



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS
Américas

Alerta Epidemiológico Influenza sazonal e outros vírus respiratórios: início da temporada no hemisfério sul

27 de abril de 2026

Diante do início da temporada de 2026 de circulação de vírus respiratórios no hemisfério sul, e considerando a experiência da temporada 2025–2026 no hemisfério norte — caracterizada pela predominância do vírus da Influenza A(H3N2) do subclado K, com evidências de atividade intensa concentrada em um curto período e eficácia moderada da vacina contra a Influenza — a Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) insta os Estados-Membros a fortalecer a vigilância epidemiológica e virológica integrada de vírus respiratórios, incluindo a caracterização genômica oportuna; ajustar os planos de preparação e organização dos serviços de saúde, antecipando possíveis aumentos concentrados na demanda por serviços, devido à circulação da influenza A(H3N2) e à potencial co-circulação do vírus sincicial respiratório (VSR); e acelerar a vacinação contra a influenza sazonal e o VSR nos grupos prioritários antes do pico de circulação.

Resumo da situação a nível global

Globalmente, no **hemisfério norte**, marcado pelo fim do inverno, a atividade da Influenza continua em declínio, com uma taxa de positividade próxima a 10% em regiões temperadas e subtropicais, embora alguns países registrem níveis elevados (>20%) (**Figura 1**). Enquanto a temporada de influenza 2025-2026 foi marcada pela predominância da influenza A(H3N2) no hemisfério norte, as últimas semanas foram caracterizadas por um aumento proporcional da influenza B, comum no final da temporada de influenza. Em contrapartida, no **hemisfério sul**, marcado pelo fim do período de verão, observa-se um aumento nas detecções de influenza, com predominância da influenza A(H3N2) (**Figura 1** e **Figura 2**) (1).

Para 2026, o comportamento da Influenza em nível global mostra uma predominância das detecções de influenza B, com tendência de queda. No hemisfério norte, a porcentagem de positividade para influenza foi elevada (>10%) em alguns países da América do Norte, África Oriental e em países do sul, leste e sudeste da Ásia. A porcentagem de positividade ultrapassou 30% em países da América Central e do Caribe e da Europa Oriental. Da mesma forma, observou-se um leve aumento da atividade da Influenza em alguns países da América Central e do Caribe e do sul da Ásia, bem como em alguns países da África Central e da Ásia Central (1).

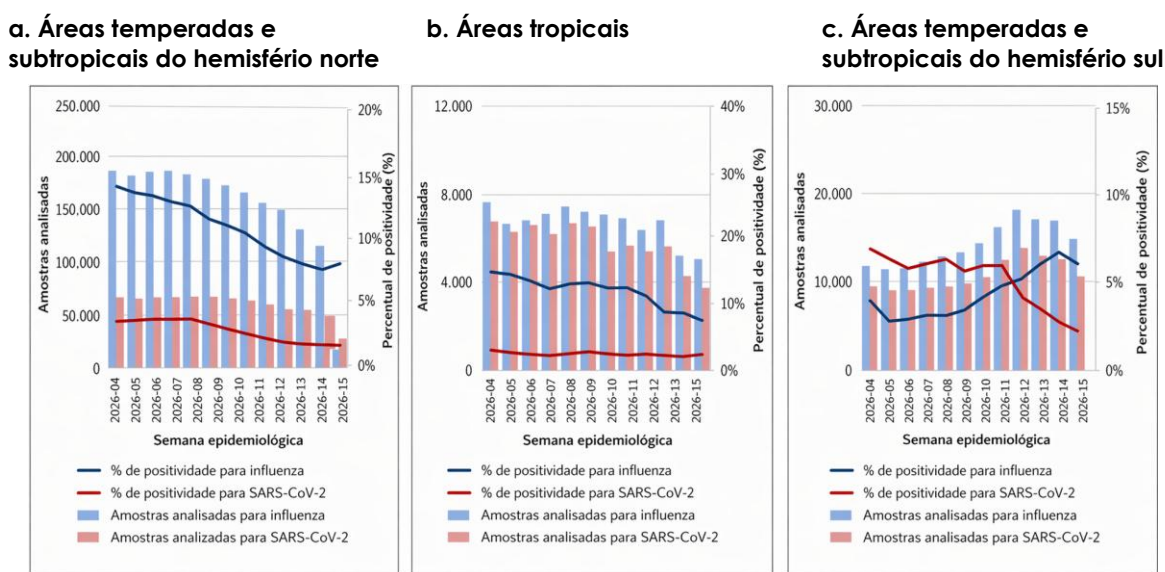
No hemisfério sul, durante a semana epidemiológica 14, a atividade da Influenza manteve-se baixa em geral, embora tenha sido registrado um aumento na taxa de positividade (>10%) em alguns países da América do Sul, da África Oriental e Meridional e do Sudeste Asiático. Na

Citação sugerida: Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Alerta Epidemiológico: Influenza sazonal e outros vírus respiratórios – início da temporada no hemisfério sul – 27 de abril de 2026. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2026.

América do Sul, apenas um país, registrou uma taxa de positividade para a Influenza superior a 30% (1). Nas áreas com alta positividade, a influenza A(H3N2) predominou especialmente na América Central e no Caribe, na América do Sul tropical e temperada e na África Oriental, enquanto a influenza A(H1N1)pdm09 foi predominante na Europa Oriental e na África Austral. A influenza B foi predominante na América do Norte, África Ocidental e Ásia Oriental. A influenza A e B foram codominantes no Sul e Sudeste da Ásia (1).

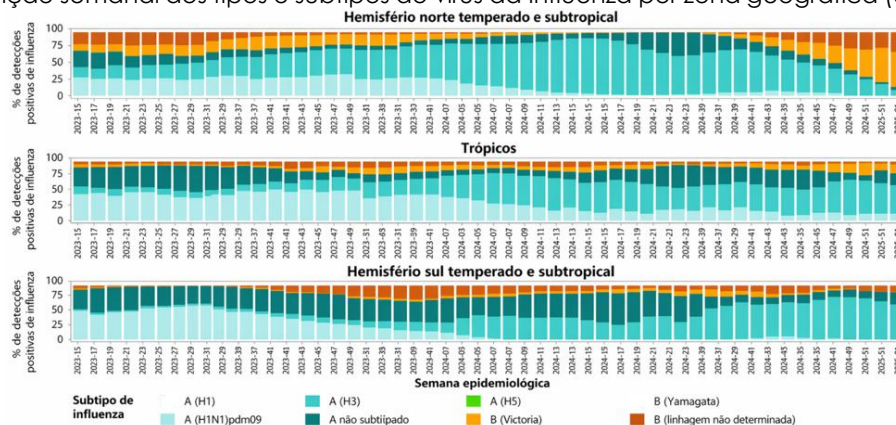
Globalmente, a positividade para o SARS-CoV-2 permaneceu estável e baixa (Figura 1). A circulação do vírus sincicial respiratório (VSR) apresenta padrões heterogêneos, com baixa positividade agregada em nível global, mas com focos de atividade elevada em países da América Central e da sub-região Andina (1).

Figura 1. Número semanal de amostras analisadas para influenza e o vírus SARS-CoV-2 e porcentagem de positividade em nível mundial, por zona geográfica (últimos 12 meses).



Fonte: Adaptado da Organização Mundial da Saúde. Global Respiratory Virus Activity: Weekly Update N° 573. Genebra: OMS; 2026. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/global-respiratory-virus-activity-weekly-update-n--573> (1).

Figura 2. Distribuição semanal dos tipos e subtipos do vírus da Influenza por zona geográfica (últimos 12 meses).



Fonte: Adaptado da Organização Mundial da Saúde. Global Respiratory Virus Activity: Weekly Update N° 573. Genebra: OMS; 2026. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/global-respiratory-virus-activity-weekly-update-n--573> (1).

Resumo da situação Região das Américas

No **hemisfério norte**, a temporada de influenza 2025–2026 caracterizou-se por um início precoce e uma atividade de intensidade moderada a alta, com predominância do vírus A(H3N2), principalmente do subclado K. Nas semanas mais recentes, observa-se uma transição para uma predominância crescente da Influenza B, em linha com o padrão sazonal de fim de temporada, acompanhada por uma tendência geral de declínio. Paralelamente, a circulação do VSR atingiu seu pico durante os meses de inverno, com uma subsequente diminuição sustentada, embora permaneça em níveis detectáveis em alguns países da América do Norte (2, 3).

No **hemisfério sul**, no início da temporada de 2026, a atividade da Influenza permanece baixa, com sinais iniciais de aumento em alguns países, predominando o vírus A(H3N2). Esse comportamento é consistente com o início gradual da temporada de inverno. Nesse contexto, a circulação do RSV apresenta um aumento gradual em vários países, antecipando seu padrão sazonal típico, com potencial impacto na carga de doença em crianças pequenas e outros grupos de risco nas próximas semanas (2, 3).

Nas **zonas tropicais da Região**, a atividade da Influenza tem apresentado uma circulação mais heterogênea e sustentada, com predominância variável entre a Influenza A(H3N2) e a Influenza B, dependendo do país. Nessas áreas, a circulação do RSV tem sido mais persistente ao longo do ano, com aumentos recentes em sub-regiões como a Andina e alguns países da América Central, onde tem sido associada a um aumento de hospitalizações por infecções respiratórias agudas graves na população pediátrica (2, 3).

A atividade do SARS-CoV-2 permanece baixa na maioria dos países (2, 3).

Eficácia da vacina contra a Influenza

A temporada 2025–2026 no hemisfério norte foi dominada pelo vírus da Influenza A(H3N2) do subclado K (clado 2a.3a.1, subclado J.2.4.1), antígenicamente distante da cepa vacinal A/District of Columbia/27/2023 (subclado J.2) incluída nas formulações recomendadas pela OMS para esta temporada. Apesar dessa discordância antigênica, as estimativas provisórias de eficácia vacinal (EV) publicadas até o momento indicam que a vacina mantém proteção clinicamente significativa. Na Europa, uma análise conjunta de nove estudos pertencentes à rede I-MOVE/VEBIS (19 países da União Europeia/Espaço Econômico Europeu; n = 275.785) relatou uma EV contra a influenza A, combinando ambientes ambulatoriais e hospitalares, de 25% a 45% em todas as faixas etárias, com estimativas mais altas em crianças (47% a 72%), comparáveis às observadas em temporadas anteriores (4).

