



## **Boletim Epidemiológico Mensal nº06/2018 – Vigilância da Doença Meningocócica**

(Atualizado em 31 de agosto de 2018)

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.

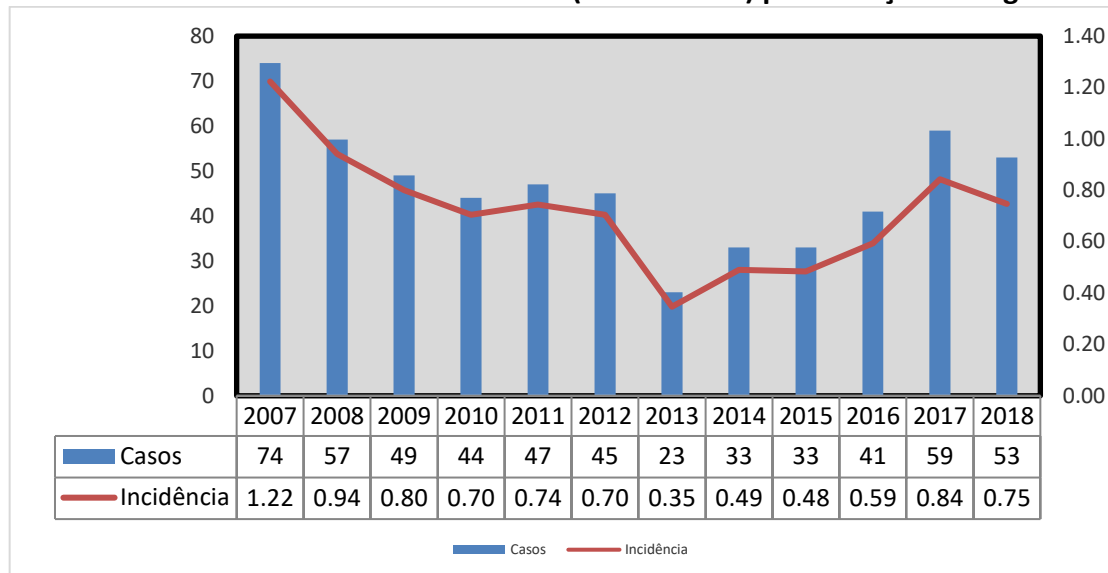
A DM ocorre em todo o mundo, com importantes diferenças geográficas e, ao longo do tempo, apresentam variações nas incidências e na distribuição de sorogrupos. No Brasil, a DM é endêmica, com ocorrência esporádica de surtos, geralmente localizados no território de um município específico. O monitoramento 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. Em 2018, até a semana epidemiológica nº 35 (01/09/2018), foram confirmados 53 casos de DM com uma taxa de incidência de 0,75 casos por 100 mil habitantes (Gráfico 1).

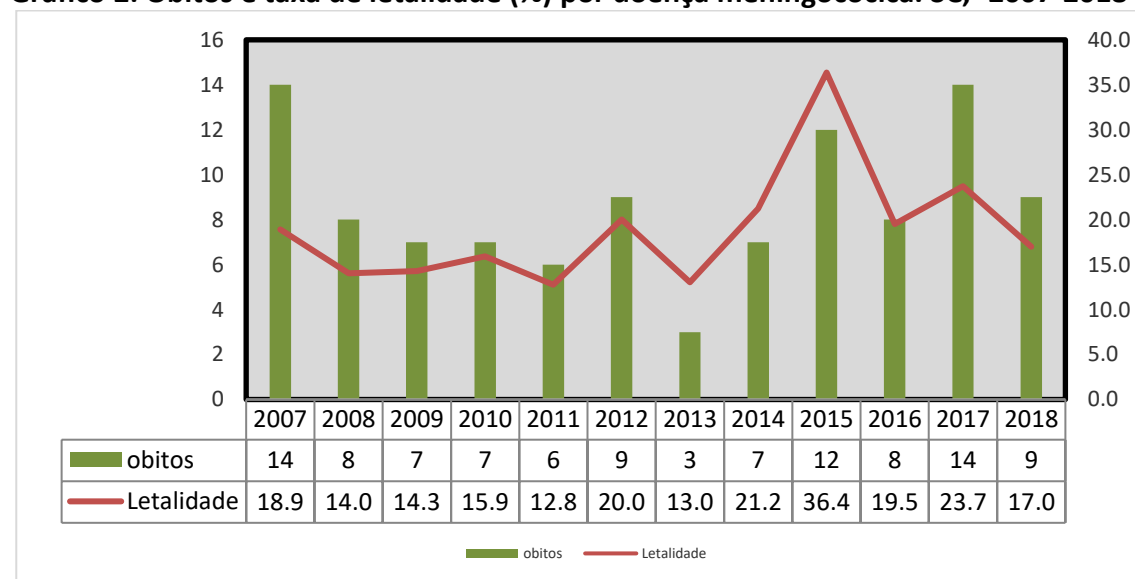
**Gráfico 1: Casos confirmados e incidência (100 mil hab.) por doença meningocócica. SC, -2007-2018\*.**



