Vírus sincicial respiratório

1. A doença

O vírus sincicial respiratório (VSR) é um vírus de RNA de cadeia simples, com envelope viral e polaridade negativa. Está taxonomicamente classificado no género *Orthopneumovirus*, pertencente à família *Pneumoviridae* e à ordem *Mononegavirales*. A estrutura do VSR inclui duas glicoproteínas de superfície com funções essenciais no processo de infeção celular: a glicoproteína G de adesão, que permite ao vírus ligar-se à célula hospedeira; e a glicoproteína F de fusão, que facilita a fusão entre o envelope viral e a membrana plasmática da célula hospedeira, permitindo a entrada do genoma viral no citoplasma. Adicionalmente, a glicoproteína F é responsável pela indução de fusão entre células infetadas, levando à formação de sincícios multinucleados.[1]

Existem dois subtipos principais de VSR, o subtipo A e o subtipo B, estando o subtipo A mais frequentemente associado a doença grave. A predominância de cada subtipo pode variar de forma sazonal e geográfica.[2]

A infeção por VSR pode causar uma variedade de sintomas respiratórios. Na maioria dos casos, provoca sintomas respiratórios ligeiros, como rinorreia, tosse, dispneia, pieira, letargia, cefaleia e, por vezes, febre, que resolvem espontaneamente no espaço de 1 semana, sem necessidade de tratamento. Em lactentes e bebés, especialmente naqueles com menos de seis meses, pode manifestar-se com irritabilidade, astenia, dispneia ou mesmo apneia. Nesta faixa etária, existe um maior risco de desenvolver formas graves de doença, como pneumonia ou bronquiolite. Nas crianças com menos de 5 anos de idade, o VSR também pode causar otite média aguda, polipneia, disfagia e sépsis. Em idosos e em grupos de risco clínico, o VSR pode provocar desorientação e dispneia, podendo evoluir para doença grave. Outros grupos com risco acrescido de doença grave são pessoas imunocomprometidas ou com doenças crónicas, como diabetes *mellitus*, doença cardíaca e/ou respiratória.[3]

O único reservatório conhecido do VSR é o ser humano. A transmissão ocorre pessoa-a-pessoa, através da inalação de gotículas respiratórias ou por contacto direto com secreções respiratórias ou superfícies contaminadas, estimando-se um número básico de reprodução (R0) de 4,5. O período de incubação varia entre 2 e 8 dias. O período de transmissibilidade inicia-se 2 dias antes do início de sintomas e poderá manter-se até 10 dias após o início de sintomas. O contacto prévio com o vírus não provoca imunidade permanente, pelo que um mesmo indivíduo pode ser infetado mais do que uma vez ao longo da sua vida.[4]

1 UKHSA (2025), The Green Book Chapter 27a: Respiratory syncytial virus. Disponível aqui.
2 Elsevier Point of Care (2024), Respiratory Syncytial Virus Infection. Disponível aqui.
3 European Centre for Disease Prevention and Control. (s.d.). Respiratory syncytial virus (RSV). Disponível aqui.
4 UKHSA (2025), The Green Book Chapter 27a: Respiratory syncytial virus. Disponível aqui.

O diagnóstico das infeções por VSR pode ser confirmado, em pessoas com clínica sugestiva, pela identificação do material genético por teste de PCR (*polymerase chain reaction*), que apresenta elevada sensibilidade e especificidade, em amostras biológicas nasofaríngeas, orofaríngeas ou respiratórias inferiores. Estes testes podem ser realizados isoladamente ou em testes *multiplex*, que testam simultaneamente para outros vírus respiratórios, que apresentam uma sensibilidade inferior. Em alternativa, podem ser realizados testes rápidos de antigénio ou testes serológicos num par de soros colhidos em momentos diferentes (doença aguda e convalescença).[5,6]

Não existe tratamento específico para a infeção por VSR, passando por tratamento de suporte e sintomático. Em casos graves da doença, pode ser necessário internamento e suporte ventilatório. Num subgrupo de pacientes, como os imunocomprometidos, podem ser administrados medicamentos antivirais (ribavirina), com o intuito de diminuir a morbilidade e mortalidade.[7]

2. Complicações

O VSR pode afetar pessoas em qualquer idade e quase todas as crianças são infetadas com o VSR até aos dois anos de idade. Esta infeção pode causar doença grave em lactentes, idosos e grupos de risco clínico.

