



BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO MENSAL N°01/2017 – VIGILÂNCIA DA DOENÇA MENINGOCÓCICA

(Atualizado em 31 de outubro de 2017)

A doença meningocócica (DM) pode ser considerada um evento raro. No entanto, talvez pela possibilidade da ocorrência de casos graves com alta letalidade, com uma evolução muito aguda, ou talvez pelo seu potencial epidêmico, poucas doenças têm tanto poder de causar pânico entre a população. Causada pela bactéria *Neisseria meningitidis* (meningococo), apresenta três formas clínicas, meningite meningocócica (MM), meningite meningocócica com meningococemia (MM+MCC) e meningococemia (MCC).

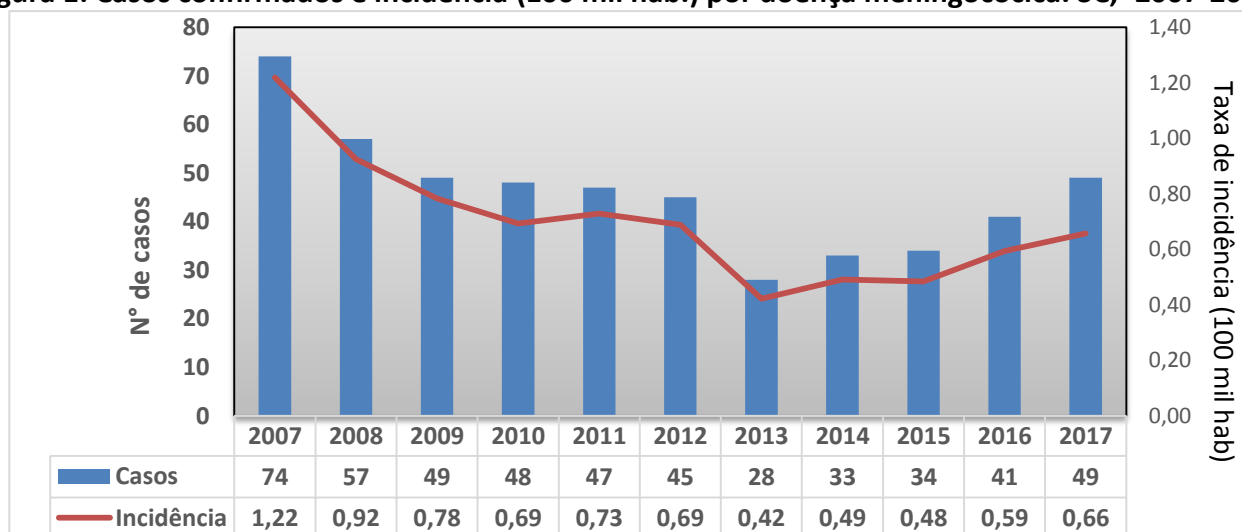
A *N. meningitidis* é classificada em 12 genogrupos, de acordo com a composição antigênica da cápsula polissacarídica. Os genogrupos A, B, C, Y, W e X são responsáveis por praticamente todos os casos da doença no mundo e infectam apenas humanos. Como fatores de risco para o adoecimento, estão descritos o contato íntimo com paciente doente, a infecção respiratória aguda recente, o hábito de fumar, o convívio em aglomerados urbanos, as doenças crônicas e as síndromes imunossupressivas.

A DM ocorre em todo o mundo, com importantes diferenças geográficas e também, ao longo do tempo, apresentam variações nas incidências e na distribuição de genogrupos. No Brasil, a DM é endêmica, com ocorrência esporádica de surtos, geralmente localizados no território de um município específico. O monitoramento constante, a vigilância oportuna e adequada é primordial para indicadores de qualidade que possam traduzir a efetividade da Vigilância das Meningites. A parceria e o empenho da rede de laboratórios e hospitais é essencial para a identificação do agente etiológico das meningites, detecção do aumento de casos e acompanhamento de possível ocorrência de surtos.

Monitoramento da Doença Meningocócica em Santa Catarina

Em Santa Catarina, a partir do ano de 2008, a doença meningocócica apresenta características endêmicas (incidência <1 por 100.000 hab.). A redução nas taxas de incidência ocorreu de forma sustentada até 2013, quando se observa um leve aumento a partir do ano de 2014. Em 2017, até a semana epidemiológica nº 43, foram confirmados 49 casos de DM com uma taxa de incidência de 0,66 casos por 100 mil habitantes, número acima do registrado em 2016 (n=41 casos) (Figura 1).

