



## **Boletim Epidemiológico Mensal nº04/2018 – Vigilância da Doença Meningocócica**

(Atualizado em 29 de junho 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 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.

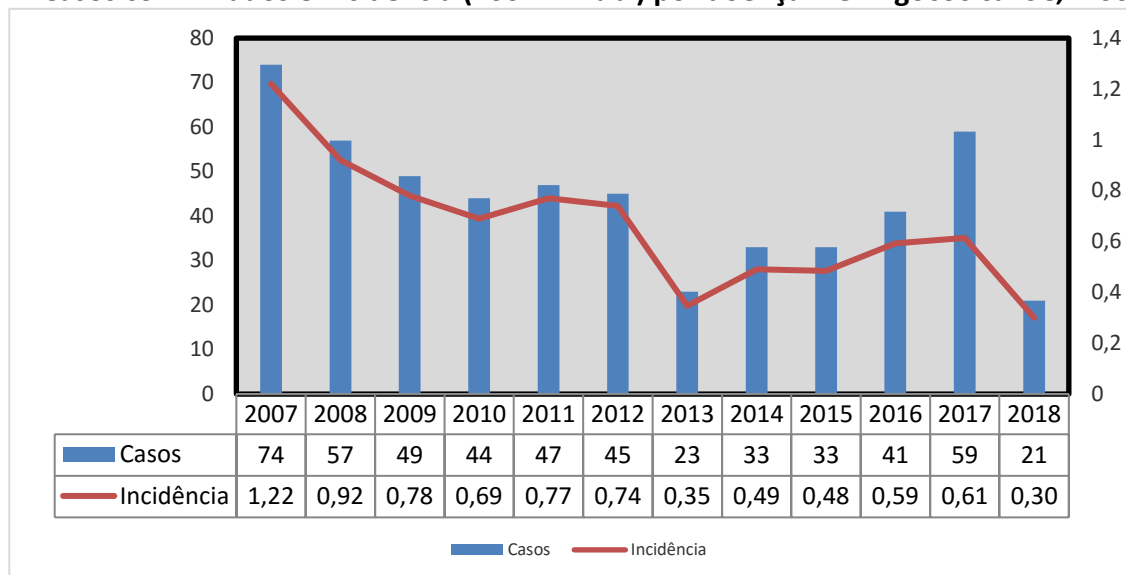
A DM ocorre em todo o mundo, com importantes diferenças geográficas e, ao longo do tempo, apresentam variações nas incidências e na distribuição de genogrupos. No Brasil, a DM é endêmica, com ocorrência esporádica de surtos, geralmente localizados no território de um município específico. O monitoramento constante 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 leve aumento a partir do ano de 2014. Em 2018, até a semana epidemiológica nº 26, foram confirmados 21 casos de DM com uma taxa de incidência de 0,30 casos por 100 mil habitantes conforme Gráfico 1.

