

Boletim Epidemiológico - Síndromes Gripais

Estado de São Paulo

Semana Epidemiológica **14/2026***

APRESENTAÇÃO

O Sistema de Vigilância de Síndromes Respiratórias Agudas foi criado no Brasil em 2000 para monitoramento da circulação dos vírus influenza no país, a partir de uma Rede de Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal (SG). O sistema contempla, atualmente, a rede de Unidades Sentinela (US), a vigilância de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e a vigilância de surtos institucionais de SG. O objetivo deste boletim é apresentar as principais informações do Sistema de Vigilância de Síndromes Respiratórias Agudas no Estado de São Paulo (ESP). Além disso, o boletim visa subsidiar as ações de vigilância, prevenção e controle da influenza e outros vírus respiratórios. As informações apresentadas neste informe são referentes ao período que compreende as **semanas epidemiológicas (SE) 1 a 14 de 2026**.

DEFINIÇÕES

Síndrome Gripal (SG): Indivíduo com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e com início dos sintomas nos últimos 7 dias.

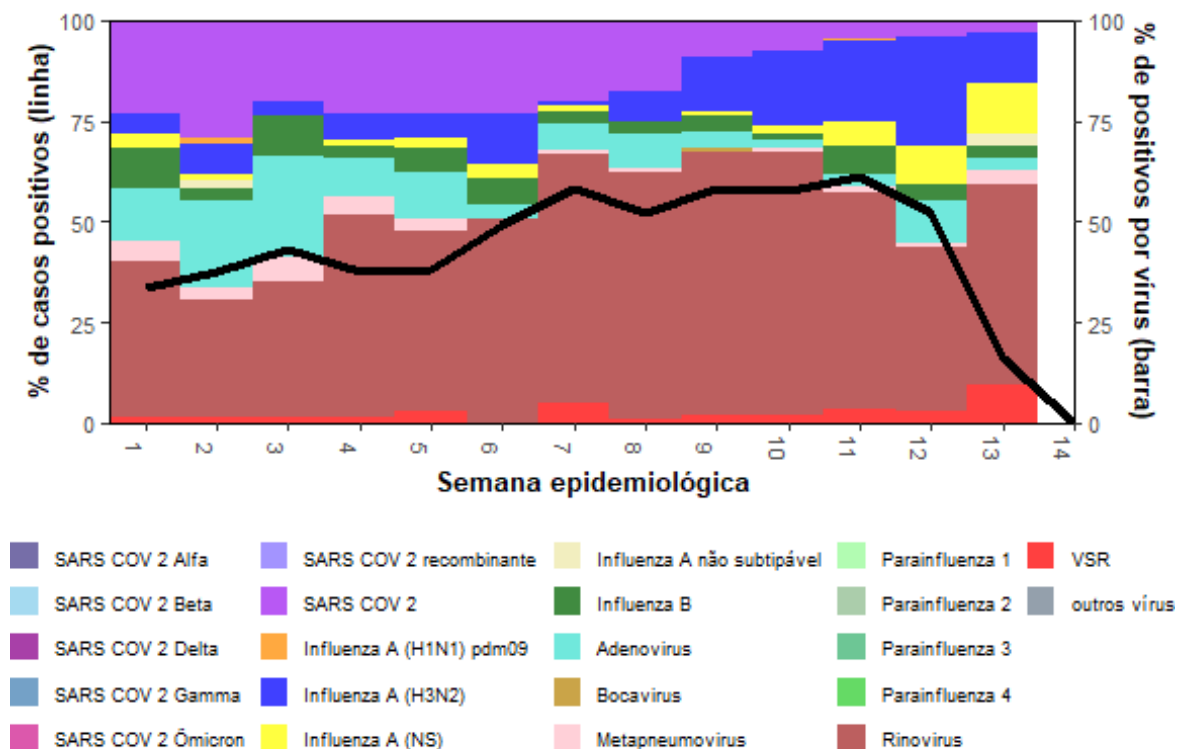
Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG): Indivíduo com SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O₂ menor que 94% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto.

Surtos Institucionais: Ocorrência de dois ou mais casos suspeitos ou confirmados que tenham relação epidemiológica entre si e sinais e sintomas semelhantes em uma mesma instituição, e em período de até 07 dias para o vírus Influenza e até 14 dias para o SARS-CoV-2.

VIGILÂNCIA SENTINELA DE SÍNDROME GRIPAL

Até a semana (14/2026), a rede de US do ESP coletou 2.246 amostras respiratórias de casos de SG, das quais 985 testaram positivos para pelo menos um vírus respiratório, o que representa **positividade de 44%** (Figura 1). O vírus **Rinovirus foi o mais comumente detectado** (51% dos testes). Recomenda-se cautela na interpretação dos dados das semanas mais recentes, pois o atraso das notificações pode causar uma falsa impressão de redução no número de casos.