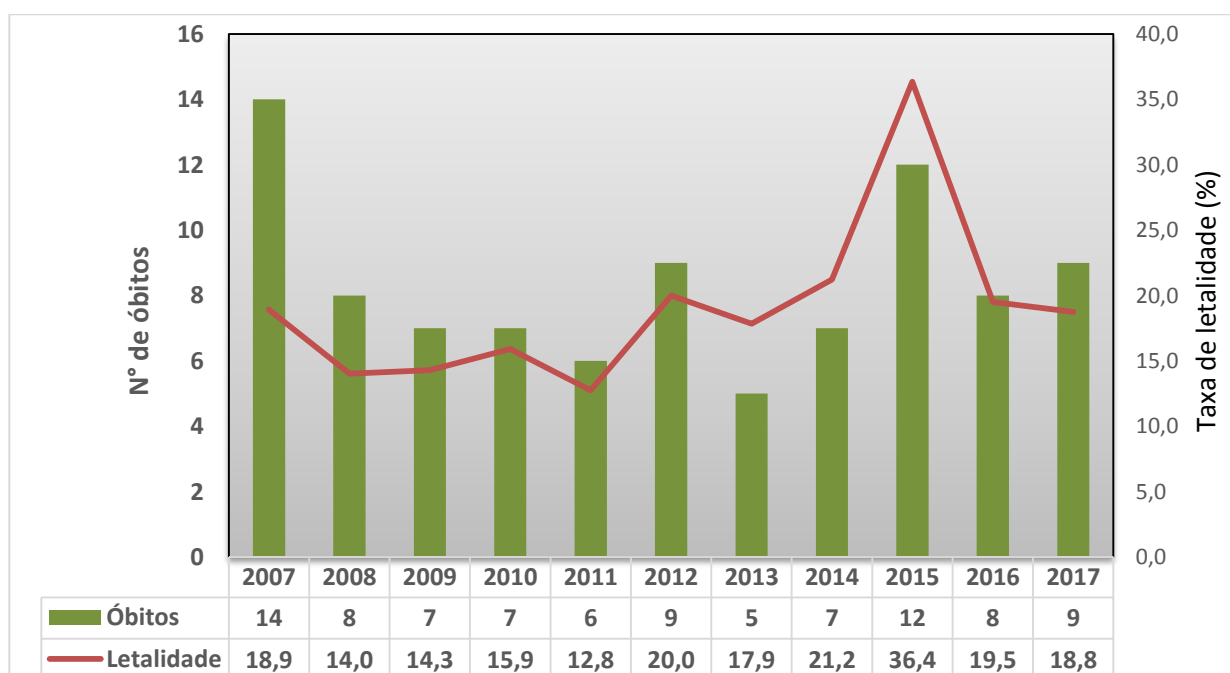
Figura 1: Casos confirmados e incidência (100 mil hab.) por doença meningocócica. SC, -2007-2017*



Fonte: SINAN (Atualizado em 31/10/2017). Dados sujeitos a alterações.

O número de óbitos por doença meningocócica apresentou uma queda a partir de 2008, mantendo-se numa média de sete óbitos por ano entre 2008 e 2014, com uma letalidade variando de 18,9% a 21,2%. Em 2015, o número de óbitos subiu para 12, elevando a letalidade para 36,4%, retornando a média de casos do período anterior em 2016. Em 2017, até o momento, foram confirmados nove óbitos por doença meningocócica, com uma taxa de letalidade de 18,8%, número inferior ao ano de 2016. (Figura 2).

Figura 2: Óbitos e taxa de letalidade (%) por doença meningocócica. SC, -2007-2017*



Fonte: SINAN (Atualizado em 31/10/2017). Dados sujeitos a alterações.

na faixa etária mais acometida pela doença meningocócica em 2016 foi a de maiores de 30 anos (31,7%), concentrando também a maior letalidade (46,2%), seguida pelas faixas etárias de 20 a 29 anos (19,5%) e em menores de um ano igualmente com 19,5% dos casos.

