

Meningites bacterianas e virais na criança (após o período neonatal)

Da suspeita no consultório ao líquido, ao antibiótico, à dexametasona, à quimioprofilaxia de contatos (NT nº 154/2024) e ao seguimento auditivo

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências). [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

Após as vacinas conjugadas, a meningite bacteriana ficou rara: o **meningococo** é a principal causa no Brasil (MS); as **virais (enterovírus)** são as mais frequentes e quase sempre benignas. **O consultório não diagnostica nem afasta meningite**: o diagnóstico é do **líquor**, no hospital. Toda suspeita — febre ($\geq 37,5$ °C axilar) com cefaleia intensa, vômitos, rigidez de nuca, fontanela abaulada ou sonolência — vai ao **pronto-socorro**. **Febre com petéquias ou púrpura, alteração de consciência, convulsão, sinal focal ou choque** é 🚑: SAMU 192, oxigênio para **SpO2 $\geq 94\%$** , acesso, glicemia e **ceftriaxona 1ª dose 100 mg/kg IV ou IM (máx. 4 g)** antes da remoção, se não atrasá-la. No hospital: antibiótico na primeira hora, **dexametasona antes ou junto da 1ª dose** quando indicada, **quimioprofilaxia** dos contatos (MS, NT nº 154/2024) e **notificação obrigatória (compulsória)**. Casa só para a viral confirmada, com a criança bem. Todo sobrevivente de meningite bacteriana faz **avaliação auditiva**.

1. O que é e como se apresenta

Crianças **a partir de 1 mês** (recém-nascido: **Meningite Neonatal**).

Epidemiologia após as vacinas:

- **Hib**: raro; com esquema incompleto. **Pneumococo**: maior risco com fístula liquórica, implante coclear, asplenia, síndrome nefrótica e HIV (MS).
- **Meningococo**: desde 2023 predomina o **sorogrupo B** — em 2025, 55% dos casos com sorogrupo identificado e 73% abaixo de 1 ano (SBP, Nota Técnica nº 47/2026).
- **Virais**: enterovírus; também herpes, varicela-zóster, caxumba e arbovírus (MS).
Tuberculosa: subaguda, com paralisia de nervo craniano, hiponatremia e contato com bacilífero.

Quadro por idade:

- **Até 9 meses**: os sinais meníngeos costumam faltar. Febre, irritabilidade, **"grito meníngeo"** ao trocar a fralda, recusa alimentar, vômitos, sonolência, convulsão e **fontanela abaulada** (MS).
- **Maiores**: febre, **cefaleia intensa**, vômitos, fotofobia, **rigidez de nuca**, Kernig, Brudzinski, confusão.
- **Doença meningocócica**: **dor nas pernas, mãos e pés frios e cor anormal da pele** são sinais de gravidade; púrpura, meningismo e rebaixamento costumam ser **tardios** (Motta 2015; NICE). **Examinar sem roupa**.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Meningite viral confirmada pelo líquido no hospital (pleocitose linfocitária, glicose normal, Gram negativo, Bacterial Meningitis Score 0), ≥ 2 meses, bom estado, aceitando via oral	Casa, com analgesia e hidratação; retorno programado com o pediatra e sinais de alerta por escrito
● Moderada	Suspeita de meningite em criança estável (febre com cefaleia, vômitos ou rigidez de nuca; lactente irritado com fontanela tensa), sem púrpura, choque, rebaixamento ou convulsão	Pronto-socorro no mesmo momento para punção lombar, com carta; não aguardar em casa
● Grave	Febre com petéquias ou púrpura ; choque (TEC > 2 s, extremidades frias, taquicardia); alteração de consciência , convulsão, sinal focal, pupilas anormais; insuficiência respiratória	SAMU 192 ; oxigênio para $SpO_2 \geq 94\%$; acesso venoso ou intraósseo; glicemia; ceftriaxona 100 mg/kg (máx. 4 g) IV ou IM antes da remoção, se não atrasar; bolus de cristalóide se choque

Fatores de risco que elevam a gravidade:

- Idade < 1 ano; vacinação incompleta; contato com doença meningocócica ou Hib.
- Asplenia (anemia falciforme), deficiência ou inibidor de complemento (eculizumabe), HIV, imunossupressão; fístula líquórica, implante coclear, derivação ventricular, neurocirurgia.
- **Antibiótico oral prévio** (mascara o quadro e altera o líquido).

