



**GOVERNO DO DISTRITO
FEDERAL**

**SECRETARIA DE ESTADO
DE SAÚDE**

**SUBSECRETARIA DE
VIGILÂNCIA À SAÚDE**

**GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA E
IMUNIZAÇÃO
GEVEI**

Endereço:

Setor Bancário Norte – SBN
Qd 02, Lt 04, Bl P - 1º Subsolo
Brasília – DF
CEP: 70.040-020
Telefones: 3323-7461/3905-4639
E-mail:
coqueluche.pfa.df@gmail.com

Equipe de Elaboração:
Gilmara Lima Nascimento

Revisão Técnica:
Priscilleyne Ouverney Reis
(Gerente GEVEI)

Rosa Maria Silva Mossri
GVEI

Teresa Cristina Vieira Segatto
(Diretora DIVEP)

Tiago Araújo Coelho de Souza
(Subsecretário SVS)

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO

**Monitoramento dos casos de
parotidite notificados no Distrito
Federal, até a Semana Epidemiológica
30 de 2016.**

Introdução

A parotidite infecciosa ou caxumba é uma doença viral aguda, cujos principais sinais e sintomas são a febre e o aumento das glândulas salivares. É considerada uma doença da infância, entretanto, na ausência de imunização, 85% dos adultos podem ter a infecção, sendo 1/3 destes assintomáticos.

É uma doença de transmissão respiratória, por meio do contato com gotículas de saliva ou secreção da orofaringe da pessoa infectada. O período de incubação varia de 12 a 25 dias; e o período de transmissibilidade ocorre entre o 6º e 7º dia antes do início dos sintomas, podendo se estender até nove dias após o seu início.¹

Algumas complicações da doença incluem orquiepididimite – processo inflamatório dos testículos e epidídimo (em cerca de 30% dos homens adultos), oofarite – inflamação dos ovários (5% das mulheres adultas), surdez transitória, meningite asséptica, entre outras. Não existe tratamento específico, indicando-se apenas repouso, analgesia e

observação cuidadosa, quanto à possibilidade de aparecimento de complicações.¹

A parotidite costuma ocasionar surtos. Nos últimos anos, muitos países, entre eles os Estados Unidos, o Reino Unido e a Bélgica, mesmo com altas coberturas vacinais, têm observado a ocorrência de surtos de parotidite entre escolares. Estes surtos podem ocorrer por adaptação do vírus, coberturas heterogêneas e falhas vacinais primárias ou secundárias.¹

Mesmo não sendo doença de notificação compulsória individual no Brasil, surtos de parotidite são de notificação imediata.² Defini-se como surto da doença a ocorrência de dois ou mais casos no mesmo local e com intervalo de tempo de até 35 dias entre eles. Em caso de surtos, medidas de controle devem ser empregadas, em especial, entre os comunicantes que são todos os indivíduos que tiveram contato próximo com caso suspeito ou confirmado no período de transmissibilidade. Após 35 dias (soma entre o período máximo de incubação e

de transmissibilidade) sem o surgimento de novos casos o surto pode ser encerrado.

O objetivo deste boletim é descrever a ocorrência dos surtos e casos de parotidite infecciosa notificada, entre residentes, do Distrito Federal no ano de 2016, bem como orientar as medidas de controle.

Vigilância e análise dos dados

No âmbito da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, os surtos e/ou casos individuais de parotidite devem ser notificados por meio da inserção dos dados no formulário do FormSUS (surtos: http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=21760 e casos individuais: http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=21757).

As análises apresentadas neste boletim compreendem as notificações de surtos e casos de parotidite infecciosa, de residentes do Distrito Federal, entre as Semanas Epidemiológicas (SE) 1 a 30 de 2016, compreendendo o período de 03/01 a 30/07.

