



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS  
CORDENAÇÃO GERAL DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS  
Setor Comercial Sul, Quadra 4; Bloco A; Ed. Principal; Unidade VI do MS; 4º andar; sala CGDT  
70.304-000; Brasília DF  
[cgdt@saude.gov.br](mailto:cgdt@saude.gov.br); (61) 3213-8092

## NOTA TÉCNICA N.º 53/2011/CGDT/DEVIT/SVS/MS

Assunto: **Atualização sobre critérios para vacinação em caso de surtos de doença meningocócica**

1. No Brasil, a doença meningocócica (DM) é considerada uma doença endêmica. A ocorrência de casos é esperada ao longo de todo o ano, principalmente no inverno, sendo freqüente a ocorrência de surtos comunitários ou institucionais. A DM é a principal causa de meningites bacterianas, sendo o sorogrupo C o de maior prevalência na maioria das regiões do país e o responsável pela maioria dos surtos notificados desde 2006.
2. Em períodos endêmicos, a maioria dos casos de DM (38%) ocorre nos menores de cinco anos, sendo que os menores de um ano apresentam a maior incidência. Em situações de surtos comunitários, ocorre deslocamento de faixas etárias, acometendo principalmente o grupo de adolescentes e adultos jovens. Em instituições e comunidades fechadas, a idade varia de acordo com as populações atendidas (asilos, canteiros de obras, empresas etc.).
3. As medidas para prevenção e controle da DM são a quimioprofilaxia e a vacinação. A primeira é utilizada para prevenção de casos secundários, devendo ser realizada para todos os contatos íntimos do caso primário em tempo oportuno (até 48h).
4. Existem, no Brasil, duas vacinas disponíveis contra DM. A vacina conjugada antimeningocócica sorogrupo C está recomendada no calendário de vacinação para crianças com menos de dois anos de idade e para indivíduos em condição especial de risco, nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE). A vacina polissacarídica contra os sorogrupos A/C é utilizada para controle de surtos e indicada para indivíduos acima de dois anos de idade.
5. Os surtos de DM estão entre as situações mais desafiadoras para as autoridades de saúde pública, devido ao potencial de grande morbidade e mortalidade, com muita repercussão social e nos meios de comunicação.
6. As respostas sanitárias para cada uma dessas situações podem variar e dependerão da identificação, ou não, de vínculo epidemiológico entre os casos. O objetivo do manejo dos surtos de DM é interromper a transmissão e evitar a ocorrência de novos casos.
7. Surto é definido como a ocorrência de casos além do que é esperado para população ou determinado grupo de indivíduos em um período específico. Os surtos de DM precisam ser distinguidos de um aumento de casos esporádicos e de casos epidemiologicamente não relacionados.

8. Depois da suspeita ou da confirmação de um surto, há necessidade imediata de iniciar uma resposta frente à situação, que inclui:

- realizar análise epidemiológica para determinar a existência de um surto de DM (de acordo com os critérios estabelecidos) e qual a sua extensão;
- ter a confirmação etiológica do sorogrupo responsável pelo aumento de casos (por cultura laboratorial);
- realizar a investigação de todos os casos suspeitos e estabelecer os vínculos epidemiológicos entre os casos;
- descrever o surto com sua temporalidade, local de ocorrência e características das pessoas acometidas;
- administrar quimioprofilaxia oportunamente a todos os contatos das pessoas que atendam às definições de casos confirmados ou suspeitos;
- aumentar a sensibilidade da vigilância;
- determinar a população em situação de risco e calcular as taxas de ataque específicas por idade e região;
- fornecer informações adequadas aos prestadores de cuidados de saúde, às comunidades afetadas, aos meios de comunicação e ao público em geral;
- revisar as ações tomadas e manter a população informada.

**Para o controle de surtos:**

9. A melhor medida para interrupção de surtos é a instituição da quimioprofilaxia nos contatos íntimos dos casos confirmados ou suspeitos. Esta medida é a única que permite evitar a ocorrência imediata de novos casos a partir dos já existentes.

10. Portanto, é fundamental que as equipes de vigilância epidemiológica dos serviços de saúde e das cidades estejam sempre atentas para estabelecer investigação imediata e busca dos contatos de casos confirmados ou suspeitos, de forma a instituir o mais breve possível a quimioprofilaxia com rifampicina.

11. Em algumas situações, especialmente quando, mesmo após exaustiva investigação, não se evidencia vínculo de novos casos com os iniciais (o que caracterizaria cadeia de transmissão relacionada ao caso primário do surto), conclui-se que há outra cadeia de transmissão. Nessa situação, os esforços devem ser duplicados, visto que há evidência de maior disseminação do agente. No entanto, dados da literatura científica internacional recomendam que se deva adotar somente a quimioprofilaxia.

12. Nas situações de surtos que apresentem três ou mais cadeias de transmissão não relacionadas e a incidência da doença eleva-se além do esperado, existe a necessidade de se adotar outras medidas, porque com várias cadeias concomitantes os contatos podem não ser identificados a tempo, torna-se operacionalmente muito difícil instituir a profilaxia em período oportuno para todos e o risco de ampliação e produção de novos casos é grande. Em tais circunstâncias, além da quimioprofilaxia dos contatos, como há probabilidade de que haja perda do controle da ocorrência de novos casos, deve-se instituir a vacinação contra os sorogrupos A/C na população exposta.

13. Assim, o uso de vacinação de uma população de uma instituição, de um bairro, de uma área ou cidade tem indicação quando as cadeias não são mais identificáveis e o número de casos se eleva a ponto de não se conseguir identificar o caso fonte e seus contatos. No entanto, é

importante destacar que a vacinação somente protegerá a população exposta após cerca de 20 dias da imunização, pois este é o tempo necessário para haver a resposta imune. Sendo assim, todas as medidas de vigilância e quimioprofilaxia precisam ser mantidas porque possivelmente as pessoas já infectadas ou que se infectarem enquanto a resposta imune não se desenvolver, poderão desenvolver a doença e novos casos ainda surgirão.

14. O contingente populacional a ser vacinado, a faixa etária e os limites geográficos são definidos de acordo com as características do surto. Sabe-se que surtos comunitários atingem especialmente crianças e adultos muito jovens (0 a 19 anos). Em surtos institucionais, deve ser vacinada a população exposta que está vinculada à instituição. Desta forma, a cada surto pode-se definir diferentes populações-alvo a serem imunizadas.

15. Considerando as variáveis envolvidas para a definição da estratégia a ser adotada em cada surto de DM no país, o Ministério da Saúde entende que a decisão de vacinação com a vacina polissacarídica A/C para controle de surtos de DM no país deve ser tomada conjuntamente com as secretarias de saúde dos municípios envolvidos e do estado, tendo em vista a necessidade de análise do risco de propagação, os recursos disponíveis e a necessidade de concentrar esforços nas medidas mais urgentes e adequadas a cada situação.

Brasília, 21 de Outubro de 2011.

JOSÉ RICARDO PIO MARINS  
Coordenador Geral de Doenças Transmissíveis

De acordo,

CLÁUDIO MAIEROVITCH PESSANHA HENRIQUES  
Diretor de Vigilância das Doenças Transmissíveis