

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 27 DE 2026

Apresentação

As meningites são processos inflamatórios das meninges, membranas que envolvem e protegem o cérebro e a medula espinhal. Podem ser causadas por diferentes agentes, incluindo bactérias, vírus, fungos e parasitas, além de causas não infecciosas, como doenças autoimunes, neoplasias e reações medicamentosas.

Entre as formas infecciosas, as meningites bacterianas apresentam maior relevância devido à elevada gravidade clínica, potencial de ocorrência de surtos, alta letalidade e risco de sequelas neurológicas permanentes. As meningites virais, apesar de geralmente apresentarem evolução mais favorável, possuem importância epidemiológica pelo potencial de transmissão e ocorrência de surtos.

No Brasil, as meningites apresentam comportamento endêmico e variação sazonal conforme a etiologia. Devido à sua magnitude, gravidade e necessidade de intervenção oportuna, são consideradas doenças de notificação compulsória, exigindo monitoramento contínuo para subsidiar ações de prevenção, controle e assistência.

Este Informe Epidemiológico apresenta a situação das meningites no Espírito Santo, com análise dos casos notificados, confirmados e óbitos registrados no período avaliado, visando apoiar a tomada de decisão pelos gestores, fortalecer as ações de vigilância em saúde e orientar estratégias de prevenção e controle no estado.

Definição de caso suspeito

Considera-se suspeito de meningite o indivíduo com febre associada a dois ou mais sinais ou sintomas, como cefaleia intensa, vômitos, alteração do estado mental, fotofobia, torpor ou convulsão; ou febre acompanhada de sinais de irritação meníngea (rigidez de nuca, Kernig ou Brudzinski); ou febre de início súbito associada a erupções cutâneas petequiais ou sufusões hemorrágicas.

Em menores de dois anos, devem ser considerados sinais como irritabilidade, choro persistente, sonolência ou abaulamento de fontanela. Em idosos e imunossuprimidos, a apresentação pode ser atípica, sendo necessária avaliação clínica criteriosa.

Nos casos suspeitos de meningococemia, deve-se observar a presença de eritema ou exantema, além de sinais de sepse, como hipotensão, sonolência, dor em membros e manifestações sistêmicas.



INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS VIGILÂNCIAS DAS MENINGITES

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

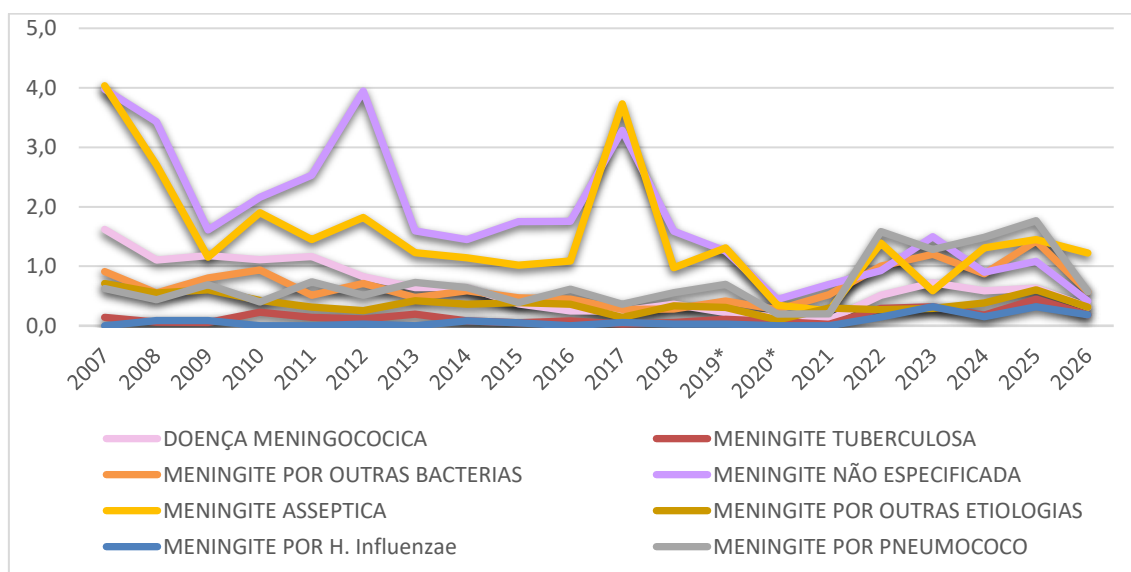
1.0 PANORAMA GERAL

1.0 Panorama Geral

Nos últimos anos, o perfil epidemiológico das meningites no Espírito Santo (ES) tem apresentado mudanças relacionadas à ampliação das estratégias de imunização, às alterações na circulação dos agentes etiológicos, à emergência e reemergência de sorotipos e sorogrupos bacterianos e à incorporação de métodos diagnósticos mais sensíveis, especialmente os testes moleculares, como a reação em cadeia da polimerase (PCR).

A análise da série histórica demonstra redução da incidência das meningites imunopreveníveis após a introdução de vacinas no Programa Nacional de Imunizações (PNI), com destaque para a doença meningocócica, a meningite por *Haemophilus influenzae* e a meningite pneumocócica. Entretanto, nos anos mais recentes, observa-se aumento da incidência das meningites pneumocócicas, reintrodução do registro de casos de meningite por *Haemophilus influenzae* e manutenção da circulação da doença meningocócica. Esses achados reforçam a necessidade do monitoramento contínuo dos agentes etiológicos circulantes, incluindo a caracterização dos sorotipos e sorogrupos envolvidos, bem como a avaliação da correspondência desses agentes com os componentes das vacinas atualmente disponíveis (Figura 1).

Figura 1. Coeficiente de incidência das meningites, Espírito Santo, 2007 a 2026.



Fonte: e-SUS VS. Extraído em 17 de julho de 2026. Dados sujeitos a alterações.

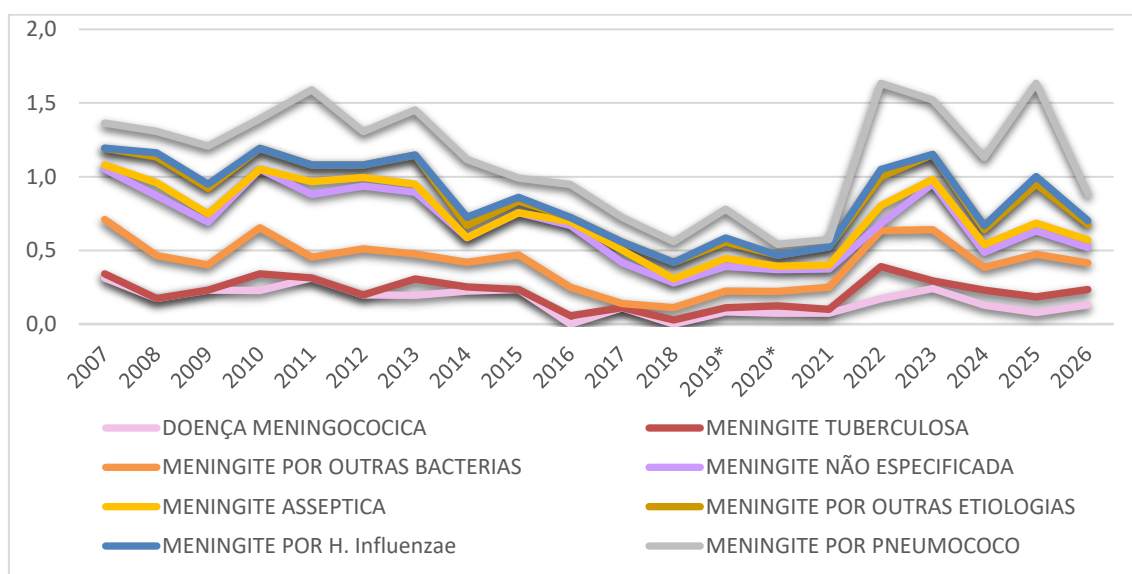


INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS VIGILÂNCIAS DAS MENINGITES

