D.1.7 – Incidência de raiva humana

1. Conceituação

Número absoluto de casos novos confirmados de raiva humana (código A92 da CID-10), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

A definição de caso confirmado de raiva baseia-se em critérios adotados pelo Ministério da Saúde para orientar as ações de vigilância epidemiológica da doença em todo o país.[1]

Definição de caso

Suspeito

- Todo paciente com quadro clínico sugestivo de encefalite rábica, com antecedentes ou não de exposição à infecção pelo vírus rábico.

Confirmado

- Todo caso suspeito comprovado laboratorialmente ou todo indivíduo com quadro clínico compatível de encefalite rábica associado a antecedentes de agressão ou contato com animal suspeito (associação epidemiológica), com evolução para óbito.

Critério clínico-laboratorial

- Detecção de anticorpos específicos, pela técnica de soroneutralização em cultura celular, em pacientes sem antecedentes de vacinação contra a Raiva.

Atualmente, um importante instrumento de vigilância epidemiológica é a tipificação antigênica através imunofluorescência da indireta com anticorpos monoclonais, que é uma técnica específica e rápida, e da caracterização genética. É importante destacar que o uso das técnicas de biologia molecular deve estar sempre associado à investigação epidemiológica de campo, visto que somente assim se atingirá o maior poder discriminatório. Recomenda-se, também, a realização do estudo antigênico e genético em 100% das amostras isoladas de humanos, cães e gatos de áreas livres ou controladas, e de animais silvestres.

Critério clínico-epidemiológico

- Paciente com quadro neurológico agudo (encefalite), que apresente formas de hiperatividade, seguido de síndrome paralítica com progressão para coma e morte, geralmente por insuficiência respiratória, sem possibilidade de diagnóstico laboratorial, mas com antecedente de

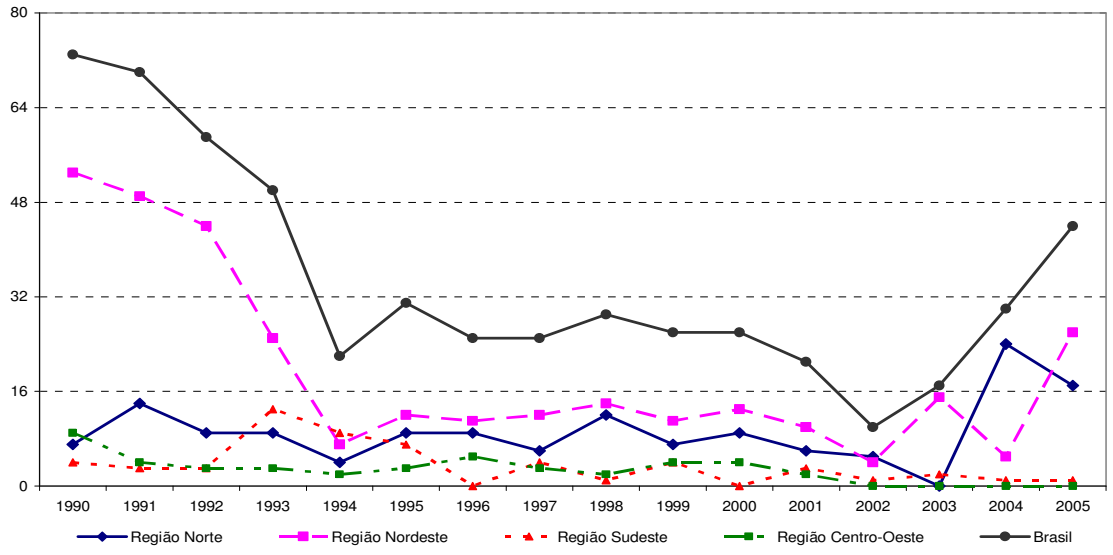
1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.Raiva. *In*: Guia de vigilância epidemiológica. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005,p.603

exposição a provável fonte de infecção em região com comprovada circulação de vírus rábico. Mesmo nos casos nos quais a suspeita foi aventada após o óbito, a possibilidade de exumação deve ser considerada, visto que atualmente se dispõe de técnicas laboratoriais que, no seu conjunto, apresentam grande sensibilidade e especificidade.

2. Identificação das tendências da curva temporal – período 1990 A 2005.

A série histórica disponibilizada abrange o período de 1990 a 2005. A notificação anual nacional variou entre 10 e 73 casos (média = 34,9 casos/ano). Observou-se uma tendência decrescente com algumas oscilações. A região Sul não notificou casos de raiva humana no período. No final do período (2004 e 2005), como conseqüência da ocorrência de casos na região Norte, houve um aumento em relação aos níveis registrados de 1996 a 2003.

Incidência de raiva humana. Brasil e Grandes Regiões, 1990-2005



Na primeira metade do período, entre os anos 1990 e 1997, as quatro regiões notificaram casos nesses oito anos com a exceção do Sudeste em 1996. Nesse período, a média de notificação para o país foi de 44,4 casos/ano. A maior parte dos casos foi notificada pela região Nordeste (média = 26 casos/ano).

3. Conformidade com o conhecimento epidemiológico disponível sobre a doença.

A análise da notificação se encontra em conformidade com o esperado. O padrão atual de distribuição de casos e suas características indicam a proximidade da eliminação da raiva humana transmitida pelos animais domésticos.

O indicador reflete a real ocorrência de casos de raiva humana. Diante da universalidade nos aspectos de patogenicidade, severidade e letalidade, o mesmo é confiável. Pode existir alguma sub-notificação em áreas afastadas e populações isoladas onde ocorre transmissão silvestre, mas considera-se altamente improvável o total desconhecimento do caso ou o seu diagnóstico

incorreto. Dessa maneira, a falta de sensibilidade do diagnóstico clínico deve ser muito baixa. A falta de especificidade (diagnóstico diferencial com outras encefalopatias incluindo outras encefalites virais, tétano etc...) é possível embora pouco provável.

4. Fatores explicativos dos dados em relação ao comportamento esperado do fenômeno

Altas coberturas vacinais atribuídas aos dois ciclos anuais de campanhas e imunização de animais domésticos têm revertido a situação previamente verificada de ocorrência urbana ligada a acidentes rábicos com animais domésticos (SVS, 2006). Na atualidade o desafio corresponde à detecção precoce da circulação silvestre além da manutenção do controle via imunização em animais domésticos.

Referências.

Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde, 2005. Guia de Vigilância Epidemiológica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: SVS/MS.

Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde, 2006. Vigilância em Saúde no SUS: fortalecendo a capacidade de resposta aos velhos e novos desafios. Brasília: SVS/MS.