As principais complicações no lactente são bronquiolite, inflamação das vias aéreas inferiores de pequeno calibre e pneumonia, podendo evoluir para insuficiência respiratória e morte. Em alguns casos, pode haver evolução para sépsis.[8] Tem-se verificado uma associação entre infeção por VSR em crianças pequenas e desenvolvimento de asma alérgica na infância, persistente até à idade adulta.[9]

A grande maioria da mortalidade infantil associada ao VSR (97%) ocorre em países de baixo e médio rendimento, apesar da carga da doença ser, também, significativa em países de alto rendimento.[10] Nos idosos, a carga da doença continua subestimada, devido à falta de testagem. Contudo, sabe-se que o VSR pode exacerbar doenças crónicas de base, como doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), doença cardiovascular e causar infeções graves em imunodeprimidos, com elevada letalidade (até 80%).[11]

3. Epidemiologia

Infeções por VSR ocorrem ao longo de todo o ano, identificando-se, contudo, uma sazonalidade, com aumento da incidência entre outubro e março. Em cada época, existe variação quanto ao subtipo viral predominante (A, B ou ambos).[12]

5 Elsevier Point of Care (2024), Respiratory Syncytial Virus Infection. Disponível aqui.
6 Em Portugal, todos os resultados laboratoriais (positivos e negativos) devem ser notificados na plataforma informática de suporte ao SINAVE – área laboratorial.
7 Elsevier Point of Care (2024), Respiratory Syncytial Virus Infection. Disponível aqui.
8 European Centre for Disease Prevention and Control. (s.d.). Respiratory syncytial virus (RSV). Disponível aqui.
9 Elsevier Point of Care (2024), Respiratory Syncytial Virus Infection. Disponível aqui.
10 WHO (2025), WHO outlines recommendations to protect infants against RSV – respiratory syncytial virus. Disponível aqui.
11 UKHSA (2025), The Green Book Chapter 27a: Respiratory syncytial virus. Disponível aqui.
12 UKHSA (2025), The Green Book Chapter 27a: Respiratory syncytial virus. Disponível aqui.

Embora a maioria das admissões hospitalares por infeções respiratórias ocorra em crianças sem fatores de risco identificáveis, alguns fatores são conhecidos por aumentar significativamente essa probabilidade. Entre eles destaca-se o mês de nascimento, especialmente entre agosto e novembro, uma vez que estes bebés são mais jovens durante a época epidémica e, por isso, mais vulneráveis. Outros fatores de risco incluem a prematuridade, a presença de doença cardíaca congénita, doença pulmonar crónica, alterações genéticas, imunodeficiência, bem como a exposição ao fumo passivo e à poluição do ar. Além disso, viver com irmãos mais novos ou frequentar creches também contribui para um maior risco de exposição e infeção.

Todos os anos, o VSR é responsável por cerca de 3,6 milhões de hospitalizações e cerca de 100.000 mortes em crianças com menos de 5 anos de idade em todo o mundo. Cerca de metade destas mortes ocorre em crianças com menos de seis meses de idade. Embora não existam dados globais consolidados sobre a doença em adultos, estima-se que, só nos Estados Unidos da América, o VSR cause cerca de 160.000 hospitalizações e 10.000 mortes em adultos com ≥ 65 anos de idade. A taxa de hospitalização é mais elevada em adultos com doenças crónicas, como asma, DPOC ou insuficiência cardíaca congestiva (ICC).[13]

Na União Europeia, Noruega e Reino Unido, o VSR é responsável pela hospitalização de cerca de 213.000 crianças com < 5 anos, assim como de, aproximadamente, cerca de 158.000 adultos, a cada ano. Estima-se que 1 em cada 20 idosos, nesta região, desenvolva infeção por VSR todos os anos.[14]

