



De Olho na carteirinha

Uso de imunoglobulina humana na profilaxia
pós-exposição ao sarampo

Programa Municipal de Imunizações

Versão 2 – Março 2026



PREFEITURA DE
SÃO PAULO

I. Indicações

A Imunoglobulina Humana inespecífica é um hemoderivado obtido a partir do plasma humano, utilizado para imunomodulação 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.

Observação 1 - É 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.

Observação 2: 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 3: 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 4: 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.

III. Administração

- ✓ A imunoglobulina deve ser armazenada sob refrigeração de +2° à + 8°, protegido da luz. Não pode ser congelada.
- ✓ O produto deve estar em temperatura ambiente ou corporal **antes** de ser utilizado.
- ✓ A infusão da Imunoglobulina Humana IV deve ser realizada de forma progressiva e cautelosa, visando reduzir o risco de reações adversas.
- ✓ 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

- A Unidade de Vigilância em Saúde (Uvis) responsável pela identificação do contato deverá solicitar a imunoglobulina através do preenchimento do formulário de solicitação específico (modelo anexo), indicando a referência para aplicação.
- O formulário, depois de preenchido, deverá ser enviado por e-mail para o Padi de referência, com cópia para pmi.covisa@prefeitura.sp.gov.br, cadi@prefeitura.sp.gov.br e notifica@prefeitura.sp.gov.br.
- O Padi é responsável pela liberação da imunoglobulina ao serviço aplicador.
- A Uvis responsável pelo bloqueio deverá avisar o contato suscetível sobre a liberação, o local e horário da aplicação.
- Aos finais de semana e feriados, a avaliação, solicitação e encaminhamento é realizada pelo CIEVS municipal. Identificado paciente com indicação para recebimento de imunoglobulina, deve ser preenchida a ficha de solicitação e encaminhada aos e-mails pmi.covisa@prefeitura.sp.gov.br e cadi@prefeitura.sp.gov.br.

V. Locais para aplicação

A administração da imunoglobulina humana deve ser realizada em unidades do tipo AMA/UBS Integrada, devido à necessidade de monitoramento clínico contínuo.

O atendimento deve ocorrer até às 13h, garantindo tempo adequado para infusão e observação do paciente.

Após esse horário, o usuário deverá ser orientado a retornar no dia seguinte, desde que a unidade esteja em funcionamento. Nos casos em que a AMA/UBS Integrada estiver fechada, o encaminhamento deverá ser realizado no próximo dia útil.



Uso de Imunoglobulinas na profilaxia pós-exposição ao Sarampo

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

Nome completo: _____
Nome da mãe: _____
Data de nascimento: ____/____/____ Sexo F() M()
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 SCR) 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 da UVIS solicitante (responsável pelo bloqueio):

Nome do profissional solicitante: _____
Função: Fone: Data da solicitação: ____/____/____
E-mail: _____
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: _____



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**

REFERÊNCIAS

**Secretaria Municipal da Saúde - SMS
Coordenadoria de Vigilância em Saúde – COVISA
Divisão de Vigilância Epidemiológica- DVE
Programa Municipal de Imunizações – PMI**