

Tipo do Documento	FLUXOGRAMA	FLX.DAPS.001 - Total págs.: 6	
Título do Documento	Normatização para solicitação do imunobiológico NIRSEVIMABE indicado na profilaxia da infecção pelo vírus sincicial respiratório (VSR) no SUS	Emissão: 28/05/2026	Próxima Revisão: 28/05/2028
		Versão: 3	

A incorporação de Nirsevimabe no SUS segue a portaria SECTICS/MS nº 15 de 28/02/25. Considerando a NT conjunta MS nº 109/25 de 29/09/25 que apresenta a descrição das maternidades com internações públicas que irão dispensar o Nirsevimabe, para a prevenção da infecção do vírus sincicial respiratório. A Secretaria do Estado da Saúde do Paraná elaborou a NT/SESA nº 02/26 para atualizar a solicitação e fornecimento dos medicamentos para o tratamento profilático do Vírus Sincicial Respiratório no SUS.

RECOMENDAÇÕES IMPORTANTES

A partir de Fevereiro de 2026, o Nirsevimabe será ofertado pelo SUS para:

- Todos os prematuros de até 36 semanas e 6 dias (idade gestacional ao nascimento), durante todo o ano, desde que o pedido seja inserido no GSUS antes da criança completar 6 meses de idade;
- Para todas crianças com comorbidades com idade inferior a 24 meses (1a 11 m e 29 d), durante o período sazonal (fevereiro a agosto) nos seguintes casos: cardiopatia congênita, broncodisplasia, condição de imunocomprometimento, síndrome de Down, fibrose cística, doença neuromuscular e anomalias congênitas das vias aéreas.
- Prematuros da Rede SUS com até 36 semanas e 6 dias (idade gestacional ao nascimento), que nascerem nas maternidades do Hospital de Clínicas, Luiza de Marillac, Hospital do Trabalhador, Hospital Universitário Evangélico Mackenzie, ou que estiverem internados no Hospital Pequeno Príncipe, receberão o Nirsevimabe no próprio local. Para os demais casos será realizada busca ativa para oferta da medicação pelas Unidades Municipais de Saúde.
- Prematuros da Rede Suplementar que nasceram até 36 semanas e 6 dias (idade gestacional ao nascimento), e que nascerem em outras maternidades diferentes das mencionadas acima, os responsáveis devem ser orientados a encaminhar a solicitação e documentação necessária para o e-mail da Central Saúde Já smscentral@sms.curitiba.pr.gov.br

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

- a) Cadastro definitivo na US;
- b) Prematuros até 36 semanas e 6 dias, independente do peso corpóreo desde que não tenham atingido a idade de 6 meses de nascimento (CID 10 código P07.0, P07.1, P07.2 ou P07.3);
- c) Crianças com idade inferior a 24 meses (23 meses e 29 dias) com as seguintes comorbidades:
 - Cardiopatia congênita com repercussão hemodinâmica CID 10 código Q20 a 26
 - Doença pulmonar crônica da prematuridade (DPCP) CID 10 código P27.1
 - Imunocomprometidos graves (inato ou adquirido) CID 10 código D80 a D84.9
 - Fibrose Cística CID 10 código E84
 - Doenças Neuromusculares graves CID 10 código G70.2, P94.0 a P94.9
 - Síndrome de Down CID 10 código 90.0 a Q90.9
 - Anomalias congênitas das vias aéreas e doenças pulmonares graves CID 10 código Q30 a Q34.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- Cópia da Caderneta de Saúde da Criança com a página que consta os dados da criança e a idade gestacional ao nascimento.
- Formulário específico para Solicitação de Nirsevimabe ([Anexo I](#)).(são 2 páginas)
- CPF da criança: informação no corpo do SUP, bem como a UMS que a criança pertence;
- Pacientes com cardiopatia congênita: anexar cópia do laudo do exame de Ecocardiograma recente (dos últimos 6 meses) e cópia do receituário médico dos medicamentos de uso contínuo atuais (até 6 meses anteriores).
- Pacientes com doença pulmonar crônica da prematuridade: anexar relatório do médico assistente contendo CID, descrição da necessidade de uso de oxigenoterapia e medicações.
- Pacientes imunocomprometidos: anexar relatório do médico assistente contendo CID, resultado de exames complementares correlacionados com a doença descrita e cópia do receituário médico dos medicamentos de uso contínuo.
- Pacientes com fibrose cística: anexar relatório do médico assistente contendo CID, descrição do comprometimento clínico, bem como houve internação prévia por exacerbação, alterações de imagem pulmonar e dados do desenvolvimento da criança.
- Pacientes com Síndrome de Down: anexar relatório do médico assistente contendo CID.
- Pacientes com anomalias congênitas das vias aéreas e doenças pulmonares graves: anexar relatório do médico assistente contendo CID, descrição de necessidade de uso de oxigenoterapia, internações prévias e tratamentos realizados.
- Informar peso atual da criança.

