



Boletim Epidemiológico Mensal nº ~~0302~~/2018 – Vigilância da doença meningocócica
(Atualizado em 3 de maio 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.

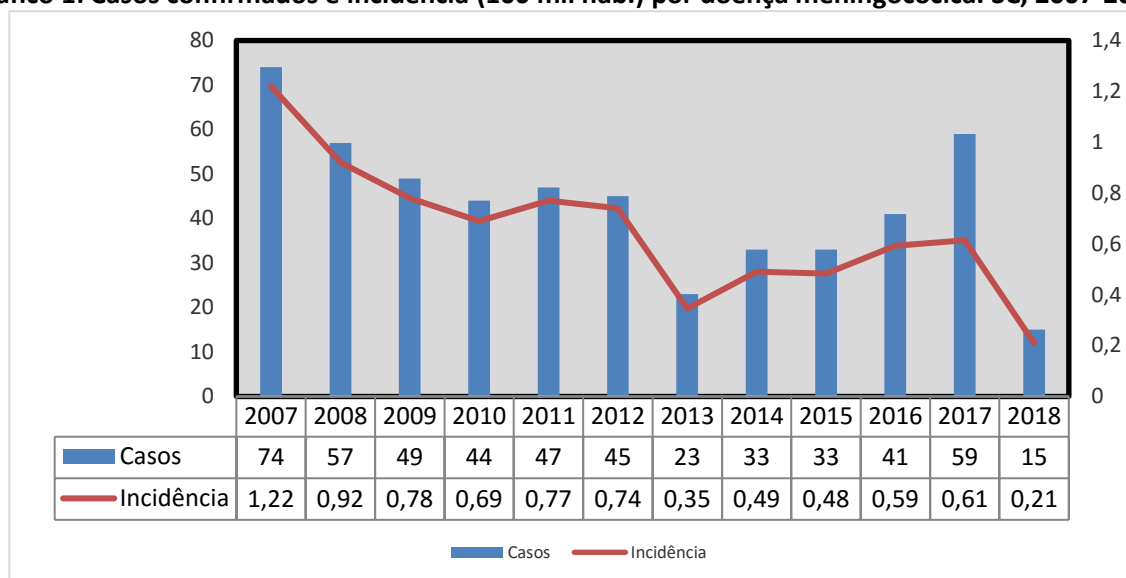
A DM ocorre em todo o mundo, com importantes diferenças geográficas e, ao longo do tempo, apresenta variações nas incidências e na distribuição dos genogrupos. No Brasil, a DM é endêmica, com ocorrência esporádica de surtos, geralmente localizados no território de um município específico. O monitoramento 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, a detecção do aumento de casos e o acompanhamento de possível ocorrência de surtos.

Monitoramento da doença meningocócica em Santa Catarina

Em Santa Catarina, a partir 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 15, foram confirmados 15 casos de DM com uma taxa de incidência de 0,21 casos por 100 mil habitantes, como se pode ver nos dados do Gráfico 1.

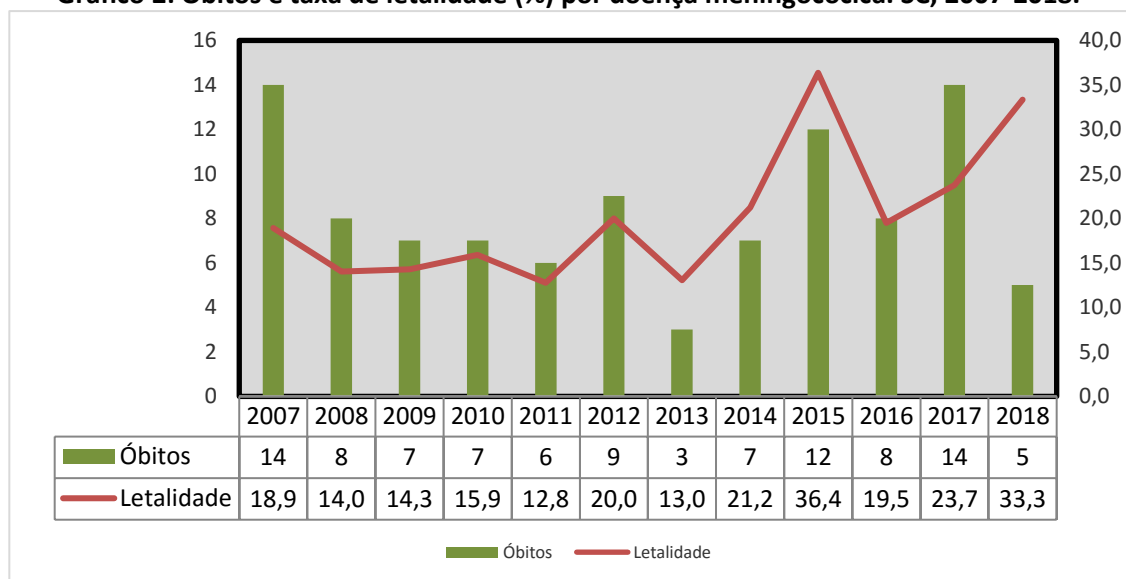
Gráfico 1: Casos confirmados e incidência (100 mil hab.) por doença meningocócica. SC, 2007-2018.*



