

# Informações gerais sobre Síndrome da Rubéola Congênita e o impacto das intervenções

Este documento apresenta uma visão geral sobre a doença, sua epidemiologia e as intervenções específicas que podem reduzir a carga da doença. A OMS possui vasta informação relativa à vigilância da rubéola e à imunização, que pode ser acessada através do seu site.

## O que é rubéola?

A rubéola é uma doença viral transmitida diretamente através de gotículas no ar de pessoa para pessoa por tosse ou espirro. Em populações suscetíveis, normalmente ocorre durante a infância, mas a doença pode ocorrer em qualquer idade, como uma erupção autolimitada, febre baixa, mal-estar e conjuntivite leve. Tem um período de incubação de 14-21 dias, com a maioria dos indivíduos infectados desenvolvendo um exantema 14-17 dias após a exposição. Os indivíduos permanecem infecciosos entre o 7º dia antes de os sintomas aparecerem até o 4º dia após o início da erupção. Embora a rubéola normalmente seja uma doença leve da infância, a infecção em gestantes pode ter consequências graves para o feto.

## Rubéola durante a gravidez e Síndrome da Rubéola Congênita

A infecção por rubéola durante a gravidez pode levar à perda fetal ou à Síndrome da Rubéola Congênita (SRC), resultante da transmissão vertical da infecção da mãe para o filho. A SRC ocorre em até 90% das crianças nascidas de mulheres que adquirem a rubéola durante o primeiro trimestre e particularmente nas primeiras 10 semanas de gravidez; o risco diminui para 10 a 20% entre 11 e 16 semanas, e é muito baixo para além do segundo trimestre.

A SRC é uma importante causa de muitos defeitos congênitos graves: é mais comumente associada com retardo do crescimento intrauterino, microcefalia, deficiência auditiva, doenças cardíacas congênitas, catarata congênita, outras anormalidades oculares e dificuldades de aprendizagem auditiva. Algumas crianças podem parecer normais no nascimento, especialmente quando a infecção ocorreu após o primeiro trimestre da gravidez, mas podem desenvolver problemas de visão ou surdez perceptiva.

## Quais são os principais fatores de risco?

Gestantes não-vacinadas e que não tiveram rubéola estão em risco, especialmente quando há altos níveis de vírus em circulação na população, o que é mais provável em lugares sem vacinação universal para a rubéola ou se a cobertura vacinal é baixa.

## Epidemiologia global

Há variação regional significativa na incidência da rubéola e SRC, que está relacionada com o impacto dos programas de triagem e vacinação. Em áreas onde a vacina contra a rubéola não foi introduzida em programas nacionais de imunização, a rubéola apresenta um histórico de ocorrência em níveis endêmicos e epidêmicos a cada 5-9 anos. A figura 1 ilustra a cobertura vacinal da rubéola. Até o final de 2011, 131 países rotineiramente administravam a vacina contra a rubéola. A vacinação universal contra a rubéola levou a uma redução notável nos casos; por exemplo, uma redução de 95% na ocorrência de rubéola e nos casos confirmados de rubéola congênita nas Américas. Globalmente, em 2010, havia 112.265 casos de rubéola e 208 casos de SRC<sup>1</sup>. No entanto, estes números subestimam a incidência real na população. Nos países em desenvolvimento, a incidência da SRC pode chegar a 0,5-3,3 por 1000 nascidos vivos durante as epidemias<sup>2</sup>.

Os dados de vigilância (Tabela 1) da África, das Américas, Ásia, Europa Oriental e do Mediterrâneo Oriental registram taxas de incidência de SRC entre 0,4-4,3 por 1000 nascidos vivos em anos epidêmicos. A prevalência de nascimentos em anos não-epidêmicos tende a ser menor, mas geralmente é severamente subestimada.

A vigilância de SRC não é bem documentada, mas mais de 100.000 casos são estimados para ocorrer anualmente em todo o mundo<sup>3</sup>. Os relatórios de vigilância mostram que o maior número de casos está na Europa e nas Américas; no entanto, isso reflete um melhor serviço de informação e de vigilância nessas regiões. A OMS desenvolveu orientações sobre como desenvolver melhores serviços de vigilância e sistemas de monitoramento da rubéola e da SRC, bem como definições de caso padrão, a fim de melhorar a comunicação.

## Mortalidade

A mortalidade global da rubéola congênita caiu substancialmente desde a introdução da vacinação contra a rubéola, que foi licenciada em 1969. No entanto, a expectativa de vida dos que nascem com síndrome da rubéola congênita é reduzida, dependendo da gravidade da doença e do acesso e da qualidade dos serviços de saúde.

