

DOI: <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i280p6235-6246>

Síndrome da rubéola congênita: análise dos casos notificados no Brasil entre 1990 a 2016

RESUMO | Objetivo: analisar os casos de Síndrome da Rubéola Congênita notificados no Brasil durante o período de 1990 a 2016. Método: estudo transversal realizado no Brasil, cuja amostra foi de 122 casos notificados com Síndrome da Rubéola Congênita. Os dados foram disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. A coleta de dados foi realizada durante os meses de fevereiro e março de 2021. O tratamento dos dados se deu por análise estatística uni-variada. Resultados: observa-se prevalência no Estado de São Paulo cuja capital apresentou o maior número destas notificações. O ano em que houve prevalência do diagnóstico foi em 2008 e o mês de maior notificação foi dezembro. Todos os pacientes apresentavam idade menor que um ano, sexo feminino, com confirmação final para a doença por meio de critérios laboratoriais, e evolução para a cura. Conclusão: a idade apresentou significância no estudo. A terapêutica mostrou-se eficiente para um melhor prognóstico de cura, bem como a vacinação como medida preventiva.

Palavras-chaves: Síndrome da rubéola congênita; Rubéola (sarampo alemão); Vírus da rubéola; Notificação de doenças; Sistemas de informação em saúde.

ABSTRACT | Objective: to analyze the cases of Congenital Rubella Syndrome notified in Brazil from 1990 to 2016. Method: cross-sectional study conducted in Brazil, whose sample consisted of 122 cases notified with Congenital Rubella Syndrome. Data were made available by the Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Data collection was conducted during February and March 2021. The data were processed using univariate statistical analysis. Results: prevalence was observed in the state of São Paulo, whose capital city had the highest number of these notifications. The year in which there was prevalence of the diagnosis was 2008, and the month of greatest notification was December. All patients were less than one year old, female, with final confirmation of the disease through laboratory criteria, and progression to cure. Conclusion: Age was significant in this study. Therapy proved to be efficient for a better prognosis of cure, as well as vaccination as a preventive measure.

Keywords: Rubella syndrome, congenital; Rubella; Rubella virus; Disease notification; Health information systems.

RESUMEN | Objetivo: analizar los casos de Síndrome de Rubéola Congénita notificados en Brasil entre 1990 a 2016. Método: estudio transversal realizado en Brasil, cuya muestra fue 122 casos notificados con Síndrome de Rubéola Congénita. Los datos fueron facilitados por el Departamento de Informática del Sistema Único de Salud. La recogida de datos se realizó durante los meses de febrero y marzo de 2021. El tratamiento de los datos se realiza mediante un análisis estadístico univariante. Resultados: se observa una prevalencia en el Estado de São Paulo, cuya capital presenta el mayor número de notificaciones. El año y mes en que se produjo la prevalencia del diagnóstico fue 2008 y diciembre. Todos los pacientes presentaban una edad inferior a un año, sexo femenino, con confirmación final de la enfermedad mediante criterios de laboratorio y evolución para la cura. Conclusión: la edad presentó un significado en el estudio. El tratamiento es eficiente para un mejor pronóstico de curación, así como la vacunación como medida preventiva.

Palabras claves: Síndrome de rubéola congénita; Rubéola (sarampión alemán); Virus de la rubéola; Notificación de enfermedades; Sistemas de información sanitaria.

Nathália Nepomuceno da Silva

Acadêmica do curso de graduação em Medicina pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE). Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

ORCID: 0000-0002-5443-079X

Tiago Gusmão Freitas

Acadêmico do curso de graduação em Medicina pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE). Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

ORCID: 0000-0001-6856-1566

Patrick Leonardo Nogueira da Silva

Enfermeiro, Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros (PPGCPS/UNIMONTES). Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

ORCID: 0000-0003-2399-9526

Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão

Enfermeira, Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (PPGCS/FCMSCSP). São Paulo, São Paulo, Brasil.

