



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Departamento do Programa Nacional de Imunizações
Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis
Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública

NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 201/2025-CGVDI/DPNI/SVSA/MS-CGLAB/SVSA

1. **ASSUNTO**

1.1. Orientações para a implantação da Vigilância Sentinela da Doença Invasiva por *Haemophilus influenzae* (DIHi) e por *Streptococcus pneumoniae* (DPI)

2. **JUSTIFICATIVA**

2.1. Doenças Invasivas (DI) são infecções graves que ocorrem quando microrganismos, como bactérias ou vírus, invadem partes do corpo que normalmente são estéreis. Essa invasão pode levar a condições clínicas sérias, incluindo pneumonia com derrame pleural, bacteremia, sepse, meningite, empiema, osteomielite, artrite séptica, endocardite, pericardite, peritonite, epiglote ou celulite orbitária.

2.2. As doenças bacterianas invasivas estão entre as principais causas de morbidade e mortalidade na população, especialmente entre crianças menores de cinco anos e pessoas a partir de 65 anos, com destaque para as pneumonias.^{1;2;3}

2.3. Considerando que as Doenças Invasivas causadas por *Haemophilus influenzae* (Hi) e por *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo) são de notificação compulsória, e possuem vacinas disponíveis no calendário nacional de vacinação do Sistema Único de Saúde- SUS, torna-se fundamental a implantação da vigilância epidemiológica dessas doenças. Essa vigilância tem como foco a investigação clínica e epidemiológica dos casos positivos de Hi e pneumococo identificados por cultura ou qPCR em locais estéreis.

2.4. Embora já existam recomendações do fluxo de encaminhamento de cepas isoladas dessas bactérias dos Laboratórios locais para os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen) e Laboratório de Referência Nacional (Instituto Adolfo Lutz - IAL) para realizar a caracterização complementar e controle de resistência antimicrobiana, **não havia a investigação clínica e epidemiológica dos casos** que não se apresentavam como meningite.^{4;5}

O envio de isolados bacterianos de *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* e *Neisseria meningitidis*, permanece inalterado.⁴

2.5. Dessa forma, a implantação da vigilância sentinela da DIHi e DPI, no Brasil, tem por objetivo:

- Descrever os sorotipos identificados de Hi e de pneumococo de acordo com o perfil clínico e epidemiológico dos casos, incluindo a situação vacinal;
- Caracterizar o perfil assistencial, gravidade e evolução dos casos;
- Monitorar os perfis de suscetibilidade antimicrobiana;
- Auxiliar na avaliação da efetividade das vacinas pneumocócica conjugada e Penta (difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e *Haemophilus influenzae* tipo b) do Programa Nacional de Imunizações.

2.6. Em resumo, essa vigilância produzirá informações para subsidiar a tomadas de decisão em tratamento, prevenção e controle dessas doenças invasivas. A implantação dessa vigilância é uma das atividades previstas nas Diretrizes para enfrentamento das meningites até 2030, a qual prevê ampliação do número de UF.

3. **VIGILÂNCIA SENTINELA DE DOENÇA INVASIVA POR *HAEMOPHILUS INFLUENZAE* (DIHI) OU POR *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE* (DPI)**

3.1. A Vigilância Sentinela da DIHi e da DPI será de base laboratorial, ou seja, desencadeada a partir do resultado positivo de *Haemophilus influenzae* (Hi) ou *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo) para a investigação epidemiológica dos casos. A implantação dessa vigilância ocorrerá em duas fases:

3.1.1. **1ª fase:** Piloto de implantação com duração de quatro (4) meses.

3.1.1.1. Esta fase conta com a participação de 10 Unidades Federadas (UF) que foram inicialmente selecionadas pelas características de maior e menor envio de isolados bacterianos (de Hi e pneumococo) ao Lacen e ao IAL, oriundos da população de maior risco (crianças e idosos), além da avaliação dos questionários de viabilidade para unidade sentinela.

3.1.1.2. Essa fase inicial foi discutida com as áreas técnicas das Secretarias Estaduais da Saúde (SES) envolvidas, durante o ano de 2024. Nesse período foram validados o instrumento de investigação e de preenchimento das variáveis, com os grupos técnicos e especialistas. Assim como os fluxos de seleção de casos para investigação e o sistema operacional de registro das informações com realização de investigação e digitação de casos reais na ferramenta Go.Data. Todo esse processo foi orientado por meio de reuniões e materiais instrutivos para investigação e acesso ao sistema Go.Data para inserção dos dados das investigações.