No ano de 2017, a faixa etária com maior número de casos é de 20 a 29 anos (22,4%), seguida pela faixa etária de 1 a 4 anos de idade, com 20,4%. Já a taxa de letalidade, diferente do ano de 2016, tem representação em quase todas as faixas etárias, concentrando-se ao longo do ano principalmente nos maiores de 20 anos. (Tabela 1).

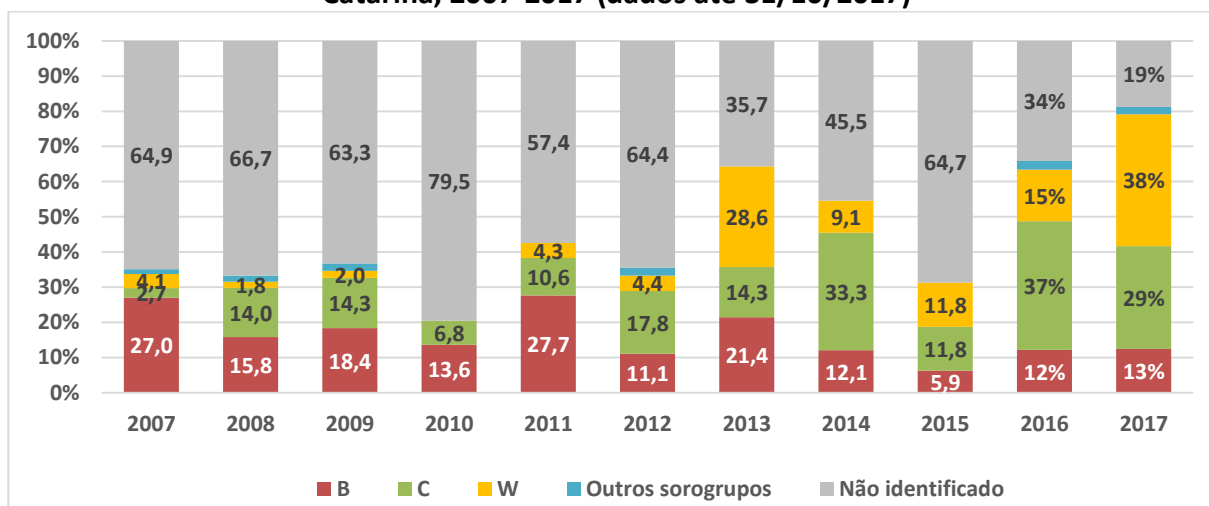
Tabela 1: Distribuição de casos, óbitos e letalidade por Doença Meningocócica segundo faixa etária e ano de início de sintomas. SC, 2016-2017*

Idade	2016				2017			
	Casos	%	óbitos	Tx Letalidade	Casos	%	óbitos	Tx Letalidade
<1 Ano	8	19,5	2	25,0	6	12,2	1	16,7
01-04	3	7,3	0	0,0	10	20,4	1	10,0
05-09	2	4,9	0	0,0	4	8,2	1	25,0
10-14	3	7,3	0	0,0	6	12,2	0	0,0
15-19	4	9,8	0	0,0	6	12,2	1	16,7
20-29	8	19,5	0	0,0	11	22,4	3	27,3
30 e+	13	31,7	6	46,2	7	14,3	2	28,6
Total	41	100,0	8	19,5	49	100,0	9	18,4

Fonte: SINAN (Atualizado em 31/10/2017). Dados sujeitos a alterações.

Com relação à distribuição por genogrupo, observa-se um incremento importante no diagnóstico laboratorial por meio da diminuição da proporção de casos não identificados, com queda de 64,9% em 2007 para 19% em 2017. De 2007 a 2013, o genogrupo B teve uma maior proporção de amostras identificadas. Entre 2014 e 2016, observou-se uma maior circulação do genogrupo C, com uma pequena elevação do genogrupo W. Já em 2017, o genogrupo W é o responsável por 38% do total de casos de DM (maior proporção dos últimos 10 anos), seguido pelo genogrupo C (29%) e genogrupo B (13%). (Figura 3).

