

INFORME TÉCNICO

MENINGITE - CID G03.9

COORDENADORIA DE DOENÇAS E AGRAVOS TRANSMISSÍVEIS
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO À SAÚDE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS

Edição nº 5, Janeiro de 2013 – Ano II

AVALIAÇÃO DO BANCO DE DADOS DE MENINGITES – 2012

Meningite é uma inflamação das meninges, cujas membranas envolvem o encéfalo (cérebro, bulbo e cerebelo) e a medula espinhal. Em geral, caracteriza-se por febre alta, cefaléia, vômitos e rigidez de nuca, sintomas comuns principalmente em crianças maiores e adultos. Em recém-nascidos e lactentes destacam-se entre outros sinais e sintomas, abaulamento de fontanela, recusa alimentar, sonolência, irritabilidade e convulsões.

É uma doença de notificação compulsória e qualquer caso suspeito de meningite deve ser informado através da ficha de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) à Vigilância Epidemiológica local, para que esta desencadeie a investigação epidemiológica e aplique as medidas de controle cabíveis.

Do ponto de vista da saúde pública, os agentes etiológicos causadores da meningite mais importantes são as bactérias e os vírus, devido à magnitude de ocorrência e potencial de produzir surtos. Entre as meningites bacterianas, destacam-se as causadas pela *Neisseria meningitidis* (meningococo), *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo), *Haemophilus influenzae*, e *Mycobacterium tuberculosis*, devido a alta morbimortalidade, se comparada a de outras etiologias.

Em Minas Gerais, em 2012 foram notificados 1.848 casos de meningite, destes foram confirmados 1.214, correspondendo a um coeficiente de incidência de 6,1/100 mil habitantes e 160 óbitos com letalidade de 13,1%, conforme a tabela 1.

Tabela 1 – Casos, óbitos, Incidência* e Letalidade das Meningites por Etiologia, Minas Gerais, 2011 e 2012¹.**

Etiologia	2011				2012			
	Casos	Inc.%	Óbitos	Letal.%	Casos	Inc.%	Óbitos	Letal.%
M. Bacteriana	544	2,8	111	20,4	540	2,7	111	20,6
D. meningocócica	159	0,8	29	18,2	146	0,6	38	26,0
M. Pneumocócica	99	0,5	28	28,3	104	0,5	34	32,7
M. Hemófilo	15	0,1	3	20,0	12	0,1	1	8,3
M. Tuberculosa	25	0,1	1	4,0	28	0,1	1	3,6
Outras Bactérias	246	1,2	50	20,3	250	1,1	37	14,8
M. Não Especificada	260	1,3	25	9,6	238	1,0	17	7,1
M. Viral	357	1,8	6	1,7	341	1,4	10	2,9
M.Outras Etiologias	104	0,5	17	16,3	93	0,4	11	11,8
TOTAL	1265	6,4	270	21,3	1212	6,1	149	12,3

Fonte: SINAN/SES MG

(1) Dados parciais sujeitos a alteração/revisão.

MENINGITE - CID 10:

A17.0 (*M. tuberculosa*);
A39.0 (*M. meningocócica*);
A87 (*M. virais*);
G00.0 (*M. haemophilus*);
G00.1 (*M. pneumocócica*);

CASO SUSPEITO

Paciente maior de um ano com início súbito de febre superior a 38°C acompanhada por dores de cabeça e vômitos e pelo menos um dos seguintes sintomas ou sinais, rigidez do pescoço, alteração da consciência, outros sinais de irritação meníngea (Kernig, Brudzinsky) petéquias ou erupção purpúrica.

Em crianças menores de 1 ano é suspeita de meningite quando a febre é acompanhada de abaulamento da fontanela, vômitos, sonolência, irritabilidade, convulsões, com ou sem erupção petequeal.

CASO CONFIRMADO

Um caso suspeito que está confirmado laboratorialmente ou epidemiologicamente ligado a um caso confirmado laboratorialmente.

Onde não há confirmação laboratorial (devido ao início precoce de antibióticos no paciente) ou pornexo epidemiológico, o caso foi classificado como clinicamente confirmado quando sua evolução é consistente com um quadro de doença meningocócica. Este diagnóstico deve ser ratificado por especialistas clínicos.

Comparando-se com o total de óbitos ocorridos no ano de 2011, verificou-se uma redução na letalidade.

Ao se estratificar as classificações etiológicas observa-se que houve uma redução nos óbitos por Hemófilos, nas meningites de outras etiologias e não especificadas, se comparadas com o ano anterior, porém houve aumento do número de óbitos da doença meningocócica e meningite pneumocócica.

