

Informe Epidemiológico das Vigilâncias das Meningites

Programa Estadual de Imunização e
Vigilância das Doenças Imunopreveníveis





INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS VIGILÂNCIAS DAS MENINGITES

Programa Estadual de Imunização e Vigilância das Doenças Imunopreveníveis - Gerência em Vigilância em Saúde - SESA

SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 01 A 53 DE 2025

Apresentação

A meningite é um processo inflamatório que acomete as meninges, membranas que envolvem e protegem o cérebro e a medula espinhal. Pode ser causada por diversos agentes, classificados como infecciosos — incluindo bactérias, vírus, fungos e parasitas — ou não infecciosos, relacionados a neoplasias, doenças autoimunes ou reações a medicamentos. Entre as formas infecciosas, destacam-se as meningites bacterianas e virais, de maior relevância para a saúde pública devido à sua gravidade, potencial para gerar surtos, elevada letalidade (especialmente nas formas bacterianas) e possibilidade de causar sequelas neurológicas permanentes.

No Brasil, as meningites infecciosas apresentam padrão endêmico, com distribuição sazonal: as meningites bacterianas ocorrem com maior frequência nos meses de outono e inverno, enquanto as virais são mais prevalentes na primavera e no verão.

Em razão de sua magnitude, gravidade e importância para a vigilância em saúde, as meningites infecciosas são consideradas doença de notificação compulsória em todo o território nacional, exigindo monitoramento contínuo para subsidiar ações de prevenção, controle e assistência.

O objetivo deste informe é apresentar a situação epidemiológica das meningites no Estado do Espírito Santo, com ênfase na análise dos casos notificados, confirmados e óbitos ocorridos no período de janeiro a julho de 2025. Este relatório visa fornecer subsídios técnicos para a tomada de decisões no âmbito da vigilância em saúde, orientar ações de prevenção e controle, monitorar tendências, identificar grupos populacionais mais vulneráveis e apoiar a gestão do risco em nível estadual e municipal.

DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO DE MENINGITE:

Indivíduo com febre acompanhada de dois ou mais dos seguintes sintomas: cefaleia intensa, vômito, confusão ou alteração mental, fotofobia (aumento da sensibilidade à luz), torpor, convulsão; OU

Indivíduo com febre acompanhada de pelo menos um sinal de irritação meníngea, como rigidez de nuca, Kernig ou Brudzinski; OU

Indivíduo com febre de início súbito e aparecimento de erupções cutâneas petequiais ou sufusões hemorrágicas;

Em menores de dois anos considerar, além das apresentações supracitadas, a ocorrência de febre com irritabilidade ou choro persistente ou sonolência ou abaulamento de fontanela e em imunossuprimidos ou idosos a apresentação pode ser atípica.

Nos casos de meningococemia, deve-se atentar para a presença de eritema e/ou exantema, além de sinais inespecíficos (septicemia), diarreia, dor em membros, sonolência e hipotensão.



INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS VIGILÂNCIAS DAS MENINGITES

Programa Estadual de Imunização e Vigilância das Doenças Imunopreveníveis - Gerência em Vigilância em Saúde - SESA

Panorama geral

Nos últimos anos, com a incorporação de novas tecnologias, como vacinas, e a manutenção da circulação de microrganismos com características distintas — entre os quais se destacam o *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo) e o *Haemophilus influenzae* —, além da adoção de métodos diagnósticos mais sensíveis, tem-se observado uma mudança no perfil epidemiológico das meningites.

Situação epidemiológica atual

No Espírito Santo (ES), em 2025, entre as semanas epidemiológicas (SE) 01 a 53, foram confirmados 293 casos de meningite, correspondendo a um coeficiente de incidência (CI) de 7,72 por 100.000 habitantes¹ (Figura 1).

A maioria dos casos foi encerrada por critério laboratorial específico (62,80%). Observou-se predominância de indivíduos na faixa etária de 18 a 59 anos (49,15%), do sexo masculino (57,00%) e residentes na região metropolitana do estado (68,90%), conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização geral dos casos confirmados de meningite no ano de 2025 até a SE 53 (total = 293)

	N	%
<u>Faixa etária</u>		
0 – 5 anos	63	21,50%
6 – 17 anos	37	12,63%
18 – 59 anos	144	49,15%
Acima de 60 anos	49	16,72%
<u>Sexo</u>		
Feminino	125	42,70%
Masculino	168	57,30%
<u>Região de moradia:</u>		
Metropolitana	202	68,90%
Central	30	10,20%
Norte	27	9,20%
Sul	34	11,60%
<u>Critério de encerramento</u>		
Critério clínico ou clínico - epidemiológico	11	3,70%
Critério laboratorial inespecífico *	98	33,40%
Critério laboratorial específico**	184	62,80%
<u>Desfecho</u>		
Alta	228	77,80%



INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS VIGILÂNCIAS DAS MENINGITES

Programa Estadual de Imunização e Vigilância das Doenças Imunopreveníveis - Gerência em Vigilância em Saúde - SESA

Óbito por meningite ou	62	21,20%
Óbito por outra causa***		
Ignorado / Em aberto	3	1,0%

*Critério laboratorial inespecífico: quimiocitológico ou bacterioscopia direta. **Critério laboratorial específico: cultura, aglutinação pelo látex e \ou reação em cadeia da polimerase (PCR).

Fonte: e- SUS/VS. Extraído em: 17 de março de 2026. Dado sujeito a alterações.

Com relação à distribuição dos casos por classificação etiológica final, observou-se predomínio das meningites bacterianas (59,39%), representadas por meningite pneumocócica (*Streptococcus pneumoniae*) – MP (22,87%), meningite por outras bactérias (MOB) (18,43%), doença meningocócica (DM) (8,19%), meningite tuberculosa (MT) (5,80%) e meningite por *Haemophilus influenzae* (MHi) (4,10%).

Em seguida, destacaram-se as meningites assépticas (MA), com 18,77%, os casos não especificados (MNE), com 13,99%, e as meningites por outras etiologias (MOE), com 7,72%, conforme demonstrado na Tabela 2.

