

Manejo de Casos Suspeitos de Meningite

Agosto de 2025

Introdução

- No Brasil, a meningite bacteriana é considerada uma doença endêmica. Casos da doença são esperados ao longo de todo o ano, é mais comum no outono-inverno e das virais na primavera-verão. **O sexo masculino também é o mais acometido pela doença.**
- A meningite é uma inflamação das meninges, membranas que envolvem o cérebro e a medula espinhal.
- As meningites infecciosas podem ser causadas por bactérias, vírus, fungos, protozoários, helmintos ou fungos.

Definição epidemiológica de caso suspeito

Definição de caso suspeito de meningite:

Criança acima de nove meses e/ou adulto: febre, cefaleia, vômitos, rigidez de nuca, outros sinais de irritação meníngea (Kerning e Brudzinski), convulsão, sufusões hemorrágicas (petéquias) e torpor.

Em recém-nascidos e crianças abaixo de 1 ano de idade: a febre nem sempre está presente, observar irritabilidade (choro persistente), abaulamento de fontanela, hipotermia, recusa alimentar, cianose, convulsões, apatia, respiração irregular e icterícia.

Observar presença de eritema/exantema que podem indicar doença meningocócica (DM), e sinais e sintomas inespecíficos (sugestivos de septicemia), como hipotensão, diarreia, dor abdominal, dor em membros inferiores, mialgia, rebaixamento do sensório, entre outros.

Principais agentes - bactérias

- *Neisseria meningitidis* (meningococo)
 - *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo) *Haemophilus influenzae*
 - *Mycobacterium tuberculosis*
 - *Streptococcus sp.*, especialmente os do grupo B
 - *Listeria monocytogenes*
 - *Escherichia coli*
 - *Treponema pallidum*
 - Entre outras
-
- Transmissão por vias respiratórias.
 - *Listeria monocytogenes* e *Escherichia coli* podem ser transmitidas via alimentar.

Principais agentes - vírus

- Enterovírus não pólio (tais como o vírus Cocksackie e Echovírus)
 - Herpes simplex
 - Varicela zoster
 - Epstein-Barr
 - Citomegalovírus
 - Arbovírus (Dengue, Zika, Chikungunya, Febre Amarela, Febre do Nilo Ocidental)
 - Sarampo
 - Caxumba
 - Rubéola
 - Adenovírus
 - Entre outros
- Depende do mecanismo de transmissão do vírus, podendo ser oral fecal, picada de mosquitos, por via respiratória, etc. Os enterovírus encontram-se em vias aéreas e fezes, sendo que modo de transmissão mais comum é de pessoa a pessoa por meio de contaminação oral-oral ou fecal-oral (por exemplo, quando da troca de fraldas ou ir ao banheiro e não higienizar as mãos corretamente).

Principais agentes e transmissão - fungos

- *Cryptococcus neoformans*
 - *Cryptococcus gatti*
 - *Candida albicans*
 - *Candida tropicalis*
 - *Histoplasma capsulatum*
 - *Paracoccidioides brasiliensis*
 - *Aspergillus fumigatus*
- Não é transmitida pessoa a pessoa, a aquisição é ambiental.

Principais agentes – protozoários e helmintos

PROTOZOÁRIOS

- *Toxoplasma gondii*
- *Plasmodium sp.*
- *Trypanosoma cruzi*

HELMINTOS

- Infecção larvária de *Taenia solium*
- *Cysticercus cellulosae* (Cisticercose)
- *Angyostrongylus cantonesis*

Direcionador diagnóstico diferencial laboratorial

Quadro 1. Exame quimiocitológico de líquido nas meningites de acordo com a suspeita clínica.

Diagnóstico	Aspecto	células (leucócitos/mm ³)	proteína (mg/dL)	glicose (mg/dL)	Bacteroscopia Gram
Normal	<i>límpido</i> incolor	RN até 20 < 1 ano até 10 > 1 ano até 5	15 - 50	45 - 100	negativo
Meningite bacteriana	turvo purulento	> 500 (neutrófilos)	> 100	< 50	positivo*
Meningite viral	límpido	até 500 (linfócitos)	normal	normal	negativo
Meningite por fungo	límpido	> 10 (linfócitos e monócitos)	aumentado	diminuído	positivo**
Meningite por parasita	turvo	500 – 2000 (eosinófilos)	aumentado	normal	negativo

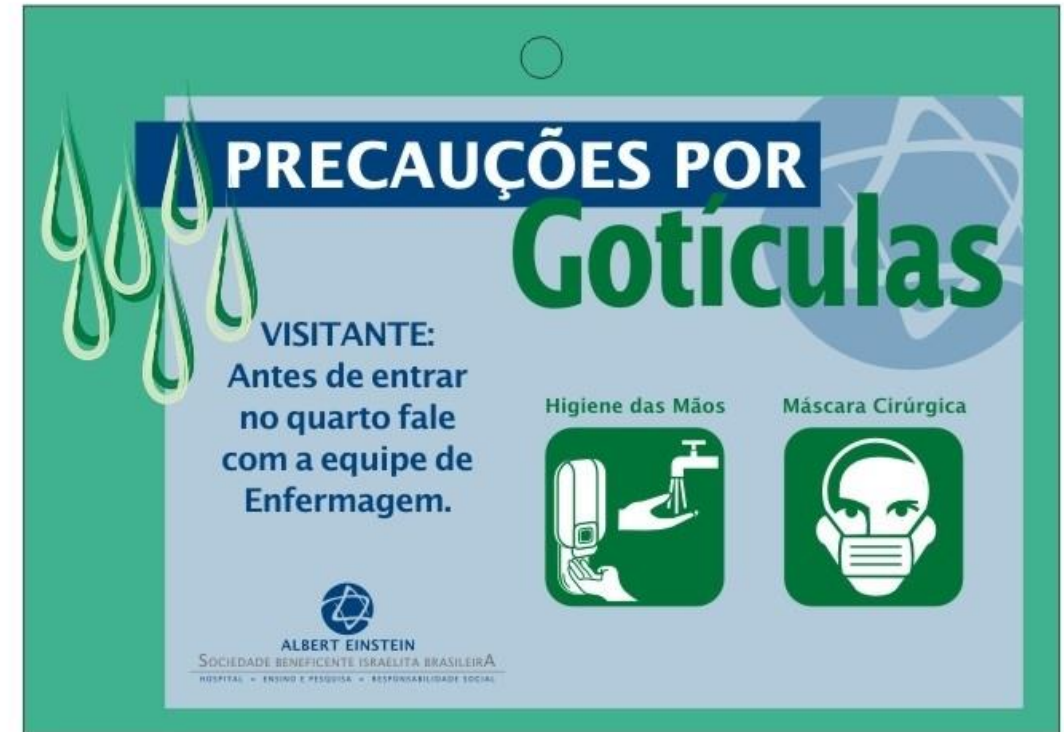
*presença de cocos, diplococos, bacilos ou cocobacilos Gram-positivos ou Gram-negativos;

