



SECRETARIA DA SAÚDE DE GUARULHOS  
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
DIVISÃO TÉCNICA DE EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE DOENÇAS  
Rua: Íris, 320 – Sala 78 – Tel: 2472-5013 / 2472-5075

# **ORIENTAÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE MENINGITE**

**ATUALIZADO**

**22/05/2024**



**SECRETARIA DA SAÚDE DE GUARULHOS**  
**DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**  
**DIVISÃO TÉCNICA DE EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE DOENÇAS**  
Rua: Íris, 320 – Sala 78 – Tel: 2472-5013 / 2472-5075

**Equipe Técnica:** Reinaldo Trindade, Viviane Santos Vieira, Heid Hungaro Noguti, Rosaria Maria Barroco Ferreira de Camargo, Dra. Daniella Teixeira Bezerra – Médica Infectologista

**Responsável pela Divisão Técnica de Epidemiologia e Controle de Doenças:** Patrícia Rosa da Silva.

**Diretora do Departamento de Vigilância em Saúde:** Valeska Aubin Zanetti Mion.

**Secretário de Saúde:** Adam Kubo

A meningite é um processo inflamatório das meninges, membranas que envolvem o cérebro e medula espinhal. Ela pode ser causada por diversos agentes infecciosos como bactérias, vírus, fungos dentre outros, e por agentes não infecciosos. A meningite ocorre o ano todo, porém, nos meses de inverno devido ao clima frio há um aumento esperado de casos da doença.

Os principais sinais e sintomas são: febre, dor de cabeça, vômitos, náuseas, rigidez de nuca e/ou manchas vermelhas na pele (petéquias). Em crianças menores de um ano de idade os sintomas referidos acima podem não ser tão evidentes, devendo-se atentar para a presença de fontanela tensa ou abaulada, irritabilidade, inquietação com choro agudo e persistente e rigidez corporal com ou sem convulsões.

Em geral, a transmissão é de pessoa a pessoa, através das vias respiratórias, por gotículas e secreções do nariz e da garganta. A transmissão fecal-oral é de grande importância para a meningite viral, principalmente nas infecções por enterovírus.

Dentre as meningites bacterianas, a doença meningocócica tem maior importância epidemiológica devido à gravidade do quadro clínico, rápida evolução e pela possibilidade de causar surtos ou epidemias. Esta é causada pela *Neisseria meningitidis* (meningococo) que pode causar doença em pessoas de todas as idades. Cerca de 5 a 15% das pessoas são portadoras assintomáticas desta bactéria na garganta e no nariz. Os principais sorogrupos de meningococo são A, B, C, W135 e Y e estão contemplados em vacinas específicas (meningocócica conjugada C, ACWY e meningocócica B), sendo assim imunopreveníveis.

Na suspeita clínica de meningite, a coleta de líquido deve ser realizada. Ao solicitar este exame devem ser discriminados os seguintes itens: **quimiocitológico** (celularidade e bioquímica), **bacterioscopia** e **cultura bacteriana aeróbia e anaeróbia** (em caso de suspeita de meningite tuberculosa discriminar pesquisa e cultura para BK e em suspeita de meningite fúngica discriminar cultura para o fungo específico, ex: paracoccidiodomicose, histoplasmose, criptococose etc), **provas imunológicas** (aglutinação pelo látex e CIEF) e **PCR** (reação de cadeia em polimerase) **para *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae* e**

***Haemophilus influenzae*** (o PCR deve ser encaminhado ao IAL). **Na suspeita de meningococcal viral** pode ser solicitado PCR para herpes simples 1 e 2, CMV, EBV, adenovírus e enterovírus no LCR (encaminhar ao IAL) e sorologia sérica para herpes, CMV e EBV.

Após a avaliação do quadro clínico e análise preliminar do líquido do paciente, este receberá tratamento de acordo com o agente etiológico presumível. No caso de meningite bacteriana, o tratamento será realizado com antibióticos específicos, priorizando a cefalosporina de terceira geração, ceftriaxone (100 mg/kg/dia).

