

## GERÊNCIA:

Gerência Executiva de  
Vigilância em Saúde

## GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional  
de Vigilância Epidemiológica

## NÚCLEO:

Núcleo de Doenças e Agravos  
Transmissíveis**Boletim de Vírus Respiratórios Nº 06/2026 – Divulgação em 19 de junho de 2026.****Assunto: Vírus Respiratórios - Síndrome Gripal e Síndrome Respiratória Aguda Grave. Paraíba, 2026.****DEFINIÇÃO DE CASO****Síndrome Gripal**

Indivíduo com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse, ou dor de garganta e início dos sintomas nos últimos 07 dias.

**Síndrome Respiratória Aguda Grave – SRAG (SRAG-hospitalizado)**Indivíduo hospitalizado com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e que apresente dispneia ou saturação de O<sub>2</sub> <95% ou desconforto respiratório ou que evoluiu para óbito por SRAG independente de internação.**1. SÍNDROME GRIPAL**

O objetivo principal da vigilância sentinela da síndrome gripal é identificar os vírus respiratórios circulantes no território. Para isso, o Ministério da Saúde estabelece como rotina a **coleta de 10 amostras semanais por unidade sentinela para a síndrome gripal**.

Na Paraíba, existem 06 unidades sentinelas, para a síndrome gripal, cadastradas no Sivep Gripe. As unidades estão situadas nos municípios de João Pessoa: a Unidade de Pronto Atendimento Oceania, a Unidade de Pronto Atendimento de Cruz das Armas e o Hospital Municipal Valentina. Em Campina Grande: Unidade de Pronto Atendimento 24 horas Dr. Maia e em Monteiro: Hospital Regional Santa Filomena. Em Patos: Unidade de Pronto Atendimento Dr. Otávio Pires de Lacerda.

**1.1 Quantidade de amostras coletadas para Síndrome Gripal, por Unidade Sentinela, até a semana epidemiológica 23. Paraíba, 2026.**

Unidade Sentinela	Município	SE 01 até 23		SE 23		Meta de coleta semanal
		N	%	N	%	
HOSPITAL REGIONAL SANTA FILOMENA	Monteiro	184	13,87%	10	16,66%	Atingiu
HOSPITAL MUNICIPAL VALENTINA	João Pessoa	230	17,35%	10	16,66%	Atingiu
UPA DR OTAVIO PIRES DE LACERDA	Patos	226	17,04%	10	16,66%	Atingiu
UPA OCEANIA	João Pessoa	230	17,35%	10	16,66%	Atingiu
UPA CRUZ DAS ARMAS	João Pessoa	226	17,04%	10	16,66%	Atingiu
UPA 24 HORAS DR MAIA	Campina Grande	230	17,35%	10	16,66%	Atingiu
	Total	1326	100,0%	60	100,0%	

Fonte: Sivep Gripe, 2026. Dados sujeitos a alterações.

Em 2026, observa-se que até a semana epidemiológica 23, das 10 coletas por semana preconizadas por unidade sentinela, que resulta num total de 1.380 amostras e 230 amostras por unidade.



## GERÊNCIA:

Gerência Executiva de  
Vigilância em Saúde

## GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional  
de Vigilância Epidemiológica

## NÚCLEO:

Núcleo de Doenças e Agravos  
Transmissíveis

Foram coletadas 1.326 amostras no período analisado. Observa-se que as unidades sentinelas atingiram a meta preconizada, apresentando conformidade com o mínimo recomendado de 10 amostras por semana. No entanto, é fundamental manter a homogeneidade na distribuição das coletas entre as unidades e ao longo das semanas, garantindo regularidade, representatividade e maior qualidade da vigilância epidemiológica.

### 1.2 – Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas Unidades Sentinelas para a síndrome gripal. Paraíba, 2025 e 2026 até a SE .23

Na comparação entre 2025 e 2026 (até a SE 23), observou-se aumento de 23,44% no total de vírus respiratórios identificados, passando de 593 para 732 detecções.

Vírus respiratórios*	2025		2026		Variação	Situação
	N	%	N	%		
Adenovírus	29	4,89%	35	4,78%	+20,69%	Incremento discreto na detecção
Bocavírus	7	1,18%	5	0,68%	-28,57%	Redução discreta na circulação viral
Influenza A	197	33,22%	195	26,64%	-1,02%	Estabilidade na circulação viral
Influenza B	6	1,01%	43	5,87%	+616,67%	Elevação expressiva da circulação viral
Metapneumovírus	20	3,37%	12	1,64%	-40,00%	Redução moderada na circulação viral
Outros vírus	40	6,75%	17	2,32%	-57,50%	Redução acentuada na circulação viral
Parainfluenza 1	1	0,17%	4	0,55%	+300,00%	Aumento na detecção viral Elevação expressiva da circulação viral
Parainfluenza 2	1	0,17%	2	0,27%	+100,00%	
Parainfluenza 3	1	0,17%	9	1,23%	+800,00%	
Rinovírus	157	26,48%	257	35,11%	+63,69%	Aumento importante da circulação viral
SARS-Cov-2	112	18,89%	40	5,46%	-64,29%	Redução acentuada na circulação viral
VRS	22	3,71%	113	15,44%	+413,64%	Elevação expressiva da circulação viral
<b>Total</b>	<b>593</b>	<b>100,00%</b>	<b>732</b>	<b>100,00%</b>	<b>+23,44%</b>	<b>Ampliação da circulação de vírus respiratórios no período analisado.</b>

Fonte: Sivep Gripe, 2026. Dados sujeitos a alterações



**GERÊNCIA:**

Gerência Executiva de  
Vigilância em Saúde

**GERÊNCIA OPERACIONAL:**

Gerência Operacional  
de Vigilância Epidemiológica

**NÚCLEO:**

Núcleo de Doenças e Agravos  
Transmissíveis

**1.3 – Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas Unidades Sentinelas para síndrome gripal, por faixa etária. Paraíba, 2026 até a SE 23.**