Fonte: SINAN (Atualizado em 31/08/2018). SE 35. 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%). Em 2018, até o momento, foram confirmados 9 óbitos por doença meningocócica, com uma taxa de letalidade de 17%, de acordo com Gráfico 2.

**Gráfico 2: Óbitos e taxa de letalidade (%) por doença meningocócica. SC, -2007-2018\*.**



Fonte: SINAN (Atualizado em 31/08/2018). SE 35. Dados sujeitos a alterações.

No ano de 2017, a faixa etária com maior número de casos é de 01 a 04 anos, com 22%, seguida pela faixa etária de 20 a 29 anos de idade, com 20,3%. A taxa de letalidade, em 2017, tem representação em quase todas as faixas etárias, concentrando-se ao longo do ano na faixa etária de 15 a 19 anos. Em 2018, 28,3% dos casos se concentraram na faixa etária de 20 a 29 anos; a letalidade se apresentou maior na faixa etária de menores de 1 ano com uma taxa de 40% (Tabela 1).

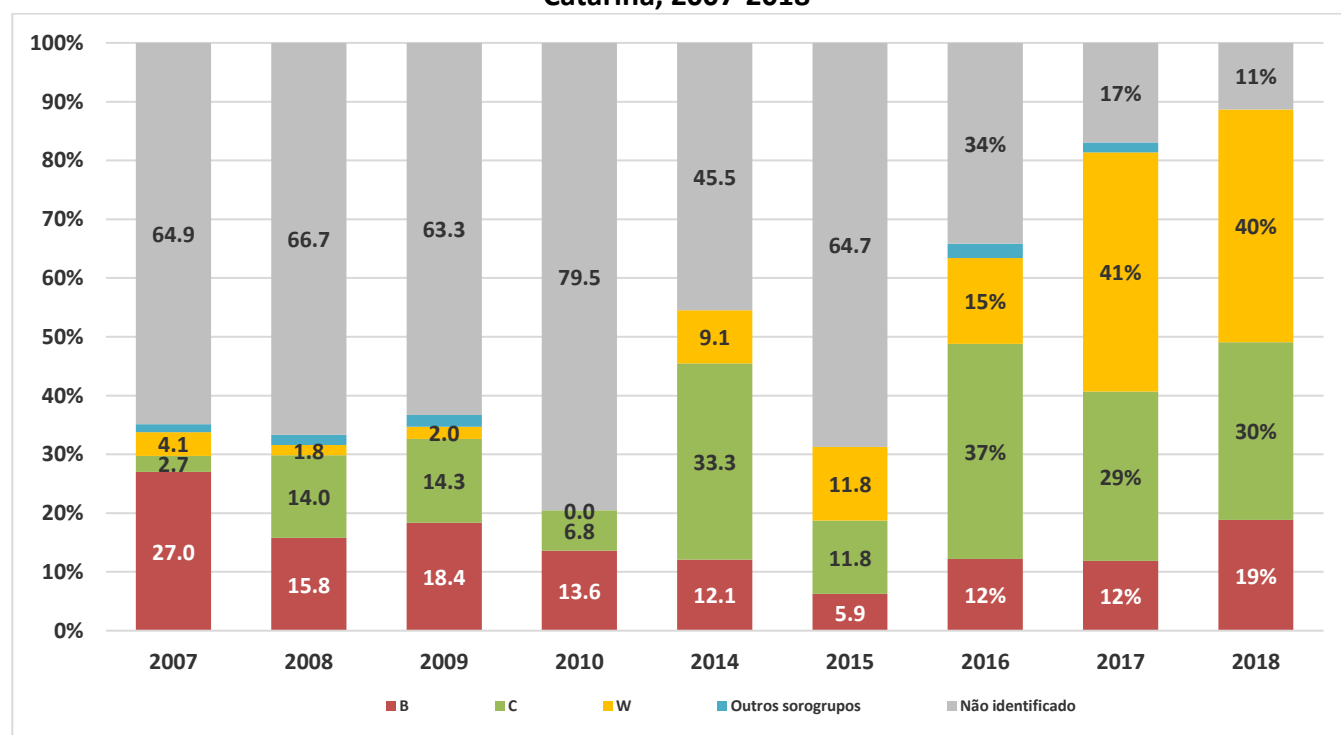
**Tabela 1: Distribuição de casos, óbitos e letalidade por Doença Meningocócica segundo faixa etária e ano de início de sintomas. SC, 2016-2018\*.**

