

Surto de Doença Meningocócica no Município de Estrela D'Oeste, SP, Setembro de 2006: da investigação ao controle.

Meningitis Outbreak in the city of Estrela D'Oeste/SP, September, 2006: from investigation to control

Fernandes, F.C.¹, Carvalhanas, T.R.M.P.², Barbosa, H.A.², Sato, H.K.³, Reina, M.C.F.P.⁴, Ferreira, E.R.⁴, Moro, E.C.R.⁵, Neto, J.M.P.⁶, Cortez, M.G.⁶, Cruz, S.R.A.⁶

¹EPISUS/SES/SP, ²Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória/CVE/CCD/SES/SP, ³Divisão de Imunização/CVE/CCD/SES-SP, ⁴VE/Direção Regional de Saúde -DIR XXII - São José do Rio Preto/SP, ⁵V.E. Município de Estrela D'Oeste, ⁶V.E. Núcleo de Jales

Resumo

A doença meningocócica (DM) é uma moléstia infecciosa aguda de expressiva relevância em saúde pública, devido ao seu potencial epidêmico, a elevada morbi-mortalidade e ao percentual significativo de seqüelas. Em setembro de 2006, o Município de Estrela D'Oeste/São Paulo confirmou a ocorrência de 3 casos de DM e letalidade de 66,7%. Os casos foram sorogrupo e todos identificados como meningococo do sorogrupo C. O objetivo da investigação foi caracterizar e confirmar a ocorrência do surto da doença na região. A investigação dos casos foi realizada a partir da análise de bancos de dados, de fichas epidemiológicas de notificação/investigação, de fichas de atendimento hospitalar e dos exames processados e de entrevistas com os médicos, casos suspeitos, contatos e familiares. Para inclusão no presente surto foram utilizadas as seguintes definições de casos: caso suspeito: todo paciente com sinais e/ou sintomas de meningite aguda, isto é, febre alta, vômitos, cefaléia intensa, rigidez de nuca ou abaulamento de fontanela; com ou sem toxemia (sonolência e/ou torpor e/ou irritação) e lesões cutâneas (petéquias ou púrpuras) residente ou que se deslocou para o Município de Estrela D'Oeste, no mês de setembro de 2006. Caso confirmado: caso suspeito com critério de confirmação laboratorial e/ou necropsia. Na ocasião, foi confirmado um surto de DM no Município de Estrela D'Oeste, com três casos e dois óbitos, desenvolvido em curso rápido e progressivo e com identificação do meningococo sorogrupo C nos três casos, o que está de acordo com a atual prevalência do sorogrupo C no Estado de São Paulo. As medidas de controle, quimioprofilaxia e vacinação, foram realizadas de forma criteriosa e oportuna. A investigação permitiu a descrição clínica e epidemiológica dos casos, com a confirmação de surto e a efetivação oportuna das ações de prevenção e controle.

Palavras-chave: doença meningocócica, investigação de surto, medidas de prevenção e controle, vacinação.

Abstract

Meningococcal disease (DM) is a severe infectious disease of expressive relevance in public health, due to the epidemical potential, the high morbid-mortality and the significant percentage of sequels this hazard presents. In September, 2006, the city of Estrela D'Oeste/São Paulo confirmed the occurrence of three cases of DM, with a lethality of 66,7%. All cases were serogrouped and all were identified as being caused by serogroup C meningococcus. The objective of this investigation was to characterize and to confirm the occurrence of an

outbreak of the disease in the region. Case investigation was performed with the analysis of databanks, of epidemiological reporting/investigation charts, of hospital consults sheets and of processed exams and interviews with the physicians, suspicious cases and their families. In order to be included in this outbreak, the following case definitions were adopted: suspicious case: all patients with signs or symptoms of acute meningitis, e.g. high fever, vomiting, intense headache, rigidity of the nape or raising of the fontanelle, with or without toxemia (somnia and/or torpor and/or irritation) and skin lesions (petechiae or purpura), living or coming to the city of Estrela D'Oeste during the month of September of 2006. Confirmed case: a suspicious case with confirmation by laboratorial criteria and/or necropsy. In the occasion an outbreak of the disease was confirmed in the city of Estrela D'Oeste, with three cases and one death, evolving in rapid and progressive course, with the identification of meningococcus of the C serogroup in the State of São Paulo. Measures of control, chemoprophylaxis and vaccination were performed judiciously and timely. Investigation allowed the timely start of preventive and controlling actions.

