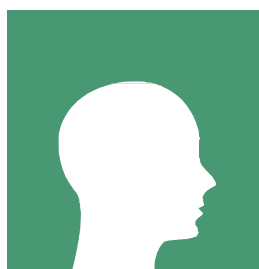
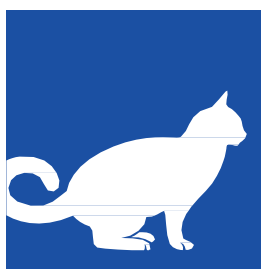


# RAIVA HUMANA

## Protocolo de atendimento em casos de acidentes com animais potencialmente transmissores de Raiva no município de São Paulo

### Protocolo de Esquema de Pré-Exposição

Atualizado em Setembro/2025





Prefeitura da Cidade de São Paulo  
Secretaria Municipal da Saúde  
Coordenadoria de Vigilância em Saúde

# ***RAIVA HUMANA***

## ***Protocolo de atendimento em casos de acidentes com animais potencialmente transmissores de Raiva no município de São Paulo***

### ***Protocolo de Esquema de Pré-Exposição***

SEABEVS

COVISA

DVE - Divisão de Vigilância em Saúde

Núcleo de Doenças Transmitidas por vetores e outras zoonoses - NDTVZ

Atualizado em

Setembro de 2025



## ÍNDICE

### Parte 1 – PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO

|                                                                                                                |         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 1.1.- Classificação de acidentes com animais potencialmente transmissores da raiva .....                       | pág. 9  |
| 1.2. - Condutas de pós-exposição para acidentes com animais potencialmente transmissores de raiva Humano ..... | pág. 11 |
| 1.3. - Esquema de Profilaxia no Atendimento Antirrábico Humano .....                                           | pág. 13 |
| 1.4. - Imunobiológicos utilizados, VIAS DE APLICAÇÃO, DOSE E INTERVALOS .....                                  | Pág. 15 |

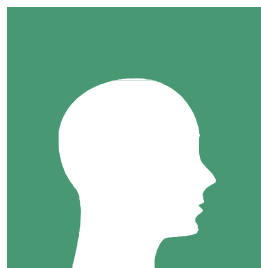
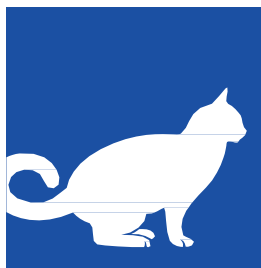
### Parte 2 – ATENDIMENTO A PRÉ-EXPOSIÇÃO

|                                                                      |         |
|----------------------------------------------------------------------|---------|
| Condutas para o atendimento à pré-exposição antirrábica humana ..... | pág. 24 |
| BIBLIOGRAFIA .....                                                   | pág. 26 |

### Parte 3 – ANEXOS

|                                                                                                                          |         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Anexo 1 - Ficha de notificação .....                                                                                     | pág. 31 |
| Anexo 2 - Esquema de Profilaxia Pós-exposição no Atendimento Antirrábico Humano .....                                    | pág. 33 |
| Anexo 3 - Fluxo Pós Exposição .....                                                                                      | pág. 35 |
| Anexo 4 - Termo de Comprometimento e Ciência do Tratamento Profilático Antirrábico Humano .....                          | pág. 37 |
| Anexo 5 - Termos de Compromisso de Observação de Cães e Gatos .....                                                      | pág. 38 |
| Anexo 6 - Termo de Recusa de Recebimento de soro Antirrábico Humano .....                                                | pág. 39 |
| Anexo 7 - Nota Técnica 01/2021/LabZoo - Orientações Gerais para Encaminhamento de Amostras para Sorologia de Raiva ..... | pág. 40 |
| Anexo 8 - Requisição - Avaliação de Anticorpos Antivírus da Raiva em Amostras de Soros Humanos .....                     | pág. 45 |
| Anexo 9 - Termo de Compromisso e Ciência do Tratamento Profilático Pré-exposição Antirrábico Humano .....                | pág. 46 |
| Anexo 10 - Unidades de referência profilaxia de pós-exposição da raiva .....                                             | pág. 47 |
| Anexo 11 - Unidades de referência profilaxia de pré-exposição da raiva .....                                             | pág. 48 |





# Parte 1

Profilaxia

Pós-Exposição



### 1.1. Classificação de acidentes com animais potencialmente transmissores da raiva

A raiva é uma zoonose transmitida ao homem pela inoculação do vírus rábico contido na saliva do animal infectado, principalmente por meio de mordeduras, arranhaduras ou lambeduras. Somente mamíferos são acometidos e transmitem o vírus da raiva. No Brasil, o morcego é o principal responsável pela manutenção da cadeia silvestre.

As condutas de pós-exposição são estabelecidas de acordo com as características do contato/ferimento e do animal envolvido.

#### 1. Características da lesão

Com relação às características da lesão, elas são classificadas como leves ou graves, de acordo com a avaliação do local, profundidade, extensão e número de lesões.

##### LESÕES LEVES

**Indicação de vacina, exceto em acidentes por cães e gatos observáveis**

- LOCAL: em **tronco e membros** (exceto mãos, polpas digitais e planta dos pés);
- PROFUNDIDADE: **ferimentos superficiais**, sem sangramento;
- EXTENSÃO: **pouco extensos, geralmente únicos**;
- Podem acontecer em decorrência de mordeduras ou arranhaduras causadas por unha ou dente ou **lambadura de pele com lesões superficiais**.

##### LESÕES GRAVES

**Indicação de sorovacina, exceto em acidentes por cães e gatos observáveis**

- LOCAL: **próximas ao sistema nervoso central** (cabeça, face ou pescoço); em locais muito inervados (mãos, polpas digitais e planta dos pés) – facilitam a exposição do sistema nervoso ao vírus; lambadura de mucosas – mucosas são permeáveis ao vírus, mesmo quando intactas, e as lambeduras geralmente abrangem áreas mais extensas;
- PROFUNDIDADE: **profundos** – com sangramento, ou seja, ultrapassam a derme; ferimentos **puntiformes**, ainda que algumas vezes não apresentem sangramento;
- EXTENSÃO: **múltiplos ou extensos**, em qualquer região do corpo;
- **Lambadura de pele onde já existe lesão grave**. A lambadura da pele íntegra não oferece risco.

**ATENÇÃO:** o **contato indireto**, como a manipulação de utensílios potencialmente contaminados, a lambedura da pele íntegra e acidentes com agulhas durante aplicação de vacina animal não são considerados acidentes de risco e não exigem esquema profilático.

## 2. Animal envolvido no acidente

- **CÃES E GATOS:** observação do animal por 10 dias, se o animal estiver sadio no momento do acidente. Apenas cães e gatos são passíveis de observação;
- **ANIMAIS SILVESTRES:** são animais de alto risco para a transmissão do vírus da raiva, independentemente da espécie e da gravidade do ferimento. **Os acidentes com esses animais são sempre considerados como graves e tem indicação de sorovacina.**
  - **Morcegos** de qualquer espécie, **micos** (“sagui” ou “soim”, como são mais conhecido em algumas regiões), **macacos, raposas, guaxinins, quatis, gambás, roedores silvestres** – mesmo que domiciliados e/ou domesticados, haja visto que, nesses animais, a raiva não é bem conhecida.
- **ANIMAIS DOMÉSTICOS DE INTERESSE ECONÔMICO OU DE PRODUÇÃO:** bovinos, bubalinos, equídeos, caprinos, ovinos, suínos e outros também são animais de risco e devem ser avaliados em relação às características da lesão (se é leve ou grave).
- **ROEDORES E LAGOMORFOS (urbanos ou de criação):** não são transmissores de raiva, portanto, não é necessário indicar esquema profilático da raiva em caso de acidentes causados por esses animais:
  - a) ratazana de esgoto (*Rattus norvegicus*);
  - b) rato de telhado (*Rattus rattus*);
  - c) camundongo (*Mus musculus*);
  - d) cobaia ou porquinho-da-índia (*Cavia porcellus*);
  - e) hamster (*Mesocricetus auratus*);
  - f) coelho (*Oryctolagus cuniculus*).

## 1.2. Condutas de pós-exposição para acidentes com animais potencialmente transmissores de raiva

Frente a um caso de acidente com animal potencialmente transmissor da raiva, deve-se:

### 1. Ter os cuidados com os ferimentos

**LAVAR IMEDIATAMENTE O FERIMENTO com água corrente, sabão ou outro detergente, por pelo menos 15 minutos.** A seguir, utilizar antissépticos que inativem o vírus da raiva (polivinilpirrolidona-iodo, por exemplo, povidine ou digluconato de clorexidina ou álcool-iodado). Essas substâncias deverão ser utilizadas uma única vez, na primeira consulta. Posteriormente, lavar a região com solução fisiológica. **Essas medidas são especialmente importantes para indivíduos imunocomprometidos.**

Em casos de contaminação da mucosa com saliva, outras secreções ou tecidos internos de animal suspeito de ter raiva, seguir o esquema profilático indicado para lambedura da mucosa. A mucosa ocular deve ser lavada com solução fisiológica ou água corrente.

**Em geral, não é recomendada a sutura dos ferimentos**, mas quando for absolutamente necessário, deve-se aproximar as bordas com pontos isolados e, caso seja indicado o soro antirrábico, este deverá ser infiltrado de 30 a 60 minutos antes da sutura.

Antibióticos poderão ser utilizados de acordo com a avaliação médica;

### 2. Avaliar a **imunização antitetânica** e aplicá-la quando indicado;

**3. Avaliar o risco de transmissão** do vírus da raiva e conduta a ser seguida, conforme orientações anteriores.

## Bases Gerais da Profilaxia da Raiva Humana

### 1. A profilaxia contra a raiva deve ser iniciada o **mais precocemente possível**;

2. Sempre que houver indicação, tratar o paciente em qualquer momento, **independentemente do tempo transcorrido** entre a exposição e o acesso à unidade de saúde. Habitualmente, indica-se para acidentes ocorridos até 1 ano antes;

3. O **histórico vacinal do animal agressor não** é suficiente para a dispensa da indicação do esquema profilático da raiva humana;

4. **Não** se indica o uso de **soro antirrábico** para os pacientes considerados imunizados por **esquema profilático anterior, exceto nos casos de pacientes imunodeprimidos** ou em caso de dúvidas sobre o tratamento anterior;

5. Pacientes **imunodeprimidos**: usar obrigatoriamente o esquema de **sorovacinação**, independentemente do tipo de acidente e mesmo se tiver histórico de esquema profilático anterior;

6. Aplicar a dose de **soro recomendada até o 7º dia após a aplicação da 1ª dose da vacina de cultivo celular**;

7. **Buscar os faltosos** – é importante que o paciente realize o esquema de pós exposição no tempo recomendado.