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

Apesar dos avanços na prevenção e na capacidade diagnóstica, as meningites bacterianas permanecem associadas à elevada gravidade clínica e à maior letalidade. A série histórica evidencia a persistência de óbitos no estado, principalmente entre os casos de meningite pneumocócica, meningite tuberculosa, doença meningocócica e meningites causadas por outras bactérias. Esse cenário reforça a importância do diagnóstico oportuno, da instituição precoce do tratamento adequado, da investigação epidemiológica e da condução clínica qualificada dos casos (Figura 2).

Figura 2. Coeficiente de mortalidade das meningites, Espírito Santo, 2007 a 2026.



Fonte: e-SUS VS. Extraído em 17 de julho de 2026. Dados sujeitos a alterações.

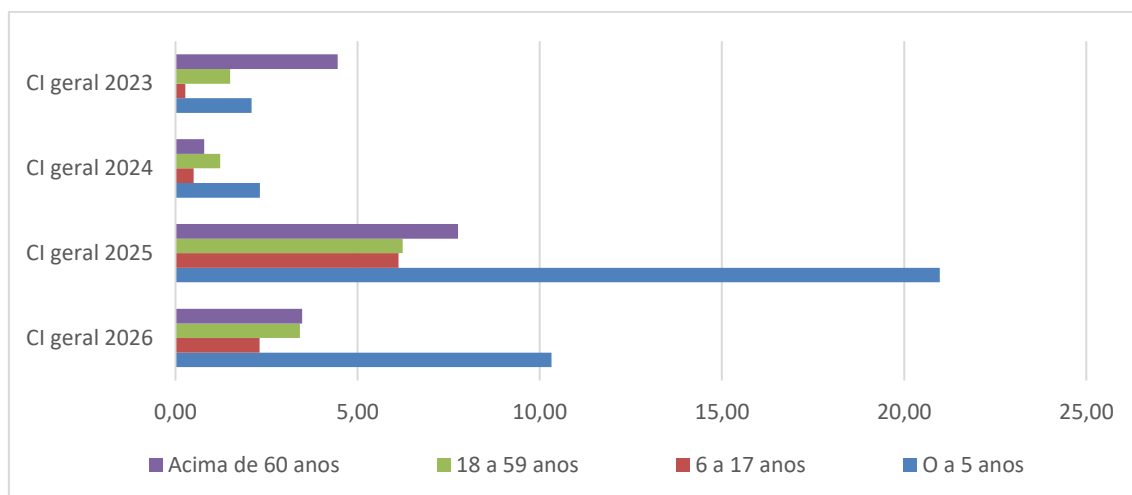
A distribuição dos casos e dos óbitos por faixa etária evidencia maior impacto entre crianças menores de cinco anos e pessoas idosas, grupos reconhecidamente mais vulneráveis às formas graves da doença. Entretanto, observa-se também aumento da ocorrência de casos e óbitos entre adultos de 18 a 59 anos em 2026, indicando a necessidade de manter a vigilância epidemiológica e a assistência em todos os grupos etários, especialmente diante de alterações no perfil de circulação dos agentes etiológicos (Figuras 3 e 4).



INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS VIGILÂNCIAS DAS MENINGITES

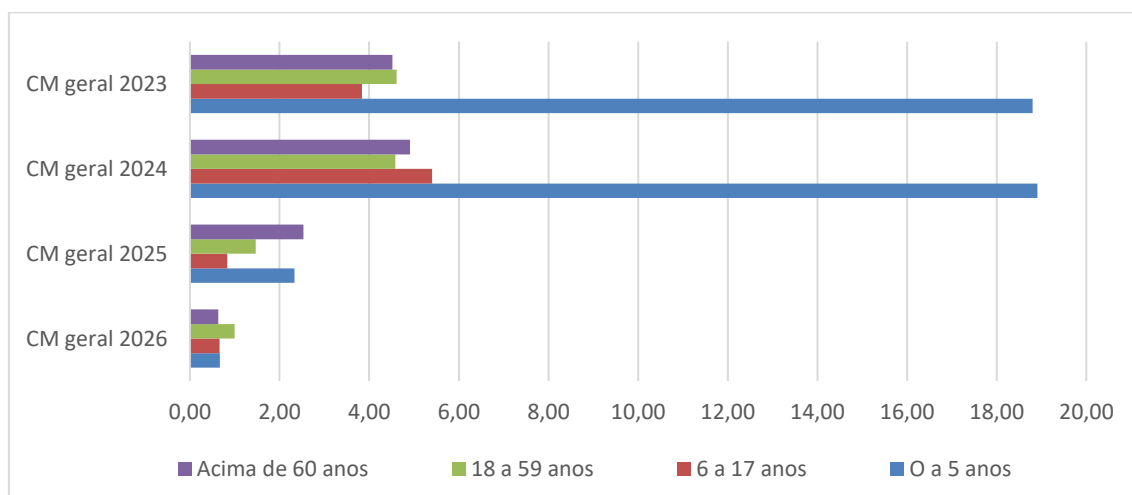
Programa Estadual de Imunização e Vigilância das Doenças Imunopreveníveis - Gerência em Vigilância em Saúde - SESA

Figura 3. Coeficiente de incidência das meningites por faixa etária, Espírito Santo, 2023 a 2026.



Fonte: e-SUS VS. Extraído em 17 de julho de 2026. Dados sujeitos a alterações.

Figura 4. Coeficiente de mortalidade das meningites por faixa etária, Espírito Santo, 2023 a 2026.



Fonte: e-SUS VS. Extraído em 17 de julho de 2026. Dados sujeitos a alterações.

Os resultados apresentados reforçam a importância da vigilância epidemiológica das meningites no Espírito Santo, com fortalecimento da notificação e investigação oportunas dos casos, ampliação da confirmação laboratorial, monitoramento contínuo dos agentes etiológicos e de seus perfis de circulação, análise da situação vacinal dos casos e manutenção de elevadas coberturas vacinais. Essas ações são essenciais para subsidiar a tomada de decisão, orientar as estratégias de prevenção e controle e



INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS VIGILÂNCIAS DAS MENINGITES

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

contribuir para a redução da incidência, da morbimortalidade e do impacto das meningites no estado.

