



SBIm - Sociedade Brasileira de Imunizações

SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria

Febrasgo - Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

NOTA TÉCNICA CONJUNTA

04 de março de 2026

Guia rápido para uso de imunizantes contra o vírus sincicial respiratório (VSR)

Autores:

Tânia Petraglia (CRM-RJ 43789-5), Juarez Cunha (CRM-SP 66612), Renato Kfoury (CRM-SP 59492), Eduardo Jorge da Fonseca (CRM-PE 88355) e Susana Aidé (CRM-RJ 60671-5)

INTRODUÇÃO

O vírus sincicial respiratório (VSR) é a causa mais comum de bronquiolite, pneumonia e de hospitalização em crianças menores de 1 ano de idade, sendo associado a sequelas respiratórias de longo prazo. Em todo o mundo, estima-se que ocorram anualmente cerca de 33 milhões de novos episódios de infecções respiratórias agudas associadas ao VSR em crianças menores de 5 anos, dos quais aproximadamente 3,6 milhões evoluem para infecção respiratória grave, com necessidade de internação hospitalar, e de 66.000 a 199.000 resultam em óbito¹.

Globalmente, observa-se que tanto o acesso limitado aos serviços de saúde quanto a disponibilidade reduzida de cuidados de suporte contribuem de forma significativa para a morbidade associada ao VSR, especialmente em países menos desenvolvidos. Em muitos países, a falta ou a baixa disponibilidade de exames diagnósticos adequados

dificulta a obtenção de dados precisos, resultando em importante subnotificação da real carga da doença¹.

Embora certos bebês e crianças pequenas apresentem maior risco de evolução para doença grave, caso de prematuros e portadores de comorbidades, a grande maioria das hospitalizações pediátricas por VSR ocorre em bebês previamente saudáveis². Crianças pertencentes a grupos de maior risco apresentam aumento de duas a três vezes na morbidade quando comparadas ao grupo sem fatores de risco, assim como maior taxa de mortalidade, que pode ser de 15 a 30 vezes superior².

No Brasil, análise apresentada por Ribeiro e colaboradores demonstrou que 81% dos casos de VSR em coorte ocorreram em crianças a termo. Entretanto, bebês prematuros apresentaram risco substancialmente maior de desenvolver infecção respiratória aguda por VSR (RR 2,26) quando comparados às crianças a termo³. Apesar disso, uma proporção significativa de crianças a termo pode evoluir com prognóstico desfavorável, exigindo internação em unidade de terapia intensiva.

As estratégias recentes de imunização passiva, que incluem o uso de anticorpos monoclonais de longa ação, como o nirsevimabe, e a vacinação materna contra o VSR, fornecem novas e importantes ferramentas para ampliar a proteção contra a infecção pelo VSR em lactentes e crianças pequenas^{4,5,6}.

Vacinação contra o VSR em gestantes – Abrysvo®

Características do produto

A vacina contra o vírus sincicial respiratório atualmente licenciada para uso em gestantes no Brasil é a **Abrysvo®**, produzida pelo laboratório Pfizer. Trata-se de vacina **inativada**, composta por glicoproteínas F recombinantes do vírus sincicial respiratório dos subgrupos A e B^{4,5}.

A vacina é apresentada em pó liofilizado para solução injetável, contendo 120mcg de antígeno recombinante do VSR A e B, com diluente para obtenção de volume final de 0,5mL. Deve ser armazenada entre +2°C e +8°C, não devendo ser congelada. Após a reconstituição, a vacina deve ser administrada imediatamente ou em até 4 horas⁷.

Eficácia

A eficácia da vacinação materna contra o VSR foi avaliada no estudo pivotal de fase 3 **MATISSE (Maternal Immunization Study for Safety and Efficacy)**, ensaio clínico duplo-cego, randomizado, realizado em diversos países, que incluiu mais de 7.400 gestantes vacinadas entre 24 e 36 semanas de idade gestacional^{4,5}.

A imunização materna durante a gravidez ofereceu proteção significativa aos lactentes nos primeiros meses de vida. Observou-se eficácia de 81,8% (IC 95%: 40,6–96,3) na prevenção de doença grave do trato respiratório inferior por VSR em bebês de até 3 meses de idade e eficácia de 69,4% (IC 95%: 44,3–84,1) até os 6 meses de vida⁴.

Estudos de efetividade em cenário de vida real, que avaliaram a experiência de uso da vacina em programas públicos de imunização na Argentina, no Reino Unido e nos Estados Unidos, confirmaram os dados de eficácia e segurança observados nos estudos que subsidiaram o licenciamento da vacina⁶.

