

**DOENÇAS EXANTEMÁTICAS NO DISTRITO SANITÁRIO BARRA/RIO VERMELHO (DSBRV)  
NO PERÍODO DE 2003 A 2007**

Laura Magalhães Gomes Coelho<sup>a</sup>

Maria da Conceição Costa Rivemales<sup>b</sup>

**Resumo**

É fundamental a promoção de ações em equipe que tragam resultados e impactos no controle das doenças exantemáticas. Para tanto, as informações de saúde devem ter uma retroalimentação, de modo que as medidas sejam efetivas e tenham um controle de qualidade nos dados. O objetivo deste estudo é descrever o perfil das doenças exantemáticas no Distrito Sanitário Barra/Rio Vermelho (DSBRV) no período de 2003 a 2007. Trata-se de um estudo não-experimental e descritivo. Como base de dados foi utilizado o Sistema de Informação de Agravos de Notificação e Tabwin. Para a análise dos dados foi utilizado um instrumento de pesquisa criado com as variáveis de frequência dos casos notificados, classificação final, critério de confirmação ou descarte, distribuição por faixa etária e por sexo. Os resultados evidenciaram que durante o período estudado foram notificados 122 casos suspeitos, sendo 43% do ano 2007, devido ao surto de rubéola no estado da Bahia. Concluiu-se que é necessária a realização de investigação oportuna e adequada dos casos e o seguimento de contatos, de modo a interromper a transmissão das doenças exantemáticas.

Palavras-chave: Vigilância epidemiológica. Sarampo. Rubéola. Doenças exantemáticas.

EXANTHEMATIC DISEASES IN BARRA/RIO VERMELHO (DSBRV) DISTRICT IN THE  
2003-2007 PERIOD

**Abstract**

It is of vital relevance to promote team work actions that bring results and impacts in the control of measles and rubella. To meet this end, health information must have a feedback, so that the

---

<sup>a</sup> *Enfermeira Graduada pelo curso de Enfermagem da Faculdade de Tecnologia e Ciências, Campus Salvador (BA).*

<sup>b</sup> *Mestre em Enfermagem. Docente do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Campus Santo Antônio de Jesus (BA). Orientadora do estudo.*

**Endereço para correspondência:** Avenida Simon Bolívar, nº 156, Jardim Armação, Salvador, Bahia. CEP: 41.750-230. [maria@rivemales.com](mailto:maria@rivemales.com)

measures are effective and have quality data control. The aim of this study is to describe the profile of measles and rubella in Barra / Rio Vermelho District (DSBRV) in the period from 2003 to 2007. This is a non-experimental and descriptive study. Database used was the Information System for Notifiable Diseases and TABWIN. For data analysis, we used a research tool created with the variables of frequency of reported cases, the final classification, criteria for confirmation or disposal, distribution by age and sex. Results showed that during the study period 122 suspected cases were reported, of which approximately 43% in the year 2007 due to rubella outbreak in the state of Bahia. Therefore, it is necessary to carry out proper investigation of cases and follow-up contacts in order to interrupt transmission of measles and rubella.

Key words: Epidemiologic monitoring. Measles. Rubella. Exanthematic diseases.

## INTRODUÇÃO

As doenças exantemáticas são extremamente contagiosas e apresentam o homem como único hospedeiro natural conhecido. O diagnóstico é realizado mediante detecção de anticorpos específicos para o vírus, que aparecem logo após o início da doença. A presença de IgM positivo significa que houve infecção recente, mas, geralmente, não são mais detectados após quatro a seis semanas do início do exantema, quando predominam os anticorpos IgG, que usualmente persistem por toda a vida. A susceptibilidade aos vírus das doenças exantemáticas é geral. A vacina é a única forma de prevenir a ocorrência na população; ela é realizada de forma contínua na rede de serviços permanente de saúde, em todo território nacional.<sup>1,2</sup>