3.1.1.3. Essa 1ª fase vai abranger o **período de junho a setembro de 2025**, com a **implantação da investigação de casos** identificados com **início dos sintomas de janeiro a setembro**. A seleção dos casos para investigação ocorrerá por meio de duas estratégias de vigilância sentinela:

- I - **Estratégia 1:** Vigilância sentinela de base laboratorial, de isolados bacterianos de amostras provenientes de qualquer serviço de saúde ou serviço de verificação de óbito, denominada também como

fluxo contínuo:

- a) Identificar os **resultados de cultura bacteriana** confirmatório para Hi ou pneumococo disponíveis no Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL);
- b) Investigar uma proporção dos casos identificados:
 - i. UF com até 5 isolados por mês: investigar 100% dos casos;
 - ii. UF com 6 ou mais isolados por mês: investigar os primeiros 5 casos e pelo menos 30% dos outros casos.
- c) UF participantes: Pará, Ceará, Distrito Federal, Minas Gerais, São Paulo, Rio de Janeiro e Paraná.

II - **Estratégia 2:** Vigilância sentinela de base laboratorial de casos atendidos em hospitais sentinela:

- a) Identificar os **resultados de cultura bacteriana ou PCR** confirmatório para Hi ou pneumococo disponíveis no GAL, oriundos do hospital sentinela;
- b) Investigar **100% dos casos** identificados;
- c) UF participantes: Roraima, Maranhão, Mato Grosso.

3.1.1.4. As unidades hospitalares sentinela são definidas por cada SES, por meio das áreas técnicas envolvidas. Fica facultado às UF a realização das duas estratégias citadas, de forma simultânea.

3.1.2. **2ª fase:** Implementação.

3.1.2.1. Após a etapa piloto de implantação dessa vigilância sentinela nas 10 UF, prevista para finalização em setembro de 2025, haverá uma avaliação das estratégias I e II. A depender dos resultados, serão propostos ajustes, bem como a ampliação da vigilância sentinela para outras UF.

4. **FLUXO PARA INVESTIGAÇÃO E NOTIFICAÇÃO**

4.1. A definição do fluxo de pesquisa dos resultados, periodicidade (semanal, quinzenal ou mensal), comunicação dos casos identificados, atores envolvidos, investigação e preenchimento dos dados no sistema de informação deverão ser realizados localmente por cada SES. Esse processo deve envolver a vigilância epidemiológica e o Lacen, podendo incluir também os núcleos de vigilância epidemiológica hospitalar.

4.2. As orientações locais deverão seguir o fluxograma proposto pelo Ministério da Saúde para investigação e notificação de casos da DIHi e DPI (Figura 1), podendo conter ajustes conforme sua realidade.

Fluxo para investigação e notificação dos casos de Doença Invasiva por *Haemophilus influenzae* (DIHi) e de Doença Pneumocócica Invasiva (DPI).