Segurança

A maioria dos eventos adversos relatados nos ensaios clínicos e na vigilância pós-comercialização foi considerada não grave, autolimitada e compatível com a reatogenicidade esperada para vacinas inativadas^{4,5,6}.

As manifestações locais mais frequentemente observadas incluem dor, eritema e edema no local da aplicação, com resolução espontânea em até três dias. As manifestações sistêmicas incluem fadiga, cefaleia, mialgia, artralgia e dor nas extremidades, geralmente iniciando nas primeiras 48 horas após a administração da vacina e desaparecendo, em média, em até três dias^{4,7}.

A vacina Abrysvo® é contraindicada nos casos de hipersensibilidade às substâncias ativas ou a qualquer componente da formulação⁷.

Disponibilidade

A vacina Abrysvo® está disponível nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) que dispõem de sala de vacinação, bem como em serviços privados de imunização⁷.

Recomendações – DPNI/SBP/SBIIm/FEBRASGO

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) recomenda a vacinação contra o VSR para gestantes **a partir da 28ª semana de idade gestacional**, sem limite superior de idade gestacional ou de idade materna, podendo ser administrada em qualquer época do ano⁷.

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), a Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm) e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) endossam essa recomendação^{8,15}.

- **Dose:** 0,5 mL, via intramuscular;
- **Esquema:** uma dose a cada gestação;
- **Coadministração:** a vacina pode ser administrada concomitantemente às vacinas recomendadas para gestantes (influenza, COVID-19, dTpa e hepatite B), em locais anatômicos distintos;

- **Meta de cobertura vacinal:** 80%⁷.

As doses aplicadas devem ser registradas nos sistemas oficiais de informação (e-SUS APS e SI-PNI). A ocorrência de Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (ESAVI) graves, raros ou inesperados deve ser notificada no sistema e-SUS Notifica, conforme normas vigentes⁷.

Anticorpos monoclonais contra o vírus sincicial respiratório (VSR)

Os anticorpos monoclonais constituem uma estratégia de **imunização passiva**, administrada diretamente à criança, com papel fundamental na prevenção das formas graves da infecção pelo VSR, especialmente em lactentes e crianças pertencentes a grupos de maior risco⁹⁻¹⁵.

Atualmente, no Brasil, estão disponíveis dois anticorpos monoclonais para prevenção da doença pelo VSR: o **palivizumabe (Synagis®)** e o **nirsevimabe (Beyfortus®)**, sendo este último a opção preferencial recomendada pelas sociedades científicas e pelo PNI, em processo de transição^{12,15}.

Palivizumabe (Synagis®)

O palivizumabe foi o primeiro anticorpo monoclonal (IgG1) humanizado desenvolvido para prevenção da infecção grave pelo VSR, direcionado contra um epítipo conservado da proteína de fusão F presente na superfície do vírus⁹.

Eficácia

Estudos clínicos demonstraram que o uso do palivizumabe reduziu em aproximadamente 55% as taxas de hospitalização por VSR em lactentes de alto risco, além de diminuir o tempo de hospitalização, a necessidade de uso de oxigênio suplementar e as taxas de admissão em unidades de terapia intensiva⁹.

Em crianças com cardiopatia congênita com repercussão hemodinâmica demonstrada, o palivizumabe também foi associado à redução significativa das hospitalizações relacionadas ao VSR¹⁰.

Apresentação e administração

O palivizumabe é apresentado como solução injetável contendo 100mg/mL, em frasco-ampola de dose única com volume de 0,5mL ou 1,0mL. A administração é realizada por via intramuscular, preferencialmente no vasto lateral da coxa.

Esquema de doses

O esquema recomendado consiste em administração mensal durante a sazonalidade do VSR, em até cinco aplicações por temporada, na dose de 15 mg/kg por aplicação^{9,10}.

O palivizumabe pode ser administrado concomitantemente às vacinas de rotina do calendário vacinal, não interferindo na resposta imunológica⁹.

Segurança

O palivizumabe apresenta excelente perfil de segurança, com incidência de eventos adversos semelhante à observada no grupo placebo nos estudos clínicos e confirmada em estudos de vida real^{9,10}.

