



NOTA TÉCNICA Nº 002/2026 - GEDIM/DIVE/SUV/SES/SC

(atualizada em 18 de março)

Assunto: Orientações para a definição do fluxo estadual de implementação do anticorpo monoclonal nirsevimabe para a prevenção da infecção pelo Vírus Sincicial Respiratório (VSR) no âmbito da Rede de Imunobiológicos para Pessoas com Situações Especiais (RIE/SC).

1. Fundamentação

Esta Nota Técnica fundamenta-se nos seguintes instrumentos normativos e técnicos:

- [Relatório de Recomendação da CONITEC nº 974, de fevereiro de 2025;](#)
- [Portaria SECTICS/MS nº 15, de 28 de fevereiro de 2025;](#)
- [Nota Técnica nº 109/2025 – CGICI/DPNI/SVSA/MS;](#)
- [Nota Técnica nº 40/2025 – DPNI/SVSA/MS](#)
- [Nota Técnica nº 29/2026 - CGICI/DPNI/SVSA/MS](#)

2. Contextualização

O Ministério da Saúde (MS), por meio do Departamento do Programa Nacional de Imunizações (DPNI) da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA), incorporou ao Sistema Único de Saúde (SUS) o anticorpo monoclonal nirsevimabe, administrado em dose única, para a prevenção de infecções causadas pelo Vírus Sincicial Respiratório (VSR).

O VSR é um vírus de ácido ribonucleico (RNA), pertencente à família *Pneumoviridae*, e constitui uma das principais causas de infecção do trato respiratório inferior (ITRI) em todas as faixas etárias. Em bebês e crianças pequenas, especialmente naquelas com menos de seis meses de idade, a primeira infecção pode cursar com bronquiolite grave e evoluir, em alguns casos, para óbito.



O nirsevimabe está indicado para:

- bebês prematuros nascidos com idade gestacional igual ou inferior a 36 semanas e 6 dias, independentemente do peso ao nascer;
- crianças de até 24 meses que apresentem pelo menos uma das seguintes comorbidades: cardiopatia congênita, broncodisplasia, imunocomprometimento, síndrome de Down, fibrose cística, doença neuromuscular ou anomalias congênitas das vias aéreas.

Além dos grupos acima definidos, fica estabelecido a estratégia de resgate com o uso de nirsevimabe para crianças nascidas após o período de sazonalidade de 2025, considerando o encerramento da sazonalidade em agosto: crianças prematuras, com idade gestacional \leq 36 semanas e 6 dias menores de 6 meses de vida no momento da aplicação; crianças com idade inferior a 24 meses (1 ano 11 meses e 29 dias), portadoras das comorbidades. A incorporação dessa tecnologia amplia o acesso equitativo a medidas preventivas contra doenças respiratórias graves na infância, representando um avanço relevante na proteção de crianças em situação de maior vulnerabilidade no âmbito do SUS.

No caso de crianças prematuras elegíveis para a estratégia de resgate que procurem os serviços de saúde para administração do anticorpo monoclonal, mas não haja disponibilidade do medicamento no momento, recomenda-se que sejam novamente convocadas para recebê-lo assim que a dose estiver disponível, mesmo que já tenham completado 6 meses de vida.



3. Objetivo

Apresentar os aspectos operacionais relacionados à oferta do nirsevimabe no estado de Santa Catarina, bem como orientar a organização da rede de saúde quanto aos fluxos de recebimento, avaliação, validação e autorização das solicitações.

4. Solicitação do nirsevimabe

A dispensação de todas as doses de nirsevimabe deverá ocorrer mediante comprovação da prematuridade, no caso de crianças prematuras, ou mediante solicitação médica, no caso de crianças com comorbidades. Para comprovação da prematuridade, serão aceitos os seguintes documentos: Prescrição médica, Declaração de Nascido Vivo (DNV) emitida pelo hospital, relatório médico ou prontuário detalhando a idade gestacional, ou registro na Caderneta de Saúde da Criança que comprove o acompanhamento.

A prescrição médica deverá conter, no mínimo, as seguintes informações:

I – Nome do paciente;

II – Data de nascimento;

III – Peso;

IV – Indicação clínica, conforme o caso:

a) pacientes prematuros: informar a idade gestacional;

b) pacientes com comorbidades: informar a comorbidade, o respectivo Código Internacional de Doenças (CID) e se a prescrição se refere à primeira ou à segunda sazonalidade;

V – Posologia;

VI – Data da prescrição;

VII – Carimbo e assinatura ou assinatura eletrônica do profissional responsável;

VIII - Número de registro no conselho profissional de classe.