3. Diagnóstico no consultório

Clínico é só a suspeita. Examinar pele inteira (inclusive conjuntivas), TEC, FC, consciência, fontanela, sinais meníngeos e déficit focal. **Sem rigidez de nuca não se afasta meningite**, sobretudo no lactente e após antibiótico. Nenhum exame que atrase a remoção; **nada de antibiótico oral** para "ver como fica".

No hospital — punção lombar (PL):

- **Contraindicações (NICE NG240; AEP 2021):** instabilidade (estabilizar antes), **púrpura extensa ou em progressão**, coagulopatia ou plaquetas $< 50.000/mm^3$, infecção no local, convulsões não controladas e **sinais de hipertensão intracraniana**.
- **TC antes da PL: não de rotina**; só com **sinal focal novo** (inclusive crise focal), **pupilas anormais**, papiledema, **Glasgow ≤ 9** ou queda rápida da consciência (NICE), derivação, neurocirurgia ou trauma (AEP) ou imunodepressão (IDSA). **Hemocultura e antibiótico antes da TC.**

- **Líquor:** citologia com diferencial, glicose (com glicemia simultânea), proteína, Gram, cultura e PCR; na suspeita de tuberculose, ADA e Xpert MTB/RIF Ultra.

LÍQUOR (MS; AEP 2021)	BACTERIANA	VIRAL	TUBERCULOSA	NORMAL
Aspecto	Turvo	Límpido	Límpido ou opalescente	"Água de rocha"
Leucócitos/mm ³	200 a milhares (AEP: em geral > 1.000), neutrófilos	5–500, linfócitos (neutrófilos no início)	25–500, linfócitos	0–5
Glicose	Baixa (< 40 mg/dL; relação < 0,4 muito sugestiva)	Normal	Baixa	45–100 mg/dL
Proteína	Alta (> 100 mg/dL)	Normal ou pouco alta	Muito alta	15–50 mg/dL

Cuidados: PL precoce pode dar líquido pouco alterado ou linfocitário; antibiótico prévio negativa culturas (PCR útil); ADA > 8 UI/L sugere tuberculose (AEP).

Bacterial Meningitis Score (BMS) — pleocitose ($\geq 10/\text{mm}^3$) **sem antibiótico antes da PL** (Nigrovic, JAMA 2007; comitê de emergência da AAP): **Gram positivo (2 pontos)**, neutrófilos no líquido $\geq 1.000/\text{mm}^3$ (1), proteína $\geq 80 \text{ mg/dL}$ (1), neutrófilos no sangue $\geq 10.000/\text{mm}^3$ (1), convulsão (1). **Zero = risco muito baixo** (valor preditivo negativo 99,9% em 3.295 crianças; as 2 falhas tinham < 2 meses). Não vale na criança grave, com petéquias ou imunodeprimida.

Diferencial que não pode passar: encefalite herpética, abscesso e empiema, sepse, hemorragia intracraniana, tumor; na febre com petéquias, viroses, vasculite por IgA, PTI, leucemia, endocardite.

4. Tratamento e seguimento

Do pediatra: reconhecer, estabilizar, 1ª dose de ceftriaxona, remover, notificar, acompanhar sequelas. **Do hospital e do infectologista:** PL, antibiótico, dexametasona, complicações.

Antibiótico empírico por idade:

- **1 a 2 meses: ampicilina + ceftriaxona** (ou cefotaxima), por *Listeria*, estreptococo do grupo B e Gram-negativos (MS — decisão do site); a partir de 2 meses, ceftriaxona sem ampicilina. NICE NG143 e AEP 2021 mantêm a ampicilina até 3 meses — divergência registrada; o site mantém 3 meses.
- **≥ 3 meses: ceftriaxona** (ou cefotaxima) (MS; NICE). Vancomicina **empírica** associada é rotina para AEP e IDSA; o MS a reserva ao pneumococo resistente à cefalosporina — critério do serviço (resistência local, Gram, gravidade).

