



NOTA TÉCNICA N° 009 DIVE/SUV/SES/2020

Assunto: *Intensificação das ações de vigilância epidemiológica da Rubéola e Síndrome de Rubéola Congênita.*

A rubéola é uma doença exantemática aguda, de natureza viral, que apresenta alta contagiosidade. A infecção ocorre através da via respiratória, sendo as secreções nasofaríngeas a principal fonte de contágio. A transmissão indireta, mesmo sendo pouco frequente, ocorre mediante contato com objetos contaminados com secreções nasofaríngeas, sangue e urina. A importância epidemiológica da doença está representada pela possibilidade de ocorrência da Síndrome da Rubéola Congênita, quando a infecção ocorre durante a gestação caracterizada pelo risco de aborto, natimorto e malformações congênitas (surdez, malformações cardíacas, lesões oculares e outras).

Até o final da década de 80 era desconhecida a verdadeira magnitude do problema da rubéola nas Américas. A partir de 1992, com a implementação do Plano de Eliminação do Sarampo, simultaneamente foram fortalecidas as ações de vigilância da rubéola impulsionada pela implantação de vacinas, realização de campanhas nacionais e aprimoramento da vigilância laboratorial. No Brasil, os últimos casos de rubéola foram confirmados em 2008, sendo que o último caso importado no país foi confirmado em 2014 em indivíduo oriundo das Filipinas. Em Santa Catarina, os últimos casos também foram registrados em 2008, quando foram confirmados 90 casos.

Como resultado das ações integradas de vigilância epidemiológica, vigilância laboratorial e do Programa Nacional de Imunização, em abril de 2015, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) declarou a região das Américas livre da rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita (SRC). No entanto, a rubéola continua endêmica em outras regiões do mundo e os países das Américas esporadicamente relatam casos importados.

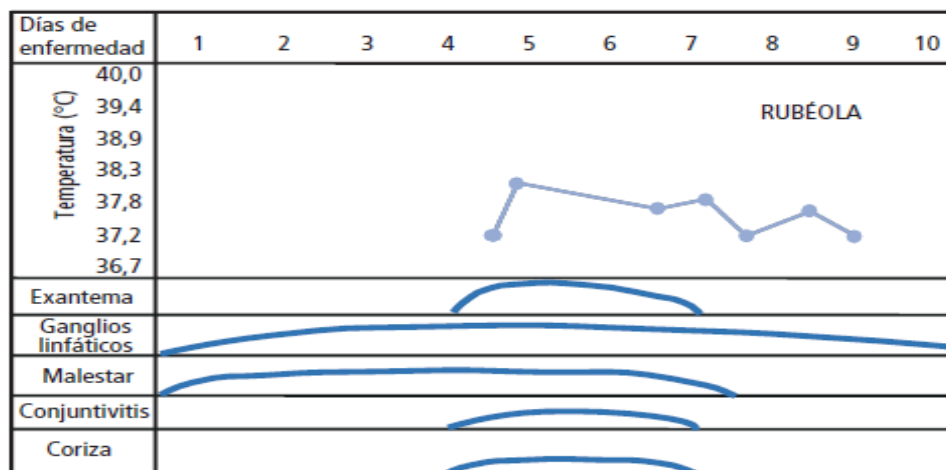
Frente à situação epidemiológica da rubéola no mundo e, devido a intensa relação comercial e turística com países que mantem circulação viral, a Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE/SC), da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, orienta a manutenção das ações de vigilância epidemiológica da rubéola e Síndrome da Rubéola Congênita.

1. Definição de caso suspeito de rubéola

Todo paciente que apresentar febre e exantema maculopapular, **acompanhado de linfadenopatia retroauricular e/ou occipital e/ou cervical**, independente da idade e da situação vacinal; ou

Todo indivíduo suspeito com história de viagem para locais com circulação do vírus da rubéola, nos últimos 30 dias, ou de contato, no mesmo período, com alguém que viajou para local com circulação viral.

Sinais e sintomas de rubéola



2. Caso confirmado de rubéola

Todo caso suspeito que tem resultados laboratoriais positivos ou vínculo epidemiológico com casos confirmados laboratorialmente.

