

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 31 DE 2025 – JULHO 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, sendo classificados como infecciosos — como **bactérias, vírus, fungos e parasitas** — ou não infecciosos, relacionados a **neoplasias, doenças autoimunes ou reações a medicamentos**.

Dentre as formas infecciosas, destacam-se aquelas de origem bacteriana e viral, que representam 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, 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, além de 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 o aumento na 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), no ano de 2025, entre as semanas epidemiológicas (SE) 01 a 31, foram confirmados 161 casos de meningite, correspondendo a um coeficiente de incidência (CI) de 4,13 por 100.000 habitantes¹ (Figura 1).

A maioria dos casos foi encerrada por critério laboratorial específico (66,50%). Observou-se predomínio de indivíduos na faixa etária de 18 a 59 anos (48,07%), do sexo masculino (59,00%) e residentes na região metropolitana do estado (73,90%), conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização geral dos casos confirmados de meningite no ano de 2025 até a SE 31 (total = 161)

	N	%
<u>Faixa etária</u>		
0 – 5 anos	34	21,12%
6 – 17 anos	20	12,42%
18 – 59 anos	79	49,07%
Acima de 60 anos	28	17,39%
<u>Sexo</u>		
Feminino	66	41,00%
Masculino	95	59,00%
<u>Região de moradia:</u>		
Metropolitana	119	73,90%
Central	14	8,70%
Norte	10	6,20%
Sul	18	11,20%
<u>Critério de encerramento</u>		
Critério clínico ou clínico - epidemiológico	5	3,10%
Critério laboratorial inespecífico *	49	30,40%
Critério laboratorial específico**	107	66,50%
<u>Desfecho</u>		
Alta	103	64,00%
Óbito por meningite ou	30	18,60%



INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS VIGILÂNCIAS DAS MENINGITES

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

Óbito por outra causa***

Ignorado / Em aberto

28

17,40%

*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: 03 de agosto de 2025. Dado sujeito a alterações.

Com relação à distribuição dos casos por classificação etiológica (final), observou-se predomínio das meningites bacterianas (59,01%), representadas por meningite pneumocócica (*Streptococcus pneumoniae*) – MP (25,47%), meningite por outras bactérias (MOB) (14,91%), doença meningocócica (DM) (7,45%), meningite tuberculosa (MT) (8,07%) e meningite por *Haemophilus influenzae* (MHi) (3,11%). Em seguida, destacaram-se as meningites assépticas (MA) com 22,98%, os casos não especificados (MNE) com 11,80% e as meningites por outras etiologias (MOE) com 6,21%, conforme demonstrado na Tabela 2.

Tabela 2. Caracterização dos casos confirmados de meningite do ano de 2025 até a SE 31 por classificação final sua incidência e taxa de letalidade (total = 161)

Classificação final	casos	%	CI	óbitos totais	letalidade	CM
Meningites bacterianas (MB)	95	59,01%	2,44	23	24,21%	0,59
<u>Doença Meningocócica (DM)</u>	12	7,45%	0,31	1	8,33%	0,03
<i>Meningococemia</i>	2	1,24%	0,05	0	0,00%	0,00
<i>Meningite meningocócica</i>	7	4,35%	0,18	0	0,00%	0,00
<i>Meningococemia com meningite meningocócica</i>	3	1,86%	0,08	1	33,33%	0,03
<u>Meningite pneumocócica (MP)</u>	41	25,47%	1,05	13	33,33%	0,33
<u>Meningite tuberculosa (MT)</u>	13	8,07%	0,33	3	23,08%	0,08
<u>Meningite por outras bactérias (MOB)</u>	24	14,91%	0,62	5	20,83%	0,13
<u>Meningite por H. Influenzae (MHi)</u>	5	3,11%	0,13	1	20,00%	0,03
Meningite não especificada (MNE)	19	11,80%	0,49	2	10,53%	0,05
Meningite asséptica (MA)	37	22,98%	0,95	2	5,41%	0,05
Meningite por outras etiologias (MOE)	10	6,21%	0,26	3	30,00%	0,08
	161	100,00%	4,13	30		0,77

*CI = Coeficiente de incidência por 100.000 habitantes. **CM = Coeficiente de mortalidade por 100.000 habitantes. Fonte: e-SUS/VS. Extraído em: 03 de agosto de 2025. Dados sujeito a alterações.

