



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E AMBIENTE  
Departamento do Programa Nacional de Imunizações  
Coordenação-Geral do Incorporação Científica e Imunizações  
SRTVN Quadra 701 Conjunto C, S/N, na região Asa Norte, 6º andar – CEP: 70719-040  
Brasília/DF, CEP: 70.304-000

## ATA

### Reunião da Câmara Técnica de Assessoramento em Imunizações (CTAI)

**Data:** 23 de maio de 2025

**Horário:** 14h00 às 16h00

**Local:** Reunião virtual

**Pauta:** Recomendações do uso do Nirsevimabe no PNI

#### PARTICIPANTES

Representantes dos Departamento do Programa Nacional de Imunizações (DPNI), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA), Coordenação-Geral de Vigilância da Covid-19, Influenza e Outros Vírus Respiratórios (CGCOVID), CGPCDT/DGITS/SECTICS/MS, Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), Rede Alyne, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), Sociedades Médicas e especialistas convidados.

Nomes dos participantes desta reunião: Alessandro Aldrin Pinheiro Chagas; Aline Hennemann; Ana Catarina de Melo Araújo; Ana Karolina B B Marinho; Ana Marli Christovam Sartori; Andrés Mello López; Brielly Rios de Sousa Mendes; Brígida Dias Fernandes; Claudia Valente; Eder Gatti Fernandes; Eduardo Jorge Da Fonseca Lima; Flavia Luiza Nogueira Pires; Flávia Avelino Goursand; Juliana Soprani; Kamila Fernanda Vieira Carrero; Laura Alves de Souza; Laísa Morais da Silva; Luciana de Freitas Velloso Monte; Marcelo Ferreira da Costa Gomes; Marco Aurelio Safadi; Marta Heloisa Lopes; Marta da Cunha Lobo Souto Maior; Monica Brauner de Moraes; Mônica Levi; Nereu Henrique Mansano; Nilma Antas Neves; Patrícia Marques Ferreira; Petra Santos Castro Rangel; Renato Kfourri; Ricardo Gadelha de Abreu; Rosana Richtmann; Rosangela Treichel Saenz Surita; Rosemeri Maurici da Silva; Sirlene Pereira; Tiara Bruna Teixeira Teodósio.

#### REUNIÃO

##### Abertura e objetivos da reunião

O diretor do DPNI Eder Gatti Fernandes e a coordenadora da CGICI Ana Catarina de Melo Araújo deram boas-vindas aos participantes, agradeceram a presença e contextualizaram a pauta da reunião, centrada na definição das estratégias de utilização da vacina VSR (RSVpreF) em gestantes e do anticorpo monoclonal nirsevimabe.

Eder Gatti contextualizou a pauta da reunião, com foco na definição da estratégia de operacionalização do Nirsevimabe, destacando sua incorporação recomendada pela CONITEC. Foi ressaltado que a aquisição e o registro da aplicação seriam de responsabilidade do Programa Nacional de Imunizações, utilizando os sistemas do e-SUS e do SIPNI. Foi enfatizada a necessidade de articulação entre vigilância, assistência

