

# PROTOCOLO

HC-UFTM/HU BRASIL

## Quimioprofilaxia para Profissionais de Saúde Contactantes de Casos de Meningites Bacterianas

Versão: 3 | 2026

**SUPERINTENDENTE**

LUCIANA DE ALMEIDA SILVA TEIXEIRA

**CHEFE DO SETOR DE GESTÃO DA QUALIDADE**

LUCIANA PAIVA ROMUALDO

**CHEFE DA UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

CRISTINA DA CUNHA HUEB BARATA DE OLIVEIRA

**ELABORAÇÃO DA VERSÃO ATUAL**

Cristina da Cunha Hueb Barata de Oliveira, Unidade de Vigilância em Saúde  
Rodrigo Juliano Molina, Unidade de Vigilância em Saúde

**ANÁLISE**

Cristina da Cunha Hueb Barata de Oliveira, Unidade de Vigilância em Saúde

**REGISTRO, VALIDAÇÃO DE FORMA E REVISÃO**

Ana Paula Corrêa Gomes, Comissão de Gestão da Qualidade Documental

**APROVAÇÃO**

Luciana Paiva Romualdo, Setor de Gestão da Qualidade

Data da emissão: 30/6/2026

Vigência: dois anos

Código do documento: PRT.HC-UFTM-UVS.012

ISBN:

*Cópia eletrônica não controlada. Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. O uso deste documento em meio físico ou fora da vigência pode disseminar informação e/ou procedimento desatualizados ® 2026, HU Brasil. Todos os direitos reservados*  
[www.gov.br/hubrasil](http://www.gov.br/hubrasil)



Hospital de Clínicas



## 1. INTRODUÇÃO

A quimioprofilaxia, embora não assegure efeito protetor absoluto e prolongado, tem sido adotada como medida eficaz na prevenção de casos secundários. Os casos secundários são raros e, geralmente, ocorrem nas primeiras 48 horas a partir do primeiro caso. O risco de doença 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.

Está indicada para os **contatos próximos de casos suspeitos de doença meningocócica e meningites causadas por *Haemophilus influenzae* (Hib)** (American Academy of Pediatrics, 2018).

## 2. DEFINIÇÃO DE CONTATO PRÓXIMO

Indivíduo que teve contato direto e prolongado com o caso suspeito ou confirmado de doença meningocócica ou doença invasiva por Hib, 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.

Principais situações em que pode ocorrer exposição direta às gotículas de secreções respiratórias entre o caso suspeito ou confirmado e o contato, considerando o momento retrospectivo ou prospectivo:

- a) Compartilhamento de ambiente doméstico. Exemplo: mesmo domicílio ou dormitório;
- b) Exposição direta às secreções nasofaríngeas. Exemplo: beijo ou compartilhamento de objetos que viabilizem 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; salas de aulas em escolas, creches, entre outros;
- d) Exposição próxima por pelo menos cinco dias (em dias contínuos ou não). Exemplo: turma de creche e instituição de ensino infantil (menores de cinco anos); ambientes de trabalho;
- e) **Exposição direta às gotículas de secreções respiratórias na realização de procedimentos invasivos, potencialmente geradores de aerossóis. Exemplo: 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).**

É pouco provável que o contato transitório (fora dos períodos especificados acima) com o caso-índice seja um fator de risco significativo para a transmissão, de modo que o indivíduo com mera proximidade com esse caso não deve ser considerado como contato próximo e prolongado (NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 154/2024-DPNI/SVSA/MS).

## 3. 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. Consequentemente, previne 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 breve 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.

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 Hib (DIHib), há relatos na literatura de casos secundários que ocorreram mais tardiamente. Assim, para estes casos (contato com caso de DIHib) a quimioprofilaxia poderá ser realizada em até 30 dias após exposição ao caso-índice.

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.

A quimioprofilaxia também está indicada para o paciente no momento da alta ou na internação no mesmo esquema preconizado para os contatos próximos, exceto se o tratamento da doença foi realizado com ceftriaxona.

#### 4. MEDICAMENTOS PARA QUIMIOPROFILAXIA

O antibiótico de escolha para a quimioprofilaxia é a rifampicina, que deve ser administrada em dose adequada e simultaneamente a todos os contatos próximos, preferencialmente até 48 horas da exposição à fonte de infecção (doente), considerando o prazo de transmissibilidade e o período de incubação da doença. Admite-se um prazo máximo de 7 dias para início da quimioprofilaxia.

Alternativamente, outros antibióticos podem ser utilizados para a quimioprofilaxia. A recomendação para uso preferencial e/ou restrito da rifampicina, além do tratamento da tuberculose no País, visa evitar a seleção de cepas resistentes de meningococos.