A taxa de letalidade geral das meningites foi de 18,63% (30/161). Considerando a classificação etiológica (final), observa-se letalidade elevada nas meningites bacterianas (24,21%), com destaque para a MP (31,71%), seguida pela MT (23,08%) e pela DM (8,33%), conforme evidenciado na Tabela 2. Tais 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 2 e 3). No entanto, merece atenção o elevado risco de adoecimento e morte por meningite observado também em adultos

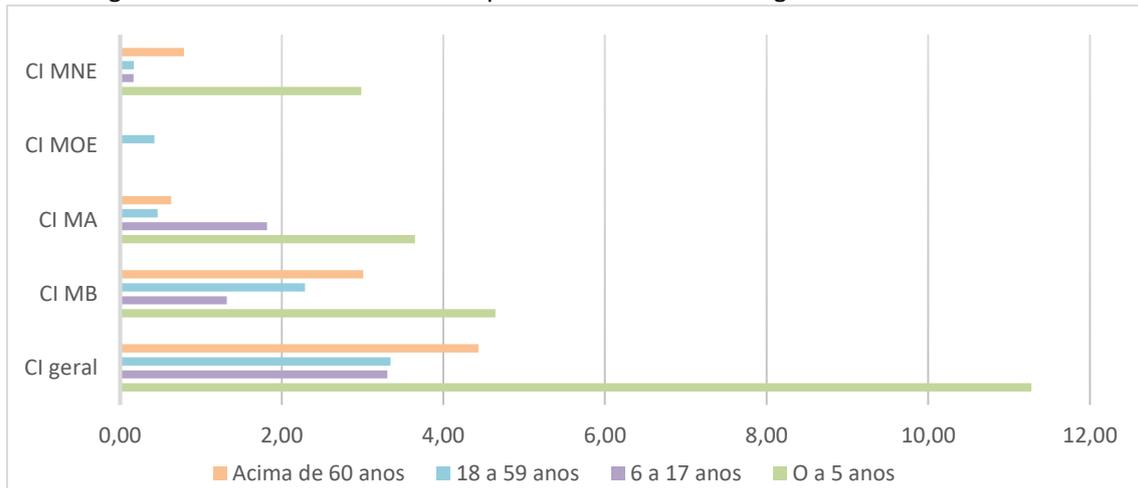


INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS VIGILÂNCIAS DAS MENINGITES

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

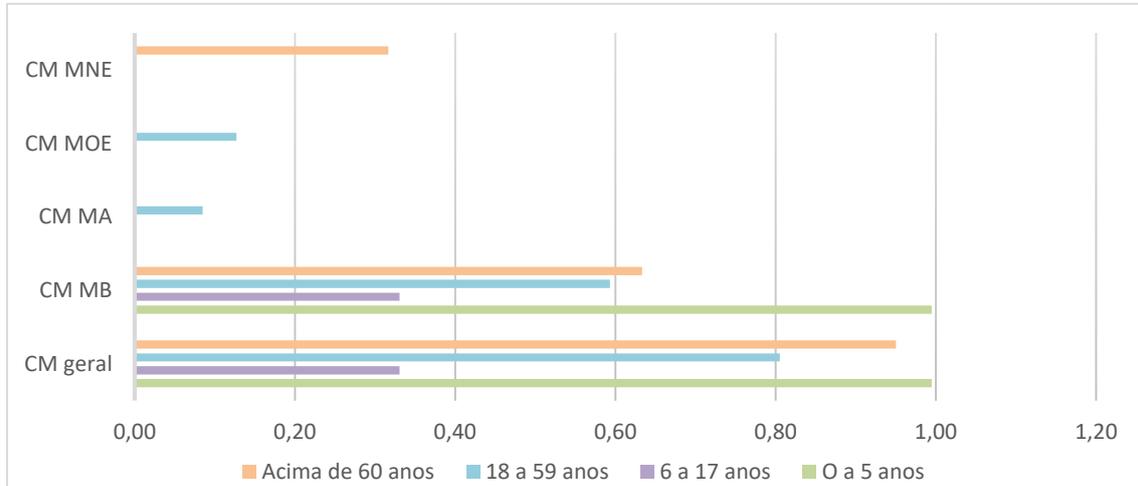
jovens, na faixa etária de 18 a 59 anos, evidenciando a importância da vigilância e da assistência qualificada nesse grupo etário.