Com o objetivo de facilitar o processo de solicitação, encontra-se disponível um [modelo de formulário para solicitação do nirsevimabe](#), cuja utilização é opcional, não sendo obrigatória para a dispensação do imunobiológico.

Também poderão ser aceitos relatórios ou laudos médico com carimbo e a assinatura do mesmo, com seu respectivo registro profissional equivalente, contendo a indicação e a descrição da condição clínica do paciente.

5. Administração do nirsevimabe

O nirsevimabe deve ser administrado por via intramuscular imediatamente após a preparação da seringa, sendo sua aplicação realizada por profissional de saúde habilitado. Recomenda-se, preferencialmente, a aplicação no músculo vasto lateral da coxa. Nos casos em que sejam necessárias duas injeções, devem ser utilizados locais de aplicação distintos para cada dose. O esquema de administração do nirsevimabe está apresentado no **Quadro 1**.

Quadro 1. Esquema de uso do nirsevimabe de acordo com a sazonalidade e peso da criança.

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
	Primeira 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	Demais sazonalidades do VSR	Independente do peso	2,0 mL (200 mg), administrados em duas injeções de 1,0 mL, em locais distintos

Fonte: Adaptado Anvisa - legenda: IG - Idade Gestacional



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
	Primeira 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	Demais sazonalidades do VSR	Independente do peso	2,0 mL (200 mg), administrados em duas injeções de 1,0 mL, em locais distintos

Fonte: Adaptado Anvisa, 2024 - legenda: IG - Idade Gestacional

6. Organização da oferta do nirsevimabe na RIE

A administração do nirsevimabe ocorrerá no âmbito da Rede de Imunobiológicos para Pessoas com Situações Especiais (RIE), instituída pela [Portaria GM/MS nº 6.623, de 14 de fevereiro de 2025](#) e pela Deliberação 432/CIB/2025 que estabeleceu a RIE no Estado de Santa Catarina, devendo ser realizada, preferencialmente, em maternidades públicas com elevado volume de nascimentos de recém-nascidos prematuros.

No estado de Santa Catarina, neste primeiro momento, foram selecionados 37 estabelecimentos de saúde que realizam partos e são referências regionais para o atendimento de prematuros, concentrando mais de 90% dos nascimentos no estado. As maternidades inicialmente selecionadas encontram-se relacionadas no **Quadro 2**.



Quadro 2. Maternidades públicas catarinenses selecionadas para aplicação do nirsevimabe.

Regional de Saúde	Município	Unidade
ARARANGUÁ	ARARANGUÁ	HOSPITAL REGIONAL DE ARARANGUÁ DEP AFONSO
BLUMENAU	BLUMENAU	HOSPITAL SANTO ANTÔNIO
BLUMENAU	BRUSQUE	HOSPITAL AZAMBUJA
BLUMENAU	BRUSQUE	IMIGRANTES HOSPITAL E MATERNIDADE
BLUMENAU	INDAIAL	HOSPITAL BEATRIZ RAMOS
BLUMENAU	TIMBÓ	HOSPITAL E MATERNIDADE OASE
BLUMENAU	POMERODE	HOSPITAL E MATERNIDADE RIO DO TESTO
CHAPECÓ	CHAPECÓ	HOSPITAL REGIONAL DO OESTE
CHAPECÓ	MARAVILHA	HOSPITAL SÃO JOSÉ DE MARAVILHA
CHAPECÓ	PINHALZINHO	HOSPITAL DE PINHALZINHO
CONCÓRDIA	CONCÓRDIA	HOSPITAL SÃO FRANCISCO
CRICIÚMA	CRICIÚMA	HOSPITAL MATERNO INFANTIL SANTA CATARINA
FLORIANÓPOLIS	BIGUAÇU	HOSPITAL REGIONAL HELMUTH NASS
FLORIANÓPOLIS	FLORIANÓPOLIS	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO
FLORIANÓPOLIS	FLORIANÓPOLIS	MATERNIDADE CARMELA DUTRA
FLORIANÓPOLIS	SÃO JOSÉ	HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DR. HOMERO MIRANDA
ITAJAÍ	BAL CAMBORIÚ	HOSPITAL MUNICIPAL RUTH CARDOSO
ITAJAÍ	ITAJAÍ	HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORN
ITAJAÍ	NAVEGANTES	HOSPITAL NOSSA SENHORA DOS NAVEGANTES
JARAGUÁ DO SUL	JARAGUÁ DO SUL	HOSPITAL E MATERNIDADE JARAGUÁ
JOAÇABA	JOAÇABA	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SANTA TEREZINHA
JOINVILLE	JOINVILLE	MATERNIDADE DARCY VARGAS
JOINVILLE	SÃO FRANCISCO DO SUL	HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DA GRAÇA
LAGES	LAGES	HOSPITAL GERAL E MATERNIDADE TEREZA RAMOS
MAFRA	MAFRA	MATERNIDADE DONA CATARINA KUSS
MAFRA	CANOINHAS	HOSPITAL SANTA CRUZ DE CANOINHAS
MAFRA	RIO NEGRINHO	HOSPITAL RIO NEGRINHO