Situação epidemiológica

Até a semana epidemiológica (SE) 30 (até 30/07/2016), foram notificados 1.278 casos de parotidite

infecciosa no Distrito Federal (DF), sendo que 1.248 (97,5%) foram de residentes do DF, representando um

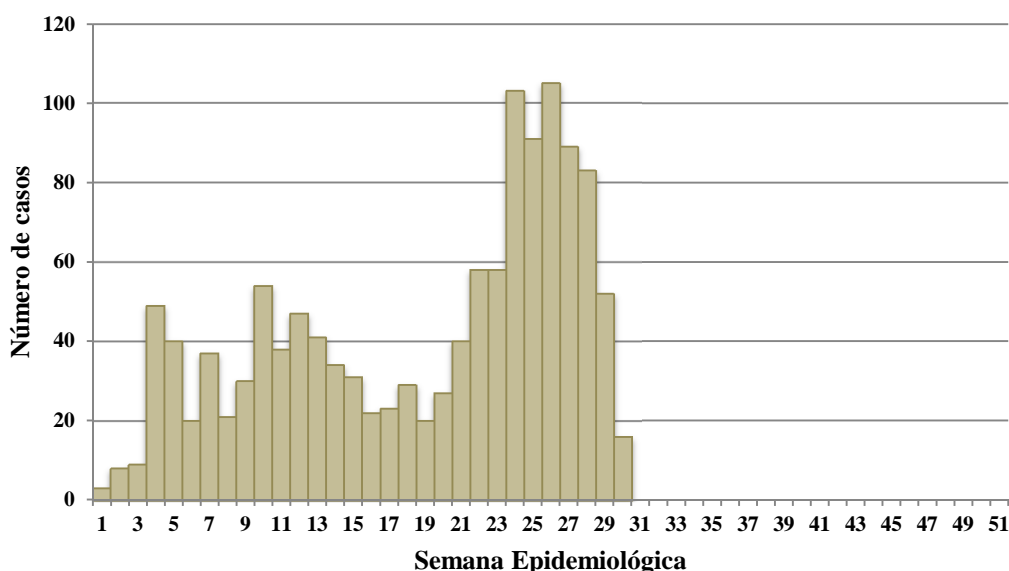
aumento de **7,8%** no total acumulado de casos **do DF**, em relação à soma de casos até a SE 29 (1.158), menor do que ao aumento acumulado entre as SE 28 e 29 (\uparrow 11,6%).

A distribuição do número de casos, de residentes do DF, segundo a

semana epidemiológica do início dos sintomas está apresentada na Figura 1.

O pico do número de casos nas SE 24 a 27, pode ser explicado pelo aumento da sensibilidade do sistema de vigilância, e a continua inserção de casos no sistema de informação em uso.

Figura 1 – Número de casos de Parotidite, segundo Semana Epidemiológica do início dos sintomas. Distrito Federal, Janeiro a Julho de 2016.*



* Dados preliminares, até a SE 30/2016.
Fonte: FormSUS, acesso em 02/08/2016.

O sexo masculino mantém a maioria dos casos, 754 (60,4%), Ressalta-se que as mulheres em idade fértil fazem parte do grupo alvo da vacina que protege contra sarampo, caxumba e rubéola. A faixa etária de 20 a 49 anos, com 45,7% dos casos (570/1.248), permanece com a maior proporção de casos. A maior incidência

acumulada segundo a faixa etária (Tabela 1), se mantém entre os indivíduos de 15 a 19 anos (128,4 casos/100 mil hab.).

Tal incidência provavelmente relaciona-se ao incremento das notificações nas últimas semanas, de casos procedentes de surtos em instituições de ensino. O risco de

parotidite na faixa etária de 15 a 19 anos foi, aproximadamente, 22 vezes maior que o risco de doença na faixa etária de menor incidência (maiores de 50 anos; 5,7 casos para cada 100 mil habitantes).

Em relação à situação vacinal dos casos, 303 (24,3%) tinham vacinação anterior comprovada no

cartão de vacina. Deste total, 172 (56,8%) tinham duas ou mais doses de vacina relatada.