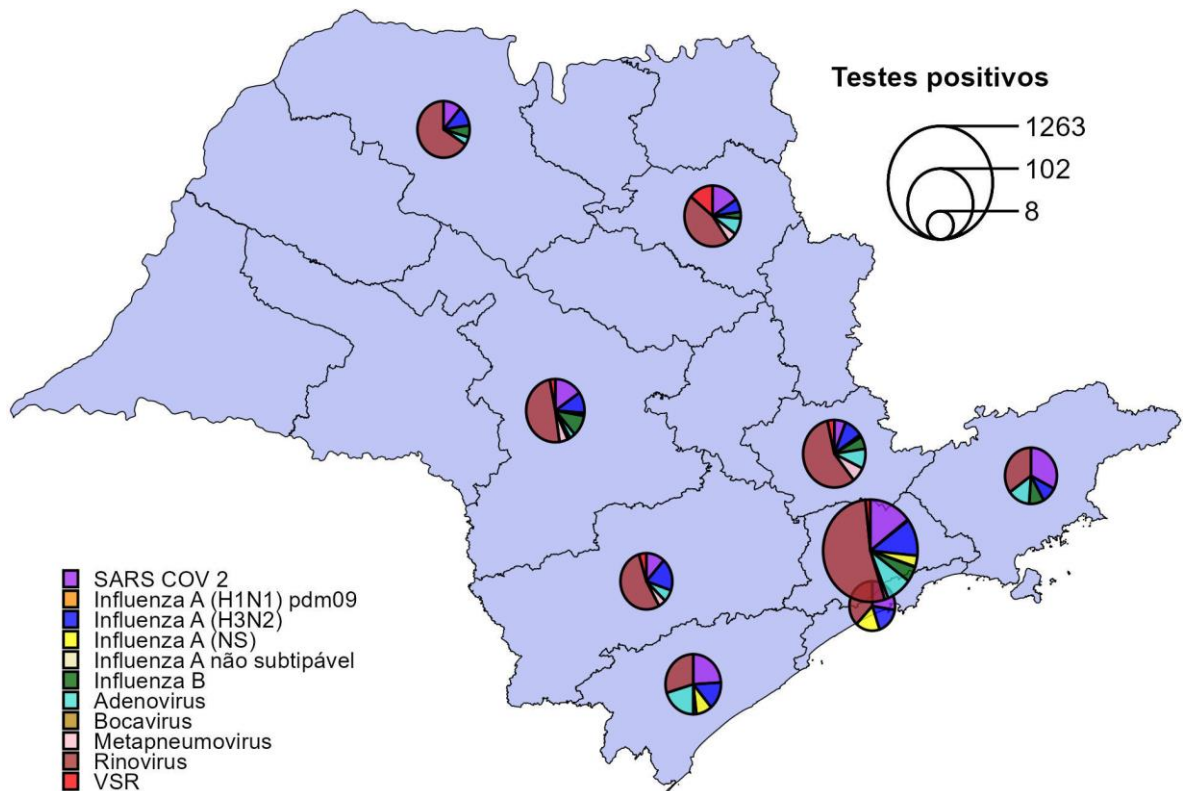
Figura 1. Percentual de casos de SG positivos para algum vírus respiratório (linha) e percentual de testes positivos por vírus respiratório (barras) segundo semana epidemiológica, ESP, 2026.



Fonte: Sivep-gripe. Dados sujeitos a alterações.

Ao comparar os GVEs, **Bauru apresentou a maior positividade para vírus respiratórios** (68%) durante o período (Figura 2).

Figura 2. Número de testes positivos detectados pelas US e proporção de testes positivos por vírus respiratórios distribuídos pelas DRS no ESP, 2026.



Fonte: Sivep-gripe. Dados sujeitos a alterações.

Entre os casos coletados, os indivíduos **menores de um ano tiveram a maior positividade** para algum vírus respiratório (54%) (Figura 3). Houve declaração de raça-cor por 2.222 pacientes (99%) (Figura 4).

Figura 3. Número de casos de SG coletados e positivos para algum vírus respiratório distribuídos por faixa etária e sexo, ESP, 2026.

