

COVID-19

1. A doença

A COVID-19 é uma doença respiratória transmissível causada pelo vírus SARS-CoV-2, pertencente à família *Coronaviridae*. Os coronavírus são vírus de RNA de cadeia simples com envelope lipídico e têm como principal característica a presença de espículas (proteína *spike*) que conferem uma morfologia em "coroa" ao microscópio eletrónico. A família *Coronaviridae* inclui vários vírus que infetam humanos e animais. Quatro coronavírus humanos (HCoV-229E, HCoV-NL63, HCoV-OC43 e HCoV-HKU1) são endémicos e geralmente causam infeções respiratórias ligeiras das vias aéreas superiores, sobretudo em crianças e pessoas imunocomprometidas. No entanto, nas últimas duas décadas, emergiram três coronavírus altamente patogénicos com potencial pandémico:

- SARS-CoV (2002–2003), identificado em 2002 na província de Guangdong, na China, foi responsável pela síndrome respiratória aguda grave (SARS). Este vírus, com origem provável em morcegos e transmissão zoonótica, através da civeta, causou mais de 8.000 casos e apresentou uma letalidade de cerca de 10%.
- MERS-CoV (desde 2012), detetado pela primeira vez em 2012 na Arábia Saudita, causa a síndrome respiratória do Médio Oriente (MERS). Com origem em morcegos e transmissão para os humanos através de dromedários, este vírus apresenta uma letalidade superior a 30%. Até à data, a sua transmissão entre humanos permaneceu maioritariamente limitada a contextos hospitalares.
- SARS-CoV-2 (desde 2019), identificado em dezembro de 2019 em Wuhan, na China, é o agente responsável pela COVID-19. Caracteriza-se por elevada transmissibilidade, capacidade de escape imunitário e variabilidade genética significativa, tendo causado centenas de milhões de casos e milhões de mortes a nível global.

Apesar das diferenças entre estes três vírus, todos apresentam mecanismos de infeção similares e utilizam recetores específicos nas células humanas (como a ACE2 no caso do SARS-CoV e do SARS-CoV-2).

A apresentação clínica da COVID-19 é heterogénea. Pode variar entre infeções assintomáticas, casos ligeiros com sintomas como febre, odinofagia, congestão nasal, cefaleia, fadiga, mialgias ou tosse, até quadros graves com pneumonia viral, insuficiência respiratória e falência multiorgânica. Em infeções leves a moderadas, a resolução ocorre, habitualmente, em 7–14 dias, embora sintomas como fadiga ou dispneia possam persistir no tempo. O tempo médio de incubação é de 5–6 dias, podendo variar consoante a variante.

A transmissão do SARS-CoV-2 ocorre, principalmente, por via aérea, através da inalação de gotículas e aerossóis contaminados ou contacto direto com superfícies contaminadas. O período de transmissibilidade inicia-se cerca de 2 dias antes do início dos sintomas e pode prolongar-se por vários dias, mesmo em casos assintomáticos (média de 5 dias após o início dos sintomas). A

transmissão é potenciada, sobretudo, em ambientes fechados e mal ventilados.

O diagnóstico pode ser clínico, mas a confirmação exige deteção laboratorial do vírus por PCR (*polymerase chain reaction*) ou teste de antigénio.

O tratamento da COVID-19 depende da gravidade. A maioria dos casos não necessita de hospitalização e é gerida com medidas de suporte. A prescrição da terapêutica antiviral para a COVID-19 depende da fase da infeção, da gravidade clínica e do risco de progressão para insuficiência respiratória e morte. Esta opção terapêutica deve ser priorizada para quem mais dela beneficia, de acordo com as características individuais, como a idade, a imunidade e as condições que conferem risco de progressão para doença grave ou morte.

Em doentes com COVID-19 ligeira a moderada e com condições de risco de doença grave, podem ser considerados antivirais como nirmatrelvir/ritonavir ou o remdesivir. Pode também ser considerada a administração de anticorpos monoclonais que apresentem atividade neutralizante para o SARS-CoV-2.