	<p>farmacêutica e atenção primária para garantir o êxito da estratégia.</p> <p>Foram descritos dois possíveis cenários: a aplicação universal contínua para prematuros e a estratégia sazonal para lactentes nascidos a termo. Foi solicitada à CTAI a análise dos critérios clínicos, com especial atenção às crianças filhas de gestantes vacinadas, prematuros, e crianças com risco aumentado de formas graves por VSR.</p> <p>Na sequência, a coordenadora apresentou os temas e os palestrantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Marcelo Ferreira da Costa Gomes - Coordenador - CGCOVID/DEDT/SVSA</li> <li>2. Marco Aurélio Sáfadi – Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo</li> <li>3. Luciana de Freitas Velloso Monte - Hospital da Criança de Brasília e Sociedade de Pediatria do Distrito Federal</li> </ol>
<p><b>Apresentações Técnicas</b></p>	<p><b>1. Apresentação: Situação do VSR no Brasil</b>  <b>Palestrante:</b> Marcelo Ferreira da Costa Gomes</p> <p>Durante a reunião, foi apresentada uma análise atualizada sobre a sazonalidade, distribuição geográfica e fatores de risco relacionados aos casos graves de infecção por Vírus Sincicial Respiratório (VSR) em crianças brasileiras com até 3 anos de idade. A sazonalidade do VSR no Brasil concentrou-se entre a Semana Epidemiológica 8 (final de fevereiro) e a Semana 32 (início de agosto), com variações regionais. Os casos de SRAG por VSR afetaram majoritariamente crianças pequenas, com destaque para prematuros, cardiopatas e imunossuprimidos. As internações em UTI foram mais frequentes entre crianças com múltiplos fatores de risco, como prematuridade extrema, síndromes genéticas e comorbidades graves. Os óbitos também se concentraram em crianças com comorbidades. Os dados de 2025 ainda são considerados preliminares e estão sujeitos a atualização. Ressaltou-se a necessidade de cautela na interpretação dos dados, considerando os prazos entre notificação, investigação e digitação no Sivep-Gripe.</p> <p>Além da sazonalidade, destacou que o VSR é uma das principais causas de hospitalização por infecção respiratória em crianças menores de cinco anos, sobretudo nos menores de um ano. A vigilância sentinela, coordenada pelo Ministério da Saúde em parceria com estados e municípios, tem permitido o monitoramento contínuo da circulação viral e o alinhamento das estratégias de resposta. Com base nesses dados, é possível definir o melhor momento para iniciar as estratégias de proteção imunológica das populações mais vulneráveis, maximizando o impacto das intervenções e evitando desfechos clínicos graves.</p> <p><b>2. Apresentação: Prevenção de Infecção do Trato respiratório Inferior (ITRI) por VSR com Nirsevimabe</b>  <b>Palestrante:</b> Marco Aurélio Sáfadi – Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo</p> <p>Foi apresentada uma revisão abrangente sobre os fundamentos científicos, dados clínicos e evidências do mundo real que sustentam o uso do anticorpo monoclonal de longa duração Nirsevimabe para prevenção de infecções do trato respiratório inferior (ITRI) causadas pelo VSR em lactentes. O Nirsevimabe foi descrito como um anticorpo monoclonal humano produzido por tecnologia de DNA recombinante, que se liga ao sítio pré-fusão da proteína F do VSR, bloqueando a fusão viral com as células do hospedeiro.</p> <p>Foi destacada sua modificação na porção Fc, que prolonga a meia-vida da molécula e</p>

permite proteção com uma única dose intramuscular durante toda a temporada de VSR. A eficácia do Nirsevimabe contra hospitalizações por ITRI-VSR foi demonstrada em diversos estudos clínicos randomizados e controlados, com redução de até 83% nos desfechos graves, inclusive em populações de alto risco.

Foram apresentados dados de efetividade em vida real provenientes da Espanha, França, Estados Unidos, Chile e Austrália, com reduções significativas de hospitalizações, atendimentos em pronto-socorro e internações em UTI atribuídas ao VSR. A segunda temporada pós-imunização com Nirsevimabe foi analisada, demonstrando ausência de aumento da gravidade ou incidência de doença por VSR nos lactentes imunizados na primeira temporada. Também foi revisado o impacto observado no Chile com a adoção de um programa universal, com redução de até 91% nas hospitalizações por VSR em menores de um ano.

Foram apresentadas as recomendações da CONITEC, com indicação do Nirsevimabe para: prematuros com <37 semanas até 1 ano de idade na 1ª temporada e crianças até 2 anos com comorbidades específicas (displasia broncopulmonar, cardiopatias congênitas, fibrose cística, síndrome de Down, imunodeficiências primárias ou adquiridas, entre outras).