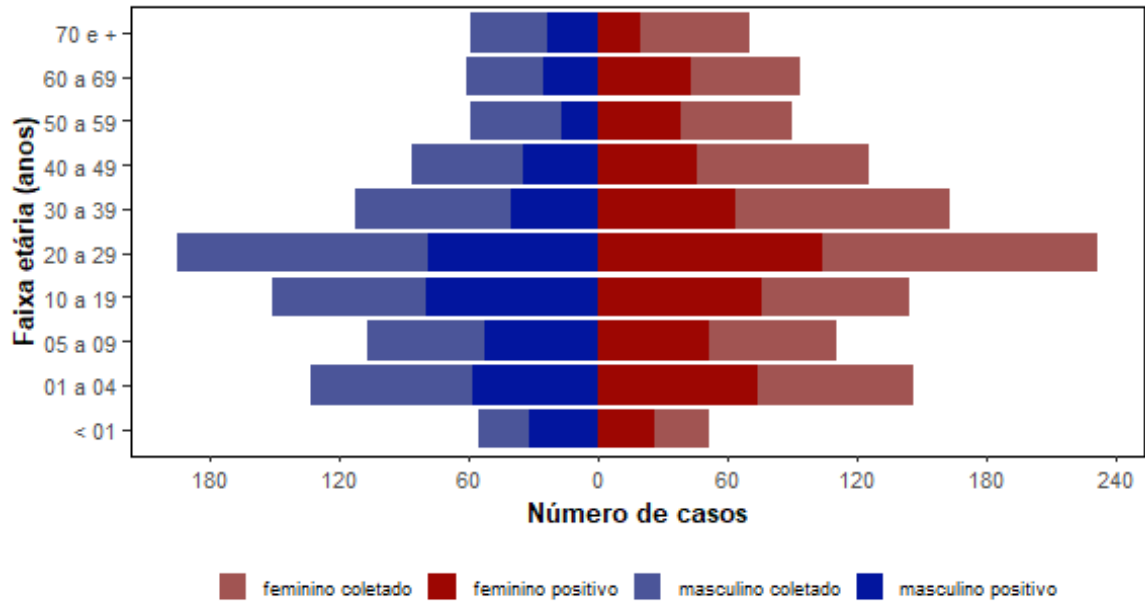
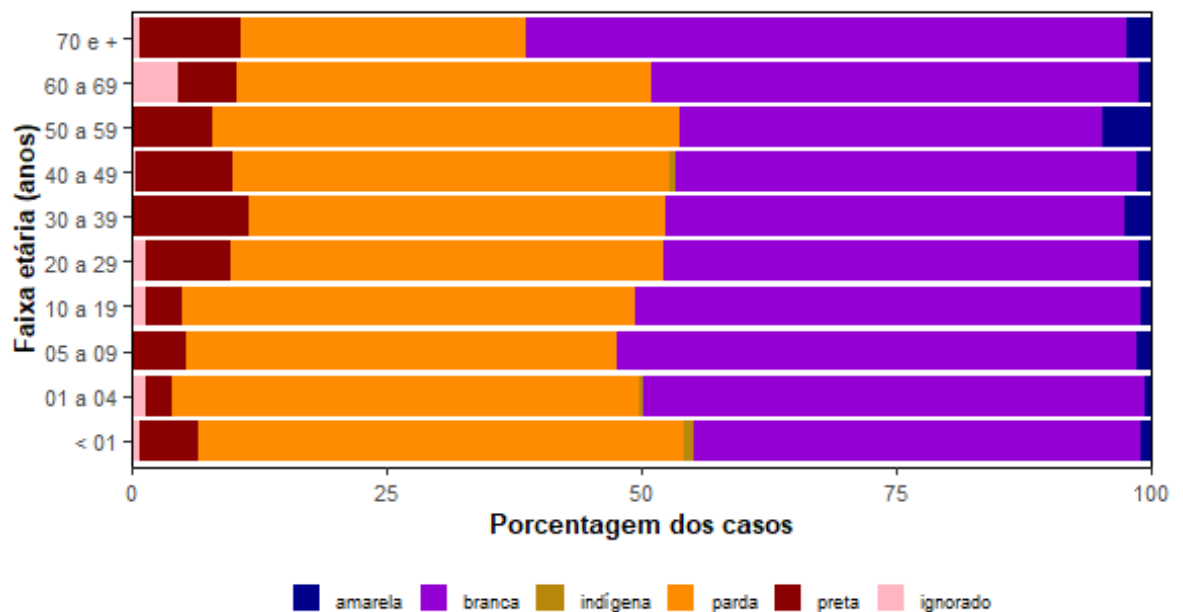


Figura 4. Porcentagem de casos de SG coletados por faixa etária e raça-cor, ESP, 2026.