Key words: Meningococcal disease, outbreak investigation, prevention and control measures, vaccination.

Introdução

A doença meningocócica (DM) é uma moléstia infecciosa aguda de transmissão respiratória com grande importância em saúde pública devido ao seu potencial epidêmico, à sua expressiva morbi-mortalidade e ao seu significativo percentual de seqüelas.^{1,2,3} O seu agente etiológico é a *Neisseria meningitidis*, um diplococo Gram negativo. Classificam-se em 12 sorogrupos de acordo com antígenos polissacarídeos da cápsula, cujos mais freqüentes são os sorogrupos: A, B, C, W135 e Y. A transmissão direta do meningococo ocorre pelo contato com gotículas de secreções do trato respiratório; já a transmissão indireta é questionada, pois o meningococo é extremamente sensível às variações de temperatura e à dissecação. A DM apresenta sazonalidade com aumento do número de casos no inverno, mas pode ocorrer durante todo o ano^{1,2,4,5}.

O período de incubação da DM, geralmente, varia de 2 a 5 dias, enquanto o período de transmissibilidade persiste até que o meningococo desapareça das secreções nasofaríngeas⁵. Em geral, os meningococos sensíveis desaparecem dentro de 24 horas depois de iniciado o tratamento específico, mas o estado de portador pode ser longo, até 10 meses⁹.

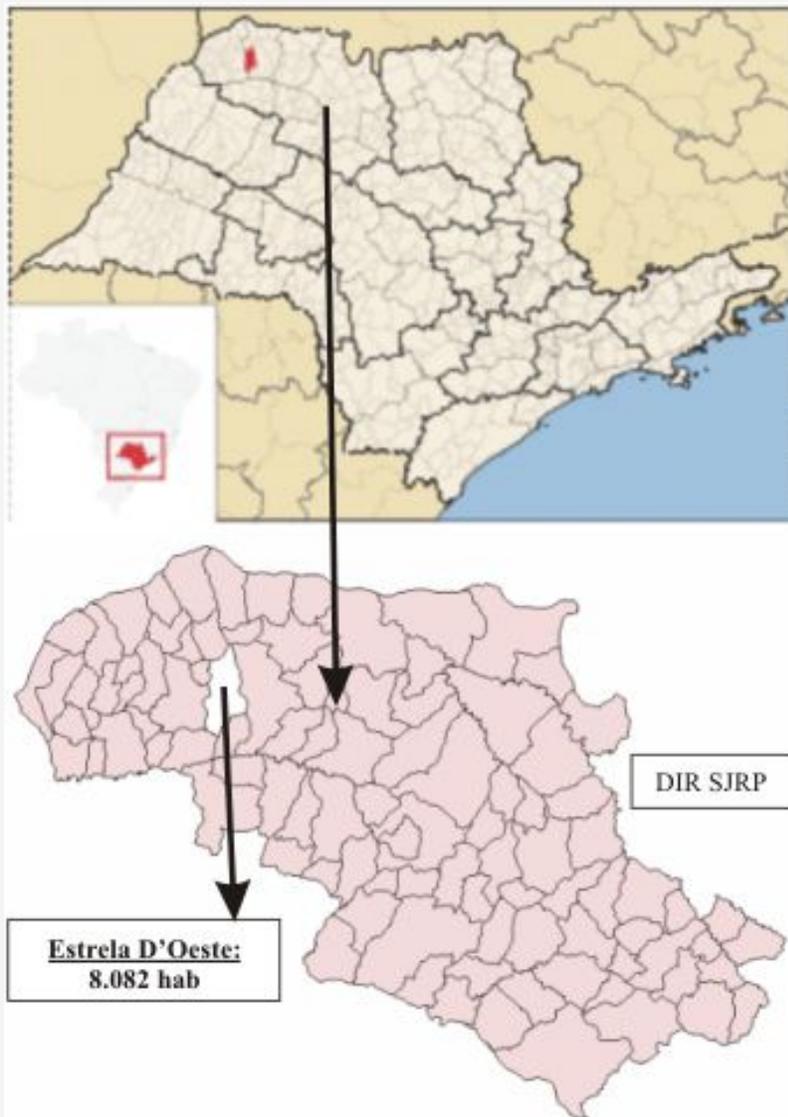
As manifestações clínicas da DM variam desde formas benignas, caracterizadas por febre e bacteremia até quadros muito graves, como a meningococemia, em que os pacientes podem evoluir para a morte em poucas horas⁵.

