPATITE A

A Hepatite A é uma infecção causada pelo vírus A (HAV) da hepatite, também conhecida como “hepatite infecciosa”. Na maioria dos casos, a hepatite A é uma doença de caráter benigno, contudo o curso sintomático e a letalidade aumentam com a idade.

A transmissão da hepatite A é fecal-oral (contato de fezes com a boca). A doença tem grande relação com alimentos ou água inseguros, baixos níveis de saneamento básico e de higiene pessoal (OMS, 2019). Outras formas de transmissão são o contato pessoal próximo (intradomiciliares, pessoas em situação de rua ou entre crianças em creches), contato sexual (especialmente em homens que fazem sexo com homens-HSH).

Em Santos, o monitoramento dos casos notificados de hepatite A é realizado pela equipe de doenças de transmissão hídrica e alimentar da Seção de Vigilância Epidemiológica.

A vacina contra a hepatite A é produzida com vírus inativado, o que significa que o vírus foi desativado e não causa a doença, mas ainda é capaz de estimular o sistema imunológico a produzir anticorpos contra ele. Está no calendário de vacinação do SUS desde 2014 para crianças de 15 meses até 4 anos, 11 meses e 29 dias, com dose única. Também é recomendada para adultos e pessoas com risco de exposição ao vírus, como viajantes, pessoas com doenças crônicas do fígado, imunossuprimidos, pessoas que vivem em áreas com alta incidência da doença e usuários de PrEP.

Tabela 1 - Hepatite A - confirmados, residentes, por faixa etária e ano de diagnóstico. Santos, 2020 a 2024.

Faixa Etária	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	tx	nº	tx	nº	tx	nº	tx	nº	tx
0 a 4 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
5 a 9 anos	1	4,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10 a 14 anos	2	8,2	1	4,1	0	0,0	2	8,3	2	8,3
15 a 19 anos	10	38,6	5	19,6	0	0,0	9	36,2	3	12,2
20 a 29 anos	8	14,7	7	13,0	1	1,9	15	28,6	3	5,8
30 a 39 anos	11	17,5	6	9,7	2	3,3	18	30,6	8	13,9
40 a 49 anos	5	7,9	3	4,7	1	1,5	8	12,2	12	18,2
50 a 59 anos	2	3,4	1	1,7	2	3,5	7	12,2	7	12,2
60 a 69 anos	1	2,0	0	0,0	0	0,0	2	3,8	0	0,0
70 a 79 anos	1	3,1	2	6,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	41	9,4	25	5,8	6	1,4	61	14,2	35	8,1

Fonte: Sivep-DDA/Sinan-Net, base local Seviep.

Nota: Os dados foram atualizados em 27/05/2025 e são preliminares, sujeitos a alterações. Pop. Estimada IBGE-2000-2024

Os dados apresentados no tabela 1 referem-se aos casos notificados de hepatite A na cidade de Santos entre os anos de 2020 e 2024, segmentados por faixa etária. A análise evidencia que houve uma variação significativa na incidência da doença ao longo dos anos. Em 2020, foram registrados 41 casos, com uma taxa de 9,4 por 100 mil habitantes, número que caiu progressivamente até 2022, quando apenas 6 casos foram notificados (taxa de 1,4/100 mil hab.). No entanto, em 2023 observa-se um aumento abrupto, com 61 casos e uma taxa de 14,2/100 mil hab., representando o pico de toda a série. Já em 2024, o número caiu para 35 casos, com taxa de 8,1/100 mil hab., ainda superior ao período de 2021-2022, o que sugere um resquício do surto ocorrido no ano anterior.

Em relação às faixas etárias, destaca-se a predominância dos casos entre adolescentes e adultos jovens. O grupo de 15 a 19 anos apresentou taxas elevadas em diversos anos, com

destaque para 2020 (38,6/100 mil hab.), 2021 (19,6/100 mil hab) e novamente em 2023 (36,2/100 mil hab.).

Já os adultos de 20 a 39 anos também concentram grande parte das notificações, principalmente em 2023, quando as faixas de 20 a 29 anos e 30 a 39 anos registraram taxas de 28,6/100 mil hab. e 30,6/100 mil hab., respectivamente. Isso indica uma forte incidência entre os jovens adultos da cidade.

Os dados mostram ainda que a população infantil (de 0 a 9 anos) praticamente não foi afetada pela hepatite A neste período, e as faixas etárias mais elevadas (acima de 60 anos) tiveram números residuais, com nenhuma notificação registrada em 2024. Já o grupo de 40 a 59 anos apresentou um aumento progressivo nos dois últimos anos da série, o que pode indicar uma mudança no padrão de disseminação da doença.

Considerando esse panorama, a cidade de Santos provavelmente enfrentou um surto localizado em 2023, possivelmente ligado a falhas no saneamento básico ou aumento da exposição a alimentos ou água contaminada. A concentração de casos entre adolescentes e adultos jovens sugere que esse público pode estar menos coberto pela vacinação ou mais exposto a fatores de risco comportamentais e ambientais.

A análise reforça a importância de estratégias voltadas à prevenção, como campanhas de vacinação, melhoria das condições sanitárias e educação em saúde voltada a esse público específico.

Tabela 2 - Hepatite A - confirmados, residentes, no sexo feminino por faixa etária e ano de diagnóstico. Santos, 2020 a 2024.

Faixa Etária	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	tx	nº	tx	nº	tx	nº	tx	nº	tx
0 a 4 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
5 a 9 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10 a 14 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	8,5
15 a 19 anos	5	39,2	1	7,9	0	0,0	3	24,5	1	8,2
20 a 29 anos	2	7,3	4	14,7	1	3,7	6	22,6	0	0,0
30 a 39 anos	4	12,0	5	15,5	1	3,2	4	13,0	2	6,7
40 a 49 anos	1	2,9	1	2,9	1	2,8	3	8,4	4	11,2
50 a 59 anos	0	0,0	0	0,0	1	3,1	1	3,1	2	6,2
60 a 69 anos	1	3,4	0	0,0	0	0,0	1	3,3	0	0,0
70 a 79 anos	0	0,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	13	5,5	12	5,1	4	1,7	18	7,7	10	4,3

Fonte: Sivep-DDA/Sinan-Net, base local Seviep.

Nota: Os dados foram atualizados em 27/05/2025 e são preliminares, sujeitos a alterações. Pop. Estimada IBGE-2000-2024

Em relação aos casos de hepatite A notificados entre mulheres na cidade de Santos no período de 2020 a 2024, observa-se que a distribuição dos casos ao longo dos anos apresenta oscilações, com uma tendência geral de queda no início da série, seguida por um aumento em 2023 e uma nova redução em 2024.

Em 2020, foram registrados 13 casos com uma taxa de 5,5/100 mil hab., número que caiu para 12 em 2021 (taxa de 5,1/100 mil hab.) e para apenas 4 em 2022 (taxa de 1,7/100 mil hab). No entanto,

em 2023 houve um salto significativo para 18 casos, com taxa de 7,7/100 mil hab., indicando um possível surto ou aumento pontual de exposição ao vírus.

Em 2024, embora tenha havido queda para 10 casos (taxa de 4,3/100 mil hab.), o número ainda é superior ao observado em 2022, sugerindo que os efeitos do aumento de 2023 ainda repercutiram no ano seguinte, assim como nos dados gerais.

Em relação às faixas etárias, a maior concentração de casos ocorreu entre mulheres jovens, especialmente na faixa de 15 a 29 anos. O grupo de 15 a 19 anos foi particularmente afetado em 2020, com uma taxa expressiva de 39,2/100 mil hab., e voltou a registrar elevação em 2023, com taxa de 24,5/100 mil hab.

Já na faixa de 20 a 29 anos, os picos ocorreram em 2021 (taxa de 14,7/100 mil hab.) e 2023 (22,6/100 mil hab.), com ausência de casos em 2024. Essa concentração sugere que, entre as mulheres, as adolescentes e as jovens adultas formam o principal grupo de risco feminino para hepatite A em Santos no período analisado.

Outros grupos etários também apresentaram aumento pontual de casos. Mulheres entre 30 e 39 anos tiveram presença constante nos dados, com taxas entre 6,7/100 mil hab. e 15,5/100 mil hab., e um pico em 2021 (15,5/100 mil hab.).

As faixas de 40 a 59 anos, embora com números menores, apresentaram aumento em 2023 e 2024, sugerindo uma leve expansão da faixa etária atingida pela doença. Por outro lado, os extremos etários — crianças de até 9 anos e idosas acima de 70 anos — não registraram nenhum caso ao longo do período, enquanto os grupos de 60 a 69 anos tiveram ocorrências esporádicas.

A distribuição temporal e etária desses dados aponta para um padrão semelhante ao observado na população geral, porém com menor intensidade. A elevação em 2023 pode estar associada a fatores ambientais ou comportamentais que afetaram igualmente ambos os sexos, como falhas no saneamento e surtos alimentares.

O fato de adolescentes e jovens mulheres serem mais atingidas pode refletir tanto maior exposição quanto uma lacuna na vacinação nesta faixa etária. Portanto, os dados reforçam a importância de estratégias de prevenção voltadas especialmente para o público jovem deste sexo, com foco em vacinação, orientação sobre higiene e vigilância sanitária.

Tabela 3 - Hepatite A - confirmados, residentes, no sexo masculino por faixa etária e ano de diagnóstico. Santos, 2020 a 2024.

Faixa Etária	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	tx	nº	tx	nº	tx	nº	tx	nº	tx
0 a 4 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
5 a 9 anos	1	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10 a 14 anos	2	16,1	1	8,1	0	0,0	2	16,3	1	8,2
15 a 19 anos	5	38,1	4	30,8	0	0,0	6	47,5	2	16,0
20 a 29 anos	6	22,3	3	11,3	0	0,0	9	34,7	3	11,7
30 a 39 anos	7	23,5	1	3,4	1	3,5	14	49,7	6	21,7
40 a 49 anos	4	13,9	2	6,8	0	0,0	5	16,7	8	26,6
50 a 59 anos	2	7,7	1	3,9	1	3,9	6	23,6	5	19,7
60 a 69 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,6	0	0,0
70 a 79 anos	1	8,2	1	8,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	28	14,1	13	6,6	2	1,0	43	21,9	25	12,8

Fonte: Sivep-DDA/Sinan-Net, base local Seviep.

Nota: Os dados foram atualizados em 27/05/2025 e são preliminares, sujeitos a alterações. Pop. Estimada IBGE-2000-2024

Já os casos notificados de hepatite A na população masculina da cidade de Santos entre os anos de 2020 e 2024 mostra uma forte variação ao longo do tempo, com destaque para os anos de 2023 e 2024, que concentram a maior parte das ocorrências.

Em 2020, foram registrados 28 casos entre homens, com uma taxa de 14,1/100 mil hab. Em 2021, houve uma queda para 13 casos (taxa de 6,6/100 mil hab.) e em 2022, os registros despencaram para apenas 2 casos (taxa de 1,0/100 mil hab.), sinalizando uma aparente contenção da doença.

No entanto, em 2023 houve um aumento abrupto, com 43 casos e uma taxa alarmante de 21,9/100 mil hab., o maior valor de toda a série. Esse crescimento aponta para um surto concentrado, especialmente na população masculina. Em 2024, embora os números tenham caído para 25 casos (taxa de 12,8/100 mil hab.), a incidência ainda se manteve acima dos níveis observados antes de 2023.

As faixas etárias mais atingidas foram entre 15 e 49 anos, com destaque para os grupos de 30 a 39 anos e 15 a 19 anos. Em 2023, a faixa de 30 a 39 anos atingiu uma taxa de 49,7/100 mil hab., a mais alta entre todos os recortes etários, seguida por 15 a 19 anos com taxa de 47,5/100 mil hab.

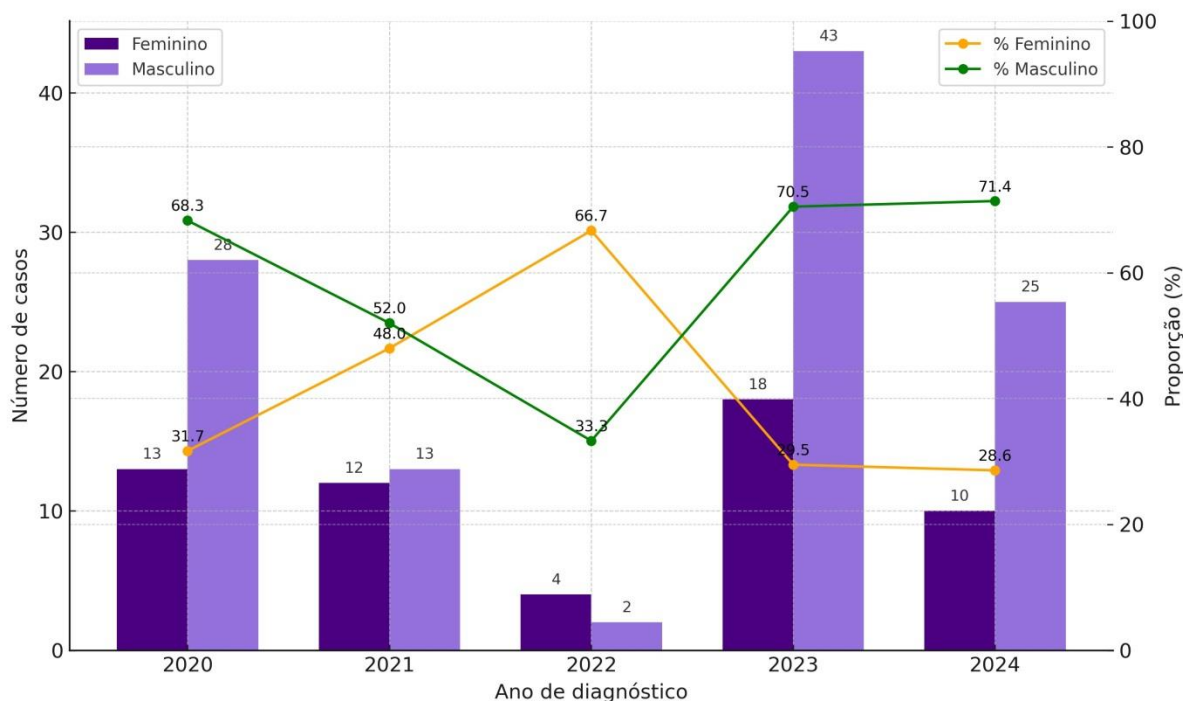
Também se destacam as faixas de 40 a 49 anos e 50 a 59 anos, que em 2024 registraram taxas de 26,6/100 mil hab. e 19,7/100 mil hab., respectivamente. Esses dados indicam que a hepatite A entre os homens de Santos atingiu especialmente os adultos jovens e de meia-idade, com padrão semelhante ao observado na população geral e feminina, porém com mais intensidade.

Crianças e idosos praticamente não foram afetados, com nenhum caso registrado nas faixas de 0 a 9 anos e 70 a 79 anos ao longo dos cinco anos. Isso sugere que os casos estão fortemente concentrados em grupos adultos com maior mobilidade social e exposição a ambientes urbanos, alimentação fora de casa e possíveis comportamentos de risco.

A elevação acentuada dos casos em 2023 provavelmente está relacionada a um surto específico, possivelmente ligado a problemas de saneamento ou contaminação hídrica. A concentração de casos entre homens adultos pode ainda refletir um padrão de exposição mais elevado nesse grupo, seja por questões ocupacionais, comportamentais ou sociais.

Dessa forma, os dados reforçam a necessidade de estratégias de saúde pública voltadas à prevenção da hepatite A na população masculina jovem e adulta, com ênfase na educação sanitária, vigilância epidemiológica e melhorias nas condições de higiene urbana. A persistência de casos em 2024 também sugere que o controle do surto ainda não foi plenamente alcançado, exigindo atenção contínua por parte das autoridades de saúde de Santos.

Figura 1 - Hepatite A - confirmados, residentes, por sexo e ano de diagnóstico. Santos 2020 a 2024.



Fonte: Sivep-DDA/Sinan-Net, base local Seviep.

Nota: Os dados foram atualizados em 27/05/2025 e são preliminares, sujeitos a alterações.

Na figura 1, apresenta-se a distribuição dos casos notificados de hepatite A na cidade de Santos entre os anos de 2020 e 2024, com recorte por sexo. A análise revela uma predominância consistente da doença entre os indivíduos do sexo masculino ao longo de praticamente todo o período.

Em 2020, os homens representaram 68,3% dos casos (28 de 41), proporção que se manteve próxima da metade em 2021 (52,0%), embora com leve redução. Em 2022, ocorre uma inversão atípica, com predominância feminina: das 6 notificações, 4 foram em mulheres, representando 66,7% do total. Essa exceção, no entanto, é pontual e provavelmente reflete o número reduzido de casos nesse ano.

Já em 2023, no ápice do número de registros (61 casos), a distribuição volta a mostrar forte predominância masculina: 70,5% dos casos (43 em homens). Em 2024, a tendência persiste, com 71,4% dos casos sendo do sexo masculino (25 de 35), enquanto as mulheres corresponderam a apenas 28,6%.

Esses dados indicam que, embora ambos os sexos sejam afetados pela hepatite A, os homens compõem a maioria dos casos notificados, especialmente nos anos de maior incidência (2020, 2023 e 2024). Essa predominância pode estar associada a fatores comportamentais, sociais ou ocupacionais que aumentam a exposição dos homens ao vírus — como hábitos de higiene, frequência a ambientes de risco e maior mobilidade. A menor proporção feminina, embora relevante, apresenta comportamento mais estável e menos acentuado ao longo do tempo.

A exceção observada em 2022, quando os casos foram majoritariamente femininos, deve ser analisada com cautela, pois ocorreu em um ano com número muito reduzido de notificações (apenas seis), o que torna a representatividade estatística limitada.

Em suma, os dados por sexo reforçam a necessidade de ações de prevenção direcionadas especialmente ao público masculino, com foco em campanhas de conscientização e acesso a condições sanitárias adequadas, sobretudo em momentos de surto como o ocorrido em 2023. Além disso, o monitoramento contínuo da distribuição por sexo é fundamental para entender dinâmicas de exposição e vulnerabilidade da população de Santos frente à hepatite A.

Tabela 4 - Hepatite A - confirmados, residentes, por raça/cor e ano de diagnóstico. Santos, 2020 a 2024.

Raça/Cor	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Amarela	1	2,4	0	0,0	0	0,0	1	1,6	0	0,0
Branca	23	56,1	7	28,0	3	50,0	21	34,4	17	48,6
Parda	5	12,2	3	12,0	0	0,0	20	32,8	8	22,9
Preta	4	9,8	1	4,0	1	16,7	3	4,9	1	2,9
Ign/Branco	8	19,5	14	56,0	2	33,3	16	26,2	9	25,7
Total	41	100	25	100	6	100	61	100	35	100

Fonte: Sivep-DDA/Sinan-Net, base local Sievip.

Nota: Os dados foram atualizados em 27/05/2025 e são preliminares, sujeitos a alterações. Pop. Estimada IBGE-2000-2024

O tabela 4 mostra a distribuição dos casos de hepatite A na cidade de Santos entre 2020 e 2024 segundo a raça/cor dos indivíduos notificados. A análise dos dados revela um predomínio consistente de casos entre pessoas brancas ao longo do período, embora outros grupos raciais também apresentem participação significativa, especialmente a população parda e os casos com informação ignorada ou em branco.

Em 2020, os indivíduos brancos representaram 56,1% dos casos, e esse grupo manteve uma participação elevada nos anos subsequentes, atingindo 50% em 2022, 34,4% em 2023 e 48,6% em 2024. Ainda que os percentuais oscilem, os brancos foram o grupo racial mais frequentemente notificado em quatro dos cinco anos analisados. A exceção ocorreu em 2021,

quando a maior parte dos registros (56%) não continha informação sobre raça/cor, o que limita uma interpretação conclusiva sobre esse ano.

O segundo maior grupo ao longo do tempo foi o dos indivíduos pardos, que apresentaram crescimento expressivo especialmente em 2023 (32,8%) e 2024 (22,9%). Esses números mostram uma ampliação da ocorrência da doença nesse segmento da população, o que pode estar relacionado a fatores sociais, como maior vulnerabilidade econômica e menor acesso a saneamento ou serviços de saúde. O número de casos entre pessoas pretas variou entre 1 e 4 por ano, com percentuais oscilando de 2,9% a 16,7%, atingindo seu pico proporcional em 2022.

Já a população amarela praticamente não aparece nos registros, com apenas dois casos notificados em todo o período (2020 e 2023). Esse dado pode indicar uma representatividade demográfica muito pequena desse grupo em Santos, ou menor exposição ao risco.

É importante destacar também o volume de registros com raça/cor ignorados ou em branco, que variou bastante ao longo dos anos — de 19,5% em 2020 até 33,3% em 2022 e 25,7% em 2024. A presença significativa de dados incompletos compromete a análise mais precisa e aponta para uma necessidade de qualificação das notificações, garantindo maior completude das informações sociodemográficas para o adequado monitoramento epidemiológico.

Em síntese, os dados indicam que a população branca segue como a mais frequentemente atingida pela hepatite A em Santos, mas também revelam uma crescente participação dos grupos pardo e preto, principalmente nos anos de maior incidência da doença. Esses achados reforçam a importância de ações de prevenção e controle que considerem desigualdades raciais, promovendo o acesso equitativo a saneamento e educação em saúde para todos os grupos populacionais.

Tabela 5 - Hepatite A - confirmados, residentes, por bairro e ano de diagnóstico. Santos, 2020 a 2024.

Região de Residência	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	tx	nº	tx	nº	tx	nº	tx	nº	tx
Centro	12	42,9	8	28,6	1	3,6	7	25,0	5	17,9
Morros	3	4,1	4	5,5	1	1,4	11	15,0	7	9,6
Orla	18	7,4	8	3,3	4	1,6	25	10,2	20	8,2
Zona Noroeste	8	11,5	5	7,2	0	0,0	18	26,0	3	4,3
Total	41	9,8	25	6,0	6	1,4	61	14,6	35	8,4

Fonte: Sivep-DDA/Sinan-Net, base local Seviep.

Nota: Os dados foram atualizados em 27/05/2025 e são preliminares, sujeitos a alterações. Pop. Estimada IBGE-2000-2024

O tabela 5 apresenta os dados de incidência de hepatite A na cidade de Santos entre os anos de 2020 e 2024, distribuídos conforme a região de residência dos casos notificados: Centro, Morros, Orla e Zona Noroeste. A análise desses dados revela um comportamento epidemiológico variável ao longo dos anos, com destaque para algumas áreas em determinados períodos.

Em 2020, o Centro foi a região com maior taxa de incidência (42,9/100 mil hab.) totalizando 12 notificações. Essa predominância inicial contrasta com uma redução drástica em 2022 (apenas 1 caso, com taxa de 3,6/100 mil hab.), seguida por um aumento em 2023 e 2024.

A Zona Noroeste, por sua vez, apresentou números consistentes em 2020 e 2021 (8 e 5 casos, respectivamente), mas destacou-se sobretudo em 2023, com 18 casos e uma alta taxa de 26,0/100 mil

hab. — a mais elevada entre todas as regiões naquele ano. Isso sugere que essa área enfrentou uma concentração mais significativa de transmissão nesse período.

A região da Orla teve uma participação expressiva em praticamente todo o período analisado, com destaque em 2023 (25 casos) e 2024 (20 casos). Ainda que suas taxas não sejam as mais elevadas, a persistência do número absoluto de casos demonstra uma presença contínua do vírus nessa região, exigindo atenção por parte das autoridades sanitárias. Já a região dos Morros apresentou menor número de casos absolutos, mas manteve uma incidência estável ao longo dos anos, com pico em 2023 (11 casos, taxa de 15,0/100 mil hab).

De forma geral, os dados revelam que nenhuma região esteve isenta da circulação do vírus, embora a intensidade tenha variado entre elas e ao longo do tempo. A Orla e a Zona Noroeste merecem atenção especial por concentrarem grande número de casos em anos sucessivos e a região do Centro por contemplar a maior taxa de praticamente todos os anos.

O comportamento oscilante em diferentes áreas indica que a hepatite A tem uma distribuição territorial dinâmica em Santos, exigindo ações integradas de vigilância, educação em saúde e melhorias sanitárias direcionadas às áreas mais vulneráveis em cada momento.

IST, HIV- AIDS E HEPATITES VIRAIS

O Boletim Epidemiológico de IST, HIV-Aids e Hepatites Virais é um instrumento de vigilância e gestão, elaborado a partir da consolidação de informações acerca das notificações de casos de Aids, de infecção pelo HIV, gestante HIV, HIV/Aids em menor de 13 anos, criança exposta ao HIV, Hepatites Virais (B, C e D), Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestante, Sífilis Congênita e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) notificadas, anualmente atualizado pela Seção de Vigilância Epidemiológica (SEVIEP). Como fonte desses dados, utilizou-se o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e os Boletins Epidemiológicos DATHI/SVSA/MS.

As infecções sexualmente transmissíveis (IST), HIV-Aids e hepatites virais fazem parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças (Portaria GM/MS Nº 6.734, de 18 de março de 2025). Assim, na ocorrência de casos, estes devem ser reportados às autoridades de saúde.

A saúde das pessoas está fortemente ligada aos determinantes sociais, como condições econômicas, ambientais e sociais. No Brasil, marcado por desigualdades, algumas doenças afetam com maior intensidade populações em situação de vulnerabilidade. Essas enfermidades, conhecidas como doenças de determinação social, exigem políticas públicas estruturantes e intersetoriais para sua eliminação (MS, 2024).

Para tanto instituiu-se no município de Santos, em 2022, o Comitê Municipal de Enfrentamento, Investigação e Prevenção da Transmissão de Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita, através da Portaria nº 018/2023, que segue consolidando as práticas de enfrentamento a sífilis e prevenção as ISTs em todos os níveis de saúde (FIGURA 1).

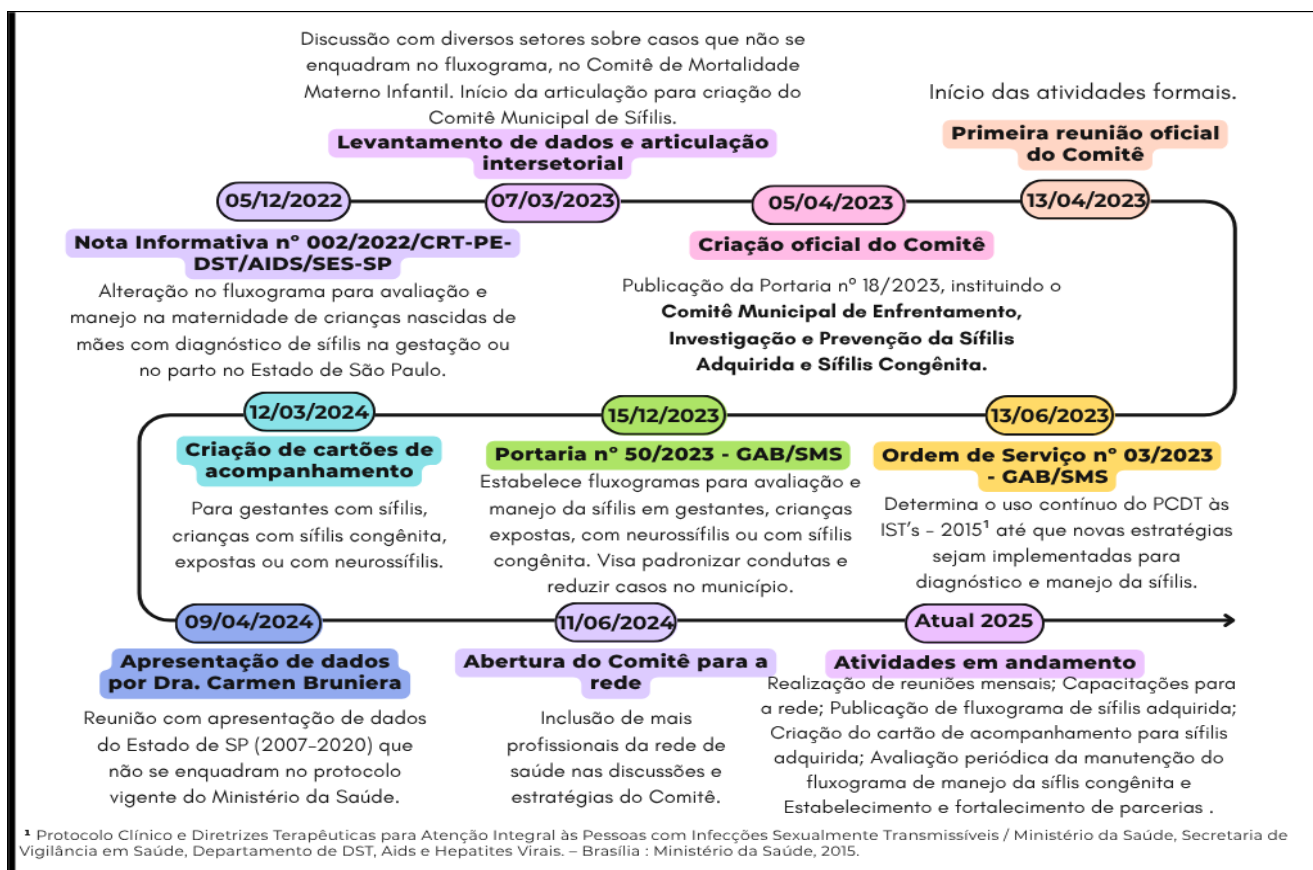
Em Santos, nos últimos nove anos (2016 a 2024), foram registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 778 casos de aids e 1.121 casos de infecção

pelo vírus do HIV. Neste período, foram notificadas 117 gestantes infectadas com HIV e 120 crianças expostas ao risco de transmissão vertical e 02 casos de HIV/Aids em menor de treze anos.

Ao observarmos os casos de hepatites virais, ocorreram 365 notificações de hepatite B, 724 de Hepatite C, 2.386 registros de cicatriz sorológica de hepatite B e 64 de cicatriz de C. Não foram registrados no período casos de hepatite D.

Em relação à sífilis, foram notificados 9.244 casos de sífilis adquirida, 1.470 casos de sífilis em gestantes e 377 casos de sífilis congênita. Ainda tivemos 1.055 registros de outras ISTs notificadas (tricomoniase, condiloma acuminado, herpes genital-primeiro episódio e síndrome do corrimento uretral masculino), conforme Tabela 01

Figura 01. Linha do tempo do Comitê Municipal de Enfrentamento, Investigação e Prevenção da Transmissão de Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita – Santos, 2023 a 2025



Nota: elaborado por: Cláudia Lorite e Caroline Alberghini/SEVIEP, com o uso do Canva

Além das informações da série histórica dos últimos o nove anos (2016 a 2024), constantes neste boletim, os dados específicos para os níveis municipal, estadual e federal

podem ser visualizados por meio dos painéis de indicadores epidemiológicos disponíveis online no endereço: <http://antigo.Aids.gov.br/pt-br/gestores/painel-de-indicadores-epidemiologicos>.

Espera-se que as informações contidas neste documento possam contribuir para o controle dos casos de IST, HIV-Aids e hepatites virais, fornecendo subsídios para a tomada de decisões no município de Santos, impulsionando a redução e a eliminação dessas doenças.

Tabela 01. Total de casos e percentual de IST-Aids e Hepatites Virais, por ano de diagnóstico. Santos, 2016 a 2024

Variáveis	2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024		Total	
	N	%	N	N	%	N	N	%	N	N	%	N	N	%	N	N	%	N	N	%
Agravos notificados																				
Aids	113	5,6	93	4,2	88	4,0	82	5,0	75	5,4	82	4,2	101	4,7	78	3,8	66	3,0	778	4,4
Infecção pelo HIV	203	10,1	192	8,7	140	6,4	114	7,0	90	6,4	90	4,6	93	4,3	101	4,9	98	4,4	1121	6,3
Gestante HIV	19	0,9	26	1,2	12	0,5	7	0,4	6	0,4	8	0,4	14	0,7	19	0,9	6	0,3	117	0,7
Criança Exp. HIV	16	0,8	26	1,2	15	0,7	9	0,6	6	0,4	5	0,3	15	0,7	15	0,7	13	0,6	120	0,7
HIV-Aids <13 anos	0	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0
Hepatite B	66	3,3	54	2,4	50	2,3	35	2,2	34	2,4	32	1,6	34	1,6	31	1,5	29	1,3	365	2,0
Hepatite C	118	5,9	91	4,1	106	4,8	85	5,2	60	4,3	54	2,8	71	3,3	76	3,7	63	2,8	724	4,1
Cicatriz de B	588	29,2	656	29,7	494	22,5	42	2,6	39	2,8	294	15,0	138	6,5	29	1,4	106	4,8	2386	13,4
Cicatriz de C	4	0,2	12	0,5	11	0,5	3	0,2	3	0,2	2	0,1	7	0,3	6	0,3	16	0,7	64	0,4
Sífilis adquirida	746	37,1	844	38,2	983	44,8	975	59,9	777	55,5	1032	52,8	1191	55,7	1288	62,1	1408	63,7	9244	51,9
Sífilis em gestante	60	3,0	95	4,3	143	6,5	151	9,3	135	9,6	208	10,6	269	12,6	202	9,7	207	9,4	1470	8,2
Sífilis congênita	32	1,6	34	1,5	63	2,9	42	2,6	43	3,1	37	1,9	35	1,6	49	2,4	42	1,9	377	2,1
Outras ISTs notificadas	48	2,4	87	3,9	89	4,1	81	5,0	131	9,4	111	5,7	171	8,0	179	8,6	158	7,1	1055	5,9
Total	2013	100,0	2211	100,0	2194	100,0	1627	100,0	1399	100,0	1955	100,0	2139	100,0	2073	100,0	2212	100,0	17823	100,0

Fonte: Sinan-Net/base local SEVIEP. Atualizados em 20/06/2025. **Nota:** Dados provisórios, sujeitos a alterações

HIV-AIDS

A infecção pelo HIV e a Aids fazem parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças (Portaria GM/MS Nº 6.734, de 18 de março de 2025), sendo que a Aids é de notificação compulsória desde 1986; a infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV, desde 2000 (Portaria nº 993, de 4 de setembro de 2000); e a infecção pelo HIV, desde 2014 (Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014). Assim, na ocorrência de casos de infecção pelo HIV ou de Aids, estes devem ser reportados às autoridades de saúde.

Considerando as estimativas populacionais para o município de Santos produzidas pelo IBGE, tendo como base o Censo Demográfico 2010 e 2022, na série histórica de 2016 a 2024 foram notificados 778 novos casos de aids e 1.121 casos de infecção pelo HIV, inseridos no Sinan, com taxas de detecção de 15,4 e 22,8 por 100.000 habitantes (2024) respectivamente.

Após uma redução nos registros de aids, acentuada em 2020 devido à pandemia de covid-19, observou-se um aumento de 23,7% entre 2021 e 2022 (de 18,9 para 23,4 casos por

100.000 habitantes), com redução em 2023 (18,1 casos por 100.000 habitante) retornando aos níveis observados no período pré-pandêmico.

A infecção pelo HIV apresentou queda acentuada nas taxas de detecção, passando de 46,5 por 100.000 habitantes em 2016 para 22,8 em 2024 – uma redução de mais de 50% no período. Os anos de 2016 a 2018 concentraram as maiores taxas, com posterior declínio progressivo até 2021, seguido de uma leve oscilação nos anos seguintes (Tabela 01 e Figura 02). É importante notar que a infecção pelo HIV pode levar ao desenvolvimento da aids se não for tratada. Portanto, é fundamental garantir o diagnóstico precoce, o acesso ao tratamento antirretroviral e a adesão contínua ao tratamento para reduzir a progressão da infecção e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

No ano de 2024, a taxa de detecção em gestantes com HIV foi de 1,8 por 1.000 nascidos vivos (3.293) e a taxa de crianças expostas ao risco de transmissão vertical pelo HIV foi de 3,9 por 1.000 nascidos vivos (Tabela 01 e Figura 02). A taxa de gestante HIV é calculada a partir do diagnóstico da gestação. Assim, algumas gestantes estão notificadas no ano de 2023, e a criança exposta ao HIV em 2024, o que justifica a diferença nas taxas de detecção de gestante HIV e criança exposta.

As taxas de gestante HIV e crianças expostas variaram desde 2016 com maior taxa em 2017, 5,5 por 1.000 nascidos vivos e a menor taxa 1,5 por 1.000 nascidos vivos em 2020, ano da pandemia do covid-19. Após 2020, observa-se um aumento progressivo da taxa de detecção de gestante HIV, exceto com a queda no ano de 2024, quando verificou-se uma redução de 64,2%.

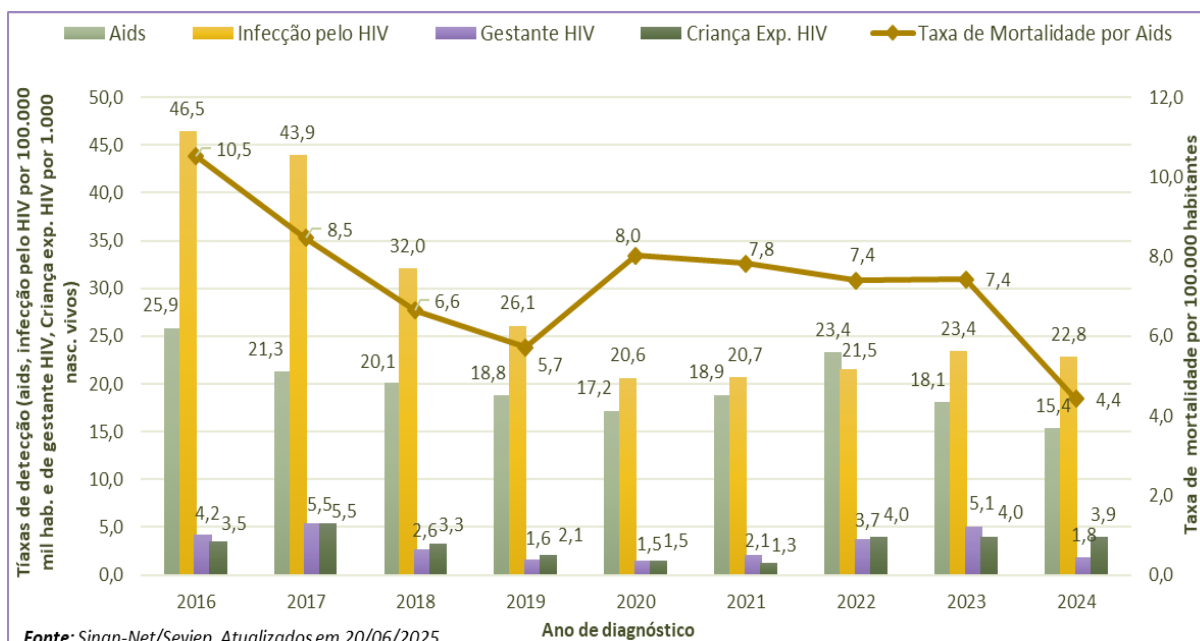
Já a taxa de detecção de crianças expostas ao HIV, em declínio de 76,4% entre os anos de 2017 e 2021 (5,5 e 1,3 casos por 1.000 nascidos vivos respectivamente), apresentou um incremento de 210,4% em 2022, mantido em 2023 e 2024, conforme Figura 02.

Portanto, estes valores demonstram a possibilidade de transmissão vertical, o que reforça a importância do pré-natal adequado, da testagem precoce, do acesso a profissionais qualificados e ao tratamento, assim como o vínculo e a adesão da gestante ao pré-natal. Em Santos, o seguimento das gestantes HIV e crianças expostas ao HIV do SUS e, por vezes mesmo da rede privada, é feito pela equipe do SAE (Serviço de Atendimento Especializado) Adulto e Infantil.

O último caso de transmissão vertical em Santos foi no ano de 2017 (tabela 1), mostrando o comprometimento das equipes envolvidas na eliminação da transmissão vertical no município (o caso de transmissão do HIV em menor de 13 anos registrado em 2019 ocorreu por via sexual).

No período de 2016 até 2024, foram registrados no SIM um total de 289 óbitos por causa básica aids (CID10: B20 a B24), com uma taxa média de mortalidade por aids de 7,4 óbitos/100 mil habitantes. O desvio padrão, que indica a variação das taxas de mortalidade ao longo desses anos, é de aproximadamente 1,7/100 mil habitantes. Entre 2016 e 2024, verificou-se uma queda de 58,0% na taxa de mortalidade por aids para Santos, que passou de 10,6 óbitos/100 mil habitantes para 7,4 óbitos/100 mil habitantes (Figura 02).