Em Portugal, o sistema de vigilância do VSR está associado à vigilância da gripe e de outros vírus respiratórios desde 2010. Em 2021, foi estabelecida a Rede de Vigilância de VSR em serviços de pediatria (VigiRSV), com foco nas crianças internadas com < 24 meses de idade. [15]O VigiRSV integra redes sentinela, como a Rede de Médicos-Sentinela, a Rede de Serviços de Urgência, a Rede de Serviços de Obstetrícia e a Rede de Unidades de Cuidados Intensivos, que realizam a recolha sistemática de dados e amostras respiratórias. Além disso, existe uma rede não sentinela — a Rede Portuguesa de Laboratórios para o Diagnóstico da Infeção pelo VSR e outros vírus respiratórios[16] — responsável pela análise laboratorial das amostras, com especial atenção ao VSR e a outros vírus respiratórios relevantes, garantindo um diagnóstico preciso e atualizado. Paralelamente, desde 2024, todos os resultados laboratoriais (positivos e negativos) efetuados neste âmbito devem ser notificados na plataforma informática de suporte ao SINAVE - área laboratorial.

Existe, também, o Programa Nacional de Vigilância da Gripe e outros Vírus Respiratórios (PNVGVR),[17] que tem como objetivos monitorizar variações na ocorrência da gripe, do VSR e de outros vírus respiratórios. O programa visa identificar e caracterizar, tanto genética como antigenicamente, os vírus respiratórios em circulação na população portuguesa[18]. As amostras biológicas e dados recolhidos são ainda partilhados com o ECDC e com a OMS, cumprindo os compromissos internacionais vigentes.

13 WHO (2025), Respiratory Syncytial Virus (RSV). Disponível aqui.
14 European Centre for Disease Prevention and Control. (s.d.). Respiratory syncytial virus (RSV). Disponível aqui.
15 INSA. (2025) Boletim de Vigilância Epidemiológica da Gripe. Época 2024/2025. Disponível aqui.
16 Definida pelo Despacho n.º 4843/2023, de 21 de abril.
17 De acordo com o Despacho n.º 5909/2023, de 25 de maio, as atividades do Programa Nacional de Vigilância da Gripe e outros Vírus Respiratórios são desenvolvidas pelo Laboratório Nacional de Referência para o Vírus da Gripe e Outros Vírus Respiratórios, do Departamento de Doenças Infeciosas e pelo Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (INSA, I. P.), em colaboração com a Direção-Geral da Saúde (DGS).
18 Durante a época sazonal, os boletins epidemiológicos semanais podem ser consultados no site do INSA, I.P.

