

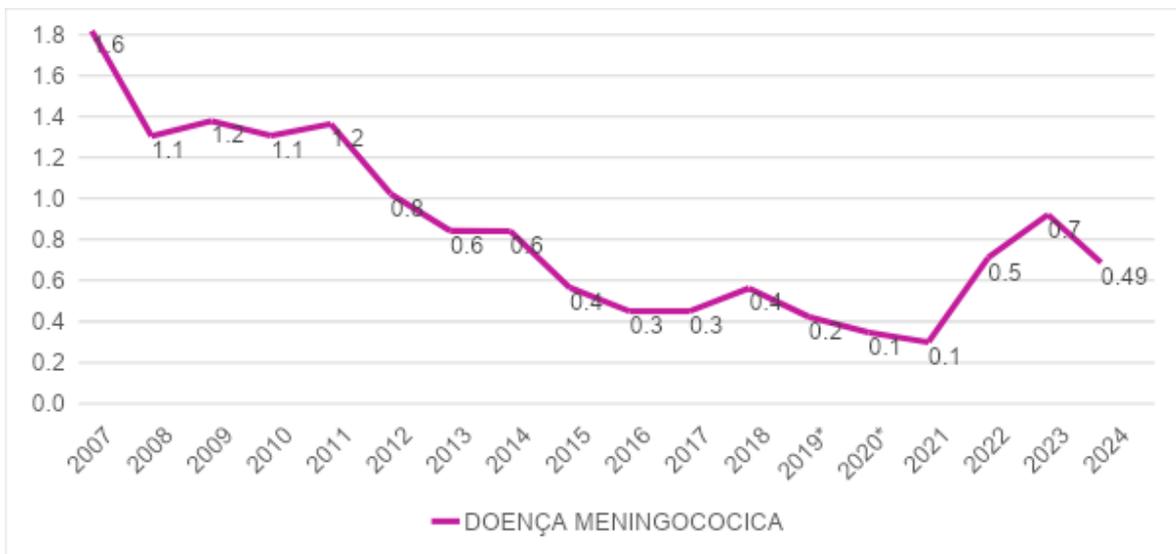
NOTA TÉCNICA Nº 045/2024-SESA/SSVS/GEVS/PEI

Vitória, 02 de outubro de 2024.

Assunto: Atualização das orientações sobre a Vigilância Epidemiológica das Meningites

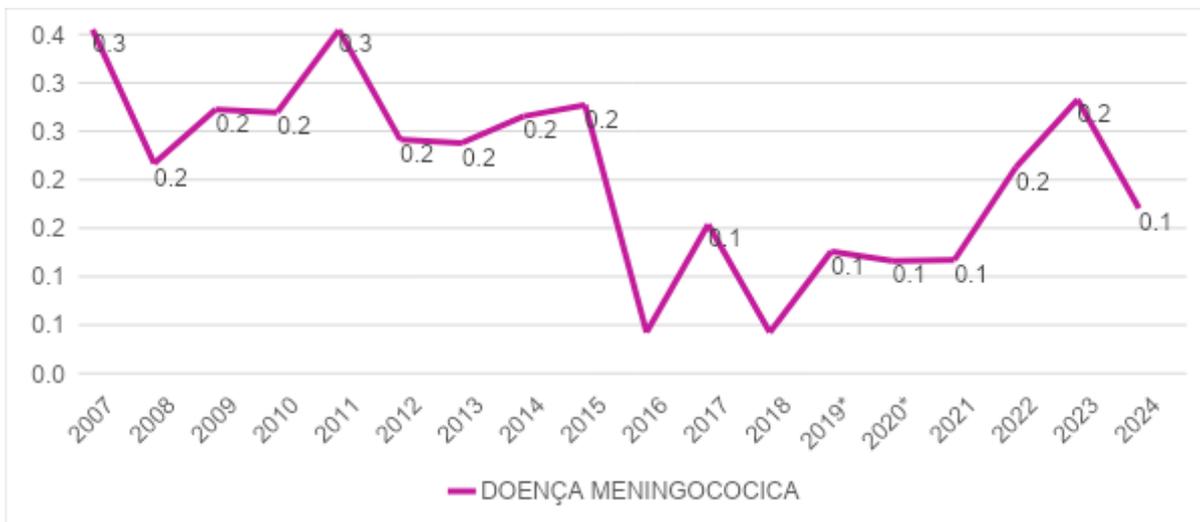
Considerando que com a incorporação da vacina meningocócica C (conjugada) no calendário básico da criança do Programa Nacional de Imunizações (PNI) em 2010 houve a redução da incidência, e conseqüentemente, do coeficiente de incidência da doença meningocócica (DM) no país, sobretudo no estado do Espírito Santo (figura 1) apesar da manutenção de altos coeficientes de mortalidade (figura 2).