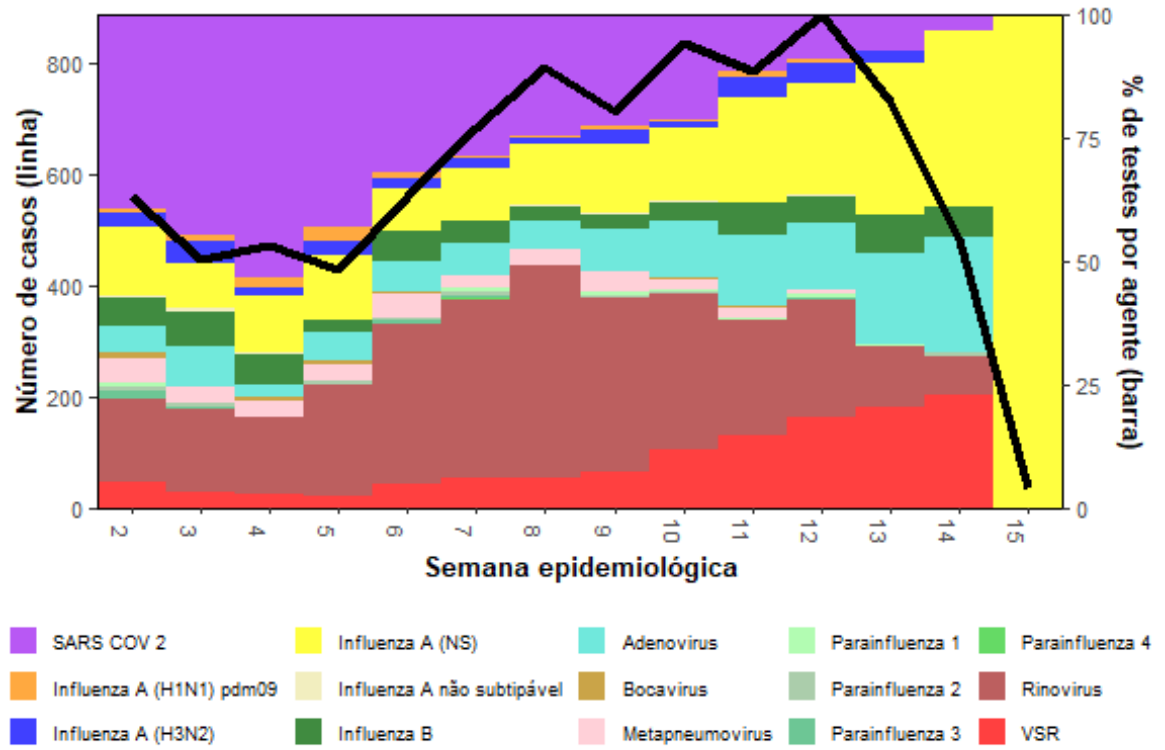


Fonte: Sivep-gripe. Dados sujeitos a alterações.

VIGILÂNCIA DA SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE - SRAG

Até a semana (14/2026), foram notificados no Sivep-gripe **total de 8.414 casos hospitalizados de SRAG** no ESP, dos quais 547 (**6,5%**) evoluíram a óbito (Figura 5). Recomenda-se cautela na interpretação dos dados das semanas mais recentes, pois o atraso das notificações pode causar uma falsa impressão de redução no número de casos.

Figura 5. Número de casos de SRAG (linha) e percentual de testes positivos por agente etiológico (barras) segundo semana epidemiológica, ESP, 2026.



Fonte: Sivep-gripe. Dados sujeitos a alterações.

Os casos e óbitos por SRAG estão distribuídos entre diferentes agentes etiológicos (Tabela 1).

Tabela 1. Número e porcentagem dos casos hospitalizados e óbitos por SRAG segundo agente etiológico no ESP, 2026.

Agente etiológico	casos hospitalizados	% casos	óbitos	% óbitos
Covid-19	778	9,2	121	22,12
Influenza	835	9,9	51	9,32
Vírus sincicial respiratório	294	3,5	3	0,55
Outras etiologias	1.142	13,6	66	12,07
SRAG em investigação	1.230	14,6	13	2,38
SRAG não especificado	4.135	49,1	293	53,56

Fonte: Sivep-gripe. Dados sujeitos a alterações.

