



NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 2/2025- SAPS-SVSA/MS

1. **ASSUNTO**

Organização dos processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS) frente aos casos de Doença Meningocócica pelo sorogrupo B no estado do Pará.

2. **ANÁLISE**

2.1. A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida como a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), atuando como coordenadora e ordenadora do cuidado. A APS desempenha papel essencial nas ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e vigilância em saúde, especialmente no que se refere às doenças imunopreveníveis (BRASIL, 2022a).

2.2. Diante do aumento expressivo de casos de Doença Meningocócica (DM) pelo sorogrupo B no Estado do Pará, especialmente no município de Belém, elaboramos esta Nota Técnica que tem por objetivo orientar os profissionais da APS quanto à organização dos processos de trabalho, às estratégias de prevenção e às ações integradas com a vigilância (PARÁ, 2025).

3. **DESCRIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA**

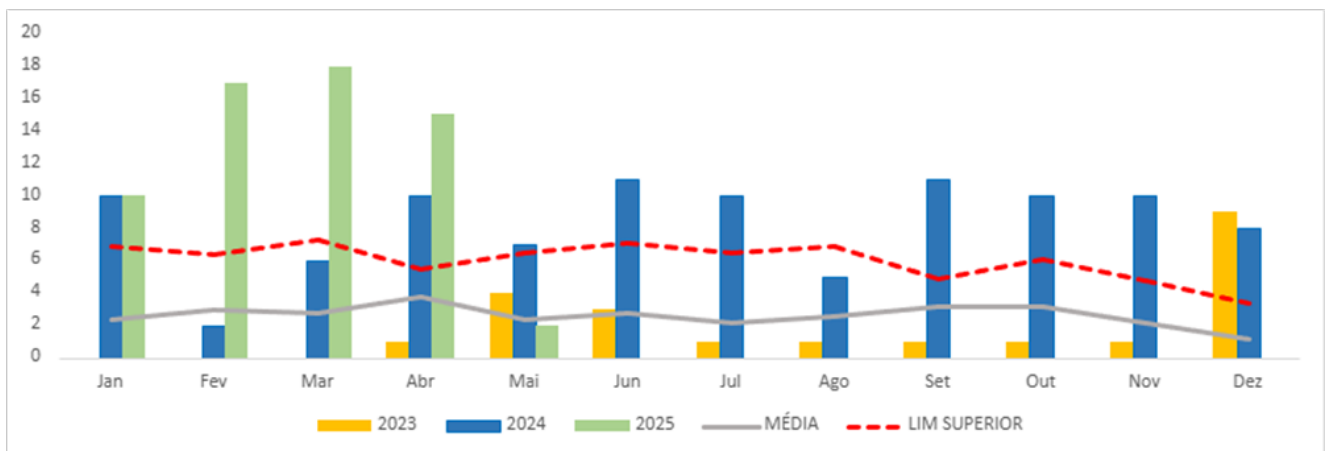
3.1. A DM é causada por uma bactéria gram-negativa, *Neisseria meningitidis* (meningococo). Essa bactéria possui diferentes sorogrupos identificados. Os sorogrupos A, B, C, W, X e Y são os mais comumente associados à doença invasiva. Sua transmissão ocorre por gotículas de secreções respiratórias, exigindo contato próximo e prolongado para contágio, e pode ocorrer por pessoas doentes ou sãs (portador assintomático).

3.2. No Pará, em 2024, foram confirmados 100 casos de DM, dentre os quais, oito evoluíram a óbito. O coeficiente de incidência foi de 1,08 caso por 100.000 habitantes e o coeficiente de letalidade foi de 8%. Em relação aos sorogrupos, 94 casos foram pelo sorogrupo B (94%), dois casos pelo sorogrupo C, dois não sorogrupáveis, além de outros dois em que não foi realizada sorogrupagem. No município de Belém, no mesmo período, foram confirmados 70 casos e quatro óbitos de DM, resultando em um coeficiente de incidência de 5,01 casos por 100.000 habitantes e coeficiente de letalidade de 5,7%. Em relação aos sorogrupos, no município de Belém, foram 67 casos (95,7%) pelo sorogrupo B, um pelo sorogrupo C, um não grupável, e um em que não foi possível realizar sorogrupagem.