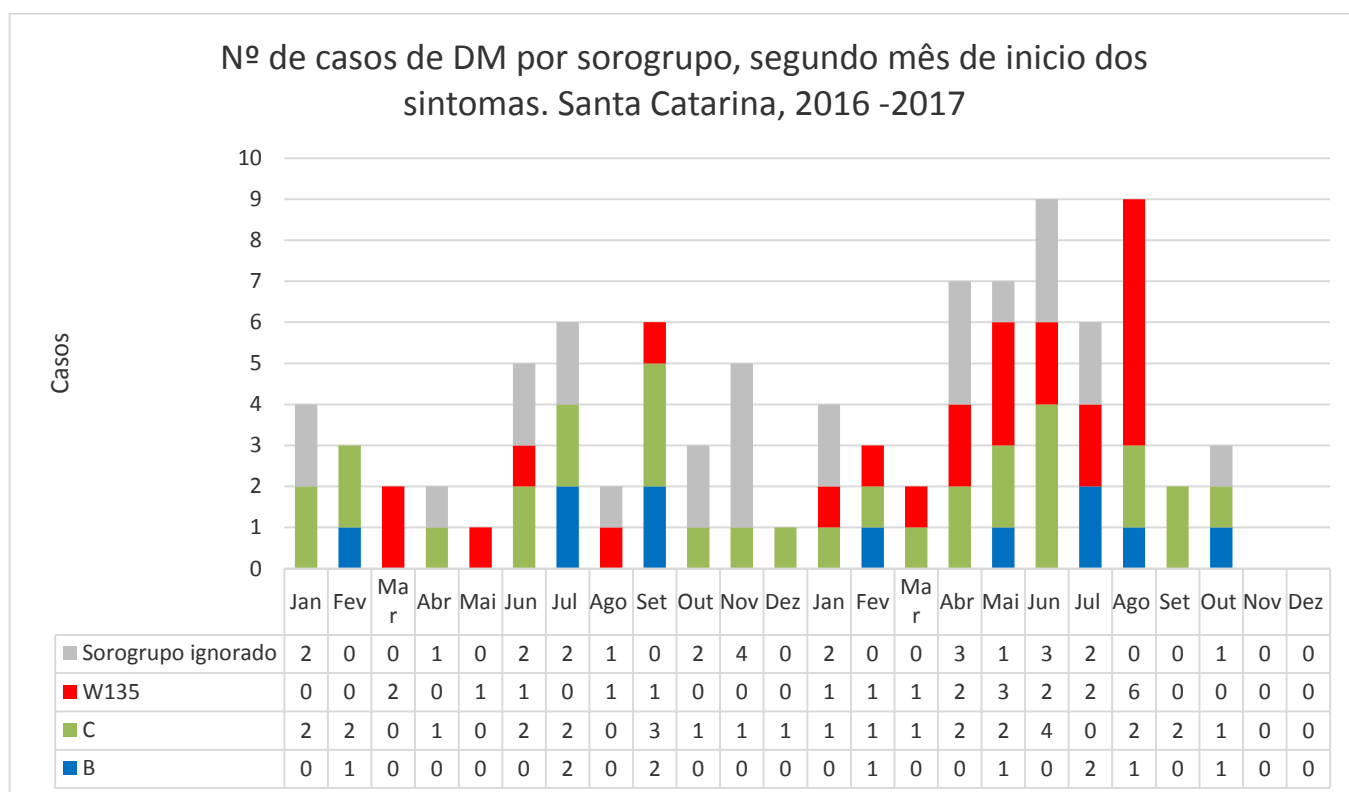
Figura 3: Distribuição de casos confirmados de doença meningocócica segundo genogrupos. Santa Catarina, 2007-2017 (dados até 31/10/2017)



Fonte: SINAN (Atualizado em 31/10/2017). Dados sujeitos a alterações.

No ano de 2016, verificou-se a ocorrência do genogrupo C em praticamente todos os meses do ano, com exceção dos meses de março, maio e agosto. Em 2017, este genogrupo se mantém presente ao longo do período, com exceção do mês de julho, quando não houve amostra identificada para esse genogrupo. O genogrupo W apresentou baixa ocorrência em 2016, com 6 casos/ano; em 2017, foram identificadas 18 amostras ao longo do ano, tendo significativo aumento no mês de agosto, quando foram identificadas 6 amostras. Já nos meses de setembro e outubro não houve registros de amostras/casos identificadas deste agente. O genogrupo B apresenta uma discreta frequência quando comparado aos outros. Os registros de casos ignorados referem-se àqueles em que o diagnóstico foi feito apenas clinicamente ou por métodos laboratoriais- estes não identificam o agente causador. (Figura 4).