Faixa etária	Total de vírus identificados		Adenovírus		Bocavírus		Influenza A		Influenza B		Metapneumovírus		Parainfluenza 1		Parainfluenza 2		Parainfluenza 3		Outros vírus		Rinovírus		SARS CoV-2		Vírus Sincicial	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
< 1 ano	87	11,89%	9	25,71%	0	0,00%	9	4,62%	1	2,33%	2	16,67%	1	0,25%	0	0,00%	2	22,22%	1	5,88%	21	8,17%	3	7,50%	38	33,63%
1 a 4	152	20,77%	18	51,43%	2	40,00%	31	15,90%	3	6,98%	6	50,00%	1	0,25%	0	0,00%	1	11,11%	2	11,76%	48	18,68%	1	2,50%	39	34,51%
05 a 09	26	3,55%	2	5,71%	2	40,00%	8	4,10%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,50%	0	0,00%	0	0,00%	12	4,67%	0	0,00%	1	0,88%
10 a 14	23	3,14%	2	5,71%	0	0,00%	11	5,64%	4	9,30%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	4	1,56%	1	2,50%	1	0,88%
15 a 19	55	7,51%	1	2,86%	0	0,00%	24	12,31%	4	9,30%	1	8,33%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	21	8,17%	2	5,00%	2	1,77%
20 a 29	139	18,99%	2	5,71%	0	0,00%	33	16,92%	11	25,58%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,50%	1	11,11%	4	23,53%	70	27,24%	8	20,00%	9	7,96%
30 a 39	73	9,97%	1	2,86%	0	0,00%	18	9,23%	6	13,95%	1	8,33%	1	0,25%	0	0,00%	1	11,11%	5	29,41%	28	10,89%	5	12,50%	7	6,19%
40 a 49	54	7,38%	0	0,00%	0	0,00%	15	7,69%	5	11,63%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	11,11%	3	17,65%	20	7,78%	6	15,00%	4	3,54%
50 a 59	39	5,33%	0	0,00%	0	0,00%	13	6,67%	4	9,30%	1	8,33%	1	0,25%	0	0,00%	1	11,11%	1	5,88%	13	5,06%	2	5,00%	3	2,65%
60 a 69	35	4,78%	0	0,00%	1	20,00%	14	7,18%	3	6,98%	1	8,33%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	8	3,11%	2	5,00%	6	5,31%
70 a 79	23	3,14%	0	0,00%	0	0,00%	11	5,64%	1	2,33%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	5,88%	3	1,17%	6	15,00%	1	0,88%
80+	26	3,55%	0	0,00%	0	0,00%	8	4,10%	1	2,33%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	2	22,22%	0	0,00%	9	3,50%	4	10,00%	2	1,77%
Total	732	100%	35	100%	5	100%	195	100%	43	100%	12	100%	4	100%	2	100%	9	100%	17	100%	257	100%	40	100%	113	100%

**GERÊNCIA:**Gerência Executiva de  
Vigilância em Saúde**GERÊNCIA OPERACIONAL:**Gerência Operacional  
de Vigilância Epidemiológica**NÚCLEO:**Núcleo de Doenças e Agravos  
Transmissíveis

### 1.4 Síntese Epidemiológica – Síndrome Gripal 2026

Observa-se aumento global na circulação de vírus respiratórios, com crescimento de 23,44% no total de detecções virais em relação a 2025 (593 → 732 casos). O cenário epidemiológico é caracterizado por co circulação intensa de múltiplos vírus, com mudança no perfil de predominância, destacando-se rinovírus, influenza A e VRS como principais agentes identificados.

### 1.5 Tendências por vírus

Entre os vírus com maior crescimento, chama atenção a forte expansão do VRS e da Influenza B, indicando recrudescimento da atividade sazonal desses agentes, especialmente com potencial impacto em grupos mais vulneráveis, como crianças pequenas e idosos. Também se observa aumento relevante dos parainfluenza, sobretudo o tipo 3, sugerindo ampliação da circulação comunitária de vírus respiratórios não influenza.

Em contrapartida, há redução importante da circulação do SARS-CoV-2, além de diminuição de outros vírus como metapneumovírus, Bocavírus e o grupo de “outros vírus respiratórios”, indicando reorganização do perfil etiológico das síndromes gripais.

De forma geral, o padrão observado em 2026 evidencia um cenário pós-pandêmico com predominância de vírus sazonais clássicos e maior diversidade de agentes circulantes, reforçando a necessidade de vigilância contínua para influenza e VRS, além do monitoramento do comportamento do rinovírus como principal agente em circulação no período.

### 1.6 Distribuição por faixa etária

A. distribuição dos vírus respiratórios por faixa etária evidencia maior concentração de detecções em crianças menores de 5 anos, com destaque para o grupo de 1 a 4 anos, seguido pelo menor de 1 ano, configurando o principal eixo de transmissão e detecção viral no período analisado.

No grupo < 1 ano, observa-se elevada participação de vírus associados a quadros mais graves em lactentes, com destaque para Vírus Sincicial Respiratório (VRS) e rinovírus, além da presença de



**GERÊNCIA:**

Gerência Executiva de  
Vigilância em Saúde

**GERÊNCIA OPERACIONAL:**

Gerência Operacional  
de Vigilância Epidemiológica

**NÚCLEO:**

Núcleo de Doenças e Agravos  
Transmissíveis

Influenza A e adenovírus. Esse padrão reforça a vulnerabilidade desta faixa etária para infecções respiratórias agudas, especialmente aquelas com potencial de evolução para SRAG.

Na faixa de 5 a 9 anos, observa-se redução do total de detecções, com manutenção de circulação de rinovírus e influenza A, porém com menor participação de VRS, indicando redução progressiva da carga viral associada aos vírus mais típicos da primeira infância.

Entre 10 a 19 anos, há estabilidade moderada da circulação, com predominância de influenza A e rinovírus, sugerindo padrão de infecções respiratórias mais leve e comunitário, com menor impacto dos vírus associados a quadros graves.

Nas faixas adultas (20 a 59 anos), destaca-se o predomínio do rinovírus e influenza A, com participação crescente de influenza B em alguns grupos, evidenciando padrão de circulação comunitária com menor proporção de VRS e maior diversidade viral.

A partir de 60 anos ou mais, observa-se novamente aumento relativo da relevância do influenza A e VRS, além de presença de SARS-CoV-2 em menor proporção, indicando persistência de risco para formas mais graves nesse grupo etário, especialmente em idosos  $\geq 70$  anos.