3.3. Em 2025, de 1 de janeiro a 3 de maio (Semanas Epidemiológicas 01 a 18), já foram confirmados 62 casos (coeficiente de incidência de 0,7 caso por 100.000 habitantes), sendo que sete evoluíram a óbito pela doença (coeficiente de letalidade de 11,3%) no estado paraense. Entre os casos confirmados, 52 foram identificados pelo sorogrupo B (75%), quatro pelo sorogrupo C, um caso não sorogrupável e em quatro casos não foram realizadas sorogrupagem. Um caso aguarda o resultado da sorogrupagem. O município de Belém concentrou a maioria dos casos (59,7%; n=37) e teve um coeficiente de incidência de 2,5 casos por 100.000 habitantes. No diagrama de controle do Estado do Pará, que avalia se a ocorrência da doença está de acordo com a incidência esperada ou acima do limite máximo esperado no território, observa-se de modo geral que desde dezembro de 2023 a ocorrência de casos de DM no Estado encontra-se acima do limite máximo esperado (PARÁ, 2025). E, para o ano de 2025 o número de casos identificados até abril foi maior que o registrado no ano anterior.

3.4.

Figura 1: Diagrama de controle da doença meningocócica, Pará, 2023-2025*.



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Pará nos anos de 2024 e 2025. SINAN - CGVDI/DPNI/SVSA/MS. *Dados preliminares, atualizados até 09/05/2025, sujeitos a alterações. Na construção do diagrama, foram utilizados os anos de 2014 a 2022, foram excluídos os anos de 2018 e 2021 por terem sido anos com número de casos atípicos. (2024: 94 casos sorogrupo B; 02 casos sorogrupo C; 02 casos não grupáveis; 02 casos não realizado sorogrupagem. 2025: 52 casos sorogrupo B; 04 casos sorogrupo C; 01 caso não grupável; 04 casos não realizado sorogrupagem; 01 caso aguarda sorogrupagem)

3.5. Em 2024, os grupos etários mais afetados pela DM foram de 5 a 9 anos (2,3 casos/100 mil hab), 10 a 14 anos e 40 a 49 anos (1,7 caso/100 mil hab cada). Já em 2025, tem-se observado uma mudança, afetando principalmente as crianças menores de cinco anos (1,6 caso/100 mil hab em menores de um ano e 1,8 caso/100 mil hab em crianças de um a quatro anos de idade).

4. AÇÕES DE VIGILANCIA EM SAÚDE RECOMENDADAS PARA A APS

4.1. As ações de Vigilância em Saúde são transversais e intersetoriais, voltadas à proteção e promoção da saúde, bem como à prevenção e controle de riscos, agravos e doenças. No contexto da Doença Meningocócica, a APS, como ordenadora e coordenadora do cuidado, também desempenha ações de vigilância no território, como identificação de casos suspeitos, notificação imediata, vacinação, quimioprofilaxia e acompanhamento de contactantes, assegurando resposta oportuna e articulada. Identificam-se como ações importantes da APS:

4.1.1. Atualização cadastral e estratificação de risco:

- Manter os cadastros individuais e familiares atualizados no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), com identificação do território e das condições de saúde da população adscrita. Esses cadastros permitem a identificação de contatos próximos de casos suspeitos ou confirmados, estratificação de grupos de risco (grupos vulneráveis ou mais suscetíveis à infecção) e orientação do planejamento das ações de vigilância ativa, como visitas domiciliares e busca ativa.
- O cadastro pode ser realizado/atualizado durante atendimentos nas unidades de saúde, nas visitas domiciliares por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ou membros das equipes de Saúde da Família.