Foi sugerido um esquema de imunização estendido (“year-round” ou sazonal ampliado), com administração preferencial em maternidades e unidades de atenção primária.

**3. Apresentação:** Experiência do Distrito Federal (DF) na introdução do Nirsevimabe

**Palestrante:** Luciana de Freitas Velloso Monte

Luciana Monte, pneumologista pediátrica do Hospital da Criança de Brasília e presidente da Sociedade de Pediatria do Distrito Federal (DF), compartilhou a experiência local relacionada à implementação do anticorpo monoclonal nirsevimabe no Distrito Federal. Informou que a Sociedade de Pediatria do DF foi responsável por iniciar as discussões técnicas sobre o tema no âmbito do Distrito Federal.

A palestrante contextualizou a importância do VSR como principal agente de infecções respiratórias em crianças, responsável por significativa parcela das bronquiolites e pneumonias infantis. Destacou que, na ausência de tratamento específico, a prevenção é a principal estratégia de enfrentamento, sendo o nirsevimabe uma opção com comprovada segurança e alta eficácia na redução de hospitalizações por VSR, conforme evidenciado em experiências internacionais.

Relatou que, desde 2023, a Sociedade de Pediatria do DF tem articulado, junto a diversas instâncias, como Secretaria de Saúde, Conselho Regional de Medicina, Ministério Público e Legislativo local, ações para melhorar o enfrentamento da sazonalidade do VSR, incluindo tanto medidas de prevenção biológica quanto aprimoramento da qualidade dos serviços de saúde.

No segundo semestre de 2024, a Sociedade de Pediatria do DF elaborou e encaminhou à Secretaria de Saúde uma proposta técnica para uso do nirsevimabe em todos os bebês com menos de oito meses de vida, antes do início da sazonalidade, alinhada com a estratégia adotada nos Estados Unidos. Também foi sugerido o uso concomitante do palivizumabe, considerando estoques já adquiridos.

Segundo a palestrante, após intensas discussões e reuniões técnicas, a Secretaria de Saúde do DF publicou em abril de 2025 a primeira nota técnica sobre o tema. Essa norma, entretanto, contemplou apenas parte das recomendações da sociedade científica, restringindo o uso do nirsevimabe a prematuros de 32 a 36 semanas e seis dias, que estivessem fora dos critérios de indicação do palivizumabe, além de outros critérios definidos em consonância com as recomendações nacionais da CONITEC.

Para viabilizar a implementação, foram realizadas capacitações presenciais e virtuais com os profissionais de saúde envolvidos na aplicação do imunobiológico, em parceria com a Secretaria de Saúde e com apoio do Hospital da Criança de Brasília. A rede de aplicação foi descentralizada, com oito centros de referência distribuídos no DF, além da aplicação diretamente nas maternidades, incluindo estratégias para o chamado grupo de "catch-up" — bebês que já haviam nascido antes da operacionalização do programa.

Com o objetivo de monitorar a efetividade e segurança da estratégia, foi implementado um sistema de acompanhamento dos bebês imunizados, por meio da plataforma REDCap, viabilizada pelo Hospital da Criança de Brasília. Até o final de maio de 2024, aproximadamente 705 aplicações de nirsevimabe haviam sido realizadas no DF, sem registro de eventos adversos graves, embora o monitoramento ativo ainda seja incipiente.

A palestrante também compartilhou os desafios enfrentados, incluindo baixa adesão do grupo de "catch-up", dificuldades de comunicação, falta de informação em algumas unidades básicas de saúde e a necessidade de articulação entre os diferentes níveis de atenção. Informou que, em maio de 2025, nova nota técnica foi publicada, ampliando a indicação do nirsevimabe para prematuros com até oito meses de vida, como estratégia para alcançar maior cobertura.