De forma geral, a distribuição etária demonstra um padrão bimodal de vulnerabilidade, com maior impacto em crianças menores de 5 anos e idosos, enquanto as faixas intermediárias apresentam maior circulação comunitária predominantemente associada ao rinovírus e influenza.

## GERÊNCIA:

Gerência Executiva de  
Vigilância em Saúde

## GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional  
de Vigilância Epidemiológica

## NÚCLEO:

Núcleo de Doenças e Agravos  
Transmissíveis

## 2. SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

Um dos objetivos do monitoramento dos casos hospitalizados com SRAG é **identificar e acompanhar a demanda por atendimento hospitalar e a letalidade**, permitindo a recomendação de medidas adequadas para cada cenário epidemiológico.

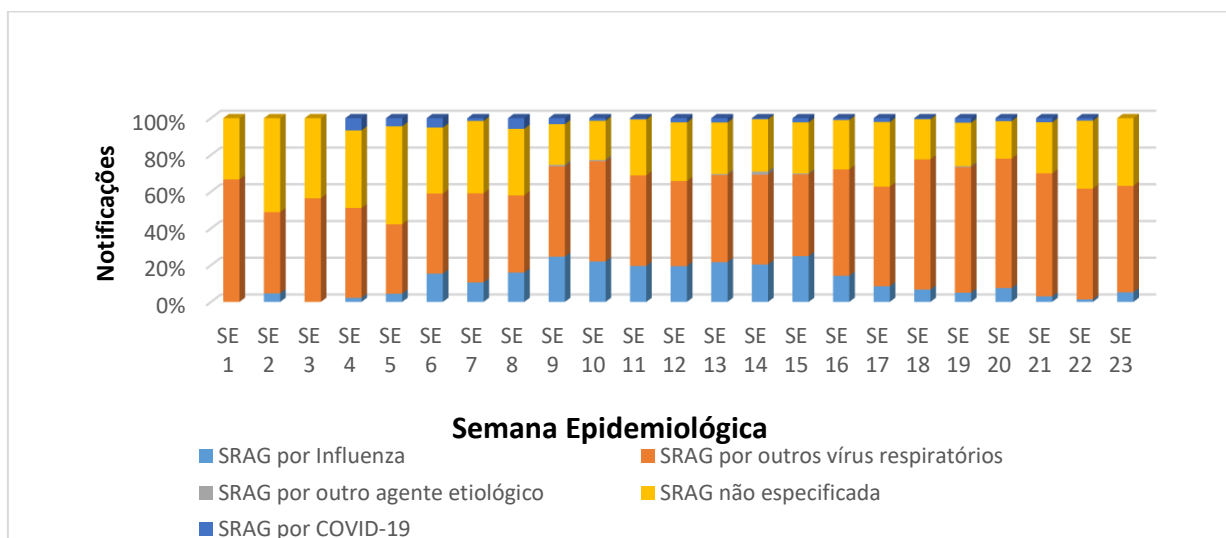
Até a SE 23 de 2026, foram registradas 3.014 notificações de SRAG, das quais 99,14% (n=2.988) correspondem a residentes da Paraíba e 0,86% (n=26) a residentes de outros estados.

### 2.1- Distribuição de Casos de SRAG segundo o tipo de Vírus Respiratório por Semana Epidemiológica. Paraíba, 2026 até a SE 23.

Acerca da classificação final, observa-se que, em 2026, até a SE 23, foram notificados 2.988 casos de SRAG. Desses, 48,96% (n=1.463) foram encerrados como SRAG por outros vírus respiratórios, seguidos de 25,87% (n=773) classificados como SRAG não especificada.

A SRAG por Influenza correspondeu a 11,75% (n=351) dos casos. Já a SRAG por COVID-19 representou 1,71% (n=51), enquanto a SRAG por outros agentes etiológicos correspondeu a 0,27% (n=8).

Observa-se ainda que 5,59% (n=167) dos casos permanecem com evolução em aberto. Além disso, foram registradas 175 transferências entre unidades hospitalares.



Fonte: Sivep Gripe 2026. Dados sujeitos a alterações

## GERÊNCIA:

Gerência Executiva de  
Vigilância em Saúde

## GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional  
de Vigilância Epidemiológica

## NÚCLEO:

Núcleo de Doenças e Agravos  
Transmissíveis**2.2 – Distribuição dos vírus respiratórios identificados por RT-PCR para casos de SRAG. Paraíba, 2026 até a SE .23**

Vírus respiratórios*	2025		2026		Variação	Situação
	N	%	N	%		
Adenovírus	52	5,29%	104	5,01%	+100,00%	Incremento na detecção
Bocavírus	13	1,32%	12	0,58%	-7,69%	Redução discreta na detecção
Influenza A	188	19,13%	328	15,80%	+74,47%	Aumento da circulação viral
Influenza B	1	0,10%	22	1,06%	+2.100,00%	Elevação expressiva da circulação viral
Metapneumovírus	18	1,83%	74	3,56%	+311,11%	Elevação expressiva da circulação viral
Outros vírus	26	2,64%	25	1,20%	-3,85%	Estabilidade com discreta redução
Parainfluenza 1	4	0,41%	18	0,87%	+350,00%	Elevação expressiva da circulação viral
Parainfluenza 2	4	0,41%	1	0,05%	-75,00%	Redução acentuada na detecção
Parainfluenza 3	1	0,10%	25	1,20%	+2.400,00%	Elevação expressiva da circulação viral
Rinovírus	287	29,20%	497	23,94%	+74,91%	Aumento da circulação viral
SARS-Cov-2	167	16,99%	44	2,12%	-73,05%	Redução acentuada na circulação viral
VRS	222	22,58%	926	44,61%	+318,47%	Elevação expressiva da circulação viral
<b>Total</b>	<b>983</b>	<b>100,00%</b>	<b>2.076</b>	<b>100,00%</b>	<b>+111,19%</b>	Ampliação da circulação de vírus respiratórios no período.