	2017				2018			
	Casos	%	óbitos	Letalidade	Casos	%	óbitos	Letalidade
<1 Ano	5	8,5	1	20,0	5	9,4	2	40
01-04	13	22,0	1	7,7	9	17,0	1	1,1
05-09	7	11,9	2	28,6	1	1,9	0	0
10-14	5	8,5	0	0,0	3	5,7	0	0
15-19	9	15,3	4	44,4	6	11,3	0	0
20-29	12	20,3	3	25,0	15	28,3	4	27
30 e+	8	13,6	3	37,5	14	26,4	2	0
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>	<b>14</b>	<b>23,7</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>	<b>9</b>	<b>17,0</b>

Fonte: SINAN (Atualizado em 31/08/2018). SE 35. 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 2017, o sorogrupo W é o responsável por 41% do total de casos de DM (maior proporção dos últimos 10 anos), seguido pelo sorogrupo C (29%) e sorogrupo B (12%). Em 2018, o sorogrupo W é responsável por 40% das amostras, seguida pelo sorogrupo C (30%) e B (19%), apenas 6 casos não tem sorogrupo identificado representando 11% dos casos como ilustra o Gráfico 3.

**Gráfico 3: Distribuição de casos confirmados de doença meningocócica segundo sorogrupos. Santa Catarina, 2007-2018\***



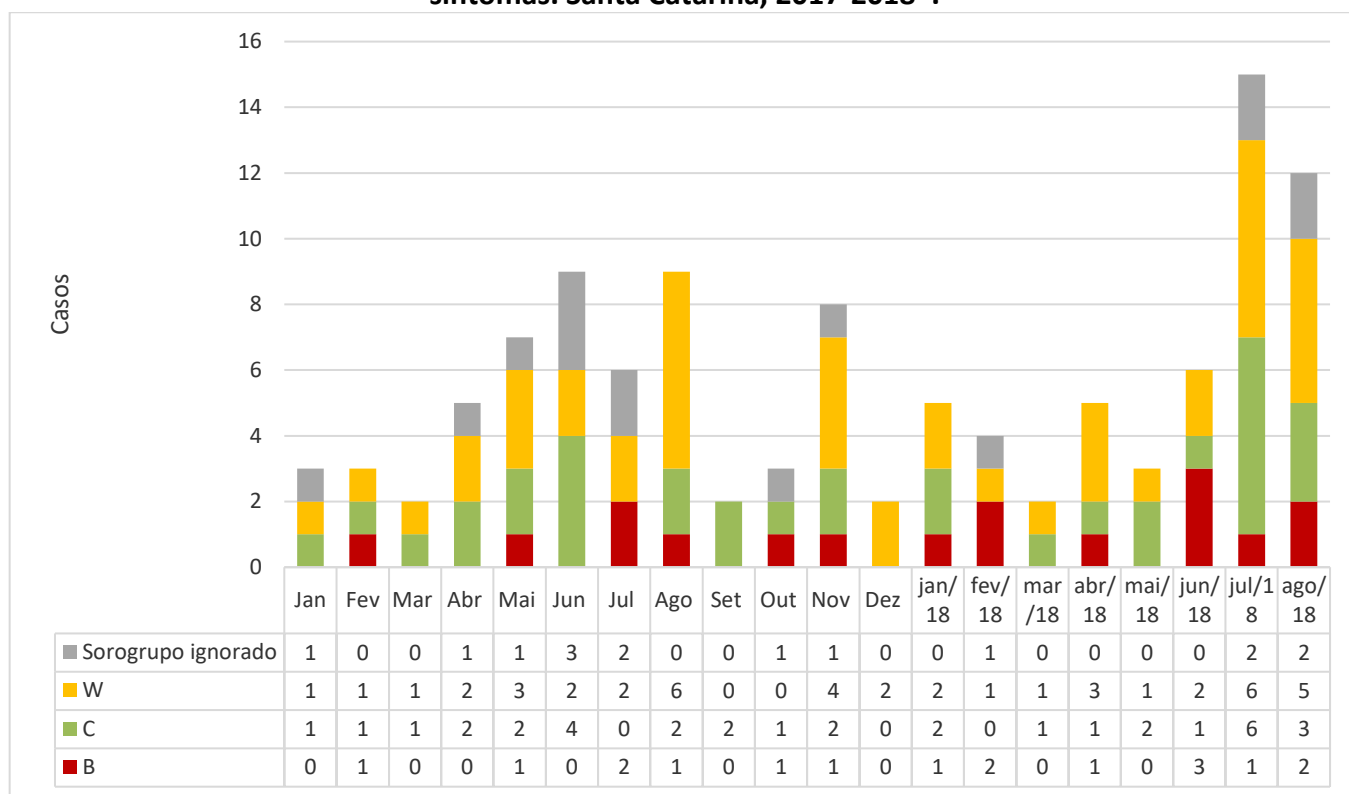
Fonte: SINAN (Atualizado em 31/08/2018). SE 35. Dados sujeitos a alterações.

Em 2017, o sorogrupo W manteve-se presente ao longo do ano, com exceção do mês de julho, quando não houve amostra identificada para esse sorogrupo. Neste período, foram identificadas 24 amostras do sorogrupo W, tendo significativo aumento no mês de agosto, quando com 6 amostras; nos meses de setembro e outubro não houveram registros de amostras/casos identificados desse agente,