Em doentes com COVID-19 moderada a grave, pode ser considerada terapêutica com corticoides (dexametasona, metilprednisolona ou prednisolona). Pode também ser considerada a administração de remdesivir, tocilizumab e anacinra, para adultos internados com doença grave.^{1,2,3,4}

2. Complicações

A infeção por SARS-CoV-2 pode originar diversas complicações. Entre as mais frequentes incluem-se: síndrome de dificuldade respiratória aguda (SDRA) e necessidade de ventilação mecânica; trombozes e embolias, incluindo embolia pulmonar e acidente vascular cerebral (AVC); lesão miocárdica, arritmias e miocardite; choque séptico e falência multiorgânica; encefalopatia, delírio e alterações neurológicas.

Os grupos de risco para doença grave incluem idosos; pessoas imunocomprometidas (incluindo pessoas que vivem com VIH, cancro ou sob terapêuticas imunossupressoras); doentes com doenças crónicas cardiovasculares, respiratórias, metabólicas, neurológicas ou hepáticas; grávidas; indivíduos não vacinados ou com resposta imunitária insuficiente à vacinação; e pessoas migrantes em situação socioeconómica desfavorável.⁵

Alguns indivíduos podem experienciar sintomas persistentes após a infeção por SARS-CoV-2, um quadro atualmente designado como condição pós-COVID-19 ou "COVID longa". Esta condição é definida como um conjunto de sintomas que ocorre em pessoas com história de infeção provável ou confirmada por SARS-CoV-2, geralmente três meses após o início da doença, com duração mínima de dois meses, e que não pode ser explicada por outro diagnóstico. A apresentação é frequentemente episódica e pode envolver múltiplos sistemas orgânicos. Entre as manifestações mais comuns destacam-se os sintomas respiratórios (dispneia, tosse, dor de garganta), neurológicos e cognitivos (fadiga crónica, cefaleia, anosmia, dificuldades de concentração, distúrbios do sono e depressão), e cardiovasculares (dor torácica, arritmias, palpitações). Também foram descritas manifestações gastrointestinais, dermatológicas, endócrinas e renais. Esta

¹ World Health Organization (2023). Coronavirus disease (COVID-19). Disponível [aqui](#).

² UKHSA (2025), The Green Book, Chapter 14a: COVID-19 – SARS-CoV-2 Disponível [aqui](#)

³ ECDC (2023). Factsheet for health professionals on COVID-19. Disponível [aqui](#)

⁴ Direção-Geral da Saúde, Norma n.º 005/2022 de 28/05/2022, atualizada em 17/08/2023. Disponível [aqui](#)

⁵ UKHSA (2023), The Green Book, Chapter 14a: COVID-19. Disponível [aqui](#).

condição pode afetar de forma significativa a capacidade de realização de tarefas quotidianas, incluindo trabalho ou cuidados pessoais, e permanece uma área ativa de investigação clínica e epidemiológica.^{6,7}

3. Epidemiologia

O SARS-CoV-2 foi identificado em 2019. A 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou uma pandemia de COVID-19. Em maio de 2023, foi declarado o término da emergência de saúde pública de âmbito internacional (PHEIC – *Public Health Emergency of International Concern*).⁸

Desde o início da pandemia, o vírus SARS-CoV-2 tem demonstrado capacidade de adaptação, com a emergência de variantes com diferentes graus de transmissibilidade, evasão imunitária e impacto clínico. O surgimento de novas variantes tem levado à necessidade de atualização da composição antigénica das vacinas, por forma a garantir a proteção dos indivíduos contra as variantes em circulação.⁹ A variante original, identificada em dezembro de 2019 em Wuhan, foi responsável pelas primeiras vagas de infeção.

