



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Departamento do Programa Nacional de Imunizações
Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização

NOTA TÉCNICA Nº 31/2026-CGICI/DPNI/SVSA/MS

1. **ASSUNTO**

1.1. Orientações técnicas simplificadas para implementação da estratégia de resgate do anticorpo monoclonal nirsevimabe no âmbito do Programa Nacional de Imunizações (PNI).

2. **CONTEXTUALIZAÇÃO**

2.1. O Ministério da Saúde, por meio do Departamento do Programa Nacional de Imunizações (DPNI), iniciou, a partir de fevereiro de 2026, a implementação da estratégia de utilização do anticorpo monoclonal nirsevimabe para a prevenção de infecções do trato respiratório inferior causadas pelo Vírus Sincicial Respiratório (VSR). A incorporação do nirsevimabe amplia a estratégia de proteção contra o VSR no país e promove a transição progressiva do uso do palivizumabe para os grupos anteriormente contemplados pelo protocolo vigente.

2.2. A circulação do VSR apresenta maior intensidade em determinados meses do ano, entre fevereiro e agosto, período considerado de maior ocorrência de infecções respiratórias associadas a esses vírus.

2.3. Nesse contexto, para a estratégia de proteção com o nirsevimabe, **denomina-se sazonalidade** o período de maior circulação do VSR, entre fevereiro a agosto, ao qual a criança está exposta, conforme descrito a seguir:

- Crianças nascidas entre fevereiro e agosto vivenciam a primeira sazonalidade do VSR no mesmo ano do nascimento e demais sazonalidades nos anos subsequentes.
- Crianças nascidas entre setembro e janeiro não vivenciam a sazonalidade do VSR no ano do nascimento; portanto, a primeira sazonalidade ocorrerá a partir de fevereiro do ano seguinte.

2.4. A estratégia é destinada a **crianças prematuras (≤ 36 semanas e 6 dias) com idade inferior a 6 meses (5 meses e 29 dias) e crianças com comorbidades, com idade inferior a 24 meses (até 1 ano, 11 meses e 29 dias)**, que apresentam maior risco de evolução para formas graves da doença.

3. **RECOMENDAÇÕES**

3.1. Considerando o início da estratégia do anticorpo monoclonal nirsevimabe, foi estabelecida a estratégia de resgate, com o objetivo de assegurar proteção às crianças elegíveis que nasceram antes da implementação da nova política e que, portanto, não tiveram oportunidade de receber a profilaxia com o anticorpo monoclonal.

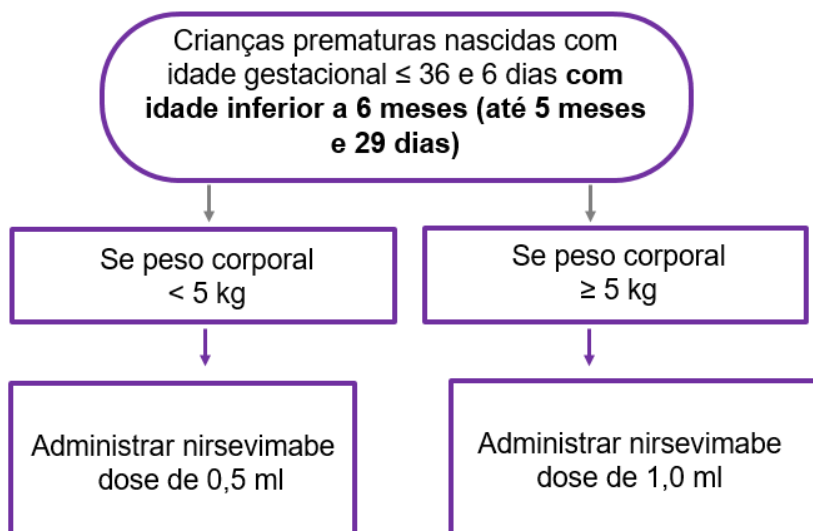
3.2. A estratégia de resgate é destinada ao público:

- Crianças Prematuras nascidas com idade gestacional ≤ 36 semanas e 6 dias, que apresentem idade inferior a 6 meses (até 5 meses e 29 dias) no momento da administração, que estejam vivenciando a sua primeira sazonalidade do VSR;
- Crianças com comorbidades, com idade inferior a 24 meses (até 1 ano, 11 meses e 29 dias), que se enquadrem nos critérios de inclusão descritas no Guia da Estratégia vigente, e sendo a indicação válida até a segunda sazonalidade do VSR.

3.3. A indicação deve respeitar os critérios clínicos de inclusão, a faixa etária e o período sazonal estabelecidos, garantindo que a administração ocorra em conformidade com os parâmetros técnicos definidos pelo Ministério da Saúde, bem como assegurando o registro nominal e oportuno da dose na Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), para fins de monitoramento e acompanhamento da estratégia.

