

## BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DOENÇAS EXANTEMÁTICAS(SARAMPO/RUBÉOLA) MATO GROSSO 2017/01

### Introdução

O longo caminho percorrido, que tomou e toma por base o tripé vigilância epidemiológica, vigilância laboratorial e imunização, resulta de um trabalho coletivo, no qual se destaca a importante parceria e corresponsabilização de gestores, equipes das três esferas de governo do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS). Também ao povo brasileiro deve ser creditado o mérito das conquistas, pela confiança e pela resposta positiva às mobilizações voltadas à promoção e prevenção da saúde.

O sarampo é uma doença infectocontagiosa febril, aguda, de transmissão respiratória, sendo ainda, em algumas partes do mundo, uma das principais causas de morbimortalidade entre a população de crianças menores de 5 anos de idade.

A rubéola, doença exantemática aguda, de etiologia viral, apresenta alta transmissibilidade, tem sua importância epidemiológica relacionada à Rubéola Congênita(SRC). A infecção na gravidez acarreta inúmeras complicações causando a morte fetal, defeitos congênitos relacionados à SRC como problemas visuais, auditivos, cardiopatias, e outros como: autismo, diabetes, alterações da tireóide .

Até o final da década de 1980, a magnitude da rubéola era desconhecida no Brasil, mas com a realização de estudos sobre a prevalência de anticorpos contra a rubéola em alguns grupos populacionais, foi possível orientar a definição e a implementação de estratégias de vacinação contra a doença.

Em 2003, os países estabeleceram coletivamente o objetivo de eliminar a transmissão endêmica da rubéola para o ano 2010, através da implementação de estratégias de vigilância epidemiológica, laboratorial e de vacinação recomendadas pela Organização Panamericana de Saúde(OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS).

Os últimos casos de rubéola endêmica e da SRC foram notificados nas Américas, no Brasil e no Estado em 2009.

Para manter a eliminação destas doenças, a OPAS/OMS e o Comitê Internacional de Experts para a Eliminação do Sarampo e da Rubéola recomendam que todos os países das Américas fortaleçam a vigilância ativa e mantenham alta imunidade da população através das estratégias de vacinação.

### Situação do Sarampo

Entre as semanas epidemiológicas (SE) 1- 17/ 2017 foram notificados 84 casos confirmados em apenas três países da Região das Américas: Argentina (2 casos), Canadá (39 casos) e nos Estados Unidos (43 casos). Todos os casos confirmados em 2016 e 2017 foram importados de outras regiões do mundo, relacionados a importação e a fonte de infecção desconhecida. As principais características dos casos confirmados nas Américas: quanto a Situação vacinal: 47% (37 casos) eram vacinados, 40% (31 casos) não vacinados e 12% (10 casos) se desconhecia a história de vacinação. Em 6 casos não havia a informação sobre o antecedente de vacinação. Quanto a faixa etária: 49% (37 casos) eram adolescentes e adultos jovens entre 15 e 39 anos de idade, destes 76 casos que tinham a informação disponível sobre a idade. Quanto ao sexo: 59% (43 casos) eram do sexo masculino, dos 73 casos com informação disponível sobre o sexo. Quanto a fonte de infecção: 57% (26 casos) procediam da Índia, dos 46 casos com fonte provável de infecção disponível.

Os genótipos que foram identificados são: D8 na Argentina, B3 e D8 no Canadá e D8, B3 e H1 nos Estados Unidos.

Desde janeiro/2016 a 1 de maio/2017, um total de **7.847 casos de sarampo** foram notificados por **37 países de Europa**; 34% destes casos foram notificados em 2017. A maioria dos casos notificados pela Romênia (2.432casos) e Itália (1.549 casos). As principais características dos surtos registrados na Europa 2016/2017: Quanto a vacinação: 87% eram não vacinados, de 4.646 casos com informação disponível sobre o antecedente de vacinação. 25 óbitos foram registrados em quatro países europeus; em Portugal(1), Romênia (22), Reino Unido(1) e na Suíça (1, 2).