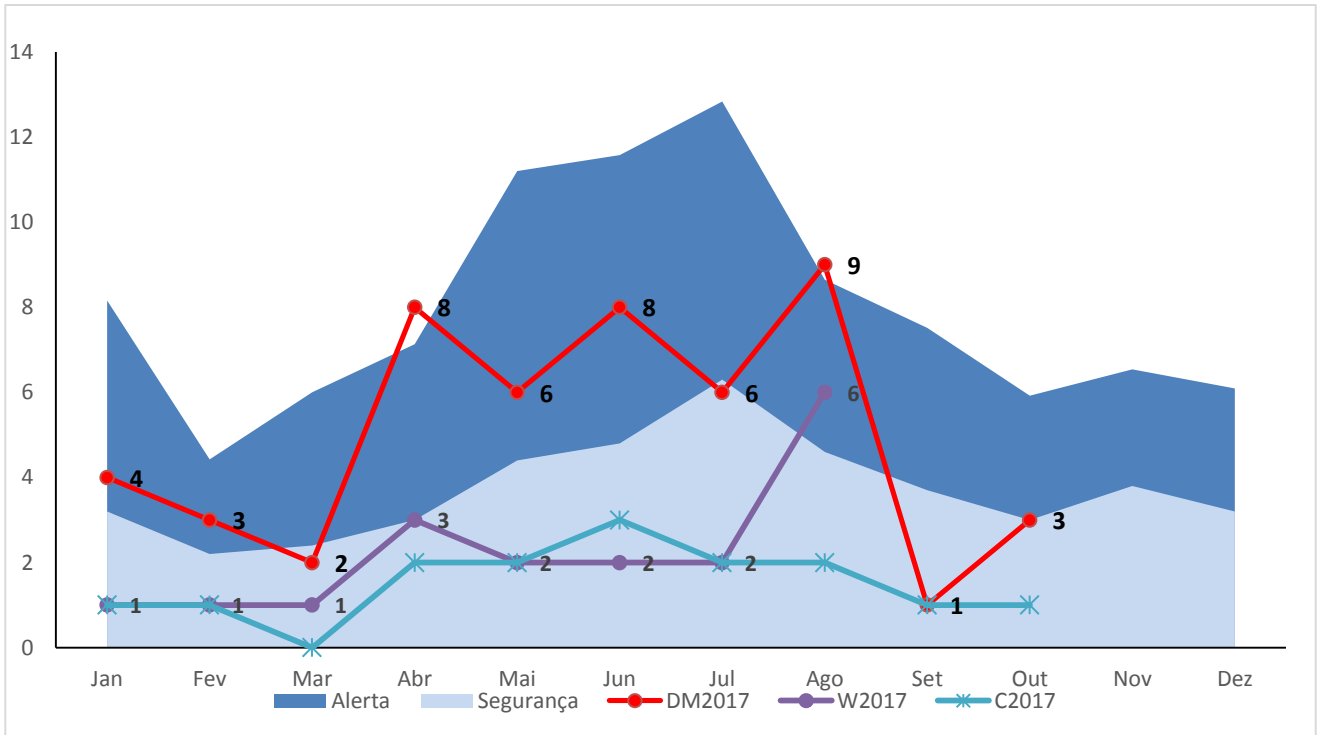
Figura 4: Número de casos de Doença Meningocócica por genogrupo, segundo mês de início dos sintomas. Santa Catarina, 2016-2017 (dados até 31/10/2017)



Fonte: SINAN (Atualizado em 31/10/2017). Dados sujeitos a alterações.

Analisando o canal endêmico de 2017, até a semana epidemiológica nº 43, os 49 casos confirmados de DM em Santa Catarina se mantiveram na zona de alerta durante a maior parte do ano (6/10), superando este limite nos meses de abril e agosto. No entanto, a partir de setembro, o número de casos retorna à zona de segurança, permanecendo nesta durante o mês de outubro (Figura 5).