4.1.2. Organização dos fluxos assistenciais:

- Os gestores locais da APS, juntamente com as coordenações municipais de saúde, devem estabelecer e divulgar amplamente os protocolos de acesso para usuários sintomáticos e definir rotinas de encaminhamento articuladas com a Rede de Atenção à Saúde (RAS).
- Os profissionais da APS devem conhecer e aplicar esses fluxos, garantindo a identificação e a classificação de risco precoce e o encaminhamento oportuno de casos com sinais de alarme.

4.1.3. Capacitação e acesso à informação:

- As Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde devem garantir capacitações periódicas para as equipes da APS, abordando o reconhecimento precoce dos sinais e sintomas de meningite (como febre alta, rigidez de nuca, vômitos, manchas na pele e confusão mental), o manejo clínico inicial e o fluxo de comunicação imediata com a vigilância epidemiológica e os serviços de referência. As capacitações devem também incluir as ações de prevenção e controle da doença, com ênfase na identificação e monitoramento de contactantes e na administração oportuna da quimioprofilaxia, conforme critérios estabelecidos na Nota Técnica nº 154/2024-DPNI/SVSA/MS (BRASIL, 2024a) e protocolos definidos pela vigilância epidemiológica local.
- As equipes devem saber onde buscar informações atualizadas a partir de fontes oficiais, tais como o Guia de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2022a), os boletins epidemiológicos locais, o portal Saúde de A a Z (disponível no site do Ministério da Saúde) e o portal institucional do Ministério da Saúde, bem como se orientar pela Nota Técnica nº 154/2024-DPNI/SVSA/MS (BRASIL, 2024a), que apresenta novas orientações para o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica das Meningites.
- Para casos em que o paciente foi atendido fora da unidade de saúde do seu território, as vigilâncias epidemiológicas municipal e estadual devem comunicar de forma imediata a APS localizada na área de abrangência dos casos suspeitos ou confirmados de meningite, a fim de permitir uma atuação rápida na busca ativa, realização de quimioprofilaxia e acompanhamento dos contactantes.

4.1.4. Disponibilidade de insumos e apoio diagnóstico:

- As Secretarias Estaduais e Municipais devem assegurar a disponibilidade de antibióticos para quimioprofilaxia, materiais básicos e apoio laboratorial para confirmação diagnóstica.

4.1.5. Diagnóstico, manejo de casos e quimioprofilaxia:

- Os profissionais da APS devem realizar acolhimento com escuta qualificada, avaliação clínica, estratificação de risco e definição da conduta.
- Iniciar imediatamente a quimioprofilaxia de contatos próximos conforme os critérios definidos na Nota Técnica nº 154/2024-DPNI/SVSA/MS (BRASIL, 2024a) e os fluxos locais estabelecidos.
- A equipe da APS deve acompanhar clinicamente os usuários em quimioprofilaxia, observando possíveis reações adversas, adesão ao tratamento e aparecimento de sintomas no período de dez dias após o último contato com o caso de meningite.
- Após alta hospitalar, a equipe da APS deverá realizar acompanhamento contínuo, monitorando a evolução do paciente, identificando possíveis complicações e oferecendo orientações específicas.
- Registrar todos os atendimentos, visitas domiciliares e condutas no PEC, garantindo o cuidado contínuo e a rastreabilidade do acompanhamento.

4.1.6. Notificação imediata e vigilância ativa:

- Notificar imediatamente os casos suspeitos, mediante o preenchimento correto das fichas de notificação e investigação, com dados completos e legíveis. A ficha e o manual de preenchimento estão disponíveis no portal do SINAN: <http://www.portalsinan.saude.gov.br/meningite>
- Comunicar imediatamente os casos suspeitos à vigilância epidemiológica local.
- Manter articulação permanente com a vigilância para investigação de surtos, identificação de contactantes e bloqueio oportuno.
- A vigilância epidemiológica deve retroalimentar as equipes da APS com informações sobre a evolução dos casos notificados e as medidas adotadas, fortalecendo a resposta integrada. Da mesma forma, as equipes da APS devem informar a vigilância sobre qualquer nova informação referente aos casos, bem como sobre o monitoramento dos contactantes.