Figura 02. Taxas de detecção de Aids, de infecção pelo HIV, de gestante HIV, de criança exposta ao HIV e Taxa de mortalidade por Aids. Santos. 2016 a 2024



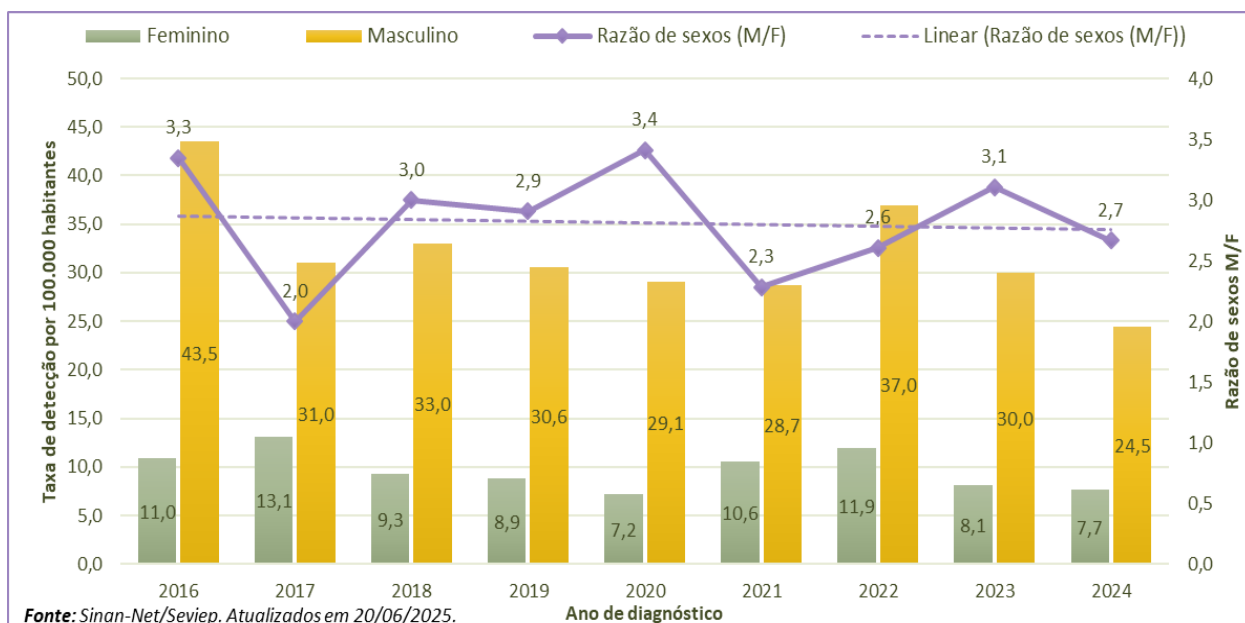
Nota: Pop. IBGE - Estimativas Populacionais por Município, Idade e Sexo 2000-2024. Dados provisórios, sujeitos a alterações

Na Figura 03, percebeu-se uma maior taxa de detecção de aids no sexo masculino. Entre os homens, observou-se ainda que a taxa de detecção de aids apresentou declínio no período entre 2016 e 2021, passando de 43,5 casos /100 mil habitantes para 28,7 casos /100 mil habitantes (queda de 34,0%), com uma elevação de 36,8% no ano de 2022.

Entre as mulheres, verificou-se que a taxa de detecção de aids apresentou pouca variação no período de 2016 a 2024, com um declínio em 2020 (queda de 45,1% em relação a 2017, ano em que o sexo feminino apresentou a maior taxa de detecção de aids, 13,1 casos/100 mil habitantes e a menor razão sexo, que foi de 2,0).

Em Santos, de 2016 a 2024, foram registrados 571 (73,4%) casos de aids em homens e 207 (26,6%) em mulheres. No mesmo período, a razão de sexos, expressa pela relação entre o número de casos de aids em homens e mulheres, manteve-se em vinte e oito homens para cada dez mulheres (2,8), em média. A tendência linear da razão de sexos ao longo dos anos revelou uma estabilidade na desproporção entre os sexos na aids, sem evidências robustas de redução da desigualdade.

Figura 03. Taxas de detecção de aids (por 100.000 habitantes) segundo o sexo e razão de sexo. Santos. 2016 a 2024



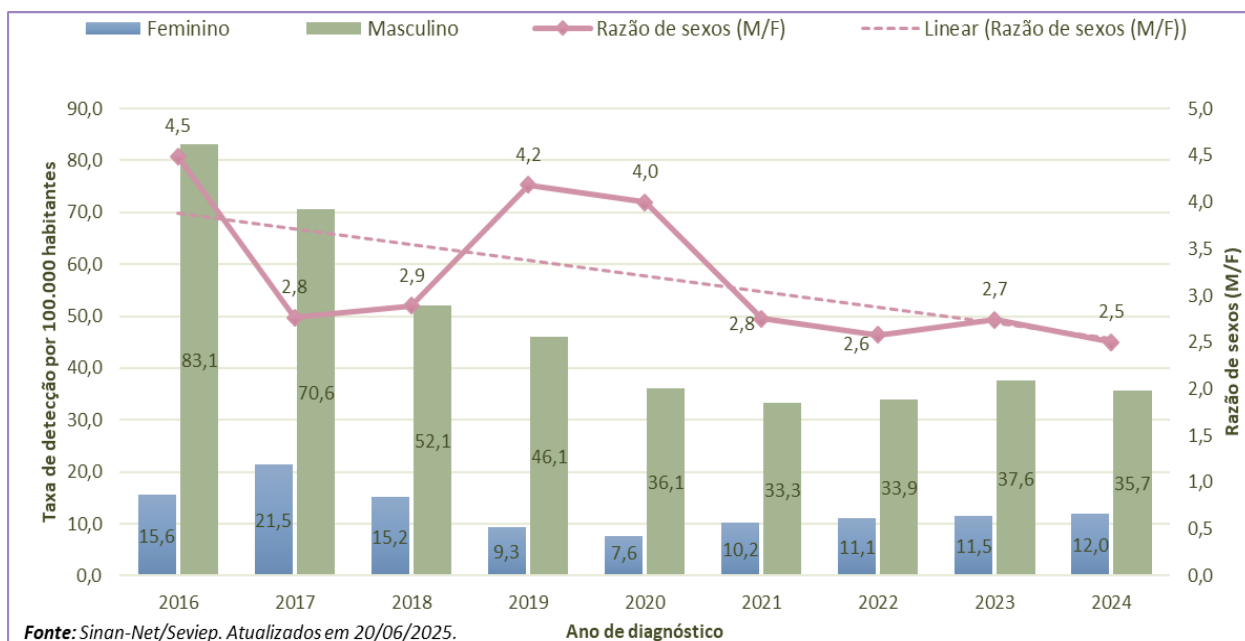
Nota: Pop. IBGE - Estimativas Populacionais por Município, Idade e Sexo 2000-2024. Dados provisórios, sujeitos a alterações.

Na Figura 04, são apresentadas as taxas de detecção de infecção pelo HIV no período de 2016 a 2024, segundo o sexo e razão de sexos (M/F). Nesse período, observou-se uma maior detecção de casos no sexo masculino.

Entre os homens, notou-se uma queda na taxa de detecção de HIV, de 83,1 (2016) para 35,7 (2024) casos por 100 mil habitantes, representando uma redução de 57,0%. Entre as mulheres, percebeu-se uma diminuição na taxa de detecção da HIV de 2017 a 2020, seguida de um aumento nos quatro anos subsequentes (2021 a 2024).

A razão de sexos em queda desde 2019, para o ano de 2024 foi de 2,5 (M/F), ou seja, vinte e cinco casos de infecção pelo HIV em homens para cada dez casos em mulheres. A tendência linear da razão de sexos indicou uma leve redução ao longo dos anos, embora não tenha sido suficiente para igualar a infecção pelo HIV entre os sexos

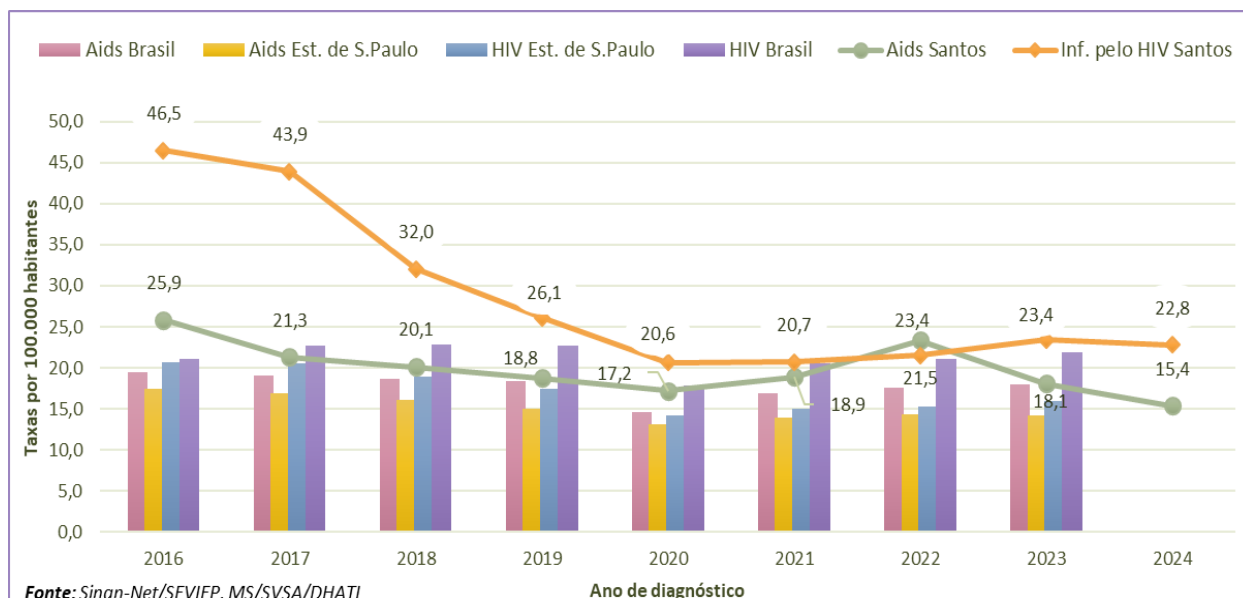
Figura 04. Taxas de detecção de infecção pelo HIV (por 100.000 habitantes) segundo o sexo e razão de sexo. Santos. 2016 a 2024



Nota: Pop. IBGE - Estimativas Populacionais por Município, Idade e Sexo 2000-2024. Dados provisórios, sujeitos a alterações

A Figura 05 expressa um comparativo entre as taxas de detecção de aids e infecção pelo HIV por 100.000 habitantes em Santos e as taxas estaduais e federais. Observou-se que Santos apresentou taxas superiores as do Brasil e do estado de São Paulo em todo o período analisado (2016 a 2024).

Figura 05. Taxas de detecção de Aids e infecção pelo HIV (por 100 mil habitantes), segundo o ano de diagnóstico. Brasil*, Estado de São Paulo* e Santos**, 2016 a 2024



Nota: Pop. IBGE - Estimativas Populacionais por Município, Idade e Sexo 2000-2024. Dados provisórios, sujeitos a alteração. *Dados do Brasil e Estado de São Paulo até 06/2023. **Dados de Santos atualizados em 23/06/2024.

Hepatites Virais B/C e D

O Boletim Epidemiológico de hepatites virais utiliza como referência o ano de diagnóstico para a distribuição dos casos de hepatites na série histórica (2016 a 2024), o que permite avaliar de forma mais adequada o momento da detecção desses eventos, evitando viés decorrente do atraso das notificações. Preferencialmente, a data de coleta da sorologia é considerada a data de diagnóstico do caso e, na sua ausência, utiliza-se a data dos primeiros sintomas.

No período de 2016 a 2023, foram notificados, à Seção de Vigilância Epidemiológica (SEVIEP), 1.089 casos confirmados de hepatites virais B e C em Santos. Destes, 365 (33,5%) são referentes aos casos de hepatite B e 724 (66,5%) aos de hepatite C (Tabela 1). Não foram registrados no período casos de hepatite D. Entre 2016 e 2024, ocorreram 113 óbitos atribuídos a hepatites virais B e C.

Destes óbitos, 8,8% tiveram como causa básica hepatite B e 91,2%, hepatite C (Tabela 2). A proporção de casos de hepatite C é maior do que a de hepatite B, tanto em termos de notificações quanto de óbitos. Isso pode indicar um desafio maior de saúde pública relacionado à hepatite C na região de Santos. As hepatites virais, especialmente as do tipo B e C, podem ter consequências graves para a saúde a longo prazo se não houver tratamento, incluindo cirrose e câncer de fígado. Portanto, sua vigilância contínua em todos os territórios constitui um componente essencial da saúde pública.

Variáveis	2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Óbitos por causas básicas																				
Hepatite B¹	2	10,0	2	13,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	27,3	0	0,0	1	11,1	2	20,0	10	8,8
Hepatite C²	18	90,0	13	86,7	19	100,0	15	100,0	10	100,0	8	72,7	4	100,0	8	88,9	8	80,0	103	91,2
Total	20	100,0	15	100,0	19	100,0	15	100,0	10	100,0	11	100,0	4	100,0	9	100,0	10	100,0	113	100

Tabela 02. Número e percentual de óbitos por causa básica — Hepatite B e C. Santos, 2016 a 2024

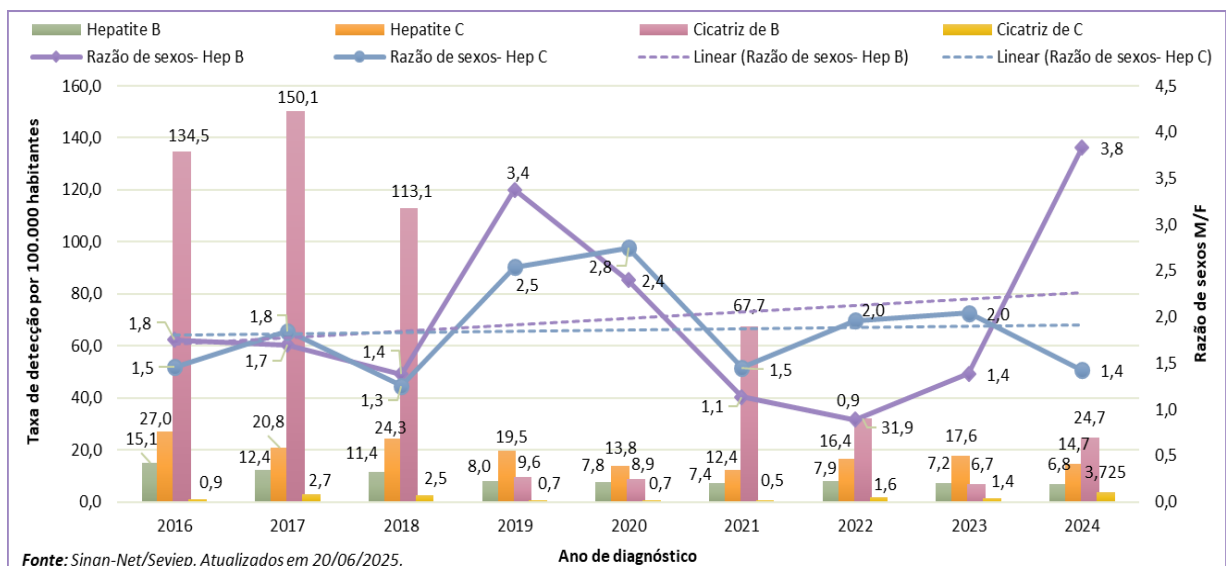
Fonte: SIM/SEVIEP. Dados consolidados em junho/2024, sujeitos a alterações.

Notas: (1) Óbito por hepatite B: causa básica B 16.2 (hepatite aguda B sem agente delta, com coma hepático) ou B 16.9 (hepatite aguda B sem agente delta e sem coma hepático) ou B 18.1 (hepatite crônica viral B sem agente delta).

(2) Óbito por hepatite C: causa básica B 17.1 (hepatite aguda C) ou B 18.2 (hepatite viral crônica C).

A Figura 06 apresenta a evolução das taxas de detecção de hepatite virais (B, C, cicatrizes sorológicas de B e C) de 2016 a 2024 (não houve registro de hepatite D). A taxa de detecção da hepatite B apresentou tendência de declínio em todo o período analisado, de 15,1 em 2016 para 6,8 casos por 100.000 habitantes em 2024, uma redução de 55,3%. Ao longo do período analisado (2016 a 2024), a taxa de detecção de hepatite C é consistentemente superior à da hepatite B. A razão de sexos para hepatites virais B e C apresentou pouca variação, à exceção de 2019 e 2020, quando observou-se um aumento na razão de sexos, a hepatite B atingiu 3,4 e 2,4 e a C atingiu 2,5 e 2,8, encerrando o período em 2024, com 3,8 e 1,4 respectivamente. A tendência linear sugeriu discreto aumento da razão de sexos nas hepatites B e estabilidade na hepatite C.

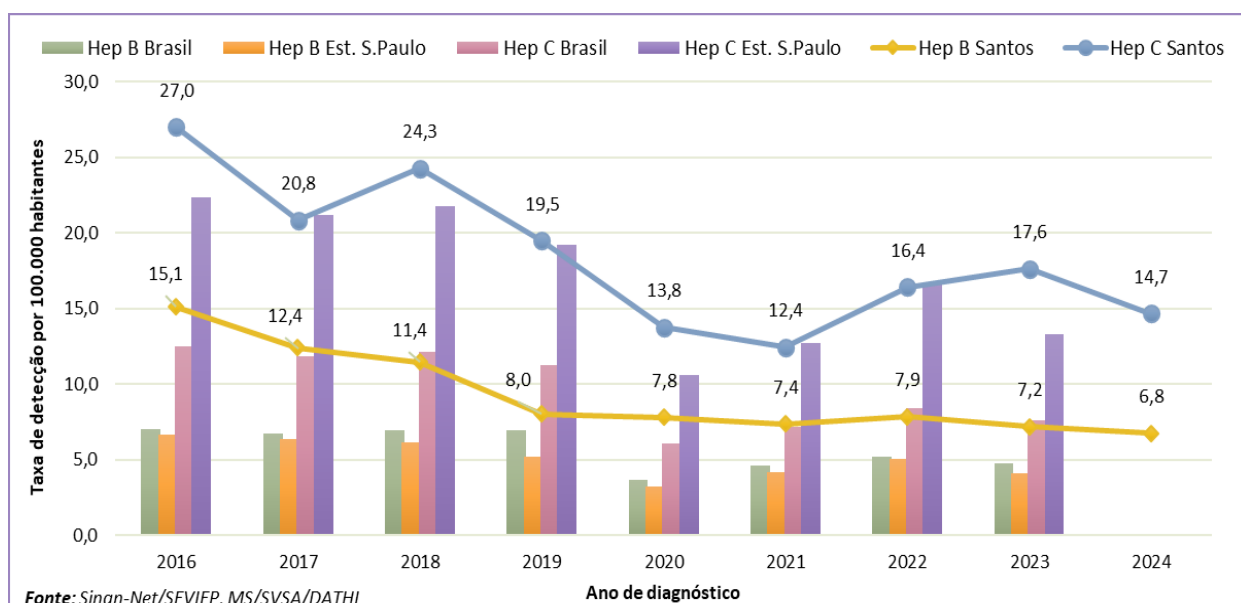
Figura 06. Taxas de detecção de hepatite B, de hepatite C, de cicatriz de B, de cicatriz de C e razão de sexos (M/F) -Hep. B e C. Santos. 2016 a 2024



Nota: Pop. IBGE - Estimativas Populacionais por Município, Idade e Sexo 2000-2024. Dados provisórios, sujeitos a alterações..

Entre 2016 e 2024, verificou-se que o Brasil, o estado de São Paulo e o município de Santos apresentaram declínio em suas taxas de detecção de hepatites B e C, sendo que a taxa de detecção de hepatite B de Santos ficou acima da federal e estadual durante todo o período. Considerando os casos de hepatite C, entre 2016 e 2024 a taxas de detecção ficaram abaixo das taxas estaduais em 2017, 2021 e 2022. A redução no período, para as taxas de detecção de hepatite B e C no município de Santos é de 55,3% e 45,7% respectivamente, conforme demonstra a Figura 07.

Figura 07. Taxas de detecção de hepatites virais B e C (por 100 mil habitantes), segundo o ano de diagnóstico. Brasil*, Estado de São Paulo* e Santos**, 2016 a 2024



Nota: Pop. IBGE - Estimativas Populacionais por Município, Idade e Sexo 2000-2024. Dados provisórios, sujeitos a alteração. *Dados do Brasil e Estado de São Paulo até 31/12/2022. **Dados de Santos atualizados em 23/06/2024.

SÍFILIS

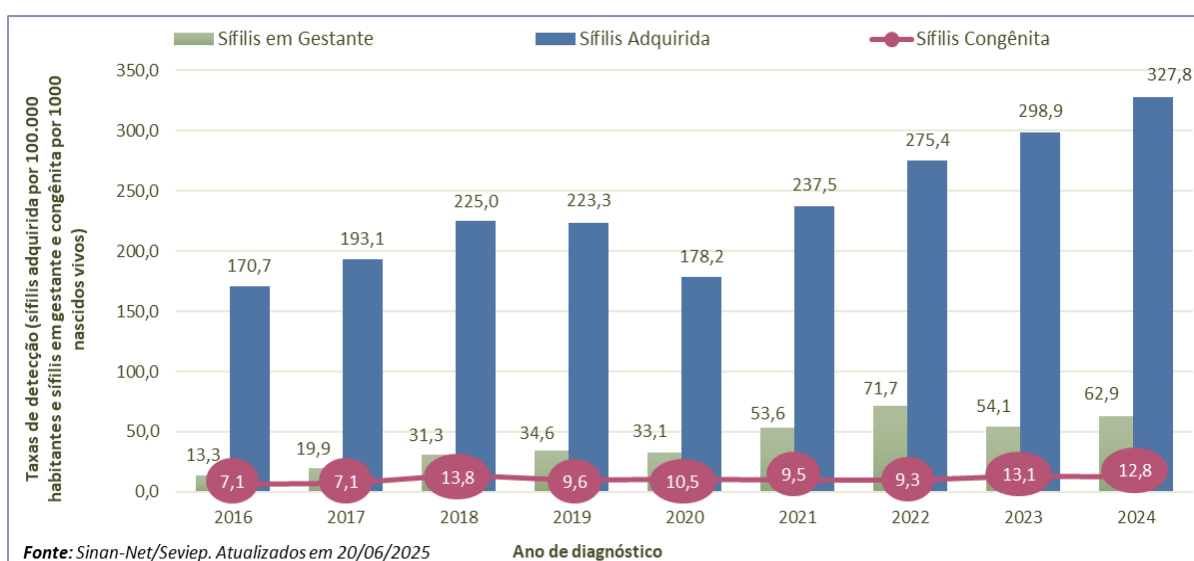
A notificação compulsória de sífilis congênita em todo o território nacional foi instituída por meio da Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986; a de sífilis em gestantes, pela Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005; e, por último, a de sífilis adquirida, por intermédio da Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010. Atualmente, a portaria vigente que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional e dá outras providências é a Portaria GM/MS Nº 6.734, de 18 de março de 2025.

Entre 2016 e 2024, Santos registrou 9.244 casos de sífilis adquirida. A taxa de detecção mostrou uma tendência de crescimento, de 170,7 em 2016 para 327,8 casos por 100.000 habitantes em 2024, um aumento de 92,0%, o que representou praticamente o dobro da taxa inicial (Tabela 03; Figura 08).

No mesmo período, em relação a sífilis em gestante, registrou-se um total de 1.470 casos, com a taxa de detecção tendo passado de 13,3 por 1.000 nascidos vivos em 2016 para 62,9 em 2024. O maior valor foi registrado em 2022, com 71,7, seguido por uma leve redução em 2023 (54,1 casos por 1.000 nascidos vivos), antes de um novo crescimento no último ano para 62,9 casos por 1.000 nascidos vivos (Tabela 04; Figura 08).

Os dados de sífilis congênita, na série histórica analisada, revelaram o registro de 377 casos. A taxa de incidência apresentou uma leve redução de 2,8% entre 2023 e 2024, conforme a Tabela 05 e a Figura 08.

Figura 08. Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100 mil habitantes), taxa de detecção de sífilis em gestante e taxa de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos). Santos. 2016 a 2024



Nota: Pop. IBGE - Estimativas Populacionais por Município, Idade e Sexo 2000-2024. Dados provisórios, sujeitos a alterações

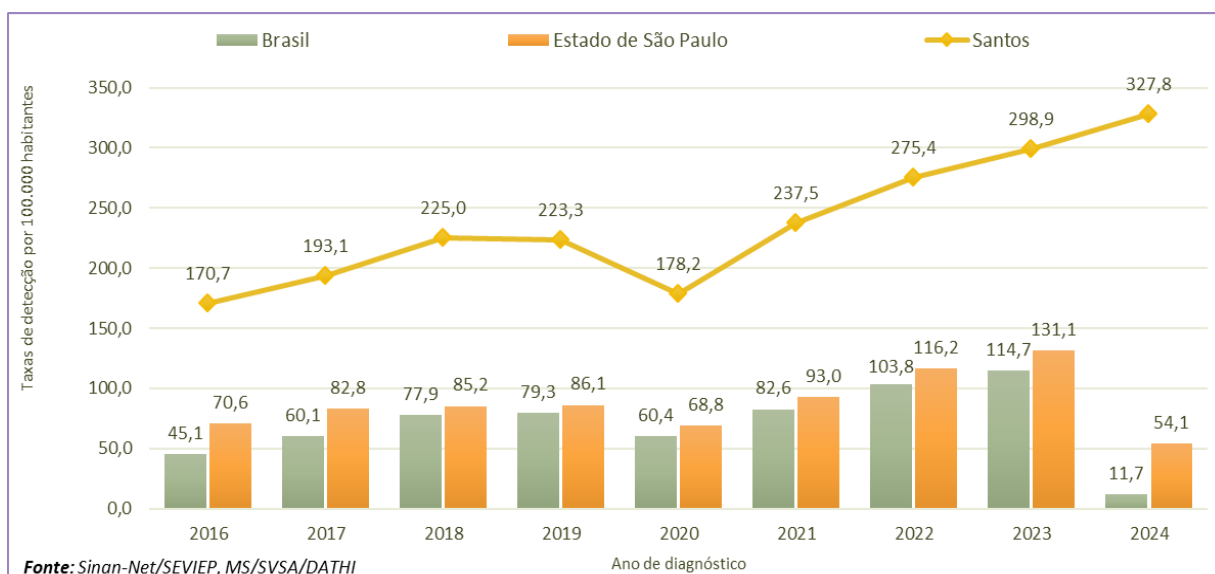
SÍFILIS ADQUIRIDA

A sífilis adquirida teve sua taxa de detecção aumentada de 170,7 para 327,8 casos por 100 mil habitantes na comparação do ano de 2016 com 2024, um aumento expressivo de 92% no período, interrompido apenas de 2018 a 2020, onde observou-se uma diminuição na taxa de detecção de sífilis adquirida, de 225 casos por 100 mil habitantes (2018) para 178,2 casos por 100 mil habitantes em 2020, configurando um decréscimo de 20,8 %.

Cabe ressaltar que essa redução do número de casos em 2020 pode ser decorrente de uma subnotificação dos casos no Sinan devido à mobilização local dos profissionais de saúde ocasionada pela pandemia de covid-19, além da queda de consultas e exames não relacionados a covid-19 e, portanto, do diagnóstico de sífilis naquele período. A partir de 2021, a taxa de detecção volta a elevar-se a patamares superiores ao período pré-pandemia, com aumento de 23% no último ano (de 298,9 para 327,8 casos por 100.000 habitantes), conforme demonstra a Figura 09.

A Figura 09, reproduzida a seguir, apresenta a taxa de detecção de sífilis adquirida para o Brasil, estado de São Paulo e município de Santos. Expressando um comparativo entre as taxas nos níveis federal, estadual e municipal no período analisado (2016 a 2024), onde verificou-se que a taxa de detecção de sífilis adquirida do município de Santos ficou acima das taxas federal e estadual durante todo o período.

Figura 09. Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100 mil habitantes), segundo o ano de diagnóstico. Brasil*, Estado de São Paulo* e Santos**, 2016 a 2024



Nota: Pop. IBGE - Estimativas Populacionais por Município, Idade e Sexo 2000-2024. Dados provisórios, sujeitos a alterações. *Dados do Brasil e Estado de São Paulo até 30/06/2024. **Dados de Santos atualizados em 20/06/2025.

A pirâmide etária da taxa de detecção dos casos notificados de sífilis adquirida em homens e mulheres, segundo a faixa etária, no período de 2016 (linhas tracejadas) e 2024 (linhas contínuas). Notou-se que em Santos a população mais afetada entre os homens é a da faixa etária de 20 a 39 anos com destaque para a faixa de 20 a 29 anos, que apresentou a maior taxa de detecção de sífilis adquirida durante o período analisado, com taxas de detecção de 461,3 por 100.000 habitantes e 755,1 por 100.000 habitantes (2016 e 2024) respectivamente.

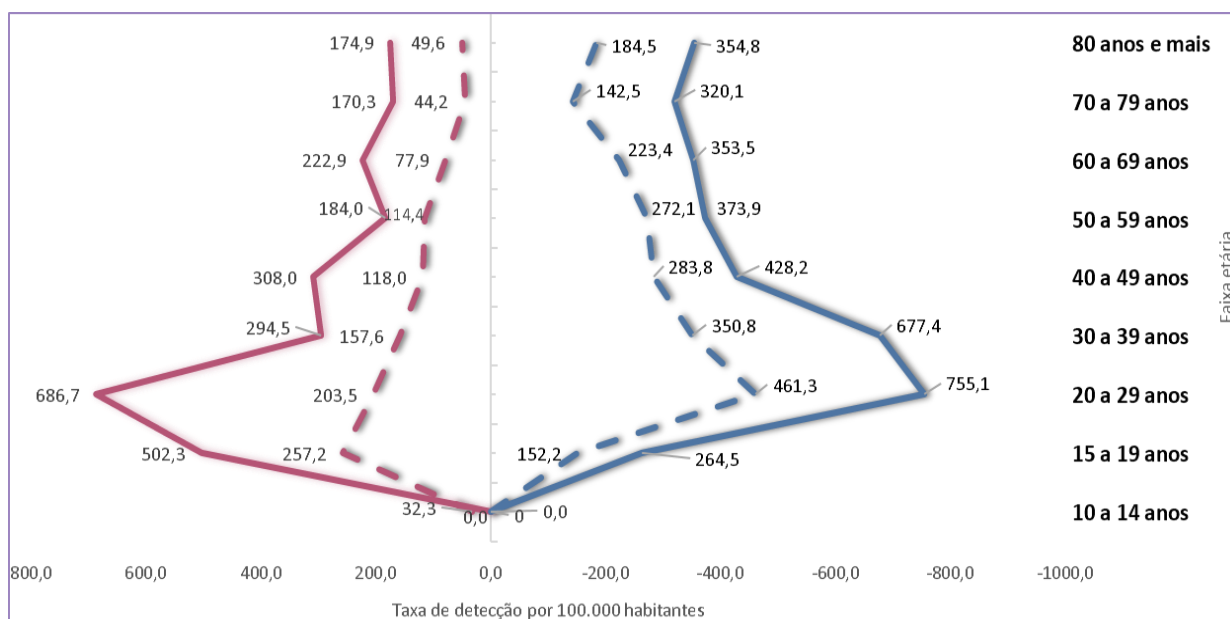
Esta faixa etária geralmente é composta por jovens adultos que estão iniciando a atividade sexual. A alta taxa de detecção de sífilis pode indicar práticas sexuais desprotegidas, educação sexual insuficiente e, possivelmente, menos procura por serviços de saúde preventiva. Nesta faixa etária, podem ser úteis programas com iniciativas educacionais que aumentem a conscientização sobre a doença e os modos de prevenção, testagem regular para ISTs e acesso facilitado a serviços de saúde.

Entre as mulheres, comparando os anos de 2016 e 2024, observou-se que a detecção de sífilis adquirida é mais alta entre as de 15 a 29 anos, com picos significativos na faixa de 15 a 19 anos (257,2 e 502,3 por 100.000 habitantes), sugerindo maior vulnerabilidade à infecção de sífilis nas mulheres dessas faixas etárias. O pico observado na faixa de 15 a 19 anos pode refletir início precoce da atividade sexual sem proteção adequada, falta de educação sexual abrangente, acesso limitado a serviços de saúde, entre outros.

Programas educativos e preventivos devem ser intensificados para esta faixa etária, focando em saúde sexual e reprodutiva, promoção de modos preventivos e testagem regular para infecções sexualmente transmissíveis.

Além disso, observou-se que as taxas de detecção são predominantemente femininas em algumas faixas etárias na base das pirâmides, como a faixa etária de 10 a 14 anos, o que corrobora com a observação de início precoce da atividade sexual. E nas faixas etárias mais altas das pirâmides as taxas de detecção foram predominantemente masculinas, Figura 10

Figura 10. Pirâmide etária da taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100 mil habitantes). Santos, 2016 e 2024



Nota: Pop. IBGE - Estimativas Populacionais por Município, Idade e Sexo 2000-2024. Dados provisórios, sujeitos a alterações.

Em relação à estratificação por regiões, no período de 2016 a 2024, em Santos, foram notificados 9.244 casos de sífilis adquirida, dos quais 34,6% ocorreram na Região da Orla, 25,8% na Zona Noroeste, 19,9% nos Morros, 16,6% no Centro e 1,2% na Área Continental (Tabela 03). A análise das taxas de detecção de sífilis adquirida exibiu uma tendência de crescimento progressivo da infecção, com importantes desigualdades entre as regiões administrativas.

Notou-se que a região Central concentra as maiores taxas ao longo de quase toda a série histórica alcançando 847,5 casos por 100.000 habitantes em 2023 e mantendo-se elevada em 2024 (658,0 casos por 100.000 habitantes). Essa concentração pode estar associada à presença de maior fluxo populacional, oferta de serviços e grupos mais vulneráveis à infecção na região do Centro.

A Zona Noroeste apresentou crescimento contínuo e expressivo, passando de 278,0 em 2016 para 531,1 casos por 100.000 habitantes em 2024, um aumento de 47,7%, configurando-se como uma das áreas prioritárias para intervenção. Os Morros também registraram aumento importante nas taxas de detecção de sífilis adquirida, especialmente a partir de 2021, encerrando o período com 433,5 casos por 100.000 habitantes.

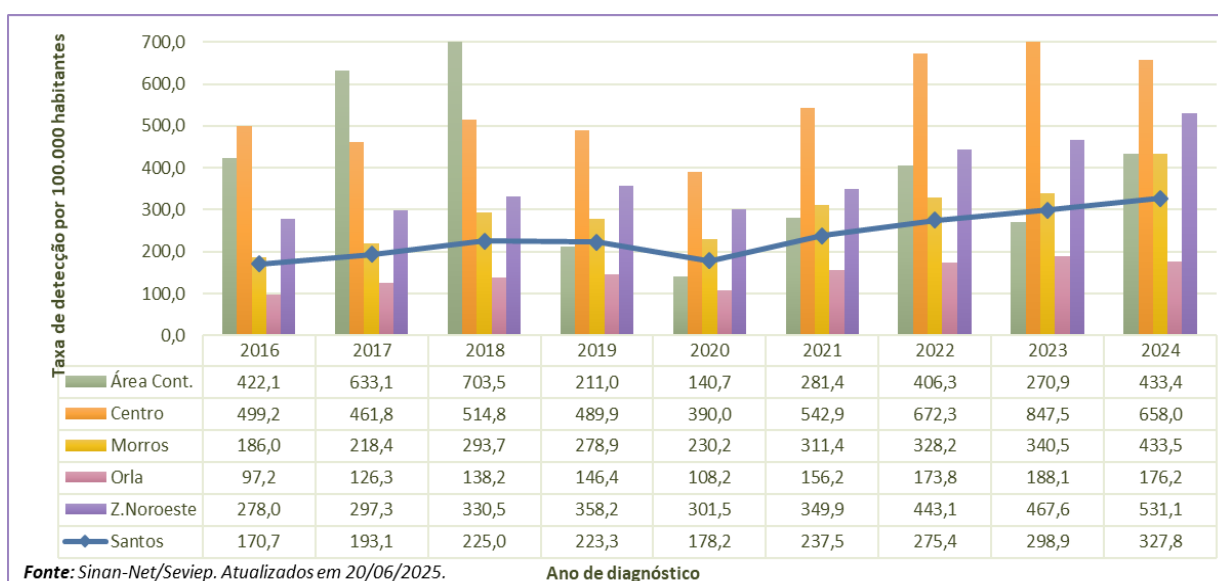
Na região da Área Continental notou-se oscilações significativas, com picos nos anos de 2017 (633,1 casos por 100.000 habitantes) e 2018 (703,5 casos por 100.000 habitantes), seguidos de queda e posterior retomada do crescimento, atingindo 433,4 casos por 100.000

habitantes em 2024. Essas variações podem indicar instabilidade na vigilância epidemiológica territorial e possíveis ações pontuais de testagem em determinados períodos.

A região da Orla manteve-se com os menores índices ao longo da série, com discretas variações, encerrando 2024 com taxa de 176,2 casos por 100.000 habitantes.

Todas as regiões, nos últimos nove anos, à exceção da Orla (em todo o período) e da Área Continental (2019, 2020 e 2023) apresentaram taxas de detecção de sífilis adquirida maiores que a do município, conforme a Figura 11.

Figura 11. Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100 mil habitantes), segundo o ano de diagnóstico, por faixa etária e sexo. Santos, 2016 a 2023



Nota: Pop. IBGE - Estimativas Populacionais por Município, Idade e Sexo 2000-2024 e Censo 2022. Dados provisórios, sujeitos a alterações.