## ESQUEMA DE PROFILAXIA NO ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO HUMANO

A INDICAÇÃO DO TRATAMENTO ANTIRRÁBICO SOMENTE DEVE SER REALIZADO POR PROFISSIONAL MÉDICO

| ESPÉCIE                                                                                                                                                           | CONDIÇÃO DO ANIMAL AGRESSOR                                 | TRATAMENTO INDICADO                             | RESULTADO DA OBSERVAÇÃO                               | DVZ - RESULTADO LABORATORIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | CONDUTA PROFILÁTICA HUMANA                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CÃES E GATOS</b><br>                                                          | LAVAR COM ÁGUA E SABÃO, ORIENTAÇÃO, MEDICAÇÃO, ANTITETÂNICA |                                                 |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                         |
|                                                                                                                                                                   | OBSERVÁVEIS SÁDIOS                                          | ACIDENTES LEVES E GRAVES                        | OBSERVAÇÃO DO ANIMAL POR 10 DIAS                      | VIVO SADIO*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ACOMPANHAR O ANIMAL POR 10 DIAS                                                         |
|                                                                                                                                                                   |                                                             |                                                 |                                                       | * OBSERVAÇÕES:<br>1 - Acidente com cães e gatos que teve, contato sabido com morcego nas 48 hs anteriores ao acidente ACID. LEVES: VACINAÇÃO (4 doses) e ACID. GRAVES: SOROVACINAÇÃO (4 doses)<br>2 - Cães e gatos observáveis com sinais <b>sugestivos de raiva (descartar agressões comportamentais)</b> – Iniciar esquema: <b>ACID. LEVES: VACINAÇÃO (4 doses) e ACID. GRAVES: SOROVACINAÇÃO (4 doses).</b> Suspender se o animal permanecer vivo após 10 dias. |                                                                                         |
|                                                                                                                                                                   | NÃO OBSERVÁVEIS                                             | ACIDENTES LEVES (1)                             | VACINAÇÃO (4 DOSES) (4)                               | DESAPARECIDO (3)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ACID. LEVES: VACINAÇÃO (4 DOSES)<br>ACID. GRAVES: (SORO + 4 DOSES DE VACINA)            |
|                                                                                                                                                                   |                                                             |                                                 |                                                       | MORTO DURANTE O PERÍODO DE OBSERVAÇÃO (3)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ACID. LEVES: VACINAÇÃO (4 DOSES)                                                        |
|                                                                                                                                                                   |                                                             | ACIDENTES GRAVES (2)                            | SEMPRE (SORO + 4 DOSES DE VACINA)                     | ENCAMINHAR ANIMAL PARA O DVZ (RESULTADO EM ATÉ 48 HORAS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | POSITIVO                                                                                |
|                                                                                                                                                                   |                                                             |                                                 |                                                       | ENCAMINHAR ANIMAL PARA O DVZ (RESULTADO EM ATÉ 48 HORAS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | NEGATIVO                                                                                |
|                                                                                                                                                                   |                                                             |                                                 |                                                       | POSITIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | INTERROMPER O ESQUEMA PROFILÁTICO, SE INICIADO, QUANDO RESULTADO FOR NEGATIVO           |
| ESPÉCIE                                                                                                                                                           | TIPO DE ACIDENTE                                            | TRATAMENTO INDICADO                             | CONDUTA EM RELAÇÃO AO ANIMAL                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CONDUTA PROFILÁTICA HUMANA                                                              |
| <b>MORCEGOS (5)</b><br>Todas as espécies<br>                                   | ADENTRAMENTOS DE MORCEGOS                                   | SEMPRE SOROVACINAÇÃO (SORO + 4 DOSES DE VACINA) | LIGAR PARA 156 PARA A DVZ REALIZAR A REMOÇÃO          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | POSITIVO: ACID. GRAVES: (SORO + 4 DOSES DE VACINA)                                      |
| <b>PRIMATAS (SAGUIS E MACACOS)</b><br>                                         | PRIMATAS E OUTROS SILVESTRES E EXÓTICOS                     |                                                 |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | NEGATIVO: INTERROMPER O ESQUEMA PROFILÁTICO, SE INICIADO, QUANDO RESULTADO FOR NEGATIVO |
| <b>OUTROS SILVESTRES E EXÓTICOS (8) (EXCETO MORCEGO)</b><br>                   | MORDEDURAS E ARRANHADURAS OU LAMBEDURAS                     |                                                 |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                         |
|                                                                                                                                                                   | OBS.: DOMICILIADOS OU DOMESTICADOS                          |                                                 |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                         |
| <b>HERBÍVOROS (EQUINOS, BOVINOS, OVINOS, ETC.)</b><br>                         | MORDEDURA/LAMBEDURA ARRANHADURA                             | ACIDENTES LEVES                                 | VACINAÇÃO (4 DOSES)                                   | EM CASO DE ÓBITO NOTIFICAR IMEDIATAMENTE A DVZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | POSITIVO: ACID. LEVES: VACINAÇÃO (4 DOSES)<br>ACID. GRAVES: (SORO + 4 DOSES DE VACINA)  |
|                                                                                                                                                                   |                                                             | ACIDENTES GRAVES                                | SEMPRE (SORO + 4 DOSES DE VACINA)                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | NEGATIVO: INTERROMPER O ESQUEMA PROFILÁTICO, SE INICIADO, QUANDO RESULTADO FOR NEGATIVO |
| <b>ROEDORES (CAMUNDONGOS, COELHOS, HAMSTERS E OUTROS ROEDORES URBANOS)</b><br> | MORDEDURA/LAMBEDURA ARRANHADURA                             |                                                 | NÃO HÁ INDICAÇÃO DE TRATAMENTO PROFILÁTICO PARA RAIVA |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                         |

## Esquema de Profilaxia no Atendimento Antirrábico Humano

**1. Acidentes leves:** Ferimentos superficiais, pouco extensos, geralmente únicos, em tronco e membros (exceto mãos e polpas digitais e planta dos pés); podem ocorrer em decorrência de mordeduras ou arranhaduras causadas por unha e dentes. Lameduras de pele com lesões leves.

**2. Acidentes graves:** Ferimentos na cabeça, face, pescoço, mão, polpa digital e/ou planta do pé. Ferimentos profundos, dilacerantes, múltiplos ou extensos, em qualquer região do corpo. Lameduras e mucosas e pele onde já existe lesão grave. Ferimentos profundos causados por unha de animal ou dentes mesmo que puntiformes.

**3. Iniciar tratamento,** indicado de acordo com a classificação da lesão, caso o cão ou gato apresente alterações neurológicas, principalmente se tiver tido contato com morcego. Caso descartado raiva (cão ou gato observado por 10 dias ou qualquer animal com exame de raiva negativo), suspender o tratamento.

**4. Cães e gatos,** que vêm a óbito durante o período de observação, deverão ser encaminhados para o diagnóstico de raiva (DVZ). Deve-se entrar em contato com o plantão do DVZ (11) 2974-7905/7813/7868/7921. O paciente deve ser encaminhado à Unidade de Referência para iniciar o tratamento indicado. Caso o resultado laboratorial do animal seja negativo, está indicado a suspensão do tratamento.

**5. Nas agressões por morcegos,** primatas, outros silvestres e exóticos: primatas (saguís ou soim e macacos), raposa, guaxinim, quati, gambá, etc., mesmo domiciliados e/ou domesticados. Roedores silvestres (Ex: Capivaras}, deve-se indicar o esquema completo de sorovacinação, independente da gravidade da lesão ou indicar conduta de reexposição quando for o caso. Em caso de morte do animal envolvido no acidente, ligar para 156.

**6. Adentramento:** é definido como a entrada de morcegos no interior de edificações. Nessas situações é preciso avaliar a situação de exposição do paciente. Lembrando que a transmissão de raiva por morcego é sempre classificada como grave, independente da espécie e da gravidade do ferimento. (MS, 2011).

**7. Morcegos** encontrados caídos ou mortos, ligar imediatamente para o telefone 156 para que o DVZ - DIVISÃO DE VIGILÂNCIA DE ZOONOSES do MSP, realize a remoção e o diagnóstico de raiva.

**Atendimento Antirrábico Humano**  
CIEVS - (11) 5465-9420  
NDTVZ - (11) 5465-9456

**Dúvidas em relação aos animais:**  
DVZ - DIVISÃO DE VIGILÂNCIA  
DE ZOONOSES do MSP, pelo telefone:  
(11) 2974-  
7905/7813/7868/7921

## OS IMUNOBIOLOGICOS UTILIZADOS SÃO:

### 1 – Vacina Antirrábica (VAR); 2 – Soro Antirrábico.

- Soro heterólogo (SAR);
- Soro homólogo (IGHAR).

## I. VACINA ANTIRRÁBICA HUMANA

Atualmente, é utilizada a vacina de cultivo celular, com excelente resposta, segura e reações adversas moderadas ou graves são raras. Não há registro de eventos adversos neurológicos. É uma vacina inativada e apresentada sob a forma liofilizada, acompanhada de diluente, em ampolas contendo dose única de 1,0 ml, conforme o laboratório produtor.

Após a abertura do frasco, a vacina deve ser utilizada no máximo em até 6 horas e ser conservada sob refrigeração entre 2°C e 8°C até o momento de sua aplicação. **NUNCA DEVE SER APLICADA NO GLÚTEO**, por risco de falha no tratamento (baixa resposta).

Desde 2016, o Ministério da Saúde e o Instituto Pasteur preconizam para a profilaxia de pós-exposição, a utilização do **esquema de 4 doses da vacina antirrábica humana VARH (Vero)**, podendo ser aplicada por via **intramuscular ou intradérmica**.

## 1. VIAS DE APLICAÇÃO, DOSE E INTERVALOS

### 1.1. APLICAÇÃO VIA INTRAMUSCULAR

Aplicar uma dose **0,5 ou 1,0 ml, de acordo com o laboratório produtor**, pela via **intramuscular nos dias 0, 3, 7 e 14**. A aplicação deve ser profunda, no **vasto lateral da coxa em crianças menores de 2 anos de idade**, ou na **região deltoide**, acima dessa faixa etária.

### 1.2. APLICAÇÃO VIA INTRADÉRMICA

A dose é de 0,2 ml, devendo ser **dividida em 2 doses de 0,1 ml da vacina e ser aplicada via intradérmica, em 2 sítios diferentes, nos dias 0, 3, 7 e 14**. Dever ser aplicada **no antebraço**, na inserção inferior do músculo deltoide. Recomenda-se que o local da

introdução da agulha na derme seja alternado nas doses subsequentes, utilizando-se áreas ao redor do local da administração anterior.

A via intradérmica **não está indicada para pacientes imunodeprimidos ou que estejam utilizando o medicamento cloroquina**, por não proporcionar resposta imune adequada, devendo, nestes casos, sempre ser utilizada a via intramuscular.

Para certificar-se que a vacina por via intradérmica foi aplicada corretamente, observar a formação da pápula na pele, cujos poros deverão estar visíveis nos dois sítios de administração.

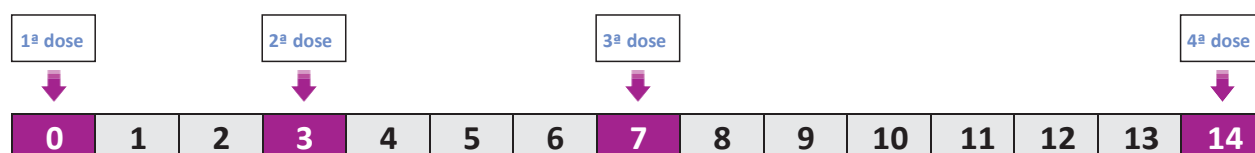
Se, eventualmente, a vacina for aplicada erroneamente por via subcutânea ou intramuscular, recomenda-se repetir a dose de 0,1 ml no sítio que não apresentou a pápula para garantir que a aplicação seja feita por via intradérmica.

Para a utilização da via intradérmica, há necessidade de profissionais capacitados nesta técnica. Caso contrário, deve-se utilizar a via intramuscular, como descrito no item 1.1.

A via da aplicação da vacina pode ser alterada durante o esquema.

### 1.3. INTERVALOS DE APLICAÇÃO

Dias: 0, 3, 7 e 14



Após a abertura do frasco, seu conteúdo deve ser utilizado no **máximo em até 6 horas e conservado em temperatura entre 2°C e 8°C**.

**Observação:** A vacina não tem contraindicação (gravidez, em lactação, doença intercorrente, imunodeprimidos ou outros tratamentos), devido à gravidade da doença, que apresenta letalidade de aproximadamente 100%. Sempre que possível, recomenda-se a interrupção do tratamento com corticoides e/ou imunossupressores ao ser indicado o esquema de vacinação. Não sendo possível, tratar a pessoa como imunodeprimida.

## 2. CONDUTAS EM RELAÇÃO A PACIENTES FALTOSOS

Nos casos dos pacientes faltosos, **não é necessário reiniciar a profilaxia de pós-exposição**. Nesses casos, aplicar o imunobiológico prescrito **no dia que o paciente comparecer à unidade** e continuar o esquema **mantendo os intervalos das doses seguintes** de acordo com o esquema originalmente proposto.

| Doses | Data preconizada | Falta na | APLICAR               |                         |                       |
|-------|------------------|----------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|
|       |                  |          | 2ª dose               | 3ª dose                 | 4ª dose               |
| 1     | Dia 0            |          |                       |                         |                       |
| 2     | Dia 3            | 2ª dose  | no dia que comparecer | intervalo mínimo 4 dias | 7 dias após a 3ª dose |
| 3     | Dia 7            | 3ª dose  |                       | no dia que comparecer   |                       |
| 4     | Dia 14           | 4ª dose  |                       |                         | no dia que comparecer |

As doses de vacinas agendadas, **no caso de não comparecimento, deverão sempre ser aplicadas em datas posteriores, nunca adiantadas**.

