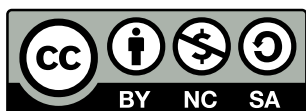

Boletim do SEVS

Serviço de Vigilância em Saúde - 2026

Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI/Fiocruz)





Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Tiragem 2026 - versão eletrônica

Boletim SEVS - 2026

Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI/Fiocruz)
Serviço de Vigilância em Saúde (SEVS)

Elaboração distribuição de informações:

SEVS/INI/Fiocruz

Av. Brasil, 4365 - Manguinhos

CEP: 21040-360 - Rio de Janeiro-RJ

Site: <https://www.ini.fiocruz.br/>

E-mail: sevs@ini.fiocruz.br

Diretor do INI

Estevão Portela Nunes

Vice-diretor de Atenção e Vigilância em Saúde

Hugo Boechat Andrade

Chefe do SEVS

Mayumi Duarte Wakimoto

Equipe Técnica do SEVS

Elisabete Penha Vaz Albuquerque

Fabio Moura das Neves

José Henrique de Lacerda Furtado

Kelly Lima dos Santos

Margarete Bernardo Tavares da Silva

Rayssa Tavares Schuenck

Sabrina Silva Vaz de Oliveira

Bruno Rosa da Silva

Camille Silva Soave Lima

Editores Responsáveis

Mayumi Duarte Wakimoto

Fabio Moura das Neves

Coordenação de Produção

Alexandre Magno (ACS/INI/Fiocruz)

Projeto Gráfico e Diagramação

Renan Soares (ACS/INI/Fiocruz)

Lista de figuras

- | | |
|---------------------------|--|
| Figura 1
pag 14 | Evolução do número de casos de sífilis adquirida, notificados no INI/FIOCRUZ entre 2017 e 2025 |
| Figura 2
pag 15 | Distribuição mensal dos casos de sífilis adquirida por sexo ao nascer, notificados no INI/FIOCRUZ, 2024 |
| Figura 3
pag 15 | Distribuição mensal dos casos de sífilis adquirida por sexo ao nascer, notificados no INI/FIOCRUZ, 2025 |
| Figura 4
pag 16 | Distribuição dos casos de sífilis adquirida por sexo ao nascer e faixa etária, notificados no INI/FIOCRUZ, em 2024 |
| Figura 5
pag 16 | Distribuição dos casos de sífilis adquirida por sexo ao nascer e faixa etária, notificados no INI/FIOCRUZ, em 2025 |
| Figura 6
pag 18 | Distribuição dos casos de Síndrome Gripal confirmados por agente etiológico no INI em 2024 |
| Figura 7
pag 19 | Distribuição dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave internados no INI em 2024 por agente etiológico |

Lista de figuras

- | | |
|----------------------------|---|
| Figura 8
pag 20 | Distribuição dos casos de Síndrome Gripal confirmados por agente etiológico no INI em 2025 |
| Figura 9
pag 21 | Distribuição dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave internados no INI em 2025 por agente etiológico |
| Figura 10
pag 22 | Distribuição de casos suspeitos de Arboviroses atendidos e internados no INI/FIOCRUZ, 2024. |
| Figura 11
pag 23 | Distribuição de casos de Dengue segundo local de atendimento e confirmação no ano de 2024 e 2025 |
| Figura 12
pag 24 | Distribuição de casos notificados de Dengue, Chikungunya e Febre do Oropouche no ano de 2025 |
| Figura 13
pag 26 | Dados epidemiológicos dos casos de Mpox notificados no INI/Fiocruz em 2024 |
| Figura 14
pag 27 | Dados epidemiológicos dos casos de Mpox notificados no INI/Fiocruz em 2025 |

Lista de tabelas

Tabela 1
pag 09 | Distribuição das notificações realizadas no ano de 2024 pelo Serviço de Vigilância em Saúde - INI/Fiocruz (Parte 1)

Tabela 1
pag 10 | Distribuição das notificações realizadas no ano de 2024 pelo Serviço de Vigilância em Saúde - INI/Fiocruz (Parte 2)

Tabela 2
pag 11 | Distribuição das notificações realizadas no ano de 2025 pelo Serviço de Vigilância em Saúde - INI/Fiocruz (Parte 1)

Tabela 2
pag 12 | Distribuição das notificações realizadas no ano de 2025 pelo Serviço de Vigilância em Saúde - INI/Fiocruz (Parte 2)

Tabela 2
pag 13 | Distribuição das notificações realizadas no ano de 2025 pelo Serviço de Vigilância em Saúde - INI/Fiocruz (Parte 3)

Sumário

07

Introdução

08

Notificações no INI em
2024 - 2025

14

Sífilis Adquirida

17

Síndrome Gripal e Síndrome
Respiratória Aguda Grave

22

Dengue, Chikungunya e
Febre do Oropouche

25

MPOX

29

Alertas e Atualizações
Epidemiológicas pelo mundo

31

Considerações Finais

32

Referências



Introdução

Nesta edição do Boletim Epidemiológico SEVS-INI apresentamos a análise do perfil clínico-epidemiológico dos pacientes atendidos e notificados no Instituto em 2025 de forma comparativa ao ano de 2024. São apresentadas as principais doenças e agravos — como Mpox, Síndromes Respiratórias, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e Arboviroses —, atendidos no INI/Fiocruz, que se consolida como hospital de referência nacional, desempenhando papel estratégico na produção de evidências e na resposta a emergências sanitárias.

Notificações no INI em 2024 - 2025

As tabelas 1 e 2 descrevem as doenças e agravos notificados no INI nos anos de 2024 e 2025. Houve um aumento no total geral de doenças de notificação compulsória (DNC), com 5.697 notificações realizadas em 2024 e 6.785 em 2025. Chama a atenção o aumento de 80% nos casos notificados de sífilis, que ocupa o primeiro lugar no total de DNC em 2025. O número de notificações de dengue em 2025 (n=313) caiu para menos da metade do total de notificações em 2024 (n=777), embora permaneça como a arbovirose predominante. A febre do oropouche passou de quatro casos suspeitos em 2024 (75% confirmados) a 60 registros em 2025 e incremento entre os casos confirmados (81,6%).

No ano de 2025 a síndrome gripal ocupou a segunda posição entre as notificações, com 783 registros, um decréscimo em relação a 2024 quando ocupou o

primeiro lugar no ranking das notificações totalizando 804 casos. As síndromes respiratórias permanecem em destaque, com a síndrome gripal ocupando o segundo lugar em 2025 e primeiro lugar em 2024 entre as DNC do INI. Em relação à tuberculose observamos aumento em torno de 40% no total de casos notificados em 2025.

O total de casos suspeitos de HIV aumentou cerca de 80% em 2025 em relação a 2024, enquanto as notificações de AIDS revelaram pequeno decréscimo entre os anos observados. Já em relação aos casos suspeitos de Mpox observou-se um importante decréscimo em 2025 (498 casos em 2024; 242 em 2025).

Tabela 1 – Distribuição das notificações realizadas no ano de 2024 pelo Serviço de Vigilância em Saúde - INI/Fiocruz

Doença/Agravo	Mês de Notificação - 2024												TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
SÍNDROME GRIPAL	34	112	34	114	25	39	38	40	121	58	76	113	804
DENGUE	75	121	148	136	105	49	42	18	29	17	17	20	777
SÍFILIS ADQUIRIDA	43	40	47	47	36	40	70	67	52	61	58	42	603
TUBERCULOSE	43	19	23	33	52	49	75	54	43	51	51	39	532
MPOX	58	47	39	30	24	25	23	44	89	50	40	29	498
AIDS	38	16	22	50	66	38	38	26	34	34	32	22	416
HIV	18	7	8	25	63	35	47	27	30	39	31	38	368
CHAGAS CRÔNICA	4	11	4	15	6	14	36	32	10	66	33	9	240
ESPOROTRICOSE	14	17	19	19	19	9	24	17	23	19	8	11	199
SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE	19	36	15	6	3	2	6	26	23	6	9	6	157
SÍNDROME DO CORRIMENTO URETRAL MASCULINO	3	3	2	22	3	2	17	26	16	19	22	1	136
MALÁRIA	10	9	7	10	9	11	8	11	10	13	8	8	114
HEPATITE C	9	3	8	16	11	7	10	10	8	12	7	5	106
MENINGITE	6	2	5	9	4	4	9	8	6	3	9	9	74
HEPATITE B	5	1	3	5	6	13	8	6	6	10	5	4	72
ILTB/HIV	3	6	4	4	3	7	15	6	3	3	8	3	65
HISTOPLASMOSE	2	2	1	3	12	4	8	7	2	1	9	3	54
ACIDENTE DE TRABALHO	5	3	2	4	7	6	1	5	3	10	4	3	53
HERPES GENITAL	2			2	3	2	8	4	10	7	14	1	53
LEPTOSPIROSE	10	9	4	3	4	2	2		3	4	5	2	48
CRIOCOCOSE	3		2	5	4	4	4	3	7	3	6	1	42
HEPATITE A	3	2	4	2	3	1	7	1	1	4	3	4	35

Tabela 1(Parte 1)

Doença/Agravo	Mês de Notificação - 2024												TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
PARACOCCIDIOIDOMICOSE	1	5	2	2	3	1	4	1	3	6		5	33
INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS					3	9	11	2		1			26
ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS	5		1	2	3	1	3		3	2	2	2	24
CHIKUNGUNYA	5	2	3	1	3	2	3	1	1	2	1		24
LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA	3	5		2	2	3		3	3	1	2		24
ILTB/TB	4			2	1		5	5	2	3	1		23
VARICELA	1		1						4	3	8	4	21
VIOLÊNCIAS					3		3			3	1	7	17
FEBRE MACULOSA				1	2		1	1	4	2	2		13
CONDILOMA ACUMINADO (HPV)	1	1		1		1	1		1	2	1		9
HEPATITE B/C					1	1			1	2		1	6
ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO HUMANO							1		2	1	1		5
FEBRE OROPOUCHE		1					1	1		1			4
DOENÇA NEUROINVASIVA POR ARBOVÍRUS		1					1		1				3
COQUELUCHE										1	1	1	3
LEISHMANIOSE VISCERAL			1						1		1		3
INTOXICAÇÃO EXÓGENA									1	1		1	3
TOXOPLASMOSE GESTACIONAL				1	1								2
VARICELA GRAVE									2				2
ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE										1			1
DENGUE E CHIKUNGUNYA COINFEÇÃO	1												1
PAROTIDITE INFECCIOSA (CAXUMBA)										1			1
HEPATITE FULMINANTE							1						1
GUILLAIN-BARRÉ										1			1
DOENÇA PRIÔNICA								1					1
TOTAIS	428	481	409	572	490	381	531	453	559	523	476	394	5697