No Brasil, a DM é endêmica e de notificação compulsória. O coeficiente médio de incidência da DM foi de 3,28/100.000 habitantes (1994 a 2004) e a letalidade, no período correspondente, foi de 19,4%, segundo dados do Sinan/SVS/MS (Sistema Nacional de Agravos Notificáveis, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde)³.

No Estado de São Paulo, a DM apresentou uma taxa média de incidência dos casos em torno de 4,59/100.000 habitantes nos últimos dez anos.³ Alguns surtos de DM foram relatados no Estado e podem estar associados à introdução de uma nova cepa virulenta ou à mudança do sorogrupo circulante^{2,5,6}.

No dia 11 de setembro de 2006, a Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória do Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac" e da Secretaria de Estado da Saúde/SP (DDTR/CVE/SES-SP) recebeu a notificação de surto de DM no Município de Estrela D'Oeste com a ocorrência de 3 casos, destes 2 óbitos, sendo dois casos residentes em Estrela D'Oeste e um caso em Fernandópolis, no período de 6/9/06 a 9/9/06.

O Município de Estrela D'Oeste localiza-se na região Noroeste do Estado de São Paulo, a cerca de 170 km de São José do Rio Preto (S.J.R.P.), faz parte da microrregião de Fernandópolis e da DIR XXII – S.J.R.P/SP. (Figura 1). Apresenta uma população atual de 8.082 habitantes, predominantemente urbana e conta com um Centro de Saúde e uma Santa Casa. Segundo dados disponíveis no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan), não houve registro de DM no Município de Estrela D'Oeste, nos últimos dez anos.



Fonte: IBGE.

http://pt.wikipedia.org/wiki/imagem:saopaulo_municip_estreladoeste.svg

Figura 1 – Localização geográfica do Município de Estrela D'Oeste na região da DIR XXII - S.J.R. P./SP

Objetivos

A partir dessa notificação foi realizada uma investigação de campo por representantes da Vigilância Epidemiológica (V.E.) municipal, da VE do Núcleo de Jales, VE da DIR XXII, da equipe do EPISUS/SP e da DDTR/CVE, com os seguintes objetivos:

- confirmar a existência de um surto ou de *cluster* (agregado de casos e óbitos);
- caracterizar os casos em tempo, pessoa e espaço;
- identificar os casos co-primários e secundários;
- identificar possíveis fatores de risco;

- orientar a adoção das medidas de controle e profilaxia.

Metodologia

A investigação dos casos foi realizada por meio de: 1) análise das fichas epidemiológicas de notificação e investigação dos casos de DM; 2) análise de banco de dados do Sinan; 3) análise de fichas e prontuários de atendimento médico; 4) entrevistas com familiares e contatos dos casos; 5) entrevistas com o caso que não evoluiu para óbito e com os casos suspeitos e 6) entrevistas com os médicos que atenderam os casos.

O levantamento e análise das fichas e prontuários e as entrevistas com médicos e casos (confirmados ou suspeitos de DM) ocorreram na Santa Casa de Fernandópolis, no Hospital de Base de São José do Rio Preto e na Unidade Básica de Saúde de Estrela D'Oeste.

Os exames laboratoriais iniciais dos casos foram realizados pelos hospitais de atendimento. A identificação e confirmação do sorogrupo foram realizadas pelo Instituto Adolfo Lutz de São José do Rio Preto (cultura e/ou contraímunoelctroforese - CIE e/ou látex).

A definição de surto de DM utilizada foi: ocorrência de três ou mais casos confirmados ou prováveis do mesmo sorogrupo, excetuando-se os casos co-primários e secundários, num período menor ou igual a três meses, que residiam na mesma área geográfica e com uma taxa de ataque igual ou maior a 10 casos em 100.000 habitantes^{3,7}.

Para inclusão no presente surto foram utilizadas as seguintes definições de casos:

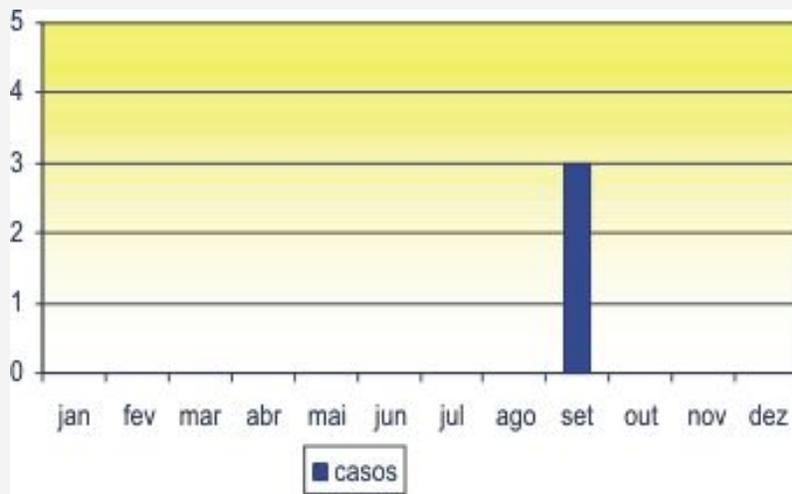
- caso suspeito: todo paciente com sinais e/ou sintomas de meningite aguda, isto é, febre alta, vômitos, cefaléia intensa, rigidez de nuca ou abaulamento de fontanela; com ou sem toxemia (sonolência e/ou torpor e/ou irritação) e lesões cutâneas (petéquias ou púrpuras) residente ou que se deslocou para o Município de Estrela D'Oeste, no mês de setembro de 2006.

- caso confirmado: caso suspeito com critério de confirmação laboratorial e/ou necropsia.

Resultados

Foram notificados 3 casos / 2 óbitos de DM, no período de 6/9/2006 a 9/9/2006, sendo que 2 casos residiam no Município de Estrela D'Oeste durante o período de incubação e 1 caso residia em Fernandópolis, mas com história de deslocamento recente para Estrela D'Oeste. Em 100% dos casos, foi identificado meningococo do sorogrupo C.

A partir das definições de casos adotadas, os três casos foram classificados como confirmados. Conforme a curva epidêmica (Figura 2), todos os casos ocorreram no mês de setembro/2006, na trigésima sexta semana epidemiológica.



Fonte: Sinan/DIR XXII-SJRP.

Figura 2 – Distribuição dos casos confirmados de DM, segundo mês do início dos sintomas, Estrela D'Oeste, 2006

Nos últimos dez anos, não houve registro de casos de DM no Município de Estrela D'Oeste. O coeficiente de incidência de DM, no presente surto, foi de 25/100.000 habitantes, com faixas etárias de maior risco concentradas nos menores de cinco anos e entre 20 e 29 anos de idade e predomínio no gênero masculino, conforme ilustram as tabelas 3 e 4.

Tabela 1 – Distribuição dos casos confirmados de DM segundo faixa etária, gênero e coeficiente de incidência por 100.000 habitantes, Município de Estrela D'Oeste/SP, setembro de 2006.

Faixa etária	Gênero			%	Coeficiente
	masc	fem	total		
<1 ano	-	-	-	-	-
1 a 4	1	-	1	33,3	215,9
5 a 9	-	-	-	-	-
10 a 14	-	-	-	-	-
15 a 19	-	-	-	-	-
20 a 29	*1	1	2	66,7	146,4
30 a 39	-	-	-	-	-
40 a 49	-	-	-	-	-
50 e mais	-	-	-	-	-
Total	2	1	3	100	37,1

Fonte: Sinan.

*inclusão do caso residente em Fernandópolis/SP.

Tabela 2 – Distribuição dos casos confirmados de DM residentes em Estrela D'Oeste/SP, segundo faixa etária, gênero e coeficiente de incidência por 100.000 habitantes, Município de Estrela D'Oeste/SP, setembro de 2006.

Faixa etária	Gênero			%	Coeficiente
	masc	fem	total		
<1 ano	-	-	-	-	-
1 a 4	1	-	1	50	215,9
5 a 9	-	-	-	-	-

10 a 14	-	-	-	-	-
15 a 19	-	-	-	-	-
20 a 29	-	1	1	50	73,2
30 a 39	-	-	-	-	-
40 a 49	-	-	-	-	-
50 e mais	-	-	-	-	-
Total	1	1	2	100	24,7

Fonte: Sinan.

Descrição dos casos:

Caso 1

K.R.S.R., 4 anos, sexo masculino, branco, residente em Estrela D'Oeste, previamente hígido. Apresentou os primeiros sintomas em 6/9/06 e no mesmo dia passou em consulta na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Estrela D'Oeste, com hipótese diagnóstica inicial de resfriado e alta com orientações. Em 8/9/06, apresentou febre (38,3°C) e vômitos, quando foi encaminhado, novamente, à UBS de Estrela D'Oeste. Durante observação clínica, evoluiu com sonolência, diarreia, taquicardia, desidratação, desconforto respiratório, cianose labial e petéquias em face, sem sinais meníngeos. Houve tentativa de transferência para a Santa Casa de Fernandópolis, mas durante o percurso paciente teve piora clínica com progressão do quadro para choque séptico, parada cardíaco-respiratória e posterior óbito.