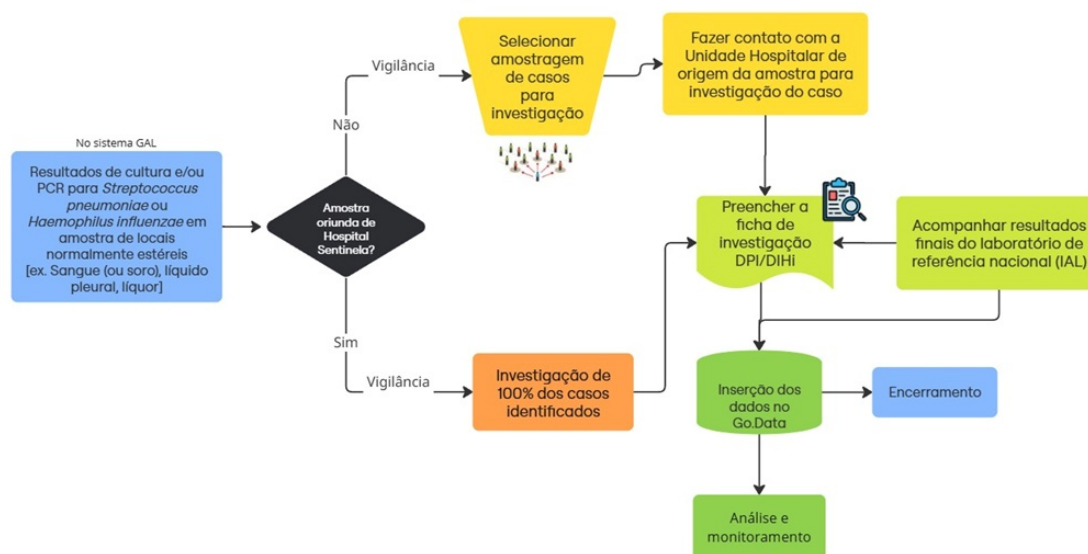


Figura 1. Fluxograma de investigação e notificação da Vigilância Sentinela de casos de DIHi e DPI. Brasil, 2025.

4.3. Para a Estratégia I, a seleção dos resultados dos exames para investigação será **por conveniência**, a partir dos **resultados positivos de cultura de Hi ou pneumococo registrados no GAL**. Recomenda-se diversificar a seleção dos resultados segundo o município de residência dos casos e a faixa etária, priorizando a variabilidade do perfil e origem geográfica dos casos.

4.3.1. Amostras coletadas pelos Serviços de Verificação de Óbito também poderão ser selecionadas para investigação.

4.4. Para a Estratégia II, **todos os resultados positivos para Hi ou pneumococo registrados no GAL, seja por cultura ou pela detecção por qPCR**, oriundos dos hospitais sentinelas, deverão ser incluídos para investigação assegurando 100% de aproveitamento dessas notificações.

4.5. O sistema de informação escolhido para implantação dessa vigilância foi o Go.Data (OPAS/OMS). Apesar de não ser um sistema de notificação, o Go.Data tem aplicabilidade para monitorar agravos, evento/surtos, sendo adotado pelo Ministério da Saúde para uso nessa fase de implantação dessa vigilância. Recomenda-se a utilização do servidor do Ministério da Saúde para notificação dos casos, disponível no sítio eletrônico: <https://godata.saude.gov.br>.

4.6. O fluxo de envio de isolados bacterianos de Hi e pneumococo para o Lacen e IAL permanece inalterado. A figura 2 retrata o fluxo já existente e, adicionalmente, demonstra o fluxo específico para as unidades sentinelas da Estratégia II.