Figura 1. Coeficiente de incidência de doença meningocócica (x 100.000 habitante) por ano. Espírito Santo 2007 a 2024 (até a semana epidemiológica 37).



Dados extraídos do SINAN e do esus – VS. 20 de Setembro de 2024. Observação dos dados do Brasil ilustrados na Nota Técnica Nº 97/2024-DPNI/SVSA/MS.

Figura 2. Coeficiente de mortalidade de doença meningocócica (x 100.000 habitante) por ano. Espírito Santo 2007 a 2024 (até a semana epidemiológica 37).



Dados extraídos do SINAN e do esus – VS. 20 de Setembro de 2024. Observação dos dados do Brasil ilustrados na Nota Técnica Nº 97/2024-DPNI/SVSA/MS.

Considerando que com a incorporação da vacina *Haemophilus influenzae do sorotipo B* (Hib) no PNI em 2012 tem-se observado aumento de doenças invasivas (meningite, sepse) por sorotipos não b no país. No estado do Espírito Santo os dados de sorotipos do *Haemophilus influenzae* ainda são escassos. Em 2023, dos 12 casos de meningite por *Haemophilus influenzae*, apenas 1 foi identificado, o sorotipo b. Em 2024, dos 4 casos de meningite por *Haemophilus* nenhum ainda não foi identificado o sorotipo.

Considerando a Nota Técnica Nº 97/2024-DPNI/SVSA/MS que traz novas orientações para o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica das Meningites e a revisão da definição de contato próximo para medidas de quimioprofilaxia, de surto de DM e das orientações para quimioprofilaxia para os casos de DM e doença invasiva por Hib, que constam no Guia de Vigilância em Saúde (GVS), do Ministério da Saúde do Brasil.

O Programa Estadual de Imunizações e Vigilância das Doenças Imunopreveníveis, através desta Nota Técnica, atualiza a definição de contato próximo para medidas de quimioprofilaxia, de surto de DM e das orientações para quimioprofilaxia para os casos de DM e doença invasiva por Hib frente a mudança do cenário epidemiológico das meningites e das doenças invasivas no país incluindo o estado do Espírito Santo.



1. NOVAS DEFINIÇÕES

1.1 DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO DE MENINGITE:

Indivíduo com febre acompanhada de um ou mais dos seguintes sintomas: rigidez de nuca, confusão ou alteração mental, cefaleia intensa, vômitos, outros sinais de irritação meníngea (Kernig e Brudzinski), convulsão, sufusões hemorrágicas/petéquias e torpor. Bebês podem não apresentar sinais clássicos, devendo ser observado também irritabilidade, choro persistente, sonolência e abaulamento de fontanela.

1.2 - DEFINIÇÃO DE CONTATO PRÓXIMO

Indivíduo que teve contato direto e prolongado com o caso suspeito ou confirmado de DM e doença invasiva por Hib, com exposição direta às gotículas de secreções respiratórias 10 dias antes do início dos sintomas até 24 horas após início do tratamento com cefalosporina de terceira geração (ceftriaxona ou cefotaxima) ou uso de rifampicina do caso.

1.2. Principais situações em que pode ocorrer exposição direta às gotículas de secreções respiratórias entre o caso suspeito ou confirmado e o contato:

- a) Compartilhamento de ambiente doméstico (mesmo domicílio ou dormitório)
- b) Exposição direta às secreções nasofaríngeas. Exemplo: beijo com troca salivar
- c) Exposição próxima e contínua de pelo menos 4 horas e até 1 metro de distância, em ambiente fechado. Exemplo: passageiro sentado ao lado em viagem de longo percurso; encontros, reuniões e atividades em ambientes fechados
- d) Exposição próxima por pelo menos cinco dias. Exemplo: creche e instituição de ensino infantil (menores de cinco anos) e demais instituições, em dias contínuos ou não
- e) Exposição direta às gotículas de secreções respiratórias de maneira prolongada (mais de 15 minutos e até 1 metro de distância) durante a manifestação dos sinais e sintomas do caso suspeito ou confirmado. Exemplo: tosse, espirros, conversa contínua, procedimentos geradores de gotícula e aerossóis sem uso de EPI.