retornando com registros no mês de novembro com 4 amostras e no mês de dezembro 2 amostras. Ainda em 2017, foram identificadas 18 amostras do sorogrupo C. O sorogrupo 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 que não identificam o agente causador.

O ano de 2018, inicia com identificação de 3 amostras do sorogrupo W (2 em janeiro e 1 em fevereiro), 3 amostras do sorogrupo C (janeiro), 3 amostras do sorogrupo B (1 em janeiro e 2 em fevereiro). No mês de março 1 foi do sorogrupo W e 1 amostra do sorogrupo C. Em abril 3 amostras foram do sorogrupo W, e respectivamente 1 do sorogrupo C e 1 sorogrupo B. No mês de maio foi identificado 1 amostra do sorogrupo C e 1 amostra do sorogrupo W. No mês de junho foram identificadas 3 amostras do sorogrupo B, 2 amostras do sorogrupo W e uma amostra do sorogrupo C. Em Julho, dos 15 casos notificados, 6 foram do sorogrupo W e 6 do sorogrupo C, uma amostra foi identificada como sorogrupo B. No mês de agosto foi identificado 5 amostras com sorogrupo W, 3 amostras com sorogrupo C e 2 amostras com sorogrupo B. Até a semana nº 35, em 6 casos não foi possível identificar o sorogrupo, de acordo com o Gráfico 4.

