



**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:
Priscilleyne Ouverney Reis
(Gerente GEVEI)
Rosa Maria Mossri

Revisão Técnica:

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 32 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 notificados, 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 32 de 2016, compreendendo o período de 03/01 a 13/08.

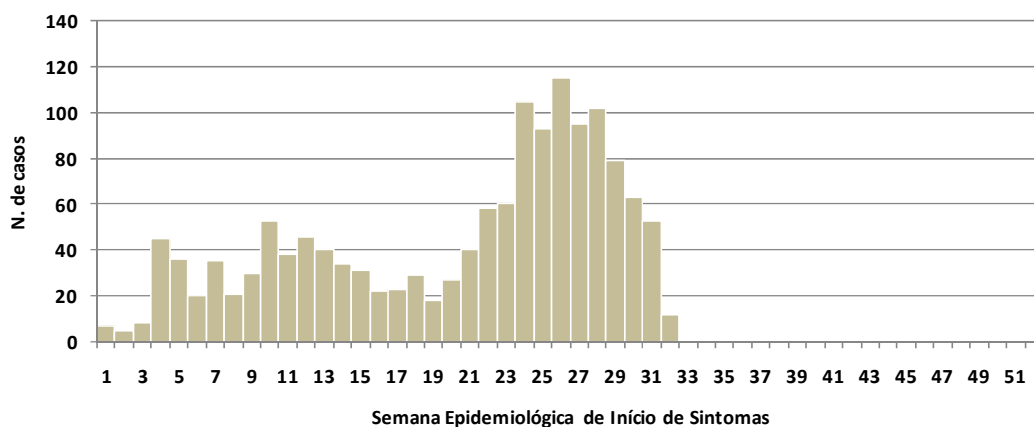
Situação epidemiológica

Até a semana epidemiológica (SE) 32 (até 13/08/2016), foram notificados 1.472 casos de parotidite infecciosa no Distrito Federal (DF), sendo que 1.443 (98%) foram de residentes do DF. Em relação do total de casos notificados até a SE 31 (1.387), houve um aumento de 85 casos no total acumulado de casos notificados no DF.

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 28, pode ser explicado pelo aumento da sensibilidade do sistema de vigilância, e a continua inserção de casos no sistema de informação em uso. A partir da SE 29, verifica-se uma redução no número semanal de notificações, esta pode estar relacionada à intensificação das ações de imunização dos contactantes com atraso vacinal nas situações de surto e as férias escolares.

Figura 1 – Número de casos de Parotidite Infecciosa, segundo semana epidemiológica do início dos sintomas. Distrito Federal, Janeiro a Agosto de 2016.*



* Dados preliminares, até a SE 32/2016.
Fonte: FormSUS, acesso em 17/08/2016.

O sexo masculino mantém a maioria dos casos, 846 (58,6%), 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 46,5% dos casos (669/1.443), 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 (145,4 casos/100 mil hab.).

Tal incidência provavelmente relaciona-se ao incremento das notificações nas semanas epidemiológicas de 24 a 28, de casos procedentes de surtos em instituições de ensino. O risco de parotidite infecciosa na faixa etária de 15 a 19 anos foi, aproximadamente, 24 vezes maior que o

risco de doença na faixa etária de menor incidência (maiores de 50 anos; 6,1 casos para cada 100 mil habitantes).

Em relação à situação vacinal dos casos, 302 (20,9%) tinham vacinação anterior comprovada no cartão de vacina. Deste total, 127 (42,1%) tinham duas ou mais doses de vacina relatada.

