



**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
27 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) 27 (até 09/07/2016), 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 960 casos de parotidite infecciosa no Distrito Federal (DF),

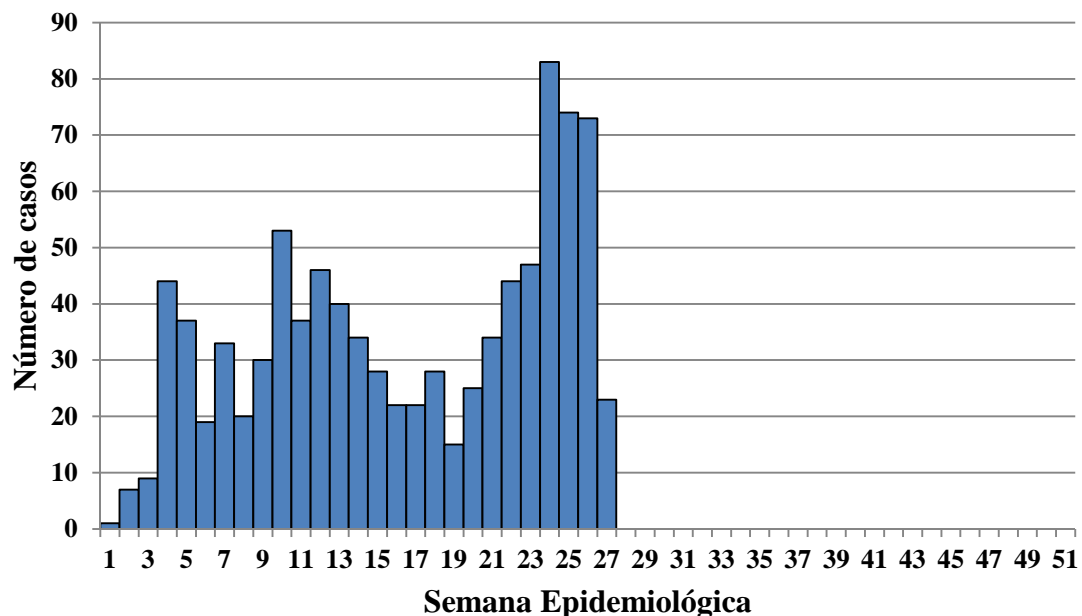
sendo que 928 (96,6%) foram de residentes do DF, representando um aumento de 10,1% no total acumulado de casos, relação à soma de casos até a SE 26 (843), menor do que o aumento acumulado entre as SE 25 e 26 (↑ 14,4%).

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 27/2016.
Fonte: FormSUS, acesso em 09/07/2016.

O sexo masculino mantém a maioria dos casos, 571 (61,5%), 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 49,6% dos casos

(418/928), 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 (100,9 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).

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 25 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, 171 (18,4%) tinham

vacinação anterior comprovada no cartão de vacina. Deste total, 50 (29,2%) doentes tinham uma dose, 115 (67,3%) duas doses e 6 (3,5%) três doses. O grupo de 10 a 19 anos foi o que obteve maior percentual de casos (63,2%; 108/171), seguido do grupo de 20 a 49 anos (22,2%; 38/171) e do de 1 a 9 anos (14,6%; 25/171).

Entre os casos notificados, foram registradas 19 complicações, 17 orquites e duas pancreatites.

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	20	33	53	6,3	208.455	25,4	6,3
5 a 9	36	46	82	9,7	199.154	41,2	10,3
10 a 14	47	50	97	11,5	213.351	45,5	11,4
15 a 19	117	139	256	30,4	253.619	100,9	25,2
20 a 49	124	294	418	49,6	1.494.002	28,0	4,0
Maior de 50	13	9	22	2,6	546.249	4,0	Ref ^c
Total	357	571	928	100,0	2.914.830	31,8	

* Dados parciais SE 27/2016.

^aProjeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade.

Fonte: FormSUS, acesso em 09/07/2016.

^bRisco Relativo

^cFaixa 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 907,1 casos por

100 mil habitantes, Varjão (231/100 mil hab.) e São Sebastião (105,3/100 mil hab.). A incidência do SIA pode estar relacionada ao surto ocorrido

no Centro de Progressão de Pena, de ser RA com a menor população. localizado nesta região, aliado ao fato

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	11	1,2	115.688	9,5
Asa Norte	11	1,2	140.289	7,8
Asa Sul	26	2,8	100.015	26
Brazlândia	7	0,8	64.810	10,8
Candangolândia	4	0,4	18.093	22,1
Ceilândia	177	19,1	454.175	39
Cruzeiro	3	0,3	40.160	7,5
Fercal	4	0,4	9.998	40
Gama	15	1,6	152.600	9,8
Guará	85	9,2	123.040	69,1
Itapoã	13	1,4	50.177	25,9
Jardim Botânico	1	0,1	22.658	4,4
Lago Norte	3	0,3	37.573	8
Lago Sul	20	2,2	34.830	57,4
Núcleo Bandeirante	12	1,3	28.040	42,8
Paranoá	14	1,5	61.898	22,6
Park Way	3	0,3	22.193	13,5
Planaltina	41	4,4	192.637	21,3
Recanto das Emas	25	2,7	139.983	17,9
Riacho Fundo	24	2,6	40.632	59,1
Riacho Fundo II	12	1,3	40.273	29,8
Samambaia	72	7,8	224.021	32,1
Santa Maria	12	1,3	132.547	9,1
São Sebastião	100	10,8	94.949	105,3
SCIA	2	0,2	33.486	6
SIA	25	2,7	2.756	907,1
Sobradinho	15	1,6	87.647	17,1
Sobradinho II	9	1,0	82.300	10,9
Taguatinga	123	13,3	233.005	52,8
Varjão	24	2,6	10.391	231
Vicente Pires	35	3,8	667.636	5,2
Distrito Federal	928	100,0	2.914.830	31,8

* Dados preliminares, até a SE 27/2016.
Fonte: FormSUS, acesso em 09/07/2016

Até a SE 27 de 2016 foram notificados no FormSUS 28 surtos de parotidite no Distrito Federal, distribuídos em nove Regiões

Administrativas, 6 deles na Asa Sul. As instituições escolares (Tabela 3) concentram a maioria dos surtos notificados até 02/07/2016 (18/28)

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	26,1
Ceilândia	6	26,1
Lago Sul	4	17,4
Samambaia	3	13,0
São Sebastião	3	13,0
Sobradinho	1	4,3
Taguatinga	3	13,0
Núcleo Bandeirante	1	4,3
Sobradinho	1	4,3
Total	28	100

Tipo de local de ocorrência	Número de surtos	%
Complexo Penitenciário	2	7,1
Escola	18	64,3
Outros	4	14,3
Residência	4	14,3
Total	28	100

* Dados preliminares, até a SE 27/2016.
 Fonte: FormSUS, acesso em 09/07/2016.

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.