Tabela 03. Casos e percentual de sífilis adquirida, segundo a faixa etária, raça/cor da pele, escolaridade, sexo e região de residência, por ano de diagnóstico. Santos, 2016 a 2024

Variáveis	2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Faixa etária																				
0 a 4 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	1	0,0
5 a 9 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10 a 14 anos	4	0,5	4	0,5	3	0,3	3	0,3	3	0,4	2	0,2	5	0,4	4	0,3	0	0,0	28	0,3
15 a 19 anos	56	7,5	70	8,3	69	7,0	56	5,7	57	7,3	72	7,0	88	7,4	74	5,7	94	6,7	636	6,9
20 a 29 anos	191	25,6	268	31,8	309	31,4	260	26,7	240	30,9	290	28,1	326	27,4	343	26,6	374	26,6	2601	28,1
30 a 39 anos	165	22,1	174	20,6	223	22,7	207	21,2	169	21,8	204	19,8	270	22,7	285	22,1	275	19,5	1972	21,3
40 a 49 anos	117	15,7	130	15,4	122	12,4	138	14,2	93	12,0	159	15,4	190	16,0	195	15,1	239	17,0	1383	15,0
50 a 59 anos	109	14,6	97	11,5	131	13,3	122	12,5	94	12,1	130	12,6	134	11,3	165	12,8	154	10,9	1136	12,3
60 a 69 anos	64	8,6	66	7,8	77	7,8	98	10,1	69	8,9	87	8,4	102	8,6	145	11,3	146	10,4	854	9,2
70 a 79 anos	24	3,2	25	3,0	34	3,5	63	6,5	30	3,9	65	6,3	60	5,0	51	4,0	80	5,7	432	4,7
80 anos e mais	16	2,1	10	1,2	15	1,5	28	2,9	22	2,8	23	2,2	16	1,3	25	1,9	46	3,3	201	2,2
Total	746	100,0	844	100,0	983	100,0	975	100,0	777	100,0	1032	100,0	1191	100,0	1288	100,0	1408	100,0	9244	100,0
Raça/cor da pele																				
Branca	297	39,8	286	33,9	197	20,0	132	13,5	109	14,0	118	11,4	420	35,3	728	56,5	752	53,4	3039	32,9
Preta	66	8,8	49	5,8	42	4,3	24	2,5	26	3,3	26	2,5	110	9,2	159	12,3	197	14,0	699	7,6
Amarela	3	0,4	2	0,2	1	0,1	1	0,1	6	0,8	5	0,5	12	1,0	8	0,6	26	1,8	64	0,7
Parda	142	19,0	129	15,3	122	12,4	86	8,8	67	8,6	79	7,7	256	21,5	373	29,0	425	30,2	1679	18,2
Indígena	0	0,0	0	0,0	2	0,2	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,2	0	0,0	6	0,1
Ignorado	238	31,9	378	44,8	619	63,0	731	75,0	569	73,2	804	77,9	393	33,0	17	1,3	8	0,6	3757	40,6
Total	746	100,0	844	100,0	983	100,0	975	100,0	777	100,0	1032	100,0	1191	100,0	1288	100,0	1408	100,0	9244	100,0
Escolaridade																				
Analfabeto	1	0,8	1	1,2	0	0,0	0	0,0	3	1,8	0	0,0	3	1,0	2	0,6	1	0,4	11	0,7
1ª a 4ª série incompleta do EF	5	4,0	7	8,4	3	2,6	9	6,1	16	9,6	8	5,6	15	5,2	9	2,8	15	5,4	87	5,2
4ª série completa do EF	13	10,5	6	7,2	5	4,4	8	5,4	3	1,8	4	2,8	5	1,7	9	2,8	4	1,4	57	3,4
5ª a 8ª série incompleta do EF	30	24,2	7	8,4	11	9,6	17	11,6	22	13,2	16	11,1	30	10,3	33	10,2	29	10,4	195	11,7
Ensino fundamental completo	39	31,5	15	18,1	26	22,8	23	15,6	27	16,2	27	18,8	36	12,4	45	13,8	32	11,5	270	16,1
Ensino médio incompleto	13	10,5	10	12,0	26	22,8	26	17,7	17	10,2	16	11,1	37	12,8	41	12,6	47	16,9	233	13,9
Ensino médio completo	15	12,1	19	22,9	31	27,2	41	27,9	54	32,3	57	39,6	104	35,9	120	36,9	105	37,8	546	32,7
Educação superior incompleta	1	0,8	7	8,4	3	2,6	3	2,0	10	6,0	3	2,1	14	4,8	21	6,5	7	2,5	69	4,1
Educação superior completa	7	5,6	11	13,3	9	7,9	20	13,6	15	9,0	12	8,3	46	15,9	44	13,5	38	13,7	202	12,1
Não se aplica	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7	0	0,0	1	0,3	0	0,0	2	0,1
Subtotal	124	16,6	83	9,8	114	11,6	147	15,1	167	21,5	144	14,0	290	24,3	325	25,2	278	19,7	1672	18,1
Ignorado	622	83,4	761	90,2	869	88,4	828	84,9	610	78,5	888	86,0	901	75,7	963	74,8	1130	80,3	7572	81,9
Total	746	100,0	844	100,0	983	100,0	975	100,0	777	100,0	1032	100,0	1191	100,0	1288	100,0	1408	100,0	9244	100,0
Sexo																				
Masculino	479	64,2	527	62,4	608	61,9	574	58,9	423	54,4	642	62,2	738	62,0	779	60,5	781	55,5	5551	60,0
Feminino	267	35,8	317	37,6	375	38,1	401	41,1	354	45,6	390	37,8	453	38,0	509	39,5	627	44,5	3693	40,0
Total	746	100,0	844	100,0	983	100,0	975	100,0	777	100,0	1032	100,0	1191	100,0	1288	100,0	1408	100,0	9244	100,0
Regiões de residência																				
Área Continental	12	1,6	18	2,1	20	2,0	6	0,6	4	0,5	8	0,8	15	1,3	10	0,8	16	1,1	109	1,2
Centro	160	21,4	148	17,5	165	16,8	157	16,1	125	16,1	174	16,9	188	15,8	237	18,4	184	13,1	1538	16,6
Morros	126	16,9	148	17,5	199	20,2	189	19,4	156	20,1	211	20,4	240	20,2	249	19,3	317	22,5	1835	19,9
Orla	237	31,8	308	36,5	337	34,3	357	36,6	264	34,0	381	36,9	425	35,7	460	35,7	431	30,6	3200	34,6
Zona Noroeste	201	26,9	215	25,5	239	24,3	259	26,6	218	28,1	253	24,5	307	25,8	324	25,2	368	26,1	2384	25,8
Sem Residência Fixa	4	0,5	4	0,5	20	2,0	5	0,5	4	0,5	1	0,1	2	0,2	1	0,1	36	2,6	77	0,8
Ignorado	6	0,8	3	0,4	3	0,3	2	0,2	6	0,8	4	0,4	14	1,2	7	0,5	56	4,0	101	1,1
Total	746	100,0	844	100,0	983	100,0	975	100,0	777	100,0	1032	100,0	1191	100,0	1288	100,0	1408	100,0	9244	100,0

Fonte: Sinan-Net/ Base local SEVIEP. Atualizados em 20/06/2025. Dados provisórios, sujeitos a alterações.

O município de Santos, nos últimos nove anos, apresentou um crescimento expressivo dos números absolutos e das taxas de detecção de sífilis, especialmente nos casos de sífilis adquirida. Esse cenário evidenciou que o controle da sífilis adquirida, sobretudo na população em idade reprodutiva, é fundamental para a eliminação da doença, uma vez que possibilita a interrupção da cadeia de transmissão.

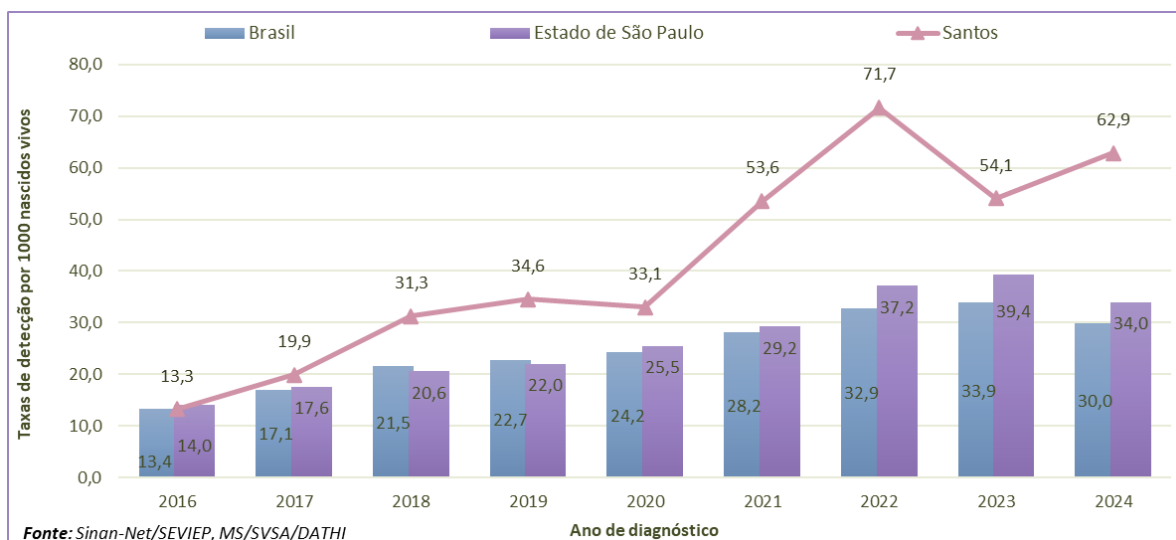
SÍFILIS EM GESTANTE

No período de 2016 a 2024, foram notificados 1.470 casos de sífilis em gestante. A distribuição geográfica desses casos revelou que 43,4% das gestantes infectadas eram residentes na Zona Noroeste, 19,1% na Orla, 19% nos Morros, 10,3% no Centro e 0,6% na Área Continental.

O maior número de casos de sífilis em gestantes foi registrado, em todos os anos (2016 a 2024), na região da Zona Noroeste (Tabela 04). Esta região contém uma população extremamente vulnerável. Em janeiro de 2025, visando diminuir a alta demanda unidade do Rádio Clube, houve a inauguração da Policlínica Vila Gilda e transformação da Policlínica Rádio Clube de unidade básica de saúde para unidade de saúde da família. Estas duas unidades são responsáveis pela maior parte do atendimento da população na região, o que em relação à sífilis espera-se ajudar no melhor atendimento e acompanhamento dos casos ali presentes.

Em relação à taxa de detecção, verificou-se que, a partir de 2017, o município de Santos apresentou taxas maiores que as do Brasil e do estado de São Paulo, com aumento constante até 2022 (71,7 casos por 1.000 nascidos vivos), o que representou um incremento de 439% em relação ao ano de 2016 (13,3 casos por 1.000 nascidos vivos). Em 2023, houve um declínio de 24,5% (54,1 casos por 1.000 habitantes), com novo incremento de 16,2% em 2024 (62,9 casos por 1.000 nascidos vivos), conforme a Figura 12.

Figura 12. Taxa de detecção de sífilis em gestante (por 1000 nascidos vivos), segundo o ano de diagnóstico. Brasil*, Estado de São Paulo* e Santos**, 2016 a 2024



Nota: MS/SVSA - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. Dados provisórios, sujeitos a alterações
 *Dados do Brasil e Estado de São Paulo até 06/2024. **Dados de Santos atualizados em 20/06/2025.

Tabela 04. Casos e percentual de sífilis em gestante, segundo a idade gestacional, raça/cor da pele, escolaridade, e região de residência, por ano de diagnóstico. Santos, 2016 a 2024

Variáveis	2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Idade gestacional																				
1º Trimestre	35	58,3	42	44,2	39	27,3	40	26,5	66	48,9	135	64,9	128	47,6	93	46,0	142	68,6	720	49,0
2º Trimestre	14	23,3	22	23,2	22	15,4	37	24,5	25	18,5	23	11,1	31	11,5	45	22,3	36	17,4	255	17,3
3º Trimestre	11	18,3	31	32,6	80	55,9	68	45,0	44	32,6	49	23,6	72	26,8	42	20,8	28	13,5	425	28,9
Idade gestacional Ignorada	0	0,0	0	0,0	2	1,4	6	4,0	0	0,0	1	0,5	38	14,1	22	10,9	1	0,5	70	4,8
Total	60	100,0	95	100,0	143	100,0	151	100,0	135	100,0	208	100,0	269	100,0	202	100,0	207	100,0	1470	100,0
Faixa Etária																				
10 a 14 anos	1	1,7	4	4,2	0	0,0	0	0,0	2	1,5	2	1,0	5	1,9	0	0,0	2	1,0	16	1,1
15 a 19 anos	15	25,0	23	24,2	28	19,6	32	21,2	23	17,0	34	16,3	59	21,9	38	18,8	37	17,9	289	19,7
20 a 29 anos	28	46,7	44	46,3	86	60,1	77	51,0	79	58,5	129	62,0	158	58,7	117	57,9	134	64,7	852	58,0
30 a 39 anos	16	26,7	24	25,3	26	18,2	35	23,2	26	19,3	41	19,7	43	16,0	41	20,3	29	14,0	281	19,1
40 a 49 anos	0	0,0	0	0,0	3	2,1	7	4,6	5	3,7	2	1,0	4	1,5	6	3,0	5	2,4	32	2,2
Total	60	100,0	95	100,0	143	100,0	151	100,0	135	100,0	208	100,0	269	100,0	202	100,0	207	100,0	1470	100,0
Raça/cor da pele																				
Branca	22	36,7	37	38,9	41	28,7	44	29,1	48	35,6	54	26,0	72	26,8	62	30,7	93	44,9	473	32,2
Preta	7	11,7	12	12,6	8	5,6	10	6,6	12	8,9	24	11,5	28	10,4	16	7,9	20	9,7	137	9,3
Amarela	1	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7	1	0,5	2	0,7	0	0,0	0	0,0	5	0,3
Parda	22	36,7	34	35,8	56	39,2	81	53,6	71	52,6	98	47,1	119	44,2	82	40,6	85	41,1	648	44,1
Ignorado	8	13,3	12	12,6	38	26,6	16	10,6	3	2,2	31	14,9	48	17,8	42	20,8	9	4,3	207	14,1
Total	60	100,0	95	100,0	143	100,0	151	100,0	135	100,0	208	100,0	269	100,0	202	100,0	207	100,0	1470	100,0
Escolaridade																				
1ª a 4ª série incompleta do EF	0	0,0	2	4,5	1	2,4	2	2,3	1	0,8	1	0,6	3	1,8	1	1,0	1	0,9	12	1,3
4ª série completa do EF	2	4,1	0	0,0	1	2,4	3	3,4	2	1,6	1	0,6	3	1,8	1	1,0	1	0,9	14	1,6
5ª a 8ª série incompleta do EF	12	24,5	8	18,2	5	12,2	12	13,8	18	14,2	21	12,7	28	16,9	12	11,9	14	12,8	130	14,6
Ensino fundamental completo	11	22,4	6	13,6	2	4,9	12	13,8	17	13,4	20	12,0	21	12,7	3	3,0	6	5,5	98	11,0
Ensino médio incompleto	9	18,4	10	22,7	13	31,7	21	24,1	27	21,3	35	21,1	38	22,9	25	24,8	30	27,5	208	23,4
Ensino médio completo	14	28,6	13	29,5	15	36,6	31	35,6	54	42,5	77	46,4	58	34,9	48	47,5	48	44,0	358	40,2
Educação superior incompleta	1	2,0	0	0,0	2	4,9	2	2,3	4	3,1	7	4,2	10	6,0	6	5,9	4	3,7	36	4,0
Educação superior completa	0	0,0	5	11,4	2	4,9	4	4,6	4	3,1	4	2,4	5	3,0	5	5,0	5	4,6	34	3,8
Subtotal	49	81,7	44	46,3	41	28,7	87	57,6	127	94,1	166	79,8	166	61,7	101	50,0	109	52,7	890	60,5
Ignorado	11	18,3	51	53,7	102	71,3	64	42,4	8	5,9	42	20,2	103	38,3	101	50,0	98	47,3	580	39,5
Total	60	100,0	95	100,0	143	100,0	151	100,0	135	100,0	208	100,0	269	100,0	202	100,0	207	100,0	1470	100,0
Região de residência																				
Área Continental	1	1,7	2	2,1	0	0,0	1	0,7	0	0,0	2	1,0	2	0,7	0	0,0	1	0,5	9	0,6
Centro	8	13,3	8	8,4	27	18,9	21	13,9	16	11,9	20	9,6	19	7,1	19	9,4	13	6,3	151	10,3
Morros	10	16,7	19	20,0	21	14,7	21	13,9	26	19,3	36	17,3	62	23,0	26	12,9	59	28,5	280	19,0
Orla	12	20,0	23	24,2	28	19,6	29	19,2	24	17,8	47	22,6	49	18,2	38	18,8	31	15,0	281	19,1
Zona Noroeste	29	48,3	38	40,0	52	36,4	60	39,7	66	48,9	95	45,7	126	46,8	71	35,1	101	48,8	638	43,4
Ignorado	0	0,0	5	5,3	15	10,5	19	12,6	3	2,2	8	3,8	11	4,1	48	23,8	2	1,0	111	7,6
Total	60	100,0	95	100,0	143	100,0	151	100,0	135	100,0	208	100,0	269	100,0	202	100,0	207	100,0	1470	100,0

Fonte: Sinan-Net/ Base local SEVIEP. Atualizados em 20/06/2025. Dados provisórios, sujeitos a alterações

SÍFILIS CONGÊNITA

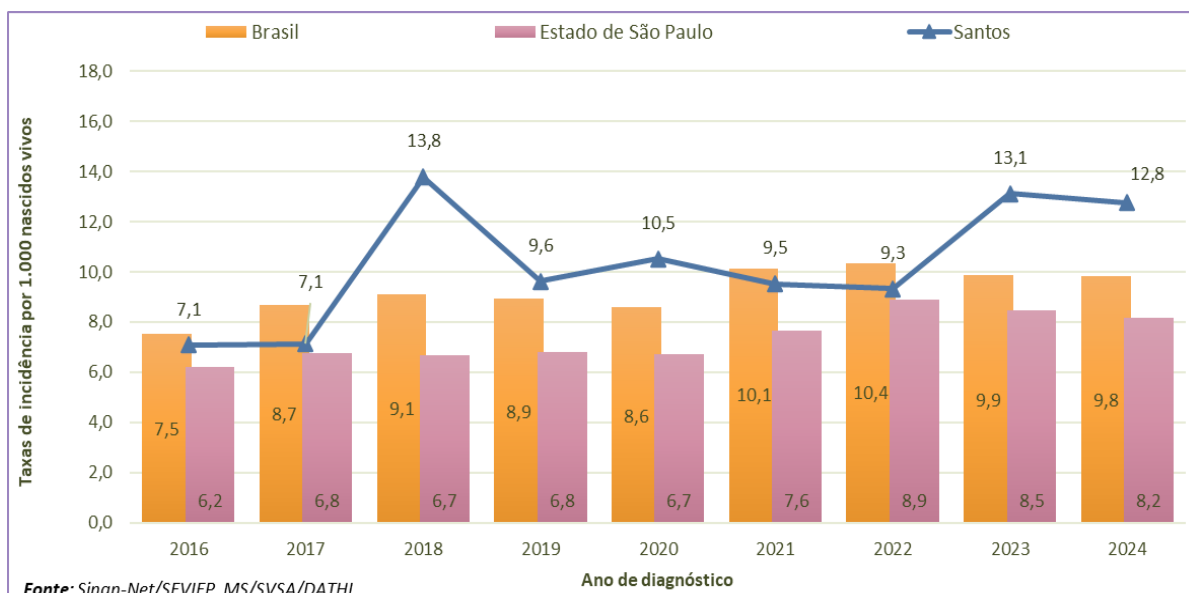
Entre 2016 a 2024, foram notificados 377 casos de sífilis congênita. Destes, 157 (41,6%) eram residentes na Zona Noroeste, 79 (21%) na Orla, 61 (16,2%) no Centro, e 52 (13,8%) nos Morros (Tabela 05).

Na Figura 13, analisou-se a taxa de incidência de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos em Santos (2016 a 2024) e as taxas estadual e nacional para o mesmo período. Constatou-se que Santos apresentou taxas menores que a nacional, nos anos de 2016, 2017, 2021 e 2022 e taxas superiores a estadual em todo o período.

Neste período, notou-se que a taxa de incidência de sífilis congênita chegou a alcançar, no ano de 2018, 13,8 casos por 1.000 nascidos vivos. Em queda até 2022 (9,3 casos por 1.000 nascidos vivos), apresentou no ano de 2023 (13,1 casos por 1.000 nascidos vivos) em relação

ao ano de 2022, uma elevação significativa de 41,8%. Comparando os dois últimos anos completos, 2023 e 2024, observou-se uma leve redução de 2,8% na taxa de detecção de sífilis congênita (13,1 para 12,8 casos por 1000 nascidos vivos). Manteve-se em 10,3 casos por 1.000 nascidos vivos, em média (2016 a 2024).

Figura 13. Taxa de incidência de sífilis congênita (por 1000 nascidos vivos), segundo o ano de diagnóstico. Brasil*, Estado de São Paulo* e Santos**, 2016 a 2024



Fonte: Sinan-Net/SEVIEP, MS/SVSA/DATHI

Nota: MS/SVSA- Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. Dados provisórios, sujeitos a alterações
 *Dados do Brasil e Estado de São Paulo até 06/2023. **Dados de Santos atualizados em 20/06/2025.

Verificou-se em 2024 que a maioria dos casos do diagnóstico de sífilis materna (76,2%) foram diagnosticados durante o período de pré-natal, sendo 19% no momento do parto ou curetagem, uma melhora em relação a todos os outros anos da série histórica, conforme Tabela 3. Isso pode demonstrar uma melhora no pré-natal, adesão às consultas e testagem em momento adequado. A saúde da mãe impacta diretamente na saúde, tratamento e acompanhamento das crianças, sendo essenciais diversas estratégias para mitigar esses diagnósticos tardios.

Em relação ao esquema de tratamento materno, analisando outras justificativas para os casos de sífilis congênita em Santos, temos ainda um elevado número de tratamentos não realizados e inadequados (86,5% no total geral do período e 85,7% em 2024) nos casos com diagnóstico final de sífilis congênita das mães fizeram pré-natal (Tabela 05).

Dentre as razões de tratamento inadequado ou não realizado, encontram-se intervalo inadequado entre as doses de penicilina benzatina, número insuficiente de tomadas das doses conforme a classificação da doença, tempo menor de 30 dias entre a primeira dose do esquema de tratamento e o nascimento da criança, erro de interpretação entre cicatriz sorológica e diagnóstico da doença, reinfecção sem tempo hábil de retratamento, faltas em pré-natal, não realização de exames solicitados ou pré-natal tardio.

Tabela 05. Casos de sífilis congênita, segundo diagnóstico final, evolução, realização do pré-natal, esquema de tratamento materno e regiões de residência, por ano de diagnóstico. Santos, 2016 a 2024

Variáveis	2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Diagnóstico Final																				
Sífilis Congênita Recente	31	68,9	31	49,2	56	38,6	38	34,5	39	27,5	31	22,6	29	17,5	41	20,4	32	17,7	328	27,6
Aborto	1	2,2	2	3,2	5	3,4	3	2,7	2	1,4	1	0,7	4	2,4	6	3,0	10	5,5	34	2,9
Natimorto	0	0,0	1	1,6	2	1,4	1	0,9	2	1,4	5	3,6	2	1,2	2	1,0	0	0,0	15	1,3
Descartado	13	28,9	26	41,3	82	56,6	68	61,8	99	69,7	100	73,0	131	78,9	152	75,6	139	76,8	810	68,1
Ignorado	0	0,0	3	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,3
Total notificados	45	100,0	63	100,0	145	100,0	110	100,0	142	100,0	137	100,0	166	100,0	201	100,0	181	100,0	1190	100,0
Evolução																				
Vivo	31	96,9	29	85,3	54	85,7	36	85,7	39	90,7	30	81,1	29	82,9	39	79,6	30	71,4	317	84,1
Óbito pelo agravo notificado	0	0,0	0	0,0	2	3,2	1	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,4	4	1,1
Óbito por outra causa	0	0,0	2	5,9	0	0,0	1	2,4	0	0,0	1	2,7	0	0,0	2	4,1	1	2,4	7	1,9
Aborto	1	3,1	2	5,9	5	7,9	3	7,1	2	4,7	1	2,7	4	11,4	6	12,2	10	23,8	34	9,0
Natimorto	0	0,0	1	2,9	2	3,2	1	2,4	2	4,7	5	13,5	2	5,7	2	4,1	0	0,0	15	4,0
Total	32	100,0	34	100,0	63	100,0	42	100,0	43	100,0	37	100,0	35	100,0	49	100,0	42	100,0	377	100,0
Realizou Pré-Natal																				
Sim	25	78,1	26	76,5	50	79,4	26	61,9	34	79,1	32	86,5	33	94,3	42	85,7	35	83,3	303	80,4
Não	7	21,9	8	23,5	13	20,6	16	38,1	9	20,9	5	13,5	2	5,7	7	14,3	7	16,7	74	19,6
Total	32	100,0	34	100,0	63	100,0	42	100,0	43	100,0	37	100,0	35	100,0	49	100,0	42	100,0	377	100,0
Diagnóstico de sífilis materna																				
Durante o pré-natal	22	68,8	20	58,8	22	34,9	7	16,7	22	51,2	20	54,1	21	60,0	33	67,3	32	76,2	199	52,8
No momento do parto/curetagem	10	31,3	12	35,3	40	63,5	34	81,0	19	44,2	16	43,2	14	40,0	15	30,6	8	19,0	168	44,6
Após o parto	0	0,0	1	2,9	1	1,6	0	0,0	0	0,0	1	2,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,8
Não realizado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,3	0	0,0	0	0,0	1	2,0	1	2,4	3	0,8
Ignorado	0	0,0	1	2,9	0	0,0	1	2,4	1	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,4	4	1,1
Total	32	100,0	34	100,0	63	100,0	42	100,0	43	100,0	37	100,0	35	100,0	49	100,0	42	100,0	377	100,0
Esquema de tratamento materno																				
Adequado	0	0,0	2	5,9	5	7,9	1	2,4	8	18,6	3	8,1	7	20,0	10	20,4	5	11,9	41	10,9
Inadequado	23	71,9	19	55,9	14	22,2	8	19,0	12	27,9	12	32,4	10	28,6	21	42,9	18	42,9	137	36,3
Não realizado	9	28,1	13	38,2	44	69,8	32	76,2	23	53,5	22	59,5	18	51,4	18	36,7	19	45,2	198	52,5
Ign/Branco	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Total	32	100,0	34	100,0	63	100,0	42	100,0	43	100,0	37	100,0	35	100,0	49	100,0	42	100,0	377	100,0
Regiões de residência																				
Centro	9	28,1	10	29,4	10	15,9	14	33,3	4	9,3	4	10,8	4	11,4	3	6,1	3	7,1	61	16,2
Morros	5	15,6	6	17,6	11	17,5	2	4,8	7	16,3	2	5,4	6	17,1	6	12,2	7	16,7	52	13,8
Orla	5	15,6	6	17,6	14	22,2	11	26,2	12	27,9	8	21,6	5	14,3	10	20,4	8	19,0	79	21,0
Zona Noroeste	12	37,5	12	35,3	20	31,7	13	31,0	19	44,2	23	62,2	20	57,1	14	28,6	24	57,1	157	41,6
Ignorado	1	3,1	0	0,0	8	12,7	2	4,8	1	2,3	0	0,0	0	0,0	16	32,7	0	0,0	28	7,4
Total	32	100,0	34	100,0	63	100,0	42	100,0	43	100,0	37	100,0	35	100,0	49	100,0	42	100,0	377	100,0

Fonte: Sinan-Net/ Base local SEVIEP. Atualizados em 20/06/2025. Dados provisórios, sujeitos a alterações

Considerações Finais

A Organização Mundial da Saúde preconiza a taxa de sífilis congênita como menor de 0,5 a cada 1000 nascidos vivos. Santos teve, em 2024, taxa de incidência de sífilis congênita de 12,8 a cada 1000 nascidos vivos, demonstrando que a cidade de Santos ainda necessita da articulação e engajamento dos diversos setores para atingir essa meta.

A sífilis é a infecção sexualmente transmissível (IST) com a maior taxa de detecção dentre as ISTs, caracterizando um sério problema de saúde pública, portanto cabe a todos os profissionais que lidam direta ou indiretamente, a manutenção de ações de capacitação do tema e discussões de casos que ajudam a entender melhor as dificuldades no manejo e entendimento dos fluxogramas, buscando propor ações factíveis para o dia a dia dos profissionais.

Importante ressaltar que uma das prováveis causas da alta taxa de detecção de sífilis em gestante na cidade de Santos comparado com o estado de São Paulo e com o Brasil é o

alto desempenho das equipes na detecção, captação e notificação dos casos de sífilis em gestante.

Esta captação da gestante e crianças expostas à sífilis envolve a equipe da Sessão de Vigilância a Mortalidade Materno Infantil (SEVIG) de Santos que coletam as informações das mães e crianças de risco de Santos, tanto no serviço público quanto privado e encaminham um formulário com as informações do recém-nascido de risco tanto para as unidades de saúde da rede para melhor seguimento e acompanhamento das crianças, quanto para a Vigilância Epidemiológica.

Assim, é possível melhorar o número de notificações que poderiam ser subnotificadas. Além do trabalho conjunto com a SEVIG, a SEVIEP também faz uma vigilância ativa por meio de vigilância laboratorial. Dessa forma, as notificações que não foram realizadas podem ser feitas e cada caso analisado.

Em Santos, vemos o esforço de diversos setores da saúde na realização de um pré-natal completo, com incentivos às gestantes para este acompanhamento, como o Programa Mãe Santista. Embora essa tendência de alta seja motivo de preocupação, e também pode ser observada na sífilis adquirida, suscita um alerta quanto ao controle e prevenção da doença.

Paralelamente, os dados também refletem a nossa capacidade de fazer o diagnóstico da sífilis na população santista, assim como a notificação dos casos, com uma vigilância ativa, tanto laboratorial quanto nas maternidades.

Também há um reflexo desses diagnósticos em momento oportuno na queda da taxa de detecção de sífilis congênita nos últimos anos, apesar do aumento da taxa de detecção de sífilis em gestante, podendo ser atribuído por um melhor acompanhamento, tratamento e controle das gestantes no pré-natal.

O Comitê Municipal de Enfrentamento, Investigação e Prevenção da Transmissão de Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita, recriado em abril de 2023, tem como principal objetivo a diminuição das taxas de sífilis em Santos.

O comitê conta com a participação das maternidades, da Vigilância Epidemiológica, da Sessão de Vigilância da Mortalidade Materno Infantil, com a coordenação e equipe das Atenção Primária a Saúde, com as especialidades tanto da Saúde da Mulher como do Serviço de Atenção Especializada Adulto e Infantil, além de outros setores como Departamento de Regulação - Dereg e laboratório.

A mobilização destes profissionais visa ao melhor entendimento quanto ao enfrentamento dos casos e soluções dos problemas, assim como a prevenção de novos casos, como a proposta da incorporação dos testes diagnósticos de sífilis em exames de rotina na rede, ainda aguardando aprovação.

Com o aumento do diagnóstico de sífilis adquirida objetiva-se diminuir os casos de sífilis em gestantes (fazer diagnóstico antes da gestação) e congênita (mulher com diagnóstico e tratamento precoce antes de engravidar), evitando as consequências da doença para a gestante e a criança (risco de aborto, prematuridade, natimortalidade, malformações e sequelas).

Referências bibliográficas

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim Epidemiológico Sífilis 2024**. Disponível em https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim_sifilis_2024_e.pdf/view. Acesso em 20 de junho de 2025.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim Epidemiológico Hepatites Virais 2024**. Disponível em <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim-epidemiologico-hepatites-virais-2024/view>. Acesso em 20 de junho de 2025.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2024**. Disponível em https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim_hiv_aids_2024e.pdf/view. Acesso em 20 de junho de 2025.
4. Organização Mundial de Saúde. Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2008. Disponível em https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43782/9789248595851_por.pdf. Acesso em 30 de junho de 2025.

VACINAÇÃO

O Programa Nacional de Imunizações (PNI), instituído em 1973 e consolidado como um dos maiores e mais bem-sucedidos programas públicos de imunização do mundo, estabelece como diretriz a oferta universal, gratuita e equitativa de imunobiológicos para prevenção de doenças imunopreveníveis em todo o território nacional. O PNI contempla um calendário vacinal que abrange todas as fases do ciclo de vida – desde o nascimento até a terceira idade – incluindo públicos específicos, como gestantes, povos indígenas e populações em situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2023a).

Atualmente, o calendário nacional disponibiliza 20 vacinas para prevenção de mais de 23 doenças, ofertadas nas 35 salas de vacinas de Santos, localizadas em unidades básicas de saúde (UBS) e unidades de saúde da família (USF), por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Além das vacinas de rotina, o programa executa campanhas estratégicas anuais, como a de vacinação contra a influenza (gripe), a campanha nacional de multivacinação, além de ações em resposta a situações epidemiológicas específicas (BRASIL, 2024a).

Para garantir proteção coletiva e prevenir a reintrodução ou circulação sustentada de agentes infecciosos, o PNI estabelece metas mínimas de cobertura vacinal. De forma geral, essas metas variam entre **80% e 95%**, a depender da vacina e do agente imunoprevenível.

Essas metas têm como base o conceito de **imunidade coletiva (ou de rebanho)**, segundo o qual, ao se atingir um alto percentual de indivíduos imunizados em uma determinada população, mesmo aqueles não vacinados (por contraindicação médica, idade ou outras razões) estão indiretamente protegidos, uma vez que a circulação do agente infeccioso é significativamente reduzida ou interrompida (BRASIL, 2023b).

Adicionalmente, o SUS oferece imunobiológicos especiais (vacinas não incluídas no calendário de rotina, soros e imunoglobulinas) por meio do Centro de Referência para

Imunobiológicos Especiais (CRIE), utilizados em casos específicos como imunodeficiências, exposições a agentes infecciosos de risco (ex.: raiva humana), ou acidentes com animais peçonhentos (cobras, escorpiões, aranhas, entre outros) (BRASIL, 2024b).

Cabe ressaltar que a prevenção por meio da vacinação é uma responsabilidade coletiva. A proteção da comunidade não depende apenas das ações do Ministério da Saúde ou das secretarias estaduais e municipais, mas de toda a sociedade. A atualização da caderneta de vacinação é um ato de responsabilidade individual e social.

Procure a unidade de saúde mais próxima de sua residência e mantenha a vacinação em dia.

Vacinas salvam vidas. Não podemos permitir o retorno de doenças já eliminadas ou controladas no Brasil.

**NÚMERO TOTAL DE DOSES DE VACINAS APLICADAS NA ROTINA E CAMPANHAS
EM TODAS FAIXAS ETÁRIAS NO MUNICÍPIO DE SANTOS - 2020 A 2024.**

VACINAS	2020	2021	2022	2023	2024
BCG	1.761	1.460	3.988	4.295	3.105
Pentavalente (difteria, tétano, coqueluche, Haemophilus influenzae tipo b e poliomielite)	2.851	3.289	9.327	9.358	7.683
Dupla adulto	18.825	16.230	15.940	16.741	14.489
Febre amarela	2.592	2.620	13.587	13.061	11.486
HPV	2.300	8.930	8.660	11.500	7.098
Hepatite A	3.381	3.292	3.360	3.109	3.674
Hepatite B	4.887	18.732	18.108	18.810	15.396
Meningo. C	7.855	3.191	11.085	14.935	6.472
Meningo. ACWY	4.996	4.438	3.925	4.512	7.126
Pneumo 10	4.410	3.352	8.638	8.875	7.256
VIP (pólio)	3.505	3.240	9.334	9.348	15.876
VOP (pólio)	6.128	2.889	13.717	6.408	14.872
Raiva	1.026	1.346	1.604	2.198	1.800
dTPa	764	2.767	2.976	2.907	2.805
DTP(difteria-tétano-coqueluche)	7.721	2.767	7.351	6.356	8.089
SCR(sarampo-caxumba-rubéola)	7.222	3.409	21.212	12.386	14.914
Varicela	3.282	3.108	7.274	6.502	17.111
Rotavírus	3.618	3.329	6.162	6.246	6.411
Tetraviral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela)	2	1	87	0	3.738
Pneumo 23	1.416	861	288	301	2.043
Influenza	156.166	65.796	175.322	154.812	117.403
COVID adulto*	-	1.027.377	330.440	380.735	24.498
COVID criança*	-	56.351	53.959	53.256	8.092
Total Geral	447.302	155.047 (sem COVID)	341.945 (sem COVID)	312.660 (sem COVID)	288.715 (sem COVID)

Fontes: Painéis de vacinação do Ministério da Saúde. Disponível em:

https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_RESIDENCIA/SEIDIGI_DEMA_S_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_RESIDENCIA.html e no Núcleo de Informações Estratégicas em Saúde – NIES

Disponível em: <https://nies.saude.sp.gov.br/ses/publico/vacinometro> *Criança: de 6 meses a menores de 12 anos / Adulto: 12 anos ou mais.

Em 2024, foi registrada escassez e posterior desabastecimento da vacina Meningocócica C (conjugada), situação que levou à sua substituição temporária pela vacina Meningocócica ACWY, conforme diretriz do Programa Nacional de Imunizações (PNI). Tal cenário pode ser evidenciado pela redução no consumo da vacina C e, paralelamente, pelo aumento na utilização da ACWY no referido período.

Ainda em 2024, o Ministério da Saúde passou a enviar, de forma prioritária, a vacina Tetraviral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela) em substituição à monovalente contra varicela. Essa mudança operacional justifica o aumento observado no consumo deste imunobiológico, visto que a Tetraviral passou a ser empregada rotineiramente como dose de reforço em crianças a partir de 15 meses de idade.

Verifica-se também uma tendência de queda progressiva nas coberturas vacinais contra Influenza e COVID-19 ao longo dos últimos três anos, com acentuado declínio em 2024. Esse comportamento reflete, possivelmente, o arrefecimento da percepção de risco da população em relação a essas doenças, bem como o impacto da fadiga vacinal e da baixa adesão às campanhas anuais.

No que tange à vacinação contra o papilomavírus humano (HPV), observou-se queda nas coberturas em 2024, vindo da recuperação da cobertura vacinal de 2023. Essa queda pode ser atribuída à ampliação da estratégia de vacinação nas escolas públicas, especialmente voltada ao público com menos de 5 anos de idade, no ano de 2024, o que também contribuiu para o aumento das coberturas vacinais de outros imunizantes destinados a essa faixa etária, como SCR, Hepatite A e Varicela.

Por outro lado, a priorização da faixa etária menor de 5 anos no ambiente escolar impactou negativamente as coberturas de vacinas destinadas a faixas etárias superiores, especialmente aquelas indicadas para crianças a partir de 9 anos, como a vacina HPV e a Meningocócica ACWY, conforme demonstrado no quadro comparativo abaixo.

COBERTURA VACINAL RESIDENTES EM SANTOS - NO ANO DE 2024, MENORES DE 2 ANOS

Imunobiológico-2024	Total de doses aplicadas	Cobertura Acumulada (%)
BCG	3.105	94,23
Hepatite B(<30 dias)	3.029	91,96
Pentavalente (< 1 ano)	3.014	91,47
Pneumocócica(<1 ano)	3.119	94,60
Pneumocócica (1 ano – REF)	3.207	97,33
Menigocócica Conj.C(1 ano - REF)	3.128	95,02
Menigocócica Conj.C(< 1 ano)	3.018	94,60
Poliomielite(< 1 ano)	3.016	91,53
Poliomielite(VOP)(REF)	3.077	93,41
Rotavírus Humano	3.026	91,87
Febre Amarela (< 1 ano)	2.553	77,45
Tríplice viral (D1)	3.559	108,04
Tríplice viral (D2)	2.905	88,13
Varicela (< 1 ano)	3.137	95,20
Hepatite A	3.111	94,42
DTP (1ºREF)	3.012	80,21

Fonte: Painéis de vacinação do Ministério da Saúde. Disponível em:

https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_RESIDENCIA/SEIDI_GI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_RESIDENCIA.html. Consultado em 18/06/2025

A cobertura vacinal no município de Santos conta com a colaboração de 21 salas de vacinação privadas, incluindo farmácias e clínicas particulares, cujos dados são integrados à cobertura vacinal municipal por meio da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDs). Essa integração contribui para uma visão mais ampla e precisa do cenário vacinal local.

Apesar dos esforços, observa-se que a cobertura vacinal de crianças menores de 2 anos permanece abaixo dos níveis ideais, especialmente quando comparada aos dados registrados até o ano de 2020. Em resposta a esse cenário, foi instituído, por meio de decreto municipal, o Comitê de Vacinação de Alta Qualidade de Santos, composto por representantes de diversas secretarias e setores estratégicos. O objetivo do comitê é coordenar ações intersetoriais para promover o fortalecimento da vacinação no município e a recuperação das coberturas vacinais.

No ano de 2024, foram observados avanços significativos nas coberturas vacinais da primeira infância, com metas alcançadas para alguns imunizantes e outras próximas das metas preconizadas pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI). No entanto, destaca-se uma queda abrupta na cobertura vacinal contra a febre amarela em menores de 1 ano, com taxa registrada de 77,45%. Este dado pode ser atribuído à hesitação vacinal, considerando que esta

é a primeira vacina com vírus vivo atenuado administrada no calendário pediátrico, o que pode gerar receio na população devido ao maior risco de reações adversas.

Cabe ainda relembrar que, no ano de 2020, houve uma redução expressiva na aplicação de imunizantes no município, totalizando 442.306 doses aplicadas, reflexo direto das medidas de contenção da pandemia de COVID-19, como o isolamento social e o fechamento temporário de unidades de saúde. Nos anos subsequentes, mesmo com a retomada gradual dos serviços, o declínio das coberturas vacinais persistiu, demonstrando a necessidade de estratégias contínuas de enfrentamento à baixa adesão vacinal.

Entre as principais ações implementadas para a recuperação das coberturas, destaca-se a atuação das unidades básicas de saúde por meio de busca ativa, aliada à vigilância territorial realizada pelos agentes comunitários de saúde. A informatização da rede municipal de saúde tem possibilitado a identificação sistemática dos usuários em situação de atraso vacinal.

