

Boletim Epidemiológico

4

Volume 57 | 7 ago. 2026

Cenário epidemiológico da covid-19, da influenza e de outros vírus respiratórios no Brasil em 2025

SUMÁRIO

- 1 Introdução
- 2 Métodos
- 4 Resultados e discussão
- 36 Limitações
- 36 Considerações finais e recomendações
- 37 Referências

■ INTRODUÇÃO

As infecções respiratórias estão entre as principais causas de adoecimento e morte no mundo, gerando impacto significativo, especialmente em períodos sazonais, e podem evoluir para cenários de potencial pandêmico^{1,2}. Vírus como influenza, vírus sincicial respiratório, rinovírus, adenovírus e coronavírus apresentam ampla circulação global e elevada capacidade de transmissão entre pessoas, o que configura importante desafio para os sistemas de saúde. No Brasil, a vigilância epidemiológica desses agentes tem sido progressivamente estruturada e fortalecida nas últimas décadas, com o objetivo de monitorar sua circulação, detectar precocemente surtos e subsidiar ações de prevenção e controle.

A vigilância da influenza foi implantada no País em 2000, por meio da Rede Sentinela de Vigilância da Influenza, estruturada a partir do monitoramento de casos de síndrome gripal (SG), com a finalidade de acompanhar a circulação viral e descrever o padrão sazonal dos vírus influenza e de outros vírus respiratórios de relevância em saúde pública³. Em 2009, diante da pandemia de influenza A(H1N1)pdm09, foi instituída a vigilância universal da síndrome respiratória aguda grave (Srag), ampliando a capacidade nacional de identificar e notificar casos hospitalizados e óbitos por síndromes respiratórias graves³. Essa estrutura consolidou uma rede articulada entre unidades sentinelas, hospitais e a Rede Laboratorial de Vírus Respiratórios, o que permitiu construir séries históricas e fortalecer a resposta a emergências em saúde pública^{3,4}.

Com a emergência do SARS-CoV-2, em 2020, essa base estruturada foi rapidamente adaptada para incorporar a vigilância da covid-19³. Inicialmente, os casos graves foram notificados no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (Sivep-Gripe), já utilizado para Srag. Paralelamente, foi implantada a vigilância universal dos casos leves e moderados de SG suspeitos de covid-19, registrados no sistema e-SUS Notifica^{5,6}. A partir de julho de 2020, o Brasil integrou formalmente as estratégias de vigilância da

Ministério da Saúde

Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
SRTVN Quadra 701, Via W5 – Lote D,
Edifício PO700, 7º andar
CEP: 70.719-040 – Brasília/DF
E-mail: svsa@saude.gov.br
Site: www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa

covid-19 à vigilância da influenza e de outros vírus respiratórios, tornando-se um dos países pioneiros na adoção de um modelo de vigilância integrada³. Esse modelo integrado passou a contemplar diferentes componentes: vigilância sentinela de SG, vigilância universal de Srag, vigilância universal de SG suspeita de covid-19, além de vigilância genômica para monitorar variantes virais³.

Mesmo após o término das emergências de saúde pública em nível nacional e internacional, a iminência de novas variantes reforça a necessidade de uma vigilância contínua. O monitoramento do SARS-CoV-2, da influenza e de outros vírus respiratórios permanece essencial para identificar mudanças no padrão de circulação viral, detectar precocemente surtos e novas variantes, além de acompanhar tendências de morbidade e mortalidade.

Somado a esse histórico, a pandemia de covid-19 impôs novos desafios ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, ampliando o escopo do monitoramento para além dos casos agudos. Passou a ser necessária a incorporação da vigilância de condições associadas à infecção pelo SARS-CoV-2, como as síndromes inflamatórias multissistêmicas pediátrica (SIM-P) e em adultos (SIM-A), além das condições pós-covid^{7,8}. Essa ampliação reforçou a importância de sistemas sensíveis e oportunos para detectar, registrar e analisar dados, capazes de captar eventos menos frequentes, porém de relevância clínica e epidemiológica.

Dessa forma, este Boletim tem por objetivo apresentar o cenário epidemiológico das síndromes respiratórias no Brasil durante o ano epidemiológico de 2025, estruturado conforme os eixos das vigilâncias vigentes: (i) SG por covid-19; (ii) vigilância sentinela de SG; (iii) Srag; (iv) SIM-P e SIM-A; e (v) condições pós-covid.

■ MÉTODOS

Trata-se de estudo epidemiológico do tipo descritivo com base nos registros proveniente da vigilância dos vírus respiratórios de importância em saúde pública no Brasil, no ano epidemiológico de 2025.

Banco de dados

Foram utilizados seis sistemas de informação como fontes de dados, estruturados de acordo com os eixos das vigilâncias vigentes.

- **e-SUS Notifica**: utilizado para levantar os casos de SG por covid-19.
- **Sivep-Gripe**: utilizado para levantar os casos de SG provenientes da vigilância sentinela e dos casos e dos óbitos por Srag.

- **Global Initiative on Sharing Avian Influenza Data (GISAID)**: utilizado como fonte de dados genômicos do SARS-CoV-2 e dos vírus influenza.
- **Plataforma REDCap/MS**: utilizado para levantar os dados referentes à SIM-P e à SIM-A.
- **Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab)**: utilizada para obter os dados da Atenção Primária à Saúde (APS).
- **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)**: utilizado para obter os dados acerca dos óbitos por condições pós-covid.

Confirmação de casos

- **e-SUS Notifica**: consideraram-se como confirmados os casos de SG por covid-19 segundo critério laboratorial ou clínico-epidemiológico (Nota Técnica n.º 14/2022-CGGRIPE/DEIDT/SVS/MS).
- **Sivep-Gripe**: para a definição de casos, foram considerados os critérios clínicos, a exemplo de indivíduos hospitalizados por SG ou que evoluíram para óbito, independentemente de hospitalização, e que apresentassem pelo menos um dos seguintes sinais de gravidade (dispneia, desconforto respiratório ou saturação de oxigênio <95%).
- **GISAID**: foram considerados todos os registros inseridos no sistema a partir da data da coleta, para 2025, referentes ao hospedeiro "humano".
- **Plataforma REDCap/MS**: tanto para a SIM-P como para a SIM-A foram adotados os critérios de confirmação definidos pelo Ministério da Saúde (Notas Técnicas n.º 1.020/2021 e n.º 38/2022), incluindo febre persistente, acometimento de múltiplos sistemas orgânicos (cardiovascular, gastrointestinal, dermatológico/mucocutâneo, hematológico, respiratório ou neurológico), elevação de marcadores inflamatórios, evidência de infecção atual ou prévia por SARS-CoV-2 ou contato com caso confirmado, e exclusão de outras causas infecciosas; casos graves podem evoluir para choque, necessidade de suporte hemodinâmico ou insuficiência orgânica, e sintomas respiratórios podem estar ausentes na SIM-P. Os casos considerados como confirmados foram aqueles com classificação final "SIM-P temporalmente associada à covid-19" ou "SIM-A temporalmente associada à covid-19", variável de preenchimento exclusivo da vigilância epidemiológica.
- **SIM**: foram considerados todos os óbitos registrados com o CID B94.8 (sequelas de outras doenças infecciosas e parasitárias especificadas) como causa básica, com menção ao CID U09.9 em qualquer uma das linhas da declaração de óbito.

Coleta de dados

Todos os dados foram extraídos entre janeiro e fevereiro de 2026, contemplando o período correspondente à Semana Epidemiológica 1 de 2025 (SE 1/2025), iniciada em 29 de dezembro de 2024, até a Semana Epidemiológica 53 de 2025 (SE 53/2025), encerrada em 3 de janeiro de 2026.

- **e-SUS Notifica:** para as análises, foram extraídas oito variáveis – “critério de confirmação”, para definir os casos confirmados, “data de início de sintomas”, “idade”, “sexo”, “unidade federada de residência do paciente”, “raça/cor”, “população específica/vulnerável” e “comorbidades/fatores de risco”. Data de extração dos dados: 18 de fevereiro de 2026
- **Sivep-Gripe:** para as análises, foram selecionadas as variáveis de interesse “data de início dos sintomas”, “faixa etária”, “sexo”, “agente etiológico” e “unidade federada de residência”. Data de extração dos dados: 12 de fevereiro de 2026, para os dados da vigilância sentinela, e 16 de fevereiro de 2026, para os dados de Srag.
- **GISAID:** foram extraídas as variáveis “data de coleta da amostra”, “País”, “unidade federada” e “linhagem”, conforme a nomenclatura e definições estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹³. Data de extração dos dados: 24 de fevereiro de 2026.
- **Plataforma REDCap/MS:** foram extraídas as variáveis “classificação do caso”, “data de início de sintomas”, “idade”, “sexo”, “unidade federada de residência”, “raça/cor”, “sinais e sintomas”, e “terapêutica”. Data de extração dos dados: 10 de janeiro de 2026.
- **Sisab:** foi extraído o número de atendimento por condições pós-covid, ou seja, aqueles registrados com a condição de saúde posterior à covid-19 não especificada (CID U09.9). Data de extração dos dados: 17 de janeiro de 2026.
- **SIM:** Os dados foram extraídos em 6 de janeiro de 2026.

Antes de realizar as análises estatísticas, foram conduzidos o processamento e o tratamento dos dados, o que incluiu remover registros duplicados, padronizar e categorizar faixas etárias e verificar inconsistências. Informações adicionais sobre os processos de limpeza e tratamento dos dados, a classificação dos vírus respiratórios para Srag e os dados agregados correspondentes estão disponíveis no repositório público (<https://gitlab.com/cgcovid/dados-abertos>).

Análises dos dados

Para delinear o cenário epidemiológico da SG por covid-19, foram calculadas a frequência absoluta e a média móvel central (três semanas) dos casos leves e moderados. Consideraram-se a distribuição temporal

por semana epidemiológica e a distribuição geográfica pelo Brasil e suas regiões, relacionando os casos às variantes de SARS-CoV-2 em circulação no período.

Para caracterizar o perfil demográfico, foram calculadas as frequências absolutas e relativas e as taxas de incidência, quando possível, das variáveis: (i) sexo e faixa etária; (ii) população específica, permitindo identificar o número de casos acometidos em profissionais da saúde, trabalhadores de serviços essenciais, povos e comunidades tradicionais e gestantes e puérperas; (iii) raça/cor, para identificar desigualdades na distribuição dos casos; e (iv) presença de fatores de risco, para avaliar a presença de condições de saúde preexistentes.

Quanto à SG sentinela, foram realizadas análises descritivas das frequências absolutas e relativas, quando aplicável, dos vírus identificados. Os dados foram estratificados de forma temporal, etária, regional e por vírus identificado, caracterizando em: (i) região geográfica; (ii) faixa etária; e (iii) tipo viral. Os resultados foram apresentados em forma de gráficos de barras e roscas tanto para o cenário do Brasil quanto para cada divisão geográfica.

Quanto aos casos de Srag, foi aplicado um *script* padronizado para o processamento das notificações do Sivep-Gripe, elaborado e validado pela equipe técnica da Coordenação-Geral de Vigilância da Covid-19, Influenza e Outros Vírus Respiratórios (CGCOVID) da covid-19 (para informações adicionais, ver o repositório supracitado). Posteriormente, realizou-se a classificação etiológica dos casos e dos óbitos com base nos resultados laboratoriais e na evolução clínica registrada. Os casos foram classificados segundo os vírus respiratórios identificados, sendo realizadas análises estratificadas por período, faixa etária e unidade federada, incluindo avaliação específica sem codeteções.

As análises da SIM-P, da SIM-A e das condições pós-covid foram realizadas por meio de estatística descritiva, com cálculo de frequências absolutas e relativas, médias e medianas, quando aplicável. As condições pós-covid foram analisadas com base nos registros de atendimentos APS e nos registros de óbitos associados no SIM. Os resultados foram apresentados em tabelas e figuras, o que incluiu a distribuição temporal e espacial e o perfil clínico-epidemiológico dos casos.

O processamento, o tratamento e as análises foram realizados em ambiente gratuito da linguagem R (R Core Team, 2023).

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

Síndrome Gripal (SG) por covid-19

Foram registrados 441.893 casos de SG por covid-19 no Brasil entre a SE 1 e a SE 53 de 2025, menor número quando comparado aos anos anteriores. A maior concentração de casos foi no Sudeste, seguido pelo Sul (Tabela 1). Considerando que essas regiões abrangem, respectivamente, 42% e 15% da população nacional⁹, essa distribuição pode refletir tanto em maior população com maior exposição ao vírus quanto em maior vigilância epidemiológica e/ou uso mais frequente do sistema de informação nacional e-SUS Notifica.

TABELA 1 Descritivo do número de casos (N) e porcentagem (%) de SG por covid-19. Brasil, ano epidemiológico de 2025

Região	N (%)
Centro-Oeste	47.279 (10,7%)
Nordeste	51.108 (11,5%)
Norte	55.164 (12,4%)
Sudeste	223.784 (50,6%)
Sul	64.558 (14,6%)
Sexo	
Masculino	160.677 (36,4%)
Feminino	281.216 (63,6%)
Raça/cor	
Branca	203.549 (46,1%)
Preta	16.276 (3,7%)
Parda	133.835 (30,2%)
Amarela	26.050 (5,9%)
Indígena	2.117 (0,5%)
Ignorado	60.066 (13,56%)

Nota: Número de casos total=441.893.

Fonte: e-SUS Notifica. Elaborado por CGCOVID/DEDT/SVSA/MS. Data de extração dos dados: 18/2/2026.

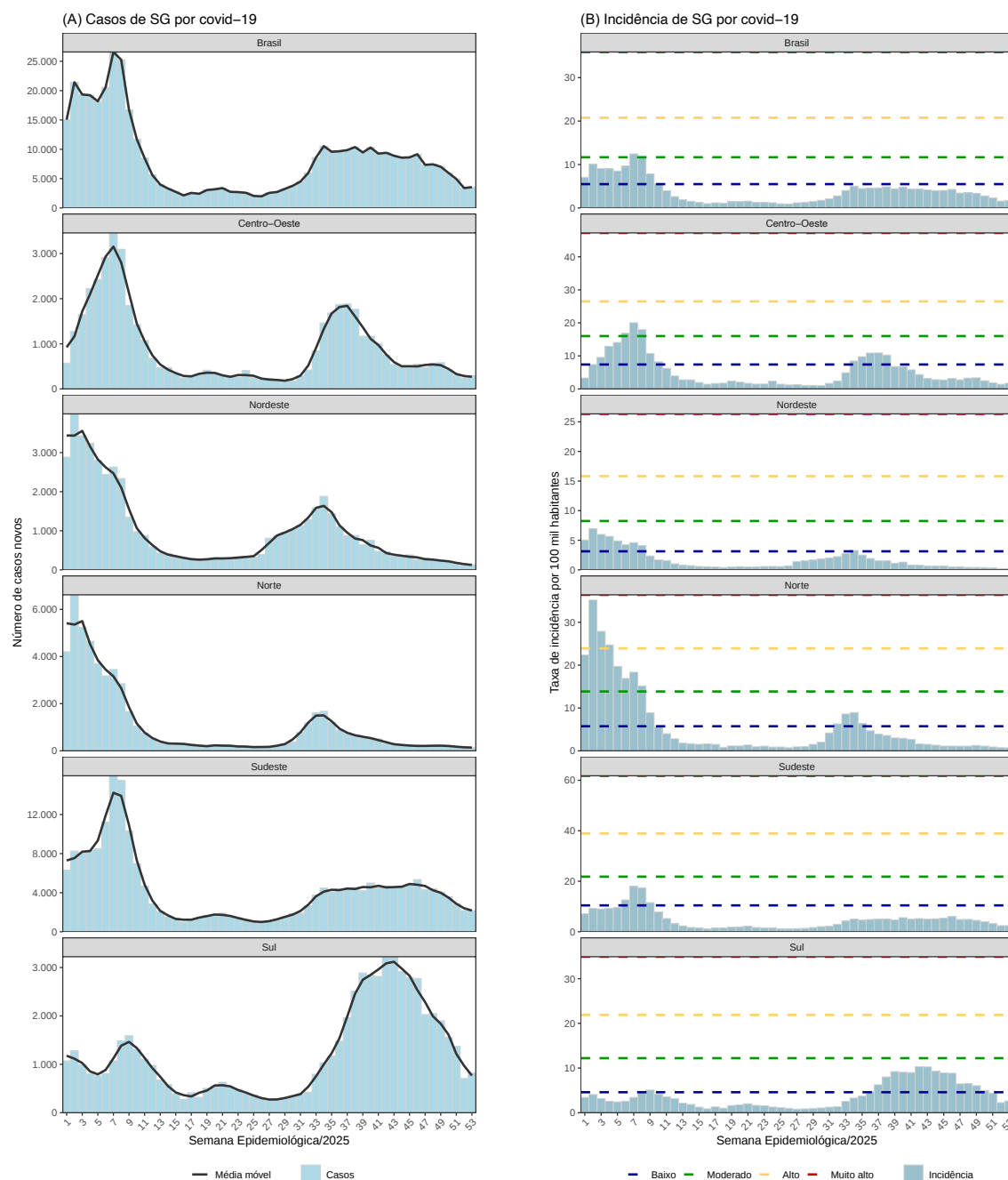
As séries temporais de casos de SG por covid-19 no ano epidemiológico de 2025 evidenciam um padrão de aumento acentuado no início do ano, seguido de redução progressiva e comportamento heterogêneo entre as regiões ao longo do segundo semestre (Figura 1). Em nível nacional, observa-se crescimento rápido nas primeiras semanas epidemiológicas, com pico concentrado aproximadamente entre as semanas epidemiológicas 4 e 8, seguido de queda consistente até a metade do ano. Esse aumento inicial se reflete em todas as grandes regiões e indica um evento epidêmico de abrangência nacional no início de 2025.

Entretanto, a intensidade e a evolução temporal desse aumento variaram entre as regiões. O Norte e o Nordeste apresentaram elevações mais precoces e de maior magnitude, contribuindo de forma expressiva para o pico nacional. No Sudeste e no Centro-Oeste, o momento de aumento do número de caso foi semelhante, porém de menor nível de intensidade no Sudeste. Já no Sul, o aumento inicial ocorreu de forma menos intensa em comparação às demais regiões. O pico de maior intensidade no Sul foi registrado no segundo semestre, sendo a única região com essa característica.

Após o declínio do primeiro pico, as séries regionais passam a apresentar comportamentos distintos. Destaca-se um novo período de aumento no segundo semestre, mais evidente nas regiões Sul e Sudeste, com crescimento gradual a partir das semanas epidemiológicas 30 e 35 e picos observados entre as semanas epidemiológicas 38 e 45. No Centro-Oeste, observa-se recrudescimento semelhante, porém de menor intensidade. O Nordeste apresenta elevação discreta nesse período, seguida de nova redução, enquanto o Norte mantém níveis baixos durante grande parte do segundo semestre, com oscilações pontuais que não configuram um novo pico expressivo.

Os dados indicam que, embora o principal aumento de casos de SG por covid-19 em 2025 tenha ocorrido de maneira sincronizada no início do ano, a dinâmica de transmissão no restante do período foi marcada por heterogeneidade regional. Além disso, apenas no estado do Norte o pico da taxa de incidência de SG por covid-19 ultrapassou o limiar de atividade "alto" (Figura 1B). As demais regiões mantiveram a taxa de incidência entre os limiares baixo e moderado, padrão também observado para o Brasil como um todo.

Ao cruzar essas informações com os dados da vigilância genômica (Figura 2), observa-se que o aumento inicial de casos coincidiu com a predominância nacional de linhagens descendentes da JN.1 (como KP.3 e LP.8.1) em cocirculação, que apresentaram amplo domínio e rápida disseminação entre as regiões. Ainda relacionado ao ciclo do primeiro semestre, observou-se que a variante XEC apresentou percentual relevante apenas no Sul. Em contrapartida, o segundo semestre foi marcado pelo domínio claro da variante XFG e subvariante XFG.3.4.1 em todas as regiões do País.



Fonte: e-SUS Notifica. Elaborado por CGCOVID/DEDT/SVSA/MS. Data de extração dos dados: 18/2/2026.

FIGURA 1 Distribuição semanal: (A) casos de síndrome gripal (SG) por covid-19 e média móvel de três semanas; e (B) taxa de incidência sobreposta com os limiares de atividade. Brasil e regiões, ano epidemiológico de 2025

No entanto, ao longo do segundo semestre, apesar da introdução e expansão progressiva de novas variantes sob monitoramento (VUM) XFG de maneira similar em todo o País, o impacto em termos de casos ocorreu de maneira heterogênea entre as regiões. Esse comportamento é observado na dinâmica regional das séries temporais, nas quais alguns territórios apresentaram

aumentos discretos (Norte, Nordeste e Centro-Oeste). O Sudeste manteve nível estável após ligeiro aumento, mas o Sul apresentou aumento expressivo de incidência. Esse padrão reforça que, em 2025, a dinâmica da covid-19 esteve associada possivelmente à substituição e à adaptação viral contínua, com circulação persistente do SARS-CoV-2.

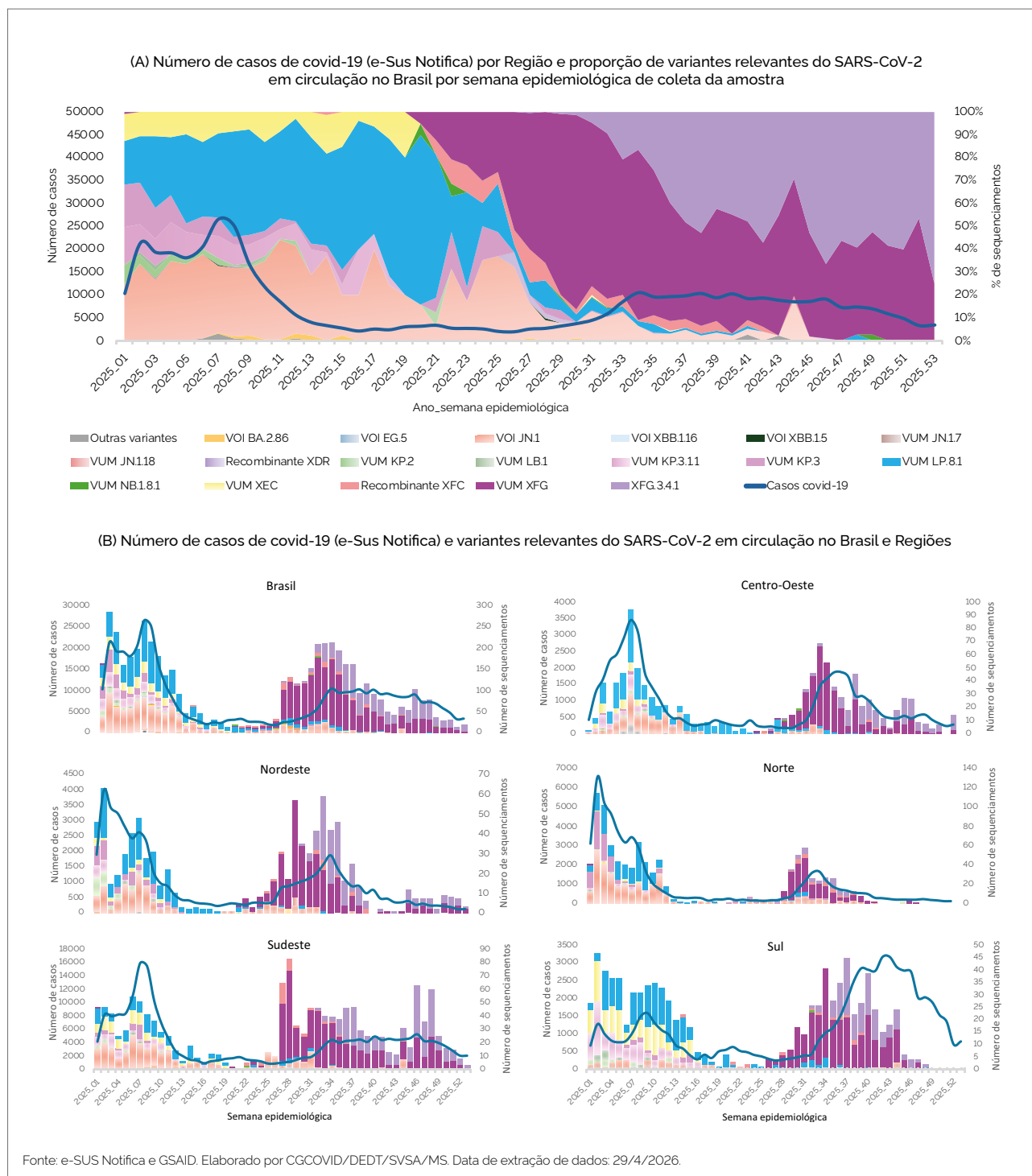


FIGURA 2 (A) Distribuição proporcional das variantes de SARS-CoV-2 e número de casos de SG por covid-19 no Brasil; e (B) número de sequenciamentos realizados, com a proporção das respectivas linhagens identificadas, e número de casos de SG por covid-19 no Brasil e nas regiões

A pirâmide etária evidencia a distribuição consistente no conjunto dos casos de SG associada à covid-19 no Brasil e nas regiões (Figura 3), com maior proporção de casos entre mulheres (Tabela 1). No entanto, para ambos os sexos, verifica-se o predomínio de casos nas faixas etárias de 20-59 anos, com destaque para os grupos de 20-39 anos e 40-59 anos. O maior acometimento nessa faixa etária reflete o perfil da população economicamente ativa, caracterizada por maior mobilidade, circulação social e exposição a ambientes coletivos, como locais de trabalho e transporte público. Esse padrão é compatível com a dinâmica de transmissão do SARS-CoV-2 no período analisado e mantém-se semelhante ao observado em anos anteriores, nos quais a concentração de casos também ocorreu predominantemente entre adultos em idade produtiva. Isso sugere a persistência de fatores estruturais e comportamentais associados à exposição ocupacional e social.