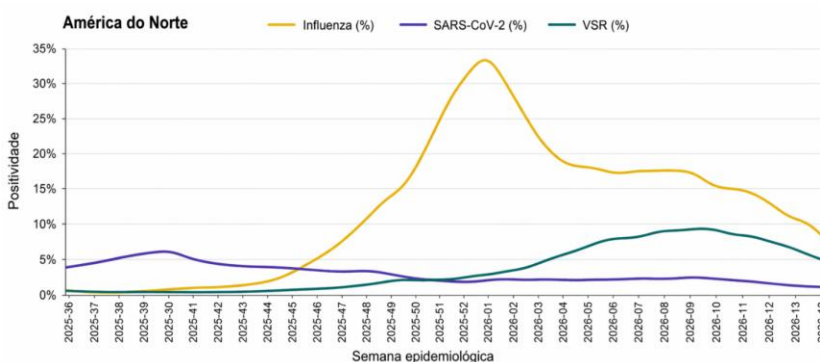
No Reino Unido, a Agência de Segurança Sanitária (UKHSA) relatou uma EV de 70–75% contra hospitalização em crianças e 30–40% em adultos, e de 44% contra doença ambulatorial por qualquer influenza e 52% especificamente contra A(H3N2) (5). No Canadá, a Rede Sentinela de Médicos (SPSN) estimou uma EV de aproximadamente 40% contra doenças respiratórias agudas atendidas clinicamente associadas ao A(H3N2), incluindo o subclado K, e de aproximadamente 30% contra o A(H1N1)pdm09 (6). Nos Estados Unidos, estimativas provisórias do CDC (setembro de 2025–fevereiro de 2026, três redes de vigilância) relataram uma EV de 38–41% contra consultas ambulatoriais e 41% contra hospitalização em crianças e adolescentes, com redução em relação às temporadas anteriores, mas mantendo proteção clinicamente relevante (7).

É importante destacar que a formulação recomendada pela OMS para as vacinas do hemisfério sul na temporada de 2026 inclui uma atualização do componente A(H3N2), passando de A/District of Columbia/27/2023 (subclado J.2) para A/Tasmanian/1003/2025 (subclado L.1) (8 ,9). Essa mudança responde à divergência antigênica observada entre os vírus do subclado K atualmente dominantes e a cepa vacinal anterior. Embora ainda não haja dados de eficácia para essa nova formulação, é de se esperar que a atualização do componente A(H3N2) melhore a concordância com os vírus circulantes e, portanto, o nível de proteção conferido pela vacina no hemisfério sul. No entanto, será essencial gerar evidências precoces da eficácia vacinal por meio do REVELAC-i e de outras plataformas de vigilância na Região para confirmar essa hipótese e orientar as decisões de saúde pública (8 ,9).

Sub-região da América do Norte¹

Nos países da sub-região da América do Norte, após o pico atingido entre as semanas epidêmicas (SE) 52 e 53 de 2025, observou-se um declínio gradual da atividade da gripe, que se manteve com uma tendência estável entre 16% e 17% entre as SE 2 e SE 7 de 2026, apresentando um declínio nas últimas quatro semanas e atingindo uma positividade de 6,5% na SE 13 (**Figura 3**) (3). Nesta sub-região, observa-se uma mudança no padrão de circulação viral: após um primeiro período de predominância da influenza A(H3N2), nas últimas semanas, a influenza B (linhagem Victoria) substituiu a influenza A como vírus predominante, representando no Canadá 86,8% das detecções em nível nacional no encerramento do período analisado. Quanto à circulação do VSR, observa-se uma tendência decrescente nas últimas três semanas, atingindo uma positividade de 4,7% na SE 13. A atividade do SARS-CoV-2 mantém-se em tendência de queda, com uma positividade de 1,5% na SE 13 (3). Quanto aos casos de infecção respiratória aguda grave (IRAG) associados à gripe, continuam em declínio, situando-se em 7% (3).

Figura 3. Amostras positivas e porcentagem de positividade por semana epidemiológica na sub-região da América do Norte, da SE 35 de 2025 à SE 13 de 2026.



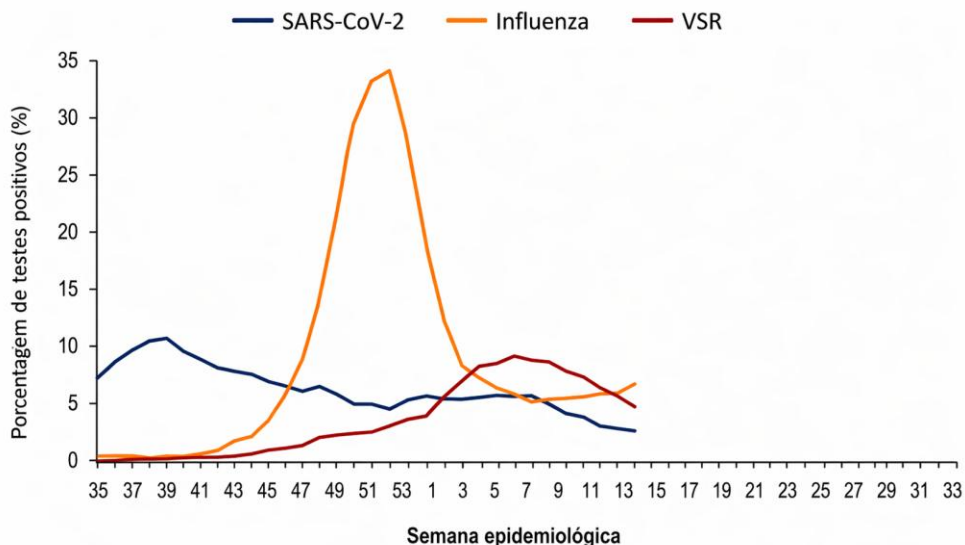
Fonte: Adaptado da Organização Pan-Americana da Saúde. Painel de Situação da Gripe, SARS-CoV-2, RSV e outros vírus respiratórios – Região das Américas. Washington, D.C.: OPAS; 2026 [acessado em 15 de abril de 2026]. Disponível em: https://dashboards.paho.org/app/respiratory_viruses/ (3).

No **Canadá**, a temporada **2025–2026** foi marcada por um início precoce e um período de alta atividade da gripe, com um pico de positividade próximo a 35% em meados de dezembro, impulsionado principalmente pela circulação da Influenza A(H3N2), predominantemente do subclado K (**Figura 4** e **Figura 5**). Posteriormente, a atividade apresentou um declínio

¹ América do Norte: Canadá, Estados Unidos da América e México.

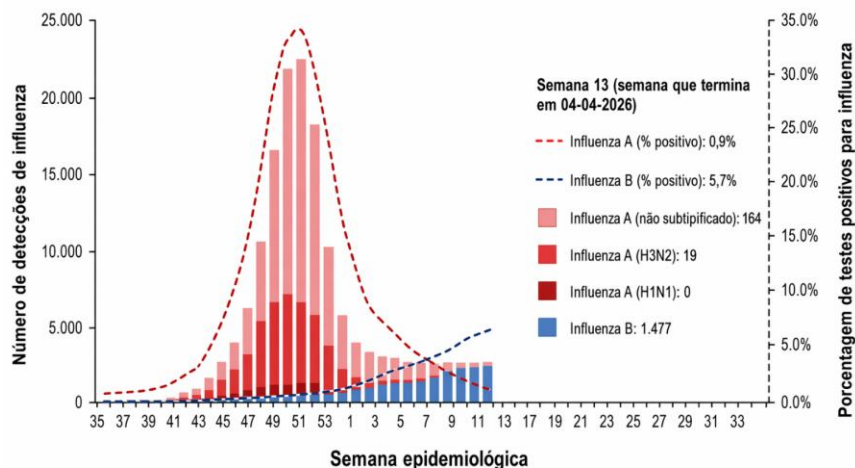
sustentado, com um aumento relativo da Influenza B no final da temporada, especialmente na população escolar. A atividade do VSR começou mais tarde do que nas temporadas anteriores, atingindo seu pico em fevereiro com níveis moderados de positividade (~8%) e afetando principalmente crianças menores de cinco anos; embora com menor intensidade do que nos últimos anos, o período de circulação foi mais prolongado. Nas semanas mais recentes, a atividade da influenza, do RSV e do SARS-CoV-2 mantém-se em declínio e em níveis baixos (10).

Figura 4. Porcentagem de testes positivos para influenza, SARS-CoV-2 e vírus sincicial respiratório no Canadá, por semana de vigilância, 2025-2026.



Fonte: Adaptado do 10. Government of Canada. Public Health Agency of Canada. Canadian respiratory virus surveillance report. Weekly overview of key trends in the activity of respiratory viruses in Canada. Ottawa: PHAC; 2026 [acessado em 15 de abril de 2026]. Disponível em: <https://health-infobase.canada.ca/respiratory-virus-surveillance/explore.html> (10).

Figura 5. Número de casos de influenza notificados e porcentagem de testes positivos no Canadá, por tipo, subtipo e semana de notificação 2025-2026.

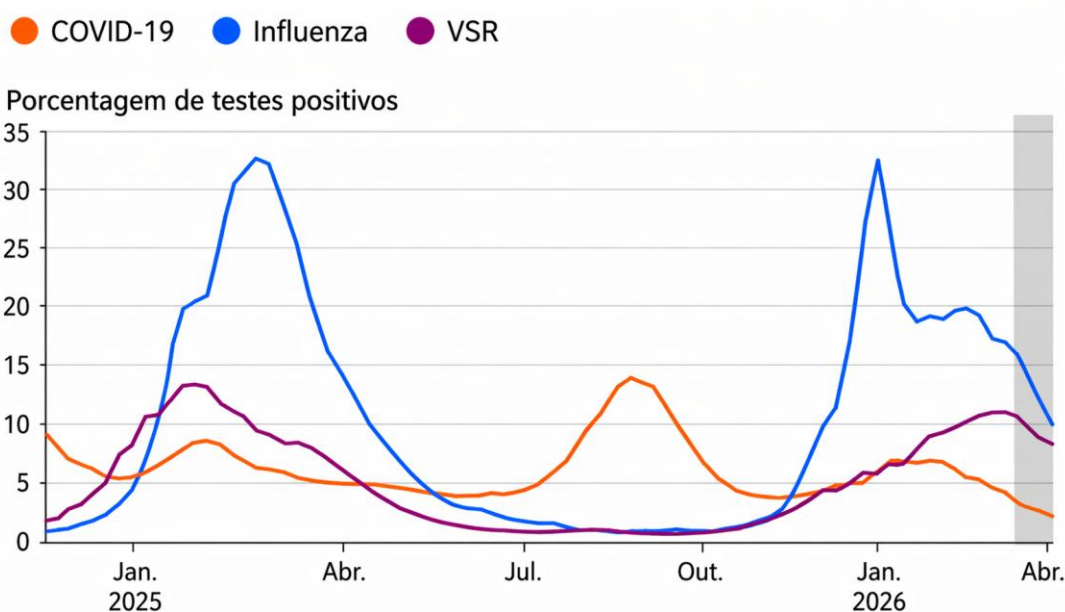


Fonte: Adaptado do Government of Canada. Public Health Agency of Canada. Canadian respiratory virus surveillance report. Weekly overview of key trends in the activity of respiratory viruses in Canada. Ottawa: PHAC; 2026 [acessado em 15 de abril de 2026]. Disponível em: <https://health-infobase.canada.ca/respiratory-virus-surveillance/explore.html> (10).