**NOTA:** No caso de **pessoas com esquema de pré-exposição** e que tem acidente com animal potencialmente transmissor do vírus da raiva, devem ser realizadas doses de reforço nos dias 0 e 3, visando estimular a memória imunológica. **Não há indicação de aplicação de soro antirrábico.**

## 3. SORO ANTIRRÁBICO (SAR) E IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTIRRÁBICA (IGHAR)

A aplicação de SAR ou IGHAR está indicada para **todos os acidentes graves**, em pacientes que não possuem tratamento anterior ou esquema de pré-exposição. **Deve ser aplicado no 1º atendimento**, em conjunto com a 1ª dose de vacina. Quando isto não for possível, aplicar **no máximo até o 7º dia após a 1ª dose de vacina**. Após esse prazo, não deve ser administrado porque o paciente já apresenta resposta à vacina e pode haver interferência entre a imunização ativa e passiva.

### 3.1. SORO ANTIRRÁBICO HETERÓLOGO (SAR)

É uma solução concentrada e purificada de anticorpos, preparada em equídeos imunizados contra o vírus da raiva.

A apresentação é em forma líquida, geralmente em ampolas com 5 ml (1.000 UI). O

soro deve ser conservado entre 2º e 8°C, sendo ideal a temperatura de 5°C. Não pode ser congelado, pois o congelamento provoca a perda de potência, forma agregados e aumenta o risco de reações.

O volume total do soro antirrábico (ou o máximo possível) deve ser **infiltrado no local do ferimento** – e o volume restante, se houver, pode ser aplicado por via IM, podendo ser usada a região glútea. **A infiltração no local do ferimento é importante para a neutralização e diminuição da replicação viral.** Em casos de ferimentos extensos ou múltiplos, diluir o soro antirrábico com soro fisiológico, na proporção mínima necessária, para permitir a infiltração de toda área lesionada.

A dose para o soro é de **40 UI/kg de peso, dose única, independente do peso. Não há dose máxima.** No caso de um paciente de 100 kg, por exemplo, seria utilizada a dose de 4000 UI de SAR.

**Antes da administração do soro heterólogo, deve-se realizar interrogatório sobre os antecedentes do paciente**, avaliando: ocorrência e gravidade de quadros anteriores de hipersensibilidade; uso prévio de imunoglobulinas de origem equínea e existência de contato profissional (veterinários) ou por lazer intenso com cavalos. Em caso de resposta afirmativa a um dos itens citados, classificar o paciente como de risco e considerar a possibilidade de substituição do soro heterólogo pelo soro homólogo (imunoglobulina humana hiperimune antirrábica), se disponível. Caso não haja disponibilidade do soro homólogo, aconselha-se a utilização de pré-medicação antes da aplicação do soro heterólogo, conforme orientações da “Normas Técnicas de Profilaxia da Raiva Humana – Ministério da Saúde – 2011”. <https://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/19/Normas-tecnicas-profilaxia-raiva.pdf>

Apesar de seguro, o SAR deve ser aplicado em locais com infraestrutura para atendimento de choque anafilático. **Após a aplicação do soro, deixar o paciente em observação por pelo menos 2 horas** (período da ocorrência de reações anafiláticas graves).

As reações mais comuns são benignas, fáceis de tratar e apresentam boa evolução. A possibilidade de ocorrência dessas **reações NÃO contraindica a sua prescrição**. Mais informações estão disponíveis no “Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação (2014)”.

[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_vigilancia\\_epidemiologica\\_eventos\\_adversos\\_pos\\_vacinacao.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_epidemiologica_eventos_adversos_pos_vacinacao.pdf)

O SAR não deve ser utilizado caso o paciente já tenha feito seu uso ou recebeu esquema antirrábico anteriormente.

### Orientações para Infiltração do Soro Antirrábico Humano

O tamanho da agulha é a 30 X 7 cm, salvo em dedos dos pés e das mãos, onde podemos utilizar a agulha 13 X 4,5 cm. A aplicação do soro é intradérmica e deve ser realizada na borda e dentro da lesão, de maneira a cobrir toda lesão. Com relação a distanciamento, não existe regra muito clara: pode ser 2 mm em lesões pequenas e até 1 cm em lesões maiores (o importante é que toda lesão seja contemplada). No caso de lesões múltiplas, deve-se diluir com soro fisiológico para que todas possam ser infiltradas (a quantidade de soro depende da quantidade de lesões) e o volume maior é destinado à lesão maior.

### 3.2. IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTIRRÁBICA (IGHAR)

É uma solução concentrada e purificada de anticorpos, preparada a partir de hemoderivados de indivíduos imunizados com antígeno rábico. É mais segura que o soro antirrábico, mas a produção é limitada e de alto custo.

A apresentação pode ser em forma liofilizada ou líquida, geralmente em frasco-ampola ou ampola com 150 UI (1 ml), 300 UI (2 ml) e 1.500 UI (10 ml), ou seja, na concentração de 150 UI/ml, conforme o laboratório produtor. Quando a IGHAR for apresentada na forma liofilizada, o diluente deve estar na mesma temperatura da vacina, sendo necessário colocá-lo no refrigerador por, pelo menos, 6 horas antes da reconstituição. As orientações para a reconstituição estão no Manual de Procedimentos para Vacinação (2014) – [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_procedimentos\\_vacinacao.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf) e são fundamentais para prevenir reações locais. Deve ser mantida entre 2º e 8ºC, sendo ideal a temperatura de 5ºC, não podendo ser congelada.

É indicada para pacientes com ocorrência de quadros anteriores de hipersensibilidade, uso prévio de imunoglobulinas de origem equídea, e existência de contatos frequentes com equídeos – por exemplo, nos casos de contato profissional (médicos-veterinários) ou por lazer.

**A dose preconizada é de 20 UI/kg, e sua totalidade ou a maior quantidade possível deve ser infiltrada nas lesões.** O restante, quando houver, pode ser aplicado IM, podendo ser usada a região glútea.

**Doses Máximas Preconizadas por via de aplicação IM, por músculo e faixa etária:**

| Idade        | Deltoide | Ventro-glúteo   | Dorso-glúteo    | Vasto-lateral   |
|--------------|----------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Prematuros   |          |                 |                 | 0,5 ml          |
| Neonatos     |          |                 |                 | 0,5 ml          |
| Lactentes    |          |                 |                 | 1,0 ml          |
| 3 a 6 anos   |          | 1,5 ml          | 1,0 ml          | 1,5 ml          |
| 6 a 14 anos  | 0,5 ml   | 1,5 ml a 2,0 ml | 1,5 ml a 2,0 ml | 1,5 ml          |
| Adolescentes | 1,0 ml   | 2,0 ml a 2,5 ml | 2,0 ml a 2,5 ml | 1,5 ml a 2,0 ml |
| Adultos      | 1,0 ml   | 4,0 ml          | 4,0 ml          | 4,0 ml          |

**NOTAS:** Em situações de escassez de imunobiológicos, o Ministério da Saúde indica, para os casos de acidente com cão, apenas a infiltração do soro heterólogo (SAR) ou soro homólogo (IGHAR), no local da lesão e não aplicar o excedente pela via IM.

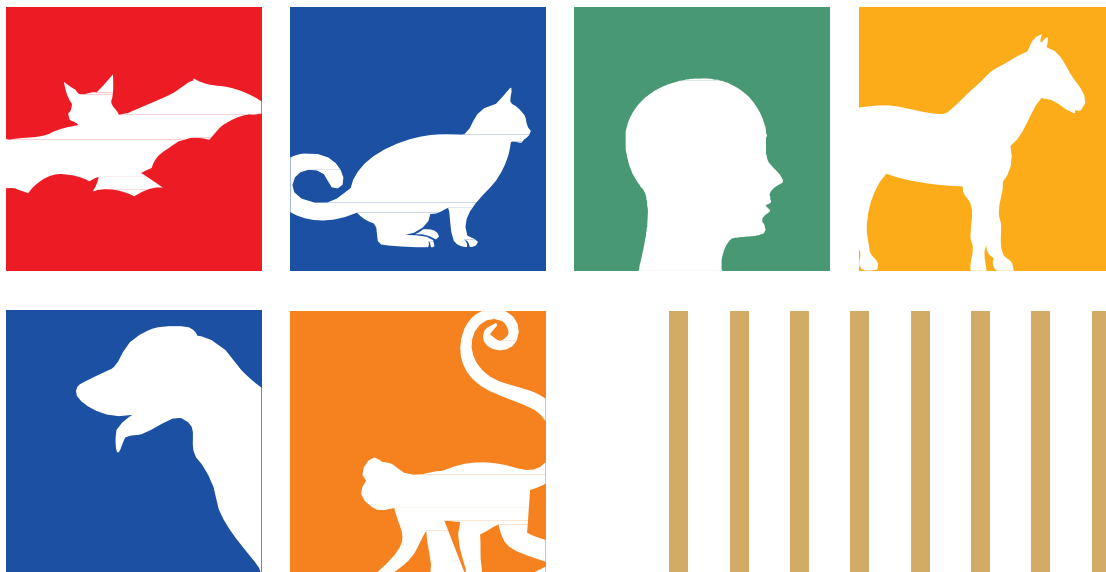
**CONDUTA EM CASO DE POSSÍVEL REEXPOSIÇÃO AO VÍRUS DA RAIVA**

Pessoas com reexposição ao vírus da raiva, que já tenham recebido profilaxia de pós-exposição anteriormente, devem seguir as seguintes orientações:

- Se recebeu esquema **completo até 90 dias antes: não** realizar esquema profilático;
- Se recebeu esquema completo **há mais de 90 dias:** aplicar **duas doses, uma no dia 0 e outra no dia 3;**
- Se recebeu esquema **incompleto até 90 dias antes: completar o número dedoses;**
- Se recebeu esquema **incompleto há mais de 90 dias somente 1 dose:** realizar **esquema depós-exposição** de acordo com o indicado para o caso.

Em caso de reexposição em paciente com esquema anterior completo comprovado, não é necessário administrar SAR ou IGHAR, exceto em pacientes imunodeprimidos (devem receber, sistematicamente, soro e vacina). Para esses casos, recomenda-se que, ao final do esquema, seja realizada a avaliação sorológica após o 14º dia da aplicação da última dose.

Todo caso de atendimento de acidente com animal potencialmente transmissor de raiva **DEVE SER NOTIFICADO IMEDIATAMENTE À UVIS**, por meio da Ficha de Investigação de Atendimento Antirrábico do Sinan (Anexo 1). Consulte o site para saber como notificar: [RAIVA HUMANA | Secretaria Municipal da Saúde | Prefeitura da Cidade de São Paulo](#)



# Parte 2

Condutas de  
Pré-Exposição



## INTRODUÇÃO

A profilaxia pré-exposição deve ser indicada **para pessoas com risco de exposição permanente ao vírus da raiva**, como, por exemplo, durante atividades ocupacionais exercidas por profissionais como:

- médicos-veterinários;
- biólogos e espeleólogos;
- auxiliares e demais funcionários de laboratório de virologia e anatomopatologia para raiva;
- estudantes de Medicina Veterinária, Biologia e Agrotécnica;
- pessoas que atuam no campo na captura, vacinação, identificação, manutenção, classificação e pesquisas de mamíferos passíveis de portarem o vírus, bem como funcionários de zoológicos;
- profissionais que atuam em consultórios, clínicas e hospitais veterinários que atendem animais silvestres.

Pessoas com **risco de exposição ocasional ao vírus**, como guias e/ou turistas que viajam para áreas de raiva não controlada, devem ser avaliadas, podendo receber a profilaxia pré-exposição, dependendo do risco a que estarão expostos durante a viagem e após avaliação médica individual.

