

**+ DEFINIÇÃO DE CASO**

**Suspeito:** 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 vermelhas no corpo.

Em crianças abaixo de 1 ano de idade, os sintomas clássicos acima referidos podem não ser tão evidentes.

**Confirmado:** todo paciente que cumpra os critério de caso suspeito e cuja o diagnóstico seja confirmado por exames laboratoriais específicos: cultura e/ou PCR e/ou latex.

**Ou** todo paciente que cumpra os critério de caso suspeito que apresente história de vínculo epidemiológico com caso confirmado laboratorialmente para *N. meningitidis* por um dos exames laboratoriais específicos, mas que não tenha realizado nenhum deles.

**Ou** todo paciente que cumpra os critério de caso suspeito com bacterioscopia com presença de diplococo gram-negativo.

**Ou** todo paciente que cumpra os critério de caso suspeito com clínica sugestiva de doença meningocócica com presença de petéquias (meningococcemia).

**1. CONTEXTUALIZAÇÃO**

A meningite pode ser causada por diversos agentes infecciosos, como bactérias, vírus, fungos, dentre outros, e agentes não infecciosos (ex.: traumatismo crânio encefálico). As meningites de origem infecciosa, principalmente as causadas por bactérias e vírus, são as mais comuns, e se não forem diagnosticadas e tratadas precocemente, podem levar à morte ou causar sequelas graves.

A meningite é considerada uma doença endêmica em todo país e diante disto é esperada a ocorrência de casos durante todo ano. Por colocar a vida de uma pessoa em risco, a meningite é classificada como uma emergência médica.

As bactérias são os agentes etiológicos mais importantes na meningite. Diversas espécies bacterianas têm capacidade de invadir a barreira hematoencefálica, sendo as de maior relevância para a saúde pública:

- *Neisseria meningitidis*: também conhecido como meningococo, esse coco Gram-negativo causa meningites em todas as idades. É conhecido pelo potencial de ocasionar surtos. Existem várias cepas imunológicas distintas do meningococo, porém os grupos A, B, C, Y, W e X são os principais responsáveis pela ocorrência da doença invasiva e, portanto, de epidemias.
- *Haemophilus influenzae*: um bacilo Gram-negativo responsável pela maioria das meningites em lactentes com 1 mês a dois anos de idade. Era o maior causador da meningite antes da instalação de programas de vacinação, que foram muito eficientes em reduzir esses casos.
- *Streptococcus pneumoniae*: um coco Gram-positivo, com diversos sorotipos, alguns podem causar pneumonias e outros meningite, em pacientes de todas as idades, principalmente crianças, idosos e imunodeprimidos.

Os vírus que podem causar meningite incluem enterovírus, vírus do herpes simplex tipo 2 (menos comumente tipo 1), vírus varicela zoster (conhecido por causar a varicela e herpes zoster), vírus da caxumba, HIV, citomegalovírus, entre outros.

Uma causa parasitária de meningite geralmente é presumida quando há predomínio de eosinófilos no líquido e ocorre em indivíduos imunossuprimidos. Os parasitas implicados mais comumente são *Angiostrongylus cantonensis* e *Gnathostoma spinigerum*.

Tuberculose, sífilis, criptococose e coccidioidomicose também podem ser causas de meningite, embora mais raras.



## MODO DE TRANSMISSÃO

Contato direto pessoa a pessoa, por meio de secreções respiratórias de pessoas infectadas, assintomáticas ou doentes, pelo nariz e garganta ao falar, tossi ou espirrar. A transmissão por fômites não é importante.



## PERÍODO DE INCUBAÇÃO E DE TRANSMISSIBILIDADE

A incubação se dá, em média, de 3 a 4 dias, podendo variar de 2 a 10 dias e a transmissão persiste até que o meningococo desapareça da nasofaringe. Em geral, a bactéria é eliminada da nasofaringe após 24 horas de antibioticoterapia adequada.



## OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

- Monitorar a situação epidemiológica das meningites;
- Orientar as medidas de prevenção e controle disponíveis e avaliar a efetividade do uso dessas tecnologias;
- Produzir e disseminar informações epidemiológicas;
- Detectar surtos de doença meningocócica e de meningite viral;
- Monitorar a prevalência dos sorogrupos e sorotipos de *N. meningitidis*, dos sorotipos de *H. influenzae* e *S. pneumoniae* circulantes.

## 2. SINAIS E SINTOMAS

### Crianças acima de 1 ano de idade e adultos

- Febre (geralmente alta);
- Dor de cabeça (geralmente intensa e contínua);
- Vômitos e náuseas;
- Dor e rigidez na nuca;
- Sonolência;
- Convulsões;
- Manchas vermelhas na pele;
- Prostração;
- Confusão mental.

### Crianças menores de 1 ano de idade

- Presença de fontanela (moleira) tensa ou elevada;
- Baixa atividade (criança largada);
- Sonolência ou irritabilidade excessiva;
- Inquietação com choro agudo e persistente;
- Recusa alimentar;
- Rigidez corporal com ou sem convulsões;
- Palidez;
- Vômito, diarreia.

## 3. MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE

As medidas tem como objetivos prevenir casos secundários entre os **CONTATOS PRÓXIMOS** de um caso suspeito de doença meningocócica e prevenir casos em crianças e adolescentes.

### 3.1 PREVENÇÃO

Existem vacinas para prevenir alguns tipos de meningite, dentre estas, estão disponíveis no calendário básico de vacinação da criança e distribuídas em todos os postos de saúde:

**BCG** (prevenção de meningite tuberculosa);

**Hib** (um dos componentes da pentavalente, age contra a meningite e outras infecções causadas por *Haemophilus influenzae* b);

**Pneumocócica 10-valente** (contra meningite pneumocócica e outras infecções por pneumococo);

**Meningocócica C conjugada** (contra meningite e doença invasiva por *Neisseria meningitidis* C).



## TRATAMENTO DAS MENINGITES BACTERIANAS

A antibioticoterapia deve ser instituída o mais precocemente possível, de preferência, logo após a punção lombar e a coleta de sangue para hemocultura. O uso de antibiótico deve ser associado a outros tipos de tratamento de suporte, como reposição de líquidos e cuidadosa assistência.



## TRATAMENTO DAS MENINGITES VIRAIS

O tratamento antiviral específico não tem sido amplamente utilizado. Em geral, utiliza-se o tratamento de suporte, com avaliação criteriosa e acompanhamento clínico. Tratamentos específicos somente estão preconizados para a meningite herpética (HSV 1 e 2 e VZV) com aciclovir endovenoso. Na caxumba, a gamaglobulina específica hiperimune pode diminuir a incidência de orquite, porém não melhora a síndrome neurológica.



Obs: O contato do plantão CIEVS está direcionado aos profissionais de saúde.

## 3.2. INDICAÇÃO DE QUIMIOPROFILAXIA

A quimioprofilaxia somente está indicada para **contatos próximos** de casos suspeitos de doença meningocócica (*Neisseria meningitidis*) e meningite por *Haemophilus influenzae*.

Os casos secundários são raros, e geralmente ocorrem nas primeiras 48 horas a partir do primeiro caso. Ressalta-se que a quimioprofilaxia dos contatos de casos de meningite por *H. influenzae* somente está indicada se no domicílio houver criança menor de 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 ocorrem em um intervalo de 60 dias. Nessa situação a quimioprofilaxia deve ser prescrita para todas as crianças, independentemente da idade ou status vacinal e para os cuidadores.