Nos **Estados Unidos da América**, a temporada 2025–2026 caracterizou-se por um início precoce e uma elevada atividade da gripe, com um pico de positividade superior a 30% no final de dezembro, impulsionado principalmente pela circulação da Influenza A(H3N2), predominantemente do subclado K (**Figura 6**). Posteriormente, observou-se um declínio sustentado da atividade, acompanhado por um aumento relativo da influenza B no final da temporada, com variações regionais em sua intensidade. A taxa acumulada de hospitalização associada à Influenza foi a terceira mais alta desde a temporada 2010-2011, registrando a taxa mais alta para a temporada 2025-2026 na SE 53 de 2025 (12,6 hospitalizações por cada 100.000 habitantes) (**Figura 7**) (11-13). Os menores de 18 anos apresentaram a segunda maior taxa acumulada de hospitalização para essa faixa etária desde a temporada 2010-2011 (11).

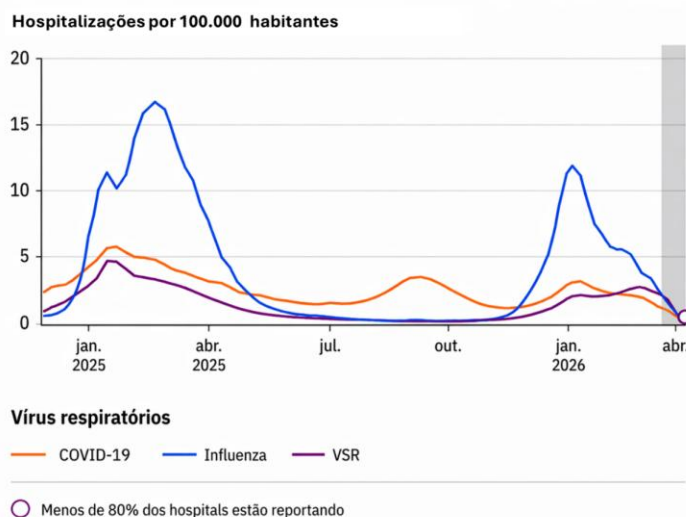
A atividade do RSV apresentou um aumento progressivo desde o outono, atingindo seu pico no final do inverno com níveis moderados de positividade (cerca de 8–9%), afetando principalmente crianças pequenas, seguido por uma diminuição nas semanas mais recentes. Paralelamente, a circulação do SARS-CoV-2 permaneceu baixa e em declínio durante a maior parte do período (3).

Figura 6. Taxas de hospitalização relatadas por hospitais nos Estados Unidos, por vírus respiratório, 2025-2026.



Fonte: Adaptado dos Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Respiratory Virus Activity Levels. Atlanta: CDC; 2026 [acessado em 15 de abril de 2026]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/respiratory-viruses/data/activity-levels.html> (12).

Figura 7. Taxas de hospitalização relatadas por hospitais nos Estados Unidos, por vírus respiratório, 2025-2026.

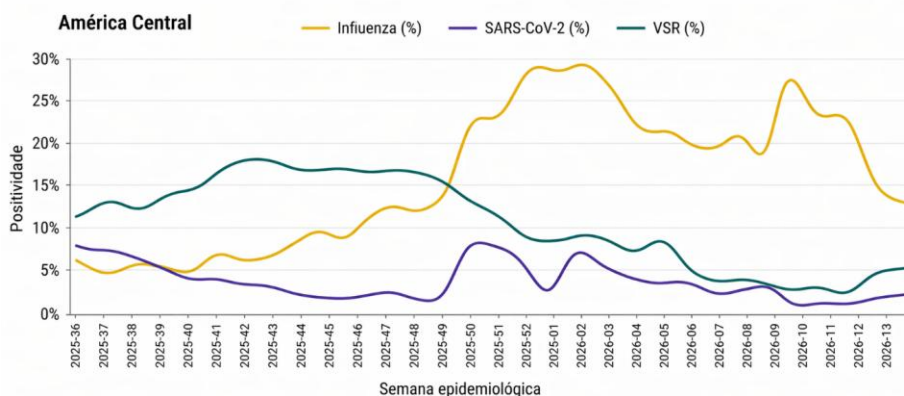


Fonte: Adaptado dos Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Severe Viral Respiratory Illness. [acessado em 15 de abril de 2026]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/respiratory-viruses/data/illness-severity.html> (13).

Sub-região da América Central²

Na sub-região da América Central, a atividade da Influenza durante as primeiras semanas de 2026 apresentou variações, com níveis de positividade entre 13% e 30,4% (3). Após valores elevados no início do período (30,4% na SE 1), observou-se um declínio progressivo até a SE 6 (17,9%). Posteriormente, registrou-se um novo aumento com um pico de positividade na SE 9 (28,5%); no entanto, a tendência descendente retomou-se nas semanas seguintes (**Figura 8**) (3).

Figura 8. Amostras positivas e porcentagem de positividade por semana epidemiológica na sub-região da América Central, da SE 35 de 2025 à SE 13 de 2026.

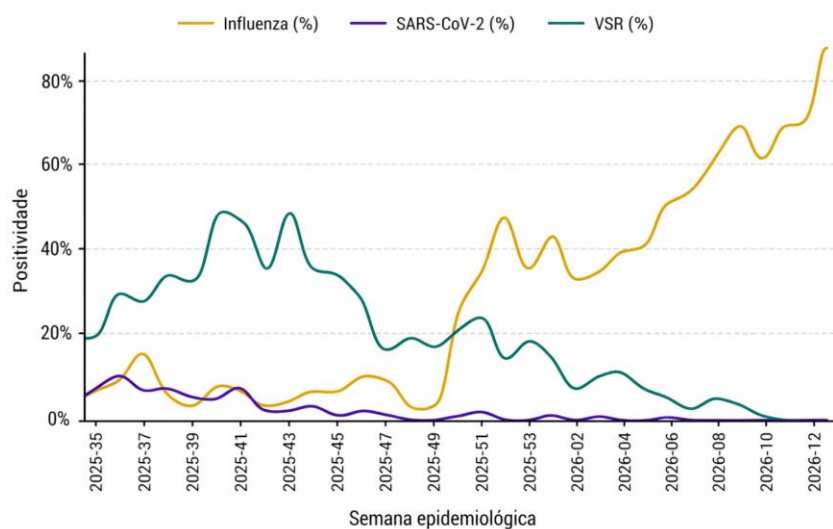


Fonte: Adaptado da Organização Pan-Americana da Saúde. Painel de Situação da Gripe, SARS-CoV-2, RSV e outros vírus respiratórios – Região das Américas. Washington, D.C.: OPAS; 2026 [acessado em 15 de abril de 2026]. Disponível em: https://dashboards.paho.org/app/respiratory_viruses/ (3).

² América Central: Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua e Panamá.

Na **Guatemala**, durante as últimas oito semanas de 2026, a positividade da Influenza apresentou uma tendência de aumento, com valores que oscilaram entre 38,3% (SE 4) e 100% (SE 13), um aumento que deve ser interpretado com cautela, uma vez que provavelmente está influenciado por uma redução no volume de testes, o que poderia superestimar a intensidade de transmissão (**Figura 9**). Nas últimas quatro semanas, a positividade manteve-se em 64,2%. Os casos estão associados principalmente à circulação da influenza A(H3N2) e A(H1N1)pdm09 (3). Em comparação com outros vírus respiratórios, a influenza tem sido o vírus predominante nos casos de infecções respiratórias agudas graves (IRAG). Os grupos mais afetados correspondem a pessoas de 0 a 12 anos (3).

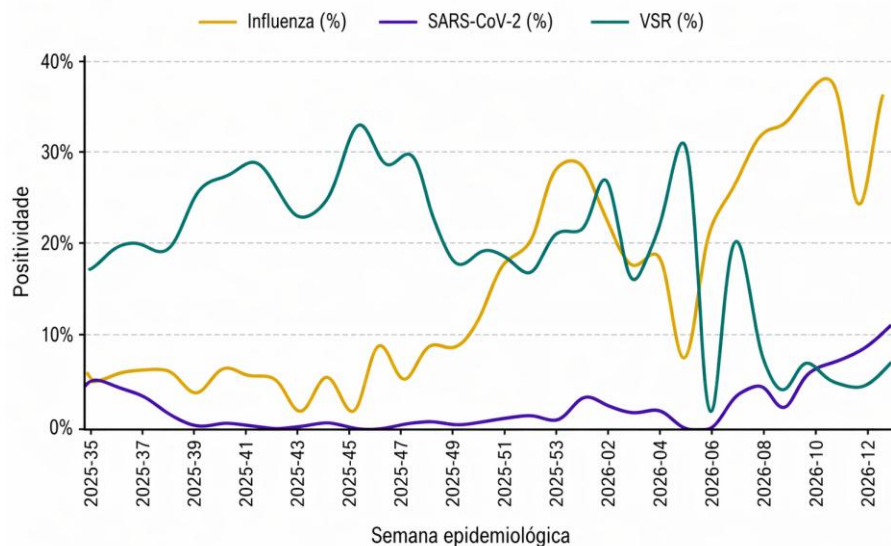
Figura 9. Amostras positivas e percentual de positividade por semana epidemiológica, Guatemala, SE 35 de 2025 a SE 13 de 2026.



Fonte: Adaptado da Organização Pan-Americana da Saúde. Painel de Situação da Gripe, SARS-CoV-2, RSV e outros vírus respiratórios – Região das Américas. Washington, D.C.: OPAS; 2026 [acessado em 15 de abril de 2026]. Disponível em: https://dashboards.paho.org/app/respiratory_viruses/ (3).

No **Panamá**, durante as primeiras semanas de 2026, observa-se uma mudança no padrão de circulação dos vírus respiratórios. No início do período, entre a SE 1 e a SE 4, evidenciou-se uma co-circulação de influenza e RSV, com níveis de positividade relativamente elevados para ambos os vírus. Em particular, o RSV atingiu seu nível mais alto na SE 5 (30,6%), tornando-se o vírus predominante naquele momento. A partir da SE 6, observa-se uma queda acentuada na positividade do RSV, acompanhada por um aumento sustentado na atividade da gripe, que passa a ser o vírus predominante a partir da SE 7, atingindo um pico de 38,5% na SE 11 e mantendo-se em níveis elevados na SE 13 (36,6%) (**Figura 10**). Por sua vez, a positividade para SARS-CoV-2 permaneceu baixa durante a maior parte do período. Quanto à gravidade dos casos, predominaram as hospitalizações por infecções respiratórias agudas graves (IRAG) associadas à influenza, seguidas pelas relacionadas ao RSV (2).

Figura 10. Amostras positivas e porcentagem de positividade por semana epidemiológica, Panamá, SE 35 de 2025 a SE 13 de 2026.