3. Definição de surto

Desde a eliminação da circulação de vírus no país, no ano 2009, basta **um** único caso de rubéola confirmado pelo critério laboratorial para ser considerado surto no Brasil, independente do local ou período de ocorrência. Os casos IgM reagentes e com soroconversão de IgG em soros pareados, processados no Lacen/SC/Fiocruz RJ, sem associação temporal com vacina e/ou reação cruzada com outras exantemáticas, devem ser tratados como surto.

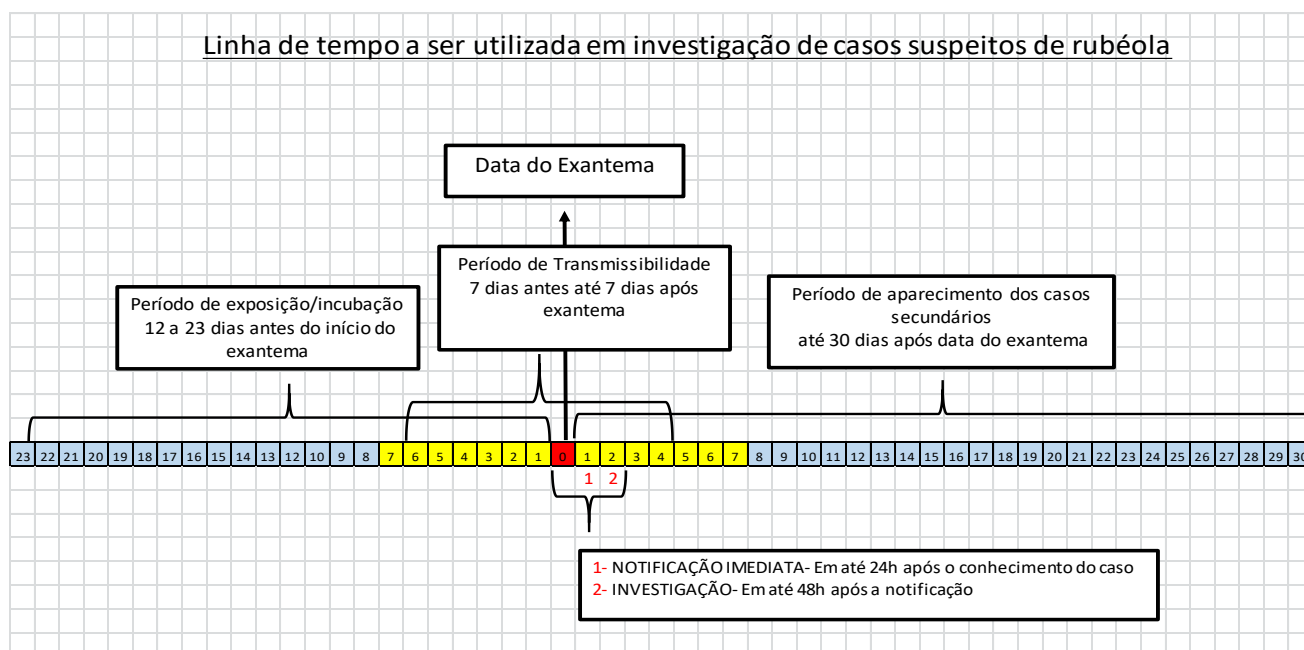
A ocorrência de surto de rubéola é considerada uma situação de emergência epidemiológica devido a real possibilidade da ocorrência da Síndrome da Rubéola Congênita.

O surto só será considerado encerrado quando não houver novos casos após **90** dias da data do exantema do último caso confirmado. Isto é, **12** semanas consecutivas sem casos confirmados.

4. Condutas obrigatórias a serem desencadeadas frente a casos suspeitos de rubéola

- Proceder a notificação imediata à Vigilância Epidemiológica Municipal;
- Realizar investigação do caso em até 48 horas após a notificação;
- Proceder a coleta (ou resgate de alíquotas) de espécimes clínicos para a realização do diagnóstico laboratorial;

- Orientar isolamento social: deve ser reforçada a orientação para que o paciente com sinais e sintomas de rubéola fique em casa até o final do período de transmissibilidade da doença (até sete dias após o início do exantema);
- Adotar medidas de controle (bloqueio vacinal e sua ampliação/operação varredura caso seja indicado).
- **Elaborar linha do tempo para estratégias de controle** considerando sempre o primeiro dia do exantema:



4.1 Conceitos relacionados à linha do tempo

- **Período provável da infecção/incubação:** investigar locais frequentados até 23 dias antes do aparecimento do exantema;
- **Período de transmissibilidade:** 7 dias antes e 7 dias após o início do exantem. Esse período é a base para identificação dos casos secundários no momento e para o seguimento dos contatos;
- **Aparecimento de casos secundários:** monitorar até 30 dias para identificar casos secundários. São considerados casos secundários os casos confirmados que tiverem contato direto com o caso positivo;
- **Seguimento dos contatos:** durante o período de 30 dias, todos os contatos que apresentarem sinais e sintomas compatíveis com o sarampo devem ser avaliados, notificados e investigados imediatamente;
- **Busca ativa retrospectiva:** busca de casos suspeitos não notificados nos últimos 30 dias, a partir do primeiro caso confirmado, nos locais de convivência, trabalho, escola, unidades de saúde, igreja etc. Em unidades de saúde públicas e privadas avaliar prontuários médicos e fichas de atendimento, procurar por registros de **Febre e Exantema** e investigar se enquadram na definição de caso suspeito.

5. Investigação laboratorial

Todos os casos suspeitos de rubéola devem ser classificados pelo critério laboratorial e ter amostras sorológicas encaminhadas ao Lacen/SC. Além da amostra para sorologia, devem ser coletadas também espécimes clínicas (urina, swab oro e nasofaringe). Para a realização de PCR/Isolamento viral coletar até o 7º dia de exantema.

- Para os casos com resultado IgM reagente ou inconclusivos ou quando a análise dos resultados laboratoriais indicar a necessidade de nova amostra, a coleta deve ocorrer com intervalo mínimo de 15 dias entre a 1ª e a 2ª amostra;
- Os **contatos** do caso confirmado e que também se enquadrem na **definição de caso suspeito** devem ter amostras enviadas ao Lacen/SC conforme rotina de vigilância;

6. Diagnóstico diferencial

O diagnóstico diferencial da rubéola deve ser realizado para doenças exantemáticas febris agudas dentre as quais: sarampo, exantema súbito (roséola infantum); dengue; enterovirus (coxackioses e echoviroses); eritema infeccioso (parvovírus B19); para auxílio no diagnóstico acessar link abaixo:

<https://www.dive.sc.gov.br/phocadownload/doencas-agrivos/Rub%C3%A9ola/Publica%C3%A7%C3%B5es/1%20-%20Manual%20de%20diagn%C3%B3stico%20diferencial%20das%20doen%C3%A7as%20exantem%C3%A1ticas%20febris.pdf>

7. Tratamento

Não existe tratamento específico para a infecção por rubéola, apenas sinais e sintomas são tratados.

8. Medidas de Prevenção e Controle

8.1 Bloqueio Vacinal

Deve ser realizado no prazo de 72 horas após a notificação do caso, a fim de eliminar a cadeia de transmissão e eliminar suscetíveis. Esta atividade é decisiva em surtos de sarampo e rubéola:

- A realização do bloqueio vacinal independe de resultado laboratorial;
- O bloqueio deve ser realizado em todos os locais que o caso frequentou, abrangendo contactantes do mesmo domicílio do caso suspeito, vizinhos próximos, creches, escolas, faculdades, academias, dentre outros (considerar até 7 dias antes e até 7 dias após o aparecimento do exantema). Devem ser vacinados todos os indivíduos que não têm histórico de vacina e/ou comprovante vacinal;
- Contatos a partir de 6 meses até 11 meses e 29 dias: administrar uma dose de VT. Esta dose não é válida para a rotina, deve-se agendar a dose de rotina para os 12 meses de idade ou, caso a criança tenha recebido a dose de bloqueio com mais de 11 meses de idade, agendar a dose da rotina para 30 dias após;
- Contatos a partir de 12 meses até 14 anos: seguir o preconizado no calendário vacinal. A partir de 15 anos de idade, TODOS os contatos de caso suspeito e/ou confirmado devem ser vacinados independente do histórico vacinal (Ofício Circular nº 12/2020 Florianópolis, 17 de março de 2020);
- Àquelas pessoas que receberam a vacina tríplice viral em menos de 30 dias não precisam receber a dose de bloqueio (Ofício Circular nº 12/2020 Florianópolis, 17 de março de 2020);
- Não sendo possível realizar todo o bloqueio em até 72 horas, as ações de vacinação devem ser mantidas até que todos os contatos tenham sido avaliados e vacinados conforme a situação encontrada;
- Não devem ser vacinadas pessoas imunocomprometidas, crianças menores de seis meses de idade, gestantes e o caso suspeito;
- As mulheres em idade fértil vacinadas deverão evitar a gravidez por pelo menos um mês após a vacinação.