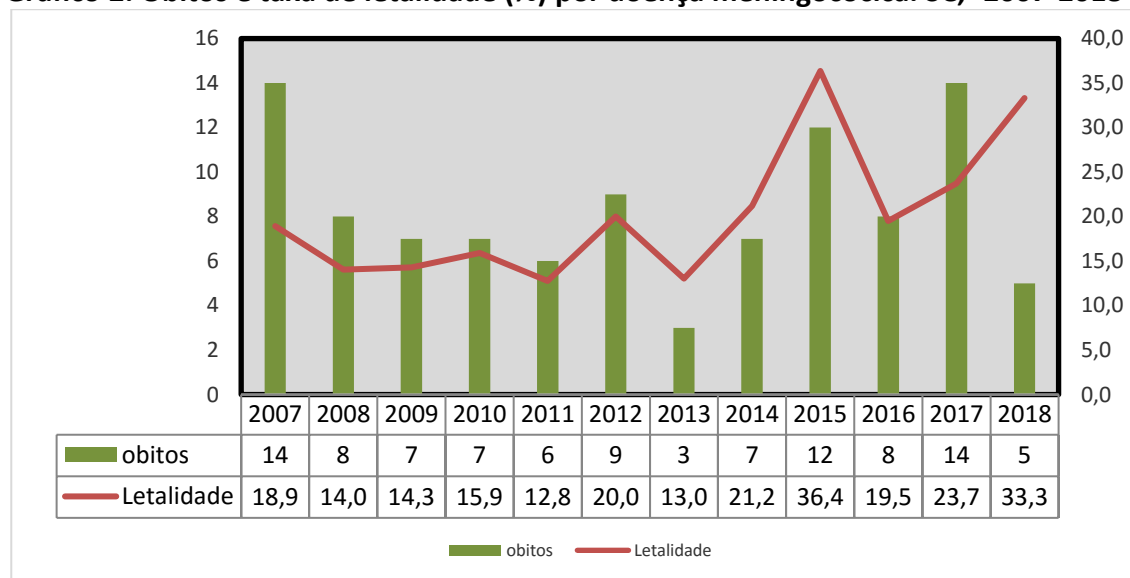
**Gráfico 1: Casos confirmados e incidência (100 mil hab.) por doença meningocócica. SC, -2007-2018\*.**



Fonte: SINAN (Atualizado em 29/06/2018). SE 26. 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 5 óbitos por doença meningocócica, com uma taxa de letalidade de 33,3%, de acordo com Gráfico 2.

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