Países de outros continentes (China, Etiópia, Índia, Indonésia, Laos, Mongólia, Filipinas, Nigéria, Sri Lanka, Sudão, Vietnam, Tailândia, entre outros) também notificaram surtos de sarampo entre 2016 e 2017.(OPAS – Alerta Epidemiológico- maio 2017)

Sendo as Américas a primeira Região declarada por um Comitê Internacional de Experts (CIE) (3,4) como livre dos vírus da rubéola e sarampo em 2015/ 2016. Respectivamente, é fundamental continuar com os esforços para sustentabilidade da Eliminação.

## Situação Epidemiológica do Sarampo e Rubéola em Mato Grosso.

**Figura 01-** Casos Notificados de Doenças Exantemáticas ( SAR/RUB ), Classificação Laboratorial, Descartados e Classificados como Sarampo e Rubéola – Mato Grosso,2007-2017\*.

SINAN NET/ANOS	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total	%
Nº Casos Notificados SARUB	352	328	224	102	61	47	48	50	95	8	17	1332	100
Nº Casos Classif por Lab	286	289	172	85	57	39	42	40	65	6	12	1093	82
Nº Casos Desc Por Lab	193	192	170	85	55	38	42	40	63	6	11	895	67
Nº Casos Classificados SAR/RUB	102	97	3	0	1	1	0	0	2	0	1	207	16

Fonte: SINAN NET/GEVED/COVEP/SVS/SES-MT. \*Até 21/08/2017

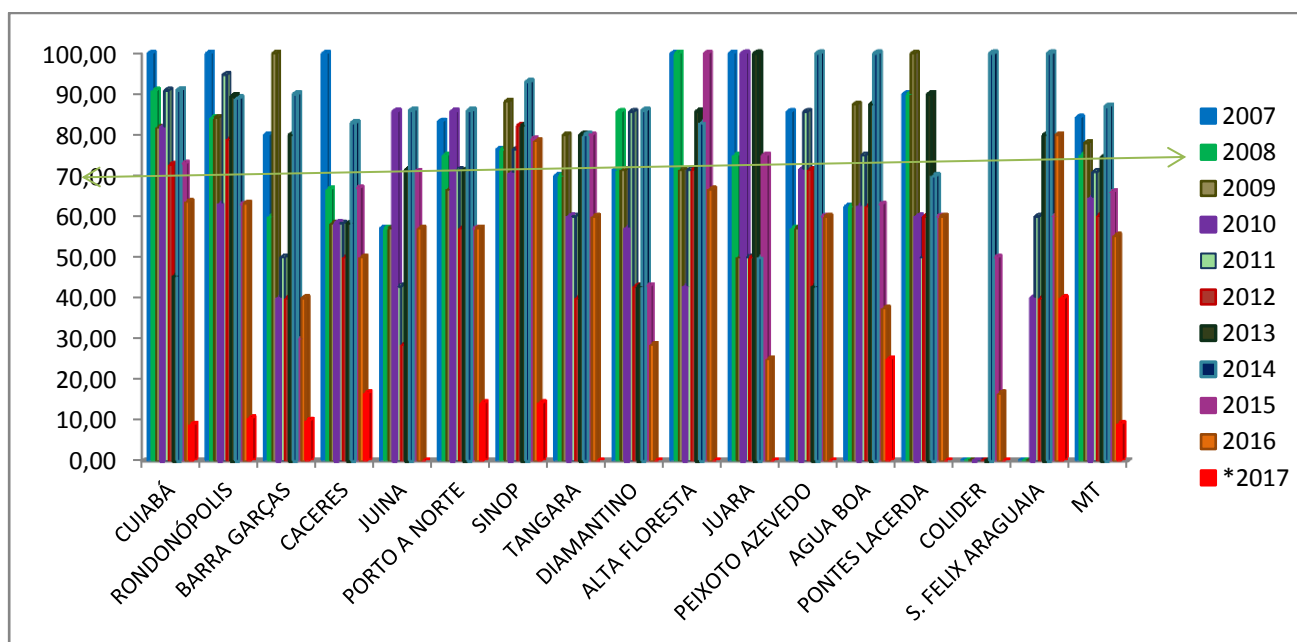
Neste período entre 2007 a 2017 houve um decréscimo na notificação de casos suspeitos, com uma taxa bem inferior observada em 2016 (0,0003) quando este indicador deveria ser no mínimo de 2/100.000habitantes, assim estamos com uma diminuição da sensibilidade para detecção dos casos suspeitos em Mato Grosso. Entre 2013 a 2015 houve grandes surtos de sarampo localizado na região Nordeste do país, assim como a introdução em 2015 da Febre pelo vírus zika, doença que apresenta exantema, que pode apresentar febre e conjuntivite com grande índice no Estado em 2016. O Estado tem como desafio cumprir com a meta do indicador de 2 casos/100.000habitantes. Como medida, a Busca Ativa de Casos e a Notificação Semanal Oportuna pelos profissionais nas mais diversas unidades de atendimento da saúde, tanto pública quanto particular é primordial.

