

Doença meningocócica e vacinas disponíveis no Brasil em 2025

AUTOR: Diretoria da SBIm

REVISORES: Isabella Ballalai (CRM-RJ 48039-5) e Juarez Cunha (CRM-RS 11928)

A DOENÇA MENINGOCÓCICA

Endêmica em todo o mundo, a bactéria *Neisseria meningitidis* (NM) é hoje o segundo patógeno mais frequentemente envolvido em casos de meningite bacteriana no Brasil, atrás dos pneumococos.¹

A NM é classificada em 12 diferentes sorogrupos, de acordo com a composição antigênica da cápsula polissacarídica. Os sorogrupos A, B, C, Y, W e X são responsáveis por praticamente todos os casos da doença.

A doença meningocócica é uma importante causa de morbimortalidade no Brasil, com ocorrência em todas as UF e faixas etárias.³ A enfermidade tem alta taxa de letalidade (20%, em média, no Brasil, podendo superar o índice em situações de surtos) e de complicações/sequelas graves (cerca de 20% a 37%) entre os sobreviventes.^{1,2}

A bactéria é transmitida de pessoa a pessoa via secreções respiratórias. A forma mais eficaz de prevenir a doença é por meio das vacinas, utilizadas na rotina e para controle de surtos. As vacinas meningocócicas são, a princípio, sorogrupo específicas^{3,4}

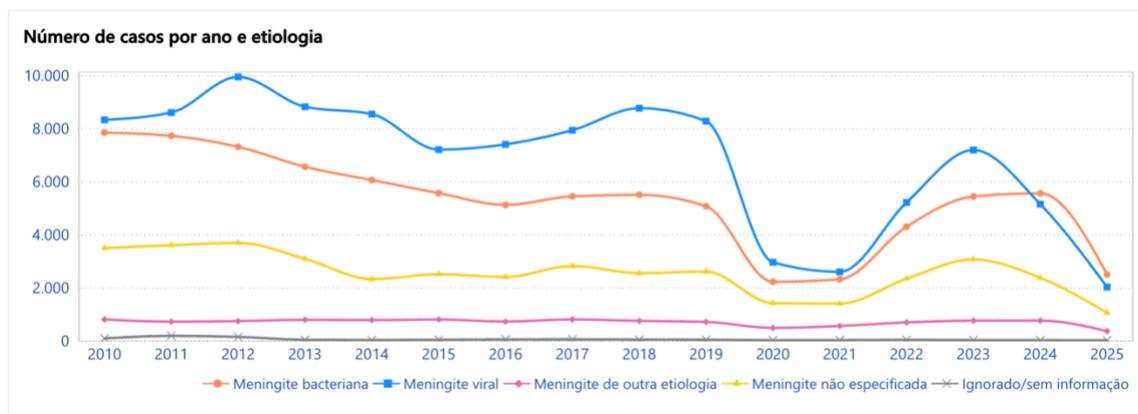
EPIDEMIOLOGIA

Dados do Ministério da Saúde (MS) apontam que o Brasil registrou 21.030 casos de doença meningocócica no Brasil entre 2010 e 24/07/2025, o que corresponde a aproximadamente 25% de todas as meningites bacterianas notificadas no período.

Ao analisar os indicadores ano a ano, constata-se-se que a inclusão da vacina meningocócica C conjugada no calendário infantil de rotina do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em 2010, marca o início de uma redução significativa nos números, com flutuações associadas a eventos epidemiológicos específicos. Em 2019, a queda chegou a cerca de 50%: 1.064 casos, contra os 3.003 contabilizados em 2010.¹

A chegada da pandemia de covid-19, em 2020, foi acompanhada por um declínio ainda mais expressivo, com apenas 363 notificações em 2020 e 250 em 2021. O movimento está possivelmente relacionado à redução da circulação bacteriana por medidas não farmacológicas (uso de máscaras, distanciamento social) e à subnotificação devido à sobrecarga do sistema de vigilância. A partir de 2022, no entanto, observa-se um aumento gradativo (495, 730, 817 casos em 2022, 2023 e 2024, respectivamente).¹ Ver Gráfico 1.