Fonte: SINAN (Atualizado em 29/06/2018). SE 26. 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, 52,4% dos casos se concentraram na faixa etária de 20 a 29 anos; e a letalidade em menores de 1 ano de idade com uma taxa de 50% como mostram os dados da Tabela 1.

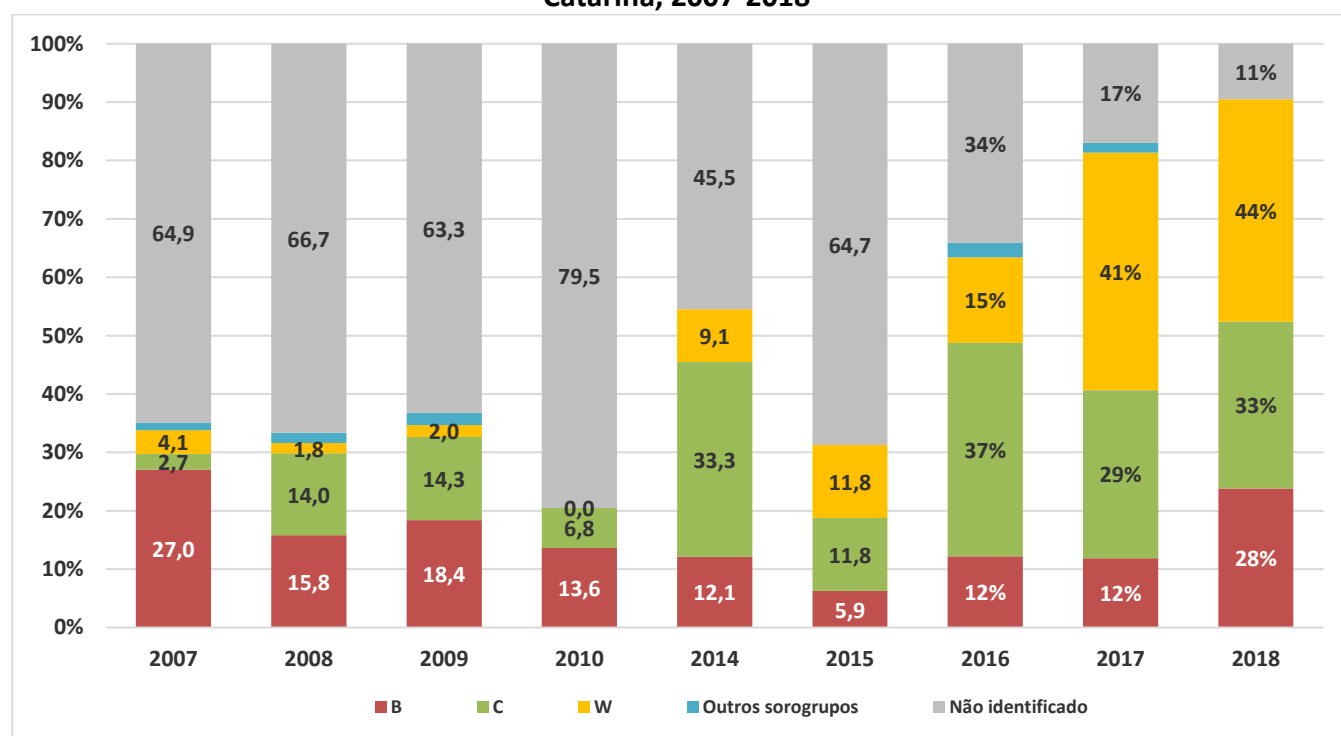
**Tabela 1: Distribuição de casos, óbitos e letalidade por Doença Meningocócica segundo faixa etária e ano de início de sintomas. SC, 2016-2018\*.**