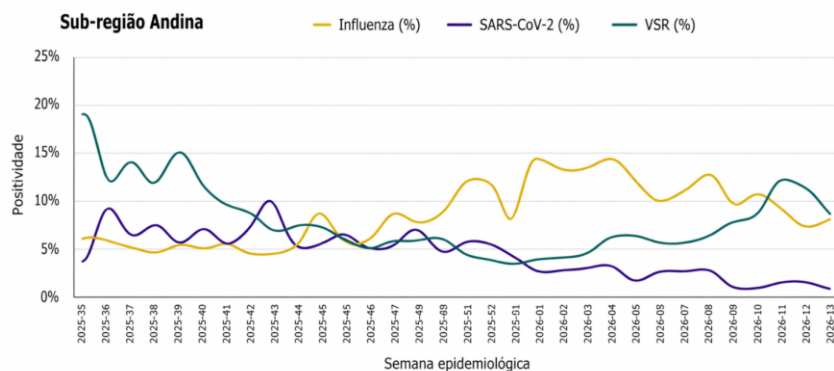


Fonte: Adaptado da Organização Pan-Americana da Saúde. Painel de Situação da Gripe, SARS-CoV-2, RSV e outros vírus respiratórios – Região das Américas. Washington, D.C.: OPAS; 2026 [acessado em 15 de abril de 2026]. Disponível em: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/ (3).

Sub-região Andina³

Na sub-região Andina, a atividade da Influenza nas primeiras semanas de 2026 manteve-se estável entre 12% e 15% de positividade até a semana epidemiológica (SE) 4, observando-se um predomínio da Influenza A. Posteriormente, observou-se uma tendência de queda, mantendo-se em níveis baixos na SE 13 (7,5%). Esses dados sugerem uma diminuição na atividade da Influenza acompanhada por um aumento relativo na circulação do RSV nas semanas mais recentes (**Figura 11**).

Figura 11. Amostras positivas e porcentagem de positividade por semana epidemiológica na sub-região Andina, da SE 35 de 2025 à SE 13 de 2026.

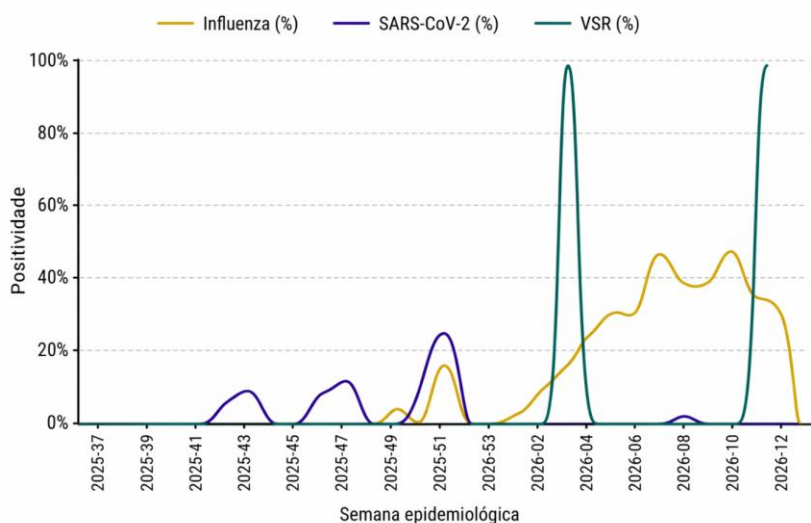


Fonte: Adaptado da Organização Pan-Americana da Saúde. Painel de Situação da Gripe, SARS-CoV-2, RSV e outros vírus respiratórios – Região das Américas. Washington, D.C.: OPAS; 2026 [acessado em 15 de abril de 2026]. Disponível em: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/ (3).

³ Andina: Bolívia (Estado Plurinacional da), Colômbia, Equador, Peru e Venezuela (República Bolivariana da).

Na **Bolívia (Estado Plurinacional da)**, durante as primeiras semanas de 2026, a positividade para influenza apresentou uma tendência de aumento a partir da SE 5, atingindo um pico de 44,6% na SE 7. Posteriormente, observou-se uma queda na positividade a partir da SE 11. Nas últimas quatro semanas, a positividade para influenza situou-se em 37,1%. Quanto ao vírus sincicial respiratório (VSR), foram registrados níveis elevados de positividade nas últimas semanas, atingindo 100% entre as SE 11 e 13, valores que podem estar influenciados por um baixo número de amostras analisadas. Esse comportamento também foi observado anteriormente na SE 3 e se mantém desde a SE 32 de 2025. Em relação à caracterização virológica, predomina a circulação da influenza A(H1N1)pdm09 (65,1%). Por outro lado, nos casos de infecções respiratórias agudas graves (IRAG), a faixa etária mais afetada corresponde a crianças de 0 a 12 anos (42,5%) (**Figura 12**) (3).

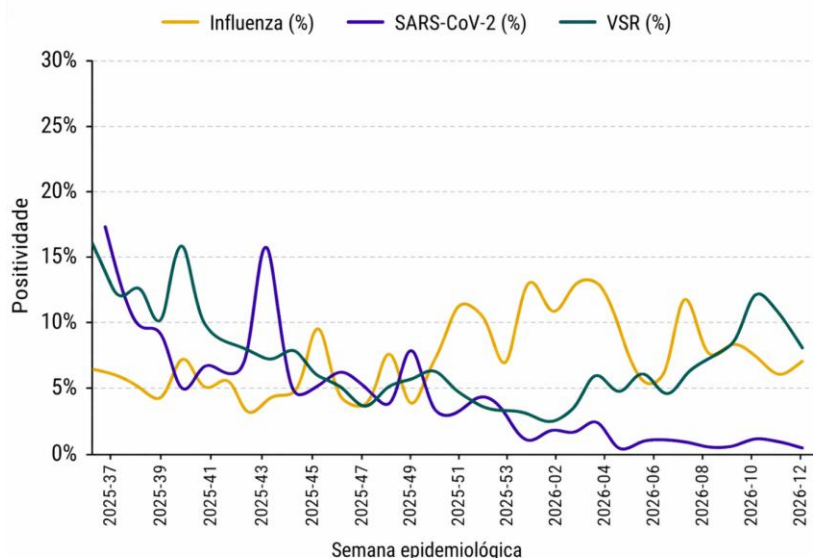
Figura 12. Amostras positivas e porcentagem de positividade por semana epidemiológica, Bolívia, SE 35 de 2025 a SE 13 de 2026.



Fonte: Adaptado da Organização Pan-Americana da Saúde. Painel de Situação da Gripe, SARS-CoV-2, RSV e outros vírus respiratórios – Região das Américas. Washington, D.C.: OPAS; 2026 [acessado em 15 de abril de 2026]. Disponível em: https://dashboards.paho.org/app/respiratory_viruses/ (3).

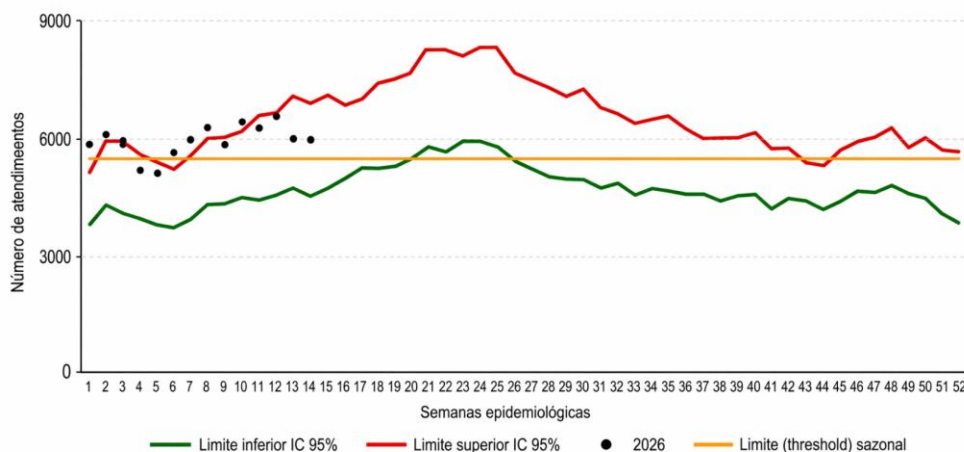
Na **Colômbia**, nas últimas quatro semanas epidemiológicas (SE) de 2026, observa-se um aumento na taxa de positividade para o VSR, com sinais de estabilização nas semanas mais recentes. Em relação aos casos de IRAG, observa-se também uma predominância do VSR; a faixa etária mais afetada corresponde a crianças de 0 a 12 anos, seguida pela faixa etária de 13 a 17 anos (14). Por outro lado, as hospitalizações por infecções respiratórias agudas (IRA) em enfermarias gerais apresentaram uma tendência ascendente sustentada entre as semanas epidêmicas 1 e 12, situando-se perto ou acima do limite superior do canal endêmico; no entanto, nas semanas 13 e 14 observou-se um declínio, embora permanecendo acima do limiar sazonal (**Figura 14**). Esse comportamento foi mais evidente em pessoas com mais de 60 anos, cujas hospitalizações permaneceram acima do limite superior durante várias semanas recentes. Quanto à circulação viral, durante o último período analisado, evidenciou-se a presença de múltiplos vírus respiratórios, incluindo RSV, enterovírus, rinovírus, adenovírus, parainfluenza e influenza B. Da mesma forma, observou-se um aumento geral na positividade, particularmente associado ao metapneumovírus, enquanto outros vírus mantiveram-se em níveis estáveis (3).

Figura 13. Amostras positivas e porcentagem de positividade por semana epidemiológica na Colômbia, da SE 35 de 2025 à SE 12 de 2026.



Fonte: Adaptado da Organização Pan-Americana da Saúde. Painel de Situação da Gripe, SARS-CoV-2, RSV e outros vírus respiratórios – Região das Américas. Washington, D.C.: OPAS; 2026 [acessado em 15 de abril de 2026]. Disponível em: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/ (3).

Figura 14. Canal endêmico de hospitalizações por infecção respiratória aguda grave em enfermaria geral, Colômbia, semanas epidemiológicas 01 a 14 de 2026.



Fonte: Adaptado do 14. Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semanal- Año 21. Semana Epidemiológica 14. Bogotá: INS; 2026. Disponível em: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2026_Boletin_epidemiologico_semana_14.pdf (14).

Sub-região do Brasil e do Cone Sul⁴

No Brasil e no Cone Sul, a atividade da Influenza permaneceu abaixo de 6% durante as primeiras oito semanas de 2026, com ligeiros aumentos a partir da SE 9, atingindo uma taxa de positividade de 5,9% na SE 13 (**Figura 15**) (2, 3). Observa-se uma clara predominância da

⁴ Brasil e Cone Sul: Argentina, Brasil, Chile, Paraguai e Uruguai.

influenza A(H3N2), com alta intensidade de circulação e menor proporção de vírus não subtipificados em comparação com outras sub-regiões, o que sugere uma dinâmica de transmissão mais definida, dominada por esse subtipo. (2, 3). Levando em consideração que a recente temporada no hemisfério norte foi caracterizada pela predominância da influenza A(H3N2) do subclado K, associada a intensa atividade e picos concentrados de transmissão; a recente detecção desse subclado em países da sub-região sugere a possível continuidade de padrões semelhantes, embora seu impacto dependa da dinâmica local e da evolução da circulação viral. Quanto à circulação do VSR, embora sua circulação seja considerada baixa, observa-se uma tendência de aumento gradual, atingindo uma positividade de 3,9% na SE 13. O SARS-CoV-2 apresenta uma tendência de queda, estabelecendo sua positividade em 3,2%. Os casos de Síndrome Gripal (SG) e de IRAG na sub-região do Brasil e do Cone Sul estão associados principalmente à influenza, na qual se observa uma tendência de leve aumento (2, 3).