Figura 1. Coeficiente de incidência por faixa etária de meningites até a SE 31 em 2025



Fonte: e- SUS/VS. Extraído em: 03 de agosto 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 31



Fonte: e- SUS/VS. Extraído em: 03 de agosto de 2025, CM = Coeficiente de mortalidade por 100.000 habitantes.

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



INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS VIGILÂNCIAS DAS MENINGITES

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

MENINGITES BACTERIANAS

Até a SE 31 de 2025, conforme mencionado anteriormente, dos 161 casos confirmados de meningite no Espírito Santo, 95 (59,01%) 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 62,10% das confirmações.

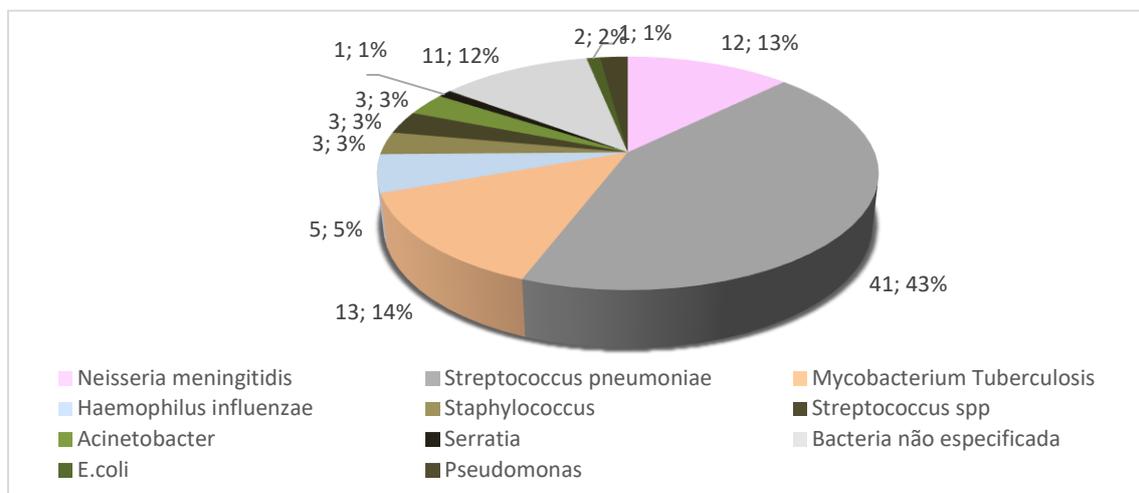
A utilização de exames laboratoriais específicos possibilitou a identificação da maioria dos agentes etiológicos envolvidos (Figura 5), permitindo, assim, a adequada classificação de diversos casos como DM, MP (*Streptococcus pneumoniae*), MHi e MT, os quais serão detalhados nas seções seguintes.

Tabela 3. Distribuição das meningites bacterianas do ano de 2025 até a SE 31 segundo o critério de encerramento (total = 95).

	N	%
Critério clínico ou clínico - epidemiológico	0	0,00%
Critério laboratorial inespecífico *	13	13,70%
Critério laboratorial específico	82	86,30%
- Cultura	16	16,80%
- Cultura + PCR	7	7,40%
- PCR	59	62,10%

*Critério laboratorial inespecífico: quimicitológico ou bacterioscopia direta. Fonte: e- SUS/VS. Extraído em: 03 de agosto de 2025. Dados sujeito a alterações.

Figura 3. Bactérias identificadas (total = 95)



Fonte: e- SUS/ VS. Extraído em: 03 de agosto de 2025.



INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS VIGILÂNCIAS DAS MENINGITES

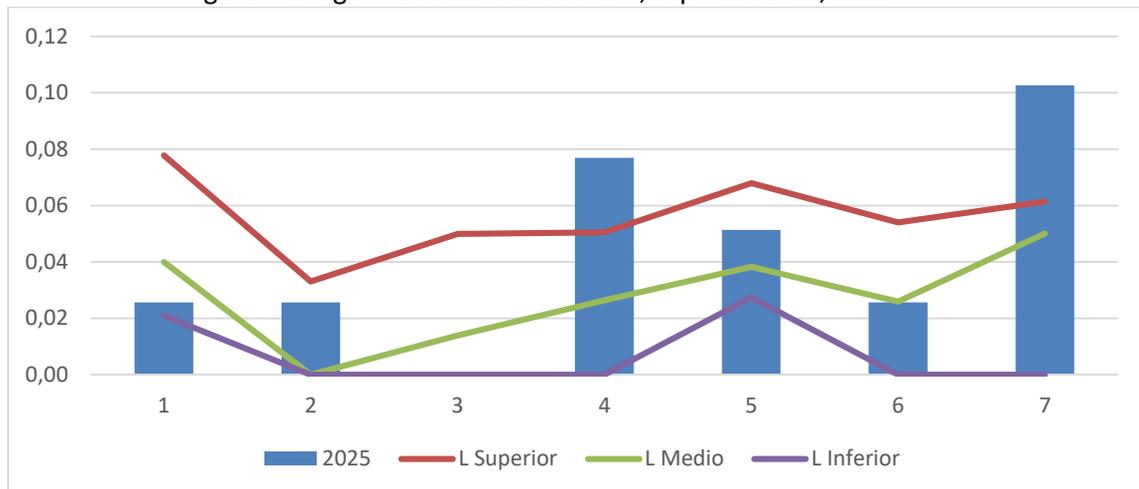
Programa Estadual de Imunização e Vigilância das Doenças Imunopreveníveis - Gerência em Vigilância em Saúde - SESA

Doença meningocócica (DM)

Sabidamente a DM, dentre as meningites bacterianas, é a de grande relevância pela sua magnitude, gravidade e potencial para causar surtos.

No ano de 2025 até a SE 31, tiveram 12 casos confirmados de DM (e nesse grupo inclui: meningococemia, meningite meningocócica e meningite meningocócica com meningococemia, síndromes causadas pela *Neisseria meningitidis*) no estado do ES. Trata-se de um número expressivo. No entanto, a análise do diagrama de controle (Figura 6) mostra 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. Esse cenário reforça a importância da manutenção das medidas de vigilância, controle e prevenção da doença.

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: 03 de agosto de 2025.

Os casos de DM de 2025 até a SE 31 predominaram no sexo masculino, na faixa etária entre 18 e 59 anos em moradores da região metropolitana no estado (tabela 4).

Além disso, 100,00% dos casos confirmados de DM tiveram o diagnóstico encerrado por critério laboratorial específico o que permitiu a identificação dos sorogrupos na maioria dos casos - tipo C e B (tabela 4).

Tabela 4. Caracterização geral dos casos confirmados de DM no ano de 2025 até a SE 31 (total = 12)

	n	%
Meningococemia	2	16,70%
Meningite meningocócica	7	58,30%
Meningite meningocócica com meningococemia	3	25,00%
Faixa etária		



INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS VIGILÂNCIAS DAS MENINGITES

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

<i>0 – 5 anos</i>	1	8,30%
<i>6 – 17 anos</i>	1	8,30%
18 – 59 anos	10	83,30%
<i>Acima de 60 anos</i>	0	0,00%
<u>Sexo</u>		
<i>Feminino</i>	5	41,70%
<i>Masculino</i>	7	58,30%
<u>Região de moradia:</u>		
<i>Metropolitana</i>	9	75,00%
<i>Central</i>	1	8,30%
<i>Norte</i>	0	0,00%
<i>Sul</i>	2	16,70%
<u>Critério de encerramento</u>		
<i>Critério laboratorial específico*</i>	12	100,00%
<u>Sorogrupo</u>		
<i>B</i>	2	16,70%
<i>C</i>	7	58,30%
<i>Não grupável</i>	3	0,00%
<i>Sem identificação</i>	0	25,00%
<u>Desfecho</u>		
<i>Alta</i>	9	75,00%
<i>Óbito ou óbito por outra causa</i>	1	8,30%
<i>Ignorado / Em aberto</i>	2	16,70%
<u>Quimioprofilaxia</u>		
<i>Sem indicação</i>	1 **	8,30%
<i>Realizada, mas não em tempo</i>	1	8,30%
<i>Realizada em tempo hábil</i>	10	83,30%