	2017				2018			
	Casos	%	óbitos	Letalidade	Casos	%	óbitos	Letalidade
<1 Ano	5	8,5	1	20,0	2	9,5	1	50
01-04	13	22,0	1	7,7	2	9,5	0	0
05-09	7	11,9	2	28,6	1	0	0	0
10-14	5	8,5	0	0,0	0	0	0	0
15-19	9	15,3	4	44,4	2	0	0	0
20-29	12	20,3	3	25,0	11	52,4	4	36
30 e+	8	13,6	3	37,5	4	19,0	0	0
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>	<b>14</b>	<b>23,7</b>	<b>21</b>	<b>90,5</b>	<b>5,0</b>	<b>23,8</b>

Fonte: SINAN (Atualizado em 29/06/2018). SE 26. 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 17% 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 41% do total de casos de DM (maior proporção dos últimos 10 anos), seguido pelo genogrupo C (33%) e genogrupo B (12%). Em 2018, o genogrupo W é responsável por 44% das amostras, seguida pelo genogrupo C (29%) e B (28%), e apenas 2 casos classificados pela clínica representando 11% dos casos (Gráfico 3).

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



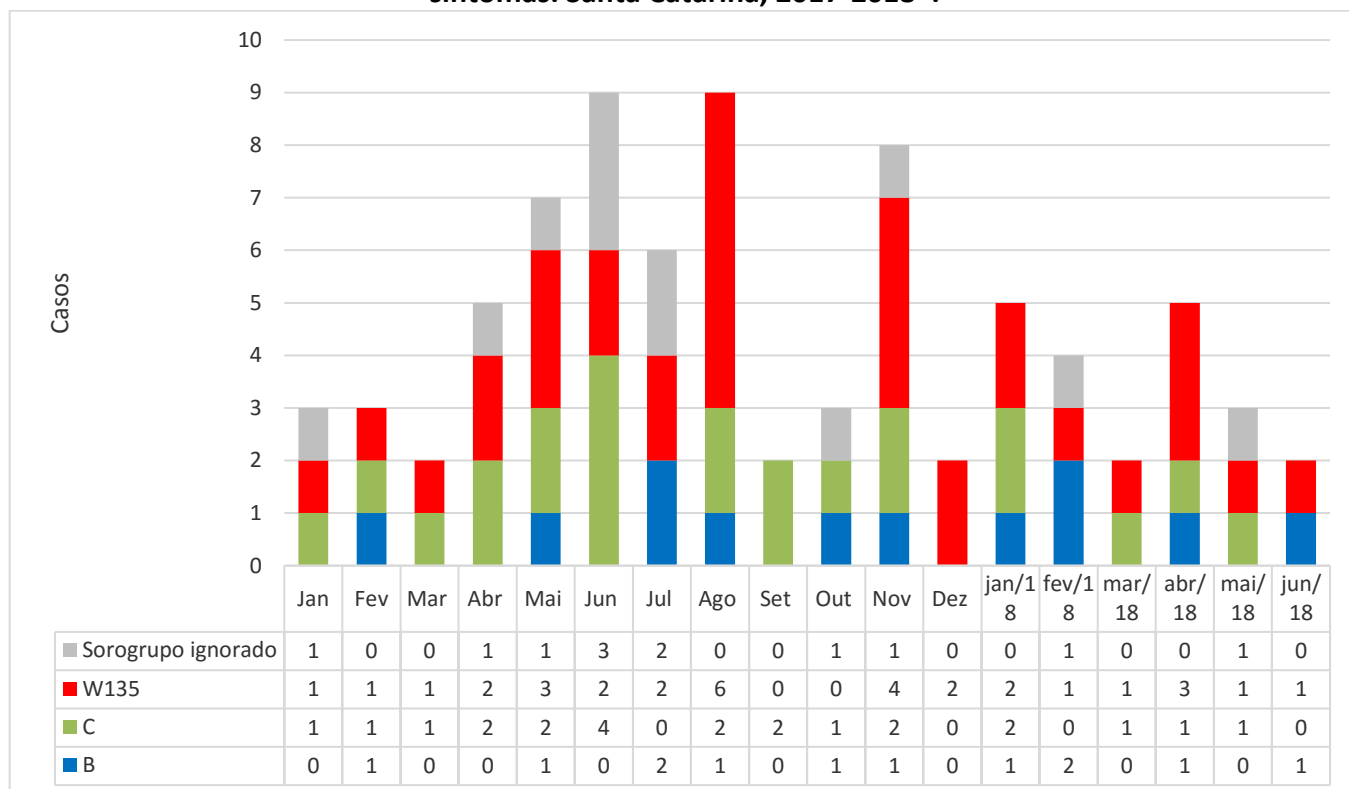
Fonte: SINAN (Atualizado em 29/06/2018). SE 26. Dados sujeitos a alterações.

Em 2017, o genogrupo W manteve-se presente ao longo do ano, com exceção do mês de julho, quando não houve amostra identificada para esse genogrupo. Neste período, foram identificadas 24 amostras do genogrupo 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 genogrupo C. 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 que não identificam o agente causador.

O ano de 2018, inicia com identificação de 3 amostras do genogrupo W (2 em janeiro e 1 em fevereiro), 3 amostras do genogrupo C (janeiro), 3 amostras do genogrupo B (1 em janeiro e 2 em fevereiro). No mês de março 1 foi do genogrupo W e 1 amostra do genogrupo C. Em abril 3 amostras foram do genogrupo W, e respectivamente 1 do genogrupo C e 1 genogrupo B. No mês de maio foi identificado 1 amostra do genogrupo C e 1 amostra do genogrupo W. No mês de junho foi identificado uma amostra do genogrupo B e 1 amostra do genogrupo W. Até a semana nº 26, em apenas 2 casos não foi possível identificar o genogrupo, de acordo com o Gráfico 4.