8.2 Operação Varredura

É realizada quando ainda há ocorrência da doença mesmo após a implementação de outras ações de vacinação. Esta ação é a ampliação do bloqueio vacinal, por meio de uma ação de varredura ou operação limpeza, que consiste na busca exaustiva de todos os suscetíveis, mediante vacinação casa a casa, incluindo os domicílios e os estabelecimentos coletivos (escolas, orfanatos, etc). Deve-se realizar vacinação de acordo com a situação encontrada.

9. Síndrome da Rubéola Congênita (SRC)

Os últimos casos autóctones de rubéola foram registrados no Brasil em 2008, casos de Síndrome de Rubéola Congênita foram registrados em 2009, cujas mães se infectaram durante o surto de rubéola no país em 2008.

Em Santa Catarina, os últimos casos confirmados de SRC ocorreram em 2001. O vírus da rubéola é transmitido ao feto por via transplacentária, principalmente, por ocasião

da infecção da placenta e feto logo após a viremia materna. Sendo os principais sinais e sintomas da infecção: o aborto espontâneo, malformação congênita de grandes órgãos e sistemas que ocorre de forma isolada ou conjunta entre os quais catarata, glaucoma congênito, surdez etc.

9.1 Período de transmissibilidade

Recém-nascidos com SRC podem excretar o vírus da rubéola nas secreções nasofaríngeas, sangue, urina e fezes por longos períodos. O vírus pode ser encontrado em 80% das crianças no 1º mês de vida; 62% do 1º ao 4º mês; 33% do 5º ao 8º mês; 11% entre 9 e 12 meses; e 3% no 2º ano de vida.

9.2 Definição de caso suspeito de Síndrome de Rubéola Congênita (SRC)

Recém-nascido cuja mãe foi caso suspeito ou confirmado de rubéola durante a gestação, ou criança de até 12 meses que apresente sinais clínicos compatíveis com infecção congênita pelo vírus independente da história materna.

9.3 Definição de caso confirmado de Síndrome de Rubéola Congênita (SRC)

São critérios de confirmação para a Síndrome de Rubéola Congênita (SRC):

- Aborto ou perda fetal devido à infecção pelo vírus da rubéola: caso de abortamento ou de natimorto resultante de gestação durante a qual se comprovou a ocorrência de rubéola materna, independentemente de confirmação de afecção no feto;
- Infecção congênita pelo vírus da rubéola (IRC): caso suspeito que apresentar evidência laboratorial de infecção congênita pelo vírus da rubéola, sem nenhuma manifestação clínica compatível com SRC.

9.4 Diagnóstico laboratorial

Os exames laboratoriais são imprescindíveis para o estabelecimento do diagnóstico definitivo. Todo o material coletado deverá ser encaminhado ao Lacen/SC o mais brevemente possível. Necessário lembrar que:

- O feto infectado produz anticorpos específicos IgM e IgG para rubéola, antes mesmo do nascimento;
- A presença de anticorpos IgM específicos para rubéola, no sangue do recém-nascido, é evidência de infecção congênita, uma vez que os anticorpos IgM maternos não ultrapassam a barreira placentária;
- Os anticorpos IgM podem ser detectados em 100% das crianças com SRC até o 5º mês de vida, em 60% de 6 a 12 meses, e em 40% de 12 a 18 meses. Raramente são detectados após o 18º mês;

- Se a sorologia for IgM reagente, recomenda-se a coleta imediata de espécime clínico (swab orofaríngeo, nasofaríngeo e urina), para identificação do genótipo do vírus.

Confirmação e descarte de casos suspeitos de síndrome da rubéola congênita (SRC) pelo critério laboratorial.