Este fato deve-se à melhoria no diagnóstico com a identificação do agente causador e a introdução do PCR no diagnóstico das meningites, porém ao se avaliar os critérios de confirmação utilizados para o encerramento dos casos de DM, observa-se que o critério clínico se destaca sobre os demais (34,5%). Entretanto, este não demonstra o real agente causador do óbito, não sendo um critério específico e confiável, de acordo com a tabela 2.

Tabela 2 – Óbitos e porcentagem de Doença Meningocócica e Meningite por Pneumococo, Minas Gerais, 2012¹.

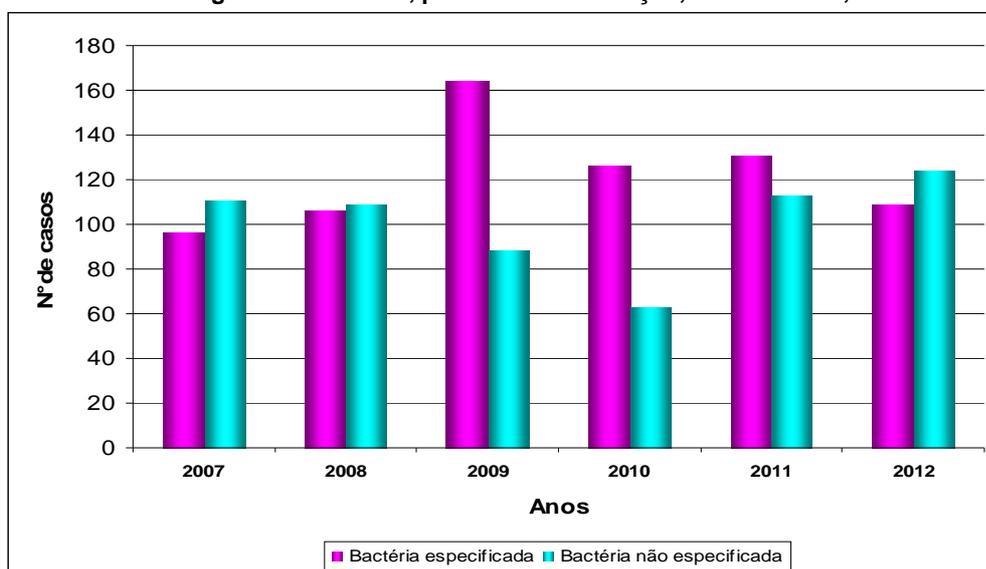
Critério Conf.	Óbito por DM	%Óbito por meningite	Óbito por Pneumo	%Óbito por meningite
Cultura	4	10,5	26	74,3
CIE	0	0,0	0	0,0
AG. Latex	15	39,5	7	20,0
Clínico	13	34,2	0	0,0
Bacterioscopia	1	2,6	0	0,0
Quimicitológico	0	0,0	0	0,0
Clínico-epidemiológico	1	2,6	0	0,0
Isolamento viral	0	0,0	0	0,0
PCR - viral	2	5,3	0	0,0
Outra técnica	2	5,3	2	5,7
Total	38	100	35	100

Fonte: SINAN/SES MG

(1) Dados parciais sujeitos a alteração/revisão.

Em 2012, 2,4% das Meningites confirmadas no Estado foram de origem bacteriana. Estratificando-se as Meningites por Etiologia, observa-se que houve redução no coeficiente de incidência de quase todos os tipos de Meningites. Porém, houve um decréscimo de notificações de meningites bacterianas com definição etiológica, ou seja, a identificação da bactéria causadora da meningite, evidenciando a necessidade de melhorar o diagnóstico laboratorial e a investigação adequada dos casos, conforme demonstrado no gráfico 1.

Gráfico 1: Meningites bacterianas, por ano de notificação, Minas Gerais, 2007-2012¹



Fonte: SINAN/SES MG

(1) Dados parciais sujeitos a alteração/revisão.

Ao se avaliar a taxa de notificação por Macrorregião de Saúde, conforme a tabela 3, observa-se que a Macro do Jequitinhonha, Oeste, Norte e Nordeste apresentaram uma taxa de notificação inferior, ao se comparar com a Macro do Centro, sugerindo assim, subnotificação dos casos, com a necessidade de se realizar busca ativa dos prontuários nas fontes notificadoras e sensibilização dos profissionais de saúde. Os casos deverão ser notificados pela suspeita e não somente quando confirmado, isso permite a avaliação da assistência de saúde e a sensibilidade da vigilância epidemiológica.

