

FUNDAMENTOS E PRÁTICAS

PEDIÁTRICAS E NEONATAIS

Edição XXV

Capítulo 18

SÍNDROME CONGÊNITA ASSOCIADA À INFECÇÃO PELO VÍRUS ZIKA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

ALINE SAVIELLO DE SOUZA¹
CAROLINA ANTONELI LIMA¹
MAYRA EDUARDA STEIN DE OLIVEIRA¹
BEATRIZ GAFANHÃO BOBADILHA¹
ANA BEATRIZ BECCARI BARBOZA¹
ANA GABRIELA SÁ ESSOUDRY¹
BRUNA MATOS ALMEIDA¹
MARIA EDUARDA AMARAL GARCIA DO SOUTO¹
VITORIA DE OLIVEIRA FARIAS¹
YASMIN DA SILVA¹
MARIANA D'AGOSTINHO MIKAIL¹
ISABELLA MITI HASHIDA CONDE¹
DANIELA KIE TOMIYAMA¹

¹Discente - Medicina na Faculdade de Medicina de Jundiaí

Palavras-chave: Síndrome Congênita; Zika Vírus; Infecção

DOI

10.59290/2522690295

EP EDITORA
PASTEUR

INTRODUÇÃO

A Síndrome Congênita Associada à Infecção pelo Vírus Zika (SCZ) é um conjunto de malformações que acometem fetos e recém-nascidos de mães infectadas pelo vírus Zika (ZIKV) durante a gestação. O ZIKV, pertencente à família Flaviviridae e transmitido principalmente pela picada de mosquitos infectados do gênero *Aedes*, foi identificado pela primeira vez em 1947, na África. As infecções humanas foram consideradas esporádicas durante décadas, até emergirem de forma epidêmica no Pacífico e nas Américas. Destacam-se também outros modos de transmissão, como a vertical (transplacentária), sexual e por transfusão sanguínea (MUSSO & GUBLER, 2016; TEIXEIRA *et al.*, 2020).

A epidemia de Zika que afetou severamente países da América Latina, especialmente o Brasil, entre 2015 e 2016, marcou o reconhecimento da SCZ como uma nova entidade clínica. Naquele período, observou-se um aumento significativo nos casos de microcefalia e outras alterações neurológicas em recém-nascidos nas regiões com circulação ativa do ZIKV. Essa associação levou à declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional. De acordo com o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde, divulgado em 2016, foram confirmados 2.366 casos de microcefalia e/ou alterações no sistema nervoso central associadas à infecção materna pelo ZIKV entre novembro de 2015 e dezembro de 2016, com maior concentração na região Nordeste (MS, 2022).

Essa distribuição geográfica, que se manteve até pelo menos 2022, reflete não apenas o padrão histórico da doença, mas também a vulnerabilidade ambiental e social das regiões mais afetadas, além da elevada densidade do vetor

Aedes aegypti. Em relação à circulação viral mais recente, o Brasil registrou, até a semana epidemiológica 48 de 2022, um aumento de 42% nos casos prováveis de infecção por ZIKV em comparação com o ano anterior, sendo 591 desses casos notificados em gestantes. Apesar da redução significativa em relação ao pico epidêmico de 2015–2016, o vírus Zika ainda circula no território nacional, representando um risco contínuo - sobretudo para gestantes - e reforçando a necessidade de vigilância ativa, diagnóstico laboratorial e acompanhamento especializado de gestantes e recém-nascidos (MS, 2022).

A infecção materna pelo ZIKV durante a gestação pode levar ao desenvolvimento de um conjunto de manifestações clínicas no feto, caracterizando um quadro sindrômico congênito. A principal alteração observada é a microcefalia, definida como perímetro cefálico (PC) abaixo de -2 desvios-padrão para a idade gestacional e o sexo, conforme curvas de referência. Além disso, outras anormalidades estruturais neurológicas podem estar presentes, como ventriculomegalia, córtex cerebral adelgado, padrão girial anômalo, malformações corticais, hipoplasia do corpo caloso, atraso na mielinização, calcificações subcorticais difusas e hipoplasia do tronco encefálico. Por outro lado, a síndrome pode também comprometer outros sistemas, como o auditivo (com perda auditiva neurosensorial), o visual (com atrofia do nervo óptico, maculopatia e coriorretinopatia em padrão “sal e pimenta”) e o musculoesquelético (com artrogripose congênita, displasia do quadril e deformidades posturais). Trata-se, portanto, de uma síndrome multissistêmica, com potencial impacto funcional e psicossocial significativo, exigindo atenção contínua da rede de cuidados pediátricos e de reabilitação (FRANÇA *et al.*, 2016).