Observa-se ainda a inconsistência na classificação dos casos em 2011, 2012, 2015, 2017 com casos encerrados no SINAN NET como sarampo e rubéola confirmados, uma vez que os exames laboratoriais foram negativos para estas doenças. A recomendação de notificação/investigação de todos casos suspeitos com coleta de amostra para sorologia em 100% dos casos tem que ser realizada, assim como a qualidade na investigação e medidas de controle como a Vacinação de Bloqueio que neste período foi registrado: 30% realizaram vacinação nos contatos suscetíveis, 20% não realizaram porque os contatos estavam vacinados, 34% não realizaram, 14% Ignorado e 2% sem história de contato; ineficiente estes resultados para este momento epidemiológico pós eliminação do sarampo e a rubéola, onde possíveis casos importados terão que ser bloqueados através da vacinação dos contatos suscetíveis.

A história dos surtos de Sarampo recente no país, nos deixam a lição de que enquanto em outros países da Europa, África, Ásia e mesmo na Região das Américas enfrentam surtos constantes com a rápida circulação de viajantes, turistas, não se pode deixar de vigiar e vacinar, ou vacinar e vigiar.

Os desafios que o Estado e Municípios enfrentam para vacinar os grupos de risco: profissionais de saúde e da área de turismo (motoristas de táxi, funcionários de hotéis e restaurantes), deve ser superado. Como também a vacinação de bloqueio frente a cada caso suspeito. Notificar e Investigar todo caso suspeito com conclusão de 100% dos casos por critério laboratorial deve sempre fazer parte das estratégias priorizadas, para uma vigilância contínua e aprimorada.

**Figura 02-** Homogeneidade da Vacina Tríplice Viral em crianças de 1 ano, por Regionais, Mato Grosso- 2007 a 2017\*.



Fonte: Si API/GEIMUP/COVEP/SVS/SES-MT. 2017\* Até 06/06/2017.

As diversas estratégias de vacinação que fazem parte de um Plano de Eliminação para ser bem sucedidas, devem ser monitoradas, analisadas e conforme os resultados ampliadas e redirecionadas para atingir a meta. No hanking da homogeneidade no período de 2007 a 2017, considerando o histórico de homogeneidade no sistema SI-API onde 2007 a 2009 constava com 14 regionais, 2010 a 2013 com 15 regionais, 2014 a 2017 com 16 regionais; observamos: 2007- 12 regionais (85.7%) atingiram homogeneidade (Exceto a regional de Água Boa e Juína); 2008- 09 regionais (64.2%) atingiram a homogeneidade e 2009 (Exceto as Regionais de Água Boa, Barra do Garças, Cáceres, Juína, Peixoto de Azevedo em 2008); (Exceto as Regionais de Cáceres, Juína, Porto Alegre do Norte, Juara e Peixoto de Azevedo em 2009); 2010- 06 regionais (40%) atingiram homogeneidade (Exceto Água Boa, Alta Floresta, Barra do Garças, Cáceres, Diamantino, Juara, Pontes Lacerda, Rondonópolis e Tangará da Serra) ; 2011- 08 regionais (53.3%) atingiram homogeneidade (Exceto Barra do Garças, Cáceres, Juína, Juara, Pontes Lacerda, São Felix do Araguaia) 2012- 05 regionais (33.3%) atingiram homogeneidade (Exceto Água Boa, Barra do Garças, Cáceres, Diamantino, Juara, Juína, Pontes Lacerda, Porto Alegre do Norte, São Félix do Araguaia, Tangará da Serra) ; 2013- 12 regionais (80%) atingiram homogeneidade (Exceto Cuiabá, Diamantino e Peixoto de Azevedo); 2014- 15 regionais (93.7%) atingiram homogeneidade (Exceto Juara); 2015- 06 regionais (37.5%) atingiram homogeneidade (Exceto Água Boa, Barra do Garças, Cáceres, Colíder, Diamantino, Peixoto de Azevedo, Pontes Lacerda, Porto Alegre do Norte, Rondonópolis, São Félix do Araguaia e apenas 01 regional (6.2%) Sinop atingiu a homogeneidade em 2016. Em 2017 não há regional com homogeneidade.