As pessoas que tiveram contato próximo com um caso índice de meningite por *Haemophilus influenzae* ou por doença meningocócica devem receber medicamento preventivo (quimioprofilaxia) no intuito de diminuir o risco de adoecimento, conforme orientado abaixo no item *quimioprofilaxia indicação*.

A suspeição precoce de um quadro de meningite possibilita uma condução clínica adequada e oportuna, diminuindo a morbimortalidade desta doença e suas sequelas, além disso, proporciona a realização de medidas ativas de vigilância e bloqueio de infecção através da administração da quimioprofilaxia, em tempo hábil, naqueles casos indicados conforme descrito acima.

## **QUIMIOPROFILAXIA NA DOENÇA MENINGOCÓCICA**

### **Quando indicar?**

#### **A. Apenas quando o caso está confirmado:**

a. Laboratorialmente: no mínimo, bacterioscopia positiva para Diplococos Gram Negativos (DGN= Cocos Gram Negativos aos Pares), podendo ter confirmação diagnóstica também pela Aglutinação pelo látex e/ou Contraímunoeletroforese e/ou Cultura do Líquor e/ou sangue.

b. Clinicamente: quadro purpúrico toxiinfecioso agudo (febre, petéquias e/ou sufusões hemorrágicas na pele e/ou mucosas e mal estar geral), com ou sem outros dados laboratoriais positivos, mesmo na ausência de alterações líquóricas.

c. Epidemiologicamente: contato direto e recente com outro caso confirmado laboratorialmente.

**B. Deverá ser feita dentro das primeiras 24 horas (no máximo, 30 dias após o último contato com o doente).**

**Quais as finalidades da quimioprofilaxia?**

- Evitar o aparecimento de novos casos;
- Erradicar o estado de portador do meningococo nas vias aéreas superiores. Sabe-se que o portador do meningococo tem papel fundamental na disseminação da doença meningocócica, sendo importante fonte de infecção.

**Para quem indicar?**

**Para os comunicantes próximos (íntimos) de um paciente com doença meningocócica:**

- Pessoas que moram no mesmo domicílio (intradomiciliares)- todas;
- Comunicantes de instituição fechada como: internato, orfanato, presídio, acampamento, alojamento conjunto, albergue, quartel e outros – considerar os contatos que compartilham o mesmo dormitório;
- Em creches ou pré-escola – crianças em geral menores de 7 anos e os adultos desta instituição que tenham tido contato íntimo com o doente;
- Contatos de salas de aula que permaneceram, no mínimo, 4 horas diárias nos últimos 7 dias que antecederam a internação ou outros atendimentos;
- Exposição direta às secreções do doente, por meio de beijos, compartilhar escovas de dente, utensílios para alimentação (copos, colheres, garfos) nos 7 dias antes ao aparecimento da doença no caso índice;
- Para os profissionais da saúde ou outros que atendam o doente – reanimação boca-a-boca, exposição sem proteção durante a intubação endotraqueal e aspiração de secreções de vias aéreas;
- Em aviões: considerar vôos com mais de 8 horas de duração e os passageiros que estavam sentados próximos ao paciente (na frente, atrás e nos lados);
- Para o caso índice (paciente), quando não foi tratado com ceftriaxone (rocefin) ou outra cefalosporina de 3ª geração, antes da alta.

A quimioprofilaxia está indicada **SOMENTE** para os contatos próximos dos casos suspeitos de **Doença Meningocócica** e **meningite**



SECRETARIA DA SAÚDE DE GUARULHOS  
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
DIVISÃO TÉCNICA DE EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE DOENÇAS  
Rua: Íris, 320 – Sala 78 – Tel: 2472-5013 / 2472-5075

por *Haemophilus influenzae* tipo b. Outras formas de prevenção incluem: evitar aglomerações e manter os ambientes ventilados e limpos.

**\*\* As meningites são de Notificação Compulsória imediata, mesmo nos casos suspeitos.**

#### **Referências Bibliográficas:**

Guia de Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. – 5. ed. rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

Guia de Vigilância em Saúde: volume único [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 3ª. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços.

## MENINGITES

### CASO SUSPEITO

**Crianças acima de 1 ano de idade e adultos:** febre, cefaleia, vômitos, rigidez da nuca, sinais de irritação meníngea (Kernig, Brudzinski), convulsões e/ou manchas vermelhas no corpo.