Diante da complexidade clínica da SCZ e de sua relevância epidemiológica no Brasil, torna-se imprescindível atualizar e consolidar os conhecimentos sobre essa síndrome. Nesse contexto, o presente capítulo tem como objetivo realizar uma revisão da literatura disponível sobre o tema, abordando seus principais tópicos: aspectos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos e terapêuticos, com ênfase na atuação pediátrica e no seguimento multidisciplinar das crianças afetada.

MÉTODO

Esse estudo é uma revisão de literatura realizada no período de junho e julho de 2025, por meio das bases de dados PubMed, SciELO e Lillacs. A busca contemplou artigos publicados entre os anos de 2020 a 2025. Para a pesquisa foram utilizados os descritores: “*Congenital Zika Syndrome*” AND “*Congenital Abnormalities*”. Os critérios de inclusão foram artigos publicados nos últimos 5 anos, no idioma inglês ou português e com texto completo de acesso aberto. Foram excluídos relatos de caso e artigos duplicados. Após a busca 8 artigos foram selecionados que condiziam com o tema. Após os critérios, os artigos restantes foram submetidos a uma leitura cuidadosa e detalhada para a coleta dos dados necessários. Os resultados foram coletados e abordados de forma temática segundo características da doença, como epidemiologia, manifestações clínicas e consequências a longo prazo para a criança.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Recém-nascidos acometidos pelo vírus Zika podem apresentar malformações congênitas classificadas como Síndrome da Zika Congênita (SZC), cujas alterações neurológicas estão frequentemente associadas a distúrbios alimentares, incluindo disfagia, deglutição disfuncio-

nal e episódios de asfixia durante a alimentação. A deglutição constitui um processo complexo, que integra componentes reflexos e voluntários, sendo regulado pelo sistema nervoso autônomo e subdividido em quatro fases sequenciais: fase preparatória, fase oral propulsiva, fase faríngea e fase esofágica. A disfagia, cuja etiologia é multifatorial, pode decorrer de alterações estruturais, causas psiquiátricas, iatrogênicas ou neurológicas - estas últimas denominadas disfagias neurogênicas, resultantes de lesões em estruturas como o córtex cerebral, os gânglios da base, o cerebelo, o tronco encefálico e os nervos cranianos inferiores, responsáveis pela coordenação neurológica da deglutição. Em neonatos com SZC, observa-se comprometimento da função de sucção, fundamental para a amamentação, tanto nutritiva quanto não nutritiva, devido à disfunção neuromotora e à imaturidade ou lesão neurológica cortical. A deglutição subsequente à sucção, de natureza voluntária, exige integridade funcional do córtex cerebral, condição frequentemente comprometida nesses indivíduos. Ainda que a manifestação neurológica não seja considerada grave - como em casos sem microcefalia - a presença de disfagia pode ser identificada desde o nascimento. Nas formas graves da síndrome, associadas à paralisia cerebral severa, as lesões envolvendo áreas corticais, subcorticais, tronco encefálico e gânglios da base contribuem para distúrbios em qualquer uma das fases da deglutição, agravando significativamente o prognóstico alimentar desses lactentes (ANTONIOU *et al.*, 2023).

Um estudo observacional, de delineamento transversal, investigou anormalidades posturais em 24 crianças com síndrome congênita do Zika, com média de idade de 6,8 anos, considerando os efeitos da deficiência neurológica e visual no desenvolvimento motor e visual. A avaliação postural foi realizada por meio de foto-

grafias analisadas com o aplicativo *Physio-Code® Posture*, enquanto a acuidade visual foi mensurada com os cartões de Teller, complementadas por exame oftalmológico completo e questionário clínico e sociodemográfico aplicado aos cuidadores. Todos os participantes apresentaram alterações posturais, sendo que mais de 80% demonstraram desvios em seis ou mais segmentos corporais. As assimetrias mais prevalentes ocorreram nos ombros (95,8%), quadris (75,0%), cabeça (75,0%) e coluna vertebral (41,7%), além de alterações nos joelhos (79,2%) e tornozelos (91,7%). A deficiência visual foi identificada em 95,2% das crianças examinadas, com predominância dos graus moderado a grave. Embora não tenham sido observadas correlações estatisticamente significativas entre microcefalia, comprometimento visual e desvios posturais, destaca-se que o alinhamento corporal depende da integração funcional de múltiplos sistemas. Dessa forma, enfatiza-se a relevância de intervenções precoces, como fisioterapia sistemática e uso de órteses, na prevenção de deformidades musculoesqueléticas e na promoção da qualidade de vida dessas crianças (BORBA *et al.*, 2021).