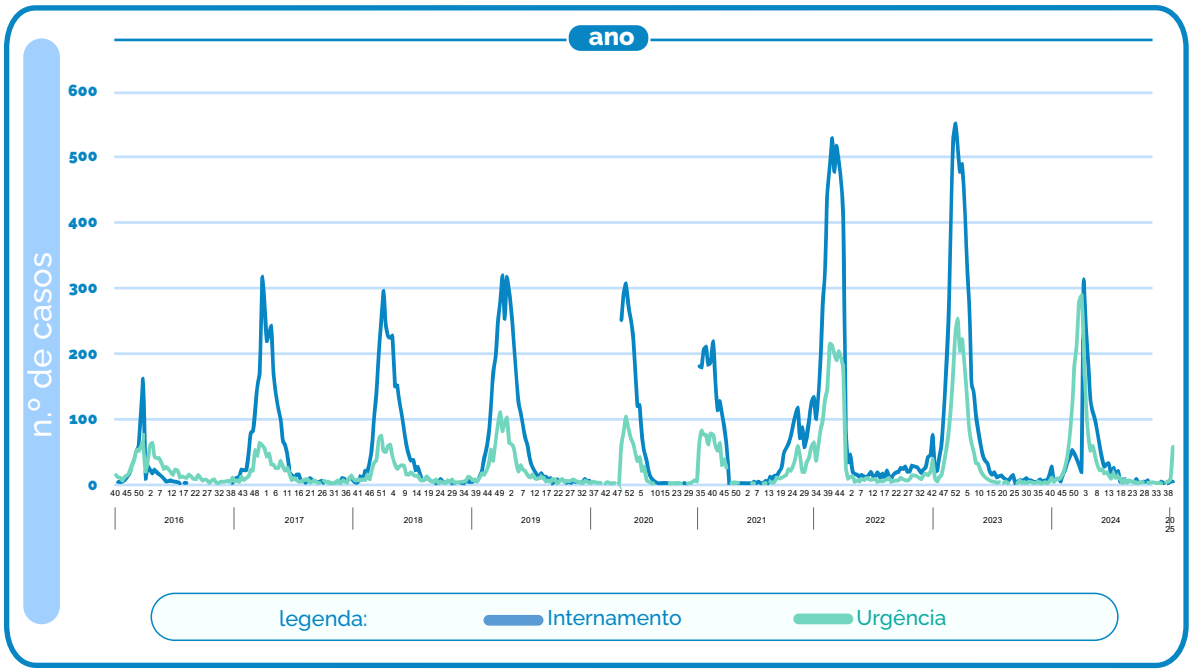


Figura n.º 1 – Evolução do número de casos de infeção por VSR, de 2014 a 2025. Fonte: VigiRSV

4. Vacinação e imunização

Em 2022 a Agência Europeia do Medicamento (*European Medicines Agency* - EMA) autorizou a utilização de um **anticorpo monoclonal** de ação longa - nirsevimab (Beyfortus®) - para a prevenção de doença das vias aéreas inferiores causada por VSR, em recém-nascidos e lactentes.

O nirsevimab liga-se a um epítopo altamente conservado no local antigénico Ø na proteína de pré-fusão para o subtipo de estirpes A e B do VSR, inibindo o passo essencial de fusão da membrana no processo de entrada viral, neutralizando o vírus e bloqueando a fusão célula a célula.

Nos ensaios clínicos, o anticorpo nirsevimab demonstrou eficácia na prevenção de infeções respiratórias baixas e infeções respiratórias baixas graves causadas por VSR e um bom perfil de segurança, com uma relação risco-benefício favorável.

No ano de 2024, a DGS implementou a 1.ª Campanha de Imunização Sazonal contra o VSR (2024-2025), que teve início a 15 de outubro de 2024 e que decorreu até 31 de março de 2025.[19] Neste primeiro ano de campanha, estima-se que cerca de 86% das crianças elegíveis do grupo A tenham sido imunizadas.[20] No âmbito da campanha de imunização, a administração do anticorpo monoclonal às crianças elegíveis é feita gratuitamente.

A estratégia de imunização de cada campanha de imunização sazonal contra VSR 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,

19 Para esta campanha, foram considerados os seguintes grupos de elegíveis: Grupo A - Todas as crianças nascidas entre 1 de agosto de 2024 e 31 de março de 2025; Grupo B - Todas as crianças pré-termo com idade gestacional até 33 semanas + 6 dias, nascidas entre 1 de janeiro e 31 de julho de 2024; Grupo C - Todas as crianças com outros fatores de risco acrescido para infeção grave por VSR, a entrar na primeira ou na segunda época sazonal de infeção por VSR, que ainda não tenham completado 24 meses até ao dia 30 de setembro de 2024.

20 DGS (2025), Relatório da Avaliação do Programa Nacional de Vacinação 2024. Disponível aqui.

bem como de mitigar o seu impacto no sistema de saúde.

Para além do anticorpo monoclonal, estão disponíveis, em Portugal, vacinas contra o VSR (Abrysvo® e Arexvy®). Estas vacinas podem ser administradas, de acordo com as suas indicações, mediante prescrição médica e aquisição em farmácia comunitária.

4.1. Características dos produtos de imunização

As características do anticorpo monoclonal humano e das vacinas contra o VSR podem ser consultadas nos Quadros n.º 1 e 2.