Recomendações para uso do palivizumabe – PNI

No Brasil, o uso do palivizumabe é regulamentado pelo Ministério da Saúde e foi disponibilizado até o ano de 2025 nas seguintes indicações¹²:

Indicações clássicas

- Crianças com menos de 1 ano de idade nascidas prematuras, com idade gestacional ≤ 28 semanas, durante o primeiro ano de vida;
- Crianças com até 2 anos de idade com doença pulmonar crônica da prematuridade (displasia broncopulmonar) ou com doença cardíaca congênita com repercussão hemodinâmica demonstrada, independentemente da idade gestacional ao nascimento.

Transição do palivizumabe para o nirsevimabe – Diretrizes DPNI/MS

- Durante o ano de 2026, o Programa Nacional de Imunizações iniciou a transição progressiva do uso do palivizumabe para o nirsevimabe. Considerando a existência de estoques remanescentes de palivizumabe, foram publicadas regras específicas de transição¹²:
 - Prematuros (≤ 28 semanas e 6 dias) com idade inferior a 1 ano (até 11 meses e 29 dias) que receberam palivizumabe na sazonalidade de 2025: **manter palivizumabe na sazonalidade de 2026;**
 - Crianças com idade inferior a 24 meses que receberam palivizumabe na sazonalidade de 2025 e apresentam doença pulmonar crônica da prematuridade ou doença cardíaca congênita com repercussão hemodinâmica demonstrada: **manter palivizumabe na sazonalidade de 2026;**

- Crianças elegíveis ao protocolo de palivizumabe, nascidas após o término da sazonalidade de 2025 e até o final de janeiro de 2026: **utilizar nirsevimabe na sazonalidade de 2026;**
- Uma vez iniciado o esquema com palivizumabe, deve-se **finalizar o esquema completo de cinco doses com o mesmo medicamento**, não sendo recomendada a intercambialidade para nirsevimabe durante a mesma sazonalidade¹².
- Na falta de palivizumabe, está indicado o uso de nirsevimabe para as crianças elegíveis¹².

Sazonalidade do VSR no Brasil (Ministério da Saúde)

De acordo com o Ministério da Saúde, a sazonalidade do VSR no Brasil apresenta variação regional¹²:

- **Região Norte:** fevereiro a junho;
- **Regiões Nordeste, Centro-Oeste e Sudeste:** março a julho;
- **Região Sul:** abril a agosto.

Nirsevimabe (Beyfortus®)

O nirsevimabe é um anticorpo monoclonal de longa ação desenvolvido para imunização passiva contra o VSR em lactentes e crianças pequenas. Atua ligando-se à proteína F do vírus, bloqueando sua entrada nas células e prevenindo a progressão para formas graves da infecção^{11,13,14}.

Eficácia

A eficácia, a imunogenicidade e a segurança do nirsevimabe foram demonstradas principalmente em quatro ensaios clínicos. Em análise agrupada dos estudos de fase 2b e do estudo Melody, que incluíram lactentes nascidos a termo e prematuros tardios (≥ 29 semanas de idade gestacional), observou-se eficácia de **79,5%** na prevenção de infecção do trato respiratório inferior por VSR com necessidade de atendimento médico^{11,13}.

A eficácia para prevenção de hospitalizações por infecção do trato respiratório inferior por VSR foi de **77,3%**, ao passo que para formas muito graves da doença foi de **86%**^{11,13,14}.

Apresentação

O nirsevimabe está disponível em duas apresentações:

- Seringa preenchida de **0,5mL**, contendo **50mg** de nirsevimabe (100mg/mL);
- Seringa preenchida de **1,0mL**, contendo **100mg** de nirsevimabe (100mg/mL).

Ambas as apresentações são de uso imediato após a abertura da embalagem.

Administração e esquema de doses

A administração é realizada por via intramuscular, em dose única, preferencialmente no vasto lateral da coxa^{11,14}. O esquema de doses varia conforme o peso da criança e a sazonalidade:

- Crianças com peso **< 5kg**: 0,5mL (50mg), dose única;
- Crianças com peso **≥ 5kg**: 1,0mL (100mg), dose única.

Para crianças elegíveis na **segunda sazonalidade**, pertencentes a grupos de alto risco, recomenda-se dose total de **200mg**, administrada em **duas aplicações de 1,0mL**, em locais anatômicos distintos, independentemente do peso¹².

O nirsevimabe pode ser administrado concomitantemente com todas as vacinas de rotina do calendário vacinal¹¹.

Segurança

O nirsevimabe apresenta bom perfil de segurança. As reações adversas são raras, geralmente leves, transitórias e predominantemente locais^{11,14}.