**presença de filamentos ou leveduras.

Avaliar o quadro clínico e uso prévio de medicações

Precaução Gotículas

- Independentemente da etiologia, **até elucidação diagnóstica**, utilizando máscara cirúrgica.
- Se diagnóstico de meningite bacteriana, manter precaução por 24 horas após finalização da terapia antibiótica.
- Para meningites virais, consulte a concomitância de outros quadros clínicos (como lesões vesiculares) consultando o documento: Procedimento de Precauções em Doenças Transmissíveis
<https://docinst.einstein.br/StorageLocation/Detail/6162f75c278f4618a69d2f731078d6fc>



Transporte do paciente

- Independentemente da etiologia, nas suspeitas de meningite, **até elucidação diagnóstica**, e paciente apresentando condições clínicas - PACIENTE utilizando máscara cirúrgica.
- Equipe do transporte utiliza máscara cirúrgica nos locais designados na instituição.

Meningites bacterianas

Principais agentes

- Aquisição comunitária
 - *Streptococcus pneumoniae*
 - *Neisseria meningitidis*
 - *Haemophilus influenzae*
 - *Listeria monocytogenes*
 - *Infecção relacionada a assistência à saúde
 - *Staphylococcus sp*
 - Bacilos Gram negativos
- * Mais comum relacionado a procedimentos cirúrgicos

Quadro clínico – meningite bacteriana

- Febre, cefaleia, náusea, vômito, rigidez de nuca, prostração e confusão mental, sinais de irritação meníngea, acompanhadas de alterações do líquido cefalorraquidiano (LCR). No curso da doença podem surgir delírio e coma.
- O paciente poderá apresentar também convulsões, paralisias, tremores, transtornos pupilares, hipoacusia, ptose palpebral e nistagmo. Casos fulminantes com sinais de choque também podem ocorrer.
- A irritação meníngea associa-se aos seguintes sinais:
 - Sinal de Kernig: resposta em flexão a articulação do joelho, quando a coxa é colocada em certo grau de flexão, relativamente ao tronco.
 - Sinal de Brudzinski: flexão involuntária da perna sobre a coxa e desta sobre a bacia, ao se tentar fletir a cabeça do paciente.

QUADRO CLÍNICO

TRIADE CLÁSSICA (Presente 41%)

- Febre > 38° C - (74%)
- Rigidez de Nuca – (74%)
- Alteração do nível de consciência- (71%)

PODEM APRESENTAR TAMBÉM :

- Náuseas - (62%)
- Cefaleia – (64%)
- Rash, que não desaparece quando pressionado

Avaliar suspeita

- Crianças acima de 1 ano de idade e adultos com **febre, cefaleia, vômitos, rigidez da nuca e outros sinais de irritação meníngea** (Kernig e Brudzinski), **convulsões e/ou manchas vermelha no corpo**.
- Nos casos de meningococemia, atentar para eritema/exantema, além de sinais e sintomas inespecíficos (sugestivos de septicemia), como hipotensão, diarreia, dor abdominal, dor em membros inferiores, mialgia, rebaixamento do sensório, entre outros.
- Em crianças abaixo de 1 ano de idade, os sintomas clássicos acima referidos podem não ser tão evidentes. É importante considerar, para a suspeita diagnóstica, sinais de irritabilidade, como choro persistente, e verificar a existência de abaulamento de fontanela.

Complicações – meningite bacteriana

- As principais complicações são perda da audição, distúrbio de linguagem, retardo mental, anormalidade motora e distúrbios visuais.
- As convulsões estão presentes em 20% das crianças com meningite meningocócica. Sua ocorrência, assim como a presença de sinais neurológicos focais, é menos frequente que nas meningites por pneumococo ou por *Haemophilus influenzae* sorotipo B. Nos casos de meningococemia, o coma pode sobrevir em algumas horas.
- Associa-se a elevadas taxas de letalidade, geralmente acima de 40%, sendo a grande maioria dos óbitos nas primeiras 48 horas do início dos sintomas.

Pneumococo, *Haemophilus influenzae*, *Neisseria meningitidis* e *Listeria monocytogenes*

Streptococcus pneumoniae - pneumococo

- Bactéria Gram-positiva com característica morfológica esférica (cocos), disposta aos pares. Causa doença pneumocócica invasiva (meningite, pneumonia bacterêmica, sepse e artrite) e não invasiva (sinusite, otite média aguda, conjuntivite, bronquite e pneumonia).
- Mai de 90 sorotipos.
- Modo de transmissão pessoa a pessoa, através das vias respiratórias, por gotículas e secreções da nasofaringe.
- Período de incubação: 2 a 10 dias, em média 3 a 4 dias.
- Pacientes de risco: idosos, indivíduos portadores de quadros crônicos ou de doenças imunossupressoras.
- A prevenção, por meio de vacina, é a melhor maneira de se proteger contra o pneumococo.

