



Governo do Estado de Roraima
Secretaria de Estado da Saúde de Roraima
"Amazônia: patrimônio dos brasileiros"
NOTA TÉCNICA SESAU Nº 2/SESAU/CGVS/DVE/NCMD

ASSUNTO: NOVA DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO, PROCEDIMENTOS E FLUXOS REFERENTES AS MENINGITES NO ESTADO DE RORAIMA.

1. DESCRIÇÃO DA DOENÇA

A meningite é a inflamação das membranas que envolvem o cérebro e a medula espinhal, podendo ser de origem infecciosa ou não, sejam microrganismos, processos inflamatórios e até mesmo traumas, sendo as meningites virais e bacterianas as de maior importância para a saúde pública, considerando a magnitude de sua ocorrência. As meningites bacterianas destacam-se por sua gravidade, podendo levar a óbito, e pelo potencial de causar surtos e epidemias por determinados agentes etiológicos), especialmente as causadas pela *Neisseria meningitidis* (meningococo), *Haemophilus influenzae* e *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo) (Brasil, 2024a).

A doença meningocócica (meningite meningocócica e meningococcemia) é causada pela bactéria gram-negativa *Neisseria meningitidis* (meningococo). A doença tem distribuição mundial e é considerada como problema de saúde pública pela sua magnitude, alta letalidade e altas taxas de sequelas em especial na faixa etária infantil, assim como pelos potenciais de transmissão e epidêmico, patogenicidade e relevância social. O meningococo possui 12 sorogrupos, com destaque para os sorogrupos A, B, C, W, Y e X, mais associados às formas invasivas da doença, assim como a surtos e epidemias. No Brasil, os sorogrupos de maior relevância são o B, o C, o W e, em menor escala, o sorogrupo Y (Brasil, 2024b).

A meningite por *Haemophilus influenzae* é desencadeada pela infecção de cepas encapsuladas (sorotipos a, b, c, d, e ou f) e não capsuladas. O sorotipo b possui uma cápsula com importante fator de virulência e que proporciona maior tropismo para penetração no sangue e no líquido. Porém, tem sido observado um aumento na prevalência de casos de meningite e bacteremia por sorotipos não b, com destaque para sorotipo a, e por *Haemophilus influenzae* não tipáveis. No Brasil, de 2009 a 2021, a maioria dos casos identificados de foram por cepas não tipáveis, seguido dos sorotipos a e b (Brasil, 2024b).

A meningite por *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo) é causada por uma bactéria Gram-positiva. Tem mais de 90 sorotipos capsulares, imunologicamente distintos, que causam doença pneumocócica invasiva (meningite, pneumonia bacterêmica, seps e artrite) e não invasiva (sinusite, otite média aguda, conjuntivite, bronquite e pneumonia) (Brasil, 2024c).

A transmissão das meningites, geralmente, ocorre de pessoa a pessoa, por meio das vias respiratórias, por gotículas e secreções da nasofaringe. A transmissibilidade do meningococo persiste até a sua eliminação da nasofaringe que, normalmente, ocorre em até 24 horas de antibioticoterapia adequada. O período de incubação das meningites, em geral, é de dois a dez dias; em média, três a quatro dias, podendo haver alguma variação em função do agente etiológico responsável (Brasil, 2024c).

2. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO BRASIL E EM RORAIMA

No Brasil, a doença é considerada endêmica, com casos esperados ao longo de todo o ano e ocorrência de surtos e epidemias ocasionais. Em 2023, foram notificados 26.132 casos de meningite no Brasil, dos quais 16.445 foram confirmados, representando 62,9% do total. Em 2024, o número de notificações foi menor, com 15.580 casos, dos quais 8.357 foram confirmados, o que equivale a 53,6%. Os coeficientes de incidência por faixa etária revelam que o grupo de crianças com menos de um ano apresenta o maior índice, com 62,09 por 100 mil habitantes, seguido pelas crianças de 1 a 4 anos, com 17,63 (Cofen, 2024).

No estado de Roraima, no período de 2019 a 09/12/2024, foram confirmados 195 casos de meningites, destes 50 (25,6%) foram por meningite bacteriana. Dentre essas, cinco casos foram por *Streptococcus pneumoniae*, quatro por *Neisseria meningitidis* e um por *Haemophilus influenzae* (Roraima, 2024a).