Além disso, a Seção de Vigilância Epidemiológica, por meio da Central de Vacinas, coordena ações complementares de busca ativa, encaminhando periodicamente às unidades de saúde a listagem de usuários faltosos (nome e endereço) com base no calendário vacinal vigente. O processo inclui o monitoramento do retorno vacinal desses indivíduos, com o objetivo de promover a regularização da situação vacinal e garantir maior proteção coletiva.

Cobertura vacinal no Estado de São Paulo, em menores de 2 anos, 2023-2024 (%)

Imunobiológico	2023	2024
BCG	80,72	93,10
Hepatite B(<30 dias)	73,87	90,92
Pentavalente (< 1 ano)	89,15	92,42
Pneumocócica(<1 ano)	91,32	93,23
Pneumocócica (1 ano – REF)	97,42	93,63
Menigocócica Conj.C(1 ano - REF)	85,50	93,26
Menigocócica Conj.C(< 1 ano)	90,21	91,02
Poliomielite(< 1 ano)	89,65	92,39
Poliomielite(VOP)(REF)	82,13	89,95
Rotavírus Humano	89,69	90,72
Febre Amarela (< 1 ano)	80,29	81,77
Tríplice viral (D1)	92,65	98,98
Tríplice viral (D2)	77,69	87,77
Varicela (< 1 ano)	72,40	91,22
Hepatite A	85,47	89,73
DTP (1ºREF)	81,33	86,70

Fonte: Painéis de vacinação do Ministério da Saúde. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALEDARIO_NACIONAL_RESIDENCIA/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALEDARIO_NACIONAL_RESIDENCIA.html. Consultado em 18/06/2025

As coberturas vacinais registradas no Município de Santos, ao longo do ano de 2024, acompanharam os padrões observados no Estado de São Paulo para os diversos imunobiológicos contemplados no Calendário Nacional de Vacinação. Tal comportamento evidencia uma tendência uniforme nos desafios enfrentados em relação à adesão às campanhas e estratégias de vacinação, refletindo tanto aspectos estruturais dos serviços quanto fatores comportamentais e socioculturais da população.

A análise comparativa entre os dados estaduais e municipais demonstra que, embora existam variações pontuais entre os territórios, o padrão geral de cobertura — com imunizantes que alcançaram ou se aproximaram das metas preconizadas, ao lado de outros que permanecem com índices abaixo dos recomendados — foi semelhante. Essa convergência reforça a necessidade de ações coordenadas e integradas entre os níveis estadual e municipal para o enfrentamento da baixa adesão vacinal.

A cobertura vacinal é um dos principais indicadores de desempenho dos programas de imunização, sendo fundamental para a prevenção de surtos, o controle de doenças imunopreveníveis e a eliminação ou erradicação de agentes infecciosos, visando garantir a imunidade coletiva e proteger também os indivíduos que, por contraindicações médicas, não podem ser vacinados.

Entretanto, além de atingir altos percentuais de cobertura, é imprescindível garantir sua homogeneidade geográfica. A ausência de homogeneidade — isto é, quando a cobertura vacinal é alcançada em alguns territórios, mas permanece baixa em outros — cria bolsões de suscetibilidade, comprometendo a efetividade da proteção coletiva e aumentando o risco de reintrodução e disseminação de doenças já controladas, como o sarampo e a poliomielite.

Portanto, manter altas e homogêneas coberturas vacinais em todo o território, seja estadual ou municipal, é uma prioridade estratégica para a saúde pública. Essa meta depende de ações permanentes de vigilância, sensibilização da população, fortalecimento da atenção primária à saúde, qualificação das equipes e integração dos sistemas de informação.

VACINAÇÃO CONTRA COVID-19

Desde 1973, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) é responsável pela Política Nacional de Imunizações e tem como objetivo reduzir a morbimortalidade por doenças imunopreveníveis, com fortalecimento de ações integradas de vigilância em saúde para promoção, proteção e prevenção em saúde da população brasileira. É um dos maiores programas de vacinação do mundo, sendo reconhecido nacional e internacionalmente. O SUS, com sua ampla expertise em vacinação em massa, foi protagonista, promovendo a vacinação contra o COVID-19 para toda população no território brasileiro.

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) realiza, em consonância com o Ministério da Saúde (MS), a Campanha de Vacinação contra a COVID-19, de forma gradual, desde janeiro de 2021. Causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), a COVID-19

é a maior pandemia da história recente da humanidade. Inicialmente, a campanha de vacinação foi destinada para a população de maior risco de infecção e vulnerabilidade.

De forma gradativa, o restante da população tem sido contemplada. Até agosto de 2022, a Anvisa havia autorizado a imunização contra a covid-19 de crianças a partir de 3 anos de idade.

Tendo em vista o objetivo principal da vacinação, de reduzir casos graves e óbitos pela COVID-19, é fundamental alcançar altas e homogêneas coberturas vacinais. Para tanto, todos os esforços devem estar voltados para vacinar toda a população-alvo. Portanto, o PNI estabeleceu como meta vacinar pelo menos 90% da população alvo de cada grupo, uma vez que é de se esperar que uma pequena parcela da população apresente contraindicações à vacinação e recusa.

O PNI disponibilizou as vacinas contra a COVID-19 provenientes das Farmacêuticas Sinovac/Butantan e AstraZeneca/Universidade de Oxford/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)/Serum Índia - COVID-19 (recombinante) .

A partir de maio de 2021, houve a introdução de vacinas contra a COVID-19 provenientes da Farmacêutica Pfizer/ Wyeth (RNA mensageiro), Vacina COVID-19 (recombinante) – Janssen e Bivalente.

Ademais, sabe-se que as vacinas utilizadas para a realização da vacinação contra a covid-19 foram inicialmente desenvolvidas com a cepa originária da pandemia, sendo denominadas vacinas monovalentes por possuírem apenas uma cepa em sua composição. Contudo, foi observado ao longo do tempo a redução da proteção imunológica, a qual demonstrou-se mais proeminente com a variante Ômicron, sendo implantada a estratégia de realização de doses de reforço.

Assim, tendo por base o surgimento de novas variantes e o curso epidemiológico da doença, com a finalidade de impedir uma nova onda de morbimortalidade, no ano de 2023 começam a ser disponibilizadas as vacinas contra a COVID-19 em formulações bivalentes da vacina BNT162b2 (PfizerBioNTech) COVID-19, sendo essas indicadas para a realização de dose de reforço na população com 12 anos ou mais.

Em 14 de novembro de 2022, iniciaram as vacinações para as crianças a partir de 6 meses à 4 anos, com o imunizante da Pfizer baby, em 3 doses, e para crianças de 5 à 11 anos com o imunizante Pfizer pediátrico, em 2 doses. (Fonte: documento técnico nº 42-CVE-SP, fevereiro 2023).

No ano de 2024, Santos seguiu com a vacinação contra a covid-19, utilizando o imunizante da fabricante Moderna, de tecnologia RNA mensageiro, monovalente, de variante Ômicron de cepa XBB1.5, e da Pfizer (para adultos, crianças e bebês) com a mesma plataforma da Moderna.

Atualmente, contamos com vacinas de cepas da variante Ômicron e subvariante JN.1, conforme normas e diretrizes da OMS e Ministério da Saúde, para população de 6 meses a 4 anos, gestantes, idosos com 60 anos ou mais, puérperas, trabalhadores da saúde, residentes de instituições de longa permanência, acamados, com deficiências permanentes, pessoas com imunossupressão, transplantados de órgãos sólidos e medula, além daqueles que possuem doenças e comorbidades crônicas.

Desde o início da campanha de vacinação contra a covid-19 em Santos, em janeiro de 2021, até 31 de dezembro de 2024, foram aplicadas as seguintes quantidades de doses de vacinas contra a covid-19, conforme Núcleo de Informações Estratégicas em Saúde – NIES, do vacinômetro do Estado de São Paulo:

Dose Única= 8.434

1ª Dose - 430.679

2ª Dose - 401.689

3ª Dose - 2.990

Reforço Bivalente - 117.577

1º reforço - 314.194

2º reforço- 169.158

3º reforço - 83.243

4º reforço - 5.116

Dose adicional - 1.741

Cobertura vacinal ao esquema primário - 92,94%

Total de doses aplicadas - 1.444.721

Apesar do grande acesso à vacinação disponibilizado pelo município, ainda temos uma porcentagem de pessoas que não desejam ser vacinadas e outras que não completaram o esquema vacinal preconizado, em especial com os reforços semestrais em pessoas a partir de 60 anos e/ou imunossuprimidos

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Imunizações: 50 anos: 1973–2023*. Brasília: Ministério da Saúde, 2023a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2023/pni-50-anos.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. *Nota Técnica nº 41/2023-CGICI/DPNI/SVSA/MS: Metas de Cobertura Vacinal e Estratégias para o Alcance de Coberturas Homogêneas no Território Nacional*. Brasília: MS, 2023b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2023/notatecnica41.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza 2024*. Brasília: Ministério da Saúde, 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/campanhas/influenza-2024>. Acesso em: 24 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Imunobiológicos Especiais – CRIE*. Brasília: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/i/imunobiologicos-especiais>. Acesso em: 24 jun. 2025.

REGISTRO DE CÂNCER DE BASE POPULACIONAL (RCBP) DE SANTOS-SP

Os Registros de Câncer de base populacional (RCBP) são estruturas organizadas que coletam, consolidam, analisam e divulgam, de forma contínua e sistemática, informações sobre o comportamento da doença, suas características e tendências. Estas subsidiam o monitoramento e a avaliação das ações de controle, bem como a pesquisa epidemiológica em câncer (Manual de Rotinas e Procedimentos para Registros de Câncer de Base Populacional, 2012).

Os RCBP produzem informações que permitem descrever e monitorar o perfil da incidência do câncer em uma população geograficamente definida (PENA, et al., 2024).

A vigilância de câncer, no escopo das ações de controle das doenças não transmissíveis, apoiada nas melhores informações disponíveis, obtidas pelos Registros de Câncer (populacionais e hospitalares) e pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), fornece os subsídios para que os gestores monitorem e organizem as ações para o controle do câncer, bem como o direcionamento da pesquisa em câncer. (Estimativa 2023 – Instituto Nacional de Câncer – INCA).

Temos atualmente no Brasil, de acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), 31 Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) implantados e com informações disponíveis. Estes têm como um de seus objetivos principais determinar a incidência de câncer (número de novos casos diagnosticados em um determinado período em uma população definida).

O Registro de Câncer de Base Populacional de Santos/SP, iniciou em 1998 com as tratativas com o INCA e foi implantado definitivamente em 2008 na Seção de Vigilância Epidemiológica de Santos (SEVIEP), tendo consolidado até o momento as informações de 2008 a 2016 (estes números podem ser acessados em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer/registro-de-cancer-de-base-populacional>). Anualmente é realizada busca de novas fontes notificadoras com intuito da melhoria na qualidade das informações disponibilizadas.

Foram publicados os primeiros resultados no ano de 2014, com a base de dados do ano de 2008, em 2016 inclusão do ano 2009, em 2022 os anos de 2010 e 2011, em 2023 os anos de 2012, 2013 e 2014, em 2025 os anos 2015 e 2016 de casos de câncer em pessoas residentes em Santos.

O critério de inclusão/exclusão de casos são os tumores de localização primária malignos e “in situ”.

Os casos elegíveis são de pessoas comprovadamente residentes na área de cobertura deste RCBP e com diagnóstico de câncer confirmado.

Os casos identificados apenas pelas declarações de óbito, sempre que possível, são investigados nos serviços de saúde e posteriormente atualizados no sistema.

As fontes notificadoras são todas as instituições que prestam assistência ao paciente com câncer dentro da área de cobertura do RCBP, independentemente da sua natureza (se pública, privada ou filantrópica). Englobam, portanto, hospitais gerais, clínicas especializadas, laboratórios de análises clínicas, anatomia patológica e citopatologia e centros de tratamento oncológico (quimioterapias/radioterapias). Utilizamos o sistema Basepop.web para

consolidação das informações, além de outros sistemas complementares, como o sistema de informação de mortalidade (SIM) e as informações dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC).

Atualmente estão sendo consolidados os registros do ano 2017, após validação pelo INCA, poderão ser acessados no mesmo endereço eletrônico citado acima.

METODOLOGIA UTILIZADA

Distribuição percentual: corresponde à frequência relativa do número de eventos (casos novos) de uma determinada topografia com relação ao total de casos.

Taxa bruta de incidência por 100 mil homens e mulheres: refere-se ao risco de ocorrência de um evento (casos novos). Traduz-se pelo quociente entre o total de eventos e a população sob risco.

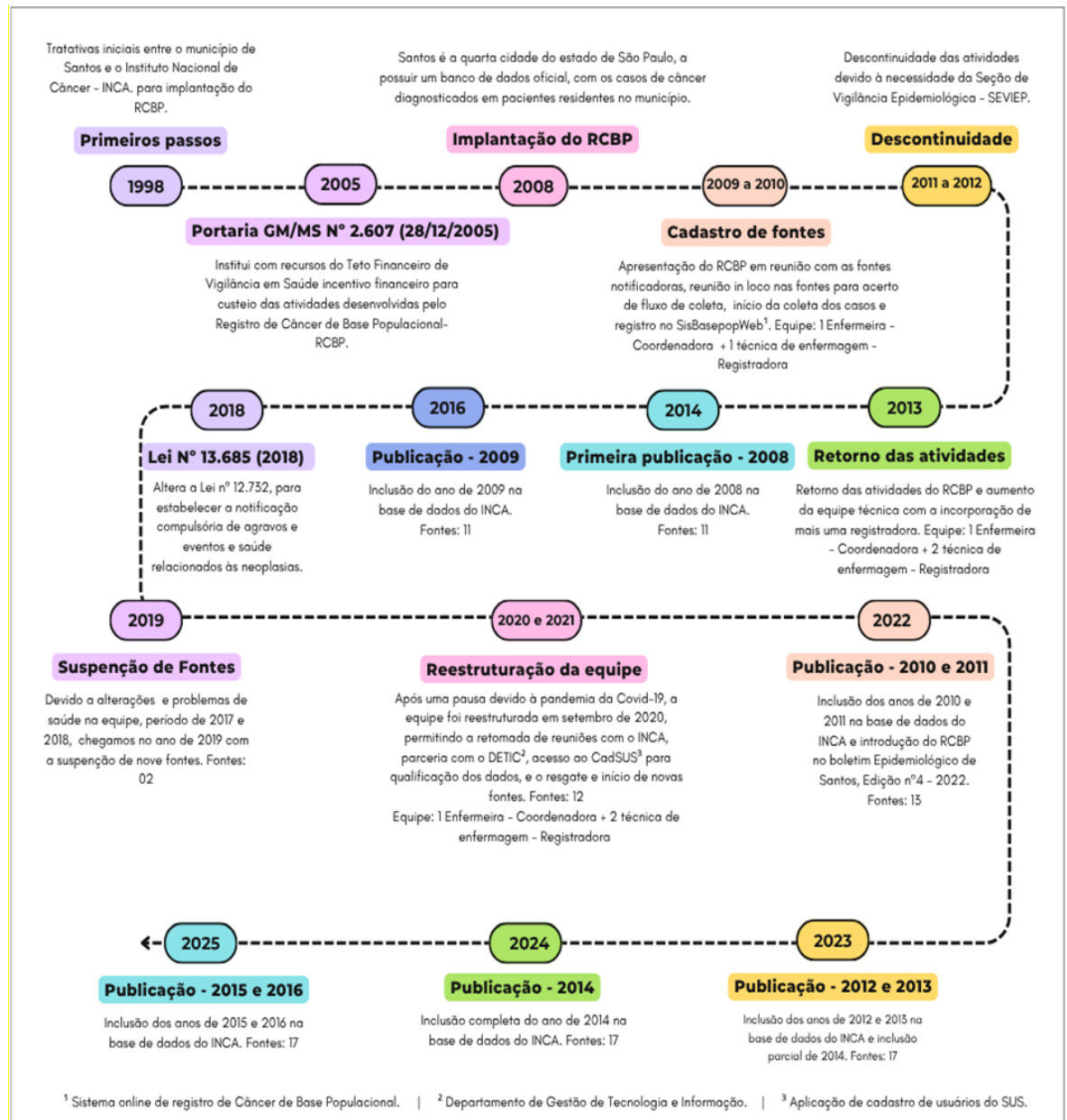
A taxa bruta é calculada através da seguinte fórmula:

$$\text{Taxa bruta} = \frac{\text{número total de um evento num período definido}}{\text{População de referência para o período definido}} \times 100.000$$

População de referência para o período definido

A linha do tempo a seguir (figura 1), ilustra os principais marcos na trajetória do RCBP desde sua criação até a inclusão dos dados mais recentes, destacando as etapas de publicação e inclusão dos dados de cada ano.

Figura 01 – Linha do tempo do Registro de Câncer de Base Populacional – RCBP – Santos, 1998 a 2025.



Nota: elaborado por: Cláudia Lorite e Camila Pezzotti (Enfermeiras lotadas na SEVIEP), com o uso do Canva.

PANORAMA DO CÂNCER NO MUNDO, BRASIL E ESTADO DE SÃO PAULO

O CÂNCER NO MUNDO

O impacto do câncer no mundo, em 2020, baseado nas estimativas do *Global Cancer Observatory* (Globocan), elaboradas pela *International Agency for Research on Cancer* (IARC), aponta que ocorreram 19,3 milhões de casos novos de câncer no mundo (18,1 milhões, se forem excluídos os casos de câncer de pele não melanoma). Um em cada cinco indivíduos terão câncer durante sua vida (FERLAY *et al.*, 2021; SUNG *et al.*, 2021).

Os dez principais tipos de câncer representam mais de 60% do total de casos novos. O câncer de mama feminino é o mais incidente no mundo, com 2,3 milhões (11,7%) de casos novos, seguido pelo câncer de pulmão, com 2,2 milhões (11,4%); cólon e reto, com 1,9 milhão (10,0%); próstata, com 1,4 milhão (7,3%); pele não melanoma, com 1,2 milhão (6,2%) de casos novos.

O câncer de pulmão é o mais frequente em homens, com 1,4 milhão (14,3%) dos casos novos, seguido dos cânceres de próstata, com 1,4 milhão (14,1%); cólon e reto, com 1 milhão (10,6%); pele não melanoma, com 722 mil (7,2%); e estômago, com 719 mil (7,1%) casos novos no mundo.

Nas mulheres, o câncer de mama é o mais incidente, com 2,3 milhões (24,5%) de casos novos, seguido pelos cânceres de cólon e reto, com 865 mil (9,4%); pulmão, com 771 mil (8,4%); colo do útero, com 604 mil (6,5%); e pele não melanoma, com 475 mil (5,2%) casos novos no mundo (FERLAY *et al.*, 2020; SUNG *et al.*, 2021).

O CÂNCER NO BRASIL

Para o Brasil, a estimativa para o triênio de 2023 a 2025 aponta que ocorrerão 704 mil casos novos de câncer, 483 mil se excluídos os casos de câncer de pele não melanoma. Este é estimado como o mais incidente, com 220 mil casos novos (31,3%), seguido pelos cânceres de mama, com 74 mil (10,5%); próstata, com 72 mil (10,2%); cólon e reto, com 46 mil (6,5%); pulmão, com 32 mil (4,6%); e estômago, com 21 mil (3,1%) casos novos.

Estima-se que os tipos de câncer mais frequentes em homens serão pele não melanoma, com 102 mil (29,9%) casos novos; próstata, com 72 mil (21,0%); cólon e reto, com 22 mil (6,4%); pulmão, com 18 mil (5,3%); estômago, com 13 mil (3,9%); e cavidade oral, com 11 mil (3,2%).

Nas mulheres, os cânceres de pele não melanoma, com 118 mil (32,7%); mama, com 74 mil (20,3%); cólon e reto, com 24 mil (6,5%); colo do útero, com 17 mil (4,7%); pulmão, com 15 mil (4,0%); e tireoide, com 14 mil (3,9%) casos novos figurarão entre os principais. (Estimativa 2023 – Instituto Nacional de Câncer – INCA).

No Brasil, os cânceres mais incidentes estimados foram, entre as mulheres, o de mama, seguido pelos de cólon e reto. Entre os homens, o de próstata, seguido também pelos de cólon e reto, conforme mostra a figura 2. (Estimativa 2023 – Instituto Nacional de Câncer – INCA).

Figura 02 – Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2023 por sexo, exceto pele não melanoma.

Localização Primária	Casos	%	Homens	Mulheres	Localização Primária	Casos	%
Próstata	71.730	30,0%			Mama feminina	73.610	30,1%
Cólon e reto	21.970	9,2%			Cólon e reto	23.660	9,7%
Traqueia, brônquio e pulmão	18.020	7,5%			Colo do útero	17.010	7,0%
Estômago	13.340	5,6%			Traqueia, brônquio e pulmão	14.540	6,0%
Cavidade oral	10.900	4,6%			Glândula tireoide	14.160	5,8%
Esôfago	8.200	3,4%			Estômago	8.140	3,3%
Bexiga	7.870	3,3%			Corpo do útero	7.840	3,2%
Laringe	6.570	2,7%			Ovário	7.310	3,0%
Linfoma não Hodgkin	6.420	2,7%			Pâncreas	5.690	2,3%
Fígado	6.390	2,7%			Linfoma não Hodgkin	5.620	2,3%

*Números arredondados para múltiplos de 10.

*Figura elaborada pelo INCA.

O CÂNCER NO ESTADO DE SÃO PAULO

No Estado de São Paulo, assim como para o Brasil, as estimativas apontam para uma incidência maior, entre as mulheres, do câncer de mama, seguido pelos de cólon e reto, e, entre os homens, o de próstata, seguido também pelos de cólon e reto, conforme mostra a tabela 1. (Estimativa 2023 – Instituto Nacional de Câncer – INCA).

Tabela 01. Estimativas para o ano de 2023 do número de casos novos de câncer para o Estado de SP.
Estimativas para o ano de 2023 das taxas brutas e ajustadas^a de incidência por 100 mil habitantes e do
número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*

LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA NEOPLASIA MALIGNA	ESTIMATIVA DOS CASOS NOVOS								
	Homens			Mulheres			Total		
	Casos	Taxa bruta	Taxa ajustada	Casos	Taxa bruta	Taxa ajustada	Casos	Taxa bruta	Taxa ajustada
Mama feminina	-	-	-	20.470	84,43	56,37	20.470	84,43	56,37
Próstata	16.830	72,89	47,33	-	-	-	16.830	72,89	47,33
Colon e reto	7.490	32,43	27,39	7.490	30,91	18,58	14.980	31,65	22,95
Traqueia, brônquio e pulmão	3.980	17,23	13,05	3.280	13,51	9,37	7.260	15,33	10,52
Estômago	2.950	12,78	7,06	1.740	7,18	2,85	4.690	9,91	4,51
Colo do útero	-	-	-	2.550	10,52	7,58	2.550	10,52	7,58
Glandula tireoide	630	2,73	2,21	4.910	20,25	9,22	5.540	11,70	5,85
Cavidade oral	3.200	13,86	10,85	1.060	4,38	2,72	4.260	9,00	6,41
Linfoma não Hodgkin	1.680	7,25	5,87	1.610	6,64	4,35	3.290	6,94	4,97
Leucemias	1.480	6,41	5,39	1.120	4,63	3,27	2.600	5,50	4,14
Sistema nervoso central	1.300	5,64	4,79	1.070	4,41	3,22	2.370	5,01	3,73
Bexiga	2.430	10,50	7,99	1.210	5,01	2,82	3.640	7,69	5,29
Esôfago	1.570	6,79	5,46	450	1,85	0,98	2.020	4,26	3,07
Pâncreas	1.390	6,03	4,83	1.560	6,42	4,00	2.950	6,23	4,22
Fígado	1.470	6,39	5,29	730	3,01	1,92	2.200	4,66	3,29
Pele melanoma	1.550	6,73	4,91	1.570	6,48	3,69	3.120	6,60	4,06
Corpo do útero	-	-	-	2.470	10,18	6,70	2.470	10,18	6,70
Laringe	1.860	8,06	6,62	270	1,13	0,75	2.130	4,51	3,32
Ovário	-	-	-	1.970	8,11	5,48	1.970	8,11	5,48
Linfoma de Hodgkin	460	1,98	0,86	420	1,73	1,27	880	1,85	0,70
Outras localizações	10.650	46,13	37,26	8.330	34,35	22,07	18.980	40,10	28,57
Todas as neoplasias, exceto pele não melanoma	60.920	263,80	213,10	64.280	265,18	174,01	125.200	264,51	191,07
Pele não melanoma	26.790	116,00	-	29.350	121,08	-	56.140	118,60	-
Todas as neoplasias	87.710	379,81	-	93.630	386,26	-	181.340	383,11	-

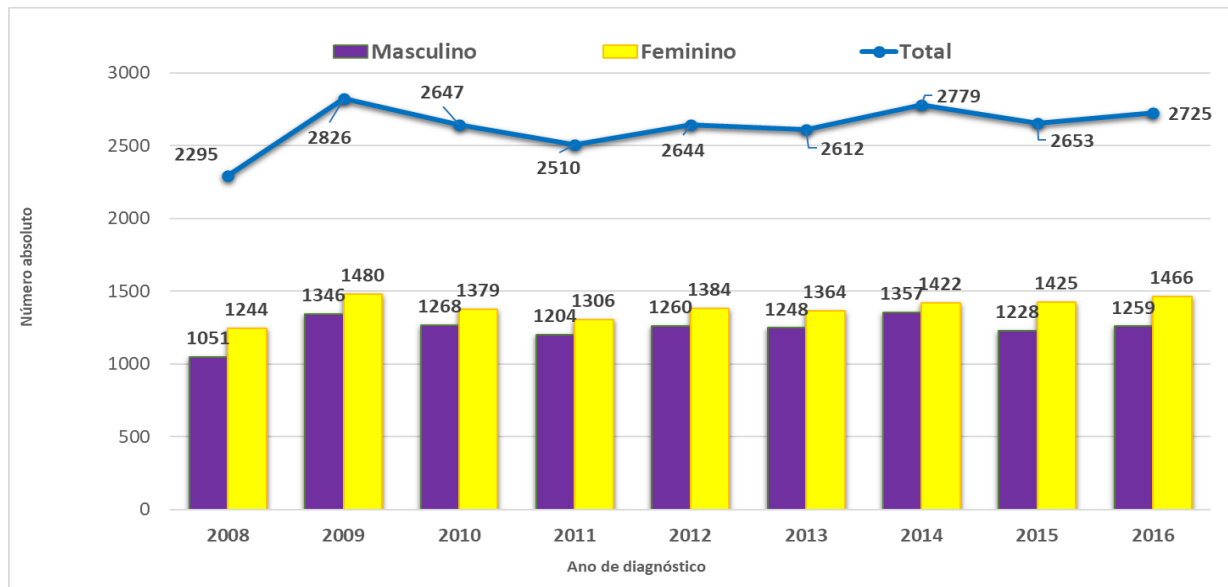
^aPopulação-padrão mundial (1960). / *Números arredondados para múltiplos de 10

*Tabela elaborada pelo INCA.

PANORAMA DO CÂNCER NO MUNICÍPIO DE SANTOS

A figura 3 apresenta o número de casos notificados pelo RCBP de Santos-SP, de residentes do município, com diagnósticos no período de 2008 a 2016, demonstrando na linha o total de casos notificados por ano, e nas colunas o total dividido por sexo.

Figura 03. Distribuição do número de casos cadastrados segundo ano de diagnóstico e sexo, RCBP – Santos, 2008 a 2016.



Fonte: Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) de Santos. Atualizados em 08/05/2025.

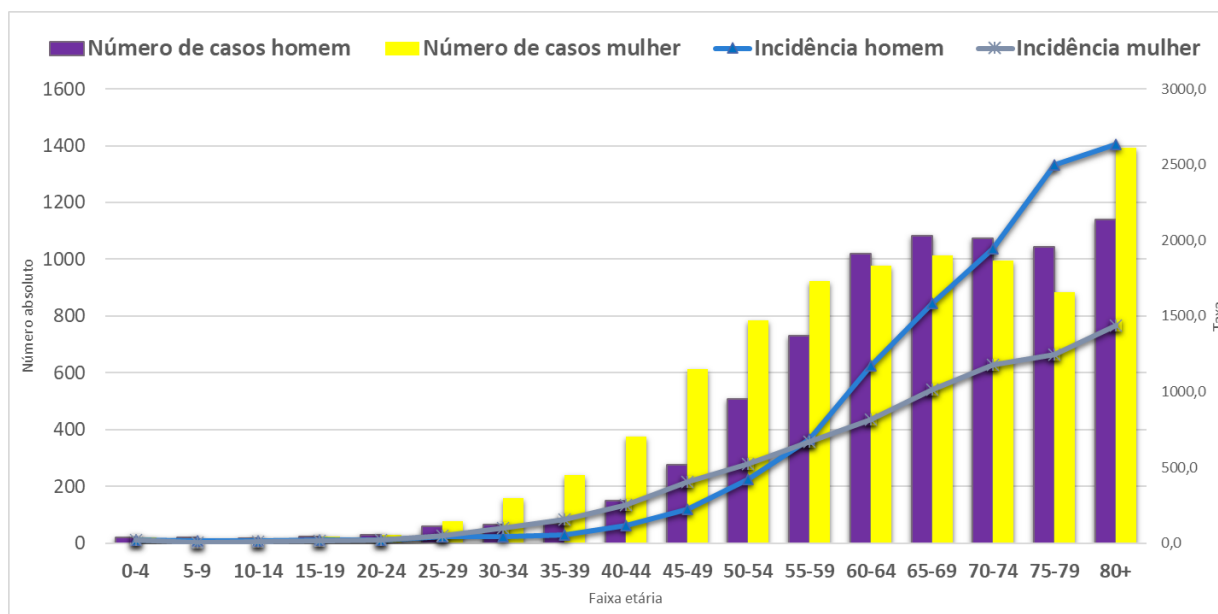
Nota: Pop. IBGE - Estimativas Populacionais por Município, Idade e Sexo 2000-2024.

A figura 4 demonstra o número de casos de câncer notificados (exceto pele não melanoma), por faixa etária, em número absoluto e taxa de incidência, por sexo. Observa-se um pequeno aumento do número de casos a partir da faixa etária 25 a 29 anos, principalmente no sexo feminino.

Importante ressaltar que os dados da incidência do câncer na população, associados ao envelhecimento e a fatores de risco específicos, de natureza comportamental, ambiental e genética, dimensionam a sua magnitude como problema de saúde pública (PENA, et al., 2024).

A idade mediana, no momento do diagnóstico de câncer (exceto pele não melanoma e in situ) no sexo masculino é de 67 anos e no sexo feminino é de 65 anos (SISBASEPOP).

Figura 04. Número de casos e taxa de incidência (por 100 mil), por faixa etária, das neoplasias malignas invasivas (exceto pele não melanoma), RCBP – Santos, 2008 a 2016.

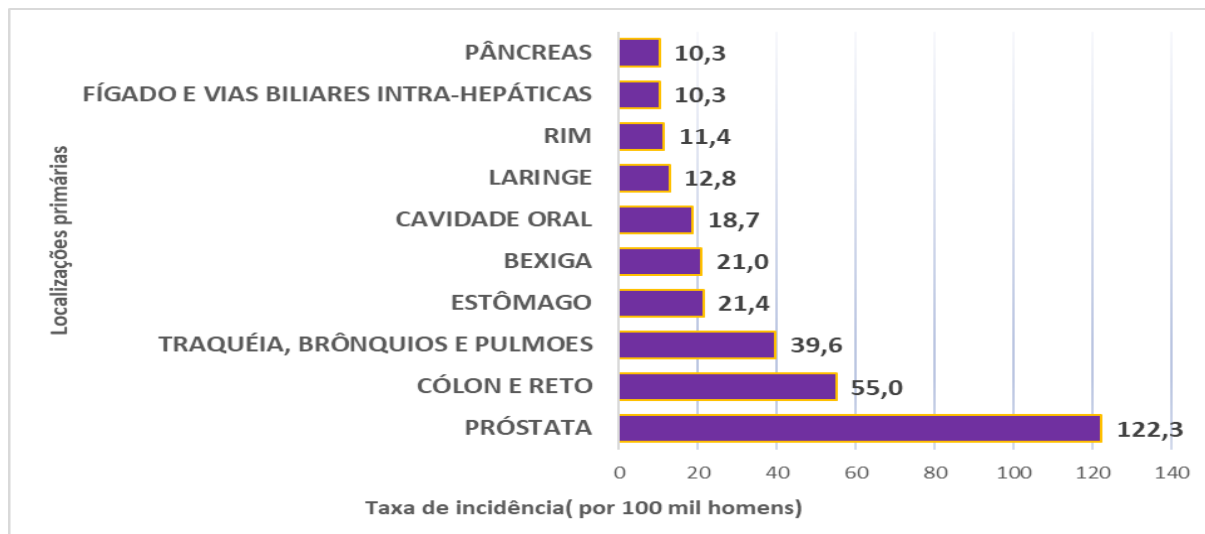


Fonte: Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) de Santos. Atualizados em 08/05/2025.

Nota: Pop. IBGE - Estimativas Populacionais por Município, Idade e Sexo 2000-2024.

Nas figuras 5 e 6 estão demonstradas as taxas de incidência das dez topografias mais frequentes no município de Santos (exceto pele não melanoma) nos anos de 2008 a 2016, no sexo masculino e feminino respectivamente.

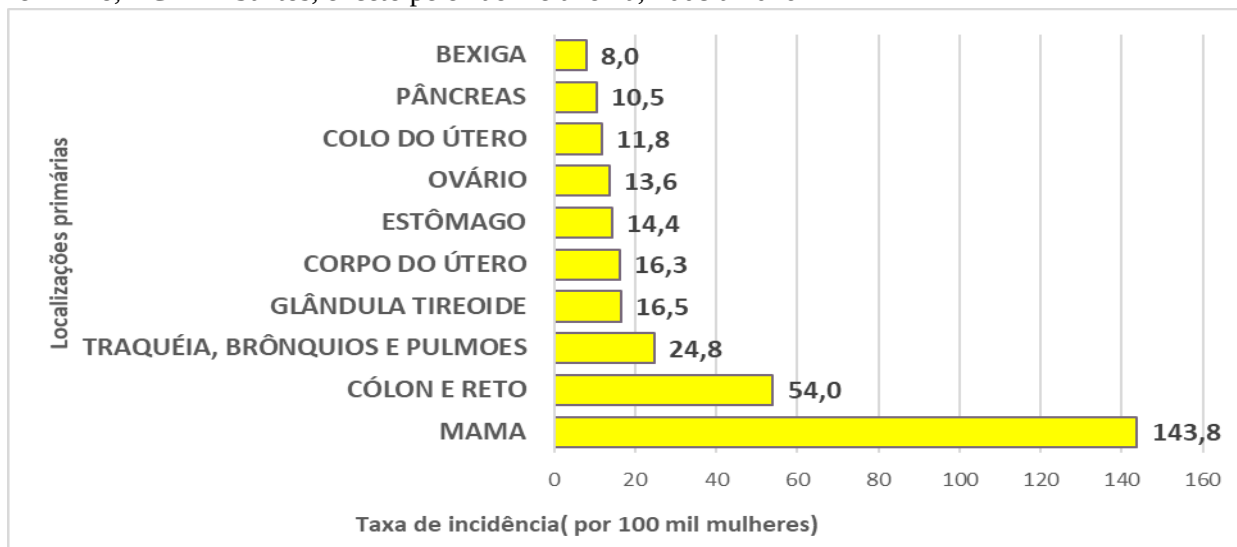
Figura 05. Taxa de incidência (por 100 mil) das dez localizações primárias mais frequentes no sexo masculino, RCBP – Santos, exceto pele não melanoma, 2008 a 2016.



Fonte: Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) de Santos. Atualizados em 08/05/2025.

Nota: Pop. IBGE - Estimativas Populacionais por Município, Idade e Sexo 2000-2024.

Figura 06. Taxa de incidência (por 100 mil) das dez localizações primárias mais frequentes no sexo feminino, RCBP – Santos, exceto pele não melanoma, 2008 a 2016.



Fonte: Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) de Santos. Atualizados em 08/05/2025.

Nota: Pop. IBGE - Estimativas Populacionais por Município, Idade e Sexo 2000-2024.

Podemos constatar que os tumores mais incidentes em nosso município corroboram com os mais incidentes em nosso País. O câncer é mais incidente em homens do que em mulheres. Com exceção do câncer de pele não melanoma, no sexo masculino o câncer de próstata, seguido de cólon e reto são os mais incidentes. No sexo feminino, o câncer de mama seguido também de cólon e reto.

Tabela 02. Distribuição de casos cadastrados (número, taxa de incidência por 100 mil habitantes e percentual), segundo a localização primária, RCBP – Santos, 2008 a 2016.

Masculino (M)			
Localização Primária, Neoplasia Maligna	Casos	Taxa	%
Próstata	2190	122,3	19,5
Cólon e Reto	984	55,0	8,8
Traquéia, Brônquios e Pulmões	709	39,6	6,3
Estômago	383	21,4	3,4
Bexiga	376	21,0	3,4
Cavidade Oral	335	18,7	3,0
Laringe	230	12,8	2,0
Rim	204	11,4	1,8
Fígado e Vias Biliares Intra-Hepáticas	184	10,3	1,6
Pâncreas	184	10,3	1,6
Outras Localizações	1784	99,7	15,9
Outras Neoplasias Malignas da Pele	3529	197,2	31,4
Melanoma Maligno da Pele	129	7,2	1,1
Total M	11221	626,9	100
Feminino (F)			
Localização Primária, Neoplasia Maligna	Casos	Taxa	%
Mama	3054	143,8	24,5
Cólon e Reto	1146	54,0	9,2
Traquéia, Brônquios e Pulmões	526	24,8	4,2
Glândulas Tireoide	351	16,5	2,8
Corpo do Útero	347	16,3	2,8
Estômago	305	14,4	2,4
Ovário	288	13,6	2,3
Colo do Útero	251	11,8	2,0
Pâncreas	224	10,5	1,8
Bexiga	169	8,0	1,4
Outras Localizações	2747	129,4	22,0
Outras Neoplasias Malignas da Pele	2944	138,6	23,6
Melanoma Maligno da Pele	118	5,6	0,9
Total F	12470	587,2	100
Total Geral	23691	605,3	

Fonte: Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) de Santos. Atualizados em 08/05/2025

Nota: Pop. IBGE - Estimativas Populacionais por Município, Idade e Sexo 2000-2024.

A tabela 3 demonstra que o RCBP de Santos possui um elevado índice de qualidade. Estes são alguns dos indicadores avaliados pela Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC/OMS). Os critérios analisados dizem respeito a porcentagem de notificações realizadas exclusivamente pelas declarações de óbito, a porcentagem de verificação histológica e porcentagem de casos notificados com localização (topografia) mal definida.

Tabela 03. Indicadores de qualidade dos dados do RCBP Santos, 2008 a 2015.

INDICADORES	VALORES RCBP SANTOS/SP
% NOTIFICAÇÕES POR D.O	7,12
% VERIFICAÇÃO HISTOLÓGICA	90,95
% DE CASOS COM LOCALIZAÇÃO MAL DEFINIDA (C80.9)	1,94

Fonte: RCBP- Santos.

Participação do RCBP/Santos em publicações:

Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do câncer (INCA).

<https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil>



Artigo de opinião: Registros de Câncer de Base Populacional no Brasil: Relevância, Desafios e Oportunidades.

<https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/4878>



Referências Bibliográficas:

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer Jose de Alencar Gomes da Silva (INCA). Manual de rotinas e procedimentos para Registros de Câncer de Base Populacional. Rio de Janeiro, 2012, 2ª Edição.

Acesso em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/manuais/manual-de-rotinas-e-procedimentos-para-registros-de-cancer-de-base-populacional>

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer Jose de Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2023 – Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2022.

Acesso em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil>

CANVA. Ferramenta de design gráfico online. Disponível em: <<https://www.canva.com>>. Acesso em: 21/06/2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2607, de 28/12/2005. Institui com recursos do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde incentivo financeiro para custeio das Atividades desenvolvidas pelo Registro de Câncer de Base Populacional – RCBP.

BRASIL. Lei nº 13685, de 25 de Junho de 2018. Diário Oficial da União. Estabelece a notificação compulsória de agravos e eventos em saúde relacionados às neoplasias.