Em relação à distribuição espacial da doença, observa-se que, embora algumas regiões de saúde apresentem coeficientes de incidência superiores à média estadual, nenhum município ultrapassou o limite superior esperado da curva endêmica no período analisado. Esse resultado indica que a ocorrência de casos permanece compatível com o padrão epidemiológico esperado para o estado, sem evidências de comportamento epidêmico.

2.0 Situação Epidemiológica Atual

No Espírito Santo, até a Semana Epidemiológica (SE) 27 de 2026, foram confirmados 145 casos de meningite, correspondendo a um coeficiente de incidência (CI) de 3,76 casos por 100.000 habitantes¹ (Figura 1).

A maioria dos casos foi confirmada por critério laboratorial específico (69,7%). Observou-se predominância de indivíduos na faixa etária de 18 a 59 anos (54,48%), do sexo masculino (61,40%) e residentes na Região Metropolitana de Saúde (71,70%), conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização geral dos casos confirmados de meningite, Espírito Santo, até a SE 27 de 2026 (n = 145).

	N	%
<u>Faixa etária</u>		
<i>0 – 5 anos</i>	31	21,38%
<i>6 – 17 anos</i>	14	9,66%
<i>18 – 59 anos</i>	79	54,48%
<i>Acima de 60 anos</i>	21	14,48%
<u>Sexo</u>		
<i>Feminino</i>	56	38,60%
<i>Masculino</i>	89	61,40%
<u>Região de moradia:</u>		
<i>Metropolitana</i>	104	71,70%
<i>Central</i>	10	6,90%
<i>Norte</i>	20	13,80%
<i>Sul</i>	11	7,60%
<u>Critério de encerramento</u>		



INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS VIGILÂNCIAS DAS MENINGITES

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

Critério clínico ou clínico -

<i>epidemiológico</i>	5	3,40%
<i>Critério laboratorial</i>	39	26,90%
<i>inespecífico *</i>	101	69,70%

***Critério laboratorial
específico *****

Desfecho

<i>Alta</i>	86	59,30%
<i>Óbito por meningite ou</i>	34	23,40%
<i>Óbito por outra causa ***</i>		
<i>Ignorado / Em aberto</i>	25	17,20%

Fonte: e-SUS VS. Extraído em 17 de julho de 2026. Dados sujeitos a alterações. Critério laboratorial inespecífico: exame quimiocitológico ou bacterioscopia direta. Critério laboratorial específico: cultura, aglutinação pelo látex e/ou reação em cadeia da polimerase (PCR).

Em relação à classificação etiológica final, observou-se predomínio das meningites bacterianas (48,97%), representadas pela meningite pneumocócica (*Streptococcus pneumoniae*) (15,17%), meningite por outras bactérias (15,17%), doença meningocócica (8,28%), meningite tuberculosa (5,52%) e meningite por *Haemophilus influenzae* (4,83%). Em seguida, destacaram-se as meningites assépticas (31,72%), as meningites não especificadas (11,03%) e as meningites por outras etiologias (8,28%), conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2. Casos confirmados de meningite segundo classificação etiológica final, coeficiente de incidência, coeficiente de mortalidade e taxa de letalidade. Espírito Santo, até a SE 27 de 2026 (n = 145).

Classificação final	casos	%	CI	óbitos totais	letalidade	CM
Meningites bacterianas (MB)	71	48,97%	1,84	24	33,80%	0,62
<u>Doença</u>	12	8,28%	0,31	5	41,67%	0,13
<u>Meningocócica (DM)</u>						
<i>Meningococcemia</i>	5	3,45%	0,13	3	60,00%	0,08
<i>Meningite meningocócica</i>	2	1,38%	0,05	1	50,00%	0,03
<i>Meningococcemia com meningite meningocócica</i>	5	3,45%	0,13	1	20,00%	0,03
<u>Meningite pneumocócica (MP)</u>	22	15,17%	0,57	7	31,82%	0,18
<u>Meningite tuberculosa (MT)</u>	8	5,52%	0,21	4	50,00%	0,10



INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS VIGILÂNCIAS DAS MENINGITES

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

<u>Meningite por outras bactérias (MOB)</u>	22	15,17%	0,57	7	31,82%	0,18
<u>Meningite por H. Influenzae (MHi)</u>	7	4,83%	0,18	1	14,29%	0,03
Meningite não especificada (MNE)	16	11,03%	0,42	4	25,00%	0,10
Meningite asséptica (MA)	46	31,72%	1,19	2	4,35%	0,05
Meningite por outras etiologias (MOE)	12	8,28%	0,31	4	33,33%	0,10
	145	100,00%	3,76	34		0,88

CI = Coeficiente de incidência por 100.000 habitantes. CM = Coeficiente de mortalidade por 100.000 habitantes. Fonte: e-SUS VS. Extraído em 17 de julho de 2026. Dados sujeitos a alterações.

A taxa de letalidade geral das meningites foi de 23,45% (34/145). Entre as classificações etiológicas finais, observou-se maior letalidade nas meningites bacterianas (33,80%), com destaque para a doença meningocócica (41,67%) e para a meningite tuberculosa (50,00%). Também apresentaram elevada letalidade a meningite pneumocócica (31,82%), a meningite por outras bactérias (31,82%) e as meningites por outras etiologias (33,33%), conforme demonstrado na Tabela 2.

Os resultados evidenciam que, embora as meningites bacterianas representem aproximadamente metade dos casos confirmados, concentram a maior carga de morbimortalidade, reforçando a necessidade do diagnóstico oportuno, da confirmação laboratorial, do tratamento precoce e da adoção tempestiva das medidas de vigilância epidemiológica, incluindo investigação, bloqueio e quimioprofilaxia quando indicados.

Diante desse cenário, torna-se fundamental aprofundar a análise do perfil epidemiológico segundo agente etiológico, características demográficas, distribuição espacial e fatores relacionados à evolução dos casos, de modo a subsidiar o planejamento e a implementação de ações mais efetivas de vigilância, prevenção e controle das meningites no estado.

2.1 Meningites Bacterianas

Até a Semana Epidemiológica (SE) 27 de 2026, foram registrados 145 casos confirmados de meningite no Espírito Santo, dos quais 71 (48,97%) foram classificados como meningites bacterianas.



INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS VIGILÂNCIAS DAS MENINGITES

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

A maioria dos casos de meningite bacteriana foi encerrada por critério laboratorial específico (84,50%), refletindo o fortalecimento da vigilância laboratorial no estado e a ampla utilização de métodos diagnósticos de maior sensibilidade, com apoio do Laboratório Central de Saúde Pública do Espírito Santo (LACEN-ES) e dos laboratórios dos serviços hospitalares (Tabela 3).

Entre os métodos laboratoriais específicos, destacou-se a reação em cadeia da polimerase (PCR), utilizada isoladamente em 60,60% dos casos, além de sua associação com a cultura bacteriana. Os critérios laboratoriais inespecíficos, representados pelo exame quimiocitológico e/ou bacterioscopia direta, corresponderam a 15,50% dos encerramentos. Não foram registrados casos encerrados por critério clínico ou clínico-epidemiológico.