O IgG materno é transferido pela placenta, ou seja, os lactentes cujas mães já tiveram sarampo/rubéola ou foram vacinadas possuem temporariamente anticorpos transmitidos. Assim se estabelece a imunidade provisória à doença, geralmente até os nove meses de idade, o que interfere na resposta à vacina, quando administrada neste período. Aos seis meses de vida ocorre uma diminuição dos níveis destes anticorpos, justificando a vacinação de crianças desta idade em situação de bloqueio vacinal. A imunidade ativa é adquirida pela vacinação ou pela infecção natural. Esta última torna a imunidade permanente.<sup>1</sup>

O sarampo é uma doença infecciosa aguda, de natureza viral, grave, transmissível. Destaca-se como uma das principais causas de morbimortalidade entre crianças menores de cinco anos, sobretudo as desnutridas e as que vivem em países subdesenvolvidos.<sup>1,2</sup>

O agente etiológico é o vírus do sarampo, pertencente ao gênero *Morbillivirus*, família *Paramyxoviridae*. O sarampo é transmitido diretamente de pessoa a pessoa, por meio das secreções nasofaríngeas expelidas pelo doente por meio da tosse, espirro, fala ou enquanto respira. O período de transmissibilidade acontece de quatro a seis dias do aparecimento do

exantema e até quatro dias após. O período de maior risco de transmissão é o de dois dias antes e após o início do exantema.<sup>1,2</sup>

O paciente com suspeita de sarampo deve apresentar febre e exantema maculopapular, acompanhados de uma ou mais das seguintes sintomatologias, independente da idade e da situação vacinal: tosse, coriza, conjuntivite. Outra manifestação clínica apresentada são as manchas de Koplik (pequenos pontos brancos que aparecem na mucosa bucal).<sup>1,2</sup>

O diagnóstico é constatado mediante a detecção de anticorpos IgM no sangue, na fase aguda da doença, desde os primeiros dias até quatro semanas após o aparecimento do exantema. Os anticorpos específicos da classe IgG podem eventualmente aparecer na fase aguda da doença e geralmente são detectados muitos anos após a infecção.<sup>1</sup>

Para a infecção por sarampo não existe um tratamento específico e não se deve orientar antibiótico como medida profilática. Recomenda-se vitamina A para crianças acometidas pela doença, para proporcionar a redução da incidência de casos graves e fatais. Para casos sem complicações, deve-se oferecer hidratação, suporte nutricional e diminuir a hipertermia.<sup>1</sup>

A rubéola é uma doença exantemática aguda, de etiologia viral, que apresenta alta contagiosidade, acometendo principalmente crianças. Doença de curso benigno, sua importância epidemiológica está relacionada ao risco de abortos, natimortos e malformações congênicas como cardiopatias, catarata e surdez, denominada síndrome da rubéola congênita (SRC), quando a infecção ocorre durante a gestação, atingindo o feto ou recém-nascido. O agente infeccioso da rubéola é um vírus pertencente ao gênero *Rubivirus*, família *Togaviridae*.<sup>1</sup>

A rubéola é transmitida de pessoa a pessoa pelo contato direto com gotículas de secreções nasofaríngeas de indivíduos infectados. A transmissão indireta, mesmo pouco frequente, ocorre mediante contato com objetos contaminados com secreções nasofaríngeas, sangue e urina.<sup>1,2</sup>

O período de transmissibilidade é de cinco a sete dias antes do início do exantema e de até cinco a sete dias após. O período de incubação é de 14 a 21 dias.<sup>1,2</sup>

Todos os casos suspeitos notificados de rubéola apresentaram manifestações clínicas, tais como febre e exantema máculo-papular, acompanhado de linfadenopatia retroauricular, occipital e cervical, independente da idade e da situação vacinal. Pode ocorrer também a leucopenia que é comum, porém raramente ocorrem manifestações hemorrágicas. Não obstante raras, as complicações podem ocorrer com maior frequência em adultos, destacando-se artrite ou artralgia, encefalites e manifestações hemorrágicas. Não há tratamento específico para a rubéola. Os sinais e sintomas apresentados devem ser tratados de acordo com a sintomatologia e terapêutica adequada.<sup>1,2</sup>