Tabela 1(Parte 2)

Fonte: SEVS/INI/Fiocruz, notificações de doenças e agravos - janeiro a dezembro de 2024
*ILTB - Infecção Latente por Tuberculose

Tabela 2 – Distribuição das notificações realizadas no ano de 2025 pelo Serviço de Vigilância em Saúde - INI/Fiocruz

DOENÇA/AGRAVO	MÊS DE NOTIFICAÇÃO - 2025												TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
SÍFILIS ADQUIRIDA	71	43	61	48	89	81	119	85	137	131	113	113	1091
SÍNDROME GRIPAL	34	32	29	9	110	134	68	117	103	16	92	39	783
TUBERCULOSE	41	32	59	53	62	75	74	66	71	70	77	67	747
HIV	48	37	58	43	43	105	83	50	57	45	49	57	675
AIDS	20	9	13	22	36	40	28	53	41	38	22	21	343
DENGUE	24	44	40	36	39	12	26	23	30	21	9	9	313
ESPOROTRICOSE	15	12	21	14	19	15	20	28	24	35	18	29	250
INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	2	3	7	3	4	17	24	35	37	40	34	43	249
MPOX	31	22	35	36	28	14	23	15	8	11	9	10	242
SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE	18	5	4	17	7	27	24	43	24	31	18	6	224
CHAGAS CRÔNICA	3	7	3	16	13	52	47	26	16	10	6	9	208
MENINGITE	7	12	19	15	13	13	9	18	19	23	20	19	187
SÍNDROME DO CORRIMENTO URETRAL MASCULINO	7	11	7	15	15	29	17	14	13	15	19	24	186
HERPES GENITAL	7	5	8	7	11	8	14	24	20	16	18	19	157
HEPATITE C	10	12	14	8	14	9	5	10	19	8	7	10	126
ILTB/HIV	3	1	2	4	3	10	14	23	13	13	7	2	95
HEPATITE B	10	10	5	12	8	2	3	9	10	3	4	14	90
MALÁRIA	12	3	3	1	11	9	10	10	8	8	5	9	89
HISTOPLASMOSE	5	3	8	2	6	4	4	9	12	6	12	2	73
ACIDENTE DE TRABALHO	7	3	3	3	2	9	10	6	5	3	5	6	62
FEBRE OROPOUCHE	2	10	17	2	17	5	4	1	1	1			60

Tabela 2(Parte 1)

Doença/Agravo	Mês de Notificação - 2025												TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
CRUPTOCOCOSE	2		8	6	8	4	2	7	4	7	4	4	56
VIOLÊNCIAS	2		2	3			4	6	7	14	4	4	46
HEPATITE A	3	3	3	11	10	3	2	3	3	2	1	1	45
ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS	8	2	3	1	4	2	3		3	4	4	10	44
LEPTOSPIROSE	8	5	1	3	5	4	3	2	1	5	2		39
CONDILOMA ACUMINADO (HPV)		1	1	4	3	4	3	2	8	3	6	1	36
VARICELA	2	1	1	5	3	1	3	3	4	6	3	2	34
ILTB/TB			1		1	5	3	5	12	3	2	1	33
ASPERGILOSE			1	2	4	5	2	1	10	1	4	2	32
FEBRE MACULOSA	1	1	1	1	4	2	2	2	5	3	1		23
LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA	3	2				3		5	2	2	1	4	22
INTOXICAÇÃO EXÓGENA				1			2	3	3	7	4	2	22
ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO HUMANO		1			2	3	2	1	1	4	1	5	20
PARACOCCIDIOIDOMICOSE	2	3	2	1	2	1	4	1	1	1		1	19
CHIKUNGUNYA	1	3	1				2		3	1	6	1	18
SÍNDROME DO CORRIMENTO CERVICAL FEMININO	1					3	4	1	1	2	1	1	14
HEPATITE B/C			1		1	1		1				1	5
HTLV												5	5
PAROTIDITE INFECCIOSA (CAXUMBA)					1				1		1		3
LEISHMANIOSE VISCERAL			1	1									2
SARAMPO							1			1			2
SÍFILIS GESTACIONAL					1							1	2
HERPES					1			1					2
TOXOPLASMOSE GESTACIONAL							1						1
ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE				1									1

Tabela 2(Parte 2)

Doença/Agravo	Mês de Notificação - 2025												TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
DENGUE E CHIKUNGUNYA COINFEÇÃO		1											1
TÉTANO	1												1
HEPATITE A/B					1								1
SÍNDROME DA ÚLCERA GENITAL					1								1
FEBRE AMARELA							1						1
HANTAVIROSE									1				1
DIFTERIA						1							1
CANDIDÍASE DISSEMINADA									1				1
TOXOPLASMOSE CONGÊNITA						1							1
TOTAIS	411	339	443	406	602	713	670	709	739	610	589	554	6785

Tabela 2(Parte 3)

Fonte: SEVS/INI/Fiocruz, notificações de doenças e agravos - janeiro a dezembro de 2025
 *ILTBT – Infecção Latente por Tuberculose

Sífilis Adquirida

A sífilis permanece como um importante desafio de saúde pública com tendência crescente em nível global. De acordo com estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), o número estimado de novos casos de sífilis aumentou em pessoas com idade entre 15 e 49 anos, passando de 7,1 milhões em 2020, para 8,0 milhões em 2022. Além disso, a prevalência global estimada de sífilis ativa em 2022 foi de 0,6% de toda população mundial, exigindo a adoção de medidas urgentes de controle da situação (Who, 2024).

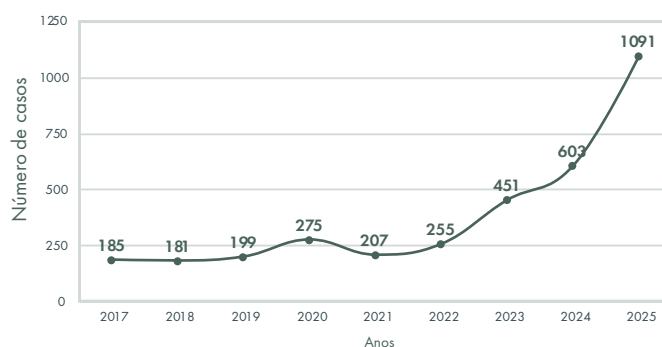
No cenário brasileiro, observa-se semelhante tendência de ascensão no número de casos diagnosticados de sífilis adquirida no país. Houve um crescimento contínuo no período entre 2013 e 2019, quando atingiu 78,4 casos por 100.000 habitantes. A partir de 2021 se restabelece a tendência de crescimento pré-pandemia, com incremento de 26,0% entre 2021 e 2022, e de 11,0% entre 2022 e 2023 (Brasil, 2024). No ano de 2023 foram registrados 242.826 casos de sífilis adquirida no país, resultando em uma taxa de detecção de 113,8 casos por 100.000 habitantes.

As ações de prevenção e controle da doença exigem uma abordagem multifacetada, incluindo não só medidas educativas para a promoção de práticas sexuais seguras, mas também, a melhoria das condições de vida e saúde da população, redução das desigualdades sociais e, sobretudo, ampliação do acesso a serviços de saúde,

especialmente para populações vulneráveis que estão em maior risco de infecção (Nunes; Siqueira, 2024). Nesse contexto, a compreensão dos aspectos epidemiológicos da sífilis é essencial para o planejamento e implementação de ações efetivas de controle da doença (Esméria Neta et al., 2024).

Ao analisar os dados de notificação de sífilis adquirida do INI/FIOCRUZ, observa-se semelhante tendência de aumento no número de casos, conforme disposto na figura 1. Em 2024, foram notificados 603 casos da doença, sendo 510 (84,5%) em homens e, 93 (15,5%) em mulheres. Um incremento de 152 (33,7%) casos, em relação ao ano anterior.

Figura 1 – Evolução do número de casos de sífilis adquirida, notificados no INI/FIOCRUZ entre 2017 e 2025



Fonte: SEVS/INI/Fiocruz, notificações de sífilis adquirida 2017 - 2025

Esse crescimento também pode ser notado em 2025, quando foram notificados 1091 casos de sífilis adquirida. Um aumento de 80,9%, quando comparado ao número de casos notificados no ano anterior. Além disso, assim como em 2024, o número de homens acometidos pela

infecção é superior ao de mulheres em 2025, com 886 (81,2%) e 205 casos (18,8%), respectivamente. Os dados referentes aos números de casos notificados ao longo de 2024 e 2025 estão dispostos nas figuras 2 e 3.

