Quarta-Feira, 14 de Outubro de 2026

Várzea Grande Implementa Proteção com Anticorpo Monoclonal contra Vírus da Bronquiolite em Bebês Prematuros

Município oferece Nirsevimabe pelo SUS para proteger recém-nascidos vulneráveis contra infecções respiratórias graves.

A administração municipal de Várzea Grande, através da Secretaria Municipal de Saúde, iniciou em fevereiro a distribuição do anticorpo monoclonal Nirsevimabe, uma importante ferramenta de proteção para bebês prematuros. O medicamento proporciona defesa imediata contra o Vírus Sincicial Respiratório (VSR), agente etiológico predominante em casos de bronquiolite e infecções pulmonares severas em lactentes.

A disponibilização segue o Protocolo de Uso do Nirsevimabe para Prevenção de Infecção do Trato Respiratório Inferior Associada ao Vírus Sincicial Respiratório em Bebês Prematuros ou com Comorbidades, normatizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O medicamento é aplicado conforme prescrição médica e condição clínica do recém-nascido, sendo administrado na Maternidade Pública "Dr. Francisco Lustosa" e em unidades básicas de saúde distribuídas pela cidade. A UBS Jardim Glória foi pioneira entre as unidades periféricas na aplicação do fármaco.

De acordo com Patrícia Pretel Feitosa, enfermeira coordenadora de imunização da atenção primária municipal, a incorporação dessa estratégia amplia significativamente o escopo de proteção para todos os bebês que atendem aos critérios clínicos preestabelecidos.

"O medicamento possui indicações muito específicas, tanto em relação aos volumes de aplicação quanto ao público elegível", salienta a profissional.

Desde o início da implementação até o presente momento, dezenove doses foram aplicadas em recém-nascidos prematuros na maternidade pública. A dosagem depende das condições gerais de saúde e do peso corporal da criança. Alguns bebês recebem a medicação ainda durante a internação, enquanto outros necessitam atingir ganho ponderal adequado para receber a administração em unidade básica.

Patrícia destaca que para recém-nascidos prematuros — considerados aqueles nascidos anteriormente às 37 semanas gestacionais — o Nirsevimabe deve ser injetado por via intramuscular logo após o nascimento ou quando o bebê estiver hemodinamicamente estável, ainda no ambiente hospitalar.

"A administração é feita em dose única, variando apenas conforme a massa corporal do paciente. Crianças com peso inferior a cinco quilogramas recebem injeção de 0,5 ml. Aquelas pesando cinco quilogramas ou mais recebem aplicação de 1 ml", especifica.

Para lactentes com até dois anos de idade portadores de comorbidades que permaneçam em situação de vulnerabilidade durante a segunda estação de circulação viral, recomenda-se uma administração única, independentemente do peso, mediante duas injeções de 1 ml cada uma, aplicadas em sítios corporais diferentes.

Elegibilidade para o Nirsevimabe

- Nascimento prematuro (anterior às 37 semanas gestacionais);
- Cardiopatia congênita com repercussão hemodinâmica;
- Pneumopatia crônica consequente da prematuridade;
- Imunodeficiência grave, de origem genética ou obtida;
- Fibrose cística pancreática;
- Miopatia ou neuropatia progressiva;

- Anomalias estruturais do sistema respiratório superior e inferior;
- Trissomia do cromossomo 21.

Situação Epidemiológica

Segundo levantamentos do Ministério da Saúde, o Vírus Sincicial Respiratório é responsável por aproximadamente 80% das bronquiolites diagnosticadas e por até 60% dos casos de pneumonia em crianças menores de dois anos no território nacional.

Análise comparativa entre 2018 e 2024 revelou 83.740 hospitalizações de bebês nascidos prematuramente. Apenas em 2024, entre os 82.005 registros de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) atribuída a patógenos respiratórios, 32% (26.034 episódios) tiveram como agente causal o VSR.

A população etária mais acometida foi a de menores de um ano, representando 71,2% das ocorrências (18.759 casos) e 42% dos falecimentos (168 dentre 403 óbitos registrados).

Bebês com menos de seis meses de vida, particularmente prematuros, crianças com doença pulmonar crônica secundária à prematuridade e portadores de malformações cardíacas constituem os grupos com maior risco de desenvolver infecção respiratória grave pelo VSR.

Essa maior susceptibilidade correlaciona-se com a imaturidade do sistema de defesa do organismo, à reduzida passagem transplacentária de anticorpos maternos, ao menor diâmetro das estruturas das vias aéreas, além de circunstâncias como reduzida reserva energética, desmame precoce, anemia, infecções respiratórias repetidas e tratamento prévio com anti-inflamatórios esteroides.

O Vírus Sincicial Respiratório apresenta variação sazonal, intensificando sua circulação durante os meses com temperaturas mais baixas. Embora esse comportamento demonstre oscilação entre diferentes regiões brasileiras, o pico de incidência usualmente concentra-se entre março e setembro.

Globalmente, o vírus ocasiona aproximadamente 3,6 milhões de internações por ano e cerca de 100 mil óbitos em crianças menores de cinco anos, sendo 50% dessas mortes concentradas em bebês com menos de seis meses de idade.