Recomendações PNI para o uso do nirsevimabe

O Programa Nacional de Imunizações recomenda o uso do nirsevimabe nas seguintes situações¹²:

- Crianças prematuras (< 37 semanas de idade gestacional);
- Crianças com até 1 ano, 11 meses e 29 dias de idade com comorbidades.

Prematuros podem receber o nirsevimabe durante todo o ano, independentemente da sazonalidade. Para crianças com comorbidades, deve-se respeitar a sazonalidade regional do VSR para as duas temporadas¹².

Recomendações SBP e SBI para o uso do nirsevimabe

A SBP e a SBI recomendam a imunização com nirsevimabe, independentemente da sazonalidade, para todos os bebês com até 7 meses e 29 dias de idade, especialmente quando a mãe não tiver sido vacinada contra o VSR durante a gestação¹⁵⁻¹⁸.

Na segunda sazonalidade, o nirsevimabe é recomendado para crianças pertencentes a grupos de risco, como aquelas com doença pulmonar crônica da prematuridade, cardiopatias congênitas não corrigidas com repercussão hemodinâmica, imunodeficiências graves, fibrose cística e síndrome de Down¹⁵⁻¹⁸.

Resumo das recomendações

Nirsevimabe (Beyfortus®)			
Situação	Peso	Dose recomendada	Observações
1ª sazonalidade	< 5 kg	0,5mL (50mg) IM	Dose única
1ª sazonalidade	≥ 5 kg	1,0mL (100mg) IM	Dose única
2ª sazonalidade (alto risco)	Independente	200mg (2 × 1,0mL) IM	Aplicação em locais distintos

Palivizumabe (Synagis®)		
População	Dose	Esquema
Prematuros ≤ 28 semanas ou DBP/cardiopatia	15mg/kg IM	Mensal, até 5 doses por temporada

Perguntas e Respostas (FAQ)

Qual a diferença entre um anticorpo monoclonal, como o nirsevimabe, e a vacina contra o VSR?

Ambas as estratégias são consideradas formas de proteção passiva da criança contra o VSR. A vacina contra o VSR (Abrysvo®), administrada à gestante, induz a produção de anticorpos maternos que são transferidos passivamente ao feto pela placenta, protegendo o lactente principalmente nos primeiros 6 meses de vida, com maior impacto nos primeiros 3 meses^{4,5}.

O nirsevimabe (Beyfortus®) é um anticorpo monoclonal pronto, administrado diretamente à criança, conferindo proteção rápida após a aplicação, com duração estimada de pelo menos 6 meses^{11,13}.

Existem duas vacinas contra o VSR disponíveis no Brasil. Ambas podem ser utilizadas em gestantes?

Não. No Brasil, apenas a Abrysvo® possui licenciamento pela Anvisa para uso em gestantes. A vacina Arexvy® do laboratório GSK não é indicada para essa população^{4,7}.

O nirsevimabe (Beyfortus®) pode ser aplicado em gestantes?

Não. O nirsevimabe é indicado exclusivamente para lactentes e crianças menores de 2 anos de idade¹²⁻¹⁸.

A vacina Abrysvo® é licenciada pela ANVISA a partir de 24 semanas de idade gestacional. Pode ser utilizada antes de 28 semanas?

Na rede privada, a aplicação antes de 28 semanas pode ser considerada decisão compartilhada entre o médico e a gestante. No âmbito do SUS, a aplicação antes da recomendação do Programa Nacional de Imunizações (a partir de 28 semanas) é considerada erro programático⁷.

A vacina Abrysvo® pode ser administrada junto às outras vacinas recomendadas na gestação?

Sim. A vacina pode ser administrada no mesmo dia ou com qualquer intervalo em relação às demais vacinas recomendadas na gestação, como influenza, COVID-19, dTpa e hepatite B, desde que em locais anatômicos distintos^{7,8}.

A vacina Abrysvo® é uma vacina viva atenuada?

Não. A vacina Abrysvo® é uma vacina inativada, não contendo vírus vivo^{4,5}.

A vacina Abrysvo® pode ser aplicada em gestantes de qualquer idade?

Sim. A SBP, a SBIIm, a FEBRASGO e o PNI recomendam a vacinação de gestantes independentemente da idade materna, desde que respeitada a idade gestacional mínima^{7,8,15}.

Se a gestante recebeu a vacina Abrysvo®, é necessário aplicar o nirsevimabe na criança?