3.4. Com o objetivo de facilitar a compreensão da operacionalização da estratégia de resgate do anticorpo monoclonal nirsevimabe, apresentam-se, a seguir, fluxogramas destinados aos profissionais de saúde.

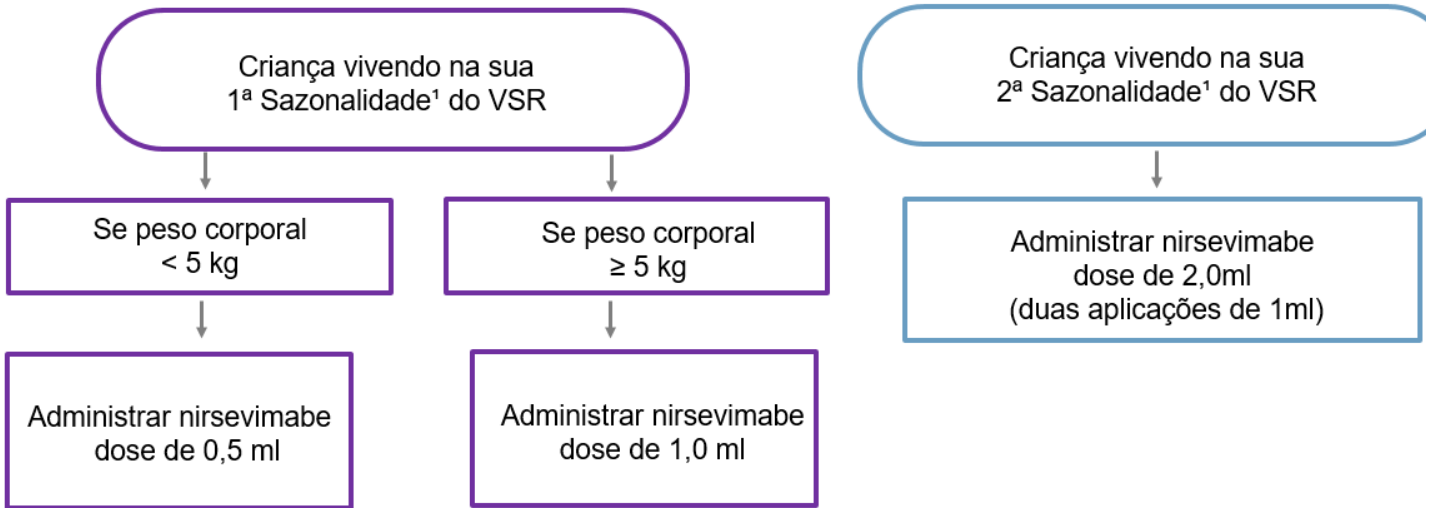
1. ESTRATÉGIA DE RESGATE PARA CRIANÇAS PREMATURAS (≤ 36 SEMANAS E 6 DIAS DE IDADE GESTACIONAL)



Fonte: Brasil, MS. Estratégia de imunização contra o vírus sincicial respiratório para crianças prematuras e com comorbidades. anticorpo monoclonal

