



Atualizações sobre as estratégias de prevenção contra o vírus sincicial respiratório (VSR)

Daniela Otoni Russo, Lilian Martins Oliveira Diniz, José Geraldo Leite Ribeiro

Departamento de Imunizações da Sociedade Mineira de Pediatria

O VSR é um vírus de RNA, não segmentado e envelopado, pertencente à família *Pneumoviridae*. Existem dois subtipos que infectam indivíduos de todas as faixas etárias: A e B. A infecção pelo VSR ocorre predominantemente durante o primeiro ano de vida e, até os 2 anos, praticamente todas as crianças já terão sido expostas ao vírus. Do ponto de vista clínico, as infecções causadas pelo VSR apresentam ampla variação de gravidade, podendo se manifestar desde formas assintomáticas ou leves até quadros graves, com comprometimento do estado geral e evolução para insuficiência respiratória. Até o momento, não há tratamento antiviral específico disponível para o VSR em lactentes, sendo o manejo clínico predominantemente de suporte, o que reforça a importância das estratégias de prevenção.

O VSR circula no Brasil ao longo de todo o ano, no entanto apresenta períodos de maior circulação (sazonalidade), de acordo com a região do país:

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

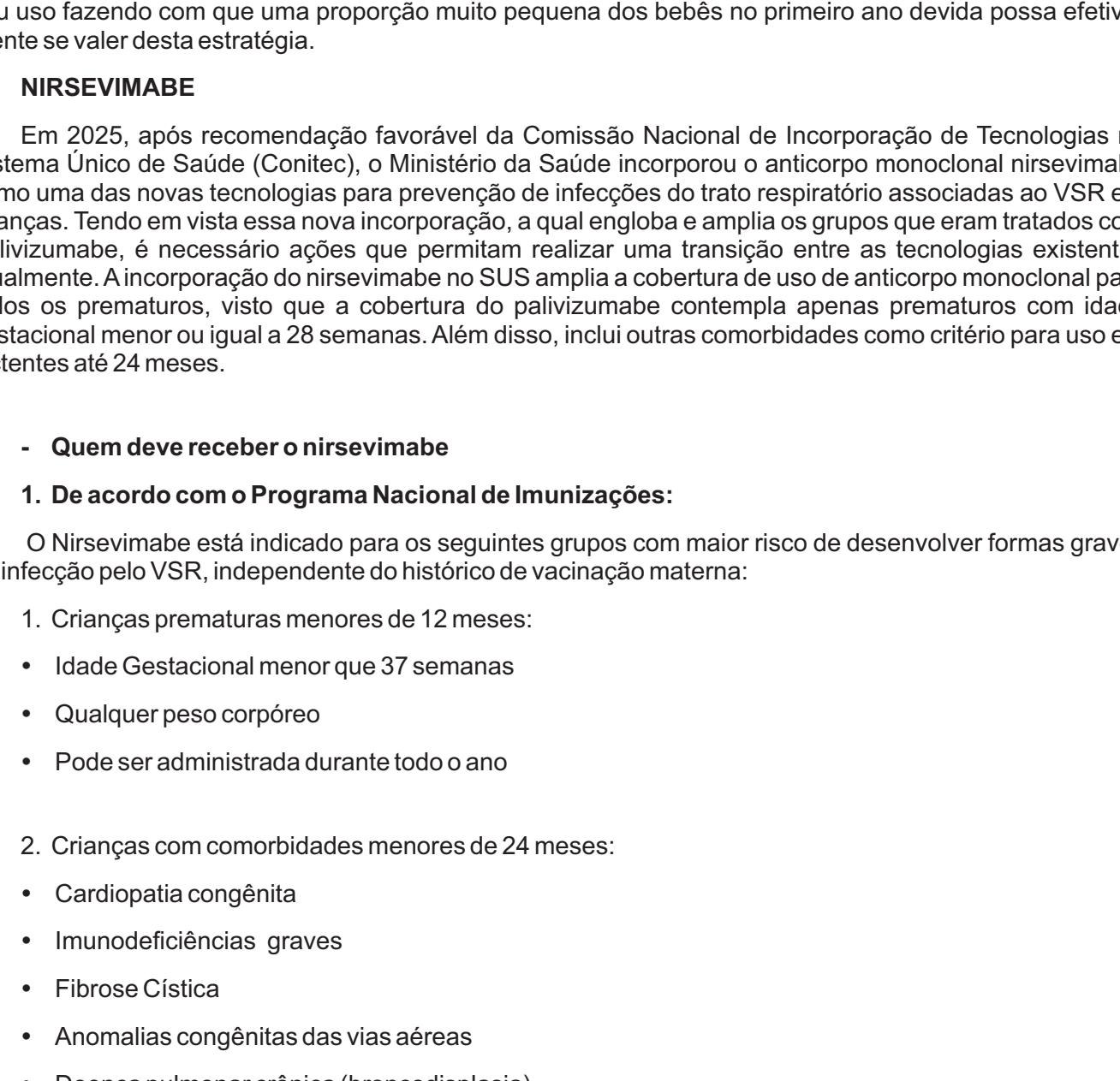
A sazonalidade do VSR tem ocorrido de forma relativamente sincronizada entre as semanas epidemiológicas 8 e 30, nas diferentes regiões do país.

