

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE PATO BRANCO**

**PROTOCOLO DE MANEJO DOS EVENTOS ADVERSOS**

**PÓS-VACINAÇÃO – COVID 19**

*Felipe Balem Borges da Silva*  
*CRM Pr nº 31.992*  
*Diretor Técnico UPA24h*

**PATO BRANCO**

**2021**

## **1 INTRODUÇÃO**

O avanço da farmacologia clínica e do conhecimento sobre os efeitos dos medicamentos (entre estes, as vacinas) no homem permitiu-nos compreender mais claramente a distinção entre os objetivos procurados – os efeitos terapêuticos – e os efeitos indesejáveis, porém inerentes ao uso de drogas.

Embora nenhuma vacina esteja totalmente livre de provocar eventos adversos, os riscos de complicações graves causadas pelas vacinas são muito menores do que os das doenças contra as quais elas conferem proteção. É preciso, ainda, grande cuidado ao contra-indicar as vacinações em virtude da possibilidade da ocorrência de eventos adversos, pois as pessoas não imunizadas estão sujeitas a adoecer e, além disso, representam um risco para a comunidade, pois poderão ser um elo na cadeia de transmissão.

Como descrito no relatório da aliança Mundial para a Segurança do paciente (OMS, 2005), entre os principais requisitos dos programas para melhorar a segurança dos pacientes estão à habilidade e a capacidade de reunir as informações mais completas sobre eventos adversos e erros de medicação ou imunização, de modo que tais programas sirvam como fonte de conhecimento e base para futuras ações preventivas. Quando não se tomam medidas apropriadas ante a ocorrência de um evento adverso ou quando surgem novas provas a seu respeito, geralmente a lição não será aprendida, a oportunidade de disseminar conhecimento será perdida e a capacidade de produzir soluções mais amplamente efetivas e aplicáveis não se manifestará.

Desse fato, surgem dois eixos fundamentais de ação: a formação adequada em farmacologia clínica e terapêutica em todos os níveis, para garantir a melhor utilização dos medicamentos e das vacinas, e o estabelecimento de um sistema de farmacovigilância.

Esse protocolo visa citar e definir os possíveis eventos adversos pós-vacinação contra a COVID-19 e orientar o manejo das principais manifestações locais e sistêmicas.

## **2 EVENTOS ADVERSOS OBSERVADOS PÓS VACINA ADSORVIDA COVID-19 (INATIVADA) DO INSTITUTO BUTANTAN**

De acordo com a bula profissional divulgada pelo Instituto Butantan a respeito da Vacina adsorvida Covid-19 (inativada) de uso exclusivamente intramuscular, os eventos adversos observados durante as fases de estudos foram às seguintes:

- Reações adversas observadas a partir dos estudos clínicos fase I/II em Adultos (18-59 anos) e Idosos (com mais de 60 anos):
  - Reação muito comum ( $> 1/10$ ) Local: dor.
  - Reação comum ( $> 1/100$  e  $\leq 1/10$ ) Sistêmica: fadiga, febre, mialgia, diarreia, náusea, dor de cabeça.
  - Reação incomum ( $> 1/1000$  e  $\leq 1/100$ ) Sistêmica: vômitos, dor abdominal inferior, distensão abdominal, tonturas, tosse, perda de apetite, hipersensibilidade, pressão arterial elevada. Local: coloração anormal no local da administração, inchaço, prurido, eritema, hipoestesia local, endurecimento.
  
- Reações adversas observadas a partir do estudo clínico fase III em Adultos (18-59 anos) até 7 dias após a administração da segunda dose da vacina:
  - Reação muito comum ( $> 1/10$ ) Sistêmica: cefaléia, fadiga. Local: dor.
  - Reação comum ( $> 1/100$  e  $\leq 1/10$ ) Sistêmica: náusea, diarreia, mialgia, calafrios, perda de apetite, tosse, artralgia, prurido, rinorreia, congestão nasal o Local: eritema, inchaço, endureção, prurido.
  - Reação incomum ( $> 1/1000$  e  $\leq 1/100$ ) Sistêmica: vômito, febre, exantema, reação alérgica, dor orofaríngea, odinofagia, espirros, astenia, tontura, dor abdominal, sonolência, mal estar, rubor, dor nas extremidades, dor abdominal superior, dor nas costas, vertigem, dispnéia, edema. Local: hematoma