ORCID: 0000-0003-3376-5678

Simone Guimarães Teixeira Souto

Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

ORCID: 0000-0003-0562-005X

Edna de Freitas Gomes Ruas

Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Cla-

ros (UNIMONTES). Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

ORCID: 0000-0002-4654-0817

Recebido em: 27/06/2021

Aprovado em: 05/07/2021

INTRODUÇÃO

A rubéola é um grave problema de saúde pública, sendo esta de notificação compulsória desde 1996, realizada via Sistema de Informação de Agravos e Notificações (SINAN), caracterizada como uma doença viral infectocontagiosa, de alta transmissibilidade e contagiosidade, também conhecida como sarampo alemão, po-

dendo ser descrita, clinicamente, pela presença de sintomas leves, sendo os mais comuns: exantema agudo, febrícula, linfadenopatia e, em alguns casos, artropatia. Todavia, aproximadamente de 25% a 50% dos casos podem ser assintomáticos. O agente etiológico da doença é um vírus do gênero Rubivírus, da família Togaviridae^(1,2).

O fator que gera maior impacto epidemiológico relacionado com esse vírus é quando ele acomete as gestantes, pois existe a possibilidade de transmissão vertical (da mãe para o feto), principalmente quanto mais precoce for a infecção em relação à idade gestacional (IG), uma vez que ao transpor a barreira placentária, o vírus da rubéola pode infectar o feto causando a Síndrome da Rubéola Congênita (SRC), podendo ser responsável por defeitos congênitos na criança recém-nascida, tais como malformação, problemas otológicos (surdez), problemas oftalmológicos (cegueira), problemas cardíacos, problemas neurológicos (retardo mental), problemas ósseos durante o desenvolvimento fetal ou até mesmo o próprio óbito⁽¹⁾. O vírus afeta apenas seres humanos, sendo transmitido quando indivíduos saudáveis entram em contato direto com secreções respiratórias expelidas ao falar, tossir, respirar e espirrar, de pessoas infectadas, contudo esse contágio pode ser estabelecido mesmo em estágio subclínico da doença^(1,3).

Sendo assim, o período de transmissibilidade ocorre cerca de cinco a sete dias antes e depois do início do exantema, apresentando um índice de maior transmissibilidade dois dias antes e dois dias após o início sintomático. Já o período de incubação viral compreende o intervalo de 14 a 21 dias após o contágio⁽⁴⁾. Em 1997, foram notificados cerca de 30.000 casos de rubéola, sendo que, no período de 1999 a 2001 ocorreram surtos em vários Estados do país. Com o intuito de erradicar a SRC do país, a vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) foi implantada gradativamente entre os anos de 1992 até o ano 2000,

sendo que em 2008 ocorreu a Campanha de Vacinação contra a Rubéola na qual foram vacinados cerca de 67,9 milhões de homens e mulheres, com idades entre 20 a 39 anos, incluindo as pessoas de 12 a 19 anos dos estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Norte, Mato Grosso e Maranhão, representando, aproximadamente, 96,7% do público alvo da vacinação⁽⁵⁾.

O tratamento varia de acordo com os sintomas apresentados e requerem cuidados especiais as gestantes, principalmente no primeiro trimestre. O diagnóstico sorológico é realizado, basicamente, pelo método Enzyme-Linked Immunosorbent Assay (ELISA), devido à especificidade, sensibilidade e ao baixo custo^(1,6). O Brasil, no dia 23 de abril de 2015, recebeu do Comitê Internacional de Experts (CIE) o documento da verificação da erradicação da Rubéola e da SRC⁽⁵⁾. Com isso, é imprescindível um levantamento bibliográfico sobre o referido problema, com o objetivo de fornecer informações atuais sobre os dados epidemiológicos e seus fatores variantes da SRC.

A chamada SRC provoca inúmeras complicações para o feto, como surdez, problemas de visão e até aborto. A rubéola e a SRC estão oficialmente eliminadas no Brasil e nos demais países das Américas desde 2015⁽¹⁻⁵⁾. Em decorrência disso, justifica-se o ano de 2015 como o período limite para a captação dos dados coletados tendo em vista a erradicação da doença por meio da vacina dada a partir deste ano.