Em geral, não. Entretanto, o uso do nirsevimabe está indicado em algumas situações específicas, mesmo após vacinação materna, como:

- Prematuridade
- Mãe imunossuprimida, mesmo vacinada durante a gestação
- Parto ocorrido até 14 dias após a vacinação materna

- Recém-nascido de alto risco¹⁵.

Até qual idade gestacional a vacina Abrysvo® pode ser administrada?

A recomendação é de vacinação a partir da 28ª semana de idade gestacional, sem limite superior, podendo ser administrada até o final da gestação⁷.

Qual é a melhor estratégia: vacinar a gestante ou administrar anticorpo monoclonal na criança?

Ambas as estratégias são eficazes na prevenção da doença grave pelo VSR. Em termos de saúde pública, a vacinação materna é oferecida de forma universal às gestantes, enquanto o uso de anticorpos monoclonais é direcionado principalmente a prematuros e crianças com comorbidades^{7,12,15}.

O nirsevimabe é uma vacina?

Não. O nirsevimabe é um imunizante do tipo anticorpo monoclonal, utilizado para imunização passiva. Até o momento, não há vacinas contra o VSR licenciadas para uso em crianças¹¹.

Em quanto tempo o nirsevimabe começa a proteger a criança?

Por se tratar de um anticorpo pronto, a proteção é rápida, iniciando poucos dias após a administração^{11,13}.

O nirsevimabe pode ser administrado junto às vacinas de rotina da criança?

Sim. O nirsevimabe pode ser administrado concomitantemente com todas as vacinas recomendadas para a idade, em locais anatômicos distintos, sem interferir na resposta vacinal¹¹.

Quais são os eventos adversos associados ao uso do nirsevimabe?

Os eventos adversos mais frequentemente relatados são febre, dor local e rash cutâneo, geralmente leves e autolimitados. Eventos graves, raros ou inesperados devem ser notificados conforme as normas de vigilância de eventos adversos¹¹⁻¹⁴.

Quais são as contraindicações para o uso do nirsevimabe?

Instabilidade clínica, especialmente em prematuros extremos, presença de doença febril aguda e as contraindicações gerais aplicáveis aos imunobiológicos¹¹⁻¹⁵.

Qual o melhor momento para administrar o nirsevimabe?

Idealmente, logo após o nascimento. Caso isso não seja possível, deve ser administrado o mais precocemente possível, considerando que o período de maior risco para doença grave pelo VSR ocorre nos primeiros 6 meses de vida¹¹⁻¹⁵.

Como administrar o nirsevimabe em prematuros extremos?

A dose de 0,5mL, indicada para crianças com peso inferior a 5kg, pode ser administrada em crianças a partir de 500g, respeitando-se as boas práticas de imunização. Não é recomendada a divisão da dose em duas aplicações¹¹⁻¹².

A administração do nirsevimabe pode ser indicada, mesmo em crianças cujas mães foram vacinadas?

Em crianças menores de 8 meses, a partir do nascimento, a depender da situação epidemiológica e risco individual. E em crianças de 8 a 23 meses sem fatores de risco, apesar da ausência de dados quanto a dose ideal, também podem se beneficiar, a depender da situação epidemiológica e avaliação clínica individual. Para essa situação, a decisão deve ser compartilhada entre família e pediatra¹⁷⁻¹⁸.

Referências

1. LI Y, WANG X, ET AL. GLOBAL, REGIONAL, AND NATIONAL DISEASE BURDEN ESTIMATES OF ACUTE LOWER RESPIRATORY INFECTIONS DUE TO RESPIRATORY SYNCYTIAL VIRUS IN CHILDREN YOUNGER THAN 5 YEARS IN 2019: A SYSTEMATIC ANALYSIS. LANCET. 2022;399(10340):2047–64.
2. LAW B, ET AL. SEVERE RESPIRATORY SYNCYTIAL VIRUS INFECTION AMONG OTHERWISE HEALTHY PREMATURELY BORN INFANTS: WHAT ARE WE TRYING TO PREVENT? PAEDIATR CHILD HEALTH. 1998;3(6):402–4.
3. RIBEIRO M, ET AL. RESPIRATORY SYNCYTIAL VIRUS BURDEN IN BRAZILIAN INFANTS. PRESENTED AT: ID WEEK; 2024 OCT 16–19; LOS ANGELES, USA. POSTER P-1199.
4. KAMPMANN B, MADHI SA, MUNJAL I, ET AL. BIVALENT PREFUSION F VACCINE IN PREGNANCY TO PREVENT RSV ILLNESS IN INFANTS. N ENGL J MED. 2023;388(16):1451–64.
5. SIMÕES EAF, CENTER KJ, TITA ATN, ET AL. EFFICACY, SAFETY, AND IMMUNOGENICITY OF THE MATISSE MATERNAL RESPIRATORY SYNCYTIAL VIRUS PREFUSION F PROTEIN VACCINE TRIAL. OBSTET GYNECOL. 2025;145(2):157–67.
6. PÉREZ MARC G, VIZZOTTI C, FELL DB, ET AL. REAL-WORLD EFFECTIVENESS OF RSVpreF VACCINATION DURING PREGNANCY AGAINST RSV-ASSOCIATED LOWER RESPIRATORY TRACT DISEASE LEADING TO HOSPITALISATION IN INFANTS DURING THE 2024 RSV SEASON IN ARGENTINA (BERNI STUDY). LANCET INFECT DIS. 2025;S1473-3099(25)00156-2.
7. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ESTRATÉGIA DE VACINAÇÃO CONTRA O VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO EM GESTANTES. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2026.

8. SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES. CALENDÁRIO VACINAL DA GESTANTE. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://SBIM.ORG.BR/CALENDARIO-DE-VACINACAO/GESTANTES](https://sbim.org.br/CALENDARIO-DE-VACINACAO/GESTANTES). ACESSO EM: 30 JAN 2026.
9. IMPACT-RSV STUDY GROUP. PALIVIZUMAB, A HUMANIZED RESPIRATORY SYNCYTIAL VIRUS MONOCLONAL ANTIBODY, REDUCES HOSPITALIZATION FROM RSV INFECTION IN HIGH-RISK INFANTS. PEDIATRICS. 1998;102(3):531–7.
10. FELTES TF, CABALKA AK, MEISSNER HC, ET AL. PALIVIZUMAB PROPHYLAXIS REDUCES HOSPITALIZATION DUE TO RESPIRATORY SYNCYTIAL VIRUS IN YOUNG CHILDREN WITH HEMODYNAMICALLY SIGNIFICANT CONGENITAL HEART DISEASE. J PEDIATR. 2003;143:532–40.
11. GRIFFIN MP, YUAN Y, TAKAS T, ET AL. SINGLE-DOSE NIRSEVIMAB FOR PREVENTION OF RSV IN PRETERM INFANTS. N ENGL J MED. 2020;383:415–25.
12. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRETRIZES PARA TRANSIÇÃO DE USO DO PALIVIZUMABE PARA O NIRSEVIMABE. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2026.
13. HAMMITT LL, DAGAN R, YUAN Y, ET AL. NIRSEVIMAB FOR PREVENTION OF RSV IN HEALTHY LATE-PRETERM AND TERM INFANTS. N ENGL J MED. 2022;386(9):837–46.
14. MULLER WJ, MADHI SA, SEOANE NUÑEZ B, ET AL. NIRSEVIMAB FOR PREVENTION OF RSV IN TERM AND LATE-PRETERM INFANTS. N ENGL J MED. 2023;388:1533–4.
15. SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. POSICIONAMENTO CONJUNTO: IMUNIZAÇÃO PASSIVA COM NIRSEVIMABE PARA PREVENÇÃO DA DOENÇA PELO VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO EM CRIANÇAS. SÃO PAULO; 18 JAN 2024.
16. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. CALENDÁRIO VACINAL DA CRIANÇA. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://WWW.SBP.COM.BR/FILEADMIN/USER_UPLOAD/SBP/2025/OUTUBRO/21/25063D-DC_CALENDARIO_VACINACAO_-_ATUALIZACAO_2025-26.PDF](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/sbp/2025/OUTUBRO/21/25063D-DC_CALENDARIO_VACINACAO_-_ATUALIZACAO_2025-26.pdf). ACESSO EM: 30 JAN 2026.
17. SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES. CALENDÁRIO VACINAL DA CRIANÇA. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://SBIM.ORG.BR/CALENDARIO-DE-VACINACAO/CRIANÇAS-0-A-9-ANOS](https://sbim.org.br/CALENDARIO-DE-VACINACAO/CRIANÇAS-0-A-9-ANOS). ACESSO EM: 30 JAN 2026.
18. SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES. CALENDÁRIO VACINAL DO PREMATURO. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://SBIM.ORG.BR/CALENDARIO-DE-VACINACAO/BEBES-PREMATUROS](https://sbim.org.br/CALENDARIO-DE-VACINACAO/BEBES-PREMATUROS). ACESSO EM: 30 JAN 2026.