Crianças afetadas pela Síndrome Congênita do Zika (SCZ), especialmente aquelas com microcefalia, apresentam um conjunto expressivo de alterações orais e craniofaciais que impactam diretamente o desenvolvimento funcional e estético. Essas manifestações estão frequentemente associadas a casos em que a infecção materna pelo Zika Vírus ocorreu no primeiro trimestre da gestação, sendo um período crítico para a embriogênese craniofacial, e foram amplamente observadas em estudos conduzidos majoritariamente no Nordeste do Brasil, região mais afetada pela epidemia. Entre os principais achados, destacam-se o atraso na erupção dentária (51,8%), defeitos no esmalte, como hipo-

plasias e opacidades (25,9%), presença de palato profundo ou ogival (29,6%), bruxismo (29,6%), maloclusões (25,9%) e alterações no número de dentes, especialmente agenesias dos incisivos laterais superiores (14,8%). Também são relatadas alterações no frênulo curto, além de interposição lingual, disfagia orofaríngea e anomalias de forma e tamanho dos dentes. Essas manifestações são multifatoriais e fortemente associadas à ação do ZIKV sobre células progenitoras neurais e da crista neural craniana, interferindo no crescimento craniofacial e na odontogênese. O palato ogival, por exemplo, relaciona-se à hipotonia orofacial, muitas vezes acompanhada de disfagia, enquanto a interposição lingual decorre da hipotonia muscular associada à respiração bucal crônica, levando à atresia maxilar. O bruxismo é atribuído a distúrbios neurológicos e fatores emocionais, como estresse e ansiedade. Esses achados reforçam a importância da vigilância clínica precoce e da atuação multiprofissional no manejo dessas crianças, com destaque para o papel do odontopediatra na prevenção de prejuízos funcionais, nutricionais e psicossociais (JÚLIA *et al.*, 2024).

A Síndrome Congênita do Zika (SCZ), consequência mais grave da infecção pelo vírus Zika durante a gestação, caracteriza-se por um espectro de anomalias congênitas, destacando-se a microcefalia (presente em ~80% dos casos) como marcador primário, associada a calcificações parenquimatosas/cerebelares, ventriculomegalia, hipoplasia/atrofia do SNC, artrogripose, alterações oculares e baixo peso ao nascer. Estudos em crianças brasileiras expostas no pré-natal evidenciaram ainda redução do volume cerebral, disgenesia do corpo caloso e, menos frequente, lisencefalia e paquigiria. As manifestações orofaciais decorrem da ação do vírus sobre as células da crista neural, comprometendo a odontogênese e o desenvolvimento craniofacial, com achados como oligodontia,

opacidades dentárias, hipoplasia de esmalte, microdontia e fusão dentária. Alterações estruturais – como palato estreito, projeção lingual anterior, retrognatia e micrognatia – associam-se a disfunções musculares (hipotonia orofacial, selamento labial inadequado) e complicações funcionais, incluindo disfagia, distúrbios alimentares (dificuldade de sucção-deglutição-respiração) e maior prevalência de má oclusão (mordida aberta anterior, bruxismo em 20% dos casos). Tais condições, agravadas por hipersaliação e irritabilidade, refletem danos teciduais precoces (primeiro trimestre gestacional) e exigem abordagem multidisciplinar para mitigar sequelas nutricionais e de desenvolvimento. (SCOTTO *et al.*, 2024)