*Laboratorial específico correspondem aos seguintes números de casos: - PCR = 12 **1, diagnóstico tardio. Fonte: e- SUS/VS. Extraído em: 03 de agosto de 2025.

Contudo, nenhum dos casos a *Neisseria meningitidis* foi isolada em cultura não permitindo uma análise do padrão de resistência a antimicrobianos dos meningococos identificados.

O diagnóstico laboratorial específico (principalmente a cultura) é de extrema importância para determinar o agente etiológico circulante, sobretudo os sorogrupos, e dessa forma, aplicar as medidas de tratamento, de prevenção e de controle pertinentes de forma adequadas. Como medida preventiva e de controle da doença, utiliza-se a quimioprofilaxia com antibióticos e a vacinação. A quimioprofilaxia com antibióticos está indicada para contatos próximos de casos suspeitos de DM.



INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS VIGILÂNCIAS DAS MENINGITES

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

Na maioria dos casos a quimioprofilaxia dos contactantes foi realizada em um prazo de 48 horas da data da notificação, conforme a orientação do guia epidemiológico (tabela 4) assegurando efeito protetor na redução da transmissão (casos secundários). Todavia, para a prevenção de casos primários de DM, a forma mais eficaz ainda consiste na 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 pessoas com condições clínicas específicas, como asplenia, imunodeficiências, doenças hematológicas e outras situações de risco.

Dos 12 casos confirmados de DM, 83,30 % (10) não havia idade para vacinação já que essas vacinas foram incorporadas, respectivamente, em 2010 e 2020. Enquanto dos demais casos que havia idade para se vacinar todos (1) estavam com cartão de vacina completo para a idade conforme PNI, porém um desses casos foi DM pelo sorogrupo B, reiterando a importância da vacinação.

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

A MP e a meningite por 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, até a SE 31 de 2025, foram confirmados 41 casos de MP, com predomínio no sexo masculino, entre residentes da Região Metropolitana e na faixa etária de 18 a 59 anos. Quanto à MHi, foram confirmados 5 casos no mesmo período, com maior ocorrência no sexo feminino, em crianças de 0 a 5 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 31 (total MP = 41 e total MHi = 5)

	MP		MHi	
	n	%	n	%
<u>Faixa etária</u>				
<i>0 – 5 anos</i>	5	12,20%	3	60,00%
<i>6 – 17 anos</i>	5	12,20%	1	20,00%
<i>18 – 59 anos</i>	18	43,90%	1	20,00%
<i>Acima de 60 anos</i>	13	31,70%	0	0,00%
<u>Sexo</u>				
<i>Feminino</i>	20	48,80%	3	60,00%
<i>Masculino</i>	21	51,20%	2	40,00%
<u>Região de moradia:</u>				
<i>Metropolitana</i>	29	70,70%	3	60,00%
<i>Central</i>	3	7,30%	1	20,00%



INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS VIGILÂNCIAS DAS MENINGITES