Por fim, destacou a importância de, futuramente, adotar uma abordagem combinada de prevenção, associando a vacinação de gestantes — com potencial para proteção dos recém-nascidos fora da sazonalidade — e o uso do nirsevimabe como reforço nos primeiros meses de vida durante o período sazonal, incluindo não apenas prematuros, mas também bebês de termo, dado o impacto observado nessa população. Reforçou o compromisso da Sociedade de Pediatria do DF em seguir colaborando com as autoridades sanitárias na construção de estratégias ampliadas de prevenção do VSR no Distrito Federal.

## Discussão

Inicialmente, os participantes concordaram em seguir as recomendações propostas na reunião. O anticorpo monoclonal Nirsevimabe poderia ser utilizado ao longo de todo o ano para prematuros com menos de 37 semanas de gestação, com idade entre 0 e 8 meses, independentemente do histórico de vacinação materna. A estratégia de imunização será aplicada em todos os locais previamente estabelecidos para vacinação, incluindo, também, os bebês pertencentes aos grupos de risco, conforme recomendação da CONITEC. A administração do Nirsevimabe seguirá as orientações da bula: crianças com peso abaixo de 5 kg devem receber uma dose de 50 mg; aquelas com peso maior ou igual a 5 kg, uma dose de 100 mg; e, para a segunda temporada de administração, está prevista a dose de 200 mg.

Ressaltou-se que a operacionalização do Nirsevimabe exigirá ajustes no fluxo entre maternidades, atenção primária e rede hospitalar. Foi sugerida a inserção do produto na rotina de imunização com protocolos claros, especialmente quanto à elegibilidade e

registro em prontuário eletrônico. Foi destacada a necessidade de adequação dos sistemas de informação para o novo imunobiológico, incluindo alertas e campos específicos.

O representante do CONASS pontuou a importância de uma comunicação prévia com os estados sobre os critérios operacionais, visando a garantir o planejamento logístico e a capacitação de equipes locais.

Em seguida, Renato Kfourri ressaltou a relevância histórica da possibilidade de o Brasil contar com as duas estratégias complementares de prevenção contra o vírus sincicial respiratório (VSR) no Programa Nacional de Imunizações (PNI), considerando tal medida como acertada e imprescindível. Destacou que o ideal seria garantir proteção a todos os recém-nascidos, incluindo os de termo e prematuros, como ocorre em países como os Estados Unidos, onde se oferece a vacinação para gestantes e o nirsevimabe para os bebês cujas mães não foram vacinadas. Reforçou que, mesmo com o *overlap* entre as estratégias, considera necessário administrar nirsevimabe a todos os prematuros abaixo de 37 semanas, independentemente da vacinação materna, em função da variabilidade individual da resposta imunológica. Defendeu ainda que a proteção no primeiro semestre de vida, ainda que fora da sazonalidade, reduz substancialmente o risco de hospitalização, considerando que cerca de 75% das internações por VSR ocorrem em crianças com menos de seis meses de idade. Destacou a importância das estratégias de "catch-up" para alcançar os prematuros que ainda não receberam a imunização.

Na sequência, Ana Marli Sartori ponderou sobre o desafio da sustentabilidade financeira das estratégias de prevenção, ressaltando que tanto a vacinação materna quanto o nirsevimabe são tecnologias de alto custo. Lembrou que o estudo de custo-efetividade conduzido pelo NATs indicou que a vacinação materna, de forma isolada, não se mostrou custo-efetiva, e que a combinação das duas estratégias exige análise criteriosa. Demonstrou dúvidas quanto à indicação universal de nirsevimabe para todos os prematuros abaixo de 37 semanas, sugerindo a possibilidade de restringir a aplicação àqueles com menor idade gestacional ou considerando o histórico vacinal materno. Questionou também se há evidências internacionais do uso de nirsevimabe em regime "year-round" (ao longo de todo o ano), considerando que os dados de eficácia disponíveis abrangem até 180 dias de proteção.