Haemophilus influenzae

- Bactéria Gram-negativa que pode ser classificada em seis sorotipos (a, b, c, d, e, f), a partir da diferença antigênica da cápsula polissacarídica. O *H. influenzae*, desprovido de cápsula, encontra-se nas vias respiratórias de forma saprófita, podendo causar infecções assintomáticas ou doenças não invasivas, tais como bronquite, sinusites e otites, tanto em crianças quanto em adultos.
- O risco de evolução para doença invasiva entre os contatos próximos é maior durante os primeiros dias após o início da doença, o que requer que a quimioprofilaxia seja administrada o mais rápido possível. Os casos secundários são raros, e podem ocorrer dentro de 60 dias após contato com o caso índice.
- Modo de transmissão pessoa a pessoa, através das vias respiratórias, por gotículas e secreções da nasofaringe.
- Período de incubação: 2 a 10 dias, em média 3 a 4 dias.
- Pacientes com risco de doença invasiva: crianças < 5 anos e idosos > 65 anos.
- Condições clínicas com aumento de risco: Asplenia, Infecção pelo HIV, Deficiências de imunoglobulina e componentes do complemento, Neoplasias malignas que requerem transplante de células-tronco hematopoiéticas, quimioterapia ou radioterapia, Anemia falciforme.
- Prevenção por meio de vacina.

Neisseria meningitidis - meningococo

- Pode se apresentar com meningite meningocócica, meningite com meningococemia ou meningococemia.
- Reservatório
 - O homem, sendo a nasofaringe o local de colonização do microrganismo. A colonização assintomática da nasofaringe pela *N. meningitidis* caracteriza o estado de portador que ocorre frequentemente, chegando a ser maior que 10% em determinadas faixas etárias nos períodos endêmicos, podendo o indivíduo albergar o meningococo por período prolongado. As taxas de incidência de portadores são maiores entre adolescentes e adultos jovens e em camadas socioeconômicas menos privilegiadas.
 - Após a colonização da nasofaringe, a probabilidade de desenvolver doença meningocócica invasiva dependerá da virulência da cepa, das condições imunitárias do hospedeiro e da capacidade de eliminação do agente da corrente sanguínea, pela ação de anticorpos séricos com atividade bactericida mediada pela ativação do complemento. O baço também exerce um importante papel na eliminação da bactéria na corrente sanguínea.

Neisseria meningitidis

- Diplococos Gram negativos
- Sorogrupos mais comuns (antígenos polissacarídeos): A,B, C W135 e Y.
- Incubação: média, de três a quatro dias, podendo variar de dois a dez dias.
- Fatores de risco: menores de 1 ano de idade, adolescentes e adultos jovens entre 16 e 23 anos de idade, adultos maiores de 85 anos de idade.
- Condições clínicas com aumento de risco: Asplenia funcional ou anatômica, infecção pelo HIV, deficiências persistentes dos componentes do complemento C3, C5-9, properdina, fator H e fator D, inibidores do complemento como eculizumab, ravulizumab.
- Atividades ou ocupações – microbiologistas, viajantes provenientes de áreas endêmicas, militares, dormitórios.

Neisseria meningitidis

- Em 15 a 20% dos pacientes com doença meningocócica, identificam-se formas de evolução muito rápidas, geralmente fulminantes, devidas somente à septicemia meningocócica, sem meningite, e que se manifestam por sinais clínicos de choque e coagulação intravascular disseminada (CIVD), caracterizando a síndrome de Waterhouse-Friderichsen.
- Trata-se de um quadro de instalação repentina, que se inicia com febre, cefaleia, mialgia e vômitos, seguidos de palidez, sudorese, hipotonia muscular, taquicardia, pulso "fino e rápido, hipotensão, oligúria e má perfusão periférica. A coagulação intravascular disseminada determina aumento da palidez, prostração, hemorragias, taquicardia e taquipneia. Um rash maculopapular, não petequial, difícil de distinguir de um exantema de origem viral e geralmente de curta duração, pode estar presente no início do quadro em até 15% das crianças com meningococemia.

Listeria monocytogenes

- Sinais e sintomas da listeriose dependem do indivíduo e da parte do corpo afetada.
- Período de incubação: a gastroenterite tem período de incubação curto de horas a 2 ou 3 dias. Forma grave e doença invasiva pode ser longo de 3 dias a 3 meses.
- A listeriose invasiva ocorre quando a *Listeria* se espalha além do intestino e os sintomas geralmente começam 2 semanas após a ingestão de alimentos contaminados.
- Risco de evolução para doença grave: gestantes, recém-nascidos, maiores de 65 anos, imunodepressão.
- Raros casos de transmissão nosocomial, pelo contato direto com material infeccioso devido a lesões em mãos e braços, e infecções neonatais, onde o microrganismo pode ser transmitido da mãe para o feto no útero ou no canal do parto ao nascimento e surtos em enfermeiras por contato com equipamento ou material contaminado.
- Prevenção – segurança alimentar evitando os seguintes alimentos com maior risco de contaminação: ingestão de leite contaminado (inadequadamente pasteurizados e de fontes não seguras, ou crus), queijos, sorvetes, água, vegetais crus, patês de carnes, molhos de carne crua fermentada, aves cruas ou cozidas, peixes (inclusive defumados) e frutos do mar.
- Além da notificação compulsória na suspeita de meningite, a ocorrência de surtos (2 ou mais casos) requer a notificação, para a investigação das fontes comuns e o controle da transmissão através de medidas preventivas.

Exame físico

- Mobilização da cabeça – Flexão passiva e ativa do pescoço
- Sinal de Brudzinski
- Sinal de Kernig
- Sinal de Babinski
- Avaliação da escala de Glasgow
- Avaliação de lesões de pele

Obs: Ausência de sinais meníngeos não exclui a doença

Diagnóstico laboratorial

- **Os principais exames para o esclarecimento diagnóstico de casos suspeitos de meningite são:**
 - Exame quimiocitológico do líquido;
 - Bacterioscopia direta;
 - Cultura; (a cultura para anaeróbios não tem indicação exceto se houver abscesso)
 - Painel Molecular p/ Meningoencefalite
 - Imunocomprometidos: Tinta da China e Teste imunocromatográfico para *Cryptococcus spp.*

O aspecto do líquido, embora não seja considerado um exame, funciona como um indicativo. O líquido normalmente é límpido e incolor, como “água de rocha”. Nos processos infecciosos, ocorre turvação.

Exames complementares

- 2 pares de hemoculturas
- Análise quimiocitológico do LCR – mínimo 3mL de volume
- Bacterioscópico e cultura do líquido
- Painel molecular p/ meningoencefalites (feito no setor de microbiologia) Bactérias: *Escherichia coli K1*, *Haemophilus influenzae*, *Listeria monocytogenes*, *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus agalactiae*, *Streptococcus pneumoniae*.
 - Vírus: CMV, Enterovírus, Herpes simplex 1/2, Herpes tipo 6, Parechovírus, Varicela Zoster,
 - Fungos: *Cryptococcus neoformans*.
- Em pacientes imunocomprometidos: Tinta da China e Teste Rápido de *Cryptococcus* (imunocromatográfico)
- Coleta de amostra sinovial e de urina (na concomitância de doença articular).

