

Campinas, 18 de março de 2026.

#### INTRODUÇÃO

Os vírus respiratórios representam o grupo de agentes etiológicos mais frequentemente associados a doenças em humanos, exercendo impacto significativo na morbidade e mortalidade em escala mundial.

Os vírus influenza, vírus sincicial respiratório (VSR), vírus parainfluenza, metapneumovírus, rinovírus, coronavírus e adenovírus são os vírus que circulam mais comumente em todos os continentes, manifestando-se como agentes endêmicos, epidêmicos ou pandêmicos.

As infecções causadas por esses agentes apresentam, em geral, sinais e sintomas clínicos semelhantes, o que impede sua diferenciação apenas com base nas manifestações clínicas. Assim, a identificação etiológica depende predominantemente de métodos diagnósticos laboratoriais.

O monitoramento da circulação desses patógenos é realizado por meio de uma rede mundial de vigilância, estruturada em duas estratégias complementares: as unidades sentinela de Síndrome Gripal (SG) e a notificação compulsória dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), abrangendo casos hospitalizados e óbitos. Essa vigilância tem por finalidade acompanhar a dinâmica de circulação viral e das distintas cepas em circulação; avaliar o perfil de morbidade e mortalidade; fornecer subsídios para a formulação e atualização das campanhas de vacinação; analisar a prevalência e o risco de adoecimento em diferentes segmentos populacionais; detectar oportunamente novos subtipos virais; orientar medidas de contenção e resposta rápida; bem como disseminar informações epidemiológicas precisas e oportunas.

Os dados apresentados neste informe são provenientes das notificações de casos de SRAG registrados no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe), plataforma oficial nacional destinada ao registro, consolidação e acompanhamento das internações e óbitos relacionados à esta síndrome.

O objetivo deste boletim é apresentar o cenário epidemiológico municipal das doenças respiratórias agudas graves causadas por vírus, bem como avaliar a morbidade e a mortalidade associadas às infecções respiratórias de maior relevância para a saúde pública.

## DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO

**Síndrome Gripal (SG):** indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos.

→ em crianças: considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico;

→ em idosos: considerar critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência;

Na suspeita de covid-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia), presentes.

**Definição de síndrome respiratória aguda grave (SRAG):** Indivíduo com SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O<sub>2</sub> menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto.

## O QUE É NOTIFICADO?

A notificação de covid-19, síndrome gripal com suspeita de covid-19 e SRAG é obrigatória conforme portaria GM/MS Nº 6.734, de 18 de março de 2025.

**SG suspeita de SARS-CoV-2:** todo caso de SG suspeita de covid devem ser notificados no e-SUS Notifica (<https://notifica.saude.gov.br/>).

**Resultado laboratorial por biologia molecular ou teste de antígeno positivo para SARS-CoV-2:** todo caso assintomático com confirmação laboratorial por biologia molecular ou teste de antígeno devem ser notificados no e-SUS Notifica (<https://notifica.saude.gov.br/>).

**SRAG:** todo caso SRAG hospitalizado e óbito devem ser notificados no SIVEP Gripe (<https://sivepgripe.saude.gov.br/sivepgripe/login.html?0>).

**Surto:** todo surto de síndrome gripal deve ser notificado no Sinan-Net (módulo surto).

**Surto de SG** ocorrência de pelo menos dois casos suspeitos ou confirmados de SG em ambientes fechados/restritos\*, com intervalo de até 7 dias entre as datas de início de sintomas (casos de influenza) ou até 10 dias (casos de covid ou não identificado) E vínculo epidemiológico estabelecido, ou seja, uma relação entre si, tanto espacial (por contato direto ou indireto com objetos contaminados) quanto temporal.