Sendo assim, este estudo objetivou analisar os casos de Síndrome da Rubéola Congênita notificados no Brasil durante o período de 1990 a 2016.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, retrospectivo, transversal, com abordagem quantitativa, realizado em todos os Estados do Brasil, país este localizado na América do Sul. A amostra deste estudo foi composta por 122 casos

de pacientes notificados com Síndrome da Rubéola Congênita, via Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN), em território nacional de janeiro de 1990 a dezembro de 2016. As variáveis epidemiológicas foram disponibilizadas por meio do Banco de Dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS). A coleta de dados foi realizada no 1º semestre de 2021, durante os meses de fevereiro e março, pelo pesquisador responsável.

O Brasil, um vasto país sul-americano, estende-se da Bacia Amazônica, no norte, até os vinhedos e as gigantescas Cataratas do Iguaçu, no sul. É o maior país da América do Sul e da região da América Latina, sendo o quinto maior do mundo em área territorial (equivalente a 47,3% do território sul-americano) e sexto em população. Apresenta 27 Estados, tendo a cidade de Brasília, localizada no Distrito Federal (DF), como sua capital nacional. Ainda, detém um produto interno bruto (PIB) de US\$1,869 trilhão de dólares e uma população de 209,5 milhões de habitantes no ano de 2018⁽⁷⁾.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão para participação na pesquisa: (1) ser brasileiro e residir no país, (2) ter os dados notificados durante o período estipulado, (3) ter as fichas de notificação devidamente preenchidas. Foi utilizado um formulário estruturado de elaboração própria baseado na ficha de notificação do SINAN como instrumento de coleta de dados. O formulário apresentou as seguintes variáveis independentes: local de notificação (Estado e município); período (ano do diagnóstico e mês da notificação); e perfil socioeconômico e clínico (faixa etária em anos, sexo, classificação final, critérios de confirmação, evolução do caso).

A coleta dos dados foi realizada no DATASUS cujos dados mais recentes são informados até o ano de 2015 e após isso não há mais informações de pacientes notificados com SRC tendo em vista a sua

erradicação no Brasil e no mundo. Ainda, os dados são disponibilizados publicamente, via online, no seguinte site: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/srubeolacbr.def>. Os dados foram armazenados em um programa estatístico, sendo este o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®), versão 15.0, e apresentados em tabelas com frequências absolutas e percentuais, bem como Medidas de Tendência Central (MTC), sendo elas a Média Aritmética Ponderada (MAP) e o Desvio Padrão (DP), elaboradas por meio do Microsoft Excel®, versão 2010. O tratamento dos dados foi feito por meio de análise estatística bivariada. Esta inclui todos os métodos de Estatística Descritiva que permitem a análise de cada variável separadamente com Intervalo de Confiança de 95% (IC95, $p \leq 0,05$). Foi aplicado o Epi Info, programa estatístico de acesso público.

O estudo obedeceu aos preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), na qual regulamenta a pesquisa com seres humanos⁽⁸⁾. Tendo em vista o estudo tratar-se de pesquisa com banco de dados secundários de domínio público, o envio do projeto de pesquisa para apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) não foi necessário/obrigatório.

RESULTADOS

Conforme os dados disponibilizados pelo DATASUS, observa-se uma prevalência de casos confirmados no Estado de São Paulo (46,0%) cujo qual a capital (São Paulo) apresentou o maior número destas notificações por SRC (32,4%). Ainda, o Distrito Federal representado por sua capital (Brasília), detém a segunda colocação com o maior número de casos (7,5%) (Tabela 1).

No período estipulado para o estudo, sendo este de 1990 a 2016, o ano em que ocorreu maior prevalência do diagnóstico para a doença foi em 2008 (39,3%), seguido do ano de 2007 (24,5%). Com

relação ao mês de maior notificação dos casos de rubéola, houve maior prevalência no mês de dezembro (9,8%), seguido

dos meses de abril e maio, ambos com a mesma frequência absoluta e percentual (9,0%). Vale ressaltar que em 20,4% da

Tabela 1 – Prevalência por Estado e município de casos confirmados de SRC no Brasil. (n=122)