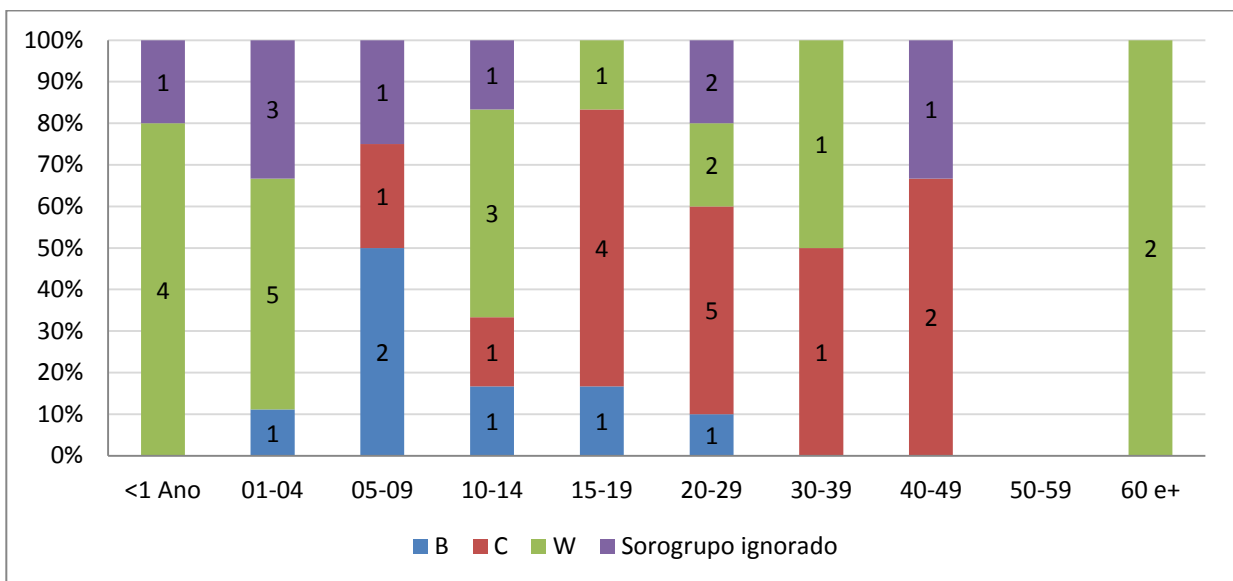
Figura 5: Canal endêmico mensal de doença meningocócica. Santa Catarina, 2017



Fonte: SINAN (Atualizado em 31/10/2017). Dados sujeitos a alterações.

Quando observada a distribuição por genogrupo nas faixas etárias, genogrupo W é predominante entre os menores de 5 anos de idade, representando 50% dos casos (9/18). Nas demais faixas, o genogrupo C predomina com 31,3% dos casos (14/32) (Figura 6).

Figura 6: Distribuição dos casos confirmados de doença meningocócica segundo faixa etária e sorogrupo. Santa Catarina, 2017*



Fonte: SINAN (Atualizado em 31/10/2017). Dados sujeitos a alterações.

Em relação ao local de ocorrência dos casos, em 2017, até a semana epidemiológica nº43, os 49 casos confirmados de DM se distribuíram em 22 municípios catarinenses, com maior número de casos no litoral. Destacam-se os municípios de Florianópolis e Itajaí, com 7 casos cada um, seguidos por Blumenau, com 5 casos. (Tabela 2).

Tabela 2: Casos de Doença Meningocócica por município de residência. Santa Catarina, 2017*

Município de Residência	Casos
Araquari	1
Balneário Camboriú	3
Barra Velha	1
Blumenau	5
Bocaina do Sul	1
Camboriú	2
Chapecó	2
Criciúma	1
Florianópolis	7
Governador Celso Ramos	1
Imbituba	1
Itajaí	7
Itapema	1
Jaraguá do Sul	1
Mafra	1
Navegantes	3
Palhoça	3
Ponte Serrada	1
Rio Rufino	1
Santo Amaro da Imperatriz	1
São José	2
Tubarão	3
Total	49

Fonte: SINAN (Atualizado em 31/10/2017). Dados sujeitos a alterações.

Considerações Finais

O perfil de casos e óbitos de Meningites em Geral em Santa Catarina no ano de 2017, até o momento, indica predomínio das meningites virais com uma incidência de 3,77 casos por 100 mil habitantes (264/590), acometendo, principalmente, os menores de 5 anos de idade. Em relação à Doença Meningocócica, a partir de 2013, registramos um aumento da incidência, passando de 0,42 casos por 100 mil habitantes para 0,66 casos por 100 mil habitantes em 2017, com aumento da letalidade, de 17,9% em 2013 a 18,8% em 2017.