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

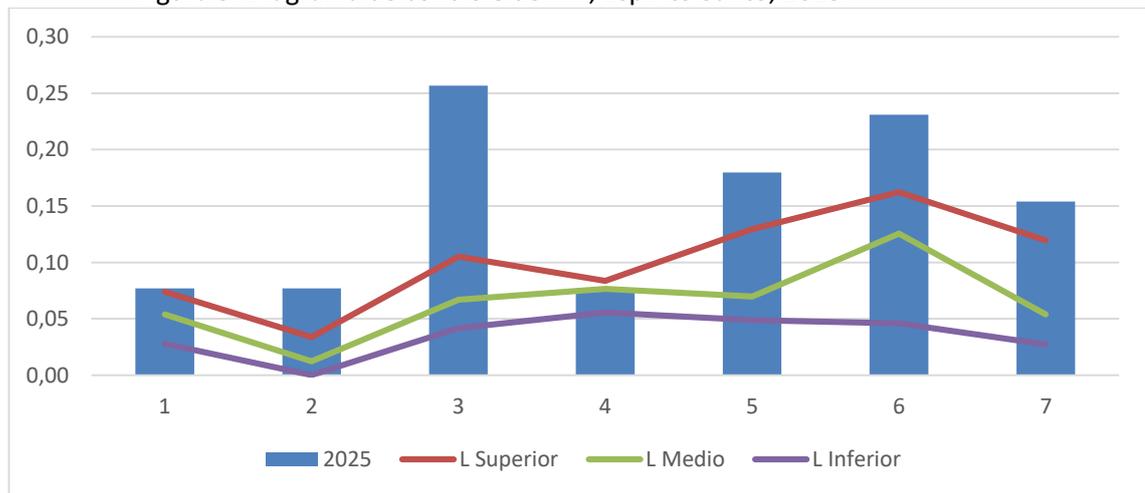
<i>Norte</i>	3	7,30%	1	20,00%
<i>Sul</i>	6	14,60%	0	0,00%
<u>Critério de encerramento</u>				
<i>Critério laboratorial específico*</i>	41	100%	5	100,00%
<u>Desfecho</u>				
<i>Alta</i>	16	39,00%	3	60,00%
<i>Óbito ou óbito por outra causa</i>	13	31,70%	1	20,00%
<i>Ignorado / Em aberto</i>	12	29,30%	1	20,00%
<u>Quimioprofilaxia</u>				
<i>Sem indicação</i>	**		1	8,33%
<i>Realizada, em tempo</i>			3	83,33%
<i>Realizada, não em tempo</i>			1	8,33%

Fonte: e- SUS/VS. Extraído em: 03 de agosto de 2025. *Laboratorial específico serão detalhados mais à frente. * Sem indicação.

Chama atenção o aumento no número de casos de MP e o reaparecimento de casos de MHi nos últimos três anos. A análise dos diagramas de controle para essas etiologias (Figuras 7 e 8) evidencia que, na maior parte do ano, os casos estiveram acima do esperado ou em zona de alerta, embora nenhum município tenha sido classificado em situação de risco.

No caso específico da MHi, a ocorrência de qualquer caso impacta significativamente o diagrama de controle, uma vez que, por vários anos, o estado registrou apenas casos esporádicos ou isolados da doença.

Figura 5. Diagrama de controle de MP, Espírito Santo, 2025.



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

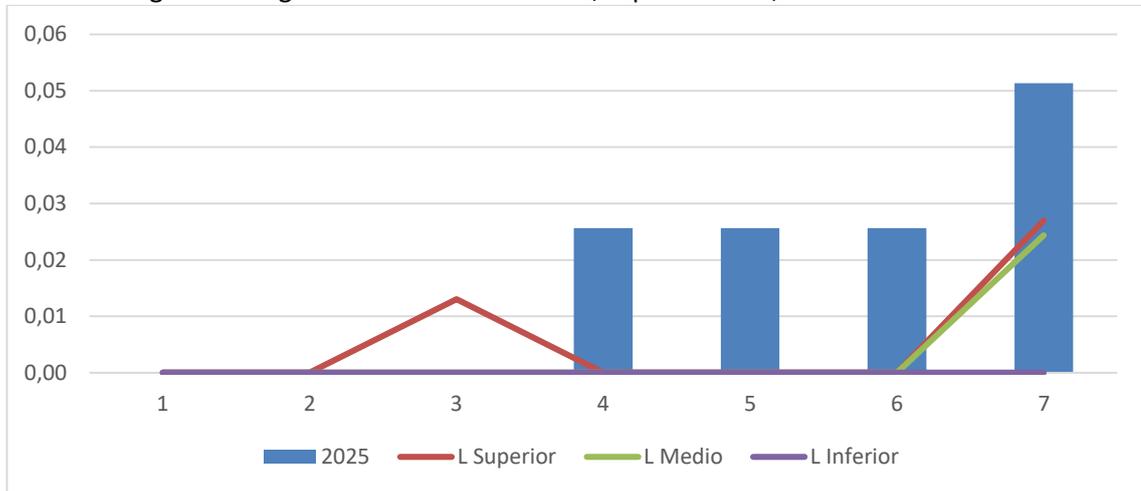
** Baseado nos anos de 2011 a 2019 e 2022 e utilizado como calculo quartil e CI. Fonte: e- SUS/VS. Extraído em: 03 de agosto de 2025