Fonte: SINAN (Atualizado em 03/05/2018). SE 15. 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%, como se pode ver no Gráfico 2.

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



Fonte: SINAN (Atualizado em 03/05/2018). SE 15. Dados sujeitos a alterações.

No ano de 2017, a faixa etária com o maior número de casos esteve entre 1 e 4 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, 60% dos casos concentraram-se na faixa etária de 20 a 29 anos, e a letalidade adensa-se em menores de 1 ano de idade, com uma taxa de 50%, como está descrito na Tabela 1.

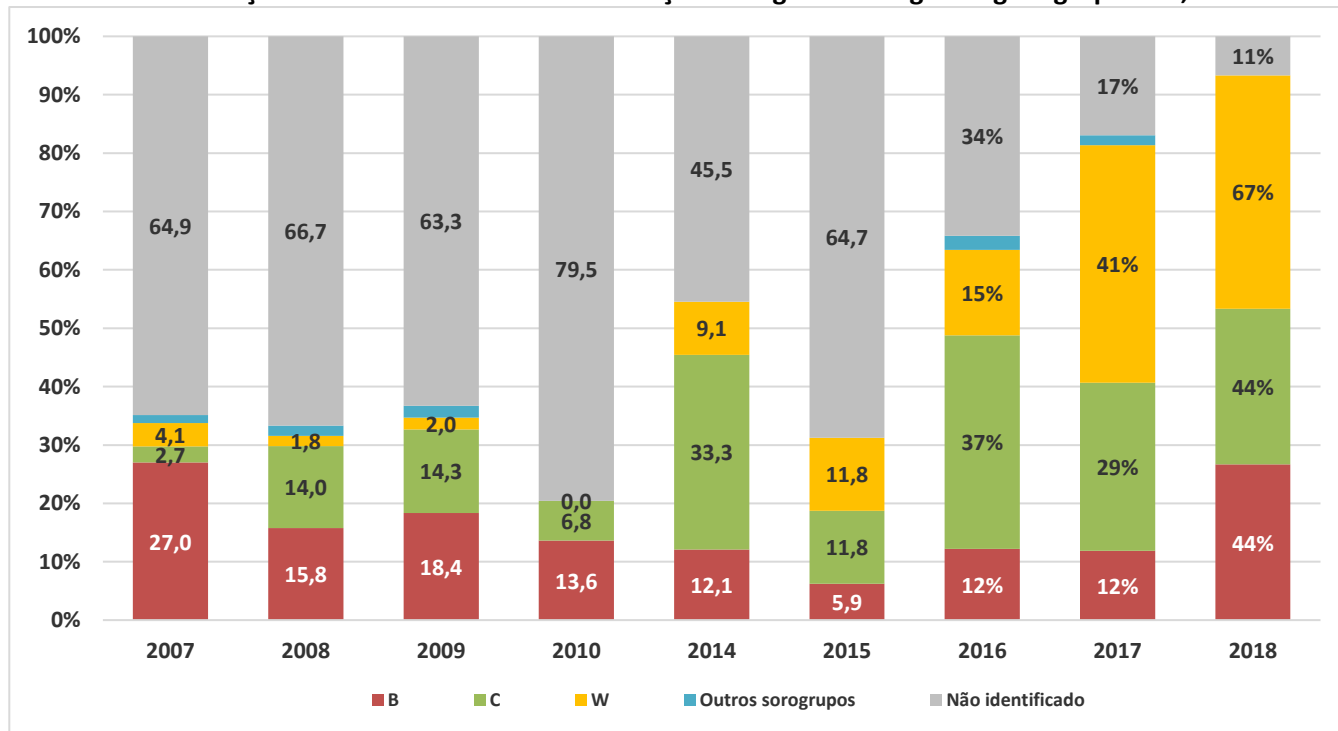
Tabela 1: Distribuição de casos, óbitos e letalidade por doença meningocócica segundo faixa etária e ano de início de sintomas. SC, 2016-2018.*