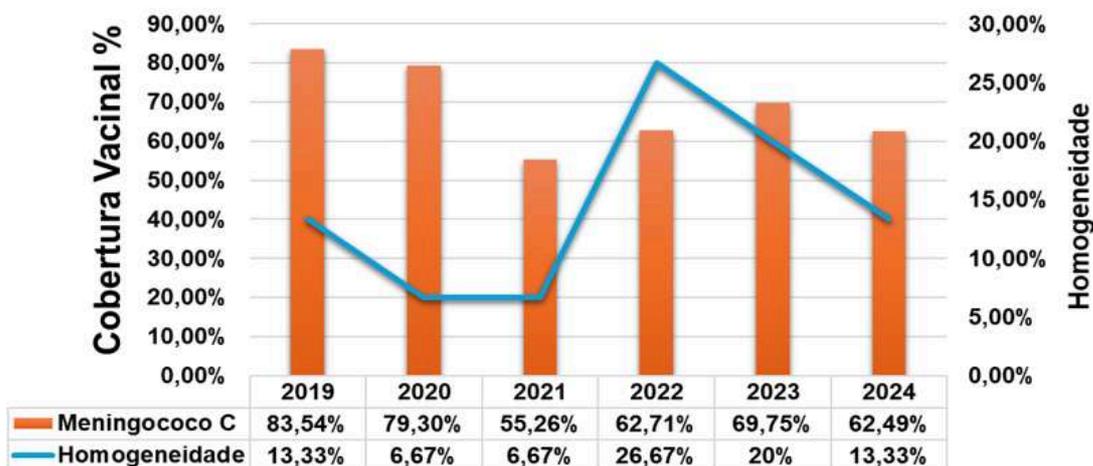
Em 2024, foram identificados três casos confirmados de meningite em dois municípios de Roraima:

1. Homem de 18 anos notificado no dia 21/11/2024 (SE 47) no município de Rorainópolis com diagnóstico de doença meningocócica sendo transferido para o Hospital Geral de Roraima;
2. Criança de 10 anos notificada em Rorainópolis (SE 49) no dia 02/12/2024 com diagnóstico de meningite pneumocócica (*Streptococcus pneumoniae*); e
3. Óbito de mulher de 52 anos residente de Boa Vista (SE 49) notificada no dia 04/12/2024 com diagnóstico de meningite pneumocócica (*Streptococcus pneumoniae*) no Hospital Geral de Roraima (Roraima, 2024b).

3. COBERTURA VACINAL EM RORAIMA

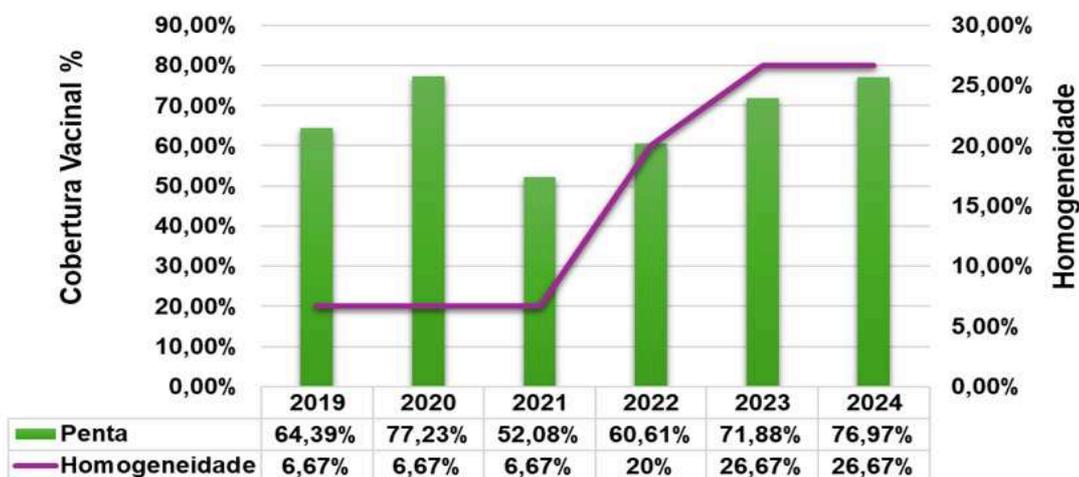
Nos últimos 05 anos (2019 a 2024), a cobertura vacinal (CV) com a vacina meningocócica C (conjugada) e a vacina pentavalente de 95% – meta do Ministério da Saúde – não foi alcançada. Em 2021, o estado registrou a menor CV do período analisado, aumentando o risco para ocorrência de doença meningocócica e meningite pneumocócica devido os bolsões de suscetíveis a doença (Gráfico 1 e 2).

Gráfico 1: Cobertura vacinal e homogeneidade da vacina meningocócica C (conjugada) no estado de Roraima no período de 2019 a 2024.



Fonte: DEMAS (Ministério da Saúde- Cobertura Vacinal). Dados 2023 a 2024. Acesso em: 09 de dezembro de 2024. Dados sujeitos a alterações. TABNET/DATASUS – Cobertura – Imunizações. Dados de 2019 à 2022. Acesso em: 09 de dezembro de 2024, Dados sujeitos a alterações.

Gráfico 2: Cobertura vacinal e homogeneidade da vacina pentavalente no estado de Roraima no período de 2019 a 2024



Fonte: DEMAS (Ministério da Saúde- Cobertura Vacinal). Dados 2023 a 2024. Acesso em: 09 de dezembro de 2024. Dados sujeitos a alterações. TABNET/DATASUS – Cobertura – Imunizações. Dados de 2019 à 2022. Acesso em: 09 de dezembro de 2024, Dados sujeitos a alterações.

A homogeneidade da CV – obtenção da CV preconizada em 70% ou mais dos municípios de uma unidade federada que conseguiram atingir o índice para o conjunto de vacinas – não foi alcançado nos últimos 05 anos. Desde 2020 a vacina **meningocócica C (conjugada)** e o ano de 2019 a vacina **pentavalente**, o estado encontra-se com a homogeneidade de 6,67% (**Gráfico 1 e 2**).