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

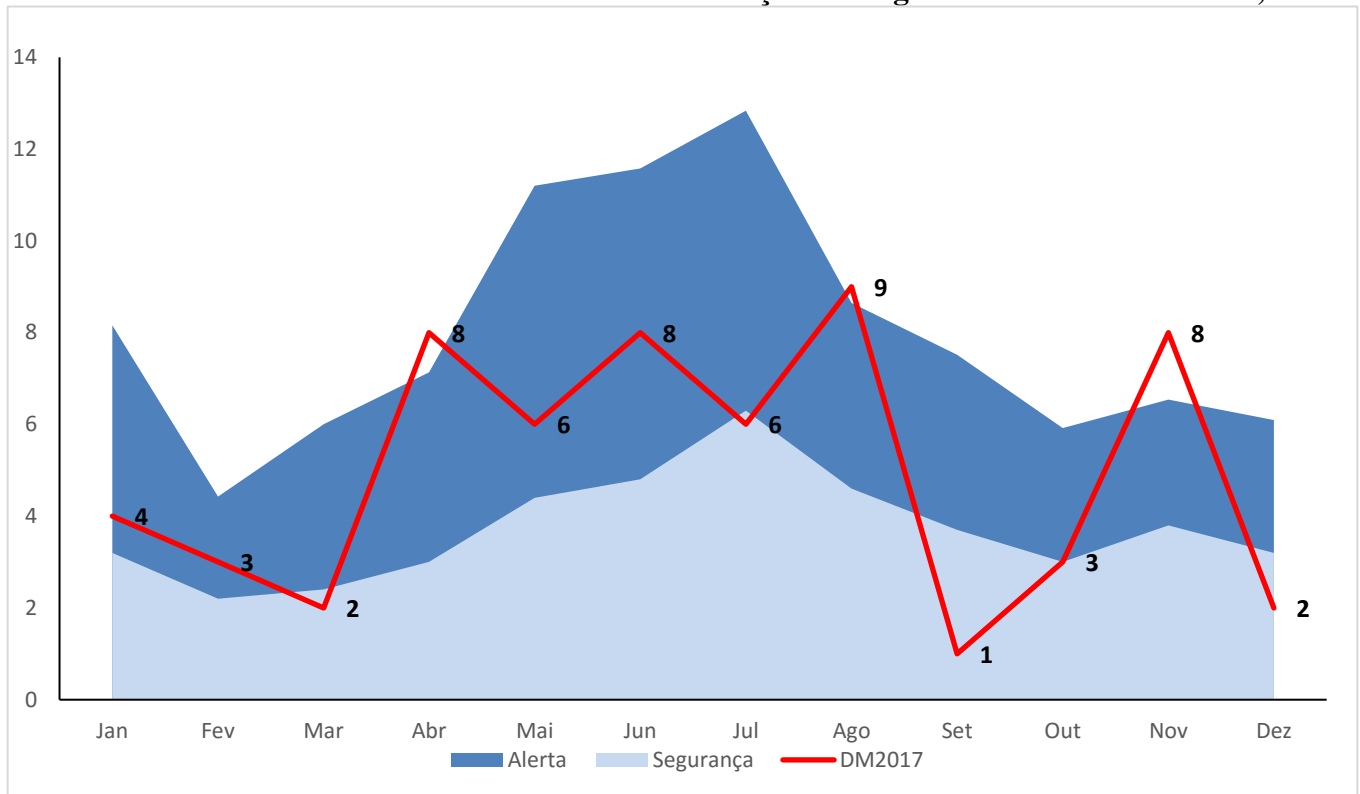


Fonte: SINAN (Atualizado em 29/06/2018). SE 26. Dados sujeitos a alterações.

Analisando o canal endêmico, os 59 casos confirmados de DM em 2017 no estado de 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.