Figura 2 – Distribuição mensal dos casos de sífilis adquirida por sexo ao nascer, notificados no INI/FIOCRUZ, 2024

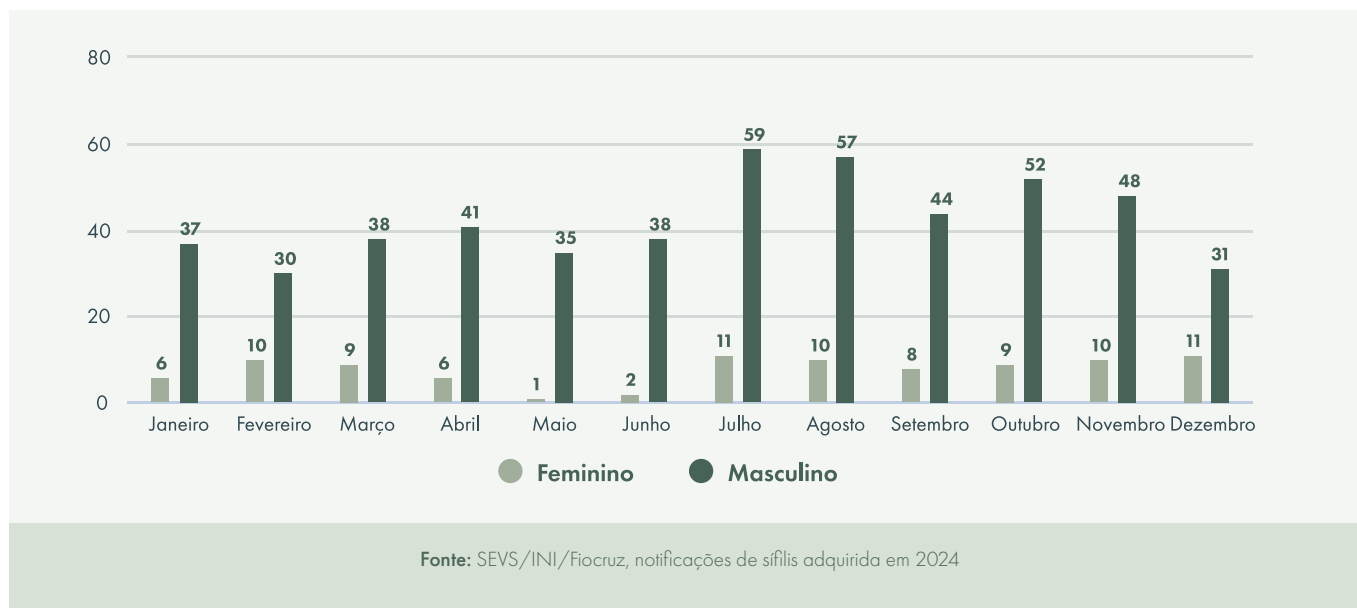
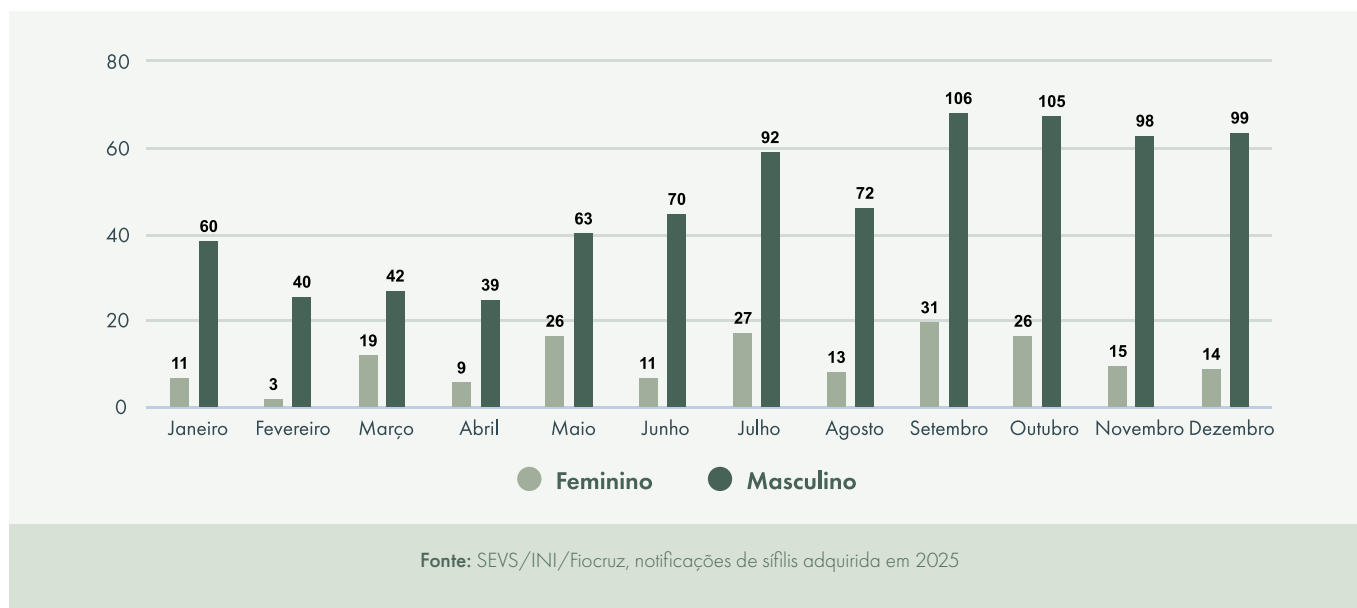


Figura 3 – Distribuição mensal dos casos de sífilis adquirida por sexo ao nascer, notificados no INI/FIOCRUZ, 2025

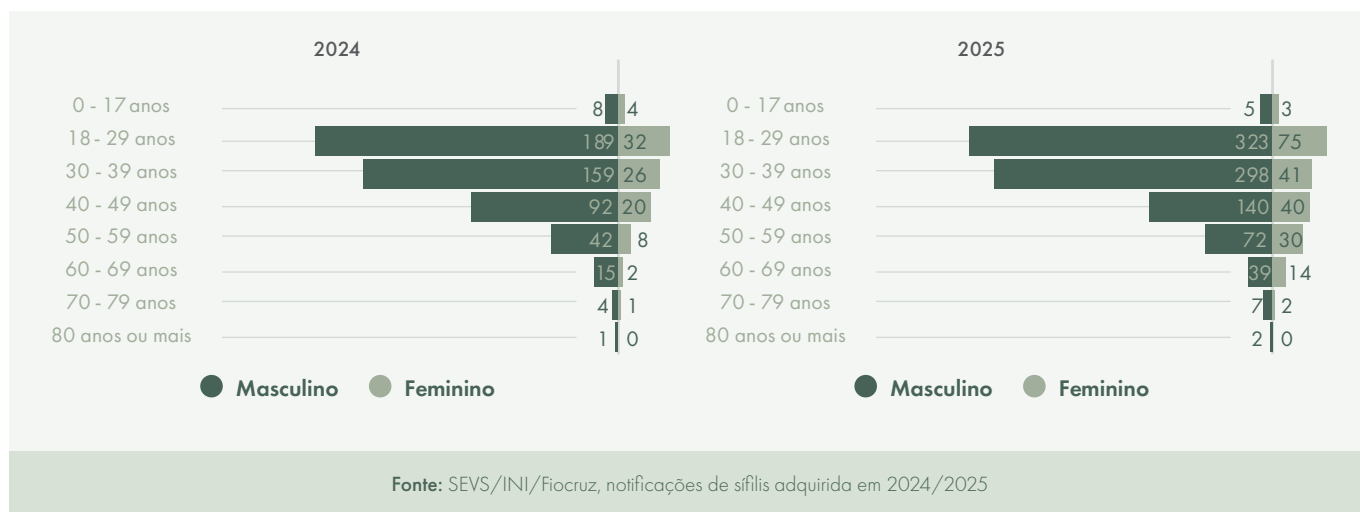


A ficha de notificação de sífilis, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), ainda não considera a diversidade de gênero existente, o que pode se constituir como um dos marcadores sociais relacionados tanto ao nível de exposição ao agravo, quanto ao acesso aos serviços de saúde, sobretudo, considerando que a sífilis apresenta elevada e crescente prevalência em populações vulnerabilizadas (Ramos Junior, 2022). Portanto, constitui um desafio para o planejamento e operacionalização de políticas públicas efetivas para o controle da doença, que

contribuam também, para a justiça de gênero na saúde global (Hawkes et al., 2025).

No que tange ao perfil etário dos casos notificados de sífilis no INI/FIOCRUZ, observa-se semelhança ao perfil epidemiológico nacional, em que se observa maior concentração de casos na faixa etária entre 18 e 49 anos, destacando-se a faixa de 18 a 29 anos tanto para homens como para mulheres nos anos de 2024 e 2025 (figuras 4 e 5).

Figuras 4 e 5 – Distribuição dos casos de sífilis adquirida por sexo ao nascer e faixa etária, notificados no INI/FIOCRUZ, em 2024 e 2025



Diante da complexidade que envolve a prevenção e controle da sífilis, destaca-se o engajamento do Brasil, junto à Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e à Organização Mundial da Saúde (OMS), para a eliminação da transmissão vertical da doença, enquanto um problema de saúde pública, sobretudo, considerando os possíveis efeitos deletérios tanto à mãe, quanto ao feto/bebê, podendo implicar até mesmo em aborto espontâneo, partos prematuros, baixo peso ao nascer, morte neonatal, ou mesmo diversas complicações clínicas precoces e tardias em nascidos vivos (Esméria Neta et al., 2024). Trata-se de um compromisso do governo brasileiro, reafirmado em 2024 por meio do decreto que institui o Programa Brasil Saudável (Brasil, 2024), exigindo um esforço de todos os níveis de atenção à saúde. Destaca-se, portanto, o esforço em curso de toda equipe de saúde do INI/FIOCRUZ

não só, para a ampliação do acesso às ações de saúde ofertadas no instituto, mas também, a qualificação contínua dos dados de notificação, considerando sua importância para o planejamento e implementação de ações cada vez mais efetivas e equânimes para a população.

Além disso, em resposta ao alarmante cenário epidemiológico da Sífilis no país, destaca-se, por fim, a importante iniciativa do Ministério da Saúde brasileiro, com a inédita incorporação da DoxiPEP (doxiciclina), como profilaxia pós-exposição para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) bacterianas no Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da publicação da Portaria SCTIE/MS nº 16, de 10 de março de 2026 (Brasil, 2026), avaliada internacionalmente como uma estratégia potencial para reduzir a incidência dessas doenças, sobretudo, em populações com maior risco de exposição.

Síndrome Gripal e Síndrome Respiratória Aguda Grave

A vigilância das síndromes respiratórias, como a Síndrome Gripal (SG) e a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), constitui uma estratégia sentinela essencial para detectar surtos precocemente, acompanhar a circulação viral e orientar medidas de prevenção. No Brasil, esta estratégia foi reforçada a partir de 2009, com a implantação da vigilância da SRAG durante a pandemia de Influenza A (H1N1)pdm09 (BRASIL, 2025), e ganhou ainda mais importância com a pandemia da COVID-19.