Rosana Richtmann reforçou que o cenário brasileiro é singular, sendo um dos primeiros países a adotar estratégias combinadas de prevenção contra o VSR de forma não universal. Manifestou apoio à proposta ideal apresentada por Marco Aurélio, desde que haja viabilidade orçamentária, e sugeriu que o grupo técnico trabalhe diferentes cenários. Ressaltou sua discordância quanto à eventual restrição do uso do nirsevimabe em prematuros de muito baixo peso, defendendo a necessidade de proteger esse grupo altamente vulnerável, sobretudo no ambiente hospitalar. No cenário de limitação de recursos, sugeriu manter o uso do nirsevimabe em prematuros ao longo de todo o ano e restringir a vacinação materna ao período pré-sazonal, considerando a necessidade de articulação com a rede obstétrica para viabilizar essa estratégia.

Léli Guzmán, representante da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), informou que a organização encaminhou ao Ministério da Saúde recomendação formal sobre o uso combinado de vacinas e anticorpos monoclonais contra o VSR. Destacou que a recomendação prevê o uso da vacinação materna em gestantes cujos bebês estejam expostos ou nasçam durante a sazonalidade do VSR e a administração do nirsevimabe a recém-nascidos de alto risco fora do período sazonal. Reforçou a importância do

fortalecimento da vigilância epidemiológica e da condução de análises econômicas robustas para subsidiar as decisões nacionais e orientar os demais países da região.

Na sequência, Marcelo Gomes apresentou dados atualizados de vigilância epidemiológica sobre a sazonalidade do VSR no Brasil, com base em análises de internações por síndrome respiratória aguda grave (SRAG) em crianças menores de dois anos. Demonstrou que o período entre as semanas epidemiológicas 8 e 32 concentra, em média, mais de 80% dos casos de VSR no país, sugerindo que esse recorte seja considerado como referência técnica para o planejamento das estratégias sazonais. Ressaltou, ainda, a importância de atualizar os critérios históricos de definição da sazonalidade, em especial considerando as variações regionais. Reforçou que os dados nacionais indicam maior risco de agravamento e internação em UTI nos primeiros seis meses de vida, independentemente de outros fatores de risco, e que prematuridade, síndrome de Down, doenças neurológicas e pneumopatias se destacam entre as comorbidades associadas a maior gravidade.

Após as apresentações e discussões iniciais, Marco Aurélio retomou a palavra para responder aos questionamentos e complementar as análises. Inicialmente, esclareceu que, de fato, o Reino Unido não recomenda o uso universal do nirsevimabe para todos os prematuros abaixo de 37 semanas de gestação, concentrando a indicação nos grupos de maior vulnerabilidade, especialmente prematuros extremos. Destacou, contudo, que o contexto epidemiológico e orçamentário brasileiro exige adaptações das estratégias, ressaltando que há espaço para o país construir seu próprio modelo, baseado em evidências e nos dados locais. Em relação ao uso do nirsevimabe fora da sazonalidade ("year-round"), informou que essa estratégia não é adotada sistematicamente por outros países até o momento, mas salientou que a literatura e as evidências emergentes apontam benefícios potenciais na proteção contínua de prematuros e outros grupos de risco, considerando as limitações de eficácia temporal tanto da vacinação materna quanto do próprio anticorpo monoclonal. Destacou a importância de o Brasil manter vigilância ativa, monitoramento de impacto e avaliações econômicas contínuas para embasar a adoção ou não dessa estratégia no futuro.

Enfatizou que, independentemente da escolha estratégica, é fundamental garantir cobertura adequada e oportuna, tanto da vacinação materna quanto do nirsevimabe, além de qualificação dos profissionais de saúde e articulação intersetorial, incluindo as redes obstétrica e pediátrica. Reforçou também que as evidências científicas, o cenário epidemiológico nacional e as especificidades logísticas devem nortear a definição final do PNI.