A CV da vacina meningocócica C (conjugada) e vacina **pentavalente** dos municípios no período de 2019 a 2024 de 10 de dezembro de 2024, está detalhada na **Tabela 1 e 2** e foi utilizada para o cálculo da homogeneidade. Em amarelo, estão destacadas, as CV que alcançaram a meta do Ministério da Saúde de 95%.

Tabela 1. Cobertura vacinal da vacina meningocócica C (conjugada) por município no estado de Roraima no período de 2019 a 2024

MUNICÍPIO	2019	2020	2021	2022	2023	2024
AMAJARI	51,83%	22,82%	20,85%	25,32%	46,74%	43,99%
ALTO ALEGRE	55,70%	48,10%	24,89%	28,49%	43,35%	37,10%
BOA VISTA	99,29%	93,75%	62,77%	69,19%	71,78%	62,60%
BONFIM	50,13%	42,97%	37,45%	42,24%	70,31%	60,60%
CANTÁ	30,40%	55,40%	45,19%	56,03%	73,11%	60,36%
MUCAJAÍ	71,52%	80,91%	67,47%	75,07%	81,07%	88,75%
NORMANDIA	41,69%	30,84%	22,70%	24,73%	22,31%	32,20%
PACARAIMA	102,37%	63,95%	40,11%	96,46%	134,07%	115,65%
UIRAMUTÃ	60,90%	25,62%	14,61%	18,91%	21,23%	14,64%
CARACARAÍ	73,46%	66,09%	43,82%	58,93%	78,61%	74,18%
CAROEBE	77,60%	82,51%	94,61%	124,59%	87,74%	120,63%
IRACEMA	80,52%	80,52%	53,51%	67,11%	62,80%	66,99%
RORAINÓPOLIS	48,13%	92,01%	82,89%	70,90%	86,47%	85,78%
SÃO JOÃO DA BALIZA	86,89%	118,03%	96,95%	110,32%	96,85%	90,82%
SÃO LUIZ	40,57%	68,87%	85,05%	98,11%	121,11%	83,08%
TOTAL	83,54%	79,30%	55,26%	62,71%	69,75%	62,49%

Fonte: DEMAS (Ministério da Saúde- Cobertura Vacinal). Dados 2023 a 2024. Acesso em: 09 de dezembro de 2024. Dados sujeitos a alterações. TABNET/DATASUS – Cobertura – Imunizações. Dados de 2019 à 2022. Acesso em: 09 de dezembro de 2024, Dados sujeitos alterações

Tabela 2. Cobertura vacinal da vacina pentavalente por município no estado de Roraima no período de 2019 a 2024

MUNICÍPIO	2019	2020	2021	2022	2023	2024
AMAJARI	45,63%	18,59%	18,83%	25,57%	41,63%	45,02%
ALTO ALEGRE	45,44%	49,05%	25,04%	26,73%	41,99%	48,83%
BOA VISTA	72,55%	91,13%	58,73%	64,72%	73,56%	95,52%
BONFIM	60,48%	38,73%	31,70%	45,47%	67,46%	61,92%
CANTÁ	21,59%	55,40%	42,34%	52,82%	63,87%	65,36%
MUCAJAÍ	54,69%	79,29%	67,74%	72,70%	78,25%	88,33%
NORMANDIA	39,52%	22,89%	23,11%	27,08%	22,70%	42,11%
PACARAIMA	107,63%	59,47%	37,05%	116,54%	148,90%	145,22%
UIRAMUTÃ	49,66%	28,31%	13,64%	18,74%	19,47%	17,12%
CARACARAÍ	60,69%	62,65%	46,29%	51,97%	110,83%	75,41%
CAROEBE	67,21%	82,51%	79,90%	117,49%	91,51%	130,16%
IRACEMA	68,18%	87,01%	44,32%	56,38%	52,44%	73,79%
RORAINÓPOLIS	36,06%	94,32%	82,01%	78,09%	91,35%	85,29%
SÃO JOÃO DA BALIZA	60,66%	125,41%	95,42%	115,08%	105,51%	96,94%
SÃO LUIZ	26,42%	62,26%	89,72%	88,68%	133,33%	80,00%
TOTAL	64,39%	77,23%	52,08%	60,61%	71,88%	76,97%

Fonte: Tabnet/DATASUS – Cobertura – Imunizações. Dados de 2019 à 2022. Acesso em: 09 de dezembro de 2024, Dados sujeitos a alterações. DEMAS (Ministério da Saúde- Cobertura Vacinal). Dados 2023 a 2024. Acesso em: 09 de dezembro de 2024. Dados sujeitos a alterações.

4. NOVAS DEFINIÇÕES

4.1 DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO DE MENINGITE:

- Indivíduo com febre acompanhada de dois ou mais dos seguintes sintomas: cefaleia intensa, vômito, confusão ou alteração mental, fotofobia (aumento da sensibilidade à luz), torpor, convulsão; **OU**
- Indivíduo com febre acompanhada de pelo menos um sinal de irritação meníngea, como rigidez de nuca, Kernig ou Brudzinski; **OU**
- Indivíduo com febre de início súbito e aparecimento de erupções cutâneas hemorrágicas; **OU**
- Em menores de dois anos considerar, além das apresentações supracitadas, a ocorrência de febre com irritabilidade ou choro persistente ou sonolência ou abaulamento de fontanela (Brasil, 2024b).