Nesse sentido, a informação referente às doenças exantemáticas é essencial para a gestão dos serviços, pois orienta o planejamento, a organização, implantação, acompanhamento e avaliação dos modelos de atenção à saúde e as ações de prevenção e controle. Os sistemas de informação em saúde contribuem como forma de construção do conhecimento em saúde.<sup>2</sup>

Um sistema de informação em saúde (SIS) é um conjunto de elementos (estruturas administrativas e unidades de produção) complementado e articulado com o objetivo de adquirir e selecionar dados, para transformá-los em informação.<sup>3</sup>

A Lei 6.259/1975, que institui o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, regulamentada pelo Decreto 78.231/1976, refere-se a um conjunto de agravos de notificação compulsória e à obrigatoriedade da notificação dos casos com diagnósticos suspeitos ou confirmados. O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica é um subsistema do SUS, baseado na informação-decisão-controle de doenças e agravos específicos.<sup>3,4</sup>

Os dados de notificação e investigação de casos suspeitos ou confirmados que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria GM/MS Nº 5, de 21 de fevereiro de 2006) alimentam o Sinan. Esse sistema possibilita aos estados e municípios incluir outros agravos importantes em sua região.<sup>5</sup> O Sinan é um sistema de informação eletrônico, desenvolvido entre 1990 e 1993 para aperfeiçoar a qualidade do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, com o objetivo de coletar, transmitir e disseminar dados gerados na rotina do sistema de vigilância epidemiológica nas três esferas de governo. Fornece as informações para a análise do perfil da morbidade e, conseqüentemente, facilita a avaliação da efetividade das políticas, planos e programas de saúde, subsidiando o processo de tomada de decisões. O desenvolvimento do sistema de informação é complexo, desafiando os enfermeiros quanto às inovações da tecnologia.<sup>6,8</sup>

Em caso de suspeita de diagnóstico de algum agravo de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual ou municipal, as unidades assistenciais, sejam de rede básica ou hospitalar, devem preencher a Ficha Individual de Notificação (FIN) e enviar aos serviços responsáveis pela informação e/ou vigilância epidemiológica das Secretarias Municipais, que devem repassar para as Secretarias Estaduais da Saúde. A notificação torna possível conhecer-se o comportamento epidemiológico das doenças e, conseqüentemente, propor medidas de controle pertinentes.<sup>4,5</sup>

Existe um formulário de notificação negativa que é preenchido durante a semana epidemiológica, quando não ocorre nenhuma suspeita de agravos. Esta é uma estratégia que funciona para demonstrar que os profissionais das unidades estão atentos para a ocorrência de tais eventos.<sup>5</sup> No entanto as informações devem ser retroalimentadas, para que as medidas sejam efetivas e tenha um controle de qualidade nos dados.

A vigilância epidemiológica prevê, dentre suas atribuições, o estudo da distribuição da morbidade e da mortalidade, a fim de traçar o perfil de saúde-doença nas coletividades humanas.<sup>3</sup> A promulgação da Lei 8.080, que instituiu, em 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS), teve importantes desdobramentos na área da Vigilância Epidemiológica.<sup>7</sup>

A vigilância epidemiológica deve garantir uma educação permanente aos profissionais de saúde, devido a seu papel fundamental nas ações de controle. Deve fornecer atualização das informações de atividades técnicas e demais intercorrências. Além disso, a vigilância epidemiológica exerce a função de coleta e processamento de dados; análise e interpretação dos dados processados; recomendação e promoção de medidas de controle apropriadas; avaliação da eficácia e da efetividade das medidas adotadas; impacto obtido e outras informações pertinentes.<sup>1</sup>

Nesta perspectiva, a vigilância epidemiológica assume importante papel na consolidação das informações das doenças exantemáticas, auxiliando no planejamento da gestão das ações de saúde e do sistema de informação.

O objetivo deste estudo é traçar o perfil das doenças exantemáticas no Distrito Sanitário Barra/Rio Vermelho (DSBRV).