Entre os casos notificados, foram registradas 27 complicações distribuídas em 23 orquites, duas pancreatites e uma ooforite.

Tabela 1. Distribuição de casos de parotidite, segundo sexo, faixa etária e incidência segundo faixa etária, por 100 mil habitantes. Distrito Federal, Janeiro a Julho de 2016.*

Faixa etária (anos)	Sexo		Total	%	População ^a	Incidência	RR ^b
	Feminino	Masculino					
1 a 4	29	41	70	5,6	167.989	41,7	7,3
5 a 9	49	65	114	9,1	199.738	57,1	10,0
10 a 14	65	71	136	10,9	211.402	64,3	11,3
15 a 19	141	184	325	26,0	253.094	128,4	22,5
20 a 49	191	379	570	45,7	1.527.295	37,3	6,5
Maior de 50 ^c	19	14	33	2,6	575.834	5,7	***
Total	494	754	1.248	100,0	2.977.216	41,9	

* Dados parciais SE 30/2016 (1 caso sem informação de idade)

^a Fonte: GIASS/DIVEP - Estimativa Populacional para o DF, segundo sexo e faixa etária, 2016.

Fonte: FormSUS, acesso em 02/08/2016.

^b Risco Relativo

^c Faixa etária de referência para cálculo do Risco Relativo

As maiores incidências acumuladas (Tabela 2), permanecem nas Regiões Administrativas SIA com 25 casos e incidência de 889,7 casos por 100 mil habitantes, Varjão (407,4/100 mil hab.) e São Sebastião (125,3/100 mil hab.). A incidência do SIA pode estar relacionada ao surto ocorrido no Centro

de Progressão de Pena, localizado nesta região, aliado ao fato de ser RA com a menor população.

Tabela 2 – Distribuição dos casos e incidência acumulada (por 100 mil habitantes), segundo Região Administrativa de residência. Distrito Federal, Janeiro a Julho de 2016.*

Região Administrativa	Número de casos	%	População	Incidência acumulada
Águas Claras	13	1,0	118.078	11,0
Asa Norte	12	1,0	144.018	8,3
Asa Sul	28	2,2	103.123	27,2
Brazlândia	16	1,3	66.083	24,2
Candangolândia	5	0,4	18.493	27,0
Ceilândia	240	19,2	463.254	51,8
Cruzeiro	3	0,2	41.176	7,3
Fercal	7	0,6	10.166	68,9
Gama	25	2,0	156.047	16,0
Guará	108	8,7	126.175	85,6
Itapoã	23	1,8	50.888	45,2
Jardim Botânico	1	0,1	23.197	4,3
Lago Norte	9	0,7	38.643	23,3
Lago Sul	21	1,7	35.940	58,4
Núcleo Bandeirante	16	1,3	26.688	60,0
Paranoá	20	1,6	63.080	31,7
Park Way	5	0,4	22.770	22,0
Planaltina	75	6,0	196.251	38,2
Recanto das Emas	39	3,1	142.449	27,4
Riacho Fundo	38	3,0	41.486	91,6
Riacho Fundo II	14	1,1	40.999	34,1
Samambaia	96	7,7	228.220	42,1
Santa Maria	18	1,4	134.999	13,3
São Sebastião	121	9,7	96.555	125,3
SCIA	2	0,2	33.966	5,9
SIA	25	2,0	2.810	889,7
Sobradinho	26	2,1	89.687	29,0
Sobradinho II	13	1,0	83.967	15,5
Sudoeste/Octogonal	1	0,1	58.637	1,7
Taguatinga	146	11,7	238.662	61,2
Varjão	43	3,4	10.556	407,4
Vicente Pires	39	3,1	68.152	57,2
Distrito Federal	1.248	100,0	2.977.216	41,9

* Dados preliminares, até a SE 30/2016.