### Quadro 1 - Esquema quimioprofilático indicado para Doença Meningocócica

Droga	Idade	Dose	Intervalo	Duração
Rifampicina	<1 mês	5mg/kg/dose	12/12 horas	2 dias
	Crianças ≥1 mês e adultos	10mg/kg/dose (máximo de 600mg)	12/12 horas	
Ceftriaxona	<12 anos	125mg; intramuscular	Dose única	
	≥12 anos	250mg; intramuscular		
Ciprofloxacino	>18 anos	500mg; uso oral	Dose única	

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde - Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

### Quadro 2 - Esquema quimioprofilático indicado para *H. Influenzae*

Agente etiológico	Faixa etária	Dose	Intervalo (horas)	Duração (dias)
<i>H. influenzae</i>	Adultos	600mg/dose	24 em 24	4
	>1 mês até 10 anos	20mg/kg/dose (dose máxima de 600mg)	24 em 24	4
	<1 mês	10mg/kg/dose (dose máxima de 600mg)	24 em 24	4

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde - Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

**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.**



## NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

A meningite faz parte da Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória Imediata, de acordo com a Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. É de responsabilidade de todo serviço de saúde notificar todo caso suspeito às autoridades sanitárias competentes, que deverão providenciar, de forma imediata, a investigação epidemiológica e avaliar a necessidade de adoção das medidas de controle pertinentes. A notificação deve ser registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), por meio de preenchimento da Ficha de Investigação de Meningite.

A investigação deve ser realizada para obtenção de informações quanto à caracterização clínica do caso (incluindo a análise dos exames laboratoriais) e as possíveis fontes de transmissão da doença. A Ficha de Investigação de Meningite é o instrumento utilizado para a investigação. Todos os seus campos devem ser criteriosamente preenchidos, mesmo se a informação for negativa. Outras informações podem ser incluídas, conforme a necessidade.

### EQUIPE DE ELABORAÇÃO E REVISÃO

Aline Albuquerque  
Josafá Cavalcante Filho  
Daniele Rocha Queiroz Lemos  
Sarah Mendes D'Angelo

**Todos os contatos próximos de um caso de doença meningocócica, independentemente do estado vacinal, deverão receber a quimioprofilaxia. As crianças menores de 1 ano que não são vacinadas devem receber a quimioprofilaxia e atualizar o cartão vacinal.**

## 4. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

O diagnóstico laboratorial dos casos suspeitos de meningite é de extrema importância para a Vigilância Epidemiológica, tanto na situação endêmica da doença, quanto em situações de surto, para confirmação do agente etiológico.

Os materiais coletados deverão, inicialmente, ser processados no laboratório local, para orientação da conduta médica e posteriormente enviado ao LACEN/CE. Os principais exames de rotina laboratorial para estabelecimento diagnóstico dos casos suspeitos de meningites bacterianas são:

- Exame quimiocitológico do líquido;
- Bateriaoscopia;
- Cultura de líquido e hemocultura;
- Aglutinação pelo látex do líquido e soro;
- Reação de cadeia de polimerase em tempo real (PCR TR) do líquido e soro.

Nem sempre é possível aguardar os resultados laboratoriais para instituir as medidas de prevenção e controle cabíveis. Porém, o resultado é imprescindível para confirmação do caso, direcionamento das intervenções e orientação quanto ao encerramento das investigações.

Também é de extrema importância que as coletas (soro e líquido) sejam realizadas antes do início do tratamento com antibiótico, não sendo possível, deverá ser realizado o mais próximo do começo do tratamento.

## 5. RECOMENDAÇÕES PARA BLOQUEIO VACINAL

A vacinação de bloqueio somente está indicada nas situações em que haja a caracterização de um surto de doença meningocócica, onde o sorogrupo responsável pelo surto seja identificado laboratorialmente (cultura/PCR) e haja vacina eficaz disponível para o determinado sorogrupo.

Após a identificação do sorogrupo e na existência da vacina específica, somente será realizado o bloqueio vacinal a partir da decisão conjunta das três esferas de gestão. São necessários de 7 a 10 dias para obtenção de títulos protetores de anticorpos.

**Ficha de notificação e investigação disponível em:**

[http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Meningite/Meningite\\_v5.pdf](http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Meningite/Meningite_v5.pdf)