Pena GP, Santos ATC dos, Pezzotti CM, Lima CA, Daniel CB, Laporte CA, Veneziano DB, Souza DLB de, Carvalho FN de, Alencar HF, Silva JC, Santos JEM dos, Aquino JAP de, Loro JA, Natívio J, Oliveira JFP, Souza LBL de, Formigosa LAC, Martins LFL, Breda MFR, Latorre M do R de O, Santos MM dos, Hora MA de A da, Souza PCF de, Ramos Neto WF, De Camargo Cancela M. Registros de Câncer de Base Populacional no Brasil: Relevância, Desafios e Oportunidades. Rev. Bras. Cancerol. [Internet]. 3º de fevereiro de 2025 [citado 22º de abril de 2025];71(1):e-104878. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/4878>

6.3-SEÇÃO DE VIGILÂNCIA A MORTALIDADE MATERNA INFANTIL

A análise da mortalidade materna, infantil e fetal evidencia que esses eventos constituem agravos prioritários para a saúde pública, tanto pela sua magnitude quanto pelas repercussões sociais e pela elevada proporção de evitabilidade. Essas mortes atendem aos seguintes critérios técnicos de priorização:

- **Magnitude:** representam número expressivo de óbitos, com impacto direto sobre os indicadores de saúde e a dinâmica populacional;
- **Transcendência:** provocam forte repercussão social, emocional e econômica, afetando famílias e comunidades de forma significativa;
- **Evitabilidade:** a maioria desses óbitos pode ser prevenida por meio de intervenções oportunas, utilizando recursos e tecnologias já disponíveis no sistema de saúde;
- **Compromissos institucionais:** o Brasil assumiu metas nacionais e internacionais de redução da mortalidade materno-infantil, firmadas em pactos federativos e acordos com organismos multilaterais.

Esses critérios reforçam a necessidade de investimento contínuo na vigilância epidemiológica como estratégia essencial para a proteção da saúde de mulheres e crianças.

As ações de vigilância dos óbitos maternos, infantis e fetais são executadas por equipes técnicas designadas pelas autoridades sanitárias locais. No município de Santos, essa atribuição é desempenhada pela Seção de Vigilância à Mortalidade Materno-Infantil (SEVIG-MMI), composta por profissionais de saúde — médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e equipe administrativa.

Entre suas principais funções, destacam-se:

- Descrever o padrão de ocorrência dos óbitos maternos, infantis e fetais;
- Identificar tendências, grupos de maior vulnerabilidade e fatores de risco, subsidiando políticas de prevenção;
- Estimar o impacto da morbimortalidade associada;
- Recomendar intervenções baseadas em evidências epidemiológicas;

- Avaliar a efetividade das ações implementadas

A vigilância é conduzida de forma contínua e integrada, mediante um sistema estruturado de trabalho que envolve:

- Coleta e análise sistemática dos dados;
- Interpretação epidemiológica dos resultados;
- Definição e promoção de medidas de controle;
- Avaliação de impacto das intervenções realizadas;
- Divulgação de informações relevantes para a gestão em saúde e para a sociedade.

O fortalecimento da vigilância do óbito materno foi institucionalizado por meio da Portaria GM nº 1.119/2008 e do Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno. A vigilância dos óbitos infantis e fetais, por sua vez, é regida pela Portaria nº 72/2010 e pelo Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal, com apoio dos Comitês Municipais de Prevenção.

MORTALIDADE MATERNA

Segundo a 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), considera-se morte materna o óbito de uma mulher ocorrido durante a gestação ou até 42 dias após o término da gravidez, independentemente da duração ou localização da gestação, desde que decorrente de causas relacionadas ou agravadas por esse estado. Não são incluídos nessa definição os óbitos resultantes de causas acidentais ou incidentais (OMS, 1993).

O monitoramento da mortalidade materna é essencial para a avaliação da efetividade das políticas públicas voltadas à saúde da mulher. O principal indicador utilizado é a Razão de Mortalidade Materna (RMM), que expressa o risco de uma mulher morrer por causas maternas durante o ciclo gravídico-puerperal. Seu cálculo é dado pela fórmula:

$$RMM = \frac{\text{Número de mortes maternas}}{\text{Total de nascidos vivos}} \times 100.000$$

Na prática, o total de gestações não é diretamente conhecido, razão pela qual se utiliza o número de nascidos vivos, obtido por meio das Declarações de Nascido Vivo (DN) registradas no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). As mortes maternas

são identificadas pelas Declarações de Óbito (DO), inseridas no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Além do número absoluto de óbitos, é fundamental conhecer a causa básica da morte, ou seja, a condição clínica diretamente responsável pelo desfecho. Conforme a CID-10, as causas maternas são classificadas em três categorias:

- **Obstétricas diretas:** resultantes de complicações da gestação, do parto ou do puerpério, como hemorragias, infecções puerperais, hipertensão gestacional e abortos. Esses óbitos estão diretamente relacionados à qualidade da assistência pré-natal, obstétrica e puerperal;
- **Obstétricas indiretas:** ocorrem quando doenças pré-existentes ou intercorrências clínicas, como doenças cardiovasculares, tuberculose, infecções respiratórias (incluindo COVID-19), HIV ou dengue, são agravadas pelo curso da gestação;
- **Causas não especificadas:** quando não é possível determinar com precisão a condição clínica que levou ao óbito.

Para além das causas imediatas, a análise dos óbitos maternos deve considerar os determinantes sociais da saúde, como o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, o nível socioeconômico, a escolaridade, a etnia, a cultura e o contexto familiar. Esses fatores condicionam o risco de adoecimento e morte, sendo fundamentais para o delineamento de estratégias intersetoriais de prevenção.

A RMM, portanto, constitui não apenas um indicador de saúde, mas um reflexo das condições de vida das mulheres, evidenciando desigualdades sociais, fragilidades das políticas públicas e barreiras no acesso a direitos fundamentais e à cidadania.

Nos países desenvolvidos, a Razão de Mortalidade Materna costuma variar entre 4 e 15 óbitos por 100 mil nascidos vivos, evidenciando que há tecnologias e práticas disponíveis capazes de reduzir significativamente esse risco. A Agenda 2030 da ONU, por meio dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), estabelece como meta global reduzir a RMM para menos de 70 óbitos por 100 mil nascidos vivos, assegurando que nenhum país ultrapasse o dobro desse valor até 2030.

No Brasil, a vigilância da mortalidade materna contempla também as Mulheres em Idade Fértil (MIF), definidas como aquelas com idade entre 10 e 49 anos, por constituírem o grupo com maior potencial de gestação.

Os dados nacionais mais recentes, consolidados até 2024, apontam uma tendência de redução na RMM, sugerindo o possível encerramento do impacto direto da pandemia de COVID-19 sobre esse indicador. Vale destacar que o pico de óbitos ocorreu em 2021, com reflexos ainda observáveis em 2022. O monitoramento contínuo será essencial para avaliar a manutenção dessa tendência no cenário pós-pandêmico.

ÓBITO EM NÚMERO ABSOLUTO DE MULHERES RESIDENTES DE SANTOS EM IDADE FÉRTIL, NO PERÍODO DE 2020 A 2023.

Óbitos em número absoluto de mulheres em idade fértil (MIF) - (entre 10 e 49 anos)	2020	2021	2022	2023
Brasil	73.843	97.851	70.522	67.741
Região Sudeste	31.111	41.977	28.908	27.887
Estado de São Paulo	14.944	21.721	14.299	13.700
Região Baixada Santista	785	996	718	659
Santos	149	182	140	116

Fonte: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM em 18/03/2025, disponível apenas até o ano de 2023.

ÓBITO EM NÚMERO ABSOLUTO DE MULHERES RESIDENTES DOS NOVE MUNICÍPIOS QUE COMPÕEM A REGIÃO METROPOLITANA DA BAIXADA SANTISTA EM IDADE FÉRTIL, NO PERÍODO DE 2020 A 2023.

Óbitos de mulheres em idade fértil da Baixada Santista por município	2020	2021	2022	2023
SANTOS	149	182	140	116
BERTIOGA	24	43	25	27
CUBATÃO	49	69	48	48
GUARUJA	171	179	128	111
ITANHAEM	50	64	54	50
MONGAGUÁ	27	29	13	25
PERUÍBE	25	29	23	25
PRAIA GRANDE	130	201	137	115
SAO VICENTE	160	200	150	142

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM banco em 18/03/2025, disponível apenas até ano de 2023.

A mortalidade de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) constitui um importante marcador da saúde da população feminina e está associada tanto às condições gerais de vida quanto ao acesso e à qualidade da atenção à saúde. No período de 2020 a 2023, os dados indicam um pico significativo em 2021, seguido de reduções progressivas nos anos subsequentes, em todas as esferas geográficas analisadas.

- Tendência nacional

No Brasil, o número absoluto de óbitos de MIF apresentou um aumento expressivo em 2021, atingindo 97.851 óbitos, em comparação a 73.843 em 2020 — um crescimento de aproximadamente 32,5%, muito provavelmente relacionado ao impacto da pandemia de COVID-19. A partir de 2022, observou-se uma queda acentuada, com 70.522 óbitos, e nova redução em 2023, totalizando 67.741 óbitos.

- Estado de São Paulo

No mesmo período, o Estado de São Paulo acompanhou a tendência nacional, com 14.944 óbitos em 2020 e 21.721 em 2021 (+45,4%). Em 2022, os óbitos recuaram para 14.299, aproximando-se dos níveis pré-pandemia, e chegaram a 13.700 em 2023.

- Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS)

A RMBS registrou 785 óbitos em 2020 e um pico de 996 óbitos em 2021 (+26,9%), retornando a 718 em 2022 e caindo para 659 em 2023. A queda acumulada entre 2021 e 2023 foi de aproximadamente 33,8%, demonstrando uma trajetória de estabilização após o auge da pandemia.

- MUNICÍPIO DE SANTOS

Santos apresentou 149 óbitos em 2020, subindo para 182 em 2021 (+22,1%). Em 2022, houve redução para 140 óbitos, e em 2023 o número caiu ainda mais, chegando a 116. Entre o pico pandêmico e o dado mais recente, a redução foi de 36,2%.

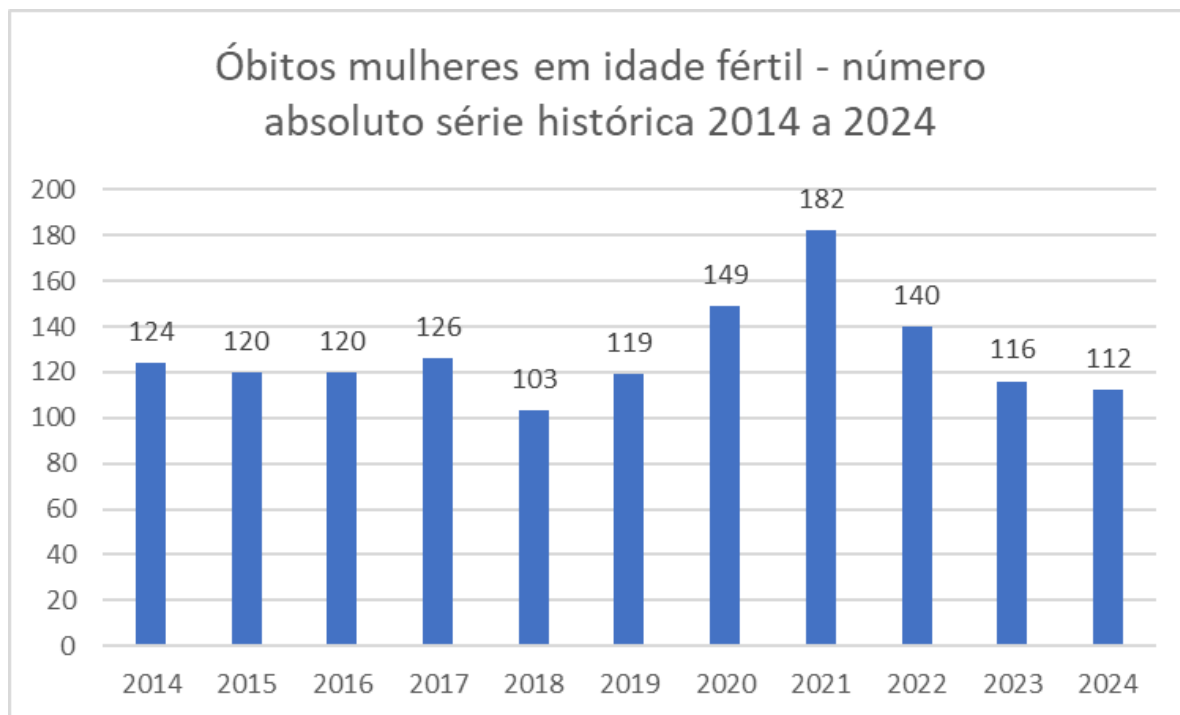
Considerações:

- Pico em 2021: O aumento generalizado de óbitos em 2021 reflete, com alta probabilidade, os efeitos diretos e indiretos da COVID-19, especialmente no

agravamento de condições preexistentes entre mulheres em idade fértil e na sobrecarga do sistema de saúde.

- Tendência de queda a partir de 2022: Os dados sugerem um retorno gradual aos patamares anteriores à pandemia, com redução consistente em todos os recortes analisados.
- Proporcionalidade regional: A RMBS e Santos mantêm proporcionalidade com os dados estaduais, embora as variações percentuais sejam ligeiramente menores. Isso pode indicar maior estabilidade local ou menor impacto de ondas epidêmicas mais intensas em comparação a outras regiões do estado.
- Importância do recorte MIF: A análise da mortalidade em MIF é essencial para a identificação de causas externas, doenças crônicas agravadas e potenciais subnotificações de óbitos maternos, justificando sua vigilância contínua.

SÉRIE HISTÓRICA DOS ÓBITOS, EM NÚMERO ABSOLUTO, DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL RESIDENTES DE SANTOS, DE 2014 A 2024.



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM em 18/03/2025.

A série histórica dos óbitos em mulheres de 10 a 49 anos residentes no município de Santos revela flutuações moderadas ao longo da década, com destaque para um pico atípico em 2021, ano marcado pelo impacto severo da pandemia de COVID-19.

Principais marcos da série:

- Estabilidade pré-pandemia: Entre 2014 e 2019, os valores oscilaram entre 103 e 126 óbitos anuais, evidenciando certa estabilidade no padrão de mortalidade feminina nessa faixa etária.
- Aumento expressivo em 2020-2021: Em 2020, houve um salto para 149 óbitos, seguido por um pico histórico em 2021, com 182 registros — um aumento de 22,1% em relação a 2020 e cerca de 58% comparado à média do quinquênio anterior (2015 – 2019).
- Após o pico, observa-se uma queda consistente: 140 óbitos em 2022, 116 em 2023 e 112 em 2024, sugerindo possível retorno a padrões anteriores à pandemia ou melhora na atenção à saúde feminina.

Considerações:

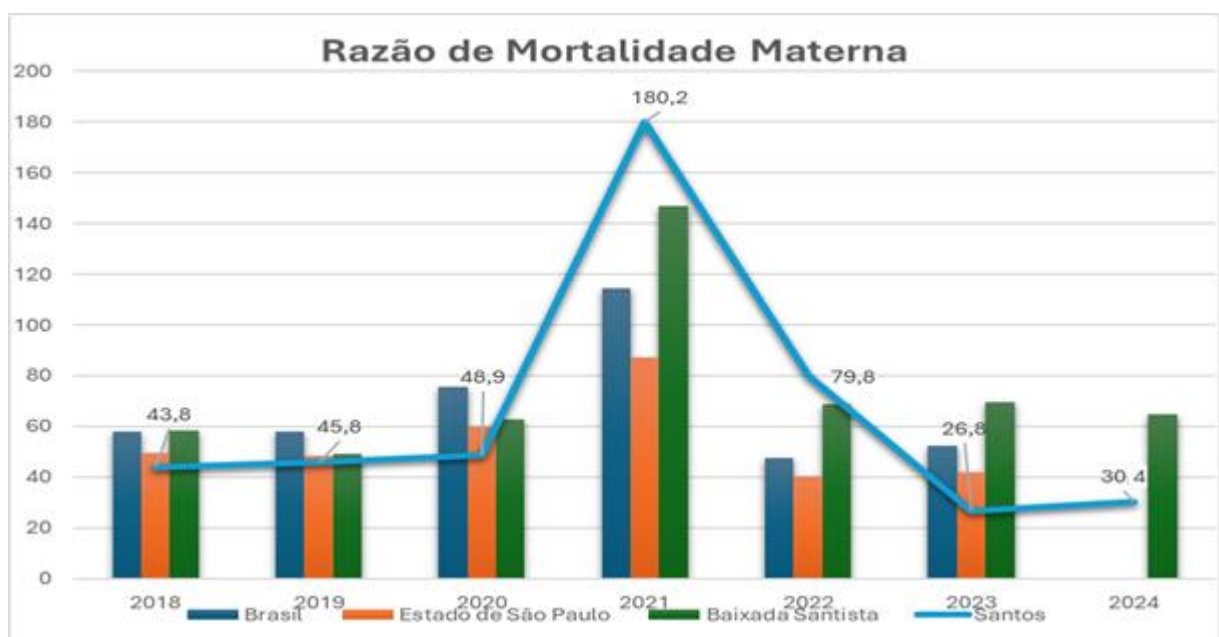
- A curva epidêmica de 2021 representa um evento fora da tendência esperada, provavelmente influenciado pelo agravamento de doenças crônicas e infecciosas durante a pandemia, interrupções na rede assistencial e barreiras ao acesso aos serviços de saúde.
- A queda sustentada nos anos seguintes pode refletir a retomada das atividades assistenciais regulares, melhoria na cobertura vacinal, além de estratégias locais de enfrentamento e mitigação dos efeitos pós-pandêmicos.
- A manutenção de valores inferiores à média histórica nos anos de 2023 e 2024 requer monitoramento contínuo, pois pode refletir, além da recuperação sanitária, fatores demográficos ou mudanças no perfil de risco da população feminina.

Esses dados reforçam a importância da vigilância contínua sobre esse grupo populacional, especialmente frente aos determinantes sociais da saúde e à necessidade de

garantir acesso universal, equânime e qualificado aos serviços de atenção integral à saúde da mulher.

RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA DO BRASIL, ESTADO DE SÃO PAULO, REGIÃO METROPOLITANA DA BAIXADA SANTISTA E DE SANTOS, DE 2018 A 2024.

Razão de Mortalidade Materna	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Brasil	58,0	58,1	75,7	114,6	47,6	52,2	s/inf
Estado de São Paulo	49,7	48,5	60,1	87,0	40,39	42,1	s/inf
Região Metropolitana	58,3	49,0	62,9	147,0	68,8	69,4	64,8
Santos	43,8	45,8	48,9	180,2	79,8	26,8	30,4



Fonte: SES/CCD/CVE/GVEXXV-SANTOS/Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM 18/03/2025

ÓBITOS MATERNOS POR 100 MIL NASCIMENTOS, SÉRIE HISTÓRICA DO MUNICÍPIO DE SANTOS - CLASSIFICADAS EM OBSTÉTRICAS DIRETAS, INDIRETAS DE 2020 A 2024.

Ano do Óbito	Obstétricas Diretas	Obstétricas Indiretas
2020	1	3
2021	2	5
2022	2	1
2023	0	1
2024	1	0

Fonte: MS/SVS/DASIS/SEVIG-MMI/SIM/SINASC/PRNRisco 18/03/2025, Dados sujeitos a alterações

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) apresenta significativa variação entre os anos de 2018 e 2024, com destaque para o pico ocorrido em 2021 em todos os níveis — nacional, estadual e municipal. Esse indicador reflete, com clareza, o impacto sanitário da pandemia de COVID-19 sobre a saúde das mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal.

- Tendência Nacional e Estadual
- Brasil: A RMM nacional saltou de 58,1 (2019) para 114,6 (2021), uma elevação de quase 100%. A partir de 2022, observa-se queda importante, chegando a 52,2 em 2023.
- Estado de São Paulo: Apresenta trajetória semelhante, passando de 48,5 (2019) para 87,0 (2021) e reduzindo-se para 42,1 em 2023. Ainda que abaixo da média nacional, a elevação em 2021 foi expressiva.
- Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS)

A RMBS apresentou a maior RMM entre os recortes regionais no auge da pandemia: 147,0 em 2021, mais que o dobro da média anterior. A redução observada em 2022 (68,8) e a estabilização em 2023 (69,4) indicam uma tendência de retorno ao padrão pré-pandêmico, ainda que em níveis superiores aos estaduais.

- **MUNICÍPIO DE SANTOS**

Santos apresenta o comportamento mais dramático da série, com um pico de 180,2 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos em 2021, valor muito superior ao dos anos anteriores (média de 46) e inclusive ao das demais regiões analisadas.

Nos anos seguintes, a RMM caiu para 79,8 (2022), 26,8 (2023) e 30,3 (2024) — valores inferiores à média nacional e estadual, evidenciando uma recuperação robusta no pós-pandemia.

Causas dos Óbitos Maternos em Santos (2020–2024)

- O ano de 2021, que concentrou a maior RMM, também registrou o maior número de óbitos maternos indiretos (5 casos), possivelmente associados ao agravamento de

comorbidades durante a pandemia, foram 4 óbitos decorrentes de COVID-19, além de 1 por dengue.

- Em 2022, houve predomínio de causas obstétricas diretas (2 casos), sinalizando atenção à qualidade da assistência obstétrica.
- Já em 2024 voltamos a apresentar 1 óbito materno obstétrico direto, no pós parto de assistência pela saúde complementar.

A mortalidade materna em Santos acompanhou a tendência nacional de agravamento em 2021, impulsionada principalmente pelas causas obstétricas indiretas, em um contexto pandêmico marcado por vulnerabilidades assistenciais e clínicas. No entanto, o município demonstrou capacidade de resposta rápida, com expressiva redução da RMM nos anos seguintes, atingindo patamares inferiores aos nacionais e estaduais em 2023 e 2024.

A análise das causas confirma a importância de ações integradas que fortaleçam a atenção pré-natal, parto e puerpério, com ênfase na detecção e manejo precoce de agravos clínicos. O desempenho recente de Santos aponta avanços relevantes, mas a manutenção da vigilância qualificada e das estratégias de prevenção permanece essencial para a sustentabilidade desses resultados.

MORTALIDADE INFANTIL

A infância é um período de elevada vulnerabilidade biológica e social, sendo essencialmente dependente das decisões e dos cuidados de adultos e instituições. A proteção da vida e do desenvolvimento infantil é, portanto, uma responsabilidade coletiva, expressa por meio de políticas públicas que reconhecem e garantem os direitos humanos da criança.

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) expressa a probabilidade de uma criança nascida viva vir a óbito antes de completar um ano de vida. Por sua sensibilidade, a TMI é considerada um dos principais indicadores sintéticos da situação de saúde de uma população, refletindo tanto as condições de vida quanto a efetividade da atenção pré-natal, neonatal e infantil.

- Componentes da Mortalidade Infantil

A TMI pode ser decomposta em três segmentos, com base na faixa etária do óbito:

- Mortalidade Neonatal Precoce: óbitos ocorridos até o 6º dia de vida;
- Mortalidade Neonatal Tardia: óbitos entre o 7º e o 27º dia de vida;
- Mortalidade Pós-Neonatal: óbitos entre o 28º e o 364º dia de vida.

Esses componentes auxiliam na identificação de fatores críticos em diferentes momentos do cuidado neonatal, desde complicações perinatais até causas evitáveis no domicílio.

A TMI é calculada pela seguinte fórmula:

$$\text{Taxa de Mortalidade Infantil} = \frac{\text{número de óbitos de menor de um ano}}{\text{número total de nascidos vivos}} \times 1000$$

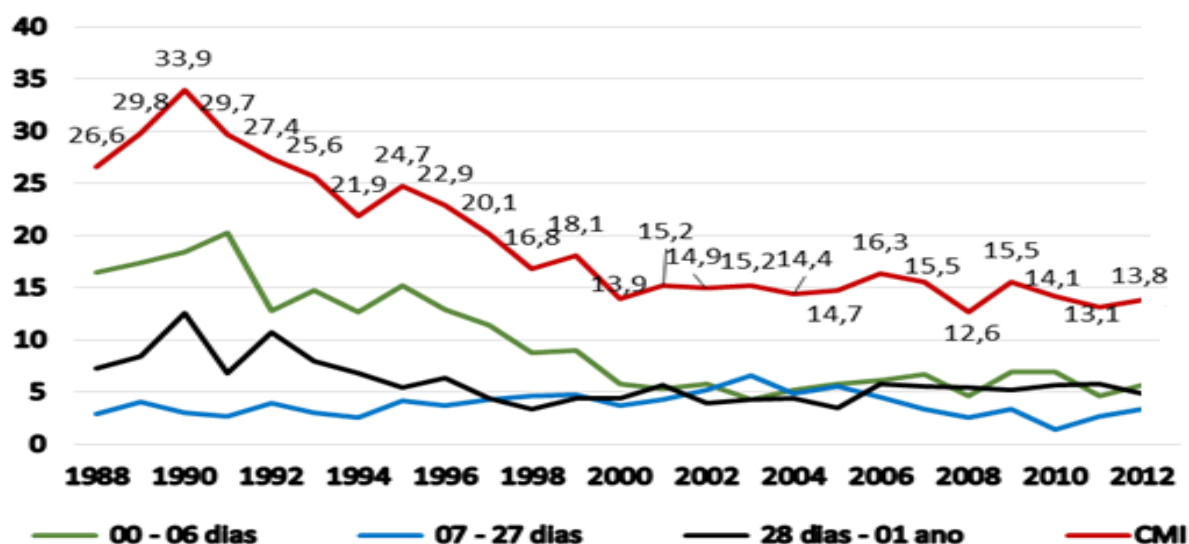
E também pode ser calculada segundo seus componentes:

$$\text{Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce} = \frac{\text{número de óbitos até o 6º dia de vida}}{\text{número total de nascidos vivos}} \times 1000$$
$$\text{Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia} = \frac{\text{número de óbitos do 7º ao 27º dia}}{\text{número total de nascidos vivos}} \times 1000$$
$$\text{Taxa de Mortalidade Pós-Neonatal} = \frac{\text{número de óbitos do 28º ao 364º dia}}{\text{número total de nascidos vivos}} \times 1000$$

Esse coeficiente expressa o número de óbitos de menores de 1 ano para cada mil nascidos vivos em determinado período e território.

- As informações sobre óbitos são obtidas no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).
- Os nascidos vivos são registrados no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

SÉRIE HISTÓRICA DO COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL DISTRIBUÍDO EM MENORES DE 7 DIAS, DE 7 A 27 DIAS DE VIDA E EM CRIANÇAS COM 28 DIAS A UM ANO POR MIL NASCIDOS VIVOS - RESIDENTES EM SANTOS - 1988 A 2012



Fonte: CVE/ GVE XXV/SIM/SINASC - (Base municipal)

A série histórica da mortalidade infantil no município de Santos, entre 1988 e 2012, demonstra uma queda expressiva e sustentada da TMI, passando de 26,6 por mil nascidos vivos (1988) para 13,8 (2012) — uma redução de aproximadamente 48% no período.

- A queda foi mais acentuada entre o final da década de 80 e a década de 90, quando o município investiu em ações estruturantes, como a ampliação do saneamento básico, cobertura vacinal e implantação de programas direcionados à atenção materno-infantil.
- Os programas Recém-Nascido de Risco e Mãe Santista foram estratégias locais que se destacaram na redução de óbitos evitáveis no primeiro ano de vida.
- Observa-se ainda que a maior parte da mortalidade infantil em Santos ocorre no período neonatal precoce (0 a 6 dias), o que reforça a necessidade de atenção qualificada ao parto e ao nascimento.

Considerações

A redução da TMI em Santos ao longo da série histórica acompanhou o avanço das políticas públicas nacionais de saúde, especialmente a partir da implantação do Sistema Único

de Saúde (SUS) e da Prioridade à Atenção Básica. Os programas municipais contribuíram para a melhoria dos indicadores, atuando nos determinantes sociais da saúde e na qualificação da rede de atenção.

A concentração de óbitos no período neonatal precoce indica a persistência de desafios relacionados à assistência obstétrica e perinatal. Intervenções nessa etapa crítica podem impactar diretamente a continuidade da queda da TMI, sobretudo com foco em prematuridade, baixo peso ao nascer, malformações congênitas e infecções precoces.

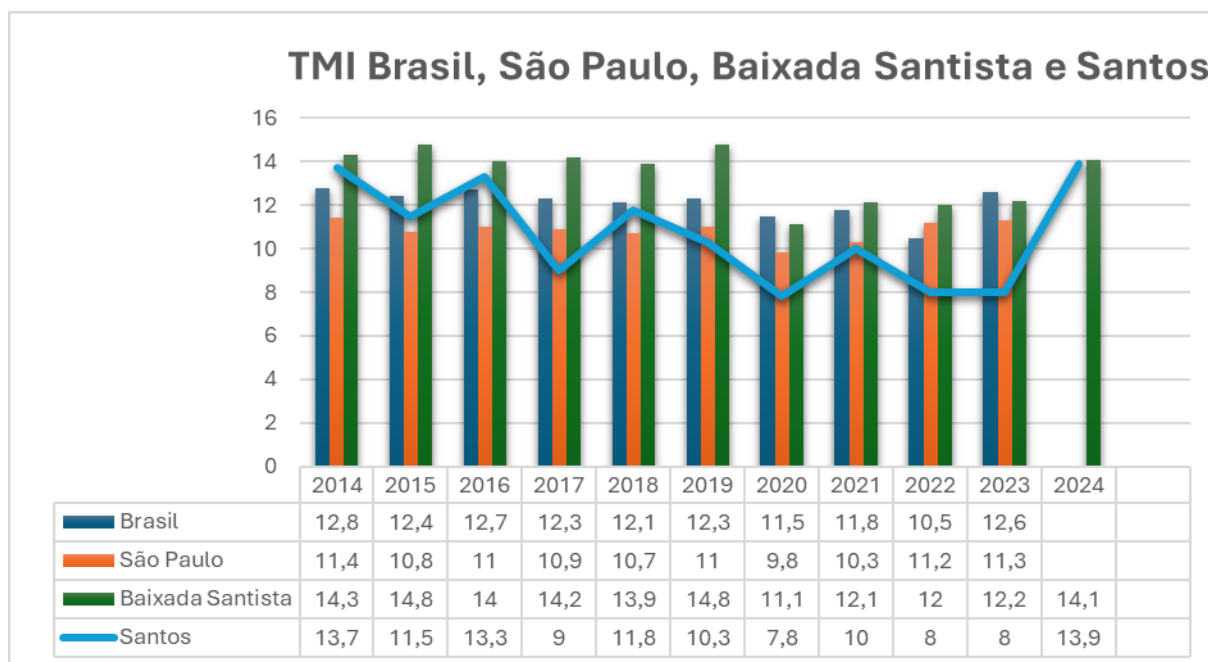
A mortalidade infantil no município de Santos apresentou uma tendência de queda consistente nas últimas décadas, fruto de ações integradas e efetivas no campo da saúde pública. No entanto, a manutenção da vigilância epidemiológica, a qualificação da atenção ao parto e nascimento, e o fortalecimento dos determinantes sociais positivos são essenciais para garantir a sustentabilidade desse progresso e alcançar novos patamares de excelência em saúde infantil.

Após a expressiva redução da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) observada entre as décadas de 1980 e 1990 no município de Santos, torna-se essencial avaliar a manutenção dessa tendência nos anos mais recentes, especialmente diante de mudanças no perfil epidemiológico, demográfico e nos padrões de assistência à saúde.

A análise da TMI no período de 2014 a 2024 permite identificar possíveis flutuações nos componentes da mortalidade infantil, bem como os efeitos de políticas públicas locais, crises sanitárias (como a pandemia de COVID-19), avanços tecnológicos e estratégias de vigilância e prevenção implementadas na última década.

A seguir, serão apresentados os dados mais atuais sobre mortalidade infantil em Santos, com desagregação por componentes (neonatal precoce, neonatal tardia e pós-neonatal), permitindo um olhar mais aprofundado sobre as principais causas de óbito e grupos vulneráveis, além da efetividade das intervenções em curso.

SÉRIE HISTÓRICA COMPARATIVA DAS TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL DO BRASIL, ESTADO DE SÃO PAULO (SP), REGIÃO METROPOLITANA DA BAIXADA SANTISTA (RMBS) E SANTOS - 2014 A 2024



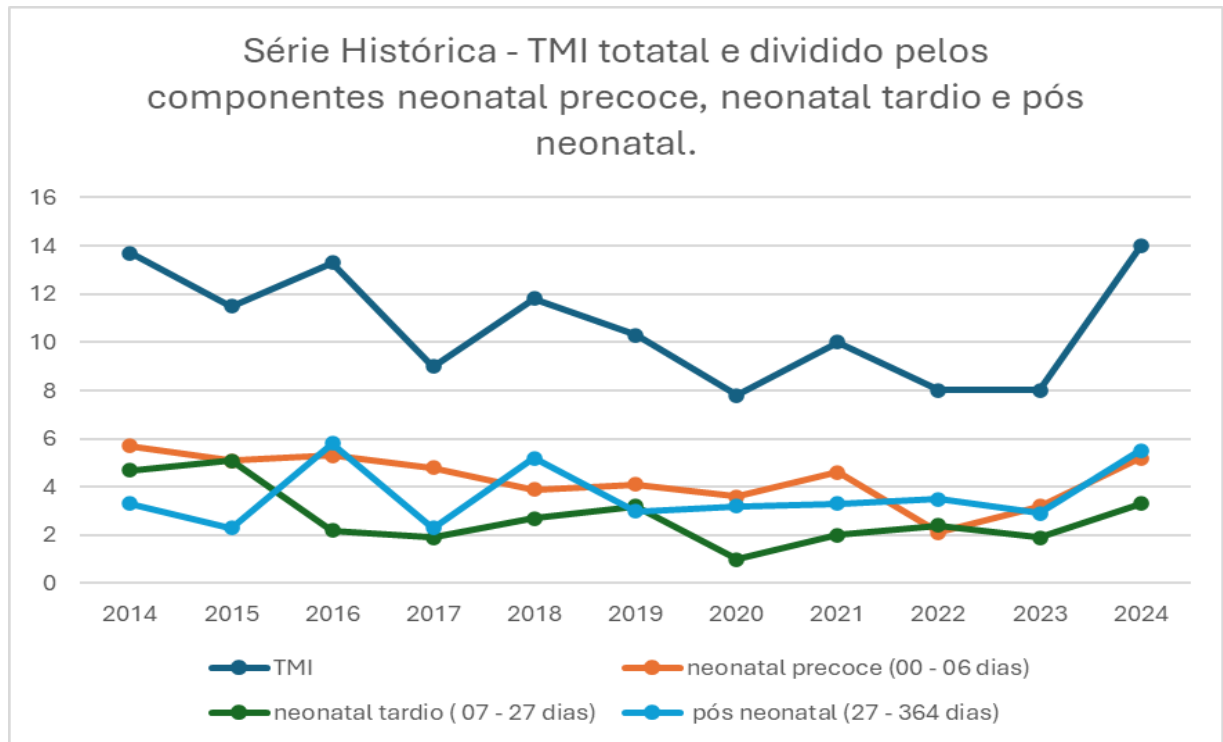
Fonte: CVE/ GVE XXV/SIM/SINASC/Programa RN de Risco em 18/03/2025

A série histórica de 2014 a 2024 permite aprofundar a compreensão da evolução da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) em Santos e compará-la com os contextos estadual, regional e nacional. Além disso, a desagregação dos dados por componentes (neonatal precoce, neonatal tardio e pós-neonatal) e a observação do número absoluto de nascimentos fornecem subsídios essenciais para a formulação de estratégias de prevenção e promoção da saúde infantil.

Comparativo entre Brasil, Estado de São Paulo, RMBS e Santos

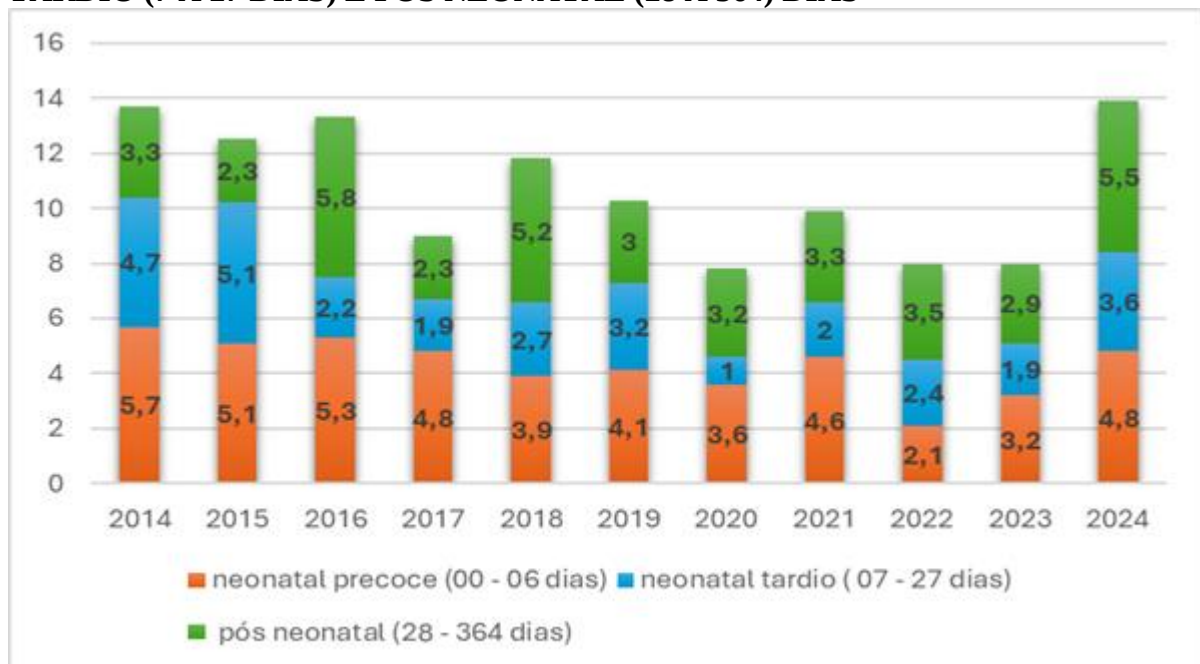
- Ao longo da série, Santos apresenta TMI geralmente inferior às médias nacional e estadual, o que pode refletir a consolidação de ações locais em atenção primária, vigilância e programas voltados ao recém-nascido.
- A TMI em Santos variou entre 13,7 por mil NV (2014) e 8,0 (2022 e 2023), com elevação expressiva para 13,9 em 2024, o maior valor da década.
- O ano de 2024 requer atenção especial: Santos e a RMBS apresentaram aumento abrupto, sugerindo uma possível concentração de eventos críticos ou falhas pontuais na assistência.

SÉRIE HISTÓRICA DA TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL DISTRIBUÍDOS EM NEONATAL PRECOCE (DE 0 A 6 DIAS), NEONATAL TARDIA (DE 7 A 27 DIAS DE VIDA) E PÓS-NEONATAL (DE 28 A 364 DIAS DE VIDA) POR MIL NASCIDOS VIVOS - RESIDENTES EM SANTOS – 2014 A 2024.



Fonte: SIM/SINASC – (Base Municipal): Dados consolidados em 18/03/2025.