**Gráfico 4: Número de casos de Doença Meningocócica por sorogrupo, segundo mês de início dos sintomas. Santa Catarina, 2017-2018\*.**

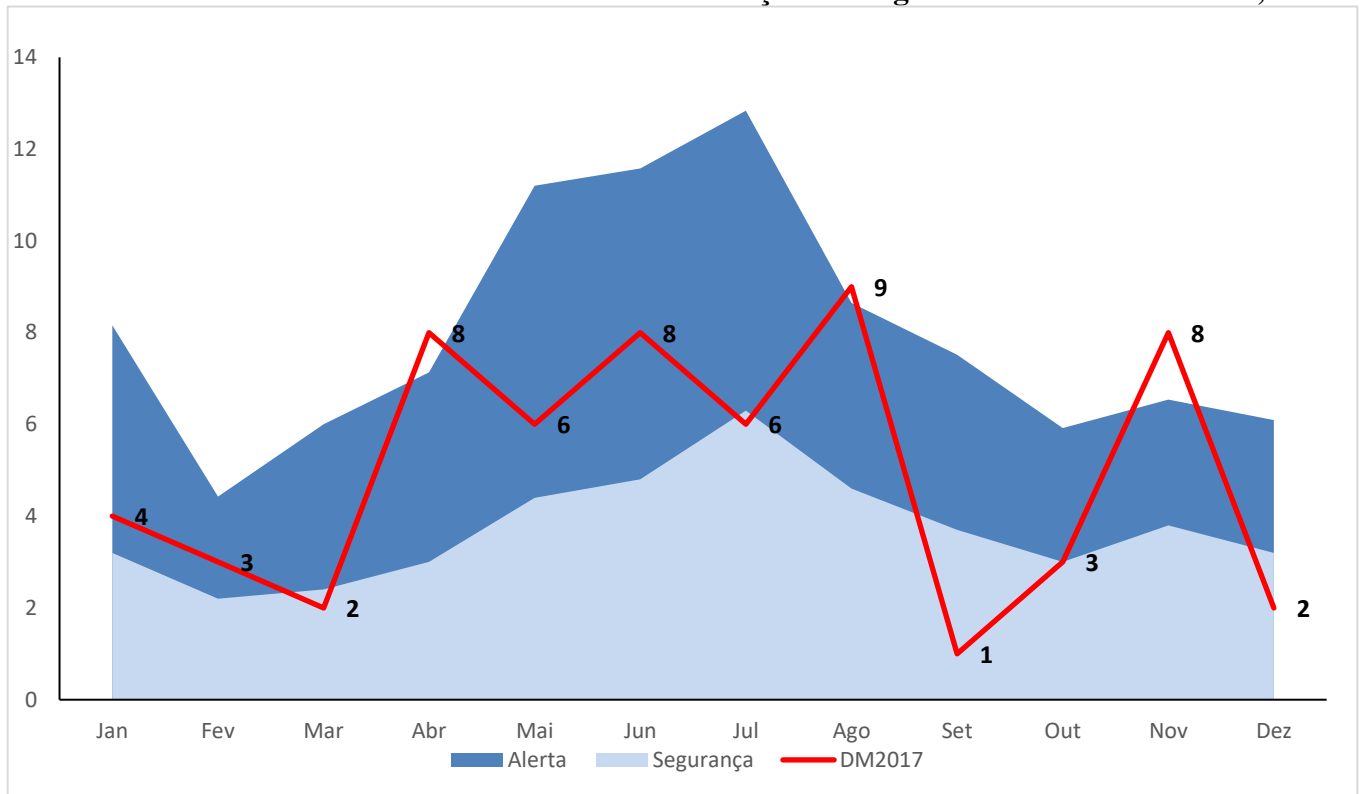


Fonte: SINAN (Atualizado em 31/08/2018). SE 35. Dados sujeitos a alterações.