4.2 DEFINIÇÃO DE CONTATO PRÓXIMO

- Indivíduo que teve contato direto e prolongado com o caso suspeito ou confirmado de doença meningocócica e doença invasiva por *Haemophilus influenzae* tipo b, com exposição direta às gotículas de secreções respiratórias, considerando dois momentos:
- **Retrospectivo:** do início dos sinais e sintomas do caso até 10 dias anteriores.
- **Prospectivo:** do início dos sinais e sintomas do caso até 24 horas após início do tratamento com cefalosporina de terceira geração (ceftriaxona ou cefotaxima) ou uso de rifampicina (Brasil, 2024b).

5. NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

A meningite é doença de notificação compulsória imediata para o nível estadual de acordo com a Portaria GM/MS nº 5.201, de 15 de agosto de 2024, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços públicos e privados (Brasil, 2024d).

Todo caso suspeito de meningite deve ser notificado imediatamente (em até 24 horas) pelo estabelecimento de saúde de atendimento do paciente à vigilância epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e esta, para a Secretaria de Estado da Saúde (SES), direcionado ao Núcleo de Controle de Meningites, Difteria e Coqueluche (NCMD), por meio do e-mail: ncmd.cgvs@saude.rr.gov.br e/ou contato por telefone: (95) 99127 4287 e para o Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde – Cievs por meio do telefone (92) 99354 4094.

A notificação deve ser realizada por meio do preenchimento da Ficha de Investigação de Meningite do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), disponível no link: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Meningite/Meningite_v5.pdf.

Na investigação epidemiológica do caso deve ser obter informações quanto à caracterização clínica do caso (incluindo a análise dos exames laboratoriais) e as possíveis fontes de transmissão da doença. As fontes de coleta de dados incluem a entrevista com o profissional de saúde que atendeu o caso; dados do prontuário; entrevista de familiares e pessoas identificadas na investigação como contato próximo do caso. É necessário coletar informações na residência e nos locais usualmente frequentados pelo indivíduo acometido (creches, escolas, locais de trabalho, igrejas, etc), considerando o período anterior a 15 dias do adoecimento, para identificar possíveis fontes de infecção, e identificar todos os contatos próximos e prolongados do caso; investigar a existência de casos secundários e coprimários; verificar histórico vacinal do paciente e dos contatos (Roraima, 2022).

Recomenda-se seguir as orientações do Guia de Vigilância em Saúde, 6ª edição, 2024, disponível no link <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-1-6a-edicao/view>

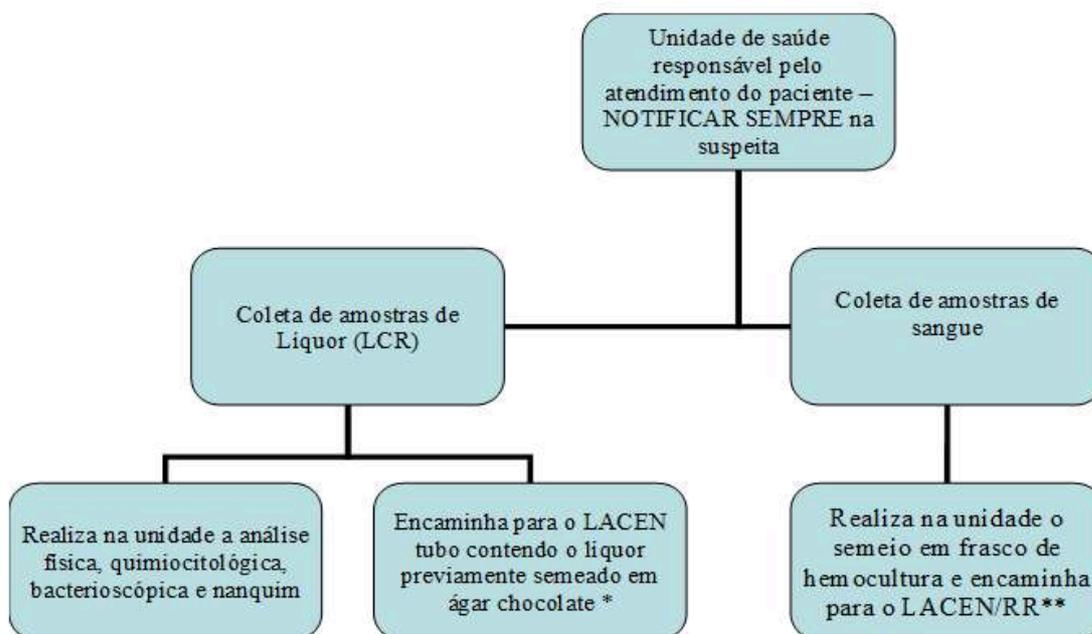
6. INVESTIGAÇÃO LABORATORIAL

A confirmação do agente causador é de extrema importância no diagnóstico laboratorial de casos suspeitos de meningite, tanto durante o curso endêmico da doença quanto em situações de surto. Os espécimes coletados devem ser inicialmente processados no laboratório local, a fim de orientar a conduta médica, e, posteriormente, encaminhados ao Laboratório Central de Saúde Pública de Roraima (LACEN/RR).