Regional de Saúde	Município	Unidade
MAFRA	SÃO BENTO DO SUL	HOSPITAL E MATERNIDADE SAGRADA FAMÍLIA
RIO DO SUL	RIO DO SUL	HOSPITAL REGIONAL ALTO VALE
SÃO MIGUEL DO OESTE	SÃO MIGUEL DO OESTE	HOSPITAL REGIONAL TEREZINHA GAIO BASSO
TUBARÃO	TUBARÃO	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO
VIDEIRA	CURITIBANOS	HOSPITAL HÉLIO ANJOS ORTIZ
VIDEIRA	FRAIBURGO	ASSOCIAÇÃO FRAIBURGUENSE DE SAÚDE COLETIVA
VIDEIRA	VIDEIRA	HOSPITAL SALVATORIANO DIVINO SALVADOR
VIDEIRA	CAÇADOR	HOSPITAL MAICE
XANXERÊ	XANXERÊ	HOSPITAL REGIONAL SÃO PAULO ASSEC
XANXERÊ	XAXIM	HOSPITAL FREI BRUNO

6.1 Definição dos fluxos conforme a estrutura das maternidades

Considerando as diferentes realidades existentes nas maternidades do estado quanto à oferta de imunização, a proposta inicial é manter, sempre que possível, os fluxos já em funcionamento, respeitando a organização local e regional da rede de saúde.

Para crianças internadas, a administração do nirsevimabe deverá ser realizada o mais precocemente possível, a partir de duas horas após o nascimento, e sempre antes da alta hospitalar, independentemente do município de residência do paciente.

6.1.1 Maternidades públicas com sala de vacina em funcionamento

As maternidades que dispõem de sala de vacina em funcionamento interno serão responsáveis por todas as etapas da dispensação do nirsevimabe, incluindo: manutenção de estoque estratégico, validação da solicitação, dispensação, administração do anticorpo e registro das doses aplicadas.



Para tanto, deverão atender aos seguintes requisitos:

- I. Fazer parte da RIE, conforme Deliberação 432/CIB/2025;
- II. Ter alto fluxo de atendimento de prematuros de alto risco;
- III. ser classificada como um centro intermediário de imunobiológicos especiais - CIIE na RIE, onde ela terá estoque estratégico do imunobiológico (nirsevimabe);
- IV. Terá autonomia para fazer avaliação/ validação clínica por um profissional de saúde de nível superior;
- V. Estar com registro no CNES com o serviço 174-imunização, utilizando a classificação 002-Grupos especiais, conforme os termos da Portaria 6.623 de 14 de fevereiro de 2025.

6.1.2 Maternidades públicas sem sala de vacina, com atuação de equipes volantes

Nas maternidades que não dispõem de sala de vacina, mas onde os municípios sedes já garantem a aplicação das vacinas de rotina (hepatite B e/ou BCG) por meio de equipes volantes, o fluxo de dispensação do nirsevimabe poderá seguir a mesma organização.

Nesses casos, caberá ao município a responsabilidade pelo armazenamento, validação, liberação, aplicação *in loco* e registro das doses administradas.

Observação: nos casos em que o imunobiológico permanecer armazenado na rede de frio municipal para dispensação direta às equipes volantes, conforme pactuado com a equipe do Programa Nacional de Imunizações (PNI), não será necessária a alteração do CNES, permanecendo o cadastro da rede de frio municipal.