- Reações adversas observadas a partir do estudo clínico fase III em Idosos (acima de 60 anos) até 7 dias após a administração da segunda dose da vacina:
  - Reação muito comum ( $> 1/10$ ) Local: dor.
  - Reação comum ( $> 1/100$  e  $\leq 1/10$ ) Sistêmica: náusea, diarreia, cefaléia, fadiga, mialgia, tosse, artralgia, prurido, rinorreia, odinofagia, congestão nasal o Local: prurido, eritema, edema local, endureção.
  - Reação incomum ( $> 1/1000$  e  $\leq 1/100$ ) Sistêmica: vômito, calafrios, diminuição de apetite, reação alérgica, astenia, tontura, equimose, hipotermia, desconforto nos membros. Local: hematoma.

### **3 EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO POSSÍVEIS E ORIENTAÇÃO DE MANEJO**

#### **3.1 MANIFESTAÇÕES LOCAIS**

Consideram-se como eventos adversos, as reações no local ou próxima ao sítio de administração, as quais podem ocorrer após a aplicação de qualquer imunobiológico. Essas reações são conseqüências da introdução da agulha e do conteúdo vacinal no tecido muscular.

Portanto, “reação local” é um termo genérico e necessita de critérios mais específicos para avaliação normatizada dessas reações após as imunizações, sendo importante atuar como ferramenta para a coleta, análise e/ou comunicação de dados sobre eventos adversos pós-vacinação (EAPV).

Para todos os casos, as seguintes informações devem ser registradas:

I Descrição clínica detalhada do evento. Apresentar uma foto, se possível.

II Descrever o local anatômico da(s) reação(ões) local(ais) e anotar tamanho(s) da(s) lesão(ões) (diâmetro da área afetada).

III Verificar se vacinações anteriores foram administradas na mesma área.

IV Registrar data e horário do início dos sinais e sintomas, diagnóstico e evolução.

V Verificar a presença de outros sinais, sintomas e doenças concomitantes.

VI Relatar resolução do quadro clínico com ou sem intervenção (uso de antiinflamatórios, analgésicos, antibióticos, drenagem espontânea, limpeza cirúrgica, outros).

VII Registrar reincidência de reação local após a resolução da uma reação inicial (como doença bifásica).

### **3.1.1 Abscesso no sítio de administração**

É uma coleção de material localizada no tecido mole, ocorrendo no sítio de administração de uma vacina.

### **3.1.2 Celulite no sítio de administração**

É definida como uma condição de inflamação aguda das estruturas cutâneas, incluindo o tecido adiposo subjacente da pele, sendo aguda, infecciosa e expansiva. A celulite é acompanhada por endureção e não por edema.

### **3.1.3 Dor no sítio de administração**

Dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano tecidual potencial ou real (resultante da estimulação de neurônios sensoriais) no momento da administração da vacina ou por processo inflamatório no tecido danificado após vacinação.

### **3.1.4 Edema no sítio de administração ou próximo a este**

O edema é causado por infiltração líquida nos tecidos. caracteriza-se pela presença de aumento visível no sítio de administração da vacina, com possibilidade de extensão para um segmento ou todo um membro no qual foi administrada uma

vacina (independentemente da extensão).

### **3.1.5 Enduração no sítio de administração ou próxima a este**

Presença de espessamento, endurecimento e firmeza dos tecidos moles (tecido subcutâneo, tecido gorduroso, fáscia ou músculos) no sítio de administração, na ausência de sinais de supuração, como vermelhidão, calor e dor.

### **3.1.6 Nódulo no sítio de administração**

Nódulo é uma formação sólida (“caroço”), causada por espessamento epidérmico, infiltração inflamatória dérmica ou do tecido subcutâneo, ou por depósitos de substâncias no sítio de administração. São firmes, podendo envolver aumento de sensibilidade, dor e prurido.

### **3.1.7 Granuloma como sub categoria de nódulo no sítio de administração**

Granuloma é um termo indefinido aplicado a lesões inflamatórias, nodulares, em geral pequenas, granulares, firmes e persistentes. Quando localizado em um sítio de administração, apresenta-se como nódulos persistentes muitos meses após a imunização.