Tabela 2. Caracterização dos casos confirmados de meningite do ano de 2025 até a SE 53 por classificação final sua incidência e taxa de letalidade (total = 293)

Classificação final	casos	%	CI	óbitos totais	letalidade	CM
Meningites bacterianas (MB)	174	59,39%	4,59	44	25,29%	1,16
<u>Doença Meningocócica (DM)</u>	24	8,19%	0,63	3	12,50%	0,08
<i>Meningococemia</i>	9	3,07%	0,24	1	11,11%	0,03
<i>Meningite meningocócica</i>	11	3,75%	0,29	1	9,09%	0,03
<i>Meningococemia com meningite meningocócica</i>	4	1,37%	0,11	1	25,00%	0,03
<u>Meningite pneumocócica (MP)</u>	67	22,87%	1,77	24	35,82%	0,63
<u>Meningite tuberculosa (MT)</u>	17	5,80%	0,45	4	23,53%	0,11
<u>Meningite por outras bactérias (MOB)</u>	54	18,43%	1,42	11	20,37%	0,29
<u>Meningite por H. Influenzae (MHi)</u>	12	4,10%	0,32	2	16,67%	0,05
Meningite não especificada (MNE)	41	13,99%	1,08	6	14,63%	0,16
Meningite asséptica (MA)	55	18,77%	1,45	2	3,64%	0,05
Meningite por outras etiologias (MOE)	23	7,85%	0,61	10	43,48%	0,26
	293	100,00%	7,72	62		1,63

*CI = Coeficiente de incidência por 100.000 habitantes. **CM = Coeficiente de mortalidade por 100.000 habitantes. Considera óbitos e óbitos por outras causas. Fonte: e- SUS/VS. Extraído em: 17 de março de 2026. Dados sujeito a alterações.



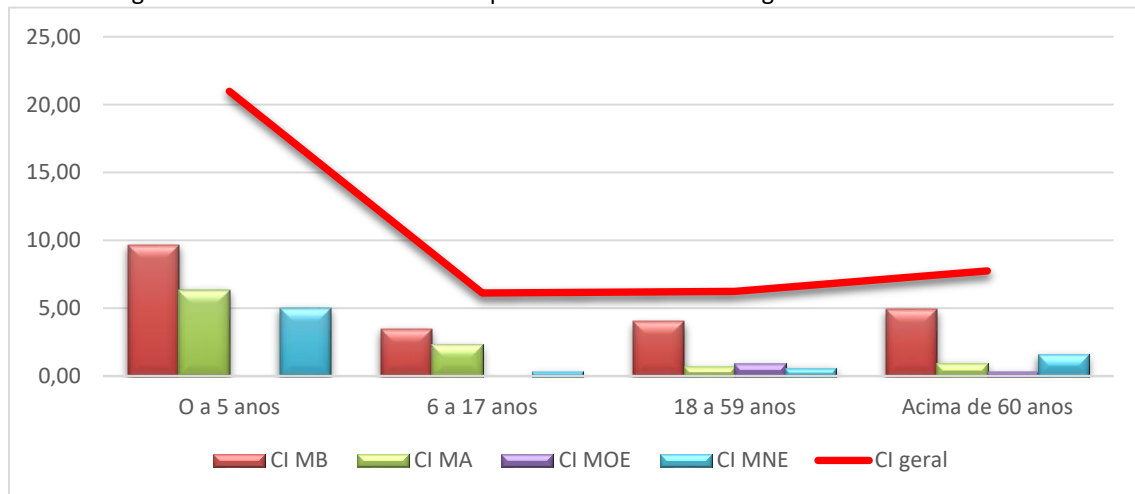
INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS VIGILÂNCIAS DAS MENINGITES

Programa Estadual de Imunização e Vigilância das Doenças Imunopreveníveis - Gerência em Vigilância em Saúde - SESA

A taxa de letalidade geral das meningites foi de 21,16% (62/293). Considerando a classificação etiológica final, observa-se elevada letalidade nas meningites bacterianas (25,29%), com destaque para a meningite pneumocócica (MP) (35,82%), seguida pela meningite tuberculosa (MT) (23,53%) e pela doença meningocócica (DM) (12,50%), conforme evidenciado na Tabela 2.

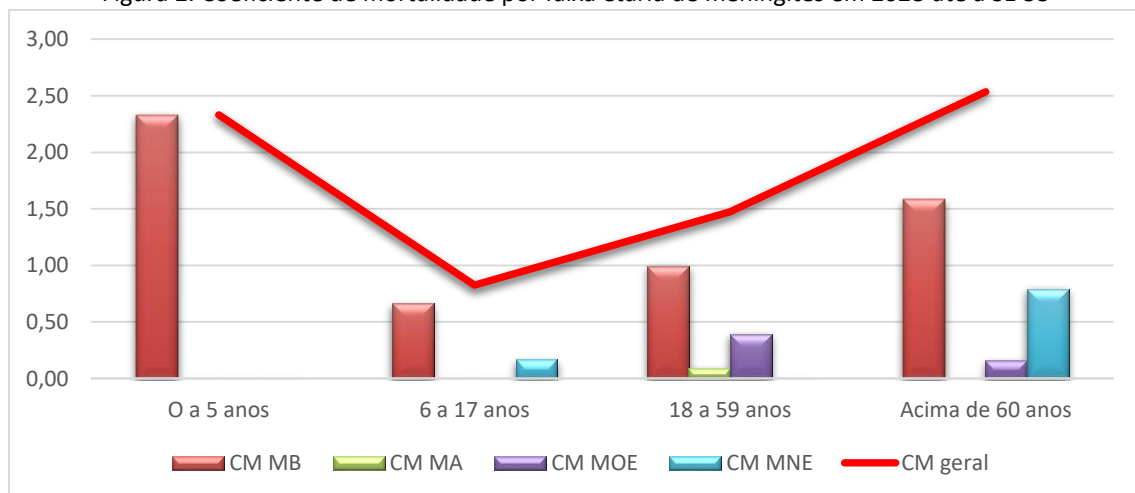
Esses agravos, embora preveníveis por vacinação, ainda apresentam elevada gravidade clínica, com risco expressivo de desfecho letal em todas as faixas etárias, particularmente em menores de 5 anos e idosos no estado (Figuras 1 e 2). No entanto, merece atenção o elevado risco de adoecimento e morte por meningite também observado em adultos jovens, na faixa etária de 18 a 59 anos, evidenciando a importância da vigilância epidemiológica e da assistência qualificada nesse grupo etário.

Figura 1. Coeficiente de incidência por faixa etária de meningites até a SE 53 em 2025



Fonte: e- SUS/VS. Extraído em: 17 de março de 2025 ¹CI = Coeficiente de incidência por 100.000 habitantes.