Período da coleta	Pesquisa	Resultado	Conduta
Logo após o nascimento ou na suspeita de Síndrome Rubéola Congênita	IgM	Positivo	Confirmar o caso /coletar swab nasofaríngeo e urina para isolamento viral-PCR
		Negativo	Realizar pesquisa IgG
	IgG	Positivo	*Coletar 2ª amostra após 6 meses de idade
		Negativo	Descartar o caso
*Após 6 meses de idade (2ª amostra)	IgG	Se o IgG mantiver o título anterior ou for maior	Confirmar o caso
		Se houver queda acentuada do título IgG comparada com o anterior	Descartar o caso

Fonte: Brasil/MS/SVS; Guia de Vigilância em Saúde.
Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

Obs.: Em casos confirmados, deve-se coletar espécimes clínicos (swab de orofaringe e nasofaringe e urina) a cada 3 meses, a partir dos 6 meses de vida, para acompanhamento da excreção viral. A excreção viral é considerada encerrada ao se verificar a não detecção de vírus em duas amostras consecutivas coletadas a cada 3 meses a partir dos 6 meses de vida.

Orientações quanto ao diagnóstico laboratorial de SRC vide guia de vigilância em saúde no link:

<https://www.dive.sc.gov.br/phocadownload/guia-vigilancia/2022/GV5-5edicao-04-05-2022.pdf>

9.5 Tratamento

Não existe tratamento antiviral efetivo. Os cuidados devem ser direcionados às malformações congênitas e deficiências observadas. Quanto mais precoces forem a detecção e a intervenção, seja clínica, cirúrgica ou reabilitadora, melhor será o prognóstico da criança.

9.6 Medidas de Prevenção e Controle

9.6.1 Bloqueio Vacinal em casos de Síndrome de Rubéola Congênita (SRC)

A medida de controle, quando da detecção de um caso de SRC ou de Infecção Congênita pelo vírus da Rubéola (ICR), é a vacinação de bloqueio, que deve ocorrer na unidade de saúde onde o caso foi atendido, no domicílio e na creche, caso a criança venha a frequentar este tipo de estabelecimento. Esta recomendação se faz pertinente em virtude de o vírus poder ser excretado pelas secreções nasofaríngeas e pela urina até 2 anos de idade.

O bloqueio vacinal **deve ser realizado** em:

- Contatos a partir de 6 meses até 11 meses e 29 dias: administrar uma dose de VTV. Esta dose não é válida para a rotina, deve-se agendar a dose de rotina para os 12 meses de idade ou, caso a criança tenha recebido a dose de bloqueio com mais de 11 meses de idade, agendar a dose da rotina para 30 dias após;
- Contatos a partir de 12 meses até 14 anos: seguir o preconizado no calendário vacinal, a partir de 15 anos de idade TODOS os contatos de caso suspeito e ou confirmado devem ser vacinados independente do histórico vacinal (Ofício Circular nº 12/2020 Florianópolis, 17 de março de 2020);
- Àquelas pessoas que receberam a vacina tríplice viral em menos de 30 dias não precisam receber a dose de bloqueio (Ofício Circular nº 12/2020 Florianópolis, 17 de março de 2020);
- Não devem ser vacinadas pessoas imunocomprometidas, crianças menores de seis meses de idade, gestantes e o caso suspeito;
- As mulheres em idade fértil vacinadas deverão evitar a gravidez por, pelo menos, um mês após a vacinação.

9.6.2 Operação Varredura

É realizada quando ainda há ocorrência da doença mesmo após a implementação de outras ações de vacinação. Esta ação é a ampliação do bloqueio vacinal, por meio de uma ação de varredura ou operação limpeza, que consiste na busca exaustiva de todos os suscetíveis, mediante vacinação casa a casa, incluindo os domicílios e os estabelecimentos coletivos (escolas, orfanatos, etc). Deve-se realizar vacinação de acordo com a situação encontrada.

10. Comunicação em situações de surto de rubéola e rubéola congênita

- Definir em cada município o interlocutor com os veículos de comunicação (recomendado que apenas uma pessoa dê informações à imprensa);

- Divulgar semanalmente boletim com atualização de casos, com dados de tempo, pessoa e lugar;
- Monitorar as redes sociais para esclarecer informações equivocadas;
- Promover ações de comunicação com ênfase nas medidas de prevenção e controle da doença (estimular a vacinação).