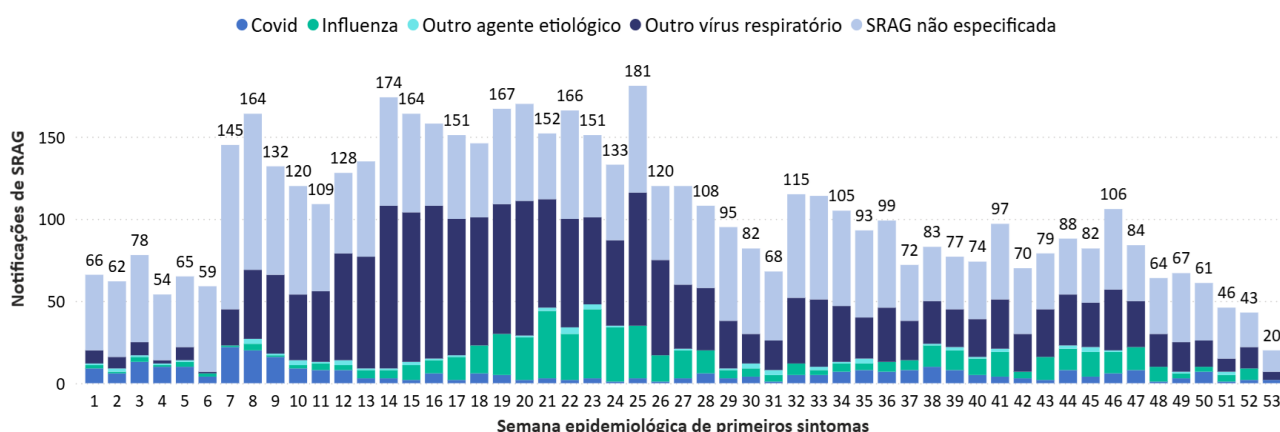
\*Ambientes fechados/restritos, públicos e privados: hospitais, instituições de longa permanência, clínicas de repouso, creches/escolas, unidades prisionais ou correccionais, população albergada, dormitórios coletivos, bases militares, serviços de saúde, entre

## INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS SRAG CAMPINAS

As informações apresentadas neste boletim são referentes aos casos de SRAG entre residentes de Campinas, notificados no sistema SIVEP Gripe, no ano 2025 (Semanas Epidemiológicas (SE) 01 até a 53).

Em 2025, foram notificados 5.562 casos de SRAG entre os residentes de Campinas, correspondendo a uma incidência de 455,9 casos por 100 mil habitantes. A Figura 1 apresenta a distribuição dos casos segundo a classificação final (SRAG por covid-19, SRAG por Influenza, SRAG por outros vírus respiratórios, SRAG por outros agentes etiológicos e SRAG não especificada) de acordo com a SE de início dos primeiros sintomas.

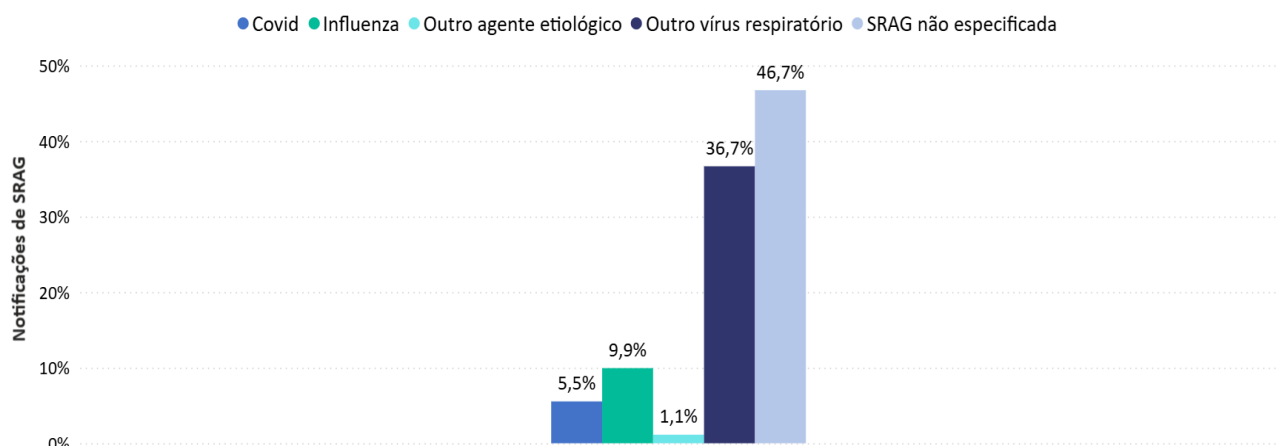
**Figura 01.** Distribuição das notificações de SRAG de acordo com a classificação final do caso, segundo semana epidemiológica de primeiros sintomas. Campinas, 2025.



Fonte: SIVEP-Gripe – março/2026

Ao analisar a distribuição dos casos de SRAG hospitalizados por SE, segundo a classificação final (Figura 2), observa-se que 36,7% foram atribuídos a outros vírus respiratórios, seguidos por SRAG por influenza, com 9,9% dos casos; covid-19, com 5,5%; e outros agentes etiológicos, com 1,1% das ocorrências. Destaca-se, entretanto, o elevado percentual de casos classificados como SRAG não especificada (46,7%), categoria que engloba pacientes com resultados laboratoriais negativos ou inconclusivos, bem como aqueles para os quais não houve coleta de material para exames diagnósticos. Tal achado reforça a importância do envio de amostras de todos os casos de SRAG para realização de painel viral pelo Instituto Adolfo Lutz (IAL), a fim de aprimorar a identificação etiológica e qualificar a vigilância epidemiológica.