**Figura 03-** Homogeneidade da Tríplice Viral em Crianças de 1 ano, Mato Grosso- 2007 a 2017\*

MT/ANO	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	*2017
<b>HOM</b>	<b>84,30</b>	<b>75,10</b>	<b>78,00</b>	<b>64,50</b>	<b>70,92</b>	<b>60,28</b>	74,46	87,00	<b>66,00</b>	<b>55,32</b>	<b>9,22</b>

Fonte: SI API/GEIMUP/COVEP/SVS/SES-MT

Considerando a homogeneidade de 70% esperada para o Estado onde representa que

30% dos municípios aceita-se estarem com coberturas menores de 95% e que isto representa um maior acúmulo de suscetíveis que nesta faixa de idade encontra-se com um resultado de 374% ao longo deste período entre 2007 – 2017. É uma grande fragilidade pois, temos este alto risco para desencadear novos surtos de sarampo e rubéola.

Dentre os obstáculos à eliminação do sarampo nas Américas destacam-se:

- Crescente aumento de adolescentes e crianças suscetíveis ao sarampo, devido às coberturas vacinais heterogêneas.
- A circulação do vírus em várias partes do mundo.
- A importação de casos de sarampo e consequente propagação viral.

A principal medida para evitar a reintrodução e disseminação destes vírus é a vacinação da população suscetível, junto com um sistema de vigilância de alta qualidade e suficientemente sensível para detectar oportunamente todo caso suspeito de sarampo ou rubéola.



Boletim Epidemiológico das Doenças Exantemáticas–Nº01/2017

Vigilância Epidemiológica SES/MT:

Equipe técnica de Controle das Doenças Exantemáticas

Maria Ilma Castilho

Selma Auxiliadora de Oliveira Marques

Redação e Correção:

Selma Auxiliadora de Oliveira Marques

Cleiri Meneses Oliveira Garcia

Gerente de Vigilância Doenças e Agravos Endêmicos:

Alba Valeria de Melo

Coordenadora de Vigilância Epidemiológica:

Alessandra Cristina F. de Moraes

Superintendente de Vigilância em Saúde

Maria de Lourdes Girardi

Referências Bibliográficas:

OPAS –Nota Informativa abril 2015 Hoja informativa 2015: [Eliminación de la rubéola y el síndrome de la rubéola congénita en las Américas.](#)

OPAS – Alerta Epidemiológico maio 2017: surto de sarampo em países da Europa.



LIVRO\_RELATORIO RUBEOLA\_2010\_116pgs.indd 42 Relatório da verificação dos critérios de eliminação da transmissão dos vírus endêmicos do sarampo e rubéola e da síndrome da rubéola congênita (SRC) no Brasil.

Brasil.Ministério da Saúde.Secretaria de Vigilância em Saúde.Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis.Plano de Contingência para Resposta às Emergências de Saúde Pública: sarampo[recurso eletronico]/Ministério da Saúde.