Fonte: Sivep Gripe 2026. Dados sujeitos a alterações

Em 2026 observou-se aumento de 111,19% no total de detecções de vírus respiratórios em comparação com 2025.



**GERÊNCIA:**

Gerência Executiva de  
Vigilância em Saúde

**GERÊNCIA OPERACIONAL:**

Gerência Operacional  
de Vigilância Epidemiológica

**NÚCLEO:**

Núcleo de Doenças e Agravos  
Transmissíveis

## 2.3– Distribuição dos vírus respiratórios identificados por RT-PCR para casos de SRAG, por faixa etária. Paraíba, 2026 até a SE 23.

Faixa etária	Total de vírus identificados		Adenovírus		Bocavírus		Influenza A		Influenza B		Metapneumovírus		Parainfluenza 1		Parainfluenza 2		Parainfluenza 3		Outros vírus		Rinovírus		SARS CoV-2		Vírus Sincicial	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
< 1 ano	940	45,28%	32	30,77%	4	33,33%	50	15,24%	8	36,36%	39	52,70%	5	27,78%	1	100%	9	36,00%	10	40,00%	190	38,23%	15	34,09%	577	62,31%
1 a 4	641	30,88%	53	50,96%	0	0,00%	87	26,52%	4	18,18%	25	33,78%	10	55,56%	0	0%	6	24,00%	7	28,00%	163	32,80%	6	<b>13,64%</b>	280	30,24%
05 a 09	118	5,68%	8	7,69%	2	16,67%	27	8,23%	5	22,73%	1	1,35%	0	0,00%	0	0%	1	4,0%	1	4,00%	50	10,06%	2	4,55%	21	2,27%
10 a 14	57	2,75%	0	0,00%	1	8,33%	25	7,62%	0	0,00%	2	2,70%	0	0,00%	0	0%	0	0%	0	0,00%	23	4,63%	1	<b>2,27%</b>	5	0,54%
15 a 19	20	0,96%	0	0,00%	0	0,00%	8	2,44%	1	4,55%	0	0,00%	0	0,00%	0	0%	0	0%	0	0,00%	8	1,61%	0	0,00%	3	0,32%
20 a 29	15	0,72%	0	0,00%	0	0,00%	7	2,13%	1	4,55%	0	0,00%	0	0,00%	0	0%	0	0%	0	0,00%	6	1,21%	0	0,00%	1	0,11%
30 a 39	23	1,11%	2	1,92%	1	8,33%	7	2,13%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0%	1	4,00%	0	0,00%	7	1,41%	1	<b>2,27%</b>	4	0,43%
40 a 49	27	1,30%	2	1,92%	1	8,33%	7	2,13%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0%	0	0%	1	0,00%	10	2,01%	2	4,55%	4	0,43%
50 a 59	18	0,87%	1	0,96%	1	8,33%	3	0,91%	0	0,00%	1	1,35%	0	0,00%	0	0%	0	0%	1	4,00%	6	1,21%	1	2,27%	4	0,43%
60 a 69	57	2,75%	2	1,92%	0	0,00%	28	8,54%	1	4,55%	2	2,70%	0	0,00%	0	0%	3	12,00%	1	4,00%	10	2,01%	5	11,36%	5	0,54%
70 a 79	67	3,23%	2	1,92%	2	16,67%	34	10,37%	2	9,09%	0	0,00%	2	11,11%	0	0%	3	12,00%	1	4,00%	9	1,81%	3	6,82%	9	0,97%
80+	93	4,48%	2	1,92%	0	0,00%	45	13,72%	0	0,00%	4	5,41%	1	5,56%	0	0%	2	8,00%	3	12,00%	15	3,02%	8	18,18%	13	1,40%
<b>Total</b>	<b>2.076</b>	<b>100%</b>	<b>104</b>	<b>100%</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>	<b>328</b>	<b>100%</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>	<b>74</b>	<b>100%</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>497</b>	<b>100%</b>	<b>44</b>	<b>100%</b>	<b>926</b>	<b>100%</b>

**GERÊNCIA:**Gerência Executiva de  
Vigilância em Saúde**GERÊNCIA OPERACIONAL:**Gerência Operacional  
de Vigilância Epidemiológica**NÚCLEO:**Núcleo de Doenças e Agravos  
Transmissíveis

## 2.4 Síntese Epidemiológica – Síndrome Aguda Grave - SRAG

Entre as Semanas Epidemiológicas (SE) 1 a 23 de 2026, foram identificados 2.076 vírus respiratórios em casos de SRAG na Paraíba, no período analisado, observa-se um aumento expressivo da circulação global de vírus respiratórios (+111,19%), com importante mudança no perfil de predominância viral entre 2025 e 2026.

O Vírus Sincicial Respiratório (VRS) destaca-se como o principal agente em circulação em 2026, com aumento marcante (+318,47%) e ampliação significativa de sua participação proporcional, indicando forte impacto em síndromes respiratórias agudas, especialmente em crianças pequenas. Em seguida, observa-se influenza A, que também apresenta crescimento importante (+74,47%), mantendo-se como um dos principais vírus sazonais em circulação.

O rinovírus permanece com elevada detecção, apresentando aumento absoluto (+74,91%), embora com redução proporcional no total de casos, refletindo sua persistência como agente de circulação comunitária contínua.

Entre os vírus com maior crescimento relativo, destacam-se ainda influenza B (+2.100%), metapneumovírus (+311,11%) e parainfluenza 3 (+2.400%), indicando reativação e ampliação da circulação de vírus respiratórios sazonais e oportunistas.

Por outro lado, observa-se redução importante da circulação do SARS-CoV-2 (-73,05%), além de queda do parainfluenza 2 e leve redução do Bocavírus e do grupo de “outros vírus”, sugerindo reorganização do perfil etiológico das síndromes gripais no período pós-pandêmico.

De forma geral, o cenário de 2026 é caracterizado por predominância do VRS, influenza A e rinovírus, com maior diversidade viral e intensificação da circulação de vírus sazonais, reforçando um padrão epidemiológico de Co circulação ampla e sazonalidade reestabelecida dos vírus respiratórios.

## 2.5 Distribuição por faixa etária

A distribuição dos vírus respiratórios por faixa etária em 2026 evidencia um padrão fortemente concentrado nas idades extremas, com predominância marcante em menores de 5 anos e idosos, que juntos concentram a maior parte das detecções virais no período analisado.