**Figura 2.** Percentual das notificações de SRAG classificadas como Influenza, covid-19 e outros vírus respiratórios, segundo semana epidemiológica. Campinas, 2025.

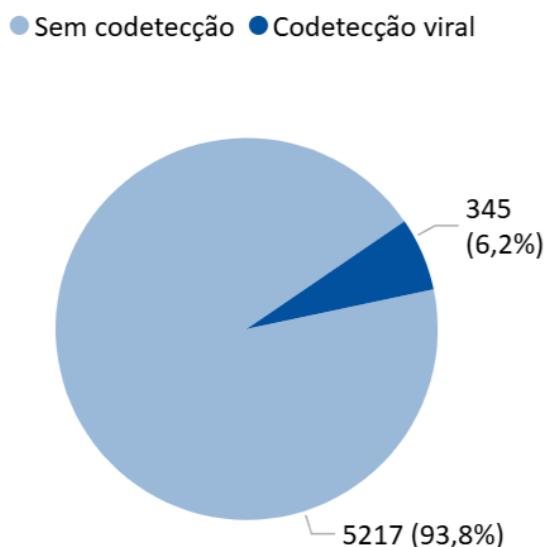


Fonte: SIVEP-Gripe – março/2026

Dos 2.041 casos de SRAG classificados como “outros vírus respiratórios”, 1.188 (51,14%) apresentaram identificação do vírus sincicial respiratório (VSR) e 817 (35,17%) foram atribuídos ao rinovírus, destacando a importância do VSR como agente etiológico dos casos de SRAG. Entre o total de casos de SRAG por VSR, 798 (67,2%) dos casos foram em menores de um ano de idade e 315 (26,5%) em crianças entre 1 e 4 anos.

No mesmo período analisado, observou-se a ocorrência de codetecção em 6,2% dos casos, ou seja, a análise laboratorial identificou a presença simultânea de dois ou mais vírus (Figura 3).

**Figura 3.** Proporção (%) das notificações de SRAG com codetecção viral no ano de 2025.



Fonte: SIVEP-Gripe – março/2026

Dentre os 345 casos com codetecção, as principais associações identificadas foram rinovírus e VSR, presentes em 132 casos; adenovírus e VSR, em 46 casos; e adenovírus e rinovírus, em 45 casos. As demais codetecções virais encontram-se descritas na Figura 4. Destaca-se o uso do termo codetecção, por ser mais preciso do que coinfecção, uma vez que a simples detecção não implica necessariamente que o agente identificado seja o patógeno responsável pelo quadro clínico.

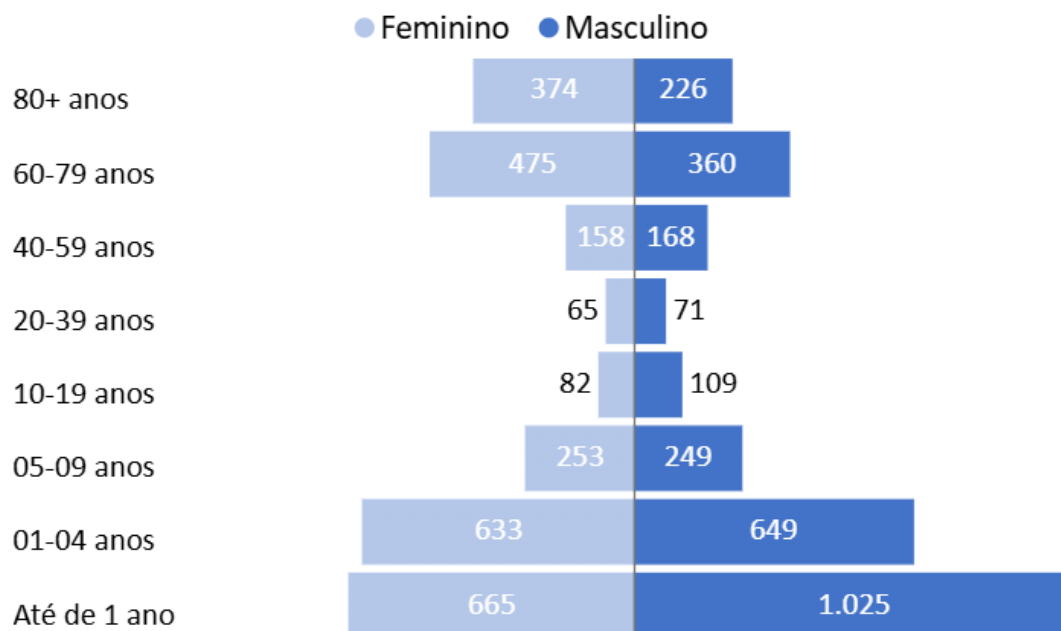
**Figura 4** - Distribuição das codetecção registrados nas notificações de SRAG, Campinas, 2025.