Fluxo Adolfo Lutz – Laboratório Einstein

- Na suspeita ou confirmação de meningite bacteriana o Laboratório Local SEMPRE deverá encaminhar ao Instituto Adolfo Lutz (IAL) – Laboratório Central de Saúde Pública:
- **Cepas isoladas de LCR, sangue, raspado de lesão petequial ou outros líquidos corpóreos normalmente estéreis.**
- SORO e LCR para realização de PCR, na ausência de culturas realizadas pelo Laboratório Local ou em casos específicos.
- O material deverá ser enviado o mais rapidamente possível em caixa de transporte de material biológico devidamente identificada. As cepas isoladas poderão ser transportadas em temperatura ambiente, já as alíquotas de soro/LCR devem ser conservadas em geladeira e transportadas entre 2 a 8 °C com gelo reciclável em caixa isotérmica. Serão rejeitadas as amostras que chegarem sem vedação adequada com evidências de vazamento ou com lacre metálico ou c/ fita adesiva (fita crepe, esparadrapo) com evidências ou não de vazamento ou todas sem identificação adequada (nome do paciente e tipo de amostra);
- **Nos casos de óbitos** em que haja suspeita de meningite bacteriana poderá ser coletado líquido e sangue até 8 horas após o óbito ou encaminhado fragmentos de tecido para a realização de PCR pelo IAL.

Tomografia de Crânio antes da Coleta de Líquor

Mandatário realizar antes da coleta do LCR e:

- Suspeita de Pressão Intracraniana aumentada
- Trombocitopenia
- Anticoagulação
- Suspeita de abscesso epidural
- Imunocomprometido
- Antecedente de doença de Sistema Nervoso Central
- Rebaixamento do nível de consciência

Tratamento

- Internação Hospitalar
- Antibióticos Intravenoso Empiricamente

ADULTO - CEFTRIAXONE 2g EV 12/12h + VANCOMICINA 15 a 20mg/kg a cada 8 -12h

PEDIATRIA – CEFTRIAXONE 100mg/kg/dia dividido de 12/12h + VANCOMICINA 60mg/kg/dia EV dividido a cada 6/6h

SE ALERGIA A BETA LACTÂMICO:

ADULTO - MEROPENEM 2g EV 8/8h + VANCOMICINA 15 a 20mg/kg a cada 8 -12h

PEDIATRIA - MEROPENEM 40mg/kg EV 8/8h + VANCOMICINA 60mg/kg/dia EV dividido a cada 6/6h

- Fluidos Intravenosos
- Corticoides IV - Dexametasona 0,15mg/kg 6/6 hs – Iniciar antes da primeira dose de antibiótico e manter por 48 horas

Após a identificação do agente, realizar a adequação antibiótica

Tratamento Adulto DIRECIONADO

AGENTE	PRIMEIRA LINHA – DOSE ADULTO	SEGUNDA LINHA	Tempo de tratamento
<i>STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE</i>	• Ceftriaxona 2g EV 12/12h + Vancomicina EV 15 mg/kg EV 12/12h se Ceftriaxona com MIC > 0,5mcgg/mL e penicilina com MIC ≥ 0,1 mcg/ML	• Meropenem 2g EV 8/8h	14 dias
<i>NEISSERIA MENINGITIDIS</i>	• Ceftriaxone 2g EV 12/12h - OU • Cefotaxima 2g EV 4-6h	• Ampicilina 2g EV 4/4h se MIC de penicilina <0,1 mcg/mL - OU • Penicilina G 4 milhões de UI EV 4/4h (máximo 4 milhões de UI/dia) se MIC de penicilina <0,1 mcg/mL - OU • Meropenem 2g EV 8/8h	7 dias
<i>HAEMOPHILUS INFLUENZAE</i>	• Ceftriaxone 2g EV 12/12h	Se suscetível a ampicilina e beta lactamase negativo: • Ampicilina 2g EV 4/4h	7 dias
<i>LISTERIA MONOCYTOGENES</i>	• Ampicilina 2g EV 4/4h	ALERGIA PENICILINAS • Sulfametoxazol/trimetropim 20mg/kg/dia 6/6h	21 dias

Tratamento Pediatria DIRECIONADO

AGENTE	PRIMEIRA LINHA	SEGUNDA LINHA	Tempo de tratamento
<i>STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE</i>	• Penicilina G MIC <0,1 mcg/mL – Penicilina G 4 milhões UI EV 4/4h • Penicilina G MIC ≥ 0,1 mcg/mL e ceftriaxone MIC ≤ 0,5 mcg/mL – Ceftriaxone 2g EV 12/12h	Alérgicos a cefalosporinas - Vancomicina 15-20mg/kg EV 8/8h + Moxifloxacina 400mg EV 1x/dia	10 a 14 dias
<i>NEISSERIA MENINGITIDIS</i>	• Ceftriaxone 50mg/kg EV 12/12h máximo 2g - OU • Penicilina G 300.000 U/kg/dia dividido a 4-6 doses	• Ampicilina 150-200mg/kg/dia dividido em 6 doses - OU • Cefotaxima de acordo com a idade: - 0 a 7 dias – 100 - 150 mg/kg/dia a cada 8-12h - 8 a 28 dias – 150 – 200mg/kg/dia dividido a cada 6-8h - > 28 dias: 225-300 mg/kg dividida a cada 6-8h	7 dias

Tratamento Pediatria DIRECIONADO

AGENTE	PRIMEIRA LINHA – DOSE ADULTO	SEGUNDA LINHA	Tempo de tratamento
HAEMOPHILUS INFLUENZAE	Ceftriaxone 50mg/kg EV 12/12h, máximo 4g/dia.	Sensibilidade a ampicilina e betalactamase negativa Ampicilina 300mg/kg/dia dividido em 6 doses, máximo 12g/dia OU ALERGIA PENICILINAS Aztreonam 90- 120mg/kg/dia dividido 6/8h (máximo 8g/dia)	7 dias
LISTERIA MONOCYTOGENES	Ampicilina 300 a 400mg/kg/dia de 6/6h	ALERGIA PENICILINAS Sulfametoxazol/trimetropim 20mg/kg/dia 6/6h	21 dias 4 a 6 semanas se cerebrite ou abscesso