6.1.3 Maternidades públicas sem realização de vacinação *in loco*

Entre as maternidades inicialmente selecionadas, há aquelas que não realizam nenhuma vacina em suas dependências. Nesses casos, o município deverá organizar, em conjunto com a maternidade, o fluxo de atendimento, incluindo a avaliação, validação, liberação, aplicação *in loco* e registro do nirsevimabe, de modo a garantir a administração do anticorpo em crianças antes da alta hospitalar quando indicado.

6.1.4 Demais maternidades públicas de baixa complexidade

As demais maternidades do estado não manterão estoque próprio do imunobiológico especial. Nesses casos, a validação das solicitações e a dispensação do nirsevimabe serão realizadas de forma remota, conforme fluxo definido com o município ou, quando necessário, com a respectiva Gerência Regional de Saúde.

6.1.5 Maternidades privadas

Até o presente momento, o Ministério da Saúde não prevê a dispensação ou aplicação do nirsevimabe em maternidades privadas. Trata-se de um medicamento já amplamente disponível no setor privado, com cobertura prevista pelos planos de saúde.

Ressalta-se que o SUS é universal, e garante o direito de acesso a todos os cidadãos. Dessa forma, pacientes com indicação do anticorpo monoclonal, sem plano de saúde, nascidos em maternidades privadas ou com dificuldade de acesso ao medicamento através do plano de saúde, têm direito a receber o nirsevimabe no setor público.



Nesses casos, a administração poderá ocorrer após a alta hospitalar ou, quando necessário, situações específicas poderão ser avaliadas individualmente pelo município e pela respectiva Gerência Regional de Saúde.

6.2 Fluxos fora do ambiente hospitalar

Paralelamente, os municípios deverão organizar fluxos assistenciais para o atendimento de situações fora do ambiente hospitalar, tais como:

- Resgate de crianças prematuras;
- Administração em crianças com comorbidades elegíveis.

6.2.1 Municípios de maior porte

Os municípios de maior porte deverão, além da vacinação nas maternidades, definir fluxos para atendimento de crianças não hospitalizadas, estabelecendo pontos de referência na rede municipal de saúde. Esses pontos, desde que atendam aos critérios estabelecidos, deverão integrar a RIE, sendo classificados como Centros de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIEm) ou Centros Intermediários de Imunobiológicos Especiais (CIIE).

6.2.2 Municípios de menor porte

Os municípios de menor porte, que não dispõem de condições para estruturar um CRIEm ou CIIE, deverão encaminhar as solicitações de nirsevimabe às respectivas Gerências Regionais de Saúde, por meio de formulário eletrônico específico, para avaliação e liberação do imunobiológico, seguindo os fluxos estabelecidos para a solicitação e liberação de imunobiológicos especiais.



Caberá às Gerências Regionais de Saúde a validação e a dispensação do imunobiológico, ficando sob responsabilidade do município a aplicação e o registro da dose administrada.

7. Validação das solicitações

Considerando que o nirsevimabe é um imunobiológico especial, todas as solicitações deverão ser submetidas à validação clínica, realizada de forma presencial ou remota, por profissional de saúde de nível superior, atuante em estabelecimento integrante da RIE.

Para o deferimento ou indeferimento das solicitações, os profissionais responsáveis pela validação deverão observar os seguintes critérios clínicos:

- I – Pacientes prematuros, com idade gestacional igual ou inferior a 36 semanas e 6 dias, com até 6 meses de idade, independentemente do peso ao nascer e do histórico de vacinação materna contra o VSR; e/ou
- II – Crianças com idade inferior a 24 meses (até 1 ano, 11 meses e 29 dias) que apresentem comorbidades elegíveis.

Com o objetivo de apoiar gestores e profissionais de saúde na tomada de decisão e assegurar a aplicação padronizada da estratégia de proteção contra o VSR, as condições clínicas elegíveis encontram-se detalhadas no **Quadro 3**.



GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica

Quadro 3. Lista indicativa de CIDs que contemplam as condições clínicas prioritárias para indicação do anticorpo monoclonal, nirsevimabe.