Estado/Município	n	%	Estado/Município	n	%
São Paulo	56	46,0	Ceará	04	3,4
São Paulo	39	32,4	Fortaleza	04	3,4
Santo André	04	3,2	Maranhão	03	2,4
Campinas	03	2,4	São Luís	02	1,6
Ribeirão Preto	03	2,4	São Raimundo das Mangabeiras	01	0,8
Itapeverica da Serra	02	1,6	Mato Grosso	03	2,4
Araçariquama	01	0,8	Cuiabá	01	0,8
Biritiba Mirim	01	0,8	Luciara	01	0,8
Carapicuíba	01	0,8	Várzea Grande	01	0,8
Mogi das Cruzes	01	0,8	Pará	03	2,4
Sumaré	01	0,8	Belém	01	0,8
Distrito Federal	09	7,5	Santarém	01	0,8
Brasília	09	7,5	Tucuruí	01	0,8
Rio Grande do Sul	08	6,5	Paraíba	03	2,4
Porto Alegre	05	4,1	João Pessoa	01	0,8
Bagé	02	1,6	Mamanguape	01	0,8
Pelotas	01	0,8	Sapé	01	0,8
Minas Gerais	07	5,6	Amapá	02	1,6
Belo Horizonte	04	3,2	Macapá	01	0,8
Alfenas	01	0,8	Santana	01	0,8
Cambuí	01	0,8	Espírito Santo	02	1,6
Caratinga	01	0,8	São Mateus	01	0,8
Goiás	06	5,0	Serra	01	0,8
Goiânia	04	3,4	Alagoas	01	0,8
Itaberai	01	0,8	Maceió	01	0,8
Itumbiara	01	0,8	Paraná	01	0,8
Rio de Janeiro	06	5,0	Pinhão	01	0,8
Rio de Janeiro	04	3,4	Pernambuco	01	0,8
Niterói	01	0,8	Escada	01	0,8
Petrópolis	01	0,8	Rio Grande do Norte	01	0,8
Bahia	04	3,4	Natal	01	0,8
Salvador	02	1,8	Rondônia	01	0,8
Feira de Santana	01	0,8	Porto Velho	01	0,8
Itabuna	01	0,8	Tocantins	01	0,8
			Palmas	01	0,8

Fonte: Autoria própria, 2021.

Tabela 2 – Prevalência de casos confirmados de SRC no Brasil conforme ano e mês. (n=122)

Variáveis	n	%	MAP±DP	IC95%
Ano do diagnóstico				
1990	01	0,8	10,16±13,673	7,736
1997	01	0,8		
2004	01	0,8		
2007	30	24,5		
2008	48	39,3		
2009	09	8,0		
2010	05	4,0		
2011	05	4,0		
2012	08	6,5		
2013	03	2,4		
2014	03	2,4		
2015	08	6,5		
Mês de notificação				
Janeiro	05	4,0	9,38±4,875	2,650
Fevereiro	10	8,1		
Março	07	5,7		
Abril	11	9,0		
Mai	11	9,0		
Junho	08	6,5		
Julho	10	8,1		
Agosto	07	5,7		
Setembro	08	6,5		
Outubro	05	4,0		
Novembro	04	3,2		
Dezembro	12	9,8		
Ignorado/Branco	24	20,4		

Fonte: Autoria própria, 2021. MAP = Média Aritmética Ponderada. DP = Desvio Padrão. IC95 = Intervalo de Confiança de 95% (p<0,05).

Tabela 3 – Perfil socioeconômico e clínico dos casos confirmados de SRC no Brasil. (n=122)

Variáveis	n	%	MAP±DP	IC95%
Faixa etária (anos)				
< 1	122	100,0	122±0	< 0,01
Sexo				
Masculino	56	45,9	40,66±27,535 31,159	
Feminino	64	52,4		
Ignorado/Branco	02	1,7		
Classificação final				
Confirmado	78	63,9	61,0±17,0	23,560
Infecção congênita	44	36,1		

amostra não houve esse registro. O ano de diagnóstico e o mês de notificação não apresentaram associação estatística com a doença na análise (Tabela 2).

O perfil socioeconômico e clínico da prevalência de casos no Brasil para SRC revela que todos os pacientes notificados eram crianças menores de um ano, com prevalência do sexo feminino (52,4%), a classificação diagnóstica final obteve confirmação (63,9%) por meio de critério laboratorial (77,8%) cuja evolução do caso foi a cura (58,1%). Salienta-se que a faixa etária foi a única variável que esteve associada à doença na análise bivariada (p ≤ 0,05) (Tabela 3).