| Vírus                                  | Total de notificações com codetecção |
|----------------------------------------|--------------------------------------|
| Rinovírus; VSR                         | 132                                  |
| Adenovírus; VSR                        | 46                                   |
| Adenovírus; Rinovírus                  | 45                                   |
| Influenza A; VSR                       | 20                                   |
| SARS COV 2; VSR                        | 14                                   |
| Adenovírus; Rinovírus; VSR             | 13                                   |
| SARS COV 2; Rinovírus                  | 13                                   |
| Metapneumovírus; Rinovírus             | 11                                   |
| Influenza A; Rinovírus                 | 09                                   |
| Adenovírus; Metapneumovírus            | 08                                   |
| Influenza A; SARS COV 2                | 06                                   |
| Adenovírus; Metapneumovírus; Rinovírus | 04                                   |
| Influenza A; Adenovírus                | 04                                   |
| Adenovírus; SARS COV 2                 | 03                                   |
| Adenovírus; SARS COV 2; Rinovírus      | 02                                   |
| Influenza A; Rinovírus; VSR            | 02                                   |
| Influenza A; SARS COV 2; VSR           | 02                                   |
| SARS COV 2; Metapneumovírus            | 02                                   |
| SARS COV 2; Rinovírus; VSR             | 02                                   |
| Adenovírus; SARS COV 2; Rinovírus      | 01                                   |
| Influenza A; Adenovírus; Rinovírus     | 01                                   |
| Influenza A; SARS COV 2; Rinovírus     | 01                                   |
| Metapneumovírus; Rinovírus; VRS        | 01                                   |
| Metapneumovírus; VSR                   | 01                                   |
| Parainfluenza 1; Rinovírus; VSR        | 01                                   |
| Parainfluenza 3; VSR                   | 01                                   |
| <b>Total</b>                           | <b>345</b>                           |

Fonte: SIVEP-Gripe – março/2026

Ao analisar o perfil dos casos hospitalizados, verifica-se que os extremos de idade foram os mais acometidos, destacando-se as crianças menores de 4 anos e os idosos com 60 anos ou mais. Esses grupos etários concentraram os maiores números de internações. O sexo masculino representou 51,36% das hospitalizações registradas (Figura 5).

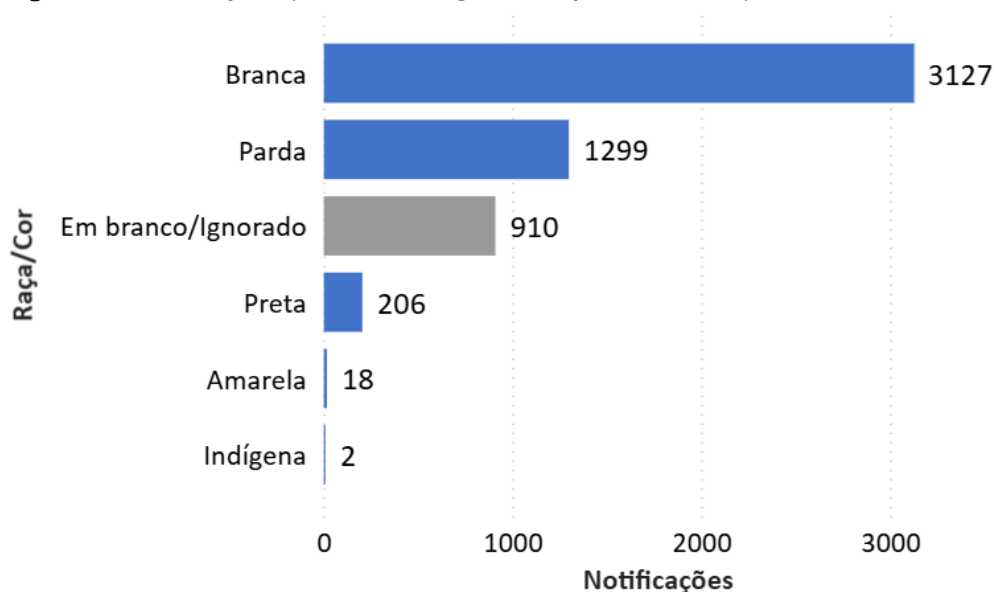
**Figura 5.** Casos de SRAG, segundo sexo e faixa etária. Campinas, 2025.