A melhora no diagnóstico laboratorial com a diminuição de casos com genogrupo não identificado deve ser considerada na observação da proporção de genogrupos ao longo dos anos. No ano de 2017, o W foi o genogrupo responsável até o momento por 38% do total de casos de DM, seguido pelo genogrupo C (29%), sinalizando uma provável mudança no perfil dos últimos 10 anos.

Todas as medidas de prevenção destinadas à população em geral devem ser reforçadas, com o objetivo de controlar os mecanismos de transmissão por via aérea de doenças respiratórias, com ênfase em recém-nascidos e menores de 1 ano, evitando que este grupo tenha contato com pessoas doentes, contato íntimo (beijos) ou compartilhem objetos que contenham secreções respiratórias (chupetas, mamadeiras, alimentos, etc.), além da exposição a aglomerado de pessoas.

Todas as crianças acima de 1 ano de idade e adultos com febre, cefaleia, vômitos, rigidez da nuca e outros sinais de irritação meníngea, convulsões e/ou manchas vermelhas no corpo devem ser considerados casos suspeitos. Nos casos de meningococemia, atentar para eritema/exantema, além de sinais e sintomas inespecíficos (sugestivos de septicemia), como hipotensão, diarreia, dor abdominal, dor em membros inferiores, mialgia, rebaixamento do sensório, entre outros. Em crianças abaixo de 1 ano de idade, os sintomas clássicos acima referidos podem não ser tão evidentes; é importante considerar, para a suspeita diagnóstica, sinais de irritabilidade, como choro persistente, e verificar a existência de abaulamento de fontanela.

Todos os serviços de saúde devem estar atentos à detecção precoce dos casos suspeitos de DM durante a consulta médica, bem como realizar a notificação imediata dos casos suspeitos às autoridades competentes. A notificação pode ser realizada por qualquer profissional da área da assistência, vigilância e pelos laboratórios públicos e privados, através de contato telefônico, e-mail, fax ou outras formas de comunicação.

As medidas de controle têm por objetivo prevenir casos secundários. No caso da DM, uma delas é a quimioprofilaxia, que visa erradicar os agentes causadores de doenças invasivas da oronasofaringe

dos portadores sadios que, via de regra, estão entre os comunicantes íntimos do caso índice, além de prevenir casos secundários. Os casos secundários são raros e, geralmente, ocorrem nas primeiras 24h após a notificação do caso suspeito, considerando 10 dias antes do início dos sintomas; a quimioprofilaxia está indicada para os contatos domiciliares do doente, incluindo os domicílios coletivos como internatos, quartéis e creches e, nesse caso, limita-se a pessoas que compartilhem o dormitório com o doente. Consequentemente, excluem-se da quimioprofilaxia os colegas de trabalho, de sala de aula e outros contatos. Não há recomendação para os profissionais da área de saúde que atenderam o caso de doença meningocócica, exceto para aqueles que realizaram procedimentos invasivos (intubação orotraqueal, passagem de cateter nasogástrico) sem utilização de equipamento de proteção individual adequado (EPI). O antibiótico de escolha para a quimioprofilaxia é a rifampicina, que deve ser administrada em dose adequada, e simultaneamente e exclusivamente a todos os contatos íntimos. A recomendação para uso preferencial e/ou restrito da rifampicina, além do tratamento da tuberculose no país, visa evitar a seleção de cepas resistentes de meningococos.

O Programa Nacional de Imunização (PNI) dispõe de vacinas que podem prevenir algumas formas de meningite (BCG, Meningo C, *Haemophilus B*, Pneumocócica). Em relação à Doença Meningocócica, a vacina meningocócica C conjugada se encontra disponível para crianças a partir de três meses de idade até menores de cinco anos e, a partir de 2017, o Ministério da Saúde passou a disponibilizar a vacina para adolescentes na faixa etária de 12 a 13 anos, que recebem um reforço da vacina ou dose única, conforme situação vacinal. Estas vacinas estão disponíveis em todas as unidades básicas de saúde do SUS.