**GERÊNCIA:**

Gerência Executiva de  
Vigilância em Saúde

**GERÊNCIA OPERACIONAL:**

Gerência Operacional  
de Vigilância Epidemiológica

**NÚCLEO:**

Núcleo de Doenças e Agravos  
Transmissíveis

Entre os menores de 1 ano, observa-se o maior peso proporcional do conjunto viral, com destaque para o Vírus Sincicial Respiratório (VRS), que apresenta elevada participação nesse grupo, seguido por rinovírus, adenovírus e influenza A. Esse padrão reforça a alta vulnerabilidade dos lactentes para infecções respiratórias, especialmente aquelas com maior potencial de gravidade e hospitalização.

Na faixa de 1 a 4 anos, mantém-se elevada circulação viral, com predominância de VRS e rinovírus, além de importante participação de adenovírus e influenza A. Trata-se do grupo com maior exposição comunitária, refletindo circulação intensa em ambientes coletivos como creches e pré-escolas.

Entre 5 a 9 anos e 10 a 14 anos, observa-se redução progressiva do total de detecções, com manutenção principalmente de rinovírus e influenza A, indicando padrão de infecções respiratórias mais leves e de menor impacto clínico em relação à primeira infância.

Nas faixas adultas (15 a 59 anos), há baixa participação relativa no total de vírus identificados, com predominância do rinovírus e influenza A, sugerindo circulação comunitária mais dispersa e menor associação com quadros graves.

A partir dos 60 anos ou mais, observa-se novo aumento relativo da participação de vírus respiratórios, com destaque para influenza A e VRS, além de presença de SARS-CoV-2 em menor magnitude. Esse padrão reforça a maior vulnerabilidade dos idosos para infecções respiratórias com potencial de evolução para SRAG, especialmente nas faixas etárias mais avançadas ( $\geq 70$  anos e  $\geq 80$  anos).

De forma geral, a distribuição etária em 2026 evidencia um padrão típico de doenças respiratórias com curva bimodal de risco, concentrada em crianças pequenas (especialmente  $< 5$  anos) e idosos ( $\geq 60$  anos), enquanto adultos jovens apresentam menor carga proporcional de detecção viral. O VRS se destaca como principal agente na infância, enquanto influenza A e rinovírus mantêm circulação ampla em todas as faixas etárias.

## GERÊNCIA:

Gerência Executiva de  
Vigilância em Saúde

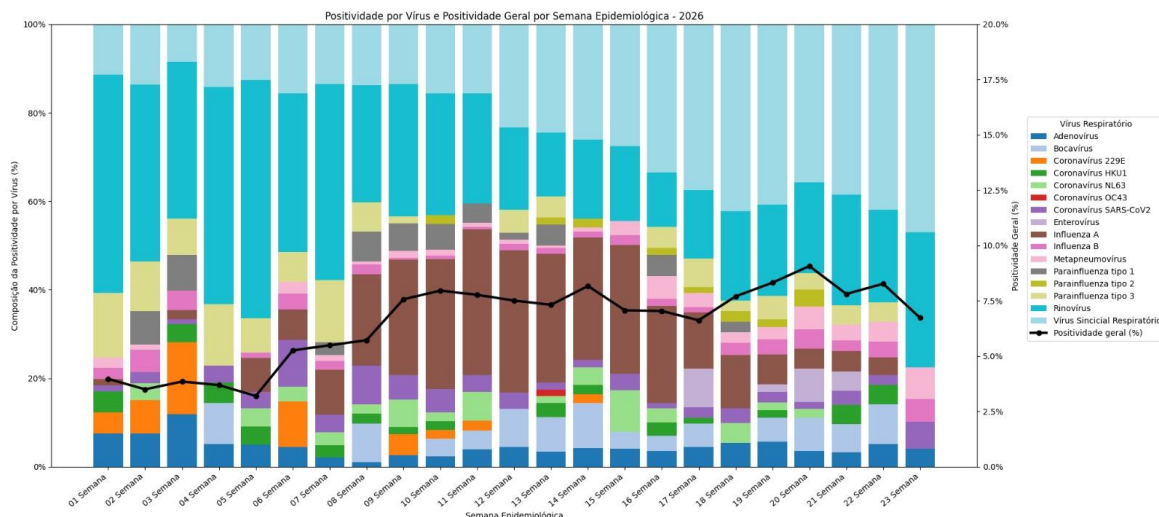
## GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional  
de Vigilância Epidemiológica

## NÚCLEO:

Núcleo de Doenças e Agravos  
Transmissíveis

## 2.6 - Distribuição de exames realizados e positividade por RT-PCR segundo o vírus respiratório. Paraíba 2026:



Fonte: Laboratório Central de Saúde Pública da Paraíba (LACEN-PB), 2026.

A análise dos dados de vigilância laboratorial, provenientes das unidades sentinelas de Síndrome Gripal (SG) e dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), demonstra aumento gradual da positividade para vírus respiratórios ao longo das semanas epidemiológicas de 2026. Até a Semana Epidemiológica (SE) 20, a positividade geral apresentou tendência de crescimento sustentado, saindo de aproximadamente 4% nas primeiras semanas para valores próximos de 8% a 9% nas semanas mais recentes, com oscilações discretas ao longo do período analisado.

Observa-se a circulação de múltiplos vírus respiratórios, com predomínio progressivo do Vírus Sincicial Respiratório (VSR), especialmente a partir das semanas intermediárias, tornando-se o principal agente detectado nas semanas finais analisadas. Também se destaca a circulação de Rinovírus durante todo o período.

A Influenza A apresentou aumento importante da detecção ao longo das semanas epidemiológicas, principalmente a partir da SE 08, mantendo circulação sustentada até a SE 22. Entre os casos positivos de Influenza A, identificam-se os subtipos Influenza A (H3N2) sazonal e Influenza A (H1N1) pdm09, com predomínio do subtipo H3N2 sazonal. As análises de sequenciamento genético demonstram predominância da circulação do Clado K no estado da Paraíba. A partir da SE 19, observa-se o aumento da positividade para o vírus Influenza B.