Analisando o canal endêmico, em 2017 os 59 casos confirmados de DM em Santa Catarina mantiveram-se na zona de alerta durante a maior parte do ano (6/10), superando esse limite nos meses de abril, agosto e novembro, retornando à zona de segurança no mês de dezembro, como ilustra o Gráfico 5.

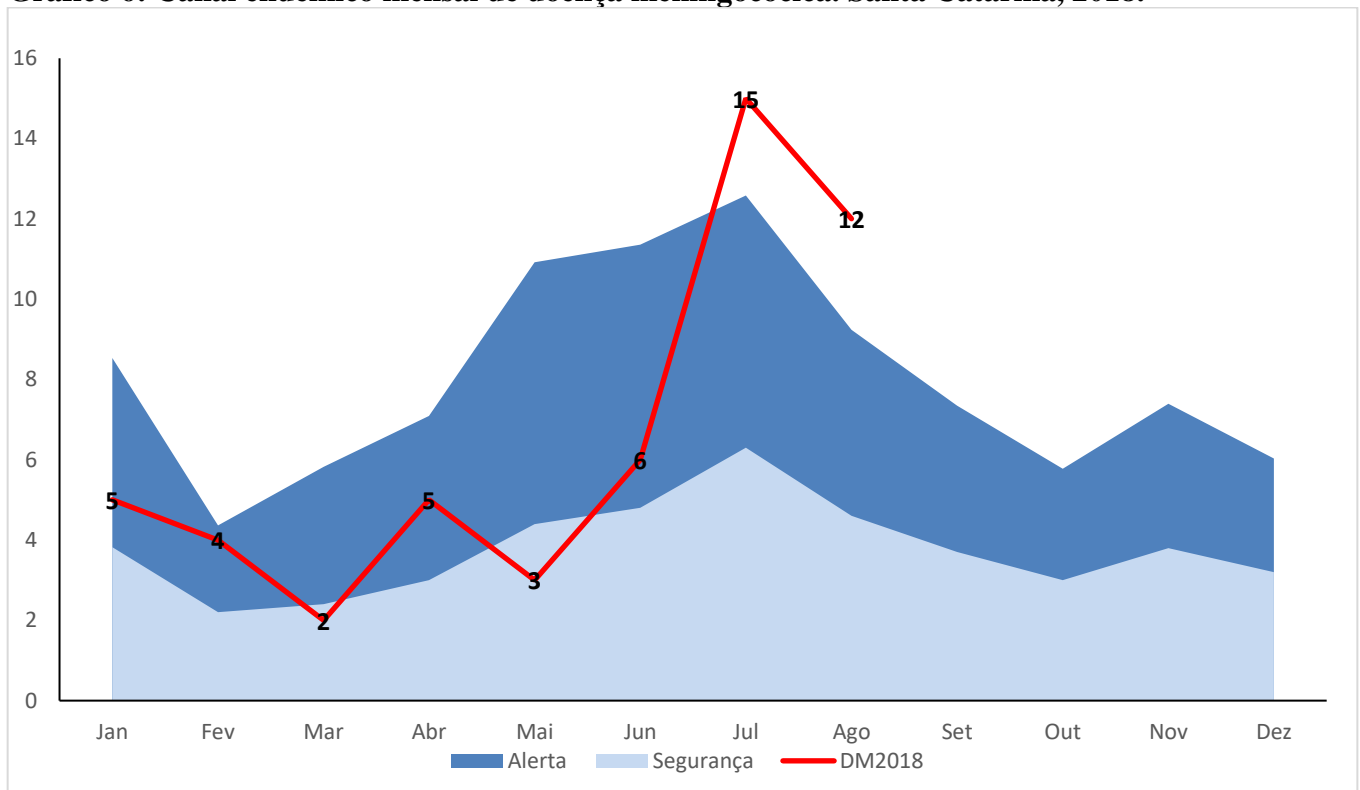
Em 2018, até a semana epidemiológica nº 35 (01 de setembro), até o mês de junho os casos mantiveram-se dentro da zona de alertados 53 casos confirmados de DM em Santa Catarina, 20 mantiveram-se na zona de alerta. Já a partir de julho, os casos ultrapassaram o limite da zona de alerta (Gráfico 6).