Embora as faixas etárias extremas, como de 0-4 anos (correspondente às crianças) e 71 anos ou mais (correspondente às pessoas idosas), concentrem menor proporção dos casos notificados de SG por covid-19 (Figura 3A), essas apresentaram as taxas de incidência mais elevadas (Figura 3B). Esses grupos são reconhecidamente mais vulneráveis e apresentam maior probabilidade de progressão para formas graves da doença, o que inclui Srag e óbito (ver seção "Síndrome Respiratória Aguda Grave").

Ao focar em populações específicas (por exemplo, profissionais de saúde, gestantes e puérperas, povos e comunidades tradicionais e trabalhadoras e trabalhadores de serviços essenciais ou estratégicos), observa-se que profissionais de saúde concentram a maior proporção de casos de SG por covid-19, seguidos por gestantes e puérperas (Figura 4). Esses dois grupos respondem conjuntamente pela maior parte dos registros entre as populações específicas analisadas, evidenciando o impacto da exposição ocupacional contínua e das condições fisiológicas particulares associadas à gestação e ao puerpério.

Em contraste, povos e comunidades tradicionais e trabalhadoras e trabalhadores de serviços essenciais ou estratégicos apresentam números absolutos menores de casos, o que pode refletir tanto diferenças nos padrões de exposição quanto possíveis variações no acesso aos serviços de saúde. No entanto, é importante destacar a limitação associada à captação pelos sistemas de vigilância, devido à sensibilidade variável dos profissionais notificadores em registrar adequadamente tais características em cada uma dessas populações.

A distribuição percentual dos casos de SG por covid-19 segundo raça/cor evidencia que a maior proporção de registros ocorreu entre pessoas autodeclaradas brancas, seguidas por pardas, amarelas, pretas e indígenas (Tabela 1 e Figura 5). De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁰, a população brasileira é composta majoritariamente por pessoas autodeclaradas pardas (aproximadamente 45,0%), seguidas por brancas (43,0%), pretas (10,0%), indígenas (0,6%) e amarelas (0,4%).

O perfil observado nos registros de SG por covid-19 pode sugerir sub-representação, sobretudo dos grupos pardo e preto, o que possivelmente reflete desigualdades no acesso aos serviços de saúde, diferenças na procura por atendimento e limitações na captação dos casos pelos sistemas de vigilância. Esses achados reforçam a importância do monitoramento contínuo das desigualdades raciais e da qualificação das informações de raça/cor para subsidiar ações de vigilância e políticas públicas orientadas pela equidade.

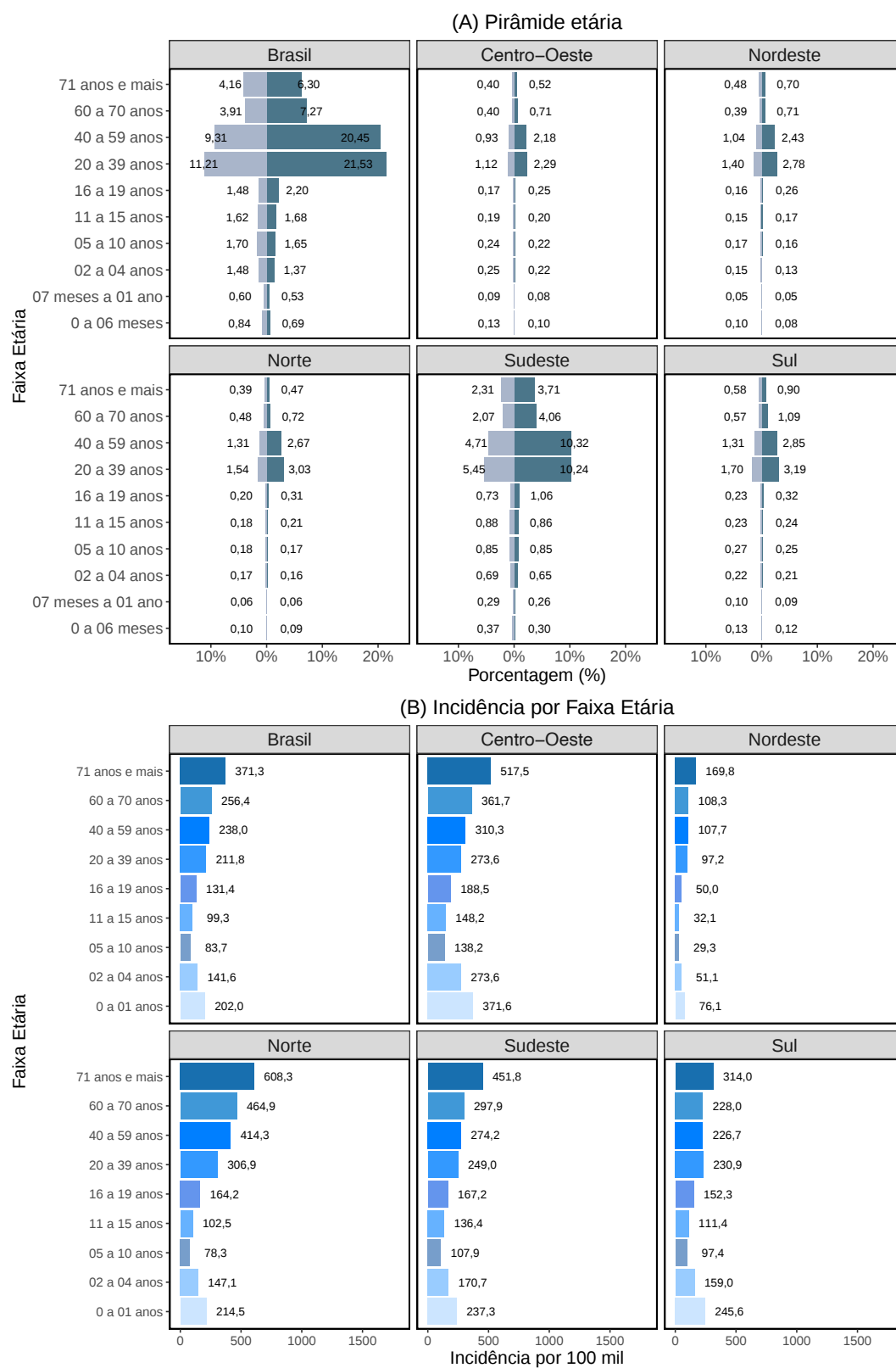


FIGURA 3 (A) Pirâmide etária da proporção dos casos de SG por covid-19; e (B) taxa de incidência dos casos de SG por covid-19 por faixa etária. Brasil e regiões, ano epidemiológico de 2025

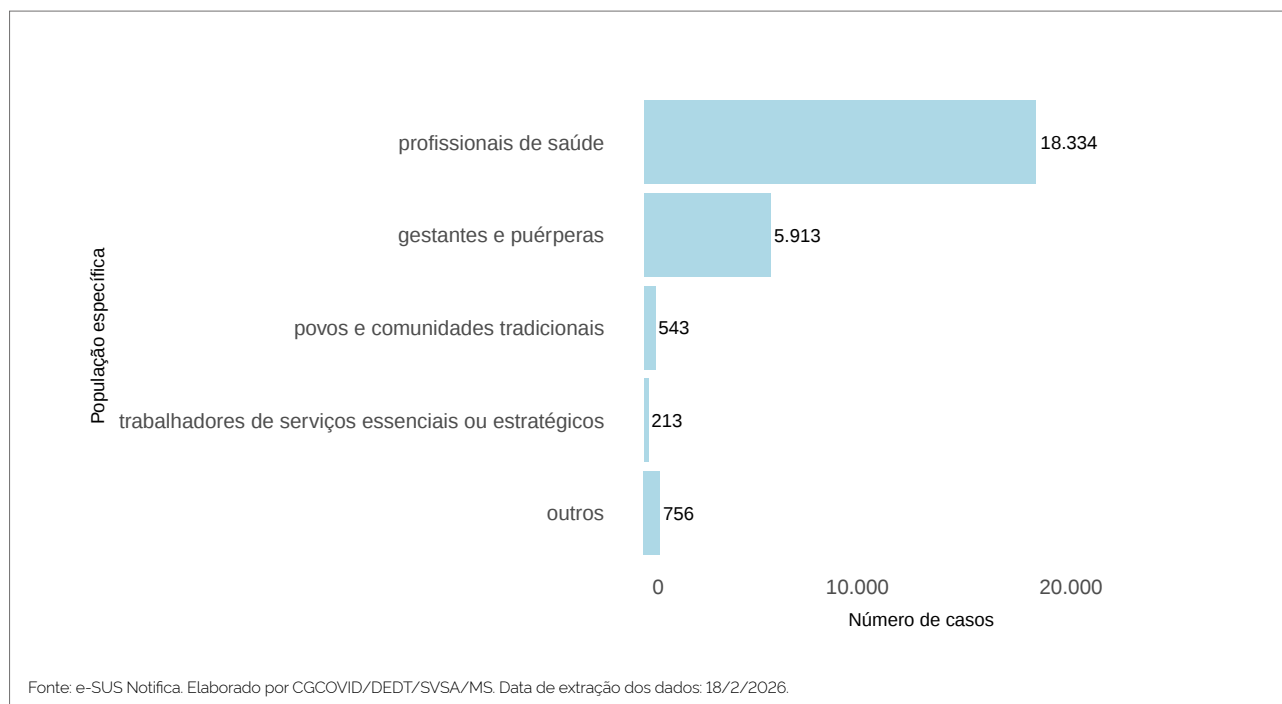


FIGURA 4 Número absoluto de casos de síndrome gripal (SG) por covid-19, segundo populações específicas. Brasil, ano epidemiológico de 2025

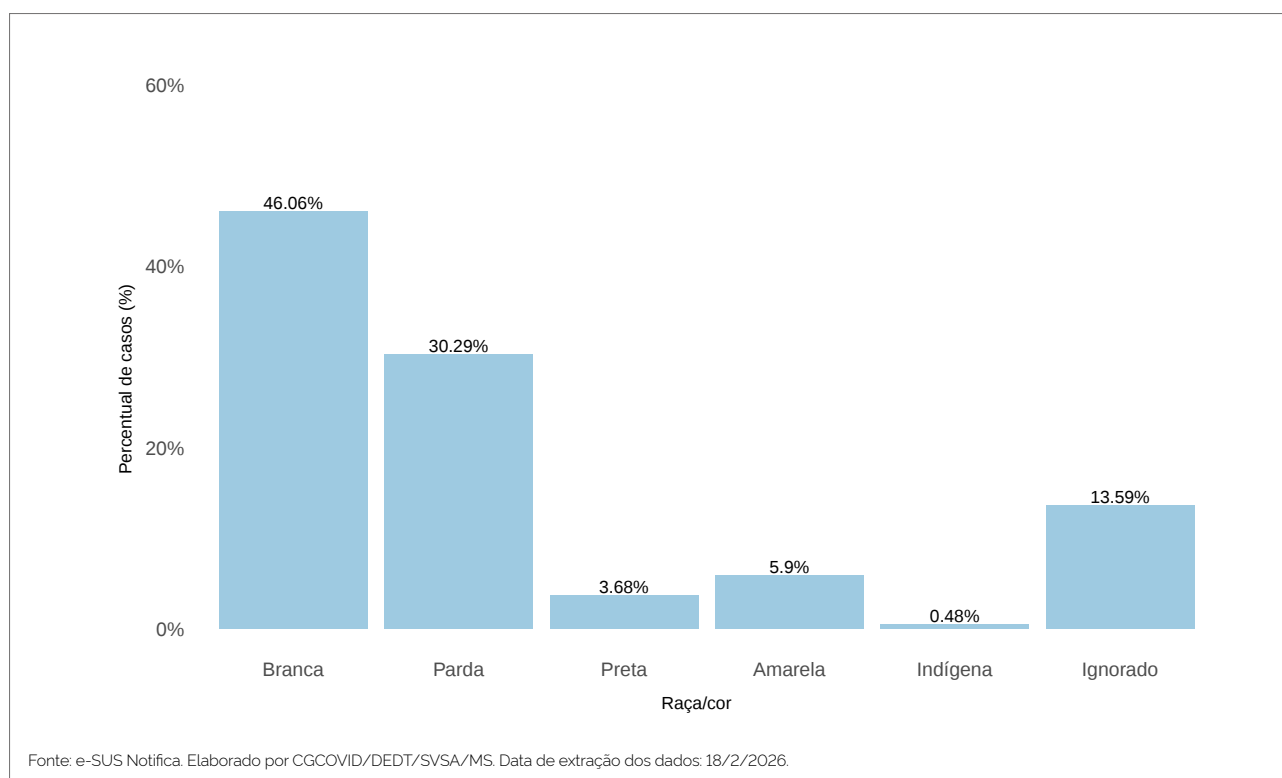


FIGURA 5 Proporção de casos de SG por covid-19 entre raça/cor. Brasil, ano epidemiológico de 2025

Além da sobre-representação expressiva da categoria amarela (5,9% dos casos notificados diante de 0,4% na população), chama a atenção a proporção significativa de registros com raça/cor ignorada (13,6%). Isso aponta para limitações na completude e na qualidade da informação e reforça a necessidade de qualificação do preenchimento dessa variável. A ausência ou a inadequação do registro de raça/cor pode comprometer a identificação de iniquidades raciais em saúde e dificultar a formulação de estratégias mais equitativas de vigilância, prevenção e atenção à saúde.

A análise dos fatores de risco associados aos casos de SG por covid-19 evidencia a predominância de doenças cardíacas crônicas, que concentram o maior número de registros, seguidas por diabetes e doenças respiratórias crônicas (Figura 6). Esses três grupos representam a maior carga de comorbidades entre os casos notificados, indicando que condições crônicas de alta prevalência na população brasileira continuam exercendo papel central no perfil clínico dos indivíduos acometidos.

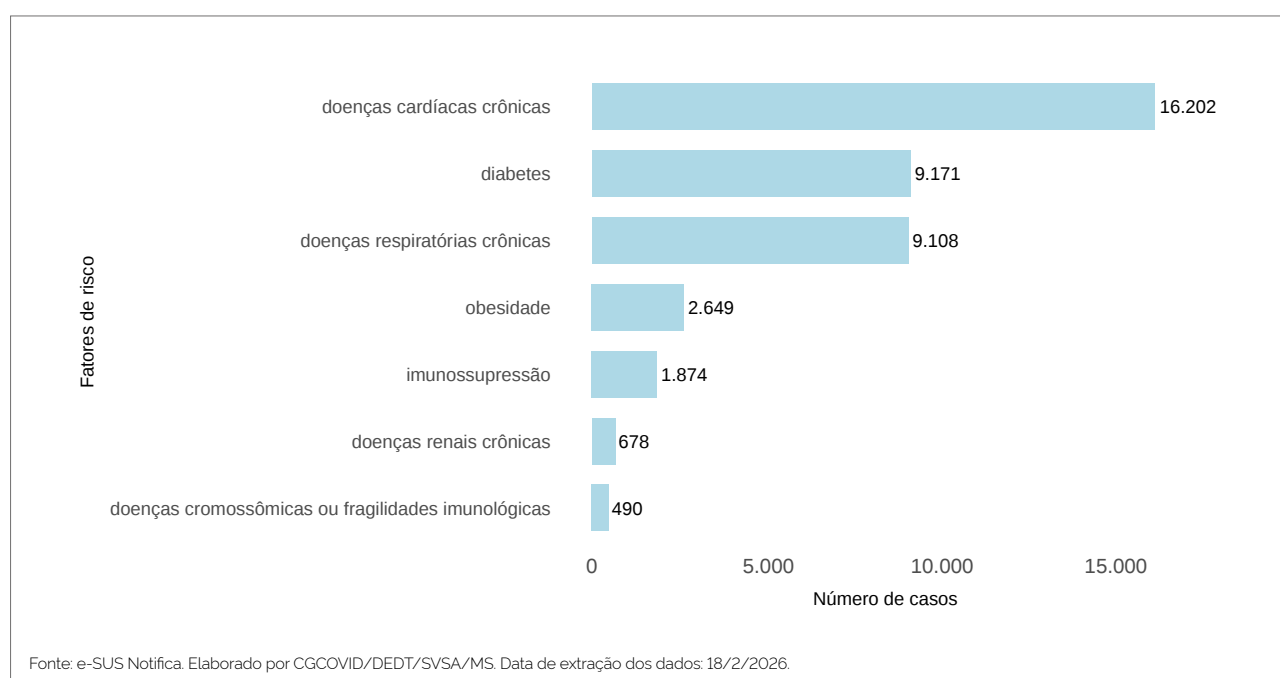


FIGURA 6 Número absoluto de casos de SG por covid-19 segundo fatores de risco. Brasil, ano epidemiológico de 2025

Em menor magnitude, porém ainda relevantes, observam-se casos associados à obesidade e à imunossupressão, condições reconhecidas como fatores de risco para agravar a covid-19. Já os registros relacionados a doenças renais crônicas e a doenças cromossômicas ou fragilidades imunológicas apresentam menor frequência absoluta. Ainda que menos numerosos, esses grupos demandam atenção específica, uma vez que estão associados a maior risco de evolução desfavorável, incluindo hospitalização e óbito.

Em síntese, os resultados evidenciam que a dinâmica da SG por covid-19 no Brasil em 2025 foi marcada por redução do número de casos em comparação aos anos anteriores, com comportamento epidemiológico hete-

rogêneo entre as regiões ao longo do ano. Observou-se predomínio entre mulheres e adultos em idade produtiva, além de maior incidência nas faixas etárias extremas. A circulação viral esteve associada inicialmente à predominância de linhagens descendentes da JN.1, seguida por diversificação genômica no segundo semestre. Também se destacaram desigualdades relacionadas à raça/cor e à persistência das doenças crônicas, especialmente cardiovasculares, diabetes e doenças respiratórias, como principais fatores de risco associados aos casos notificados. Esses achados reforçam a importância da manutenção da vigilância epidemiológica integrada, do monitoramento genômico contínuo e da qualificação dos sistemas de informação para acompanhar a covid-19 no País.

Vigilância sentinela de síndrome gripal (SG)

Em 2025, as Unidades Sentinelas de Síndrome Gripal coletaram 109.277 amostras, das quais 104.444 foram processadas. Dessas, 53.728 (51,4%) apresentaram resultado positivo para os vírus testados, o que totalizou 55.410 vírus respiratórios identificados. Observou-se aumento da positividade a partir da SE 13, com pico na SE 21, associado principalmente à intensificação da circulação de influenza A(H1N1)pdm09 e, em menor proporção, do vírus sincicial respiratório – VSR (Figura 7).

No conjunto do País, houve predomínio de rinovírus (39,1%), seguido de influenza (25,3%) – com destaque para influenza A(H1N1)pdm09 (9,1%), influenza A não sub-

tipada (6,3%), influenza A(H3N2) (4,8%) e influenza B (4,8%) –, além de SARS-CoV-2 (11,8%) e VSR (10,5%) (Figura 8).

Quanto à distribuição etária, 17,6% dos vírus foram identificados em menores de 2 anos e 9,5% em pessoas idosas com 60 anos ou mais (Apêndice I). Entre crianças menores de 10 anos, predominaram rinovírus (39%) e VSR (20%), evidenciando maior impacto de vírus respiratórios típicos da infância. Na faixa de 10-60 anos, destacaram-se rinovírus (40%), influenza A (24%) e SARS-CoV-2 (15%). Entre a população idosa, observou-se maior proporção de influenza A (30%), seguida de rinovírus (29%) e SARS-CoV-2 (20%), reforçando o impacto da influenza nessa população (Figura 9).

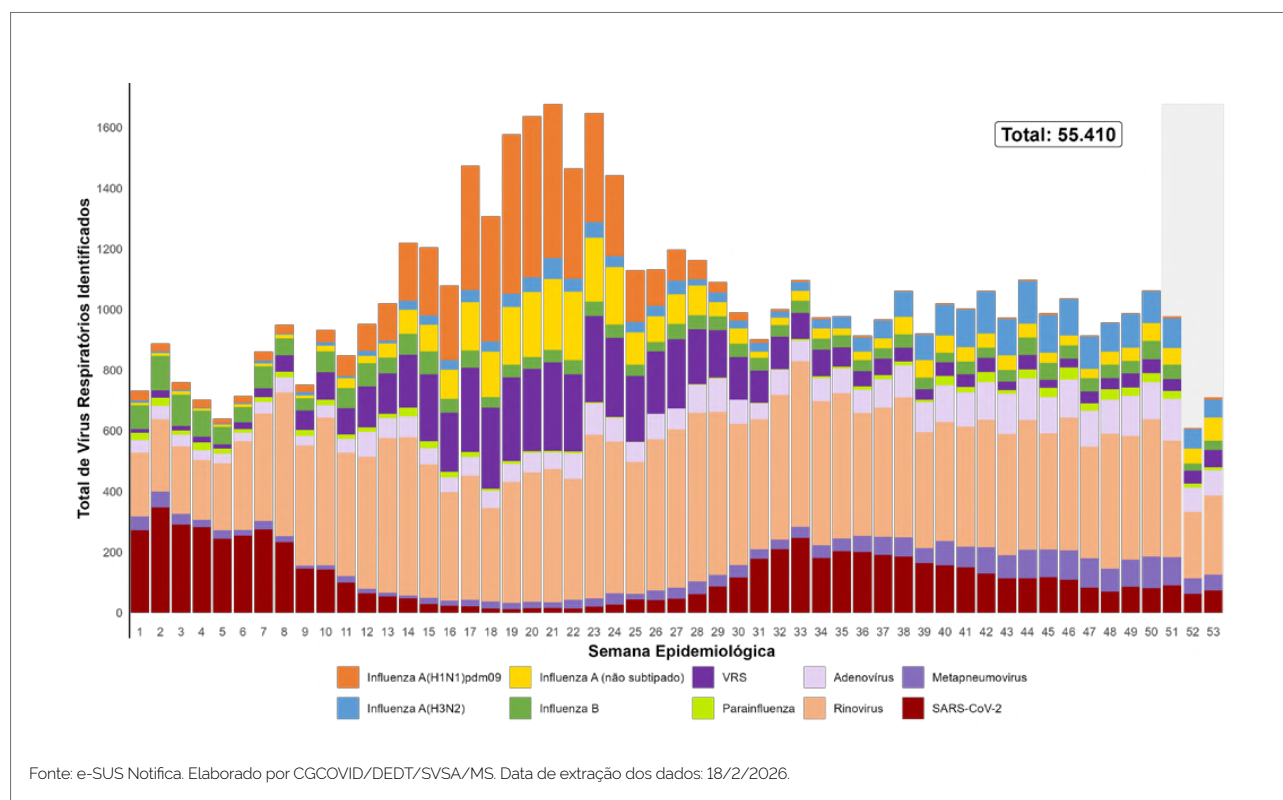


FIGURA 7 Distribuição dos vírus respiratórios por semana epidemiológica. Brasil, ano epidemiológico de 2025

Ao analisar a distribuição dos casos de SG identificados pelas Unidades Sentinelas entre as regiões do Brasil, observa-se que o Centro-Oeste registrou 7.366 vírus identificados em 2025, o que correspondeu a 13,3% do total nacional. O maior percentual de amostras positivas (69,6%) foi observado na SE 21. Já o pico absoluto de vírus identificados ocorreu na SE 20, com 274 registros e positividade de 64% (Figura 10A). No período analisado, o vírus mais frequentemente identificado foi o rinovírus (39,1%), seguido pela influenza A (H1N1) pdm09 (12,8%) e pelo SARS-CoV-2 (12,1%) (Figura 10B).