- **Suspeita de encefalite herpética: aciclovir IV 8/8 h (MS): 20 mg/kg/dose < 3 meses; 10 mg/kg/dose de 3 a 12 meses e 500 mg/m²/dose de 1 a 12 anos** (decisão do site; MS 10 mg/kg em todas as idades); 10 mg/kg/dose ≥ 12 anos (**Encefalites agudas na criança — infecciosas e autoimunes**). **Anafilaxia a betalactâmico: cloranfenicol (MS).**

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Ceftriaxona — 1ª dose na suspeita	100 mg/kg IV ou IM (máx. 4 g)	Antes da remoção	—	Padrão do site, se não atrasar; alternativa: penicilina cristalina
Ceftriaxona — manutenção	100 mg/kg/dia (máx. 4 g/dia)	12/12 h	Meningococo 5–7 dias; Hib 7–10; pneumococo 10–14; Gram-negativos 21	MS, Guia de Vigilância 2024
Cefotaxima (alternativa)	200 mg/kg/dia (AEP: 300)	6/6 h	Pelo agente	MS; AEP 2021
Ampicilina — 1 a 2 meses	300 mg/kg/dia (75 mg/kg/dose)	6/6 h	<i>Listeria</i> ≥ 21 dias	MS (até 2 meses — decisão do site); AEP 2021 e NICE: até 3 meses
Penicilina G cristalina (agente sensível)	200.000–400.000 UI/kg/dia	4/4 h	Pelo agente	MS, Guia de Vigilância 2024
Vancomicina — pneumococo resistente ou critério do serviço	15 mg/kg/dose (1ª dose máx. 1,5 g)	6/6 h, pelo nível sérico	Pelo agente	Padrão do site (SBP); MS 60 mg/kg/dia; nunca isolada
Dexametasona	0,15 mg/kg/dose IV (0,6 mg/kg/dia)	6/6 h	2–4 dias	AEP 2021; "Como Conduzir": 15 min antes da 1ª dose de antibiótico

Dexametasona (sem SBP nem MS; segue "Como Conduzir" e AEP 2021): **acima de 6 semanas** (AEP; IDSA; NICE > 3 meses), na suspeita ou confirmação de meningite bacteriana; reduz **perda auditiva** por Hib e, provavelmente, pneumococo. **Sem atrasar o antibiótico.** **Manter** se Hib ou pneumococo; **suspender** com outro agente (NICE; AEP). **Não** usar no recém-nascido nem de rotina na doença meningocócica (NICE). Ceftriaxona dada no consultório: dexametasona o mais cedo possível no hospital. Tuberculosa: **Tuberculose na infância no Brasil — atualização 2026.**

Meningite viral: hidratação e analgesia (dipirona 15 mg/kg/dose; paracetamol 10–15 mg/kg/dose, máx. 75 mg/kg/dia — padrão do site); antiviral só para herpes e varicela-zóster (MS).

Suporte no hospital: não restringir líquidos de rotina, vigiando sódio e diurese; osmóticos só com hipertensão intracraniana (NICE); **isolamento de gotículas até 24 h de antibiótico** (SMS-SP 2025).

Não fazer: atrasar antibiótico pela PL ou TC; antibiótico oral na suspeita.

Quimioprofilaxia de contatos (MS, **Nota Técnica Conjunta nº 154/2024**, que revoga o Guia de Vigilância nesse ponto; a vigilância organiza). **Contato próximo** (de 10 dias antes dos sintomas até 24 h de tratamento do caso): domicílio ou dormitório; troca de saliva; ≥ 4 h a até 1 m em ambiente fechado; ≥ 5 dias na turma de creche ou escola infantil; procedimento de via aérea sem EPI. Idealmente nas primeiras 24 h; após 10 dias da exposição, pouco valor (Hib: até 30 dias).

INDICAÇÃO	MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	REFERÊNCIA
Doença meningocócica — todo contato próximo, independentemente da vacina	Rifampicina (1ª escolha; não na gestante)	< 1 mês 5 mg/kg/dose; $\geq$ 1 mês 10 mg/kg/dose (máx. 600 mg)	12/12 h	2 dias	MS, NT 154/2024
Doença meningocócica — alternativas	Ceftriaxona IM (1ª escolha na gestante); ciprofloxacino VO; azitromicina VO	Ceftriaxona < 12 anos 125 mg, $\geq$ 12 anos 250 mg; cipro $\geq$ 18 anos 500 mg; azitromicina $\geq$ 12 anos 500 mg (último recurso)	—	Dose única	MS, NT 154/2024
Hib — contatos domiciliares se na casa houver < 4 anos com vacina incompleta, ou < 2 anos ou imunocomprometido (qualquer vacina); creche idem; toda a sala se 2º caso em 60 dias	Rifampicina	< 1 mês 10 mg/kg/dose; 1 mês a < 18 anos 20 mg/kg/dose (máx. 600 mg) ; $\geq$ 18 anos 600 mg	24/24 h	4 dias	MS, NT 154/2024
Hib — contraindicação ou intolerância à rifampicina; gestante (1ª escolha)	Ceftriaxona IM ou IV	< 12 anos 50 mg/kg; $\geq$ 12 anos 1 g	24/24 h	2 dias	MS, NT 154/2024

O **paciente** recebe profilaxia na alta **só se não tratado com ceftriaxona ou cefotaxima**. Hib invasivo antes de 2 anos: completar o esquema ou, se completo (6 meses a < 2 anos), dose adicional após 30 dias (NT 154/2024). Pneumococo e vírus não têm quimioprofilaxia. Bloqueio vacinal: ver **Vacinação do viajante e em situações de surto**.