No dia 8/9/06, foi realizada coleta de LCR(líquido cefalorraquidiano) na Santa Casa de Fernandópolis com aspecto límpido. A bacterioscopia (LCR) resultou negativa e a aglutinação pelo látex reagente para meningococo C. A citoquímica apresentou um leucócito/mm³, glicorraquia de 35 mg/dl e proteinorraquia de 32 mg/dl. A CIE (sangue) apresentou resultado positivo com evidência do meningococo C. Hemocultura apresentou-se negativa.

Critério de confirmação de caso: clínico-laboratorial.

Antecedentes epidemiológicos: criança residia com a mãe e os avôs, não freqüentava creche ou escola e circulava pouco pelas ruas da cidade. Sua mãe P.A.B.S, era namorada do caso 3 e trabalhava no mesmo frigorífico que o caso 2, mas em bancadas diferentes. Além disso, P.A.B.S. foi a um churrasco no dia 3/9/06, em que estava o caso 2, mas o filho (caso 1) ficou em casa. P.A.B.S. referiu história de tosse pouco produtiva, cefaléia e dor de garganta naquele período e com melhora progressiva do quadro.

Caso 2

L.F.R, 22 anos, sexo feminino, branca, residia em Estrela D'Oeste (mudou-se para Jales, SP em 7/9/06), previamente hígida. Iniciou os primeiros sintomas na noite de 7/9/06 com cefaléia de forte intensidade. Procurou atendimento médico em Jales no dia 8/9/06, sendo transferida para o Hospital de Base(HB) de SJRP. Deu entrada nesse hospital na madrugada de 9/9/06 com história de cefaléia, vômitos, febre, mialgia, agitação psicomotora e manchas no corpo. No exame físico de entrada, paciente com Glasgow de 12, rigidez de nuca, saturação de oxigênio de 98% e petéquias disseminadas. Realizada hidratação venosa, observação do nível neurológico e iniciada antibioticoterapia com ceftriaxona, após coleta de LCR. Paciente evoluiu com melhora clínica e neurológica, recebendo alta do HB, após completar antibioticoterapia.

No dia 9/9/06, foi realizada coleta de LCR no Hospital de Base, com aspecto purulento. A bacterioscopia resultou negativa para diplococo Gram negativo e a aglutinação pelo látex reagente para meningococo do sorogrupo C. A citoquímica apresentou 960 hemáceas/mm³, 20.000 leucócitos/mm³, com predomínio neutrofílico, glicorraquia de 1 mg/dl e proteinorraquia de 153 mg/dl, pandy positivo. A CIE apresentou resultado negativo e a hemocultura identificou o meningococo (*Neisseria meningitidis*) do sorogrupo C.

Critério de confirmação de caso: clínico-laboratorial

Antecedentes epidemiológicos: reside atualmente em Jales, mas residia em Estrela D'Oeste durante o adoecimento, com o marido e filho. Trabalhava no mesmo frigorífico que a mãe do caso 1, em Estrela D'Oeste. Em visita realizada no frigorífico pela VE municipal, VE do Núcleo de Jales e VE- DIR XXII foi verificado que, apesar do local ter ar condicionado, circula ar externo por todo ambiente, pois há uma rampa de acesso em que o animal sobe para desossa, além de portas de acesso dos funcionários ao local. Ao lado disso, observou-se que os trabalhadores não permanecem fixos na mesma bancada. L.F.R. participou do churrasco na casa de colegas do trabalho em 3/9/06, junto com a mãe do caso 1. Negava contato com os casos 1 e 3 e com pessoas doentes no período.

Caso 3

D.F.S., 28 anos, sexo masculino, residente em Fernandópolis, previamente hígido. Iniciou sintomas em 9/9/06 com febre, cefaléia e náuseas. Neste mesmo dia, o paciente foi encaminhado à UBS de Estrela D'Oeste para elucidação diagnóstica. Como era namorado da mãe do caso 1 foi orientada e realizada a quimioprofilaxia com rifampicina. Deu entrada na UBS por volta das 15h30 do mesmo dia com febre (38,8°C), cefaléia frontal, sem vômitos, com estabilidade hemodinâmica e sem sinais de irritação meníngea ao exame físico. Foi medicado com dipirona endovenosa e, em seguida, encaminhado para Santa Casa de Fernandópolis para realização de exames complementares. Evoluiu na Santa Casa com hipotensão, dor abdominal, cianose labial e de extremidades, confusão mental e petéquias disseminadas. Na ocasião, foi realizada hidratação, prescrito penicilina cristalina e observação clínica rigorosa. Quadro clínico evoluiu com insuficiência respiratória grave e realizada intubação orotraqueal. Houve piora clínica com parada cardiorespiratória. Constatado óbito às 23h35.