O Nordeste, por sua vez, teve 13.154 vírus identificados (23,7% do total), em que o maior percentual de amostras positivas foi observado na SE 23 com o pico de vírus identificados (478 vírus) ocorrendo nessa mesma SE (Figura 11A). O principal vírus identificado em 2025 para essa região foi o rinovírus (38,6%), seguido do SARS-CoV-2 (11,1%) e da influenza A (não subtipada) (10,5%) (Figura 11B).

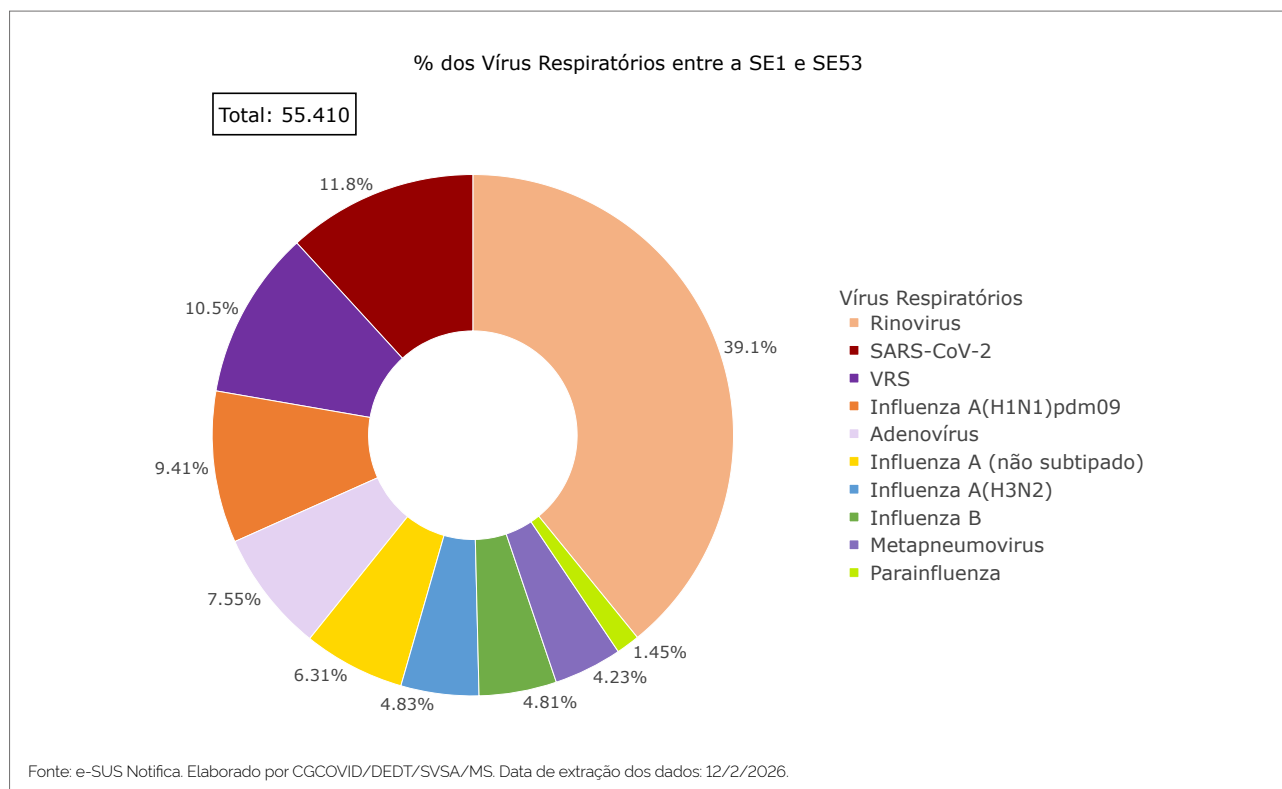


FIGURA 8 Proporção dos vírus respiratórios identificados nas Unidades Sentinelas para SG. Brasil, ano epidemiológico de 2025

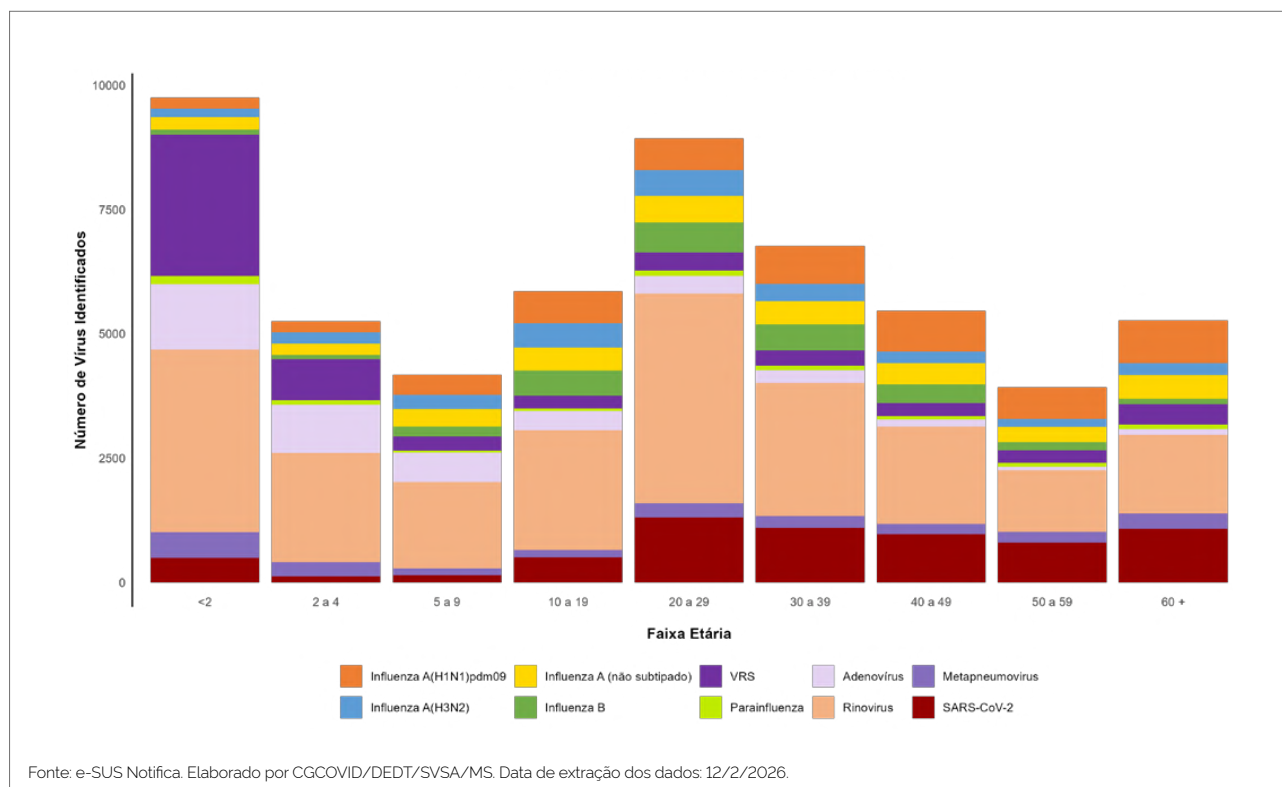
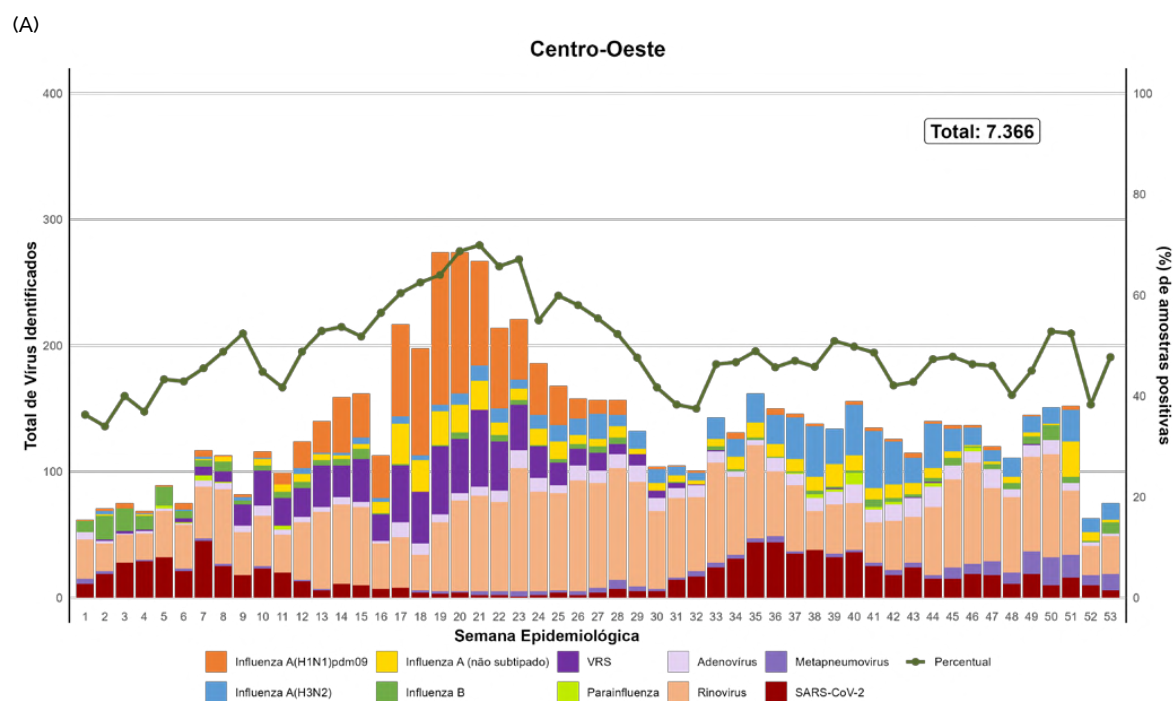
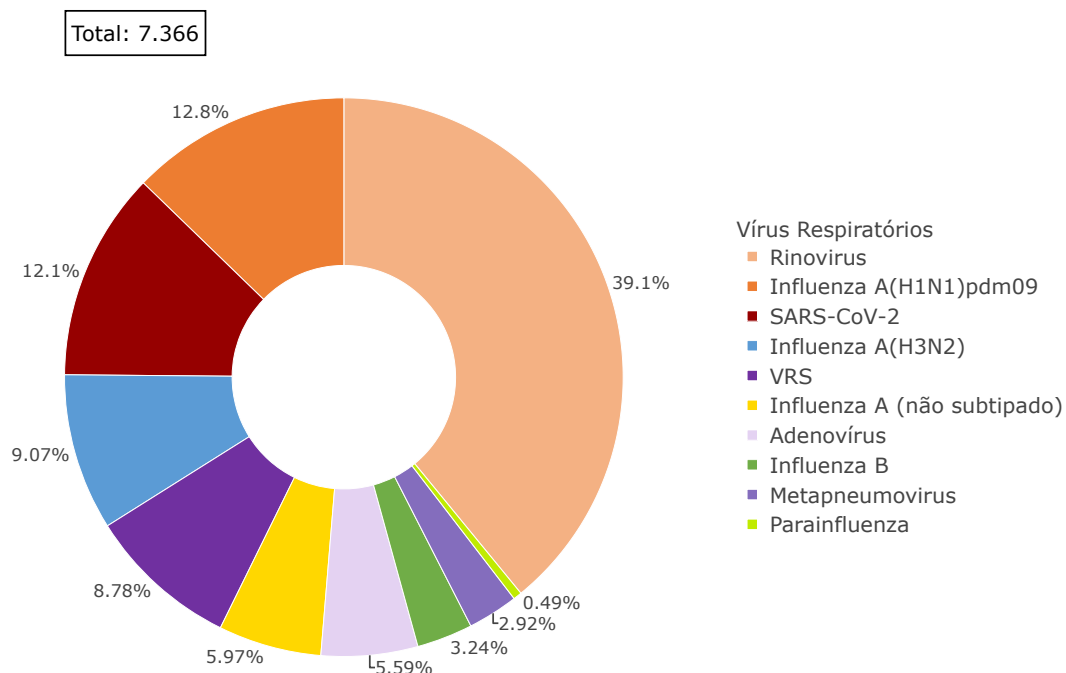


FIGURA 9 Distribuição dos vírus respiratórios por faixa etária identificada nas Unidades Sentinelas para SG. Brasil, ano epidemiológico de 2025



(B)

% dos Vírus Respiratórios entre a SE1 e SE53 Região Centro-Oeste



Fonte: e-SUS Notifica. Elaborado por CGCOVID/DEDT/SVSA/MS. Data de extração dos dados: 12/2/2026.

FIGURA 10 (A) Distribuição dos vírus respiratórios por semana epidemiológica em 2025 no Centro-Oeste; e (B) proporção dos vírus respiratórios identificados nas Unidades Sentinelas para SG, ao longo do ano epidemiológico de 2025, no Centro-Oeste

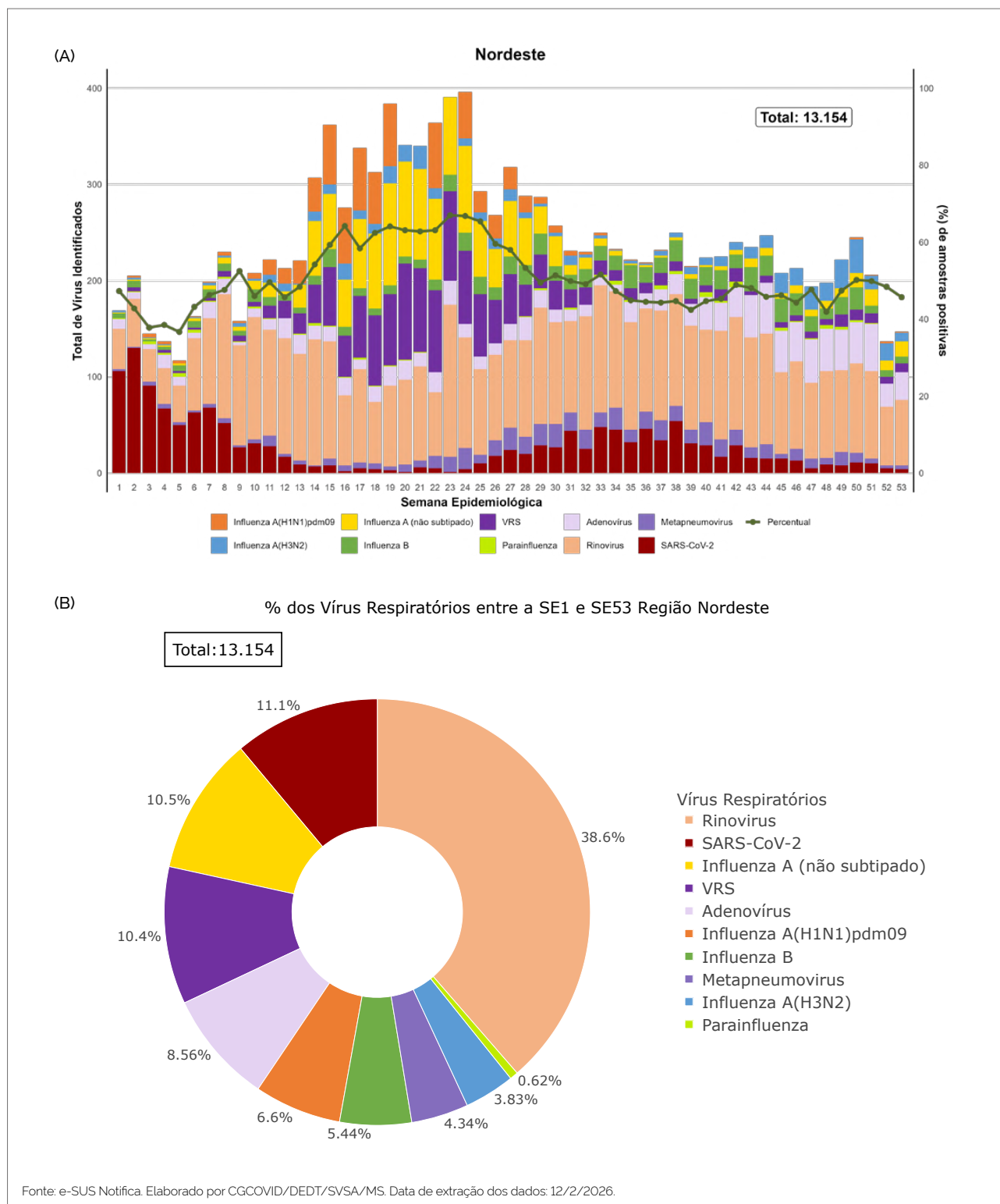
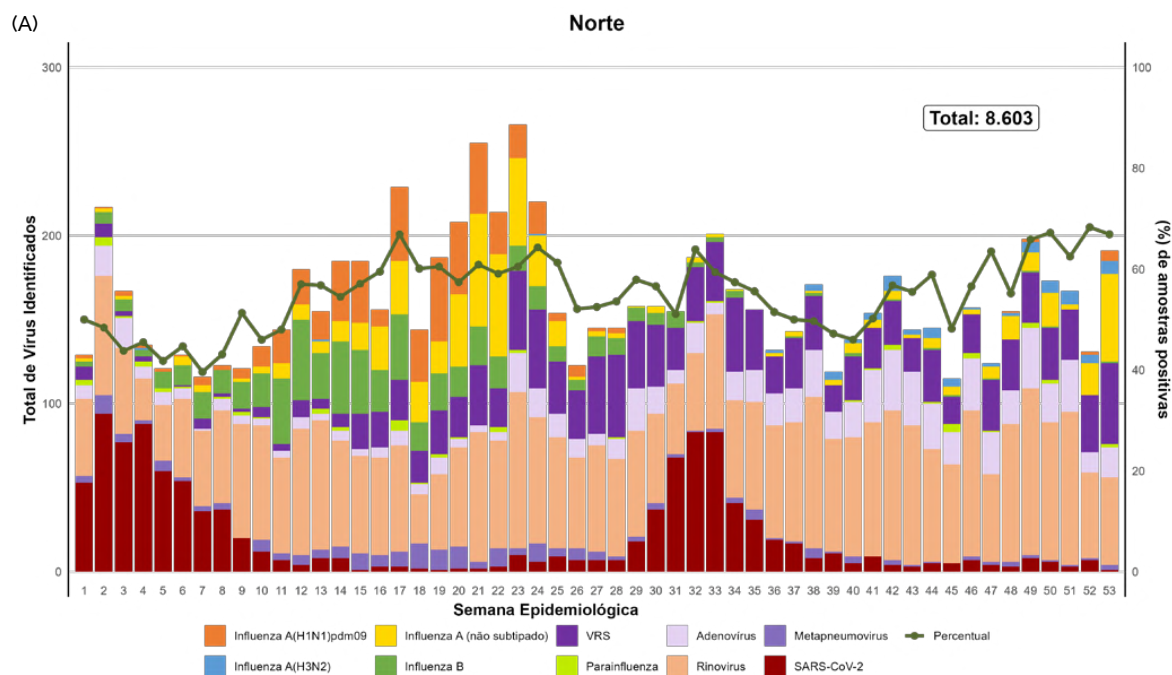


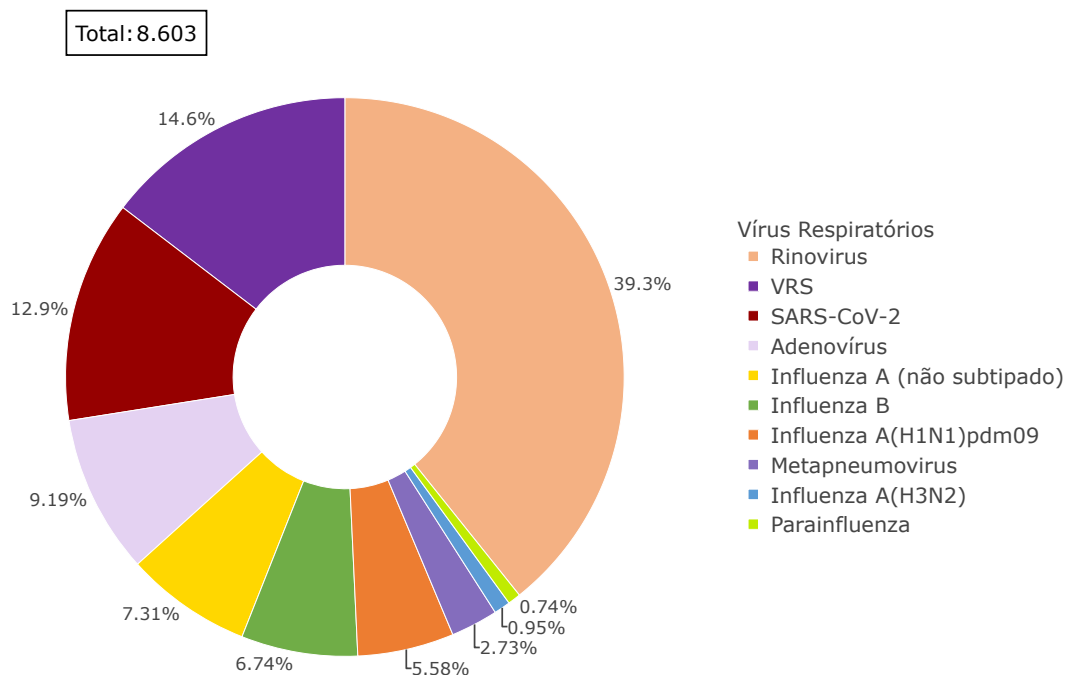
FIGURA 11 (A) Distribuição dos vírus respiratórios por semana epidemiológica em 2025 no Centro-Oeste; e (B) proporção dos vírus respiratórios identificados nas Unidades Sentinelas para SG, ao longo do ano epidemiológico de 2025, no Centro-Oeste

O Norte teve 8.603 vírus identificados (15,52% do total), em que o maior percentual de amostras positivas (68,3%) foi observado na SE 52 com o pico de vírus identificados (266 vírus) ocorrendo na SE 23 e a positividade de 60,5% (Figura 12A). O principal vírus identi-

cado no período foi o rinovírus (39,3%), seguido do VRS (14,6%) e do SARS-CoV-2 (12,9%) (Figura 12B). Chama a atenção a circulação tardia do VSR no Norte em 2025, em significativa defasagem em relação às demais regiões do País.



(B) % dos Vírus Respiratórios entre a SE1 e SE53 Região Norte



Fonte: e-SUS Notifica. Elaborado por CGCOVID/DEDT/SVSA/MS. Data de extração dos dados: 12/2/2026.

FIGURA 12 (A) Distribuição dos vírus respiratórios por semana epidemiológica em 2025 no Norte; e (B) proporção dos vírus respiratórios identificados nas Unidades Sentinela para SG, ao longo do ano epidemiológico de 2025, no Nordeste

O Sudeste teve 17.171 vírus identificados (31% do total), em que o maior percentual de amostras positivas (62,7%) foi observado na SE 16 com o pico de vírus identificados (486 vírus) ocorrendo na SE 20 e a positividade de 62,7%

(Figura 13A). O principal vírus identificado no período foi o rinovírus (40,5%), seguido do SARS-CoV-2 (11,6%) e do VRS (9,9%) (Figura 13B).