Líquor - recomenda-se que a coleta das amostras seja feita antes do início do uso de antimicrobiano ou minutos antes do horário da próxima administração.

Sangue - recomenda-se que as amostras destinadas à cultura microbiológica devem ser coletadas antes do início do uso de **antimicrobiano ou minutos antes do horário da próxima administração**.

Figura 2: Fluxo laboratorial de casos suspeitos de Meningite



Fonte: Laboratório Central de Saúde Pública de Roraima (LACEN/RR).

* Até o envio para o LACEN/RR, o ágar chocolate inclinado, contendo o líquor semeado, deverá ficar em estufa bacteriológica (36°C +/- 1°C), no interior de jarra de microaerofilia.

** Até o envio para o LACEN/RR, o frasco de hemocultura deverá ficar em estufa bacteriológica (36°C +/- 1°C).

6.1 ENCAMINHAMENTO DE AMOSTRAS

As amostras deverão ser transportadas em temperatura ambiente e estarem acompanhadas da Ficha de Investigação/Notificação devidamente preenchida e legível, cópia do laudo contendo a análise física, quimiocitológica, bacterioscópica e nanquim.

6.2 CADASTRO NO GAL

As amostras deverão estar devidamente cadastradas como caso suspeito no sistema **GAL** (Gerenciador de Ambiente Laboratorial), solicitando o exame específico para o agravo suspeito.

6.3 SEGUIR AS ORIENTAÇÕES ABAIXO:

- Finalidade: Investigação
- Descrição: Doença meningocócica e outras meningites
- Doença/Agravo: Meningite
- Caso: Suspeito
- Nova amostra: Líquor e/ou sangue

ATENÇÃO!

Para as unidades que realizam as culturas, em caso de identificação microbiana, a cepa deverá ser enviada o mais rapidamente possível em caixa de transporte de material biológico devidamente identificada, em temperatura ambiente.

A cepa deverá estar cadastrado no GAL e acompanhada de cópia da notificação e do laudo contendo a análise física, quimiocitológica, bacterioscópica e nanquim.

7. NOVAS ORIENTAÇÕES PARA QUIMIOPROFILAXIA

O principal objetivo da quimioprofilaxia é interromper a cadeia de transmissão do meningococo e do *Haemophilus influenzae* b, por meio do uso de antibiótico para descolorização de nasofaringe de um contactante do caso suspeito ou confirmado, pois existe uma possibilidade de que ele seja o portador da bactéria. Consequentemente, prevenir a ocorrência de outros casos a partir do mesmo portador. Por outro lado, a quimioprofilaxia também é preconizada para prevenção de casos secundários entre os indivíduos expostos ao caso índice (Brasil, 2024b).

A quimioprofilaxia deverá ser realizada o mais breve possível, nos contatos próximos do caso suspeito ou confirmado de doença meningocócica ou doença invasiva por *Haemophilus influenzae*, idealmente nas primeiras 24h após início dos sintomas (Brasil, 2024b).

A quimioprofilaxia, se administrada mais de 10 dias após a exposição ao caso-índice é de valor bastante limitado ou nulo, pois a maioria dos casos secundários ocorre na primeira semana após o contato com o caso-índice. No entanto, quando se trata de doença invasiva por *Haemophilus influenzae* b, há relatos na literatura de casos secundários que ocorreram mais tardiamente. Assim, para estes casos (contato com caso de doença invasiva por *Haemophilus influenzae* b) a quimioprofilaxia poderá ser realizada em até 30 dias após exposição ao caso-índice (Brasil, 2024).

Em situações de surto, recomenda-se a realização da quimioprofilaxia ampliada, que consiste na ampliação da seleção de indivíduos contactantes do caso-índice para receber a quimioprofilaxia, ou seja, todos os indivíduos que tiveram contato direto com o caso suspeito ou confirmado nos 10 dias anteriores ao início dos sintomas e durante a manifestação dos sintomas (Brasil, 2024).

7.1 MEDICAMENTOS PARA QUIMIOPROFILAXIA

O antibiótico de primeira escolha para a quimioprofilaxia é a rifampicina, que deve ser administrada em dose adequada e simultaneamente a todos os contatos próximos, conforme recomendações constantes no Guia de Vigilância em Saúde (GVS) (Brasil, 2024).

Alternativamente, outros antibióticos como a ceftriaxona e o ciprofloxacino podem ser utilizados em dose única para a quimioprofilaxia, quando na indisponibilidade, intolerância ou contraindicação do uso da rifampicina, ou ainda em situações que não for garantida a tomada adequada de todas as doses preconizadas. A recomendação para uso preferencial e restrito da rifampicina visa evitar a seleção de isolados bacterianos resistentes. A azitromicina (em dose única de 500mg) é uma alternativa indicada em situações que houver resistência microbiana ao ciprofloxacino ou na ausência das demais opções (Brasil, 2024b).

