



Secretaria de
Vigilância em Saúde

Ano 10, nº 3
dezembro 2010

Edição e produção
Núcleo de Comunicação
Secretaria de Vigilância
em Saúde
Ministério da Saúde

Endereço
Unidade VI do
Ministério da Saúde
Quadra 4 – Bloco A
Edifício Principal
1º andar
Brasília/DF

Contatos
e-mail: svs@saude.gov.br
Endereço na internet:
www.saude.gov.br/svs

BOLETIM eletrônico EPIDEMIOLOGICO

SURTO DE DOENÇA MENINGOCÓCICA NO MUNICÍPIO DE ITAGUAÍ-RJ, 2009

Em 7 de agosto de 2009, a Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil do Estado do Rio de Janeiro (Sesdec/RJ) notificou à Coordenação de Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratória e Imunopreveníveis, Coordenação-Geral de Doenças Transmissíveis do Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (Cover/CGDT/Devep/SVS/MS) a ocorrência de cinco casos confirmados de doença meningocócica (DM), com dois casos que evoluíram para óbito entre as semanas epidemiológicas (SE) 30 e 31, no município de Itaguaí, região metropolitana do Rio de Janeiro. Neste momento, foi solicitada a disponibilização de doses de vacina contra meningococo para o município.

Em 8 de agosto de 2009, uma equipe do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS (Episus/Cievs/Devep/SVS/MS) se deslocou para colaborar nas investigações e subsidiar a área técnica quanto à real necessidade da utilização de vacinas para controlar a doença no município.

A DM apresenta diversas formas e prognósticos¹. Pode se apresentar como doença benigna, caracterizada por febre e bacteremia, simulando uma infecção respiratória. Entretanto, em geral, o quadro é grave, de início súbito, a exemplo da septicemia (meningococemia), caracterizada por febre alta, calafrios, prostração, acompanhada de manifestações hemorrágicas na pele (petéquias e equimoses) ou ainda sob a forma de meningite, com ou sem meningococemia, com febre, cefaléia intensa, náuseas, vômitos e rigidez de nuca, além de outros sinais de irritação meníngea².

Poucas infecções podem levar à comoção social como acontece quando a DM ocorre em uma comunidade. Uma das razões é sua capacidade de causar o óbito, em poucas horas, de um indivíduo previamente saudável¹.

O agente etiológico causador da DM é a bactéria *Neisseria meningitidis*, um diplococo gram-negativo. É classificada em diversos sorogrupos, de acordo com o antígeno polissacarídeo da cápsula, sendo os mais frequentes o A, B, C, W135 e Y. Podem, ainda, ser classificados em sorotipos e subtipos, de acordo com os antígenos protéicos da parede externa da bactéria².

O reservatório do meningococo é a orofaringe humana dos doentes e portadores são, sendo estes últimos a principal fonte de infecção. Alguns estudos referem taxas de portadores próximas de 10% no grupo de 0-14 anos, que atingem 30% no grupo de 15-20 anos e que diminuem após estas idades. A duração do estado de portador é longa, desde cinco a 15 semanas até nove a 16 meses³.

Entende-se como caso primário aquele que ocorre na ausência de contato íntimo prévio com outro paciente; o caso coprimário ocorre entre um grupo de contatos íntimos de um caso primário, em um período inferior a 24 horas, enquanto o caso secundário ocorre entre um grupo de contatos íntimos de um caso primário, num período superior a 24 horas⁴.

A quimioprofilaxia é indicada para os contatos íntimos de casos de doença meningocócica. O fármaco preconizado é a *Rifampicina*, que deve ser administrada em dose adequada e simultaneamente a todos os contatos íntimos, no prazo de 48 horas da exposição à fonte

de infecção. O uso restrito da droga visa a evitar a seleção de estirpes resistentes de meningococos⁵. A quimioprofilaxia corretamente indicada e realizada em tempo hábil reduz, significativamente, o risco de aparecimento de casos secundários².

