



De lho na carteirinha

Uso de imunoglobulina humana na profilaxia
pós-exposição ao sarampo

Programa Municipal de Imunizações

Versão 4

15 de Setembro de 2026

I. Indicações

A Imunoglobulina Humana inespecífica é um hemoderivado obtido a partir do plasma humano, utilizado para imuno modulação e reposição de anticorpos em diversas condições clínicas.

A imunização passiva com o uso de imunoglobulina inespecífica deve ser considerada se a vacinação for contraindicada para pessoa suscetível exposta à infecção **há menos de seis dias**, para prevenir ou atenuar a doença.

Nesta condição, a imunoglobulina está indicada para os contatos suscetíveis próximos e/ou domiciliares de pacientes suspeitos de sarampo. O uso de imunoglobulina deve ser considerado particularmente após exposição ao caso suspeito de sarampo, de maneira a reduzir o risco da infecção e de complicações, **dentro de seis dias após a exposição** em:

- ✓ Crianças menores de 6 (seis) meses;
- ✓ Gestantes sem evidência de imunidade prévia ao sarampo;
- ✓ Indivíduos imunocomprometidos sem evidência prévia de imunidade ao sarampo;
- ✓ Indivíduos gravemente imunodeprimidos, independente de história prévia de vacinação ou doença, sendo considerado imunodepressão grave:
 - Imunodeficiência primária grave que não tenha recebido imunoglobulina nas últimas três semanas;
 - Transplantados de células tronco hematopoiéticas até 12 meses após a suspensão de terapias imunossupressoras;
 - Doenças linfoproliferativas;
 - Nos primeiros 6 (seis) meses pós-quimioterapia para leucemia linfoblástica aguda;
 - Infecção pelo HIV com sinais e sintomas de síndrome da imunodeficiência adquirida ou contagem de CD4 menor que 200 células/mm³ (maiores de cinco anos) ou menor que 15% (qualquer idade);
 - Transplantados de órgão sólido;
 - Uso de imunobiológicos ou inibidores de citocinas nos últimos seis meses.

Atenção: Em caso de comunicante domiciliar, creche, escola, faculdade ou trabalho, que tenha contato diário, considerar o início da exposição quatro (4) dias antes do início do exantema do caso fonte. Portanto, os comunicantes diários terão 2 (dois) dias após o início do exantema do caso fonte para receber a imunoglobulina humana de forma oportuna.

- **Observação 1:** Não é necessária a aplicação da imunoglobulina para contatos de suspeitos de sarampo que façam uso rotineiro de imunoglobulina endovenosa (100 a 400 mg/kg de peso), se a última dose tiver sido aplicada dentro de três semanas antes da exposição.
- **Observação 2:** pacientes que fizeram uso da imunoglobulina devem ter intervalo de seis meses para utilização de vacina de vírus vivo atenuado (se não houver contraindicação médica).

II. Dose e Via de Administração

A dose recomendada de imunoglobulina humana a ser administrada será de **150mg/Kg** de peso e a administração deve ser realizada por via intravenosa.

Observação: a equivalência na formulação 100mg/ml é de 1,5ml/kg de peso corporal e na formulação de 50mg/ml é equivalente a 3 ml/Kg de peso.

CONFERIR A APRESENTAÇÃO DISPONÍVEL PARA A DEVIDA PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO.

III. Administração

- A imunoglobulina deve ser armazenada sob refrigeração de +2° à + 8°, protegido da luz. Não pode ser congelada.
- Uma vez abertos, os frascos devem ser utilizados imediatamente.
- O produto deve estar em temperatura ambiente ou corporal **antes** de ser utilizado.
- A infusão da Imunoglobulina Humana deve ser realizada de forma progressiva e cautelosa, conforme indicação do fabricante na bula.

- Deve-se monitorar sinais vitais antes do início da infusão e a cada 15 – 30 minutos no início, após cada aumento de velocidade e ao término da infusão.
- Reduzir a velocidade ou interromper a infusão em caso de cefaleia intensa, calafrios, náuseas, vômitos, hipotensão ou qualquer sinal de reação adversa.
- Pacientes com maior risco de reações devem receber infusão mais lenta (gestantes, imunossuprimidos, primeira infusão).
- Observar sinais de reações adversas: febre, calafrios, cefaleia, náuseas e vômitos, hipotensão ou hipertensão, reações alérgicas. Nestes casos, interromper a infusão, comunicar imediatamente o médico e instituir medidas de suporte, conforme prescrição.

Observação: para outras informações, consulte a bula que acompanha o produto.

IV. Fluxo

1. Identificação e avaliação da indicação

Serviço de Saúde:

O serviço responsável pela identificação do contato deverá avaliar se o caso atende aos critérios para indicação da imunoglobulina, conforme estabelecido no item I deste documento.

Mantida a indicação, o mesmo encaminhará o formulário específico preenchido (**anexo I**), para a Unidade de Vigilância em Saúde (UVIS) de referência, indicando o serviço para aplicação.