Tabela 3 – Notificação de casos de Meningites, segundo Macrorregião de Saúde, Minas Gerais, 2012¹.

Macrorregional de Saúde	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Sul	11,11	9,10	7,93	7,93	8,57	8,18
Centro Sul	7,36	4,53	6,14	5,39	11,13	6,84
Centro	10,64	10,26	10,08	10,17	11,39	11,68
Jequitinhonha	2,14	4,65	3,34	3,75	5,08	3,73
Oeste	7,65	6,58	4,67	5,21	5,32	5,36
Leste	13,40	8,95	7,54	9,78	8,84	8,53
Sudeste	12,32	8,24	11,45	7,15	7,30	6,19
Norte	10,30	7,64	6,71	6,85	7,57	5,21
Noroeste	6,58	6,28	9,11	8,42	9,28	10,43
Leste do Sul	6,44	8,96	9,22	7,81	8,53	10,60
Nordeste	4,67	8,15	7,16	7,16	6,28	5,90
Triângulo do Sul	20,50	22,05	21,61	17,20	14,87	15,26
Triângulo do Norte	20,18	15,67	16,28	15,27	18,32	17,99
Total	10,93	9,58	9,45	9,03	9,86	9,50

Fonte: SINAN/SES MG

(1) Dados parciais sujeitos a alteração/revisão.

De acordo com o Projeto de Fortalecimento do Estado, contemplado na Resolução SES nº 3.152/2012, a vigilância das meningites está inserida no elenco 2. Os municípios que aderiram deverão realizar a coleta de amostras biológicas (líquor/sangue/soro) de 80% dos casos suspeitos de meningite, ao se avaliar a série histórica das Macrorregiões, as que conseguiram atingir a meta em 2011 foram as Macros Centro, Leste, Noroeste, Triângulo do Sul e Triângulo do Norte, conforme ilustrado na tabela 4.

O ano de 2012, ainda não está fechado, vale ressaltar a importância de se avaliar constantemente o banco de dados, pois o repasse de verba poderá ser prejudicado caso o município não consiga atingir a meta proposta, principalmente no caso da Macro Leste do Sul, que vem apresentando um baixo desempenho.

Tabela 4 – Coleta de amostras biológicas preconizadas pelo Projeto de Fortalecimento, segundo Macro Região de Saúde, Minas Gerais, 2012¹.

Macrorregional de Saúde	2008	2009	2010	2011	2012
Sul	85,59	81,73	79,23	78,67	78,06
Centro Sul	66,67	86,67	82,05	79,01	65,22
Centro	83,57	79,69	80,84	83,74	84,29
Jequitinhonha	22,22	61,54	28,57	52,63	71,43
Oeste	80,77	75,00	77,42	76,56	68,42
Leste	89,31	81,08	92,25	90,70	76,07
Sudeste	60,77	77,47	84,82	79,13	79,12
Norte	40,16	59,26	63,89	66,12	46,38
Noroeste	65,85	73,33	80,00	80,33	73,02
Leste do Sul	43,33	53,23	34,62	68,42	32,81
Nordeste	54,41	50,85	58,62	58,82	60,00
Triângulo do Sul	47,71	58,28	72,50	80,00	70,59
Triângulo do Norte	82,98	84,34	82,78	82,57	75,40
Total	73,25	75,33	77,80	79,98	75,30

Fonte: SINAN/SES MG

(1) Dados parciais sujeitos a alteração/revisão.

Segundo o banco de dados SINAN, dos 1.848 casos notificados no Estado em 2012, 1.214 foram confirmados, (65,7%). Dos casos confirmados foram realizados a punção lombar em todos, porém o critério de confirmação mais utilizado foi o quimiocitológico, um exame realizado em laboratório local, não sendo específico para a identificação etiológica.