ATRIBUIÇÕES DOS PONTOS DE ATENÇÃO

UNIDADE DE SAÚDE:

1. Orientar os pais ou responsáveis quanto ao fluxo de solicitação da rede SUS;
2. Avaliar os critérios de elegibilidade e os documentos necessários;
3. Encaminhar solicitação do medicamento para o Distrito Sanitário, em caso de crianças provenientes da Rede SUS, anexando os documentos necessários e informar a UMS que deseja para realização da aplicação;
4. Confirmar telefones no cadastro da criança;
5. Realizar o contato com os pais das crianças provenientes da Rede SUS ou responsáveis sobre o parecer: Se parecer DEFERIDO informar os responsáveis sobre o agendamento da aplicação. Se parecer INDEFERIDO, comunicar os responsáveis;
6. Pesar a criança antes da aplicação, se apresentar peso > 5 kg e a dose fornecida for de 50mg=0,5ml solicitar correção da dose via e-mail para a Assistência Farmacêutica constando no corpo do documento os dados Nome, CPF, Nome da Mãe e peso Atual
7. Realizar aplicações da Rede SUS e da Rede Suplementar;
8. Registrar a aplicação no sistema e-saúde.

DISTRITO SANITÁRIO (DS):

1. Verificar se a documentação de solicitação das crianças da Rede SUS do imunobiológico está completa;
2. Encaminhar a solicitação do imunobiológico e anexos via SUP para a Assistência Farmacêutica. Utilizar o código 7549 "Solicitação de Medicamentos Estratégicos";
3. Encaminhar para a US o parecer da Assistência Farmacêutica, após avaliação.

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA:

1. Receber e avaliar a solicitação do imunobiológico da Rede SUS e da Rede Suplementar.
2. Realizar o cadastro da solicitação no Sistema de Gestão Hospitalar e Ambulatorial (GSUS).
3. Após avaliação do CRIE, encaminhar parecer para o DS e Central Saúde Já.
4. No caso de mudança de dose devido peso, incluir novamente no sistema GSUS para reavaliação do CRIE (com a justificativa de correção de peso) e após parecer avisar a AMI

ASSISTÊNCIA DE MATERIAIS E INSUMOS (AMI) – SETOR IMUNOBIOLÓGICOS:

1. Verificar as liberações no Sistema de Gestão Hospitalar e Ambulatorial (GSUS).
2. Solicitar as doses à 2ª Regional de Saúde Metropolitana;
3. Organizar a logística para retirada dos insumos pela empresa de logística termolábil na 2ª Regional de Saúde Metropolitana;
4. Realizar a distribuição conforme FLUXOS LOGÍSTICA 3 - SOLICITAÇÃO COMPLEMENTAR VACINAS E DILUENTES da AMI, conforme estabelecimento solicitado para a aplicação informado pelo responsável da criança.
5. Informar a Central Saúde Já e DS sobre a disponibilidade do NIRSEVIMABE.
6. Realizar o cadastro da aplicação no GSUS, após confirmação do registro da aplicação no e-saúde.

SAÚDE DA CRIANÇA:

1. Encaminhar, ao Distritos Sanitários, a lista das crianças elegíveis e monitorar as aplicações.


CENTRAL SAÚDE JÁ:

1. Receber as solicitações de imunobiológico, das crianças da Rede Suplementar ou particular, via e-mail e avaliar os documentos encaminhados;
2. Enviar o pedido do imunobiológico e anexos via SUP para a Assistência Farmacêutica. Utilizar o código 7549 "Solicitação de Medicamentos Estratégicos"
3. Realizar o contato com os pais ou responsáveis das crianças provenientes da Rede Suplementar/particular, após a avaliação da solicitação pelo CRIE. Se parecer DEFERIDO informar os responsáveis sobre o agendamento da aplicação, que será feito via UMS. Se parecer INDEFERIDO, comunicar os responsáveis.

