

## D.1.15 – Incidência de doença meningocócica

### 1. Conceituação

Número de casos novos confirmados de doença meningocócica (códigos A39.0 e A39.2 da CID-10) na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Consideram-se doença meningocócica as três principais formas clínicas de infecção pelo meningococo, que são: meningococemia, meningite meningocócica e a associação destas duas formas clínicas (meningococemia e meningite meningocócica).

A definição de caso confirmado de doença meningocócica baseia-se em critérios adotados pelo Ministério da Saúde para orientar as ações de vigilância epidemiológica da doença em todo o país<sup>1</sup>.

### Definição de caso

#### Suspeito

- Maiores de um ano e adultos com febre, cefaléia intensa, vômito em jato, rigidez de nuca, sinais de irritação meníngea (Kerning e Brudzinski), convulsões e/ou manchas vermelhas no corpo. Em crianças menores de 1 ano, considerar irritabilidade, choro persistente e abaulamento de fontanela.

#### Confirmado

- A confirmação é feita por exame laboratorial (cultura, CIE e látex) ou critério clínico-epidemiológico.

### 2. Identificação das tendências da curva temporal – período 1990 a 2005.

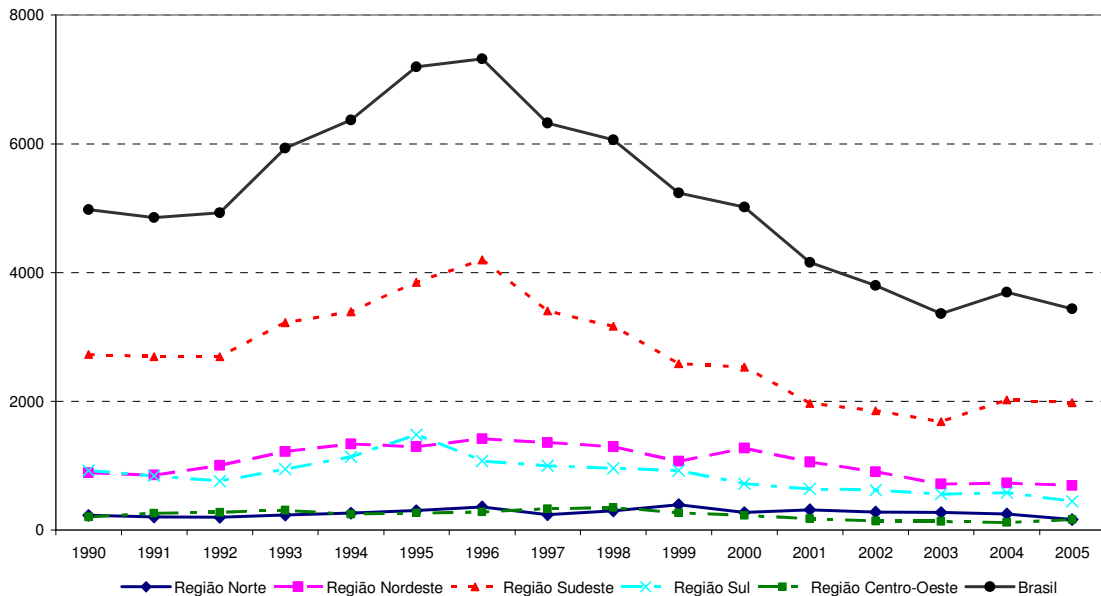
A série histórica disponibilizada abrange o período de 1990 a 2005. Observa-se, no Brasil como um todo, um aumento no número de casos entre 1993 e 1999 para retornar a patamares de notificação semelhantes aos do período anterior no final da década de 90. Depois do ano 2001, o número de casos notificados é progressivamente decrescente. No começo do período, de 1990 a 1992 a média de casos notificada foi de 4.919; a partir de 1993 o número ascende a um máximo de 7.321 em 1996 para retornar a menos de 5.000 casos, com uma tendência decrescente a partir de 2001. A média dos últimos quatro anos da série foi de 3.571 casos / ano. No ano 2005 foram notificados 3.438 casos no país, sendo mais da metade da região Sudeste.

O aumento observado entre 1993 e 1999 dependeu em grande parte da região Sudeste onde o pico máximo foi de 4.198 casos em 1996 (57,3% dos casos do

<sup>1</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Meningites. In: Guia de vigilância epidemiológica. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 541.

país). Os estados que contribuíram com a maior parte dessa notificação foram São Paulo e o Rio de Janeiro.

Casos confirmados de doença meningocócica. Brasil e Grandes Regiões, 1990 - 2005



### 3. Conformidade com o conhecimento epidemiológico disponível sobre a doença.

Há conformidade com o conhecimento epidemiológico da doença. Após a grande epidemia da década de 70, o sorogrupo A não voltou a ser causa relevante de DM no Brasil. Houve, de 1996 a 1998, uma última epidemia causada pelos grupos B e C e os dados recentes indicam que a maioria dos surtos importantes ocorridos nos últimos anos foi ocasionada pela circulação restrita de meningococo do sorogrupo C. Mesmo com a baixa proporção de diagnóstico de sorogrupos, menos de 30%, a proporção do sorogrupo C vem aumentando ao passo que o isolamento do sorogrupo B tem diminuído (SVS, 2006).

O indicador baseado nos casos confirmados fornece uma idéia da ocorrência da DM, em geral, mas não proporciona a informação de sorogrupo em 70% dos casos. Ressalta-se a importância do conhecimento dos sorogrupos mais incidentes pelo fato dos mesmos terem comportamentos epidemiológicos diferentes. O sorogrupo C tem tendências atípicas e está envolvido na etiologia de surtos epidêmicos. Há indícios recentes (mesmo com essa subnotificação de sorogrupo) de um aumento a partir de 2000 da incidência e mortalidade por DM causada pelo meningococo do sorogrupo C (Portela et al., 2007).

### 4. Fatores explicativos dos dados em relação ao comportamento esperado do fenômeno.

A confirmação laboratorial nas meningites como um todo afeta a interpretação dos dados aqui apresentados. Segundo dados da SVS, em 2005, dos 22.515 casos confirmados de meningites, 9,5% não possuem informação sobre etiologia e em cerca de 3% não é fornecido o critério de confirmação.

No caso da DM, a alta patogenicidade do agravo pode garantir maior sensibilidade do sistema. É concebível que haja subnotificação em regiões rurais afastadas onde casos com curso clínico galopante não sejam nem mesmo notificados como suspeitos (síndrome de Waterhouse-Friderichsen). Mesmo assim, tais casos ocorreriam em áreas de baixa densidade populacional onde a disseminação de um surto é menos provável. Também é possível que a subnotificação decorrente de falta de suspeição clínica seja diferente dependendo das formas de acometimento: em casos em que há somente meningite é plausível que haja maior suspeição e formas clínicas apresentando apenas meningococemia podem ser menos confirmadas.

## Referências

Portela, C, Moraes, C, França A.C.C. & Carvalho, M.L. Parecer da área técnica sobre prioridade na disponibilização das vacinas meningocócica C e pneumocócica para menores de um ano na rotina do calendário vacinal. Mimeo, Brasília: SVS, 2007.

Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde, 2005. Guia de Vigilância Epidemiológica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: SVS / MS.

Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde, 2006. Vigilância em Saúde no SUS: fortalecendo a capacidade de resposta aos velhos e novos desafios. Brasília: SVS / MS.

Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde, 2008. Nota técnica. Resposta à solicitação de vacina contra meningite para a população do município e Guarujá / SP.