Em setembro de 2020, surgiu a variante Alpha (B.1.1.7), com maior transmissibilidade, que foi substituída no verão de 2021 pela variante Delta (B.1.617.2), associada a um risco acrescido de hospitalização. A partir de novembro de 2021, emergiu a variante Omicron (B.1.1.529), que rapidamente se tornou dominante em todo o mundo, devido à sua elevada transmissibilidade e capacidade de escape imunitário. A linhagem parental de Omicron deu origem a múltiplas sublinhagens ao longo de 2022 e 2023, incluindo BA.1, BA.2, BA.4, BA.5 e, subseqüentemente, recombinantes como XBB.1.5.

No final de 2023, a linhagem JN.1, descendente de BA.2.86, tornou-se dominante na Europa e noutras regiões do mundo. Durante o primeiro semestre de 2024, várias subvariantes de JN.1 ganharam relevância epidemiológica, nomeadamente KP.1, KP.2, KP.3 e KP.3.1.1, seguidas por XEC, uma linhagem recombinante, e LF.7. A partir de maio de 2025, os dados disponíveis indicam que todas estas variantes estavam em declínio, com exceção da LP.8.1, uma nova linhagem descendente de JN.1.

A LP.8.1, classificada como Variante Sob Monitorização (VUM), apresenta alterações adicionais nos epitópos da proteína *spike*, afetando locais críticos de ligação de anticorpos neutralizantes. Estudos laboratoriais demonstraram que LP.8.1 é antigenicamente próxima de outras variantes derivadas de JN.1, como KP.2, KP.3.1.1, XEC e LF.7, embora com uma leve redução nos títulos de neutralização, sugerindo algum potencial de escape imunológico.

A nível mundial, até julho de 2025, foram reportados mais de 778 milhões de casos de COVID-19, que resultaram em mais de 7 milhões de mortes.

⁶ UKHSA (2025), The Green Book, Chapter 14a: COVID-19 – SARS-CoV-2 Disponível [aqui](#)

⁷ ECDC (2023). Factsheet for health professionals on COVID-19. Disponível [aqui](#)

⁸ WHO (2020). Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). Disponível [aqui](#).

⁹ A Organização Mundial da Saúde criou um grupo de consultoria técnica para a composição das vacinas contra a COVID-19 – [Technical Advisory Group on COVID-19 Vaccine Composition \(TAG-CO-VAC\)](#), que reúne peritos independentes que avaliam as implicações do surgimento de novas variantes para a Saúde Pública e a efetividade das vacinas, emanando recomendações acerca da composição antigénica das vacinas contra a COVID-19.

Na Região Europeia (UE/EEE), à mesma data, foram reportados mais de 281 milhões de casos, que resultaram em mais de 2 milhões de mortes.^{10,11}

A vigilância global, europeia e nacional da COVID-19 encontra-se integrada nos mecanismos de vigilância da gripe e outras infeções respiratórias¹², baseada em redes sentinela integradas, com reporte obrigatório de casos confirmados e amostragem para sequenciação genómica, com vista à identificação de variantes. A Direção-Geral da Saúde (DGS), no âmbito da Resposta Sazonal em Saúde, contribui para a monitorização e avaliação das épocas sazonais, através da análise dos dados de mortalidade e morbilidade.

Em Portugal, até 27 de julho de 2025, foram reportadas, através da plataforma informática de suporte ao SINAVE, 5.671.083 infeções confirmadas de SARS-CoV-2 (Figura n.º 1) e, através da plataforma SICO, 29.330 óbitos devido a COVID-19. Em 2024, foram reportadas 31.110 infeções confirmadas de SARS-CoV-2 e 1.149 óbitos devido a COVID-19.¹³