A profilaxia pré-exposição apresenta as seguintes vantagens:

- protege contra a exposição inaparente;
- simplifica a terapia pós-exposição, eliminando a necessidade de imunização passiva, e diminui o número de doses da vacina;
- desencadeia resposta imune secundária mais rápida (booster), quando iniciada após exposição.

## I. ESQUEMA DE PRÉ-EXPOSIÇÃO

### 1. VIAS DE APLICAÇÃO, DOSE E INTERVALOS

A vacina deve ser armazenada em condições adequadas e, após a reconstituição, ela deve **ser mantida em temperaturas entre 2°C e 8°C e deve ser desprezada em, no máximo, 6 horas**. Para otimizar o uso do imunobiológico, recomenda-se **agendar um grupo de pessoas para um horário e local predeterminado**.

### 1.1. APLICAÇÃO VIA INTRADÉRMICA – deve-se utilizar esta via preferencialmente para esquema de pré-exposição.

Aplicar uma dose de **0,2 ml, por via intradérmica nos dias 0 – 7**. A aplicação deve ser dividida em duas aplicações de **0,1 ml**, em sítios diferentes, **no antebraço ou na inserção do músculo deltoide em pessoas acima de 2 anos**, utilizando-se seringas de 1 ml e agulhas hipodérmicas curtas.

Essa via **não** está indicada para **pacientes imunodeprimidos** ou pessoas em tratamento com drogas que diminuem a resposta imunológica.

### 1.2. APLICAÇÃO VIA INTRAMUSCULAR

Aplicar a dose de **0,5 ou 1,0 ml, de acordo com o laboratório produtor intramuscular profunda**. A aplicação deve ser feita no **músculo deltoide ou vasto lateral da coxa**. **Não aplicar no glúteo**.

### 1.3. INTERVALOS DE APLICAÇÃO



## 2. CONTROLE SOROLÓGICO E TITULAÇÃO DE ANTICORPOS

### 2.1. CONTROLE SOROLÓGICO PRÉ-EXPOSIÇÃO

A partir do **14º dia** da aplicação da última dose do esquema, é recomendada a coleta de **amostra de sangue (5 ml)** em tubo seco (sem anticoagulante), que deve ser enviado, preferencialmente, no mesmo dia para o laboratório de referência para o diagnóstico de raiva no Município de São Paulo (Laboratório de Zoonoses e Doenças Transmitidas por Vetores (LabZoo) – Divisão de Vigilância de Zoonoses de São Paulo (DVZ) – Rua Santa Eulália, 86 – Santana – SP – CEP: 02031-020).

Todas as amostras devem ser encaminhadas para o laboratório e **devidamente identificadas (anexo 7 - pág. 40)**. **O soro pode ser conservado a 4°C (em geladeira) por, no máximo, cinco dias; após esse período, o soro deve ser congelado a -20°C.**

## 2.2. TITULAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS SOROLÓGICOS

São considerados satisfatórios os **títulos de anticorpos maiores ou iguais 0,5 UI/ml**. É exigência indispensável para a correta avaliação da pessoa vacinada.

| INTERPRETAÇÃO  | < 0,5 UI/ml | ≥ 0,5 UI/ml |
|----------------|-------------|-------------|
| SATISFATÓRIO   |             | X           |
| INSATISFATÓRIO | X           |             |

Em caso de **título insatisfatório, isto é, <0,5 UI/ml**, deve-se aplicar uma dose completa de reforço, pela via intramuscular, **e avaliar novamente a partir do 14º dia após a aplicação**. Caso não ocorra viragem sorológica de proteção, mesmo após um reforço, consultar o NDTVZ/DVE/COVISA.

O controle sorológico deve ser repetido com periodicidade de acordo com o risco a que está exposto o profissional. Os que trabalham em situação de alto risco, como os que atuam em laboratórios de raiva e na captura de morcegos, devem realizar a titulação a cada 6 meses.

## 2.3. CONDUTA EM CASOS DE EXPOSIÇÃO ao vírus da Raiva em pacientes que RECEBERAM o ESQUEMA DE PRÉ-EXPOSIÇÃO

Os pacientes que **receberam o esquema de pré-exposição anteriormente** e que, acidentalmente, **se expuseram ao risco de infecção pelo vírus da raiva e tenham a indicação de esquema profilático de pós-exposição** **devem receber doses de reforço nos dias 0 e 3** para estimular a resposta imunológica. **Não indicar soro.**

Devem ser avaliados, individualmente, os pacientes que receberam muitas doses de vacina, como os que receberam o esquema completo de pós-vacinação e vários esquemas de reexposição. O risco de reações adversas às vacinas aumenta com o número de doses aplicadas. Nesses casos, se possível, deve-se solicitar a avaliação sorológica do paciente. Se o título de anticorpos neutralizantes (AcN) for  $\geq 0,5$  UI/mL, não é necessário indicar profilaxia da raiva humana ou, caso tenha sido iniciada, pode ser suspensa.

## BIBLIOGRAFIA:

- 1 - Normas técnicas de profilaxia da raiva humana Ministério da Saúde, Secretária de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011 (revisão 2014).  
<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/19/Normas-tecnicas-profilaxia-raiva.pdf>
- 2 - Nota Informativa nº 26-SEI/2017-CGPNI/DEVIT/SVS/MS  
[https://vet.ufmg.br/ARQUIVOS/FCK/file/SEI\\_MS%20-%200075874%20-%20Nota%20Informativa.pdf](https://vet.ufmg.br/ARQUIVOS/FCK/file/SEI_MS%20-%200075874%20-%20Nota%20Informativa.pdf)
- 3 - Recomendações quanto ao uso da vacina antirrábica humana – VARH (Vero) – Coordenação Programa Nacional de Imunizações (CGPNI) e a Coordenação Geral de Doenças Transmissíveis (CGDT) <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/30/UVZ---Conjunta-com-PNI---VARH-ate-a-normaliza-o-do-fornecimento.pdf>
- 4 - Esclarecimentos sobre o uso do soro e/ou imunoglobulina humana – Coordenação Programa Nacional de Imunizações (CGPNI) e a Coordenação Geral de Doenças Transmissíveis (CGDT).  
<https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/controle-de-vetores-inseticidas-e-larvicidas/controle-de-vetores/961-saude-de-a-a-z/raiva/16115-esclarecimentos-sobre-o-uso-do-soro-e-ou-imunoglobulina-antirrabico-humano>
- 5 - Nota Técnica 02-IP/CCD/SES/SP 31\*/08/2016 – Instituto Pasteur
- 6 - Nota Técnica 01-IP/CCD/SES/SP 23/02/2017 – Instituto Pasteur
- 7 - Ofício Circular IP DG 05/2017 – 25/08/2017 – Orientação sobre a Nota Informativa nº 26 – SEI/2017CGPNI/DEVIT/SVS/MS - Instituto Pasteur
- 8 - Nota Técnica 03 – IP/CCD/SES-SP – 30/11/2020 - Profilaxia da Raiva Humana 2020
- 9 - São Paulo (cidade). Secretaria da Saúde. Documento de atualização dos protocolos de enfermagem. Coordenação da Atenção Básica. SMS. 2007.
- 10 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos

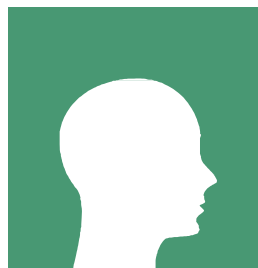
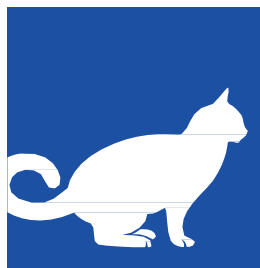
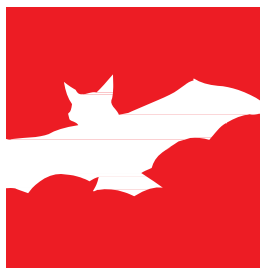
pós vacinação/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 184p. – (Série A, Normas e Manuais Técnicos).

11 - São Paulo. Secretaria Estadual da Saúde. Instituto Pasteur. Manual Técnico do Instituto Pasteur. 2ª Ed. São Paulo. 2000.

12 - São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica Alexandre Vranjac. Manual de Procedimentos para treinamento: teste tuberculínico e vacina BCG. São Paulo. 2007.

13 Nota Técnica de Profilaxia da Raiva Humana – Atualizada em julho de 2021. [www.saude.sp.gov/instituto-pasteur/publicações/normas-e-notas-tecnicas](http://www.saude.sp.gov/instituto-pasteur/publicações/normas-e-notas-tecnicas).





# Parte 3

## Anexos



## Anexo 1 - Ficha de notificação (frente)

| República Federativa do Brasil<br>Ministério da Saúde                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SINAN<br>SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO<br>FICHA DE INVESTIGAÇÃO                          |                                                                                                                                    | ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO<br>HUMANO |                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Dados Gerais                                                                                                                                                    | Tipo de Notificação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                            | 2 - Individual                                                                                                                     |                                   |                                                                               |
|                                                                                                                                                                 | 2 Agravado/doença                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                            | Código (CID10)                                                                                                                     |                                   | 3 Data da Notificação                                                         |
|                                                                                                                                                                 | ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                            | W 6'1                                                                                                                              |                                   |                                                                               |
|                                                                                                                                                                 | 4 UF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 5 Município de Notificação                                                                                 | Código (IBGE)                                                                                                                      |                                   |                                                                               |
| Notificação Individual                                                                                                                                          | 6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                            | 7 Data do Atendimento                                                                                                              |                                   |                                                                               |
|                                                                                                                                                                 | 8 Nome do Paciente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                            | 9 Data de Nascimento                                                                                                               |                                   |                                                                               |
|                                                                                                                                                                 | 10 (ou) Idade<br>1 - Hora<br>2 - Dia<br>3 - Mês<br>4 - Ano                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 11 Sexo<br>M - Masculino<br>F - Feminino<br>1 - Ignorado                                                   | 12 Gestante<br>1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre<br>4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica<br>9- Ignorado |                                   | 13 Raça/Co1<br>1-Branca 2-Preta 3-Amarela/a<br>4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado |
|                                                                                                                                                                 | 14 Escolaridade<br>0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 12 grau)<br>3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)<br>6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta a-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica |                                                                                                            |                                                                                                                                    |                                   |                                                                               |
| Endereço                                                                                                                                                        | 15 Número do Cartão SUS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                            | 16 Nome da mãe                                                                                                                     |                                   |                                                                               |
|                                                                                                                                                                 | 17 UF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 18 Município de Residência                                                                                 | Código (IBGE)                                                                                                                      |                                   | 19 Distrito                                                                   |
|                                                                                                                                                                 | 20 Bairro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Logradouro (rua, avenida,...)                                                                              |                                                                                                                                    | Código                            |                                                                               |
|                                                                                                                                                                 | 22 Número                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 23 Complemento (apto., casa, ...)                                                                          |                                                                                                                                    | 24 Geo campo 1                    |                                                                               |
|                                                                                                                                                                 | 25 Geo campo 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                            | 26 Ponto de Referência                                                                                                             |                                   | 27 CEP                                                                        |
|                                                                                                                                                                 | 28 (DDD) Telefone                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                            | 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural<br>3 - Periurbana 9 - Ignorado                                                                        |                                   | 30 País (se residente fora do Brasil)                                         |
|                                                                                                                                                                 | Dados Complementares do Caso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                            |                                                                                                                                    |                                   |                                                                               |
|                                                                                                                                                                 | Antecedentes Epidemiológicos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 31 Ocupação                                                                                                |                                                                                                                                    |                                   |                                                                               |
| 32 Tipo de Exposição ao Vírus Rábico<br>1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Contato Indireto Arranhadura Lambedura Mordedura Outro                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                            |                                                                                                                                    |                                   |                                                                               |
| 33 Localização<br>1 - Sim 2 - Não 3 - Desconhecida Mucosa Cabeça/Pescoço Mãos/Pés Tronco Membros Superiores Membros Inferiores                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                            |                                                                                                                                    |                                   |                                                                               |
| 34 Ferimento<br>1 - Único 2 - Múltiplo<br>3 - Sem ferimento 9 - Ignorado                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 35 Tipo de Ferimento<br>1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Profundo Superficial Dilacerante                      |                                                                                                                                    |                                   |                                                                               |
| 36 Data da Exposição<br>1 1 1 1                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 37 Tem Antecedentes de Tratamento Anti-Rábico?<br>1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Pré-Exposição Pós-Exposição |                                                                                                                                    |                                   |                                                                               |
| 38 Se Houve, quando foi concluído?<br>1 - Até 90 dias 2 - Após 90 dias                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 39 Nº de Doses Aplicadas                                                                                   |                                                                                                                                    |                                   |                                                                               |
| 40 Espécie do Animal Agressor 1 - Canina 2 - Felina 3 - Quiróptera (Morcego) 4 - Primata (Macaco)<br>5 - Raposa 6 - Herbívoro doméstico (especificar) 7 - Outra |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                            |                                                                                                                                    |                                   |                                                                               |
| 41 Condição do Animal para Fins de Conduta do Tratamento<br>1 - Sadio 2 - Suspeito 3 - Raivoso 4 - Morto/ Desaparecido                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 42 Animal Passível de Observação? (Somente para Cão ou Gato)<br>1 - Sim 2 - Não                            |                                                                                                                                    |                                   |                                                                               |
| Tratamento Atual                                                                                                                                                | 43 Tratamento Indicado<br>1 - Pré Exposição 2 - Dispensa de Tratamento 3 - Observação do animal (se cão ou gato)<br>4 - Observação + Vacina 5 - Vacina 6 - Soro + Vacina 7 - Esquema de Reexposição                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                            |                                                                                                                                    |                                   |                                                                               |
|                                                                                                                                                                 | Vacina<br>44 Laboratório Produtor Vacina<br>1 - Instituto Butantan 2 - Instituto Vital Brasil 3 - Aventis Pasteur 4 - Outro Especificar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                            |                                                                                                                                    |                                   |                                                                               |
|                                                                                                                                                                 | 45 Número do Lote                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                            | 46 Data do Vencimento                                                                                                              |                                   |                                                                               |
| Atendimento Anti-Rabico Humano Sinan Net SVS 27/09/2005                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                            |                                                                                                                                    |                                   |                                                                               |