### **3.1.8 Reação ou fenômeno de Arthus**

Caracteriza-se clinicamente pela presença de dor, edema, hemorragia e, eventualmente, necrose no local de aplicação da vacina. Os sintomas surgem de 4h a 12h após a administração da vacina ou soro, enquanto nas reações anafiláticas, essas reações surgem, geralmente, em poucos minutos.

### **3.1.9 Exantemas ou *rash* cutâneo**

É uma erupção geralmente vermelhada, que aparece na pele devido à

dilatação dos vasos sanguíneos ou inflamação. Sua causa pode ser infecciosa, alérgica, tóxica ou física, entre outras. os exantemas podem se manifestar sob várias modalidades: bolha, mancha ou mácula, pápula, vesícula, pústula, crosta e sufusão hemorrágica.

### **3.1.10 Úlceras ou lesões ulcerativas**

Lesão nas superfícies da pele ou mucosa, produzida por tecido necrótico inflamatório.

### **3.1.11 Urticária**

Erupção eritematosa da pele com prurido. Constituem-se em placas pouco elevadas, de dimensão e formas variadas. Duram de alguns minutos há várias horas ou dias, sempre acompanhadas de prurido.

### **3.1.12 Tratamento**

I Administrar analgésico, se necessário.

II Aplicar compressas frias, nas primeiras 24h a 48h após a vacinação, nos casos de dor e reações locais intensas.

III Submeter os abscessos à avaliação médica, para conduta apropriada (uso de antibióticos, drenagem cirúrgica, etc.).

IV Em casos de exantemas/rash cutâneo ou urticária, deve-se avaliar o paciente em unidade de pronto atendimento, podendo ser necessário uso de anti-histamínicos e corticoides.

## **3.2 MANIFESTAÇÕES SISTÊMICAS**

### **3.2.1 Anafilaxia**

Trata-se de emergência médica de instalação súbita e inesperada, com manifestações clínicas que se iniciam em segundos ou minutos após a exposição a substâncias ou alérgenos (vacina) administrados.

O “choque anafilático”, manifestação mais grave da anafilaxia, é definido como uma síndrome clínica caracterizada por hipoperfusão tissular, com sinais e sintomas de insuficiência hemodinâmica.

A maioria dos casos acontece na primeira hora (de segundos a minutos após a exposição), e uma menor quantidade de casos, após 12h de exposição. Existem relatos de apresentação bifásica em um prazo de até 72h. As manifestações clínicas também podem variar de acordo com a via de administração do alérgeno (intravenoso, intramuscular, subcutâneo, etc.).

Como a anafilaxia é uma emergência médica, o número de sinais e sintomas que se documentam caso a caso varia muito. Ela diferencia-se das reações alérgicas simples (por exemplo, urticária, rinite alérgica, asma) pelo comprometimento simultâneo de múltiplos órgãos ou sistemas.

A associação de sintomas cardiorrespiratórios e dermatológicos (urticária, angioedema etc.) é mais específica; portanto, a presença de sinais dermatológicos é essencial para diferenciar a anafilaxia de outras síndromes clínicas de etiologias variadas: síncope (reação vasovagal), infarto do miocárdio, episódio hipotônico-hiporresponsivo, choque séptico.

O diagnóstico de anafilaxia é baseado em critérios clínicos definidos. A anafilaxia é altamente provável quando um dos três critérios descritos no Quadro abaixo é preenchido:

#### **Critérios para o diagnóstico de anafilaxia.**

**1. Início agudo de doença (minutos ou horas) com envolvimento da pele, mucosas ou ambos (por exemplo, urticária generalizada, prurido ou eritema facial, edema lábios-língua-úvula).**

**E pelo menos um dos seguintes itens:**

- a) Comprometimento respiratório (dispneia, sibilos-broncoespasmo, estridor, pico de fluxo expiratório reduzido, hipoxemia).
- b) Pressão arterial reduzida ou sintomas associados de disfunção orgânica [por exemplo, hipotonia (colapso), síncope, incontinência].