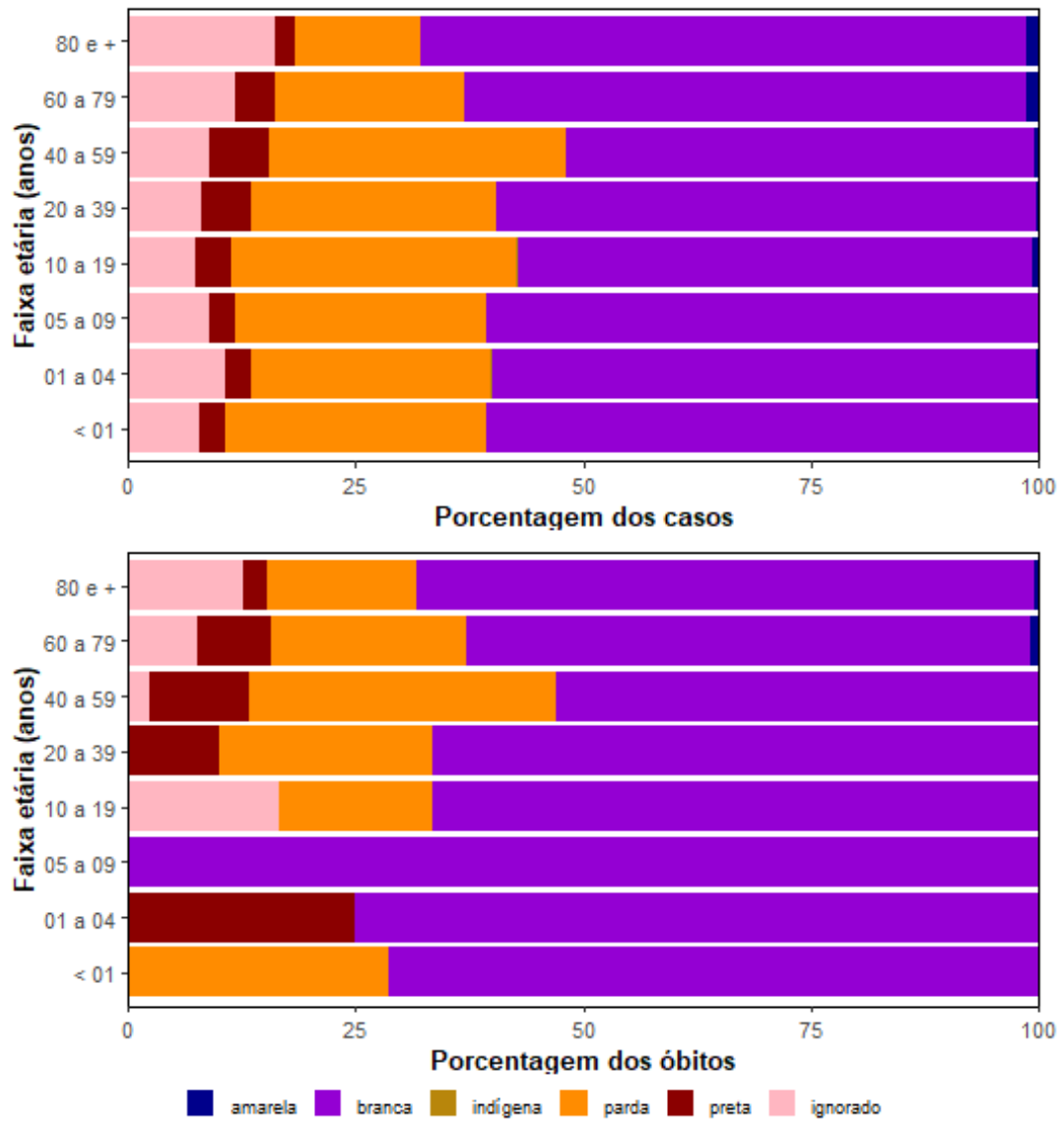
Entre os casos que evoluíram a óbito, 436 **(80%) tinham alguma condição de risco**. Outras comorbidades foram o fator de risco mais frequente entre os óbitos de SRAG (41%).

Entre o total de óbitos por SRAG, 277 **(51%) fizeram uso de Unidade de Terapia Intensiva (UTI)**. O uso de suporte ventilatório ocorreu em 429 casos que evoluíram a óbito (78%), sendo que 218 (40%) casos necessitaram de suporte ventilatório invasivo.

O uso do Fosfato de Oseltamivir ocorreu em 318 (38%) casos de SRAG por influenza, dos quais 165 (52%) fizeram uso oportuno (até 48h após o início dos sintomas). Entre os óbitos por influenza, 23 (45%) fizeram uso do antiviral, e 18 (78%) fizeram uso oportuno do mesmo.

Considerando os casos de SRAG, houve declaração de raça-cor por 7.535 indivíduos (90%). A maioria dos casos que evoluíram a óbito ocorreram entre os indivíduos da raça-cor branca (63%) (Figura 6).

Figura 6. Porcentagem de casos hospitalizados (acima) e óbitos (abaixo) de SRAG distribuídos por faixa etária e raça-cor, ESP, 2026.



Fonte: Sivep-gripe. Dados sujeitos a alterações.

Ao analisar a taxa de incidência de SRAG, **é possível verificar maior carga de SRAG na faixa etária menores de um ano** para SARS-CoV-2, Influenza e VSR. Com relação à taxa de mortalidade, **a faixa com 70 anos ou mais**, predomina entre os óbitos por SARS-COV-2, Influenza e VSR (Figura 7).