Outros vírus respiratórios, como Adenovírus, Metapneumovírus, Parainfluenza e Coronavírus sazonais, seguem em circulação ao longo das semanas epidemiológicas, porém com menor participação relativa no total de amostras positivas. A detecção de SARS-CoV-2 permanece em baixos níveis no período analisado, mantendo discreta participação entre os vírus identificados.



## GERÊNCIA:

Gerência Executiva de  
Vigilância em Saúde

## GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional  
de Vigilância Epidemiológica

## NÚCLEO:

Núcleo de Doenças e Agravos  
Transmissíveis

O cenário epidemiológico evidencia aumento da circulação de vírus respiratórios em 2026, sobretudo de VSR e Influenza A, reforçando a necessidade de manutenção e intensificação das ações de vigilância epidemiológica e laboratorial, monitoramento contínuo dos vírus circulantes e fortalecimento das medidas de prevenção, controle e manejo clínico oportuno, especialmente entre os grupos mais vulneráveis para evolução desfavorável.

### 3.0 ÓBITOS

#### 3.1 Óbitos em investigação

Os óbitos em investigação estão distribuídos nos seguintes municípios e idades: em João Pessoa, seis (6) casos: 41 anos, 75 anos, 79 anos, 89 anos, 46 anos e 44 anos.

Nos demais municípios, observa-se em Pedras de Fogo, 65 anos; em Santa Rita, três casos com 66 anos, 79 anos e 98 anos; em Sapé, 82 anos; em Montadas, 88 anos e 2 meses; em Mari, 13 anos; em Alagoa Grande, 23 anos; e em Alhandra, 103 anos.

O conjunto evidencia distribuição heterogênea dos óbitos em investigação, com concentração em adultos e idosos, além de ocorrência pontual em faixa etária pediátrica.

#### 3.2 óbitos por SARS-CoV-2

Acerca dos óbitos até a SE 23 de 2026, foi identificado 05 óbitos por Covid-19. Residia em: João Pessoa (57 anos ;85 anos; 92 anos; 74 anos) e Serra Branca (90 anos).

#### 3.3 Óbitos por outros vírus

Análise dos 68 óbitos por vírus respiratórios evidencia um padrão de múltiplos agentes circulando simultaneamente, com predomínio de infecções virais em municípios de maior densidade populacional, foram distribuídos abaixo conforme município de residência, faixa etária e agente etiológico:

**João Pessoa:** João Pessoa: 1 mês – Vírus Sincicial Respiratório; 4 meses – Rinovírus; 66 anos – Influenza A; 66 anos – Influenza A; 66 anos – Influenza A; 61 anos – Influenza A; 61 anos – Influenza A; 68 anos – Influenza A (H3N2); 87 anos – Influenza A; 46 anos – Influenza A; 47 anos – Rinovírus; 44 anos – Rinovírus; 88 anos – Influenza A; 99 anos – Influenza A; 89 anos – Influenza A (H3N2); 60 anos –

**GERÊNCIA:**Gerência Executiva de  
Vigilância em Saúde**GERÊNCIA OPERACIONAL:**Gerência Operacional  
de Vigilância Epidemiológica**NÚCLEO:**Núcleo de Doenças e Agravos  
Transmissíveis

Influenza A (H3N2); 85 anos – Influenza A; 63 anos – Influenza A; 60 anos – Influenza A; 60 anos – Influenza A; 18 anos – Influenza A; 14 anos – Rinovírus; 36 anos – Bocavírus; 70 anos – Rinovírus; 1 ano – Vírus Sincicial Respiratório; 89 anos – Vírus Sincicial Respiratório; 2 meses – Vírus Sincicial Respiratório; 91 anos – Metapneumovírus; **Alagoa Grande:** 6 meses – Vírus Sincicial Respiratório; **Alhandra:** 103 anos – Rinovírus; **Araçagi:** 42 anos – Rinovírus; **Barra de São Miguel:** 57 anos – Influenza A. **Bayeux:** 91 anos – Parainfluenza 3; 7 meses – Rinovírus + Adenovírus; 50 anos – Vírus Sincicial Respiratório; 37 anos – Influenza A; **Boa Vista:** 93 anos – Coronavírus HKU1.; **Boqueirão:** 1 ano – Vírus Sincicial Respiratório. ; **Cabedelo:** 52 anos – Rinovírus; 25 anos – Vírus Sincicial Respiratório; **Campina Grande:** 1 mês – Coronavírus 229E; 88 anos – Coronavírus 229E; 65 anos – Influenza A (H3N2); 84 anos – Vírus Sincicial Respiratório; 56 anos – Rinovírus; **Caaporã:** 1 ano – Vírus Sincicial Respiratório. **Coremas:** 13 anos – Rinovírus; **Guarabira:** 41 anos – Adenovírus; **Ingá:** 7 anos – Influenza B. **Juripiranga:** 5 meses – Coronavírus NL63; 49 anos – Adenovírus; **Mamanguape:** 78 anos – Influenza A; 90 anos – Vírus Sincicial Respiratório; **Marcação:** 16 anos – Influenza A (H3N2); **Montadas:** 2 meses – Vírus Sincicial Respiratório; **Monteiro:** 92 anos – Influenza A; 88 anos – Influenza A; 76 anos – Influenza A; 75 anos – Influenza A; **Remígio:** 1 ano – Vírus Sincicial Respiratório. **Rio Tinto:** 89 anos – Adenovírus; 2 meses – Vírus Sincicial Respiratório; **Santa Luzia:** 89 anos – Influenza A.; **Santa Rita:** 97 anos – Influenza A (H3N2); 96 anos – Influenza A; **Sapé:** 3 anos – Vírus Sincicial Respiratório; 90 anos – Influenza; **Serra Branca:** 62 anos – Influenza A.

#### 4.0 VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

A vacinação contra a Covid-19 teve um grande impacto na redução da morbimortalidade da doença, evitando milhares de óbitos e internações. **O objetivo principal da vacinação é reduzir casos graves e óbitos pela doença.** Por isso, é fundamental alcançar elevadas e homogêneas coberturas vacinais para todos os grupos com indicação.