Unidade de Vigilância em Saúde (UVIS):

Avalia a indicação e encaminha em um único e-mail para:

- PMI: pmi.covisa@prefeitura.sp.gov.br;
- PADI de referência;
- CADI: cadi@prefeitura.sp.gov.br.

Deverão ser anexados ao e-mail:

- Formulário de solicitação devidamente preenchido (anexo I);
- Cópia da ficha do SINAN do caso suspeito;

- Histórico vacinal (cópia da carteira de vacinação do contato, registro nos sistemas de informação SIGA e/ou SI PNI);
- Demais informações necessárias para subsidiar a avaliação, quando pertinentes.

2. Avaliação e liberação

O PMI avaliará a solicitação e, após sua aprovação, comunicará à UVIS e ao PADI de referência a liberação da imunoglobulina ou, quando aplicável, a autorização para uso do estoque estratégico.

3. Entrega da imunoglobulina

O PADI será responsável pela entrega da imunoglobulina ao serviço de referência indicado para a administração e pelo monitoramento dos estoques estratégicos das unidades descritas no item V e pela reposição, quando necessária.

5. Comunicação e acompanhamento

A UVIS responsável pelo bloqueio deverá:

- Comunicar ao contato suscetível a liberação da imunoglobulina;
- Informar o local e o horário para a aplicação;
- Comunicar à unidade de referência de administração da imunoglobulina sobre a autorização da administração e fornecer todas as informações pertinentes do usuário;
- Acompanhar a realização do procedimento;
- Obter o retorno da unidade de referência quanto à efetiva administração da imunoglobulina, com retorno ao PMI.

6. Unidade de referência

- Receber a documentação de indicação e autorização da administração da imunoglobulina;
- Organizar fluxo para atendimento do(a) usuário(o), garantindo a avaliação clínica, a prescrição e administração da imunoglobulina e monitoramento até a alta;

- Registrar a aplicação no prontuário, em caderneta de vacinação e no sistema SIGA (na impossibilidade, a Uvis de referência deverá providenciar a transcrição);
- Comunicar à UVIS de referência quanta a efetiva administração da imunoglobulina ou possíveis eventos.

7. Finais de semana e feriados

Nos finais de semana e feriados, quando houver identificação de contato com indicação de imunoglobulina, o serviço de saúde deverá encaminhar a solicitação para pmi.covisa@prefeitura.sp.gov.br e plantaopmi@prefeitura.sp.gov.br.

O e-mail deverá conter:

- Formulário específico devidamente preenchido (anexo I);
- Cópia da ficha do SINAN do caso suspeito;
- Histórico vacinal (cópia da carteira de vacinação do contato, registro nos sistemas de informação SIGA e/ou SI PNI);
- Demais informações necessárias para avaliação.

Caberá:

- PMI: análise da solicitação e, quando aprovada, comunicação ao Padi sobre a liberação da imunoglobulina, ou quando aplicável, a autorização para uso do estoque estratégico.
- PADI: será responsável pela entrega da imunoglobulina ao serviço aplicador.
- Serviço de saúde solicitante: realizar a comunicação com a pessoa que receberá a imunoglobulina.
- Unidade de aplicação: recebimento da documentação de indicação e autorização para administração; organização do fluxo para atendimento do(a) usuário(o), garantindo a avaliação clínica, a prescrição e administração da imunoglobulina e monitoramento até a alta; registro de aplicação no prontuário, em caderneta de vacinação e no sistema SIGA (na impossibilidade, a Uvis de referência deverá providenciar a transcrição).

- Unidade de aplicação: comunicar ao PMI e UVIS de referência quanta a efetiva administração da imunoglobulina ou possíveis eventos

V. Locais para aplicação

A administração da imunoglobulina humana deve ser realizada nas unidades de referências abaixo, devido à necessidade de infusão lenta e controlada da imunoglobulina e monitoramento clínico contínuo.

Cabe à unidade de referência que atenderá o contato suscetível, realizar a organização interna do fluxo para avaliação clínica, prescrição, monitoramento e registro da administração, que deve ser realizado no prontuário, caderneta de vacinação e SIGA – módulo vacinas. Caso o serviço não tenha acesso a este módulo, a Uvis de referência deverá providenciar a transcrição no sistema.

Em caso de paciente internado, o fluxo para solicitação permanece o mesmo e a dispensação e aplicação poderá ocorrer no próprio local de internação. A aplicação deve ser registrada em prontuário, caderneta de vacinação e sistema de informação (SIGA); na impossibilidade de acesso, a Uvis deverá providenciar a transcrição no sistema.