Na sequência, Mônica Levi manifestou concordância com as análises apresentadas e reforçou a necessidade de se considerar, além da sazonalidade nacional, as diferenças regionais e eventuais comportamentos atípicos do VSR, observados principalmente nos últimos anos. Salientou que a definição de estratégias combinadas deve ser acompanhada de ampla capacitação dos profissionais e comunicação com a população, visando a minimizar a hesitação vacinal e otimizar o alcance das intervenções. Destacou, ainda, que a sustentabilidade financeira é um aspecto central para a viabilidade das estratégias, sendo imprescindível o planejamento a longo prazo, tanto para a aquisição dos insumos quanto para a estruturação da rede assistencial.

Marco Aurélio, em complementação às discussões, ressaltou a possibilidade técnica de se rever o conceito atual de sazonalidade, sugerindo uma ampliação do período, por exemplo, para seis meses, conforme análise apresentada por Marcelo Gomes. Reconheceu que essa redefinição pode reduzir o número de casos considerados "fora da

sazonalidade", mas ponderou que mudanças desse tipo devem ser avaliadas com cautela, considerando o impacto operacional e o risco de confusão entre os profissionais de saúde.

O especialista reforçou que a prioridade deve ser garantir proteção nos primeiros seis meses de vida, fase de maior vulnerabilidade para hospitalizações por VSR, ainda que isso implique em possíveis sobreposições entre as estratégias vacinais e o uso do anticorpo monoclonal. Esclareceu, ainda, que no Reino Unido o nirsevimabe é indicado para grupos de risco específicos, como cardiopatas, pneumopatas e prematuros com menos de 32 semanas, independentemente da vacinação materna. Relatou também que, na Espanha, adota-se como critério adicional o peso de um quilo para aplicação do nirsevimabe em prematuros, prática que considera válida, mas que não integra formalmente sua proposta ao grupo.

Na sequência, Luciana Monte sugeriu que se considere, como alternativa para simplificar o calendário, a oferta da vacinação materna ao longo de todo o ano, independentemente da sazonalidade, garantindo proteção transitória aos recém-nascidos, inclusive prematuros. Propôs que, durante o período sazonal ampliado, fosse mantido o uso do nirsevimabe, especialmente para cobrir a queda de anticorpos, conforme demonstrado nos estudos. Ressaltou que essa estratégia poderia ser operacionalmente mais simples e efetiva.

O representante do CONASS, Nereu Mansano, reforçou a importância de considerar as discussões técnicas no âmbito da gestão tripartite, lembrando que a decisão final dependerá da disponibilidade orçamentária e de insumos. Ressaltou que as propostas apresentadas são convergentes e viáveis, desde que adequadamente planejadas e avaliadas do ponto de vista de efetividade e custo-efetividade, considerando também a sazonalidade ampliada conforme os dados apresentados.

Em seguida, Ana Marli esclareceu que, conforme deliberação da reunião anterior e ata publicada, já está acordado que a vacinação materna será ofertada ao longo de todo o ano, restando à presente discussão o foco exclusivo nas estratégias de uso do nirsevimabe.

Cláudia Valente parabenizou as apresentações e destacou a experiência positiva do Distrito Federal na antecipação das medidas de prevenção. Reforçou a importância de contemplar grupos de risco adicionais, como imunodeprimidos e pessoas com fibrose cística, nas estratégias do nirsevimabe, bem como a necessidade de garantir doses adequadas, conforme peso, nas diferentes fases do protocolo.

Marta Heloisa manifestou-se favorável à adoção da estratégia de aplicação do anticorpo monoclonal restrita ao período sazonal ampliado (ou estendido), conforme os dados apresentados por Marcelo Gomes. Destacou que, considerando a concentração dos casos dentro dos seis meses de maior atividade, a quantidade de eventos fora desse período é pouco significativa. Ressaltou que a estratégia é conveniente e adequada, especialmente em um cenário em que a vacinação materna já está em curso, e considerou que essa abordagem atende às necessidades técnicas e operacionais