## Anexo 1 - Ficha de notificação (verso)

|                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                |           |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |                                                                         |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Tratamento Atual</b>                                                                                                                                                                                            | <b>47</b> <b>Datas das Aplicações da Vacina (dia e mês)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                |           |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                    | Data da 1ª dose                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Data da 2ª dose                                                                                                                                |           | Data da 3ª dose                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                | Data da 4ª dose                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     | Data da 5ª dose                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                    | <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>                                                                        |           | <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                | <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>                                                                                                                                                                                                                                               |     | <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> |            |
|                                                                                                                                                                                                                    | <b>48</b> Condição Final do Animal (após período de observação) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span><br>1 - Negativo para Raiva (Clínica)    2 - Negativo para Raiva (Laboratório)    3 - Positivo para Raiva (Clínica)    4 - Positivo para Raiva (Laboratório)    5 - Morto/ Sacrificado/ Sem Diagnóstico    9 - Ignorado |  |                                                                                                                                                |           |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                    | <b>49</b> Houve Interrupção do Tratamento <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                |           |                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>50</b> Qual o Motivo da Interrupção <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span><br>1 - Indicação da Unidade de Saúde    2 - Abandono    3 - Transferência   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                    | <b>51</b> Se houve Abandono do Tratamento, a Unidade de Saúde Procurou o Paciente <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span><br>1 - Sim    2 - Não                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                |           |                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>52</b> Evento Adverso à Vacina <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span><br>1 - Sim    2 - Não    9 - Ignorado                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |                                                                         |            |
| <b>53</b> Indicação do Soro Anti-Rábico <input type="checkbox"/><br>1 - Sim    2 - Não    9 - Ignorado                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                |           | <b>54</b> Peso do Paciente <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span><br><div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1;"></div> <div style="margin-left: 5px;">Kg.</div> </div> |                                                                                                                                                                                | <b>55</b> Quantidade de Soro Aplicada <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span><br><div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1;"></div> <div style="margin-left: 5px;">ml</div> </div> 1 - Heterólogo    2 - Homólogo |     |                                                                         |            |
| <b>56</b> Infiltração de Soro no(s) Local(is) do(s) Ferimento(s) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span><br>1 - Sim    2 - Não <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                |           | <b>57</b> Laboratório Produtor do Soro Anti-Rábico <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span><br>1 - Instituto Butantan    2 - Instituto Vital Brasil<br>3 - Aventis Pasteur    4 - Outro (Especificar) _____                                               |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |                                                                         |            |
| <b>58</b> Número da Partida <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span><br><div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | <b>59</b> Evento Adverso ao Soro Anti-Rábico <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span><br>1 - Sim    2 - Não    9 - Ignorado |           |                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>60</b> Data do Encerramento do Caso <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span><br><div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |                                                                         |            |
| <b>Observações:</b> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                |           |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |                                                                         |            |
| <b>Investigador</b>                                                                                                                                                                                                | Município/Unidade de Saúde                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                |           |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     | Cód. da Unid. de Saúde                                                  |            |
|                                                                                                                                                                                                                    | Nome                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                |           | Função                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     | Assinatura                                                              |            |
| Atendimento Anti-Rabico Humano                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                | Sinan Net |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | SVS |                                                                         | 27/09/2005 |

Acesse a ficha em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/ficha\\_antirrabica\\_preenchivel\\_27112020.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/ficha_antirrabica_preenchivel_27112020.pdf)

## Anexo 2 - Esquema de Profilaxia no Atendimento Antirrábico Humano (frente)

ESQUEMA DE PROFILAXIA NO ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO HUMANO

A INDICAÇÃO DO TRATAMENTO ANTIRRÁBICO SOMENTE DEVE SER REALIZADO POR PROFISSIONAL MÉDICO

| ESPÉCIE                                                                                                                                                           | CONDIÇÃO DO ANIMAL AGRESSOR                                 | TRATAMENTO INDICADO                                     | RESULTADO DA OBSERVAÇÃO                               | DVZ - RESULTADO LABORATORIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CONDUTA PROFILÁTICA HUMANA                                                                                                                        |                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CÃES E GATOS</b><br>                                                          | LAVAR COM ÁGUA E SABÃO, ORIENTAÇÃO, MEDICAÇÃO, ANTITÉTÂNICA |                                                         |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                   | OBSERVÁVEIS SÁDIOS                                          | ACIDENTES LEVES E GRAVES                                | OBSERVAÇÃO DO ANIMAL POR 10 DIAS                      | VIVO SADIO*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ACOMPANHAR O ANIMAL POR 10 DIAS                                                                                                                   |                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                   |                                                             |                                                         |                                                       | * OBSERVAÇÕES:<br>1 - Acidente com cães e gatos que teve, contato sabido com morcego nas 48 h anteriores ao acidente ACID. LEVES: VACINAÇÃO (4 doses) e ACID. GRAVES: SORO VACINAÇÃO (4 doses)<br>2 - Cães e gatos observáveis com sinais sugestivos de raiva (descartar agressões comportamentais) – Iniciar esquema: ACID. LEVES: VACINAÇÃO (4 doses) e ACID. GRAVES: SORO VACINAÇÃO (4 doses). Suspender se o animal permanecer vivo após 10 dias. |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                   | NÃO OBSERVÁVEIS                                             | ACIDENTES LEVES (1)                                     | VACINAÇÃO (4 DOSES) (4)                               | DESAPARECIDO (3)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ACID. LEVES: VACINAÇÃO (4 DOSES)<br>ACID. GRAVES: (SORO + 4 DOSES DE VACINA)                                                                      |                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                   |                                                             |                                                         |                                                       | MORTO DURANTE O PERÍODO DE OBSERVAÇÃO (3)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ENCAMINHAR ANIMAL PARA O DVZ (RESULTADO EM ATÉ 48 HORAS)                                                                                          | POSITIVO<br>ACID. LEVES: VACINAÇÃO (4 DOSES)                                                                                          |
|                                                                                                                                                                   |                                                             | ACIDENTES GRAVES (2)                                    | SEMPRE (SORO + 4 DOSES DE VACINA)                     | MORTO DURANTE O PERÍODO DE OBSERVAÇÃO (3)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ENCAMINHAR ANIMAL PARA O DVZ (RESULTADO EM ATÉ 48 HORAS)                                                                                          | NEGATIVO<br>INTERROMPER O ESQUEMA PROFILÁTICO, SE INICIADO, QUANDO RESULTADO FOR NEGATIVO                                             |
|                                                                                                                                                                   |                                                             |                                                         |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                   | POSITIVO<br>ACID. GRAVES: (SORO + 4 DOSES DE VACINA)<br>INTERROMPER O ESQUEMA PROFILÁTICO, SE INICIADO, QUANDO RESULTADO FOR NEGATIVO |
| ESPÉCIE                                                                                                                                                           | TIPO DE ACIDENTE                                            | TRATAMENTO INDICADO                                     | CONDUTA EM RELAÇÃO AO ANIMAL                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | CONDUTA PROFILÁTICA HUMANA                                                                                                                        |                                                                                                                                       |
| <b>MORCEGOS (5)</b><br>Todas as espécies<br>                                   | ADENTRAMENTOS DE MORCEGOS                                   | SEMPRE SORO VACINAÇÃO<br><br>(SORO + 4 DOSES DE VACINA) | LIGAR PARA 156 PARA A DVZ REALIZAR A REMOÇÃO          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | POSITIVO: ACID. GRAVES: (SORO + 4 DOSES DE VACINA)<br><br>NEGATIVO: INTERROMPER O ESQUEMA PROFILÁTICO, SE INICIADO, QUANDO RESULTADO FOR NEGATIVO |                                                                                                                                       |
| <b>PRIMATAS (SAGUIS E MACACOS)</b><br>                                         | PRIMATAS E OUTROS SILVESTRES E EXÓTICOS                     |                                                         |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                       |
| <b>OUTROS SILVESTRES E EXÓTICOS (8)</b><br>(EXCETO MORCEGO)<br>                | MORDEDURAS E ARRANHADURAS OU LAMBEDURAS                     |                                                         |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                       |
| <b>HERBÍVOROS (EQUINOS, BOVINOS, OVINOS, ETC.)</b><br>                         | MORDEDURA/LAMBEDURA ARRANHADURA                             | ACIDENTES LEVES                                         | VACINAÇÃO (4 DOSES)                                   | EM CASO DE ÓBITO NOTIFICAR IMEDIATAMENTE A DVZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | POSITIVO: ACID. LEVES: VACINAÇÃO (4 DOSES)<br>ACID. GRAVES: (SORO + 4 DOSES DE VACINA)                                                            |                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                   |                                                             | ACIDENTES GRAVES                                        |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | SEMPRE (SORO + 4 DOSES DE VACINA)                                                                                                                 | NEGATIVO: INTERROMPER O ESQUEMA PROFILÁTICO, SE INICIADO, QUANDO RESULTADO FOR NEGATIVO                                               |
| <b>ROEDORES (CAMUNDONGOS, COELHOS, HAMSTERS E OUTROS ROEDORES URBANOS)</b><br> | MORDEDURA/LAMBEDURA ARRANHADURA                             |                                                         | NÃO HÁ INDICAÇÃO DE TRATAMENTO PROFILÁTICO PARA RAIVA |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                       |

## Anexo 2 - Esquema de Profilaxia no Atendimento Antirrábico Humano (verso)

## Legenda

## Esquema de Profilaxia no Atendimento Antirrábico Humano

- 1. Acidentes leves:** Ferimentos superficiais, pouco extensos, geralmente únicos, em tronco e membros (exceto mãos e polpas digitais e planta dos pés); podem ocorrer em decorrência de mordeduras ou arranhaduras causadas por unha e dentes. Lameduras de pele com lesões leves.
- 2. Acidentes graves:** Ferimentos na cabeça, face, pescoço, mão, polpa digital e/ou planta do pé. Ferimentos profundos, dilacerantes, múltiplos ou extensos, em qualquer região do corpo. Lameduras e mucosas e pele onde já existe lesão grave. Ferimentos profundos causados por unha de animal ou dentes mesmo que puntiformes.
- 3. Iniciar tratamento,** indicado de acordo com a classificação da lesão, caso o cão ou gato apresente alterações neurológicas, principalmente se tiver tido contato com morcego. Caso descartado raiva (cão ou gato observado por 10 dias ou qualquer animal com exame de raiva negativo), suspender o tratamento.
- 4. Cães e gatos,** que vêm a óbito durante o período de observação, deverão ser encaminhados para o diagnóstico de raiva (DVZ). Deve-se entrar em contato com o plantão do DVZ (11) 2974-7905/7813/7868/7921. O paciente deve ser encaminhado à Unidade de Referência para iniciar o tratamento indicado. Caso o resultado laboratorial do animal seja negativo, está indicado a suspensão do tratamento.
- 5. Nas agressões por morcegos,** primatas, outros silvestres e exóticos: primatas (saguís ou soim e macacos), raposa, guaxinim, quati, gambá, etc., mesmo domiciliados e/ou domesticados. Roedores silvestres (Ex: Capivaras}, deve-se indicar o esquema completo de sorovacinação, independente da gravidade da lesão ou indicar conduta de reexposição quando for o caso. Em caso de morte do animal envolvido no acidente, ligar para 156.
- 6. Adentramento:** é definido como a entrada de morcegos no interior de edificações. Nessas situações é preciso avaliar a situação de exposição do paciente. Lembrando que a transmissão de raiva por morcego é sempre classificada como grave, independente da espécie e da gravidade do ferimento. (MS, 2011).
- 7. Morcegos** encontrados caídos ou mortos, ligar imediatamente para o telefone 156 para que o DVZ - DIVISÃO DE VIGILÂNCIA DE ZOONOSES do MSP, realize a remoção e o diagnóstico de raiva.