1.3 - DEFINIÇÃO DE SURTO DE DOENÇA MENINGOCÓCICA

1.3. Surto Comunitário de DM:

Ocorrência de pelo menos três casos primários (sem vínculo entre si), do mesmo sorogrupo, confirmados por exame laboratorial específico (cultura ou PCR), no período inferior ou igual a três meses em uma mesma localidade geográfica (distrito, bairro, cidade).

Para caracterização do surto, a incidência atual deve estar superior à incidência média esperada, levando em consideração a ocorrência dos casos e a população sob risco, nos últimos cinco anos, em conformidade com a avaliação do diagrama de controle*.

Se a incidência na comunidade tem sido historicamente muito baixa, para melhor avaliação, as comparações poderão ser com a incidência anual da região ou com os dados de nível estadual. Também poderá ser avaliado se o número de casos de uma semana para a outra duplica.

*Desconsiderar os anos situações atípicas da análise ou em caso de identificação de um novo sorogrupo circulante.

1.3.2 Surto Institucional de DM:

Ocorrência de pelo menos dois casos primários (sem vínculo entre si), do mesmo sorogrupo, confirmados por exame laboratorial específico (cultura ou PCR), no período inferior ou igual a três meses, entre indivíduos que frequentam a mesma instituição. (Exemplos: universidades, escolas, creches, indústrias, instituições de longa permanência ou instalações correccionais).

O encerramento do cenário de surto da doença meningocócica deverá ser realizado em discussão conjunta nos três níveis de gestão envolvidos (vigilâncias epidemiológica e laboratorial da meningite municipais, estadual e do Ministério da Saúde), quando houver um regresso sustentado, de pelo menos três meses, para o canal endêmico da doença no território avaliado.

- 1- Desconsiderando os anos em situações atípicas (ex. ano epidêmico) da análise.
- 2 - Em caso de identificação de um novo sorogrupo circulante, a definição de surto pode não atender ao critério de incidência citado.
- 3 - Se a ocorrência da doença está concentrada em uma determinada faixa etária, a avaliação deverá levar em conta essa população.

2- NOVAS ORIENTAÇÕES PARA QUIMIOPROFILAXIA

O principal objetivo da quimioprofilaxia é interromper a cadeia de transmissão do meningococo e do *Haemophilus influenzae b* (Hib), por meio do uso de antibiótico para descolonização de nasofaringe de um contactante do caso suspeito ou confirmado, pois existe uma possibilidade de que ele seja o

portador da bactéria. Conseqüentemente, 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.

A quimioprofilaxia deverá ser realizada o mais rápido possível, nos contatos próximos do caso suspeito ou confirmado de doença meningocócica ou doença invasiva por Hib, idealmente nas primeiras 24h após início dos sintomas. No entanto, para aqueles casos em que não for possível a execução neste prazo, excepcionalmente, poderá ser realizada em até 30 dias, especialmente quando se tratar de populações mais vulneráveis.

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.

2.1 - 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).

Alternativamente, outros antibióticos como a ceftriaxona, o ciprofloxacino e a azitromicina podem ser utilizados para a quimioprofilaxia.

A recomendação para uso preferencial e restrito da rifampicina visa evitar a seleção de isolados bacterianos resistentes.

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, podendo ser utilizado alternativamente o ciprofloxacino ou a azitromicina. A relação risco/benefício do uso de antibióticos pela gestante deverá ser avaliada pelo médico assistente.

Para lactantes, a 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.

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.

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 os aparecimentos de sinais e sintomas suspeitos, contados da data da exposição com o caso até 10 dias posteriores (período máximo de incubação).

2.2 QUIMIOPROFILAXIA PARA DOENÇA MENINGOCÓCICA (DM)

Deverão receber quimioprofilaxia:

- a) O paciente: somente se o tratamento da doença não estiver sendo realizado com cefalosporina de terceira geração (ceftriaxona ou cefotaxima).
- b) Contato próximo (vide definição) do caso suspeito ou confirmado de DM
- c) Profissionais de saúde: SOMENTE aqueles que realizaram procedimentos invasivos, potencialmente geradores de aerossóis (ex. intubação orotraqueal, passagem de cateter nasogástrico, aspiração de vias aéreas, respiração boca a boca), sem utilização de equipamento de proteção individual (EPI) adequado, antes de completar 24h de tratamento do paciente (com cefalosporina de terceira geração).