Com o advento da vacina contra o sarampo, a caxumba e a rubéola, os achados epidemiológicos tiveram um bom prognóstico com relação à evolução da doença até a sua erradicação no mundo inteiro durante o ano de 2015. Após esse período, não foi registrado outras notificações desta doença, bem como foi intensificado a vacinação durante a rotina e nas campanhas para crianças a partir de um ano e jovens e adultos até 49 anos.

DISCUSSÃO

Até a década de 80, o Brasil desconhecia a magnitude dos casos de SRC por não possuir sistemas de vigilância para o agravo. Apenas em 1996 a SRC foi incluída na lista de doenças de notificação compulsória juntamente com a rubéola. No entanto, só a partir de 1999, com a vigilância integrada do sarampo e rubéola como estratégia para atingir a meta de erradicação do sarampo, passou-se a documentar, de forma mais evidente e representativa, a circulação do vírus da rubéola no Brasil e, conseqüentemente, dos casos da SRC⁽⁹⁾.

Entre os Estados brasileiros, São Paulo destaca-se por ter a maior população, a mais alta densidade demográfica, o maior grau de urbanização e um dos melhores indicadores socioeconômicos^(9,10). Neste estudo, o Estado de São Paulo, comparado aos demais Estados, foi o que

Critério de confirmação

Laboratorial	95	77,8	40,66±38,681 43,770
Clínico	19	15,5	
Ignorado/Branco	08	6,7	

Evolução do caso

Cura	71	58,1	30,5±25,144 24,641
Óbito pelo agravo notificado	11	9,0	
Óbito por outra causa	08	6,5	
Ignorado/Branco	32	26,4	

Fonte: Autoria própria, 2021. MAP = Média Aritmética Ponderada. DP = Desvio Padrão. IC95 = Intervalo de Confiança de 95% (p<0,05).

apresentou o maior número destas notificações por SRC, logo, é notório que a SRC foi prevalente em municípios com maior taxa de migrações decorrentes de grandes obras, comércios, existência de aeroportos e indústrias, especialmente as exportadoras, entre outros.

Os resultados do presente estudo convergem com os achados de outro estudo realizado em São Paulo onde todas as participantes, sendo elas gestantes, apresentaram, para o vírus da rubéola, resultado sorológico positivo para IgG/IgM. Entre os recém-nascidos (RN), 14 apresentaram positividade de anticorpos IgG e 11 amostras de RN positivaram os anticorpos para o IgM. Das 25 amostras analisadas, 24 foram reagentes ao RT-PCR. Observaram-se alterações ultrassonográficas em 60% dos 25 fetos infectados com o vírus da rubéola. Ocorrência de morte fetal e aborto espontâneo foram reportados em 40% dos casos analisados. O vírus da rubéola foi amplificado por PCR em todos os fetos que apresentaram alterações na ultrassonografia, compatíveis com a rubéola⁽¹¹⁾.

Em 1999, a maioria dos surtos ocorreu em Estados que ainda não haviam implantado a vacinação contra a rubéola, sendo a população mais atingida a de menores de 15 anos. Em 2000, os surtos atingiram estados que já vacinavam contra a rubéola. No período de 2000 e 2001, observou-se aumento no número de casos de SRC, como efeito do surto, mas também refletindo a estruturação da vigilância da SRC no país^(3,9).



Em 1999, a maioria dos surtos ocorreu em Estados que ainda não haviam implantado a vacinação contra a rubéola, sendo a população mais atingida a de menores de 15 anos.



No Brasil, a vacinação contra a rubéola foi implementada gradativamente pelos Estados entre 1992 e 2000. A rubéola e a SRC são doenças passíveis de notificação no Brasil desde 1996. A vacina Tríplice Viral (TV), constituída por fragmentos de vírus vivo atenuado, sendo estes do sarampo, da caxumba e da rubéola, foi implantada gradativamente entre os anos de 1992 até o ano 2000^(2,5). Neste estudo, documenta-se a epidemiologia da rubéola e da SRC de modo a evidenciar uma maior prevalência nos meses de dezembro (9,8%), maio e abril (9,0%), ambos com frequências percentuais similares.