Quadro n.º 1 - Características do anticorpo monoclonal humano contra o VSR[21]

Anticorpo monoclonal	Nirsevimab Designação comercial- Beyfortus®
Tipo de medicamento	Anticorpo monoclonal humano imunoglobulina G1 kappa (IgG1k)
Dosagens disponíveis	50 mg solução injetável 100 mg solução injetável
Indicações	Prevenção de doença das vias respiratórias inferiores causada pelo Vírus Sincicial Respiratório em: **i.** Recém-nascidos e lactentes durante a sua primeira época do VSR **ii.** Crianças até aos 24 meses de idade que permanecem vulneráveis a doença grave pelo VSR durante a sua segunda época do VSR
Contraindicações	---
Precauções	História de hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes (L-histidina, Cloridrato de L-histidina, Cloridrato de L-arginina, Sacarose, Polissorbato 80, Água para preparações injetáveis). Estas crianças devem ser encaminhadas para consulta de imunoalergologia para investigação Crianças imunocomprometidas: em algumas crianças imunocomprometidas com condições de perda de proteínas, foi observada uma elevada depuração de nirsevimab em ensaios clínicos, pelo que nirsevimab pode não proporcionar o mesmo nível de proteção nestes indivíduos Se ocorrerem sinais e sintomas de uma reação de hipersensibilidade clinicamente significativa ou anafilaxia, a administração do anticorpo monoclonal deve ser imediatamente interrompida e deve seguir-se a abordagem descrita no Programa Nacional de Vacinação Deve ser administrado, com precaução, a lactentes com trombocitopenia ou qualquer perturbação da coagulação, como com quaisquer outras injeções intramusculares. Em situações de maior gravidade, pode ser ponderada, pelo médico assistente, a administração em contexto hospitalar

21 Deverá ser consultado o Resumo das Características do Medicamento (RCM), disponível em Infomed.

Reações adversas	A reação adversa mais frequente foi erupção cutânea (0,7%), que ocorreu dentro de 14 dias após a administração. A maioria dos casos foi de intensidade ligeira a moderada. Adicionalmente, pirexia e reações no local da injeção foram notificadas com uma taxa de 0,5% e 0,3% respetivamente, dentro de 7 dias após a administração. As reações no local da injeção não foram graves
Conservação	Conservar entre 2°C e 8°C Não congelar Não agitar ou expor ao calor direto Manter a seringa pré-cheia dentro da embalagem exterior para proteger da luz
Dose e via de administração	Para lactentes com peso corporal <5 Kg: dose única de 50 mg, administrada por via intramuscular Para lactentes com peso corporal ≥5 Kg: dose única de 100 mg, administrada por via intramuscular Para crianças do grupo C a entrar na segunda época sazonal: 200 mg, administrados em duas injeções (2 x 100 mg)
Local da injeção	Preferencialmente na zona ântero-lateral da coxa. O músculo glúteo não deve ser utilizado por rotina como um local de injeção, devido ao risco de lesão no nervo ciático. Se forem necessárias duas injeções, devem ser utilizados locais de injeção diferentes
Compatibilidade	Considerando que nirsevimab é um o anticorpo monoclonal (imunização passiva), não se espera que interfira na resposta imunitária ativa a vacinas administradas concomitantemente Pode ser administrado concomitantemente com as vacinas pediátricas de rotina Não deve ser misturado com qualquer vacina na mesma seringa ou frasco para injetáveis. Quando administrado concomitantemente com vacinas injetáveis, devem ser administrados com seringas separadas e em locais de injeção diferentes

Quadro n.º 2 - Características das vacinas contra o VSR[22]