	2017				2018			
Idade	Casos	%	Óbitos	Letalidade	Casos	%	Óbitos	Letalidade
<1 Ano	5	8,5	1	20,0	2	13,3	1	50
01-04	13	22,0	1	7,7	1	6,7	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	9	60	4	44
30 e+	8	13,6	3	37,5	1	0	0	0
Total	59	100,0	14	23,7	15	80,0	5,0	33,3

Fonte: SINAN (Atualizado em 03/05/2018). SE 15. 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 maior proporção de amostras identificadas. Entre 2014 e 2016, observou-se 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 (29%) e genogrupo B (12%). Em 2018, o genogrupo W é responsável por 67% das amostras, seguido pelos genogrupos C e B, ambos com 44%, e apenas 1 caso classificado pela clínica, representando 11% dos casos, como se pode ver no Gráfico 3.

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



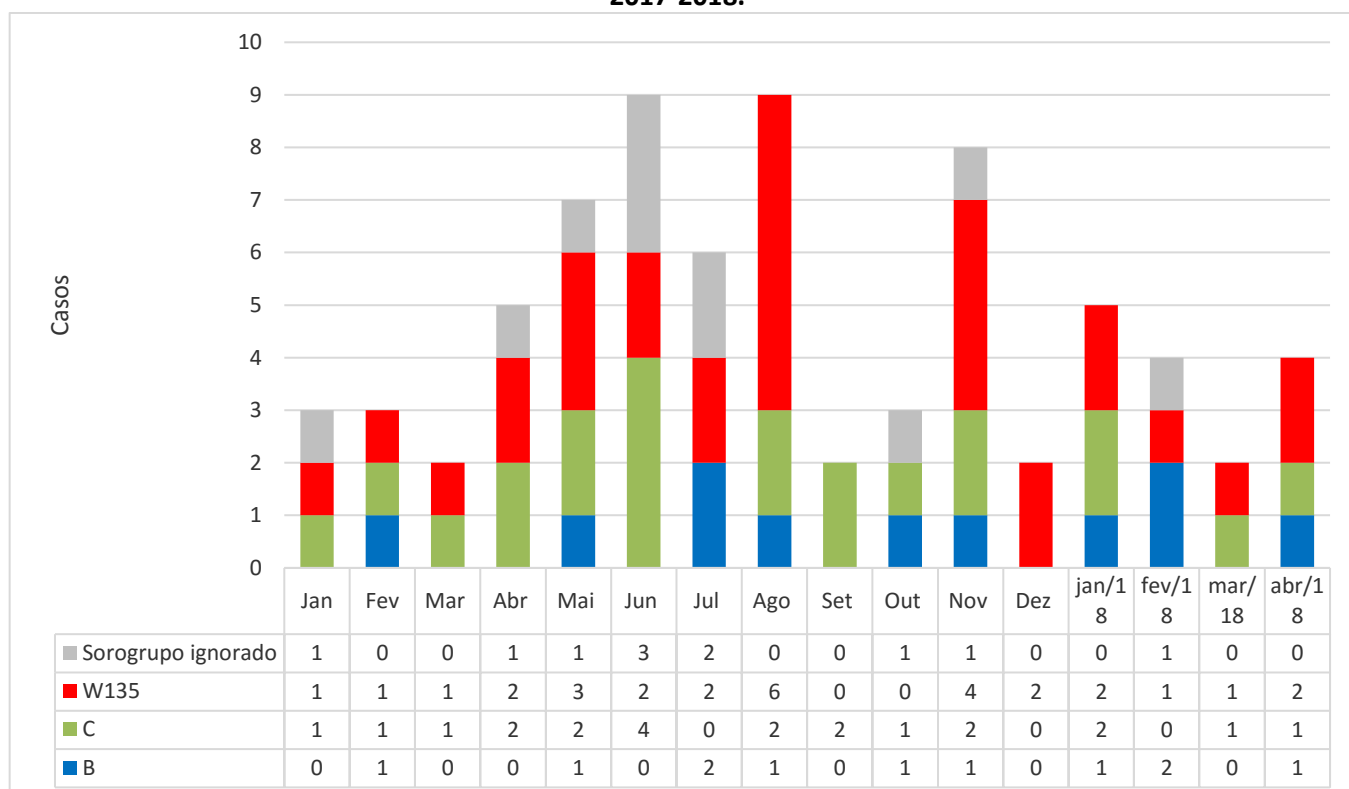
Fonte: SINAN (Atualizado em 03/05/2018). SE 15. Dados sujeitos a alterações.