Diagnóstico diferencial

- Meningites
- Meningoencefalites
- Sepses
- Febre maculosa
- Febre purpúrica brasileira
- Febres hemorrágicas virais (arboviroses)

Medidas de prevenção e profilaxias pós exposição em meningites bacterianas

Prevenção e controle

- A meningite é uma síndrome que pode ser causada por diferentes agentes infecciosos. Para alguns destes, existem medidas de prevenção primária, tais como vacinas e quimioprofilaxia.
- As **vacinas** estão disponíveis para prevenção das principais causas de meningite bacteriana.
- A quimioprofilaxia não está indicada rotineiramente para profissionais de saúde que atenderam caso de doença meningocócica. **INDICADO para profissionais que participaram de manobras de ressuscitação ou aspiração de secreções antes de 24h de antibioticoterapia específica, sem uso de equipamentos de proteção individual (óculos e máscara cirúrgica).**
- A profilaxia não impede que o indivíduo desenvolva meningite, e sim realiza a descolonização de via aérea superior.

Prevenção e controle

- As medidas de prevenção e controle das meningites bacterianas buscam a redução dos casos secundários e a prevenção de casos primários.
- Tratamento adequado do caso primário;
- Isolamento do paciente: manter isolamento por gotículas até 24hrs do início da antibioticoterapia adequada;
- **Quimioprofilaxia dos comunicantes, nos casos em que haja indicação. As ações de quimioprofilaxia deverão ser registradas na Ficha de Investigação Epidemiológica (FIE), campos 54, 55 e 56, com a inclusão do número total de pessoas que receberam a medicação profilática, por serem consideradas comunicantes próximos do caso fonte. O registro da quimioprofilaxia também deverá ser encaminhado ao NDAT/DVE/COVISA através do preenchimento do link: <https://forms.office.com/r/ZFkBpkfwjk?origin=lprLink>;**
- Vigilância dos contatos do caso primário;
- Vacinação conforme diretrizes do Programa Nacional de Imunizações (PNI), estão disponíveis 7 vacinas: BCG, Pentavalente, Pneumocócica 10- valente (conjugada), Pneumocócica 23- valente (polissacarídica), Pneumocócica 13- valente (conjugada), Meningocócica C (conjugada), Meningocócica ACWY (conjugada);
- Identificação oportuna e controle de surtos para interrupção da cadeia de transmissão.

Profilaxia – *Neisseria meningitidis*

A quimioprofilaxia nos contatos próximos deve ser realizada o mais rápido possível, **idealmente nas primeiras 24h após inícios dos sintomas, e em até 10 dias após a exposição ao caso índice**. Cabe ressaltar que, para definição de comunicante próximo do caso, a exposição poderá ser considerada em dois momentos: retrospectivo ou prospectivo.

A quimioprofilaxia deverá ser realizada o mais precocemente possível, e no máximo, até **30 dias** após o último contato.

- Todos os contatos próximos de um caso de doença meningocócica, **independentemente do estado vacinal, deverão receber a quimioprofilaxia**. É importante verificar o estado vacinal, pois crianças e adolescentes que não são vacinados devem receber a quimioprofilaxia e atualizar o cartão vacinal.
- Para cálculo de doses, utilize: [CALCULADORA PARA QUIMIOPROFILAXIA DA DOENÇA MENINGOCÓCICA - Secretaria Municipal da Saúde - Prefeitura](#)

Indicação Profilaxia contatos próximos

N. meningitidis

- Pessoas que moram no mesmo domicílio;
- Contatos de instituições fechadas: Serviços de acolhimento institucional para crianças e adolescentes (SAICAŞ), unidades prisionais, acampamento, alojamento conjunto, albergue, quartel, entre outros, considerar os contatos que compartilham o mesmo dormitório;
- Contatos escolares: em pré-escola ou creche considerar as crianças menores de 7 anos e os adultos da instituição que tenham tido contato íntimo com o caso primário;
- Contato direto: beijos, compartilhar objetos como escova de dentes, pratos, talheres e copos;
- Profissionais de saúde que tenham tido exposição direta ao paciente durante procedimentos invasivos (intubação orotraqueal; aspiração de vias aéreas, sondagem nasoenteral), até 10 dias anteriores ao início dos sintomas, **SEM** uso de equipamentos de proteção individual adequados;
- Gestante, quando considerada comunicante de doença meningocócica, a quimioprofilaxia poderá ser feita com rifampicina;
- Viagens de avião com duração de voo maior que 8 horas. Nestes casos, considerar os passageiros que estavam sentados à frente, atrás e dos lados do paciente.

Ausência de indicação de profilaxia *N. meningitidis*

NÃO está indicada a quimioprofilaxia:

- Contato casual: sem história de exposição às secreções orais do paciente (colegas de trabalho e escola);
- Contato indireto: contato somente com um contato íntimo e não com o paciente (o contato do contato);
- Profissional de saúde SEM exposição direta ou exposição **protegida** (com uso de equipamento de proteção individual) com as secreções respiratórias do paciente.