No Brasil, o meningococo é a principal bactéria causadora de meningite, responsável por aproximadamente 3.500 casos por ano, com incidência média de dois casos por 100 mil habitantes e letalidade média de 20%. No estado do Rio de Janeiro, nos anos de 2007 e 2008, foram notificados 543 casos confirmados de doença meningocócica, com incidência semelhante à do país (dois casos por 100 mil habitantes) e letalidade média de 24%.

Desde a década de 90, o país apresenta aumento progressivo do sorogrupo C na ocorrência de surtos². Podem ser exemplificados os surtos recentes em Campinas/SP e Salvador/BA, no ano de 2007, e em São José do Rio Preto-SP, Guarujá/SP e Búzios/RJ, em 2008.

Objetivos da investigação

Confirmar a existência de um surto de DM no município de Itaguaí, RJ; descrever o evento por pessoa, tempo e lugar; caracterizar o quadro clínico dos casos; e propor medidas de controle e prevenção.

Investigação epidemiológica

Foi realizada busca de casos, análise da oportunidade de notificação e de quimioprofilaxia de contatos. Foram utilizadas as seguintes definições de caso:

Suspeito

“Residente ou visitante da cidade de Itaguaí, que, entre 27 de dezembro de 2008 e 15 de agosto de 2009, tenha apresentado febre e petéquias, e/ou rigidez de nuca acompanhada de vômito, e/ou cefaléia, e/ou diarreia, e/ou convulsão”;

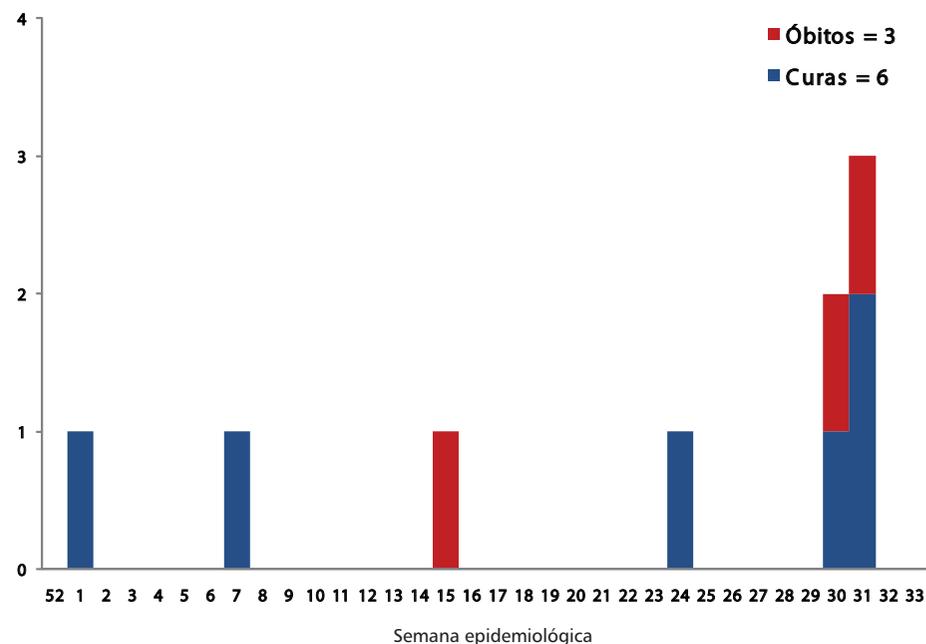
Confirmado

“Caso suspeito que apresentou DM confirmada laboratorialmente por cultura bacteriana e/ou contraímunoelctroforese, e/ou aglutinação por látex, e/ou vínculo clínico-epidemiológico com caso confirmado por critério laboratorial”.

Foi considerada oportuna a notificação dos casos, realizada em até 24 horas do início dos sintomas; e a quimioprofilaxia de contatos, realizada em até 48 horas após a notificação do caso suspeito.