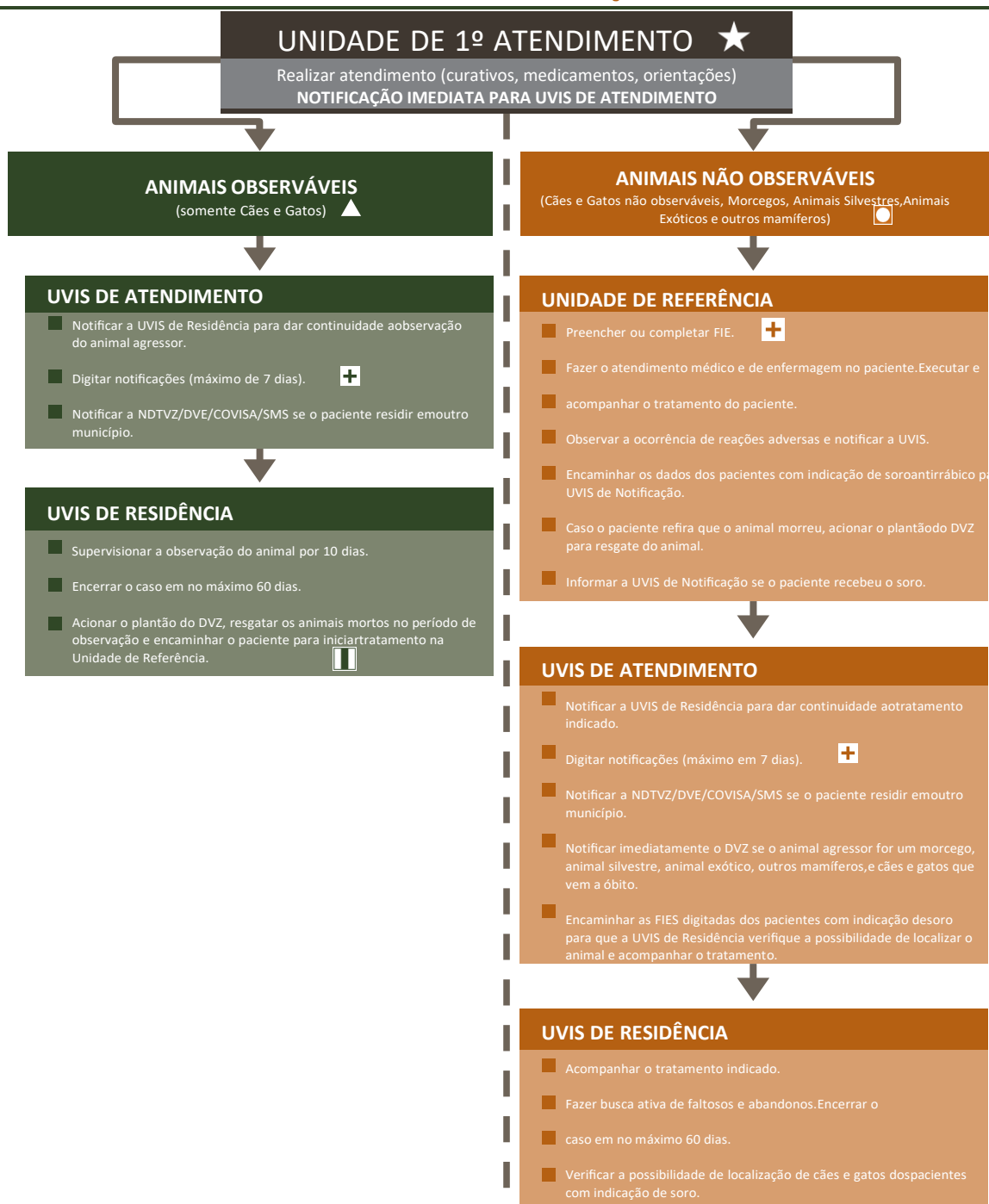
Atendimento Antirrábico Humano  
CIEVS - (11) 5465-9420  
NDTVZ - (11) 5465-9456

Dúvidas em relação aos animais:  
DVZ - DIVISÃO DE VIGILÂNCIA  
DE ZOONOSES do MSP, pelo telefone:  
(11) 2974-  
7905/7813/7868/7921

## Anexo 3 - Fluxo Pós Exposição (frente)

## ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO HUMANO

## FLUXO PÓS EXPOSIÇÃO



## DIVISÃO DE VIGILÂNCIA DE ZOOSES - DVZ

- Encaminhar para NDTVZ/DVE/COVISA/SMS os casos de agressão por animais observáveis e não observáveis recebidos pelo DVZ. Receber animal morto e suspeito de raiva para diagnóstico laboratorial.
- Realizar investigação no caso de morcegos ou outros mamíferos (não cães e gatos).
- Realizar observação do animal agressor somente em casos excepcionais e após avaliação do Plantão.

## COVISA (NDTVZ/DVE/COVISA/SMS - CIEVS)

- Encaminhar a notificação dos casos atendidos no município de São Paulo, mas não residentes ao CVE/SES. Notificar às UVIS de Residência os casos atendidos em outros municípios
- Encaminhar para UVIS de Residência as notificações do plantão do DVZ.



### Anexo 3 - Fluxo Pós Exposição (verso)

#### LEGENDA FLUXO PÓS EXPOSIÇÃO - Atendimento Antirrábico Humano



**Unidades de atendimento** podem ser: UBS, AMA, Unidade de Referência, PS/PA público ou privado).



As informações na Ficha de Investigação Epidemiológica devem ser preenchidas adequadamente em todos os níveis de atendimento.

Animais **observáveis** são somente **CÃES E GATOS**.

Animais não observáveis compreendem Cães e Gatos desaparecidos ou mortos, Animais Silvestres (morcegos, macacos e outros mamíferos), Animais de Produção- Equinos, Bovinos, Caprinos, Ovínos, etc., e Animais Exóticos.

Qualquer **mamífero morto**, suspeito de raiva, deverá ser **notificado** à DIVISÃO DE VIGILÂNCIA DE ZOOSE - DVZ (tel. (11) 2974- 7905/7813/7868/7921) para providenciar o diagnóstico de raiva.

## Anexo 4 - Termo de Comprometimento e Ciência do Tratamento Profilático Pós-Exposição Antirrábico Humano



Prefeitura de São Paulo  
Secretaria Municipal da Saúde  
Coordenadoria de Vigilância em Saúde

### VIA UNIDADE DE ATENDIMENTO

### TERMO DE COMPROMETIMENTO E CIÊNCIA DO TRATAMENTO PROFILÁTICO ANTIRRÁBICO HUMANO

|                         |           |
|-------------------------|-----------|
| CRS:                    | UVIS:     |
| Unidade de Atendimento: |           |
| Endereço:               | Telefone: |

Declaro que fui encaminhado(a) para tratamento profilático antirrábico por ter tido contato de risco com animal potencialmente transmissor da raiva, fui orientado(a) sobre a gravidade e a mortalidade da doença e a necessidade de tratamento oportuno para a prevenção da mesma.

Retornar para tratamento nos dias \_\_\_\_\_  
no endereço \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA  
NOME/RG

\_\_\_\_\_  
TESTEMUNHA (1)  
NOME/RG

\_\_\_\_\_  
TESTEMUNHA (2)  
NOME/RG



Prefeitura de São Paulo  
Secretaria Municipal da Saúde  
Coordenadoria de Vigilância em Saúde

### VIA UNIDADE DE ATENDIMENTO

### TERMO DE COMPROMETIMENTO E CIÊNCIA DO TRATAMENTO PROFILÁTICO ANTIRRÁBICO HUMANO

|                         |           |
|-------------------------|-----------|
| CRS:                    | UVIS:     |
| Unidade de Atendimento: |           |
| Endereço:               | Telefone: |

Declaro que fui encaminhado(a) para tratamento profilático antirrábico por ter tido contato de risco com animal potencialmente transmissor da raiva, fui orientado(a) sobre a gravidade e a mortalidade da doença e a necessidade de tratamento oportuno para a prevenção da mesma.

Retornar para tratamento nos dias \_\_\_\_\_  
no endereço \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA  
NOME/RG

\_\_\_\_\_  
TESTEMUNHA (1)  
NOME/RG

\_\_\_\_\_  
TESTEMUNHA (2)  
NOME/RG

## Anexo 5 - Termos de Compromisso de Observação de Cães e Gatos



Prefeitura de São Paulo  
Secretaria Municipal da Saúde  
Coordenadoria de Vigilância em Saúde

## VIA UNIDADE DE ATENDIMENTO

TERMO DE COMPROMISSO DE OBSERVAÇÃO  
DE CÃES E GATOS

|                         |                     |
|-------------------------|---------------------|
| CRS:                    | UVIS:               |
| Unidade de Atendimento: |                     |
| Endereço:               | Telefone:           |
| Nome do Paciente:       | Data da agressão:   |
| Nome do Responsável:    | Grau de parentesco: |

A raiva é uma doença mortal, transmitida pela mordedura, arranhadura ou lambedura de um animal com a doença raiva.

Só terá certeza de que o cão ou gato agressor não está transmitindo a raiva, se ele permanecer vivo por 10 dias após a data da agressão.

Diante do exposto acima, confirmo que recebi a orientação sobre os riscos da doença raiva e comprometo-me a observar o animal que me agrediu por 10 dias e informar ao serviço de saúde ou à unidade de Vigilância em Saúde sobre o estado de saúde do animal no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Paciente ou responsável: \_\_\_\_\_

Testemunhas (1): \_\_\_\_\_

Testemunhas (2): \_\_\_\_\_



Prefeitura de São Paulo  
Secretaria Municipal da Saúde  
Coordenadoria de Vigilância em Saúde

## VIA PACIENTE

TERMO DE COMPROMISSO DE OBSERVAÇÃO  
DE CÃES E GATOS

|                                                   |           |
|---------------------------------------------------|-----------|
| CRS:                                              | UVIS:     |
| Unidade de Atendimento:                           |           |
| Endereço:                                         | Telefone: |
| Paciente:                                         |           |
| Informar a saúde do animal do dia ____/____/____. |           |

A raiva é uma doença mortal, transmitida pela mordedura, arranhadura ou lambedura de um animal com a doença raiva.

Só terá certeza de que o cão ou gato agressor não está transmitindo a raiva, se ele permanecer vivo por 10 dias após a data da agressão.

Observar o cão ou gato durante 10 dias e informar À UVIS \_\_\_\_\_ no telefone: \_\_\_\_\_.