Profilaxia – *Haemophilus influenzae*

- No domicílio, para os contatos próximos, de qualquer idade, que tenham pelo menos um contato com criança menor que 4 anos não vacinada ou parcialmente vacinada, ou com criança imunocomprometida, independentemente da situação vacinal. Contatos domiciliares são as pessoas que residem com o caso, ou aquelas que não residem na mesma casa, mas passaram **quatro horas ou mais** em contato durante pelo menos cinco dos sete dias anteriores ao início dos sintomas.
- Em creches e escolas maternas, está indicada quando dois ou mais casos de doença invasiva ocorreram em um intervalo de até 60 dias. Nessa situação, a quimioprofilaxia deve ser prescrita para todas as crianças, independentemente da idade ou do status vacinal, e para os cuidadores.
- A quimioprofilaxia está indicada somente nos casos de doença invasiva por *Haemophilus influenzae* do sorotipo B (Hib), patógeno mais virulento. No entanto, em situações em que o resultado do sorotipo não estiver disponível, as ações de quimioprofilaxia devem ser iniciadas de maneira preventiva.
- Para gestantes, a quimioprofilaxia também está indicada. A relação custo/ benefício do uso de antibióticos pela gestante deverá ser avaliada pelo médico.
- Para cálculo de doses, utilize: [CALCULADORA PARA QUIMIOPROFILAXIA DA DOENÇA MENINGOCÓCICA - Secretaria Municipal da Saúde - Prefeitura](#)

Profilaxia de contactante Hib

O antibiótico de escolha na quimioprofilaxia por meningite por Hib é a rifampicina, que deve ser administrada em dose adequada de acordo com o esquema abaixo. A quimioprofilaxia deverá ser realizada o mais precocemente possível, e no máximo, até 30 dias após o último contato

Quadro 2 – Esquema de quimioprofilaxia por meio de rifampicina indicado para comunicantes de doença invasiva por *Haemophilus influenzae* (DIHi)

Agente Etiológico	Antibiótico	Idade	Dose	Intervalo	Duração
<i>H. influenzae</i>	Rifampicina 300mg ou rifampicina 20mg/ml suspensão oral ¹	≥18 anos (exceto gestantes)	600 mg/dose	24 em 24 horas	4 dias
		≥1 mês a < 18 anos	20 mg/kg/dose (dose máxima 600 mg)	24 em 24 horas	
		< 1 mês	10 mg/kg/dose (dose máxima 600 mg)	24 em 24 horas	4 dias
	Ceftriaxona 500mg ²	< 12 anos	50mg/Kg intramuscular ou endovenoso	24 em 24 horas	2 dias
		≥ 12 anos e gestantes	1g intramuscular ou intravenoso	24 em 24 horas	2 dias

1 – Não recomendado para gestantes. 2 – Medicamento de primeira escolha para gestantes e para indivíduos com contraindicação ou intolerância/ reação adversa à Rifampicina.

A rifampicina está disponível nas **rede pública** – verifique os locais de retirada pelo link: [versao-2 07 11 2024 nota-tecnica quimioprofilaxia assistencia-farmaceutica-pdf](#) (acrescentar o número do SINAN) e farmácias da rede privada.

Aos finais de semana e feriados, a unidade de referência com estoque de rifampicina cápsula e suspensão é o AMA Sé – Rua Frederico Alvarenga, 259, que está autorizada a fornecer os medicamentos para quimioprofilaxia para o plantão CIEVS/DVE/COVISA/SMS.

Apresentações Rifampicina:

Rifampicina – Suspensão oral - 20 mg/ml – frasco com 120 ml

Rifampicina 300 mg cápsulas.

Atenção: A quimioprofilaxia está indicada somente nos casos de doença invasiva por *Haemophilus influenzae* do sorotipo B (Hib), patógeno mais virulento. **No entanto, em situações em que o resultado do sorotipo não estiver disponível, as ações de QP devem ser iniciadas de maneira preventiva.**

Contingência **Off Label** - Diluição de cápsulas de Rifampicina 300mg na indisponibilidade de solução oral de Rifampicina

- 1- Higienize as mãos
- 2 - Em recipiente higienizado, dilua o conteúdo da cápsula de rifampicina 300mg em 15 mL de água filtrada ou mineral resultando em concentração de 20mg/mL.
- 3 - Administre a solução e higienize as mãos.

Exemplos:

Indicação de 5mg/kg/dose <1 mês de idade – 3kg – 0,75ml VO.

Indicação de 10mg/kg/dose >1 mês e adultos – 25kg – 12,5ml VO.

A rifampicina está disponível nas **rede pública** – verifique os locais de retirada pelo link: [versao-2_07_11_2024_nota-tecnica_quimioprofilaxia_assistencia-farmaceutica-pdf](#) (acrescentar o número do SINAN) e farmácias da rede privada.

Aos finais de semana e feriados, a unidade de referência com estoque de rifampicina cápsula e suspensão é o AMA Sé – Rua Frederico Alvarenga, 259, que está autorizada a fornecer os medicamentos para quimioprofilaxia para o plantão CIEVS/DVE/COVISA/SMS.

Apresentações Rifampicina:

Rifampicina – Suspensão oral - 20 mg/ml – frasco com 120 ml

Rifampicina 300 mg cápsulas.

Vacinação em crianças

VACINA	PROTEÇÃO	INDICAÇÕES
PENTAVALENTE	- <i>HAEMOPHILUS INFLUENZIAE</i> - DIFTERIA - COQUELICHE - HEPATITE B - TETANO	• Calendário vacinal • 2, 4, 6 meses • Reforço 15 meses e 5 anos
MENINGO C	-SOROTIPO C <i>NEISSERIA MENINGITIDIS</i>	• 3 e 5 meses • Reforço aos 12 meses e 5 anos.
MENINGO ACWY	-SOROTIPOS A,C,W, e Y <i>NEISSERIA MENINGITIDIS</i>	• 3 e 5 Meses • Reforço aos 12 meses e 5 anos
PNEUMOCOCICA CONJUGADA	- <i>STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE</i>	• 2-3 Doses dependendo vacina utilizada • Reforço 15 meses

Vacinação em adultos

VACINA	PROTEÇÃO	INDICAÇÃO
MENINGOCOCCICA (ACWY)	SOROGRUPO A,C,W e Y <i>N. MENINGITIDIS</i>	GRUPOS DE ALTO RISCO (ASPLÊNICOS, IMUNODEFICIÊNCIAS CONGÊNITAS E HUMORAIS)
MENINGO C	SOROTIPO C <i>N. MENINGITIDIS</i>	GRUPOS DE ALTO RISCO (ASPLÊNICOS, IMUNODEFICIÊNCIAS CONGÊNITAS E HUMORAIS)
MENINGOCOCCICA B	SOROTIPO B <i>N. MENINGITIDIS</i>	GRUPOS DE ALTO RISCO / SITUAÇÕES ESPECIAIS ATÉ 50 anos
HIB – <i>HAEMOPHILUS INFLUENZAE</i> B	<i>HAEMOPHILUS INFLUENZAE</i> B	
PNEUMOCOCCICA	<i>STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE</i>	VACINAÇÃO ENTRE 50-59 anos SITUAÇÕES ESPECIAIS

**Notificação compulsória – meningites – Segunda a sextas
feiras em horário comercial**

Doença de notificação compulsória imediata em até 24 h MESMO NA SUSPEITA. A notificação imediata permite que as ações da vigilância epidemiológica realize as profilaxias antibióticas do contatos.