Figura 15. Amostras positivas e porcentagem de positividade por semana epidemiológica na sub-região do Brasil e do Cone Sul, da SE 35 de 2025 à SE 13 de 2026.

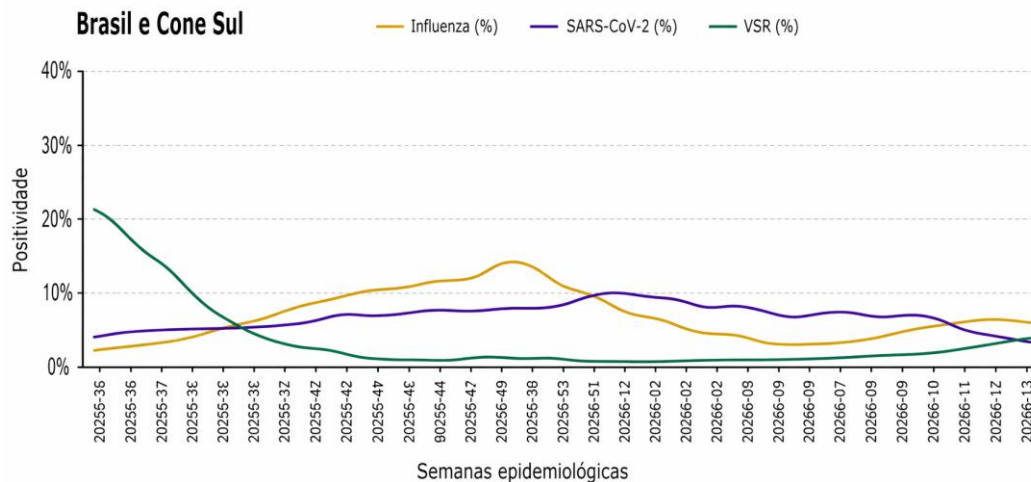
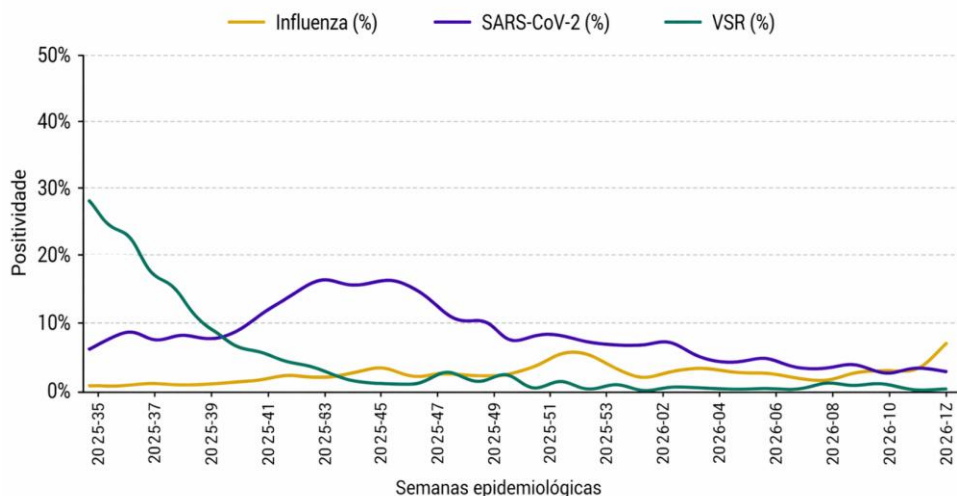


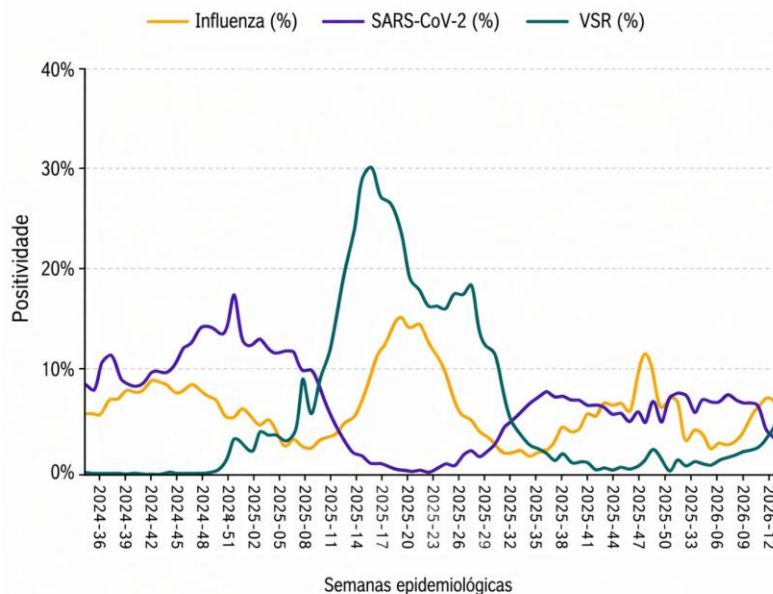
Figura 16. Amostras positivas e porcentagem de positividade por semana epidemiológica na Argentina, da SE 35 de 2025 à SE 12 de 2026.



Fonte: Adaptado da Organização Pan-Americana da Saúde. Painel de Situação da Gripe, SARS-CoV-2, RSV e outros vírus respiratórios – Região das Américas. Washington, D.C.: OPAS; 2026 [acessado em 15 de abril de 2026]. Disponível em: https://dashboards.paho.org/app/respiratory_viruses/ (3).

No **Brasil**, durante o primeiro trimestre de 2026, a atividade da Influenza permaneceu abaixo de 5%, apresentando um leve aumento entre a SE 7 e a SE 11, quando atingiu uma positividade de 7,4% (**Figura 17**) (3). O subtipo predominante foi o vírus da Influenza A(H3N2), com um leve aumento da Influenza B (3). Quanto ao VSR, apresenta um aumento leve e progressivo, com uma positividade de 4,2% nas últimas quatro semanas, atingindo uma positividade de 6,3% na SE 12. A atividade do SARS-CoV-2 apresenta uma tendência de queda, com uma positividade de 2,8% (3).

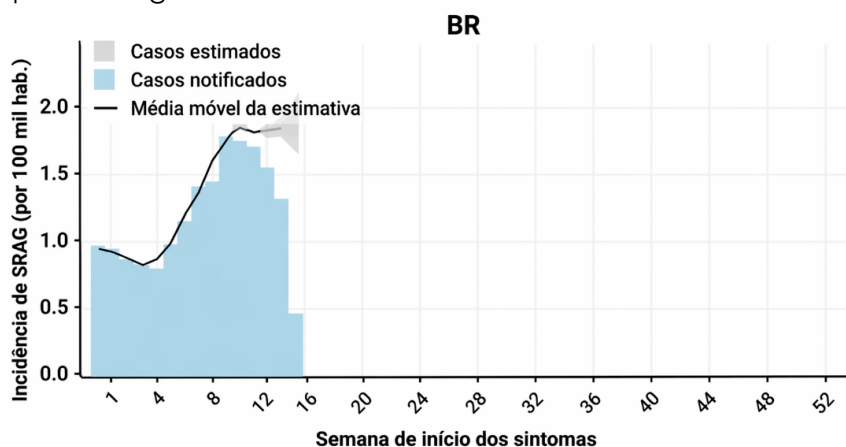
Figura 17. Amostras positivas e porcentagem de positividade por semana epidemiológica no Brasil, da SE 35 de 2025 à SE 12 de 2026.



Fonte: Adaptado da Organização Pan-Americana da Saúde. Painel de Situação da Gripe, SARS-CoV-2, RSV e outros vírus respiratórios – Região das Américas. Washington, D.C.: OPAS; 2026 [acessado em 15 de abril de 2026]. Disponível em: https://dashboards.paho.org/app/respiratory_viruses/ (3).

Em nível nacional, os casos de infecção respiratória aguda grave (IRAG) mostram sinais de estabilização na tendência. No entanto, observa-se um aumento dos casos de IRAG em crianças menores de dois anos em nível nacional, impulsionado pelo aumento das hospitalizações por VSR (**Figura 18**) (15). Os casos de IRAG associados à influenza A continuam diminuindo em muitos estados do Nordeste, além do Pará e do Rio de Janeiro. No entanto, continuam aumentando em grande parte da região Centro-Sul e em alguns estados do Nordeste, além de terem voltado a crescer em algumas regiões do Norte. Nas últimas 4 semanas epidemiológicas, a proporção entre os casos positivos foi de 32,2% de influenza A, 2,4% de influenza B, 26,3% de vírus sincicial respiratório, 33% de rinovírus e 5,5% de SARS-CoV-2 (COVID-19) (15).

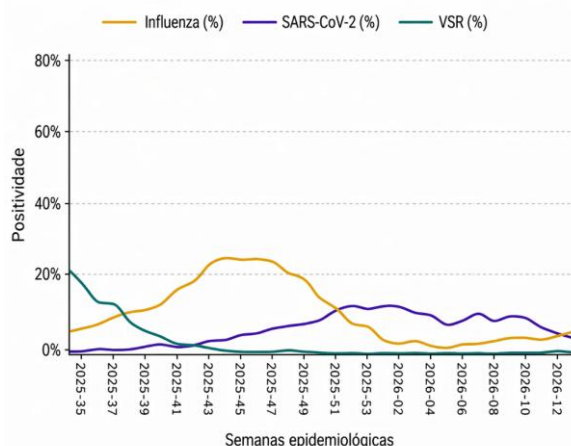
Figura 18. Incidência semanal da síndrome respiratória aguda grave (SRAG) no Brasil em 2026, até a semana epidemiológica 14.



Fonte: Adaptado do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde - ICICT/Fiocruz. Resumo do Boletim Info Influenza — Semana Epidemiológica (SE) 14 de 2026. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2026. Disponível em: https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/Resumo_InfoGripe_2026_14_0.pdf (15).

No **Chile**, a circulação da Influenza permanece baixa, com um ligeiro aumento nas últimas quatro semanas, atingindo uma positividade de 5,3% na SE 13 (**Figura 19**). A atividade do VSR permanece estável em baixa, atingindo uma positividade de 0,4%, e o SARS-CoV-2 continua sendo o vírus predominante durante a primeira parte do ano, apresentando uma tendência de queda a partir da SE 11 e com uma positividade de 3,8% na SE 13 (3).