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 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: 03 de agosto de 2025.

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, está contribuindo para o melhor diagnóstico dos casos conforme se observa na tabela 6. Esse avanço é excelente, pois o diagnóstico correto possibilita a instituição do tratamento adequado e, conseqüentemente, a redução de mortes, sequelas e a aplicação da quimioprofilaxia — esta última indicada apenas para contatos domiciliares de casos suspeitos de MHi e por DM.

No estado do ES, até a SE 31 de 2025, a quimioprofilaxia foi realizada em 83,33% (3 de 5) dos casos confirmados para meningite por *H. influenzae*, em tempo hábil conforme preconizado pelo Guia de Vigilância, o que reforça 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 31 segundo o critério de encerramento laboratorial específico (total MP = 31 e total MHi = 5)

	MP		MHi	
	n	%	n	%
Cultura	2	4,90%	0	0,00%
Cultura + PCR	7	17,10%	0	0,00%
PCR	32	78,00%	5	100,00%

Fonte: e- SUS/ VS. Extraído em: 03 de agosto de 2025.

A despeito dessa melhoria no diagnóstico, o isolamento em cultura permanece em fragilidade no estado do ES. Apenas 11 dos 41 (24,40%) casos das MP tiveram o isolamento dessa bactéria em cultura.



INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS VIGILÂNCIAS DAS MENINGITES

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

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

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.

Dentre os sorotipos identificados de pneumococo, destaca para o aparecimento dos sorotipos do pneumococo 6A e fenótipo do *H. influenzae* não tipável que está associada a infecções invasivas graves e resistentes a antimicrobianos utilizados no tratamento de primeira escolha a essas infecções.

Tabela 7. Detalhamento dos sorotipos identificados dos pneumococos e fenótipo do *Haemophilus* identificados em 2025 (total MP = 41 e total MHi = 5)

	n	%
MP		
Sem identificação (só PCR ou amostras não viáveis)	34	82,93%
23 A	1	2,44%
6A	1	2,44%
Em andamento	5	12,20%
MHi		
F	1	20,00%
Não tipável	3	60,00%
Em andamento	1	20,00%

. Fonte: e- SUS/VS e GAL. Extraído em: 03 de agosto de 2025

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

	MP	
	n	%
Sem possibilidade da análise (só PCR)	32	78,05%
Sensível a penicilina	5	12,20%
Resistente a penicilina e sensível a vancomicina	2	4,88%
Em andamento	1	2,44%
Sem antibiograma	1	2,44%

Fonte: e- SUS/VS e GAL. **Extraído em:** 03 de agosto de 2025

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 o *Haemophilus influenzae* tipo b), ambas são ofertadas para crianças menores de 5 anos



INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS VIGILÂNCIAS DAS MENINGITES

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

e, em situações específicas, para pessoas com condições clínicas especiais por meio dos CRIE, com o objetivo de prevenir, entre outras infecções graves, as MPs e as MHi.

Entre os casos de MP, observou-se que 75,61% (31 de 41) ocorreram em indivíduos fora da faixa etária contemplada pela vacinação de rotina, reflexo da recente incorporação da vacina ao calendário. Outros 14,63% (6 de 41) haviam recebido o esquema completo da vacina pneumocócica 10-valente, e 9,76% (4 de 41) não possuíam informação registrada sobre a vacinação.

