D.1.12 – Incidência de rubéola

1. Conceituação

Número absoluto de casos novos confirmados de rubéola (código B06 da CID-10), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

A definição de caso confirmado de rubéola 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 que apresente febre e exantema máculo-papular, acompanhada de linfoadenopatia retroauricular, occipital e cervical, independente da idade e situação vacinal.

Confirmado
Laboratorial

- Quando a interpretação dos resultados dos exames sorológicos for positivo para rubéola.

Vínculo epidemiológico

- Quando o caso suspeito teve contato com um ou mais casos de rubéola, confirmados por laboratório, e apresentou os primeiros sintomas da doença entre 12 a 23 dias após a exposição ao(s) caso(s).

Clínico

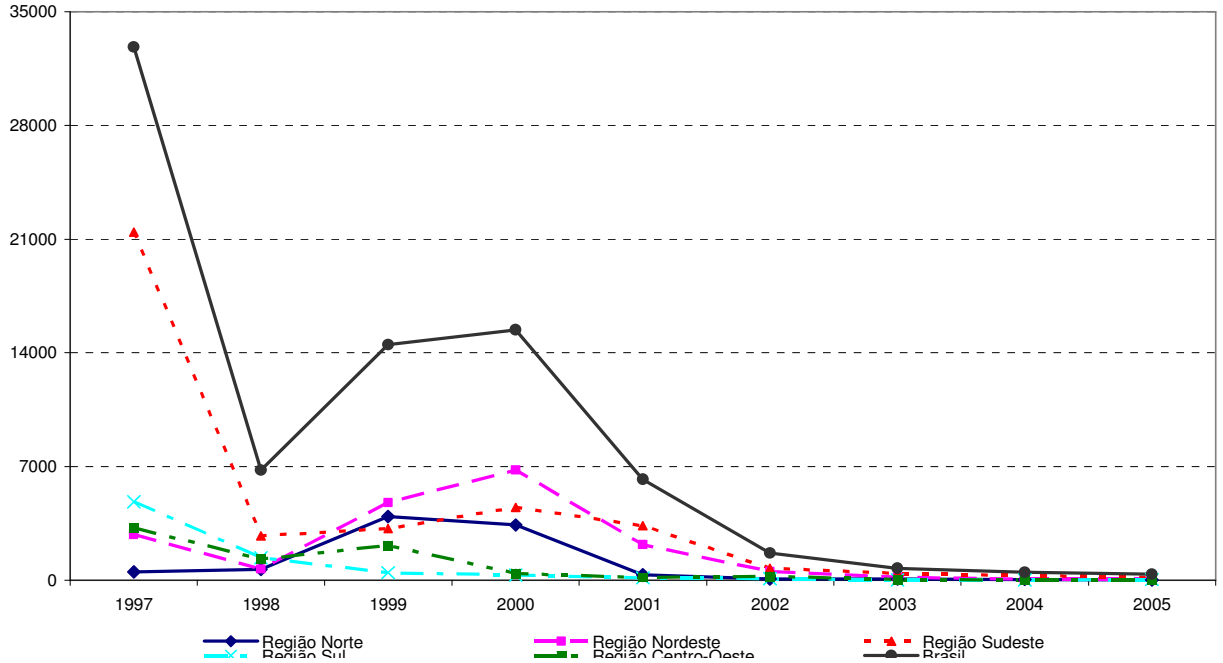
- Quando há suspeita clínica de rubéola, mas as investigações epidemiológica e laboratorial não foram realizadas ou concluídas. Como o diagnóstico de rubéola não pode ser confirmado nem descartado com segurança, este caso representa uma falha do sistema de vigilância epidemiológica.

2. Identificação das tendências da curva temporal – período 1997 a 2005.

A série histórica disponibilizada abrange o período de 1997 a 2005. Para o país como um todo, e nas cinco macro-regiões, observa-se uma grande queda no número de casos notificados. Em 1997 foram 32.825 e em 2005 chegou-se a 365.

1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Rubéola. *In*: Guia de vigilância epidemiológica. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 633.

Casos confirmados de rubéola. Brasil e Grandes Regiões, 1997-2005



Os altíssimos níveis de notificação observados no primeiro ano da série e a queda pronunciada observada entre 1997 e 1998 (de 32.825 a 6.794) foram decorrentes da situação epidemiológica da região Sudeste. Essa região foi responsável pela notificação de 65,3% dos casos no primeiro ano sendo que essa proporção diminuiu gradualmente. No entanto, o Sudeste contribui, com aproximadamente, a metade da notificação nacional.