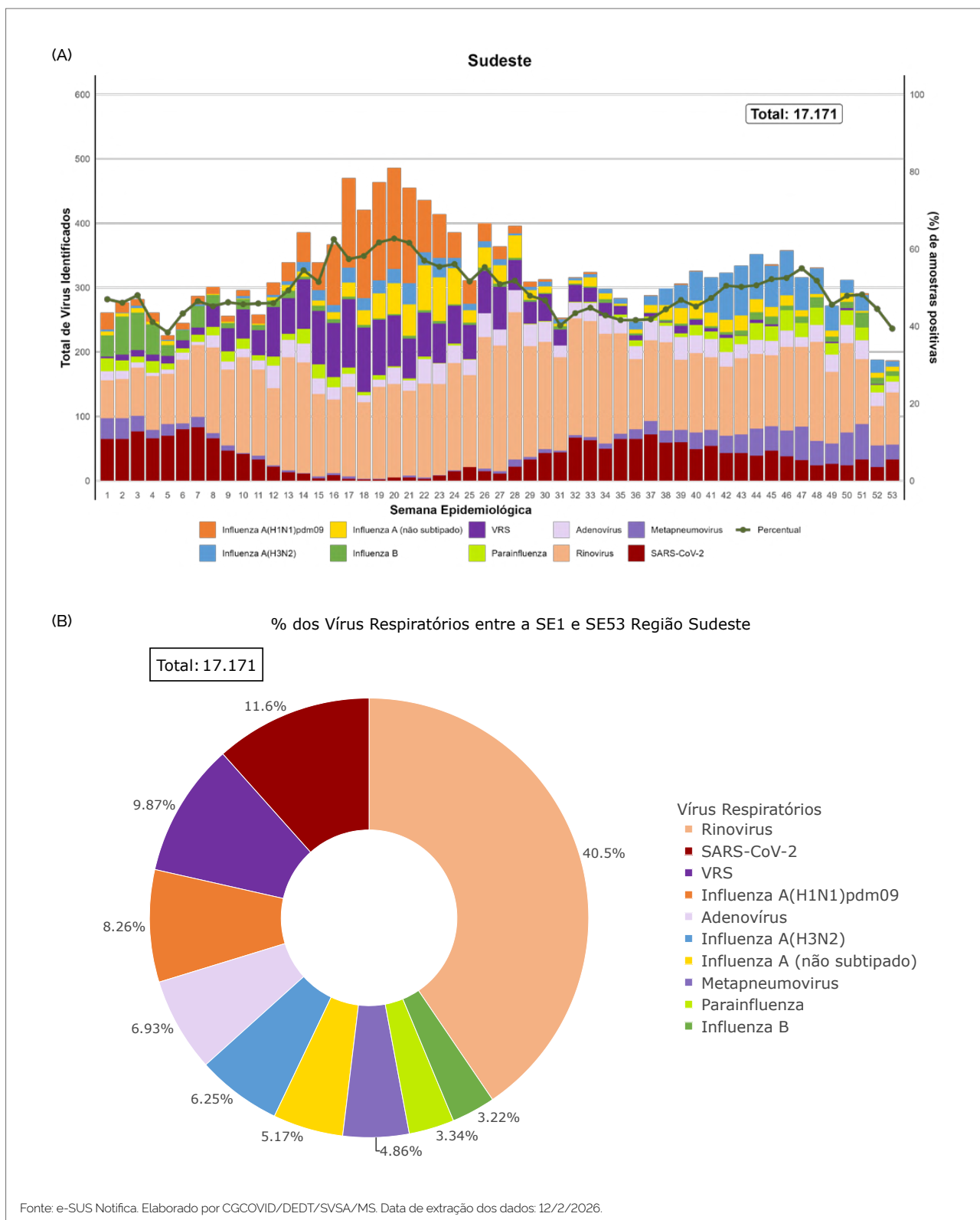
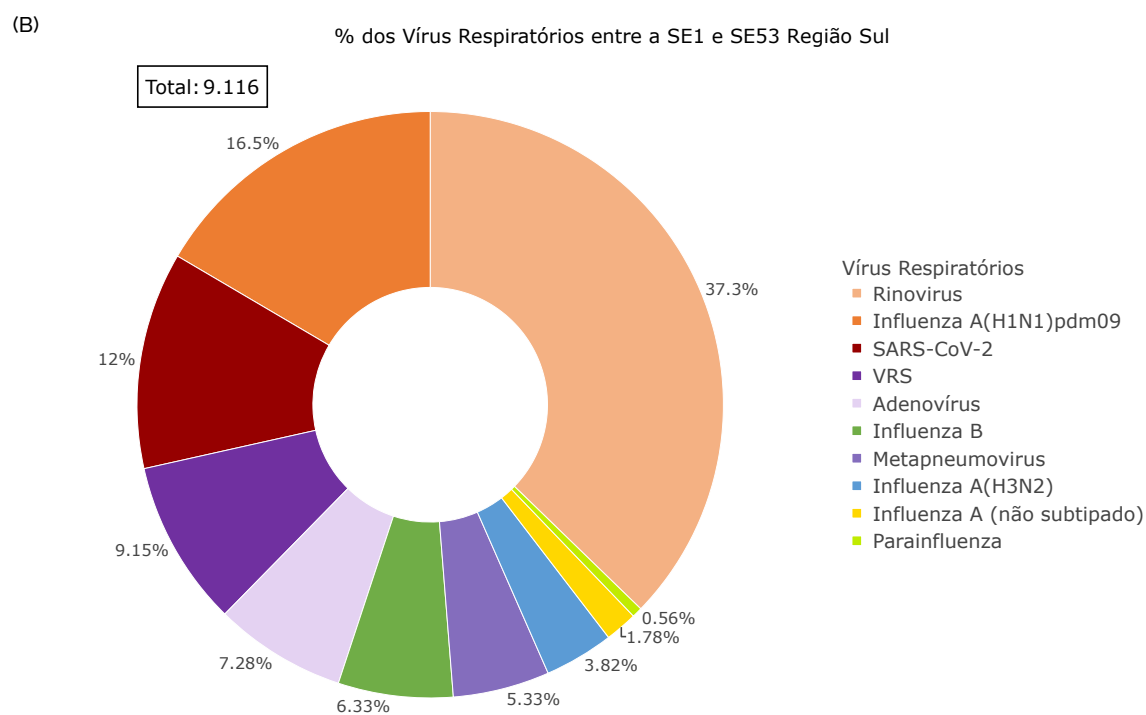
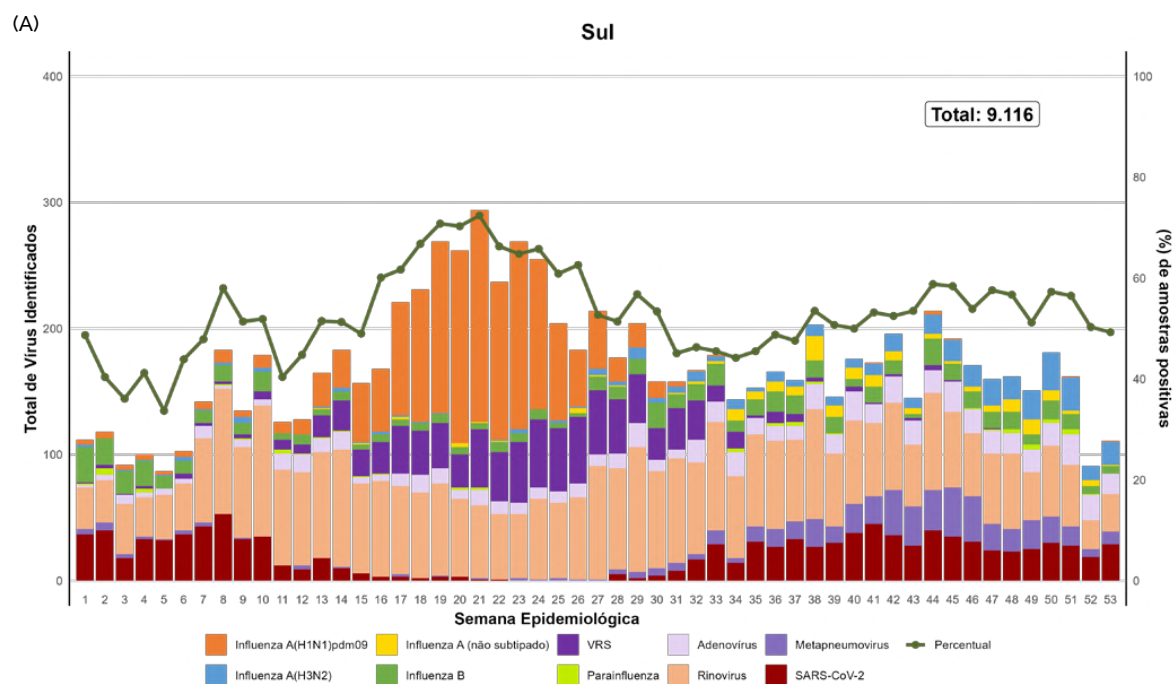


FIGURA 13 (A) Distribuição dos vírus respiratórios por semana epidemiológica em 2025 no Sudeste; e (B) proporção dos vírus respiratórios identificados nas Unidades Sentinela para SG, ao longo do ano epidemiológico de 2025, no Sudeste

Por fim, o Sul teve 9.116 vírus identificados (16,45% do total), em que o maior percentual de amostras positivas (72,4%) foi observado na SE 21 com o pico de vírus identificados (294 vírus) ocorrendo na mesma SE

(Figura 14A). O principal vírus identificado no período foi o rinovírus (37,3%), seguido da influenza A(H1N1)pdm09 (16,5%) e do SARS-CoV-2 (11,6%) (Figura 14B).



Fonte: Sivep-Gripe. Elaborado por CGCOVID/DEDT/SVSA/MS. Data de extração dos dados: 12/2/2026.

FIGURA 14 (A) Distribuição dos vírus respiratórios por semana epidemiológica em 2025 no Sul; e (B) proporção dos vírus respiratórios identificados nas Unidades Sentinela para SG, ao longo do ano epidemiológico de 2025, no Sul

Todas as regiões apresentaram o rinovírus como principal agente identificado, com percentuais semelhantes (entre 37,3% e 40,5%), o que evidenciou padrão nacional homogêneo para esse vírus. O Sudeste concentrou o maior número absoluto de vírus (31,0% do total), seguido do Nordeste (23,7%). O pico de positividade ocorreu majoritariamente entre as SE 16 e 23, com destaque para o Centro-Oeste (69,6% na SE 21), o Sul (72,4% na SE 21) e o Nordeste (67,0% na SE 23).

Apesar de o pico de positividade do Norte ter ocorrido em uma SE distinta das demais, a maior identificação de vírus ocorreu na SE 23, próxima às demais regiões, evidenciando a maior circulação de vírus durante esse período, principalmente da influenza. Em todas as regiões, foi possível notar o aumento da presença do vírus influenza A(H3N2) no segundo semestre. Esse aumento gerou impacto significativo nos casos de Srag, como será apresentado na seção a seguir.

Entre as diferenças regionais, observa-se maior relevância da influenza A(H1N1)pdm09 no Centro-Oeste (12,8%) e no Sul (16,5%), enquanto no Nordeste destacou-se a maior proporção de SARS-CoV-2 (11,1%) e da influenza A (não subtipada) (10,5%). No Norte e no Sudeste, o VSR teve papel mais expressivo (14,6% e 9,87%, respectivamente), especialmente associado à população pediátrica. Embora o padrão nacional tenha sido marcado pela predominância do rinovírus e pelo aumento sazonal associado à influenza no primeiro semestre, as variações no pico de positividade

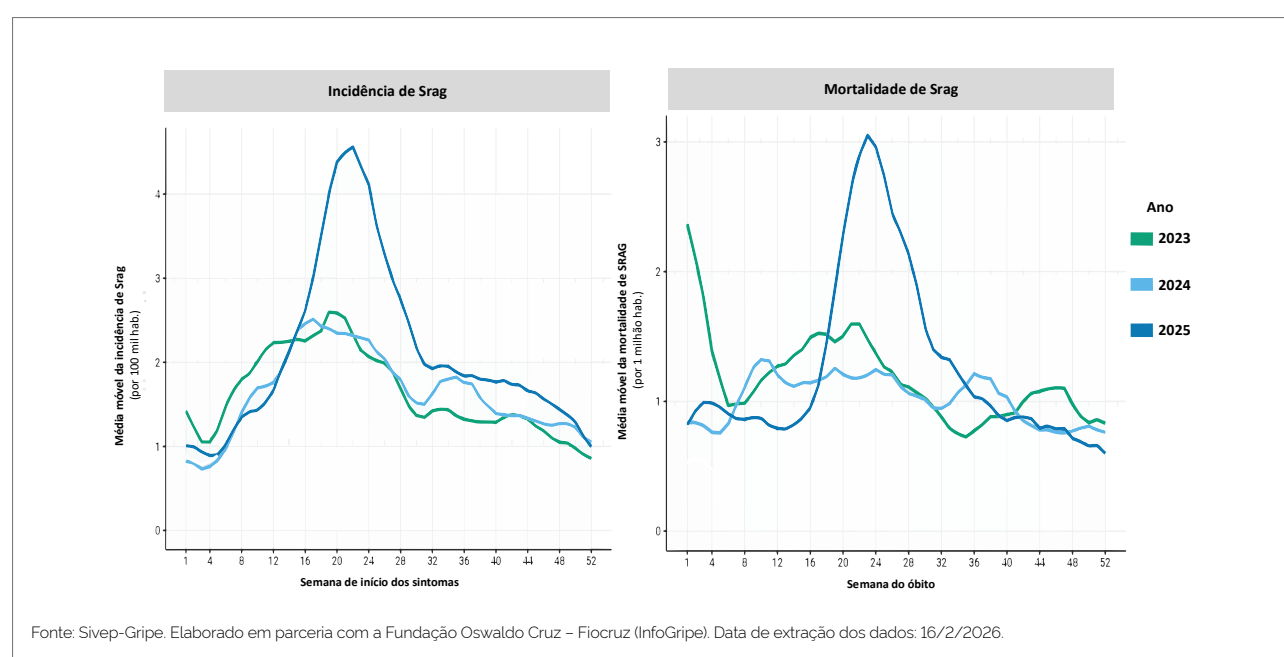
e na identificação viral indicam diferenças regionais na dinâmica de circulação dos vírus respiratórios ao longo do ano.

Síndrome respiratória aguda grave (Srag)

Srag independente de agente etiológico

No Brasil, em 2025, até a SE 53, foram notificados 234.687 casos de Srag. Desses, 122.559 apresentaram identificação de vírus respiratórios, correspondendo a 52,2% do total de casos notificados. A incidência e a mortalidade por Srag, segundo SE, no período 2023-2025, evidenciam padrão sazonal consistente, com aumento progressivo da incidência nas primeiras semanas do ano, pico entre as semanas 16 e 28 e posterior declínio gradual (Figura 15). Porém, em 2025, observou-se maior magnitude do evento, com pico de incidência superior ao registrado em 2023 e 2024; na SE 21, foram notificados 9.737 casos, o que representou o maior volume semanal do ano. Verificou-se, ainda, persistência em patamares elevados por período mais prolongado ao longo de 2025.

A mortalidade acompanhou a mesma dinâmica sazonal, com elevação no mesmo intervalo epidemiológico. De modo geral, 2025 apresentou maior impacto epidemiológico em comparação aos anos anteriores, tanto pela maior ocorrência de casos quanto pelo aumento dos óbitos associados. Como será detalhado na subseção **Srag por agente etiológico**, isso foi consequência da cocirculação expressiva dos vírus influenza A e VSR. De fato, 2025 foi o ano com o pico de maior intensidade e com o maior volume total de casos de Srag por influenza notificados no País¹¹.



Fonte: Sivep-Gripe. Elaborado em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz (InfoGripe). Data de extração dos dados: 16/2/2026.

FIGURA 15 Média móvel da incidência (por 100 mil habitantes) e da mortalidade (por 1 milhão de habitantes) para Srag. Brasil, 2023-2025

As taxas de incidência e de mortalidade por Srag, segundo faixa etária, evidenciam maior vulnerabilidade nas faixas etárias extremas (Figura 16A), mantendo o padrão típico de Srag. A maior taxa de incidência concentra-se em crianças menores de 2 anos, seguida pelas faixas de 2 a 4 anos e de 65 anos ou mais. Em relação à mortalidade,

a maior taxa é observada na população com 65 anos ou mais, seguida pelos menores de 2 anos, o que indica maior risco de desfechos graves nesses grupos (Figura 16A). A distribuição temporal dos casos por faixa etária demonstra padrão sazonal consistente, com aumento progressivo nas primeiras semanas do ano (Figura 16B).

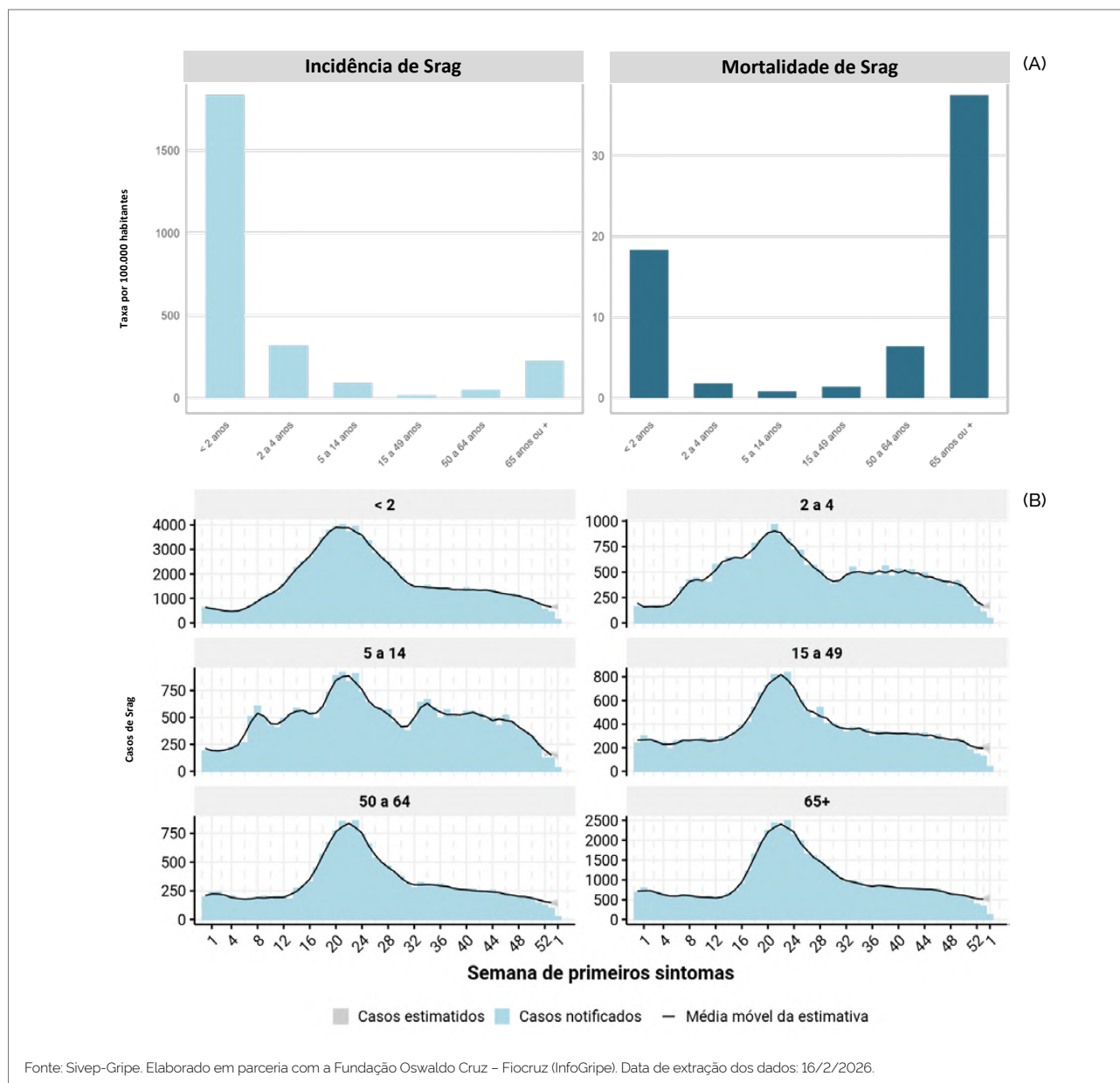
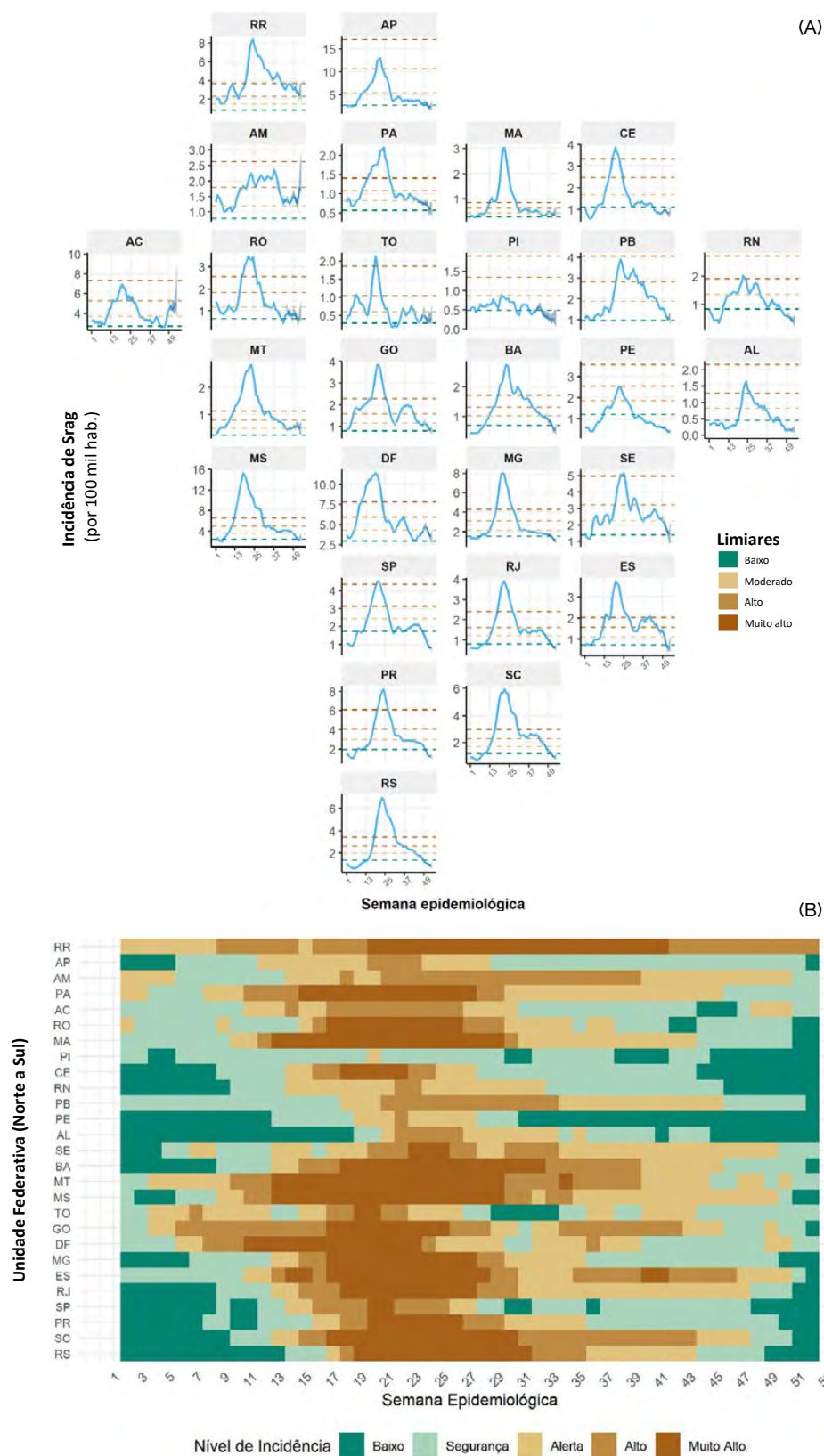


FIGURA 16 (A) Incidência e mortalidade por Srag, segundo faixa etária; e (B) casos semanais por faixa etária. Brasil, 2025

O cenário epidemiológico da Srag em 2025 por Unidades da Federação (UFs) evidencia padrão sazonal bem-definido. A análise dos limiares de incidência demonstra que muitas UFs atingiram níveis classificados como "alto" ou "muito alto" durante o período sazonal, com variação na intensidade e na duração entre as regiões (Figura 17A). O mapa de calor evidencia a concentração temporal da

transmissão no primeiro semestre, especialmente durante o outono e o início do inverno, período em que a maioria das UFs apresentou elevação significativa da incidência (Figura 17B). Observa-se heterogeneidade regional na intensidade e na duração dos níveis elevados, refletindo diferenças locais na dinâmica de transmissão e na carga de hospitalizações por Srag ao longo de 2025.