Em relação às gestantes, apesar de não haver estudos controlados sobre efeitos teratogênicos em humanos com o uso da rifampicina, estudos de reprodução animal demonstraram efeitos adversos no feto. Assim, orienta-se o uso da ceftriaxona como medicamento de primeira escolha para quimioprofilaxia nesse público. Outras alternativas e a relação risco/benefício do uso do antibiótico pela gestante deverá ser avaliada pelo médico assistente (Brasil, 2024b).

Para lactantes, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Academia Americana de Pediatria classificam a **rifampicina** como droga compatível com a amamentação, de maneira que **não há contraindicação do uso por lactantes**, bem como a amamentação não deve ser descontinuada durante o uso. Outras alternativas e a relação risco/benefício do uso do antibiótico pela lactante deverá ser avaliada pelo médico assistente (Brasil, 2024b).

Havendo ocorrência de novos casos que abranja o mesmo grupo de contatos próximos, em até 30 dias após realização de quimioprofilaxia, um antibiótico alternativo deverá ser considerado para profilaxia de repetição (Brasil, 2024b).

Destaca-se a importância dos profissionais de vigilância epidemiológica e de atenção à saúde verificarem a realização completa e adequada do esquema profilático dos contatos, bem como monitorar o aparecimento de sinais e sintomas suspeitos, contados da data da última exposição com o caso até 10 dias posteriores (período de incubação) (Brasil, 2024b).

7.2 QUIMIOPROFILAXIA PARA DOENÇA MENINGOCÓCICA

Deverão receber quimioprofilaxia:

1. **O paciente:** somente se o tratamento da doença não estiver sendo realizado com cefalosporina de terceira geração (ceftriaxona ou cefotaxima);
2. **Contato próximo** do caso suspeito ou confirmado de doença meningocócica (vide definição de caso) (Brasil, 2024b).

Tabela 3: Esquema quimioprofilático indicado para doença meningocócica

Droga*	Idade	Dose	Intervalo	Duração
Rifampicina ¹	< 1 mês	5mg/kg/dose	12 em 12 horas	2 dias
	>= 1 mês	10mg/kg/dose (máximo 600mg)		
Ceftriaxona ²	<12 anos	125mg intramuscular	Dose única	
	>= 12 anos	250mg intramuscular		
Ciprofloxacina ²	>= 18 anos	500mg uso oral	Dose única	

Fonte: Brasil, 2024b.

¹Não recomendado para gestantes. ²Droga de primeira escolha para gestantes. *Em situações de resistência microbiana ao ciprofloxacino, a Azitromicina (500mg em dose única) poderá ser utilizada em >= 12 anos, na impossibilidade do uso das demais opções.

7.3 QUIMIOPROFILAXIA PARA DOENÇA INVASIVA POR *HAEMOPHILUS INFLUENZAE* TIPO B

Casos secundários de meningite por *Haemophilus influenzae* tipo b são raros, porém podem ocorrer com mais de 30 dias após contato com o caso-índice. A taxa de ataque secundária é maior entre os contatos domiciliares menores de 4 anos de idade, não vacinados. Alguns estudos apontaram que as maiores taxas de colonização se encontram entre contatos domiciliares (26 a 32%), especialmente se forem crianças (33 a 66%). Em contactantes de creches essa taxa é menor (10 a 23%), mas ainda assim há riscos (Brasil, 2024b).

Deverão receber quimioprofilaxia:

- a. O paciente, se o tratamento da doença não estiver sendo realizado com cefalosporina de terceira geração (ceftriaxona ou cefotaxima);
- b. Todos os **contatos domiciliares do caso**, se o domicílio incluir:
 - Indivíduo imunocomprometido ou criança menor de dois anos de idade, independentemente da situação vacinal;
 - Criança menor de quatro anos não vacinada ou sem esquema completo de vacinação.
- c. **Os demais contatos próximos do caso** (vide definição de caso) que tenham entre seus contatos domiciliares:
 - Indivíduo imunocomprometido ou criança menor de dois anos de idade, independentemente da situação vacinal;
 - Criança menor de quatro anos não vacinada ou sem esquema completo de vacinação (Brasil, 2024b).

Observação: nessa situação (item c) se faz a quimioprofilaxia **apenas no contato direto do caso-índice**, não sendo necessária a quimioprofilaxia da criança ou do indivíduo imunocomprometido, por não serem contato direto do caso-índice (Brasil, 2024b).

d. Indivíduos em creche ou ensino infantil:

- **Cuidadores diretos e as crianças (menores de 4 anos) da sala do caso-índice**, quando o contato se deu por pelo menos 5 dos 10 dias que antecederam o início dos sintomas OU durante a manifestação dos sintomas, **se houver**
- Criança imunocomprometida ou menor de dois anos de idade, independentemente da situação vacinal;
- Criança menor de quatro anos não vacinada ou sem esquema completo de vacinação (Brasil, 2024b).

e. **Todos os contatos da sala** (incluindo cuidadores diretos e demais profissionais que entraram em contato com a referida turma, além das crianças) se for o segundo caso de doença invasiva por *Haemophilus influenzae* ocorrido em um intervalo de até 60 dias, independentemente da idade ou da situação vacinal (Brasil, 2024b).