CONDIÇÃO/DOENÇA (GUIA DA ESTRATÉGIA)	CID-10	NOME CID-10
Prematuro	P07	Prematuridade (nascimento pré-termo)
Doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) não especificada	B24	Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV] não especificada
Neoplasia maligna (geral)	C00	Neoplasia maligna do lábio
Neoplasia maligna sem especificação	C80	Neoplasia maligna, sem especificação de localização
Outras neoplasias malignas e as não especificadas dos tecidos linfático, hematopoético e tecidos correlatos	C96	Outras neoplasias malignas e as não especificadas dos tecidos linfático, hematopoético e tecidos correlatos
Outras neoplasias malignas especificadas dos tecidos linfático, hematopoético e tecidos correlatos	C96.7	Outras neoplasias malignas especificadas dos tecidos linfático, hematopoético e tecidos correlatos
Neoplasia maligna dos tecidos linfático, hematopoético e tecidos correlatos, não especificada	C96.9	Neoplasia maligna dos tecidos linfático, hematopoético e tecidos correlatos, não especificada
Imunodeficiências primárias (erros inatos da imunidade)	D80 a D83	Transtornos que comprometem o mecanismo imunitário
Crianças em uso de corticosteroides sistêmicos em doses elevadas por >2 semanas (outras imunodeficiências especificadas; imunodeficiências primárias (erros inatos da imunidade); Outras imunodeficiências especificadas	D84.8	Outras imunodeficiências especificadas
Fibrose Cística	E84	Fibrose cística
Doença de Pompe – forma infantil (doença de depósito de glicogênio)	E74.0	Doença de depósito de glicogênio
Atrofia Muscular Espinhal (AME) tipo 1	G12.0	Atrofia muscular espinhal infantil tipo I [Werdnig-Hoffman]
Atrofia Muscular Espinhal com disautonomia respiratória (SMARD1)	G12.2	Doença do neurônio motor
Atrofia Muscular Espinhal (AME) tipo 0	G12.8	Outras atrofias musculares espinais e síndromes musculares correlatas
	G12.9	Atrofia muscular espinhal não especificada
Miopatias mitocondriais – síndrome de Leigh	G31.8	Outras doenças degenerativas especificadas do sistema nervoso
Neuropatia congênita hipomielinizante (Neuropatia hereditária); síndrome de Dejerine-Sottas (neuropatia hereditária)	G60.0	Neuropatia hereditária motora e sensorial
Distrofia muscular congênita de Fukuyama; distroglíopatias (Walker-Warburg, MEB) (distrofia muscular congênita)	G71.0	Distrofia muscular
Distrofia miotônica congênita (DM1)	G71.1	Transtornos miotônicos



GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica

CONDIÇÃO/DOENÇA (GUIA DA ESTRATÉGIA)	CID-10	NOME CID-10
Desproporção congênita de tipos de fibras (miopatias congênitas); distrofia muscular congênita de Ullrich; distrofia muscular congênita por deficiência de merosina (LAMA2) (miopatia congênita); distrofia muscular congênita relacionada ao FKR (miopatia congênita); distroglinopatias (Walker-Warburg, MEB) (distrofia muscular congênita); miopatia central core; miopatia centronuclear (formas graves); miopatia centronuclear autossômica; miopatia miotubular ligada ao X (XLMTM); miopatia multiminicore; miopatia nemalínica (forma neonatal grave)	G71.2	Miopatias congênitas
Síndrome de Down	Q90	Trissomia 21
Anéis ou malformações vasculares compressivas da traqueia (malformações congênitas da aorta (grandes artérias)	Q25.4	Outras malformações congênitas da aorta
Traqueomalácia congênita grave	Q32.0	Traqueomalácia congênita
Malformações do anel traqueal	Q32.1	Outras malformações congênitas da traqueia
Estenose traqueal congênita significativa (Outras malformações congênitas da traqueia	Q32.2	Broncomalácia congênita
Atresia ou estenose brônquica congênita	Q32.3	Estenose congênita dos brônquios
	Q32.4	Outras malformações congênitas dos brônquios
Cistos broncogênicos (pulmão cístico congênito)	Q33.0	Pulmão cístico congênito
Sequestro pulmonar (malformações congênitas do pulmão)	Q33.2	Sequestro pulmonar
Agenesia pulmonar (malformações congênitas do pulmão), hipoplasia pulmonar (malformações congênitas do pulmão)	Q33.3	Agenesia do pulmão
Agenesia pulmonar (malformações congênitas do pulmão), Hipoplasia pulmonar (malformações congênitas do pulmão)	Q33.6	Hipoplasia e displasia do pulmão
Aprisionamento aéreo congênito (anomalia estrutural) (outras malformações congênitas do pulmão); lobação pulmonar anômala/ anomalias do desenvolvimento pulmonar (outras malformações congênitas do pulmão)	Q33.8	Outras malformações congênitas do pulmão
Síndrome de Apert (síndromes com malformações congênitas afetando predominantemente o aspecto da face); síndrome de Pierre Robin (síndromes com malformações congênitas afetando predominantemente o aspecto da face)	Q87.0	Síndromes com malformações congênitas afetando predominantemente o aspecto da face
Estado pós-transplante de órgão sólido (órgãos e tecidos transplantados)	Z94.0	Rim transplantado
Estado pós-transplante de células progenitoras hematopoiéticas (TCPH) (estado de transplante de células-tronco/medula óssea: indica a condição do paciente que já recebeu o transplante, necessitando de monitoramento ou uso de imunossupressão)	Z94.8	Outros órgãos e tecidos transplantados
Estado pós-transplante de células progenitoras hematopoiéticas (TCPH) (estado de transplante de células-tronco/medula óssea: indica a condição do paciente que já recebeu o transplante, necessitando de monitoramento ou uso de imunossupressão)	Z94.9	Órgão e tecido não especificado transplantado