No próprio dia 9/9/06, foi realizada coleta de LCR com aspecto límpido. A bacterioscopia (sangue) resultou positiva para diplococo Gram negativo. A citoquímica apresentou 1.040 hemáceas/mm³, um leucócito/mm³, glicorraquia de 28 mg/dl e proteinorraquia de 59 mg/dl. A CIE (LCR) apresentou resultado negativo. Na hemocultura foi isolada a *Neisseria meningitidis* (meningococo C).

Critério de confirmação de caso: clínico-laboratorial.

Antecedentes epidemiológicos: residia em Fernandópolis e se deslocava para Estrela D'Oeste com frequência para visitar a namorada (P.A.B.S.- mãe do caso 1). Antes de adoecer no dia 9/9/06, esteve em Estrela D'Oeste nos dias 5/9/06 por cerca de 1 hora e no dia 6/9/06 permaneceu na cidade durante 4 horas e esteve com P.A.B.S. Em entrevista, P.A.B.S. nega ter havido contato entre o caso 1 e o caso 3, já que ela se encontrava com o caso 3 na casa de uma amiga de trabalho. Assim como, nega que D.F.S. tenha tido contato com pessoas doentes no período. D.F.S. não foi ao churrasco do dia 3/9/06.

É de fundamental importância ressaltar que não houve evidências de contato entre os três casos acima descritos.

Discussão

No Brasil, a primeira metade da década de 70 foi marcada por epidemias de DM causadas pelos meningococos A e C, com taxas de incidência que atingiram até 170/100.000 habitantes em determinadas cidades do País. A década de 80 se iniciou com baixa incidência, mas a partir de 1986 houve um aumento de casos, notadamente pelo sorogrupo B.

A partir de 2003, observou-se variação positiva em relação ao percentual do sorogrupo C em comparação com o sorogrupo B, isto é, aumento da proporção do sorogrupo C. Porém, não houve aumento concomitante da incidência dos casos de DM no decorrer do mesmo período⁹.

A distribuição geográfica da DM é universal, ocorrendo casos tanto em área urbana como rural. A aglomeração intradomiciliar favorece a transmissão⁹. Diversos fatores são importantes para ocorrência da DM como a suscetibilidade imunológica, a presença de cepas mais virulentas e baixas condições sócioeconômicas².

O Município de Estrela D'Oeste, localizado a cerca de 170 km de São José do Rio Preto, é uma região que apresentou alta taxa de mortalidade infantil em 2004 (41,67 por 1.000 nascidos vivos).⁸ Nos últimos dez anos, não houve registro de nenhum caso notificado de DM no município, o que remete a discussão da presente mudança do comportamento epidemiológico deste agravo na região, possivelmente relacionado à alguma cepa mais virulenta ou da alteração da suscetibilidade imunológica da população no presente surto.

A DM apresenta quadros clínicos variados, podendo ser classificada em três formas clínicas principais: meningococemia, apenas meningite sem meningococemia e meningite com meningococemia. A meningococemia é a expressão mais grave da doença, apresentando uma taxa de letalidade que varia entre 15% - 30%.^{2,9}

Neste surto, o quadro clínico de meningococemia predominou em 67% dos casos, sendo que em 33% dos casos houve meningite associada. No LCR do caso 2 houve leucocitose com predomínio neutrofílico, compatível com a hipótese de meningite bacteriana. A letalidade foi de 67%, muito acima da letalidade registrada para DM no Sinan no primeiro semestre de 2006, de 13,7% no Estado de São Paulo. A elevada letalidade pode ser explicada pelo pequeno número de casos identificados no surto e pela forma de apresentação clínica predominante dos casos.

Vale destacar que todos os casos foram sorogrupados com identificação de meningococo do sorogrupo C, o que está de acordo com o progressivo aumento da prevalência deste sorogrupo no Estado de São Paulo.