Fonte: Sivep-Gripe. Elaborado em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz (InfoGripe). Data de extração dos dados: 16/2/2026.

FIGURA 17 (A) Incidência de Srag por UF, com os respectivos limiares de incidência; e (B) mapa de calor da incidência semanal de Srag por UF. Brasil, 2025

O Norte apresentou comportamento heterogêneo. Amapá e Roraima registraram elevação precoce da incidência, com picos ainda no início do ano. Rondônia e Tocantins apresentaram aumento mais concentrado entre as SE 15 e 20, alcançando níveis de alerta e alta incidência.

O Nordeste mostrou aumento gradual da incidência a partir da SE 10, com picos que variaram entre os níveis "alto" e "muito alto" no Maranhão, no Ceará e na Bahia. Os estados retornaram aos níveis mais baixos após o período sazonal, sem manutenção prolongada em patamares muito elevados.

O Centro-Oeste apresentou picos expressivos entre as SE 17 e 25. Mato Grosso e Mato Grosso do Sul alcançaram níveis elevados de incidência, com permanência por várias semanas em patamares "alto" ou "muito alto". O Distrito Federal também registrou aumento importante no mesmo período.

No Sudeste, São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Espírito Santo apresentaram elevação consistente da incidência a partir da SE 15, com picos concentrados entre as SE 18 e 24. Observa-se padrão sazonal

semelhante entre os estados, embora com diferenças na intensidade e na duração dos níveis mais elevados.

No Sul, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul apresentaram picos intensos e bem-definidos entre as SE 18 e 24, com manutenção de níveis "alto" e "muito alto" por período relativamente prolongado antes do retorno gradual aos níveis mais baixos ao final do ano.

Em relação aos fatores de risco entre os casos de Srag no Brasil, observa-se uma progressão consistente da presença de comorbidades com o avanço da idade. Entre crianças menores de 2 anos, 86,94% dos casos não apresentam fatores de risco previamente identificados (Tabela 2). Esse percentual reduz-se de forma gradual nas faixas etárias subsequentes, alcançando 22,6% entre indivíduos com 65 anos ou mais, o que indica maior carga de doenças crônicas nessa população. Além do aumento na presença de comorbidades, verifica-se maior acúmulo de fatores de risco nas pessoas idosas. Na faixa etária de 65 anos ou mais, 46,7% dos pacientes apresentam dois ou mais fatores de risco simultaneamente, o que contribui para maior complexidade clínica e potencial agravamento do prognóstico da Srag.

TABELA 2 Distribuição percentual de fatores de risco entre casos de Srag, segundo faixa etária. Brasil, 2025

Fator de risco	< 2 anos (%)	3 a 4 anos (%)	5 a 14 anos (%)	15 a 49 anos (%)	50 a 64 anos (%)	65 anos ou + (%)
Asma	1,4	13,2	24,3	6,3	2,2	0,9
Cardiopatia	0,9	0,7	0,5	3,2	7,5	11,4
Diabetes	0,0	0,1	0,4	2,6	4,2	3,5
Doença Hematológica	0,1	0,5	0,8	0,5	0,2	0,1
Doença Hepática	0,0	0,0	0,0	0,2	0,3	0,1
Doença Neurológica	0,6	2,1	3,2	1,9	1,0	1,6
Doença Renal	0,1	0,2	0,2	0,6	0,7	0,5
Imunodepressão	0,1	0,3	0,6	3,3	1,7	0,5
Obesidade	0,0	0,1	0,2	1,5	0,7	0,3
Pneumopatia	0,6	0,8	0,7	1,3	3,1	2,9
Puérpera	0,0	0,1	0,1	0,8	0,0	0,0
Síndrome de Down	0,4	0,7	0,4	0,4	0,3	0,0
Outro fator de risco	6,7	4,3	4,2	10,3	9,8	8,7
Pelo menos um fator de risco	10,9	22,8	35,6	32,9	31,6	30,6
Mais de um fator de risco	2,1	4,3	6,9	20,5	39,1	46,7
Sem fatores de risco	86,9	72,9	57,5	46,6	29,3	22,6
Total de casos por Srag	91.848	25.659	26.245	19.640	17.710	53.460

Fonte: Sivep-Gripe. Elaborado por CGCOVID/DEDT/SVSA/MS. Data de extração dos dados: 16/2/2026.

Entre crianças, adolescentes e jovens, a asma destaca-se como principal fator de risco e atinge maior proporção na faixa de 5 a 14 anos, na qual está presente em 24,3% dos casos (Tabela 2). Já entre adultos e pessoas idosas, predominam doenças crônicas não transmissíveis, especialmente cardiopatia e diabetes. A cardiopatia, por exemplo, acomete 11,4% dos pacientes com 65 anos ou mais. As pneumopatias crônicas tornam-se mais frequentes a partir dos 50 anos, com proporção de 3,1%, enquanto a imunodepressão apresenta maior representatividade proporcional na faixa de 15 a 49 anos (3,3%).

Em termos absolutos, o maior volume de internações por Srag concentra-se nos extremos etários, com 91.848 casos em menores de 2 anos e 53.460 casos em indivíduos com 65 anos ou mais, reforçando a maior vulnerabilidade dessas populações. Nas crianças menores de

2 anos, a Srag ocorre predominantemente na ausência de comorbidades previamente conhecidas, enquanto, nas pessoas idosas, a doença está majoritariamente associada a múltiplas condições crônicas preexistentes.

Quanto aos óbitos, nas crianças menores de 2 anos, observa-se que 68,1% ocorreram em indivíduos sem fatores de risco previamente identificados (Tabela 3). Isso indica que, nessa faixa etária, a evolução para o óbito por Srag pode ocorrer mesmo na ausência de comorbidades registradas, o que reflete a vulnerabilidade própria da primeira infância. Em contraste, a população idosa apresenta quadro significativamente mais complexo. Entre pessoas com 65 anos ou mais, apenas 17,6% dos óbitos ocorreram na ausência de fatores de risco, enquanto 52,6% estavam associados à presença de dois ou mais fatores de risco simultaneamente.

TABELA 3 Distribuição percentual de fatores de risco entre óbitos por Srag, segundo faixa etária. Brasil, 2025

Fatores de risco	< 2 anos (%)	2 a 4 anos (%)	5 a 14 anos (%)	15 a 49 anos (%)	50 a 64 anos (%)	65 anos ou + (%)
Asma	0,3	2,1	6,1	2,7	1,1	0,5
Cardiopatia	3,9	4,8	1,2	2,7	6,3	10,3
Diabetes	0,0	0,7	0,4	3,3	3,6	2,9
Doença hematológica	0,1	0,0	2,0	0,5	0,2	0,2
Doença hepática	0,4	0,0	0,0	0,2	0,7	0,1
Doença neurológica	1,5	6,2	10,2	3,1	1,4	2,1
Doença renal	0,0	0,0	0,8	0,4	0,7	0,5
Imunodepressão	0,3	1,4	3,7	5,7	2,3	0,6
Obesidade	0,0	0,0	0,4	1,8	0,6	0,3
Pneumopatia	0,9	0,0	0,8	1,7	3,5	2,8
Puérpera	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
Síndrome de Down	0,5	1,4	0,8	0,7	0,5	0,0
Outros fatores de risco	11,8	11,6	12,2	11,4	10,3	9,3
Pelo menos um fator de risco	19,8	28,1	38,8	34,2	31,2	29,7
Mais de um fator de risco	12,1	22,6	19,6	33,0	47,3	52,6
Sem fatores de risco	68,1	49,3	41,6	32,8	21,5	17,6
Total óbitos por Srag	919	146	245	1.532	2.276	8.892
Total casos por Srag	91.848	25.659	26.245	19.640	17.710	53.460

Fonte: Sivep-Gripe. Elaborado por CGCOVID/DEDT/SVSA/MS. Data de extração dos dados: 16/2/2026.

O volume absoluto de óbitos reforça o impacto da idade na mortalidade. Embora os menores de 2 anos concentrem elevado número de óbitos (919), o grupo de 65 anos ou mais responde pela maior carga de mortalidade, com 8.892 óbitos registrados, evidenciando o peso dos fatores de risco para os óbitos por Srag e a fragilidade clínica nessa população.

Em síntese, o cenário da Srag no Brasil em 2025 foi caracterizado por aumento expressivo da incidência e da mortalidade em comparação aos anos anteriores, porém com manutenção do padrão sazonal já conhecido. Ademais, observou-se ampla heterogeneidade regional, com diferentes intensidades e durações dos períodos de alta incidência entre as unidades federativas.

As maiores taxas de incidência concentraram-se em crianças menores de 2 anos, enquanto a maior taxa de mortalidade ocorreu entre pessoas com 65 anos ou mais, o que evidenciou maior vulnerabilidade nos extremos etários. Entre crianças pequenas, a ocorrência de Srag e os óbitos estiveram frequentemente associados à ausência de comorbidades previamente registradas, enquanto, entre pessoas idosas, predominou a presença de múltiplos fatores de risco, especialmente doenças crônicas não transmissíveis, como cardiopatias e diabetes. Esses achados reforçam a importância da vigilância contínua da Srag, do monitoramento sazonal e da priorização de estratégias de prevenção e atenção voltadas às populações mais vulneráveis.

Srag por agente etiológico

Em 2025, foram identificados vírus respiratórios em 122.559 casos de Srag e em 6.856 óbitos, o que correspondeu a 52,2% do total de casos notificados (234.687) e a 48,9% do total de óbitos (14.015), respectivamente. Entre os casos de Srag, o VSR foi o agente mais frequentemente identificado, correspondendo a 32,4% das detecções (44.319 casos). Em seguida, destacaram-se o rinovírus, com 26,9% (36.880 casos), a influenza A, com 19,4% (26.666 casos), e o SARS-CoV-2, com 7,99% (10.932 casos) (Figura 18A). Destaca-se a diferença em relação ao perfil observado na vigilância sentinela de SG (Figura 8), refletindo a diferença de risco associado ao agravamento.

Entre os óbitos, o perfil etiológico apresenta distribuição distinta em relação aos casos. A influenza A foi o principal agente identificado, responsável por 44,0% dos óbitos (3.176 óbitos). Em seguida, destacou-se o SARS-CoV-2, com 22,8% (1.653 óbitos). O rinovírus respondeu por 14,7% (1.062 óbitos), enquanto o VSR representou 10,4% (753 óbitos) (Figura 18B).

A distribuição semanal evidencia padrão sazonal bem-definido ao longo do ano. O maior volume de casos concentra-se entre as SE 16 e 28, com ápice em torno da SE 21. Durante o período sazonal (SE 10 a 30), observa-se predomínio do VSR, influenza e rinovírus, que impulsionam o aumento expressivo das internações por Srag. Em contraste, o SARS-CoV-2 apresenta circulação mais persistente ao longo de todo o ano, com maior participação proporcional nas primeiras semanas (SE 1 a 10) e após a SE 40. No segundo semestre, além do ligeiro aumento nos casos de Srag associado ao SARS-CoV-2, houve aumento de casos relacionados à influenza A(H3N2) (Figura 18C). Nesse período, os casos de influenza não subtipados provavelmente estão associados majoritariamente a esse subtipo, uma vez que a circulação do A(H1N1) já havia reduzido significativamente em todo o País.

No que se refere aos óbitos, verifica-se que, durante o pico sazonal, a participação dos vírus se distribui de forma mais equilibrada entre a influenza A, o SARS-CoV-2 e o rinovírus, enquanto o SARS-CoV-2 mantém contribuição relevante mesmo fora do período de maior circulação dos demais vírus (Figura 18D). Embora o VSR e o rinovírus sejam os principais responsáveis pelo volume de casos, a influenza A e o SARS-CoV-2 apresentam maior participação proporcional nos desfechos fatais.

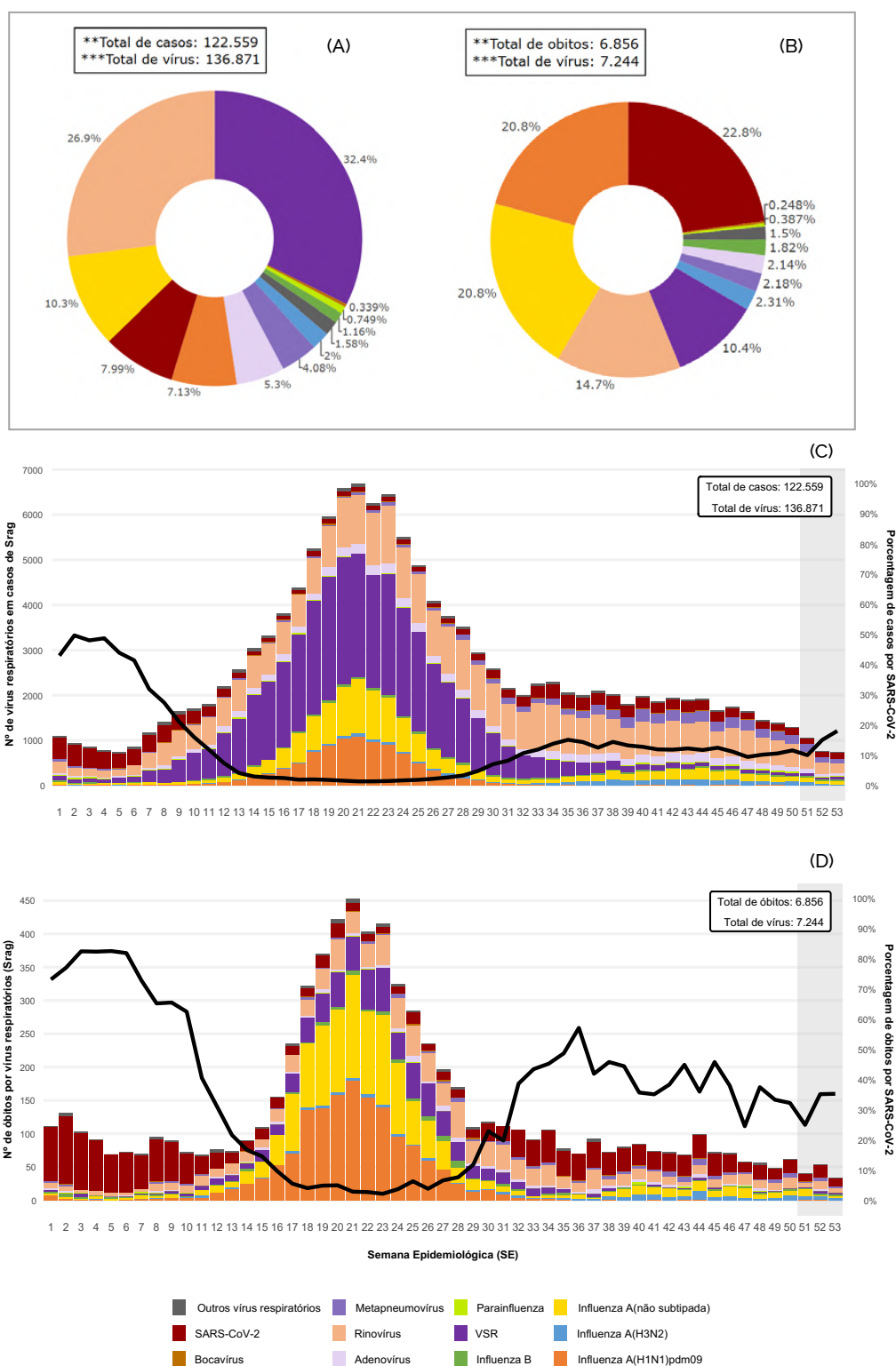
Entre os registros com identificação viral, foram observadas 13.683 codetecções, caracterizadas pela presença simultânea de mais de um vírus respiratório no mesmo caso, o que representa 11,2% dos casos com vírus identificado. A combinação mais frequente foi VSR e rinovírus, responsável por aproximadamente 31,0% das codetecções registradas.

A análise da incidência (Figura 19A) e da mortalidade (Figura 19B) por Srag, segundo vírus respiratório e faixa etária, evidencia dois grupos de maior vulnerabilidade: crianças menores de 2 anos e pessoas com 65 anos ou mais. Entretanto, o impacto varia conforme o agente etiológico.

O VSR destaca-se como o principal responsável pelo quantitativo de casos na população pediátrica. Em menores de 2 anos, a incidência ultrapassa 600 casos por 100 mil habitantes, configurando o maior impacto observado entre todos os vírus analisados. Nessa mesma faixa etária, o VSR também apresenta a maior taxa de mortalidade, superior a 5 por 100 mil habitantes. Entre as pessoas idosas, observa-se contribuição relevante, porém de menor magnitude quando comparada à população infantil.

A influenza apresenta incidência distribuída entre diferentes faixas etárias, com maior expressão nos extremos de idade. No entanto, seu impacto é particularmente expressivo entre as pessoas idosas, grupo no qual registra a maior taxa de mortalidade entre os vírus analisados, aproximando-se de 10 por 100 mil habitantes. Esses dados indicam que, embora a incidência não seja a mais elevada, a influenza demonstra elevada gravidade na população com 65 anos ou mais.

O SARS-CoV-2 apresenta incidência relativamente menor quando comparado ao VSR na população pediátrica. Contudo, seu impacto concentra-se nas pessoas idosas, com a taxa de mortalidade próxima de 5 por 100 mil habitantes, configurando-se como uma das principais causas de óbito por Srag nesse grupo etário.



Fonte: Sivep-Gripe. Elaborado por CGCOVID/DEDT/SVSA/MS. Data de extração dos dados: 16/2/2026.

Legenda: **Total de casos e óbitos com identificação de ao menos um vírus respiratório, retirando aqueles não especificados, outro agente etiológico, além daqueles que ainda se encontram em investigação. ***Total de vírus respiratórios identificados em casos e óbitos por Srag.

Nota: Os dados apresentados neste gráfico referem-se à detecção de vírus respiratórios e não necessariamente aos casos de Srag. Eles indicam a presença de vírus em casos e óbitos por Srag. Na vigilância de covid-19, influenza e outros vírus respiratórios, é possível observar codetecções, ou seja, a identificação de mais de um vírus respiratório em um mesmo paciente. Isso pode ocorrer devido às metodologias de diagnóstico utilizadas, à sensibilidade dos testes e à circulação simultânea desses vírus.

FIGURA 18 Frequência e distribuição dos vírus respiratórios identificados em casos e óbitos por Srag: (A) frequência em casos; (B) frequência em óbitos; (C) distribuição proporcional em casos; e (D) distribuição proporcional em óbitos. Brasil, 2025

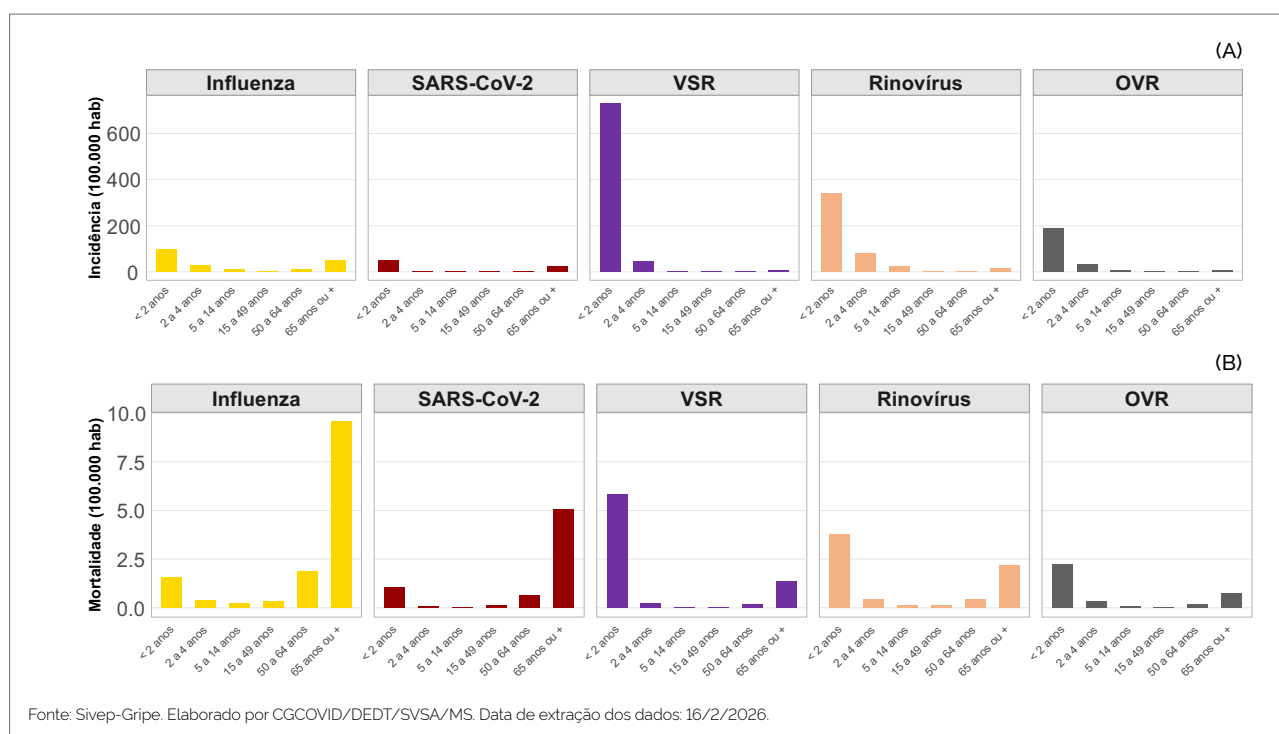


FIGURA 19 (A) Incidência de Srag, segundo faixa etária e vírus respiratório; e (B) mortalidade por Srag, segundo faixa etária e vírus respiratório. Brasil, 2025

O rinovírus também apresenta elevada incidência em menores de 2 anos, em torno de 350 casos por 100 mil habitantes, além de contribuição relevante para a mortalidade tanto em crianças pequenas quanto em pessoas idosas. Os outros vírus respiratórios (OVR) seguem padrão semelhante, com maior concentração de casos e óbitos na população infantil.

A categoria de Srag não especificada correspondeu à maior proporção dos registros notificados, o que totalizou 109.906 casos (46,9% do total) e 6.867 óbitos (49,0% do total) (Tabela 4). Isso indica um volume considerável de notificações sem identificação do agente etiológico. Diversos fatores contribuem para esse percentual, como a oportunidade de coleta de amostra (tempo entre início de sintomas e coleta) e a qualidade da coleta, do armazenamento e do transporte até o laboratório.

Entre os vírus identificados, o VSR destacou-se como o principal agente na população infantil, especialmente em menores de 2 anos, com 36.499 casos. A população com 65 anos ou mais concentra a maior carga de mortalidade, com 8.892 óbitos, o que corresponde a 63,4% do total de óbitos por Srag (Tabela 4). Nesse grupo etário, a influenza (2.271 óbitos) e o SARS-CoV-2 (1.198 óbitos) configuram os principais agentes associados aos desfechos fatais. O rinovírus apresenta ampla distribuição etária, com 36.880 casos e 1.062 óbitos, demonstrando impacto relevante tanto na população pediátrica quanto na população idosa.