A vacina contra a Covid-19 está recomendada para crianças a partir de 6 meses a menores de 5 anos de idade no Calendário Nacional de Vacinação desde 1º de janeiro de 2024 (Nota Técnica Nº 118/2023 – CGICI/DPNI/SVSA/MS). A partir de dezembro 2024 passou a compor o Calendário Nacional de Vacinação os idosos com 60 anos ou mais de idade e as gestantes, conforme orientação do Informe Técnico Estratégias de Vacinação contra Covid-19 2ª ed.

#### **Crianças de 6 meses a 4 anos, 11 meses e 29 dias – ROTINA**

Crianças não vacinadas ou que nunca receberam alguma dose de vacinas Covid-19 deverão: receber três doses da vacina Covid-19-RNAm, Pfizer Comirnaty (tampa amarela).



## GERÊNCIA:

Gerência Executiva de  
Vigilância em Saúde

## GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional  
de Vigilância Epidemiológica

## NÚCLEO:

Núcleo de Doenças e Agravos  
Transmissíveis

O esquema primário deverá ser com o mesmo imunizante. Dose de 0,3ml cada, via intramuscular. O intervalo entre a primeira e a segunda dose é de quatro semanas, e entre a segunda e a terceira dose, oito semanas.

Crianças de 6 meses a 4 anos, 11 meses e 29 dias de idade com comorbidades que receberam o esquema completo de vacinas Covid-19 deverão receber uma dose anual da vacina atualizada.

Crianças de 6 meses a 4 anos, 11 meses e 29 dias de idade imunocomprometidas que receberam o esquema completo de vacinas Covid-19 deverão receber duas doses da vacina atualizada, com intervalo mínimo de seis meses entre as doses.

### **Vacinação contra a Covid-19 para Idosos – ROTINA**

- Para a população a partir de 60 anos de idade a recomendação é o recebimento de uma dose a cada seis meses.

- **Vacinação contra a Covid-19 para Gestantes – ROTINA**

Para as gestantes a recomendação é o recebimento de **uma dose** em qualquer momento da gestação e em **cada gestação**, independentemente da quantidade de doses prévias recebidas.

- **Vacinação contra a Covid-19 para os grupos Especiais**

Os grupos especiais são pessoas com 5 anos de idade ou mais e com maior vulnerabilidade ou condição que aumenta o risco para as formas graves da doença. Por isso, essas populações têm indicação de **dose anual** (ou a cada seis meses, dependendo do grupo), independentemente do número de doses prévias de vacinas Covid-19.

Pessoas a partir de 5 anos de idade que **NÃO** fazem parte dos grupos especiais e nunca foram vacinadas (nenhuma dose de vacinas Covid-19) poderão receber **UMA DOSE** de vacina covid-19 disponível e recomendada para a faixa etária.

- **Pessoas imunocomprometidas a partir de 5 anos de idade**
- Pessoas com idade entre 5 e 11 anos de idade, imunocomprometidas, que **NINCA** se vacinaram deverão receber o esquema primário de **TRÊS DOSES** da vacina Covid-19.
- O intervalo entre a primeira e a segunda dose é de quatro semanas, e entre a segunda e a terceira dose, oito semanas.
- Pessoas a partir de 12 anos de idade, adolescentes e adultos imunocomprometidos que **NUNCA** se vacinaram deverão receber o esquema primário de **TRÊS DOSES** da vacina Covid-19. O intervalo entre a primeira e a segunda dose é de quatro semanas, e entre a segunda e a terceira dose, oito semanas.



## GERÊNCIA:

Gerência Executiva de  
Vigilância em Saúde

## GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional  
de Vigilância Epidemiológica

## NÚCLEO:

Núcleo de Doenças e Agravos  
Transmissíveis

- Pessoas imunocomprometidas que estão com o esquema de vacinação INCOMPLETO deverão completar o esquema de TRÊS DOSES com o imunizante disponível e a dose para a idade. O intervalo entre a primeira e a segunda dose é de quatro semanas, e entre a segunda e a terceira dose, oito semanas. Para comprovar o status de imunocomprometido, será possível a apresentação de medicamentos em uso ou resultados de exames ou receitas médicas ou relatórios/declarações médicas ou qualquer outro documento que evidencie a situação do indivíduo.
- Pessoas imunocomprometidas que estão com o esquema de vacinação COMPLETO deverão receber **DUAS DOSES** de vacinas covid-19 com intervalo de seis meses entre as doses.

Reforçamos a importância de manter o esquema vacinal contra a Covid-19 em dia, especialmente para crianças, gestantes, idosos e pessoas com comorbidades, que são os grupos de maior vulnerabilidade a complicações das doenças.

## 4.1 VACINAÇÃO CONTRA INFLUENZA 2026

A vacina influenza, a partir de 2025, passa a fazer parte do Calendário Nacional de Vacinação para crianças a partir de 6 meses a menores de 6 anos de idade (5 anos, 11 meses e 29 dias), idosos com 60 anos e mais e gestantes.

Embora, pessoas de todas as idades sejam suscetíveis ao vírus Influenza, alguns grupos são mais vulneráveis a desenvolver complicações em decorrência da doença. Nesse sentido, destacam-se as gestantes, puérperas, idosos, crianças e indivíduos com comorbidades ou condições clínicas especiais, especialmente cardiorrespiratórias, obesidade, diabetes, imunossupressão, dentre outros.

O Ministério da Saúde realizou a Estratégia de Vacinação contra a Influenza nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste, tendo sido realizado o dia “D” de divulgação e mobilização em 28 de março de 2026.

Portanto, **todos os esforços deverão ser continuados para vacinar os grupos prioritários**. A vacina tem como objetivo reduzir as complicações, as internações e a mortalidade decorrentes das infecções pelo vírus influenza na população-alvo para a vacinação em 2026.

A meta de vacinação é, pelo menos, 90% de cada um dos grupos prioritários para vacinação de rotina contra influenza: crianças, gestantes e idosos com 60 anos e mais. Para os demais públicos que serão vacinados na estratégia especial, são avaliadas doses aplicadas.