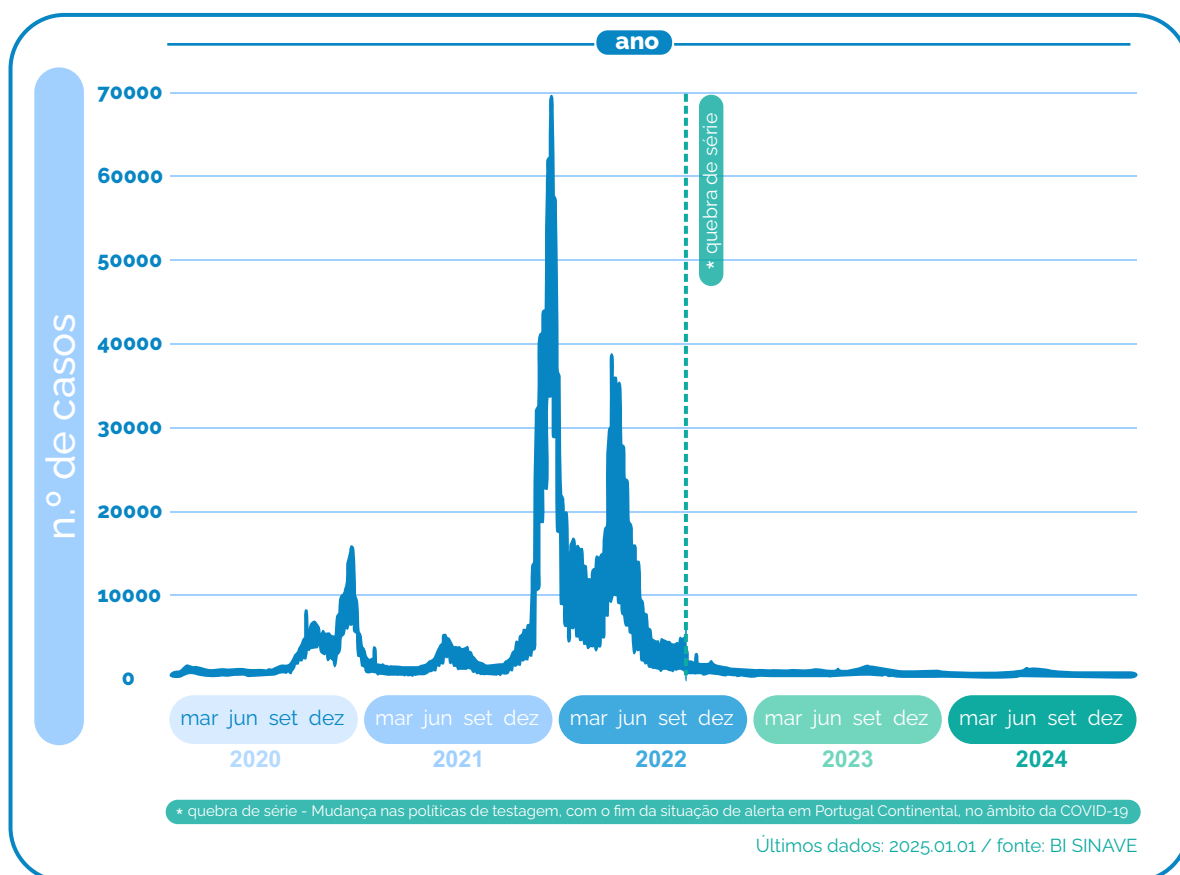


Figura n.º 1 – Número de casos confirmados de COVID-19, em Portugal Continental, desde 2020 | Fonte: BI-SINAVE | DGS

¹⁰ UKHSA (2023), The Green Book, Chapter 14a: COVID-19. Disponível [aqui](#).

¹¹ World Health Organization, COVID-19 dashboard. Disponível [aqui](#).

¹² Para informação adicional, deverá ser consultado o capítulo específico da gripe sazonal.

¹³ Direção-Geral da Saúde, Número de novos casos e óbitos por dia. Disponível [aqui](#).