Figura 2. Coeficiente de mortalidade por faixa etária de meningites em 2025 até a SE 53



Fonte: e- SUS/VS. Extraído em: 17 de março de 2025, CM = Coeficiente de mortalidade por 100.000 habitantes.



INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS VIGILÂNCIAS DAS MENINGITES

Programa Estadual de Imunização e Vigilância das Doenças Imunopreveníveis - Gerência em Vigilância em Saúde - SESA

Diante desse cenário, torna-se fundamental compreender com maior profundidade o perfil epidemiológico dos casos, a fim de subsidiar o planejamento e a implementação de ações mais eficazes de vigilância, prevenção e controle dessas doenças.

MENINGITES BACTERIANAS

Em 2025 (semanas epidemiológicas 01 a 53), conforme mencionado anteriormente, dos 174 casos confirmados de meningite no ES, 95 (59,39%) foram classificados como meningites bacterianas.

A maioria desses casos foi encerrada por critério laboratorial específico, conforme demonstrado na Tabela 3, com apoio do Laboratório Central do Espírito Santo (LACEN) e de laboratórios vinculados a serviços hospitalares. Dentre os exames realizados, destaca-se a reação em cadeia da polimerase (PCR), responsável por 55,70% das confirmações.

A utilização de exames laboratoriais específicos possibilitou a identificação da maioria dos agentes etiológicos envolvidos (Figura 3), permitindo, assim, a adequada classificação de diversos casos como doença meningocócica (DM), meningite pneumocócica (MP) (*Streptococcus pneumoniae*), meningite por *Haemophilus influenzae* (MHi) e meningite tuberculosa (MT), os quais serão detalhados nas seções seguintes.

Tabela 3. Distribuição das meningites bacterianas do ano de 2025 até a SE 53 segundo o critério de encerramento (total = 174).

	N	%
Critério clínico ou clínico - epidemiológico	2	1,20%
Critério laboratorial inespecífico *	29	16,70%
Critério laboratorial específico	143	82,20%
- Cultura	32	18,40%
- Cultura + PCR	14	8,00%
- PCR	97	55,70%

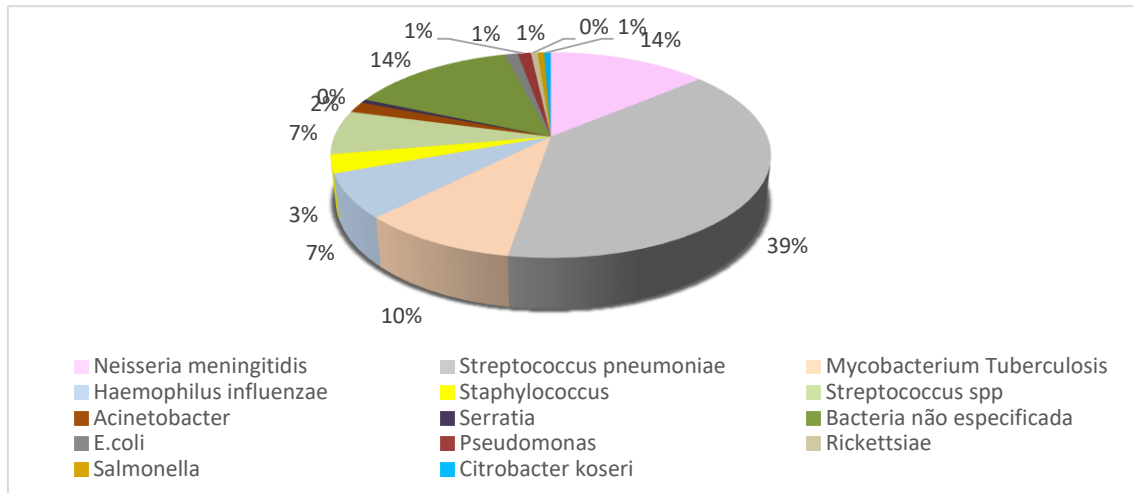
*Critério laboratorial inespecífico: quimiocitológico ou bacterioscopia direta. Fonte: e-SUS/VS. Extraído em: 17 de março de 2026. Dados sujeitos a alterações.



INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS VIGILÂNCIAS DAS MENINGITES

Programa Estadual de Imunização e Vigilância das Doenças Imunopreveníveis - Gerência em Vigilância em Saúde - SESA

Figura 3. Bactérias identificadas (total = 174)



Fonte: e- SUS/ VS. Extraído em: 17 de março de 2026.

Doença meningocócica (DM)

Sabe-se que a doença meningocócica (DM), dentre as meningites bacterianas, é de grande relevância em função de sua magnitude, gravidade e potencial para causar surtos.

No ano de 2025, até a semana epidemiológica 53, foram confirmados 24 casos de DM no estado do ES. Nesse grupo, incluem-se meningococemia, meningite meningocócica e meningite meningocócica com meningococemia, síndromes causadas pela *Neisseria meningitidis*. Trata-se de um número expressivo.

No entanto, a análise do diagrama de controle (Figura 4) demonstra que, em determinados períodos do ano, o número de casos ultrapassou o limite esperado, ainda que nenhum município tenha sido classificado em situação de risco ou risco de surto, conforme os critérios vigentes.

Quando comparado aos anos anteriores à incorporação da vacina meningocócica no calendário nacional, observa-se uma redução no número de casos (Figura 5). Ainda assim, chama atenção o comportamento da doença no último ano, especialmente em comparação a 2024.