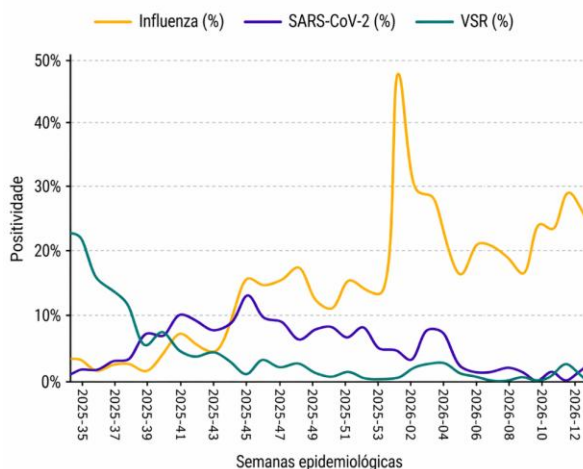
Figura 19. Amostras positivas e porcentagem de positividade por semana epidemiológica no Chile, da SE 35 de 2025 à SE 12 de 2026.



Fonte: Adaptado da Organização Pan-Americana da Saúde. Painel de Situação da Gripe, SARS-CoV-2, RSV e outros vírus respiratórios – Região das Américas. Washington, D.C.: OPAS; 2026 [acessado em 15 de abril de 2026]. Disponível em: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/ (3).

No **Paraguai**, durante o primeiro trimestre de 2026, a atividade da Influenza permaneceu elevada, apresentando um primeiro pico na SE 1 de 2026, quando atingiu uma positividade de 47,6%, posteriormente apresentou uma tendência de queda até a SE 5, com uma positividade de 17,1%, e, posteriormente, apresentou uma tendência de aumento, evidenciando uma positividade de 26% nas últimas quatro semanas (**Figura 20**) (3). O subtipo predominante foi o vírus da Influenza A(H3N2) (3). Quanto ao VSR, permanece em níveis baixos, com um ligeiro aumento recente e uma positividade de 1% nas últimas quatro semanas. A atividade do SARS-CoV-2 apresenta baixa circulação, com uma positividade de 0,4% nas últimas quatro semanas (3).

Figura 20. Amostras positivas e porcentagem de positividade por semana epidemiológica no Paraguai, da SE 35 de 2025 à SE 12 de 2026.



Fonte: Adaptado da Organização Pan-Americana da Saúde. Painel de Situação da Gripe, SARS-CoV-2, RSV e outros vírus respiratórios – Região das Américas. Washington, D.C.: OPAS; 2026 [acessado em 15 de abril de 2026]. Disponível em: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/ (3).

Recomendações para os Estados-Membros

A temporada 2025–2026 do hemisfério norte na Região das Américas foi caracterizada por: (i) a predominância do vírus da Influenza A(H3N2) do clado 2a.3a.1, com o subclado K (J.2.4.1) como linhagem dominante em nível regional; (ii) evidência de reatividade antigênica reduzida dos vírus circulantes em relação às cepas vacinais de referência para a temporada, mas com eficácia vacinal semelhante à dos anos anteriores; (iii) em alguns países, como o Canadá, uma atividade de transmissão que atingiu níveis extraordinários, mas concentrada em um período curto (aproximadamente 4 a 6 semanas), com uma carga acumulada de hospitalizações, admissões na UTI e mortalidade comparável ou inferior às temporadas anteriores; e (iv) uma recente mudança para a influenza B como vírus predominante na América do Norte nas últimas semanas. Essas observações sugerem que os países do hemisfério sul devem se preparar não apenas para uma temporada de potencial alta intensidade, mas particularmente para picos de demanda hospitalar concentrados em períodos curtos, que poderiam colocar à prova a capacidade de resposta dos serviços de saúde.

Em relação ao RSV, os dados disponíveis da Região mostram padrões heterogêneos de circulação, com focos de alta positividade em alguns países, apesar dos baixos níveis agregados sub-regionais. O impacto clínico concentra-se, como esperado, em crianças menores de cinco anos — particularmente em menores de dois anos — e em adultos com mais de 65 anos.

Os cenários de co-circulação de influenza, RSV e SARS-CoV-2 observados em temporadas anteriores, e correspondentes às tendências recentes no Brasil, confirmam a relevância da vigilância integrada de vírus respiratórios e do planejamento antecipado dos serviços hospitalares de pediatria e geriatria.

Diante dessa situação, a Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) insta os Estados-Membros a continuarem fortalecendo as principais ações de vigilância, manejo clínico e profilaxia, prevenção e controle da infecção, comunicação de riscos e vacinação. A seguir, apresenta-se um resumo das principais recomendações emitidas no Alerta Epidemiológico sobre a Influenza sazonal na Região das Américas: encerramento da temporada 2025 no hemisfério sul – início da temporada 2025-26 no hemisfério norte em 4 de dezembro de 2025 (16), as quais continuam em vigor.

Vigilância

A OPAS/OMS recomenda aos Estados-Membros integrar a vigilância da gripe, da VSR, do SARS-CoV-2 e de outros vírus respiratórios nas plataformas nacionais existentes e reportar os dados de vigilância semanalmente por meio das plataformas FluNET e FluID da OPAS/OMS. Também é importante manter o sequenciamento dos vírus da Influenza para monitorar e identificar clados/subclados potencialmente associados a maior transmissibilidade ou patogenicidade.

Recomenda-se que os Estados-Membros continuem a fortalecer a vigilância sentinela da doença semelhante à Influenza (ESI) e priorizem a vigilância sentinela das infecções respiratórias agudas graves (IRAG), complementando-a com outras estratégias de vigilância para monitorar as mudanças epidemiológicas e as tendências de circulação viral, a fim de avaliar os padrões de transmissão, a gravidade clínica e o impacto no sistema de saúde e na sociedade, e identificar grupos de risco para o desenvolvimento de complicações respiratórias associadas (17, 18).

Como complemento à vigilância baseada em indicadores, a OPAS/OMS recomenda aos Estados-Membros que implementem uma vigilância baseada em eventos. A vigilância baseada em eventos consiste na coleta organizada e rápida de informações sobre eventos que possam representar um risco potencial à saúde pública. As informações podem provir de rumores e/ou outros relatos pontuais transmitidos por meio de sistemas de informação de rotina formais (sistemas de informação de rotina pré-estabelecidos) ou informais, não pré-estabelecidos (ou seja, meios de comunicação, comunicação direta de profissionais de saúde ou organizações não governamentais). A vigilância baseada em eventos é um componente funcional do mecanismo de alerta precoce e resposta (19, 20).

Eventos respiratórios incomuns devem ser investigados imediatamente e notificados à OPAS/OMS de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) (20). Os eventos incomuns incluem casos de doença respiratória aguda com progressão clínica atípica; infecção respiratória aguda associada à exposição a animais doentes, ou observada em viajantes provenientes de áreas propensas ao surgimento de novos vírus da gripe; casos de IRAG em profissionais de saúde que estão tratando clinicamente casos respiratórios graves de etiologia desconhecida; ou aglomerados de infecções virais da Influenza fora da época típica de circulação.

Como parte da vigilância de rotina baseada em indicadores, e para a confirmação etiológica de casos incomuns, devem ser coletadas amostras nasofaríngeas e orofaríngeas (ou lavagem bronquial, em casos graves) para a detecção de vírus respiratórios. Deve-se sempre priorizar a análise laboratorial dos casos mais graves, especialmente aqueles admitidos em unidades de terapia intensiva (UTI) e os casos fatais, nos quais também se recomenda a coleta de amostras de tecido do trato respiratório (se possível). Devem ser tomadas todas as medidas de biossegurança para patógenos respiratórios. Devem ser seguidas as diretrizes técnicas e, os algoritmos de diagnóstico do Centro Nacional de Influenza ou do laboratório nacional de referência responsável pela vigilância laboratorial. Os algoritmos de teste recomendados para influenza, RSV e SARS-CoV-2 estão disponíveis no site da OPAS/OMS em: <https://www.paho.org/es/documentos/vigilancia-integrada-influenza-sars-cov-2-algoritmo-pruebas-laboratorio> (21).

De acordo com as diretrizes da OMS, amostras representativas para influenza, selecionadas de acordo com os critérios recomendados pela OPAS e pela OMS, devem ser enviadas a um Centro Colaborador (CC) da OMS para caracterização genômica e antigênica adicional (21, 22). As amostras de influenza A, nas quais não seja possível determinar o subtipo do vírus, sendo uma amostra realmente não subtipificável (aquelas positivas para influenza A, mas nas quais a RT-PCR para subtipificação é negativa ou inconclusiva), também devem ser enviadas imediatamente a um CC da OPAS/OMS (19). Para obter mais orientações e verificar uma amostra realmente não subtipificável, entre em contato com a equipe de resposta laboratorial da OPAS antes do envio a um CC da OMS (laboratoryresponse@paho.org).

Para minimizar a possibilidade de resultados não subtipáveis ou inconclusivos, é importante que os laboratórios utilizem a versão 4 (V4) do kit de subtipagem de influenza do CDC, disponível no International Reagent Resources (IRR). Essa mudança de kit é importante diante da evolução recente do vírus da influenza, particularmente a predominância da influenza A(H3N2) subclado K, cujas mutações no gene HA reduziram a sensibilidade de detecção do kit de subtipagem de influenza do CDC versão 3 (V3).

As amostras positivas para influenza zoonótica de origem animal, após cumprir todos os requisitos da parte veterinária, devem ser enviadas ao CC da OPAS/OMS no Hospital St. Jude em Memphis, Tennessee, nos Estados Unidos, para caracterização genômica e antigênica.

Manejo clínico e profilaxia

A OPAS/OMS recomenda aos Estados-Membros que atualizem suas diretrizes de tratamento com base nas diretrizes atualizadas da OMS (23–25). As recomendações para o manejo clínico de pacientes com doença respiratória grave indicadas nos alertas epidemiológicos e nas atualizações da OPAS/OMS sobre a influenza continuam em vigor (24). As recomendações sobre o tratamento antiviral e antibiótico de acordo com a apresentação clínica encontram-se nas **tabelas 1-4** (25).

Tabela 1. Recomendações para o tratamento da Influenza não grave.

Medicamento	Recomendação
Baloxavir (alto risco de progressão para doença grave)	Recomendação condicional a favor
Baloxavir (baixo risco de evolução para doença grave)	Recomendação condicional contra
Laninamivir	Recomendação condicional contra
Oseltamivir	Recomendação sem reservas contra
Peramivir	Recomendação condicional contra
Zanamivir	Recomendação sem reservas contra
Favipiravir	Recomendação sem reservas contra
Umifenovir	Recomendação condicional contra
Antibióticos	Recomendação sem reservas contra, em caso de baixa probabilidade de coinfeção bacteriana

Fonte: Organização Mundial da Saúde. Clinical practice guidelines for influenza. Genebra: OMS; 2024. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240097759> (25).

Tabela 2. Recomendações para o tratamento da Influenza grave.

Medicamento	Recomendação
Oseltamivir	Recomendação condicional a favor
Peramivir	Recomendação condicional contra
Zanamivir	Recomendação condicional contra

Fonte: Organização Mundial da Saúde. Clinical practice guidelines for influenza. Genebra: OMS; 2024. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240097759> (25).

Tabela 3. Recomendações para tratamento complementar na Influenza grave.