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



Fonte: SINAN (Atualizado em 31/08/2018). SE 35. Dados sujeitos a alterações.

**Gráfico 6: Canal endêmico mensal de doença meningocócica. Santa Catarina, 2018.**



Fonte: SINAN (Atualizado em 31/08/2018). SE 35. Dados sujeitos a alterações.

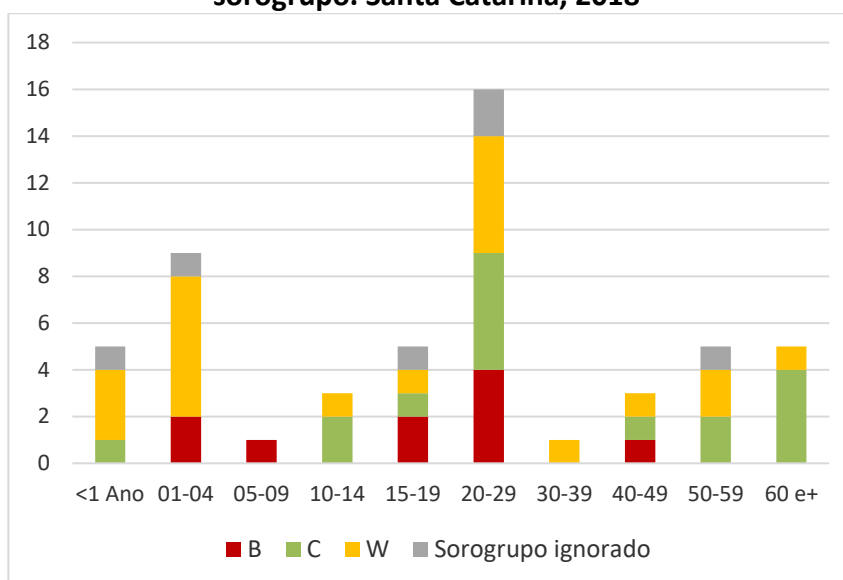
Em 2018, dos 53 casos confirmados de DM, 21 (39,6%) foram identificados como sendo do sorogrupo W, 16 (30,2%) pertencentes ao sorogrupo C, 10 (18,9%) do sorogrupo B e em 6 (11,3%) o sorogrupo não foi identificado. Dos 9 óbitos, 5 (55,6%) foram identificados como sendo do sorogrupo W, 1 (11,1%) do sorogrupo C e em 3 (33,3%) o sorogrupo não foi identificado (Tabela 2).

**Tabela 2: Distribuição de casos e óbitos por Doença Meningocócica segundo Sorogrupo. SC, 2018.**

Sorogrupo	Casos	%	Óbitos	%
A	-	0,0	-	0,0
B	10	18,9	-	0,0
C	16	30,2	1	11,1
W	21	39,6	5	55,6
Não identificado	6	11,3	3	33,3
Total	53	100,0	9	100,0

Fonte: SINAN (Atualizado em 31/08/2018). SE 35. Dados sujeitos a alterações.