4. Vacinação

Com a declaração da pandemia de COVID-19 em 2020, foi priorizado o desenvolvimento rápido e massivo de vacinas contra a COVID-19, com uma mobilização sem precedentes de múltiplos parceiros, incluindo a academia, a indústria farmacêutica, os governos e as entidades reguladoras. A primeira vacina contra o COVID-19 que veio a ser utilizada em Portugal, produzida pela Pfizer e pela BioNTech, foi autorizada pela Comissão Europeia em dezembro de 2020. Desde então, mais de 13 mil milhões de doses de vacinas contra a COVID-19, de vários fornecedores, foram administradas em todo o mundo (dados a 4 de agosto de 2025). Estima-se que a vacinação contra a COVID-19 que ocorreu entre 2021 e 2022 tenha evitado milhões de mortes em todo o mundo, contribuindo para que a OMS declarasse o fim da emergência de saúde pública de âmbito internacional em 2023.

A disponibilidade de uma nova plataforma vacinal baseada nas vacinas de mRNA, que estava em desenvolvimento para outros agentes transmissíveis no momento do surgimento da pandemia, permitiu o rápido desenvolvimento de vacinas baseadas em RNA contra a COVID-19. Estas vacinas contêm uma molécula mRNA de cadeia simples, otimizado para estabilidade e eficiência de tradução, que codifica a glicoproteína *spike* do SARS-CoV-2. O mRNA é encapsulado em nanopartículas lipídicas (LNPs), que o protegem da degradação e permitem a entrada nas células do hospedeiro. Após a injeção, o mRNA é traduzido no citosol, e a proteína *spike* é expressa à superfície celular, desencadeando uma resposta imunitária adaptativa — sendo reconhecida como alvo para anticorpos neutralizantes contra o vírus. Do mesmo modo, vacinas baseadas em adenovírus, que também estavam em ensaios para outras infeções, foram desenvolvidas para a COVID-19 e permitiram a vacinação de uma fração importante da população.

Na área regulamentar, foram adotados mecanismos excepcionais para acelerar o processo de avaliação das vacinas, sem comprometer os padrões de segurança, eficácia e qualidade. Entre os mecanismos mais relevantes destaca-se o sistema de *rolling review*, que permite a avaliação contínua dos dados à medida que estes vão sendo produzidos, em vez de aguardar pela submissão do dossier completo. Esta abordagem inovadora encurtou significativamente os prazos de decisão regulatória — reduzindo o processo de 210 dias para menos de 150 — e permitiu uma resposta célere num contexto de emergência de saúde pública. O acompanhamento científico permanente entre as equipas da EMA e os fabricantes garantiu um processo rigoroso, dinâmico e alinhado com os princípios éticos e técnicos habituais.

Com base nos dados obtidos através desta avaliação contínua, baseada em ensaios clínicos com dezenas de milhares de participantes, a maioria das vacinas contra a COVID-19 foi aprovada ao abrigo de uma Autorização de Introdução no Mercado Condicional (AIMc), prevista para situações de crise sanitária. Esta modalidade de aprovação permite disponibilizar medicamentos com dados ainda limitados, desde que sejam suficientemente robustos e baseados em ensaios clínicos que suportem uma relação benefício-risco favorável e desde que os fabricantes cumpram condições específicas de monitorização e geração de evidência adicional pós-autorização. Estas condições incluem, entre outras, estudos sobre duração da proteção, estabilidade da vacina, dados de segurança a longo prazo e aplicação a grupos populacionais específicos. Ao contrário das autorizações de uso de emergência, as AIM condicionais garantem uma base legal comum para a distribuição da vacina em todos os Estados-Membros da União Europeia, assegurando simultaneamente um elevado grau de vigilância, rastreabilidade e controlo de qualidade em cada lote administrado.

Considerando a administração massiva de vacinas contra a COVID-19, foi possível reunir evidência científica robusta que permitiu validar e monitorizar a sua efetividade e melhor caracterizar o seu

perfil de segurança. Adicionalmente, foi possível melhor analisar como as mutações que surgiram no vírus SARS-CoV-2 foram impactando a efetividade vacinal, o que resultou no surgimento de vacinas adaptadas às novas variantes em circulação.