Intervenção	Recomendação
Macrolídeos	Recomendação condicional contra, sem coinfeção bacteriana
Plasma	Recomendação condicional contra
Inibidores de mTOR	Recomendação condicional contra
Corticosteroides	Recomendação condicional contra

Fonte: Organização Mundial da Saúde. Clinical practice guidelines for influenza. Genebra: OMS; 2024. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240097759> (25).

Tabela 4. Recomendações para prevenção em pessoas expostas sem infecção

Medicamento	Recomendação
Baloxavir	Recomendação condicional a favor em casos de risco extremamente elevado
Laninamivir	Recomendação condicional contra, sem risco extremamente elevado
Oseltamivir	Recomendação condicional a favor em caso de risco extremamente elevado
Zanamivir	Recomendação condicional contra, sem risco extremamente elevado

Fonte: Organização Mundial da Saúde. Clinical practice guidelines for influenza. Genebra: OMS; 2024. Disponível em: [https://www.who.int/publications/i/item/9789240097759\(25\)](https://www.who.int/publications/i/item/9789240097759(25)).

Prevenção e controle da infecção

A OPAS/OMS recomenda reforçar as medidas de higiene das mãos, a etiqueta da tosse e o uso de máscaras por pessoas que apresentem sintomas ou tenham testado positivo para os vírus da gripe, uma vez que essas medidas podem reduzir a transmissão desses vírus.

Diante do risco potencial de surtos de infecções associadas à assistência à saúde por vírus respiratórios, recomenda-se o reforço das medidas de precaução padrão e o uso de precauções contra a transmissão por gotículas ao atender pacientes com infecção por vírus respiratórios suspeita ou confirmada, ou ao coletar, transportar e analisar amostras laboratoriais de pacientes presumivelmente afetados. Isso inclui o isolamento adequado dos casos suspeitos ou confirmados e o uso de máscaras cirúrgicas por parte do paciente que apresente quadro respiratório e por parte da equipe de saúde e assistência que atenda o paciente com suspeita ou confirmação de gripe.

Recomenda-se que o pessoal de saúde e assistência realize uma avaliação adequada dos riscos para determinar se é necessário utilizar equipamentos de proteção individuais adicionais (por exemplo, proteção ocular, respiradores FFP2 ou N95, aventais, luvas) ao atender pacientes (26).

A seguir, apresenta-se um resumo dos níveis de equipamentos de proteção individual (EPI) necessários nas atividades rotineiras de atendimento médico (excluindo as técnicas que geram aerossóis) (Tabela 5) (27).

Tabela 5. Precauções necessárias na assistência de rotina a pacientes com doenças respiratórias.

Nível de prevenção de infecção em cuidados de rotina (excluindo técnicas geradoras de aerossóis)	Nenhum patógeno detectado/ausência de fatores de risco para infecção respiratória aguda (IRA) de possível significância (por exemplo, doença semelhante à gripe sem fatores de risco)	IRA bacteriana, incluindo peste	Vírus que causam outras IRAs (por exemplo, parainfluenza, RSV, adenovírus)	Vírus da gripe com transmissão sustentada de pessoa para pessoa (por exemplo, influenza sazonal ou pandêmica)	Novo vírus da gripe sem transmissão sustentada de pessoa para pessoa (por exemplo, gripe aviária)	SRAG, MERS-CoV SARS-CoV	Novo infecção respiratória (rota de transmissão desconhecida)
Precauções Básicas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Precauções contra gotículas	✓	—	✓	✓	✓	✓	—
Precauções anti-contato	—	—	✓	—	✓	✓	✓
Precauções contra transmissão aérea	—	—	—	—	—	—	✓

ARI: infecção respiratória aguda; MERS-CoV: coronavírus causador da síndrome respiratória do Oriente Médio; SRAG: síndrome respiratória aguda grave; RSV: vírus respiratório sincicial; SARS-CoV: coronavírus tipo 2 causador da Síndrome Respiratória Aguda Grave.

Fonte: Adaptado da Organização Mundial da Saúde. Protocol to investigate non-seasonal influenza and other emerging acute respiratory diseases. Genebra: OMS; 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-WHE-IHM-GIP-2018.2> (28).

Comunicação de risco

A Influenza sazonal é uma infecção viral aguda que se transmite facilmente de pessoa para pessoa. Os vírus da Influenza sazonal circulam em todo o mundo e podem afetar qualquer pessoa de qualquer faixa etária (29, 30). A vacinação contra a Influenza antes do início da circulação do vírus sazonal continua sendo a melhor medida preventiva contra a Influenza grave (31).

O público deve ser informado de que o principal modo de transmissão da Influenza é o contato interpessoal. Lavar as mãos é a forma mais eficiente de diminuir a transmissão. O conhecimento sobre a “etiqueta respiratória” também ajuda a prevenir a transmissão (30).

Pessoas com febre devem evitar ir ao trabalho ou a locais públicos até que a febre diminua. Da mesma forma, crianças em idade escolar com sintomas respiratórios, febre ou ambos devem ficar em casa e não ir à escola.

Para aproveitar o conhecimento que a maioria do público adquiriu sobre a prevenção de doenças respiratórias — em decorrência da pandemia da COVID-19 — e para evitar confusões e exercer uma comunicação eficaz, os Estados-Membros devem considerar o desenvolvimento de estratégias e campanhas de comunicação de risco que integrem mensagens de prevenção para os vírus respiratórios. Recomenda-se também a integração da comunicação para a promoção da vacinação contra a COVID-19 e a gripe.

Vacinação

A imunização é uma estratégia importante para prevenir doenças graves associadas à Influenza sazonal, à COVID-19 e ao RSV, incluindo hospitalizações e mortes associadas. A OPAS/OMS recomenda a vacinação de grupos com risco particular de Influenza grave, incluindo idosos, pessoas com comorbidades, crianças de 6 a 59 meses e mulheres grávidas. Os profissionais de saúde correm maior risco de exposição e transmissão do vírus da Influenza e do SARS-CoV-2 e, portanto, também devem receber prioridade (32, 33). Recomenda-se que os mesmos grupos prioritários de alto risco (com exceção de crianças menores de 59 meses) recebam doses de reforço da vacina contra a COVID-19 de 6 a 12 meses após a última dose. Por fim, o Grupo Estratégico Consultivo de Especialistas em Imunização (SAGE) recomenda que todas as pessoas com 6 meses ou mais recebam pelo menos uma dose da vacina contra a COVID-19, caso nunca tenham recebido uma (34).

Atualmente, existem duas estratégias disponíveis para a prevenção de doenças graves causadas pelo VSR em lactentes e recém-nascidos: a administração da vacina durante a gestação (vacina RSVpreF) e a administração de anticorpos monoclonais de ação prolongada (nirsevimab e clesrovimab) a recém-nascidos e lactentes. Ambas as estratégias demonstraram ser eficazes e apresentar um perfil de segurança favorável tanto para a gestante quanto para o recém-nascido. A OPAS e a OMS recomendam que os países introduzam esses produtos para a prevenção de doenças e mortes por RSV em recém-nascidos (35-37).

A vacina RSVpreF (Abrysvo®, Pfizer) é uma vacina bivalente administrada a mulheres grávidas no terceiro trimestre para proteger seus bebês por meio da transferência transplacentária de anticorpos (36). Os anticorpos monoclonais de ação prolongada (nirsevimab (Beyfortus®, Sanofi) e clesrovimab (Enflonsia®, Merck)) são anticorpos recombinantes com meia-vida prolongada, administrados em dose única a recém-nascidos e crianças em alto risco de doença grave (39, 40). Tanto a vacina RSVpreF quanto os anticorpos monoclonais de ação

prolongada foram aprovados e estão sendo utilizados em vários países da região das Américas.

Além disso, existem três vacinas aprovadas para a prevenção da doença por RSV em adultos com comorbidades e em idosos: Abrysvo®, Pfizer; Arexvy®, GSK e mRESVIA®, Moderna. (38, 41, 42). Em ensaios clínicos randomizados e em estudos pós-autorização, essas vacinas demonstraram eficácia na redução do risco de desenvolver doença grave associada ao RSV.

Atualmente, várias vacinas e anticorpos monoclonais de ação prolongada para a prevenção da doença por RSV estão em fase de pesquisa clínica, além de um avanço significativo no conhecimento da resposta imunológica ao RSV.

Medidas não farmacológicas de saúde pública na população

Como ficou evidente recentemente durante a pandemia de COVID-19, as medidas de saúde pública não farmacológicas complementam a resposta a eventos respiratórios. Juntamente com a imunização contra vírus respiratórios, devem ser aplicadas medidas pessoais como higiene das mãos, distanciamento físico, etiqueta respiratória, uso de máscaras e ficar em casa quando se está doente, que são eficazes para limitar a transmissão de vírus respiratórios (43).

Para obter mais detalhes, consulte as diretrizes: Medidas de saúde pública não farmacológicas para mitigar o risco e o impacto da Influenza epidêmica e pandêmica (43) e o manual de Orientações para a aplicação de medidas de saúde pública não farmacológicas em grupos populacionais em situação de vulnerabilidade no contexto da COVID-19 (43).

Referências

1. Organização Mundial da Saúde . Global Respiratory Virus Activity: Weekly Update Nº 573. Genebra: OMS; 2026. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/global-respiratory-virus-activity--weekly-update-n--573>.
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Situación de Influenza, SARS CoV-2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas Washington, D.C.: OPAS; 2026 [acessado em 15 de abril de 2026]. Disponível em: <https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza>.
3. Organização Pan-Americana da Saúde. Painel de Situação da Gripe, SARS-CoV-2, RSV e outros vírus respiratórios - Região das Américas. Washington, D.C.: OPAS; 2026 [acessado em 15 de abril de 2026]. Disponível em: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/.
4. Lucaccioni H, Marques FP, Kirsebom F, Emborg H, Hamilton M, Whitaker H, et al. Influenza vaccine effectiveness from nine studies during drifted A(H3N2) subclade K predominance, Europe, September 2025 to January 2026. Euro Surveill. 2026;31(7):pii=2600109 . Disponível em: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2026.31.7.2600109>.
5. Kirsebom C, Thompson C, Talts T, Kele B, Whitaker H, Andrews N, et al. Early influenza virus characterisation and vaccine effectiveness in England in autumn 2025, a period dominated by influenza A(H3N2) subclade K. Euro Surveill. 2025 Nov;30(46):2500854. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41267661/>.
6. Separovic L, Sabaiduc S, Zhan Y, Kaweski S, Olsha R, Hasso M, et al. Interim 2025/26 influenza vaccine effectiveness estimates with immuno-epidemiological considerations for A(H3N2) subclade K protection, Canada, January 2026. Euro Surveill. 2026;31(5):pii=2600068. Disponível em: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2026.31.5.2600068>.
7. Maloney P, Reeves E, Wielgosz K, et al Interim Estimates of 2025–26 Seasonal Influenza Vaccine Effectiveness — United States, September 2025–February 2026. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2026;75:116–123. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7509a2>.
8. Organización Mundial de la Salud. Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2026 southern hemisphere influenza season. Ginebra: OMS; 2025. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/recommended-composition-of-influenza-virus-vaccines-for-use-in-the-2026-southern-hemisphere-influenza-season> .
9. Organización Mundial de la Salud. Recommendations for influenza vaccine composition for the 2026-2027 northern hemisphere season. Ginebra: OMS; 2026. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/27-02-2026-recommendations-for-influenza-vaccine-composition-for-the-2026-2027-northern-hemisphere-season>.
10. Government of Canada. Public Health Agency of Canada. Canadian respiratory virus surveillance report. Weekly overview of key trends in the activity of respiratory viruses in Canada. Ottawa: PHAC; 2026 [acessado em 15 de abril de 2026]. Disponível em: <https://health-infobase.canada.ca/respiratory-virus-surveillance/explore.html>.
11. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Weekly US Influenza Surveillance Report: Key Updates for Week 13, ending April 4, 2026. Atlanta: CDC; 2026 [acessado em 15 de abril de 2026]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/fluview/surveillance/2026-week-13.html>.
12. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Respiratory Virus Activity Levels. Atlanta: CDC; 2026 [acessado em 15 de abril de 2026]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/respiratory-viruses/data/activity-levels.html>.

13. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Severe Viral Respiratory Illness. Atlanta: CDC; 2026 [acessado em 15 de abril de 2026]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/respiratory-viruses/data/illness-severity.html>.
14. Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semanal- Año 21. Semana Epidemiológica 14. Bogotá: INS; 2026. Disponível em: [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2026 Boletin epidemiologico semana 14.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2026%20Boletin%20epidemiologico%20semana%2014.pdf).
15. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde - ICICT/Fiocruz. Resumo do Boletim Infolnfluenza — Semana Epidemiológica (SE) 14 de 2026. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2026. Disponível em: [https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/Resumo InfoGripe 2026 14 0.pdf](https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/Resumo%20InfoGripe%202026%2014%200.pdf)
16. Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Alerta Epidemiológico: Influenza sazonal na Região das Américas: encerramento da temporada 2025 no hemisfério sul – início da temporada 2025-26 no hemisfério norte – 4 de dezembro de 2025. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2025. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/alerta-epidemiologico-influenza-sazonal-na-regiao-das-americas-encerramento-da-temporada>.
17. Organización Mundial de la Salud . Implementing the integrated sentinel surveillance of influenza and other respiratory viruses of epidemic and pandemic potential by the Global Influenza Surveillance and Response System: standards and operational guidance. Geneva: OMS; 2024. Disponível em: <https://www.who.int/publications/b/75676> .
18. Organización Mundial de la Salud . “«Elaboración del mosaico»: un marco para la vigilancia resiliente de virus respiratorios con potencial epidémico y pandémico. Geneva: OMS; 2024. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/c0476be3-12c0-4cda-86b6-de106a7cb933/content>.
19. Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Detección temprana, evaluación y respuesta ante eventos agudos de salud pública: Puesta en marcha de un mecanismo de alerta temprana y respuesta con énfasis en la vigilancia basada en eventos. Versión provisional. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2015. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/10115>.
20. Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional. Geneva: OMS; 2016. Disponível em: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241580496>.
21. Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Vigilancia integrada de la influenza y el SARS-CoV-2 algoritmo de pruebas de laboratorio. Washington, D.C.: OPAS; 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/es/documentos/vigilancia-integrada-influenza-sars-cov-2-algoritmo-pruebas-laboratorio>.
22. Organización Mundial de la Salud. Orientaciones operacionales para el envío de virus de la gripe estacional a los centros colaboradores de la OMS integrados en el sistema mundial de vigilancia y respuesta a la gripe. Geneva: OMS; 2017. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/330235>.
23. Organización Mundial de la Salud. Guidelines for the clinical management of severe illness from influenza virus infections. Geneva: OMS; 2022. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/352453>.
24. Organización Mundial de la Salud. Clinical care of severe acute respiratory infections – Tool kit Geneva: OMS; 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/clinical-care-of-severe-acute-respiratory-infections-tool-kit>.
25. Organización Mundial de la Salud. Clinical practice guidelines for influenza. Geneva: OMS; 2024. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240097759>.

26. Organização Pan-Americana da Saúde. Alertas e atualizações epidemiológicas. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2026 [acessado em 15 de abril de 2026]. Disponível em: <https://www.paho.org/es/alertas-actualizaciones-epidemiologicas?topic=4951&d%5Bmin%5D=&d%5Bmax%5D=>.
27. Organização Pan-Americana da Saúde. Infografía: Qué EPP usar en qué situación . Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/es/documentos/infografia-que-epp-usar-que-situacion> .
28. Organización Mundial de la Salud. Protocolo de estudio de la gripe no estacional y otras afecciones respiratorias agudas emergentes . Ginebra: OMS; 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-WHE-IHM-GIP-2018.2> .
29. Organización Mundial de la Salud, Gripe (estacional). Ginebra: OMS; 2025. Ginebra: OMS; 2025 [acessado em 15 de abril de 2026]. Disponível em: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(se-asonal\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(se-asonal)).
30. Organização Pan-Americana da Saúde. Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2025 [acessado em 15 de abril de 2026]. Disponível em: <https://www.paho.org/es/temas/influenza-sars-cov-2-vsr-otros-virus-respiratorios#collapse4>.
31. Organização Pan-Americana da Saúde. Vacuna contra la influenza . Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2026 [acessado em 15 de abril de 2026]. Disponível em: <https://www.paho.org/es/vacuna-contrainfluenza>.
32. Organización Mundial de la Salud. Vaccines against influenza: World Health Organization position paper – May 2022 . Ginebra: OMS; 2022. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354264/WER9719-eng-fre.pdf>.
33. Organización Mundial de la Salud. Increasing COVID-19 vaccination uptake. Ginebra: OMS; 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/increasing-covid-19-vaccination-uptake>.
34. Organización Mundial de la Salud. WHO SAGE Roadmap for prioritizing uses of COVID-19 vaccines. Ginebra: OMS; 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Vaccines-SAGE-Prioritization-2023.1>.
35. Organização Pan-Americana da Saúde. 1999-2024 TAG recommendations for Respiratory Syncytial Virus (RSV). Washington, D.C.: OPAS; 2025. Disponível em: <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-01/1999-2024-tag-recommendations-rsv.pdf> .
36. Organización Mundial de la Salud. WHO position paper on immunization to protect infants against respiratory syncytial virus disease, May 2025. Ginebra: OMS; 2025. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/who-wer-10022-193-218> .
37. Organização Pan-Americana da Saúde. Guía de campo sobre la inmunización materna y neonatal para Latinoamérica y el Caribe: anexo sobre la vacuna materna contra el virus respiratorio sincitial. Washington, D.C.: OPAS; 2024. Disponível em: <https://iris.paho.org/items/1cd0d50a-b13a-4fdd-8ce5-f4c12dd0ec49>.
38. Pfizer Inc. ABRYVO® (Respiratory Syncytial Virus Vaccine) Highlights of prescribing Information. New York: Pfizer; 2025. Disponível em: <https://www.fda.gov/media/168889/download>.
39. Sanofi Pasteur Limited. Product Monograph Including Patient Medication Information Beyfortus® nirsevimab injection. Toronto: SP; 2024. Disponível em:

<https://www.sanofi.com/assets/countries/canada/docs/products/vaccines/beyfortus-en.pdf>.

40. Merck Sharp & Dohme LLC. ENFLONSIATM (clesrovimab-cfor) Highlights of prescribing Information. New Jersey: Merck; 2025. Disponível em: https://www.merck.com/product/usa/pi_circulars/e/enflonsia/enflonsia_pi.pdf
41. Glaxo Smith Kline. AREXVY (Respiratory Syncytial Virus Vaccine, Adjuvanted) Highlights of prescribing. Durham: GSK; 2025. Disponível em: https://gskpro.com/content/dam/global/hcpportal/en_US/Prescribing_Information/Arexvy/pdf/AREXVY.PDF.
42. United States Food and Drug Administration. MRESVIA. Silver Spring: FDA; 2025. Disponível em: <https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines/mresvia>.
43. Organización Mundial de la Salud. Non-pharmaceutical public health measures for mitigating the risk and impact of epidemic and pandemic influenza. Ginebra: OMS; 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/non-pharmaceutical-public-health-measures-for-mitigating-the-risk-and-impact-of-epidemic-and-pandemic-influenza>.
44. Organización Mundial de la Salud. Orientaciones para la aplicación de medidas de salud pública no farmacológicas en grupos de población en situación de vulnerabilidad en el contexto de la COVID-19. Ginebra: OMS; 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/items/172205cc-ff59-46f2-8fb7-569d9b8c251a>.

Outros links úteis

Vigilância

- Organização Mundial da Saúde. Statement on the fifteenth meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the coronavirus disease (COVID-19) pandemic. Ginebra: OMS; 2023. Disponível em: [https://www.who.int/es/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/es/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic).
- Organização Mundial da Saúde. Maintaining influenza surveillance and monitoring SARS-CoV-2: adaptation of the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS) and sentinel systems during the COVID-19 pandemic: revised interim guidance, 31 January 2022. Ginebra: OMS; 2022. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/360484>.
- Organização Pan-Americana da Saúde. Final report: Ad hoc expert consultation in the Region of the Americas – Challenges, gaps and next steps for COVID-19 surveillance and its integration into influenza and other respiratory virus surveillance. Washington, D.C.: OPAS; 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/es/documentos/informe-final-consulta-ad-hoc-expertos-region-americas-retos-brechas-proximos-pasos>.
- Organização Mundial da Saúde. Global Influenza Programme. Ginebra: OMS; 2025. Disponível em: <https://www.who.int/teams/global-influenza-programme/surveillance-and-monitoring/influenza-updates>.
- Organização Mundial da Saúde. Manual for the laboratory diagnosis and virological surveillance of influenza. Ginebra: OMS; 2011. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44518>.

Tratamento clínico

- Organização Pan-Americana da Saúde. Guia para la atención de pacientes adultos críticos con COVID-19 en las Américas, versión 3. Washington, D.C.: OPAS; 2021. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53894>.
- Organização Pan-Americana da Saúde. Consideraciones sobre el uso de antivirales, anticuerpos monoclonales y otras intervenciones para el manejo de pacientes con COVID-19 en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPAS; 2022. Disponível em: <https://iris.paho.org/items/034bd25d-a70f-423a-9a1d-ec334affc800>.
- Organização Pan-Americana da Saúde. Nota informativa: Medidas de prevención y control para prevenir la transmisión de la influenza estacional – 19 de diciembre de 2025. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2025. Disponível em: <https://www.paho.org/es/documentos/nota-informativa-medidas-prevencion-control-para-prevenir-transmission-influenza>.
- Organização Mundial da Saúde. Framework and toolkit for infection prevention and control in outbreak preparedness, readiness and response at national level. Genebra: OMS; 2025. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/384371>.
- Organização Mundial da Saúde. Minimum requirements for infection prevention and control programmes. Genebra: OMS; 2019. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/330080>.
- Organização Mundial da Saúde. Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19): Interim guidance, 19 March 2020. Genebra: OMS; 2020. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/331498>