



**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)

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 28 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

Situação epidemiológica

Até a semana epidemiológica (SE) 28 (até 16/07/2016), foram

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 27 de 2006, compreendendo o período de 03/01 a 09/07.

notificados 1.062 casos de parotidite infecciosa no Distrito Federal (DF),

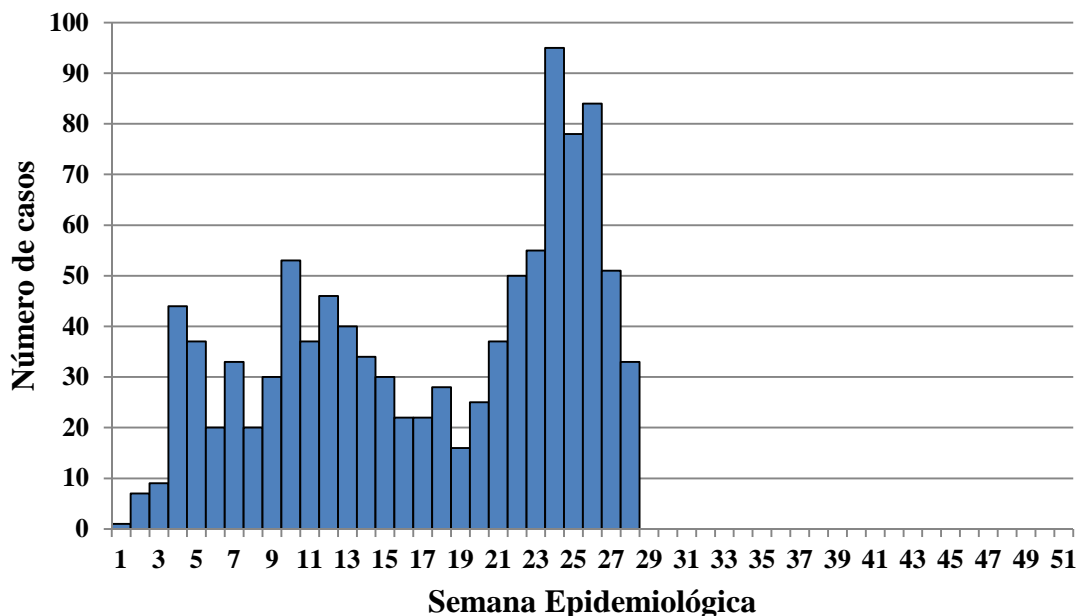
sendo que 1.036 (97,6%) foram de residentes do DF, representando um aumento de 11,7% no total acumulado de casos do DF, em relação à soma de casos até a SE 27 (928), maior do que o aumento acumulado entre as SE 26 e 27 (↑ 10,1%).

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 26, 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 28/2016.
Fonte: FormSUS, acesso em 13/07/2016.

O sexo masculino mantém a maioria dos casos, 628 (60,6%), 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 45,4% dos casos

(470/1036), 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 (110,2 casos/100 mil hab.), maior do que foi a incidência acumulada nesta faixa etária

até as SE 24 (58,1), 25 (75,9) e 26 (92,7) e 27 (100,9).

Este aumento 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 24 vezes maior que o risco de doença na faixa etária de menor incidência (maiores de 50 anos; quatro casos para cada 100 mil habitantes).

Em relação à situação vacinal dos casos, 206 (19,9%) tinham

vacinação anterior comprovada no cartão de vacina. Deste total, 53 (25,7%) doentes tinham uma dose, 123 (59,7%) duas doses e 9 (4,4%) três doses. O grupo de 10 a 19 anos foi o que obteve maior percentual de casos (59,7%; 123/206), seguido do grupo de 20 a 49 anos (26,2%; 54/206) e do de 1 a 9 anos (13,6%; 28/206).

Entre os casos notificados, foram registradas 22 complicações, 19 orquites e duas pancreatites e uma meningoencefalite.

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	21	35	56	5,4	209.853	26,7	5,9
5 a 9	42	54	96	9,3	199.738	48,1	10,6
10 a 14	52	57	109	10,5	211.402	51,6	11,4
15 a 19	126	153	279	26,9	253.094	110,2	24,4
20 a 49	151	319	470	45,4	1.527.295	30,8	6,8
Maior de 50	16	10	26	2,5	575.834	4,5	Ref ^c
Total	408	628	1036	100,0	2.977.216	34,8	

* Dados parciais SE 28/2016 (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 13/07/2016.

^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 889,1 casos por 100 mil habitantes, Varjão (341/100 mil

hab.) e São Sebastião (110,8/100 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	1,3	118.078	11,0
Asa Norte	9	0,9	144.018	6,2
Asa Sul	27	2,6	103.123	26,2
Brazlândia	11	1,1	66.083	16,6
Candangolândia	5	0,5	18.493	27,0
Ceilândia	193	18,6	463.254	41,7
Cruzeiro	3	0,3	41.176	7,3
Fercal	5	0,5	10.166	49,2
Gama	18	1,7	156.047	11,5
Guará	96	9,3	126.175	76,1
Itapoã	13	1,3	50.888	25,5
Jardim Botânico	1	0,1	23.197	4,3
Lago Norte	6	0,6	38.643	15,5
Lago Sul	20	1,9	35.940	55,6
Núcleo Bandeirante	12	1,2	28.688	41,8
Paranoá	14	1,4	63.080	22,2
Park Way	3	0,3	22.770	13,2
Planaltina	54	5,2	196.251	27,5
Recanto das Emas	27	2,6	142.449	19,0
Riacho Fundo	27	2,6	41.486	65,1
Riacho Fundo II	12	1,2	40.999	29,3
Samambaia	81	7,8	228.220	35,5
Santa Maria	14	1,4	134.999	10,4
São Sebastião	107	10,3	96.555	110,8
SCIA	2	0,2	33.966	5,9
SIA	25	2,4	2.810	889,8
Sobradinho	17	1,6	89.687	19,0
Sobradinho II	11	1,1	83.967	13,1
Sudoeste/Octogonal	1	0,1	58.637	1,7
Taguatinga	135	13,0	238.662	56,6
Varjão	36	3,5	10.556	341,0
Vicente Pires	38	3,7	68.152	55,8
Distrito Federal	1036	100,0	2.977.216	34,8

* Dados preliminares, até a SE 28/2016.

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

Fonte: FormSUS, acesso em 16/07/2016

Até a SE 28 de 2016 foram notificados no FormSUS 30 surtos de parotidite no Distrito Federal, distribuídos em onze Regiões

Administrativas, 6 deles na Asa Sul. As instituições escolares (Tabela 3) concentram a maioria dos surtos notificados até 16/07/2016 (19/30)

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	%
Asa Sul	6	20,0
Ceilândia	6	20,0
Cruzeiro	1	3,3
Guará	1	3,3
Lago Sul	4	13,3
Samambaia	3	10,0
São Sebastião	3	10,0
Sobradinho	1	3,3
Taguatinga	3	10,0
Núcleo Bandeirante	1	3,3
Riacho Fundo	1	3,3
Total	30	100
Tipo de local de ocorrência	Número de surtos	%
Complexo Penitenciário	2	6,7
Escola	19	63,3
Outros	5	16,7
Residência	4	13,3
Total	30	100

* Dados preliminares, até a SE 28/2016.
Fonte: FormSUS, acesso em 16/07/2016.

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.

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