Em 2025, a OMS recomendou que as vacinas contra a COVID-19 para os programas de vacinação em curso e sazonais fossem baseadas em antígenos monovalentes derivados da linhagem JN.1 — sendo as vacinas dirigidas a JN.1 ou KP.2 apropriadas para uso continuado, com base na análise dos resultados da vigilância e dos estudos laboratoriais efetuados globalmente. Adicionalmente, a LP.8.1 foi considerada uma alternativa viável como base antigénica para vacinas atualizadas em 2025/2026, dada a sua crescente circulação e a robustez das respostas imunitárias cruzadas que induz. Dados imunológicos de humanos e modelos animais mostraram que tanto vacinas com antígeno JN.1/KP.2 como vacinas com LP.8.1 induzem respostas neutralizantes eficazes contra a maioria das linhagens atualmente em circulação.

Em Portugal, tem sido feita uma monitorização do risco de doença grave na população, que suporta a identificação de grupos populacionais com claro benefício na vacinação. Estes grupos têm mudado com o evoluir da situação pandémica: enquanto, numa fase inicial, a ausência global de proteção imune contra a infeção por SARS-CoV-2 determinou um benefício muito alargado da vacinação, em anos mais recentes, havendo proteção imune conferida por imunizações prévias e exposição à circulação do vírus, há um número mais reduzido de grupos populacionais que mantêm uma situação de risco de doença grave que suporta a recomendação de vacinação.

Neste momento, a vacinação primária é recomendada a todos os adultos e grupos de risco estabelecidos em Norma e decorre todo o ano. Adicionalmente, a vacinação de reforço contra a COVID-19 é sazonal, prioritária e gratuita para grupos de risco. A estratégia de vacinação de cada campanha de vacinação sazonal é definida pela DGS e publicada sob a forma de Norma, tendo como objetivo maximizar a proteção das populações mais vulneráveis, com risco acrescido para doença grave e das suas complicações, bem como mitigar o seu impacto no sistema de saúde.

Após a vacinação, a resposta imunitária protetora pode ser alcançada em cerca de 14 dias. As campanhas de vacinação têm início, habitualmente, em setembro, permitindo a coadministração das vacinas contra a COVID-19 e contra a gripe como medida de adesão. A revacinação anual permite atualizar a proteção conferida pela vacinação, que vai decaindo ao longo do tempo, e

Quadro n.º 1 - Características da vacina contra a COVID-19 disponível em Portugal¹⁴

Vacina	Comirnaty®
Tipo de vacina	Vacina de RNA mensageiro (mRNA) que codifica a proteína S ("spike") do vírus SARS-CoV-2 mRNA encapsulado em nanopartículas lipídicas
Dosagens disponíveis	3 µg . 6 meses – 4 anos de idade 10 µg . 5 – 11 anos de idade 30 µg . ≥12 anos de idade
Indicações	Prevenção de COVID-19
Contraindicações	---

¹⁴ European Medicines Agency, COVID-19 medicines: [Authorised COVID-19 vaccines](#)

¹⁵ Deverá ser consultado o respetivo Resumo das Características do Medicamento (RCM), disponível em [Infomed](#).

Precauções

História de hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes:¹⁶

- (4-hidroxibutil)azanodil(bis(hexano-6,1-diil)bis(2-hexildecanoato)
- 2[(polietileno glicol)-2000]-N,N-ditetradecilacetamida
- 1,2-Distearoil-sn-glicero-3-fosfolina
- Colesterol
- Trometamol
- Cloridrato de trometamol
- Sacarose
- Água para preparações injetáveis

História de reação anafilática a uma dose anterior da vacina

Estas situações devem ser referenciadas a consulta de imunologia hospitalar, com carácter prioritário

História de reação anafilática a outras vacinas ou mastocitose sistémica ou doença proliferativa de mastócitos – referenciar para consulta de imunologia hospitalar, com carácter prioritário