Em relação aos casos de MHi, 80,00% (4 de 5) estavam vacinados com a pentavalente, enquanto 20,00% (1 de 5) ainda não tinham idade para a vacinação conforme o calendário vigente.

Meningite tuberculosa

Outra meningite, bacteriana que destaca pela letalidade é a tuberculose, causada pela *Mycobacterium tuberculosis*. A maioria dos casos eram imunodeprimidos moradores da região metropolitana da faixa etária de 18 a 59 anos de idade do sexo masculino e não tinham informações sobre as vacinas.

Tabela 9. Caracterização geral dos casos confirmados de meningite tuberculosa (total = 13)

	n	%
Faixa etária		
0 – 5 anos	0	0,00%
6 – 17 anos	0	0,00%
18 – 59 anos	12	92,30%
Acima de 60 anos	1	7,70%
Sexo		
Feminino	4	30,80%
Masculino	9	69,20%
Região de moradia:		
Metropolitana	11	84,60%
Central	0	0,00%
Norte	2	15,40%
Sul	0	0,00%
Critério de encerramento		
Critério laboratorial inespecífico	2	15,40%
Critério laboratorial específico	11	84,60%
Desfecho		
Alta	5	38,50%
Óbito ou óbito por outra causa	3	23,10%
Ignorado / Em aberto	5	38,50%

* *Laboratorial específico correspondem aos seguintes números de casos: - PCR = 6 e Cultura + PCR = 1. Fonte: e- SUS/ VS. Extraído em: 03 agosto de 2025.



INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS VIGILÂNCIAS DAS MENINGITES

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

Em 6 dos casos, a bactéria *Mycobacterium tuberculosis* era sensível a rifampicina. 7 dos casos não foi possível obter essa informação (sensibilidade indeterminada).

Os 3 casos que foram a óbitos apresentavam uma 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 o ano de 2023, o método diagnóstico disponível para identificação de agentes virais no líquido era limitado, o que dificultava a confirmação etiológica da maioria dos casos.

No ES, em 2025 (até a SE 31), as meningites virais representaram 22,98% (37 de 161) dos casos confirmados, com registro de 2 óbitos, resultando em uma taxa de letalidade de 5,41%. 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; 2,70%), chikungunya (1; 2,70%), oropouche (3; 8,10%), herpesvírus (4; 10,80%), outros enterovírus (4; 10,80%), varicela-zóster (1; 2,70%) e citomegalovírus (1; 2,70%).

As meningites por outros agentes infecciosos, predominantemente de origem fúngica (com destaque para *Cryptococcus neoformans* e *Cryptococcus gattii*), corresponderam a 6,21% dos casos no estado, apresentando taxa de letalidade elevada (30,00%). 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	66,50%	65,55%	57,14%	60,00%	83,33%
Porcentagem de casos investigados até 48h da notificação	100%	100%	100%	100%	100%
Porcentagem de casos encerrados em até 60 dias da notificação	93,79%	93,28%	100%	100%	88,89%

Fonte: e- SUS/ VS e SINAN. Extraído em: 03 agosto de 2025.



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						
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 PNEUMOCOCO	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	
	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
MENINGITE TUBERCULOSA	3	2	1	1	12	9	12	2	7	4
MENINGITE POR OUTRAS BACTERIAS	11	4	21	6	41	10	45	13	34	5
MENINGITE NÃO ESPECIFICADA	19	6	28	5	38	2	56	11	35	4
MENINGITE ASSEPTICA	13	1	10	1	57	5	22	1	51	2
MENINGITE POR OUTRAS ETIOLOGIAS	4	3	12	5	11	8	11	6	15	4
MENINGITE POR <i>H. Influenzae</i>	0	1	0	0	6	2	12	0	6	1
MENINGITE POR PNEUMOCOCO	8	3	8	2	65	24	48	13	58	18
TOTAL	64	23	84	20	251	67	233	55	229	43

Fonte: e- SUS/ VS e SINAN. Extraído em: 03 agosto de 2025.



INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS VIGILÂNCIAS DAS MENINGITES

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

Elisa Citty Duccini

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

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

Dioce 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