4.1.7. Fortalecimento das visitas domiciliares e do telemonitoramento:

- Qualificar os ACS para identificar sinais de alerta e comunicar ao enfermeiro de referência de sua equipe.
- Orientar os ACS para que, em relação aos casos de pacientes pós alta, que necessitam de reabilitação, realizem visitas domiciliares regulares, avaliem o estado geral do paciente, verifiquem sinais de melhora ou possíveis dificuldades, e ofereçam orientações gerais sobre medicação, alimentação, higiene e estímulo à reabilitação.
- Realizar visitas domiciliares regulares aos contatos e casos suspeitos e registrar todas as visitas oportunamente no PEC.
- Utilizar o telemonitoramento, quando disponível, como estratégia complementar ao acompanhamento clínico.

4.1.8. Busca ativa e vacinação de grupos prioritários:

- Realizar busca ativa de indivíduos não vacinados, com ênfase em manter atualizadas as vacinas do calendário nacional conforme faixa etária, especialmente as que protegem contra meningite (meningocócica C, meningocócica ACWY, Penta -

Haemophilus influenzae tipo b e pneumocócica).

- Ampliar horários de funcionamento das salas de vacina e adotar estratégias para reduzir barreiras de acesso, inclusive com realização de ações de vacinação extramuros.
- Intensificar o uso do módulo de busca ativa, disponível a partir da versão 5.1 do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Esse módulo permite a geração de relatórios com informações consolidadas da população adscrita às equipes de Atenção Primária à Saúde (APS), facilitando a identificação de usuários com vacinas em atraso ou com esquemas vacinais incompletos. Mais informações podem ser consultadas na Nota Técnica nº 1/2025 – CIMVAC/CGESCO/DESCO/SAPS/MS (BRASIL, 2025).

4.1.9. Educação em saúde:

- As equipes da APS devem promover ações educativas contínuas com foco em higiene, etiqueta respiratória e prevenção da transmissão, adequadas ao perfil da população atendida.
- Em situações de aumento de casos no território, intensificar ações de educação em saúde em grupos, escolas, creches, instituições de longa permanência e demais espaços comunitários, promovendo o conhecimento sobre sinais e sintomas e medidas de prevenção. As atividades coletivas devem ser registradas no PEC para fins de monitoramento e avaliação das ações de prevenção e controle.

4.1.10. Reforço à integração entre APS e Vigilância Epidemiológica Local

- A efetividade das ações da APS está diretamente associada à integração com a Vigilância Epidemiológica, compreendendo esse processo como imediato, permanente e bidirecional.
- A integração entre os setores é essencial para detecção precoce, intervenção rápida e contenção de surtos. A vigilância tem o dever de manter a APS informada sobre casos suspeitos e confirmados do território, mesmo que atendidos fora de sua unidade, garantindo resposta rápida da APS. As equipes da APS também devem comunicar prontamente quaisquer informações relevantes à vigilância, mantendo o fluxo de informações atualizado e contínuo.

5. CONCLUSÃO

5.1. Diante do contexto de surto de meningite, é fundamental que os profissionais da Atenção Primária à Saúde atuem de forma coordenada e proativa no enfrentamento da doença. Isso inclui o reconhecimento precoce de sinais e sintomas, o diagnóstico oportuno, a orientação à população sobre formas de prevenção e o monitoramento contínuo de casos suspeitos e seus contatos.