A partir da emergência do SARS-CoV-2, o Brasil integrou a vigilância da COVID-19 ao sistema anteriormente destinado ao monitoramento da Influenza (SIVEP-Gripe) (BRASIL, 2024). Em maio de 2023, com a redução de internações e óbitos, a COVID-19 deixou de ser considerada uma Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2023).

A análise dos dados registrados no INI ao longo de 2024 revela um cenário de maior circulação do SARS-CoV-2 em comparação aos demais vírus respiratórios identificados. No período, foram notificados 804 atendimentos por Síndrome Gripal, dos quais apenas um não teve amostra coletada. Entre os 803 pacientes

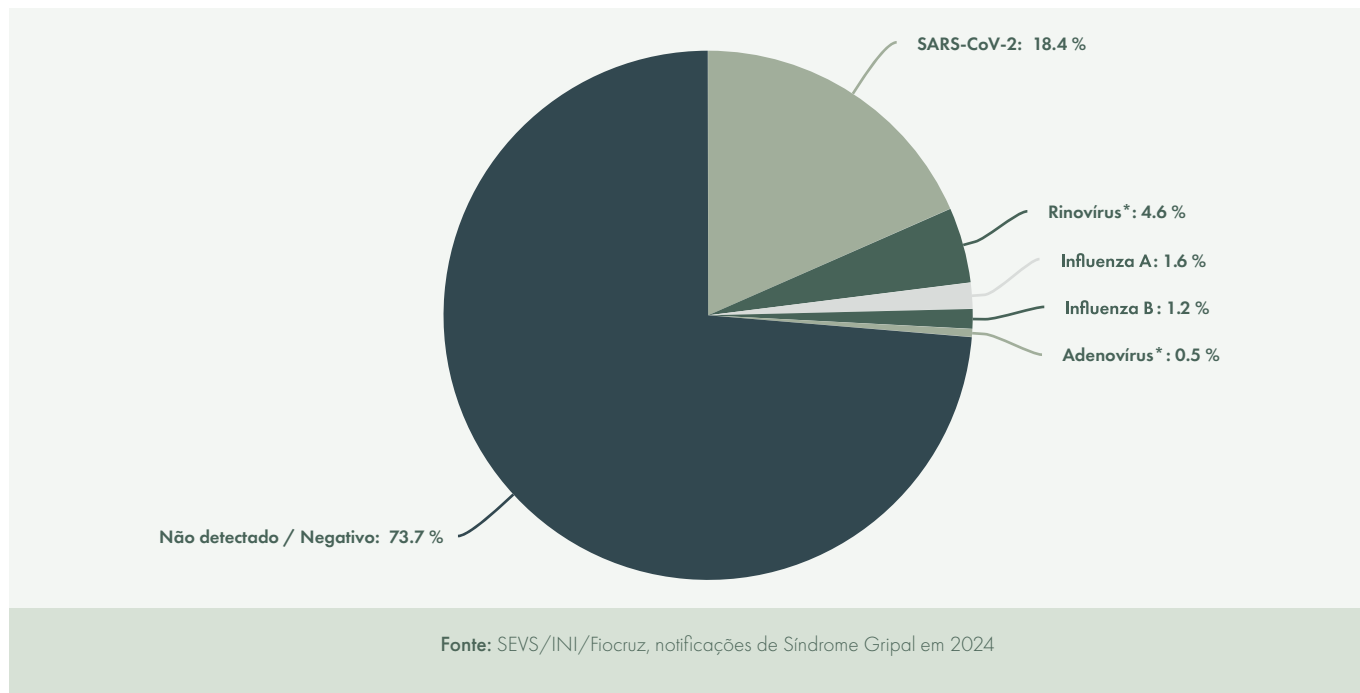
testados, 94 (11,7%) foram submetidos a RT-PCR e 709 (88,3%) a testes rápidos.

Nos exames processados por RT-PCR, observaram-se 34 de SARS-CoV-2 (36,2%), 5 de Influenza A (5,3%), 9 de Influenza B (9,6%), 37 casos de Rinovírus (39,4%) e 4 de Adenovírus (4,3%), além de cinco resultados (5,3%) sem detecção de agente etiológico. Já entre os testes rápidos, 114 (16,1%) foram positivos para SARS-CoV-2, 8 (1,1%) para Influenza A e 1 (0,1%) para Influenza B, enquanto a maioria, 586 exames (82,6%), apresentou resultado negativo.

Considerando o conjunto de amostras analisadas ao longo do ano (n = 803), foram confirmados 148 casos de SARS-CoV-2 (18,4%), número superior ao dos demais vírus: 13 casos de Influenza A (1,6%), 10 de Influenza B (1,2%), 37 de Rinovírus (4,6%) e 4 de Adenovírus (0,5%). Em 591 atendimentos (73,6%), não houve detecção de nenhum dos agentes etiológicos pesquisados (Figura 6).

A maior concentração de atendimentos por SG ocorreu nos meses de setembro (n=121), abril (n=114), dezembro (n=113) e fevereiro (n=112), com predomínio de casos nas faixas etárias de 18 a 29 anos e 30 a 39 anos, especialmente entre mulheres (n=474; 59%).

Figura 6 – Distribuição dos casos de Síndrome Gripal confirmados por agente etiológico no INI/Fiocruz em 2024



Em relação aos casos de SRAG internados no INI em 2024, foram registradas 157 notificações. Em dois deles não houve coleta de amostra, enquanto 155 pacientes passaram por investigação laboratorial, sendo 147 (94,8%) por RT-PCR e 8 (5,2%) por teste rápido.

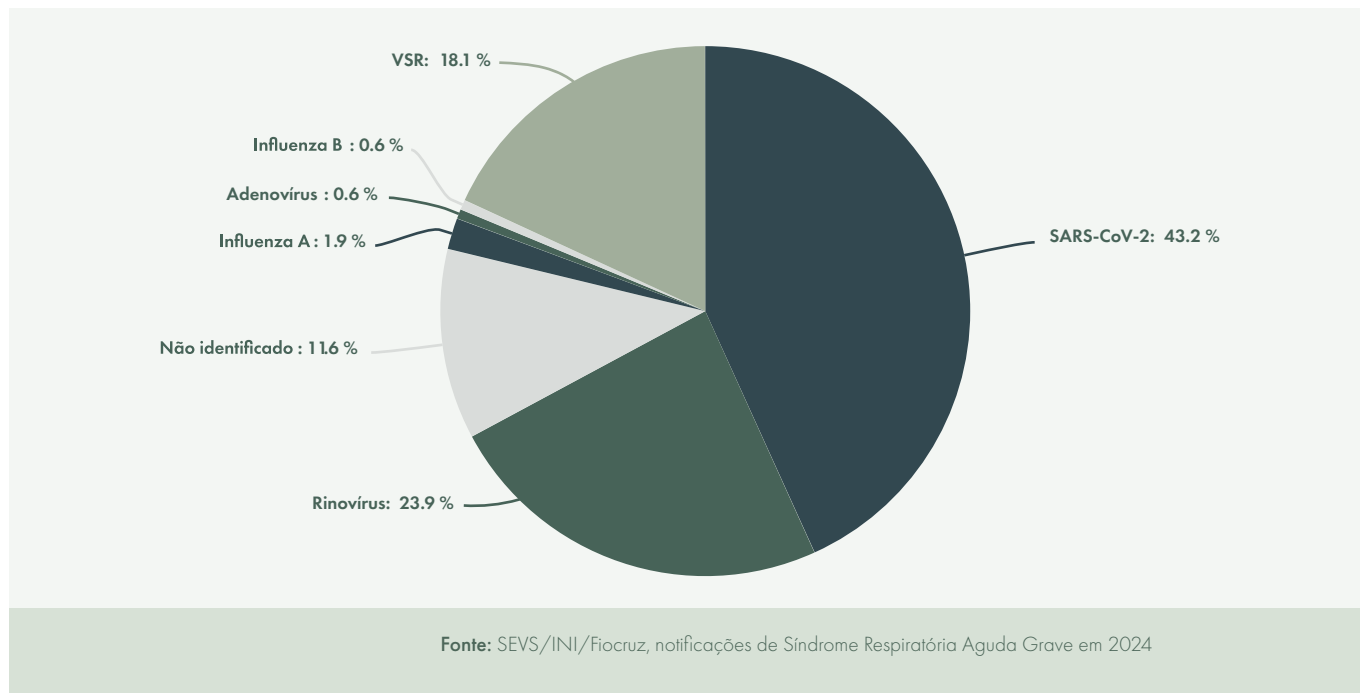
Entre os resultados obtidos por RT-PCR, observou-se predominância do SARS-CoV-2, com 64 casos (43,5%), seguido por Rinovírus (37; 25,2%), Influenza A (16; 10,9%), Adenovírus (3; 2%), Influenza B (1; 0,7%) e Vírus Sincicial Respiratório (1; 0,7%). Em 25 amostras (17%), não houve confirmação de nenhum dos vírus pesquisados. Entre os testes rápidos, 3 resultados foram positivos para SARS-CoV-2 (37,5%), 2 para Influenza A (25%) e 3 apresentaram resultado negativo (37,5%).

Considerando o total de amostras analisadas

(n = 155), o SARS-CoV-2 foi o vírus mais frequente, responsável por 67 casos (43,2%), seguido por Rinovírus (37; 23,9%) e Influenza A (18; 11,6%). Também foram detectados Adenovírus (3; 1,9%), Influenza B (1; 0,6%) e Vírus Sincicial Respiratório (1; 0,6%). Em 28 notificações (18,1%), não houve identificação de nenhum dos vírus investigados (Figura 7).