Fonte: SIVEP-Gripe – março/2026

Quanto à variável raça/cor, 56,22% dos registros corresponderam à população branca (3.127 casos), seguida da parda, com 23,35%, da preta, 3,70% e da amarela com 0,03%. Observou-se, entretanto, percentual expressivo de registros classificados como “em branco” ou “ignorados”, totalizando 910 notificações (16%). (Figura 6)

**Figura 6.** Notificações por SRAG, segundo raça e cor. Campinas, 2025.

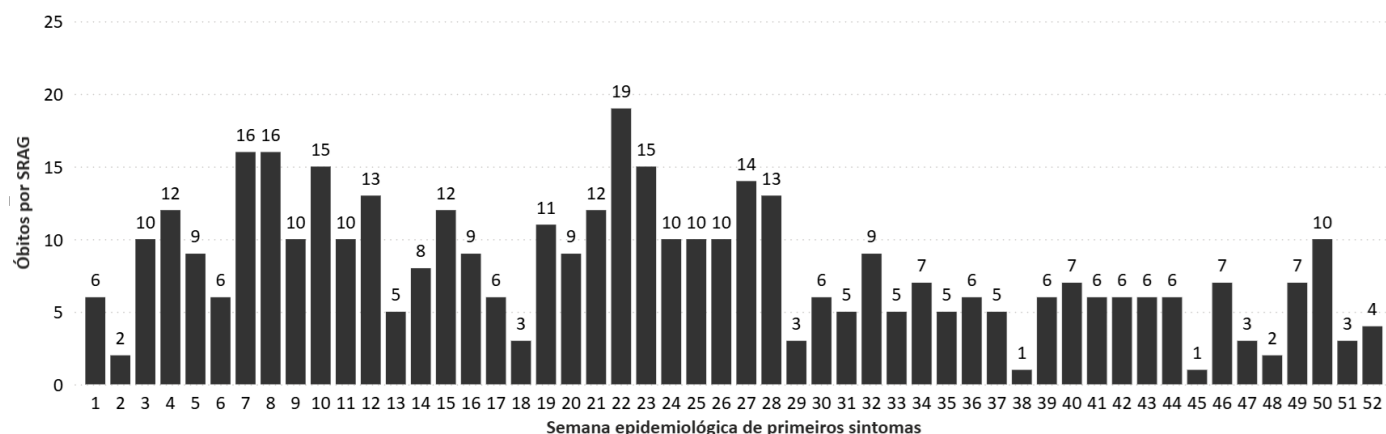


Fonte: SIVEP-Gripe – março/2026

## Óbitos por SRAG

Em relação aos óbitos, no ano de 2025 foram registrados 417 óbitos por SRAG (Figura 7). Observa-se maior concentração de óbitos no primeiro semestre, possivelmente relacionada à sazonalidade do vírus da influenza e do VSR, período que também coincide com o aumento do número dos casos de SRAG.

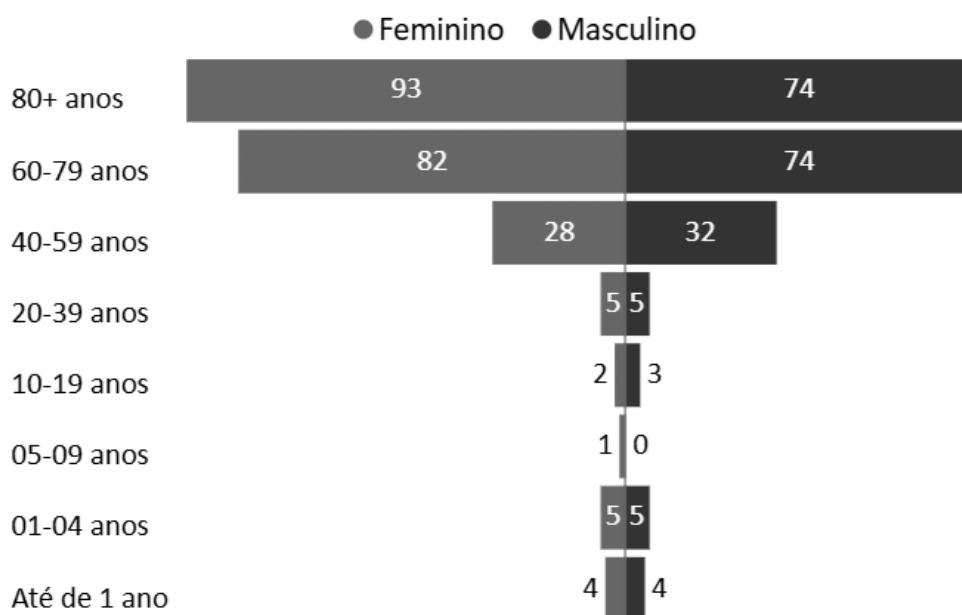
**Figura 7.** Óbitos por SRAG, segundo SE. Campinas, 2025.