5.2. O fortalecimento das práticas de vigilância epidemiológica e o rigor no acompanhamento de contatos de casos confirmados são essenciais para conter a disseminação da doença. A atuação integrada entre os diferentes níveis da Rede de Atenção à Saúde, o cumprimento dos protocolos de quimioprofilaxia e a manutenção do esquema vacinal conforme o calendário nacional (BRASIL, 2024b; BRASIL, 2023), são componentes centrais para a resposta efetiva ao surto.

Para mais informações sugere-se a leitura dos documentos:

5.2.1. Definição de caso suspeito, critérios de contato, caracterização de surtos e orientações para quimioprofilaxia:

- Nota Técnica Conjunta nº 154/2024-DPNI/SVSA/MS: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-conjunta-no-154-2024-dpni-svsa-ms.pdf>
- Guia de Vigilância em Saúde - 6ª edição Revisada, Brasília 2024: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/t/tetano-acidental/publicacoes/guia-de-vigilancia-em-saude-6a-edicao.pdf/view>

5.2.2. Vacinas do Calendário de Vacinação, esquemas, indicações e contraindicações:

- Calendário Técnico de Vacinação - 2025: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/calendario>
- Instrução Normativa do Calendário Nacional de Vacinação - 2025: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/publicacoes/instrucao-normativa-que-instrui-o-calendario-nacional-de-vacinacao-2025.pdf/view>

5.2.3. vacinas para pessoas com condições clínicas especiais:

- Manual dos CRIE - 6ª edição, 2023: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2024/manual-dos-centros-de-referencia-para-imunobiologicos-especiais-6a-edicao>

5.2.4. segurança vacinal e condutas frente a eventos adversos:

- Manual de Vigilância de Eventos Adversos Pós-Vacinação - 4ª edição: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vacinacao-imunizacao-pni/manual_eventos-_adversos_pos_vacinacao_4ed_atualizada.pdf

6. REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. *Guia de Vigilância em Saúde*. 5. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. *Nota Técnica Conjunta nº 154/2024-DPNI/SVSA/MS*. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-conjunta-no-154-2024-dpni-svsa-ms.pdf>. Acesso em: 13 maio 2025.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Comunidade. Coordenação-Geral de Estratégias de Coberturas Vacinais. *Nota Técnica nº 1/2025 - CIMVAC/CGESCO/DESCO/SAPS/MS*.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Vigilância de Eventos Adversos Pós-Vacinação*. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vacinacao-imunizacao-pni/manual_eventos-_adversos_pos_vacinacao_4ed_atualizada.pdf. Acesso em: 13 maio 2025.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE)*. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/arquivos/manual-dos-centros-de-referencia-para-imunobiologicos-especiais_6a-edicao_2023.pdf. Acesso em: 13 maio 2025.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. *Instrução Normativa do Calendário Nacional de Vacinação - 2025*. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/publicacoes/instrucao-normativa-que-instrui-o-calendario-nacional-de-vacinacao-2025.pdf/view>. Acesso em: 13 maio 2025.
7. PARÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Epidemiologia. Diretoria de Vigilância em Saúde. *Informe semanal de doença meningocócica nº 19, semana epidemiológica 18*. Belém: SESP, 2025.



Documento assinado eletronicamente por **Flávia Kelli Alvarenga Pinto, Coordenador(a) de Apoio à Imunização e Monitoramento das Coberturas Vacinais na Atenção Primária**, em 13/05/2025, às 12:48, 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 **José Eudes Barroso Vieira, Diretor(a) do Departamento Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária**, em 14/05/2025, às 09:41, 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 15/05/2025, às 12:25, 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](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mariângela Batista Galvão Simão, Secretário(a) de Vigilância em Saúde e Ambiente**, em 15/05/2025, às 17:48, 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 **Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas, Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 15/05/2025, às 18:41, 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 **0047716537** e o código CRC **6220183E**.

Referência: Processo nº 25000.063925/2025-59

SEI nº 0047716537

Coordenação de Apoio à Imunização e Monitoramento das Coberturas Vacinais na Atenção Primária - CIMVAC
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br