As fontes de dados foram Sinan municipal; planilha paralela das meningites da Sesdec/RJ; fichas de Notificação e Investigação (FNI) de meningites arquivadas na Vigilância Epidemiológica municipal; Boletins de Atendimento Médico do Hospital Municipal São Francisco Xavier; e entrevistas com familiares dos casos.

Figura 1. Distribuição dos casos de Doença Meningocócica (DM), por semana epidemiológica de início de sintomas, no município de Itaguaí, RJ, 2009.



No período de estudo, foram confirmados nove casos de DM; destes, três (33%) evoluíram para óbito (Figura 1). Seis casos (67%) eram do sexo masculino e a mediana de idade foi de seis anos (1-18 anos). Quanto aos bairros de residência, quatro casos (44%) residiam em Mazomba (zona rural do município), dois casos (22%) em Ibirapitanga, um caso (11%) no Centro, um caso (11%) em Brisamar e um caso (11%) no Bairro Leandro.

Do total de casos, cinco (55,6%) ocorreram entre as semanas epidemiológicas 30 e 31. Estes casos pertenciam a três famílias distintas. Os dois primeiros casos eram irmãos, pertencentes à Família 1. O terceiro e quarto casos, pertencentes à Família 2, eram irmãos e primos dos dois primeiros casos e tiveram contato prévio entre si. O quinto caso, único que adoeceu na Família 3, não tinha nenhum contato com as duas primeiras famílias.

Considerando-se o contato prévio e o período de início dos sintomas de cada um deles, os casos foram classificados em dois casos primários (casos 1 e 2) e dois casos secundários (casos 3 e 4). Para fins de cálculo de taxa de ataque/incidência, são contabilizados somente os casos primários. Por não existir nenhum vínculo com os demais casos, o caso 5 é o terceiro caso primário do Município, entre as semanas epidemiológicas 30 e 31.

Considerando-se apenas as semanas epidemiológicas 30 e 31, todas as notificações foram oportunas, sendo estas realizadas em até 24 horas após o início dos sintomas. Um (20%) caso residia no bairro Centro e quatro (80%) casos residiam no bairro Mazomba, com vínculo epidemiológico estabelecido, sendo duas duplas de irmãos e primos entre si.

A mediana de idade foi de seis anos (2-12 anos); 60% do sexo masculino. Os casos apresentaram febre (5; 100%), vômitos (4; 80%), petéquias (4; 80%), rigidez de nuca (2; 40%) e cefaléia (2; 40%). Considerando-se apenas os dois óbitos, os sintomas foram febre e vômitos (2, 100%), cefaleia (1; 50%), petéquias (1; 50%) e diarreia (1; 50%).

Amostras de sangue e líquor de quatro casos foram colhidas e encaminhadas ao Lacen/RJ. Em todos foi identificado o meningococo sorogrupo C, sendo três (60,0%) por aglutinação em látex e um (20,0%) por hemocultura. Este último permitiu confirmar um caso (20%) por vínculo epidemiológico. Três casos foram tratados com *Ceftriaxona*.

Foram administrados quimioprofilaxia com *Rifampicina* em 23 contatos dos dois primeiros casos (irmãos). Destes, para 21 (93%) contatos foi realizada, oportunamente, em 48 horas da data de notificação dos casos; ressalte-se que, neste grupo, não estão inclusos os primos que, posteriormente, adoeceram. Os dois casos seguintes (irmãos e primos dos casos anteriores) tiveram contato com 55 pessoas; porém, em 43 (82%) contatos a quimioprofilaxia foi oportuna. Para o quinto caso, a administração de quimioprofilaxia foi oportuna para 86% dos contatos.

Limitações do estudo

Viés de memória e informação.