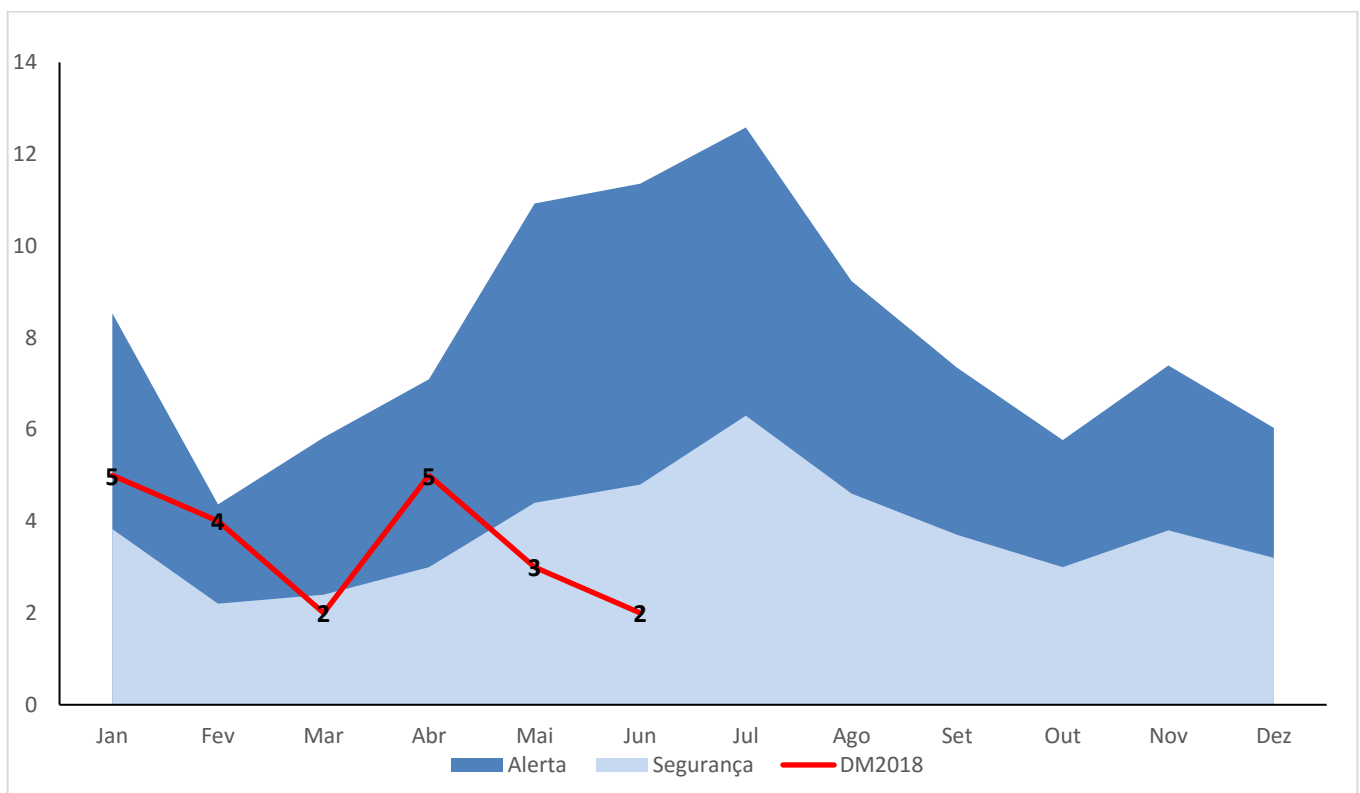
Já em 2018, até a semana epidemiológica nº 26 dos 21 casos confirmados de DM em Santa Catarina, 14 mantiveram-se na zona de alerta, nos meses de março e maio, a ocorrência de 3 casos no mês de maio e 2 casos no mês de junho, manteve a curva dentro do limite segurança conforme mostra o Gráfico 6.

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



Fonte: SINAN (Atualizado em 29/06/2018). SE 26. Dados sujeitos a alterações.