### **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa, realizado no Distrito Sanitário Barra/Rio Vermelho, localizado no município de Salvador (BA), no período de 2003 a 2007.

A cidade de Salvador está dividida em doze distritos sanitários: Centro Histórico, Itapagipe, São Caetano/Valéria, Liberdade, Brotas, Barra/Rio Vermelho, Boca do Rio, Itapoá, Cabula/Beirú, Pau da Lima, Subúrbio Ferroviário e Cajazeiras.

A escolha do DSBRV se deu por este apresentar uma grande heterogeneidade socioeconômica, constituindo-se de bairros de camadas sociais privilegiadas ao lado de áreas de precárias condições de saúde e habitação. Possui também uma infraestrutura de compras, lazer e educação diversificada, com tradicionais colégios da rede pública e particular de ensino. Ainda apresenta as maiores concentrações de unidades hospitalares do município e onze unidades de saúde.

O município de Salvador apresentava, em 2007, uma população de 2.754.950 habitantes. Nesse ano, o DSBRV apresentou uma população estimada de 348.095 habitantes, correspondendo a 12,6% da população do município; destes 47% (163.888 habitantes) eram do sexo masculino e 53% (184.207 habitantes) do sexo feminino. Estima-se que a cada ano a população do DSBRV eleva-se aproximadamente 10%.

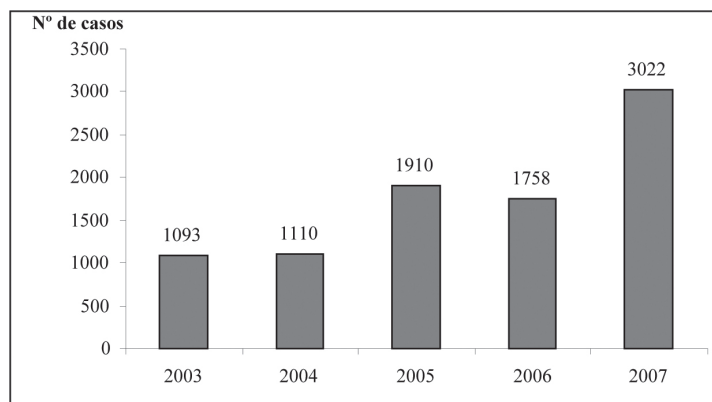
Inicialmente, o caminho metodológico percorrido foi o levantamento de material bibliográfico, prosseguindo para a coleta de dados de forma quantitativa. Os dados foram coletados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação associado e Tabwin.

Para a análise dos dados foi utilizado um instrumento de pesquisa criado pelas autoras, com as variáveis de frequência dos casos notificados, classificação final, critério de confirmação ou descarte, distribuição por faixa etária e sexo. Os dados obtidos neste instrumento foram digitados em planilhas no Excel e apresentados sob a forma de gráficos e tabelas.

Por se tratar de uma pesquisa que utilizou dados de Sistemas de informação em Saúde, não foi necessária a aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa. As autoras do estudo acessaram o banco de dados, após obtenção da autorização da Gerência e da coordenação da equipe de Vigilância Epidemiológica do DSBRV.

## RESULTADOS

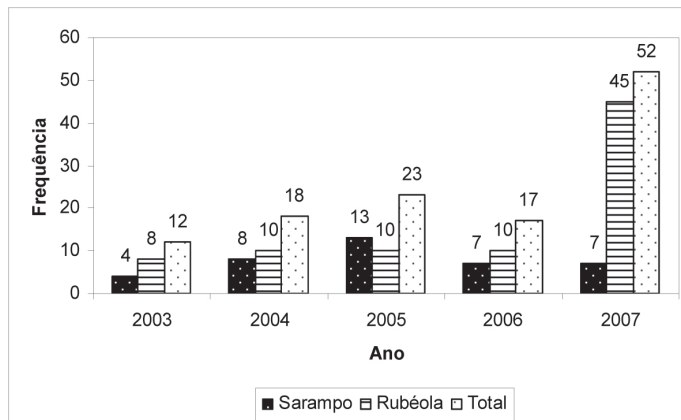
O **Gráfico 1** demonstra a evolução da notificação de sarampo e rubéola no Estado da Bahia com a apresentação do número total de notificações no período de 2003 a 2007.