Após o primeiro ano de idade, a síndrome congênita do Zika (SCZ) está associada principalmente a graves comprometimentos no neurodesenvolvimento global, especialmente nos domínios motores, cognitivos e da linguagem. O principal desfecho observado é a paralisia cerebral. Entre as comorbidades, destacam-se anomalias visuais, deficiência auditiva, disfagia (ou outras dificuldades alimentares), sinais piramidais (hipertonia, hiperreflexia ou clônus), desnutrição, hidrocefalia com derivação e artrogripose. A epilepsia, contudo, apresenta-se como a comorbidade de maior prevalência. Também foram identificadas correlações significativas entre as pontuações motoras e o padrão de neuroimagem, renda per capita e o número de anticonvulsivantes utilizados. Em crianças nascidas sem microcefalia, mas expostas ao ZIKV na vida intrauterina, a maioria apresenta desenvolvimento neurológico típico, embora com risco de comprometimento na área da linguagem. Quando presente nesse grupo um neurodesenvolvimento abaixo da média, os fatores associados incluem a infecção ocorrida em idade gestacional mais precoce. Grande parte dos casos de SCZ está relacionada à exposição ao ZIKV

no primeiro trimestre da gestação, o que sugere que a doença tende a ser mais grave quando adquirida nesse período. Outros fatores associados incluem o parto prematuro, a presença de anormalidades oculares e o sexo masculino. Vale ressaltar que a taxa de prematuridade nessa população varia de 13% a 17,2%, e que as frequências de manifestações neurosensoriais foram de 7% para anormalidades oculares e 12% para deficiência auditiva. Além disso, um dos estudos a respeito das crianças expostas ao ZIKV sem microcefalia ao nascer, relatou o desenvolvimento de Transtorno do Espectro Autista em três crianças, durante o segundo ano de vida (CARVALHO *et al.*, 2020).

Um estudo analisou 60 crianças brasileiras com síndrome congênita do Zika (SCZ), com idades entre 6 e 10 anos, cerca de oito anos após a infecção gestacional. Utilizando escalas padronizadas de avaliação funcional – como a *Gross Motor Function Classification System* (GMFCS), o *Manual Ability Classification System* (MACS), escalas de comunicação (CFCS), alimentação (EDACS) e visão, os autores demonstraram que a maioria das crianças apresentam comprometimentos severos e persistentes em muitos fatores. Cerca de 86,7 % dos participantes foram classificados no nível V do GMFCS, indicando dependência total para movimentação, e 85 % também no nível V do MACS, com habilidade manual extremamente limitada. Na comunicação, 68,3 % apresentaram dificuldades graves, enquanto 40 % dependiam de suporte para alimentação, sendo que 31,7 % necessitavam de gastrostomia. Além disso, alterações visuais graves foram identificadas em 38,3 % dos casos. Nesse sentido, as comorbidades mais prevalentes foram a epilepsia (presente em cerca de 90 % das crianças), disfagia (68,3 %), desnutrição (38,3 %) e necessidade de sonda alimentar (31,7 %). Isso reflete um grande comprometimento neurológico,

sendo a paralisia cerebral espástica o principal desfecho clínico observado. A combinação de distúrbios motores, sensoriais e alimentares gera desafios significativos ao cuidado e à qualidade de vida dessas crianças, exigindo uma abordagem interdisciplinar envolvendo neurologistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e oftalmologistas.

Mesmo com o tempo e as intervenções terapêuticas, a SCZ mantém um padrão de evolução. Por fim, os autores ressaltam que o impacto funcional severo observado está diretamente associado à infecção pelo vírus Zika durante o primeiro trimestre gestacional, período mais crítico do neurodesenvolvimento fetal. O estudo destaca a importância de estratégias de cuidado contínuo e políticas públicas de suporte especializado, não apenas para a reabilitação das crianças, mas também para o acolhimento e apoio das famílias, que enfrentam demandas intensas e duradouras. A SCZ, portanto, configura-se como uma condição com repercussões neurológicas profundas e permanentes, que exigem atenção clínica, social e governamental constante (MARQUES *et al.*, 2025)

Lactentes afetados pela Síndrome Congênita do Zika (SCZ) frequentemente apresentam paralisia cerebral com um padrão motor característico, predominantemente do tipo discinesia ou espástico-discinético, muitas vezes associado à microcefalia grave. Uma característica marcante desses bebês é a persistência além do tempo esperado dos reflexos primitivos, sendo considerado anormal, como o Reflexo de Moro, Reflexo Tônico Cervical Assimétrico (RTCA), Reflexo Tônico Cervical Simétrico, Reflexo Tônico Labiríntico, Preensão Palmar, Preensão Plantar, Reflexo de Suporte Positivo, Reflexo da Marcha, Reflexo de Extensão Cruzada, que normalmente desaparecem nos primeiros meses de vida. A presença prolongada desses reflexos