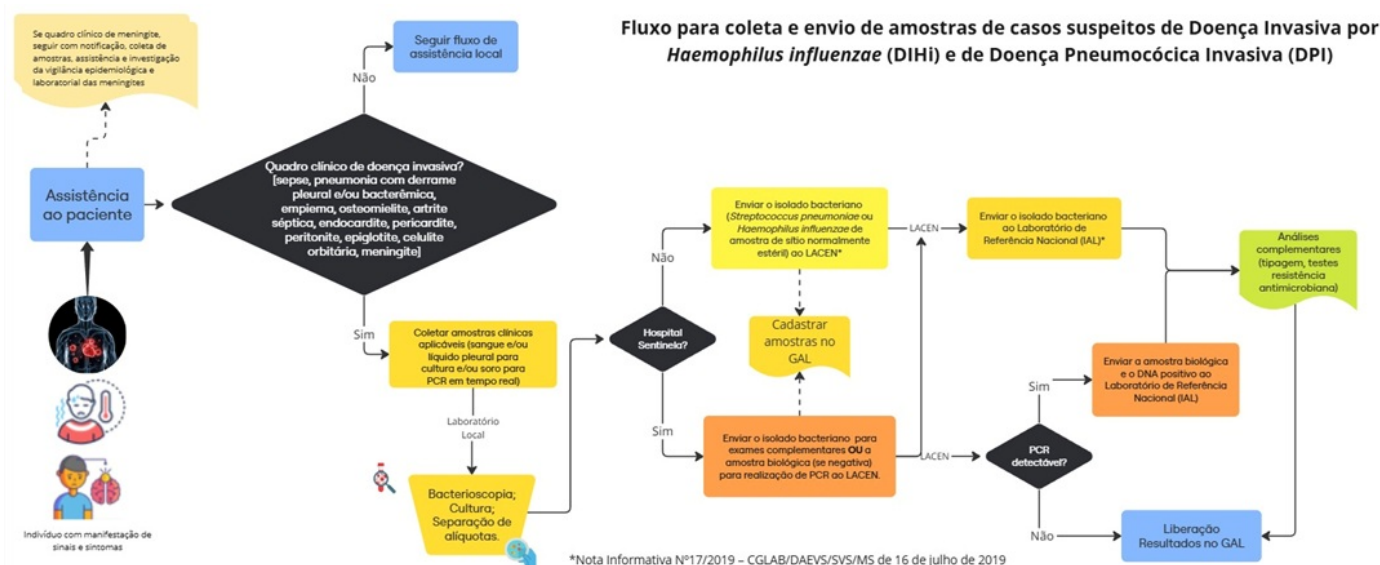


Figura 2. Fluxograma de coleta e envio de amostras de casos suspeitos de doença bacteriana invasiva, no âmbito da Vigilância Sentinela de DIHi e DPI. Brasil, 2025.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

- 5.1. A SVSA apresenta as orientações para a implantação da Vigilância sentinela da Doença Invasiva por *Haemophilus influenzae* (DIHi) e por *Streptococcus pneumoniae* (DPI).
- 5.2. Essa vigilância representa um avanço nas estratégias de monitoramento e controle dessas doenças no Brasil e possibilitará a geração de dados clínicos, epidemiológicos e laboratoriais fundamentais para subsidiar ações de prevenção, controle e avaliação da efetividade das estratégias de vacinação.
- 5.3. Os **casos de meningite** causados por esses agentes devem seguir o fluxo de notificação e investigação da vigilância das meningites já estabelecido. E, adicionalmente, se forem selecionados para investigação na vigilância sentinela da DIHi ou DPI também deverão ser incluídos no Go.Data.
- 5.4. As UF participantes devem garantir a **interlocução entre vigilância epidemiológica, Lacen e unidades assistenciais**, assegurando a coleta, preenchimento e inserção das informações no sistema.
- 5.5. As SES devem acompanhar de forma ativa a implementação dessa fase piloto e promover o fortalecimento da vigilância laboratorial e epidemiológica nos territórios, contribuindo para o sucesso da iniciativa.

6. REFERÊNCIAS

1. Briles DE, Hollingshead S, Paton JC, Ades E, Novak L, Dillard JP, et al. Pneumococcal vaccines. Microbiol Spectr. 2019;7(6):10.1128/microbiolspec.GPP3-0009-2018.
2. Marangu D, Zar HJ. Childhood pneumonia in low-and-middle-income countries: An update. Paediatr Respir Rev. 2019;32:3–9.
3. O'Brien KL, Wolfson LJ, Watt JP, Henkle E, Deloria-Knoll M, McCall N, et al. Burden of disease caused by *Streptococcus pneumoniae* in children younger than 5 years: global estimates. Lancet. 2009;374(9693):893–902.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação da Vigilância em Saúde do Sistema Único de Saúde. Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública. Nota Informativa nº 17/2019 – CGLAB/DAEVS/SVS/MS, de 16 de julho de 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2019/julho/17/nota-informativa-no-17-2019-cglab.pdf>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 3 out. 2017. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/23017246.

GREICE MADELEINE IKEDA DO CARMO
Coordenadora-Geral de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis

KAREN MACHADO GOMES
Coordenadora-Geral de Laboratórios de Saúde Pública

EDER GATTI FERNANDES
Diretor do Departamento do Programa Nacional de Imunizações

MARIÂNGELA BATISTA GALVÃO SIMÃO



Documento assinado eletronicamente por **Karen Machado Gomes, Coordenador(a)-Geral de Laboratórios de Saúde Pública**, em 04/06/2025, às 08:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Eder Gatti Fernandes, Diretor(a) do Departamento do Programa Nacional de Imunizações**, em 04/06/2025, às 15:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Greice Madeleine Ikeda do Carmo, Coordenador(a)-Geral de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis**, em 04/06/2025, às 17:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mariângela Batista Galvão Simão, Secretário(a) de Vigilância em Saúde e Ambiente**, em 04/06/2025, às 17:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0047807011** e o código CRC **9BFF7C63**.

Referência: Processo nº 25000.074792/2025-46

SEI nº 0047807011

Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis - CGVDI
SRTVN 701, Via W5 Norte Edifício PO700, 6º andar - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70719-040
Site - saude.gov.br