



Estado de Santa Catarina
Secretaria de Estado da Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica
Gerência de Vigilância de Doenças Imunopreveníveis e Imunização



Boletim Epidemiológico Mensal nº03/2019 – Vigilância da Doença Meningocócica
(Atualizado em 30 de julho de 2019)

A doença meningocócica (DM) pode ser considerada um evento raro. No entanto, pela possibilidade da ocorrência de casos graves com alta letalidade, com uma evolução aguda, ou 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 sorogrupos, de acordo com a composição antigênica da cápsula polissacarídica. Os sorogrupos 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.

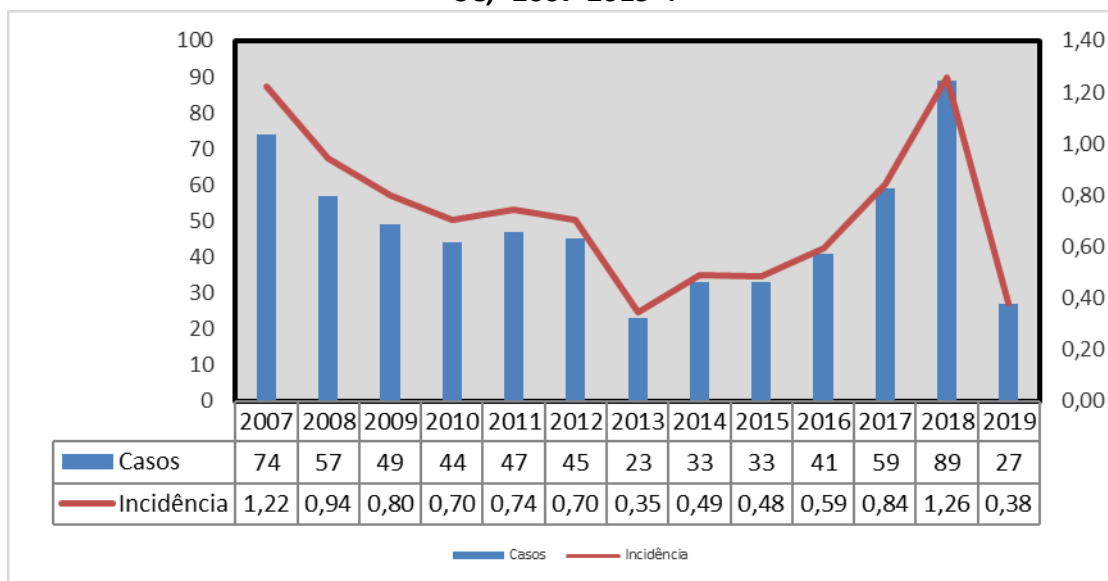
A DM ocorre em todo o mundo, com importantes diferenças geográficas e, ao longo do tempo, apresentam variações nas incidências e na distribuição de sorogrupos. No Brasil, a DM é endêmica, com ocorrência esporádica de surtos, geralmente localizados no território de um município específico. O monitoramento constante e a vigilância oportuna e adequada são primordiais para indicadores de qualidade que possam traduzir a efetividade da vigilância das meningites.

A parceria e o empenho da rede de laboratórios e hospitais são essenciais 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, observando-se um aumento a partir de 2014 chegando a 1,26 no ano de 2018, a mais alta desde ano de 2008. Em 2019, até a semana epidemiológica nº 31 (30/07/2019), foram confirmados 27 casos de DM com uma taxa de incidência de 0,38 caso por 100 mil habitantes (Gráfico 1).