Caso o animal venha apresentar mudança de comportamento, adoecer, morrer ou desaparecer antes de finalizar o período de observação entrar em contato com o serviço de saúde o mais rápido possível. É importante que o animal permaneça vivo e cuidado por esse período. Essa informação é muito importante para o seu tratamento.

Caso o animal venha a morrer no período de observação entrar em contato imediatamente com a DIVISÃO DE VIGILÂNCIA DE ZOONOSSES - DVE (TEL.: 11 2974-8000 - atende 24h) para que se possa encaminhar o animal para o diagnóstico de raiva.

## Anexo 6 - Termos de Recusa de Recebimento de Soro Antirrábico Humano



Prefeitura de São Paulo  
Secretaria Municipal da Saúde  
Coordenadoria de Vigilância em Saúde

## VIA UNIDADE DE ATENDIMENTO

TERMO DE RECUSA DE RECEBIMENTO DE  
SORO ANTIRRÁBICO HUMANO

|                         |                     |
|-------------------------|---------------------|
| CRS:                    | UVIS:               |
| Unidade de Atendimento: |                     |
| Endereço:               | Telefone:           |
| Nome do Paciente:       | Data da agressão:   |
| Nome do Responsável:    | Grau de parentesco: |

Eu, \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_,  
**estou ciente que a raiva é uma doença mortal e que tenho indicação de receber tratamento com Soro Antirrábico**, além de  
realizar o esquema pois fui \_\_\_\_\_  
(anotar se mordido e/ou arranhado e/ou lambido) por \_\_\_\_\_ (anotar espécie do  
animal) no(a) \_\_\_\_\_ (anotar locais anatômicos)  
que pode transmitir a doença raiva.

Diante do exposto acima, confirmo que recebi a orientação sobre os riscos da doença raiva e que recuso a receber o Soro Antirrábico.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Paciente ou responsável: \_\_\_\_\_

Testemunhas (1): \_\_\_\_\_

Testemunhas (2): \_\_\_\_\_



Prefeitura de São Paulo  
Secretaria Municipal da Saúde  
Coordenadoria de Vigilância em Saúde

## VIA PACIENTE

TERMO DE RECUSA DE RECEBIMENTO DE  
SORO ANTIRRÁBICO HUMANO

|                         |                     |
|-------------------------|---------------------|
| CRS:                    | UVIS:               |
| Unidade de Atendimento: |                     |
| Endereço:               | Telefone:           |
| Nome do Paciente:       | Data da agressão:   |
| Nome do Responsável:    | Grau de parentesco: |

Eu, \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_,  
**estou ciente que a raiva é uma doença mortal e que tenho indicação de receber tratamento com Soro Antirrábico**, além de  
realizar o esquema pois fui \_\_\_\_\_  
(anotar se mordido e/ou arranhado e/ou lambido) por \_\_\_\_\_ (anotar espécie do  
animal) no(a) \_\_\_\_\_ (anotar locais anatômicos)  
que pode transmitir a doença raiva.

Diante do exposto acima, confirmo que recebi a orientação sobre os riscos da doença raiva e que recuso a receber o Soro Antirrábico.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Paciente ou responsável: \_\_\_\_\_

Testemunhas (1): \_\_\_\_\_

Testemunhas (2): \_\_\_\_\_

Anexo 7:

## ORIENTAÇÕES GERAIS PARA ENCAMINHAMENTO DE AMOSTRAS PARA SOROLOGIA DA RAIVA

Esta Nota Técnica entra em vigor a partir de 03 de fevereiro de 2021.

### 1. ENTREGA DAS AMOSTRAS:

Horários: 8h às 15h de segunda a sexta feira.

- **Local:** Laboratório de Zoonoses e Doenças Transmitidas por Vetores (**LabZoo**)  
Divisão de Vigilância de Zoonoses de São Paulo (**DVZ**) Rua Santa Eulália, 86, Santana,  
São Paulo-SP - CEP: 02031-020 - **Fone:** 2974-7845 - **Fone/Fax:** 2974-7897.

### 2. IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA E FICHA:

Somente serão aceitas requisições/amostras que estiverem identificadas com a etiqueta de código de barras do LabZoo e com o número do Cartão SUS do paciente anexo à ficha.

**Para o município de São Paulo o Cartão Nacional de Saúde (CNS) deve ser emitido pelo sistema SIGA.**

Orientação da SMS.G/SP para todas as suas unidades: se o usuário já tem um CNS e o apresenta na recepção da unidade, este CNS deve ser cadastrado no SIGA Saúde, que permite a inclusão de CNS válidos, quer tenha sido gerado pelo CADWEB, pelo CNES ou por qualquer outra instância com faixa de números de CNS fornecida pelo Ministério da Saúde.

Para mais informações, acesse o endereço:

<https://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/cartao-nacional-de-saude-duvidas-frequentes>

- O Laboratório fornecerá etiquetas pré-impressas para a identificação das amostras, das requisições e para uso da unidade.
- Fazer pedidos de etiquetas de acordo com a demanda da unidade para a Assistência Laboratorial da Autarquia, que encaminhará a solicitação para o laboratório. Os pedidos devem ser encaminhados para o endereço eletrônico: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia\\_em\\_saude/controle\\_de\\_zoonoses/lab\\_zoonoses/index.php?p=4\\_368](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/controle_de_zoonoses/lab_zoonoses/index.php?p=4_368)
- Cada jogo possui três etiquetas com código de barras iguais, contém no final o número "51" (Figura 1), sendo que a da amostra.
- A etiqueta da amostra deverá ser colada no tubo de sangue na posição vertical, (ETIQUETA TGE SORO), conforme Figura 2.
- Uma das etiquetas "Requisição" deverá ser colada preferencialmente na parte superior da ficha sem que obstrua as informações da ficha. A outra etiqueta "Requisição" destina-se ao uso pela unidade para seu controle interno (Figura 1).

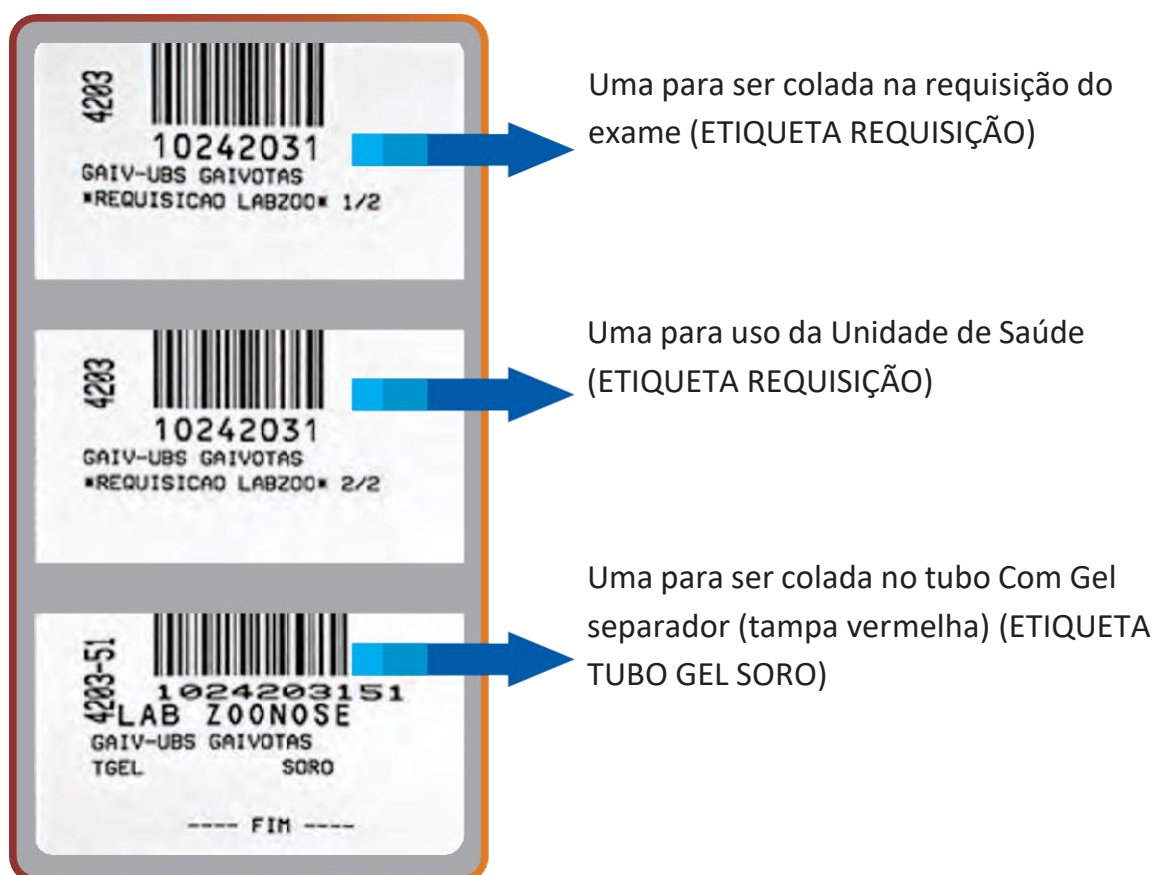


Figura 1:

Etiquetas LabZoo e disposição a serem colocadas em ficha de

- encaminhamento e amostra.



Figura 2:  
Tubo com a etiqueta de identificação  
LabZoo.

- Para cada exame solicitado ao LabZoo, utilizar um jogo de etiquetas e um tubo de amostra próprio.
- Não fazer qualquer tipo de marcação na etiqueta para que não impossibilite a leitura do código de barras.
- Na ficha deve, **OBRIGATORIAMENTE**, constar a impressão do **Cartão SUS** do paciente com o código de barras (grampear na ficha ou imprimir no verso), Figura 3.
- Orientação no preenchimento da Ficha: preencher todos os campos com **letra legível**.

Figura 3:  
Detalhe do cartão SUS  
grampeado ou impresso no  
verso da SADT.



### 3. FLUXO ENTRE LABORATÓRIO E UNIDADES DE SAÚDE

- As amostras devem vir nas Caixas de Transporte fornecidas pelas Transportadoras Contratadas que são as mesmas que das demais **Nome do Laboratório Responsável pelo Transporte e Identificação da ROTA**.
- As fichas devem ser colocadas, pelo **Funcionário da Unidade**, dentro do malote ou pasta de exames do LabZoo fornecida pelo motorista da

Transportadora contratada (**NÃO COLOCAR AS FICHAS DENTRO DA CAIXA DE TRANSPORTE DE AMOSTRA**).

- O Funcionário do LabZoo receberá as amostras dentro das caixas de transporte e as requisições dentro das pastas ou malotes.

#### **4. RESULTADOS**

Os resultados podem ser acessados via MatrixNet e impressos pela própria unidade.

##### **MATRIXNET - ROTEIRO PARA AS UNIDADES DE SAÚDE:**

###### **Para criar um atalho no desktop:**

- Clicar no desktop com o botão direito do mouse;
- Clicar em "novo";
- Clicar em "atalho";
- Digitar o link para o laboratório correspondente: **Laboratório de Zoonoses e Doenças Transmitidas por Vetores**.

Endereço: <http://smsmatrixcczs1.rede.sp/matrixnet>

- Nomear o atalho com o nome do laboratório.

###### **Credenciais para acesso ao MatrixNet:**

Os interlocutores da Assistência Laboratorial da Autarquia Hospitalar fornecem aos responsáveis pela unidade um nome de usuário e senha para o acesso ao MatrixNet.

###### **Para acesso ao MatrixNet:**

Dê um clique duplo no atalho criado;

Inserir o nome de usuário e a senha e clicar em OK; há 3 opções de consulta de resultados.

1. Resultados recentes: Exibe os últimos 20 paciente;
2. Por pedido: É necessário digitar o número da etiqueta de coleta (8 primeiros algarismos);
3. Por nome: Pesquisa pelo nome do paciente.

Localizado o paciente, abaixo do nome aparece um sinal de (+). Clicando neste símbolo podemos visualizar os exames cadastrados e o status que se encontram, caso ainda não liberados.