- Preencher a ficha de notificação na suspeita ou caso confirmado (disponível no site SCIH do Sou Einstein [SCIH HIAE - Notificação Compulsória - Todos os Documentos](#) ou no Medical Suite [Doenças Epidêmicas – Diretrizes de Atendimento - Medical Suite - Hospital Albert Einstein](#)):
- Comunicar o SCIH: por e-mail: scih@einstein.br ou notificacaocompulsoria@einstein.br; em horário comercial. Ramais SCIH: 72616, 72646, 72647 e 72680.
- **Fins de semana, feriado e fora do horário comercial – Veja próximos slides.**

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO		Nº _____ MENINGITE			
CASO SUSPEITO: Criança acima de nove meses e/ou adulto com febre, cefaleia, vômitos, rigidez de nuca, outros sinais de irritação meníngea (Kernig e Brudzinski), convulsão, súfuses hemorrágicas (petéquias) e torpor. Crianças abaixo de nove meses observar também irritabilidade (choro persistente) ou abaulamento de fontanela.							
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual			
	3	Agravado/ença		1 - DOENÇA MENINGOCÓCICA 2 - OUTRAS MENINGITES	☐ Código (CID10) G 0 3.9		
	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)		
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7	Data da Notificação	
	8	Nome do Paciente			9	Data dos Primeiros Sinais	
Dados Individual	10	(ou) Idade	1 - 1 hora 2 - Dia 3 - Noite 4 - Não	11	Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado	
	12	Estado civil		1 - Solteiro 2 - Casado 3 - Viúvo 4 - Divorciado 5 - Separado	13	Raça/Cor	
	14	Escolaridade		1 - Não sabe ler nem escrever 2 - Até 4º ano incompleto do 1º grau 3 - Até 8º ano incompleto do 1º grau 4 - Até 4º ano completo do 1º grau 5 - Até 8º ano completo do 1º grau 6 - Ensino médio incompleto 7 - Ensino médio completo 8 - Ensino superior incompleto 9 - Ensino superior completo 10 - Não sabe	15	Número do Cartão SUS	
	16	Nome da mãe			17	UF	
	18	Município de Residência		Código (IBGE)	19	Distrito	
Dados de Residência	20	Bairro			21	Logradouro (rua, avenida, ...)	
	22	Número	23	Complemento (apto., casa, ...)	24	Geo campo 1	
	25	Uso campo 2		26	Ponto de Referência	27	CEP
	28	(DDD) Telefone	29	Zona	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 4 - Ignorado	30	País (se residente fora do Brasil)
	Dados Complementares do Caso						
Anamnese Epidemiológica	31	Data da Investigação		32	Ocupação		
	33	Vacinação		1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado	N° Doses Data da Última Dose		
	34	Doenças Pré-existentis		1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado	N° Doses Data da Última Dose		
	35	Contato com Caso Suspeito ou Confinado de Meningite (até 15 dias antes do início dos sintomas)		1 - Domício 2 - Vizinhaça 3 - Trabalho 4 - Creche/Escola 5 - Posto de Saúde/Hospital 6 - Outro Estado/Município 7 - Sem História de Contato 8 - Outro país 9 - Ignorado	36 Nome do Contato		
	37	Endereço do contato (Rua, Av., Apto., Bairro, Localidade, etc)		38 Caso Secundário 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado			
Sinais e Sintomas	39	Sinais e Sintomas		40 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado	41 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado		
	42	Sinais e Sintomas		43 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado	44 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado		

Notificação compulsória – meningites – finais de semana e feriados período diurno 7 – 19h – CIEVS/COVISA município de SP

FINAIS DE SEMANA E FERIADOS DAS 7 – 19h – período diurno:

1 - Preencha a notificação via CIEVS COVISA pelo [ficha editável online](#)

[ficha meningite preenchível 27112020.pdf](#).

2 – Procure por este link [Busca TERRITÓRIOS - UVIS - Secretaria Municipal da Saúde - Prefeitura](#), o email da UVIS de referência da unidade de saúde – Figura 2.

3 – Encaminhe a notificação preenchida para os emails:

- COVISA: notifica@prefeitura.sp.gov.br +
- email UVIS de referência – (UVIS Referência Einstein Morumbi: suvisbutanta@saude.prefeitura.sp.gov.br) +
- email notificação SCIH Morumbi: notificacaocompulsoria@einstein.br

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

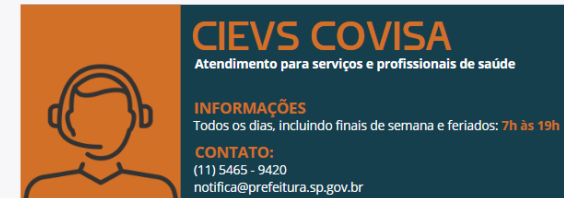
1º Passo – Preencher a [Ficha de Notificação – SINAN](#) – pdf preenchível

2º Passo – Utilizar a ferramenta do [Território UVIS](#) para localizar a Unidade de Vigilância em Saúde do local de atendimento do paciente.

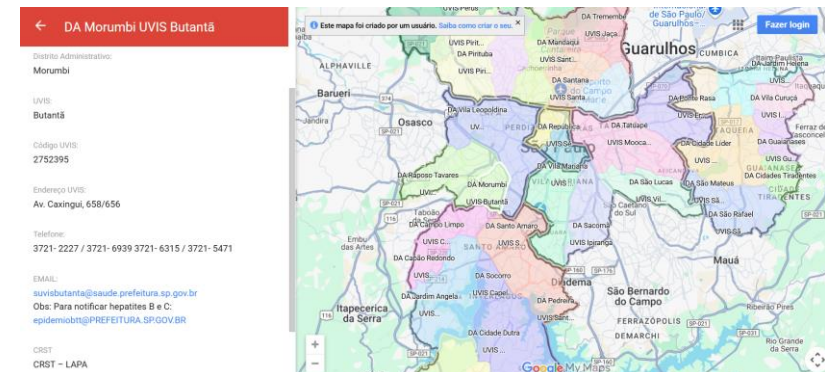
3º Passo – Enviar a Ficha preenchida para o e-mail da UVIS correspondente ao endereço do estabelecimento responsável pela notificação. No assunto do e-mail colocar: NOTIFICAÇÃO MENINGITE.