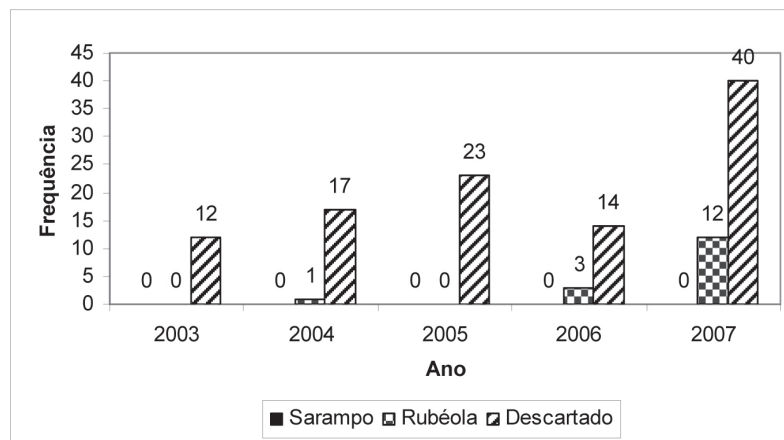
**Gráfico 1.** Evolução da notificação de sarampo e rubéola no Estado da Bahia, 2003-2007

Observa-se no **Gráfico 2** a distribuição, em números absolutos, dos casos notificados suspeitos de sarampo e rubéola no período de 2003 a 2007.

O **Gráfico 3** demonstra o número total de casos confirmados de sarampo e rubéola no DSBRV, no período de 2003 a 2007, podendo ser verificado que todos os casos de sarampo foram descartados. Em relação à rubéola houve confirmação de 1 caso em 2004, 3 em 2006 e 12 em 2007.



**Gráfico 2.** Distribuição dos casos notificados suspeitos de sarampo e rubéola no DSBRV, Salvador (BA), 2003-2007



**Gráfico 3.** Distribuição de casos confirmados e descartados de sarampo e rubéola no DSBRV, Salvador (BA), 2003-2007

A **Tabela 1** revela a distribuição do número total de casos notificados suspeitos de sarampo e rubéola, de acordo com o sexo, no DSBRV, no período de 2003 a 2007.

**Tabela 1.** Distribuição de casos notificados suspeitos de sarampo e rubéola por sexo no DSBRV, Salvador (BA), 2003-2007

Sexo	2003	2004	2005	2006	2007
Feminino	9	7	16	8	18
Masculino	3	11	7	9	34
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>18</b>	<b>23</b>	<b>17</b>	<b>52</b>

A **Tabela 2** apresenta a distribuição dos casos notificados suspeitos de sarampo e rubéola por faixa etária. No ano de 2007, a ocorrência dos casos atinge, em sua maioria, a idade acima de 10 anos, correspondendo a aproximadamente 55%.

**Tabela 2.** Distribuição de casos notificados suspeitos de sarampo e rubéola por faixa etária no DSBRV, Salvador (BA), 2003-2007

	<1ano	1 a 4	5 a 9	10 ou +
2003	1	6	1	4
2004	6	6	3	3
2005	11	7	5	0
2006	3	4	2	8
2007	11	6	6	29
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>29</b>	<b>17</b>	<b>44</b>

## DISCUSSÃO

Os dados evidenciaram a evolução da notificação de sarampo e rubéola no Estado da Bahia (**Gráfico 1**). Pôde-se perceber, entre os anos de 2003 a 2005, um aumento dos casos notificados, apresentando uma leve queda no ano de 2006. No ano de 2007 ocorreu um aumento abrupto do número de casos.