Por que o VSR é importante?

As infecções do trato respiratório inferior (ITRI) estão entre as principais causas de morbidade e mortalidade em crianças em todo o mundo. Entre os agentes etiológicos, destaca-se em menores de 2 anos de idade o VSR. Esse vírus é responsável por aproximadamente 75% dos casos de bronquiolite viral aguda (BVA) nesse grupo etário. Os lactentes, especialmente aqueles com menos de 6 meses, apresentam maior risco de desenvolver formas graves da doença assim como os prematuros e crianças portadoras de cardiopatias congênitas ou de doença pulmonar crônica da prematuridade.

Nos últimos dois anos, observou-se que os casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRGA) por VSR apresentaram aumento consistente a partir da semana epidemiológica 8 com intensificação progressiva da circulação nas semanas subsequentes. O ano de 2025 apresentou o pico mais acentuado da série histórica. (Figura 1) A maior parte dos casos de SRAG por VSR ocorreu em crianças menores de 2 anos.

FIGURA 1 – Série histórica de casos de Srag por vírus respiratórios. Brasil, 2023-2025*



Fonte: Sivep-Gripe, atualizado em 11/11/2025, dados sujeitos à alteração.

*Até a Semana Epidemiológica 44/2025.

Quais as estratégias de prevenção da infecção pelo VSR?

VACINA

A vacina VSR A e B (recombinante) para as gestantes é usada para prevenção de infecções do trato respiratório inferior em crianças, incorporada ao SUS em 2025. A vacina estimula a produção de anticorpos maternos que são transferidos de forma passiva, através da placenta, para o feto. Está indicada para todas as gestantes, de qualquer idade, em dose única, IM, aplicada a partir de 28 semanas de gestação, devendo ser repetida a cada gestação. A vacina encontra-se disponível na rede privada desde setembro de 2024 e foi incorporada ao SUS em novembro de 2025, estando disponível na Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Centros de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIEs).

PALIVIZUMABE

A imunização passiva com anticorpos monoclonais demonstrou ser uma estratégia segura e eficaz para proteção de lactentes jovens contra as infecções causadas pelo VSR. Até o ano de 2023, a principal ferramenta para a prevenção das infecções pelo VSR baseava-se no uso do palivizumabe – um anticorpo monoclonal, direcionado contra um epítopo da proteína F na superfície do VSR.

O palivizumabe é oferecido através do Programa Nacional de Imunizações para bebês prematuros nascidos com idade gestacional ≤ 28 semanas, durante o primeiro ano de vida, e para crianças com doença pulmonar crônica associada com a prematuridade (displasia broncopulmonar) ou doença cardíaca congênita com repercussão hemodinâmica, até dois anos de vida. A Sociedade Brasileira de Imunizações também indica o palivizumabe para recém-nascidos pré-termo de 29 a 32 semanas gestacionais, nos primeiros seis meses de vida.

Em função de sua meia vida de curta duração, o palivizumabe implica em necessidade de administração de várias doses durante a sazonalidade. Além disso, o elevado custo deste anticorpo monoclonal limita o seu uso fazendo com que uma proporção muito pequena dos bebês no primeiro ano de vida possa efetivamente se valer desta estratégia.

NIRSEVIMABE

Em 2025, após recomendação favorável da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), o Ministério da Saúde incorporou o anticorpo monoclonal nirsevimabe como uma das novas tecnologias para prevenção de infecções do trato respiratório associadas ao VSR em crianças. Tendo em vista essa nova incorporação, a qual engloba e amplia os grupos que eram tratados com Palivizumabe, é necessário ações que permitam realizar uma transição entre as tecnologias existentes atualmente. A incorporação do nirsevimabe no SUS amplia a cobertura de uso de anticorpo monoclonal para todos os prematuros, visto que a cobertura do palivizumabe contempla apenas prematuros com idade gestacional menor ou igual a 28 semanas. Além disso, inclui outras comorbidades como critério para uso em lactentes até 24 meses.