**2. Dois ou mais dos seguintes sintomas ocorrendo rapidamente após exposição a um alérgeno provável para o paciente (minutos a horas)**

- a) Envolvimento de pele-mucosas (por exemplo, urticária generalizada, prurido-eritema facial, edema lábios-língua-úvula).
- b) Comprometimento respiratório (dispneia, sibilos-broncoespasmo, estridor, pico fluxo expiratório reduzido, hipoxemia).
- c) Pressão arterial reduzida ou sintomas associados de disfunção orgânica [por exemplo, hipotonia (colapso), síncope, incontinência].
- d) Sintomas gastrointestinais persistentes (por exemplo, cólica abdominal persistente, vômitos).

**3. Queda da pressão arterial após exposição a um alérgeno conhecido para o paciente (minutos a horas):**

- a) Lactentes e crianças: pressão arterial sistólica baixa (idade específica) ou uma queda na pressão arterial sistólica >30%.
- b) Adultos: pressão arterial sistólica menor que 90 mmHg ou queda >30% na pressão arterial sistólica basal.

#### **Tratamento:**

O tratamento deve ser rápido. Identificada a anafilaxia o paciente deve ser medicado e/ou encaminhado a unidade de emergência mais próxima o mais rápido possível.

Deve-se avaliar a circulação, as vias aéreas, a respiração, o estado de consciência, a pele e o peso corporal (massa). Deve-se direcionar alguém para ligar (quando disponível) para um serviço médico de emergência.

Deve-se também posicionar o paciente adequadamente: manter a pessoa em posição supina ou decúbito dorsal, a menos que tenha dificuldade respiratória. Caso a respiração seja difícil, elevar a cabeça do paciente, desde que a pressão arterial esteja em níveis adequados para evitar a perda de consciência. Caso a pressão arterial esteja baixa, elevar as pernas.

Grávidas devem ser colocadas semirreclinadas no lado esquerdo, com as pernas elevadas.

Monitorar a pressão sanguínea e pulso a cada cinco minutos.

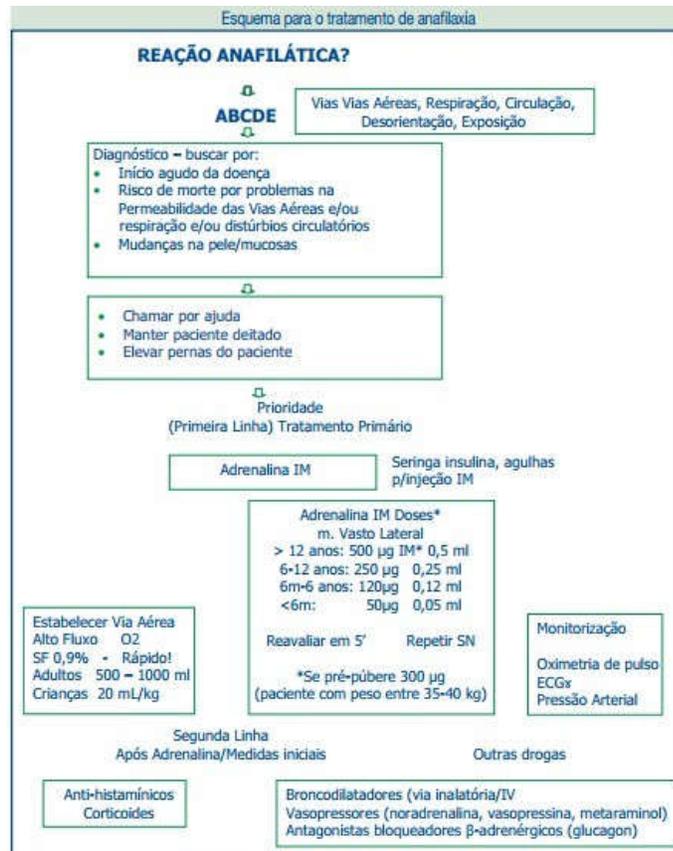
Colocar o paciente de lado em caso de vômitos ou se estiver inconsciente.