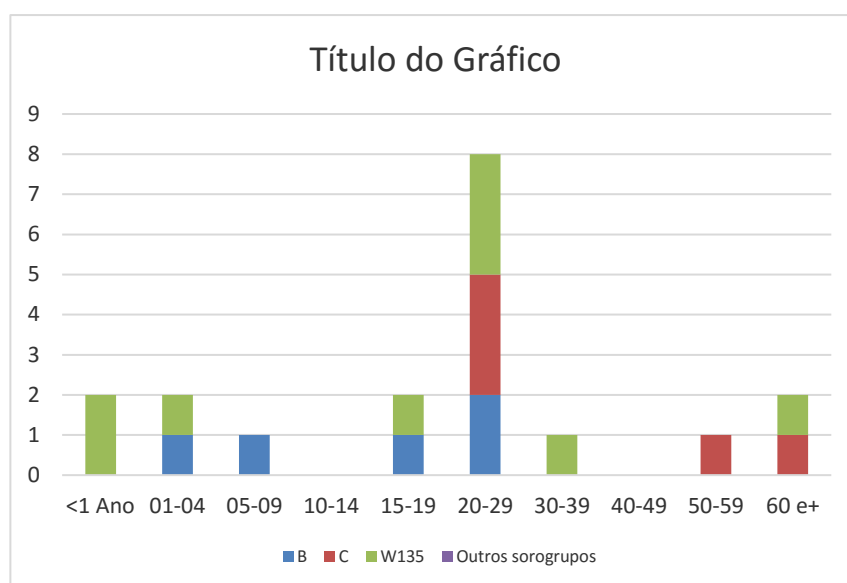
**Gráfico 6: Canal endêmico mensal de doença meningocócica. Santa Catarina, 2018.**



Fonte: SINAN (Atualizado em 29/06/2018). SE 26. Dados sujeitos a alterações.

Quando observada a distribuição por genogrupo nas faixas etárias, identificamos o genogrupo W em menores de 1 ano e entre 15 e 39 anos e também nas faixa etária maior de 60 anos. O genogrupo C predomina na faixa etária de 20 a 29 anos de idade e na faixa etária acima de 50 anos. O genogrupo B foi identificado nas faixas etárias de 1 a 9 anos, e também na faixa etária de 15 a 29 anos, como se pode ver no Gráfico 7.

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



Fonte: SINAN (Atualizado em 29/06/2018). SE 26. Dados sujeitos a alterações.

Em relação ao local de ocorrência dos casos, em 2018, até a semana epidemiológica nº 26, os 21 casos confirmados de DM se ocorreram em 14 municípios catarinenses. Distribuídos igualmente nos municípios de Biguaçu, Braço do Norte, Blumenau, Gaspar, Jaraguá do Sul, Palhoça, Rancho Queimado, São Joaquim, Itajaí e Lages com um caso. Os municípios de Joinville e São José registraram dois casos, Florianópolis registrou 4 casos e Tubarão 3 casos conforme Tabela 2.

**Tabela 2: Casos de Doença Meningocócica por município de residência. Santa Catarina, 2018\***

Município de Residência	Casos
Biguaçu	1
Blumenau	1
Braço do Norte	1
Florianópolis	4
Gaspar	1
Jaraguá do Sul	1
Joinville	2
Itajaí	1
Lages	1
Palhoça	1
Rancho Queimado	1
São Joaquim	1
São José	2
Tubarão	3
<b>Total</b>	<b>21</b>

Fonte: SINAN (Atualizado em 29/06/2018). SE 26. Dados sujeitos a alterações.

## Considerações Finais

O perfil de casos e óbitos de Meningites em Geral em Santa Catarina no ano de 2017, até a semana epidemiológica 26/2018 indica o predomínio das meningites virais com uma incidência de 3,77 casos por 100 mil habitantes (264/590), acometendo, principalmente, os menores de 05 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 0,84 casos por 100 mil habitantes em 2017, com aumento da letalidade, de 17,9% em 2013 a 23,7% em 2017. O ano de 2018, inicia-se com a confirmação de 21 casos com incidência de 0,30% por 100.000 mil/hab.

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 genogrupo W foi responsável por 42% do total de casos de DM, seguido pelo genogrupo C (28%), sinalizando uma provável mudança no perfil dos últimos 10 anos. Em 2018, de todos os casos confirmados até o momento apenas 2 não tem genogrupo identificado.

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 maculopapular, 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.

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.