SÉRIE HISTÓRICA DO ÓBITO INFANTIL DE RESIDENTES DE SANTOS ENTRE 2014 E 2024, DIVIDIDOS EM NEONATAL PRECOCE (0 A 6 DIAS), NEONATAL TARDIO (7 A 27 DIAS) E PÓS NEONATAL (28 A 364 DIAS)

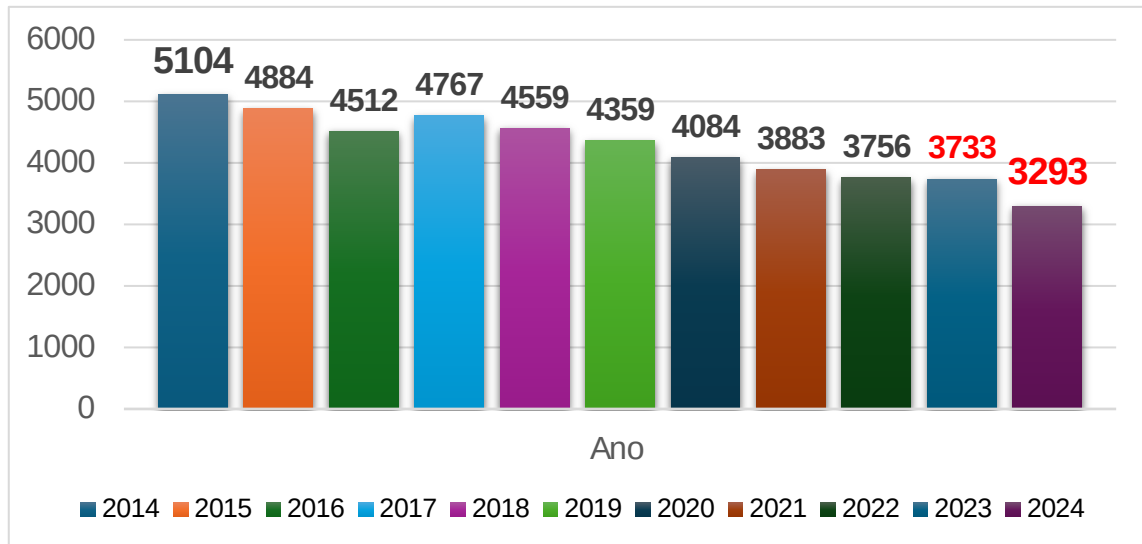


Fonte: SIM/SINASC – (Base Municipal): Dados consolidados em 18/03/2025

Conforme detalhado no gráfico e tabela consolidados:

- A mortalidade neonatal precoce (0 a 6 dias) é historicamente o componente mais elevado, refletindo desafios persistentes na atenção ao parto e nascimento. Após atingir o menor valor da série em 2022 (2,1), o índice subiu para 4,8 em 2024, mais que o dobro.
- O componente neonatal tardio (7 a 27 dias), por outro lado, teve variações menores, com aumento de 1,9 (2023) para 3,6 (2024).
- A mortalidade pós-neonatal (28 a 364 dias) também aumentou em 2024, passando de 2,9 (2023) para 5,5. Essa elevação pode indicar dificuldades de acompanhamento ambulatorial ou agravamento de determinantes sociais.

SÉRIE HISTÓRICA NÚMERO ABSOLUTO DE NASCIMENTOS DE RESIDENTES DE SANTOS DE 2014 A 2024



Fonte: SIM/SINASC – (Base Municipal): Dados consolidados em 18/03/2025.

NASCIMENTOS EM DECLÍNIO

O número absoluto de nascidos vivos em Santos caiu de 5.104 (2014) para 3.293 (2024), representando uma redução de 35,5% em 10 anos. Essa tendência tem impacto direto sobre a flutuação da taxa de mortalidade infantil (TMI), pois números absolutos menores tornam o coeficiente mais sensível a variações pontuais no número de óbitos.

Considerações

- O comportamento da TMI ao longo do período demonstra efetividade histórica das ações locais, mas o aumento registrado em 2024 acende um alerta epidemiológico, especialmente por ocorrer de forma simultânea em todos os componentes do indicador.
- A concentração de óbitos no período neonatal precoce reforça a necessidade de investimento contínuo em qualificação da assistência obstétrica e neonatal imediata.
- A elevação da mortalidade pós-neonatal em 2024 indica possível fragilidade no seguimento das crianças no primeiro ano de vida, exigindo revisão das práticas de atenção primária, vacinação, vigilância ativa e apoio social às famílias.

A continuidade dos programas municipais, como o Recém-Nascido de Risco e o Mãe Santista, aliados ao monitoramento detalhado das causas básicas de óbito, será fundamental para restaurar a trajetória de redução da mortalidade infantil e assegurar o direito à vida e à saúde na primeira infância.

ESPECIFICAÇÃO DOS ÓBITOS INFANTIS NO ANO DE 2024

O ano de 2024 apresentou elevação expressiva da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) no município de Santos, configurando uma inflexão na tendência histórica de queda. A análise dos óbitos ocorridos nesse período revelou uma mudança no perfil etário predominante, com maior concentração de mortes no período pós-neonatal (28 a 364 dias de vida), o que difere dos anos anteriores, quando os óbitos se concentravam majoritariamente no período neonatal precoce.

Após a realização das investigações domiciliar, ambulatorial e hospitalar, e das discussões promovidas pelo Comitê de Prevenção à Mortalidade Materno, Fetal e Infantil, foi possível identificar as prováveis causas básicas associadas aos 46 óbitos infantis ocorridos em 2024, distribuídos da seguinte forma:

- Neonatal Precoce (0 a 6 dias) – 16 óbitos

Dos 16 óbitos precoces, 13 ocorreram em recém-nascidos prematuros. As causas foram estratificadas conforme a idade gestacional ao nascimento:

- 22 a 25 semanas (período de viabilidade discutida): gemelaridade com incompetência istmo-cervical, síndrome hipertensiva da gestação, infecção do trato urinário, sífilis congênita e malformações fetais;
- 26 a 27 semanas: diabetes gestacional, ruptura prematura das membranas ovulares (RPMO) e doença hipertensiva específica da gestação;
- 28 a 31 semanas: ausência de acompanhamento pré-natal, com desfecho em prematuridade extrema;
- 32 a 36 semanas (prematuros moderados e tardios): malformações congênitas, doença hipertensiva da gestação e anomalia anatômica uterina;
- Termo: um dos óbitos foi por pneumonia em neonato de gestação advinda do exterior no terceiro trimestre (com barreiras linguísticas e culturais que dificultaram o acompanhamento). Os demais foram por malformações incompatíveis com a vida.

- Neonatal Tardio (7 a 27 dias) – 12 óbitos

Entre os 12 óbitos tardios, 9 ocorreram em prematuros. As principais causas identificadas foram incompetência istmo-cervical, síndromes hipertensivas da gestação, RPMO, gemelaridade, sífilis, descolamento prematuro de placenta, toxoplasmose congênita, síndrome da transfusão feto-fetal, asfixia perinatal e diversas malformações congênitas graves.

- Pós-Neonatal (28 a 364 dias) – 18 óbitos

Os 18 óbitos pós-neonatais chamam atenção por sua diversidade de causas e pela presença marcante de malformações. Dentre os casos:

- Prematuros extremos que evoluíram com complicações tardias: sepse, alteração hemodinâmica por persistência do canal arterial e complicação pós-enterocolite;
- Condições adquiridas ou genéticas: bronquiolite, convulsões, trauma cranioencefálico, pneumonia, sequestro esplênico, broncoaspiração, doença neuromuscular degenerativa e erros inatos do metabolismo;
- Malformações congênitas: várias ocorrências, reforçando a gravidade do quadro fetal e a ausência de intervenções precoces.

Apesar dos avanços no diagnóstico pré-natal, malformações congênitas graves continuam a contribuir significativamente para a mortalidade infantil. Ressalta-se que o município de Santos não dispõe, na rede pública, de serviços especializados em medicina fetal, o que limita a possibilidade de intervenções intrauterinas ou o planejamento do cuidado intensivo ao nascimento.

Por fim, a análise dos casos considerados evitáveis aponta para a necessidade de fortalecimento das ações de educação em saúde, com foco em prevenção, orientação familiar, acompanhamento precoce de sinais de risco e ampliação do acesso a serviços especializados.

A análise da mortalidade infantil no município de Santos entre 2014 e 2024 demonstra uma trajetória de redução sustentada da TMI até o ano de 2023, reflexo de ações estruturadas em saúde materno infantil e da consolidação de políticas públicas eficazes no nível local. No entanto, o aumento expressivo do coeficiente em 2024, especialmente no componente pós-neonatal, representa um alerta importante para o sistema de vigilância e cuidado.

A mudança no perfil etário dos óbitos evidencia a necessidade de reavaliar as estratégias de seguimento dos recém-nascidos após a alta hospitalar e reforçar as ações de atenção básica voltadas ao primeiro ano de vida. A predominância de prematuridade,

malformações congênitas e causas infecciosas evitáveis também aponta para lacunas na assistência pré-natal, na identificação precoce de riscos e na ausência de medicina fetal especializada no SUS local.

A presença de óbitos considerados evitáveis reforça a importância de investimentos contínuos em educação em saúde, vigilância oportuna e assistência multiprofissional qualificada, especialmente para populações vulnerabilizadas.

Diante do cenário apresentado, recomenda-se:

- Intensificar a vigilância do óbito infantil e as análises em comitês intersetoriais;
- Investir na qualificação da atenção neonatal e no seguimento de crianças de risco;
- Expandir o acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos em medicina fetal;
- Fortalecer as ações de prevenção primária e promoção da saúde infantil no território.

A mortalidade infantil continua sendo um indicador estratégico e sensível das desigualdades em saúde, exigindo atuação articulada, intersetorial e centrada na equidade.

MORTALIDADE FETAL

Apesar da sua magnitude e impacto, os óbitos fetais ainda recebem menos visibilidade que os demais desfechos obstétricos, embora grande parte seja considerada potencialmente evitável. Em sua maioria, esses eventos ocorrem ao final de gestações classificadas como de baixo risco, frequentemente envolvendo fetos sem malformações congênitas evidentes, o que reforça a importância da atenção contínua durante todo o ciclo gravídico.

A mortalidade fetal está fortemente associada às condições de saúde reprodutiva da gestante e à qualidade do acompanhamento pré-natal e da assistência ao parto, compartilhando os mesmos determinantes da mortalidade neonatal precoce. Por isso, estratégias que visem à redução da mortalidade fetal devem estar articuladas com ações integradas de prevenção da mortalidade materna e neonatal, garantindo uma abordagem contínua e centrada na linha do cuidado.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), considera-se óbito fetal (ou natimorto) a morte de um produto da concepção antes da expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gestação, desde que o feto não apresente nenhum sinal vital após a separação: respiração, batimentos cardíacos, pulsações do cordão umbilical ou movimentos musculares voluntários.

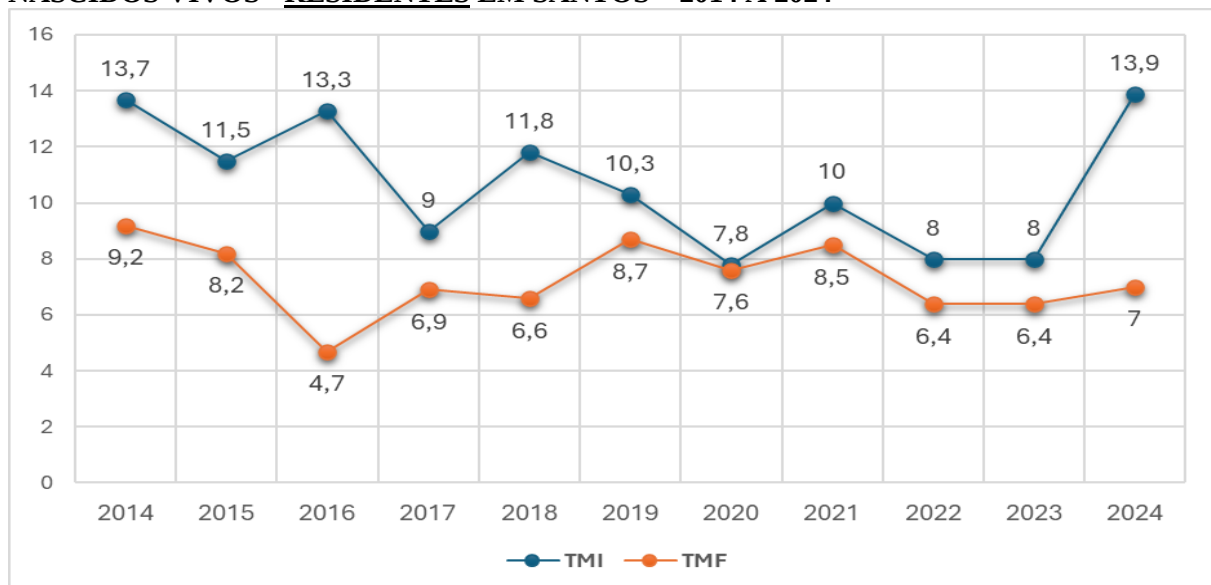
Conhecer a taxa de mortalidade fetal e reconhecer sua evitabilidade são passos essenciais para a formulação de políticas públicas voltadas à melhoria da saúde fetal e perinatal. O cálculo da taxa de mortalidade fetal é realizado conforme a fórmula abaixo:

Taxa de mortalidade fetal

$$\frac{\text{Número de óbitos fetais com peso ao nascer de 500 gramas ou mais ou 22 semanas de gestação ou mais, ou com 25 cm ou mais de comprimento}}{\text{Número total de nascimentos}^*} \times 1.000$$

No município de Santos, são investigados todos os óbitos fetais que constam em Declarações de Óbito (DO), documento obrigatório para fetos que atendam a pelo menos um dos seguintes critérios: peso ao nascer $\geq 500\text{g}$, idade gestacional ≥ 20 semanas, comprimento corporal ≥ 25 cm ou ainda, casos em que os responsáveis optem pelo sepultamento, mesmo na ausência desses parâmetros.

TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL E TAXA DE MORTALIDADE FETAL POR MIL NASCIDOS VIVOS - RESIDENTES EM SANTOS – 2014 A 2024



Fonte SIM/SINASC – (Base Municipal); dados consolidados em 18/03/2025, sujeitos a alterações.

A série histórica da Taxa de Mortalidade Fetal (TMF) no município de Santos, entre os anos de 2014 a 2024, revela uma trajetória irregular, com oscilações frequentes e picos intermitentes, que sugerem variabilidade nos fatores determinantes, nas condições de vigilância e na qualidade da assistência obstétrica ao longo do tempo.

- Comportamento da TMF no período:

- Em 2014, a TMF foi de 9,2 por mil nascimentos totais, caindo significativamente para 4,7 em 2016, o menor valor da série.
- A partir de 2017, observou-se nova elevação, com destaque para os anos de 2019 (8,7) e 2021 (8,5), sugerindo possíveis fragilidades assistenciais, sobretudo no contexto de pandemia.
- Em 2022 e 2023, a taxa atingiu (6,4), sugerindo um cenário mais favorável.
- Em 2024, no entanto, houve elevação para 7,0, acompanhando o aumento simultâneo da TMI no mesmo ano.

Essa flutuação da TMF revela a sensibilidade do indicador às condições do pré-natal e do parto, reforçando a necessidade de monitoramento contínuo, especialmente em cenários de redução de nascimentos, como o que se observa em Santos. Com menor número absoluto de nascidos, pequenas variações no número de óbitos resultam em oscilações significativas do coeficiente.

A comparação gráfica com a TMI reforça a relação entre os dois indicadores, dado que ambos compartilham determinantes em comum, como:

- Qualidade da atenção obstétrica;
- Acesso ao diagnóstico pré-natal;
- Identificação e manejo de fatores de risco maternos;
- Capacidade de resposta da rede de urgência e emergência obstétrica e neonatal.

É possível notar que em anos de elevação simultânea (como 2014 e 2021), há indícios de eventos críticos no sistema de saúde ou redução da efetividade das ações preventivas. Já em 2024, embora tenha sido registrado o maior valor da TMI da série, a Taxa de Mortalidade Fetal (TMF) manteve-se estável em relação aos anos anteriores, com 23 óbitos fetais, o que não configura um dos maiores coeficientes da série. Esse contraste entre os componentes neonatal e fetal reforça a necessidade de análise diferenciada das causas e do perfil dos eventos, com foco em estratégias específicas para cada momento do ciclo gravídico-puerperal.

A análise da mortalidade fetal no município de Santos entre 2014 e 2024 evidencia um comportamento oscilante, com variações anuais significativas que refletem tanto as condições assistenciais quanto a sensibilidade do indicador ao número absoluto de nascimentos. Embora a Taxa de Mortalidade Fetal (TMF) tenha apresentado redução em alguns períodos —

especialmente em 2016, 2022 e 2023 — os valores ainda se mantêm acima do ideal esperado para contextos com acesso ampliado ao pré-natal e ao parto hospitalar.

Em 2024, diferentemente da mortalidade infantil, a TMF não apresentou elevação expressiva, mantendo-se em um patamar intermediário dentro da série histórica. Esse dado, associado a uma vigilância ativa dos óbitos fetais no município, permite inferir que as ações voltadas à saúde gestacional e ao parto seguro têm mostrado algum efeito, ainda que a ocorrência de 23 óbitos fetais no ano exija atenção permanente.

A mortalidade fetal, por ocorrer majoritariamente em gestações de baixo risco e em fetos sem malformações, representa um importante marcador de qualidade da assistência obstétrica. A identificação de causas evitáveis e de fatores sentinelas nas investigações realizadas reforça a necessidade de:

- Aprimoramento contínuo da vigilância do óbito fetal, com ênfase na identificação precoce de sinais de risco;
- Capacitação das equipes de atenção primária e hospitalar para o manejo de agravos gestacionais;
- Fortalecimento das redes de atenção perinatal e de diagnóstico pré-natal, com vistas à prevenção de desfechos adversos.

O enfrentamento da mortalidade fetal deve permanecer como prioridade nos programas de saúde materno-infantil, articulado às estratégias de redução da mortalidade materna e neonatal.

MORTALIDADE PERINATAL

A taxa de mortalidade perinatal é considerada um dos indicadores mais sensíveis e abrangentes para avaliação da qualidade da assistência obstétrica e neonatal. Ela reflete, de forma integrada, os efeitos da atenção à gestação, ao parto e aos primeiros dias de vida do recém-nascido, permitindo maior visibilidade sobre os desfechos precoces adversos e contribuindo para o direcionamento de ações de prevenção.

Esse indicador incorpora dois componentes centrais:

- Os óbitos fetais (natimortos), definidos como mortes ocorridas a partir de 22 semanas de gestação, com peso ao nascer $\geq 500\text{g}$ ou comprimento corporal $\geq 25\text{ cm}$;
- Os óbitos neonatais precoces, ou seja, os que ocorrem até o 6º dia de vida do recém-nascido.

Por reunir eventos do final da gestação e do início da vida extrauterina, a taxa de mortalidade perinatal é útil para identificar falhas nos sistemas de detecção e manejo de riscos obstétricos e neonatais, sendo considerada fundamental para a vigilância da saúde perinatal e para a formulação de políticas públicas mais resolutivas.

Fórmula de cálculo:

Taxa de mortalidade perinatal

$$\frac{\text{Número de óbitos fetais com peso ao nascer de 500 gramas ou mais, 22 semanas de gestação ou mais, ou com 25 cm ou mais de comprimento + número de óbitos até o 6º dia de vida (neonatal precoce)}}{\text{Número total de nascimentos}} \times 1.000$$

Esse cálculo permite estimar, por mil nascimentos, o risco de perda fetal no final da gestação ou nos primeiros dias de vida, sendo uma **ferramenta-chave para identificar áreas críticas na rede de atenção perinatal**.

TAXA DE MORTALIDADE FETAL, NEONATAL PRECOCE, PERINATAL, E INFANTIL POR MIL NASCIDOS VIVOS - RESIDENTES EM SANTOS – 2014 A 2024.

ANO	TM FETAL	TM NEONATAL PRECOCE	TM PERINATAL	TMI TOTAL
2014	9,2	5,7	14,9	13,7
2015	8,2	5,1	13,3	11,5
2016	4,7	5,3	10	13,3
2017	6,9	4,8	11,7	9
2018	6,6	3,9	10,5	11,8
2019	8,7	4,1	12,8	10,3
2020	7,6	3,6	11,2	7,8
2021	8,5	4,6	13,1	10
2022	6,4	2,1	8,5	8
2023	6,4	3,2	9,6	8
2024	7,0	4,8	11,8	13,9

Fonte: SIM/SINASC-SMS 18/03/2025 Dados sujeitos a alterações.

EVOLUÇÃO DA TMP

- O maior valor da série foi registrado em 2014 (14,9 óbitos/1000 nascimentos), com predomínio de óbitos neonatais precoces (5,7 óbitos/1000 nascimentos) e fetais (9,2 óbitos/1000 nascimentos).

- A partir de 2019, observa-se uma leve elevação, alcançando 13,1 óbitos/1000 nascimentos em 2021, ano marcado pelos efeitos da pandemia de COVID-19.
- Em 2022, a TMP atingiu o menor valor da série (8,5 óbitos/1000 nascimentos), mas voltou a subir para 11,8 óbitos/100 nascimentos em 2024, puxada por aumento tanto da mortalidade fetal (7,0 óbitos/1000 nascimentos) quanto da neonatal precoce (4,8 óbitos/1000 nascimentos).

Considerações sobre os componentes

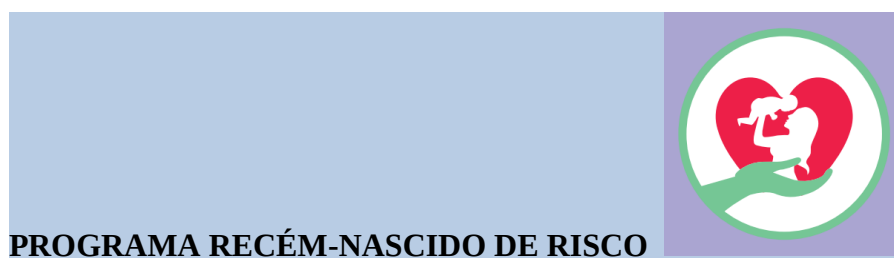
- O comportamento da TMP está diretamente relacionado às flutuações nos seus componentes: óbitos fetais e neonatais precoces, ambos altamente sensíveis à qualidade do pré-natal, da assistência ao parto e ao manejo dos recém-nascidos de risco.
- O aumento da mortalidade neonatal precoce em 2024, após dois anos de queda, é preocupante, uma vez que aponta para possíveis falhas na atenção intraparto e na estabilização neonatal imediata.
- Já os valores da mortalidade fetal em 2024 (7,0 óbitos/1000 nascimentos), embora não entre os mais elevados da série, reforçam a necessidade de atenção contínua às condições clínicas maternas no terceiro trimestre, sobretudo nos casos de prematuridade evitável, síndromes hipertensivas e infecções gestacionais.

A análise da mortalidade perinatal no município de Santos entre 2014 e 2024 evidencia a relevância deste indicador como marcador da qualidade da atenção obstétrica e neonatal. A variação anual da TMP, oscilando entre 8,5/1000 nascimentos e 14,9/1000 nascimentos, demonstra a sensibilidade do indicador às condições do cuidado no final da gestação, no parto e nos primeiros dias de vida.

Embora o ano de 2022 tenha registrado o menor coeficiente da série, o aumento da TMP em 2024 para 11,8/1000 nascimentos acende um alerta, especialmente ao se observar a elevação simultânea das taxas de mortalidade fetal e neonatal precoce. Esses resultados sugerem a necessidade de revisão dos protocolos de vigilância e assistência perinatal, além do reforço de medidas preventivas voltadas à detecção precoce de riscos gestacionais e à qualificação da atenção ao parto e ao recém-nascido.

A mortalidade perinatal, por integrar eventos intrauterinos e neonatais precoces, exige ação coordenada entre os níveis de atenção à saúde, com foco especial nas unidades de atenção primária, maternidades e serviços de urgência e emergência obstétrica. Ademais, o fortalecimento das ações de educação permanente, da gestão do cuidado e do acesso oportuno a exames e condutas especializadas são estratégias fundamentais para a reversão da tendência de crescimento observada em 2024.

Em suma, a redução da mortalidade perinatal deve ser encarada como um compromisso permanente da rede de atenção à saúde materno-infantil, contribuindo diretamente para a promoção de nascimentos mais seguros e para a proteção da vida desde o seu início.



Por meio do Programa Recém-Nascido de Risco (iniciado na década de 1990), a Seção de Vigilância à Mortalidade Materno-Infantil – SEVIG-MMI da Secretaria de Saúde de Santos, monitora e desencadeia ações visando à redução da mortalidade materno infantil.

O objetivo do programa é utilizar a vigilância em saúde como importante ferramenta na redução da morbimortalidade infantil, por meio da captação precoce do recém-nascido, busca ativa e cumprimento das propostas de acompanhamento do desenvolvimento das crianças classificadas como risco.

Uma equipe, com formação técnica em enfermagem, visita todas as maternidades públicas e privadas de Santos, diariamente, incluindo finais de semana e feriados, a fim de triar os nascimentos dos residentes em Santos.

Uma primeira entrevista é feita ainda dentro do hospital, incluindo rede SUS e privada, fornecendo as orientações básicas iniciais ao acompanhamento da criança e puérpera nos serviços de saúde, e já sendo agendada a primeira consulta em até dez dias nas policlínicas, tendo prioridade as crianças classificadas como risco biológico (que

também são encaminhadas à Seção Centro de Referência em Saúde Auditiva – SECRESA, Centro Especializado em Reabilitação - CER II, Casa da Esperança e CCDI - Centro de Controle de Doenças Infectocontagiosas).

Critérios de inclusão no Programa Recém-Nascido de Risco

As crianças são consideradas de risco quando apresentam um critério isolado ou dois critérios associados:

Critérios isolados utilizados para aferição do “risco” do recém-nascido:

Baixo peso ao nascer (menor que 2500g)

Prematuridade (menor ou igual 36 Semanas)

Malformação congênita

Mãe apresentando alguma infecção, como: HIV, sífilis, hepatite B, hepatite C, toxoplasmose, COVID-19

Existência da internação no primeiro ano de vida

Mãe usuária de álcool e ou substâncias ilícitas

Mãe em situação de vulnerabilidade (violência doméstica, presidiária, moradora de áreas de risco)

Mãe adolescente (menores de 18 anos)

Criança cuja mãe manifestou ser indesejada

Pré natal ou inadequado (menos de 6 consultas) ou ausente.

Os critérios associados que, se presentes, podem contribuir para a classificação do recém-nascido de risco são:

Critérios associados:

Desemprego do chefe de família

Irmão menor de 2 anos

Fonte: SEVIG-MMI. Programa RN de Risco em 18/03/2025. Dados sujeitos a alterações.

Critérios de encaminhar para a SECRESA

1. Asfixia perinatal/hipóxia neonatal;
2. Displasia bronco pulmonar;
3. Má formação congênita ou neurológica;
4. Síndromes genéticas;

5. Baixo peso, recém-nascido com menos de 1500g;
6. Ausência de pré-natal;
7. Permanência em UTI neonatal por mais de 48 horas;
8. Sinais ou síndromes associadas à deficiência auditiva condutiva ou neurosensorial;
9. Antecedentes familiares de perda auditiva neurosensorial, consanguinidade;
10. Ventilação mecânica por período mínimo de 05 dias;
11. Meningite bacteriana, especialmente causada por *H. Influenzae*;
12. Infecções congênitas (rubéola, sífilis, citomegalovírus, HIV, herpes e toxoplasmose);
13. Medicação Ototóxica (aminoglicosídeos, agentes quimioterápicos) por mais de 05 dias;
14. Hiperbilirrubinemia;
15. Mãe usuária de drogas.

Fonte: SEVIG-MMI. Programa RN de Risco em 18/03/2025

SECRESA= Seção Centro de Referência em Saúde Auditiva

Critérios de encaminhamento para o CER

1. Asfixia perinatal;
2. Displasia bronco pulmonar;
3. Má formação congênita ou neurológica;
4. Síndromes genéticas;
5. Prematuridade;
6. Baixo peso, recém-nascido com menos de 2500g;
7. Risco biológico: infecções congênitas ou perinatais (toxoplasmose, sífilis, rubéola, herpes, HIV, citomegalovírus);
8. Distúrbios bioquímicos do sangue (policitemia e hiperbilirrubinemia);
9. Bebês pequenos para idade gestacional;
10. Riscos psicossociais (mães usuárias de drogas e de psicotrópicos);
11. Mãe sem pré-natal;
12. Internações.

Fonte: SEVIG-MMI. Programa RN de Risco em 18/03/2025

```
graph TD; MATERNIDADE([MATERNIDADE]) --> FICHA[Ficha critério]; FICHA --> CNR([CLASSIFICADO COMO NÃO RISCO]); FICHA --> CR([CLASSIFICADO COMO RISCO]); CNR --> UBF([UNIDADES BÁSICAS E UNIDADES DA SAÚDE DA FAMÍLIA]); CR --> PRN([PROGRAMA RN DE RISCO SEVIG-MMI/ SMS]); PRN --> UBF; PRN --> INT([Interação unidade]); INT --> CR; INT --> CER([CER SECRESA CCDI CASA DA ESPERANÇA AMBULATÓRIO DA UNILUS AMBULATÓRIO DA UNIMES]);
```

Outro importante avanço foi em relação ao atendimento por um médico neonatologista. Quando os bebês apresentam alguns riscos específicos, são encaminhados para uma avaliação precoce com quem mais tem expertise com essa população.

- Asfixia Perinatal
- Prematuridade
- Icterícia por Incompatibilidade Sanguínea
- Doença Congênita
- Internação em UTI Neonatal

NÚMERO ABSOLUTO DE NASCIMENTO RESIDENTES DE SANTOS TOTAL, SOMENTE NASCIDOS NAS MATERNIDADES EM SANTOS, NASCIDOS CAPTADOS CLASSIFICADOS COMO RISCO, E PORCENTAGEM DA CAPTAÇÃO E DO RISCO NA SÉRIE HISTÓRICA DE 2020 A 2024

ANO	NASCIDOS TOTAL	NASCIDOS EM SANTOS	CAPTADOS	RISCO	%CAPTAÇÃO	%RISCO
2020	4084	3806	3640	1085	95,6	29,8
2021	3883	3578	3462	1104	96,7	31,9
2022	3755	3500	3375	1299	96,4	38,5
2023	3733	3468	3401	1284	98,0	37,7
2024	3293	3048	3005	1104	98,6	36,7

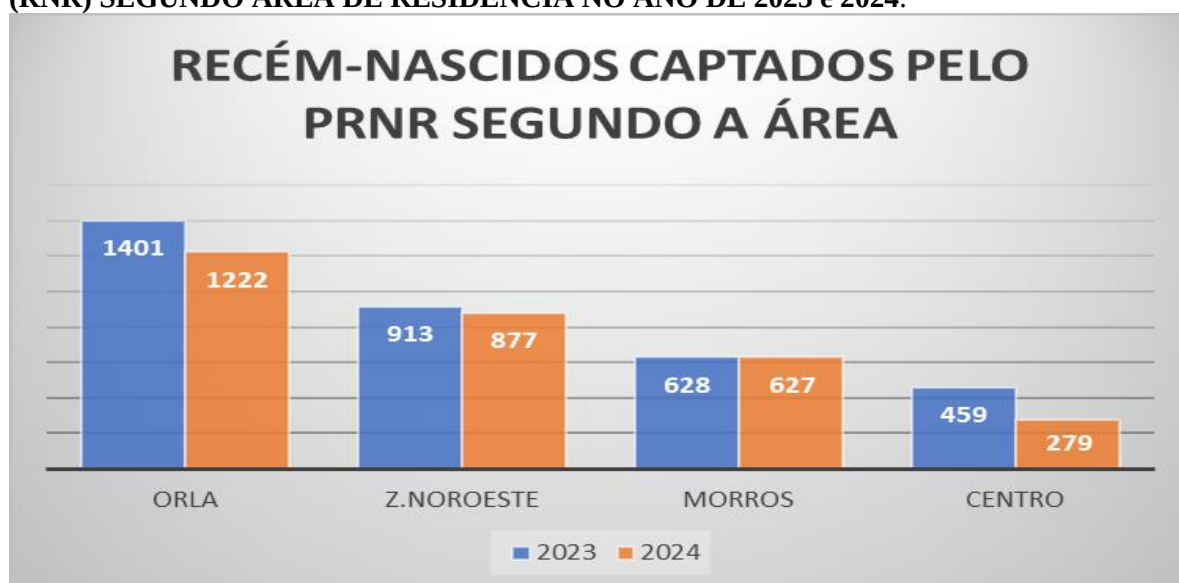
Fonte: SEVIG-MMI. Programa RN de Risco em 18/03/2025

A tabela acima mostra que a ocorrência dos nascimentos de residentes nas maternidades de Santos em 2024 foi de 3.048 bebês. Desses, 98,6% foram captados. Ao classificá-los, 1.104 recém-nascidos foram considerados como risco, correspondendo a 36,7%.

Como a maioria dos nascimentos ocorreram em Santos, isso facilita o agendamento da primeira consulta (alta responsável) dos bebês pela equipe do Programa Recém-Nascido de Risco (PRNR) na unidade de saúde referência de sua residência, assegurando o acesso imediato à Rede de Atenção à Saúde conforme as necessidades de cada um.

O município recebe informações sobre os nascimentos ocorridos fora da região por meio do SINASC (Sistema de Informação de Nascidos Vivos)

RECÉM-NASCIDOS CAPTADOS NO PROGRAMA RECÉM-NASCIDO DE RISCO (RNR) SEGUNDO ÁREA DE RESIDENCIA NO ANO DE 2023 e 2024.



Fonte: SEVIG-MMI. Programa RN de Risco em 18/03/2025

Na Zona da Orla, observa-se um número significativo de recém-nascidos, resultado da predominância de construções verticais na região. Em contrapartida, a Zona Noroeste, composta principalmente por casas residenciais, apresenta uma maior densidade populacional por residência.

A Área Central, por sua vez, é marcada pela presença de cortiços, que abrigam uma população nômade oriunda de diversas partes do Brasil, em busca de oportunidades de melhoria de qualidade de vida. Essa mobilidade frequente leva à troca constante de endereços, à procura de aluguéis mais acessíveis. Situação que representa um grande desafio para as Unidades de Saúde da Família (USF), pois a alternância de moradia dificulta significativamente o monitoramento dos bebês.

NÚMERO ABSOLUTO DE RECÉM-NASCIDOS CLASSIFICADOS COMO RISCO E SUBDIVIDIDOS EM RISCO BIOLÓGICO E RISCO SOCIAL EM 2022, 2023 e 2024

	2022	2023	2024
RISCO	1299	1284	1104
RISCO BIOLÓGICO	1184	1108	835
RISCO SOCIAL EXCLUSIVO	115	176	269

Fonte: Programa RN de Risco em 18/03/2025.

Consideramos como risco biológico a prematuridade, baixo peso, internação hospitalar, doenças infectocontagiosas, malformações; como risco social, a mãe adolescente, moradora de área de vulnerabilidade, violência doméstica, usuária de substâncias ilícitas, pré-natal insuficiente, abrigo.

**NASCIMENTO POR ESTABELECIMENTO DE SAÚDE – SANTOS, 2024.
TOTAL, CLASSIFICADOS COMO RISCO E PORCENTAGEM DO RISCO.**

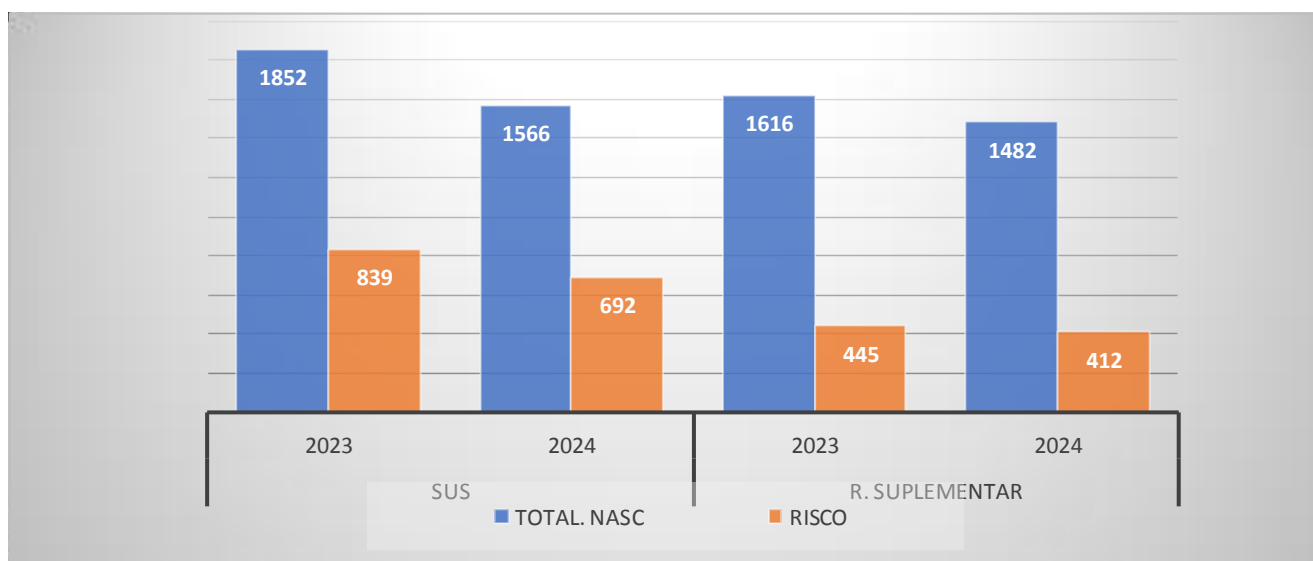
Estabelecimento	Nascimento de Residentes	Classificados como Risco
HOSPITAL SILVÉRIO FONTES	365	176 (48,2%)
COMPLEXO ESTIVADORES	1120	484 (43,2%)
SANTA CASA DE SANTOS	248	86 (34,7%)
HOSPITAL ANA COSTA	242	57 (23,5%)

HOSPITAL SÃO LUCAS	720	190 (26,3%)
HOSP. GUILHERME ÁLVARO	81	32 (39,5%)
CASA DE SAÚDE DE SANTOS	272	78 (28,7%)

Fonte: SINASC/ SEVIG-MMI/ Programa RN de Risco em 18/03/2025.

O Complexo Hospitalar dos Estivadores (público) continua a liderar em termos de nascimentos, registrando um total de 1.120 partos. Na sequência, temos o Hospital da rede suplementar São Lucas, que contabilizou 720 nascimentos. Por outro lado, o Hospital Silvério Fontes, também público, destaca-se por ter a maior proporção de recém-nascidos classificados como de risco em Santos, sendo quase metade dos bebês, ou seja, 48,2%, considerados nessa categoria.

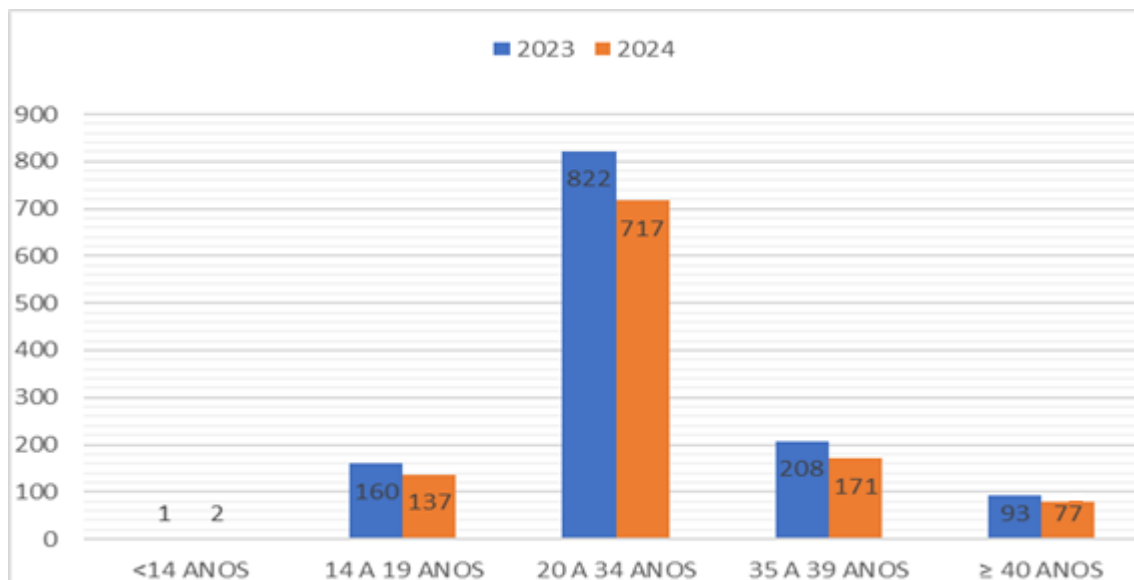
NASCIMENTOS EM NÚMERO ABSOLUTO EM 2023 E 2024, NASCIDOS EM SERVIÇOS HOSPITALARES DE SAÚDE SUPLEMENTAR E DE SUS, TOTAL E INCLUIDOS NOS CRITÉRIOS DE RISCO



Fonte: SEVIG-MMI. Programa RN de Risco em 18/03/2025.