Quando observada a distribuição por sorogrupo nas faixas etárias, identificamos o sorogrupo W em praticamente todas as faixas etárias, estando ausente somente na faixa etária de 05-09 anos. O sorogrupo C predomina na faixa etária de 20 a 29 anos de idade e na faixa etária acima de 50 anos foi confirmado 1 caso em menor de 1 ano que não estava em idade para vacinação. O sorogrupo B foi identificado nas faixas etárias de 1 a 9 anos, na faixa etária de 15 a 29 anos houve ocorrência de 1 caso e também na faixa etária de 40 a 49 anos (Gráfico 7).

**Gráfico 7: Distribuição dos casos confirmados de doença meningocócica segundo faixa etária e sorogrupo. Santa Catarina, 2018\***

Fonte: SINAN (Atualizado em 31/08/2018). SE 35. Dados sujeitos a alterações.

Em relação ao local de ocorrência dos casos, em 2018, até a semana epidemiológica nº 35 (01/09), os 53 casos confirmados de DM ocorreram em 26 municípios catarinenses. Florianópolis teve a maior ocorrência com 7 casos, seguido por Blumenau com 5 casos e Joinville com 4 casos. Os municípios de Criciúma, Lages, Itajaí, Tubarão e São José permanecem com 3 casos. Brusque, Gaspar, Braço do Norte e Jaraguá do Sul, registraram 2 casos. Os municípios de Biguaçu, Barra Velha, Camboriú, Correia Pinto, Içara, Imbituba, Palhoça, Piçarras, presidente Getúlio, Rancho Queimado, Santa Rosa de Lima, São Joaquim, São João Batista e Xaxim registraram 1 caso (Tabela 3).

**Tabela 3: Casos de Doença Meningocócica por município de residência. Santa Catarina, 2018\***

Município de Residência	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	Total
Barra Velha	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Biguaçu	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Blumenau	-	-	-	1	-	1	3	-	5
Braço do norte	1	-	-	-	-	1	-	-	2
Brusque	-	-	-	-	-	-	2	-	2
Camboriú	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Correia Pinto	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Criciúma	-	-	-	-	-	1	1	1	3
Florianópolis	2	-	-	1	1	-	1	2	7
Gaspar	-	-	-	1	-	-	1	-	2
Içara	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Imbituba	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Itajaí	-	-	-	-	-	1	2	-	3
Jaraguá do Sul	-	1	-	-	-	-	-	1	2
Joinville	-	-	1	1	-	-	2	-	4
Lages	1	-	-	-	-	-	1	1	3
Palhoça	-	1	-	-	-	-	-	-	1
Piçarras	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Presidente Getúlio	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Rancho queimado	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Santa Rosa de Lima	-	-	-	-	-	1	-	-	1
São João Batista	-	-	-	-	-	-	-	1	1
São Joaquim	-	-	1	-	-	-	-	-	1
São José	-	-	-	1	-	2	-	-	3
Tubarão	-	2	-	-	1	-	-	-	3
Xaxim	-	-	-	-	-	-	-	1	1
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>15</b>	<b>12</b>	<b>53</b>

Fonte: SINAN (Atualizado em 31/08/2018). SE 35. Dados sujeitos a alterações.

## Considerações Finais

O perfil de casos confirmados de Doença Meningocócica em 2018, até o momento, aponta para um aumento no número casos a partir do mês de julho, ultrapassando a zona de alerta, com incidência de 0,75 casos por 100.000 mil/hab (53 casos no total). A letalidade manteve-se baixa (17%, 09 óbitos no total), considerando-se que a DM é uma doença grave, cuja taxa de letalidade pode variar de 20 a 25%.

O aumento de casos de DM coincide com o período sazonal de maior ocorrência de doenças de transmissão respiratória (inverno), se apresentando de forma dispersa em várias regiões do estado, não apresentando vínculo epidemiológico entre eles. Dessa forma, pode-se concluir que há um aumento na circulação de *Neisseria meningitidis* em seus diferentes sorogrupos (B, C e W).

Todas as medidas de controle recomendadas foram realizadas pelos municípios, logo após a suspeição dos casos. 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

oro-traqueal, 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.

Recomenda-se que 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.

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.

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.

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.