Gráfico 1. Número de casos de meningite por ano e etiologia, 2020-2025.



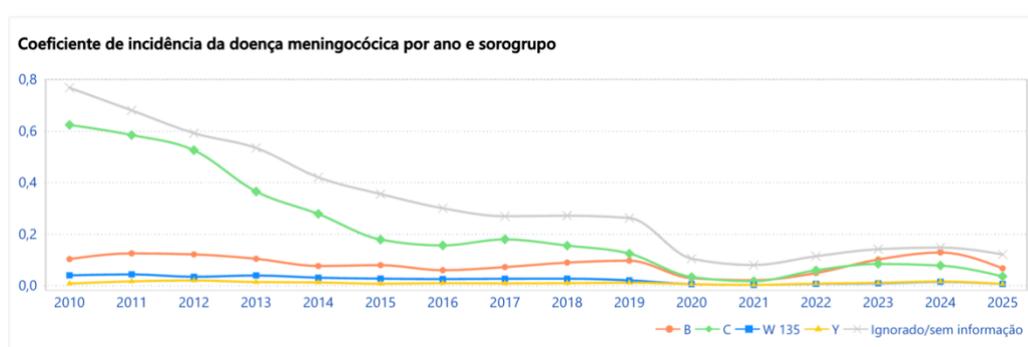
Fonte: Ministério da Saúde. Painel Meningite (acesso em 09.08.2025). 1

Outro ponto relevante foi a alteração do perfil dos sorogrupos circulantes no país. Historicamente, desde o início dos anos 2000, o sorogrupo C predominou, mas, de meados da década de 2010 em diante, verificou-se um aumento na proporção de casos relacionados ao sorogrupo W, especialmente entre 2017 e 2018, na Região Sul, com casos em Santa Catarina. Esse fenômeno já havia sido documentado em outros países da América do Sul, como o Chile, onde a mudança ocorreu de forma marcante em 2012.

A partir de 2021, destaca-se o crescimento do número de casos relacionados ao sorogrupo B, responsável por um importante surto em Alagoas, em 2023, com letalidade de cerca de 40-50%. Desde então, a incidência do sorogrupo superou a da meningite C e passou a representar aproximadamente 60% dos casos no país.^{1,5,6} Ver Gráfico 2.

É importante destacar que há variação de acordo com a faixa etária. Em 2023, a incidência do sorogrupo B nas crianças menores de 5 anos foi de 0,77/100.000 habitantes, ao passo que a do sorogrupo C foi de 0,10/100.000. Considerando apenas os menores de 1, ano as taxas foram de 1,79/100.000 para o B e de 0,37/100.000 para o C.¹

Gráfico 2. Coeficiente de incidência da doença meningocócica por ano e sorogrupo, 2020-2025



Fonte: Ministério da Saúde. Painel Meningite (acesso em 09.08.2025).¹

É possível, portanto, dividir o período em três fases distintas:

- **Fase de declínio (2010–2019)** – queda sustentada atribuída à vacinação Men C e ações de controle;
- **Fase de baixa incidência (2020–2021)** – declínio acentuado devido às medidas contra a covid-19 e provável subnotificação;
- **Fase de recrudescimento (2022–2024)** – aumento dos casos e possível alteração no perfil dos sorogrupos, com maior participação do B.

Esses dados reforçam a necessidade de manter coberturas vacinais elevadas, ampliar a vigilância laboratorial para tipagem de *N. meningitidis* e revisar periodicamente as recomendações do Programa Nacional de Imunizações (PNI), considerando a epidemiologia dinâmica da doença.