é um indicativo de disfunção no desenvolvimento do sistema nervoso central, particularmente nas vias corticoespinhais. Essa persistência está diretamente relacionada a outros déficits motores, como o aumento do tônus muscular (hipertonia), contraturas articulares, espasticidade e atraso no desenvolvimento motor global. Estudos mostram que a ausência de inibição cortical, esperada para suprimir esses reflexos com a maturação do SNC, é prejudicada em crianças com SCZ devido a calcificações cerebrais, atrofia cortical e ventriculomegalia. Além disso, a manutenção desses reflexos compromete o desenvolvimento postural e funcional dos lactentes, interferindo em habilidades como rolar, sentar e sustentar a cabeça, impactando diretamente a qualidade de vida e autonomia futura dessas crianças. A avaliação precoce e contínua desses reflexos, associada à fisioterapia neurofuncional, é essencial para intervenções terapêuticas que busquem minimizar as limitações motoras impostas pela síndrome (SERRA *et al.*, 2025)

Há uma associação importante entre a microcefalia - uma das principais marcas da Síndrome Congênita do Zika (SCZ) - e alterações graves no neurodesenvolvimento, no sistema nervoso e no trato urinário. Crianças que nascem com microcefalia e SCZ apresentam, com maior frequência, atrasos importantes no desenvolvimento neurológico. No entanto, crianças que nasceram assintomáticas, mas foram expostas ao Zika Vírus durante a gestação, também podem apresentar dificuldades no desenvolvimento neuropsicomotor durante a primeira infância, especialmente na área da linguagem. Esse achado reforça a importância da puericultura e do acompanhamento do desenvolvimento infantil desde o nascimento. No que diz respeito ao sistema urinário, sabe-se que distúrbios urológicos em crianças com SCZ e microcefalia grave são comuns, embora ainda

não haja dados suficientes para afirmar uma relação direta de causalidade, ainda assim, estudos em coortes de crianças afetadas pela SCZ relataram alterações como bexiga neurogênica, infecções urinárias recorrentes, agenesia da bexiga detectadas em exames de imagem (ANTONIOU *et al*, 2021).

CONCLUSÃO

A bronquiolite continua sendo uma das infecções respiratórias agudas (IRAs) mais prevalentes em crianças menores de dois anos, especialmente nos primeiros meses de vida. No Brasil, os dados do DATASUS evidenciam um padrão de sazonalidade, com picos de mortalidade nos meses de outono e inverno e maior incidência nas regiões Sudeste e Nordeste. Apesar da pandemia de COVID-19 ter interferido temporariamente nesses padrões, é essencial refletir a importância das medidas de prevenção e vigilância epidemiológica em vigência da ocorrência impactante da bronquiolite.

Com base nas evidências apresentadas, é possível afirmar que a imunização com Nirsevimabe marca uma mudança na abordagem da prevenção da bronquiolite causada pelo vírus sincicial respiratório (VSR). A análise de múltiplos estudos internacionais, incluindo ensaios clínicos, estudos observacionais, mostra que o uso do Nirsevimabe reduz significativamente as taxas de internação, a gravidade dos quadros clínicos e a necessidade de suporte ventilatório em crianças, além de diminuir os custos em unidades de terapia intensiva pediátrica.

A incorporação do Nirsevimabe no Sistema Único de Saúde (SUS) em 2025 mostra uma importante conquista em termos de equidade e

acesso à inovação na saúde pública. Trata-se de uma medida baseada em evidência científica, com a possibilidade de retirar a sobrecarga dos serviços de saúde durante as estações epidêmicas e melhorar a qualidade não somente da vida das crianças afetadas pela doença familiar. A profilaxia passiva com Nirsevimabe, aplicada de forma universal em recém-nascidos ou direcionada a grupos de maior risco, como prematuros e bebês com comorbidades, se mostra comprovado pelas experiências da França, Austrália e Itália.

Apesar dos avanços, é fundamental destacar que a eficácia da estratégia depende de uma implementação eficiente e bem coordenada. Para tanto, será essencial o fortalecimento das ações de vigilância, a capacitação dos profissionais de saúde, o fornecimento adequado de doses nos serviços de atenção primária e o acompanhamento contínuo dos desfechos clínicos e epidemiológicos da intervenção.