Figura 7. Taxa de Incidência e mortalidade por SRAG (por 100mil/hab ano), segundo agente etiológico e faixa etária, ESP, 2025, 2026.

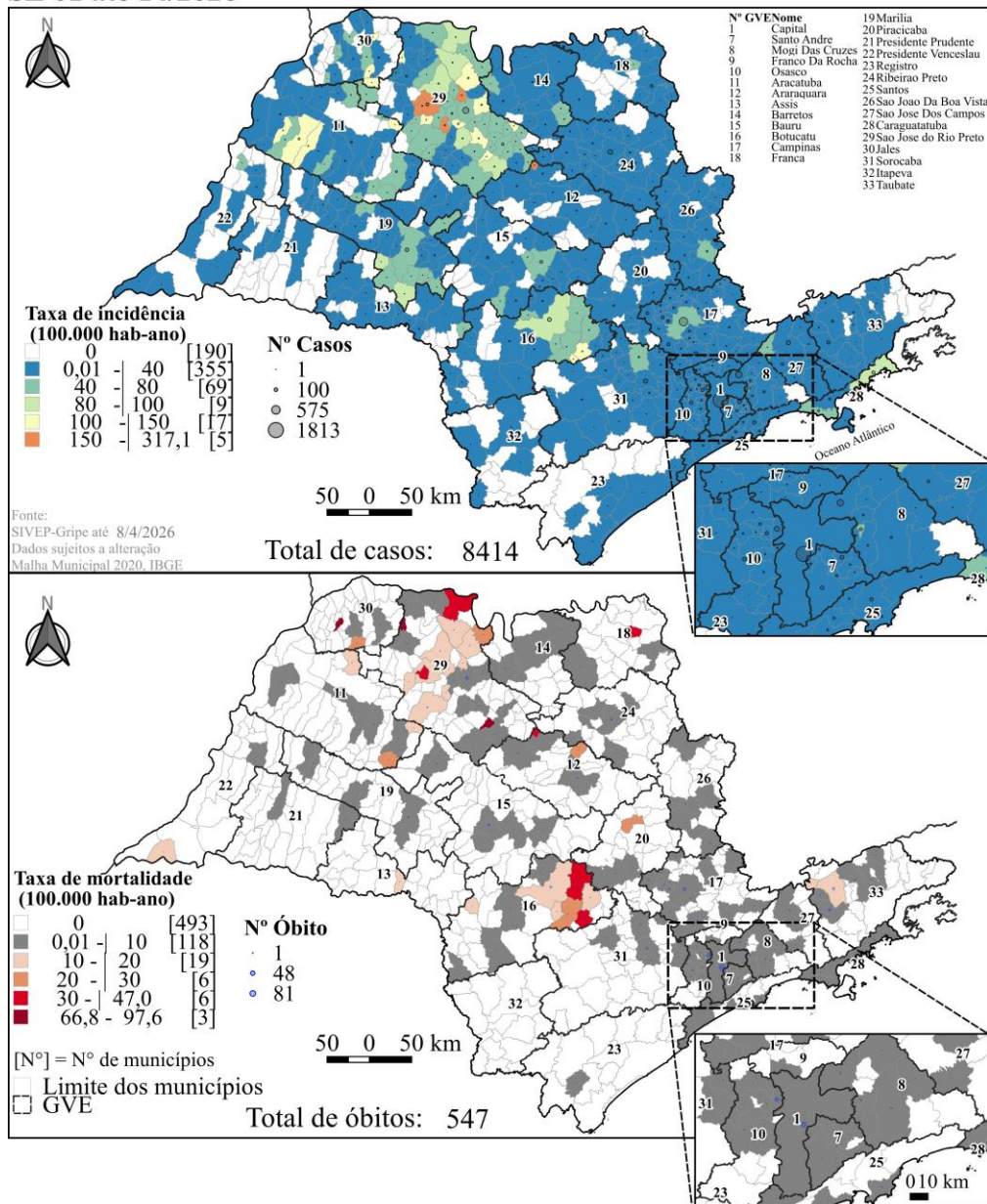


Fonte: Sivep-gripe. Dados sujeitos a alterações.

As taxas de incidência e de mortalidade por SRAG diferiram entre os GVEs do Estado de São Paulo (Figura 8).

Figura 8. Taxa de incidência (mapa 1) e taxa de mortalidade (mapa 2) por SRAG nos municípios do Estado de São Paulo, 2026.