RECOMENDAÇÕES ATUAIS DO PNI

O Ministério da Saúde recomenda e disponibiliza gratuitamente a vacina meningocócica C conjugada (MenC) para crianças menores de 1 ano e a vacina meningocócica conjugada

ACWY (MenACWY) para o reforço dos 12 meses, para crianças menores de 5 anos que não receberam o reforço dos 12 meses e para adolescentes de 11 a 14 anos. Alguns indivíduos com comorbidades também podem ser vacinados gratuitamente com as vacinas MenC e MenACWY nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE), de acordo com as recomendações em seu manual.^{7,8}

RECOMENDAÇÕES DA SBIM

Os calendários da criança e do adolescente das sociedades brasileiras de Imunizações (SBIm) e de Pediatria (SBP) recomendam ampliar o espectro de proteção da DM com o uso da vacina MenACWY em substituição à MenC, sempre que possível, e da vacina MenB, especialmente indicada para crianças menores de 2 anos.^{9,10}

ESQUEMA DE DOSES

O esquema primário da MenACWY varia conforme o produto utilizado e a idade em que é iniciado. Em todas as situações, está recomendada uma dose de reforço no segundo ano de vida, entre 12 e 15 meses. Levando em consideração o atual cenário epidemiológico da doença no Brasil e a redução progressiva dos títulos de anticorpos conferidos pelas vacinas meningocócicas conjugadas (MenC ou MenACWY), a SBIm e a SBP recomendam também doses de reforço dessas vacinas entre os 5 e 6 anos e aos 11-14 anos.

Para adolescentes não vacinados previamente, são recomendadas duas doses com cinco anos de intervalo. Já no caso de adultos, a recomendação se restringe a situações epidemiológicas (viagens ou surtos) ou a presença de comorbidades que aumentem o risco para a infecção.^{9,10}

Calendários do PNI⁸

- Primovacinação: duas doses de MenC, aos 3 e 5 meses de idade;
- Reforços: duas doses de menACWY, aos 12 meses e entre os 11 e 14 anos.

Calendários de vacinação SBIm⁷

MenC e MenACWY (preferencial)

- Primovacinação: duas doses, aos 3 e 5 meses de idade;
- Reforços: entre os 12 e 15 meses, entre os 5 e 6 anos e aos 11 anos;
- Para adolescentes até 15 anos não vacinados anteriormente: duas doses com intervalo de 5 anos;
- Para adolescentes a partir de 16 anos não vacinados anteriormente: uma dose.

MenB

- Bexsero®
 - Primovacinação: duas doses, aos 3 e 5 meses de idade;

- Reforço: entre 12 e 15 meses de idade;
- Adolescentes não vacinados anteriormente: duas doses, com intervalo de 1 mês;
- Trumenba®
 - Para adolescentes a partir de 10 anos: duas doses com intervalo de 6 meses;

As recomendações da SBIm para as vacinas meningocócicas em pacientes com comorbidades são diferentes e/ou mais amplas que as dos CRIE. Confira os detalhes nos Calendários de vacinação SBIm - Pacientes Especiais (<https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-pacientes-especiais.pdf>).

VACINAS DISPONÍVEIS NO BRASIL

Vacinas meningocócicas conjugadas

Atualmente, existem quatro vacinas meningocócicas conjugadas licenciadas no país, com as seguintes indicações em bula:

- MenC-CRM (Menjugate®) — licenciada para crianças a partir de 2 meses, adolescentes e adultos;
- MenACWY-CRM (Menveo®)¹¹—para crianças a partir de 2 meses, adolescentes e adultos;
- MenACWY-TT (Nimenrix®)¹² — para crianças a partir de 6 semanas, adolescentes e adultos;
- MenACWY -TT (MenQuadfi®)¹³ —para crianças a partir de 12 meses de idade, adolescentes e adultos.

Ainda de acordo com as bulas (<http://portal.anvisa.gov.br/bulario-eletronico1>), o número de doses do esquema dependerá da vacina escolhida e da idade do início da vacinação.