Fonte: Cgici/DPNI/SVSA/MS, 2025.



8. Registro das doses administradas

As doses de nirsevimabe administradas deverão ser devidamente registradas nos sistemas de informação em saúde, conforme as orientações estabelecidas na [Nota Técnica nº 40/2025 – DPNI/SVSA/MS.](#)

O registro deverá ser realizado em um dos seguintes sistemas:

- I – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI);
- II – e-SUS Atenção Primária à Saúde (APS) – Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC);
- III – e-SUS APS – Coleta de Dados Simplificada (CDS);
- IV – Sistemas de informação próprios ou de terceiros, desde que integrados à Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS).

O registro adequado e oportuno das doses aplicadas constitui etapa essencial do processo, uma vez que, conforme orientações do Ministério da Saúde, o recebimento de novas doses do imunobiológico está condicionado ao envio das informações referentes às doses administradas à RNDS.



9. Considerações finais

A Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE) é vinculada à Superintendência de Vigilância em Saúde (SUV), da Secretaria de Estado da Saúde Santa Catarina (SES/SC) reforça que a inclusão do nirsevimabe na rede de saúde estadual constitui uma estratégia importante de saúde pública, com o objetivo de reduzir hospitalizações e óbitos decorrentes de infecções pelo VSR em crianças menores de dois anos.

A implementação dessa estratégia exigirá esforços coordenados do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde e suas Gerências Regionais de Saúde, das Secretarias Municipais de Saúde e das maternidades, a fim de garantir a efetividade da ação, permitindo acesso e aplicação em tempo oportuno da população elegível. Trata-se de um processo que poderá demandar ajustes ao longo da implementação, e a colaboração de gestores e profissionais de saúde será fundamental para o seu pleno êxito.

Florianópolis, 18 de março de 2026.

Gerência de Doenças Infecciosas Agudas e Imunização

GEDIM/DIVE/SUV/SES/SC

Diretoria de Vigilância Epidemiológica

DIVE/SUV/SES/SC



Assinaturas do documento



Código para verificação: **9NVBM382**

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



ARIELI SCHIESSL FIALHO em 18/03/2026 às 16:06:57

Emitido por: "SGP-e", emitido em 28/03/2019 - 12:48:31 e válido até 28/03/2119 - 12:48:31.

(Assinatura do sistema)



JOÃO AUGUSTO BRANCHER FUCK (CPF: 060.XXX.189-XX) em 18/03/2026 às 16:15:05

Emitido por: "SGP-e", emitido em 28/03/2019 - 14:42:44 e válido até 28/03/2119 - 14:42:44.

(Assinatura do sistema)

Para verificar a autenticidade desta cópia, acesse o link <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo/conferencia-documento/U0VtXzcwNTIfMDAwMDA3MDhfNzE4XzlwMjZfOU5WQk0zODI=> ou o site

<https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo> e informe o processo **SES 00000708/2026** e o código **9NVBM382** ou aponte a câmera para o QR Code presente nesta página para realizar a conferência.