TABELA 4 Detecção de vírus respiratórios em casos e óbitos por Srag, segundo características sociodemográficas. Brasil, 2025

Categoria	Srag por influenza *										Srag por outros virus *								Outros						Srag Total **		
	Influenza A(H1N1) pdm09		Influenza A(H3N2)		Influenza A (não subtipada)		Influenza B		Influenza geral		SARS-CoV-2		VSR		Rinovirus		Outros virus respiratórios		Outros agentes		Srag não especificada		Em investigação				
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	
Faixa etária (anos)																											
>2	1.438	31	737	5	2.308	30	413	10	5.253	78	2.462	54	36.499	292	17130	190	9.395	112	921	16	30.453	310	1.454	1	91848	919	
2-4	540	11	381	1	1.047	15	147	3	2.255	30	346	6	3.806	18	6.490	34	2.679	25	244	3	11.801	51	457	0	25.659	146	
5-14	765	23	468	2	1.322	25	286	14	2.998	68	448	12	1.118	14	6.995	36	1.428	22	214	7	14.075	101	514	0	26.245	245	
15-49	1.118	149	287	21	1.836	142	293	25	3.693	368	1.342	149	482	31	1.905	132	543	54	31	80	11.773	780	382	1	19.640	1.532	
50-64	1.594	346	187	35	1.658	227	136	20	3.757	660	1.181	234	533	70	1.207	146	416	59	279	55	10.760	1.130	342	3	17.710	2.276	
65+	4.306	944	680	103	5.990	1.065	312	60	11.827	2.271	5.149	1.198	1.862	328	3.138	524	1.137	177	571	165	30.965	4.491	900	18	53.460	8.892	
Sem informação	1	1	0	0	3	0	0	0	4	1	4	0	19	0	15	0	7	0	1	0	79	4	2	0	125	5	
Sexo																											
Feminino	5.216	758	1.410	99	7.629	812	831	74	15.876	1.835	5.589	824	20.099	372	16.511	506	7.081	221	1.214	151	53.175	3.294	1.909	12	112.617	6.924	
Masculino	4.546	747	1.330	68	6.534	691	756	58	13.910	1.640	5.343	829	24.211	381	20.367	556	8.523	228	1.406	175	56.718	3.572	2.142	11	122.043	7.089	
Sem informação	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	9	0	2	0	1	0	1	0	13	1	0	0	27	2	
Raça/cor																											
Branca	5.654	937	1.092	75	6.878	794	712	72	14.963	1.964	5.046	777	19.291	342	13.946	509	6.377	196	898	131	41.705	3.017	1.066	12	95.788	6.659	
Preta	321	51	108	8	402	56	49	7	950	128	351	63	1.176	15	1.229	54	519	18	98	13	4.363	366	101	0	8.227	639	
Amarela	59	8	10	2	100	13	13	2	196	25	97	19	207	6	177	6	77	3	15	2	793	71	26	0	1.469	131	
Parda	3.186	441	1.392	75	4.650	430	617	38	10.565	1.051	4.137	633	20.311	338	19.196	444	7.531	202	1.456	168	54.425	3.141	2.721	10	110.299	5.743	
Indígena	62	10	11	1	46	3	25	2	155	17	76	15	425	16	438	20	186	6	16	4	884	48	33	0	1.979	113	
Sem informação	480	58	127	6	2.088	208	171	11	2.958	291	1.225	146	2.909	36	1.894	29	915	24	138	8	7.736	224	104	1	16.925	730	
Total	9.762	1.505	2.740	167	14.164	1.504	1.587	132	29.787	3.476	10.932	1.653	44.319	753	36.880	1.062	15.605	449	2.621	326	109.906	6.867	4.051	23	234.687	14.015	

Fonte: Sivep-Gripe. Elaborado por CGCOVID/DEDT/SVSA/MS. Data de extração dos dados: 16/2/2026.

Nota: Na vigilância da covid-19, influenza e outros vírus respiratórios, podem ser observadas codetecções de vírus respiratórios em um mesmo paciente, ou seja, o indivíduo pode testar positivo para mais de um vírus respiratório. Isso geralmente ocorre devido às metodologias de diagnóstico, à sensibilidade do teste e à circulação simultânea dos vírus respiratórios. Assim, o * se refere aos casos ou óbitos com detecção do vírus respiratório da influenza e/ou outros vírus. Já o ** se refere aos casos ou óbitos por Srag, independente do vírus respiratório.

A Srag por influenza apresentou sazonalidade bem-definida, com maior concentração de casos no período de outono e inverno. O Centro-Oeste destacou-se como a área de maior impacto, especialmente em Mato Grosso do Sul e no Distrito Federal, que registraram os maiores níveis de

incidência entre as SE 17 e 25. Nas regiões Sul e Sudeste, observou-se aumento síncrono e moderado da incidência, iniciado por volta da SE 15 e estendido até a SE 27. Nas regiões Norte e Nordeste, a circulação foi mais discreta e pontual (Figura 20).

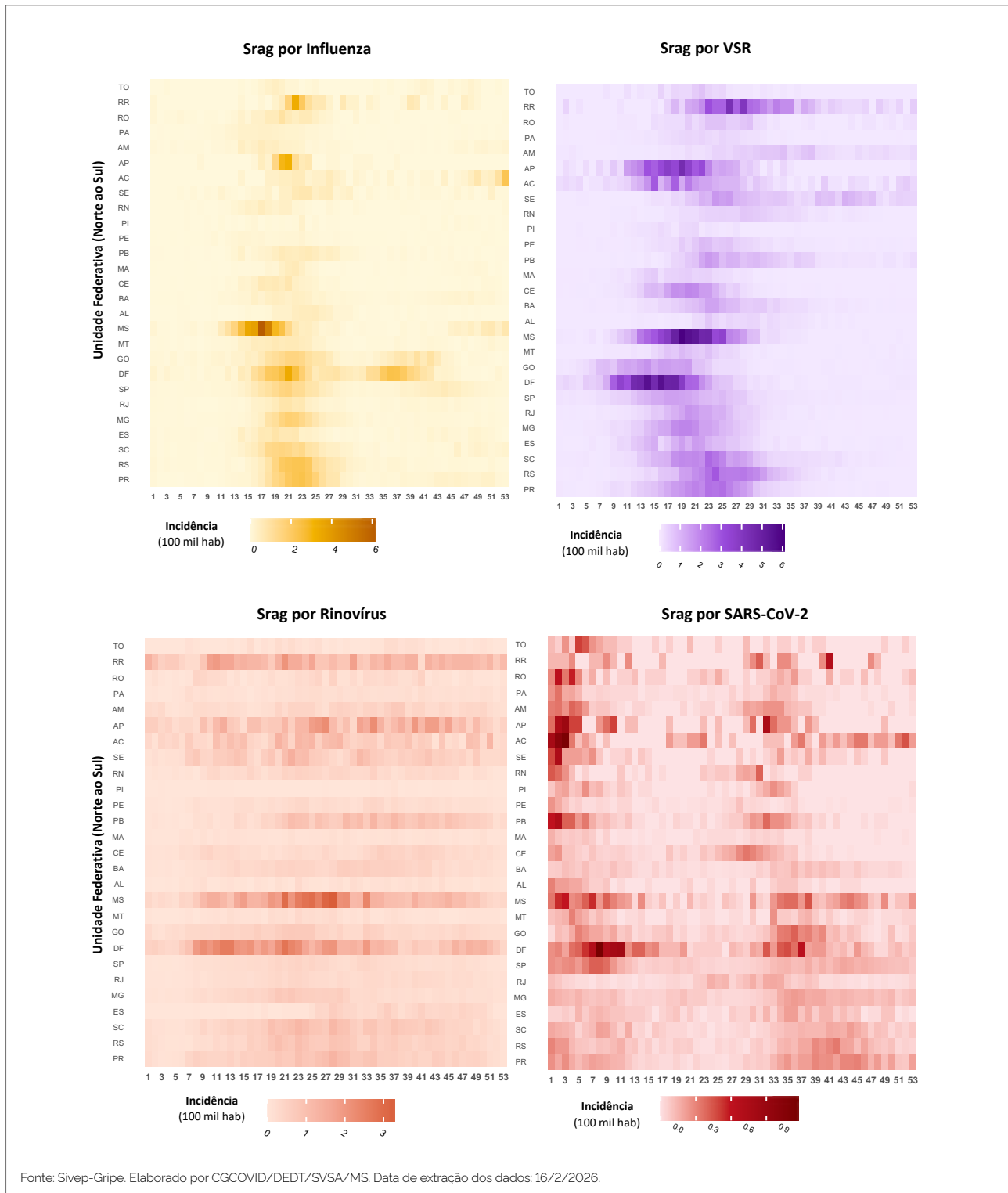


FIGURA 20 Mapa de calor da incidência de Srag associada aos principais vírus respiratórios, segundo UF e semana epidemiológica de início dos sintomas. Brasil, 2025

O VSR configurou uma onda sazonal mais intensa e bem-delimitada do período analisado. O Centro-Oeste novamente concentrou elevados níveis de incidência, com destaque para Mato Grosso do Sul, Mato Grosso e Distrito Federal, que mantiveram patamar muito alto entre as SE 15 e 25. Nas regiões Sul e Sudeste, a circulação intensa iniciou-se na SE 15 e manteve-se elevada até aproximadamente a SE 30, especialmente em São Paulo e nos estados do Sul. No Norte, observou-se início mais precoce da atividade viral, com estados como Amapá e Acre que registraram alta incidência entre as SE 11 e 17. No Nordeste, a distribuição foi moderada e relativamente homogênea durante o segundo trimestre do ano (Figura 20).

Em relação aos canais endêmicos da influenza A e do VSR (Figura 21), observa-se que a influenza A apresentou pico de incidência superior ao padrão histórico em todas as regiões do País, além do registro de um segundo pico significativo no segundo semestre em algumas delas, evento não usual quando comparado aos anos anteriores. Esse comportamento da segunda curva foi associado principalmente à maior circulação do subtipo influenza A(H3N2). O VSR também demonstrou padrão atípico, com pico acima do esperado com base nas séries históricas precedentes e alteração na sazonalidade, caracterizada por início mais tardio da onda epidêmica e prolongamento de sua duração ao longo do período analisado.

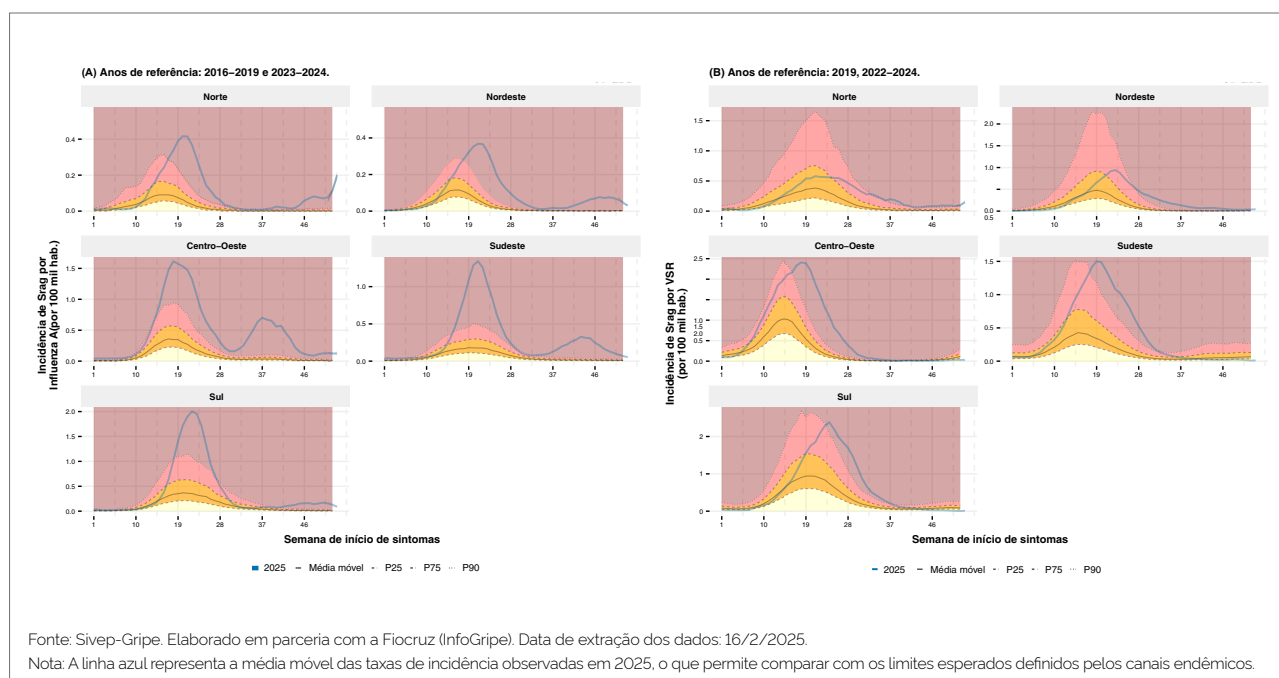


FIGURA 21 Canais endêmicos da incidência de Srag por: (A) influenza A; e (B) VSR, segundo regiões do Brasil

A Srag por rinovírus, por sua vez, apresentou padrão distinto em relação aos vírus já descritos, caracterizado por circulação contínua ao longo do ano, sem formação de picos epidêmicos abruptos. O Centro-Oeste concentrou maior intensidade relativa, particularmente em Mato Grosso do Sul e Mato Grosso, com incremento mais evidente entre as SE 25 e 33. No Norte, Roraima e Amapá mantiveram presença constante do vírus durante grande parte do primeiro semestre. Nas regiões Sudeste e Sul, a incidência permaneceu baixa a moderada, distribuída de forma relativamente homogênea ao longo do período (Figura 20).

Por fim, o SARS-CoV-2 apresentou ciclos epidêmicos com dinâmica temporal diferenciada em relação aos demais vírus respiratórios. Observou-se forte impacto no início de 2025, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, onde a maioria dos estados registrou incidência muito elevada entre as SE 1 e 9. Roraima, Amazonas, Pará, Ceará, Pernambuco e Rio Grande do Norte concentraram os maiores valores nesse período. No Centro-Oeste, verificaram-se picos tanto no primeiro bimestre quanto em momentos isolados no segundo semestre, com destaque para o Distrito Federal. Nas regiões Sudeste e Sul, a circulação mostrou-se mais fragmentada,

com maior intensidade nas primeiras semanas do ano e novo aumento observado a partir da SE 45 (Figura 20). Importante destacar que a dinâmica de circulação do SARS-CoV-2 no Brasil continua apresentando dois ciclos epidêmicos anuais, embora mantendo redução no volume de casos anuais.

Observa-se que VSR e influenza predominaram no cenário de outono e inverno, especialmente nas regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste, enquanto o SARS-CoV-2 apresentou maior impacto no início do ano, com concentração expressiva no Norte e no Nordeste. O rinovírus manteve padrão de circulação mais constante e disseminado, sem formação de ondas epidêmicas tão intensas quanto as observadas para VSR e influenza (para detalhes sobre o número de casos e óbitos por agente etiológico segundo UF, acesse o Apêndice II).

Considerando que a Srag é uma vigilância de base laboratorial e que o diagnóstico padrão-ouro é o RT-PCR em tempo real, devido à sua alta sensibilidade e especificidade e à sua importância na triagem de amostras para as análises genéticas e genômicas, adotou-se um indicador de qualidade para monitorar os casos e os óbitos pela Srag. O indicador tem como meta que, no mínimo, 70,0% dos casos ou dos óbitos pela Srag notificados no Sivep-Gripe apresentem o resultado do diagnóstico por RT-PCR em tempo real. Em 2025, 77,8% (21) das 27 UFs apresentaram resultados favoráveis, realizando processamento das amostras por meio do padrão-ouro. Apenas 6 não alcançaram o percentual mínimo recomendado: Acre (69,1%), Minas Gerais (68,5%), Maranhão (67,1%), Pará (61,9%), Rondônia (59,0%) e Mato Grosso (54,8%) (Apêndice III).

Em síntese, o cenário da Srag por vírus respiratórios no Brasil em 2025 foi marcado pela cocirculação de múltiplos agentes etiológicos, com padrões distintos de sazonalidade, impacto etário e gravidade clínica. O VSR destacou-se como principal agente associado aos casos, especialmente em crianças menores de 2 anos, o que configurou relevante carga de internações pediátricas. O rinovírus apresentou circulação persistente ao longo de todo o ano, com ampla distribuição etária e contribuição relevante para casos e óbitos. Já a influenza A e o SARS-CoV-2 estiveram mais fortemente associados aos desfechos fatais, sobretudo na população idosa, evidenciando maior gravidade nesses grupos. Observou-se ainda importante heterogeneidade regional na dinâmica de circulação viral, com predomínio de VSR e influenza durante o outono e o inverno, especialmente nas regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste, enquanto o SARS-CoV-2 apresentou maior impacto no início do ano no Norte e no Nordeste.

Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) e em Adultos (SIM-A)

Embora raras, a SIM-P e a SIM-A apresentam potencial de elevada gravidade e demandam rastreamento específico para identificação precoce de casos, monitoramento de desfechos e aprimoramento das estratégias de cuidado e resposta em saúde pública. A SIM-P associada à covid-19 é caracterizada como uma condição pós-infecciosa hiperinflamatória que acomete principalmente crianças e adolescentes; geralmente, manifesta-se semanas após o contato com o SARS-CoV-2, embora também haja registros na fase aguda da infecção. A SIM-A, por sua vez, apresenta características clínicas semelhantes, porém ocorre em adultos.

No ano epidemiológico de 2025, notificaram-se 198 casos suspeitos de SIM-P. Desses, 42 foram confirmados, 59 descartados e 97 permaneciam em investigação. Maio e julho registraram o maior número de casos confirmados (Figura 22). Dos 42 casos confirmados, 4 evoluíram para óbito, o que resultou na letalidade de 9,5% no ano. Estudo realizado no Ceará, em 2020 e 2021, identificou 82 casos confirmados de SIM-P, o que sugere uma redução da condição¹².

A maior parte dos casos ocorreu em pessoas do sexo masculino, com 25 (59,5%) casos. A raça/cor preponderante foi a parda, com 21 (50,0%) casos, seguida pela branca, com 18 (42,9%) casos. A média e a mediana de idades dos casos de SIM-P foram de 4 anos e 2,5 anos, respectivamente. A análise dos óbitos revelou um perfil homogêneo quanto ao sexo, com 100% dos casos ocorrendo em pessoas do sexo feminino. A distribuição por cor/raça evidenciou prevalência do grupo branco, com três ocorrências (Tabela 5).

No entanto, o pequeno número de óbitos reportados no ano exige cautela quanto à interpretação das características epidemiológicas desses eventos. Estudo realizado nos Estados Unidos apontou dados semelhantes aos dados brasileiros de 2025, em que a maioria dos casos de SIM-P ocorreu em indivíduos do sexo masculino (61,5%). Em relação à raça, houve divergência entre os dados nacionais, pois, no estudo norte-americano, se destacou a presença de SIM-P entre os brancos (34,2%), seguida pela população negra (25,6%) e pelos hispânicos (23,1%), embora tanto as categorias como a população não sejam diretamente comparáveis. Nesse mesmo estudo, a mediana de idade dos casos foi de sete anos¹³ – valor maior do que os dados nacionais de 2025.

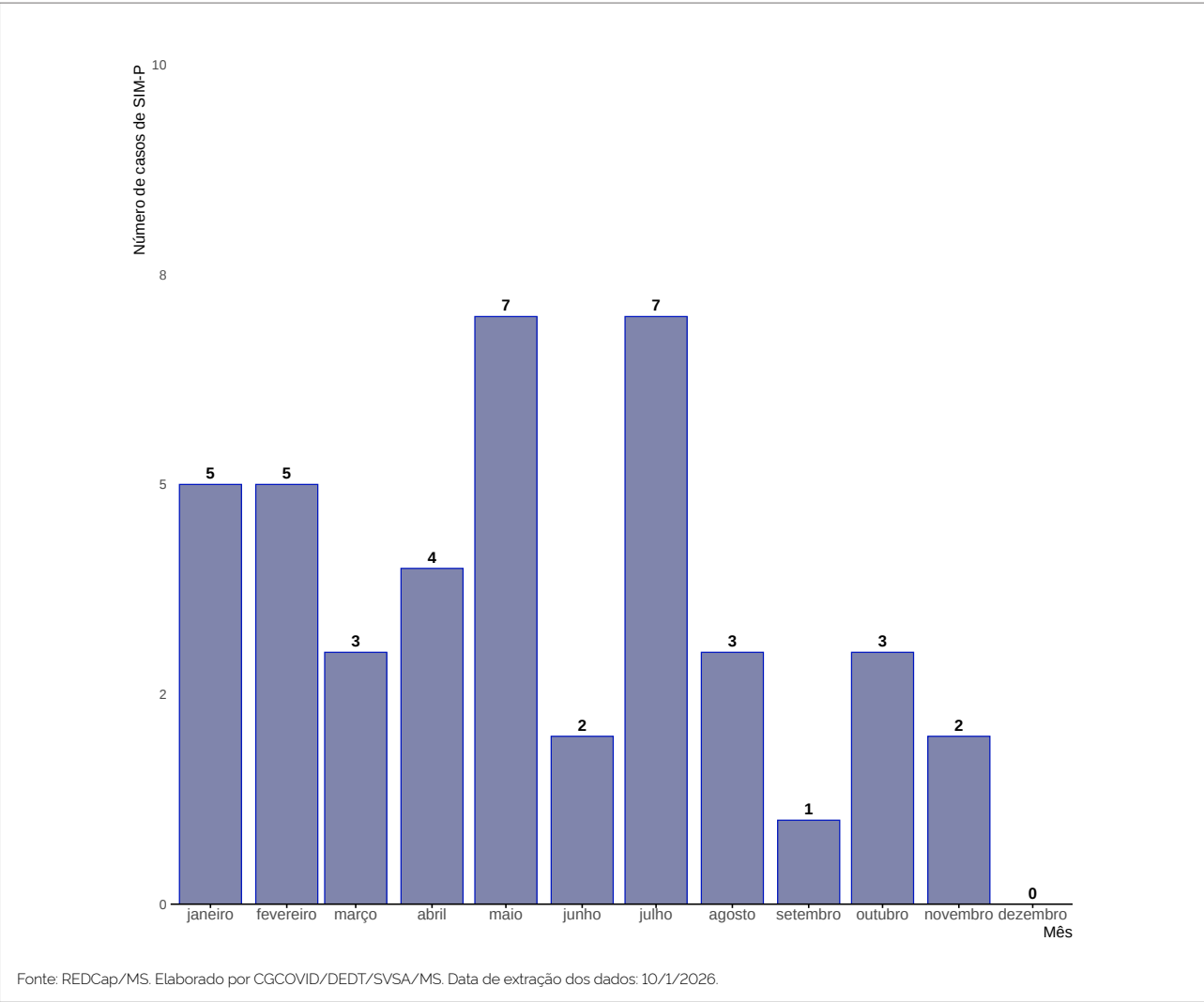


FIGURA 22 Distribuição dos casos de SIM-P por mês de início dos sintomas. Brasil, ano epidemiológico de 2025

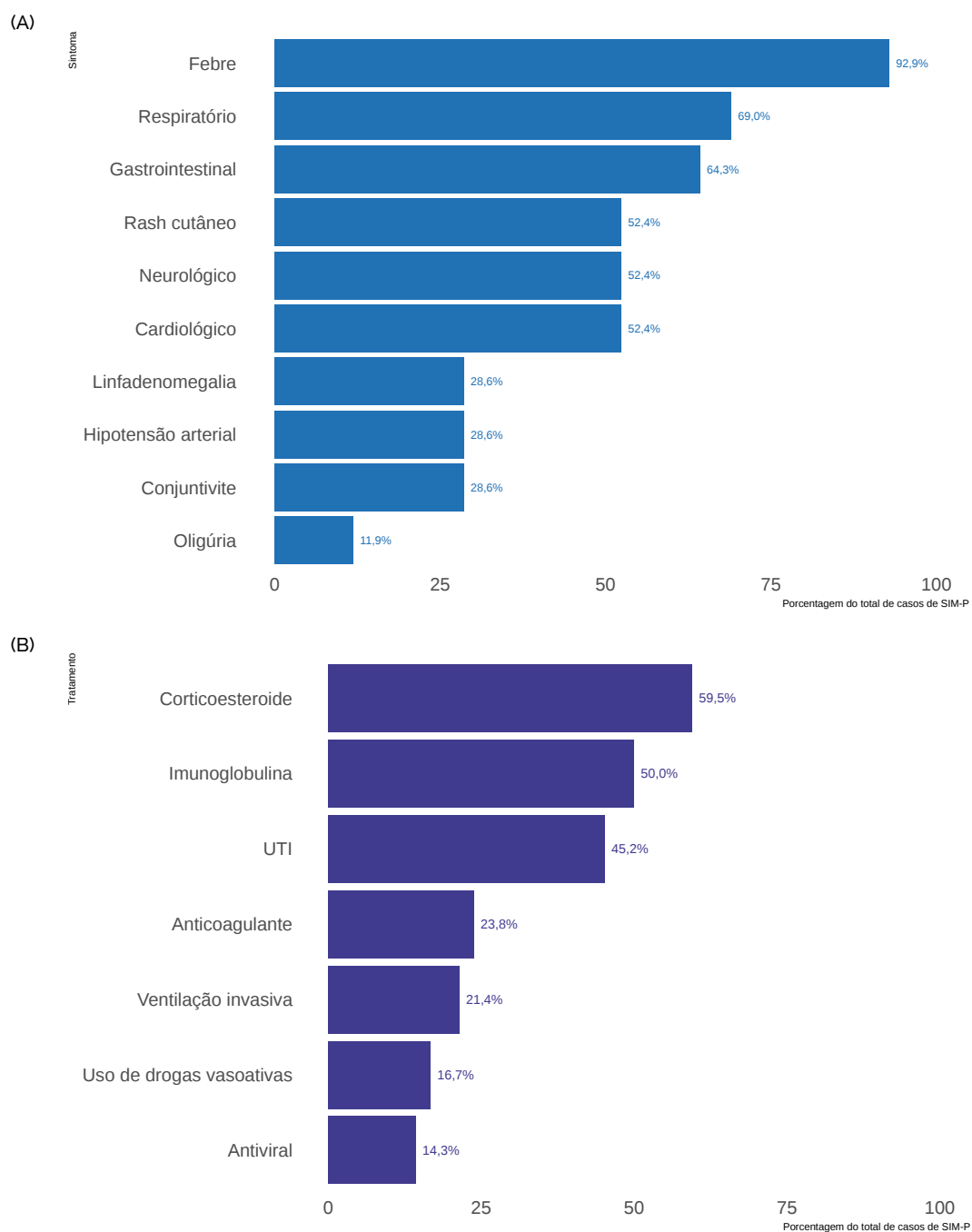
TABELA 5 Características dos casos e óbitos de SIM-P por sexo, faixa etária e raça/cor. Brasil, ano epidemiológico de 2025

Faixa etária (anos)	Casos			Óbitos		
	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino	Total
<1	5	5	10	1	0	1
1-4	7	12	19	2	0	2
5-9	3	5	8	1	0	1
10-14	2	2	4	0	0	0
15-19	0	1	1	0	0	0
Total	17	25	42	4	0	4
Raça/cor	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino	Total
Branca	9	9	18	3	0	3
Parda	8	13	21	1	0	1
Preta	0	1	1	0	0	0
Sem informação	0	2	2	0	0	0
Total	17	25	42	4	0	4

Fonte: REDCap. Elaborado por CGCOVID/DEDT/SVSA/MS. Data de extração dos dados: 10/1/2026.