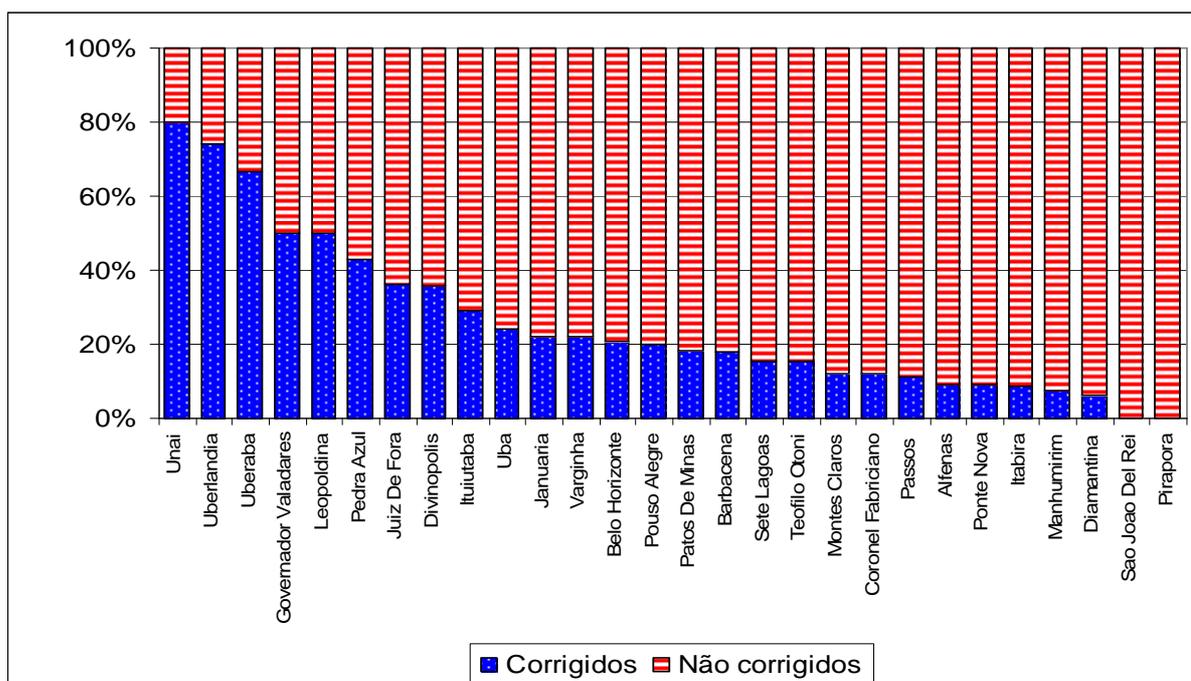
A identificação do agente pode ser prejudicada devido à diversos fatores, tais como: acondicionamento inadequado, transporte em condições não ideais, atraso no envio das amostras. Além disso, são freqüentes os erros de encerramento e classificação dos casos, mesmo quando existe algum resultado laboratorial disponível. A conscientização dos profissionais de saúde (da vigilância epidemiológica e da assistência) e as ações educativas contínuas, junto com investigações adequadas e revisão cautelosa dos dados notificados são os principais mecanismos de que se dispõe para a melhoria da qualidade da vigilância epidemiológica.

O objetivo principal da vigilância epidemiológica das meningites é a detecção precoce de casos para a prevenção de surtos, diagnóstico e tratamento de casos visando à redução da letalidade e o acompanhamento constante da tendência das meningites, a fim de conhecer a real situação epidemiológica da doença na área e adoção das medidas de controle.

Durante o ano de 2012, foram realizadas inúmeras cobranças aos regionais de saúde em relação às duplicidades, casos em branco e inconsistências no encerramento dos casos.

Há muito que se fazer ainda, pois das 1.083 fichas encaminhadas solicitando correções, somente 25%, 270 fichas, foram encerradas adequadamente. As Superintendências Regionais de Unaí, Uberlândia e Uberaba, possuíram um desenvolvimento extremamente satisfatório, por outro lado, Pirapora e São João Del Rei, continuaram sem corrigir as cobranças solicitadas ao final do período avaliado. As demais resolveram parcialmente as inconsistências, conforme o gráfico abaixo.

Gráfico 2: Fichas de notificação em duplicidades, em branco e com inconsistências de encerramento de meningite segundo regional de notificação – Minas Gerais, 2007 a janeiro de 2013¹.



Fonte: SINAN/SES-MG

(1) Dados parciais sujeitos a alteração/revisão.

Vale ressaltar que o prazo final para encerramento do banco de dados para fins estatísticos é em outubro de 2013, assim, o SINAN não validará mais correções no banco de notificação após este período. Desta forma, sem as correções das informações, as análises geradas a partir dos dados existentes no Sistema não representarão o real perfil epidemiológico dos agravos, prejudicando a avaliação das medidas de controle executadas e o gerenciamento do programa de meningite.

Contamos com o apoio e o desenvolvimento de ações de forma contínua e oportuna que possam gerar indicadores de qualidade satisfatórios que comprovem a efetividade da Vigilância das Meningites.

Belo Horizonte, 1 de fevereiro de 2013.

Gabriela M. Fonseca Benício
Referência Técnica Estadual
Coordenação de Doenças e Agravos Transmissíveis
Diretoria de Vigilância Epidemiológica/SVEAST/SVPS/SES