Fonte: SIVEP-Gripe – março/2026

Quanto às faixas etárias dos óbitos registrados, 77,4% ocorreram em pessoas com 60 anos ou mais. Nesses grupos etários, observou-se maior número de óbitos entre indivíduos do sexo feminino. (Figura 8)

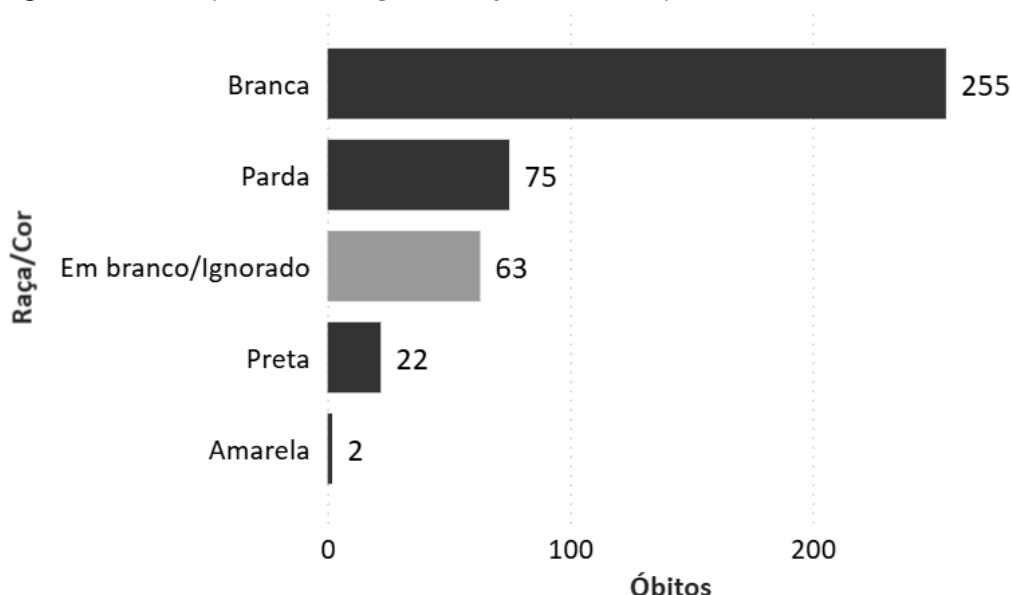
**Figura 8.** Óbitos por SRAG, segundo sexo e faixa etária. Campinas, 2025.



Fonte: SIVEP-Gripe – março/2026

Com relação à variável raça/cor, os registros de óbitos por SRAG mantiveram proporções semelhantes às observadas entre os casos notificados por SRAG (Figura 6), sendo 61,1% classificados como raça branca, 17,9% como parda e 5,2% como preta. Além disso, houve 63 registros classificados como “em branco” ou “ignorados”, correspondendo a 15,1% do total. (Figura 9)

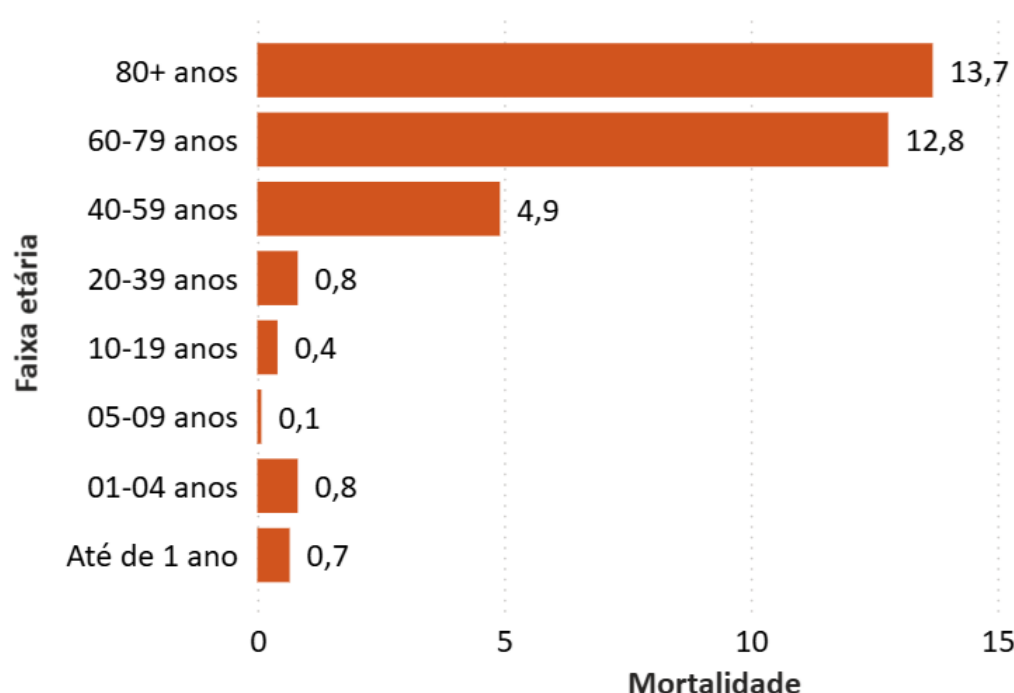
**Figura 9.** Óbitos por SRAG, segundo raça e cor. Campinas, 2025.