**Crianças menores de 1 ano de idade:** além dos sinais acima, também considerar irritabilidade, como choro persistente e verificar a existência de abaulamento de fontanela.

**SUSPEITAR DE DOENÇA MENINGOCÓCICA:** paciente com quadro toxiinfecioso agudo acompanhado de petéquias e/ou sufusões hemorrágicas em pele e/ou conjuntivas. Lembrar que o quadro de Meningococemia (sepse por meningococo) pode ou não estar acompanhado de meningite.

Para confirmação etiológica, DEVE SEMPRE SER COLHIDO:

- **LÍQUOR (LCR)**
  - DEVE ser discriminado na solicitação do exame: quimiocitológico (celularidade e bioquímica), bacterioscopia e cultura bacteriana aeróbia e anaeróbia (em caso de suspeita de meningite tuberculosa discriminar pesquisa, PCR e cultura para BK e em suspeita de meningite fúngica discriminar cultura para o fungo específico, ex: paracoccidiodomicose, histoplasmoses, criptococose etc), provas imunológicas (aglutinação pelo látex e CIEF) e PCR (reação de cadeia em polimerase) para *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae* (o PCR deve ser encaminhado ao IAL).
  - Na suspeita de meningoencefalite viral pode ser solicitado PCR para herpes simples 1 e 2, CMV, EBV, adenovírus e enterovírus no LCR (encaminhar ao IAL) e sorologia sérica (herpes, EBV e CMV). Lembrar das arboviroses e HIV.
  - **Outros:** PCR para toxoplasmose no LCR, VDRL no LCR (sífilis)
- **SANGUE**, principalmente na presença de petéquias/sufusões hemorrágicas, casos graves e na impossibilidade de coleta de LCR: para hemocultura, separar soro para aglutinação de látex e PCR para meningites bacterianas:

### NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA NA SUSPEITA - Meningites de qualquer etiologia

- Preencher ficha de notificação;
- Preencher ficha de solicitação de Exames - anexo da ficha de notificação (PCR para meningites bacterianas do Líquor e/ou Soro)- deixar no laboratório;
- Preencher Ficha de Investigação Epidemiológica (Serviço de Saúde)

### NOTIFICAR a Vigilância Epidemiológica Municipal- DTECD

Tels-2472-5078/5077/5084. Email: notificagr@gmail.com

Feriados/Finais de Semana: Disk CVE: 0800555466

### QUIMIOPROFILAXIA PARA OS CONTATOS (em casos de doença meningocócica com ou sem meningite ou nos casos de meningite por *Haemophilus influenzae*)

#### QUANDO INDICAR

##### A. Apenas quando o caso índice está confirmado:

- a. Laboratorialmente: no mínimo, bacterioscopia positiva para Diplococos Gram Negativos (DGN= Cocos Gram Negativos aos Pares) sugestivo de meningite ou doença meningocócica por *Neisseria meningitidis* ou positiva para Bacilos Gram Negativos sugestivo de meningite por *Haemophilus influenzae* tipo b, podendo ter confirmação diagnóstica também pela Aglutinação pelo látex e/ou Contraímunoeletroforese e/ou Cultura do Líquor e/ou sangue OU
- b. Clinicamente: em caso suspeito de infecção por *Neisseria meningitidis* quadro purpúrico toxiinfecioso agudo (febre, petéquias e/ou sufusões hemorrágicas na pele e/ou mucosas e mal estar geral), com ou sem outros dados laboratoriais positivos, mesmo na ausência de alterações líquóricas OU
- c. Epidemiologicamente: contato direto e recente com outro caso confirmado laboratorialmente.

**B. Deverá ser feita dentro das primeiras 48 horas (no máximo 30 dias após o último contato com o doente).**

### QUIMIOPROFILAXIA PARA OS CONTATOS

#### PARA QUEM INDICAR

##### **Meningite por *H. influenzae* tipo b:**

- 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.
- Em creches e escolas maternas, está indicada quando dois ou mais casos de doença invasiva ocorrerem 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.
- Também é indicada para o doente em tratamento, caso não esteja recebendo cefalosporina de terceira geração.