A elevada proporção de confirmações por métodos laboratoriais específicos possibilitou a identificação do agente etiológico na maior parte dos casos de meningite bacteriana (Figura 4), permitindo sua classificação em doença meningocócica (DM), meningite pneumocócica (MP), meningite por *Haemophilus influenzae* (MHi), meningite tuberculosa (MT) e meningites por outras bactérias (MOB). Essa caracterização é fundamental para o monitoramento da circulação dos agentes etiológicos, avaliação do impacto das estratégias de imunização e identificação de mudanças no perfil epidemiológico das meningites bacterianas no estado.

Tabela 3. Distribuição dos casos confirmados de meningite bacteriana segundo o critério de encerramento. Espírito Santo, até a SE 27 de 2026 (n = 71).

	N	%
Critério clínico ou clínico - epidemiológico	0	0,00%
Critério laboratorial inespecífico *	11	15,50%
Critério laboratorial específico	60	84,50%
- Cultura	6	8,50%
- Cultura + PCR	9	12,70%
- PCR	43	60,60%
- outros	2	2,80%

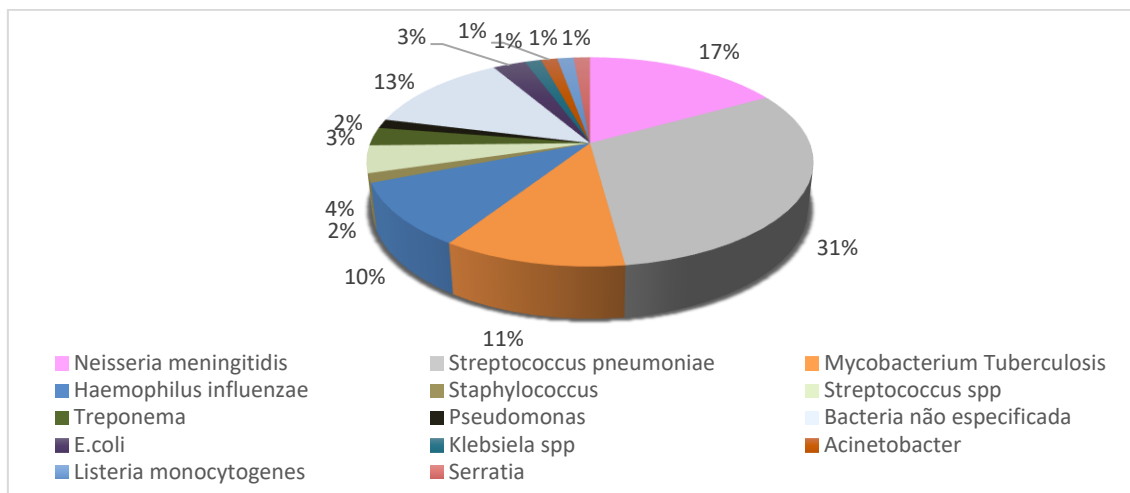
Critério laboratorial inespecífico: exame quimiocitológico e/ou bacterioscopia direta.
Fonte: e-SUS VS. Extraído em 17 de julho de 2026. Dados sujeitos a alterações.



INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS VIGILÂNCIAS DAS MENINGITES

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

Figura 4. Distribuição dos agentes etiológicos identificados entre os casos confirmados de meningite bacteriana. Espírito Santo, até a SE 27 de 2026 (n = 71).



Fonte: e-SUS VS. Extraído em 17 de julho de 2026. Dados sujeitos a alterações.

2.11 Doenças meningocócica (DM), Meningite pelo *Streptococcus pneumoniae* ou pneumocócica (MP) e Meningite por *Haemophilus influenzae* (MHi)

2.1.1.1 Caracterização epidemiológica dos casos

Entre as meningites bacterianas, a doença meningocócica (DM), a meningite pneumocócica (MP) e a meningite por *Haemophilus influenzae* (MHi) constituem os principais agravos imunopreveníveis de interesse para a vigilância epidemiológica, em razão de sua elevada gravidade, potencial de transmissão, capacidade de produzir surtos e elevada frequência de complicações, sequelas e óbitos.

No Espírito Santo, até a Semana Epidemiológica (SE) 27 de 2026, foram confirmados 12 casos de DM, 22 casos de MP e sete casos de MHi. Para fins de vigilância, a DM compreende as apresentações clínicas de meningococcemia, meningite meningocócica e meningite meningocócica associada à meningococcemia, todas causadas por *Neisseria meningitidis*.

Embora o número absoluto de casos seja relativamente baixo, essas doenças mantêm elevada relevância para a saúde pública devido à alta letalidade, à rápida evolução clínica e ao potencial de produzir sequelas permanentes entre os sobreviventes.

A análise do diagrama de controle evidenciou que, em algumas semanas epidemiológicas, o número de casos observados ultrapassou o limite superior esperado.



INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS VIGILÂNCIAS DAS MENINGITES

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

Entretanto, não foram identificados municípios que atendessem aos critérios epidemiológicos para caracterização de surtos durante o período analisado.

A caracterização epidemiológica dos casos confirmados de DM, MP e MHi demonstra diferenças importantes quanto à distribuição por faixa etária, mantendo, entretanto, características semelhantes em relação ao sexo, à distribuição geográfica e à confirmação laboratorial (Tabela 4).

Tabela 4. Caracterização epidemiológica dos casos confirmados de doença meningocócica (DM), meningite pneumocócica (MP) e meningite por *Haemophilus influenzae* (MHi). ES, SE 1 a 27 de 2026 (DM = 12; MP = 22; MHi = 7).

	DM		MP		M.Hi	
	N	%	N	%	N	%
Faixa etária						
0 a 5 anos	5	41,7%	2	9,10%	2	28,60%
6 a 17 anos	1	8,3%	4	18,20%	0	0,00%
18 a 59 anos	6	50,0%	12	54,50%	4	57,10%
>=60 anos	0	0,00%	4	18,20%	1	14,30%
Sexo						
Feminino	5	41,70%	10	45,50%	3	42,90%
Masculino	7	58,30%	12	54,50%	4	57,10%
Região de moradia						
Metropolitana	8	66,70%	13	59,10%	5	71,40%
Central	2	16,70%	3	13,60%	1	14,30%
Norte	1	8,30%	4	18,20%	1	14,30%
Sul	1	8,30%	2	9,10%	0	0,00%
Critério de encerramento						
Laboratorial específico	12	100,00%	22	100,00%	7	100,00%
Desfecho						
Alta	6	50,00%	12	54,50%	5	71,40%
Óbito ou óbito por outras causas	5	41,70%	7	31,80%	1	14,30%
Aberto	1	8,30%	3	13,60%	1	14,30%

Fonte: e-SUS VS. Dados extraídos em 17 de julho de 2026. Dados sujeitos à atualização.



INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS VIGILÂNCIAS DAS MENINGITES

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

A DM apresentou maior frequência entre adultos de 18 a 59 anos (50,0%), seguida das crianças menores de cinco anos (41,7%), indicando importante carga da doença em ambos os grupos etários. A MP concentrou-se predominantemente em adultos de 18 a 59 anos (54,5%), seguida pelas faixas etárias de 6 a 17 anos e de 60 anos ou mais (18,2% cada). Entre os casos de MHi, observou-se também predominância de adultos de 18 a 59 anos (57,1%), seguida das crianças menores de cinco anos (28,6%).

O predomínio de adultos entre os casos de MP e MHi pode refletir mudanças recentes no perfil epidemiológico dessas doenças, embora o reduzido número de casos também deva ser considerado. Esses achados reforçam a necessidade de monitoramento contínuo da distribuição etária e da situação vacinal dos indivíduos acometido.

Observou-se discreto predomínio do sexo masculino nas três doenças, correspondendo a 58,3% dos casos de DM, 54,5% dos casos de MP e 57,1% dos casos de MHi.

Quanto à distribuição geográfica, a maioria dos casos concentrou-se na Região Metropolitana, responsável por 66,7% dos casos de DM, 59,10% dos casos de MP e 71,4% dos casos de MHi. Esse padrão acompanha a distribuição populacional do estado e ressalta a importância da manutenção da vigilância epidemiológica, da capacidade diagnóstica e da assistência especializada nessa região.

Todos os casos foram confirmados por critério laboratorial específico, evidenciando o fortalecimento da capacidade diagnóstica da rede estadual de vigilância laboratorial. A utilização de métodos específicos, incluindo cultura e biologia molecular, possibilita maior precisão na identificação do agente etiológico, na caracterização microbiológica e na adoção oportuna das medidas de prevenção e controle, como a quimioprofilaxia dos contatos e o monitoramento dos sorogrupos, sorotipos e perfis de resistência aos antimicrobianos.

Em relação ao desfecho, observa-se elevada gravidade clínica dessas doenças. A alta letalidade observada, especialmente na doença meningocócica (DM), reforça a necessidade de diagnóstico precoce, instituição imediata da antibioticoterapia e adoção oportuna das medidas de bloqueio. A DM apresentou proporção preliminar de óbitos de **41,7%** (cinco casos), enquanto na meningite pneumocócica (MP) essa proporção foi de **31,8%** (sete casos). Entre os casos de meningite por *Haemophilus influenzae* (MHi), foi registrado um óbito (**14,3%**).

Entre os casos que evoluíram para óbito, a maioria ocorreu em indivíduos que não possuíam indicação para vacinação à época, seja em razão da faixa etária, seja por terem nascido antes da incorporação das respectivas vacinas ao Programa Nacional de Imunizações (PNI). Houve, entretanto, duas exceções: um caso de doença meningocócica causado por *Neisseria meningitidis* sorogrupo B e um caso de meningite



INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS VIGILÂNCIAS DAS MENINGITES

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

por *Haemophilus influenzae* tipo a, agentes para os quais as vacinas disponibilizadas atualmente pelo PNI não conferem proteção.

Ressalta-se que parte dos casos permanecia em investigação quanto ao desfecho no momento da extração dos dados, especialmente entre os casos de MP, podendo haver alterações nesses indicadores após o encerramento definitivo das notificações.

Os resultados reforçam que a DM, a MP e a MHi permanecem como importantes causas de meningite bacteriana no Espírito Santo, exigindo vigilância epidemiológica contínua, investigação oportuna dos casos, confirmação laboratorial, monitoramento microbiológico dos agentes circulantes e manutenção de elevadas coberturas vacinais. Essas medidas são essenciais para reduzir a incidência da doença, interromper cadeias de transmissão, diminuir a letalidade e prevenir a ocorrência de sequelas.

2.1.1.2 Caracterização laboratorial dos agentes etiológicos

A confirmação laboratorial dos casos de DM, MP e MHi constitui componente estratégico da vigilância laboratorial das meningites, permitindo acompanhar mudanças na circulação de sorogrupos e sorotipos, detectar substituição de cepas, monitorar o impacto da vacinação e subsidiar políticas públicas de imunização.

Observou-se predomínio do sorogrupo B (41,7%), seguido pelos sorogrupos C (33,3%) e W (16,7%), evidenciando mudança no perfil de circulação quando comparado aos anos anteriores, nos quais predominava o sorogrupo C (Figura 5).

Tabela 5. Distribuição dos sorogrupos de *Neisseria meningitidis* identificados nos casos de DM em 2026 até a SE 27 (total = 12)

Sorogrupo	N	%
B	5	41,67%
C	4	33,33%
W	2	16,67%
Não grupavel	1	8,33%

Fonte: e-SUS VS. Dados extraídos em 17 de julho de 2026. Dados sujeitos à atualização.

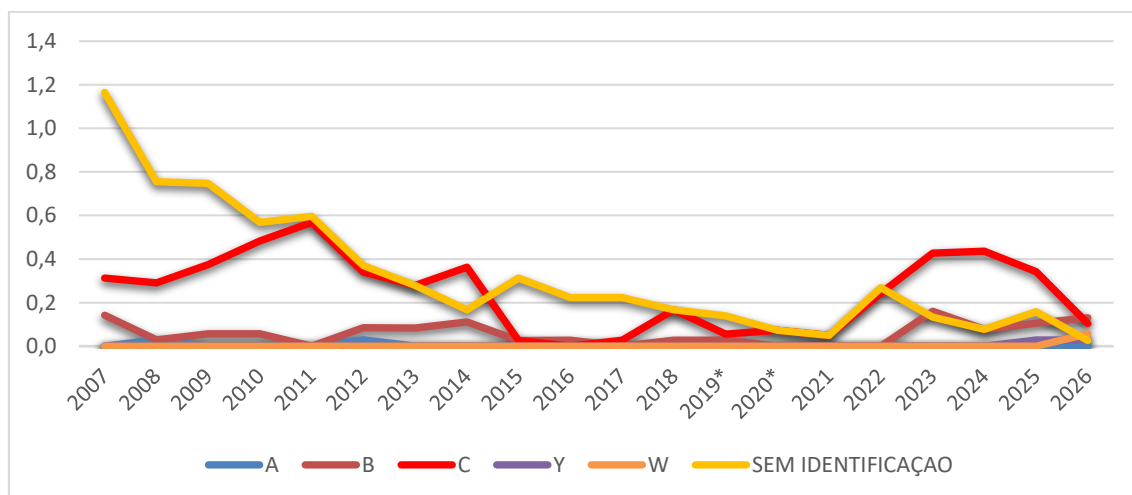
Entre os casos de DM até o momento, a identificação dos sorogrupos permitiu avaliar o perfil de circulação de *Neisseria meningitidis* no estado. Observou-se predomínio do sorogrupo B (41,7%), seguido pelos sorogrupos C (33,3%) e W (16,7%), evidenciando mudança no perfil de circulação quando comparado aos anos anteriores, nos quais predominava o sorogrupo C (Figura 5). A caracterização dos sorogrupos é essencial para acompanhamento das mudanças epidemiológicas e avaliação das estratégias de vacinação.



INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS VIGILÂNCIAS DAS MENINGITES

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

Figura 5. Distribuição dos sorogrupos de *Neisserie meningitidis* identificados nos casos de DM de 2007 a 2026 (até a SE 27).



Fonte: e-SUS VS. Dados extraídos em 17 de julho de 2026. Dados sujeitos à atualização.

Tabela 6. Distribuição dos sorotipos de *Streptococcus pneumoniae* identificados nos casos de MP em 2026 até a SE 27 (total = 22)

Sorotipo	N	%
Sem identificação	19	86,36%
Em andamento	2	9,09%
19A	1	4,55%

Fonte: e-SUS VS. Dados extraídos em 17 de julho de 2026. Dados sujeitos à atualização.

Dentre os casos isolados até então, apenas três foi possível a caracterização dos sorotipos pneumocócicos, refletindo o tempo necessário para conclusão das análises laboratoriais e o processamento das amostras encaminhadas ao laboratório de referência.

Entre o sorotipo identificado, observou-se a circulação do sorotipo 19A, reconhecido como importante causa de doença pneumocócica invasiva e atualmente contemplado na vacina pneumocócica conjugada incorporada recentemente ao Programa Nacional de Imunizações. O monitoramento contínuo da distribuição dos sorotipos é essencial para avaliar o impacto da vacinação e detectar possíveis mudanças no perfil epidemiológico da doença.



INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS VIGILÂNCIAS DAS MENINGITES

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

Tabela 7. Distribuição dos sorotipos de *Haemophilus influenzae* identificados nos casos de MHi em 2026 até a SE 27 (total = 7)

Sorotipo	N	%
Em andamento	2	28,57%
Não tipavel	2	28,57%
a	2	28,57%
b	1	14,29%

Fonte: e-SUS VS. Dados extraídos em 17 de julho de 2026. Dados sujeitos à atualização.

A caracterização dos sorotipos demonstrou a identificação de cepas não pertencentes ao sorotipo b, incluindo isolados do sorotipo a e b e cepas não tipáveis. Esses achados reforçam a importância da vigilância laboratorial contínua, considerando a possibilidade de alterações no perfil de circulação após a introdução da vacinação contra o sorotipo b. Ressalta-se que parte dos isolados permanecia em processo de tipagem no momento da extração dos dados, podendo ocorrer atualização dessas informações.

2.1.1.3 Perfil de resistência aos antimicrobianos

O monitoramento da suscetibilidade aos antimicrobianos dos principais agentes causadores de meningite bacteriana constitui componente estratégico da vigilância laboratorial, permitindo orientar a terapêutica empírica e definitiva, detectar precocemente a emergência de cepas resistentes e subsidiar a atualização dos protocolos clínicos.

Tabela 8. Perfil de suscetibilidade aos antimicrobianos dos isolados de *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e *Neisseria meningitidis*. Espírito Santo, até a Semana Epidemiológica 27 de 2026. (MP= 22, MHi = 7, DM = 12)

Tabela 8. Caracterização do perfil de resistência aos antimicrobianos

		<i>Streptococcus pneumoniae</i>		<i>Haemophilus influenzae</i>		<i>Neisseria meningitidis</i>	
		N	%	N	%	N	%
Não avaliado		19	86,36%	6	85,71%	10	83,33%
Sensível a penicilina	a	1	4,55%	1	14,29%	1	8,33%
Resistente a penicilina e sensível a vancomicina	a	1	4,55%	0	0%	0	0%



INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS VIGILÂNCIAS DAS MENINGITES

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

Em andamento	1	4,55%	0	0%	1	8,33%
--------------	---	-------	---	----	---	-------

Fonte: e-SUS VS. Dados extraídos em 17 de julho de 2026. Dados sujeitos à atualização.

Observou-se que a maioria dos casos não possuía resultado de teste de suscetibilidade aos antimicrobianos, refletindo o reduzido número de isolados viáveis para realização do ensaio ou a indisponibilidade do resultado no momento da extração dos dados. Entre os isolados avaliados, foi identificada uma cepa de *Streptococcus pneumoniae* resistente à penicilina e sensível à vancomicina, enquanto os demais isolados apresentaram sensibilidade à penicilina.

Considerando o pequeno número de amostras avaliadas, os resultados devem ser interpretados com cautela e não permitem inferir o perfil de resistência dos agentes circulantes no estado. Entretanto, a identificação de um isolado de *Streptococcus pneumoniae* resistente à penicilina reforça a importância da vigilância laboratorial contínua e da realização sistemática de testes de suscetibilidade, visando detectar precocemente alterações no perfil de resistência bacteriana e subsidiar a tomada de decisão clínica e epidemiológica.

O acompanhamento da sensibilidade aos antimicrobianos dos agentes causadores de meningite é fundamental para orientar a terapêutica e identificar alterações no padrão de resistência bacteriana.

2.1.1.3 Quimioprofilaxia dos contatos

Além da caracterização microbiológica, a investigação dos casos de DM e MHi envolve a adoção de medidas de prevenção de casos secundários, especialmente a quimioprofilaxia dos contatos próximos.

Tabela 9. Caracterização da quimioprofilaxia dos casos de DM e MHi. SE 1 a 27 de 2026 (DM = 12; MHi = 7).

	Quimioprofilaxia			
	DM		MHi	
	N	%	N	%
< = 48 horas da notificação	11	91,67%	5	71,43%
>48 horas da notificação	1	8,33%	1	14,29%
Sem indicação ou não realizada	0	0,00%	1	14,29%



INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS VIGILÂNCIAS DAS MENINGITES

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

Fonte: e-SUS VS. Dados extraídos em 17 de julho de 2026. Dados sujeitos à atualização.

A oportunidade da quimioprofilaxia constitui um dos principais indicadores da vigilância da doença meningocócica e da meningite por *Haemophilus influenzae*. Observou-se elevada proporção de contatos que receberam quimioprofilaxia em até 48 horas após a notificação, tanto para DM (91,7%) quanto para MHi (71,4%), indicando resposta oportuna das equipes de vigilância. Entretanto, a ocorrência de administrações após 48 horas e de situações sem indicação ou sem realização demonstra a necessidade de fortalecer o monitoramento da oportunidade dessa medida preventiva.

2.1.2 Meningite tuberculosa

A meningite tuberculosa (MT), causada por *Mycobacterium tuberculosis*, representa a forma mais grave da tuberculose do sistema nervoso central e permanece associada a elevada morbimortalidade, especialmente entre indivíduos imunossuprimidos e quando o diagnóstico e o tratamento são instituídos tardiamente.

Até a Semana Epidemiológica (SE) 27 de 2026, foram confirmados oito casos de meningite tuberculosa no Espírito Santo, correspondendo a 5,52% das meningites bacterianas notificadas no período. A distribuição dos casos demonstrou predomínio de adultos de 18 a 59 anos (87,5%), do sexo masculino (87,5%) e residentes na Região Metropolitana de Saúde (87,5%) (Tabela 9).

