



Nota Técnica nº 1/SES/SUBVS-SVE-DVDTI-CEPI/2026

PROCESSO Nº 1320.01.0004876/2026-57

DIRETRIZES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO NIRSEVIMABE NO ESTADO DE MINAS GERAIS

1. FINALIDADE/OBJETIVO

Esta Nota Técnica tem como objetivo estabelecer diretrizes técnicas e operacionais para a implementação do Nirsevimabe no estado de Minas Gerais, definindo o público-alvo, os critérios de elegibilidade, os fluxos de dispensação, as responsabilidades das maternidades, da Atenção Primária à Saúde (APS), das Unidades Regionais de Saúde (URS) e da Rede de Imunobiológicos para Pessoas com Situações Especiais (RIE), bem como as regras de transição de uso do Palivizumabe para o Nirsevimabe.

2. EMBASAMENTO LEGAL

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), por meio da Subsecretaria de Vigilância em Saúde e da Coordenação Estadual do Programa de Imunização, apresenta as diretrizes para a implementação do Nirsevimabe no estado de Minas Gerais, considerando os fluxos assistenciais, as responsabilidades interfederativas e a organização da RIE, com base nos seguintes dispositivos legais e normativos:

- o Guia Estratégia de imunização contra o vírus sincicial respiratório para crianças prematuras e com comorbidades: anticorpo monoclonal. Ministério da Saúde, 2026;
- a Portaria SECTICS/MS nº 15, de 28 de fevereiro de 2025, que torna pública a decisão de incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o nirsevimabe para a prevenção de infecção do trato respiratório inferior associado ao vírus sincicial respiratório, para bebês prematuros menores de 37 semanas e crianças menores de 2 anos portadoras de comorbidades;
- a Portaria GM/MS nº 6.623, de 14 de fevereiro de 2025, que institui a Rede de Imunobiológicos para Pessoas com Situações Especiais (RIE) no âmbito do Sistema Único de Saúde;
- a Nota Técnica nº 109/2025-CGICI/DPNI/SVSA/MS, que dispõe sobre a descrição das maternidades com internações públicas responsáveis pela dispensação do nirsevimabe e orienta quanto aos sistemas de informação para registro das doses aplicadas;
- a Nota Técnica nº 40/2025-DPNI/SVSA/MS, que estabelece orientações para o registro das doses aplicadas do nirsevimabe, nas apresentações de 0,5 mL e 1,0 mL, nos sistemas de informação do Programa Nacional de Imunizações;
- o Ofício Conjunto nº 85/2025/CGAFME/DAF/SECTICS/MS, que apresenta informações referentes ao cenário nacional do uso do palivizumabe e às regras de transição para a nova tecnologia incorporada (nirsevimabe) para a quimioprofilaxia contra o Vírus Sincicial Respiratório;
- o Relatório de Recomendação nº 974/2025 da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), que fundamenta a incorporação do nirsevimabe ao Sistema Único de Saúde, com base em evidências científicas de eficácia, segurança e custo-efetividade;
- o Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais – 6ª edição (2023), que orienta a organização, o funcionamento e as atribuições dos CRIE no âmbito do SUS;
- o Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação – 4ª edição (2020), que estabelece diretrizes para a identificação, notificação, investigação e monitoramento dos Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (ESAVI).

3. INTRODUÇÃO

O Vírus Sincicial Respiratório (VSR) constitui-se como uma das principais causas de infecção do trato respiratório inferior em crianças menores de dois anos, com impacto expressivo em hospitalizações, internações em unidades de terapia intensiva e óbitos infantis, especialmente entre prematuros e crianças com condições clínicas especiais.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde incorporou o nirsevimabe, anticorpo monoclonal humano de longa duração, como estratégia de prevenção da infecção pelo VSR, conforme a decisão da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) e a Portaria SECTICS/MS nº 15, de 28 de fevereiro de 2025. O Nirsevimabe apresenta vantagem operacional relevante em relação ao Palivizumabe, por permitir administração em dose única durante a sazonalidade do VSR e por esse motivo, passa a substituí-lo na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS.

Diante da incorporação nacional e, considerando as especificidades organizacionais da RAS de Minas Gerais, faz-se necessária a padronização estadual dos fluxos assistenciais, logísticos e informacionais para a adequada implementação do Nirsevimabe, em consonância com as normativas federais vigentes e com a RIE.