Fonte: SIVEP-Gripe – março/2026

Na Figura 10, observa-se a mortalidade por faixa etária, evidenciando a maior gravidade desses agravos entre indivíduos com 60 anos ou mais.

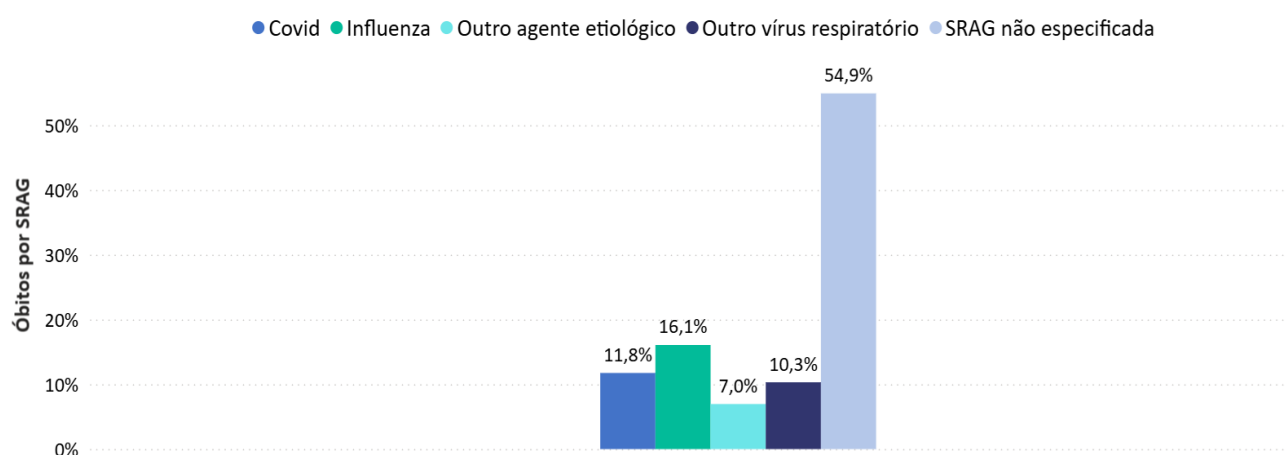
**Figura 10.** Mortalidade por SRAG, segundo faixa etária. Campinas, 2025.



Fonte: SIVEP-Gripe – março/2026

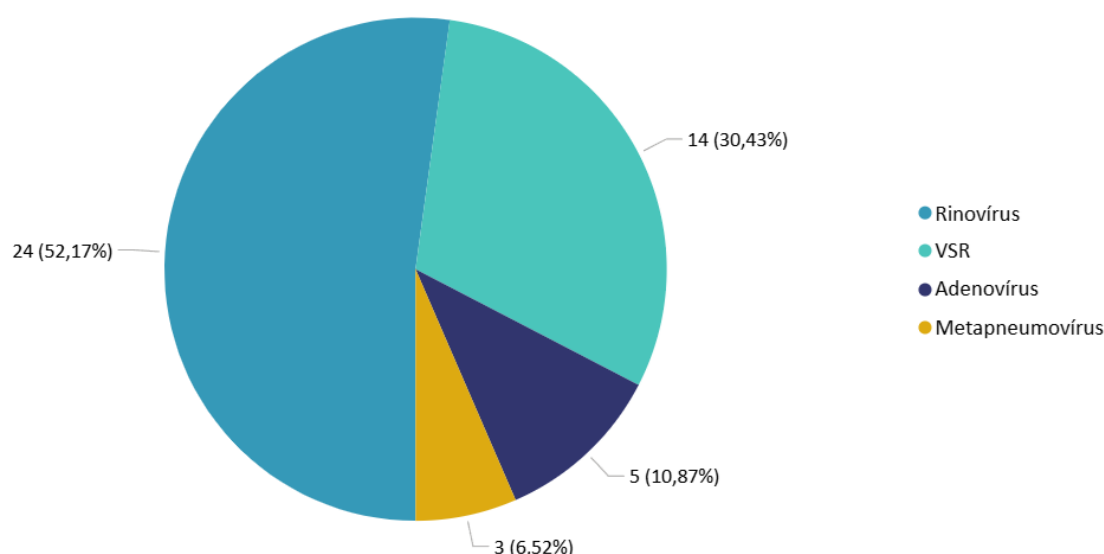
Dos 417 óbitos registrados, 67 (16,1%) foram atribuídos à influenza, 49 (11,8%) à covid-19 e 10,3% a outros vírus respiratórios entre os residentes do município de Campinas (Figura 11). Observou-se que apenas 28,4% dos casos de SRAG foram hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI); porém, entre os óbitos, essa proporção aumentou para 43,4%, evidenciando maior gravidade clínica nesses pacientes.