A Vigilância Epidemiológica (VE) da rubéola e da SRC foi intensificada a partir da eliminação do sarampo, com redução dos casos confirmados de 80% entre 2003 até 2006⁽¹²⁾. Nota-se que no presente estudo houve um aumento na incidência dos casos no ano de 2008 (39,3%). Segundo o MS, em 2008 foram realizadas campanhas de vacinação para eliminação da rubéola tanto em homens quanto mulheres cuja faixa etária encontra-se dentro de 20 a 39 anos. Após 2009, segundo dados do MS, houve maior controle da doença, não sendo verificados mais casos de rubéola no Brasil, indicando a interrupção da transmissão autóctone do vírus da rubéola^(1,2,5). Dessa forma, a VE torna-se imperiosa para conhecer a magnitude da rubéola e da SRC e avaliar o impacto das estratégias de vacinação, assim como a detecção, notificação e investigação de casos suspeitos, buscando orientar quanto a medidas de controle adequadas e no que se refere à divulgação de informações⁽¹⁾.

Em um estudo ecológico, o qual foi avaliado os dados de vigilância dos casos de rubéola notificados à Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS) entre 2007 e 2018, observaram-se a prevalência de 139.486 casos de rubéola notificados, dos quais 11% eram elegíveis para a vacina. A incidência anual variou de 13,9 casos por milhão em 2007 a 1,7 casos por milhão em 2018. É notório que houve

uma redução significativa neste intervalo de tempo⁽¹³⁾. No presente estudo, a prevalência do diagnóstico no Brasil se deu em 2008 (39,3%), de modo a apresentar a mesma evolução do estudo anterior com diminuição dos índices conforme os anos seguintes.

Neste estudo, todos os casos confirmados de SRC apresentavam idade menor que um ano. Em RN, o sistema imunológico encontra-se em desenvolvimento quanto à produção de anticorpos, sendo assim mais susceptível à aquisição da doença, bem como a complicações e, conseqüentemente, ao óbito. Estudos comprovam que a vacinação contra a rubéola é altamente eficaz e resultou na eliminação da rubéola e SRC do hemisfério ocidental e de vários países europeus. Ainda, documentam a duração da proteção ao longo de 10-21 anos após uma dose da vacina^(3,6,9,10,14,15). Ainda, o sexo feminino mostrou-se prevalente de modo a ir de

encontro aos estudos já publicados^(15,16). A realização da sorologia precoce para a confirmação diagnóstica se fez presente em 77,8% dos pacientes deste estudo após a manifestação dos sintomas. Por meio disso, o tratamento farmacológico foi estabelecido de modo que 71% da amostra evoluíram para a cura. Estes mesmos critérios diagnósticos foram estabelecidos em outros estudos⁽¹¹⁻¹³⁾.

CONCLUSÃO

O delineamento do estudo constitui uma das limitações tendo em vista a dificuldade para investigar condições de baixa prevalência. Ainda, a literatura científica limitou-se a publicações pouco recentes considerando a erradicação da doença no país. Neste estudo, crianças menores de um ano, do sexo feminino, apresentaram maior susceptibilidade à doença. A confirmação diagnóstica via critérios laboratoriais se mostrou eficaz e eficiente

levando-os à cura com o início imediato do tratamento e acompanhamento.

Com o advento da vacina contra a rubéola, a doença se tornou erradicada desde o ano de 2015, com Certificação de Eliminação da Rubéola pela OPAS/OMS, não havendo mais nenhum caso confirmado e notificado da doença até o presente momento no Brasil. Sendo assim, no país, o último evento epidêmico de maior prevalência de casos confirmados de rubéola foi registrado nos anos de 2007 e 2008, havendo um caso importado da doença em 2014.