Entre os sinais e os sintomas mais comumente relatados nos casos confirmados de SIM-P, destacam-se: febre, sintomas gastrointestinais e respiratórios (Figura 23A). Em relação à terapêutica instituída, o uso de corticosteroides foi registrado na maioria dos casos (59,5%), seguido da utilização de imunoglobulina (50,0%) e Unidade de Terapia Intensiva – UTI (45,2%) (Figura 23B). Um es-

tudo de revisão sistemática realizado no ano demonstrou que os principais sinais e sintomas foram os gastrointestinais, os mucocutâneos e os hematológicos¹⁴. Em relação à terapêutica instituída, o mesmo estudo cita a utilização de UTI como essencial no tratamento das crianças, além do uso de imunoglobulina¹⁴.



Fonte: RedCap. Elaborado por CGCOVID/DEDT/SVSA/MS. Data de extração dos dados: 10/1/2026.

FIGURA 23 (A) Sinais e sintomas de SIM-P; e (B) terapêutica instituída nos casos de SIM-P. Brasil, ano epidemiológico de 2025

Em relação à distribuição espacial dos casos de SIM-P, a Bahia apresentou o maior número de casos (10), seguida por São Paulo (7) e pelo Paraná (5) (Figura 24). Os óbitos ocorreram na Bahia, no Espírito Santo, no Maranhão e em São Paulo – um em cada estado.

Em síntese, os casos de SIM-P em 2025 concentraram-se em crianças, especialmente menores de 5 anos, com maior ocorrência no sexo masculino e entre pessoas pardas. Apesar do baixo número de casos confirmados, observou-se elevada letalidade proporcional, reforçando o potencial de gravidade da síndrome. Os principais sinais e sintomas envolveram manifesta-

ções febris, gastrointestinais e respiratórias, enquanto o tratamento esteve frequentemente associado ao uso de corticosteroides, imunoglobulina e suporte em UTI. A distribuição espacial mostrou concentração de casos em alguns estados, especialmente Bahia e São Paulo, e evidenciou a necessidade de manutenção da vigilância epidemiológica e da capacidade de diagnóstico e o manejo oportuno da SIM-P no contexto pós-pandemia da covid-19.

Em relação à SIM-A, em 2025, ocorreram apenas duas notificações que não apresentaram os critérios necessários para a classificação da doença.

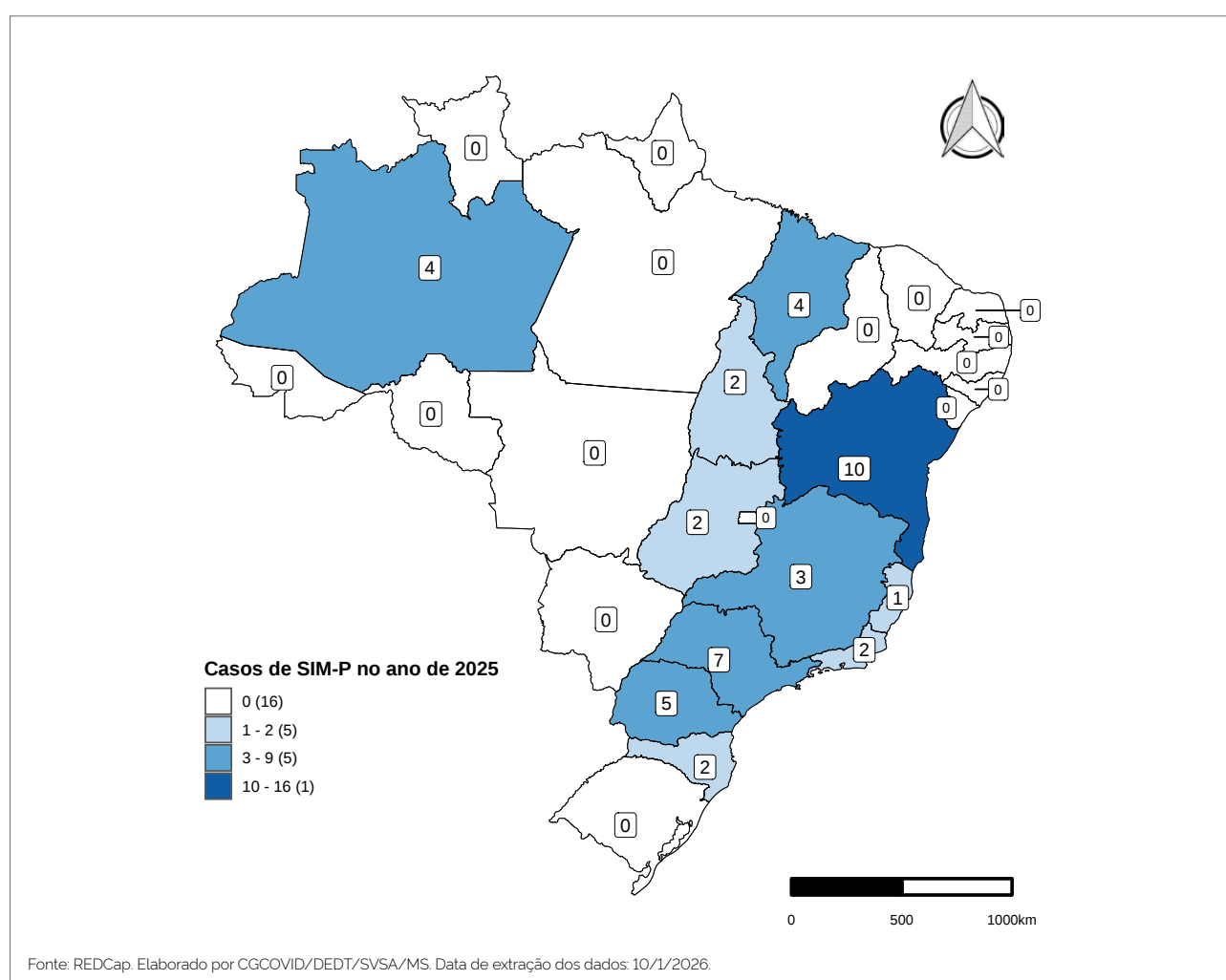


FIGURA 24 Distribuição de casos acumulados de SIM-P por unidade federativa de residência para o ano epidemiológico de 2025

Condições pós-covid

Paralelamente às manifestações inflamatórias causadas pela covid-19, emergiu a preocupação com os efeitos de médio e longo prazo da doença, atualmente denominados condições pós-covid ou covid longa. As condições pós-covid configuram um espectro clínico heterogêneo, com ampla variedade de sinais e sintomas persistentes ou recorrentes, o que dificulta a definição de caso e a estimativa precisa de sua prevalência. O diagnóstico é essencialmente clínico, fundamentado na história prévia de infecção pelo SARS-CoV-2, na avaliação clínica e, quando necessário, em exames complementares direcionados⁷. Embora a magnitude exata desse fenômeno ainda seja incerta, a OMS estima que 10% a 20% das pessoas infectadas possam desenvolver condições pós-covid⁸.

Com base nos registros de atendimentos relacionados às condições pós-covid na APS, foram registrados 11.215 atendimentos individuais com o CID U09.9 em 2025, até novembro (último mês disponível na base de dados no momento da extração). O maior número de atendimentos ocorreu em pessoas do sexo feminino, o que totalizou 7.679 registros (68,5%), em comparação a pessoas do sexo masculino que apresentou 3.536 (31,5%). Estudo realizado na Inglaterra mostrou dados semelhantes com mais atendimentos no sexo feminino e média de idade de 45 anos¹⁵.

Em relação à faixa etária, o maior número de atendimentos ocorreu entre 50 e 59 anos com 1.998 registros (17,80%), seguido pela faixa etária 40-49 anos com 1.952 atendimentos (17,40%) (Tabela 6).

TABELA 6 Número e proporção de atendimentos pós-covid-19 na APS (CID U09.9), por faixa etária. Brasil, 2025

Faixa etária	n (%)
0-4	201 (1,8)
5-9	186 (1,7)
10-14	253 (2,3)
15-19	450 (4,0)
20-29	1.246 (11,1)
30-39	1.479 (13,2)
40-49	1.952 (17,4)
50-59	1.998 (17,8)
60-69	1.858 (16,6)
70-79	1.059 (9,4)
80+	533 (4,8)
Total	11.215 (100,0)

Fonte: Sisab. Elaborado por CGCOVID/DEDT/SVSA/MS. Data de extração dos dados: 17/1/2026.

O número de atendimentos foi maior no Sudeste, com 5.733 (51,1%), seguido pelas regiões Sul, com 2.064 (18,4%), Nordeste, com 1.755 (15,6%), Norte, com 892 (8,0%), e Centro-Oeste, com 771 (6,9%). As UFs com maior número de atendimentos pós-covid-19 foram São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Santa Catarina, respectivamente com 3.210, 1.435, 942, 832 e 711 atendimentos em 2025 (Tabela 7).

TABELA 7 Número absoluto e porcentagem de atendimentos pós-covid-19 na Atenção Primária à Saúde – APS (CID U09.9). Unidade da Federação (UF), ano epidemiológico de 2025

UF	n (%)
Acre	90 (0,8)
Alagoas	415 (3,7)
Amapá	31 (0,3)
Amazonas	306 (2,7)
Bahia	310 (2,8)
Ceará	184 (1,6)
Distrito Federal	80 (0,7)
Espírito Santo	146 (1,3)
Goiás	286 (2,6)
Maranhão	175 (1,6)
Mato Grosso	235 (2,1)
Mato Grosso do Sul	170 (1,5)
Minas Gerais	942 (8,4)
Pará	150 (1,3)
Paraíba	331 (3,0)
Paraná	521 (4,6)
Pernambuco	134 (1,2)
Piauí	83 (0,7)
Rio de Janeiro	1.435 (12,8)
Rio Grande do Norte	97 (0,9)
Rio Grande do Sul	832 (7,4)
Rondônia	109 (1,0)
Roraima	72 (0,6)
Santa Catarina	711 (6,3)
São Paulo	3.210 (28,6)
Sergipe	26 (0,2)
Tocantins	134 (1,2)
Total	11.215 (100,0)

Fonte: Sisab. Elaborado por CGCOVID/DEDT/SVSA/MS. Data de extração dos dados: 17/1/2026.

Em relação à incidência anual de atendimentos pós-covid-19 na APS, destacam-se Alagoas, Acre, Roraima, Santa Catarina e Tocantins (Tabela 8).

TABELA 8 Incidência de atendimentos pós-covid-19 na Atenção Primária à Saúde – APS (CID U09.9) por 100 mil habitantes. Unidade da Federação (UF), até novembro do ano epidemiológico de 2025

UF	2025
Alagoas	12,9
Acre	10,2
Roraima	9,7
Santa Catarina	8,7
Tocantins	8,4
Rio de Janeiro	8,3
Paraíba	7,9
Rio Grande do Sul	7,4
Amazonas	7,1
São Paulo	7,0
Rondônia	6,2
Mato Grosso	6,0
Mato Grosso do Sul	5,8
Paraná	4,4
Minas Gerais	4,4
Goiás	3,9
Amapá	3,8
Espírito Santo	3,5
Rio Grande do Norte	2,8
Distrito Federal	2,7
Maranhão	2,5
Piauí	2,5
Bahia	2,1
Ceará	2,0
Pará	1,7
Pernambuco	1,4
Sergipe	1,1
Total	5,3

Fonte: Sisab. Elaborado por CGCOVID/DEDT/SVSA/MS. Data de extração dos dados: 17/1/2026.

Em 2025, foram registrados 70 óbitos com menção de condição pós-covid no SIM. Desse total, a maioria ocorreu em fevereiro, com 16 óbitos (22,9%), seguido por janeiro, com 12 óbitos (17,19%), e junho, com 9 óbitos (12,9%) (Figura 25). Estudo realizado no Brasil, entre 2020 e 2023, registrou 5.017 óbitos por condição pós-covid – o que mostra a diminuição do número de óbitos quando comparado a 2025¹⁶.

O número de óbitos por condição pós-covid foi idêntico tanto no sexo feminino quanto no sexo masculino, com 35 óbitos (50,0%) em cada. No que tange à estrutura etária, observaram-se 27 óbitos (38,6%) no estrato de pacientes com 80 anos ou mais (Tabela 9). Tais achados corroboram a elevada vulnerabilidade da população longeva, sugerindo que o impacto das sequelas tardias da covid-19 é potencializado pela fragilidade multissistêmica inerente à senescência.

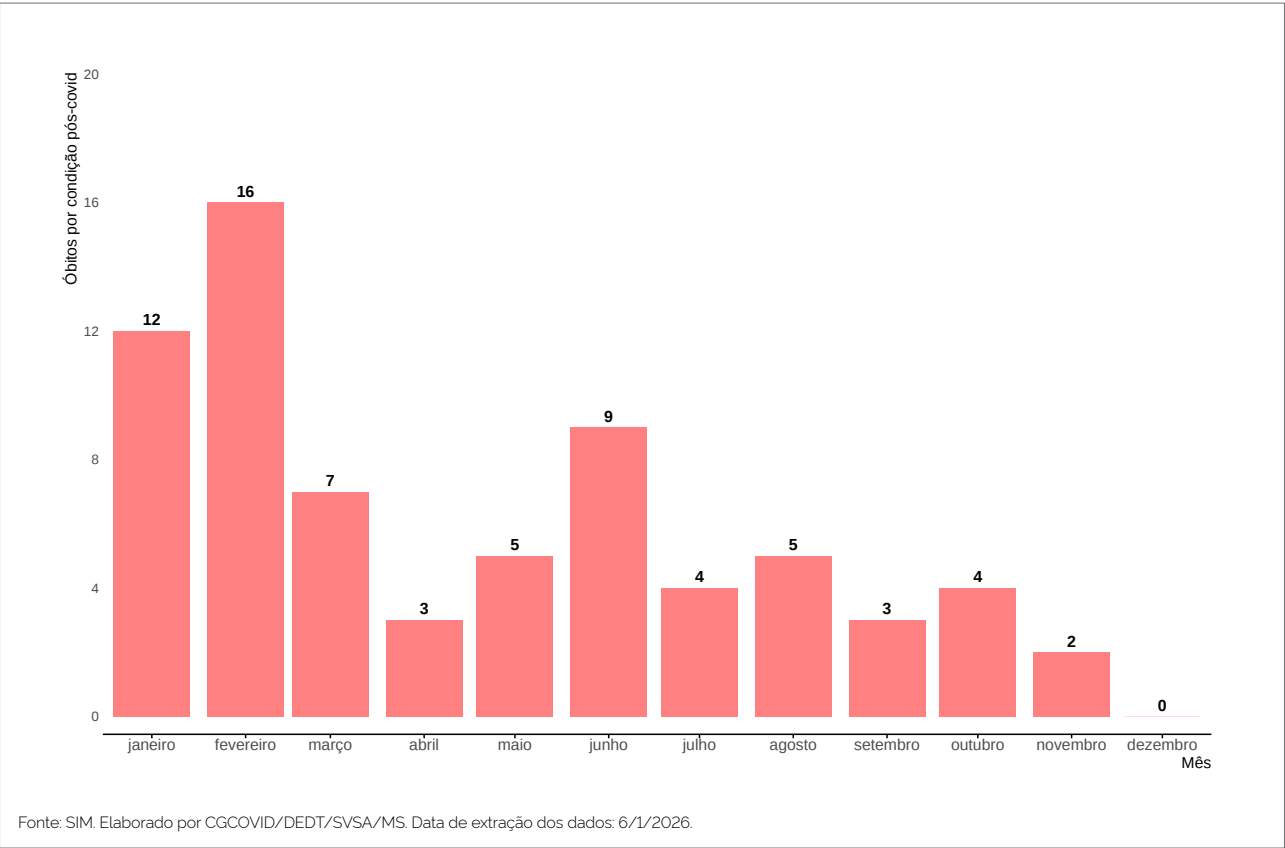


FIGURA 25 Número de óbitos por condição pós-covid segundo mês do óbito, em 2025

TABELA 9 Número e proporção de óbitos por condição pós-covid, segundo sexo e faixa etária, em 2025

Sexo	n (%)
Masculino	35 (50,0)
Feminino	35 (50,0)
Total	70 (100,0)

Faixa etária (anos)	n (%)
0-4	1 (1,4)
5-9	0 (0,0)
10-14	0 (0,0)
15-19	0 (0,0)
20-29	0 (0,0)
30-39	3 (4,3)
40-49	6 (8,6)
50-59	8 (11,4)
60-69	16 (22,9)
70-79	9 (12,9)
80+	27 (38,6)
Total	70 (100,0)

Fonte: SIM. Elaborado por CGCOVID/DEDT/SVSA/MS. Data de extração dos dados: 6/1/2026.

A taxa de mortalidade por condição pós-covid apresentou variação por UF. A maior taxa de mortalidade foi observada no Tocantins (0,25 óbito por 100 mil habitantes), seguido por Santa Catarina (0,12 óbito por 100 mil habitantes) e Goiás (0,11 óbito por 100 mil habitantes) (Figura 26). Entre 2020 e 2023, o Tocantins foi o que apresentou a maior taxa de mortalidade em todos os anos¹⁶.

Em resumo, os dados sobre condições pós-covid em 2025 evidenciam manutenção da demanda assistencial na APS, com maior concentração de atendimentos entre mulheres e adultos de meia-idade, especialmente nas faixas de 40 a 69 anos. Observou-se importante heterogeneidade regional, com maior número absoluto de atendimentos no Sudeste e no Sul, enquanto estados como Alagoas, Acre e Roraima apresentaram as maiores incidências proporcionais.

Em relação aos óbitos, embora o número absoluto tenha sido reduzido em comparação aos anos anteriores, verificou-se maior concentração entre pessoas idosas, especialmente na faixa etária de 80 anos

ou mais, reforçando a maior vulnerabilidade desse grupo às consequências tardias da covid-19. Esses achados demonstram que, apesar da redução do impacto agudo da doença, as condições pós-covid

permanecem relevantes para o sistema de saúde. Destaca-se a importância da vigilância contínua, da qualificação da assistência e do acompanhamento longitudinal das populações mais vulneráveis.

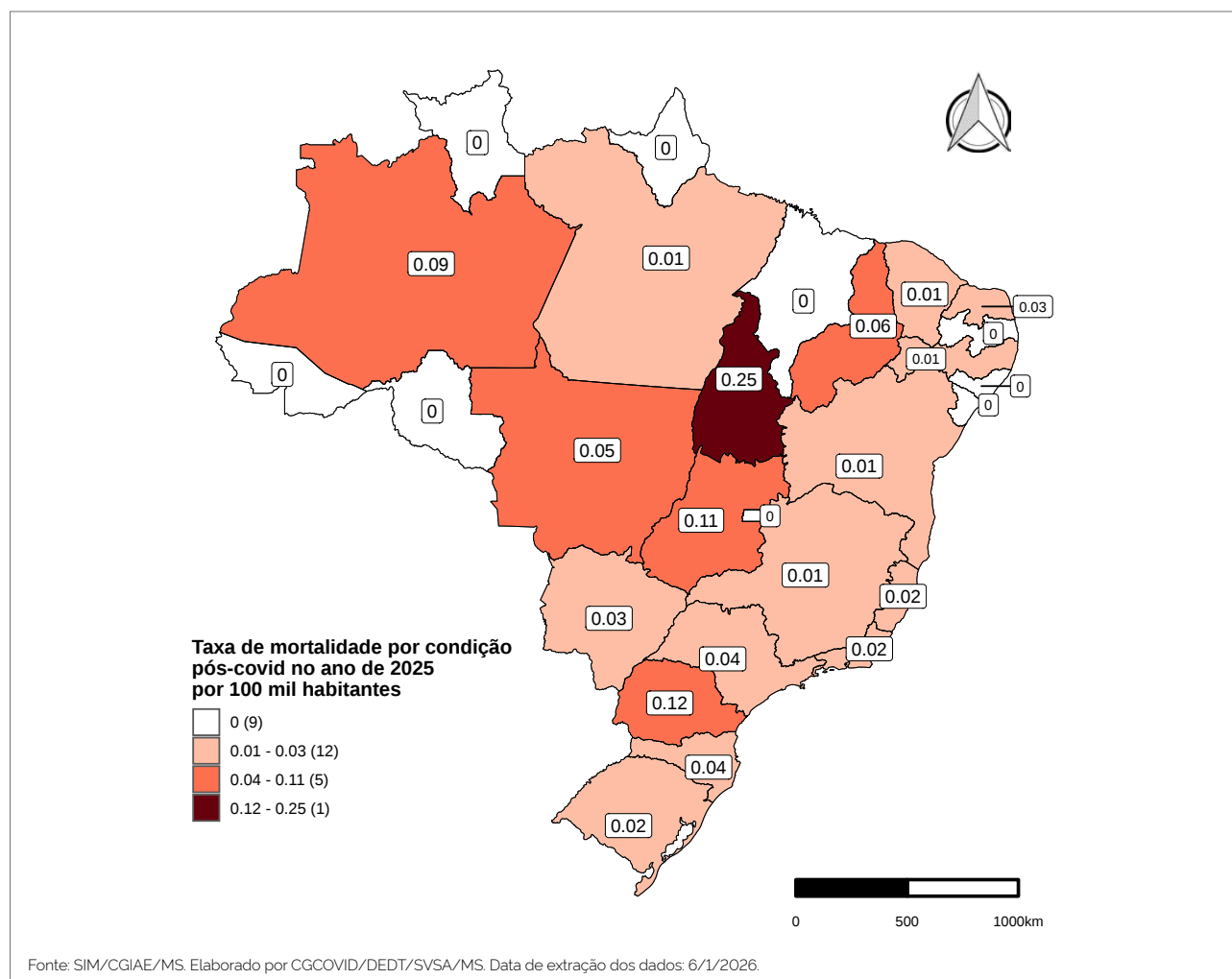


FIGURA 26 Taxa de mortalidade por condição pós-covid (por 100 mil habitantes). Brasil, 2025

LIMITAÇÕES

Como limitações destas análises, destacam-se a possibilidade de subnotificação dos casos, especialmente em períodos e localidades com menor acesso aos serviços de saúde e à testagem diagnóstica. Além disso, diferenças na capacidade operacional e na sensibilidade da vigilância epidemiológica entre as unidades federativas podem influenciar a completude, a oportunidade e a qualidade das informações registradas.