Quando o exame estiver no status 'PRONTO' aparecerá ao lado direito do nome do paciente um ícone do AdobeReader (é necessário ter o software instalado no computador utilizado para a consulta). Clicando neste ícone a imagem do laudo será exibida na tela, e poderá ser impresso, caso necessário.

Observação: os links só podem ser acessados por computadores conectados à rede Prodam.

Equipe Técnica:

- Gisely Toledo Barone
- Juliana Amorim Conselheiro Endereço para contato:
- LABZOO: [laboratorio.ccz@prefeitura.sp.gov.br](mailto:laboratorio.ccz@prefeitura.sp.gov.br)

Coordenadora do LabZoo:

Caroline Cotrim Aires - [carolinecotrim@prefeitura.sp.gov.br](mailto:carolinecotrim@prefeitura.sp.gov.br)

---

**Laboratório de Zoonoses e Doenças**  
**Transmitidas por Vetores (LabZoo)**  
**Divisão de Vigilância de Zoonoses de São Paulo (DVZ)**  
Rua Santa Eulália, 86, Santana, São  
Paulo-SP - CEP: 02031-020.

**Anexo 8 - Requisição - Avaliação de Anticorpos Antivírus da Raiva em Amostras de Soros Humanos**

Prefeitura do Município de São Paulo  
Secretaria Municipal da Saúde  
Coordenadoria de Vigilância em Saúde - Divisão de Vigilância de Zoonoses  
Laboratório de Zoonoses e Doenças Transmitidas por Vetores

**Requisição: Avaliação de anticorpos antivírus da raiva em amostra de Soros Humanos**

UNIDADE REQUISITANTE

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Fone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ramal: \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Fone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ramal: \_\_\_\_\_

DATA DE COLETA DO SORO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## HISTÓRICO

TRATAMENTO ANTIRRÁBICO ANTERIOR? ( ) SIM ( ) NÃO

PRÉ-EXPOSIÇÃO ( ) PÓS-EXPOSIÇÃO ( ) REEXPOSIÇÃO ( ) DATA DA VACINAÇÃO ( )

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

**Instruções:** Coletar no mínimo 3 mL de sangue, em tubo gel separador e encaminhar no mesmo dia ou separar o soro: conservar o sangue sob refrigeração (2° a 8°C), por no máximo 1 dia útil. Acima desse período o soro deverá ser congelado a -20°C. Não é necessário jejum, mas a amostra deve ser relativamente límpida; se houver hemólise ou lipemia acentuada haverá necessidade de nova coleta. O tubo deve ser identificado com letra legível, constando nome do paciente e RG.

\_\_\_\_\_  
RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO  
(Assinatura e carimbo)

Coordenadoria de Vigilância em Saúde - COVISA  
Divisão de Vigilância de Zoonoses - DVZ  
Rua Santa Eulália, nº 86, Santana, São Paulo-SP - CEP: 02031-020  
Fone: 2974-8000 - www.prefeitura.sp.gov.br/covisa



CIDADE DE  
SÃO PAULO  
SAÚDE

**PROTOCOLO DE RETIRADA DE SOROLOGIA ANTIRRÁBICA HUMANA**

Unidade: \_\_\_\_\_ Fone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Data da Coleta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

RG/CPF: \_\_\_\_\_ Fone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Data de Retirada do Exame: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO  
(Assinatura e carimbo)

## Anexo 9 - Termo de Compromisso e Ciência do Tratamento Profilático Pré-Exposição Antirrábico Humano



Prefeitura de São Paulo  
Secretaria Municipal da Saúde  
Coordenadoria de Vigilância em Saúde

### VIA UNIDADE DE ATENDIMENTO TERMO DE COMPROMISSO E CIÊNCIA DO TRATAMENTO PROFILÁTICO PRÉ-EXPOSIÇÃO ANTIRRÁBICO HUMANO

|                         |           |
|-------------------------|-----------|
| CRS:                    | UVIS:     |
| Unidade de Atendimento: |           |
| Endereço:               | Telefone: |

Declaro que estou me apresentando para tratamento profilático Pré-Exposição Antirrábico por ter contato de risco com animal durante a execução de meu trabalho. Fui orientado(a) sobre a gravidade e a mortalidade da doença e a necessidade de manutenção anual do controle sorológico de imunidade contra a doença para prevenção da mesma.

Retornar para tratamento nos dias \_\_\_\_\_  
no endereço \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA  
NOME/RG

\_\_\_\_\_  
TESTEMUNHA (1)  
NOME/RG

\_\_\_\_\_  
TESTEMUNHA (2)  
NOME/RG



Prefeitura de São Paulo  
Secretaria Municipal da Saúde  
Coordenadoria de Vigilância em Saúde

### VIA UNIDADE DE ATENDIMENTO TERMO DE COMPROMISSO E CIÊNCIA DO TRATAMENTO PROFILÁTICO PRÉ-EXPOSIÇÃO ANTIRRÁBICO HUMANO

|                         |           |
|-------------------------|-----------|
| CRS:                    | UVIS:     |
| Unidade de Atendimento: |           |
| Endereço:               | Telefone: |

Declaro que estou me apresentando para tratamento profilático Pré-Exposição Antirrábico por ter contato de risco com animal durante a execução de meu trabalho. Fui orientado(a) sobre a gravidade e a mortalidade da doença e a necessidade de manutenção anual do controle sorológico de imunidade contra a doença para prevenção da mesma.

Retornar para tratamento nos dias \_\_\_\_\_  
no endereço \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA  
NOME/RG

\_\_\_\_\_  
TESTEMUNHA (1)  
NOME/RG

\_\_\_\_\_  
TESTEMUNHA (2)  
NOME/RG

# REFERÊNCIA DO SORO E VACINAÇÃO ANTIRRÁBICA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

## Pós-Exposição

Atualização: 11/2022

| Região  | Endereço                                                    | Nome da Unidade                                                   | Telefone                   |
|---------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Sul     | Rua Carlos Gomes, 661, Santo Amaro                          | UPA SANTO AMARO "Dr. JOSÉ SYLVIO DE CAMARGO"                      | (11) 5521-2553             |
|         | Av. Comendador Sant'Anna, 774, Capão Redondo                | AMA CAPÃO REDONDO                                                 | (11) 5872-9901             |
| Sudeste | Rua Dr. Jaci Barbosa, 208, Vila Carrão                      | UBS VILA CARRÃO (somente vacinação)                               | (11) 2036-3853             |
|         | Rua Júlio Felipe Guedes, 200, Sacomã                        | PRONTO SOCORRO MUNICIPAL "Dr. AUGUSTO GOMES DE MATTOS"            | (11) 2969-9950             |
|         | Praça Conde de São Januário, 91 - Vila California           | UBS VILA CALIFORNIA (somente vacinação)                           | (11) 2917-1117             |
|         | Rua Juventus, 562 - Mooca                                   | HOSPITAL MUNICIPAL Dr. IGNÁCIO PROENÇA DE GOUVEIA                 | (11) 2068-6700/2069-9941   |
|         | Praça Nossa Senhora da Penha, 55 - Penha                    | HOSPITAL DIA REDE HORA CERTA PENHA (somente vacinação)            | (11) 2092-8154             |
|         | Avenida Santa Catarina, 1523                                | UBS CUPECÊ (somente vacinação)                                    | (11) 5678-5482             |
| Oeste   | Av. Dr. Arnaldo, 165, térreo (Prédio do Ambulatório)        | INSTITUTO PASTEUR – "I. I EMÍLIO RIBAS"                           | (11) 3896-1298 / 3896-1366 |
|         | Av. Queiroz Filho, 313, Vila Hamburguesa                    | PRONTO SOCORRO MUNICIPAL LAPA "PROF JOÃO CATARIN MEZOMO"          | (11) 3021-7405 / 3022-9400 |
|         | Av. Queiroz Filho, 313, Vila Hamburguesa                    | UBS ALTO DE PINHEIROS (somente vacinação)                         | (11) 3023-4588             |
|         | Rua Augusto Farina, 1.125, Butantã                          | PRONTO SOCORRO MUNICIPAL "DR. CAETANO VIRGILIO NETO"              | (11) 3731-4733             |
|         | Rua Padre Francisco Libermann, 318, Rio Pequeno             | UBS RIO PEQUENO "Dr. PAULO DE B. FRANÇA" (somente vacinação)      | (11) 3768-9460             |
|         | Rua Ângelo Aparecido dos Santos Dias, 331, Jardim São Jorge | UBS JD SÃO JORGE "Dr. PAULO EDUARDO M. ELIAS" (somente vacinação) | (11) 3781-3816             |
| Leste   | Rua Dr. José Guilherme Eiras, 123, São Miguel Paulista      | HOSPITAL MUNICIPAL TIDE SETUBAL                                   | (11) 3394-8770             |
|         | Rua Arraial de Santa Bárbara, 996, Vila Jacuí               | UBS Dr. THÉRSIO VENTURA (somente vacinação)                       | (11) 2545-1026 / 4780-5091 |
| Norte   | Rua Voluntários da Pátria, 943, Santana                     | PRONTO SOCORRO MUNICIPAL SANTANA "Dr. LAURO RIBAS BRAGA"          | (11) 2223-2911 / 2221-3682 |



**CIDADE DE  
SÃO PAULO**  
SAÚDE

## Anexo 11 - Unidades de Referência Profilaxia de Pré-Exposição da Raiva

UNIDADES DE  
REFERÊNCIAPré-Exposição Antirrábica Humana  
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

| Região  | Endereço                                                    | Nome da Unidade                        | Telefone                | Dia e Horário do Atendimento                 |
|---------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------|----------------------------------------------|
| Norte   | Av. Nova Cantareira, 1467, Tucuruvi                         | UBS AE Tucuruvi                        | 2996-7679               | 4ª feira, das 8h às 12h                      |
|         | Rua Bonifácio Cubas, 3931<br>Freguesia do Ó                 | AE Freguesia do Ó                      | 3931-5656/<br>3936-3177 | 6ª feira, das 9h às 11h30 e das 14h às 16h30 |
|         | Av. João Amado Coutinho, 400<br>Jaraguá                     | UBS Elísio<br>Teixeira Leite           | 3972-0333/<br>3971-2572 | 4ª feira, das 8h às 17h                      |
| Oeste   | Rua Charles Coulomb, 80, Brooklin                           | UBS Integral<br>Jardim Edite           | 4329-8861/<br>4329-8860 | 3ª feira, das 8h às 12h                      |
|         | Av. Dr. Arnaldo, 165 (térreo)<br>Prédio do Ambulatório      | II ER - CIER *                         | 3896-1366/<br>3896-1302 | 2ª a 6ª feira, das 8h às 12h                 |
|         | Rua Padre Francisco Libermann, 318<br>Rio Pequeno           | UBS Rio Pequeno<br>Dr. Paulo B. França | 3768-9460               | 3ª feira, das 10h às 18h                     |
| Centro  | Rua Líbero Badaró, 282, Centro                              | UBS República                          | 3241-5515               | 2ª a 6ª feira, das 7h às 18h                 |
| Sudeste | Av. Dom Pedro I, 594, Ipiranga                              | UBS Oswaldo<br>Marasca Júnior          | 2272-8619               | 3ª e 4ª feira, das 10h às 16h                |
|         | Praça do Centenário da Vila<br>Prudente, 108 - VI. Prudente | UBS Vila Prudente                      | 2272-5763               | 4ª feira, das 8h às 12h                      |
| Sul     | Rua Conde de Itú, 359, Santo Amaro                          | UBS Santo Amaro                        | 5523-9449/<br>5687-3367 | 5ª feira, das 9h às 15h                      |
| Leste   | Rua Arraial de Santa Bárbara,<br>996 - Vila Jacuí           | UBS Dr. Thérso<br>Ventura              | 2545-1026/<br>4780-5091 | 3ª e 5ª feira, das 10h às 15h                |

\* II ER - AGENDAR: <http://www.emilioribas.sp.gov.br/agendamento-vacina>

Atualização: 02/2021

CIDADE DE  
SÃO PAULO  
SAÚDE

Saiba mais em:

[prefeitura.sp.gov.br/saude](http://prefeitura.sp.gov.br/saude)



**PREFEITURA DE  
SÃO PAULO**