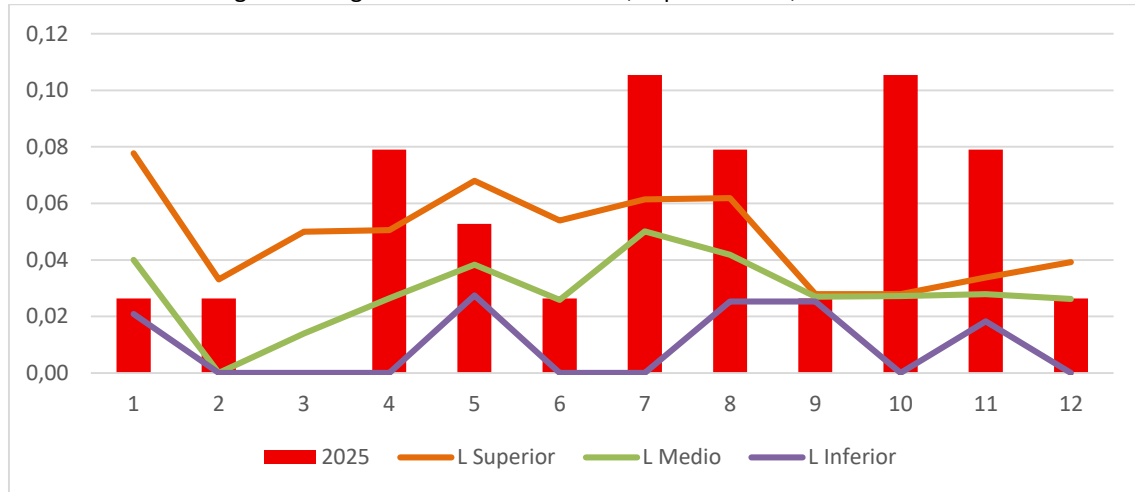
Esse cenário reforça a importância da manutenção das ações de vigilância epidemiológica, bem como das medidas de controle e prevenção da doença.



INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS VIGILÂNCIAS DAS MENINGITES

Programa Estadual de Imunização e Vigilância das Doenças Imunopreveníveis - Gerência em Vigilância em Saúde - SESA

Figura 4. Diagrama de controle de DM, Espírito Santo, 2025.

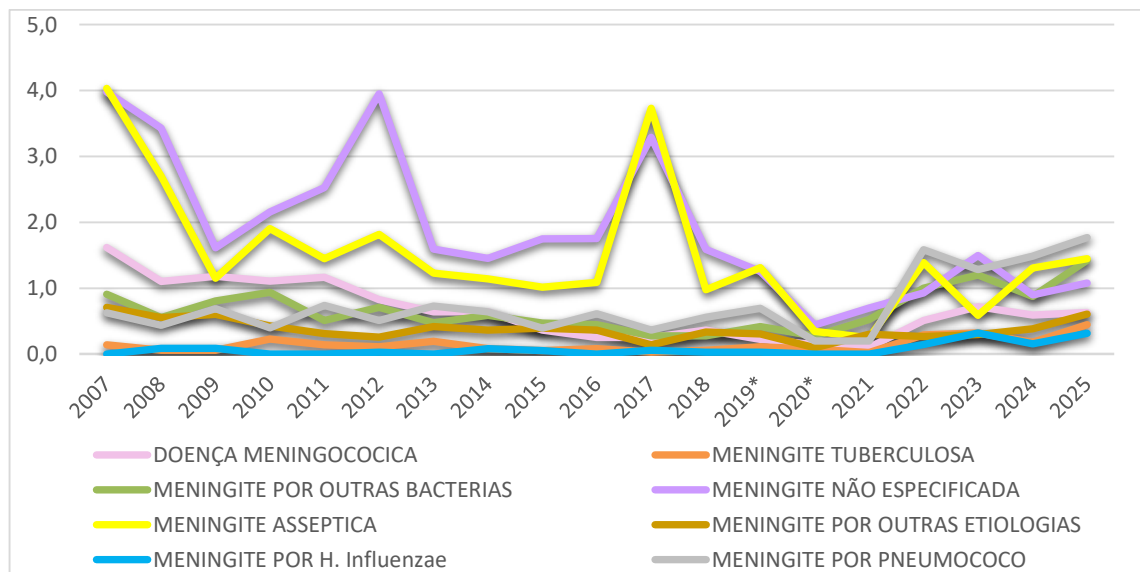


*Excluído os anos de 2020 e 2021. Devido a pandemia do COVID tivemos subnotificação.

** Baseado nos anos de 2011 a 2019 e 2022 e utilizado como calculo o quartil e CI.

Fonte: e- SUS/VS. Extraído em: 17 de março de 2026.

Figura 5. Coeficiente de Incidência das meningites no ES de 2007 a 2025



Fonte: e- SUS/VS. Extraído em: 17 de março de 2026.

Os casos de DM em 2025 predominaram na faixa etária de 18 a 59 anos, em indivíduos residentes na região metropolitana do estado, acometendo os sexos masculino e feminino na mesma proporção (Tabela 4).

Além disso, 100,00% dos casos confirmados de DM tiveram o diagnóstico encerrado por critério laboratorial específico, o que possibilitou a identificação dos sorogrupos na maioria dos casos — com predomínio dos sorogrupos C e B, além da identificação do sorogrupo Y no estado (Tabela 4).



INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS VIGILÂNCIAS DAS MENINGITES

Programa Estadual de Imunização e Vigilância das Doenças Imunopreveníveis - Gerência em Vigilância em Saúde - SESA

Tabela 4. Caracterização geral dos casos confirmados de DM no ano de 2025 até a SE 53 (total = 24)

	n	%
Meningococemia	9	37,50%
Meningite meningocócica	11	45,80%
Meningite meningocócica com meningococemia	4	16,70%
Faixa etária		
0 – 5 anos	1	4,20%
6 – 17 anos	3	12,50%
18 – 59 anos	19	79,20%
Acima de 60 anos	1	4,20%
Sexo		
Feminino	12	50,00%
Masculino	12	50,00%
Região de moradia:		
Metropolitana	17	70,80%
Central	2	8,30%
Norte	0	0,00%
Sul	5	20,80%
Critério de encerramento		
Critério laboratorial específico*	24	100,00%
Sorogrupo		
B	4	16,70%
C	13	54,17%
Y	1	4,17%
Não grupável	6	25,00%
Desfecho		
Alta	21	87,50%
Óbito ou óbito por outra causa	3	12,50%
Quimioprofilaxia		
Sem indicação	1 **	4,17%
Realizada, mas não em tempo	7	29,17%
Realizada em tempo hábil	16	66,17%

*Laboratorial específico correspondem aos seguintes números de casos: - PCR = 23 e - PCR + cultura = 1

**1, diagnóstico tardio. Fonte: e- SUS/VS. Extraído em: 17 de março de 2026.

Contudo, em apenas um dos casos houve isolamento de *Neisseria meningitidis* em cultura, o que permitiu a análise do padrão de resistência aos antimicrobianos dos meningococos identificados, os quais se mostraram sensíveis aos tratamentos usuais.



INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS VIGILÂNCIAS DAS MENINGITES

Programa Estadual de Imunização e Vigilância das Doenças Imunopreveníveis - Gerência em Vigilância em Saúde - SESA

O diagnóstico laboratorial específico, especialmente por meio da cultura, é de extrema importância para a determinação do agente etiológico circulante, sobretudo dos sorogrupos, possibilitando a adoção adequada de medidas de tratamento, prevenção e controle.

Como medidas de prevenção e controle da doença, utilizam-se a quimioprofilaxia com antibióticos e a vacinação. A quimioprofilaxia está indicada para contatos próximos de casos suspeitos de DM. Observou-se que, na maioria dos casos, a quimioprofilaxia dos contactantes foi realizada no prazo de até 48 horas a partir da notificação, conforme preconizado no guia epidemiológico (Tabela 4), assegurando efeito protetor na redução da transmissão e na ocorrência de casos secundários.

Todavia, para a prevenção de casos primários de DM, a medida mais eficaz continua sendo a vacinação. Atualmente, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) oferece a vacina meningocócica C conjugada aos 3 e 5 meses de idade, com reforço aos 12 meses, e a vacina meningocócica ACWY para adolescentes de 11 a 14 anos, em dose única. Além disso, a vacina ACWY está disponível nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) para indivíduos com condições clínicas específicas, como asplenia, imunodeficiências, doenças hematológicas, entre outras situações de risco.

Dos 24 casos confirmados de DM, 83,30% (20) não estavam na faixa etária contemplada pelas estratégias de vacinação à época de sua implementação, considerando que essas vacinas foram incorporadas, respectivamente, em 2010 e 2020. Entre os demais casos com indicação para vacinação (4), todos apresentavam esquema vacinal completo conforme preconizado pelo PNI. Entretanto, dois desses casos foram atribuídos ao sorogrupo B, um ao sorogrupo Y e um não foi grupável, reiterando a importância da ampliação da proteção vacinal para os sorogrupos não contemplados na rotina da rede pública.

Meningite pelo *Streptococcus pneumoniae* ou pneumocócica (MP) e Meningite por *Haemophilus influenzae* (MHi)

A meningite pneumocócica (MP) e a meningite por *Haemophilus influenzae* (MHi) continuam sendo importantes causas de preocupação para os profissionais de saúde, devido à sua elevada letalidade e morbidade. Esses agentes etiológicos estão frequentemente associados a óbitos e a sequelas neurológicas graves.

No estado do ES, em 2025, foram confirmados 67 casos de MP, com predomínio no sexo masculino, entre residentes da Região Metropolitana e na faixa etária de 18 a 59 anos. Quanto



INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS VIGILÂNCIAS DAS MENINGITES

Programa Estadual de Imunização e Vigilância das Doenças Imunopreveníveis - Gerência em Vigilância em Saúde - SESA

à MHi, foram confirmados 12 casos no mesmo período, com maior ocorrência no sexo feminino, em indivíduos de 18 a 59 anos, também residentes da Região Metropolitana (Tabela 5).

Tabela 5. Caracterização geral dos casos confirmados de MP e MHi no ano de 2025 até a SE 53 (total MP = 67 e total MHi = 12)

	MP		MHi	
	n	%	n	%
Faixa etária				
<i>0 – 5 anos</i>	9	13,40%	3	25,00%
<i>6 – 17 anos</i>	7	10,40%	3	25,00%
<i>18 – 59 anos</i>	31	46,30%	6	50,00%
<i>Acima de 60 anos</i>	20	29,90%	0	0,00%
Sexo				
<i>Feminino</i>	33	49,30%	9	75,00%
<i>Masculino</i>	34	50,70%	3	25,00%
Região de moradia:				
<i>Metropolitana</i>	46	68,70%	7	58,30%
<i>Central</i>	7	10,40%	3	25,00%
<i>Norte</i>	6	9,00%	2	16,70%
<i>Sul</i>	8	11,90%	0	0,00%
Critério de encerramento				
<i>Critério laboratorial específico*</i>	67	100%	11	91,70%
<i>Critério clínico - epidemiológico</i>	0	0,00%	1	8,30%
Desfecho				
<i>Alta</i>	43	64,20%	10	83,30%
<i>Óbito ou óbito por outra causa</i>	24	35,80%	2	16,70%
Quimioprofilaxia				
<i>Sem indicação ou não realizada</i>			5	41,67%
<i>Realizada, em tempo</i>	**		6	50,00%
<i>Realizada, não em tempo</i>			1	8,33%

Fonte: e- SUS/VS. Extraído em: 17 de março de 2026. *Laboratorial específico serão detalhados mais à frente. ** Sem indicação.

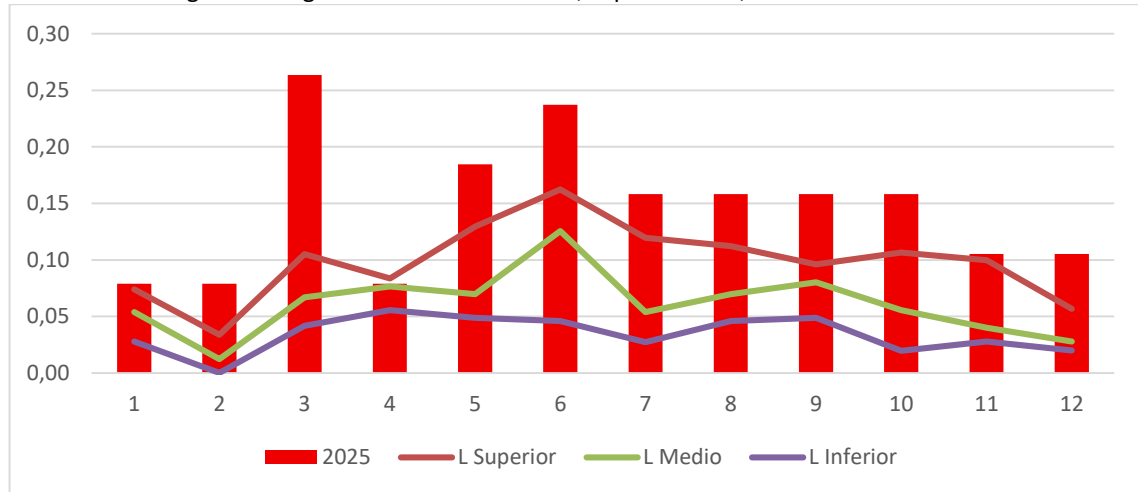
Chama atenção a manutenção do elevado número de casos de MP e o aumento dos casos de MHi nos últimos três anos (Figura 5). A análise dos diagramas de controle para essas etiologias (Figuras 6 e 7) evidencia que, na maior parte do ano, os casos permaneceram acima do esperado ou em zona de alerta. No caso específico da MHi, a ocorrência de qualquer caso impacta significativamente o diagrama de controle, uma vez que, durante vários anos, o estado registrou apenas casos esporádicos ou isolados da doença.



INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS VIGILÂNCIAS DAS MENINGITES

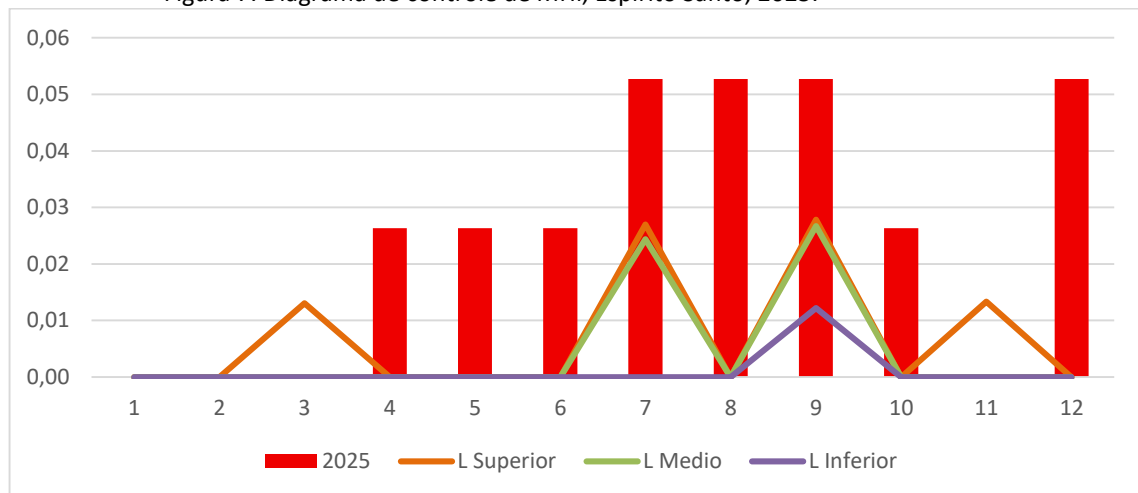
Programa Estadual de Imunização e Vigilância das Doenças Imunopreveníveis - Gerência em Vigilância em Saúde - SESA

Figura 6. Diagrama de controle de MP, Espírito Santo, 2025.



*Excluído os anos de 2020 e 2021. Devido a pandemia do COVID tivemos subnotificação. ** Baseado nos anos de 2011 a 2019 e 2022 e utilizado como calculo quartil e CI. Fonte: e- SUS/VS. Extraído em: 17 de março de 2026

Figura 7. Diagrama de controle de MHi, Espírito Santo, 2025.



*Excluído os anos de 2020 e 2021. Devido a pandemia do COVID tivemos subnotificação. ** Baseado nos anos de 2011 a 2019 e 2022 e utilizado como calculo quartil e CI. Fonte: e- SUS/VS. Extraído em: 17 de março de 2026.

Em paralelo ao aumento dos casos desde o final de 2021, o LACEN tem utilizado o método de PCR para a identificação de *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae*. Esse método, mais sensível que o teste do látex, tem contribuído para o aprimoramento do diagnóstico dos casos, conforme demonstrado na Tabela 6. Esse avanço é relevante, pois o diagnóstico correto possibilita a instituição do tratamento adequado, reduzindo mortes e sequelas, além de permitir a aplicação da quimioprofilaxia de forma criteriosa — indicada apenas para contatos domiciliares de casos suspeitos de MHi e de DM.



INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS VIGILÂNCIAS DAS MENINGITES

Programa Estadual de Imunização e Vigilância das Doenças Imunopreveníveis - Gerência em Vigilância em Saúde - SESA

No estado do ES, em 2025, a quimioprofilaxia foi realizada em 50,00% (6 de 12) dos casos confirmados de meningite por *H. influenzae*, dentro do prazo recomendado pelo Guia de Vigilância, reforçando a importância do papel das vigilâncias municipais (Tabela 5).

Tabela 6. Distribuição dos casos confirmados de MP e MHi no ano de 2025 até a SE 53 segundo o critério de encerramento laboratorial específico (total MP = 67 e total MHi = 12)

	MP		MHi	
	n	%	n	%
<i>Cultura</i>	3	4,48%	0	0,00%
<i>Cultura + PCR</i>	13	19,40%	0	0,00%
PCR	51	76,12%	11	91,7%

Fonte: e-SUS/VS. Extraído em: 17 de março de 2026. Observação: 1 caso de MHi = critério clínico - epidemiológico

A despeito da melhoria no diagnóstico laboratorial, o isolamento em cultura permanece limitado no estado do ES. Dos 67 casos de MP, apenas 16 (23,88%) tiveram o agente isolado em cultura.

A identificação dessas bactérias em amostras viáveis enviadas ao LACEN possibilita a determinação dos sorotipos das cepas bacterianas isoladas, além da análise do perfil de resistência antimicrobiana.

Atualmente, os meningococos e *Haemophilus influenzae* identificados por PCR ou cultura, assim como os pneumococos isolados em cultura, são submetidos a exames complementares sempre que as amostras estão viáveis, para identificação do sorogrupo, sorotipo ou genótipo. Esse procedimento é de extrema importância diante do cenário de aumento das infecções invasivas por pneumococos e *H. influenzae* causadas por sorotipos e genótipos não contemplados pelas vacinas atualmente disponíveis, além da resistência a antibióticos já observada, conforme demonstram as Tabelas 7 e 8.

Entre os sorotipos de pneumococo identificados, destaca-se a ocorrência do sorotipo 19A, e, no caso de *H. influenzae*, o fenótipo não tipável, ambos associados a infecções invasivas graves e resistência aos antimicrobianos utilizados como primeira escolha para o tratamento dessas infecções.