Tabela 1. Vacinas meningocócicas C, meningocócicas ACWY e esquemas vacinais por idade, de acordo com a bula dos fabricantes ^{11,12,13}

VACINA	LAB	NOME	2 m < 12 meses	≥ 12m a adultos
C-CRM	Funed/ GSK	Vacina Adsorvida Meningocócica C (Conjugada)/ MENJUGATE	2d* +1 Ref#	1 dose

VACINA	LAB	NOME	6 sem < 6 meses	6m < 12 meses	≥ 12m a adultos
ACWY-TT	Pfizer	NIMENRIX	2d* +1 Ref#	1d + 1Ref#	1 dose

VACINA	LAB	NOME	2 m a 6 meses	7m < 12 meses	≥ 12m a adultos
ACWY-CRM	GSK	MENVEO	2d +1 Ref*	1d + 1Ref*	1 dose

VACINA	LAB	NOME	≥ 12 meses a adultos
ACWY-TT	Sanofi	MENQUADFI	1 dose

Situações de risco: considerar + 1 dose no esquema primário

* Intervalo de 2 meses entre as doses

Reforço após os 12 meses de idade

Em todas as situações, após o fim do esquema primário, a SBIIm e a SBP recomendam para crianças e adolescentes reforços com intervalos de cinco anos, para estender a proteção até o final da adolescência.

Vacinas meningocócicas B

Existem duas vacinas meningocócicas B licenciadas no país, com as seguintes indicações em bula:

- Vacina adsorvida meningocócica B recombinante (Bexsero®) – para crianças a partir de 2 meses, adolescentes e adultos até 50 anos de idade;¹⁴
- Vacina Adsorvida Meningocócica B recombinante (Trumenba®) – licenciada para adolescentes a partir de 10 anos e adultos até os 25 anos.¹⁵

Tabela 2. Vacinas meningocócicas B e esquemas vacinais por idade de acordo com a bula do fabricante^{14,15}

VACINA	LAB	NOME	2 meses a 23 meses	≥ 24 meses a 50 anos
MenB	GSK	BEXSERO	2d* +1 Ref#	2 doses**
VACINA	LAB	NOME	10 anos a 25 anos	
MenB	Pfizer	TRUMENBA	2 doses##	

*Intervalo mínimo de 2 meses entre doses.

Reforço recomendado após os 12 meses de idade:

- Esquema iniciado entre 2 e 5 meses de idade: intervalo mínimo de 6 meses para o reforço;
- Esquema iniciado entre 6 e 11 meses de idade: intervalo mínimo de 2 meses para o reforço;
- Esquema iniciado entre 12 e 23 meses de idade: intervalo de 12 a 23 meses para a dose de reforço.

** Intervalo mínimo de 1 mês entre doses

Intervalo de 6 meses entre doses. Situação de risco: três doses (0, 1-2 e 6 meses)

Para as vacinas MenB não são recomendados reforços, exceto em situações de alto risco. Saiba mais nos Calendários de vacinação SBIIm - Pacientes Especiais, disponíveis em <https://sbim.org.br/imagens/calendarios/calend-sbim-pacientes-especiais.pdf>

Imunogenicidade/eficácia

Os estudos clínicos concluíram que as vacinas conjugadas MenC e MenACWY e as vacinas MenB são imunogênicas e eficazes contra os sorogrupos para os quais foram desenvolvidas.

Vacinação concomitante

Não foram observadas interferências na resposta imune na aplicação concomitante das vacinas meningocócicas C ou ACWY e B com outras vacinas administradas nas mesmas faixas etárias.

Segurança

As vacinas conjugadas MenC e MenACWY e as vacinas MenB mostraram-se seguras nos estudos clínicos. Os eventos adversos mais comuns são locais, como dor, edema e hiperemia, geralmente de intensidade leve.

Os eventos sistêmicos são leves a moderados. A febre é observada com mais frequência em lactentes após a vacina MenB, razão pela qual é possível utilizar paracetamol de forma profilática com a vacina, sem interferência na resposta imune.

Intercambialidade

Crianças e adolescentes vacinados com a vacina MenC podem receber a vacina MenACWY para ampliar a proteção, desde que seja respeitado um intervalo mínimo de um mês após última dose de MenC.