Tabela 9. Caracterização epidemiológica dos casos confirmados de meningite tuberculosa. Espírito Santo, até a SE 27 de 2026 (n = 8).

	n	%
Faixa etária		
0 – 5 anos	0	0,00%
6 – 17 anos	0	0,00%
18 – 59 anos	7	87,50%
Acima de 60 anos	1	12,50%
Sexo		
Feminino	1	12,50%
Masculino	7	87,50%
Região de moradia:		
Metropolitana	7	87,50%
Central	0	0,00%
Norte	0	0,00%
Sul	1	12,50%
Critério de encerramento		
Critério laboratorial inespecífico	2	25,00%



INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS VIGILÂNCIAS DAS MENINGITES

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

Critério laboratorial específico	5	75,00%
----------------------------------	---	--------

Desfecho

Alta	4	50,00%
Óbito ou óbito por outra causa	4	50,00%
Ignorado / Em aberto	0	0,00%

Fonte: e-SUS VS. Extraído em 17 de julho de 2026. Dados sujeitos a alterações.

A maioria dos casos foi confirmada por critério laboratorial específico (75,0%), evidenciando a importância da utilização de métodos laboratoriais, especialmente os testes moleculares, para o diagnóstico dessa forma clínica da tuberculose.

Em relação às condições associadas, observou-se que a maior parte dos pacientes apresentava algum grau de imunossupressão, condição reconhecida como importante fator de risco para o desenvolvimento da doença. Embora os dados sobre vacinação com BCG estivessem indisponíveis para a maioria dos casos, ressalta-se que esse imunobiológico está associado principalmente à prevenção das formas graves da tuberculose na infância, incluindo a meningite tuberculosa.

A meningite tuberculosa apresentou elevada letalidade, com quatro óbitos (50,0%) entre os oito casos confirmados. Esse resultado reforça a gravidade da doença e evidencia a necessidade de diagnóstico oportuno, início precoce do tratamento e manejo clínico especializado. Entre os pacientes que evoluíram para óbito, um apresentava imunossupressão adquirida grave.

Quanto ao perfil de sensibilidade aos antimicrobianos, apenas dois casos possuíam resultado disponível, ambos sensíveis à rifampicina. Nos demais casos, essa informação permanecia indisponível no momento da extração dos dados, não sendo possível caracterizar o perfil de resistência do estado.

Os achados reforçam a importância da integração entre os programas de vigilância das meningites e da tuberculose, com fortalecimento da investigação epidemiológica, do diagnóstico laboratorial oportuno e do acompanhamento clínico dos pacientes, especialmente daqueles com imunossupressão.

2.2 Outras meningites

As meningites virais, classificadas como meningites assépticas, apresentam, em geral, evolução clínica mais favorável e menor letalidade quando comparadas às meningites bacterianas. Entretanto, alguns agentes virais possuem elevada capacidade de transmissão e podem ocasionar surtos, especialmente os enterovírus.



INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS VIGILÂNCIAS DAS MENINGITES

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

A confirmação etiológica das meningites virais depende da disponibilidade de métodos diagnósticos específicos para pesquisa de agentes no líquido cefalorraquidiano (LCR). A ampliação do uso de técnicas moleculares tem contribuído para o aumento da identificação dos agentes envolvidos, permitindo melhor caracterização do perfil epidemiológico dessas infecções e qualificação das ações de vigilância.

Até a Semana Epidemiológica (SE) 27 de 2026, foram confirmados 46 casos de meningite asséptica no Espírito Santo, correspondendo a 31,72% do total de casos de meningite registrados no período. Foram notificados dois óbitos, resultando em taxa de letalidade de 4,35%. Um dos óbitos ocorreu em paciente com imunossupressão grave, condição que pode contribuir para maior risco de evolução desfavorável, mesmo em infecções geralmente associadas a menor gravidade.

Entre os casos com identificação etiológica, foram detectados enterovírus (10 casos), herpesvírus tipos 1 ou 2 (3 casos), herpesvírus humano tipos 6 ou 7 (3 casos), vírus varicela-zóster (3 casos), citomegalovírus (3 casos), parvovírus (2 casos) e vírus da caxumba (1 caso). Em 17 casos (37,0%), não houve identificação do agente viral, reforçando a necessidade de ampliar a disponibilidade e o acesso aos métodos diagnósticos específicos para investigação etiológica.

As meningites por outras etiologias corresponderam a 12 casos (8,28%), com predomínio das etiologias fúngicas, especialmente relacionadas a *Cryptococcus neoformans*. Esse grupo apresentou elevada letalidade (33,33%), com ocorrência predominante em indivíduos imunossuprimidos (7/12; 58,3%). Esse perfil reforça a importância da investigação de condições predisponentes, do diagnóstico precoce e do manejo clínico adequado, especialmente entre pessoas com comprometimento imunológico.

A análise das meningites por outras etiologias evidencia a relevância da vigilância contínua desses agravos, considerando que, embora apresentem menor frequência em comparação às meningites bacterianas e assépticas, estão associadas a maior gravidade clínica em populações vulneráveis.

3.0 INDICADORES

Os indicadores apresentados refletem aspectos relacionados à oportunidade da investigação, à qualidade do encerramento das notificações e à capacidade diagnóstica da rede de vigilância das meningites no Espírito Santo.

No período analisado, 69,70% dos casos confirmados de meningite no estado foram encerrados por critério laboratorial específico. Observa-se diferença entre as regiões de



INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS VIGILÂNCIAS DAS MENINGITES

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

saúde, com maior proporção na Região Central (90,00%) e menor proporção na Região Norte (45,00%), indicando a necessidade de avaliação contínua da capacidade diagnóstica e do acesso aos métodos laboratoriais disponíveis nas diferentes regiões.

Considerando especificamente as meningites bacterianas, 80,28% dos casos foram confirmados por critério laboratorial específico. A Região Sul apresentou o maior percentual (100,00%), enquanto a Região Norte apresentou a menor proporção (58,33%), reforçando a importância do fortalecimento da investigação laboratorial, do fluxo de encaminhamento de amostras e da integração entre vigilância epidemiológica, assistência e rede laboratorial.

Em relação à oportunidade da investigação epidemiológica, 100% dos casos foram investigados em até 48 horas após a notificação em todas as regiões de saúde. Ressalta-se, entretanto, que esse indicador avalia apenas a oportunidade do início da investigação, não mensurando a completude, a qualidade ou a efetividade das ações desenvolvidas durante esse processo.

Quanto ao encerramento oportuno das notificações, 99,31% dos casos foram encerrados em até 60 dias após a notificação, demonstrando adequado desempenho da vigilância epidemiológica estadual. Apenas a Região Norte apresentou percentual inferior a 100% (95,00%), indicando a necessidade de manutenção do acompanhamento dos casos pendentes e fortalecimento das ações para garantir o encerramento oportuno.

De forma geral, os indicadores demonstram boa oportunidade na investigação e encerramento dos casos de meningite no Espírito Santo. Entretanto, permanecem como desafios a ampliação da confirmação laboratorial específica, especialmente para meningites bacterianas, e a qualificação contínua dos processos de vigilância e diagnóstico nas diferentes regiões de saúde.

Tabela 10. Caracterização de alguns indicadores da vigilância epidemiológica por região de saúde até a SE 27 de 2026.