Tabela 7. Detalhamento dos sorotipos identificados dos pneumococos e fenótipo do *Haemophilus* identificados em 2025 (total MP = 67 e total MHi = 12)

	n	%
MP		
<i>Sem identificação (só PCR ou amostras não viáveis)</i>	53	79,10%
23 A	1	1,49%
6A	1	1,49%
15A	2	2,99%
15B	2	2,99%



INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS VIGILÂNCIAS DAS MENINGITES

Programa Estadual de Imunização e Vigilância das Doenças Imunopreveníveis - Gerência em Vigilância em Saúde - SESA

3	2	2,99%
9V	1	1,49%
19A	3	4,48%
8	1	1,49%
23B	2	2,99%
MHi		
f	1	8,33%
a	1	8,33%
Não tipável	9	75,00%

Fonte: e- SUS/VS e GAL. Extraído em: 17 de março de 2026

Tabela 8. Detalhamento do padrão de resistência dos pneumococos identificados em 2025

	MP	
	n	%
Sem possibilidade da análise (só PCR ou sem antibiograma)	52	77,61%
Sensível a penicilina	11	16,42%
Resistente a penicilina e sensível a vancomicina	4	5,97%

Fonte: e- SUS/VS e GAL. Extraído em: 17 de março de 2026

O calendário básico do PNI contempla a vacina pneumocócica 10-valente — que protege contra os sorotipos 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F e 23F — e a vacina pentavalente, que inclui proteção contra *Haemophilus influenzae* tipo b. Ambas são ofertadas para crianças menores de 5 anos e, em situações específicas, para indivíduos com condições clínicas especiais por meio dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE), com o objetivo de prevenir, entre outras infecções graves, as meningites pneumocócica (MP) e por *H. influenzae* (MHi).

Entre os casos de MP, observou-se que 77,61% (52 de 67) ocorreram em indivíduos fora da faixa etária contemplada pela vacinação de rotina, reflexo da recente incorporação da vacina ao calendário. Outros 14,93% (10 de 67) haviam recebido o esquema completo da vacina pneumocócica 10-valente, e 7,46% (5 de 67) não possuíam informação registrada sobre a vacinação.

Em relação aos casos de MHi, 41,67% (5 de 12) estavam vacinados com a pentavalente, enquanto 50,00% (6 de 12) ainda não tinham idade para vacinação conforme o calendário vigente, e 8,33% (1 de 12) não possuía essa informação registrada.

Meningite tuberculosa

Outra meningite bacteriana que se destaca pela letalidade é a meningite tuberculosa, causada pela *Mycobacterium tuberculosis*. A maioria dos casos ocorreu em indivíduos imunodeprimidos,



INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS VIGILÂNCIAS DAS MENINGITES

Programa Estadual de Imunização e Vigilância das Doenças Imunopreveníveis - Gerência em Vigilância em Saúde - SESA

residentes na região metropolitana, na faixa etária de 18 a 59 anos, do sexo masculino, e sem informações registradas sobre vacinação.

Tabela 9. Caracterização geral dos casos confirmados de meningite tuberculosa (*total = 17*)

	n	%
<u>Faixa etária</u>		
<i>0 – 5 anos</i>	0	0,00%
<i>6 – 17 anos</i>	1	5,90%
<i>18 – 59 anos</i>	15	88,20%
<i>Acima de 60 anos</i>	1	5,90%
<u>Sexo</u>		
<i>Feminino</i>	6	35,30%
<i>Masculino</i>	11	64,70%
<u>Região de moradia:</u>		
<i>Metropolitana</i>	13	76,50%
<i>Central</i>	0	0,00%
<i>Norte</i>	3	17,60%
<i>Sul</i>	1	5,90%
<u>Critério de encerramento</u>		
Critério laboratorial inespecífico	5	29,40%
Critério laboratorial específico	12	70,60%
<u>Desfecho</u>		
<i>Alta</i>	12	70,60%
<i>Óbito ou óbito por outra causa</i>	4	23,50%
<i>Ignorado / Em aberto</i>	1	5,90%

* *Laboratorial específico correspondem aos seguintes números de casos: - PCR. Fonte: e- SUS/ VS.
Extraído em: 17 março de 2026.

Em 7 dos casos, a bactéria *Mycobacterium tuberculosis* apresentou sensibilidade à rifampicina. Em 10 casos, não foi possível determinar essa informação (sensibilidade indeterminada).

Os 4 casos que evoluíram para óbito apresentavam imunossupressão adquirida grave.

OUTRAS MENINGITES

As meningites virais, também chamadas de assépticas, embora possam ocasionar surtos devido à sua alta transmissibilidade, costumam apresentar menor gravidade clínica. Na maioria dos casos, os pacientes evoluem favoravelmente, sem necessidade de tratamento específico.

Até 2023, o método diagnóstico disponível para identificação de agentes virais no líquor era limitado, dificultando a confirmação etiológica da maioria dos casos.



INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS VIGILÂNCIAS DAS MENINGITES

Programa Estadual de Imunização e Vigilância das Doenças Imunopreveníveis - Gerência em Vigilância em Saúde - SESA

No ES, em 2025, as meningites virais representaram 18,77% (55 de 293) dos casos confirmados, com registro de 2 óbitos, resultando em taxa de letalidade de 3,64%. Esse dado está em consonância com a menor gravidade associada a essa etiologia, conforme descrito na literatura. Dentre os casos com identificação do agente viral, foram detectados: vírus da caxumba (1 caso; 1,80%), chikungunya (1; 1,80%), oropouche (3; 5,50%), herpesvírus tipos 1 e 2 (5; 9,10%), herpesvírus tipo 6 (2; 3,60%), outros enterovírus (4; 7,30%), varicela-zóster (1; 1,80%) e citomegalovírus (1; 1,80%). Em 67,3% (37 de 55) dos casos, não houve identificação do agente viral.

As meningites por outros agentes infecciosos, predominantemente de origem fúngica — com destaque para *Cryptococcus neoformans*, *Cryptococcus gattii* e *Sporothrix* — corresponderam a 7,85% dos casos no estado, apresentando elevada taxa de letalidade (43,48%). A maioria desses casos ocorreu em indivíduos imunodeprimidos (7 de 10).