Não há evidências que indicam realização de quimioprofilaxia em casos de doença invasiva por *Haemophilus influenzae* não b. No entanto, tendo em vista que o resultado da tipagem do *Haemophilus influenzae* pode demorar, recomenda-se a realização da quimioprofilaxia de contatos, nas condições supracitadas, mediante a confirmação inicial da doença invasiva por *Haemophilus influenzae* (Brasil, 2024b).

Tabela 4: Esquema quimioprofilático indicado para doença invasiva por *Haemophilus influenzae* tipo b

Droga	Idade	Dose	Intervalo	Duração
Rifampicina	< 1 mês	10mg/kg/dose	24 em 24 horas (1x/dia)	4 dias
	>= 1 mês a <18 anos	20mg/kg/dose (máximo 600mg)		
	>=18 anos	600mg		
Ceftriaxona ¹	<12 anos	50mg/kg intramuscular ou intravenoso	24 em 24 horas (1x/dia)	2 dias
	>= 12 anos	1 grama intramuscular ou intravenoso		

Fonte: Brasil, 2024b.

¹Apenas se indivíduo com contraindicação ou intolerância/reação adversa à rifampicina.

8. IMUNIZAÇÃO

A vacinação é considerada a forma mais eficaz na prevenção da doença, e as vacinas contra o meningococo são sorogrupo ou sorossobtipo específicas. Estes imunobiológicos são utilizados na rotina para imunização e também para controle de surtos (Brasil, 2024c).

8.1 VACINAS UTILIZADAS DE IMUNIZAÇÕES PARA A PREVENÇÃO DAS MENINGITES BACTERIANAS

A vacinação é considerada a forma mais eficaz na prevenção da meningite bacteriana, sendo as vacinas específicas para determinados agentes etiológicos. São utilizadas na rotina para imunização de crianças menores de 1 ano. (Brasil, 2024c)

- **Vacina pneumocócica 10-valente (conjugada)**: protege contra as doenças invasivas causadas pelo *Streptococcus pneumoniae*, incluindo meningite. (Brasil, 2024c)
- **Pentavalente**: protege contra as doenças invasivas causadas pelo *Haemophilus influenzae* sorotipo B, como meningite, e também contra a difteria, tétano, coqueluche e hepatite B. (Brasil, 2024c)

8.2 VACINA MENINGOCÓCICA C (CONJUGADA)

O esquema vacinal consiste de 2 doses, aos 3 e 5 meses de idade, com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias. Uma dose de reforço é recomendada aos 12 meses de idade, podendo ser administrada até os 4 anos de idade. Em 2017, foi incorporada a vacina meningocócica C (Conjugada) para adolescentes de 11 a 14 anos, como dose de reforço, de acordo com a situação vacinal. Em 2020, a vacina meningocócica conjugada ACWY foi incorporada ao calendário nacional de vacinação do PNI, para uso em adolescentes de 11 e 12 anos de idade (Brasil, 2024c).

8.3 VACINA MENINGOCÓCICA ACWY (CONJUGADA)

Está disponível no Calendário Nacional de Vacinação do Programa Nacional de Imunizações (PNI) desde 2020, para a prevenção da doença sistêmica causada pela *Neisseria meningitidis* dos sorogrupos A, C, W ou Y. A vacinação é recomendada para adolescentes na faixa etária de 11 e 12 anos de idade (Brasil, 2024c).

8.4 NOVAS ORIENTAÇÕES ACERCA DA VACINAÇÃO PARA CRIANÇAS MAIORES DE 6 MESES E MENORES DE DOIS ANOS, COM DOENÇA INVASIVA POR *HAEMOPHILUS INFLUENZAE* TIPO B, PARA VACINAS CONTENDO O COMPONENTE *HAEMOPHILUS INFLUENZAE* TIPO B

Crianças que tiveram doença invasiva por *Haemophilus influenzae* tipo b antes de completar os dois anos de idade, podem ainda apresentar risco de um segundo episódio da doença. A infecção natural nessa idade não resulta em níveis de anticorpos protetores de forma robusta. Assim, para essas crianças, recomenda-se as seguintes ações complementares de vacinação:

1. Crianças menores de dois anos de idade (< 2 anos), que NÃO estiverem vacinadas OU estiverem com o esquema vacinal INCOMPLETO para *Haemophilus influenzae* tipo b, deverão iniciar ou completar o esquema vacinal conforme orientação do PNI, com a administração da vacina penta (rotina) ou hexa acelular (Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais – CRIE).
2. Crianças de seis meses de vida à menores de dois anos (**6 meses a <2 anos**), com esquema vacinal **COMPLETO** contra *Haemophilus influenzae* tipo b, recomenda-se a **administração de uma DOSE ADICIONAL de vacina contendo componente *Haemophilus influenzae* tipo b**, respeitando o intervalo mínimo de 60 dias após a última dose administrada de vacinas contendo esse componente (Brasil, 2024b).

A vacinação deve ser iniciada 30 dias após o início da doença invasiva ou o mais breve possível assando este período (Brasil, 2024b).