Alternativamente, outros antibióticos como a ceftriaxona e o ciprofloxacino podem ser utilizados em dose única para a quimioprofilaxia, quando há 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 azitromicina (em dose única de 500mg) é uma alternativa indicada em situações que houver resistência microbiana ao ciprofloxacino ou na ausência das demais opções.

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. Alternativas e a relação risco/benefício do uso do antibiótico pela gestante deverá ser avaliada pelo médico assistente.

Para lactantes, a Organização Mundial de 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. Alternativas e a relação risco/benefício do uso do antibiótico pela lactante deverá ser avaliada pelo médico assistente.

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

## 5. MENINGITE / DOENÇA MENINGOCÓCICA

- Indicação de quimioprofilaxia:
    - Aos profissionais que atenderem pacientes com suspeita de doença meningocócica com menos de 24 horas de antibioticoterapia efetiva para a infecção;
    - E que não utilizaram máscara cirúrgica;
    - E que realizaram procedimentos de assistência ventilatória (exemplo: intubação traqueal, aspiração de secreções respiratórias).
  - Não há indicação de quimioprofilaxia aos profissionais que somente entraram no quarto de atendimento ou verificaram sinais vitais, como pulso e temperatura ou puncionaram acesso periférico.
  - Optar sempre pela droga de primeira escolha. As drogas de segunda linha somente serão indicadas na indisponibilidade ou na contraindicação clínica do uso da Rifampicina.
  - Esquema de profilaxia recomendada (figura 1).
- Observação: a droga de primeira escolha deve ser a Rifampicina.

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

Figura 1 – Quadro com esquema de profilaxia recomendado. Fonte: Nota Técnica nº 97/2024-DPNI/SVSA/MS

## 6. MENINGITE POR HAEMOPHYLUS INFLUENZAE tipo b

Casos secundários de meningite por *H. influenzae 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 (BRIERE et al., 2014; LADHANI et al., 2009).

### 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** 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.

d) **Indivíduos em creche ou ensino infantil:**

I - **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.

II - **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 Hib ocorrido em um intervalo de até 60 dias, independentemente da idade ou da situação vacinal.

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 Hib pode demorar, recomenda-se a realização da quimioprofilaxia de contatos, nas condições supracitadas, mediante a confirmação inicial da doença invasiva por Hib.

Optar sempre pela droga de primeira escolha. As drogas de segunda linha somente serão indicadas na indisponibilidade ou na contraindicação clínica do uso da Rifampicina.

➤ A única droga liberada para quimioprofilaxia é a **RIFAMPICINA**, conforme figura 2, a seguir.

| 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<br>(dose máxima de 600mg) | 24 em 24          | 4              |
|                      | < 1 mês             | 10mg/kg/dose<br>(dose máxima de 600mg) | 24 em 24          | 4              |

Figura 2 – Quadro com esquema de profilaxia recomendado. (Nota Técnica nº 97/2024-DPNI/SVSA/MS)

## 7. NOTIFICAÇÃO E DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

- O médico deverá confrontar as informações, avaliando corretamente a indicação de quimioprofilaxia, ficando proibida a autoprescrição.
- Os casos deverão ser informados ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NUVE) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), ramal 5865, e Medicina do Trabalho, mediante envio dos documentos listados abaixo:
  - ✓ Receita médica do contato de caso suspeito/confirmado de meningite, assinada e datada com o número do Conselho Regional de Medicina (CRM) legível, conforme preconizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, em resolução nº 20, de 5 de maio de 2011;
  - ✓ Ficha de Notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), devidamente preenchida e legível, referente ao caso suspeito/confirmado do contato.
- O médico prescritor deve encaminhar ao NUVE todos os documentos mencionados acima.
- O NUVE do HC-UFTM de posse desses documentos, encaminhará para a Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG) e-mail com a Notificação SINAN e Receita Médica para início das investigações epidemiológicas e autorização de fornecimento da medicação. O NUVE encaminhará cópia do citado e-mail à Farmácia e a Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho do HC-UFTM para ciência.

## 8. FLUXO PARA LIBERAÇÃO DOS ANTIMICROBIANOS

- A Rifampicina 300mg cápsula é adquirida pelo Ministério da Saúde (MS) e distribuída aos Estados e Municípios por meio do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica.
- Uma vez autorizado o tratamento pela Vigilância Epidemiológica e Assistência Farmacêutica da SES/MG, a Farmácia do HC-UFTM providenciará a retirada da medicação na Secretaria de Saúde do Estado.
- De posse da medicação, o Setor de Farmácia Hospitalar (SFH) dispensará o medicamento mediante apresentação de prescrição médica informatizada do contato de caso suspeito/confirmado de meningite.
- Os trabalhadores (HUBrasil e UFTM), que desempenham funções no HC-UFTM, deverão entregar à Farmácia a Ficha de Solicitação de Quimioprofilaxia, conforme descrito nas Considerações Gerais deste Protocolo.