**GERÊNCIA:**

Gerência Executiva de  
Vigilância em Saúde

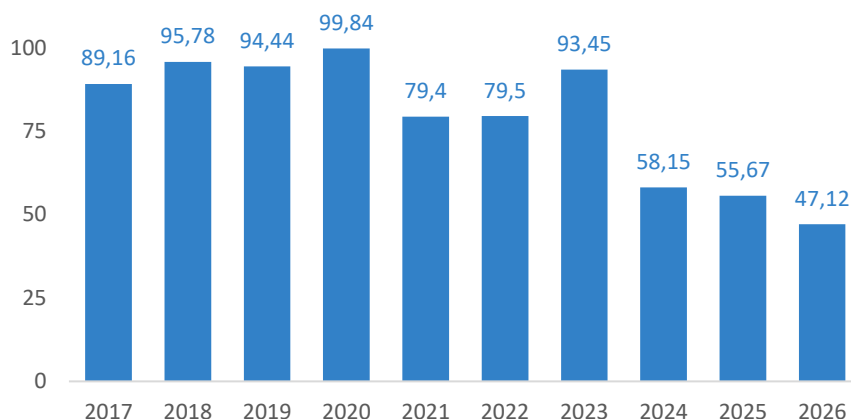
**GERÊNCIA OPERACIONAL:**

Gerência Operacional  
de Vigilância Epidemiológica

**NÚCLEO:**

Núcleo de Doenças e Agravos  
Transmissíveis

## 4.2 Cobertura da Campanha da Influenza no estado da Paraíba de 2017 a 2026\*

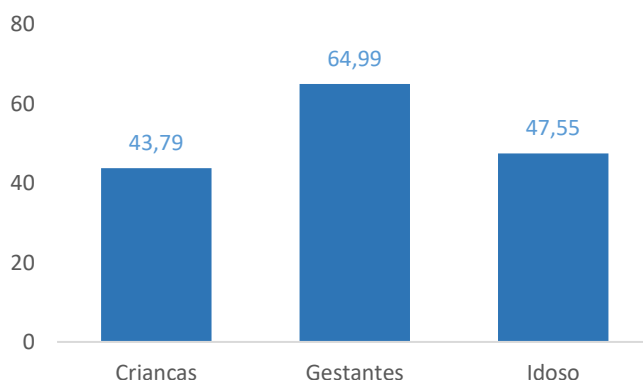


Fonte (2017 a 2020): SIPNI/DATASUS/MS. Consulta em 24/03/2023

Fonte (2021 a 2022): Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI). Consulta em 15/10/2024

Fonte (2023 a 2025): RNDS. (<https://localizasus.saude.gov.br>) Consulta em 15/06/2026.\*Dados sujeitos a alterações.

## 4.3 Cobertura da Campanha da Influenza por grupos prioritários. Paraíba, 2026\*.



Fonte: RNDS. (<https://localizasus.saude.gov.br>). Consulta em 15/06/2026. \*Dados sujeito a alterações.

## 4.4 VACINAÇÃO CONTRA O VSR

O Ministério da Saúde, com o intuito de ampliar a possibilidade de proteção das crianças menores de 6 meses de idade contra o VSR, disponibilizará a partir do mês de dezembro de 2025, a vacina vírus sincicial respiratório A e B (recombinante) no Calendário de Vacinação da Gestante no âmbito do SUS, conforme Portaria Nº 14, de 24 de fevereiro de 2025. Essa medida torna-se fundamental para reduzir o impacto do VSR sobre a população mais vulnerável. A ação acontecerá durante todo o ano, como estratégia rotina do calendário de vacinação das gestantes a partir da 28ª semana, sem restrição de idade materna.

**GERÊNCIA:**Gerência Executiva de  
Vigilância em Saúde**GERÊNCIA OPERACIONAL:**Gerência Operacional  
de Vigilância Epidemiológica**NÚCLEO:**Núcleo de Doenças e Agravos  
Transmissíveis

Onde deve ser considerado o esquema de dose única a cada gestação, sendo suficiente para a vacinação a informação sobre o seu estado de gravidez e idade gestacional (cartão de gestante ou cartão do pré-natal, exames comprobatórios, relatório médico ou encaminhamento de qualquer profissional de saúde de nível superior). A meta é vacinar, pelo menos, 80% das gestantes da rotina contra o VSR. A cobertura acumulada até abril de 2026 do estado da Paraíba é de 90,74%.

## **5.0 CUIDADOS GERAIS PARA PROTEÇÃO DA TRANSMISSÃO DE INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS**

É importante sempre lembrar os cuidados que devemos ter para evitar a transmissão desses vírus:

- Manter distanciamento social de outras pessoas e evitar aglomerações sempre que possível.
- Manter ambientes bem ventilados, com janelas e portas abertas.
- Manter as mãos limpas através da lavagem das mãos ou uso de álcool em gel 70%.
- Realizar etiqueta respiratória (conjunto de medidas adotadas para evitar a disseminação dos vírus), ao tossir ou espirrar cubra o nariz e a boca com lenço de papel ou com o antebraço, e nunca com as mãos. Descarte adequadamente o lenço utilizado e após higienize as mãos. Evitar tocar olhos, nariz e boca com as mãos. Se tocar, sempre higienize as mãos como já indicado.
- Higienizar com frequência os brinquedos das crianças e não compartilhar objetos pessoais (talheres, toalhas, pratos, copos e garrafinhas).
- Recomendamos utilizar máscara se estiver com sintomas gripais.
- Se o seu filho apresentar os sintomas mencionados, ele não deve ir à escola até a melhora dos sintomas.

**EXPEDIENTE:****Talita Tavares Alves de Almeida**

Gerente Executiva de Vigilância em Saúde

**Talitha Emanuelle B. G. de Lira Santos**

Gerente Operacional da Vigilância Epidemiológica

**Thiago Franco de Oliveira Carneiro**

Gerente de Biologia Molecular do LACEN-PB

**Marcia Mayara Dias de Queiroga Fernandes**

Chefe do Núcleo Estadual de Imunizações

**Fernanda Carolina Rodrigues Vieira**

Chefe do Núcleo de Doenças Transmissíveis

**Patrícia Daniel de Carvalho****Silmara Alves Pinheiro**

Área técnica dos Vírus Respiratórios