A maior concentração de atendimentos por SRAG ocorreu no mês de fevereiro (n=36), sendo 24 casos confirmados para SARS-CoV-2. A faixa etária com maior número de internações foi de 40 a 49 anos (n=29), seguida por 30 a 39 anos (n=26) e 18 a 29 anos (n=25), com ligeiro predomínio do sexo masculino (n=83; 52,8%). No ano de 2024, registraram-se 18 óbitos decorrentes de SRAG.

Figura 7 – Distribuição dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave internados no INI/Fiocruz em 2024 por agente etiológico



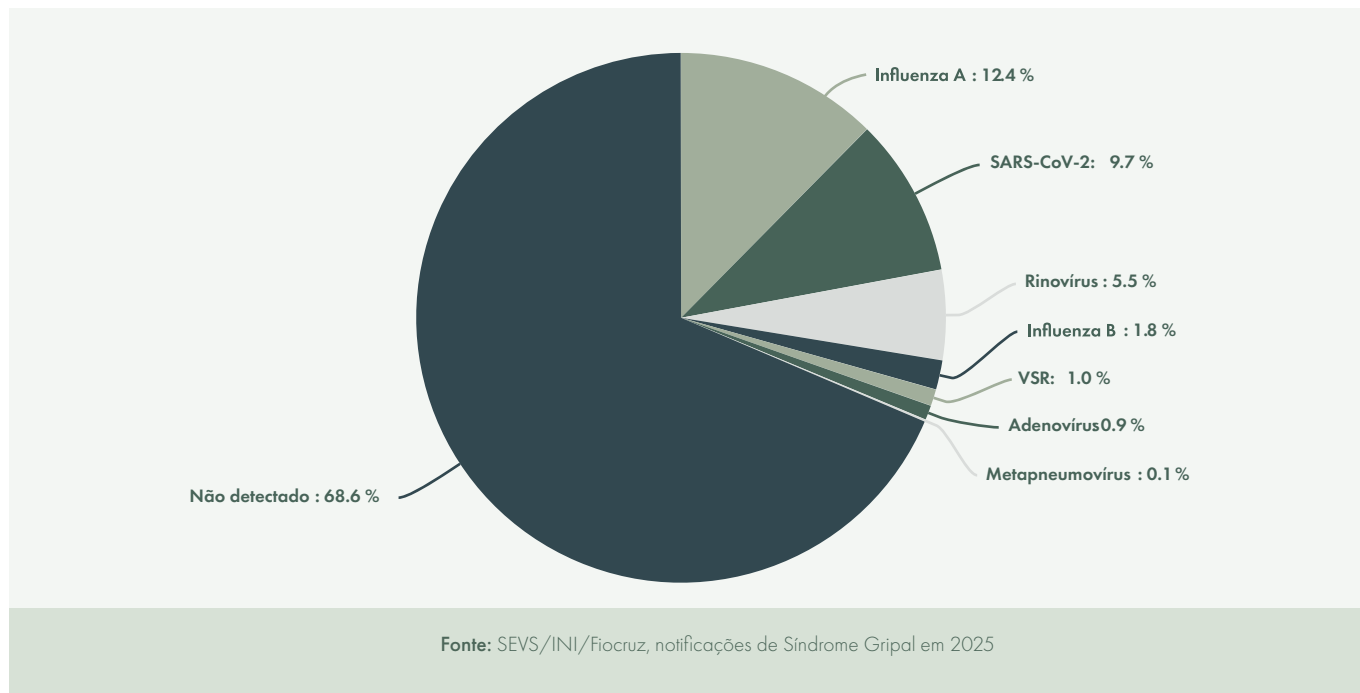
A análise dos dados por Síndrome Gripal registrados no INI em 2025 evidencia um cenário distinto do observado no ano anterior, com predomínio da Influenza A entre os vírus respiratórios identificados. Ao longo de todo o ano de 2025, foram registrados 783 atendimentos por SG. Desses, 129 pacientes (16,5%) realizaram RT-PCR e 654 (83,5%) foram submetidos a testes rápidos.

Nos exames moleculares, observaram-se 23 casos de SARS-CoV-2 (17,8%), 34 de Influenza A (26,4%), 4 de Influenza B (3,1%), 43 casos de Rinovírus (33,3%), 8 de Vírus Sincicial Respiratório (6,2%), 7 de Adenovírus (5,4%) e 1 de Metapneumovírus (0,8%). Em nove amostras (7,0%), não houve detecção de agente etiológico. Entre os testes rápidos, 53 foram positivos para SARS-CoV-2 (8,1%), 63 para Influenza A (9,6%) e 10 para Influenza B (1,5%), enquanto 528 exames (80,7%) apresentaram resultado negativo.

Considerando o conjunto das amostras analisadas (n = 783), a Influenza A destacou-se como o vírus predominante, com 97 casos confirmados (12,4%), seguida pelo SARS-CoV-2 (76; 9,7%) e pelo Rinovírus (43; 5,5%). Foram ainda identificados 14 casos de Influenza B (1,8%), 8 de Vírus Sincicial Respiratório (1,0%), 7 de Adenovírus (0,9%) e 1 de Metapneumovírus (0,1%). Em 537 atendimentos (68,6%), os exames laboratoriais não indicaram presença de nenhum dos vírus pesquisados (Figura 8).

Durante o período analisado, junho apresentou o maior número de atendimentos por SG (n=134), seguido por agosto (n=117) e maio (n=110). No que se refere à distribuição por faixa etária, destacaram-se os adultos de 30 a 39 anos (n=240), seguidos pelos de 40 a 49 anos (n=173) e 18 a 29 anos (n=149). Observou-se ainda maior frequência de casos no sexo feminino, totalizando 490 registros (62,6%).

Figura 8 – Distribuição dos casos de Síndrome Gripal confirmados por agente etiológico no INI/Fiocruz em 2025



Quanto às internações por SRAG no INI em 2025, foram registradas 225 notificações. Destas, 9 não tiveram amostra coletada, sendo 5 encerradas por critério clínico-epidemiológico e 4 por critério clínico-imagem. Entre os 216 pacientes investigados laboratorialmente, 208 (96,3%) foram testados por RT-PCR e 8 (3,7%) por teste rápido.

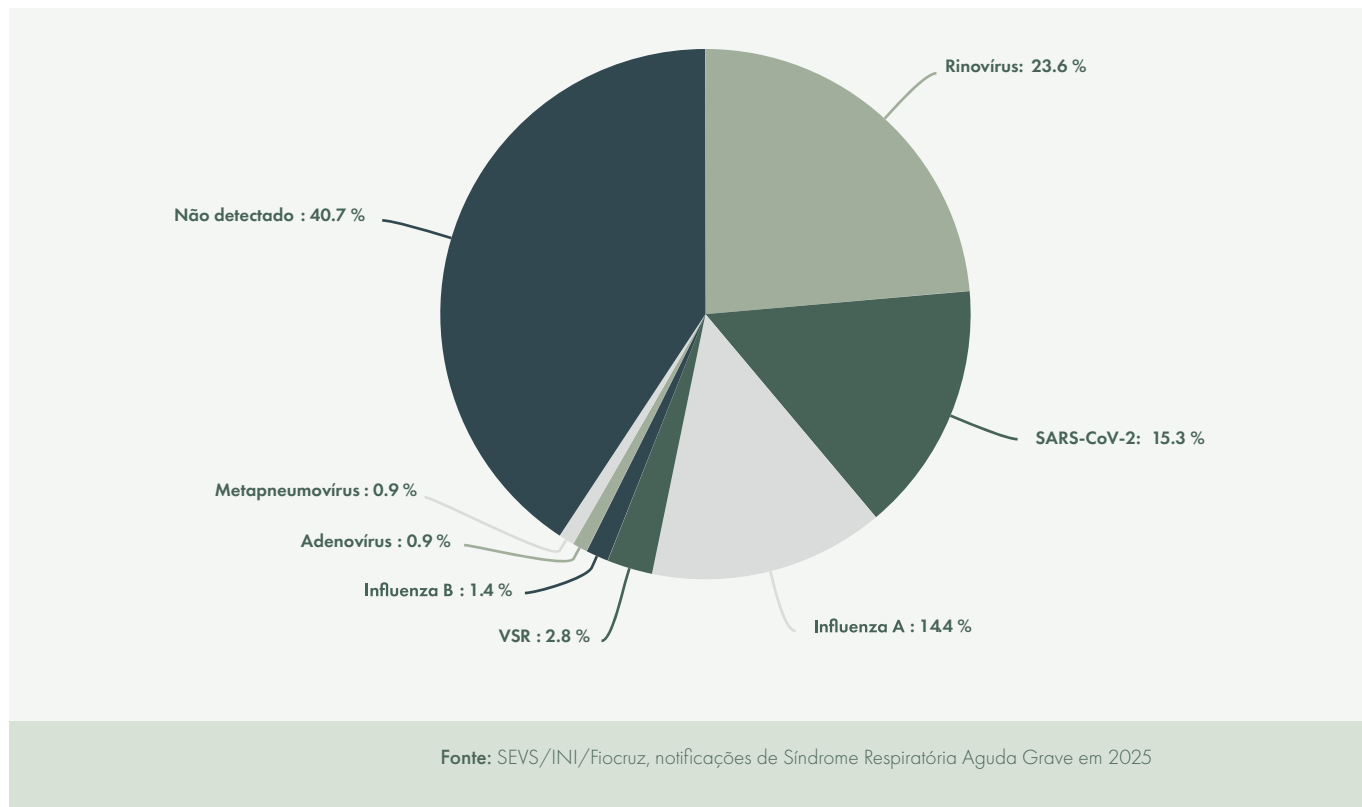
Nos exames processados por RT-PCR, observou-se maior ocorrência de Rinovírus, em 51 amostras (24,5%), seguido por SARS-CoV-2 (32;15,4%) e Influenza A (29;13,9%). Foram ainda identificados 6 casos de Vírus Sincicial Respiratório (2,9%), 2 de Adenovírus (1,0%), 2 de Metapneumovírus (1,0%) e 1 de Influenza B (0,5%). Em 85 amostras (40,9%), não foi identificado nenhum dos vírus investigados. Entre os testes rápidos, verificaram-se 2 resultados positivos para Influenza A (25%), 2 para Influenza B (25%) e 1 para SARS-CoV-2 (12,5%), enquanto

3 exames (37,5%) apresentaram resultado negativo.