Em relação à transmissão da DM, há necessidade de contato íntimo e prolongado para uma transmissão ser eficiente^{1-11,12}. O doente, do ponto de vista epidemiológico, não possui um papel de destaque na propagação da *N. meningitidis*. O principal elemento na cadeia de transmissão do meningococo é o portador assintomático.^{2,9}

Nesse contexto, a prevenção de casos de DM e o controle de surtos dependem da identificação e da notificação rápida dos casos. Para tanto, uma vigilância epidemiológica estruturada e efetiva é fundamental. Só assim, torna-se possível a realização de quimioprofilaxia oportuna e a avaliação da necessidade ou não de vacinação da população de risco.

Os principais objetivos da quimioprofilaxia são prevenir os casos secundários de DM e erradicar o estado de portador de um indivíduo². No Brasil, a quimioprofilaxia está padronizada e a droga de escolha é a rifampicina¹.

No Município de Estrela D'Oeste, houve a caracterização de um surto de Doença Meningocócica Sorogrupo C em setembro de 2006, com curso rápido e progressivo, não houve evidência de contato entre os casos e o coeficiente de incidência foi maior do que 10 por 100 mil habitantes. A rápida notificação dos casos, efetivada pela VE do município, permitiu a realização oportuna da quimioprofilaxia em todos os familiares e comunicantes próximos dos casos.

Ao lado disso, pela rápida propagação do surto em curto período de tempo, com faixa etária de maior risco concentrada nos menores de 5 anos (caso 1), seguida de 20 a 29 anos (casos 2 e 3) e pela letalidade elevada foi recomendada uma Campanha de Vacinação contra o meningococo C na região.

A estratégia de vacinação durante um surto de DM tem como objetivo a prevenção de casos secundários² e, por conseguinte, o controle efetivo do surto. As vacinas polissacarídeas contra os sorogrupos A e C têm imunogenicidade de 85% em crianças maiores de 5 anos e em adultos, não sendo indicadas para menores de 2 anos. Entretanto, a imunidade alcançada é temporária, durando de três a cinco anos. Essas vacinas são utilizadas para o controle de surtos ou epidemias da doença em grupos definidos por espaços sociais ou geográficos^{6,11 e 12}.

A vacina conjugada contra o meningococo C é a indicação apropriada para os menores de 2 anos. À

semelhança da vacina conjugada Hib (contra o *Haemophilus influenzae* tipo b), as cápsulas polissacarídicas dos meningococos (sorogrupos A, C, Y e W135) têm sido quimicamente conjugadas a proteínas de transporte. Estas vacinas conjugadas induzem uma resposta celular T-dependente, resultando em melhora da resposta imune em lactentes, com excelente memória imunológica e potencial para proteção de longa duração. Nesse sentido, com o advento das vacinas conjugadas crescem as expectativas em torno do potencial impacto a ser observado no perfil epidemiológico global deste agravo.

Conclusão e recomendações

Pela análise detalhada dos três casos relatados, foi possível a confirmação de um surto de DM no Município de Estrela D'Oeste no período de 6/9/06 a 9/9/06, com determinação do sorogrupo C em 100% dos casos. Foi realizada quimioprofilaxia de forma criteriosa e oportuna em todos os familiares e contatos próximos dos casos, inclusive dos trabalhadores do frigorífico, que eram comunicantes do caso 2.

Em reunião conjunta, a Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória/CVE, a Divisão de Imunização/CVE, a Diretoria Técnica do CVE e a Coordenadoria de Controle de Doenças da SES/SP recomendaram uma Campanha de Vacinação contra o meningococo C no Município de Estrela D'Oeste, como a estratégia mais adequada para o efetivo controle do surto. As vacinas recomendadas foram: vacina conjugada (C) aos menores de 2 anos e vacina polissacarídica (C) aos maiores de 2 anos. A população alvo a ser vacinada nesse surto compreendeu a faixa etária de 2 meses a 29 anos, por ser essa a faixa etária definida como a de maior risco, conforme a descrição dos dados já referidos.

No dia 21/09/06, foi conduzida a campanha nas escolas do município, com vacinação de 1.646 alunos. Em 22/09/06, a campanha ocorreu na Unidade Básica de Estrela D'Oeste nas crianças, adolescentes e adultos jovens, concentrados na faixa etária de 2 meses a 29 anos (29 anos, 11 meses e 29 dias), sendo vacinadas 1.306 pessoas. No dia 29/09/06, uma equipe da VE municipal se deslocou até o frigorífico, onde trabalhava o caso 2 e a mãe do caso 1, para vacinação de 438 funcionários.