** Fonte: GLASS/DIVEP - Estimativa Populacional para o DF, 2016.

Fonte: FormSUS, acesso em 02/08/2016

Até a SE 30 de 2016 foram notificados no FormSUS 46 surtos de parotidite no Distrito Federal, distribuídos em 14 Regiões

Administrativas, sete deles na Asa Sul. As instituições escolares (Tabela 3) concentram a maioria dos surtos notificados até 30/07/2016 (25/46).

Tabela 3 – Distribuição dos surtos de parotidite, segundo. Distrito Federal, Região Administrativa e tipo de local de ocorrência. Janeiro a Junho de 2016.*

RA de ocorrência	Número de surtos	%
Ceilândia	17	37,0
Asa Sul	7	15,2
Taguatinga	3	6,5
Núcleo Bandeirante	3	6,5
Samambaia	3	6,5
Lago Sul	3	6,5
Guará	2	4,3
Santa Maria	2	4,3
Gama	1	2,2
Sobradinho	1	2,2
Cruzeiro	1	2,2
São Sebastião	1	2,2
Candangolândia	1	2,2
Riacho Fundo	1	2,2
Total	46	100,0

Tipo de local de ocorrência	Número de surtos	%
Complexo Penitenciário	2	4,3
Escola	25	54,3
Outros	6	13
Residência	13	28,3
Total	46	100

* Dados preliminares, até a SE 30/2016.
 Fonte: FormSUS, acesso em 02/082016.

Ações realizadas

- Desde julho de 2015, a secretaria de saúde do DF vem monitorando os casos de parotidite, assim como surtos isolados;
- Notificação e investigação de todos os casos suspeitos no FormSUS;
- Bloqueio vacinal seletivo nos casos indicados;
- Investigação de surtos;
- Produção de informes técnicos para orientação de profissionais e população.

Recomendações e medidas gerais de controle

Todos os casos devem ser notificados à vigilância epidemiológica da região de ocorrência.

Os surtos de parotidite devem ser acompanhados pela vigilância epidemiológica da região da ocorrência, até 35 dias após o início dos sintomas do último caso notificado. O doente deve permanecer em isolamento social de 10 a 15 dias após o início dos sinais e sintomas.

Em situações de surto, o bloqueio vacinal seletivo é indicado, e segue as normas do Ministério da Saúde conforme o calendário básico de imunização.

São medidas que evitam a transmissão da caxumba e de outras doenças respiratórias:

- Frequente lavagem e higienização das mãos, principalmente antes de consumir algum alimento;
- Utilizar lenço descartável para higiene nasal;

- Cobrir nariz e boca quando espirrar ou tossir;
- Evitar tocar mucosas de olhos, nariz e boca;
- Higienizar as mãos após tossir ou espirrar;
- Não compartilhar objetos de uso pessoal, como talheres, pratos, copos ou garrafas;
- Manter os ambientes bem ventilados;
- Evitar contato próximo a pessoas que apresentem sinais ou sintomas da caxumba;
- Evitar sair de casa em período de transmissão da doença;
- Evitar aglomerações e ambientes fechados (procurar manter os ambientes ventilados);
- Adotar hábitos saudáveis, como alimentação balanceada e ingestão de líquidos;

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Coqueluche. In.: Guia de Vigilância em Saúde. 2014. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2014. [citado 2015 fev 23]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/fevereiro/06/guia-vigilancia-saude-atualizado-05-02-15.pdf>

2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.271, de 6 junho 2014. 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, nos termos do anexo, e dá outras providências. [citado 2015 fev 23]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2014 jun 9; Seção 1:67.
3. Nota Informativa Nº166/2016 – CGPNI/DEVIT/SVS/MS. Orienta sobre as ações de vacinação a serem implementadas na vigência de surtos de caxumba.
4. Nota Técnica Nº7/2016 – GEVEI/DIVPEP/SVS/SES/GDF. Alerta aos profissionais de Saúde para surtos de Caxumba no Distrito Federal.