Doença aguda grave, com ou sem febre – aguardar até recuperação completa

Pessoas com imunodeficiência, incluindo tratamento com imunossuppressores, podem ter uma resposta mais reduzida

As pessoas com diátese hemorrágica têm precauções especiais na administração via intramuscular. Pessoas com trombocitopenia ou alterações da coagulação – necessária prescrição do médico assistente

Tal como em qualquer vacina, é possível que a vacinação com Comirnaty® não proteja todos os indivíduos que recebam a vacina. É possível que os indivíduos não fiquem totalmente protegidos até 7 dias após a sua vacinação

Informar e alertar os utentes, previamente à vacinação, sobre sintomas a vigiar após a sessão vacinal, e procura de assistência médica imediata, caso desenvolvam sintomas indicativos de miocardite ou pericardite após a vacinação, tais como: dor no peito, falta de ar ou palpitações

Se ocorreu miocardite ou pericardite após a administração de Comirnaty®, a administração da dose seguinte deve ser adiada pelo menos até à resolução completa do quadro clínico e o benefício da sua administração deve ser avaliado caso-a-caso, pelo médico assistente

Reações adversas

Reações adversas em estudos clínicos com Comirnaty e Comirnaty Original/Omicron BA.4-5 e experiência pós-comercialização de Comirnaty em indivíduos com idade igual ou superior a 6 meses

Reações adversas muito frequentes (≥1/10): cefaleias, diarreia, artralgia, mialgia, dor no local de injeção, fadiga, arrepios, pirexia, tumefação no local de injeção

- Crianças de 6 a 23 meses de idade: irritabilidade, sonolência, diminuição do apetite, febre, sensibilidade e rubor no local de injeção
- Crianças dos 6 meses aos 11 anos de idade e doentes imunocomprometidos com ≥2 anos de idade: rubor no local de injeção
- Grávidas com ≥18 anos e pessoas imunocomprometidas com 2-18 anos de idade: vômitos

¹⁶ Foram notificados acontecimentos de anafilaxia. Deve estar imediatamente disponível tratamento médico e supervisão na eventualidade de uma reação anafilática após a administração da vacina. Recomenda-se uma observação atenta durante, pelo menos, 15 minutos após a vacinação.

Reações frequentes ($\geq 1/100$ e $< 1/10$): linfadenopatia, náuseas, vômitos, rubor no local da injeção

- Crianças de 6 a 23 meses de idade: erupção cutânea

Reações adversas pouco frequentes ($\geq 1/1\ 000$ e $< 1/100$): reações de hipersensibilidade (ex.: erupção cutânea, prurido e urticária), diminuição do apetite, insônia, tonturas, letargia, hiperidrose, suores noturnos, dor nas extremidades (do braço onde foi administrada a vacina), astenia, mal-estar geral e prurido no local da injeção

Reações adversas raras ($\geq 1/10\ 000$ e $< 1/1\ 000$): paralisia facial periférica aguda e angioedema

Reações adversas muito raras ($< 1/10\ 000$): miocardite e pericardite

Reações adversas de frequência ainda desconhecida (não pode ser estimada com os dados disponíveis): anafilaxia, parestesia, hipostesia, eritema multiforme, fluxo menstrual abundante (temporário e não grave), edema extenso do membro vacinado, edema facial

Reações adversas mais frequentes, por faixa etária:

Reações adversas mais frequentes em lactentes com idade entre os 6 e 23 meses: irritabilidade, sonolência, diminuição do apetite, sensibilidade no local de injeção, vermelhidão no local de injeção e febre

Reações adversas mais frequentes em crianças com idade entre os 2 e 4 anos: dor no local de injeção, fadiga, vermelhidão no local de injeção e febre

Reações adversas mais frequentes em crianças com idade entre os 5 e 11 anos: dor no local de injeção, fadiga, cefaleia, rubor e tumefação no local de injeção, mialgia, arrepios e diarreia

Reações adversas mais frequentes em adolescentes com idade entre os 12 e 15 anos: dor no local da injeção, fadiga, cefaleia, mialgia, arrepios, artralgia e febre