3 QUIMIOPROFILAXIA PARA DOENÇA INVASIVA POR Haemophilus influenzae tipo b

Deverão receber a quimioprofilaxia:

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

- Indivíduo imunocomprometido ou bebê menor de dois anos de idade, independentemente da situação vacinal
- Criança menor de quatro anos não vacinada ou sem esquema completo de vacinação

Observação: nessa situação (item c), não é necessária a quimioprofilaxia da criança ou do indivíduo imunocomprometido, por não ser contato direto do caso-índice.

d) Em crianças menores de 4 anos que frequentam creche ou ensino infantil:

- Para os cuidadores e comunicantes da sala, quando o contato com caso-índice se deu por pelo menos 5 dos 10 dias que antecederam o início dos sintomas (caracterização de contato próximo com o caso) OU durante a manifestação dos sintomas, se houver: menor de dois anos não vacinado ou sem esquema completo de vacinação Imunocomprometido, independentemente da situação vacinal
- Para os cuidadores e comunicantes da sala, independentemente da idade ou da situação vacinal, quando dois ou mais casos de doença invasiva ocorre em um intervalo de até 60 dias.

3 - 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 VACINA PENTA OU HEXA ACELULAR

Crianças que tiveram doença invasiva por Hib 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:

3.1 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).

3.2 Crianças de seis meses de vida à menores de dois anos (6 meses < 2 anos), com esquema vacinal COMPLETO contra *Haemophilus influenzae tipo b*: recomenda-se a administração de uma NOVA DOSE DA VACINA com o componente *Haemophilus influenzae tipo b* respeitando o intervalo mínimo de 60 dias após a última dose administrada de vacinas contendo o componente

Haemophilus influenzae b (vacina penta – rotina , hexa – acelular – CRIE, Hib – CRIE).

A vacinação deve ser iniciada 30 dias após o início da doença invasiva ou a mais breve possível passado este período.

Crianças que tiveram a doença invasiva por Hib após 2 anos de idade e possuem o esquema vacinal completo contra a doença, geralmente desenvolvem uma resposta imune protetora e não requerem, portanto, administração de doses adicionais da vacina *Haemophilus influenzae b*.

– REGISTRO DAS DOSES ADMINISTRADAS DA VACINA

O registro de vacinação deverá ser nominal no **Sistema Vacina e Confia (VeC)**, com a apresentação do Cartão Nacional de Saúde (CNS) ou do Cadastro de Pessoa Física (CPF) do cidadão, conforme quadro abaixo:

Quadro 1: Forma de registro no Sistema Vacina e Confia.

Crianças <2 anos que já tiveram doença invasiva por Hib				
Esquema/ Faixa Etária	Estratégia	Vacina	Grupo de Atendimento	Dose
< 2 anos - Não vacinadas ou esquema incompleto	Rotina	DTP/HB/HIB - PENTA	Outros - População Geral	1º Dose (D1)
	Especial	Hexa Acelular		2º Dose (D2)
				3º Dose (D3)
< 2 anos - Com esquema completo	Rotina	DTP/HB/HIB - PENTA	Outros - População Geral	DOSE
	Especial	Hexa Acelular		DOSE
		Hib Conjugada		DOSE

O PEI reforça a importância do registro das doses aplicadas em tempo real, entretanto **para as ações extramuros**, essas doses deverão ser digitadas em **até 48 horas** conforme orientação do Ministério da Saúde.

É importante ressaltar que a qualidade e a fidedignidade de um indicador estão diretamente relacionadas com a qualidade dos dados coletados.

5. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente Departamento do Programa Nacional de Imunizações. **NOTA TÉCNICA Nº 97/2024-DPNI/SVSA/MS. Novas orientações para o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica das Meningites**. Brasília, 2024.

DANIELLE GRILLO PACHECO LYRA
Coordenadora do Programa Estadual de Imunizações e Vigilância das Doenças
Imunopreveníveis

JULIANO MOSA MAÇÃO
Gerente de Vigilância em Saúde

ORLEI AMARAL CARDOSO
Subsecretário de Vigilância em Saúde

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

ORLEI AMARAL CARDOSO
SUBSECRETARIO ESTADO
SSVS - SESA - GOVES
assinado em 03/10/2024 14:57:21 -03:00

DANIELLE GRILLO PACHECO LYRA
SUPERVISORA
ICEPI - SESA - GOVES
assinado em 02/10/2024 17:51:54 -03:00

JULIANO MOSA MAÇÃO
GERENTE QCE-03
GEVS - SESA - GOVES
assinado em 03/10/2024 13:03:19 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 03/10/2024 14:57:21 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por MARIANA RIBEIRO MACEDO (MEDICO - NEVE - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2024-XR28W8>