Vacina contra VSR	**Abrysvo®**	**Arexvy®**
Tipo de vacina	Vacina bivalente e recombinante, que contém antigénios do VSR (antigénio F do subgrupo A e antigénio F do subgrupo B), estabilizados na conformação de pré-fusão	Vacina recombinante e adjuvada, que contém antigénio RSVPreF3, estabilizado na conformação de pré-fusão Adjuvada com $AS01_E$
Indicações	Proteção passiva contra a doença do trato respiratório inferior causada por VSR, em lactentes desde o nascimento até aos 6 meses de idade, após imunização materna durante a gravidez Imunização ativa de indivíduos com idade ≥ 18 anos de idade, para prevenção de doença do trato respiratório inferior causada por VSR	Imunização ativa na prevenção das doenças das vias respiratórias inferiores causadas por VSR em adultos com idade ≥ 60 anos de idade e em adultos com 50 a 59 anos de idade e risco aumentado de doença causada por VSR[23]

22 Deverá ser consultado o Resumo das Características do Medicamento (RCM), disponível em Infomed.
23 A segurança e eficácia de Arexvy® não foram estabelecidas em crianças.

Contraindicações	Hipersensibilidade às substâncias ativas ou a qualquer um dos excipientes	
Precauções	A vacinação deve ser adiada em indivíduos com doença febril aguda. Contudo, a presença de uma infeção ligeira, tal como uma constipação, não deve resultar no adiamento da vacinação Deve ser administrada com precaução em indivíduos com trombocitopenia ou qualquer alteração da coagulação, uma vez que podem ocorrer hemorragia ou equimoses após a administração intramuscular nestes indivíduos A eficácia e a segurança da vacina não foram avaliadas em indivíduos imunocomprometidos, incluindo aqueles a receber tratamento imunossupressor. A sua eficácia poderá ser mais reduzida nestas situações Abrysvo®: Não foi estudada em grávidas com < de 24 semanas de gestação; Não foram observados efeitos adversos em recém-nascidos amamentados de pessoas vacinadas Arexvy®: Não foi estudada em mulheres grávidas. Não deve ser utilizada durante a gravidez; Não deve ser utilizada em mulheres durante o período de lactação/amamentação	
Reações adversas	Nas grávidas entre as 24 e as 36 semanas de gestação, as reações adversas mais frequentemente notificadas foram dor no local de injeção (41%), cefaleia (31%) e mialgia (27%). A maioria das reações locais e sistémicas em participantes maternas foram de intensidade ligeira a moderada, com resolução até 2-3 dias após o início dos sintomas Em indivíduos com idade ≥ 18 anos, as reações adversas mais frequentemente notificadas foram fadiga (23%), cefaleia (20%), dor no local de injeção (19%) e mialgia (16%). A maioria das reações foi de intensidade ligeira a moderada, com resolução até 1-2 dias após o início dos sintomas	As reações adversas mais frequentemente notificadas foram dor no local de injeção (61%), fadiga (34%), mialgia (29%), cefaleia (28%) e artralgia (18%). Geralmente, estas reações adversas foram de intensidade ligeira ou moderada e resolveram-se no espaço de poucos dias após a vacinação
Conservação	Conservar entre 2°C e 8°C Não congelar Proteger da luz	
Esquema de vacinação[24], dose e via de administração	Grávidas: dose única de 0,5 mL entre as 24 e as 36 semanas de gestação, por via intramuscular Indivíduos com ≥18 anos de idade[25]: dose única de 0,5 mL, por via intramuscular	Dose única de 0,5 mL, por via intramuscular
Local da injeção	Preferencialmente na zona ântero-lateral da coxa. O músculo glúteo não deve ser utilizado por rotina como um local de injeção, devido ao risco de lesão no nervo ciático. Se forem necessárias duas injeções, devem ser utilizados locais de injeção diferentes	Preferencialmente no músculo deltoide

24 Não foi estabelecida a necessidade de revacinação.

25 A segurança e a eficácia de Abrysvo em crianças não foram estabelecidas. Existem dados limitados em adolescentes grávidas e nos seus filhos.