A região Sul notificava proporcionalmente mais casos no começo da série histórica (14,7% e 20,5% em 1997 e 1998, respectivamente). A partir de 1999, o número de casos foi maior na região Centro-Oeste, porém em patamares decrescentes chegando a menos de 100 casos para cada uma dessas duas regiões nos dois últimos anos.

Nas regiões Norte e Nordeste, houve um aumento na notificação entre 1998 e 2000. A partir de 2001 foram registrados níveis progressivamente decrescentes na incidência notificada de rubéola chegando também a menos de 100 casos para cada uma das regiões nos dois últimos anos da série estudada.

Para o Brasil como um todo, há uma tendência à estabilização em patamares menos de 1.000 casos por ano. Entre os anos 1999 e 2000, irrompeu uma epidemia que atingiu vários estados e quase todas as regiões do país. A epidemia teve uma participação mais precoce dos estados de Goiás, Amazonas, Pará e Pernambuco (que atingiram picos de incidência máxima em 1999) aos que posteriormente se somaram os estados de São Paulo, Alagoas, Rio Grande do Norte, Paraíba e Acre.

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

A partir da política de eliminação, há um declínio na incidência com ocorrência episódica de surtos epidêmicos que ocasionalmente confluem em epidemias de âmbito supra-regional. De modo geral, o declínio é marcante e, quando aparecem os surtos, tornam-se evidentes as mudanças no perfil dos casos conforme a circulação do vírus em bolsões de população suscetível que gera os chamados "casos não preveníveis" (crianças de menos de um ano ou adultos jovens), ou a circulação em áreas de baixas coberturas.

O principal problema da notificação consiste na suspeição clínica e confirmação. Foi informado pela área técnica que a confirmação é maior em mulheres nos períodos inter-epidêmicos. No meio de surtos aumenta a confirmação em indivíduos do sexo masculino. É consenso que a suspeição é frágil.
Considera-se que mais de 80% dos municípios brasileiros realizam a notificação positiva e negativa ainda que existam variações de ano para ano.

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

A medida de intervenção que sem dúvida mudou a ocorrência e distribuição de casos de rubéola no Brasil foi a imunização, que foi implementada de modo gradativo nos oito anos transcorridos a partir de 1992, em crianças de 1 a 11 anos (Santos, 2005). Na segunda metade dessa década, vários estados implementaram a vacinação tríplice viral (contra sarampo, caxumba e rubéola), às vezes utilizando a estratégia de campanhas e tendo como população-alvo amplas faixas etárias da população, crianças das idades acima assinaladas. A incorporação da vacina tríplice ao esquema rotineiro de imunização contempla a primeira dose aos 12 meses e a segunda entre os quatro e seis anos de idade.

Também de modo gradual, nos dez anos transcorridos a partir de 1993 e com maior ênfase depois da epidemia de 2000, face ao fato das estratégias prévias não conseguirem prevenir a epidemia, foi realizada uma campanha de vacinação direcionada a mulheres não gestantes com idades entre 15 e 29 anos (mulheres em idade fértil, em algum momento ampliado à faixa de 12 a 39 anos) com diversos graus de cobertura (Santos, 2005; Lanzieri *et al.*, 2007). Estima-se que foram vacinadas 29 milhões de mulheres.

Referências.

Committee in Infectious Diseases / American Academy of Pediatrics. Report of the Committee on Infectious Diseases, 20th Edition. 1986.

Departamento de Vigilância Epidemiológica / Secretaria e Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde. Doenças Infecciosas e Parasitárias: Guia de Bolso. 2006.

Freitas G, Barros E, Segatto C & Lanzieri TM. Avaliação da definição de caso de rubéola, 2001-2006. Informação pessoal. Dados não publicados. 2008.

Santos, ED. Avaliação do impacto das estratégias de controle e prevenção da Rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita. Estados de São Paulo, Paraná, Rio Grande do Norte, Goiás e Pará, 1992 – 2003. Dissertação de Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde. ENSP/FIOCRUZ –SVS, 2005.

Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. 2008. Notas técnicas sobre os surtos de rubéola no Brasil. 08/01/08. Brasília: Departamento de Vigilância Epidemiológica – 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.

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