Quanto ao tratamento medicamentoso, a epinefrina (adrenalina) é a medicação de escolha para seu tratamento, sendo as outras medicações consideradas como adjuvantes. Nenhum estudo randomizado e controlado para o tratamento da anafilaxia aguda foi publicado, mas a injeção de adrenalina permanece com melhores evidências do que os antihistamínicos H1 ou H2 e corticosteroides no tratamento inicial da anafilaxia.

O tratamento emergencial de uma reação anafilática inclui medidas gerais, não farmacológicas, e drogas de primeira linha (medicação prioritária) ou segunda linha (tratamento secundário). Não se deve retardar a administração de adrenalina, oxigênio e volume (soro fisiológico) para preparar/administrar medicamentos da segunda linha.

A primeira linha de tratamento utiliza a epinefrina precocemente após o reconhecimento de potencial de anafilaxia. A via de administração deve ser a intramuscular(IM), o que proporciona a sua absorção mais rápida e minimiza os efeitos adversos quando utilizada em doses adequadas. Essa via de administração necessita menor treinamento do pessoal de pronto atendimento e apresenta grande margem de segurança. O local de aplicação de melhor absorção é na face anterolateral do terço médio da coxa, que parece ser mais adequado que o deltoide, sempre lembrando o tamanho da agulha capaz de atingir a região muscular. Não são recomendadas as vias inalatória ou subcutânea.

A Figura abaixo mostra o esquema inicial de tratamento das reações anafiláticas, iniciando-se pela sequência de suporte à vida



- Se o peso da criança for conhecido, deve-se administrar epinefrina IM na dose de 0,01mg/Kg, máximo de 0,5mg (0,5ml).
- Se for administrado epinefrina EV, deve-se usar a diluição 1:10.000 (1ml epinefrina + 9ml SF), na dose de 0,01mg/Kg (0,1ml/Kg), máximo de 0,5mg (5ml).

Uma etapa praticamente simultânea ao uso da epinefrina é a introdução, assim que for possível, de oxigênio em alto fluxo e com máscara com reservatório e a obtenção de acesso endovenoso e a introdução de fluídos na dose de 500 a 1000 ml em adultos e 20 ml/kg de cristaloides (SF 0,9%) em crianças. A monitorização da

SatO<sub>2</sub> e da pressão arterial também devem ser instituídas precocemente. Em etapas subsequentes (segunda linha de tratamento) são introduzidos anti-histamínicos (anti- H<sub>1</sub>) pela via oral (se paciente se encontra consciente e estável) ou endovenosa, além dos corticosteroides. Na anafilaxia os anti-histamínicos antiH<sub>1</sub> não previnem ou reduzem os sintomas da obstrução das vias aéreas altas ou baixas, a hipotensão ou o choque, embora eles reduzam o prurido, “flushing”, urticária e sintomas nasais.

Doses e vias de administração de anti-histamínicos (anti-H <sub>1</sub> ) e corticosteroides na anafilaxia			
Droga	Via de administração	Idade	Dose
Difenidramina	EV, IM ou VO	Adultos Crianças	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 25-50 mg</li> <li>• 0,5 -1 mg/kg</li> </ul>
Prometazina	IM e EV em casos graves	Adultos > 2anos*	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 50 mg</li> <li>• 0,5 mg/kg/dose máx 10 kg</li> </ul>
Hidrocortisona	IM ou EV	Adultos e < 12anos 6-12anos 6meses-6anos < 6meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 200 mg</li> <li>• 100 mg</li> <li>• 50 mg</li> <li>• 25 mg</li> </ul>
Metilprednisona	EV	Adultos e crianças	• 1-2mg/kg/dose max 60-80 mg
Prednisona	VO	Crianças e adultos	• 1-2 mg/kg/dose max 60-80 mg

Outras medicações que podem ser administradas durante a fase inicial em pronto atendimento são os broncodilatadores de curta ação por via inalatória ( $\beta$ -2 agonistas: salbutamol, fenoterol ou terbutalina) nas doses habituais, como tratamento sintomático de broncoespasmo isolado ou sem resposta a dose inicial de adrenalina administrada, mas não é medicamento de primeira linha.