Atualmente, o Brasil empreende esforços para manter a sustentabilidade da eliminação da circulação do vírus da rubéola no país. A idade apresentou significância no estudo. A terapêutica mostrou-se eficiente para um melhor prognóstico de cura, bem como a vacinação como medida preventiva de modo a aumentar a sobrevivência e a qualidade de vida, bem como reduzir a mortalidade precoce pela rubéola. 🐦

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de vigilância em saúde: volume único. 3ª ed. Brasília: MS, 2019 [cited 2021 Mar 19]. 740p. http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf
2. Secretaria de Estado de Saúde do Paraná. Rubéola e síndrome da rubéola congênita. Curitiba: SESA, 2020 [cited 2021 Mar 19]. <https://www.sau.gov.br/Pagina/Rubeola-e-sindrome-da-rubeola-congenita#>
3. Lima LAC, Linhares LPC, Araújo SS, Teixeira AB, Monteiro CGF. Síndrome da rubéola congênita. Rev. Bras. Anal. Clin. [Internet]. 2019 [cited 2021 Mar 19];51(2):111-4. <http://doi.org/10.21877/2448-3877.201900715>
4. Comissão de Saúde Pública de Boston. Departamento de Doenças Infecciosas. Rubéola. Boston: CSPB, 2015 [cited 2021 Mar 19]. <https://www.bphc.org/whatwedo/infectious-diseases/Infectious-Diseases-A-to-Z/Documents/Fact%20Sheet%20Languages/Rubella/Portuguese.pdf>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Rubéola. Brasília: MS, 2020.
6. Moraes MM, Cruz ACR, Silva DFL, Sagica FES, Santos ECO. Trajetória da rubéola no Estado do Pará, Brasil: rumo à erradicação. Rev. Pan-Amaz. Saúde [Internet]. 2015 [cited 2021 Mar 19];6(1):11-20. <http://dx.doi.org/10.5123/S2176-62232015000100003>
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2018 – população do Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2018.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Regulamenta a realização da pesquisa envolvendo seres humanos e dá outras providências. Brasília: CNS, 2012 [cited 2021 Mar 19]. https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
9. Santos ED. Avaliação do impacto das estratégias de prevenção e controle da rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita nos Estados de São Paulo, Paraná, Rio Grande do Norte, Goiás e Pará, 1992-2003 [Internet]. 111 fls. Rio de Janeiro (RJ). Dissertação (Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde) – Escola Nacio-
10. Fundação de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2005 [cited 2021 Apr 22]. <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icit/4606/2/1113.pdf>
11. Franciso PMSB, Senicato C, Donalísio MR, Barros MBA. Vacinação contra rubéola em mulheres em idade reprodutiva no município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2013 [cited 2021 Apr 23];29(3):579-88. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000300015>
12. Curti SP, Figueiredo CA, Oliveira MI, Andrade JQ, Zugaib M, Pedreira DAL et al. Diagnóstico pré-natal da infecção congênita por rubéola em São Paulo. Rev. Assoc. Med. Bras. [Internet]. 2014 [cited 2021 Apr 23];60(5):451-6. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.60.05.013>
13. Lanzieri TM, Pinto D, Prevots DR. Impacto da vacinação contra rubéola na ocorrência da síndrome da rubéola congênita. J. Pediatr. (Rio J.) [Internet]. 2007 [cited 2021 Apr 21];83(5):415-21. <https://doi.org/10.1590/S0021-75572007000600004>
14. Patel MK, Antoni S, Danovaro-Holliday MC, Desai S, Gacic-Dobo M, Nedelec Y, et al. The epidemiology of rubella, 2007-18: an ecological analysis of surveillance data. Lancet Glob Health [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 29];8(11):1399-407. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30320-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30320-X)
15. Taneja DK, Sharma P. Targeting rubella for elimination. Indian J. Public Health [Internet]. 2012 [cited 2021 Apr 23];56(4):269-72. <http://doi.org/10.4103/0019-557X.106413>
16. Martínez-Quintana E, Castillo-Solórzano C, Torner N, Rodríguez-González F. Congenital rubella syndrome: a matter of concern. Rev. Panam. Salud Pública [Internet]. 2015 [cited 2021 Apr 23];37(3):179-86. <https://scielosp.org/article/rpsp/2015.v37n3/179-186/en/>
17. Röder FBM, Carvalho LS, Stageemeier R, Chiament L, Silva IRV, Krug NH, et al. Prevalência de rubéola nos pacientes atendidos na Unidade Básica de Saúde Aurora, Campo Bom, RS. Rev. Bras. Anal. Clin. [Internet]. 2015 [cited Apr 23];47(1-2):49-51. http://www.rbac.org.br/wp-content/uploads/2016/05/RBAC_Vol_47_n1-2-Completa.pdf