Na XXIV Conferência Sanitária Pan-Americana, realizada em 1994, decidiu-se erradicar a transmissão autóctone do vírus do sarampo até o ano 2000 no Brasil. Assim, foi implantado, em 1999, o Plano Estadual de Erradicação do sarampo. Neste mesmo ano, foi confirmado o último caso autóctone de sarampo no Estado da Bahia. Em 2006, porém, ocorreu o último surto da doença no Estado, com 57 casos confirmados associados a vírus importado.<sup>9</sup>

O último surto de rubéola no Estado da Bahia ocorreu no ano de 2000, no município de Capela do Alto Alegre. No ano de 2005, foram confirmados 21 casos de rubéola; em 2006 apenas 10 casos foram confirmados no Estado da Bahia.

No estado da Bahia, no ano de 2007, foi configurado o surto de rubéola, com 209 casos confirmados, sendo 5 casos em gestantes, levando a uma perda fetal. No município de Salvador, foram confirmados 56 casos em 2007. No entanto, o DSBRV, em 2007, indicou o maior número de casos confirmados de rubéola entre os demais distritos sanitários do município de Salvador.<sup>5</sup>

Quanto à distribuição dos casos notificados suspeitos de sarampo e rubéola, o DSBRV notificou, no período de 2003 a 2007, 122 casos suspeitos, ressaltando que em cada ano ocorreu um aumento, exceto no ano de 2006, que registrou uma diminuição. Destaca-se que em



2007 foram notificados 52 casos, correspondendo a 43% do total do período de 2003 a 2007; nesse ano, configurou-se o surto de rubéola no Estado da Bahia.

Todo caso descartado decorre do fato de não preencher os critérios de confirmação e compatibilidade, ou para o qual é diagnosticada outra patologia que não aquela que se está apurando.<sup>4</sup> Assim, quando verificado o número total de casos confirmados e descartados de sarampo e rubéola (**Gráfico 3**), percebeu-se que 100% dos casos suspeitos de sarampo no período de 2003 e 2007 foram descartados. Foi demonstrada, em todo o período da pesquisa, a confirmação de casos da rubéola, sendo 1 caso em 2004, 3 em 2006 e 12 em 2007.

O último surto de rubéola no Estado da Bahia ocorreu no ano de 2000. Desde então, a doença estava sob controle, porém, no ano de 2007, este cenário mudou. De acordo com o SINAN<sup>5</sup>, em 2007, o município de Salvador notificou 186 casos suspeitos de sarampo e 275 de rubéola. Neste contexto, deve-se reforçar a atenção para o ano de 2007, pois o Distrito apresentou o surto de rubéola, com 12 casos confirmados.

Considerando que o sarampo está erradicado no Brasil, todos os casos suspeitos devem ser descartados ou confirmados pelo critério laboratorial ou vínculo clínico – epidemiológico (meta de 100%). Nos casos de rubéola, espera-se que 80% dos casos sejam confirmados ou descartados por critério laboratorial ou vínculo epidemiológico.

Quanto à Distribuição de casos notificados suspeitos de sarampo e rubéola por sexo, foi constatado que a ocorrência de notificação ficou mais evidente entre as mulheres. No entanto, nos anos de 2004, 2006 e 2007, a situação de maior ocorrência se deu no sexo masculino. No ano de 2007, a notificação de casos suspeitos entre os homens representou 64% da distribuição dos casos, o que se enquadra nos parâmetros nacionais.

Em relação à distribuição dos casos notificados suspeitos de sarampo e rubéola por faixa etária, foi percebido, no ano de 2007, que a ocorrência dos casos atingiu, em sua maioria, a idade acima de 10 anos, correspondendo a quase 55%. Nesse mesmo ano, diante da confirmação do surto de rubéola e da constatação da maior suscetibilidade dos homens na faixa etária de 20 a 29 anos, a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia<sup>9</sup> intensificou as ações de controle, realizando campanha de vacina para o grupo masculino com a idade de até 39 anos.