4. INDICAÇÃO DE USO

O Nirsevimabe está indicado para:

- **Recém-nascidos prematuros com idade gestacional igual ou inferior a 36 semanas e 6 dias, independentemente do peso ao nascer;**
- **Crianças com idade inferior a 24 meses que apresentem, no mínimo, uma das seguintes comorbidades:**

- Cardiopatia congênita com repercussão hemodinâmica;
- Doença pulmonar crônica da prematuridade (DPCP);
- Imunocomprometimento grave (inato ou adquirido);
- Fibrose cística;
- Doenças neuromusculares graves;
- Síndrome de Down;
- Anomalias congênitas das vias aéreas e doenças pulmonares graves.

QUADRO 1 – ESQUEMA DE USO DO NIRSEVIMABE DE ACORDO COM A SAZONALIDADE E PESO DA CRIANÇA

Grupo	Sazonalidade	Peso corporal	Dose recomendada	Período de administração
Crianças prematuras(≤36 semanas e 6 dias)	Primeira sazonalidade do VSR	< 5 kg	0,5 mL (50 mg) – dose única	Durante todo o ano
Crianças prematuras(≤36 semanas e 6 dias)	Primeira sazonalidade do VSR	≥ 5 kg	1,0 mL (100 mg) – dose única	Durante todo o ano
Crianças com idade inferior a 24 meses(até 1 ano, 11 meses e 29 dias) com comorbidades	Segunda sazonalidade do VSR	Independente do peso	2,0 mL (200 mg), administrados em duas injeções de 1,0 mL, em locais distintos	Período sazonal do VSR(fevereiro a agosto)

Fonte: CGICI/DPNI/SVSA/MS, 2026.

5. REGRAS DE TRANSIÇÃO DE USO DO PALIVIZUMABE PARA O NIRSEVIMABE

Durante a sazonalidade de 2026, deverão ser observadas as seguintes regras de transição: Crianças que iniciaram esquema de quimioprofilaxia com **Palivizumabe na sazonalidade de 2025 deverão concluir o esquema com o mesmo imunobiológico**, conforme disponibilidade de estoque e critérios definidos pela SES-MG:

- Crianças prematuras (≤ 28 semanas e 6 dias) com idade inferior a 1 ano (até 11 meses e 29 dias), mas que receberam Palivizumabe na sazonalidade 2025: aplicar **Palivizumabe** na sazonalidade 2026;
- Crianças com idade inferior a 24 meses (até 1 ano, 11 meses e 29 dias) que apresentam doença pulmonar crônica da prematuridade, displasia broncopulmonar, ou doença cardíaca congênita com repercussão hemodinâmica demonstrada que receberam Palivizumabe na sazonalidade 2025 e que necessitarão de até **4 doses** de Palivizumabe em 2026: aplicar **Palivizumabe** para concluir o esquema de quimioprofilaxia;
- Crianças com idade inferior a 24 meses (até 1 ano, 11 meses e 29 dias) que apresentam doença pulmonar crônica da prematuridade, displasia broncopulmonar, ou doença cardíaca congênita com repercussão hemodinâmica demonstrada que receberam Palivizumabe na sazonalidade 2025 e que usariam **5 doses** de Palivizumabe em 2026: aplicar o **Nirsevimabe** em 2026;
- Crianças nascidas a partir de agosto de 2025, elegíveis conforme os critérios definidos pelo Ministério da Saúde, iniciarão a quimioprofilaxia exclusivamente com Nirsevimabe;

6. LOCAIS DE ADMINISTRAÇÃO E FLUXOS ASSISTENCIAIS PARA O NIRSEVIMABE

Quadro 2 – Fluxo de acesso, solicitação e administração do nirsevimabe segundo público-alvo e ponto de atenção à saúde

Público-alvo	Local de nascimento / acompanhamento	Porta de entrada	Responsável pela abertura do processo	Local de administração
Recém-nascido prematuro (≤ 36s6d)	Maternidade com sala de vacina habilitada na RIE (CIIE)	Maternidade	Avaliação e validação clínica local (maternidade)	Maternidade, durante a internação
Recém-nascido prematuro (≤ 36s6d)	Maternidade sem sala de vacina	APS /CRIE Macrorregional	APS /CRIE Macrorregional	Conforme autorização da RIE
Criança < 24 meses com comorbidades	APS e Acompanhamento ambulatorial	APS /CRIE Macrorregional	APS /CRIE Macrorregional	Conforme autorização da RIE

Fonte: SES-MG, 2026.