Também devem ser consideradas as limitações inerentes aos sistemas de informação utilizados, o que inclui inconsistências no preenchimento das variáveis,

registros incompletos e atualizações retrospectivas das bases de dados, fatores que podem afetar a interpretação dos resultados apresentados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

O cenário epidemiológico de 2025 evidenciou que as infecções respiratórias permanecem como considerável problema de saúde pública no Brasil, caracterizadas pela circulação simultânea de múltiplos agentes etiológicos, ocorrendo inclusive alta porcentagem de codetecções.

Embora o número absoluto de casos de SG por covid-19 tenha sido inferior ao observado em anos anteriores, manteve-se circulação persistente do SARS-CoV-2 ao longo de todo o ano, com grande pico nas primeiras semanas epidemiológicas, além de um segundo, mais baixo, a partir do segundo semestre. A vigilância sentinela demonstrou predomínio do rinovírus nos casos leves, enquanto o VSR se destacou como principal determinante de hospitalizações em crianças menores de 2 anos. Nos casos de Srag, a influenza A e o SARS-CoV-2 foram os principais responsáveis pelos óbitos, com maior impacto na população idosa, especialmente naqueles com múltiplas comorbidades.

Embora os casos associados à covid-19 tenham apresentado volume mais baixo do que nos anos anteriores, destaca-se que o SARS-CoV-2 representou 22,8% dos vírus identificados entre os óbitos de Srag com identificação laboratorial, mesmo correspondendo a apenas 8% entre os casos de Srag. Mesmo em um ano com notificação de Srag por influenza sem precedentes, quase um quarto dos óbitos de Srag com identificação laboratorial apresentou associação com a covid-19.

Em 2025, também foram detectados padrões inesperados na sazonalidade de Srag por influenza A e VSR. Srag por influenza A apresentou o pico sazonal mais elevado do que o esperado na maioria das regiões, além de segundo pico inesperado, o que indicou intensificação e prolongamento da circulação viral. O VSR também apresentou comportamento atípico, com pico superior ao observado nos anos precedentes, além de deslocamento temporal da onda sazonal, iniciando-se mais tardiamente e estendendo-se por período mais prolongado. Esses achados reforçam a necessidade de vigilância contínua e sensível às mudanças na dinâmica de transmissão.

Observou-se ainda que a SIM-P apresentou redução em relação aos primeiros anos da pandemia, porém manteve letalidade relevante (9,5%), reforçando a necessidade de vigilância ativa e manejo oportuno. As condições pós-covid seguem representando demanda importante para a APS, com maior frequência entre mulheres e adultos de meia-idade, além de impacto proporcional relevante em pessoas idosas.

Diante desse cenário, recomenda-se a manutenção do modelo de vigilância integrada de SG e Srag, assegurando sensibilidade para detecção precoce de mudanças no padrão sazonal, recrudescimentos inesperados e eventual emergência de novas variantes virais. Reforça-se a importância da utilização sistemática

de canais endêmicos e de análises históricas, como a identificação de limiares de atividades no caso de vírus que não possuem sazonalidade definida, de modo a possibilitar a identificação oportuna de desvios no comportamento epidemiológico, como picos acima do esperado.

Destaca-se ainda a necessidade de sustentar elevadas coberturas vacinais contra influenza e covid-19, com especial atenção à população idosa e aos indivíduos com comorbidades crônicas, considerando o impacto observado na mortalidade por Srag. No âmbito da saúde infantil, os dados de Srag por VSR reforçam a importância da introdução da vacina contra o VSR em gestantes e do monoclonal nirsevimabe para as crianças de risco no âmbito do SUS. Tais tecnologias têm o potencial de reduzir significativamente a carga hospitalar de VSR na primeira infância, principal grupo etário afetado por esse vírus.

Dessa forma, é fundamental o aprimoramento contínuo da completude e a consistência das variáveis-chave nos sistemas de informação, especialmente raça/cor, ocupação e populações vulneráveis/especiais, a fim de permitir análises mais precisas de desigualdades e riscos específicos. Paralelamente, deve-se reforçar a capacidade de resposta laboratorial nas UFs, fortalecendo fluxos de resposta, principalmente naquelas que não atingiram a meta do indicador – de no mínimo 70% no dia por RT-PCR em tempo real –, e garantindo a qualidade da vigilância e a adequada classificação final dos casos e dos óbitos por Srag. Recomenda-se também assegurar a notificação em até 24 horas para os casos de SG, Srag e SIM-P/SIM-A associados à covid-19¹⁷, bem como a integração oportuna entre os sistemas de informação locais, quando existentes, e os nacionais.

REFERÊNCIAS

1. Franco, F.C., Souza, M., Fernandes, S.M., Dias, A.C., Passos, Y.G., Fiaccadori, F.S. Influenza A, influenza B, and SARS-COV-2 circulation patterns in midwest Brazil during the 2022–2023 period. *Braz J Microbiol* 55, 3027–3030 (2024). <https://doi.org/10.1007/s42770-024-01381-3>
2. Siqueira, C. A. dos S., Freitas, Y. N. L. de, Cancela, M. de C., Carvalho, M., Silva, L. P. da, Dantas, N. C. D., & Souza, D. L. B. de. (2022). COVID-19 no Brasil: tendências, desafios e perspectivas após 18 meses de pandemia [Journal articles]. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56146>. doi: 10.26633/RPSP.2022.74

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância integrada da covid-19, influenza e outros vírus respiratórios de importância em saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [citado em 20 jul. 2026]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2024/guia-vigilancia-integrada-da-covid-19-influenza-e-outros-virus-respiratorios-de-importancia-em-saude-publica/view>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Nova versão e-SUS Notifica. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [citado em 17 jan. 2026]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/wp-content/uploads/2021/08/eSUSNotificav7-1.pdf>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. e-SUS Notifica: manual de instruções. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [citado em 17 jan. 2026]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/e-susnotifica-manual-de-instrucoes/view>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-nCoV). Boletim epidemiológico n. 1: Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV). Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado em 17 jan. 2026]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2020/boletim-epidemiologico-no-1-boletim-coe-coronavirus.pdf>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Nota técnica n.º 57/2023: atualizações acerca das "condições pós-covid" no âmbito do Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2023. [citado em 17 jan. 2026] Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2023/dezembro/atualizacao-acerca-das-condicoes-pos-covid-no-ambito-do-ms-com-a-publicacao-da-nt-57-2023-dgip-se-ms/view>.
8. World Health Organization. A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus, 6 October 2021. Geneva: WHO; 2021. [citado em 2026 Jan 17] Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post_COVID-19_condition-Clinical_case_definition-2021.1.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2022: panorama. Rio de Janeiro: IBGE; 2026 [citado em 17 jan. 2026]. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Painel cor ou raça no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2026 [citado em 17 jan. 2026]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/painel-cor-ou-raca/>.
11. T. P. Portella, L. Picinini Freitas, P. C. Resende, M. F. da Costa Gomes, and L. S. Bastos, " Highly Atypical 2025 Influenza A Season in Brazil," Influenza and Other Respiratory Viruses 20, no. 4 (2026): e70262, <https://doi.org/10.1111/irv.70262>.
12. Soares SD, Façanha MC. Síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica (SIM-P) temporalmente associada à covid-19: estudo transversal. Rev Contexto Saúde. 2025;25(50):e16308. doi: 10.21527/2176-7114.2025.50.16308.
13. Yousaf AR, Lindsey KN, Wu MJ, Shah AB, Free RJ, Simeone RM, et al. Notes from the field: surveillance for multisystem inflammatory syndrome in children – United States, 2023. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2024;73(10):225-8. doi: 10.15585/mmwr.mm7310a2.
14. Patel P, DeCuir J, Abrams J, Campbell AP, Godfred-Cato S, Belay ED. Clinical characteristics of multisystem inflammatory syndrome in adults: a systematic review. JAMA Netw Open. 2021;4(9):e2126456. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.26456.
15. Chapman M, Durbaba S, Tydeman F, Friend M, Duly L, Moore J, et al. Long COVID demographic and secondary care referral characteristics in primary care: analysis of anonymised primary care data from a multiethnic, deprived urban area in the UK. NPJ Prim Care Respir Med. 2024;34(1):25. doi: 10.1038/s41533-024-00385-8.
16. Couto RM, Boing AC. Óbito por condições posteriores à covid-19 no Brasil: um estudo descritivo, 2020-2023. Ciênc Saúde Colet. 2025 [citado em 17 jan. 2026]. Disponível em : <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/obito-por-condicoes-posteriores-a-covid19-no-brasil-um-estudo-descritivo-20202023/19726?id=19726>.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 10.175, de 23 de janeiro de 2026. Altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS n.º 4, de 2017, para incluir anomalias congênitas na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Diário Oficial da União. 2026 Jan 26;(seção 1):106.

APÊNDICE

Apêndice I – Vírus respiratórios em amostras de síndrome gripal (SG), segundo faixa etária. Regiões do Brasil, 2025, Semana Epidemiológica (SE) 1 a 53

SG	Influenza						Outros vírus respiratórios					Total de vírus identificados
	Faixa etária (anos)	Influenza A(H1N1) pdm09	Influenza A(H3N2)	Influenza A (não subtipada)	Influenza B	Influenza Total	SARS-CoV-2	VSR	Parainfluenza	Adenovírus	Metapneumovírus	
Norte												
>2	43	18	90	40	191	210	796	29	295	75	933	2.529
2-4	31	5	61	25	122	38	203	8	203	42	532	1.148
5-9	53	11	71	46	181	42	80	7	119	21	427	877
10-19	48	20	85	109	262	83	36	1	58	10	349	799
20-29	46	11	66	125	248	171	27	9	25	20	389	889
30-39	62	9	67	102	240	166	35	2	32	17	309	801
40-49	78	5	75	82	240	140	28	2	21	16	183	630
50-59	58	2	56	33	149	125	25	4	18	13	124	458
60+	61	1	58	18	138	132	28	2	20	21	132	473
Nordeste												
>2	47	32	80	27	186	94	775	24	338	134	911	2.462
2-4	44	37	82	18	181	18	219	10	261	65	559	1.313
5-9	59	26	136	54	275	20	55	5	180	24	378	937
10-19	95	75	181	130	481	103	44	4	103	39	519	1.293
20-29	121	127	243	159	650	328	75	11	100	73	1055	2.292
30-39	132	77	191	143	543	271	54	5	66	57	643	1.639
40-49	162	54	166	109	491	243	49	6	39	46	466	1.340
50-59	91	35	126	49	301	167	48	7	12	59	280	874
60+	117	41	175	26	359	214	53	9	27	74	268	1.004
Centro-Oeste												
>2	34	45	15	2	96	60	208	6	119	49	345	883
2-4	46	77	22	7	152	10	83	4	105	22	218	594
5-9	80	83	24	12	199	16	38	1	34	8	194	490
10-19	120	136	55	51	362	70	46	0	35	15	326	854
20-29	113	116	86	46	361	181	69	5	50	21	621	1.308
30-39	151	72	65	52	340	172	49	8	32	30	426	1.057
40-49	141	54	64	46	305	132	45	8	19	20	320	849
50-59	117	33	42	13	205	115	39	1	7	19	200	586
60+	137	52	67	10	266	136	70	3	11	31	229	746
Sudeste												
>2	55	57	62	16	190	85	738	108	402	160	1076	2.759
2-4	55	96	43	20	214	47	229	68	302	104	682	1.646
5-9	131	136	94	43	404	62	92	28	179	60	568	1.393
10-19	177	190	112	100	579	171	88	45	111	55	831	1.880
20-29	153	195	121	129	598	368	125	79	81	101	1329	2.681
30-39	178	130	119	97	524	295	97	60	54	84	793	1.907
40-49	205	97	104	81	487	283	90	50	25	73	632	1.640
50-59	168	73	72	34	347	259	85	61	13	72	397	1.234
60+	297	99	161	33	590	422	150	74	23	126	646	2.031

continua

conclusão

SG	Influenza						Outros vírus respiratórios					Total de vírus identificados
	Faixa etária (anos)	Influenza A(H1N1) pdm09	Influenza A(H3N2)	Influenza A (não subtipada)	Influenza B	Influenza Total	SARS-CoV-2	VSR	Parainfluenza	Adenovírus	Metapneumovírus	
Sul												
>2	44	17	6	17	84	47	325	1	161	101	403	1122
2-4	45	17	14	16	92	13	90	2	99	51	205	552
5-9	81	28	27	40	176	11	22	0	80	19	171	479
10-19	202	72	26	116	416	81	40	6	75	30	382	1030
20-29	204	67	24	137	432	261	67	13	96	67	824	1760
30-39	243	58	20	133	454	195	78	8	76	48	509	1368
40-49	236	25	14	63	338	174	48	4	32	54	359	1009
50-59	203	14	15	33	265	136	58	8	15	52	241	775
60+	250	50	16	22	338	172	106	9	30	64	303	1022
Total	5.214	2.675	3.499	2.664	14.052	6.539	5.805	805	4.183	2.342	21.687	55.413

Fonte: Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (Sivep-Gripe). Elaborado por CGCOVID/DEDT/SVSA/MS. Data de extração dos dados: 12/2/2026.

Apêndice II – Detecção de vírus respiratórios em casos e óbitos por síndrome respiratória aguda grave (Srag). Regiões do Brasil e Unidades da Federação, 2025

Região/UF	Srag por influenza*										Srag por outros virus e outros agentes etiológicos*										Outros				Srag Total**	
	A (H1N1) pdm09		A (H3N2)		A (não subtipado)		Influenza B		Total		VSR		Rinovirus		Outros virus respiratórios		Outros agentes etiológicos		Covid-19		Srag não especificado		Em investigação			
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
Norte	354	49	19	1	466	67	170	10	1.138	139	2.268	52	2.767	76	956	27	257	52	742	123	9.634	473	462	2	16.767	903
Rondônia	22	6	1	0	86	14	14	0	134	21	158	1	165	0	140	1	93	19	86	16	698	30	31	0	1.381	86
Acre	13	0	3	1	34	0	28	4	106	6	292	9	299	10	103	3	1	0	85	11	1084	52	9	0	1858	84
Amazonas	45	7	8	0	134	30	42	2	268	40	582	14	738	32	307	8	33	8	200	27	2.097	109	242	0	3.877	223
Roraima	11	4	0	0	67	7	26	0	111	13	347	11	434	12	104	3	9	1	35	2	608	16	16	0	1523	55
Pará	189	28	4	0	86	10	52	4	368	47	430	9	645	17	165	12	88	7	225	50	3.768	230	100	0	5.504	365
Amapá	64	4	1	0	21	0	7	0	97	5	376	6	428	5	111	0	5	0	60	6	1048	17	1	0	2.017	36
Tocantins	10	0	2	0	38	6	1	0	54	7	83	2	58	0	26	0	28	17	51	11	331	19	63	2	607	54
Nordeste	785	92	302	18	1.427	122	224	14	3.035	278	7.422	131	7.826	166	2.808	97	585	44	1.651	260	17.737	918	1.845	7	38.396	1.788
Maranhão	36	11	8	2	160	16	7	0	242	33	466	19	316	13	147	15	88	11	96	12	1909	119	71	0	3.128	207
Piauí	22	3	7	1	12	2	1	0	46	7	95	6	22	1	55	4	19	5	90	21	680	94	27	1	971	136
Ceará	115	11	12	0	381	34	30	1	567	53	1.763	26	1.375	23	424	9	45	3	367	43	3.412	148	125	1	7.497	282
Rio Grande do Norte	66	8	3	1	47	9	10	2	137	23	308	5	478	9	140	5	28	2	103	21	959	69	152	0	2.001	124
Paraíba	42	8	45	5	132	15	19	0	304	39	766	23	1.238	41	469	27	19	2	248	59	1.887	176	2	0	4.586	348
Pernambuco	75	6	51	2	95	3	22	1	253	12	897	18	922	14	274	7	121	6	138	23	3.247	84	1.351	5	5.535	156
Alagoas	20	10	4	1	104	10	14	4	163	25	181	2	162	7	56	4	10	0	74	18	461	39	51	0	1.042	93
Sergipe	6	0	3	0	144	12	12	2	186	14	604	15	689	15	183	3	159	3	94	9	1.509	31	59	0	3.228	86
Bahia	403	35	169	6	352	21	109	4	1.137	72	2.342	17	2.624	43	1.060	23	96	12	441	54	3.673	158	7	0	10.408	356
Sudeste	3.228	529	1.181	73	8.576	947	631	68	14.490	1.710	18.745	267	11.536	329	5.796	142	1.366	169	5.299	823	52.420	3.318	1.223	8	103.783	6.532
Minas Gerais	598	85	291	12	1.858	196	128	13	3.253	352	4.840	83	3.520	76	1.786	47	255	26	1.190	183	19.777	1.208	398	2	32.971	1.913
Espírito Santo	230	58	80	5	69	13	19	1	398	77	748	16	437	19	132	6	12	4	167	40	1.957	171	2	0	3.778	326
Rio de Janeiro	329	66	166	10	896	97	89	11	1.494	186	3.061	27	2.061	42	906	18	420	44	521	68	6.800	469	25	0	14.585	835
São Paulo	2.071	320	644	46	5.753	641	395	43	9.345	1.095	10.096	141	5.518	192	2.972	71	679	95	3.421	532	23.886	1.470	798	6	52.449	3.458

continua

conclusão

Região/UF	Srag por influenza*										Srag por outros vírus e outros agentes etiológicos*										Outros				Srag Total**	
	A (H1N1) pdm09		A (H3N2)		A (não subtipado)		Influenza B		Total		VSR		Rinovírus		Outros vírus respiratórios		Outros agentes etiológicos		Covid-19		Srag não especificado		Em investigação			
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
Sul	3.878	602	438	28	1.792	244	381	26	6.674	928	10.064	200	8.749	322	3.888	113	286	43	1.938	278	19.191	1.292	311	6	47.265	3.037
Paraná	1.678	216	300	13	696	85	95	4	2.802	325	3.698	93	3.515	118	1.382	48	140	23	878	129	9.465	582	68	0	20.816	1.271
Santa Catarina	814	126	73	7	421	46	78	7	1.408	190	2.545	41	2.403	64	1.180	34	109	13	396	48	4.056	213	215	6	11.076	567
Rio Grande do Sul	1.386	260	65	8	675	113	208	15	2.464	413	3.821	66	2.831	140	1.326	31	37	7	664	101	5.670	497	28	0	15.373	1.199
Centro-Oeste	1.510	232	799	47	1.902	124	180	13	4.439	419	5.805	103	5.988	168	2.153	70	124	17	1.300	169	10.889	862	210	0	28.398	1.747
Mato Grosso do Sul	718	125	89	13	269	41	37	5	1.131	184	1.885	58	2.070	105	766	42	53	9	308	62	3.754	410	22	0	9.453	846
Mato Grosso	75	16	13	1	201	12	31	3	325	33	319	3	212	8	58	5	35	0	119	20	1.431	119	46	0	2.410	179
Goiás	430	70	364	25	775	50	86	4	1.680	151	1.680	30	1.531	44	466	19	34	8	449	69	3.519	259	107	0	8.779	561
Distrito Federal	287	21	333	8	657	21	26	1	1.303	51	1.921	12	2.175	11	863	4	2	0	424	18	2.185	74	35	0	7.756	161
Sem informação	7	1	1	0	1	0	1	1	11	2	15	0	14	1	4	0	3	1	2	0	35	4	0	0	78	8
Total	9.762	1.505	2.740	167	14.164	1.504	1.587	132	29.787	3.476	44.319	753	36.880	1.062	15.605	449	2.621	326	10.932	1.653	109.906	6.867	4.051	23	234.687	14.015

Fonte: Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (Sivep-Gripe). Elaborado por CGCOVID/DEDT/SVSA/MS. Data de extração dos dados: 16/2/2026.

Nota: *Detecção por vírus respiratório, cada caso e óbito por Srag pode apresentar detecção simultânea de mais de um vírus respiratório. **Casos e óbitos por Srag, sem distinção por vírus respiratório.

Apêndice III – Dados de casos e óbitos por síndrome respiratória aguda grave (Srag) com resultados do diagnóstico por RT-PCR em tempo real. Unidades da Federação e Brasil, ano epidemiológico de 2025

UF	N.º de casos de Srag	Nº de diagnósticos de casos Srag com registro de resultado por RT-PCR em tempo real	Proporção (%)
PB	4.586	4.459	97,2
RR	1.523	148	97,2
MS	9.453	9.163	96,9
SC	11.076	10.344	93,4
ES	3.778	3.518	93,1
DF	7.756	7.206	92,9
TO	607	543	89,5
RS	15.373	13.667	88,9
PR	20.816	18.416	88,5
CE	7.497	6.495	86,6
GO	8.779	7.607	86,6
BA	10.408	891	85,6
AL	1.042	889	85,3
AM	3.877	3.303	85,2
SE	3.228	2.722	84,3
PE	5.535	4.637	83,8
RJ	14.585	12.144	83,3
AP	2.017	1.622	80,4
RN	2.001	1.544	77,2
PI	971	748	77,0
SP	52.449	39.984	76,2
AC	1.858	1.284	69,1
MG	32.971	22.593	68,5
MA	3.128	2.099	67,1
PA	5.504	3.405	61,9
RO	1.381	815	59,0
MT	241	132	54,8
Brasil	234.609	190.917	81,4

Fonte: Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (Sivep-Gripe). Elaborado por CGCOVID/DEDT/SVSA/MS. Data de extração dos dados: 16/2/2026.

Boletim Epidemiológico

ISSN 2358-9450

©1969. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Ministro de Estado da Saúde

Alexandre Rocha Santos Padilha

Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente

Mariângela Batista Galvão Simão

*Comitê editorial***Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA)**

Mariângela Batista Galvão Simão

Departamento de Doenças Transmissíveis (DEDT)

Marília Santini de Oliveira

Departamento do Programa Nacional de Imunizações (DPNI)

Eder Gatti Fernandes

Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (Daent)

Letícia de Oliveira Cardoso

Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DVSAT)

Agnes Soares da Silva

Departamento de Emergências em Saúde Pública (Demsp)

Edenilo Baltazar Barreira Filho

Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente (Daevs)

Guilherme Loureiro Werneck

Departamento de Hiv/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (Dathi)

Draurio Barreira Cravo Neto

Centro Nacional de Primatas (Cenp)

Aline Amaral Imbeloni

Instituto Evandro Chagas (IEC)

Lívia Carício Martins

*Equipe editorial***Coordenação-Geral de Vigilância da Covid-19, Influenza e Outros Vírus Respiratórios (CGCOVID/DEDT/SVSA)**

Mariana de-Carvalho, Germana Vizzotto Osowski, Aluisio Pereira da Silva Filho, Dalva Maria de Assis, Aline Maria Sousa da Silva, Plínio Tadeu Istilli, Sebastião Bruno Taveira da Silva, Simone Monzani Vivaldini, Daiana Araujo da Silva, Rafaela Gomes Andrade, Letícia Farias Gerlack, Walquiria Aparecida Ferreira de Almeida, Priscila Leal Leite, Francisco José de Paula Junior, Marcela Santos Corrêa da Costa, Ana Carolina Lacerda Sousa Cidade, Marcelo Ferreira da Costa Gomes.

*Editoria técnico-científica***Coordenação-Geral de Editoração Técnico-Científica em Vigilância em Saúde (CGEVSA/Daevs/SVSA)**

Giovanna Ledo da Silva

Revisão textual

Maria Irene Lima Mariano (CGEVSA/Daevs/SVSA)

Diagramação

Fred Lobo (CGEVSA/Daevs/SVSA)