As doenças imunopreveníveis requerem medidas simples para que se interrompa sua transmissão. Portanto, na ocorrência de um caso suspeito de rubéola, é importante que seja notificado imediatamente. Deve-se também proceder à investigação, realizando a coleta de sangue (com até 28 dias antes do exantema), de três amostras das secreções nasofaríngeas e o bloqueio vacinal dos suscetíveis (até 72 horas). As amostras colhidas são encaminhadas ao Laboratório Central Estadual, acompanhadas da ficha de investigação epidemiológica de

doenças exantemáticas; a pesquisa de anticorpos será feita pelo método de Ensaio Imunoenzimático (Elisa).<sup>9</sup>

A medida de controle que se deve implementar é, por conseguinte, a interrupção da cadeia de transmissão, ou seja, a vacinação dos contatos suscetíveis. Outra tentativa pode ser feita com a redução da suscetibilidade do hospedeiro, que pode ser desenvolvida pela intensificação de campanhas de vacina. As campanhas não devem esperar a ocorrência de um novo caso; elas devem ter efeitos para prevenir a existência deles.

O sarampo local, autóctone, encontra-se erradicado; os casos ocorridos na Bahia, em 2006, derivaram de um caso importado e foram rapidamente bloqueados, mantendo a circulação viral interrompida.<sup>10</sup>

Durante a pesquisa foi encontrada uma falha na notificação dos casos de sarampo e rubéola. O sistema de informação, no ano de 2007, apresentava um caso confirmado de sarampo por critério clínico. Sabendo que o sarampo autóctone permanece erradicado, a equipe de Vigilância Epidemiológica deveria estar atenta, o que evidencia a necessidade de atualização da equipe, para a conscientização de que todos os casos suspeitos de sarampo devem ser descartados ou confirmados pelo critério laboratorial ou vínculo clínico-epidemiológico.

Após a constatação deste caso confirmado e divulgação dessa falha à equipe de Vigilância Epidemiológica, foi feita a exclusão do sistema, descartando-se a possibilidade de confirmação do caso. Esse fato comprova a pertinência deste estudo, devido à necessidade de compreender o sistema de informação e também avaliar sua coerência.

No entanto algumas dificuldades são vivenciadas durante a execução das atividades da Vigilância Epidemiológica no município de Salvador. Uma delas é a falta de um veículo próprio, disponível a cada distrito diariamente, para a realização das investigações e envio das amostras, o que implica demora na vigilância da vacinação e de respostas rápidas aos agravos. Além disso, as etapas das ações da vigilância epidemiológica não são realizadas pela mesma equipe, ou seja, a mesma profissional que notifica é diferente da que realiza a investigação e a coleta, resultando na ocorrência de falhas nas informações, tornando a investigação fragmentada. Outra dificuldade evidenciada é a notificação tardia, o que resulta na demora na investigação dos casos, sendo mister a necessidade de monitoramento das unidades para a importância da notificação imediata em casos de suspeita. Também foi possível observar a ocorrência de casos em que os pacientes apresentavam resistência na realização da coleta de sangue, fato que exige ações de educação junto à comunidade. Outro problema evidenciado é a integração da rede pública com a rede privada.

Desse modo, é fundamental que os profissionais de saúde que atuam na Vigilância Epidemiológica conheçam o perfil epidemiológico de sua área de abrangência, realizem a coleta

dos dados, quando ocorrerem os casos, avaliem seus fatores de risco e suas tendências, para consolidar e elaborar um planejamento, executando medidas de controle e avaliação do sistema. É importante a retroalimentação, ou seja, a divulgação dos dados obtidos.<sup>11</sup>

Algumas medidas devem ser tomadas pela equipe da Vigilância Epidemiológica, tais como: monitorar e treinar a equipe para a realização de investigação oportuna e adequada; busca ativa de casos suspeitos em domicílios, hospitais e unidades básicas; promoção de campanhas de vacinação; alimentação regular do sistema de informação; retroalimentação dos dados, por meio de informes e boletins epidemiológicos. A informação oportuna e de qualidade permitirá tomar medidas corretivas durante e depois da campanha, para verificar a consecução da meta de cobertura.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Estado da Bahia apresenta condições favoráveis à circulação de vírus oriundos de várias regiões do país e do mundo, por ser importante polo turístico e econômico, o que o coloca em situação de risco constante e contribui para um risco aumentado de surtos de doenças transmissíveis.