Portanto, conclui-se que a imunização com nirsevimabe é uma ferramenta promissora, segura e eficaz para a prevenção da bronquiolite por VSR em lactentes, devendo ser incorporada de forma permanente nas políticas públicas de imunização infantil no Brasil. Sua utilização não apenas impacta diretamente nos indicadores de saúde neonatal, como também promove um uso mais racional dos recursos hospitalares, colaborando com a sustentabilidade do sistema de saúde a longo prazo. A vigilância contínua e os estudos em contexto nacional serão cruciais para adaptar e otimizar essa estratégia conforme as necessidades e características da população brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRAULT, A. *et al.* Effect of nirsevimab on hospitalisations for respiratory syncytial virus bronchiolitis in France, 2023-24: a modelling study. *The Lancet Child & Adolescent Health*, v. 8, n. 10, p. 721–729, 2024. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(24\)00143-3](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(24)00143-3)
- CAVALCANTI, A. P. *et al.* Fatores metabólicos associados à gravidade da bronquiolite em neonatos. *Jornal de Pediatria*, v. 98, n. 4, p. 370–377, 2022.
- CONSOLATI, A. *et al.* Safety and efficacy of nirsevimab in a universal prevention program of respiratory syncytial virus bronchiolitis in newborns and infants in the first year of life in the Valle d'Aosta Region, Italy, in the 2023-2024 epidemic season. *Vaccines (Basel)*, v. 12, n. 5, p. 549, 2024. DOI: <https://doi.org/10.3390/vaccines12050549>
- DRYSDALE, SB. *et al.* Nirsevimab for prevention of hospitalizations due to RSV in infants. *The New England Journal of Medicine*, v. 389, n. 26, p. 2425–2435, 2023.
- FRANÇA, GVA. *et al.* Congenital Zika virus syndrome in Brazil: a case series of the first 1501 livebirths with complete investigation. *The Lancet*, v. 388, n. 10047, p. 891–897, 2016. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30902-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30902-3)
- FONSECA, MR. *et al.* Manifestação clínica e evolução da bronquiolite viral aguda em lactentes internados em hospital terciário. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 39, p. e2020092, 2021.
- JEZIORSKI, E. *et al.* Impact of nirsevimab on respiratory syncytial virus bronchiolitis in hospitalized infants: a real-world study. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, v. 44, n. 4, p. e124–e126, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1097/INF.0000000000004630>
- LOMBA, M. *et al.* Agentes virais respiratórios em crianças com bronquiolite aguda: uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 48, n. 6, p. e20220123, 2022. Disponível em: <http://www.sciELO.br/j/jbpneu>. Acesso em: 8 jul. 2025.
- MEISSNER, HC. Viral bronchiolitis in children. *The New England Journal of Medicine*, v. 374, n. 1, p. 62–72, 2016.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Ministério da Saúde incorpora nirsevimabe no SUS para prevenção de bronquiolite em bebês. Brasília, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias>. Acesso em: 8 jul. 2025.
- MUSO, D.; GUBLER, DJ. Zika Virus. *Clinical Microbiology Reviews*, v. 29, n. 3, p. 487–524, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1128/CMR.00072-15>
- PAPENBURG, J.; HAMID, JS. Risk factors for severe respiratory syncytial virus disease in infants: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, v. 145, n. 3, p. e20193657, 2020.
- RALSTON, SL. *et al.* Clinical practice guideline: the diagnosis, management, and prevention of bronchiolitis. *Pediatrics*, v. 150, n. 1, p. e2022058119, 2022.
- RICCÒ, M. *et al.* Impact of nirsevimab immunization on pediatric hospitalization rates: a systematic review and meta-analysis. *Vaccines (Basel)*, v. 12, n. 6, p. 640, 2024. DOI: <https://doi.org/10.3390/vaccines12060640>
- RIUS-PERIS, JM. *et al.* Nirsevimab immunisation significantly reduces respiratory syncytial virus-associated bronchiolitis hospitalisations and alters seasonal patterns. *Acta Paediatrica*, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1111/apa.70066>
- TOUATI, S. *et al.* Nirsevimab prophylaxis on pediatric intensive care hospitalization for severe acute bronchiolitis: a clinical and economic analysis. *Annals of Intensive Care*, v. 15, n. 1, p. 56, 2025.
- WADIA, U. *et al.* Effectiveness of nirsevimab in preventing RSV-hospitalisation among young children in Western Australia. *The Journal of Infection*, v. 90, n. 4, p. 106466, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2025.106466>