Considerando o conjunto das amostras analisadas (n = 216), o Rinovírus foi o vírus mais frequente, responsável por 51 casos (23,6%), seguido pelo SARS-CoV-2 (33; 15,3%) e pela Influenza A (31; 14,4%). Também foram detectados Vírus Sincicial Respiratório (6; 2,8%), Influenza B (3; 1,4%), Adenovírus (2; 0,9%) e Metapneumovírus (2; 0,9%). Em 88 notificações (40,7%), não houve detecção de nenhum dos agentes etiológicos pesquisados (Figura 9).

A maior concentração dos casos de SRAG ocorreu no mês de agosto (n=43), seguido por outubro (n=31) e junho (n=27). As internações ocorreram principalmente entre adultos de 30 a 39 anos (n=56), 50 a 59 anos (n=46) e 40 a 49 anos (n=41), com predominância do sexo masculino (n=148; 65,8%). No período, foram registrados 13 óbitos por SRAG.

Figura 9 – Distribuição dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave internados no INI/Fiocruz em 2025 por agente etiológico



Ressaltamos a importância da confirmação diagnóstica laboratorial nas síndromes respiratórias em nível ambulatorial para a detecção oportuna de vírus circulantes, assim como nos pacientes internados tanto para a investigação epidemiológica como para o

cuidado clínico e geração de conhecimento. Este perfil de atuação está alinhado ao papel do INI como instituição de referência para doenças infecciosas que possam se constituir em emergências de saúde pública.

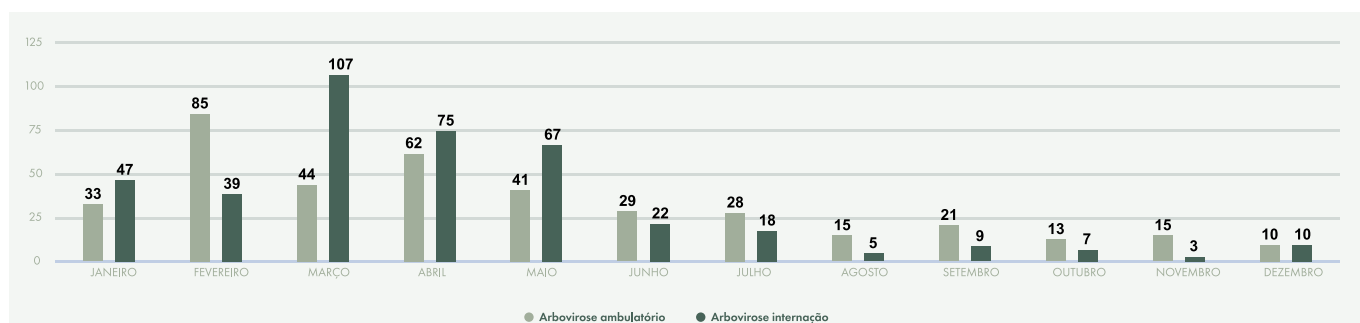
Dengue, Chikungunya e Febre do Oropouche

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde, em 2024, a região das Américas enfrentou a maior epidemia de dengue desde o início dos registros, em 1980. Os países da região notificaram mais de 12,6 milhões de casos, quase três vezes mais do que em 2023. Desses casos, mais de 21 mil foram considerados graves, e houve mais de 7,7 mil mortes relacionadas à doença. Argentina, Brasil, Colômbia e México foram responsáveis por 90% do total de casos e por 88% das mortes, com o Brasil apresentando o maior número de registros (OPAS, 2024). De acordo com o Painel de monitoramento de arboviroses do Ministério da Saúde o Brasil registrou aproximadamente 6.484.890 casos prováveis de dengue

em 2024. Além disso, foram confirmadas cerca de 5.972 mortes causadas pela doença, e há ainda 908 óbitos que estão em investigação.

A figura 10 mostra a distribuição dos casos notificados de dengue, chikungunya e febre do oropouche no INI/FIOCRUZ em 2024, (n=805). O pico de internações (n=107), em março, superou o número da casos ambulatoriais (n=44). O primeiro semestre foi o período de maior notificação de dengue, chikungunya e oropouche no INI/FIOCRUZ (figura 10). A elevação inicial pode estar associada a fatores sazonais, como o aumento de chuvas e calor.

Figura 10 – Distribuição de casos suspeitos de Arboviroses atendidos e internados no INI/FIOCRUZ, 2024.

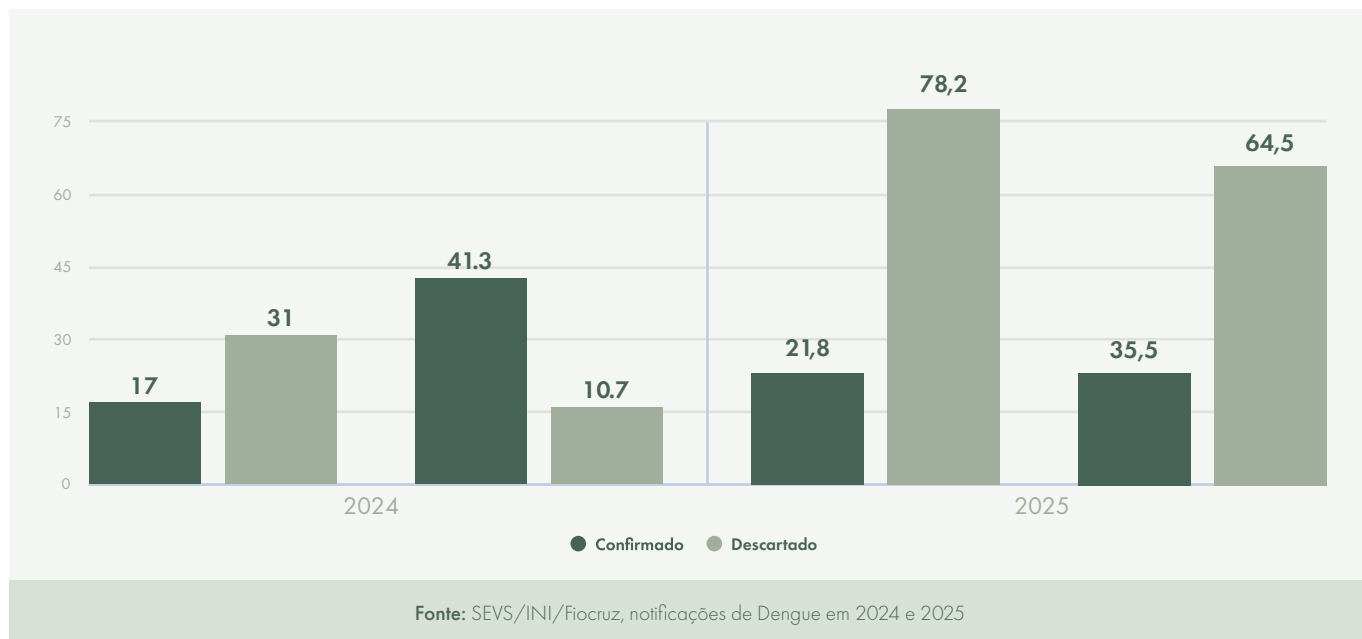


Fonte: SEVS/INI/Fiocruz, notificações de Arboviroses em 2024

A dengue foi a principal arbovirose com o maior número de notificações, tanto no atendimento ambulatorial, como na internação. No ano de 2024, o total de casos

suspeitos de dengue internados (n=404) superou o total de atendidos no ambulatório (n=373). A confirmação também foi maior nos internados (79,4%) (figura 11).

Figura 11 – Distribuição de casos de Dengue segundo local de atendimento e confirmação no ano de 2024 e 2025

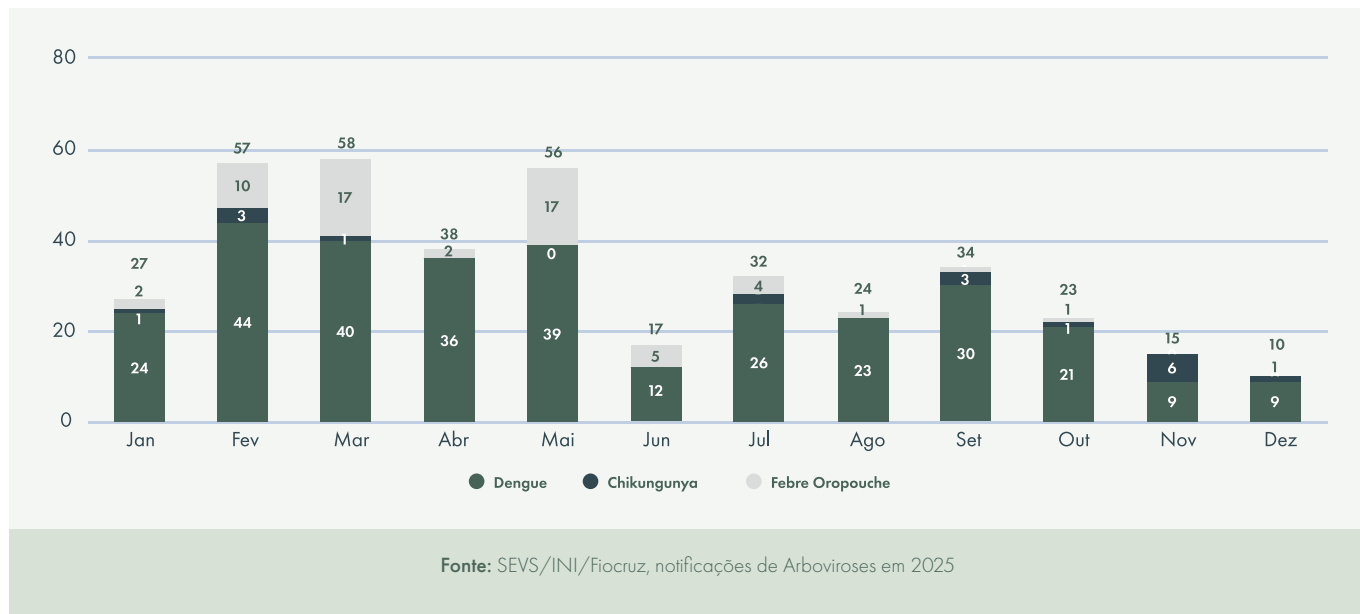


No ano de 2024 foram notificados 24 casos suspeitos de chikungunya distribuídos ao longo do ano. A maioria dos casos suspeitos 79,2% (n=19) recebeu atendimento ambulatorial, e 66,7% (n=16) foram confirmados. Cinco pacientes foram internados, todos confirmados por laboratório. Não houve registro de casos de zika, porém merece destaque a emergência de casos de febre do oropouche notificados no INI no período.