INDICADORES

	ES	Metropolitana	Central	Norte	Sul
Porcentagem de casos confirmados por critério laboratorial específico*	62,80%	53,47%	53,33%	40,74%	73,53%
Porcentagem de casos investigados até 48h da notificação**	100%	100%	100%	100%	100%
Porcentagem de casos encerrados em até 60 dias da notificação	89,08%	92,57%	86,67%	74,07%	82,35%

Fonte: e- SUS/ VS e SINAN. Extraído em: 17 março de 2026. * Não considera as MOE. ** Não mede a qualidade destas investigações.



INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS VIGILÂNCIAS DAS MENINGITES

Programa Estadual de Imunização e Vigilância das Doenças Imunopreveníveis - Gerência em Vigilância em Saúde - SESA

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

O cenário atual demonstra:

- Predominância das meningites bacterianas, com letalidade elevada.
- Aumento dos casos de MP e MHi, com reaparecimento de sorotipos não cobertos pelas vacinas atuais.
- Diagnóstico avançado com PCR, mas persistência da fragilidade no isolamento em cultura.
- Vacinação eficaz, mas com lacunas importantes nos grupos fora da faixa etária de rotina.

Ações propostas

- Intensificação da rotina de vacinação.
- Estímulo a prescrição de imunobiológicos especiais através dos CRIE conforme as indicações previstas pelo protocolo do Ministério da Saúde.
- Mobilização dos profissionais de saúde para evitar perdas de oportunidades de vacinação para atualização de cadernetas de vacinação de crianças e adolescentes.
- Fortalecimento dos serviços de vigilâncias e de imunização.
- Fortalecimento da vigilância laboratorial das meningites para identificação principalmente dos sorogrupos ou sorotipos ou fenótipo das cepas bacterianas isoladas, além do perfil de resistência a antimicrobianos.

Recomendações

- Aos gestores, as vigilâncias de meningite e aos núcleos de vigilância hospitalar: disseminar aos serviços de saúde públicos e privados o guia epidemiológico de vigilância em saúde do Ministério da Saúde;
- Aos gestores, as vigilâncias de meningite, aos núcleos de vigilância hospitalar, aos serviços de assistências a saúde e a população geral: divulgar amplamente à população as medidas preventivas contra os diferentes tipos de meningites e informações sobre a doença, com a orientação de busca de atendimento médico em caso de sinais e sintomas compatíveis.
- Aos serviços assistências a saúde (atenção primária, secundária e terciária): coletar material (líquor, cultura) e enviar ao LACEN para o auxílio do diagnóstico específico e tratar oportunamente os casos suspeitos de meningite;
- As vigilâncias e serviços assistências a saúde: notificar os casos suspeitos de meningites e incluir todas as informações pertinentes no sistema de informação Esus - VS.
- As vigilâncias: digitar oportunamente o caso, a investigação e o desfecho dos casos no Esus – VS
- A população: manutenção das medidas de prevenção.



INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS VIGILÂNCIAS DAS MENINGITES

Programa Estadual de Imunização e Vigilância das Doenças Imunopreveníveis - Gerência em Vigilância em Saúde - SESA

ANEXO A

Série histórica

	2015		2016		2017		2018		2019	
	N. CASOS	N. OBITO	N. CASOS	N. OBITOS	N. CASOS	N. OBITOS	N. CASOS	N. OBITOS	N. CASOS	N. OBITOS
DOENÇA MENINGOCOCICA	14	9	9	0	9	4	13	0	8	3
MENINGITE TUBERCULOSA	2	0	3	2	1	0	2	1	4	1
MENINGITE POR OUTRAS BACTERIAS	18	9	16	7	10	1	10	3	15	4
MENINGITE NÃO ESPECIFICADA	67	11	63	15	118	10	57	6	45	6
MENINGITE ASSEPTICA	39	0	39	1	134	3	35	1	47	2
MENINGITE POR OUTRAS ETIOLOGIAS	15	3	13	1	5	2	12	4	11	4
MENINGITE POR <i>H. Influenzae</i>	2	1	0	0	2	0	1	0	1	1
MENINGITE POR PNEUMOCOCCO	15	5	22	8	13	6	20	5	25	7
TOTAL	172	38	165	34	292	26	150	20	156	28

	2020		2021		2022		2023		2024		2025	
	N. CASOS	N. OBITOS	N. CASOS	N. OBITOS	N. CASOS	N. OBITOS	N. CASOS	N. OBITOS	N. CASOS	N. OBITOS	N. CASOS	N. OBITOS
DOENÇA MENINGOCOCICA	6	3	4	3	21	7	27	9	23	5	24	3
MENINGITE TUBERCULOSA	3	2	1	1	12	9	12	2	7	4	17	4
MENINGITE POR OUTRAS BACTERIAS	11	4	21	6	41	10	45	13	34	6	54	11
MENINGITE NÃO ESPECIFICADA	19	6	28	5	38	2	56	11	35	4	41	6
MENINGITE ASSEPTICA	13	1	10	1	57	5	22	1	51	2	55	2
MENINGITE POR OUTRAS ETIOLOGIAS	4	3	12	5	11	8	11	6	15	4	23	10
MENINGITE POR <i>H. Influenzae</i>	0	0	0	0	6	2	12	0	6	1	12	2
MENINGITE POR PNEUMOCOCCO	8	3	8	2	65	24	48	13	58	18	67	24
TOTAL	64	22	84	23	251	67	233	55	229	44	293	62

Fonte: e- SUS/ VS e SINAN. Extraído em: 17 março de 2026.



INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS VIGILÂNCIAS DAS MENINGITES

Programa Estadual de Imunização e Vigilância das Doenças Imunopreveníveis - Gerência em Vigilância em Saúde - SESA

Referência Técnica Estadual das Vigilâncias de Vírus respiratórios, das Meningites e de Eventos Supostamente Atribuíveis a Vacinação ou Imunização

Elisa Citty Duccini

Referência Técnica Estadual das Vigilâncias de Vírus respiratórios, das Meningites e das Doenças Exantemáticas

Dayana Kelli Fonseca

Mariana Ribeiro Macedo

Referência Técnica Estadual da Vigilância da Influenza e outros vírus respiratórios e das Meningites

Danielle Grillo Pacheco Lyra

Referência Técnica Estadual de Imunizações e Vigilância das Doenças Imunopreveníveis

Dijoce Bezerra Prates

Chefe do Núcleo Especial de Vigilância Epidemiológica

Juliano Mosa Mação

Gerente de Vigilância em Saúde

Orlei Amaral Cardoso

Subsecretaria de Vigilância em Saúde