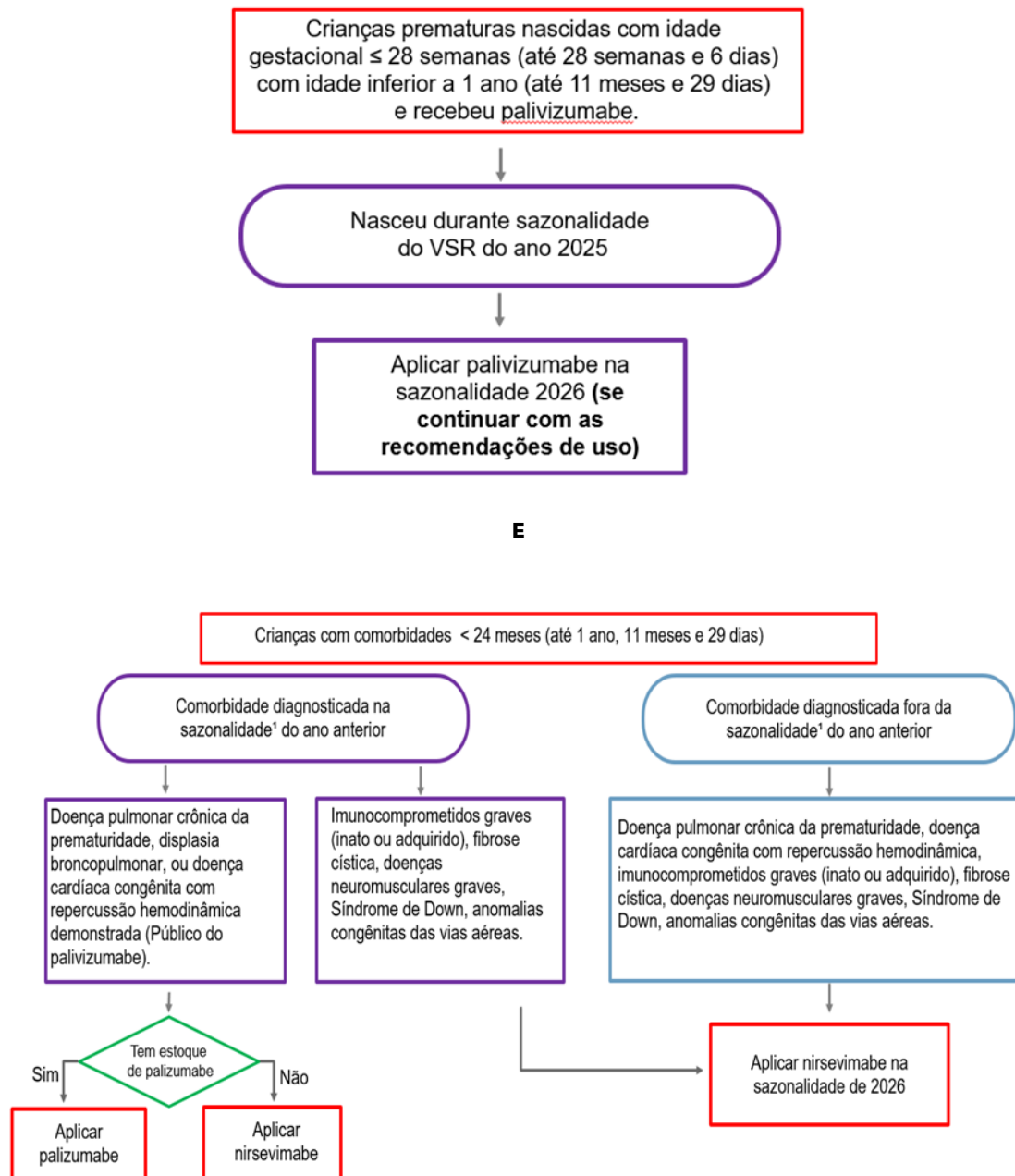
2. ESTRATÉGIA DE RESGATE PARA CRIANÇAS COM COMORBIDADES* COM IDADE INFERIOR A 24 MESES (ATÉ 1

ANO, 11 MESES E 29 DIAS)



*Doença pulmonar crônica da prematuridade, doença cardíaca congênita com repercussão hemodinâmica, imunocomprometidos graves (inato ou adquirido), fibrose cística, doenças neuromusculares graves, Síndrome de Down e anomalias congênicas das vias aéreas. 1 - Sazonalidade: fevereiro a agosto. Fonte: Brasil, MS. Estratégia de imunização contra o vírus sincicial respiratório para crianças prematuras e com comorbidades. anticorpo monoclonal

3. ESTRATÉGIA PARA TRANSIÇÃO USO DO PALIVIZUMABE PARA NIRSEVIMABE



4. CONCLUSÃO

4.1. Diante do exposto, a estratégia de resgate do anticorpo monoclonal nirsevimabe garante proteção às crianças elegíveis que nasceram antes do início da implementação da estratégia nacional de prevenção das infecções pelo VSR, assegurando equidade no acesso à profilaxia. A efetividade da ação depende da identificação oportuna do público-alvo, da aplicação conforme os critérios clínicos, etários e de sazonalidade estabelecidos, bem como da definição adequada da dose segundo o peso corporal. Esses elementos são determinantes para ampliar o impacto da estratégia na redução das formas graves da doença.

4.2. Ressalta-se a necessidade de organização dos fluxos assistenciais, integração entre as esferas de gestão e registro nominal e oportuno das doses na Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), garantindo monitoramento qualificado e acompanhamento sistemático da estratégia no âmbito do Programa Nacional de Imunizações.

4.3. Permanecemos à disposição para prestar quaisquer esclarecimentos complementares que se fizerem necessários.

5. REFERÊNCIA

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. Estratégia de imunização contra o vírus sincicial respiratório para crianças prematuras e com comorbidades: anticorpo monoclonal [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2026. Disponível: <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: 13 març. 2026.

De acordo,



Documento assinado eletronicamente por **Eder Gatti Fernandes, Diretor(a) do Departamento do Programa Nacional de Imunizações**, em 16/03/2026, às 19:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Catarina de Melo Araujo, Coordenador(a)-Geral de Incorporação Científica e Imunização**, em 17/03/2026, às 09:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mariângela Batista Galvão Simão, Secretário(a) de Vigilância em Saúde e Ambiente**, em 18/03/2026, às 10:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0054079819** e o código CRC **C245BAE0**.

Referência: Processo nº 25000.035220/2026-22

SEI nº 0054079819

Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização - CGICI
SRTVN 701, Via W5 Norte Edifício PO700, 6º andar - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70719-040
Site - saude.gov.br