No ano de 2025 foram notificados 391 casos suspeitos de arboviroses e observa-se uma mudança

relevante no perfil destas. Apesar de a dengue permanecer como a mais frequente, representando 80% (n= 313) dos registros, a febre do oropouche apareceu em segundo lugar (15,4%, n= 60) superando a chikungunya, que respondeu por apenas 4,6% (n=18) dos casos. Esses dados indicam um aumento expressivo na circulação do vírus oropouche e evidenciam a importância de fortalecer tanto a vigilância epidemiológica quanto a capacidade diagnóstica para esta arbovirose emergente.

Figura 12 – Distribuição de casos notificados de Dengue, Chikungunya e Febre do Oropouche no ano de 2025



Em 2025, 313 casos suspeitos de dengue foram notificados: 220 no ambulatório (70,3%) e 93 internados (29,7%). A proporção de confirmação foi menor que no ano de 2024, tanto para os internados como para os pacientes ambulatoriais (referente a figura 11).

Os casos de febre do oropouche representaram 15,4% (n=60) das arboviroses notificadas em 2025, sendo 93,4% (n=56) desses pacientes atendidos ambulatorialmente e, 6,6% (n=4) internados no Centro Hospitalar. Destaca-se ainda que, entre os casos ambulatoriais, 80,4% (n=45) foram confirmados e 19,6% (n=11) descartados. Entre os que necessitaram internação,

100% (n=4) tiveram confirmação laboratorial.

O panorama das arboviroses entre 2024 e o ano de 2025 foi caracterizado pela predominância da dengue e pela emergência da febre do oropouche. Em 2024, a dengue apresentou maior, sobretudo no primeiro semestre, enquanto em 2025 observou-se a ascensão da febre do oropouche como arbovirose de destaque.

Em síntese, os dados evidenciam um padrão sazonal, mas reforçam a necessidade de que a vigilância epidemiológica se mantenha sensível às dinâmicas virais, com o fortalecimento contínuo da capacidade diagnóstica e laboratorial.

MPOX

A Mpox, anteriormente conhecida como Monkeypox, é uma zoonose viral causada por um orthopoxvirus, cuja transmissão ocorre principalmente por contato direto com lesões de pele e mucosas, fluidos corporais, secreções respiratórias e objetos contaminados (Ministério da Saúde, 2023). A emergência de casos de Mpox fora da área endêmica a partir de maio de 2022, levou à declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em julho de 2022. Em maio de 2023, a OMS anunciou o fim da classificação como emergência, em função da queda global de casos e do fortalecimento das capacidades nacionais de resposta, ainda que tenha destacado a necessidade de vigilância contínua. O aumento de casos de Mpox na República Democrática do Congo pelo Clado Ib e sua disseminação para os países vizinhos foram declarados uma emergência de saúde pública de interesse internacional em 14 de agosto de 2024. Em 22 de janeiro de 2026, os Centros Africanos de Controle e Prevenção de Doenças suspenderam a declaração de Emergência de Saúde Pública de Segurança Continental para a Mpox. Quinze países da África relataram transmissão ativa de Mpox entre 7 de dezembro de 2025 a 18 de janeiro de 2026, com 871 casos confirmados, incluindo cinco mortes (taxa de letalidade de 0,6%). Os países que relataram o

maior número de casos nesse período foram a República Democrática do Congo, Guiné, Madagascar, Libéria e Gana (CDC, 2026).

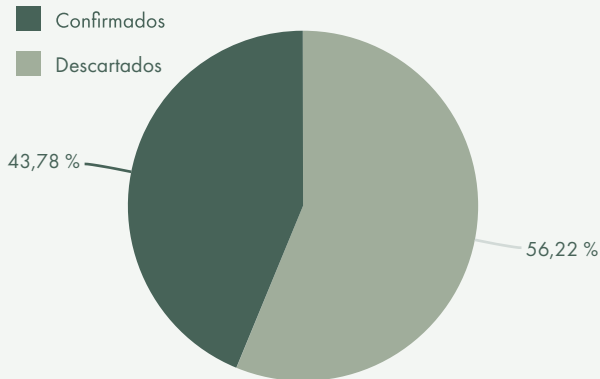
Clinicamente, a Mpox caracteriza-se por febre, linfadenopatias, cefaleia, mialgia, prostração e erupção cutânea característica, podendo apresentar evolução para formas graves em grupos vulneráveis como gestantes, crianças e pessoas vivendo com HIV. No Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI/Fiocruz), a Vigilância em Saúde mantém o monitoramento ativo da doença, notificação em tempo oportuno, investigação epidemiológica, e confirmação laboratorial. A análise dos dados permite a caracterização do perfil clínico-epidemiológico dos casos, identificação de grupos mais vulneráveis. Em 2024 foram notificados 498 casos suspeitos de Mpox no INI, 42,2% em pessoas vivendo com HIV (n=210). Do total notificado 218 (43,8%) foram confirmados laboratorialmente. Entre os confirmados o predomínio foi do sexo masculino (n= 206; 94,5%) e da faixa etária de 30 a 39 anos e (42,7%) e 18 a 29 anos (30,7%). Houve 65 internações relacionadas à doença (50,7% confirmados), porém sem registro de óbitos.

A distribuição semanal evidenciou picos nas semanas 8, 36 e 37, com maior concentração na semana 36 (n=26), seguida de declínio progressivo.

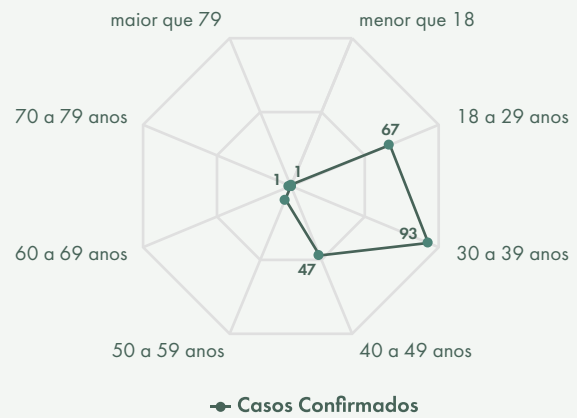
Figura 13 – Dados epidemiológicos dos casos de Mpox notificados no INI/Fiocruz em 2024



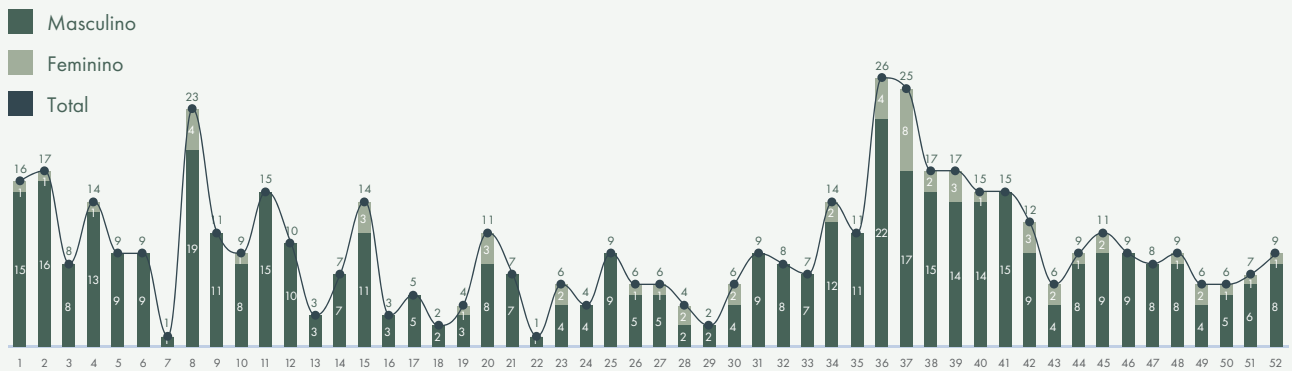
Distribuição percentual de casos confirmados e descartados