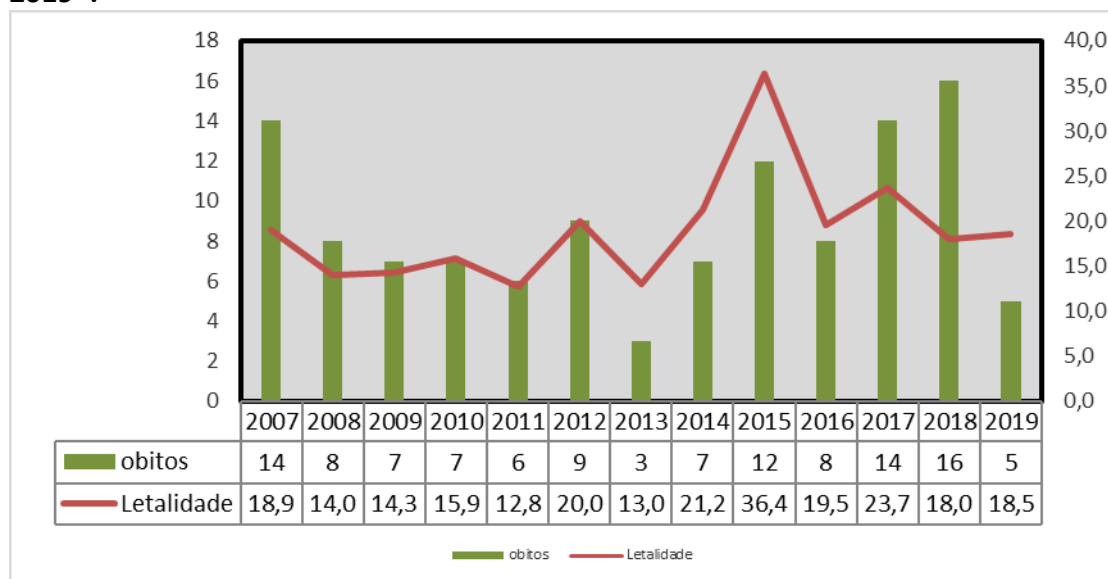
Gráfico 1: Casos confirmados e incidência (100 mil hab.) por doença meningocócica. SC, -2007-2019*.



Fonte: SINAN (Atualizado em 30/07/2019). SE 31. Dados sujeitos a alterações.

O número de óbitos por doença meningocócica apresentou uma queda a partir de 2008, mantendo-se numa média de 7 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%, reduzindo para 19,5% em 2016, porém voltando a aumentar em 2017 (23,7%) e encerrando ano de 2018 com 13,3%. Em 2019, até a SE 31 foram confirmados 5 óbitos por doença meningocócica, com uma taxa de letalidade de 18,5%, de acordo com Gráfico 2.

Gráfico 2: Óbitos e taxa de letalidade (%) por doença meningocócica. SC, -2007-2019*.



Fonte: SINAN (Atualizado em 30/07/2019). SE 31. Dados sujeitos a alterações.

No ano de 2018, a faixa etária com maior número de casos foi de 30 anos, com 29,2%, seguida pela faixa etária de 20 a 29 anos de idade, com 25,8%. A taxa de

letalidade, em 2018, concentrou-se ao longo do ano na faixa etária de 20 a 29 anos. Em 2019, 37% dos casos se concentraram na faixa etária de maior de 30 anos; a letalidade se apresentou maior na faixa etária de menores de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos com uma taxa de 50% em cada faixa etária, seguida por menores 1 ano com taxa de 33%. (Tabela 1).

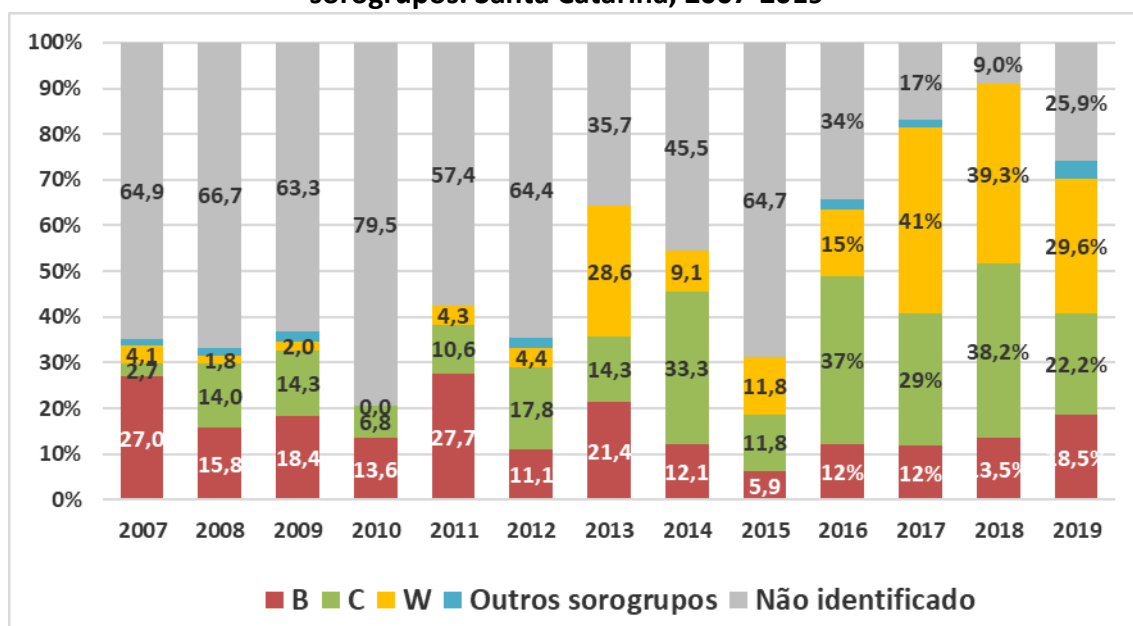
Tabela 1: Distribuição de casos, óbitos e letalidade por Doença Meningocócica segundo faixa etária e ano de início de sintomas. SC, 2016-2019*.