Em relação às vacinas MenACWY, a regra geral é utilizar vacina do mesmo produtor para completar o esquema primário. Se houver indisponibilidade ou desconhecimento do produto utilizado, deve-se prosseguir a vacinação utilizando a vacina disponível. O documento *Vaccine Recommendations and Guidelines of the ACIP* do CDC orienta os profissionais de saúde a aproveitarem todas as oportunidades para fornecer uma vacina quando houver indicação, independentemente se a marca usada na(s) dose(s) anterior(es) estiver disponível ou for desconhecida.¹⁶

Para as vacinas MenB, a regra não se aplica: elas **NÃO** são intercambiáveis.¹⁶

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Brasil. Ministério da Saúde. Painel Meningite. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/cnie/painel-meningite>. Acesso 09.08.2025.
- 2) WANG, B. et al. The Clinical Burden And Predictors of Sequelae Following Invasive Meningococcal Disease In Australian Children. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 33(3): 316-318, 2014
- 3) Centers for Disease Control and Prevention. Meningococcal Disease. In: HAMBORSKY, J. *Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases*. 13ed. Washington, DC: Public Health Foundation. Amanda Cohn, 2015. 231-246. Disponível em: <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/mening.pdf>. Acesso: 24.11.2022.
- 4) Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde (CGPNI/Deidt/SVS). Panorama da doença meningocócica no Brasil, de 2018 ao primeiro semestre de 2022. *Boletim Epidemiológico*. Volume 53, N.º 38 | Out. 2022. Pag 12.
- 5) Feijo RB, Cunha J. Trajectory of serogroups causing Invasive Meningococcal Disease in Santa Catarina state, Brazil (2007-2019). *Braz J Infect Dis*. 2020 Jul-Aug;24(4):349-351
- 6) Valenzuela, M. T., Moreno, G., Vaquero, A., Seoane, M., Hormazábal, J. C., Bertoglia, M. P., Gallegos, D., Sotomayor, V., & Díaz, J. (2013). Emergence of W135 meningococcal serogroup in Chile during 2012. *Revista Medica De Chile*, 141(8), 959–967.
- 7) Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde -Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Manual dos centros de referência para imunobiológicos especiais. 6ª edição. Brasília; 2023.
- 8) Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde -Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Substituição da dose de reforço da vacina meningocócica C pela vacina meningocócica ACWY. Nota técnica nº 77/2025-cgici/dpni/svsa/ms
- 9) Calendários de Vacinação SBIm. Disponível em <https://sbim.org.br/calendario-de-vacinacao>. Acesso: 09.08.2025
- 10) Calendário de Vacinação da SBP – Atualização 2024/2025. Disponível em <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/news/calendario-de-vacinacao-da-sbp-atualizacao-20242025/>. Acesso: em 09.08.2025
- 11) Bula Menveo®. Disponível em <https://br.gsk.com/media/tw2g0ahm/menveo.pdf>. Acesso: 09.08.2025.
- 12) Bula Nimenrix®. Disponível em https://www.pfizer.com.br/files/Nimenrix_Profissional_de_Saude_37.pdf. Acesso: 09.08.2025
- 13) Bula MenQuadfi®. Disponível em <https://www.sanoficonecta.com.br/produtos/vacinas/menquadfi>. Acesso: 09.08.2025.

14) Bula Bexsero®. Disponível em <https://br.gsk.com/media/vvifwu0e/bexsero.pdf>. Acesso: 09.08.2025

15) Bula Trumenba®. Disponível em https://www.pfizer.com.br/files/Trumenba_Profissional_de_Saude_14.pdf Acesso: 09.08.2025

16) Centers for Disease Control and Prevention. Vaccine Recommendations and Guidelines of the ACIP. Timing and Spacing of Immunobiologics. General Best Practice Guidelines for Immunization. Em <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-best-practices/index.html>. Acesso: 09.08.2025.