Recém-nascidos prematuros nascidos em maternidades com sala de vacina:

- Os recém-nascidos prematuros e, nascidos em maternidades com internações públicas que disponham de sala de vacina e estejam habilitadas na RIE, deverão receber o Nirsevimabe ainda durante a internação hospitalar, preferencialmente nas 12 primeiras horas de vida concomitantemente a aplicação da vacina hepatite B.
- As maternidades classificadas como Centros Intermediários de Imunobiológicos Especiais (CIIE) terão autonomia para avaliação e validação

clínica local, manutenção de estoque e administração do imunobiológico.

Recém-nascidos prematuros nascidos em maternidades sem sala de vacina:

- Os recém-nascidos prematuros, nascidos em maternidades que não disponham de sala de vacina, deverão ter seus responsáveis orientados a procurar a Unidade de Atenção Primária à Saúde (APS) de referência da residência e/ou CRIE Macrorregional para início do processo de solicitação do Nirsevimabe.
- Após a autorização, o Nirsevimabe será disponibilizado conforme fluxo pactuado, garantindo o acesso oportuno ao imunobiológico.

Crianças menores de 24 meses com comorbidades:

- As crianças com idade inferior a 24 meses e com comorbidades elegíveis internadas em maternidades públicas que disponham de sala de vacina e estejam habilitadas na RIE, deverão receber o Nirsevimabe ainda durante a internação hospitalar. Caso não estejam internadas, as mesmas deverão, obrigatoriamente, ter seus processos de solicitação de Nirsevimabe iniciados pela unidade de APS de referência e/ou pelo CRIE Macrorregional.
- Após a autorização, o Nirsevimabe será disponibilizado conforme fluxo pactuado, garantindo o acesso oportuno ao imunobiológico.

7. PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

- Compete à APS, enquanto porta de entrada preferencial do SUS e ordenadora do cuidado no território, identificar precocemente os fatores de risco durante a realização do pré-natal, por meio da estratificação de risco gestacional, e assegurar o acompanhamento longitudinal dos recém-nascidos e crianças elegíveis ao uso do Nirsevimabe, em articulação a RIE.
- Cabe à APS realizar a busca ativa e a identificação de recém-nascidos e crianças elegíveis que não tenham recebido o Nirsevimabe durante a internação hospitalar, proceder com a avaliação clínica inicial, preencher a ficha de solicitação do Nirsevimabe e encaminhar o processo para avaliação e autorização pela RIE, conforme os fluxos pactuados no território.
- É responsabilidade da APS garantir o acompanhamento pós-administração do Nirsevimabe, identificar sinais de agravamento de infecções respiratórias, promover a articulação com a RAS e assegurar o registro das ações e dos dados clínicos nos sistemas oficiais de informação.
- Compete ainda à APS orientar as famílias quanto às medidas de prevenção de infecções respiratórias, aos cuidados após a administração do Nirsevimabe e à importância do seguimento clínico da criança nas Unidades de APS.
- Ressalta-se que a APS não atua como ponto de dispensação do Nirsevimabe, permanecendo essa atribuição às maternidades habilitadas e às unidades da RIE.

8. LOGÍSTICA, DISTRIBUIÇÃO E ARMAZENAMENTO

A distribuição inicial das doses de Nirsevimabe será operacionalizada por meio de pautas automáticas, elaboradas proporcionalmente ao público-alvo alinhado à estratégia, de acordo com os quantitativos fornecidos pelo fabricante. Posteriormente, a depender do quantitativo de doses enviadas e do estoque disponível, as Unidades Regionais de Saúde (URS) da SES-MG poderão realizar solicitações complementares por meio de cotas repassadas pela Central Estadual de Rede de Frio, utilizando o Sistema de Informação de Insumos Estratégicos (SIES), com base na estimativa de demanda regional.

O fluxo logístico compreenderá:

- Recebimento do anticorpo monoclonal na Central Regional de Rede de Frio;
- Distribuição para as URS, conforme pactuação;
- Abastecimento das maternidades habilitadas, CRIE Macrorregionais e demais pontos definidos pela RIE.

O Nirsevimabe deve ser armazenado entre **2°C e 8°C**, não devendo ser congelado ou agitado. Pode permanecer à temperatura ambiente (**até 30°C**) por período máximo de **8 horas**, após o qual deverá ser descartado.