Dos 3.048 bebês residentes e nascidos em Santos em 2024, nasceram 1.566 (51,4%) em maternidades do SUS, com 692 incluídos no risco. Nas maternidades da saúde suplementar, foram 1.482 (48,6%) nascimentos, sendo 412 incluídos no risco. Portanto, observamos maior porcentagem de risco nos bebês nascidos nas maternidades SUS.

NASCIMENTOS EM NÚMERO ABSOLUTO DE RECÉM-NASCIDOS CLASSIFICADOS COMO RISCO EM 2023 e 2024. NASCIDOS EM SERVIÇOS HOSPITALARES DE SAÚDE DE SANTOS, DE ACORDO COM A IDADE MATERNA



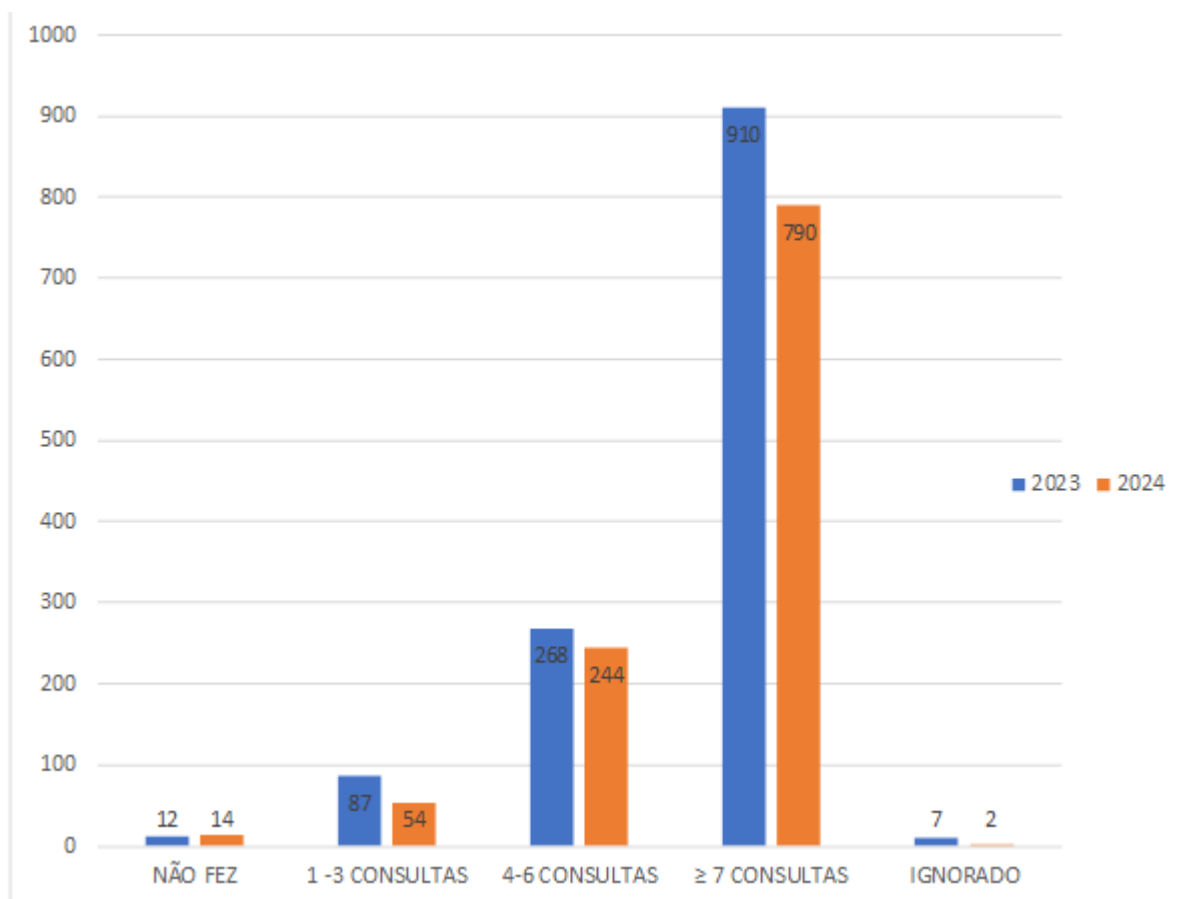
Fonte: SEVIG-MMI. Programa RN de Risco em 18/03/2025

Nos últimos anos, observamos uma queda significativa na taxa de natalidade em nosso município. Essa redução pode ser atribuída, em grande parte, à maior conscientização sobre planejamento familiar e ao uso crescente de métodos contraceptivos não definitivos.

Além disso, a implementação da nova lei 14.443-2022, que revisou os critérios de elegibilidade para a laqueadura tubária, também desempenhou um papel importante nesse contexto.

1. Idade mínima de 21 anos, para quem tem menos de 2 filhos vivos ou nenhum filho vivo. Com 2 filhos vivos, basta ter capacidade civil plena (18 anos). Mantém a necessidade de manifestação antecipada da vontade com prazo mínimo de 60 dias antes do procedimento para aconselhamento multidisciplinar.
2. O direito à esterilização cirúrgica em mulher durante o período de parto será garantida à solicitante se observados o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o parto e as devidas condições médicas.
3. Não há necessidade de autorização do cônjuge.

NASCIMENTOS EM NÚMERO ABSOLUTO DE RECÉM-NASCIDOS CLASSIFICADOS COMO RISCO EM 2023 e 2024 NASCIDOS EM SERVIÇOS HOSPITALARES DE SAÚDE DE SANTOS, DE ACORDO COM O NÚMERO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL

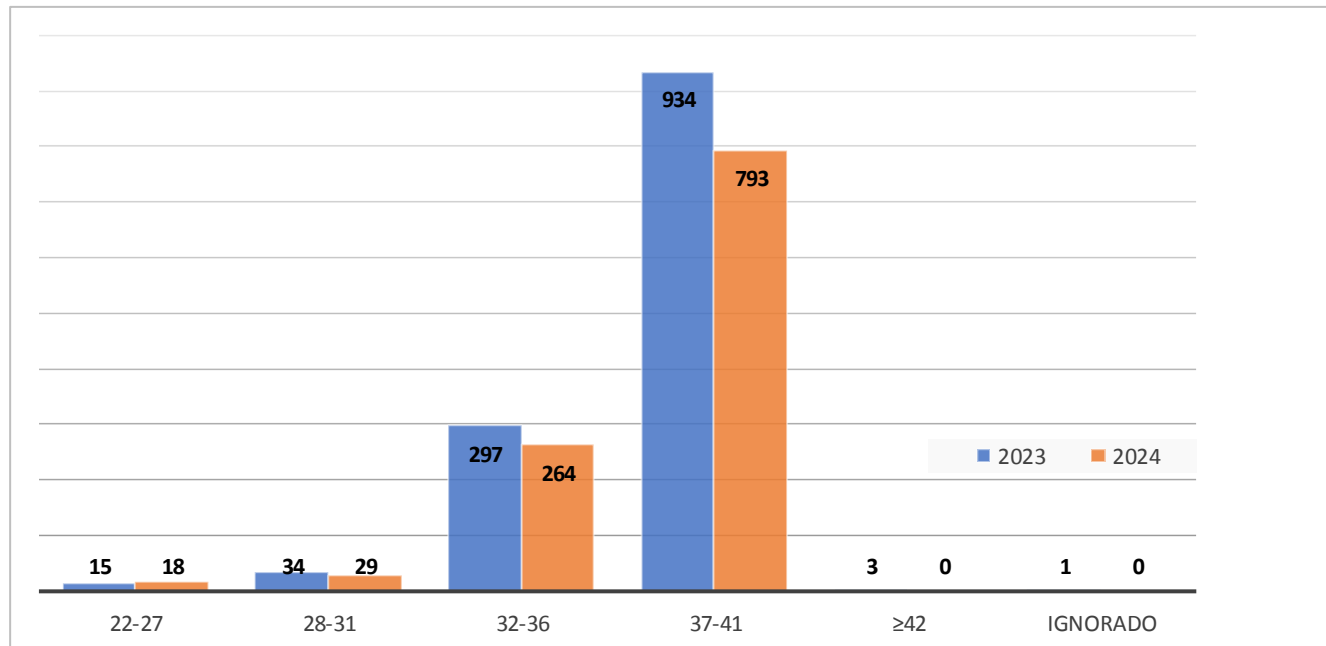


Fonte: SEVIG-MMI. Programa RN de Risco em 18/03/2025

Neste ano, o número mínimo de consultas no pré-natal para que este seja considerado completo no SUS foi ampliado de 6 para 7 consultas. Em 2023, tivemos 1.178 gestantes que realizaram mais de 4 consultas (91,74%), enquanto em 2024, esse número subiu para 1.034 gestantes (93,65%).

Embora o número de consultas seja significativo, ele nem sempre reflete a qualidade do acompanhamento. Por isso, a SEVIG-MMI promoveu oficinas com as equipes das unidades para esclarecer dúvidas sobre o Programa Recém-Nascido de Risco e orientar o seguimento ambulatorial dos recém-nascidos.

NASCIMENTOS EM NÚMERO ABSOLUTO DE RECÉM-NASCIDOS CLASSIFICADOS COMO RISCO EM 2023 A 2024 NASCIDOS EM SERVIÇOS HOSPITALARES DE SAÚDE DE SANTOS, DE ACORDO COM A IDADE GESTACIONAL



Fonte: SEVIG-MMI. Programa RN de Risco em 18/03/2025. Dados sujeitos à alterações

Em 2024, dos recém-nascidos classificados como risco, 793 nasceram com idade gestacional entre 37 a 41 semanas (termo).

Poucos prematuros extremos fazem seguimento na rede, devido à taxa de sobrevivência ser pequena entre eles. Para esses bebês, o município possui ambulatórios como Centro de Estímulo e Reabilitação (CER), Casa da Esperança e Ambulatório da Fundação Lusíada localizado na Policlínica Jabaquara - locais onde o paciente faz seguimento com equipe multiprofissional (neonatologista, neurologista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e enfermeiro).

NÚMERO DE RECÉM-NASCIDOS CLASSIFICADOS COMO RISCO CONFORME DOENÇA APRESENTADA, COM O NÚMERO DE BEBÊS ENCAMINHADOS, QUE FIZERAM O SEGUIMENTO AMBULATORIAL E OS QUE OPTARAM POR SEGUIMENTO EM SAÚDE SUPLEMENTAR DE 2022 A 2024

Patologia		Total	Encaminhado	Seguimento Ambulatorial	Saúde Suplementar
SÍFILIS	2022	218	149	88	33
	2023	264	187	229	29
	2024	201	88	177	24
TOXOPLASMOSE	2022	13	5	2	0
	2023	13	12	12	1
	2024	13	12	12	1
HIV	2022	12	11	11	4
	2023	12	11	11	5
	2024	12	11	11	2

SEVIG-MMI. Programa RN de Risco em 18/03/2025

Em 2024, houve uma redução no número de encaminhamentos de recém-nascidos para a Coordenadoria de Controle de Doenças Infectocontagiosas (CCDI). Isso ocorreu porque, para otimizar o acompanhamento, apenas os casos de sífilis congênita e neurosífilis passaram a ser monitorados por esse ambulatório.

Essa mudança descentralizou o acompanhamento dos bebês expostos à sífilis, reduziu o absenteísmo nas consultas e facilitou a realização de exames de controle de cura. As modificações no fluxo de atendimento foram implantadas após capacitação de todos os profissionais médicos e enfermeiros que atuam na assistência nas policlínicas.

Foram registrados 12 casos de crianças expostas ao HIV, dos quais 11 seguem com acompanhamento no CCDI, sendo que um bebê também recebe cuidados na rede suplementar.

PREMATURIDADE

A prematuridade representa atualmente um dos principais desafios da saúde pública materno-infantil no mundo. Estima-se que cerca de 15 milhões de bebês nasçam prematuros a cada ano, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). No Brasil, dados do Ministério da Saúde indicam a ocorrência de aproximadamente 340 mil nascimentos prematuros anuais. Um relatório conjunto da OMS, Unicef e da Parceria para a Saúde Materna, Neonatal e Infantil, divulgado em 2023, apontou que 1 em cada 10 nascimentos no mundo ocorre antes das 37 semanas de gestação.

A prematuridade, além de ser uma das principais causas de mortalidade neonatal, está fortemente associada a complicações de longo prazo. Nas crianças que sobrevivem, o nascimento precoce aumenta significativamente o risco de:

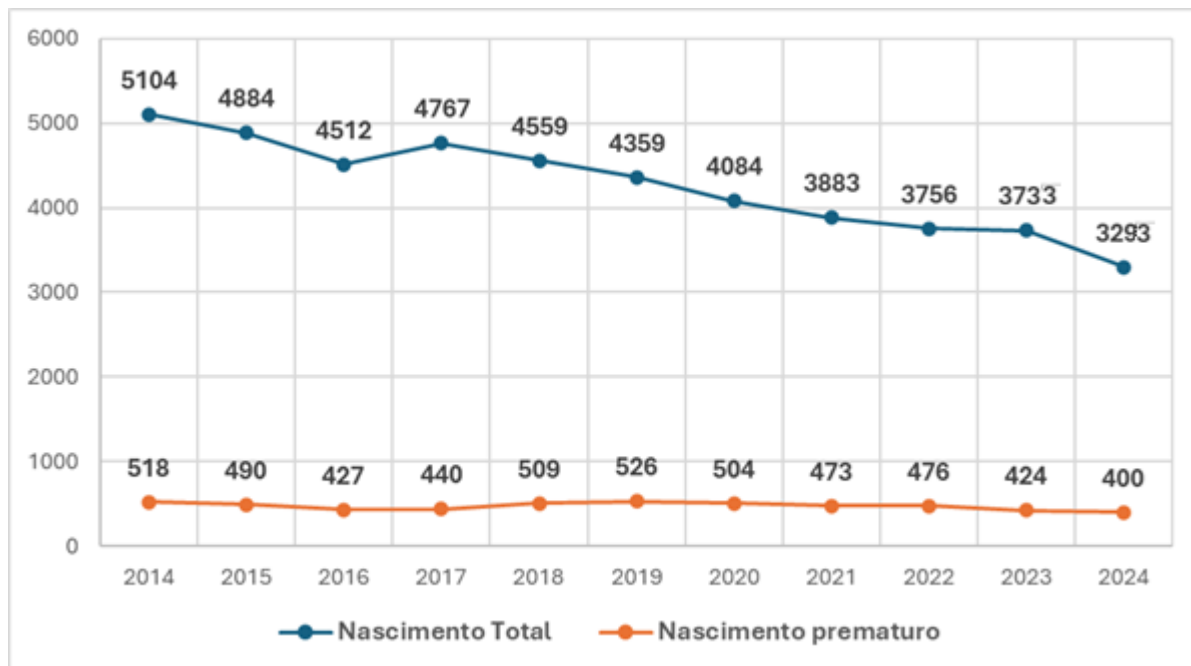
- Alterações nos padrões de crescimento desde o período neonatal;
- Atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor, sensorial e cognitivo;
- Condições crônicas na vida adulta, como diabetes tipo 2 e doenças cardiovasculares;
- Transtornos psíquicos, com repercussões em diversas dimensões da vida.

No município de Santos, o fenômeno da prematuridade segue como motivo de preocupação. Apesar da redução progressiva do número de nascimentos, a proporção de recém-nascidos prematuros permanece elevada, o que indica que um contingente significativo de bebês inicia a vida em situação de maior vulnerabilidade clínica e social. Além disso, cresce o número de “ex-prematuros”, crianças que nasceram precocemente e requerem seguimento especializado prolongado, sobretudo nos aspectos do desenvolvimento global.

O avanço tecnológico e científico nas últimas décadas, com equipamentos neonatais mais sofisticados, medicações específicas, intervenções intrauterinas e equipes especializadas, tem ampliado as chances de sobrevivência dos recém-nascidos prematuros. No entanto, o grande desafio atual não é apenas garantir a sobrevivência, mas assegurar que esses bebês possam crescer com qualidade de vida e sem sequelas decorrentes da interrupção precoce da gestação.

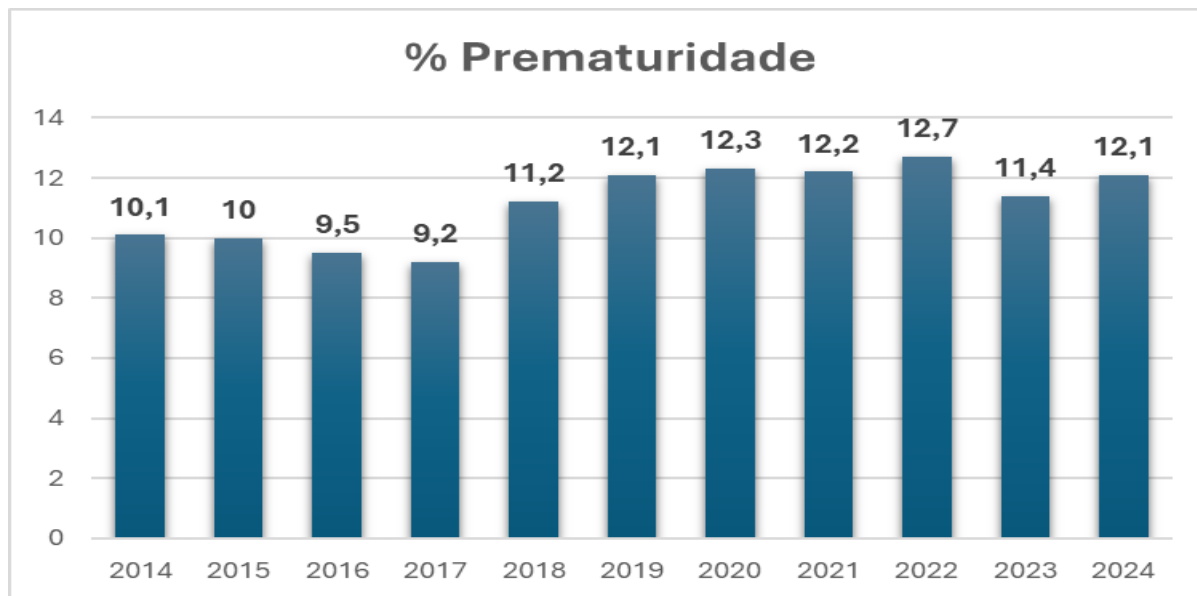
Para dimensionar a magnitude do problema no contexto local, apresentamos a seguir o perfil dos nascidos prematuros residentes em Santos, com base nos dados dos últimos anos.

NÚMERO ABSOLUTO DE NASCIMENTOS E DOS NASCIMENTOS PREMATUROS (MENORES QUE 37 SEMANAS) - RESIDENTES DE SANTOS, DE 2014 A 2024



Fonte: MS/SVS/DASIS/SEVIG-MMI/SIM/SINASC/PRNRisco 18/03/2025, sujeitos a alterações.

DISTRIBUIÇÃO DOS NASCIMENTOS PREMATUROS (MENORES QUE 37 SEMANAS) - RESIDENTES DE SANTOS, DE 2014 A 2024



Fonte: MS/SVS/DASIS/SEVIG-MMI/SIM/SINASC/PRNRisco 18/03/2025, sujeitos a alterações.

A análise da série histórica de nascimentos prematuros (idade gestacional < 37 semanas) no município de Santos, no período de 2014 a 2024, revela dois movimentos simultâneos e preocupantes:

1. Uma redução progressiva do número total de nascimentos;
2. Uma manutenção elevada da proporção de prematuridade, com tendência de aumento nos últimos anos.

Evolução do número absoluto de prematuros

- O número total de nascimentos caiu de 5.104 em 2014 para 3.293 em 2024 — uma redução de 35,4% ao longo da década.
- Já os nascimentos prematuros apresentaram menor variação em valores absolutos, passando de 518 para 400, o que representa uma queda de apenas 22,8% no mesmo período.
- Esse descompasso entre a queda dos nascimentos totais e dos prematuros resulta, inevitavelmente, em aumento proporcional da taxa de prematuridade.

Evolução percentual da prematuridade

- Em 2014, a proporção de prematuros era de 10,1% dos nascimentos. Os menores percentuais da série foram registrados entre 2016 (9,5%) e 2017 (9,2%).
- A partir de 2018, houve elevação progressiva, ultrapassando o patamar de 12% a partir de 2019 e atingindo o pico de 12,7% em 2022.
- Em 2024, mesmo com redução do total de nascimentos, o percentual de prematuridade manteve-se acima de 12% (12,1%), consolidando o fenômeno como um desafio persistente da saúde materno infantil local.

Considerações

- O crescimento relativo da prematuridade em um cenário de queda de nascimentos revela dificuldades na prevenção de agravos gestacionais e possivelmente mudanças no perfil das gestações, com maior frequência de fatores de risco como idade materna avançada, doenças crônicas e acesso tardio ao pré-natal.
- O percentual de prematuridade acima de 10% ultrapassa o que seria esperado para populações com cobertura adequada de assistência obstétrica e neonatal, o que reforça a necessidade de ações específicas de vigilância, educação em saúde, planejamento reprodutivo e acompanhamento intensivo de gestantes de risco.

A caracterização dos nascimentos prematuros permite compreender os principais fatores associados à prematuridade e orientar ações preventivas, de cuidado especializado e de vigilância epidemiológica. A seguir, apresentamos uma análise dos principais aspectos sociodemográficos, obstétricos e assistenciais dos nascimentos prematuros de residentes em Santos no período de 2019 a 2024.

LOCAL DE OCORRÊNCIA DOS NASCIMENTOS PREMATUROS (MENORES QUE 37 SEMANAS) - RESIDENTES DE SANTOS, DE 2019 A 2024

Local de ocorrência	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Hospital	522	500	469	474	424	398
Outro Estabelecimento de Saúde	0	0	0	1	0	0
Domicílio	2	2	4	1	0	1
Outros	2	2	0	0	0	1
Total	526	504	473	476	424	400

Fonte: MS/SVS/DASIS/SEVIG-MMI/SIM/SINASC/PRNRisco 18/03/2025, sujeitos a alterações.

A ampla maioria dos partos prematuros ocorreu em ambiente hospitalar (99,5% em 2024), o que reflete a boa cobertura institucional do parto na rede local. Ocorrências fora do ambiente hospitalar foram residuais e envolvem domicílio ou outros estabelecimentos, sugerindo eventos pontuais e possivelmente de risco elevado.

ESTABELECIMENTO DE OCORRÊNCIA DOS NASCIMENTOS PREMATUROS (MENORES QUE 37 SEMANAS) - RESIDENTES DE SANTOS, DE 2019 A 2024

Estabelecimento	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Hospital Silvério Fontes	37	53	61	60	41	20
Santa Casa de Santos	34	37	23	45	41	37
Hospital Ana Costa de Santos	39	43	32	23	21	26
Hospital São Lucas de Santos	85	83	79	86	84	86
Hospital Guilherme Álvaro	39	39	27	16	12	11
Casa de Saúde de Santos	65	48	44	49	43	37
Complexo Hospitalar dos Estivadores	180	153	161	163	145	144
Outros municípios	47	48	46	34	37	39

Fonte: MS/SVS/DASIS/SEVIG-MMI/SIM/SINASC/PRNRisco 18/03/2025, sujeitos a alterações.

O Complexo Hospitalar dos Estivadores concentrou o maior número de partos prematuros ao longo da série, com 144 registros em 2024, seguido por Hospital São Lucas (86). A concentração em poucos estabelecimentos destaca a importância de manter equipes qualificadas e estrutura tecnológica adequada nesses locais.

No município de Santos, em 2024 tivemos 225 nascimentos em instituições de saúde suplementar (56,25%) e 175 nascimentos em instituições públicas (43,75%)

DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA ETÁRIA DA MÃE DOS NASCIMENTOS PREMATUROS (MENORES QUE 37 SEMANAS) - RESIDENTES DE SANTOS, DE 2019 A 2024

Faixa Etária da Mãe	2019	2020	2021	2022	2023	2024
10 -14 anos	3	3	0	3	0	1
15-19 anos	42	42	39	42	25	24
20-29 anos	160	180	171	153	148	156
30-39 anos	262	236	230	237	201	178
40-49 anos	55	43	30	51	50	40
50-59 anos	4	0	3	2	0	1
Total	526	504	473	476	424	400

Fonte: MS/SVS/DASIS/SEVIG-MMI/SIM/SINASC/PRNRisco 18/03/2025, sujeitos a alterações.

A maioria dos nascimentos prematuros está concentrada entre mães de 20 a 39 anos — faixa considerada de menor risco obstétrico — o que reforça a prematuridade como um evento multifatorial e não restrito a extremos de idade materna. Mães adolescentes (10 a 19 anos) responderam por cerca de 6,25% dos casos em 2024, enquanto 1 caso foi registrado entre 10 e 14 anos, grupo de vulnerabilidade importante

DISTRIBUIÇÃO DO GRAU DE INSTRUÇÃO DAS MÃES DOS NASCIMENTOS PREMATUROS (MENORES QUE 37 SEMANAS) - RESIDENTES DE SANTOS, DE 2019 A 2024

Grau de Instrução	2019	2020	2021	2022	2023	2024
NENHUM	0	0	0	0	1	0
1-3 anos	7	3	1	2	1	1
4-7 anos	37	43	31	18	21	8
8-11 anos	283	267	269	267	229	199
12 e +	197	191	172	189	172	192
Ignorado	2	0	0	0	0	0
Total	526	504	473	476	424	400

Fonte: MS/SVS/DASIS/SEVIG-MMI/SIM/SINASC/PRNRisco 18/03/2025, sujeitos a alterações.

Mais de 95% das mães de prematuros tinham 8 anos ou mais de escolaridade, com predomínio de 8-11 anos (199 casos em 2024). Isso revela que a escolarização isoladamente não é fator protetivo suficiente contra a prematuridade, reforçando a complexidade dos determinantes envolvidos.

DISTRIBUIÇÃO DO ESTADO CIVIL DAS MÃES DOS NASCIMENTOS PREMATUROS (MENORES QUE 37 SEMANAS) - RESIDENTES DE SANTOS, DE 2019 A 2024

Estado civil	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Solteiro	281	288	261	256	224	199
Casado	186	171	160	173	160	161
Viúvo	0	0	2	1	1	0
Separado jud.	23	20	16	11	14	19
União consenso	35	25	33	33	25	20
Não informado	1	0	1	2	0	1
Total	526	504	473	476	424	400

Fonte: MS/SVS/DASIS/SEVIG-MMI/SIM/SINASC/PRNRisco 18/03/2025, sujeitos a alterações.

A maior parte das mães declarou-se solteira (199 em 2024), seguido por casadas (161). A proporção de mães solteiras tem diminuído ao longo dos anos (281 em 2019 para 199 em 2024), mas ainda representa o grupo majoritário, podendo estar associada a menor suporte familiar e social, o que impacta negativamente no pré-natal e no desfecho gestacional.

TIPO DE GRAVIDEZ DAS MÃES DOS NASCIMENTOS PREMATUROS (MENORES QUE 37 SEMANAS) - RESIDENTES DE SANTOS, DE 2019 A 2024

Tipo de Gravidez	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Única	464	441	408	386	352	331
Dupla	62	60	62	87	69	69
Tripla e mais	0	3	3	3	3	0
Não informado	0	0	0	2	0	0
Total	526	504	473	476	424	400

Fonte: MS/SVS/DASIS/SEVIG-MMI/SIM/SINASC/PRNRisco 18/03/2025, sujeitos a alterações.

Em 2024, 82,7% dos partos prematuros foram de gestação única, e 17,3% de gestações múltiplas (dupla). Embora minoritárias, as gestações gemelares ou múltiplas apresentam risco significativamente aumentado de prematuridade, sendo responsável por uma proporção relevante de casos em relação ao total de nascimentos múltiplos do município.

NÚMERO DE CONSULTAS NO PRÉ-NATAL DOS NASCIMENTOS PREMATUROS (MENORES QUE 37 SEMANAS) - RESIDENTES DE SANTOS, DE 2019 A 2024

Consulta Pré-Natal	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Nenhuma	6	6	11	9	6	7
1-3 vezes	36	37	36	36	39	18
4-6 vezes	160	148	132	139	116	125
7 e +	324	309	294	291	263	250
Ignorado	0	1	2	1	0	0
Total	526	504	473	476	424	400

Fonte: MS/SVS/DASIS/SEVIG-MMI/SIM/SINASC/PRNRisco 18/03/2025, sujeitos a alterações.

O dado mais preocupante desta análise está na redução progressiva da proporção de mães que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal: de 324 em 2019 para apenas 250 em 2024. Paralelamente, cresce o número de gestantes com acompanhamento inadequado (0 a 6 consultas), totalizando 150 mulheres (37,5%) em 2024. A adequação do pré-natal é um fator-chave para prevenir a prematuridade.

TIPO DE PARTO DOS NASCIMENTOS PREMATUROS (MENORES QUE 37 SEMANAS) - RESIDENTES DE SANTOS, DE 2019 A 2024.

Tipo de Parto	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Vaginal	189	186	177	148	123	111
Cesário	337	318	296	328	301	289
Total	526	504	473	476	424	400

Fonte: MS/SVS/DASIS/SEVIG-MMI/SIM/SINASC/PRNRisco 18/03/2025, sujeitos a alterações.

O parto cesáreo predomina de forma consistente, com 289 ocorrências em 2024 (72,2%). Esse padrão pode refletir a conduta clínica diante de prematuridade iminente, porém, reforça a importância da avaliação da indicação obstétrica, evitando cesáreas eletivas desnecessárias, especialmente em prematuros limítrofes.

DISTRIBUIÇÃO DOS NASCIMENTOS PREMATUROS (MENORES QUE 37 SEMANAS) POR SEXO - RESIDENTES DE SANTOS, DE 2019 A 2024.

Sexo	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Masculino	284	268	269	259	222	221
Feminino	242	235	204	217	202	179
Total	526	504	473	476	424	400

Fonte: MS/SVS/DASIS/SEVIG-MMI/SIM/SINASC/PRNRisco 18/03/2025, sujeitos a alterações.

A distribuição por sexo se manteve relativamente equilibrada, com leve predominância do sexo masculino em todos os anos. Em 2024, foram 221 meninos e 179 meninas. Embora o sexo masculino esteja associado a maior risco de morbidade neonatal, a diferença não parece expressiva nesse período.

PRESENÇA DE ANOMALIAS DOS NASCIMENTOS PREMATUROS (MENORES QUE 37 SEMANAS) - RESIDENTES DE SANTOS, DE 2019 A 2024

Anomalias	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Sim	19	16	13	11	8	9
Não	505	488	460	462	415	390
Ignorado	2	0	0	3	1	1
Total	526	504	473	476	424	400

Fonte: MS/SVS/DASIS/SEVIG-MMI/SIM/SINASC/PRNRisco 18/03/2025, sujeitos a alterações.

A presença de anomalias congênitas entre prematuros foi identificada em apenas 9 casos em 2024 (2,25%), mantendo a tendência de redução em relação a anos anteriores (19 em 2019). Esses dados reforçam que a maioria dos nascimentos prematuros não está associada a malformações fetais, sendo, portanto, potencialmente evitáveis com ações preventivas e assistenciais eficazes.

DISTRIBUIÇÃO DO PESO DOS NASCIMENTOS PREMATUROS (MENORES QUE 37 SEMANAS) - RESIDENTES DE SANTOS, DE 2019 A 2024.

Peso ao Nascer	2019	2020	2021	2022	2023	2024
101g a <500g	1	2	2	2	0	6
501g a <1Kg	18	14	12	21	19	17
1kg a 1,4kg	40	32	43	37	41	24
1,5Kg a 2,4Kg	209	204	178	210	171	153
2,5Kg a 2,9Kg	143	129	122	125	109	123
3Kg a 3,9Kg	105	111	109	77	78	71
4Kg e +	10	12	7	4	6	6
Total	526	504	473	476	424	400

Fonte: MS/SVS/DASIS/SEVIG-MMI/SIM/SINASC/PRN Risco 18/03/2025, sujeitos a alterações.

A distribuição do peso ao nascer dos recém-nascidos prematuros entre 2019 e 2024 reforça a predominância de prematuros moderados com peso entre 1,5 kg e 2,4 kg, grupo que representou 38,25% dos casos em 2024 (153 de 400 nascimentos).

Outros destaques:

- A categoria extremo baixo peso (menores que 1.000g) concentrou 23 recém-nascidos em 2024 (5,75%), grupo de alta vulnerabilidade clínica e risco aumentado de mortalidade e complicações.
- Os recém-nascidos com peso entre 2,5 kg e 2,9 kg também representaram parcela expressiva (123 casos), o que pode incluir prematuros limítrofes com restrição de crescimento intrauterino ou datagem gestacional imprecisa.
- Os prematuros com peso entre 1 kg e 1,4 kg foram 24, e os com peso entre 3 kg e 3,9 kg somaram 71 – valores compatíveis com a heterogeneidade típica dos nascimentos prematuros em termos de evolução clínica.

Esses dados confirmam que a maioria dos prematuros nasce com peso inferior a 2.500g, o que reforça a necessidade de monitoramento nutricional e metabólico especializado desde o nascimento.

DURAÇÃO DA GESTAÇÃO DOS NASCIMENTOS PREMATUROS (MENORES QUE 37 SEMANAS) - RESIDENTES DE SANTOS, DE 2019 A 2024

Duração Gestação	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Menos de 22	0	2	3	1	2	2
22-27 semanas	22	20	19	25	18	18
28-31 semanas	43	52	49	44	46	36
32-36 semanas	461	430	402	406	358	344
Total	526	504	473	476	424	400

Fonte: MS/SVS/DASIS/SEVIG-MMI/SIM/SINASC/PRN Risco 18/03/2025, sujeitos a alterações.

Em relação à estratificação da idade gestacional, observa-se que em 2024:

- A maioria dos nascimentos prematuros ocorreu entre 32 e 36 semanas (344 casos – 86%), correspondendo aos prematuros moderados e tardios, com melhores desfechos quando assistidos adequadamente.
- Nascimentos entre 28 e 31 semanas somaram 36 casos (9%), e os entre 22 e 27 semanas totalizaram 18 casos (4,5%) – considerados prematuros extremos e de altíssimo risco.
- Apenas 2 nascimentos ocorreram com menos de 22 semanas, sendo considerados pré-viáveis segundo os padrões internacionais.

Essa distribuição é compatível com a epidemiologia da prematuridade, sendo que a maior parte dos casos ocorre em faixa gestacional com bom prognóstico, desde que haja assistência neonatal oportuna e qualificada.

A prematuridade, embora relativamente constante em número absoluto ao longo dos anos, representa um desafio crescente em termos proporcionais no município de Santos, especialmente diante da redução contínua dos nascimentos totais. O percentual de prematuros acima de 12% em 2024, aliado à presença de fatores potencialmente evitáveis, reforça a necessidade de intensificar políticas de prevenção, qualificação do cuidado perinatal e monitoramento contínuo da gestação de risco.

As análises demonstram:

- Predomínio de partos hospitalares e concentração em serviços de referência, demandando estrutura permanente e equipes capacitadas;
- Prevalência de gestações únicas em mulheres de 20 a 39 anos, indicando que a prematuridade não se restringe a extremos etários;
- Redução do número de consultas adequadas de pré-natal, especialmente as com sete ou mais atendimentos, fato preocupante diante da alta sensibilidade da prematuridade ao acompanhamento contínuo;
- Predominância de partos cesáreos e de prematuros moderados (32 a 36 semanas), com número relevante de prematuros extremos e de muito baixo peso, grupos que demandam suporte intensivo e seguimento longitudinal.

A continuidade da vigilância e a atuação intersetorial e multiprofissional são fundamentais para reduzir não apenas a incidência da prematuridade, mas também seus impactos imediatos e tardios na vida das crianças e suas famílias.

Atualmente, o grande desafio da prevenção da prematuridade reside na identificação precisa de suas causas, o que ainda se mostra limitado. Trata-se de um evento multifatorial, com inúmeras possíveis origens que dificultam intervenções direcionadas.

As causas mais frequentes incluem condições obstétricas e ginecológicas como hipertensão na gestação, diabetes gestacional, histórico de parto prematuro, alterações anatômicas uterinas e infecções maternas — fatores que, em sua maioria, são detectáveis e passíveis de acompanhamento especializado quando há acesso oportuno aos serviços de saúde.

Portanto, avançar na redução da prematuridade exige ações coordenadas entre vigilância, atenção primária, pré-natal especializado e rede hospitalar, além de investimento permanente na formação de profissionais, na escuta qualificada das gestantes e no enfrentamento das desigualdades sociais que contribuem para os desfechos adversos.

NOTIFICAÇÃO DE GESTANTES USUÁRIAS DE ÁLCOOL/ DROGAS

LEI MUNICIPAL Nº 3.652 DE 12/12/2019 QUE OBRIGA O REGISTRO NOS PRONTUÁRIOS DE ATENDIMENTOS E A NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE EXPOSIÇÃO OU USO DE DROGAS OU ÁLCOOL DE GESTANTES ATENDIDAS PELOS SERVIÇOS PÚBLICOS E PRIVADOS NO MUNICÍPIO DE SANTOS/ SP.

A legislação em questão foi promulgada em resposta a uma série de demandas sociais e profissionais, com o objetivo de instituir um abrigo residencial destinado a gestantes usuárias de substâncias psicoativas em situação de rua, além de estabelecer uma linha de cuidado específica para gestantes que utilizam álcool e/ou drogas, bem como para seus filhos.

A necessidade dessa medida surgiu da falta de dados oficiais no município sobre a prevalência e as repercussões desse fenômeno, o que dificultava a criação de políticas públicas adequadas e a implementação de intervenções eficazes nas áreas da saúde e assistência social.

A notificação dos casos de gestantes usuárias de álcool e drogas é uma ferramenta fundamental não apenas para a formulação de políticas públicas e ações preventivas em saúde, mas também para a identificação dos determinantes sociais da saúde, como as condições de vida, trabalho, acesso a serviços de saúde e outros fatores que impactam o risco social.

Além disso, a coleta de dados por meio dessas notificações fornece informações essenciais para estudos epidemiológicos e pesquisas, que podem contribuir significativamente para a compreensão da realidade social e o direcionamento de políticas públicas de saúde. Isso garante não apenas o acesso, mas também a qualidade da assistência prestada aos recém-nascidos em situação de risco, além de auxiliar no combate às desigualdades sociais.

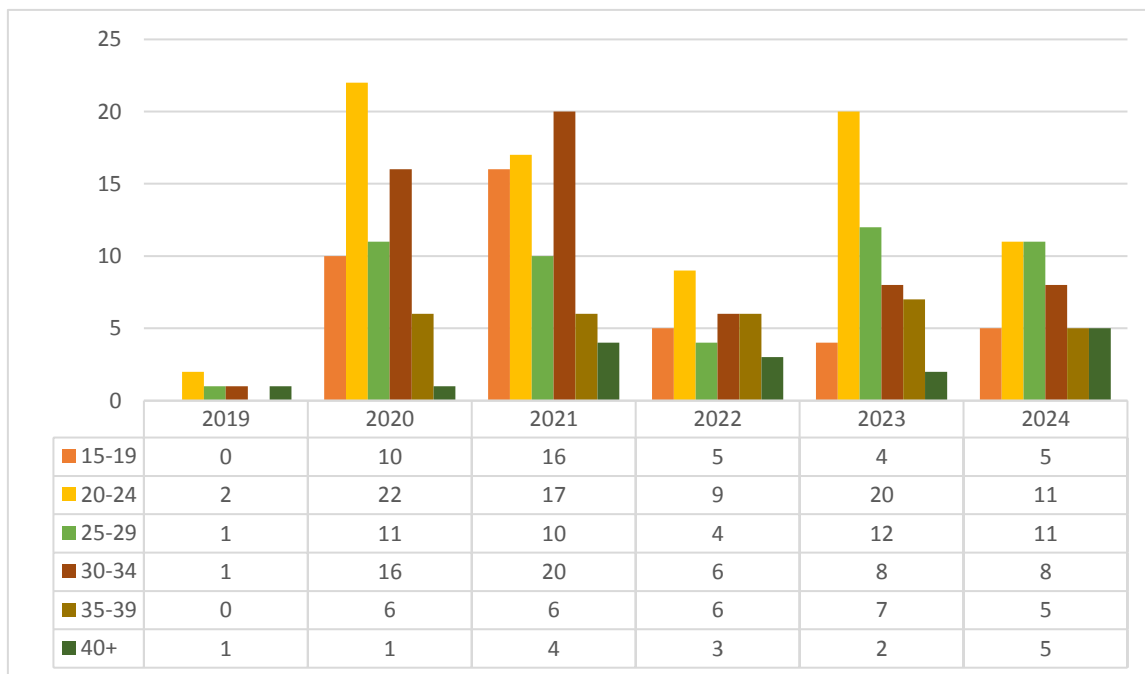
Contudo, é importante ressaltar que ainda existe um longo percurso a ser trilhado, uma vez que a subnotificação persiste nos serviços notificadores, juntamente com o preenchimento inadequado de dados, o que compromete a análise precisa e a interpretação das informações coletadas.