## Deficiência e qualidade de vida

A SRC é incapacitante, por exemplo, através de cegueira (25% dos casos), surdez (60%), doença cardíaca congênita (45%) e dificuldade de aprendizagem (13%). A gravidade da SRC é variável, assim como a quantidade de cuidados e o manejo da doença que são necessários. A identificação de casos nos períodos pré-natal e neonatal pode reduzir a morbidade associada à SRC por meio de uma assistência eficaz e do aconselhamento para a mãe infectada e a criança afetada.

---

<sup>1</sup>WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system 2012 global summary

<sup>2</sup>Robertson SE, Featherstone DA, Gacic-Dobo M, Hersh BS *Rubella and congenital rubella syndrome: global update*. Rev Panam Salud Publica. 2003 Nov;14(5):306-15

<sup>3</sup>ibid

## Reduzir a prevalência, a morbidade e a mortalidade

As estratégias globais para eliminar SRC são baseadas em programas de imunização da população e na triagem. As estratégias de imunização da população podem variar e terão de ser decididas por cada país com base em uma avaliação do que é viável. A triagem antes e durante a gravidez para avaliar a imunidade das mulheres à rubéola também auxilia nas ações informativas, incluindo a vacinação (antes da gravidez), e fornece informações sobre os riscos durante a gravidez ou uma confirmação para aqueles que estão imunes.

A identificação adequada e o tratamento após o nascimento e ao longo da vida também são elementos importantes dos cuidados para as pessoas afetadas pela SRC. A figura 2 ilustra algumas das oportunidades de intervenção.

### Intervenções antes da gravidez

Programas universais de imunização como parte de programas nacionais de saúde reduzem o número de indivíduos suscetíveis e a taxa de transmissão da infecção. A vacinação contra a rubéola fornece imunidade em 95% dos vacinados após uma dose e a 99% depois de duas doses. Existem diferentes estratégias de vacinação para reduzir a incidência da SRC ou eliminar a rubéola, e a OMS produziu uma série de documentos em relação aos programas de imunização e vigilância.

Idealmente todas as meninas deveriam ser vacinadas contra a rubéola no momento em que atingem a idade reprodutiva. Os programas devem visar a cobertura de pelo menos 95% das crianças (meninas e meninos); uma cobertura menor poderia reduzir a transmissão na infância, mas deixaria um maior número de mulheres suscetíveis em idade reprodutiva, aumentando assim o risco de rubéola na gravidez e de SRC.

Em lugares onde a vacinação contra a rubéola não é rotineiramente fornecida (incluindo onde a vacina única contra o sarampo é fornecida), a introdução de programas de acompanhamento (visando faixas etárias mais amplas), utilizando vacinas contra sarampo, caxumba e rubéola (SCR) ou sarampo e rubéola (SR) pode ser recomendado. No entanto, como dito acima, é preciso assegurar que a cobertura de imunização seja elevada (>80%). A análise dos programas de imunização existentes para outras doenças é um aspecto importante do desenvolvimento de uma estratégia de imunização contra a rubéola.

### Intervenções durante a gravidez

O risco de uma mulher grávida contrair rubéola pode ser avaliado por triagem a fim de verificar seu estado imunológico. Se suscetível, pode ser aconselhada a evitar o contato com pessoas com rubéola e, uma vez que o bebê é nascido, ambos podem ser imunizados contra rubéola para a proteção de futuras gestações.

O diagnóstico clínico da rubéola, inclusive durante a gravidez, não é confiável, visto que um grande número de casos pode ser subclínico e os sintomas são frequentemente não-específicos. Se uma mulher grávida desenvolve sinais e sintomas de uma doença semelhante à rubéola ou foi exposta à rubéola, sua suscetibilidade e idade gestacional devem ser determinadas. Se ela se mostrar imune à rubéola ou numa gravidez avançada, não serão necessários mais testes. Caso contrário, a confirmação laboratorial da rubéola pode ser necessária. O ultrassom pode detectar anomalias em um feto infectado, mas a sensibilidade pode ser baixa.

Gestantes suscetíveis expostas à rubéola devem ser aconselhadas sobre o risco de transmissão vertical, que varia inversamente com a idade gestacional, e a ela devem ser oferecidas opções de manejo, tais como a possibilidade de interrupção da gravidez (onde

esta opção é legal e aceitável), especialmente se a infecção primária ocorreu antes de 12-16 semanas de gestação. Se a interrupção da gravidez é ilegal ou inaceitável, aconselhamento e assistência são necessários para preparar a mulher ou o casal para o nascimento de uma criança potencialmente deficiente. A imunoglobulina humana normal é provavelmente ineficaz em evitar a rubéola congênita, e só deve ser considerada quando a interrupção da gravidez não é aceitável.