*Contatos domiciliares são as pessoas que residem com o doente, ou aquelas que não residem na mesma casa, mas passaram quatro horas ou mais com o doente durante pelo menos cinco dos sete dias anteriores ao início dos sintomas.*

##### **Doença meningocócica por *Neisseria meningitidis*:**

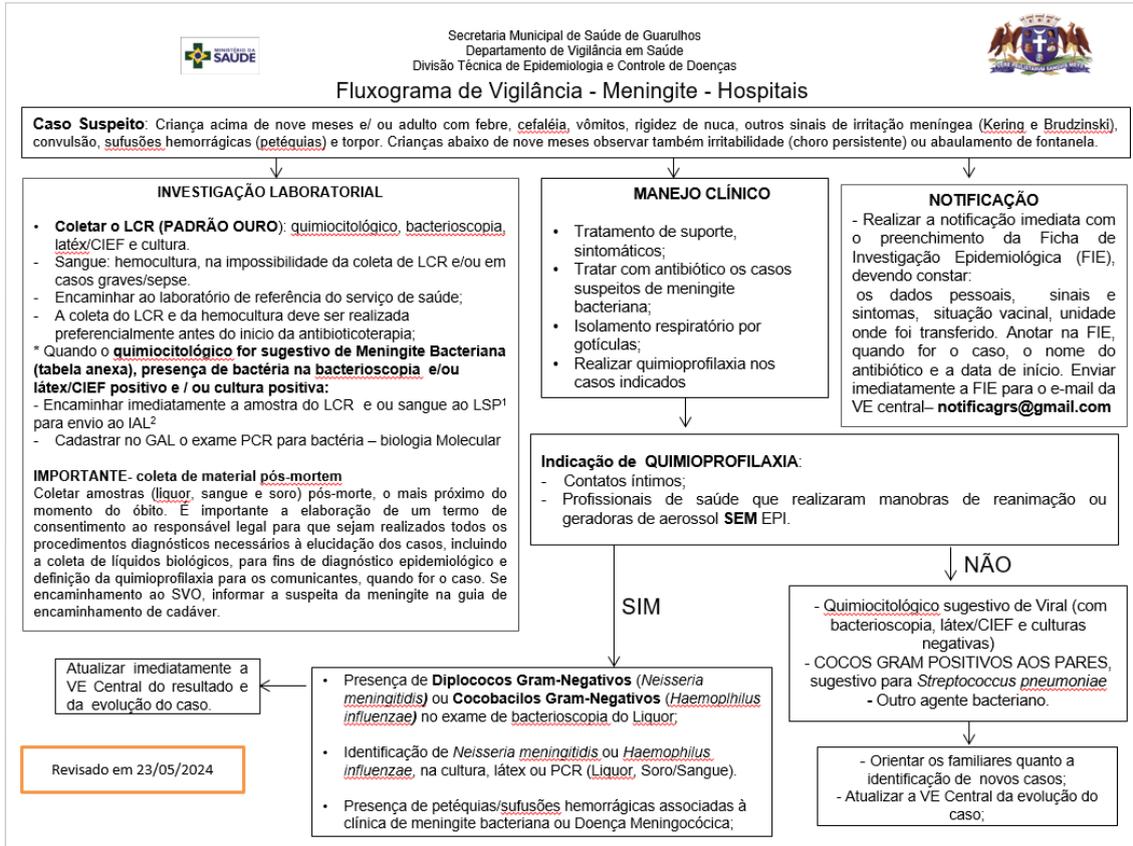
- Pessoas que moram no mesmo domicílio
- Para o paciente, antes da alta, quando não foi tratado com ceftriaxone
- Contatos de instituição fechada como: internato, orfanato, presídio, acampamento, alojamento conjunto, albergue, quartel e outros, considerar os contatos que compartilham o mesmo dormitório.
- Em pré-escola ou creche - crianças geralmente menores de 7 anos e os adultos desta instituição que tenham tido contato íntimo com o doente;
- Contatos de salas de aula que permaneceram, no mínimo, 4 horas diárias nos últimos 7 dias que antecederam a internação, atendimento e outros;
- Exposição direta às secreções do doente, por meio de beijos, compartilhar escovas de dente, utensílios para a alimentação (copos, colheres, garfos) nos 10 dias anteriores ao aparecimento da doença no caso índice;
- Os profissionais da saúde (outros que atendam o doente), reanimação boca-a-boca, exposição sem proteção durante a intubação endotraqueal e aspiração de secreções de vias aéreas nos 10 dias anteriores ao aparecimento da doença no paciente;
- Para as gestantes, a rifampicina, poderá ser utilizada em qualquer idade gestacional quando se encaixarem na definição de contatos próximos de caso de doença meningocócica;
- Em aviões: considerar os voos com mais de 8 horas de duração e os passageiros que estavam sentados próximos ao paciente (na frente, atrás e nos lados).