IMPORTANTE

NIRSEVIMABE 50 mg = 0,5 ml Disponível para crianças < 5kg
NISERVIMABE 100 MG = 1 ML Disponível para crianças ≥ 5kg

ANEXO I- FORMULÁRIO ESPECÍFICO PARA SOLICITAÇÃO DE NIRSEVIMABE

 PARANÁ GOVERNO DO ESTADO SECRETARIA DA SAÚDE			
Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais – CRIE FORMULÁRIO SOLICITAÇÃO DE NIRSEVIMABE – CRIE <input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> Rede Suplementar			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE			
Nome do Estabelecimento:			
CNEs:			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome do Paciente:			
Data de Nascimento:		Idade atual:	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino			
Raça/Cor: <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Pardo <input type="checkbox"/> Índio			
Cartão Nacional de Saúde (CNS):			
Possui Plano de Saúde: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se sim, qual o plano de Saúde:	
Nome da Mãe:			
Endereço:			Nº:
Complemento:		Bairro:	
Município	UF:	CEP:	Telefone:
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES			
Idade Gestacional no nascimento:		semanas	
Peso Nascimento:		Peso Atual:	
Tipo de Parto: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Fórceps			
Atualmente, criança internada: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se não, data da alta:	
Tempo de Oxigenoterapia: dias			
Recebeu Dose intra-hospitalar de Nirsevimabe? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se sim, data:	
Medicamento de uso contínuo:			
IDENTIFICAÇÃO DO PRESCRITOR			
Solicitante:			Conselho Classe:
CNS:	Telefone: ()	Celular: ()	
Data do Pedido:	Assinatura:		

PRESCRIÇÃO	
() SUS () Rede Suplementar	
MOTIVO DA INDICAÇÃO	DOENÇA DE BASE
() Prematuro até 36 sem e 6 dias	<input type="checkbox"/> Cardiopatia congênita com repercussão hemodinâmica <input type="checkbox"/> Doença pulmonar crônica da prematuridade (DPCP) <input type="checkbox"/> Prematuro dependente de oxigênio <input type="checkbox"/> Necessidade de oxigênio até 36 semanas de idade corrigida <input type="checkbox"/> Uso de suporte terapêutico nos últimos 6 meses
() Comorbidades	<input type="checkbox"/> Imunocomprometidos graves (inato ou adquirido) <input type="checkbox"/> <12 meses com CD4+ \leq 750 células/mm ³ <input type="checkbox"/> 12 a 24 meses com CD4+ \leq 500 células/mm ³ <input type="checkbox"/> Erros inatos graves da imunidade <input type="checkbox"/> Uso de corticoides em altas doses <input type="checkbox"/> Transplantados de órgãos sólidos ou TCTH <input type="checkbox"/> Doenças oncológicas em tratamento ou pós-quimioterapia/radioterapia <input type="checkbox"/> Fibrose cística <input type="checkbox"/> Doença pulmonar grave <input type="checkbox"/> Alterações persistentes em imagem pulmonar <input type="checkbox"/> Peso/estatura <10 ^o percentil <input type="checkbox"/> Doenças neuromusculares graves <input type="checkbox"/> Síndrome de Down <input type="checkbox"/> Anomalias congênitas das vias aéreas e doenças pulmonares graves
SOLICITAÇÃO	DOSE
Nirsevimabe 50 mg (100 mg/ml)	
Nirsevimabe 100 mg (100 mg/ml)	
TEXTO CLÍNICO:	

ANEXO II - ESQUEMA DE USO DE ACORDO COM 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	Segunda sazonalidade do VSR	Independente do peso	2,0 mL (200 mg), administrados em duas injeções de 1,0 mL, em locais distintos

Fonte: Informe Técnico do Niservimabe, MS, 2026.

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2	09/03/26	Atualização

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Atenção à Saúde da Criança, Assistência Farmacêutica
Revisão/Análise	Programa Municipal de Imunização, Assistência de Materiais e Insumos, Assistência Farmacêutica, Coordenação de Atenção à Saúde da Criança, Coordenação de Enfermagem
Validação	Departamento de Atenção Primária à Saúde
Aprovação	Departamento de Atenção Primária à Saúde