11. Diagnóstico diferencial da Síndrome da Rubéola Congênita (SRC)

Principal manifestação clínica das patologias congênicas ou que ocorrem após o nascimento

Patologia/Patógeno	Feto	Recém-nascido	Malformação	Sequela
Rubéola	Aborto	Baixo peso, hepatoesplenomegalia, osteíte, púrpura.	Cardiopatía, microcefalia, catarata	Surdez, retardomental, diabete, autismo, cegueira, degeneração do SNC
Citomegalovirus	-	Anemia, trombocitopenia, icterícia, encefalite hepatoesplenomegalia	Microcefalia, microftalmia e retinopatia	Surdez, retardo psicomotor Calcificação cerebral.
Varicela -zoster	-	Baixo peso, corioretinite, varicela congênita ou neonatal, encefalite	Hipoplasia de membros, atrofia cortical, cicatrizes	Evolução fatal por infecção secundária
Picornovirus; Coxsackievirus, Echovirus	Aborto	Doença febril leve, exantema, doença sistêmica grave, enterite	Possível cardiopatía, miocardite	Déficit neurológico
Herpes simples	Aborto	Doença sistêmica grave, lesões vesiculosas, retinopatia	Microcefalia, retinopatia calcificações cerebrais	Déficit motor
Vírus do HIV	-	AIDS	-	AIDS
Vírus da hepatite B	-	HbsAg assintomático, baixo peso, hepatite aguda	-	Hepatite crônica, HbsAg+persistente
Parvovirus B19	Natimorto Hidropsia	Natimorto	-	-
Toxoplasma gondii	Aborto	Baixo peso, hepatoesplenomegalia, icterícia, anemia	Hidrocefalia, microcefalia	Corioretinite, retardo mental
Treponema pallidum	Natimorto, hidropsia fetal	Lesões de pele, rinite, hepatoesplenomegalia, icterícia, anemia	-	Ceratite intersticial, bossa frontal, tibia em sabre, dentes de Hutchinson
Malária	aborto	Hepatoesplenomegalia, icterícia, anemia, vômitos	-	-

Trypanosoma cruzi(chagas)	Aborto	Baixo peso, icterícia, anemia petéquias, cardiopatias, hepatoesplenomegalia, encefalite	Catarata	Miocardite, acalasia
*Zika	Aborto, óbito fetal. Polidrâmio	Microcefalia, dismorfias faciais, musculoesqueléticas	Microcefalia	Alterações neurosensoriais, físicas, funcionais

Fonte: Gotoft/SP-Infections of newborn. In: berman RE Kliegman RM: Nelson Textbook of Pediatrics, WB Saunders CO Philadelphia. 1992, 14th 496

*<https://www.dive.sc.gov.br/phocadownload/doencas-agrivos/Microcefalia/orientacoes%20integradas.pdf>

12. Referências

- (1) Brasil/MS/SVS; Guia de Vigilância em Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf
- (2) Brasil, MS. Nota Informativa nº 384, de 2016/CGPNI/DEVIT/SVS/MS. Informa as mudanças no Calendário Nacional de Vacinação para o ano de 2017; 26 de Dezembro de 2016.
- (3) Brasil, MS. Nota Informativa nº 119/2018, de 2016/CGPNI/DEVIT/SVS/MS. Orienta as ações de vigilância epidemiológica, laboratorial e de imunizações na vigência de surto de sarampo.
- (4) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância
- (5) Brasil, Nota Técnica Sarampo. Coordenadoria de Promoção e saúde/Núcleo de Vigilância epidemiológica/SESA/CE; 17/01/2014
- (6) Brasil, MS. NOTA INFORMATIVA Nº 2/2020-SAES/GAB/SAES/MS
- (7) Paraná. Secretaria de estado da saúde do Paraná. Centro de epidemiologia. Guia rápido de manejo epidemiológico das doenças imunopreveníveis. – Curitiba: sesa/svs/ceva, 2015

Florianópolis, 10 de novembro 2020.

**Gerência de Vigilância de Doenças Imunopreveníveis, Imunização e DTHA
GEVIM/DIVE/SUV/SES/SC**

**Diretoria de Vigilância Epidemiológica
DIVE/SUV/SES/SC**