	2018				2019			
	Casos	%	óbitos	Letalidade	Casos	%	óbitos	Letalidade
<1 Ano	10	11,2	4	40	3	11,1	1	33
01-04	14	15,7	2	14	3	11,1	0	0
05-09	2	2,2	0	0	1	3,7	0	0
10-14	5	5,6	1	0	2	7,4	1	50
15-19	9	10,1	0	0	2	7,4	1	50
20-29	23	25,8	6	26	6	22,2	1	17
30 e+	26	29,2	3	12	10	37,0	1	10
Total	89	100,0	16,0	18,0	27	100,0	5,0	18,5

Fonte: SINAN (Atualizado em 30/07/2019). SE 31. Dados sujeitos a alterações.

Com relação à distribuição por sorogrupo, 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 17% em 2017. De 2007 a 2013, o sorogrupo B teve uma maior proporção de amostras identificadas. Entre 2014 e 2016, observou-se uma maior circulação do sorogrupo C, com uma pequena elevação do sorogrupo W. Já em 2018, o sorogrupo W é o responsável por 39,3% do total de casos de DM seguido pelo sorogrupo C (38,2%) e sorogrupo B (13,5%). Em 2019, o sorogrupo W foi responsável por 29,6% das amostras, sorogrupo C foi responsável por 22,2%, e o sorogrupo B responsável por 18,5% das amostras com identificação. Os casos que não tem sorogrupo identificado representam 25,9% como ilustra o Gráfico 3.

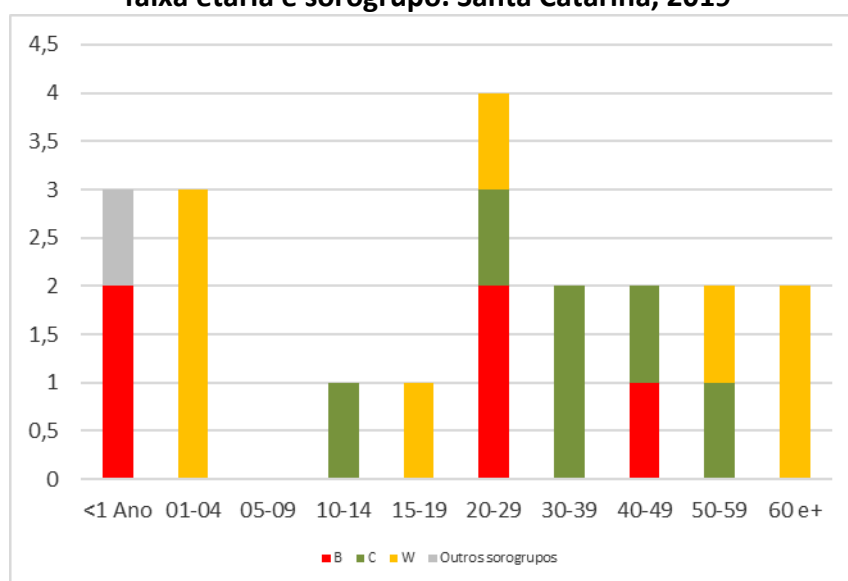
Gráfico 3: Distribuição de casos confirmados de doença meningocócica segundo sorogrupos. Santa Catarina, 2007-2019*



Fonte: SINAN (Atualizado em 30/07/2019). SE 31. Dados sujeitos a alterações.