Notificação: todas as meningites e a doença meningocócica são de **notificação obrigatória (compulsória)**, já na **suspeita** (MS).

Complicações: perda auditiva, efusão ou empiema subdural (febre após 8 dias de tratamento), hidrocefalia, paralisia de nervos cranianos, epilepsia, déficit motor e de linguagem; na doença meningocócica, necrose de pele e amputações (Motta 2015; MS).

Seguimento pelo pediatra:

- **Avaliação auditiva (audiometria ou potencial evocado, conforme a idade) em todo sobrevivente de meningite bacteriana**, de preferência antes da alta; **surdez grave ou profunda: encaminhar com urgência para avaliação de implante coclear** (NICE NG240).
- Vigiar desenvolvimento, linguagem e escola; reabilitação conforme a sequela.
- Revisar vacinas conforme **Imunizações** e CRIE.
- **Encaminhar ao infectologista pediátrico** com prioridade na meningite **recorrente** (fístula, imunodeficiência, complemento, asplenia).

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

Pronto-socorro no mesmo momento: toda suspeita. **Internação:** toda meningite bacteriana provável ou confirmada; viral com mau estado, vômitos persistentes, dor não controlada, < 2 meses, BMS ≥ 1 ou dúvida. **UTI:** choque, púrpura ou coagulação intravascular, convulsões, hipertensão intracraniana, coma, sinal focal, sódio < 120 mEq/L (AEP).

Como encaminhar (🔴): SAMU 192; oxigênio para **SpO₂ $\geq$ 94%**; acesso venoso ou intraósseo e **glicemia capilar** (hemocultura só se não atrasar); **ceftriaxona 100 mg/kg (máx. 4 g) IV ou IM**, se não atrasar a remoção; choque: cristalóide 10–20 mL/kg com reavaliação a cada bolus (**Sepse e choque séptico na criança**); convulsão ≥ 5 min: midazolam IN 0,2, bucal 0,3 ou IM 0,2 mg/kg (máx. 10 mg) (padrão do site); **máscara cirúrgica**, aviso ao destino, carta com doses e horários; notificar.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- Meningite viral em casa: líquidos, analgésico prescrito, retorno programado.
- **Voltar imediatamente se: manchas roxas ou vermelhas que não somem ao apertar** (teste do copo), sonolência difícil de despertar, confusão, convulsão, vômitos que não

param, dor de cabeça que piora, moleira estufada, mãos e pés frios, dor forte nas pernas, pouca urina.

- Contatos: profilaxia até o fim; **febre com manchas é emergência mesmo durante a profilaxia.**
- Após meningite bacteriana: teste de audição; observar se a criança responde a sons e fala.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉRIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAMBRIDGE
Antes da remoção	Sem documento oficial localizado	AIDPI — ceftriaxona 100 mg/kg IM antes de referir (máx. 2 g)	Sem posição específica localizada	Ceftriaxona ou benzilpenicilina, se não atrasar	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
TC antes da PL	Sem posição localizada	Coleta sem atrasar antibiótico	IDSA — focal, papiledema, imunodepressão	Não de rotina; só sinais de HIC	Se HIC ou focalidade	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Empírico	Sem documento oficial localizado	Ceftriaxona; vancomicina se resistência; ampicilina até 2 meses	IDSA — vancomicina + cefalosporina	Ceftriaxona em dose máxima; amoxicilina < 3 meses (NG143)	Cefotaxima 300 + vancomicina	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Dexametasona	Sem posição localizada	Não aborda	IDSA — ≥ 6 semanas (Hib)	> 3 meses; manter se Hib ou pneumococo	> 6 semanas, 2–4 dias	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Quimioprofilaxia	Sem posição localizada	NT 154/2024 — rifampicina (Hib até < 18 anos); ceftriaxona na gestante	Red Book	Remete à UKHSA	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE

Leitura: todas concordam que o antibiótico não espera punção nem tomografia, que a ceftriaxona é a base e que todo sobrevivente faz audição. Divergem na **ampicilina** (até 2 meses no MS, adotado pelo site; até 3 meses no NICE NG143 e na AEP), na **vancomicina empírica** (rotina para AEP e IDSA; MS e NICE só com resistência), na **cefotaxima** (MS 200; AEP 300 mg/kg/dia), na **dexametasona** (> 6 semanas na AEP e IDSA, > 3 meses no NICE; janela de 60 min na AEP e 12 h no NICE), na **duração** na doença meningocócica (MS 5–7 dias, AEP 7, NICE 5) e no **teto da ceftriaxona** antes de referir (AIDPI 2 g). A **SBP** não tem documento oficial de conduta. **Posição do site:** pela regra SBP → MS, o **Ministério da Saúde** no esquema por agente, na duração, na **quimioprofilaxia (NT nº 154/2024)** e na notificação; ceftriaxona 100 mg/kg (máx. 4 g) e ampicilina até 3 meses pelos documentos do site (decisão do Dr. Stefani); dexametasona por "Como Conduzir" e AEP 2021; TC e BMS por NICE e AAP.

PONTOS PRÁTICOS

1. O consultório não afasta meningite: a suspeita vai ao pronto-socorro no mesmo momento.
2. Febre com petéquias ou púrpura: SAMU, oxigênio ($\text{SpO}_2 \geq 94\%$), acesso, glicemia e ceftriaxona 100 mg/kg (máx. 4 g) IV ou IM antes da remoção, se não atrasar.
3. Antibiótico não espera punção nem tomografia; TC só com sinal focal, pupilas anormais, Glasgow ≤ 9 ou queda rápida da consciência.
4. Dexametasona 0,15 mg/kg 6/6 h por 2–4 dias, 15 min antes ou junto da 1ª dose, acima de 6 semanas, sem atrasar o antibiótico; manter só se Hib ou pneumococo.
5. Contatos de doença meningocócica: rifampicina 10 mg/kg/dose (máx. 600 mg) 12/12 h por 2 dias, independentemente da vacina (gestante: ceftriaxona); Hib: 20 mg/kg/dia por 4 dias até < 18 anos (NT nº 154/2024). Notificação obrigatória (compulsória) na suspeita.
6. Todo sobrevivente de meningite bacteriana faz avaliação auditiva; surdez profunda vai com urgência à avaliação de implante coclear.

Veja também, nesta Biblioteca: **Encefalites agudas na criança — infecciosas e autoimunes** (nesta área); **Meningite Neonatal** (Neonatologia); **Sepse e choque séptico na criança** (Urgências e emergências); **Doença meningocócica no Brasil e vacina 4CMenB em lactentes e Tuberculose na infância no Brasil — atualização 2026** (Temas atualizados pela SBP); **Vacinação do viajante e em situações de surto (sarampo, febre amarela, coqueluche, meningite)** (Imunizações); **Como Conduzir uma Criança com Febre** (Pediatría geral).

8. Fontes

- Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde, 6ª ed. revisada, vol. 1 (meningites e doença meningocócica), 2024. gov.br
- Ministério da Saúde. Nota Técnica Conjunta nº 154/2024-DPNI/SVSA/MS — novas orientações para a vigilância das meningites e quimioprofilaxia, 2024. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. AIDPI Criança — Manual de quadros de procedimentos, 2 meses a 5 anos. [PDF](#)
- Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (COVISA). Fluxograma para casos suspeitos de meningite bacteriana, versão 5, 2025. [PDF](#)

- Motta F. Doença meningocócica — Fascículo 3: quadro clínico, diagnóstico e tratamento (folheto AlamTec/GSK, hospedado no site da SBP; não é documento de departamento), 2015. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Nota Técnica nº 47 — Doença meningocócica e vacina 4CMenB em lactentes, 2026 (resumo nesta Biblioteca).
- NICE. NG240 — Meningitis (bacterial) and meningococcal disease, 2024. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk); NG143 — Fever in under 5s, recomendação 1.5.7. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- AEP / SECIP. Téllez González C et al. Meningitis bacteriana aguda. Protocolos diagnósticos y terapéuticos, 2021. [PDF](#)
- Nigrovic LE et al. Clinical prediction rule for identifying children with CSF pleocytosis at very low risk of bacterial meningitis. JAMA, 2007. [PubMed](#)
- IDSA. Tunkel AR et al. Meningite bacteriana, 2004 — resumo AAFP, 2005. [aafp.org](https://www.aafp.org)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.