As ocorrências de alteração de temperatura devem ser registradas por meio do formulário de ocorrência em imunobiológico (RedCap) <https://redcap.saude.gov.br/surveys/index.php?s=EJA3M8JE3T>, e enviado no e-mail da Central Estadual de Rede de Frio: imunobsuspeita.sesmg@gmail.com

Obs. A gestão técnico-gerencial do Palivizumabe permanece inalterada, enquanto houver estoques. As solicitações de uso em crianças que receberem Palivizumabe na sazonalidade 2025 serão analisadas pela Assistência Farmacêutica da URS, conforme critérios definidos para o período de transição.

9. REGISTRO, MONITORAMENTO E FARMACOVIGILÂNCIA

Todas as doses administradas deverão ser registradas, diariamente, no Sistema de Informação (SIPNI ou e-SUS APS ou Sistema Externo), assegurando rastreabilidade, monitoramento da estratégia e controle de estoque.

O registro das aplicações no sistema deverá garantir:

A identificação do cidadão vacinado pelo número do Cadastro de Pessoa Física (CPF) ou do Cartão Nacional de Saúde (CNS). Deve-se observar se

o CPF ou o CNS foram devidamente validados no Cadastro do Sistema Único de Saúde (CadSUS).

O registro e identificação do imunobiológico, do lote, do fabricante e do tipo de dose.

A dose de anticorpo monoclonal Nirsevimabe deverá ser registrada na Estratégia Especial, com especificação do motivo de indicação (CID-10), como descrito no quadro 3 e especialidade que indicou o anticorpo.

Quadro 3 – Lista indicativa de CID-10 que contemplam as condições clínicas prioritários para indicação do Nirsevimabe

Indicação clínica	CID-10
Imaturidade extrema	P07.0 ou P07.2
Outros recém-nascidos de pré-termo	P07.1 ou P07.3
Doença cardíaca congênita hemodinamicamente significativa (DCC)	Q20 a Q26
Doença pulmonar crônica da prematuridade (DPCP)	P27.1
Imunocomprometimento grave – inato ou adquirido	D80 a D84.9
Fibrose cística	E84
Doença neuromuscular	G70.2 P94.0 a P94.9
Anomalias congênitas das vias aéreas	Q30-Q34
Síndrome de Down	Q90.0 a Q90.9

Fonte: CGICI/DPNI/SVSA/MS, 2026.

Os sistemas externos (próprios ou terceiros) deverão seguir as regras completas presentes nos Quadros 11 e 12 do Guia da Estratégia de Imunização contra Vírus Sincicial Respiratório para parametrização do sistema quadro 4.

Quadro 4 – Resumo da regra de entrada de doses aplicadas do anticorpo monoclonal nirsevimabe 0,5 ml e 1,0 ml

Tipo de imuno*	Nome comum do imuno*	Código estratégia	Estratégia	Código do imuno*	Descrição dose	Sigla dose
Anticorpo monoclonal (RNs** com peso < 5 kg)	Nirsevimabe 0,5 ml	2	Especial	115	Profilaxia/ Tratamento com 1 unidade	P/T1
Anticorpo monoclonal (Bebês com peso ≥ 5 kg)	Nirsevimabe 1,0 ml	2	Especial	116	Profilaxia/ Tratamento com 1 unidade	P/T1
Anticorpo monoclonal (Criança idade <24 meses comorbidades)	Nirsevimabe 1,0 ml	2	Especial	116	Profilaxia/ Tratamento com 2 unidade	P/T2

*Imuno: Imunobiológico

**RNs: Recém-Nascidos

Fonte: CGICI/DPNI/SVSA/MS, 2026.

Os sistemas de informação para registros das aplicações devem estar:

- Integrados ao CadSUS para consulta e verificação das informações do CNS e do CPF dos cidadãos para registro do anticorpo monoclonal;
- Integrado à Rede Nacional de Dados em Saúde - RNDS, conforme Portaria GM/MS nº 5.66331, de 31 de outubro de 2024, e Nota Técnica n.º 115/2024 DPNI/SVSA/MS.

10. SEGURANÇA, CONTRAINDICAÇÕES E INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

O Nirsevimabe apresenta perfil de segurança favorável, com ocorrência de eventos adversos incomuns (frequência ≥0,1% e <1%), principalmente erupção cutânea até 14 dias, reação no local da injeção e febre, geralmente até 7 dias após a administração. Foram relatadas reações de hipersensibilidade grave, incluindo anafilaxia, porém sem frequência definida ou relação causal estabelecida. Recomenda-se observação clínica após a aplicação por 15 a 30 minutos e preparo das equipes para manejo imediato.