- Quem deve receber o nirsevimabe

1. De acordo com o Programa Nacional de Imunizações:

O Nirsevimabe está indicado para os seguintes grupos com maior risco de desenvolver formas graves da infecção pelo VSR, independente do histórico de vacinação materna:

- Crianças prematuras menores de 12 meses:

- Idade Gestacional menor que 37 semanas

- Qualquer peso corporal

- Pode ser administrada durante todo o ano

2. Crianças com comorbidades menores de 24 meses:

- Cardiopatia congênita

- Imunodeficiências graves

- Fibrose Cística

- Anomalias congênitas das vias aéreas

- Doença pulmonar crônica (broncodisplasia)

- Síndrome de Down

- Doença neuromuscular

- Deve ser administrada apenas no período sazonal (fevereiro a agosto)

A indicação para a segunda sazonalidade é restrita às crianças com comorbidades persistentes.

Para maiores detalhes sobre os grupos com comorbidades contemplados, vide documento do Ministério da Saúde disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2026/guia-de-estrategia-contra-virus-sincicial-para-criancas-prematuras.pdf> (acessado em 11/02/2026)

2. De acordo com a Sociedade Brasileira de Imunizações:

Além das indicações acima, o nirsevimabe também está indicado para todos os lactentes, com até 8 meses de idade, cujas mães não se vacinaram durante a gestação. A administração pode ser feita independentemente da sazonalidade.

- Onde o nirsevimabe está disponível

Na rede privada o nirsevimabe encontra-se disponível desde fevereiro de 2025 nas clínicas de vacinas e laboratórios privados. Já no Programa Nacional de Imunizações (PNI), o nirsevimabe está disponível a partir de fevereiro de 2026 nas maternidades, CRIEs e UBSs.

- Como administrar o nirsevimabe

O nirsevimabe deve ser aplicado em dose única e por via intramuscular. A sua administração deve ser feita preferencialmente nas maternidades, após o nascimento da criança. (Quadro 1)

Quadro 1: Indicações de uso do nirsevimabe com idade, peso e sazonalidade.

Grupo	Sazonalidade	Peso corporal	Dose recomendada
Crianças prematuras (≤36 semanas e 6 dias) e crianças com idade inferior a 24 meses (até 1 ano, 11 meses e 29 dias) com comorbidades	Primeira sazonalidade do VSR	<5 kg	0,5 mL (50 mg) – dose única
	Próxima sazonalidade do VSR	≥5 kg	1,0 mL (100 mg) – dose única
Crianças com idade inferior a 24 meses (até 1 ano, 11 meses e 29 dias) com comorbidades	Segunda sazonalidade do VSR	Indep. do peso	2,0 mL (200 mg), ad. injetões de 1,0 mL, em locais distintos

Fonte: adaptado de Anvisa, 2024¹⁹.

Referências:

1. Estratégias de imunização contra o vírus da Sincicial Respiratório 2026. Acessado em 11/02/2026. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2026/guia-de-estrategia-contra-virus-sincicial-para-criancas-prematuras.pdf>.

2. Nirsevimabe. Sociedade Brasileira de Imunizações. Acessado em 11/02/2026. Disponível em: <https://familia.sbir.org.br/vacinas/anticorpos-monoclonais-anti-vsr/nirsevimabe>.

3. NOTA TÉCNICA Nº 109/2025-CGCI/DPNI/SVSA/MS. Ministério da Saúde. Acessado em 11/02/2026. Disponível em: https://sbm.org.br/images/Nirsevimabe_Nota_Tecnica_109.pdf 2025-10-02.pdf

4. Vacina contra bronquiolite começa a ser distribuída em todo o país. Ministério da Saúde. Acessado em 11/02/2026. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/dezembro/vacina-contra-o-virus-sincicial-respiratorio-comeca-a-ser-distribuida-em-todo-o-pais>.

5. Vacinas VSR. Sociedade Brasileira de Imunizações. Acessado em 11/02/2026. Disponível em: <https://familia.sbir.org.br/vacinas/vacinas-disponiveis/vacinas-vsr-virus-sincicial-respiratorio>.

Fonte: Cgci/DPNI/SVSA/MS e CGAFME/DAF/STCIEIS/MS, 2025.

Fonte: adaptado de Anvisa, 2024¹⁹.

Fonte: adaptado de Anvisa, 2024¹⁹.