Sobre a sazonalidade, os participantes Nilma, Renato e Alessandro manifestaram-se favoráveis à recomendação de oferta contínua, sem restrição sazonal, destacando que esta abordagem pode facilitar a operacionalização, reduzir confusões na rede de saúde e ampliar a cobertura populacional, especialmente entre os grupos de maior risco. Além disso, reforçaram que a estratégia "year-round" pode contribuir para proteger os recém-

	<p>nascidos desde o nascimento, independentemente do período do ano, alinhando-se ao objetivo de reduzir hospitalizações e complicações graves associadas ao VSR.</p> <p>Por fim, Eder Gatti, reforçou que as decisões técnicas estão sendo conduzidas de forma transparente, baseadas nas recomendações da CONITEC e considerando as limitações logísticas e orçamentárias do país. Reconheceu que o cenário ideal seria oferecer proteção universal a todos os nascidos vivos, mas ressaltou que o atual planejamento contempla, de forma escalonada, a vacinação materna e o nirsevimabe para prematuros abaixo de 37 semanas, respeitando a realidade do sistema de saúde. Destacou, ainda, que o Ministério da Saúde dará seguimento às discussões operacionais com CONASS, CONASEMS e demais áreas técnicas, incorporando os subsídios técnicos apresentados nesta reunião.</p>
<p><b>Resumo e Encaminhamentos</b></p>	<p><b>Recomendações</b></p> <p>Vacinação Materna</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vacinação de gestantes ao longo de todo o ano, sem restrição por sazonalidade.</li> </ul> <p>Uso do Nirsevimabe</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aplicação do anticorpo monoclonal Nirsevimabe durante o período de sazonalidade ampliada, considerando a epidemiologia nacional.</li> <li>▪ Definição de ponto de corte de 8 meses de vida para aplicação do Nirsevimabe na primeira sazonalidade.</li> <li>▪ Não haverá restrição de uso com base no peso do recém-nascido.</li> <li>▪ Inclusão de grupos de risco adicionais que constam na ANVISA (ex.: imunodeprimidos, fibrose cística) conforme debatido.</li> </ul> <p>Sazonalidade</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consideração da sazonalidade ampliada (aproximadamente 6 meses), com base nos dados apresentados.</li> <li>▪ Manifestação registrada de parte dos participantes favoráveis à oferta do Nirsevimabe durante todo o ano.</li> </ul> <p>Aspectos Operacionais</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Recomendação de descentralização da aplicação, com oferta nas maternidades e atenção primária.</li> <li>▪ Destacada a necessidade de articulação com gestores estaduais, municipais e a rede de atenção primária para viabilizar a estratégia.</li> <li>▪ Reconhecido o desafio logístico em relação ao fornecimento de doses e a execução de estratégias de "catch-up".</li> </ul> <p><b>Encaminhamentos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ As recomendações e considerações técnicas serão registradas formalmente na ata</li> <li>▪ A ata será encaminhada aos membros da CTAI para validação.</li> <li>▪ Após validação, a ata será publicada no site oficial do Ministério da Saúde.</li> <li>▪ Discussão operacional aprofundada será realizada em conjunto com CONASS, CONASEMS e áreas técnicas do Ministério da Saúde.</li> <li>▪ Deverá ser realizada reunião com as áreas de Saúde da Criança e Vigilância Epidemiológica para definição do modelo de monitoramento e avaliação de impacto.</li> <li>▪ Deverá ser preparado um plano de comunicação e capacitação nacional, com foco nos profissionais da atenção primária e rede materno-infantil.</li> </ul>

<b>Encerramento</b>	<p>Ao final da reunião, o diretor destacou que as contribuições serão consolidadas para subsidiar a construção dos protocolos de implementação e monitoramento da vacinação contra o VSR em gestantes e do uso de nirsevimabe em bebês.</p> <p>A reunião foi encerrada no dia 23/03/2025 às 17h30.</p> <p>Responsável pela ata: Coordenação Geral de Incorporação Científica e Imunização</p>
---------------------	---