A administração é contraindicada em lactentes e crianças com histórico de reações de hipersensibilidade grave, incluindo anafilaxia à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes da formulação. Caso ocorram sinais ou sintomas sugestivos de anafilaxia, ou outras reações clinicamente relevantes, a administração deve ser imediatamente interrompida e instituído tratamento adequado para suporte, conforme necessário.

O Nirsevimabe deve ser administrado exclusivamente por via intramuscular, imediatamente após o preparo da seringa, por profissional devidamente habilitado. Recomenda-se, preferencialmente, a aplicação no músculo vasto lateral da coxa. Quando houver necessidade de administrar duas injeções, estas devem ser aplicadas em locais distintos. No momento da administração, é fundamental selecionar o tamanho da agulha mais apropriado, levando em consideração as características individuais da criança, como tamanho e gordura corporal. Por se tratar de uma medicação de uso intramuscular, o nirsevimabe deve ser administrado com cautela em crianças com trombocitopenia, distúrbios de coagulação ou em uso de anticoagulantes, em razão do risco potencial de sangramento.

Não há interações medicamentosas clinicamente relevantes conhecidas, pois o fármaco atua contra um vírus exógeno, não interfere nas enzimas do citocromo P450 e não é substrato de transportadores hepáticos ou renais. Também não interfere em testes diagnósticos para VSR (RT-PCR ou testes rápidos de antígeno) e pode ser administrado concomitantemente às vacinas pediátricas de rotina, desde que em locais anatômicos e seringas diferentes, sem prejuízo da resposta imune.

A farmacovigilância do nirsevimabe visa identificar e avaliar eventos adversos, interações medicamentosas, problemas de qualidade e segurança do produto, e promover o uso seguro e adequado do medicamento. Ainda que os estudos clínicos tenham indicado o cumprimento desses requisitos, é importante destacar que o nirsevimabe é uma tecnologia recente e, mesmo quando utilizado corretamente, pode estar associado à ocorrência de eventos adversos imprevisíveis ou ainda desconhecidos. Sendo assim, é fundamental que qualquer evento supostamente atribuível a vacinação ou imunização (ESAVI) seja notificado no e-SUS Notifica (módulo ESAVI), disponível em: <https://notifica.saude.gov.br>, com notificação imediata (até 24 horas) para casos graves, conforme a Portaria GM/MS nº 4/2017.

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação do Nirsevimabe em Minas Gerais representa avanço significativo na prevenção da morbimortalidade associada ao VSR, ampliando o acesso à proteção de recém-nascidos e crianças com condições clínicas especiais.

O sucesso desta estratégia depende da articulação entre os integrantes da rede de saúde e gestão estadual, bem como do adequado cumprimento dos fluxos definidos nesta Nota Técnica. A padronização dos processos contribuirá para maior equidade, eficiência e segurança na utilização do imunobiológico no âmbito do SUS em Minas Gerais.

12. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de recomendação nº 974: Nirsevimabe para a prevenção de infecção do trato respiratório inferior associado ao vírus sincicial respiratório para bebês prematuros ou portadores de comorbidades. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2025/relatorio_974_nirvesimabe_virus_sincicial_respiratorio.pdf. Acesso em: 18 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. Nota Técnica nº 109/2025-CGICI/DPNI/SVSA/MS: descrição das maternidades com internações públicas que irão dispensar o nirsevimabe, anticorpo monoclonal humano, para a prevenção da infecção pelo vírus sincicial respiratório (VSR), e orientações sobre o sistema de informação para registro das doses aplicadas. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2025/nota-tecnica-no-109-2025-cgici-dpni-svsa-ms.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. Nota Técnica nº 40/2025-DPNI/SVSA/MS: orientações para o registro de doses aplicadas do nirsevimabe, anticorpo monoclonal humano, nas apresentações de 0,5 mL e 1,0 mL. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2025/nota-tecnica-no-40-2025-dpni-svsa-ms.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Portaria SECTICS/MS nº 15, de 28 de fevereiro de 2025. Torna pública a decisão de incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o nirsevimabe para a prevenção de infecção do trato respiratório inferior associado ao vírus sincicial respiratório para bebês prematuros menores de 37 semanas e crianças menores de 2 anos portadoras de comorbidades. Diário Oficial da União: Brasília, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 6.623, de 14 de fevereiro de 2025. Institui a Rede de Imunobiológicos para Pessoas com Situações Especiais (RIE). Diário Oficial da União: Brasília, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Ofício Conjunto nº 85/2025/CGAFME/DAF/SECTICS/MS: informações referentes ao cenário nacional do palivizumabe e à transição para a nova tecnologia incorporada (nirsevimabe) para quimioprofilaxia contra o vírus sincicial respiratório. Brasília: Ministério da Saúde, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. Guia da Estratégia de imunização contra o vírus sincicial respiratório para crianças prematuras e com comorbidades: anticorpo monoclonal [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2026. 42 p. ISBN 978-65-5993-982-4. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2026/guia-de-estrategia-contravirus-sincicial-para-criancas-prematuras.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.663, de 31 de outubro de 2024. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, 1 nov. 2024. Disponível em: http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/download/1-portaria-gm_ms-no-5-663-de-31-de-outubro-de-2024-portaria-gm_ms-no-5-663-de-31-de-outubro-de-2024-dou-imprensa-nacional/?wpdmdl=20007. Acesso em: 23 nov. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Nota Técnica nº 115/2024-DPNI/SVSA/MS. Brasília, DF: MS, 2024. Disponível em: <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/download/2-nota-tecnica-no-115-2024-dpni-svsa-ms-portaria-que-trata-do-envio-dos-registros-vacinais-de-sistemas-proprios-ou-de-terceiros-diretamente-a-rnds/?wpdmdl=20009>. Acesso em: 23 nov. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 03 de outubro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, 03 out. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 19 jan. 2026

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde; Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária; Coordenação-Geral de Saúde da Família e Comunidade; Coordenação de Apoio à Imunização e Monitoramento das Coberturas Vacinais na Atenção Primária. Nota Técnica nº 4/2025-CIMVAC/CGESCO/DESCO/SAPS/MS, de 18 jun. 2025. Diretrizes para atuação da Atenção Primária à Saúde na prevenção, diagnóstico e manejo de casos de síndrome gripal e síndrome respiratória aguda grave no período sazonal. Brasília, DF, 18 jun. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2025/nota-tecnica-no-4-2025-cimvac-cgesco-desco-saps-ms.pdf/view>. Acesso em: 19 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação – PNAISC. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. 184 p. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Imunização passiva com nirsevimabe para prevenção da doença pelo vírus sincicial respiratório (VSR) em crianças. São Paulo: SBIm; SBP, 2025. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/files/notas-tecnicas/nt-sbim-sbp-240118-nirsevimabe-vsr-crianca.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2025.

Fernanda Barbosa da Silva
Coordenadora Estadual do Programa de Imunizações

Marcela Lencine Ferraz
Diretora de Vigilância de Doenças Transmissíveis e Imunização

Aline Lara Cavalcante Oliva
Superintendente de Vigilância Epidemiológica

Natália Oliveira Dias
Coordenadora de Ciclos de Vida

Lírica Salluz Mattos Pereira
Diretora de Gestão da Integralidade do Cuidado

Silvana Novaes Ferreira
Coordenadora de Qualificação dos Processos de Trabalho da Atenção Primária à Saúde e Ações de Vigilância

Josilene Pereira Costa
Diretora de Distribuição de Medicamentos

Mayla Magalhães de Souza
Superintendente de Assistência Farmacêutica



Documento assinado eletronicamente por **Fernanda da Silva Barbosa, Servidor (a) Público (a)**, em 03/02/2026, às 16:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Aline Lara Cavalcante Oliva, Superintendente**, em 03/02/2026, às 17:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Silvana Novaes Ferreira, Coordenador (a)**, em 03/02/2026, às 17:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Lírica Salluz Mattos Pereira, Diretor (a)**, em 03/02/2026, às 17:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Natalia Oliveira Dias, Coordenador(a)**, em 03/02/2026, às 17:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marcela Lencine Ferraz, Diretor (a)**, em 03/02/2026, às 17:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Josilene Pereira Costa, Diretor (a)**, em 03/02/2026, às 17:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mayla Magalhaes de Sousa, Superintendente**, em 03/02/2026, às 17:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mg.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **132452916** e o código CRC **47DED49D**.