A SEVIG-MMI, por meio do Programa Recém-Nascido de Risco, mantém a vigilância ativa sobre os recém-nascidos, especialmente quando há relato de uso de substâncias por parte da gestante, como medicações psicotrópicas, álcool, tabaco e drogas ilícitas. Esse monitoramento é realizado por meio da análise de prontuários ambulatoriais, registros hospitalares, entrevistas com as famílias, informações obtidas no Consultório na Rua e em colaboração com a SEVIEP.

A integração dessas fontes de dados propicia uma coleta mais abrangente, permitindo uma cobertura mais eficaz na vigilância de gestantes, puérperas e seus recém-nascidos,

contribuindo para a melhoria contínua da assistência e acompanhamento desta população vulnerável.

DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE EXPOSIÇÃO OU USO DE DROGAS OU ÁLCOOL DE GESTANTES, POR FAIXA ETÁRIA

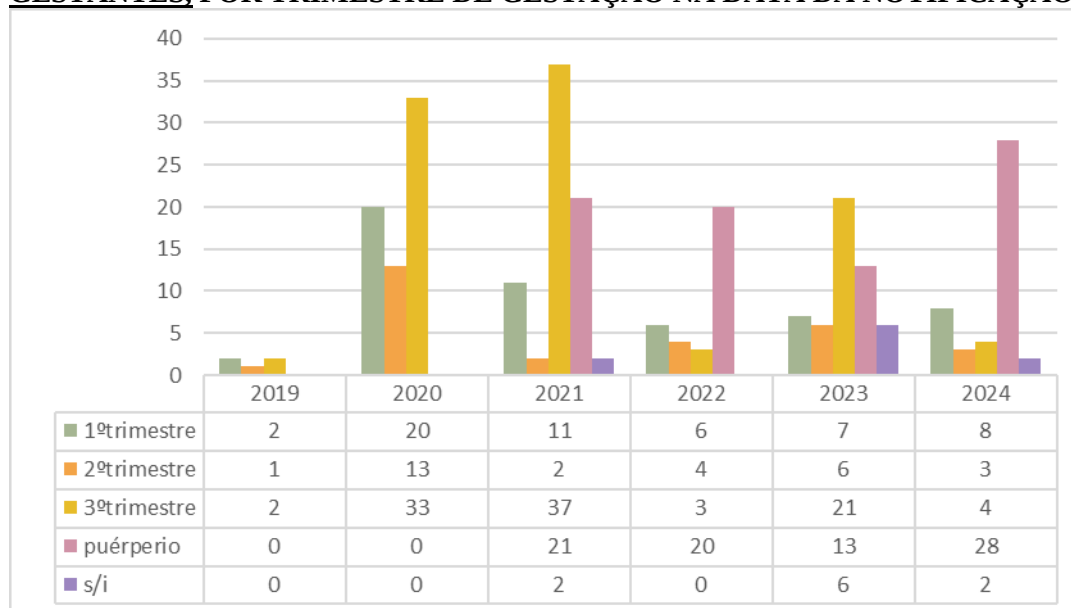


Fonte: ficha notificação/SIM/SINASC/Integra/ SEVIG-MMI-SMS em 31/12/2024

Nos últimos anos, a faixa etária de 20 a 24 anos se destacou, registrando o maior número de casos notificados. Contudo, em 2024, observou-se uma equiparação no número de casos entre as faixas etárias de 20-24 e 25-29 anos, comparado aos anos anteriores. Nos últimos dois anos, a faixa etária de 30-34 anos manteve-se estável.

Além de observarmos um aumento de casos em gestantes com idade igual ou superior a 40 anos, o que reforça a importância de cuidados voltados para essa faixa etária, grupos com características com vulnerabilidade específica.

DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE EXPOSIÇÃO OU USO DE DROGAS OU ÁLCOOL DE GESTANTES, POR TRIMESTRE DE GESTAÇÃO NA DATA DA NOTIFICAÇÃO.

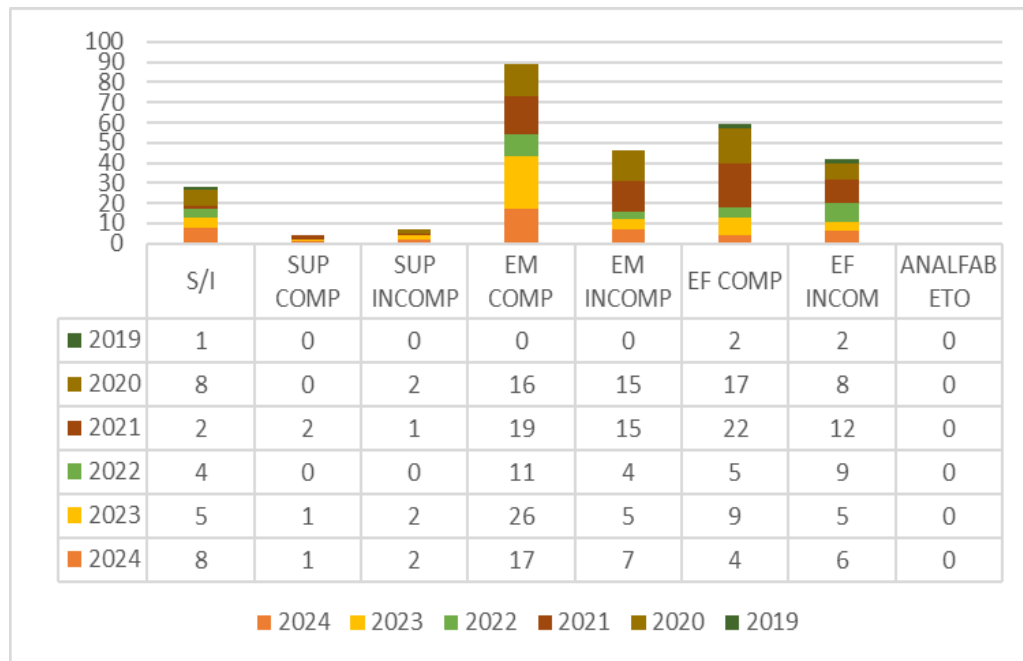


Fonte: ficha notificação/SIM/SINASC/Integra/ SEVIG-MMI-SMS em 31/12/2024

Observou-se uma redução significativa nas notificações de gestantes no terceiro trimestre de gestação, concomitante a um aumento nos registros de casos envolvendo puérperas usuárias de álcool e/ou outras substâncias psicoativas. Essa discrepância indica possíveis subnotificações por parte das unidades responsáveis pelo acompanhamento pré-natal.

O Hospital Guilherme Álvaro destaca-se como a principal fonte dessas notificações, provenientes majoritariamente das informações obtidas durante a anamnese realizada na admissão hospitalar. Adicionalmente, a SEVIG-MMI também contribui com os registros, por meio da análise de prontuários médicos e entrevistas realizadas à beira do leito durante as visitas do Programa Recém-Nascido de Risco.

DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE EXPOSIÇÃO OU USO DE DROGAS OU ÁLCOOL DE GESTANTES, POR GRAU DE ESCOLARIDADE.

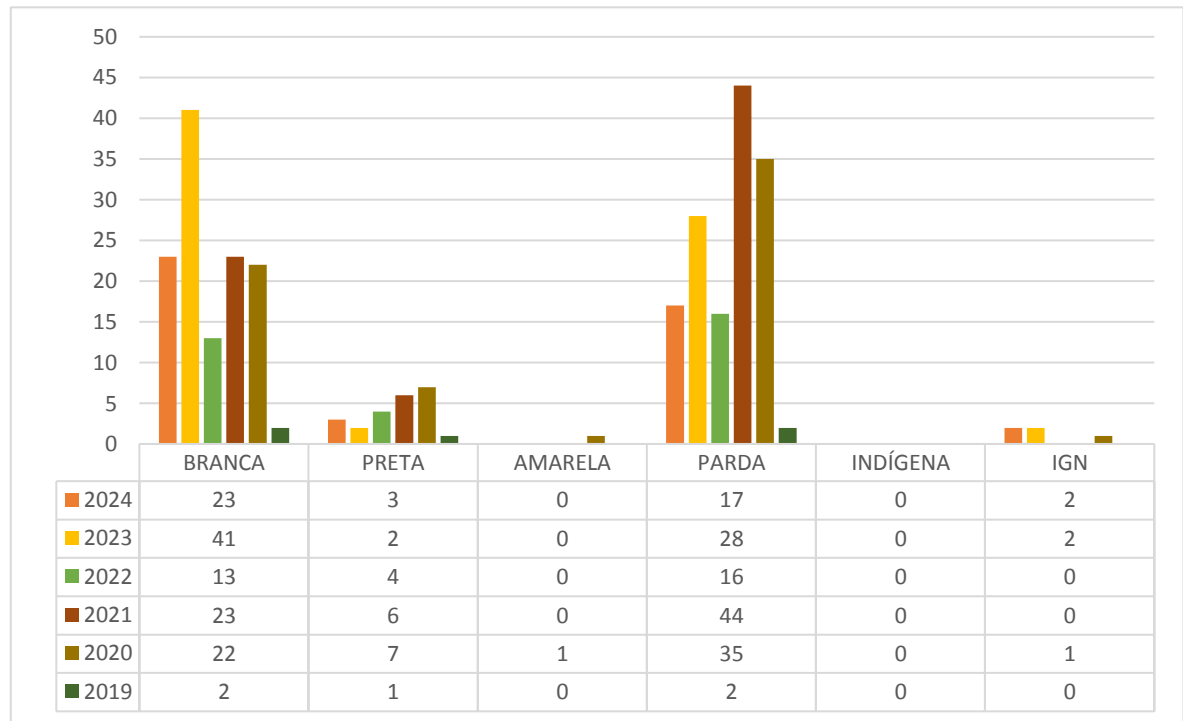


Fonte: ficha notificação/SIM/SINASC/Integra/ SEVIG-MMI-SMS em 31/12/2024

Considerando que o nível de escolaridade exerce influência direta na compreensão dos impactos negativos do uso de substâncias psicoativas durante o ciclo gravídico-puerperal, observa-se que, em 2024, assim como em 2023, houve predominância de notificações envolvendo gestantes e puérperas com ensino médio completo. Esse perfil educacional sugere capacidade cognitiva para compreender os riscos que o consumo de álcool pode representar ao desenvolvimento fetal e neonatal.

Entretanto, a análise mais precisa desses casos é comprometida pela recorrente inconsistência no preenchimento de determinados campos das fichas de notificação, o que limita a confiabilidade e a profundidade da interpretação dos dados disponíveis.

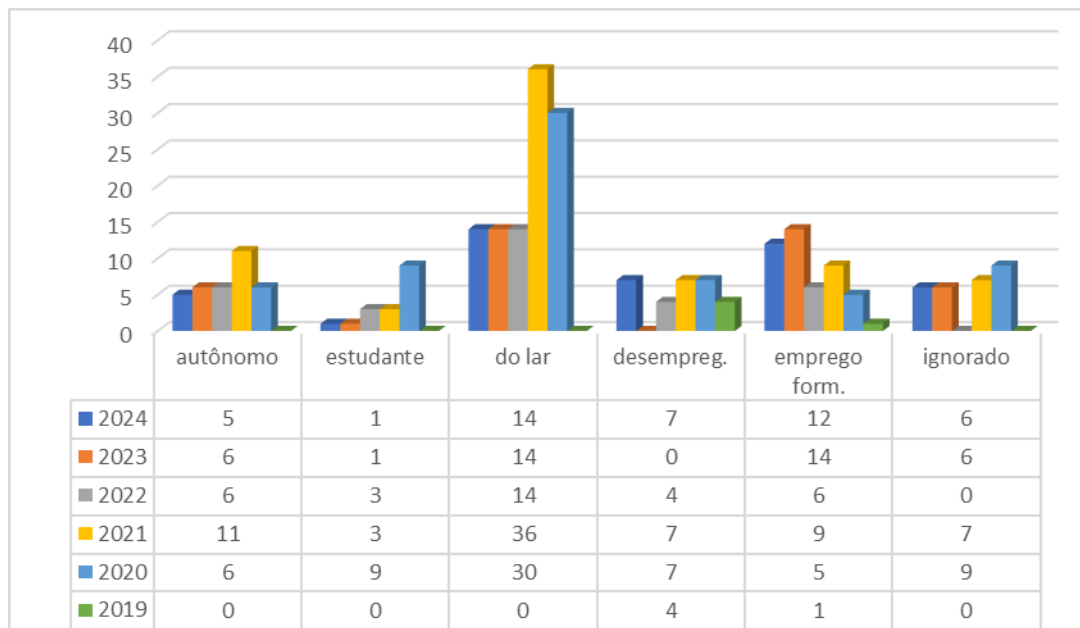
DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE EXPOSIÇÃO OU USO DE DROGAS OU ÁLCOOL DE GESTANTES, POR RAÇA/ COR REFERIDA



Fonte: ficha notificação/SIM/SINASC/Integra/ SEVIG-MMI-SMS em 31/12/2024

Em 2024, entre os casos notificados, manteve-se a predominância de mulheres que se autodeclararam brancas, seguidos por pardas e, posteriormente, pretas. Esses três grupos, em conjunto, correspondem à quase totalidade das notificações registradas no período.

DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE EXPOSIÇÃO OU USO DE DROGAS OU ÁLCOOL DE GESTANTES, POR RENDA/OCUPAÇÃO

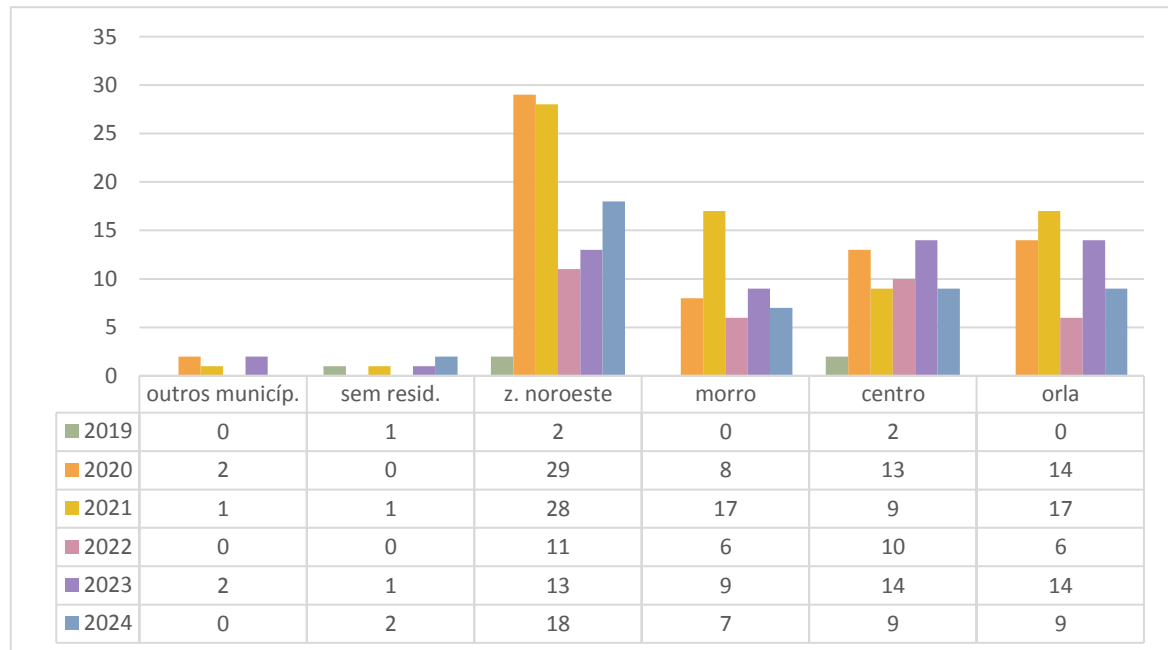


Fonte: ficha notificação/SIM/SINASC/Integra/ SEVIG-MMI-SMS em 31/12/2024

Assim como nos anos anteriores, em 2024, a maior proporção de gestantes usuárias notificadas declarou a ocupação como "do lar", representando 31% do total. Essa categoria manteve-se superior às demais formas de vínculo ocupacional, seguida pelo emprego formal. Observou-se, ainda, um aumento no número de casos envolvendo mulheres em situação de desemprego em comparação a 2023.

Ressalta-se que muitas gestantes também se autodeclararam como trabalhadoras autônomas. No entanto, embora haja um campo específico nas fichas de notificação destinado à descrição da atividade exercida, este não é preenchido de forma consistente, o que compromete a análise detalhada do perfil ocupacional dessas mulheres.

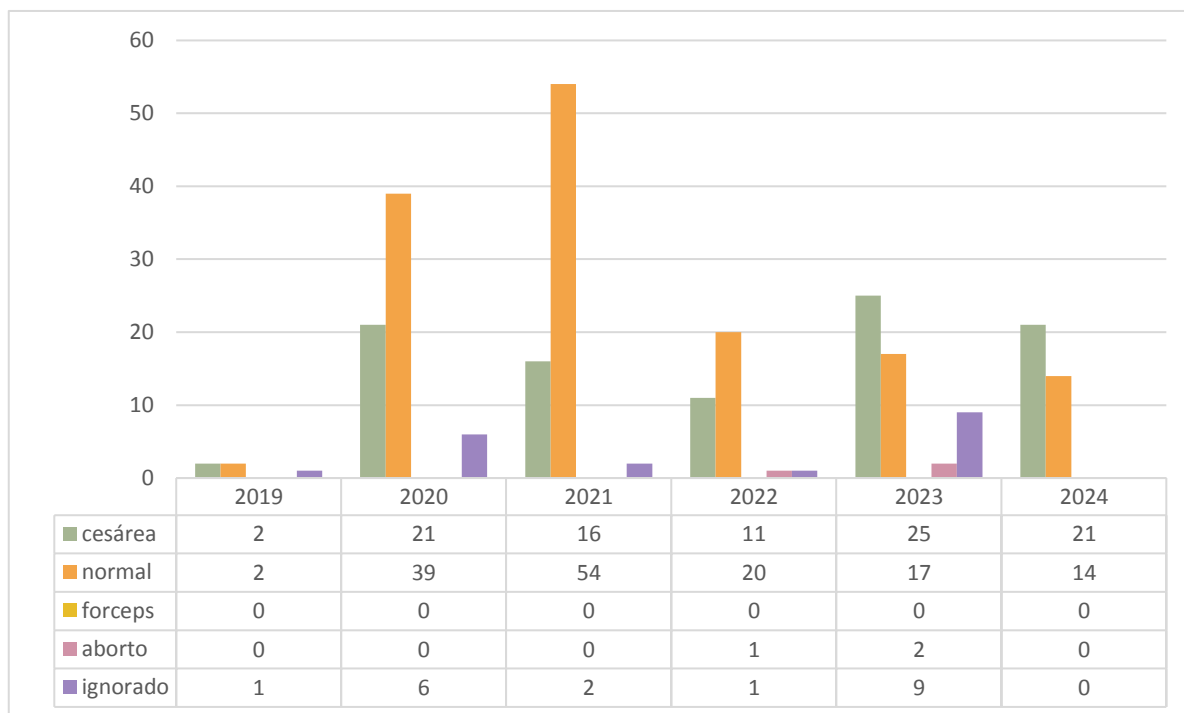
DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE EXPOSIÇÃO OU USO DE DROGAS OU ÁLCOOL DE GESTANTES, POR REGIÃO/TERRITÓRIO



Fonte: ficha notificação/SIM/SINASC/Integra/ SEVIG-MMI-SMS em 31/12/2024.

Conforme demonstrado no gráfico acima, observa-se que 40% das notificações referem-se a gestantes usuárias residentes na Zona Noroeste. Na sequência, as regiões Centro e Orla respondem conjuntamente por mais 40% das notificações, enquanto a região dos Morros concentra 15,5% dos casos. Destaca-se, ainda, o aumento nas notificações de gestantes sem registro de residência fixa, evidenciando uma possível vulnerabilidade adicional nesse grupo.

DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE EXPOSIÇÃO OU USO DE DROGAS OU ÁLCOOL DE GESTANTES, POR TIPOS DE PARTO



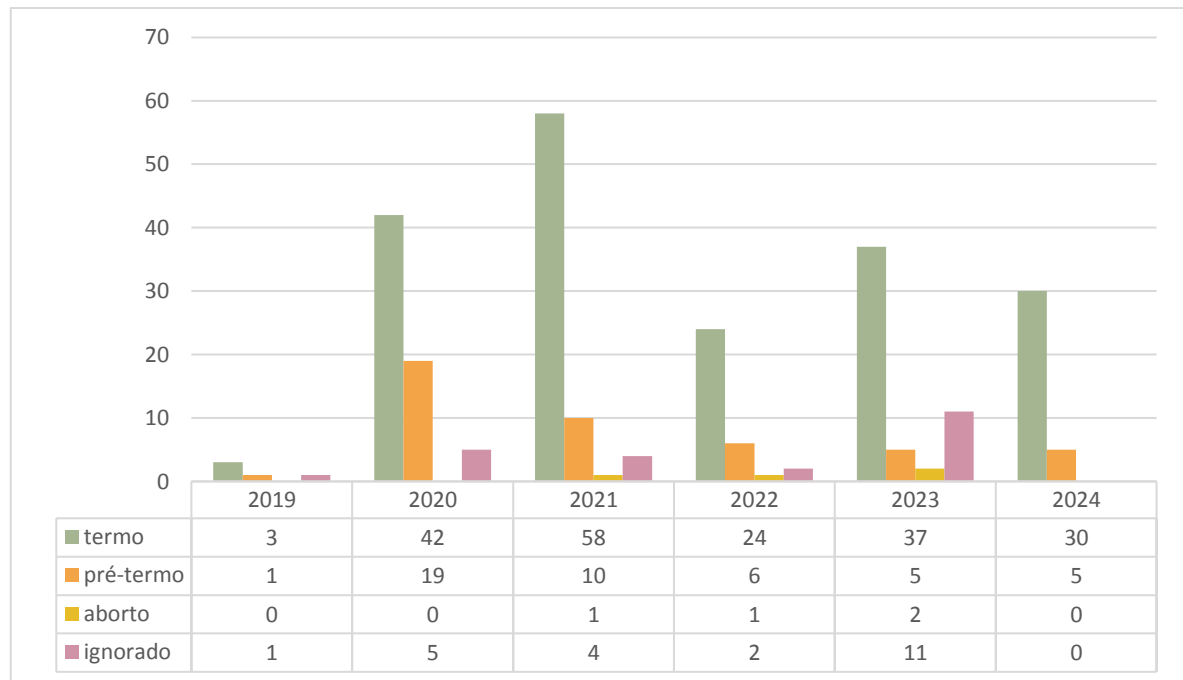
Fonte: ficha notificação/SIM/SINASC/Integra/ SEVIG-MMI-SMS em 31/12/2024.

Verificou-se que, em 2024, o número de notificações de partos por cesariana entre gestantes usuárias manteve-se estável em relação ao ano anterior. Conforme destacado no Boletim de 2023, a estabilização dos indicadores pode estar associada à legislação que assegura à gestante o direito de escolha quanto à via de parto, possivelmente impactando os dados a partir de 2020. No entanto, é necessário o monitoramento contínuo da série histórica para confirmar tal correlação. Ressalta-se, ainda, que em 2024 não foram registrados, entre as notificações recebidas, os desfechos classificados como aborto ou ignorado.

FILHOS DE GESTANTES COM USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E DROGAS **PROGRAMA RECÉM-NASCIDO DE RISCO - Residentes em Santos**

Assim como todos os recém-nascidos de risco, esses bebês foram incluídos Programa Recém-Nascido de Risco, mantendo na linha de cuidado um olhar cuidadoso na puericultura até os 2 anos de idade, com consultas mais frequentes e busca ativa, com acompanhamento do seu desenvolvimento e estimulação precoce, juntamente com a equipe multiprofissional do CER II da Secretaria de Saúde de Santos.

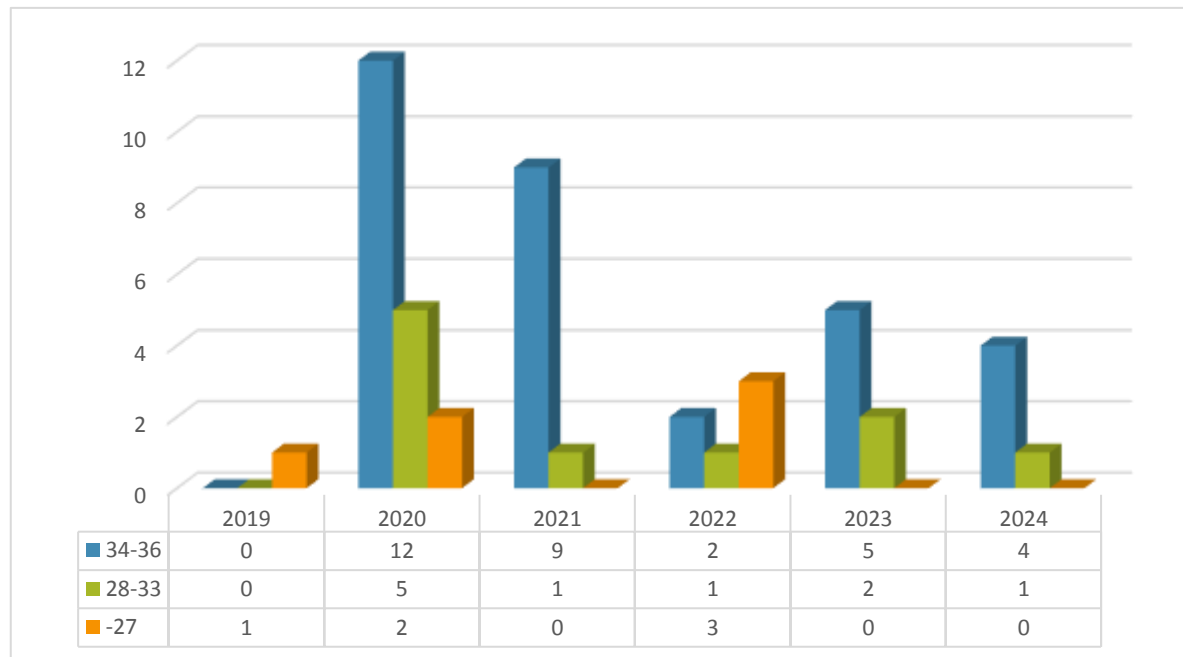
CLASSIFICAÇÃO DOS RECÉM-NASCIDOS DOS CASOS DE EXPOSIÇÃO OU USO DE DROGAS OU ÁLCOOL DE GESTANTES, POR TERMO OU PREMATURO



Fonte: ficha notificação/SIM/SINASC/Integra/ SEVIG-MMI-SMS em 31/12/2024.

Até a presente data, das 45 gestantes notificadas, 35 já foram classificadas como puérperas, o que corresponde a 77,7%. Nenhuma das notificações evoluiu para aborto, contudo, observa-se uma limitação na obtenção de informações sobre esses desfechos, uma vez que não existe um sistema de dados específico, como o SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade) ou SINASC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos), que possibilite o monitoramento preciso dessas ocorrências.

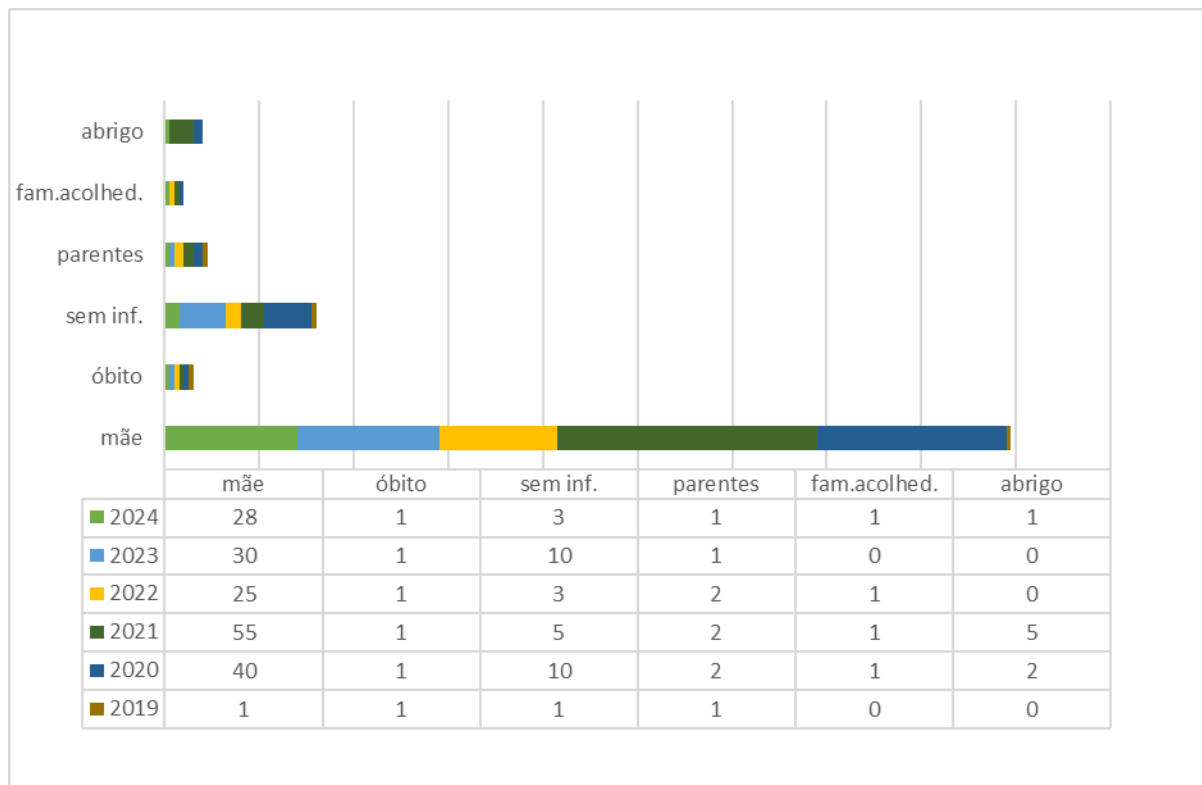
CLASSIFICAÇÃO DOS RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS DOS CASOS DE EXPOSIÇÃO OU USO DE DROGAS OU ÁLCOOL DE GESTANTES, POR IDADE GESTACIONAL AO NASCIMENTO



Fonte: ficha notificação/SIM/SINASC/Integra/ SEVIG-MMI-SMS em 31/12/2024

Em relação à prematuridade, 11,1% dos partos registrados foram classificados como prematuros. Contudo, não houve redução em comparação aos anos anteriores, uma vez que o número total de notificações em 2024 foi inferior ao observado nos anos precedentes, exceto no ano de 2019, devido à entrada em vigor da legislação em novembro daquele ano. Dentre os casos de prematuridade, a maior parte foi classificada como pré-termo tardio.

DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE EXPOSIÇÃO OU USO DE DROGAS OU ÁLCOOL DE GESTANTES, POR SITUAÇÃO DE GUARDA DO RECÉM-NASCIDO



Fonte: ficha notificação/SIM/SINASC/Integra/ SEVIG-MMI-SMS em 31/12/2024.

O tema das mães usuárias de substâncias psicoativas que mantêm a guarda de seus filhos é uma questão multifacetada, que abrange aspectos de saúde, direitos sociais, justiça e, de maneira primordial, a garantia do bem-estar infantil. Dados recentes, como os de 2024, indicam uma prevalência da guarda materna, tendência que se mantém ao longo dos últimos anos.

Nesse contexto, as notificações desempenham um papel crucial, permitindo um acompanhamento mais detalhado das crianças, com a monitorização de indicadores essenciais como a frequência nas consultas médicas, situação vacinal e o desenvolvimento neuropsicomotor. Esse monitoramento contínuo é fundamental para assegurar que as crianças recebam o suporte necessário, tanto no âmbito da saúde quanto do desenvolvimento integral, dentro de um ambiente familiar potencialmente vulnerável.

7- CIEVS- Centros de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde

O CIEVS Santos/DEVIG compõe a Rede Nacional de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública - Rede CIEVS/SUS.

Os Centros de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde, CIEVS é uma rede nacional de monitoramento e resposta a emergências em saúde pública no Brasil, cuja principal função é detectar, avaliar e monitorar emergências epidemiológicas, atuando de forma integrada com estados e municípios.

O CIEVS busca identificar rapidamente situações que possam se tornar emergências de saúde pública, permitindo ações de controle adequadas e minimizando riscos.

Produtos elaborados pelo Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde, CIEVS													
Ano 2024	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Notificações Compulsórias Imediatas	12	8	8	10	17	0	2	1	7	0	0	0	65
Eventos em Saúde monitorados	2	2	1	0	2	0	2	1	0	0	0	0	10
Estudos e Análises Específicas (referentes a risco a saúde da população)	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Disseminação de informações relacionadas a alertas de risco e potenciais emergências em saúde (Clipping CIEVS)	7	4	7	9	8	7	8	7	7	10	6	7	87
Alerta/Atualização Epidemiológica	0	0	0	1	0	0	2	6	0	0	1	1	11
Nota Técnica Informativa	0	1	2	0	0	1	2	0	0	1	0	0	7
Infográficos	2	3	3	1	0	1	0	2	2	0	1	0	15
Produção de Apresentações para Gestores	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Suporte em investigações de surtos	1	0	0	0	2	0	1	1	0	0	3	0	8
Participação em Capacitações	0	2	0	0	0	1	2	1	1	0	0	0	7
Participação em Reuniões	3	2	2	3	1	2	3	4	3	3	2	0	28
Participação em Congressos	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	5
Produção de Planos de Contingência	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1

FONTE: CIEVS- SMS-SANTOS

ENDEREÇOS E CONTATOS

1- **DEVIG - Departamento de Vigilância em Saúde**

Rua Amador Bueno 333- 14º andar- sala 1410-Santos

Telefone:3213-5100 ramal 5145

2- **Coordenação de Vigilância em Saúde I - COVIG I**

Rua Amador Bueno 333- 14º andar- sala 1410-Santos

Telefone:3213-5100 ramal 5221

3- **SECOI - Seção de Controle de Intoxicação**

Rua Bras Cubas nº 37 - 2º andar– Santos

Tels. 3222-2878 (plantão) / 3234-9463 (administrativo) e 0800-7226001 (nacional - Anvisa)

e-mail: secoi-ciatox@santos.sp.gov.br

4- **SEVREST - Seção da Saúde do Trabalhador**

Av. Senador Pinheiro Machado n.º 565 - Vila Belmiro – Santos

Tel. 3221-7381 - Fax: 3223-6765

e-mail: sevrest@santos.sp.gov.br

5- **SEVISA - Seção de Vigilância Sanitária**

Rua Bras Cubas nº 37 - 2º andar

Telefone:3213-5100 ramal 5232

e-mail: sevisa@santos.sp.gov.br

6- **Coordenação de Vigilância em Saúde II - COVIG II**

Rua Amador Bueno 333- 14º andar- sala 1410-Santos

Telefone: 3213-5100 ramal 5222

7- **CCZV - Controle de Zoonoses e Vetores**

Avenida Rangel Pestana 96 – Santos

Tel. 3257-8030

e-mail: cczv@santos.sp.gov.br

8- SEVIEP - Seção de Vigilância Epidemiológica

Rua Amador Bueno nº 333- 14º andar- sala 1408-Santos

Telefone: 3213-5100 ramal 5220

e-mail: seviep@santos.sp.gov.br

9- SEVIG-MMI - Seção de Vigilância da Mortalidade Materna Infantil

Rua Amador Bueno nº 333- 14º andar- sala 1406 - Santos

Telefone: 3228-3723

e-mail: sevig-mmi@santos.sp.gov.br

10- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTOS

Rua Amador Bueno nº 333- 13º e 14º andar

Centro-Santos-SP

CEP:11013-153

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos o Boletim Epidemiológico de Santos nº 7/2025

Agradeço à todos os técnicos do Departamento de Vigilância em Saúde que, com muita dedicação, fizeram a busca e consolidação dos dados dos últimos cinco anos, transformando os dados de cada uma dessas pessoas notificadas em informação.

Esperamos que as informações possam subsidiar e colaborar no diagnóstico do território, na formulação de planos de trabalhos mais coerentes com a realidade local, com base nas incidências e prevalências mais preocupantes.

A Secretaria de Saúde está cada dia mais analítica e entendemos ser esta uma das estratégias importantes para o desenvolvimento de ações e tomadas de decisões assertivas, que impactarão diretamente na promoção da saúde à nossa população, seja por meio de iniciativas de caráter preventivo ou na melhoria do serviço assistencial.

Para encerrar este boletim, deixo um apelo importante aos profissionais de saúde das redes públicas e privada: Notifiquem!

A notificação é compulsória por legislação federal, estadual e municipal, é sigilosa e confidencial.

Os dados sistematizados e monitorados instigam mudanças positivas.

Até o próximo ano, com a consolidação dos dados de 2021-2025 no Boletim Epidemiológico nº 8.

Santos, 30 de julho de 2025

Fabio Lopez
Secretário de Saúde de Santos

COLABORADORES

SEVIG-MMI - Seção de Vigilância da Mortalidade Materna Infantil.

Thiago Miguel de Abreu - Chefe de Seção.
Eliane Passos Cabral
Katia Dos Santos Camargo
Maida Colombo Foppa
Polliane Tavares Nogueira

CCZV - Seção Centro de Controle de Zoonoses e Vetores;

Boanerges de Oliveira- Chefe de Seção
Marcelo Brenna do Amaral
Carina Roberta Lobão Cunha
Mariliza Teofilo Prieto
Gilnar Evandra Baltazar Fernandes de Oliveira
Sinete dos Santos

SEVIEP - Seção de Vigilância Epidemiológica

Willian Marques Fioratti –Chefe de Seção
Alexandre Ribeiro Luz
Ana Rosa Platzer
Andréia Aparecida Félix Sanches
Camila Medeiros Pezzotti
Caroline Nascimento Alberghini
Cláudia Camargo Lorite
Daniel Mendes Farias Coelho
Daniela da Cruz Alves Costa
Danielli Souza Nascimento Pereira
Debora Santos Costa
Denise Tilieri Salvadori
Edmilson de Paula Brito
Elisabeth da Silva Negreiros
Fabiana Loyde Wakai Jorge Pinho
Gardenia Maria Silva de Andrade
Geneci de Oliveira
Giulia Victória Della Paschoa Pinto Silva
Isabel dos Santos Freitas
Ivan Rocha dos Santos
Janaíra de Brito
Jaqueline Siqueira dos Santos
Kellyn Thales Taranto Trajano
Luciana da Silva Martinez Suarez Bistene
Luciana Souza da Assunção de Jesus
Márcia Valadão Albernaz

Maria do Socorro Soares
Maria Isa Pereira de Souza
Maria Luiza Oshiro Correia dos Santos
Mauro do Rosário
Nataniele Patricia Bohn Pfuetzenreiter
Nivia Torres dos Santos
Paula Zatorre dos Santos
Thais Cristina Garbelini Salles
Thayana Ferreira Evangelista Santos
Ubiratan Barbosa da Silva
Valdinéia Leite de Assis Silva
Wilma da Silva

SECOI - Seção de Controle e Orientação em Intoxicação
Letícia Preti Schleder –Chefe de Seção

SEVREST - Seção de Vigilância e Referência em Saúde do Trabalhador
Janaína Silva do Nascimento- Chefe de Seção
Rosemeiry de Lima Nemetz

SEVISA - Seção de Vigilância Sanitária.
Camila Marcolino-Chefe de Seção
Francisco Calisto dos Reis Junior
Augusto Luiz Oliveira da Costa
Mauricio Cajazeira Nunes
Rita de Cassia de Andrade Sebastião Piquera

CIEVS - Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde de Santos
Cristiane Parmentieri Barga – Chefe de Seção
Vanessa Ingrid de Oliveira