Os dados do estudo demonstraram que, no período de 2003 a 2007 (exceto no ano de 2006), ocorreu um aumento gradativo na distribuição dos casos notificados suspeitos de sarampo e rubéola, em que o DSBRV notificou 122 casos suspeitos. No período estudado, 100% dos casos suspeitos de sarampo foram descartados. Em relação aos casos de rubéola, percebeu-se que ocorreu a confirmação de 1 caso em 2004, 3 em 2006 e 12 em 2007.

Quanto à distribuição dos casos notificados suspeitos de sarampo e rubéola por faixa etária, no ano de 2007, 55% dos casos atingiu a idade acima de 10 anos. Já em relação à distribuição por sexo, a ocorrência de notificação ficou mais evidente entre as mulheres; nos anos de 2004, 2006 e 2007, a situação de maior ocorrência se deu no sexo masculino, representando 64% da distribuição dos casos notificados suspeitos no ano de 2007.

Os resultados demonstram que é importante assumir o comprometimento político de intensificar as ações da vigilância epidemiológica. Para tanto, é necessária a investigação oportuna e adequada dos casos e o seguimento de contatos. Com este procedimento, objetiva-se interromper a transmissão das doenças exantemáticas, conforme compromisso dos países das Américas, interromper a circulação do vírus e evitar futuros surtos de sarampo e rubéola, priorizando a eliminação da Síndrome da Rubéola Congênita.<sup>10</sup>

Portanto, é fundamental um compromisso contínuo, das autoridades e dos trabalhadores de saúde, na promoção de ações em equipe que tragam resultados e impactos no

controle das doenças exantemáticas, sendo necessário sensibilizar os profissionais de saúde para a realização de medidas preventivas e de controle, a fim de ratificar a magnitude da doença como problema de saúde pública.

### **AGRADECIMENTOS**

A Maria da Conceição Costa Rivemales, pelo apoio e confiança; a subcoordenadora de Vigilância a Saúde Ana Carina Dunnah; à equipe de VIEP e ao digitador Giovani Cabral do DSBRV, pela ajuda e disponibilidade; e a Adriana Dourado, pela colaboração.

### **REFERÊNCIAS**

1. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 6ª ed. Brasília; 2005.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Manual de Vigilância para a Erradicação do Sarampo e para Controle da Rubéola. Brasília; 2001.
3. Rouquayrol MZ. Almeida Filho N. Epidemiologia & Saúde. 5ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Curso básico de Vigilância Epidemiológica. Brasília; 2005.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Brasília; 2007. Extraído de [<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/index.php>], acesso em [8 de novembro de 2007].
6. Kurcgant P. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
7. Brasil. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Extraído de [[http://www.samu192.com.br/aulas2/legislacao/lei\\_organica8080\\_19\\_09\\_90.pdf](http://www.samu192.com.br/aulas2/legislacao/lei_organica8080_19_09_90.pdf).], acesso em [7 de outubro de 2007].
8. Mendes EV. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1993.
9. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. SUVISA. DIVEP. COPIM. Protocolo Estadual de Vigilância Epidemiológica da Síndrome da Rubéola Congênita para Implantação de Unidades Sentinela no Estado da Bahia. Salvador; 2008.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Painel de Indicadores do SUS Panorâmico. 3ª. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2007.
11. Pedersoli CE, Antonialli E, Vila TCS. O enfermeiro na vigilância epidemiológica no município de Ribeirão Preto 1988-1996. R. Latino-Am. Enferm. 1998;6(5):99-205. Extraído de [[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11691998000500013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691998000500013&lng=pt&nrm=iso)], acesso em [9 de novembro de 2007].

Recebido em 13.11.2008 e aprovado em 19.11.2009.