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. Naquele ano, foram identificadas 24 amostras do genogrupo W, tendo significativo aumento no mês de agosto, com 6 amostras; nos meses de setembro e outubro, não houve registros de amostras/casos identificados desse agente, seu registro voltou a

acontecer no mês de novembro, com 4 amostras, e no mês de dezembro, com 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 a identificação de 3 amostras do genogrupo W (2 em janeiro e 1 em fevereiro), 3 amostras do genogrupo C (janeiro) e 3 amostras do genogrupo B (1 em janeiro e 2 em fevereiro). No mês de março, 1 amostra foi do genogrupo W e 1 do genogrupo C. Em abril, 2 amostras foram do genogrupo W, 1 do genogrupo C e 1 do genogrupo B. Até a semana nº 15, em apenas 1 caso não foi possível identificar o genogrupo. Acompanhe os dados no Gráfico 4.

Gráfico 4: Número de casos de doença meningocócica por genogrupo, segundo mês de início dos sintomas. SC, 2017-2018.*

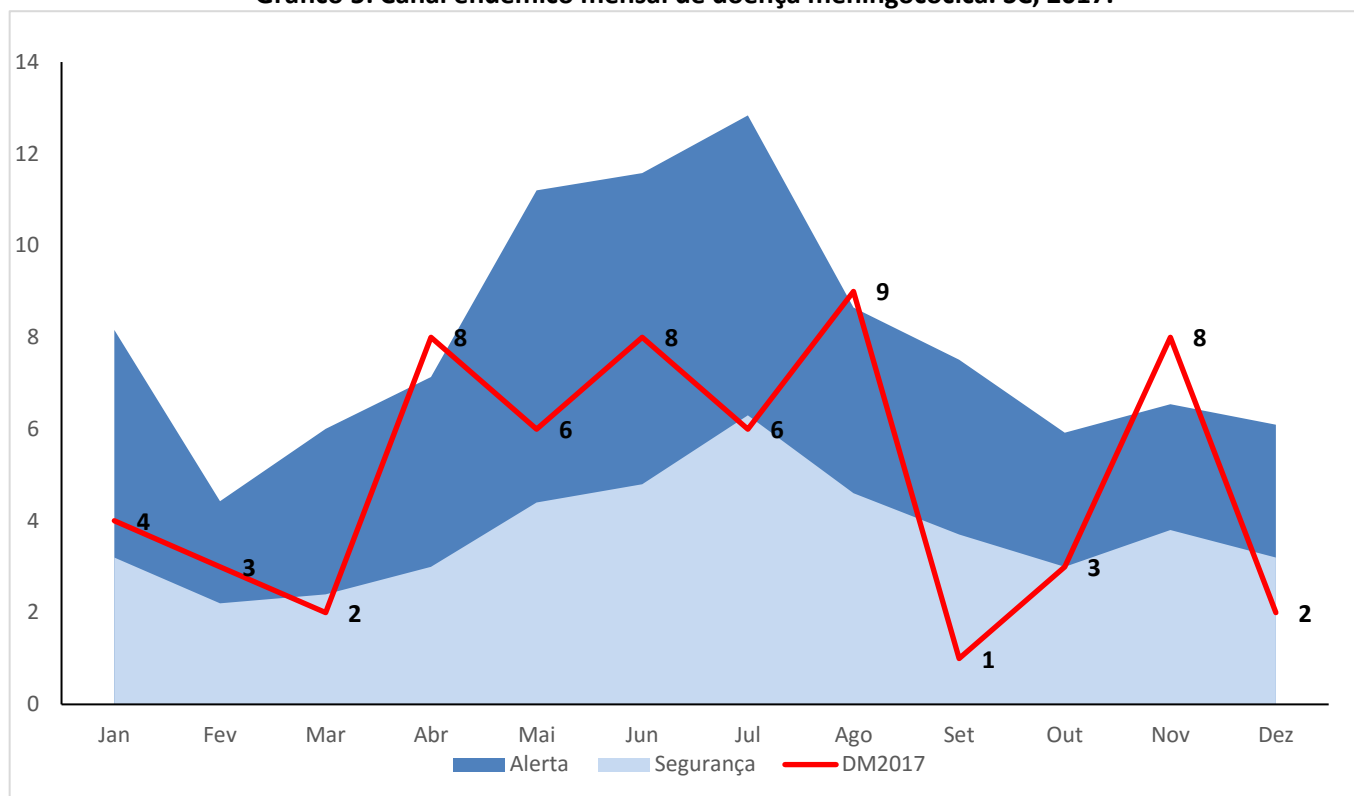


Fonte: SINAN (Atualizado em 03/05/2018). SE 15. Dados sujeitos a alterações.