## 9. CONSIDERAÇÕES GERAIS

O profissional da saúde deverá preencher a ficha de Solicitação de Quimioprofilaxia, anexo a este protocolo, justificando o não uso de EPI e dar ciência à sua chefia imediata que deverá assinar em conjunto. Há necessidade de abertura de atendimento no Pronto Socorro para que o médico staff de plantão da Clínica Médica faça o atendimento e a prescrição médica. O profissional por não ter utilizado EPI deverá passar por capacitação a qual deverá ser registrada.

## 10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 154/2024-DPNI/SVSA/MS.

Nota Técnica nº 97/2024-DPNI/SVSA/MS Ministério da Saúde.

Guia de Vigilância em Saúde, 5ª edição – 2021.

Ministério da Saúde. Doenças Infecciosas e Parasitárias, Guia de bolso – 2021.

Governo do Estado de Minas Gerais, Vigilância Epidemiológica das Meningites. Protocolo Estadual, Volume 1, 6ª edição – 2022.

Governo do Estado de Minas Gerais, Secretaria do Estado de Saúde, Diretoria de Medicamentos Estratégicos. Nota Técnica nº6/SES/SUBPAS-SAF-DMEST/2019.



## 11. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

| VERSÃO | DATA      | DESCRIÇÃO DA AÇÃO/ALTERAÇÃO                       |
|--------|-----------|---------------------------------------------------|
| 1      | 12/9/2022 | Elaboração da 1ª versão do documento              |
| 2      | 30/8/2024 | Revisão do Protocolo (PRT)                        |
| 3      | 30/6/2026 | Atualização de conteúdo e inserção em novo modelo |

## 12. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

### Elaboração da versão atual (versão 3) – data: 14/5/2026

Cristina da Cunha Hueb Barata de Oliveira, chefe da Unidade de Vigilância em Saúde (UVS)

Rodrigo Juliano Molina, médico infectologista da UVS

### Análise – data: 14/5/2026

Cristina da Cunha Hueb Barata de Oliveira, chefe da UVS

### Aprovação – data: 9/6/2026

Luciana Paiva Romualdo, chefe do Setor de Gestão da Qualidade (STGQ)

### Registro, formatação e revisão – data: 30/6/2026

Ana Paula Corrêa Gomes, coordenadora da Comissão de Gestão da Qualidade Documental

### Elaboração da versão 2 – data: 30/8/2024

Rodrigo Juliano Molina, médico infectologista da UVS

### Revisão

Cristina Hueb Barata, chefe da UVS

Giuliano César Silveira, chefe do Setor de Farmácia Hospitalar (SFH)

Caroline Santos Capitelli Fuzaro, chefe da Unidade de Dispensação Farmacêutica (UDIS)

### Validação

Luciana Paiva Romualdo, chefe do STGQ

### Registro, análise, formatação e revisão

Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento, Gestão de Riscos e Controles Internos (UPLAG)

### Aprovação

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende, gerente de atenção à saúde

### Elaboração da versão 1 – data: 12/9/2022

Rodrigo Juliano Molina, médico infectologista da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS)

Cristina Hueb Barata, médica infectologista da CCIRAS

Kelly Cristina Santos, médica residente de Infectologia

### Revisão

Giuliano César Silveira, chefe do SFH

Caroline Santos Capitelli Fuzaro, chefe da UDIS

### Validação

Luciana Paiva Romualdo, chefe STGQ

### Registro, análise, formatação e revisão

Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da UPLAG

### Aprovação

Andreia Duarte de Resende, gerente de atenção à saúde

### 13. ANEXO

#### FICHA DE LIBERAÇÃO DE QUIMIOPROFILAXIA PARA PROFISSIONAIS DO HC-UFTM CONTACTANTES DE CASOS COM MENINGITE BACTERIANA

Nome do profissional: \_\_\_\_\_

Setor: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Paciente-fonte: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Data do contato: \_\_\_\_\_

Diagnóstico confirmado? ( ) SIM ( ) NÃO

Bacterioscopia: \_\_\_\_\_ Cultura: \_\_\_\_\_

Atividade de risco:

( ) Intubação Orotraqueal sem uso de EPI

( ) Aspiração de secreção sem uso de EPI

Motivo para não uso de EPI: \_\_\_\_\_

Profilaxia: ( ) Rifampicina 600mg VO 12/12hrs por ( ) 2 dias ( ) 4 dias

( ) Ceftriaxona 250mg IM- dose única

( ) Ciprofloxacino 500mg VO- dose única

Estou ciente dos riscos do uso da medicação acima quanto aos seus efeitos adversos como náuseas, vômitos, icterícia, hepatite medicamentosa e resistência microbiana.

Assinatura do contactantes:

Assinatura da Chefia Imediata:

Assinatura do médico