### **Intervenções após o nascimento**

O tratamento de suporte e acompanhamento são elementos-chave para o manejo da SRC. O tratamento depende de manifestações clínicas, que podem se desenvolver e progredir ao longo do tempo. As investigações para determinar a gravidade da SRC podem incluir análises neurológicas, cardíacas, exames oftalmológicos e audiológicos e o cuidado poderá ter a necessidade de ser multidisciplinar.

### **Custo-benefício das intervenções**

Tem havido um grande avanço no sentido de eliminar a rubéola e a SRC em muitos países. O custo de eliminação dessas doenças foi estimado em 7% do que custaria aos sistemas de saúde de alguns países no fornecimento de serviços de assistência e de reabilitação para os bebês nascidos com SRC (o custo informado para o tratamento de SRC varia de \$ 1994 - \$ 43920). Os estudos que examinam a relação custo-benefício da vacinação contra a rubéola são limitados e têm sido mais realizados em países de alta renda, onde, porém, eles indicam que os programas de vacinação são eficazes em termos de custo.

A relação custo-benefício geralmente varia internacionalmente. Para os pontos de corte do custo-benefício para diferentes regiões do mundo, acesse:

[http://www.who.int/choice/costs/CER\\_levels/en/index.html](http://www.who.int/choice/costs/CER_levels/en/index.html), e para custos de itens específicos por região e país, visite: <http://www.who.int/choice/costs/en/>.

### **Quais são as principais questões éticas, legais e sociais a ser consideradas?**

Questões como a igualdade, a disponibilidade e acessibilidade dos serviços, ao lado de questões legais, tais como as relacionadas com a interrupção da gravidez, podem ser relevantes.

### **Cuidado pré-concepção**

É importante que todas as pessoas em risco sejam capazes de se beneficiar da vacinação, triagem para suscetibilidade à rubéola e outras intervenções preventivas. A disponibilidade e acessibilidade dos serviços variam entre os países e regiões, e os programas e seu efetivo funcionamento são vulneráveis à falta de financiamento, má infraestrutura dos serviços de saúde e origens sociais e culturais locais.

### **Durante a gravidez**

Em muitos países, a interrupção de uma gravidez é ilegal ou severamente restrita aos casos em que é necessária para a proteção da vida da mulher. A interrupção também pode ser dependente do consentimento dos pais da mulher ou do seu parceiro. Abortos ilegais são comuns em locais com os piores cuidados de saúde e infraestrutura. Isto pode levar a práticas de aborto inseguro e ao aumento do risco para a mulher.

## Vivendo com a deficiência

A rubéola congênita é a principal causa prevenível de perda auditiva, cegueira e deficiência cognitiva no mundo. Aqueles que nascem com rubéola congênita geralmente têm baixa expectativa de vida devido à má qualidade de serviços de saúde, infraestrutura precária e muitas vezes insuficiente prioridade dada às pessoas com deficiência. A falta de acesso e conhecimento das intervenções disponíveis também contribui para a baixa expectativa de vida.

## PRINCIPAIS REFERÊNCIAS

Darnstadt GL *et al.* Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? Neonatal Survival 2. *Lancet* 2005.

Global Immunisation Data, January 2008 ([www.who.int/immunization\\_monitoring/data/en/](http://www.who.int/immunization_monitoring/data/en/))

Jamison DT, Feachem RG, Makgoba MW, et al. (editors). Disease and Mortality in Sub-Saharan Africa. 2nd edition. 2006. Washington (DC): World Bank.

Salisbury D, Ramsay M, Noakes K (editors). Immunisation against infectious disease 2006. Norwich, UK, The Stationery Office.

WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system. 2010 global summary.

Hinman AR, Irons B, Lewis M, Kandola K. Economic analyses of rubella and rubella vaccines: a global review. *Bull World Health Organ.* 2002;80(4):264-70.