Entre os casos notificados, foram registradas 28 complicações distribuídas em 25 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 Agosto de 2016.*

Faixa etária (anos)	Sexo		Total	%	População ^a	Incidência	RR ^b
	Feminino	Masculino					
1 a 4	33	49	82	5,7	167.989	48,8	8,0
5 a 9	57	72	129	9,0	199.738	64,6	10,6
10 a 14	74	83	157	10,9	211.402	74,3	12,2
15 a 19	165	203	368	25,6	253.094	145,4	23,9
20 a 49	247	422	669	46,5	1.527.295	43,8	7,2
Maior de 50 ^c	21	14	35	2,4	575.834	6,1	REF
Total	597	843	1440*	100,0	2.935.352	49,1	

* Dados parciais SE 32/2016 (3 casos sem informação de idade)

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

Fonte: FormSUS, acesso em 17/08/2016.

^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 (426,3/100 mil hab.) e São Sebastião (133,6/100

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 Agosto de 2016.*

Região Administrativa	Número de casos	%	População	Incidência acumulada
SIA	25	1,7	2.810	889,8
Varjão	45	3,1	10.556	426,3
São Sebastião	129	9,0	96.555	133,6
Riacho Fundo	41	2,8	41.486	98,8
Guará	122	8,5	126.175	96,7
Fercal	8	0,6	10.166	78,7
Taguatinga	163	11,3	238.662	68,3
Núcleo Bandeirante	18	1,3	28.688	62,7
Ceilândia	283	19,7	463.254	61,1
Lago Sul	22	1,5	35.940	61,2
Vicente Pires	41	2,8	68.152	60,2
Paranoá	35	2,4	63.080	55,5
Itapoã	29	2,0	50.888	57,0
Samambaia	108	7,5	228.220	47,3
Planaltina	87	6,0	196.251	44,3
Sobradinho	36	2,5	89.687	40,1
Riacho Fundo II	16	1,1	40.999	39,0
Candangolândia	7	0,5	18.493	37,9
Recanto das Emas	47	3,3	142.449	33,0
Brazlândia	18	1,3	66.083	27,2
Asa Sul	27	1,9	103.123	26,2
Lago Norte	10	0,7	38.643	25,9
Gama	39	2,7	156.047	25,0
Park Way	5	0,3	22.770	22,0
SCIA/Estrutural	7	0,5	33.966	20,6
Sobradinho II	16	1,1	83.967	19,1
Santa Maria	24	1,7	134.999	17,8
Águas Claras	13	0,9	118.078	11,0
Cruzeiro	3	0,2	41.176	7,3
Asa Norte	14	1,0	144.018	9,7
Jardim Botânico	1	0,1	23.197	4,3
Sudoeste/Octogonal	1	0,1	58.637	1,71
Distrito Federal	1440[†]	100,0	2.977.216	48,4

* Dados preliminares, até a SE 32/2016.

[†] 3 casos sem informação da RA de residência

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

Fonte: FormSUS, acesso em 17/08/2016

Até a SE 32 de 2016 foram notificados no FormSUS 54 surtos de parotidite infecciosa no Distrito Federal, distribuídos em 13 Regiões

Administrativas. As instituições escolares (Tabela 3) concentram a maioria dos surtos notificados até 13/08/2016 (29/54).

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

RA de ocorrência	Número de surtos	%
Ceilândia	21	38,9
Asa Sul	6	11,1
Taguatinga	3	5,6
Núcleo Bandeirante	3	5,6
Samambaia	3	5,6
Lago Sul	3	5,6
Guará	3	5,6
Gama	3	5,6
Sobradinho	2	3,7
Cruzeiro	2	3,7
São Sebastião	1	1,9
Candangolândia	1	1,9
Riacho Fundo	1	1,9
Total	54	100
Tipo de local de ocorrência	Número de surtos	%
Escola	29	53,7
Residência	16	29,6
Outros	5	9,3
Trabalho	3	5,6
Complexo Penitenciário	1	1,9
Total	54	100

* Dados preliminares, até a SE 32/2016.
Fonte: FormSUS, acesso em 17/08/2016.

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, que a partir da SE 32 será de periodicidade mensal.

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:

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

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/DIVEP/SVS/SES/GDF. Alerta aos profissionais de Saúde para surtos de Caxumba no Distrito Federal.