Conclusão

A concentração de casos no inverno condiz com a sazonalidade da doença, caracterizada pelo predomínio das meningites bacterianas no inverno e das meningites virais no verão². A maior proporção de casos do sexo masculino e idade mediana de seis anos é compatível com a história natural da doença, sendo comum em regiões endêmicas, o que caracteriza a DM como uma doença da infância^{4,5,6,7}.

Conclui-se que ocorreu um aumento do número de casos de doença meningocócica no município de Itaguaí, nas SE 30 e 31. Entretanto, considerando-se o vínculo entre os quatro primeiros casos, a situação foi considerada como surto familiar, em que a vacinação não é recomendada como medida de controle.

Relatado por:

Amanda Priscila de Santana Cabral – Epibus/Cievs/Devep/SVS/MS;
Noely Fabiana Oliveira de Moura – Epibus/Cievs/Devep/SVS/MS;
Camile de Moraes – Cover/CGDT/Devep/SVS/MS;
Deise Santos – Epibus/Cievs/Devep/SVS/MS.

Participantes da investigação

Victor Berbara – CVE/Sesdec/SES

Ana Calçada – CVE/Sesdec/SES

Maria de Fátima Calderario – CVE/Sesdec/SES

Maria Cristina Rebello – Lacen-RJ

Carlos Guimarães Graça – Secretário de Saúde, Itaguai/RJ

Carla Aparecida da Silva – SMS-Itaguai/RJ

Wilsa Mary Souza Barreto – SMS-Itaguai/RJ

Carlos Cabral – SMS-Itaguai/RJ

Fernando A. A. Santos – SMS-Itaguai/RJ

Agradecimentos

A equipe da SVS agradece a colaboração e o apoio técnico e logístico prestado pelas equipes de gestores e servidores que participaram, direta e indiretamente, desta investigação.

Referências bibliográficas

1. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Investigação de surto comunitário de doença meningocócica no Município de São Paulo. SMSSP, Centro de Controle e Prevenção de Doenças da Coordenação de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal, Supervisão de Vigilância em Saúde Ipiranga, Unidade Básica de Saúde Almirante Delamare. SES de São Paulo, Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória do Centro de Vigilância Epidemiologia Professor Alexandre Vranjac da Coordenadoria de Controle de Doenças. Revista Saúde Pública, 2007, 41(5): 873-78. Julho de 2007.

2. Brasil. Guia de Vigilância Epidemiológica. Doenças. Meningites. Cap. 6. Brasília, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 2005.

3. Lisboa. Sistema de Alerta e Resposta Adequada – Sara. Meningites: normas de procedimento. 2ª edição. Lisboa, Direcção-Geral da Saúde, 25.p. ISBN 972, 9425, 68–X. Meningite – prevenção e controlo. 1999. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005630.pdf>.

4. Centers for Diseases Control. Prevention and Control of Meningococcal Disease. Recommendation of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Morb Mortal Wkly, Rep. 54 (RR-7): 1-21, 2005. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5407a1.htm>.

5. Barroso, D.E. et Al. Doença meningocócica: epidemiologia e controle dos casos secundários. Rev. Saúde Pública, 32 (1): 89-97, 1998.

6. Puricelli, R.C.B., Kupek, E., Bertoni, R.C.C. Controle de surto de meningite meningocócica do sorogrupo C no Município de Corupá, Santa Catarina, Brasil, com ações rápidas e efetivas de vigilância epidemiológica e imunização. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(4): 959-967, jul.-ago., 2004.

7. Schwartz, B., Moore, P.S., Broome, C.V. Global epidemiology of meningococcal disease. Clin Microbiol Rev. 2 Suppl: S118-24, 1989.

8. Iser, B.P.M., Lima, H.C.A.V., Moraes, C., Santos, D. Surto de doença meningocócica no Município de Rio Verde-GO. SVS, Boletim Eletrônico Epidemiológico, ano 8, nº 17, 29 de novembro de 2008.