Crianças que tiveram doença invasiva por *Haemophilus influenzae* tipo b **a partir dos dois anos de idade** que possuem o esquema vacinal completo contra a doença, geralmente, desenvolvem uma resposta imune protetora e **não requerem**, portanto, administração de outra dose. Se não vacinadas ou com esquema incompleto de vacina contendo o componente *Haemophilus influenzae* tipo b, deverão iniciar ou completar o esquema vacinal conforme orientação do Calendário Nacional de Vacinação (Brasil, 2024b).

Para maiores informações acessar a **Nota técnica conjunta n.º 154/2024 DPNI/SVSA/MS de 03/10/2024**, disponível no endereço <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/notatecnica-conjunta-no-154-2024-dpni-svsa-ms.pdf>.

8.5 RECOMENDACOES PARA O BLOQUEIO VACINAL

A vacinação de bloqueio está indicada nas situações em que haja a caracterização de um surto de doença meningocócica, para o qual seja conhecido o sorogrupo responsável por meio de confirmação laboratorial específica (cultura e/ou PCR) e haja vacina eficaz disponível. (Brasil, 2024c).

A vacinação somente será utilizada a partir de decisão conjunta das três esferas de gestão, e a estratégia de vacinação será definida considerando a análise epidemiológica, as características da população e a área geográfica de ocorrência dos casos. (Brasil, 2024c).

Todos os procedimentos relacionados com a realização das ações de vacinação deverão estar de acordo com as normas técnicas preconizadas pelo Programa Nacional de Imunização. (Brasil, 2024c).

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. **Diretrizes para enfrentamento das meningites até 2030**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2024a. 84 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunização. **Nota técnica conjunta n.º 154/2024 DPNI/SVSA/MS de 03/10/2024**. Acessado em 05/12/2024b. Disponível no endereço <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/notatecnica-conjunta-no-154-2024-dpni-svsa-ms.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. **Guia de vigilância em saúde**: volume 1, 6ª ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2024c.

BRASIL. Ministério da Saúde/Gabinete da Ministra. **Portaria GM/MS Nº 5.201, de 15 de agosto de 2024**. Diário Oficial da União, edição 159, seção 1, de 19/08/2024d, p. 127. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-5.201-de-15-de-agosto-de-2024-579010765>

COFEN. **Plano Nacional para derrotar as meningites até 2030 visa reduzir óbitos em 70%**. 04/10/2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/plano-nacional-para-derrotar-as-meningites-ate-2030-visa-reduzir-casos-em-50-e-obitos-em-70/#:~:text=Entre%202023%20e%202024%2C%20o,idosos%20acima%20de%2060%20anos&text=Em>

RORAIMA. **Número de casos de meningites notificados e confirmados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan no período de 2019 a 09/12/2024**. Boa Vista: Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde, 2024a.

RORAIMA. **Nota de Alerta Nº 04/2024 CIEVS/DVE/CGVS, de 05/12/2024 – Alerta aos gestores e profissionais de saúde para casos suspeitos de meningite nos municípios do Estado de Roraima**. Boa Vista: Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde, 2024b.

RORAIMA. **Nota de Técnica Nº 12/2022 DVE/CGVS/SESAU, de 17/10/2022 – Procedimentos e fluxos referentes a caso suspeitos de doença meningocócica no estado de Roraima**. Boa Vista: Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde, 2022.

ELABORAÇÃO E REVISÃO

ELABORAÇÃO

Núcleo de Controle de Meningites, Difteria e Coqueluche

Elaine Queiroz da Silva

REVISÃO

Coordenadora Geral de Vigilância em Saúde/CGVS/SESAU

Valdirene Oliveira Cruz

Departamento de Vigilância Epidemiológica/DVE/CGVS/SESAU

José Vieira Filho

CIEVS Estadual/RR/DVE/CGVS/SESAU

Carlos Cley Jerônimo Alves

Apoiadora da Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar/RENAVEH do Núcleo de Vigilância

Hospitalar/DVE/CGVS/SESAU

Maria Soledade Garcia Benedetti

Apoiadora do Núcleo Estadual do PNI em Roraima (Programa Nacional de Imunização)

Náia Bezerra Martins Lima

Técnico da sala de situação de saúde - DVE/CGVS/SESAU

Emerson Ricardo de Sousa Capistrano

Diretora Técnica do LACEN- RR/CGVS/SESAU

Cátia Alexandra Ribeiro Meneses

12 de dezembro de 2024/Boa Vista/RR



Documento assinado eletronicamente por **Elaine Queiroz da Silva, Gerente do Núcleo de Controle de Meningites e Difteria - NCMD**, em 13/12/2024, às 08:37, conforme Art. 5º, XIII, "b", do Decreto Nº 27.971-E/2019.



Documento assinado eletronicamente por **José Vieira Filho, Diretor do Departamento de Vigilância Epidemiológica**, em 13/12/2024, às 09:26, conforme Art. 5º, XIII, "b", do Decreto Nº 27.971-E/2019.



Documento assinado eletronicamente por **Valdirene Oliveira Cruz, Coordenadora Geral de Vigilância em Saúde**, em 13/12/2024, às 09:36, conforme Art. 5º, XIII, "b", do Decreto Nº 27.971-E/2019.



A autenticidade do documento pode ser conferida no endereço <https://sei.rr.gov.br/autenticar> informando o código verificador **15617958** e o código CRC **668FD28F**.