[Dicionário de Dados do SINAN](#)

Nos finais de semana a notificação deverá ser enviada para o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS – notifica@prefeitura.sp.gov.br), com cópia para a UVIS de referência.



No horário noturno, a cobertura é realizada em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde pelo CVE – Centro de Vigilância Epidemiológica. A partir de 19h ligue para 08000-555466.



EINSTEIN
Hospital Israelita

Notificação compulsória – meningites – finais de semana e feriados período noturno 19 - 7h – Fluxo Secretaria Estadual de Saúde

FINAIS DE SEMANA E FERIADOS DAS 19 - 7h – período noturno:

1 - Preencha a notificação via CIEVS COVISA pelo ficha editável online

[ficha meningite preenchivel 27112020.pdf](#)

2 – Procure por este link [Busca TERRITÓRIOS - UVIS - Secretaria Municipal da Saúde - Prefeitura](#), o email da UVIS de referência da unidade de saúde – Figura 2.

3 – Encaminhe a notificação preenchida para os emails:

- notifica@saude.sp.gov.br + email UVIS de referência – (UVIS Referência Einstein Morumbi: suvisbutanta@saude.prefeitura.sp.gov.br) + notificacaocompulsoria@einstein.br

4 – Entre em contato com o plantão do CVE pelo número 08000-555466.



SÃO PAULO
GOVERNO DO ESTADO
SÃO PAULO SÃO TODOS

fr in d y x i g f /governosp | A+ A- [icon] [icon]

Home Mapa do Site

Buscar

CVE - Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac"

A A Tamanho do texto

Institucional Áreas de Vigilância Agravos de A-Z Links Notificação ON-LINE Publicações Unidades referência Pesquisa

| Notificação ON-LINE

Notificação

ATENÇÃO!!!

Em caso de problemas com o envio do formulário pelo browser, solicitamos utilizar os meios de comunicação conforme abaixo.

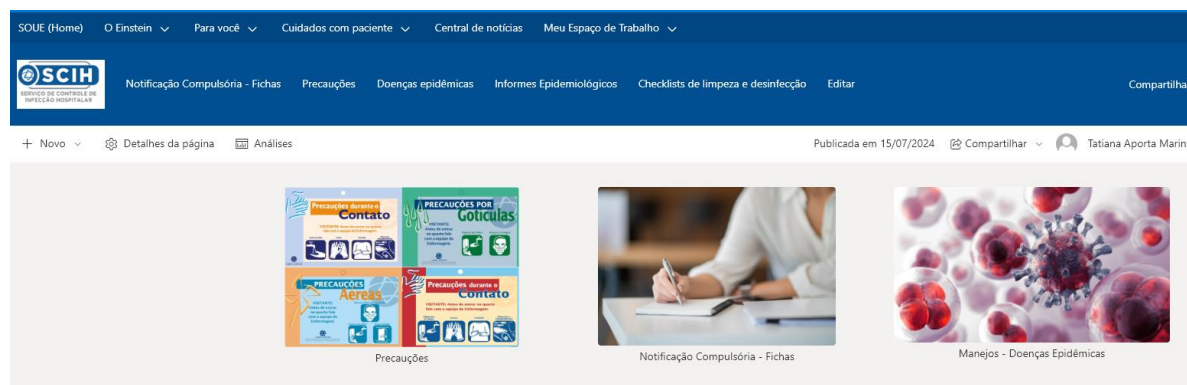
A notificação imediata no Estado de São Paulo deverá ser feita por um dos seguintes meios de comunicação:

... Telefone 08000-555466*, com funcionamento em tempo integral; (11) 3066-8750

Por que realizar a notificação imediata?

- A vigilância **avaliará o surto e cabe à vigilância avaliar e orientar ações de quimioprofilaxia para contactantes e/ou para comunidade.**
- O Hospital no qual o caso está internado, deve aguardar a conduta da vigilância frente os familiares e/ou contactantes em relação à prescrição de medicações ou vacinas, desde que não haja atuação rápida da vigilância.
- A vigilância epidemiológica do município efetuará ações pontuais em escolas ou ambiente de trabalho na qual o paciente conviveu.
- Caso seja optado a prescrição de Quimioprofilaxia pelo médico titular ou UPA: [Profilaxia – Neisseria meningitidis](#) e [Profilaxia – Haemophilus influenzae](#)

Onde encontro atualizações sobre o tema?



Informes Epidemiológicos



Checklists de Controle das Práticas de Prevenção e Controle de Infecção

<https://sbibae.sharepoint.com/sites/scihmorumbi>



<https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Paginas/doencas-epidemicas.aspx>

Referências bibliográficas

https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_volume_1.pdf

<https://www.cdc.gov/hi-disease/about/causes-transmission.html>

[Haemophilus influenzae Infection - StatPearls - NCBI Bookshelf \(nih.gov\)](#)

<https://www.cdc.gov/hi-disease/about/causes-transmission.html>

[Haemophilus influenzae Infection - StatPearls - NCBI Bookshelf \(nih.gov\)](#)

https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-pathogenesis-of-listeria-monocytogenes-infection?search=listeria%20monocytogenes&source=search_result&selectedTitle=3%7E150&usage_type=default&display_rank=3#H2

<https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-pacientes-especiais.pdf>

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/m/meningite/transmissao>

https://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-respiratoria/meningites/doc/meningites_parasitaas_fungos_bepa2022192171-10.pdf

https://drive.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/fluxograma-meningite_bacteriana.pdf

<https://www.cdc.gov/hi-disease/hcp/clinicians/index.html>

<https://www.cdc.gov/meningococcal/>

<https://www.cdc.gov/listeria/signs-symptoms/index.html>

https://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-transmitidas-por-agua-e-alimentos/doc/bacterias/2013listeria_monocytogenes.pdf