*Contatos próximos são os moradores do mesmo domicílio, indivíduos que compartilham o mesmo dormitório (em alojamentos, quartéis, entre outros), comunicantes de creches e escolas, e pessoas diretamente expostas às secreções do paciente.*

### QUIMIOPROFILAXIA PARA OS CONTATOS

TRATAMENTO INDICADO- O antibiótico de escolha para a quimioprofilaxia é a rifampicina, que deve ser administrada em dose adequada e simultaneamente a todos os contatos próximos.

AGENTE ETIOLÓGICO	Quimioprofilaxia <i>H. influenzae</i> tipo b			DURAÇÃO (DIAS)	DROGA	Quimioprofilaxia <i>Neisseria meningitidis</i>			DURAÇÃO
<i>H. influenzae</i>	Adultos	600 mg/dose	24 em 24	4	Rifampicina	<1 mês	5 mg/kg/dose	12 em 12 horas	2 dias
	≥1 mês até 10 anos	20 mg/kg/dose (dose máxima de 600 mg)	24 em 24	4		Crianças ≥1 mês e adultos	10 mg/kg/dose (máximo de 600 mg)	12 em 12 horas	
	<1 mês	10 mg/kg/dose (dose máxima de 600 mg)	24 em 24	4	Ceftriaxona	<12 anos	125 mg intramuscular	Dose única	
					Ciprofloxacino	≥12 anos	250 mg intramuscular	Dose única	
						>18 anos	500 mg uso oral	Dose única	



Secretaria Municipal de Saúde de Guarulhos  
Departamento de Vigilância em Saúde  
Divisão Técnica de Epidemiologia e Controle de Doenças

Fluxograma de Vigilância - Meningite - Hospitais

**ANEXO** Análise Quimiocitológica do Líquor

Condição	Leucócitos/μL	Proteína (mg/dL)	Glicose (mg/dL)
LCR Normal	> 1 ano = até 5 4-11m = até 10 RN-3m = até 25	15-50 RN até 150	45-100 2/3 da glicemia
Meningite bacteriana	> 200 (PMN > 25%)	Aumentada	Diminuída
Meningite viral	< 500 (LMN)	20-125 levemente aumentada	Normal
Meningite tuberculosa	25-500 (LMN)	Aumentada	Normal/Diminuída
Meningite fúngica	< 500 (LMN/EOS)	Aumento discreto	Normal/Diminuída

BACTERIOSCOPIA	
Bactéria	Tipo
<b>Streptococcus spp</b>	Cocos Gram positivos em cadeia
<b>Staphylococcus spp</b>	Cocos Gram positivos agrupados
<b>Listeria monocytogenes</b>	Bacilos Gram positivos
<b>Neisseria spp</b>	Diplococos Gram negativos
<b>Haemophilus spp</b>	Cocobacilos Gram negativos
<b>Enterobactérias (E.coli, Proteus, Klebsiella, p. ex.) não fermentadores e alguns anaeróbios.</b>	Bacilos Gram negativos

<sup>1</sup> LSP-Laboratório de Saúde Pública-Rua Iris, 300, Gopóiva, Segunda a Sexta-feira das 07:00hs às 17:00hs

<sup>2</sup> Instituto Adolfo Lutz

Fonte: Guia de Vigilância em Saúde, Min. Saúde, 5ª Edição: 2022 - DTECD 14/09/2023

www.portaepid.com