			ES	Metropolitana	Central	Norte	Sul
Porcentagem confirmados laboratorial específico	de por	casos critério	69,70%	62,50%	90,00%	45,00%	81,82%
Porcentagem confirmados bacteriana laboratorial específico	de de	casos meningite critério	80,28%	84,44%	71,43%	58,33%	100,00%
Porcentagem investigados até 48h da notificação**	de	casos da	100%	100%	100%	100%	100%



INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS VIGILÂNCIAS DAS MENINGITES

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

Porcentagem de casos encerrados em até 60 dias da notificação	99,31%	100%	100%	95,00%	100%
---	--------	------	------	--------	------

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

A análise do cenário epidemiológico das meningites no Espírito Santo até a Semana Epidemiológica 27 de 2026 evidência:

- Predomínio das meningites bacterianas entre os casos confirmados, com elevada letalidade, especialmente entre a doença meningocócica, meningite pneumocócica, meningite tuberculosa e meningites por outras bactérias.
- Manutenção da circulação de agentes imunopreveníveis, com destaque para *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis* e *Haemophilus influenzae*, reforçando a necessidade do monitoramento contínuo dos sorogrupos, sorotipos e características microbiológicas das cepas circulantes.
- Identificação de casos por sorotipos e sorogrupos que demandam acompanhamento epidemiológico contínuo, considerando possíveis alterações no perfil de circulação dos agentes e a necessidade de avaliação do impacto das estratégias de imunização.
- Ampliação da confirmação diagnóstica por métodos moleculares, especialmente a reação em cadeia da polimerase (PCR), contribuindo para maior identificação etiológica dos casos, embora permaneça necessária a qualificação da obtenção de amostras para cultura e caracterização microbiológica completa dos agentes isolados.
- Importância da manutenção de elevadas coberturas vacinais, com atenção especial aos grupos elegíveis para vacinação e à identificação de oportunidades perdidas de imunização em crianças, adolescentes e demais grupos indicados.

Ações propostas

- Intensificar as ações de vacinação de rotina, com estratégias para recuperação das coberturas vacinais e redução das oportunidades perdidas de imunização.
- Estimular a indicação e o encaminhamento aos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) dos indivíduos que atendam aos critérios estabelecidos nos protocolos do Ministério da Saúde.
- Sensibilizar profissionais de saúde quanto à importância da avaliação sistemática da situação vacinal e da atualização das cadernetas de vacinação, especialmente de crianças e adolescentes.
- Fortalecer a integração entre vigilância epidemiológica, vigilância laboratorial, assistência à saúde e serviços de imunização.
- Fortalecer a vigilância laboratorial das meningites, priorizando a identificação dos sorogrupos, sorotipos, fenótipos e perfis de resistência aos antimicrobianos das cepas bacterianas circulantes.

Recomendações



INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS VIGILÂNCIAS DAS MENINGITES

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

Aos gestores, vigilâncias epidemiológicas de meningites e núcleos hospitalares de vigilância:

- Divulgar aos serviços de saúde públicos e privados as orientações técnicas vigentes do Ministério da Saúde relacionadas à vigilância, investigação, prevenção e controle das meningites.
- Fortalecer os fluxos de comunicação entre vigilância, assistência e laboratórios, garantindo investigação oportuna e acompanhamento adequado dos casos.

Aos gestores, vigilâncias epidemiológicas, núcleos hospitalares de vigilância, serviços assistenciais e população geral:

- Ampliar a divulgação das medidas preventivas relacionadas às meningites, incluindo a importância da vacinação, reconhecimento dos sinais e sintomas e procura imediata por atendimento diante de suspeita da doença.

Aos serviços assistenciais de saúde (atenção primária, secundária e terciária):

- Realizar a coleta oportuna de amostras clínicas, incluindo líquido cefalorraquidiano e materiais destinados à cultura, com encaminhamento ao Laboratório Central de Saúde Pública do Espírito Santo (LACEN-ES) quando indicado.
- Instituir tratamento adequado e oportuno aos casos suspeitos, conforme protocolos clínicos vigentes.
- Notificar imediatamente os casos suspeitos de meningite e preencher integralmente as informações necessárias no sistema e-SUS VS.

Às vigilâncias epidemiológicas municipais e estadual:

- Realizar a digitação e atualização oportunas das notificações, investigações, resultados laboratoriais e desfechos no sistema e-SUS VS.
- Garantir a investigação adequada dos casos, incluindo avaliação dos contatos e adoção das medidas de prevenção e controle recomendadas.

À população:

- Manter as medidas preventivas recomendadas, principalmente a vacinação conforme o calendário vigente, além da busca imediata por atendimento de saúde diante de sinais e sintomas compatíveis com meningite.



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**		2020**	
	N. casos	N. óbitos	N. casos	N. óbitos	N. casos	N. óbitos	N. casos	N. óbitos	N. casos	N. óbitos	N. casos	N. óbitos
Doença Meningocócica	14	9	9	0	9	4	13	0	8	3	6	3
Meningite Tuberculosa	2	0	3	2	1	0	2	1	4	1	3	2
Meningite por outras bactérias	18	9	16	7	10	1	10	3	15	4	11	4
Meningite Não especificada	67	11	63	15	118	10	57	6	45	6	18	6
Meningite asséptica	39	0	39	1	134	3	35	1	47	2	14	1
Meningite por outras etiologias	15	3	13	1	5	2	12	4	11	4	4	3
Meningite por Haemophilus influenzae	2	1	0	0	2	0	1	0	1	1	0	0
Meningite pneumocócica	15	5	22	8	13	6	20	5	25	7	8	3
	172	38	165	34	292	26	150	20	156	28	64	22

	2021		2022		2023		2024		2025		2026*	
	N. casos	N. óbitos	N. casos	N. óbitos	N. casos	N. óbitos	N. casos	N. óbitos	N. casos	N. óbitos	N. casos	N. óbitos
Doença Meningocócica	4	3	21	7	27	9	23	5	24	3	12	5
Meningite Tuberculosa	1	1	12	9	12	2	7	4	17	4	7	4
Meningite por outras bactérias	21	6	41	10	45	13	34	6	54	11	22	7
Meningite Não especificada	28	5	38	2	56	11	35	4	41	6	16	4
Meningite asséptica	10	1	54	5	22	1	51	2	55	2	47	2
Meningite por outras etiologias	12	5	11	8	11	6	15	1	23	10	12	4
Meningite por Haemophilus influenzae	8	0	6	2	12	0	6	18	12	2	7	1
Meningite pneumocócica	8	2	65	24	48	13	58	44	67	24	22	7
	84	23	251	67	233	55	229	84	293	62	145	34

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



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

Mariana Ribeiro Macedo

Referência Técnica Estadual da Vigilância de Vírus respiratórios e das Meningites

Sônia Cristina Plácido dos Santos Corrêa

Chefe do Núcleo Especial de Imunização

Juliano Mosa Mação

Gerente de Vigilância em Saúde

Orlei Amaral Cardoso

Subsecretaria de Vigilância em Saúde