**Figura 11.** Óbitos por SRAG, segundo classificação final. Campinas, 2025.



Dos 46 óbitos classificados como “SRAG por outros vírus respiratórios”, em 24 casos foi identificado o rinovírus, em 14 casos o VSR, em 5 casos o adenovírus e em 3 casos o metapneumovírus. (Figura 12). Entre os óbitos por rinovírus, 7 (29,2%) foram em pessoas com mais de 80 anos, e 8 (33,3%) em indivíduos entre 60 e 79 anos de idade. A análise dos óbitos por VSR evidenciou que 7 (50%) óbitos ocorreram em maiores de 60 anos e 6 (42,8%) em menores de 4 anos de idade.

**Figura 12 -** Óbitos por SRAG - agentes etiológicos identificados nas notificações com classificação final “outros vírus respiratórios”, Campinas, 2025.



Fonte: SIVEP-Gripe – março/2026

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os vírus respiratórios permanecem como importantes agentes de morbimortalidade, e a notificação dos casos de SRAG, acompanhada do registro adequado de informações populacionais e da realização de investigação etiológica, constitui uma estratégia essencial de vigilância em saúde. Essa prática possibilita o planejamento de ações de qualificação da assistência, bem como a implementação de medidas de prevenção e proteção voltadas aos grupos populacionais mais vulneráveis.

A observação de que a maior parte das notificações ocorre em crianças menores de 5 anos e em indivíduos com 60 anos ou mais — com maior mortalidade concentrada neste último grupo —, associada ao aumento proporcional dos casos e óbitos atribuídos à influenza e à Covid-19, reforça a necessidade de vacinação contra esses vírus respiratórios nos grupos populacionais prioritários bem como a indicação de uso de antivirais como Oseltamivir e o Nirmatrelvir/Ritonavir visando reduzir complicações.

A identificação dos agentes etiológicos, com destaque para o VSR corrobora com as atuais estratégias de imunização contra esse agente (vacinação de gestantes e administração de anticorpo monoclonal para lactentes de risco) e evidencia a importância da ampla divulgação dessas ações e do incentivo à adesão da população-alvo.

A observação da presença de rinovírus em 52,17% dos óbitos classificados como SRAG por outros vírus respiratórios evidencia a necessidade de investigação contínua sobre o papel deste vírus em quadros graves, especialmente entre grupos vulneráveis, considerando sua reconhecida capacidade de exacerbar condições respiratórias pré-existentes.

Por fim, a qualificação das notificações, com melhoria na completude dos campos obrigatórios, permanece como um desafio para a vigilância epidemiológica, como demonstrado pela elevada proporção de registros de raça/cor classificados como “em branco” ou “indeterminados”. Além disso, destaca-se a importância da coleta de amostras laboratoriais de forma adequada e em período oportuno com envio de material para o Instituto Adolfo Lutz de todo caso de SRAG, a fim de minimizar o elevado número de casos encerrados como SRAG não especificada.

## **REALIZAÇÃO**

**Departamento de Vigilância em Saúde - DEVISA/SMS**

Diretora: Wanice Silva Quinteiro Port

**Coordenadoria de Vigilância de Agravos e Doenças Transmissíveis - CVADT/ DEVISA**

Alice de Oliveira Jacomo Armbrust

Carolina Bueno Somense

Christiane Ambrosio do Nascimento

Daiane Cristina Pereira Morato

Elda Aparecida Motta

Roberta Yabu Uti do Valle

**Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde - CIEVS/ DEVISA**

Carla Giovana Lino de Faria

Thamiris Gomes Smania

Valéria Correia de Almeida

**Núcleo Técnico de Comunicação em Vigilância em Saúde/ DEVISA**

Mariana Antunes da Silva Ferreira

Milena Aparecida Rodrigues da Silva

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