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.

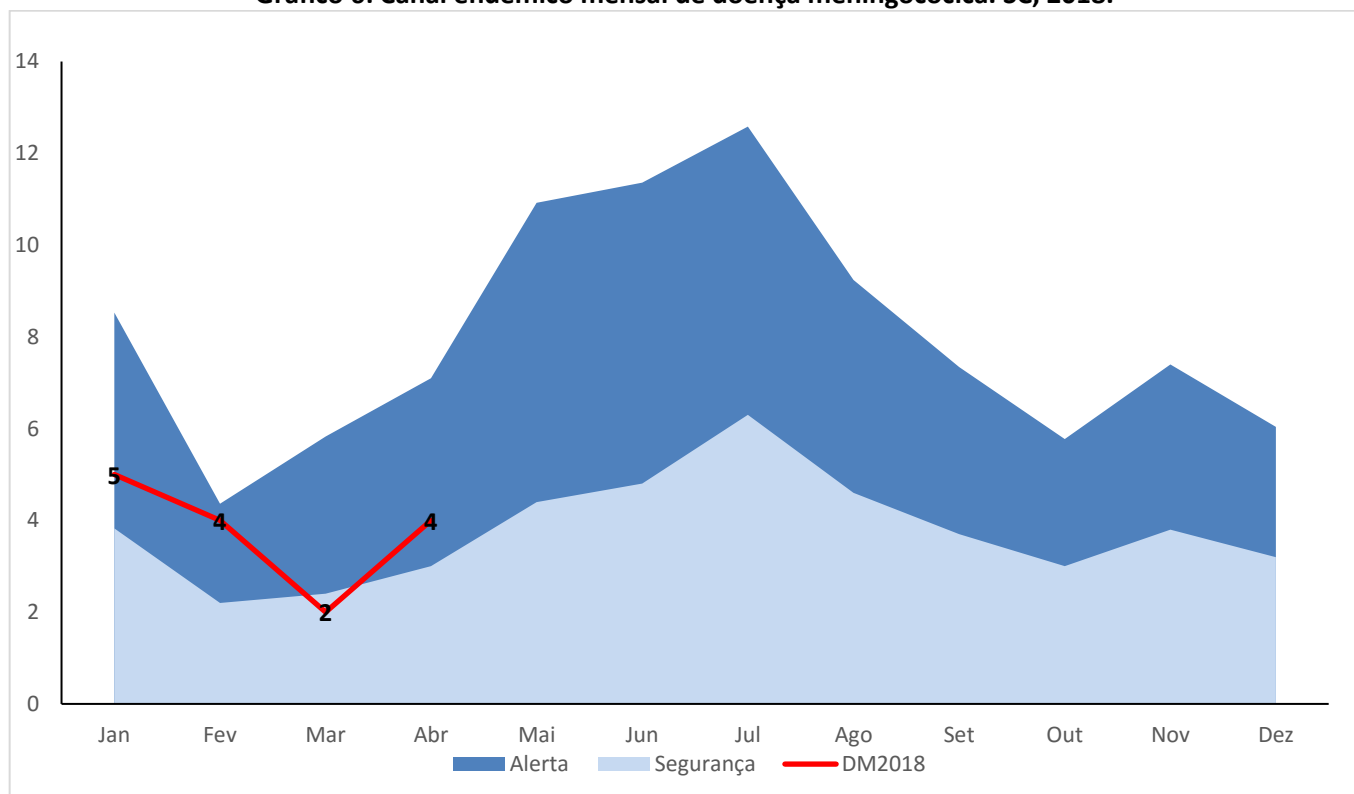
Já em 2018, até a semana epidemiológica nº 15, dos casos confirmados de DM em Santa Catarina, 9 mantiveram-se na zona de alerta, 2 casos na zona de segurança (março), voltando para a zona de alerta em abril, com 4 casos, de acordo com o Gráfico 6.

Gráfico 5: Canal endêmico mensal de doença meningocócica. SC, 2017.