Casos confirmados por faixa etária



Notificações ao longo das semanas por sexo



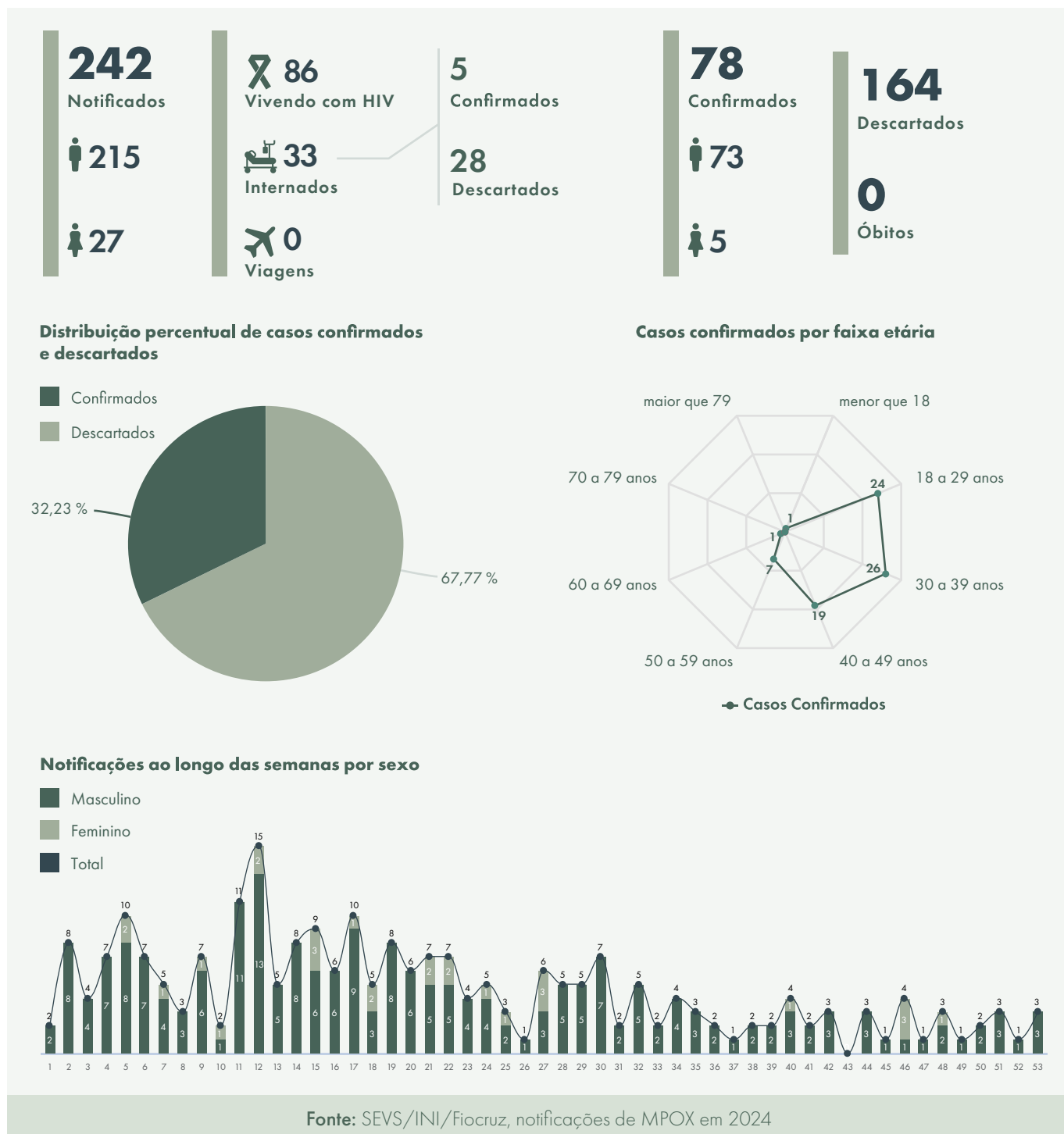
Fonte: SEVS/INI/Fiocruz, notificações de MPOX em 2024

Em 2025, foram notificados 242 casos suspeitos de Mpox, dos quais 78 (32,2%) foram confirmados. O padrão epidemiológico entre os confirmados manteve-se semelhante ao de 2024, com predominância no sexo masculino (n=73; 93,6%) nas faixas etária de 30 a 39 (33,3%) e 18 a 29 anos (30,8%). Nesse período,

ocorreram 33 internações com 5 pacientes confirmados para Mpox (15%), sem registro de óbitos.

A distribuição temporal mostrou maior concentração nas semanas 11 e 12, com pico na semana 12 (n=15).

Figura 14 – Dados epidemiológicos dos casos de Mpox notificados no INI/Fiocruz em 2025



A prevenção da Mpox baseia-se no fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica, além da identificação precoce de casos suspeitos e confirmação laboratorial oportuna. Medidas de controle incluem o isolamento dos casos durante o período de transmissibilidade, o rastreamento e acompanhamento de contatos, bem como a utilização adequada de equipamentos de proteção individual em serviços de saúde (COE Mpox, 2025).

Alertas e Atualizações Epidemiológicas pelo mundo

Virus Nipah - Situação epidemiológica

A infecção pelo vírus Nipah (NiV) é uma zoonose transmitida aos humanos por meio de animais infectados (como morcegos) ou alimentos contaminados com saliva, urina e excrementos de animais infectados. Também pode ser transmitida diretamente de pessoa para pessoa por meio do contato próximo com uma pessoa infectada. Morcegos frugívoros, também conhecidos como raposas-voadoras (espécies de *Pteropus*), são os hospedeiros naturais do vírus, encontrados nas regiões costeiras e em diversas ilhas do Oceano Índico, Índia, Sudeste Asiático e Oceania. Os primeiros casos de infecção pelo vírus Nipah foram relatados em 1998 e, desde então, foram registrados em Bangladesh, Índia, Malásia, Filipinas e Singapura.

O NiV foi identificado pela primeira vez durante um surto entre criadores de suínos na Malásia entre 1998 e 1999, quando o vírus se espalhou de suínos para humanos. O NiV foi posteriormente detectado em Bangladesh e na Índia em 2001. Desde então Bangladesh documentou

348 casos de doença por NiV, incluindo 250 óbitos, o que corresponde a uma taxa de letalidade geral de 72%. Quase metade desses casos (n=162) foram casos primários com histórico confirmado de consumo de seiva de tâmara crua ou tari (seiva de tâmara fermentada), enquanto 29% resultaram de transmissão direta de pessoa para pessoa. A maioria dos casos detectados em Bangladesh foi notificada entre dezembro e abril, sugerindo um padrão sazonal.

O risco de uma pandemia causada pelo vírus Nipah é considerado baixo, segundo avaliação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde. O surto recente registrado na Índia teve dois casos confirmados, ambos entre profissionais de saúde, e nenhuma evidência de disseminação internacional ou risco para a população brasileira. Além disso, foram identificados na Índia 198 contatos dos casos confirmados, todos monitorados e testados com resultado negativo. O último caso foi registrado em 13 de janeiro, indicando que o evento se aproxima do fim do período de monitoramento.

Acesse aqui a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos em saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional (**PORTARIA GM/MS Nº 10.175, DE 23 DE JANEIRO DE 2026**)



Considerações Finais

Os dados descritos neste boletim correspondem à descrição e análise das doenças e agravos registrados pela equipe do Serviço de Vigilância em Saúde do INI e avaliados em relação ao contexto local municipal e estadual, bem como ao cenário epidemiológico nacional.

O perfil de notificações demonstra a diversidade de doenças e agravos atendidos no INI, que atua como referência nacional no diagnóstico, vigilância e assistência a doenças infecciosas e emergentes no contexto da atenção especializada.

O cenário epidemiológico atual impõe o desafio de aprimorar a vigilância laboratorial, integrar sistemas de informação e capacitar continuamente as equipes multiprofissionais, de modo a assegurar resposta oportuna frente às variações na dinâmica de circulação viral, o que reforça o papel do sistema de vigilância no monitoramento e detecção de casos de notificação e alerta a doenças emergentes.

Ao divulgar esses resultados, o SEVS reafirma seu compromisso com a produção e disseminação de informações em saúde pública,

com a vigilância baseada em evidências e com a articulação interinstitucional como pilares para o fortalecimento das políticas de saúde pública.

Para comunicar a suspeita de doenças de notificação compulsória, entre em contato com o Serviço de Vigilância em Saúde do INI por meio dos seguintes canais:

✓ Telefones (segunda a sexta-feira - 08h às 17h)

(21) 3865-9554

(21) 3865-9502

✓ E-mail
sevs@ini.fiocruz.br

✓ Clicando no ícone “Consulta de Notificação”, disponível para acionamento no Sistema de Controle do Centro de Clínicas (Ceclin)

Informações no site
www.ini.fiocruz.br

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SCTIE/MS nº 16**, de 10 de março de 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/portaria/2026/portaria-sctie-ms-no-16-de-10-de-marco-de-2026>. Acesso em: 16 mar 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Cenário epidemiológico da covid-19, influenza e outros vírus respiratórios no Brasil: Semana Epidemiológica 1 a SE 52 de 2024**. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2025/boletim-epidemiologico-volume-56-no-6-13-de-mai.pdf>. Acesso em: 15 set 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico - Sífilis 2024**. Número Especial, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim_sifilis_2024_e.pdf/view. Acesso em 15 set 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Plano de enfrentamento das ações de vigilância em saúde da covid-19 no período pós-emergência em saúde pública nacional e internacional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/covid-19/plano-de-enfrentamento-da-covid-19-pela-oms-em-2023.pdf>. Acesso em: 15 set 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim Epidemiológico – HIV e Aids 2024**. Número especial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br>. Acesso em: 14 ago. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sífilis**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sifilis>. Acesso em: 14 de set 2025.
- ESMÉRIA NETA, M. et al. Prevalência e fatores associados à sífilis em gestantes atendidas na atenção primária à saúde de um município do sudeste do Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 24, p. e20230188. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9304202400000188>. Acesso em: 15 set 2025.
- HAWKES, S. et al. Achieving gender justice for global health equity: the Lancet Commission on gender and global health. **The Lancet**, v. 405, n. 10487, p. 1373-1438, 2025. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)00488-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)00488-X). Acesso em: 15 set 2025.
- NUNES, C. A. C. R.; SIQUEIRA, C. N. Sífilis na população vulnerável: estratégias de intervenção e inclusão. **RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber**, v. 1, n. 1, jan./ jul. 2024. Acesso em: 15 set 2025.
- RAMOS JUNIOR, A. N. Persistência da sífilis como desafio para a saúde pública no Brasil: o caminho é fortalecer o SUS, em defesa da democracia e da vida. **Cad. Saúde Pública**, v. 38, n. 5, 2022. doi: 10.1590/0102-311XPT069022. Acesso em: 15 set 2025.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2023. **Statement on the fifteenth meeting of the IHR (2005) Emergency Committee on the COVID-19 pandemic**. Disponível em: [https://www.who.int/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/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). Acesso em: 15 set 2025.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2024. **Implementing the global health sector strategies on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2022-2030: report on progress and gaps**. Geneva: WHO, 2024. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376814/9789240094925-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 12 set 2025.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Multi-country outbreak of mpox: external situation report n. 62**. Geneva: WHO, 2026. Disponível em: cdn.who.int. Acesso em: 01 fev. 2026.