Reações adversas mais frequentes em pessoas com idade igual ou superior a 16 anos: dor no local de injeção, fadiga, cefaleias, mialgia, arrepios, artralgia, febre e tumefação no local de injeção

Conservação

Frasco congelado:

· -90°C a -60°C durante **18 meses**

Frasco descongelado:

· 2°C a 8°C , com validade até 10 semanas após início da descongelação dentro do prazo de validade de **18 meses**

· Não voltar a congelar após descongelação

· Proteger da luz solar direta e ultravioleta

· Os frascos para injetáveis descongelados podem ser manuseados em condições de luz ambiente

· Não agitar

Frasco por abrir:

8°C a 30°C durante 12 horas

Dose e via de administração

0,3 mL

Intramuscular (não injetar por via intravascular, subcutânea ou intradérmica)

Local da injeção

6 a 12 meses de idade: músculo vasto externo, na face externa da região ântero-lateral da coxa esquerda

≥ 12 meses: músculo deltoide, na face externa da região ântero-lateral do terço superior do braço (braço não dominante) ou músculo vasto externo, na face externa da região ântero-lateral da coxa esquerda

Compatibilidade

A vacina contra a COVID-19 pode ser administrada concomitantemente com as vacinas do PNV e com as vacinas contra a gripe, como medida de adesão à vacinação

A estratégia de vacinação e os grupos para os quais a vacina está recomendada são ajustados em função da evolução do conhecimento científico, da situação epidemiológica e da disponibilidade das vacinas. As indicações para a vacinação são atualizadas anualmente, antes do início da campanha de vacinação sazonal.

Informação relativa às características das vacinas disponíveis em Portugal, as suas indicações, esquemas vacinais recomendados, população elegível e operacionalização da campanha de vacinação sazonal deve ser consultada na Norma em vigor.

A Norma atualmente em vigor é a: [Norma n.º 010/2025, de 09/09/2025, atualizada a 26/11/2025 – Estratégia de Vacinação contra a COVID-19: Esquema Vacinal Primário e Campanha de Vacinação Sazonal outono-inverno 2025-2026](#)

5. Links úteis

- Direção-Geral da Saúde: [Norma n.º 010/2025, de 09/09/2025, atualizada a 26/11/2025 – Estratégia de Vacinação contra a COVID-19: Esquema Vacinal Primário e Campanha de Vacinação Sazonal outono-inverno 2025-2026](#)
- Direção-Geral da Saúde: [Orientação n.º 004/2025, de 09/09/2025, atualizada a 26/11/2025 – Vacinação sazonal contra a gripe e a COVID-19: Procedimentos Específicos](#)
- Direção-Geral da Saúde: [Relatório da Campanha de Vacinação Sazonal outono-inverno 2024-2024](#)
- Direção-Geral da Saúde: [Norma n.º 005/2022 de 28/05/2022, atualizada em 17/08/2023](#)
- World Health Organization: [Coronavirus disease \(COVID-19\)](#)
- World Health Organization: [WHO COVID-19 dashboard](#)
- European Centre for Disease Prevention and Control: [COVID-19](#)
- European Centre for Disease Prevention and Control: [Surveillance and updates on COVID-19](#)

6. Referências Bibliográficas

Direção-Geral da Saúde, Norma n.º 005/2022 de 28/05/2022, atualizada em 17/08/2023: [Norma n.º 005/2022](#)

UKHSA (2025), The Green Book, Chapter 14a: COVID-19 – SARS-CoV-2: [Green book chapter 14a COVID-19](#)

European Centre for Disease Prevention and Control (2023). Factsheet for health professionals on COVID-19: [Factsheet for health professionals on COVID-19](#)

World Health Organization (2023). Coronavirus disease (COVID-19): [Coronavirus disease \(COVID-19\)](#)

European Medicines Agency. COVID-19 medicines: [Authorised COVID-19 vaccines](#)