Compatibilidade	Pode ser administrada concomitantemente com vacinas sazonais contra a gripe, sejam adjuvadas de dose padrão ou não adjuvadas de dose elevada e com vacinas de mRNA contra a COVID-19, com ou sem administração concomitante de uma vacina contra a gripe não adjuvada de dose elevada Recomenda-se um intervalo mínimo de 2 semanas entre a administração de Abrysvo® e a administração da vacina contra o tétano, a difteria e a tosse convulsa acelular (Tdpa)	Pode ser administrada concomitantemente com vacinas inativadas contra a gripe sazonal (dose-padrão sem adjuvante, dose elevada sem adjuvante, ou dose-padrão com adjuvante)[26] Caso se pretenda administrar ao mesmo tempo que outra vacina injetável, as vacinas devem ser sempre administradas em locais de injeção diferentes

4.2. Estratégia de imunização

A estratégia de imunização e os grupos para os quais o anticorpo monoclonal humano contra o VSR está recomendado são ajustados em função da evolução do conhecimento científico, da situação epidemiológica e da disponibilidade do anticorpo monoclonal. As indicações para a imunização são atualizadas anualmente, antes do início da campanha de imunização sazonal contra o VSR.

Informação relativa ao anticorpo monoclonal humano contra o VSR em Portugal, as suas indicações, esquemas de imunização recomendados, população elegível e operacionalização da campanha de imunização sazonal contra VSR deve ser consultada na Norma em vigor.

A Norma atualmente em vigor é a: Norma n.º 008/2025, de 11/08/2025, atualizada a 04/09/2025 – Imunização sazonal contra o Vírus Sincicial Respiratório em Idade Pediátrica: Outono-Inverno 2025-2026.

5. *Links* úteis

- Direção-Geral da Saúde: Norma n.º 008/2025, de 11/08/2025 atualizada a 04/09/2025
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge:
- *World Health Organization: Respiratory syncytial virus (RSV)*
- *European Center for Diseases Prevention and Control: Respiratory syncytial virus (RSV)*

[26] Após a administração concomitante de Arexvy com vacinas contra a gripe sazonal, foram observados títulos de neutralização de VSR A e B numericamente inferiores e títulos de inibição da hemaglutinação de Influenza A e B numericamente inferiores em comparação com a administração em separado. Isto não foi observado de forma consistente em todos os estudos. A relevância clínica destes resultados é desconhecida.

6. Referências Bibliográficas

European Centre for Disease Prevention and Control. (s.d.). Respiratory syncytial virus (RSV) Respiratory syncytial virus (RSV)

INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (n.d.). INFOMED – Base de Dados de Medicamentos https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/

INSA. (2025) Boletim de Vigilância Epidemiológica da Gripe. Época 2024/2025 https://www.insa.min-saude.pt/category/informacao-e-cultura-cientifica/publicacoes/atividade-gripal/#

Ministério da Saúde, Despacho n.º 4843/2023, de 21 de abril, Diário da República n.º 79/2023, Série II de 2023-04-21, páginas 94 – 96 Despacho n.º 4843/2023 | DR

Ministério da Saúde, Despacho n.º 5909/2023, de 25 de maio, Diário da República n.º 101/2023, Série II de 2023-05-25, páginas 115 – 116 Despacho n.º 5909/2023 | DR

Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 005/2024, atualizada a 11/10/2024- Imunização sazonal contra o vírus sincicial respiratório em idade pediátrica: Outono-inverno 2024-2025. https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-052024-de-12082024-atualizada-a-11102024-imunizacao-sazonal-contra-o-virus-sincicial-respiratorio-em-idade-pediatrica-outono-inverno-2024-2025-pdf.aspx

Direção-Geral da Saúde (2025), Relatório da Avaliação do Programa Nacional de Vacinação 2024 https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/relatorio-pnv-2024-pdf.aspx

UK Health Security Agency (2025), The Green Book Chapter 27a: Respiratory syncytial virus. Disponivel em: Respiratory syncytial virus: the green book, chapter 27a - GOV.UK

World Health Organization (2025), WHO outlines recommendations to protect infants against RSV – respiratory syncytial virus https://www.who.int/publications/i/item/who-wer-10022-193-218

World Health Organization. (2025). Respiratory syncytial virus (RSV). Respiratory syncytial virus (RSV)