Fonte: SINAN (Atualizado em 03/05/2018). SE 15. Dados sujeitos a alterações.

Gráfico 6: Canal endêmico mensal de doença meningocócica. SC, 2018.

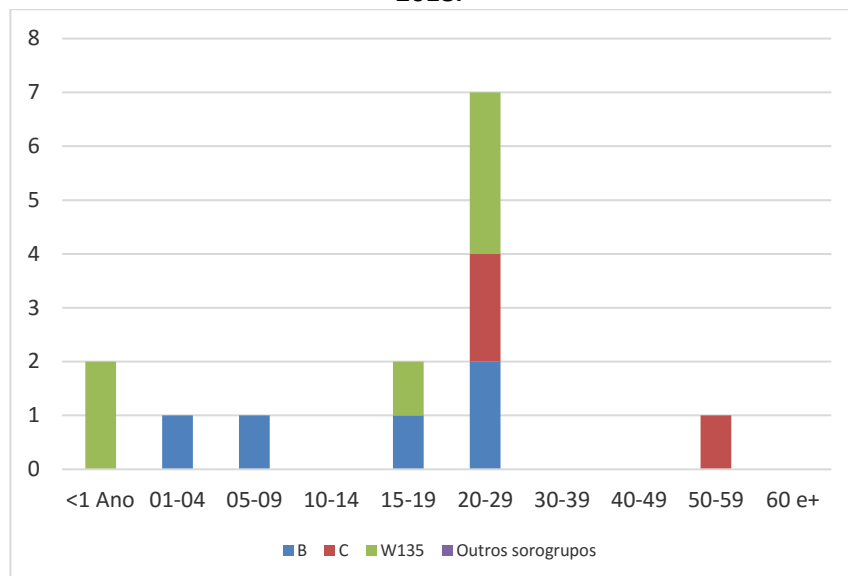


Fonte: SINAN (Atualizado em 03/05/2018). SE 15. Dados sujeitos a alterações.

Quando observada a distribuição por genogrupo nas faixas etárias, identificamos o genogrupo W em menores de 1 ano e entre 15 e 29 anos. O genogrupo C predomina nas faixas etárias de 20 a 29 anos e

de 50 a 59 anos de idade. O genogrupo B foi identificado nas faixas etárias de 1 a 9 anos e de 15 a 29 anos. Veja os dados no Gráfico 7.

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



Fonte: SINAN (Atualizado em 03/05/2018). SE 15. Dados sujeitos a alterações.

Em relação ao local de ocorrência dos casos em 2018, até a semana epidemiológica nº 15, os 15 casos confirmados de DM distribuíram-se em 12 municípios catarinenses, igualmente nos municípios de Florianópolis, Joinville e Tubarão, com 2 casos cada, e nos municípios de Biguaçu, Braço do Norte, Blumenau, Gaspar, Jaraguá do Sul, Palhoça, São Joaquim, São José e Lages, com 1 caso cada, como se vê na Tabela 2.

Tabela 2: Casos de doença meningocócica por município de residência. SC, 2018.*

Município de Residência	Casos
Biguaçu	1
Blumenau	1
Braço do Norte	1
Florianópolis	2
Gaspar	1
Jaraguá do Sul	1
Joinville	2
Lages	1
Palhoça	1
São Joaquim	1
São José	1
Tubarão	2
Total	15

Fonte: SINAN (Atualizado em 03/05/2018). SE 15. 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 o 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 0,84 casos por 100 mil habitantes em 2017, com aumento da letalidade, de 17,9% em 2013 para 23,7% em 2017. O ano de 2018 inicia com a confirmação de 15 casos, com a incidência de 0,21% por 10 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 W foi o genogrupo 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 a data indicada neste boletim, apenas 1 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 por via aérea de doenças respiratórias, com ênfase em recém-nascidos e menores de 1 ano, evitando que esse grupo tenha contato com pessoas doentes, faça contato íntimo (beijos), compartilhe objetos que contenham secreções respiratórias (chupetas, mamadeiras, alimentos etc.) e exponha-se 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, como 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, nesses casos, 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 a 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, simultânea e exclusivamente, a todos os contatos íntimos. A recomendação para o 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 encontra-se disponível para crianças a partir de 3 meses de idade até menores de 5 anos e, desde 2017, o Ministério da Saúde passou a disponibilizá-la para adolescentes na faixa etária de 11 a 14 anos, que recebem um reforço da vacina ou dose única, conforme situação vacinal. Essas vacinas estão disponíveis em todas as unidades básicas de saúde do SUS.