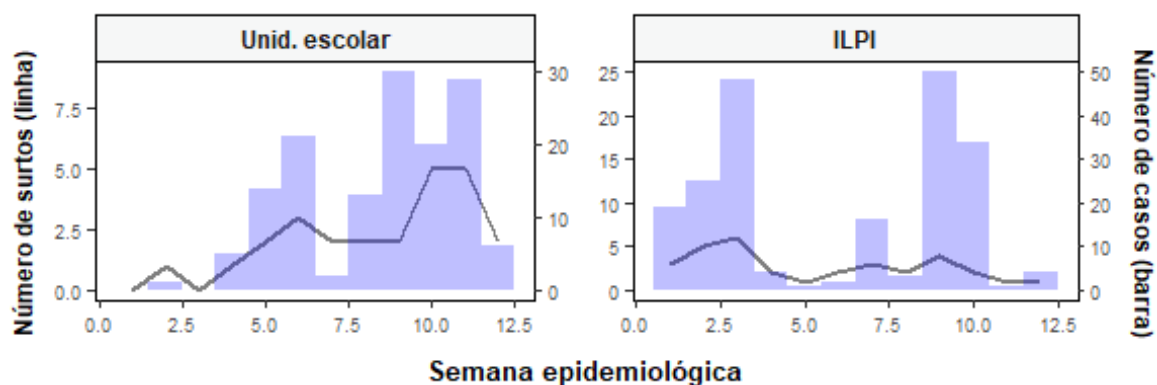
SRAG segundo município de residência por início de sintomas. SE 01 até 14/2026



VIGILÂNCIA DE SURTOS INSTITUCIONAIS DE SÍNDROME GRIPAL

Até a semana (14/2026), foram registrados **58 surtos institucionais de SG**, que somaram 522 casos (média de 9 casos por surto). As **instituições de longa permanência para idosos (ILPI) acumularam o maior número de surtos** (17 surtos, 29%), assim como **o maior número de casos** (207 casos, 40%) (Figura 9).

Figura 9. Número de surtos institucionais (linha) e casos de SG arrolados ao surto (barra) por instituição no ano de 2026.



Fonte: Sinan NET, modulo surto. Dados sujeitos a alterações.

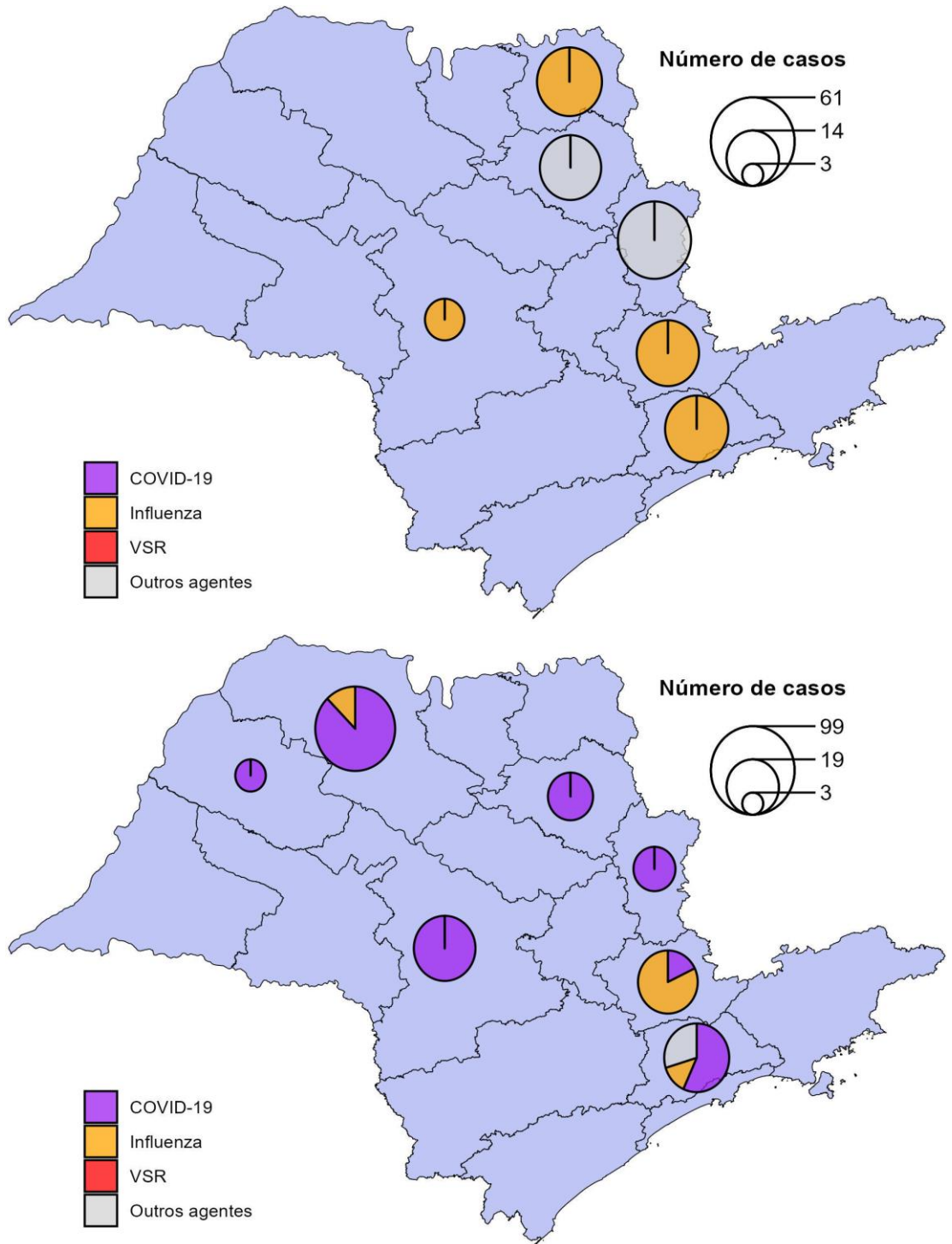
Foram notificados 5 óbitos arrolados aos surtos institucionais de SG. Os casos e óbitos em surtos institucionais de SG foram relacionados a diferentes agentes etiológicos (Tabela 2).