Foram fornecidos materiais impressos de notificação, investigação, diagnóstico, tratamento e prevenção de meningite à comunidade. Ao lado disso, foi recomendada a elaboração de uma nota técnica dirigida aos profissionais de saúde e à população local, no intuito de informar e esclarecer sobre as principais medidas de prevenção e controle adotadas frente ao surto.

Na oportunidade, houve distribuição de materiais educativos pela equipe da VE municipal e divulgação de informações sobre a DM pela mídia local à comunidade.

Enfatizou-se a importância do monitoramento de todos os casos suspeitos de meningite no município. Como também, a capacitação periódica dos profissionais de saúde, com vistas à notificação, investigação, diagnóstico e tratamento precoces.

Portanto, com a notificação imediata da ocorrência desses casos, foi possível a realização das medidas de controle e prevenção de forma adequada e oportuna. Dessa forma, conclui-se que o surto foi contido de maneira efetiva e, até o presente, não houve notificação de novos casos confirmados de DM, no Município de Estrela D'Oeste.

Agradecimentos

Equipe técnica da DIR XXII - SJRP, à equipe técnica das VE municipais, ao corpo clínico dos hospitais: Hospital de Base de SJRP, Santa Casa de Fernandópolis, UBS municipais; ao Instituto Adolfo Lutz – SJRP e a todos que colaboraram e apoiaram a investigação e o controle do surto.

Referências bibliográficas

1. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. 6º ed. Brasília (DF); 2005.
2. World Health Organization. Control of Epidemic Meningococcal Disease. WHO. Practical Guidelines. 2ª ed. 1998. Disponível em: outubro de 2006.
3. Carvalhanas TRMP, Brandileone MCC, Zanella RC. Meningites bacterianas. **Bepa** 2005 [Boletim *on-line*]. Disponível em: outubro de 2006.
4. American Academy of Pediatrics. Infecções Meningocócicas. *In*: Pickering LK, ed. Red Book: 2003 Report of the Committee on Infectious Disease. 26ª edição. Elk Grove Village; 2003: 444-450.
5. Meira DA. Doença Meningocócica. *In*: editores Veronesi R, Focaccia R. Tratado de Infectologia. Segunda edição. São Paulo: Atheneu; 2002. p. 645-54.
6. Ciccone FH, Suzuki E, Pellini ACG, Freitas AC, Vilaça PJ, Carvalhanas TRM et al. Doença Meningocócica: Investigação de Surto Comunitário no Distrito Administrativo do Grajaú, Município de São Paulo, Julho de 2006. **Bepa** 2006 [Boletim *on-line*]. Disponível em: outubro de 2006.
7. Centers for Diseases Control. Prevention and Control of Meningococcal Disease. Recommendation of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). **MMWR Morb Mortal Wkly Rep** 2005; 54 (RR-7): 1-21. Disponível em outubro de 2006.
8. Fundação Seade. Anuário Estatístico do Estado de São Paulo: 2004. Disponível em outubro de 2006.
9. Carvalhanas TRMP, Pellini ACG, Gorla MCO. Infecção Meningocócica. *In*: Antonio Carlos Lopes, editor. Tratado de Clínica Médica, v. 3. São Paulo: Roca 2006; seção 19, cap.386, p. 3996-4015.
10. Stiehm, E, Damrosch, D. Factors in the prognosis of meningococcal infection. **J. Pediatric** 1966; 68: 457-67.
11. Centers for Diseases Control. Epidemiology and Prevention of Vaccine – Preventable Diseases: the Pink Book. 9th ed. Atlanta (GA): 2006. Meningococcal disease. Disponível em: outubro de 2006.
12. Barroso DE, Carvalho DM, Nogueira AS, Solari CA. Doença meningocócica: epidemiologia e controle dos casos secundários. **Rev Saúde Pública** 1998; 32(1): 89-97.

Correspondência/Correspondence to:
Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória
Av. Dr. Arnaldo, 351 – 6º andar
CEP: 01246-902 – São Paulo (SP)
Tels.: (11) 3066-8236 / 3066-8289
Fax.: 3082-9359
E-mail: dvresp@saude.sp.gov.br



Bepa
Av. Dr. Arnaldo, 351 - 1º andar, s. 135 – CEP: 01246-000
São Paulo - SP - tels.: (11) 3066-8823 / 3066-8825
e-mail: bepa@saude.sp.gov.br

Fale conosco