## TÓPICOS RELACIONADOS

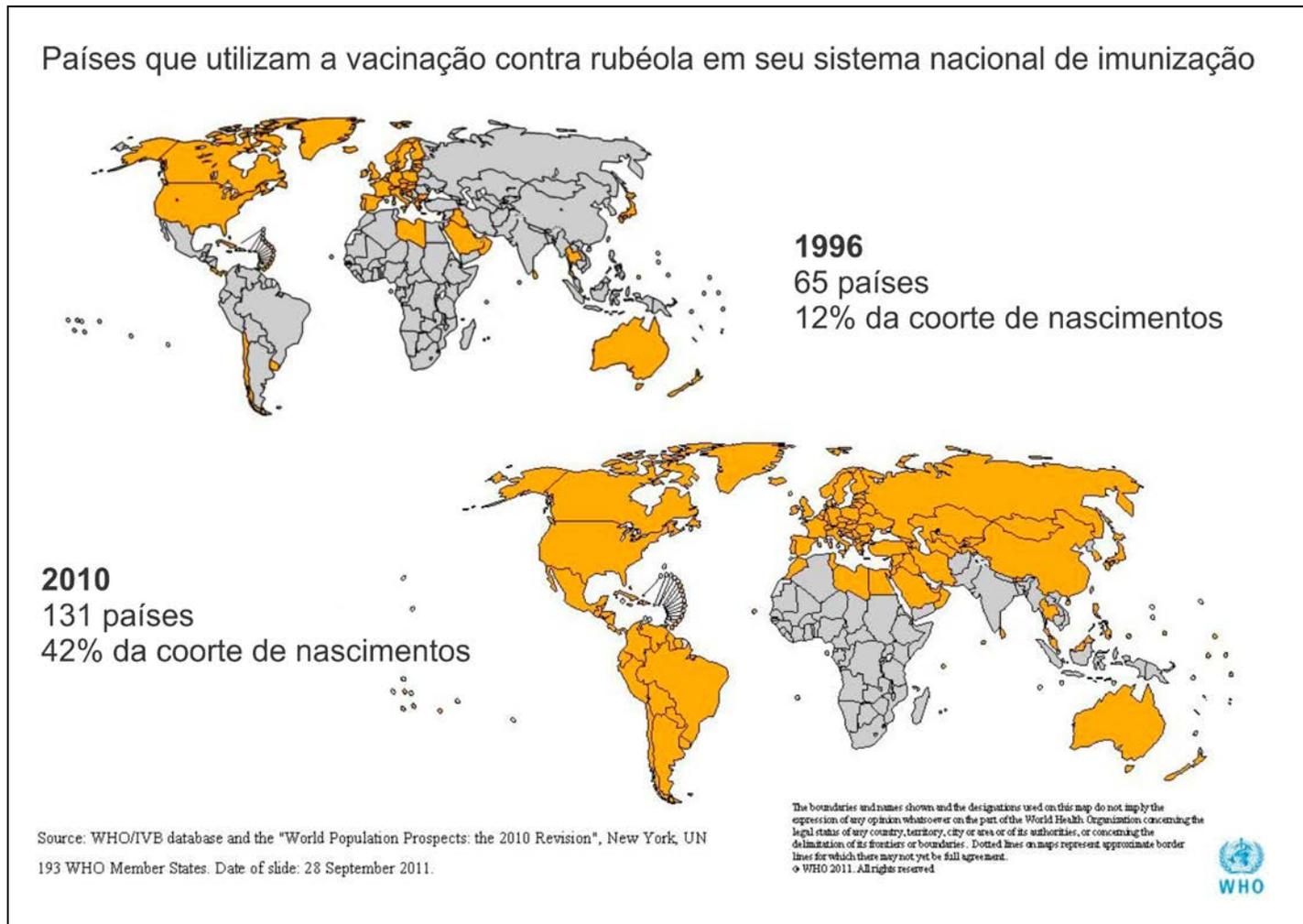
Cuidado e triagem pré-concepção

Cuidado e triagem pré-natal

Teratógenos

Triagem neonatal

Figura 1: Cobertura global de imunização contra rubéola



**Tabela 1:** Exemplos de taxas de incidência relatadas para SRC (from [www.who.int/immunization/rub\\_global\\_review\\_2003.pdf](http://www.who.int/immunization/rub_global_review_2003.pdf))

País	Local	Incidência de SRC & Período de Tempo
Brasil	Cidade de Rio Branco	0.6/ 1000 nascidos vivos durante surto em 2000-2001, com 4.3/1000 nascidos vivos em mês de pico
Gana	Região de Ashanti	0.8/ 1000 nascidos vivos em 1996-1997
Israel	Nacional	1.7/ 1000 nascidos vivos in 1972
Jamaica	Instituições de âmbito nacional de crianças deficientes	0.4/ 1000 nascidos vivos 1972-1981
Jamaica	Nacional	0.4/ 1000 nascidos vivos durante surto em 1995
Malásia	Hospital Universitário, Kuala Lumpur	0.5/ 1000 nascidos vivos em 1993-1998
Omã	Nacional	0.5/ 1000 nascidos vivos durante surto em 1988
Omã	Nacional	0.7/ 1000 nascidos vivos durante surto em 1993
Panamá	Cidade do Panamá	2.2/ 1000 nascidos vivos em 1985-1987
Federação Russa	Região de Perm	3.5/ 1000 nascidos vivos em 1994-1995

**Figura 2:** Fluxograma de avaliação das necessidades para rubéola congênita