Tabela 2. Número e porcentagem de casos e óbitos em surtos institucionais de SG segundo agente etiológico em 2026.

Agente etiológico	casos	% casos	óbitos	% óbitos
Covid-19	287	55	1	20
Influenza	156	30	4	80
Outras etiologias	79	15	0	0

Fonte: Sinan NET, modulo surto. Dados sujeitos a alterações.

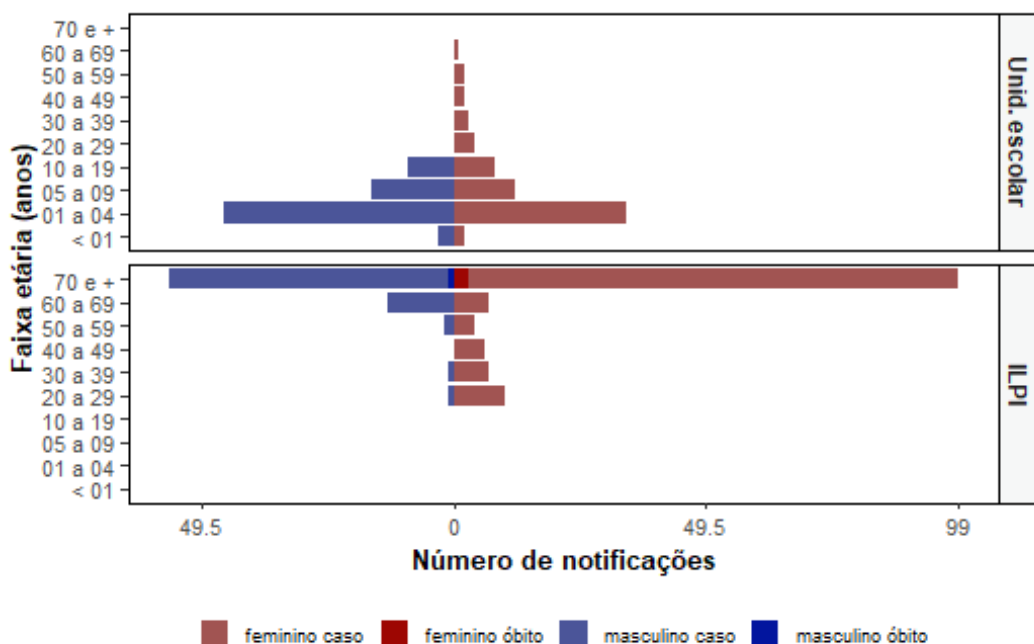
Figura 10. Número e etiologia dos casos de SG em surtos em unidades escolares (acima) e instituições de longa permanência para idosos (abaixo) distribuídos pelas DRS do ESP, 2026.



Fonte: Sinan NET, modulo surto. Dados sujeitos a alterações.

Ao analisar o perfil dos casos, os indivíduos **com 70 anos ou mais em instituições de longa permanência para idosos (ILPI) foram os mais acometidos por SG** (45% do total de casos) (Figura 11). Com relação aos óbitos, **os indivíduos com 70 anos ou mais em instituições de longa permanência para idosos (ILPI)** apresentaram maior frequência para esta evolução (**2,6% dos casos evoluíram a óbito**).

Figura 11. Número de casos e óbitos em surtos institucionais de SG distribuídos por faixa etária e sexo, ESP, 2026.



Fonte: Sinan NET, modulo surto. Dados sujeitos a alterações.

Boletim elaborado pela equipe técnica da Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória/CVE/CCD/SES-SP em Abril de 2026

*Dados atualizados 08/04/2026.