Quando observada a distribuição por sorogrupo nas faixas etárias, identificamos o sorogrupo W presente nas faixas etárias de 1 a 4 anos, 15 a 29 anos e de 40 a 49 anos e nas faixas etárias acima de 60 anos. O sorogrupo C foi identificado somente na faixa etária de 10 a 14 anos de 20 a 59 anos. O sorogrupo B foi identificado nos menores de 1 ano, na faixa etária de 20 a 29 anos e também na faixa de 40 a 49 anos. Em menores de 1 ano foi identificado 1 caso de sorogrupo Y. (Gráfico 4).

Gráfico 4: Distribuição dos casos confirmados de doença meningocócica segundo faixa etária e sorogrupo. Santa Catarina, 2019*



Fonte: SINAN (Atualizado em 30/07/2019). SE 31. Dados sujeitos a alterações.

Em relação ao local de ocorrência dos casos, em 2019, até a semana epidemiológica nº 31, os 27 casos confirmados de DM ocorreram em 20 municípios

catarinenses. Lages é o município com maior número de casos, 3 no total. Blumenau, Criciúma, Itajaí, Itapema e São José concentram 2 casos em cada município. Em Apiúna, Balneário Camboriú, Bombinhas, Fraiburgo, Garopaba, Imbituba, Laguna, Jaraguá do Sul, Navegantes, Palhoça, Porto União, São Francisco Tubarão e Turvo, foram identificados 1 caso em cada município. (Tabela 2).

Tabela 2: Casos de Doença Meningocócica segundo mês e município de residência. Santa Catarina, 2019*

Município de Residência	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	Total
Apiúna						1		1
Balneário Camboriú			1					1
Blumenau		1	1					2
Bombinhas					1			1
Criciúma				1			1	2
Fraiburgo				1				1
Garopaba			1					1
Imbituba						1		1
Itajaí			1		1			2
Itapema		1		1				2
Jaraguá do Sul				1				1
Lages				1		1	1	3
Laguna			1					1
Navegantes			1					1
Palhoça					1			1
Porto União				1				1
São Francisco do Sul			1					1
São José							2	2
Tubarão							1	1
Turvo	1							1
Total	1	2	7	6	3	3	5	27

Fonte: SINAN (Atualizado em 30/07/2019). SE 31. Dados sujeitos a alterações.

Em 2019, dos 27 casos confirmados de DM, 8 (29,6%) foram identificados como sendo do sorogrupo W, 6 (22,2%) foram do sorogrupo C, e 5 (18,5%) como sorogrupo B. O sorogrupo Y foi identificado em apenas 1 caso (6,7%). Dos 5 óbitos, 2 (40%) foram identificados como sendo do sorogrupo W, 1 (20%) do sorogrupo B e 1 (20%) do sorogrupo C e 1 com sorogrupo não identificado (20%) (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição de casos e óbitos por Doença Meningocócica segundo Sorogrupo. SC, 2019*.

Sorogrupo	Casos	%	Óbitos	Letalidade
Y	1	3,7		0,0
B	5	18,5	1	20,0
C	6	22,2	1	20,0
W	8	29,6	2	40,0
Não identificado	7	25,9	1	20,0
Total	27	100,0	5	100,0

Fonte: SINAN (Atualizado em 30/07/2019). SE 31. Dados sujeitos a alterações.

Considerações Finais

No estado de Santa Catarina até a semana epidemiológica nº31 de 2019, o comportamento da doença meningocócica permanece endêmico, com incidência de 0.38% por 100.000 mil/hab. Entre os casos confirmados em 2019, 18,5% são do sorogrupo B, sorogrupo C 22,2%, 1 caso do sorogrupo Y representando 7% das amostras; 29,6% foram identificadas como sorogrupo W e não identificados somam 25,9% das amostras.

A melhora no diagnóstico laboratorial com a diminuição de casos com sorogrupo não identificado deve ser considerada na observação da proporção de sorogrupos ao longo dos anos. No ano de 2017, o sorogrupo W foi responsável por 42% do total de casos de DM, seguido pelo sorogrupo C (28%), sinalizando uma provável mudança no perfil dos últimos 10 anos. No ano de 2018, foram confirmados 89 casos com incidência de 1,26% por 100.000 mil/hab, maior incidência desde 2007.

Todas as medidas de prevenção destinadas à população em geral devem ser reforçadas, com o objetivo de controlar os mecanismos de transmissão das 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 petéquias, sufusões hemorrágicas e menos frequente rash maculopaular, 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, 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 11 a 14 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.