As unidades de referência para aplicação da imunoglobulina são:

Unidades de referência para aplicação de imunoglobulina humana na pós-exposição ao sarampo

CRS	STS	SERVIÇO	ENDEREÇO	Estoque estratégico
LESTE	Itaquera	UPA 26 De Agosto	Av. Miguel Ignácio Curi, 41 - Vila Carmosina, São Paulo - SP	-
	Cidade Tiradentes	UPA Cidade Tiradentes	Rua Igarapé da Diana, R. Cachoeira Camaleão, s/n - c - Conj. Hab. Inácio Monteiro, São Paulo - SP	-
	São Miguel	Hospital Municipal Tide Setubal	R. Dr. José Guilherme Eiras, 123	SIM
	São Miguel	UPA Jardim Helena	R. Kumaki Aoki, 785- Jardim Helena	-
SUDESTE	Penha	AMA 24h Jd Nordeste	Rua Nicoló Tartaglia, 45 - Artur Alvim, São Paulo - SP	-
	Mooca	UPA Moóca	Rua Dr. Fomm, 261 - Belenzinho, São Paulo - SP	-
	Ipiranga	UPA Ipiranga - Dr Augusto Gomes De Mattos	Rua Julio de, R. Júlio Felipe Guedes, 200 - Sacoma, São Paulo	SIM
	Sé/ Santa Cecília	AMA 24h Sé	Rua Frederico Alvarenga, 259 - Sé, São Paulo	-
NORTE	Santana/TUCURUVI	PS Municipal Dr. Lauro Ribas Braga	Rua Voluntários da Pátria, 943	SIM
	Pirituba	UPA City Jaraguá	Estrada das Taipas, 1650 - Jaraguá, São Paulo - SP	-
	Casa Verde/ Cachoeirinha	UPA Jardim Peri	R. Afonso Lopes Vieira, 35 - Vila Dionísia, São Paulo - SP	-
	Lapa/ Pinheiros	UPA Lapa	Av. Queiroz Filho, 313 - Alto de Pinheiros, São Paulo - SP	SIM
OESTE	Butantã	UPA Rio Pequeno	R. José Vicente da Cruz, 90 - Vila Antonio, São Paulo - SP	-
	Campo Limpo	AMA Capão Redondo	Av. Comendador Sant'Anna, 774 - Jardim Boa Esperança, São Paulo - SP	SIM
	Santo Amaro/ Cidade Adema	UPA Parque Doroteia	R. dos Aníquis, 3 - Jardim Santa Terezinha (Zona Sul), São Paulo - SP	-
	Santo Amaro/ Cidade Adema	UPA Santo Amaro - Dr José Sylvio De Camargo	R. Promotor Gabriel Nettuzzi Perez, 41 - Santo Amaro, São Paulo - SP	SIM
SUL	Parelheiros	UPA Parelheiros	Estr. Ecoturística de Parelheiros, 5252 - Jardim Casa Grande, São Paulo - SP	SIM

Observação: o estoque estratégico só poderá ser utilizado com anuência do PMI, seguindo o fluxo estabelecido.

REFERÊNCIAS

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Divisão de Imunização. *Medidas de prevenção e controle: atualização 2025 – Sarampo, Rubéola e Síndrome da Rubéola Congênita*. São Paulo: SES-SP, 2025.



USO DE IMUNOGLOBULINAS NA PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO AO SARAMPO

A - Informações sobre o indivíduo exposto (contato suscetível e/ou domiciliar):

Nome/nome social completo: _____

Nome da mãe: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: () Masc. () Femin. () Intersexo

Raça/Cor: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena

Endereço: _____

Telefone: DDD () _____ E-mail: _____

Situação de Risco:

- () Criança < de 6 meses
() Gestante sem evidência prévia de imunidade ao sarampo
() Indivíduo imunocomprometido grave
() Pessoa c/outros graus de imunocomprometido e sem evidência prévia imunidade ao sarampo

Situação vacinal:

- | | | |
|--|------------------------|-----------------------|
| () Tríplice viral (MMR ou SCR) | Número de doses: _____ | Data das doses: _____ |
| () Tetraviral (MMRV ou SCRv) | Número de doses: _____ | Data das doses: _____ |
| () Dupla viral (SR ou Vacina Sarampo e Rubéola) | Número de doses: _____ | Data das doses: _____ |
| () Sarampo monovalente | Número de doses: _____ | Data das doses: _____ |

Outras Comorbidades (Doenças prévias): _____

Peso em Kg: _____ Idade gestacional: _____

B - Informações sobre o caso suspeito de Sarampo:

Nome completo: _____

Número do SINAN: _____

Data do início dos sintomas: ____/____/____ Data do início do Exantema: ____/____/____

Data da primeira **exposição do contato suscetível** com o caso suspeito: ____/____/____

Relação do caso suspeito com o contato suscetível:

- () residem no mesmo domicílio
() estão na mesma sala da creche/escola/faculdade
() trabalham na mesma sala
() outros, explique: _____

Nome do serviço solicitante: _____

Nome do profissional solicitante: _____

Função: _____ Fone: _____ Data da solicitação: ____/____/____

E-mail: _____

Referência para administração: _____

Unidade Autorizadora: (PMI) _____

Indicação de Imunoglobulina Humana para o contato suscetível: Sim () Não (), explique: _____

Data da dispensação da Imunoglobulina: ____/____/____

Número de ampolas dispensadas para o contato suscetível: _____

Local para administração: _____