### **Tratamento pós crise:**

Não há como prever quais pacientes apresentarão a fase bifásica da reação anafilática, com recrudescimento dos sintomas em 1-8 horas após. Desta forma preconiza-se a observação dos pacientes que receberam adrenalina em pronto atendimento nas próximas 4-6 horas. Os pacientes com boa resposta ao tratamento

inicial devem ser informados que poderão ter recorrência dos sintomas até 24 horas, especialmente quando: graves reações de início lento e de causa idiopática; pacientes com asma; reações onde pode ocorrer absorção contínua do alérgeno; história anterior de reação bifásica; quando a anafilaxia ocorreu à tarde ou à noite e podem não ser capazes de reconhecer a piora e pacientes que residam em locais de difícil acesso a setores de emergência.

Uma vez estabilizado e em condições de receber alta hospitalar o paciente deve receber orientação sobre a continuidade do tratamento no domicílio. Considerar o uso de anti-histamínicos e corticosteroides por via oral por, pelo menos, três dias após a alta, devendo procurar seu médico ou especialista para a continuidade do tratamento, orientações e pesquisa dos agentes causadores de sua anafilaxia quando o mesmo é desconhecido.

### **3.2.2 Febre**

Quando a febre se deve à vacinação, o quadro geralmente é benigno e autolimitado. Manter a pessoa em repouso, em ambiente bem ventilado, administrar água e outros líquidos apropriados, tais como leite materno e terapia de reidratação oral, e considerar o uso de antitérmico.

### **3.2.3 Convulsão**

#### **3.2.3.1 Convulsão Febril**

A fase aguda da crise febril deve ser tratada como qualquer outra convulsão. Embora a maioria das crises cesse espontaneamente em poucos minutos, existem aquelas mais prolongadas, que exigem tratamento. Nesses casos, devem ser adotadas as medidas básicas de suporte, ao tempo em que se combate a febre com antitérmicos e a crise com drogas anticonvulsivantes, como segue:

I Colocar o paciente em decúbito lateral, em posição segura, livre de objetos que possam machucá-lo durante a crise, de preferência no chão, sobre

uma superfície macia (cochonetes, mantas, etc.).

II Manter vias aéreas livres, por meio de uma leve hiperextensão do pescoço após o término da crise.

III Aspirar secreções, quando necessário.

IV Afrouxar as roupas.

V Administrar oxigênio úmido, se necessário (cianose, mesmo após aspiração).

VI Proceder ao uso do anticonvulsivante: o medicamento de escolha para a terapêutica inicial é o Diazepam, administrado por via intravenosa, lentamente, na dose de 0,05 a 0,2 mg/kg. Esse medicamento não deverá ser aplicado caso a crise tenha cessado espontaneamente. Pode também ser utilizada a via retal, na dose de 0,5 mg/kg. Dose máxima: 10 mg/dose. Outra alternativa é a utilização do Midazolam por via intravenosa ou intranasal na dose de 0,05 a 0,15 mg/kg. Dose máxima: 6mg/dose.

VII Se o paciente estiver em local inadequado para o atendimento da crise convulsiva, deve-se acionar o SAMU 192 para atendimento e transporte ao local mais adequado.

As doses dos diazepínicos podem ser repetidas por até três vezes, respeitando-se as doses máximas de cada medicamento. Caso não haja melhora e o paciente continue apresentando crise convulsiva, deve-se iniciar o protocolo de convulsão refratária, com o uso de drogas antiepilépticas—fenobarbital ou fenitoína intravenosos, segundo orientação médica.

### **3.2.3.2 Convulsão Afebril**

É rara em associação com vacina e necessita de avaliação e acompanhamento neurológico. O tratamento da fase aguda é semelhante ao da convulsão febril. Deve-se encaminhar o paciente à unidade de Urgência e Emergência.

### **3.2.4 Síncope**

Tratamento conservador. Adolescentes e adultos devem estar sentados ou deitados durante a vacinação, recomendando-se observar o paciente por 15 minutos após a vacinação para diminuir o risco de traumas em caso de quedas. caso um quadro de síncope ocorra, os pacientes devem ser observados até que os sintomas se resolvam.

O paciente com esse quadro deve ser mantido em observação cuidadosa, em ambiente bem ventilado e com temperatura amena, até sua recuperação completa, em decúbito dorsal com membros inferiores discretamente elevados (posição de Tendelenburg).

### **3.2.5 Alterações gastrointestinais (Vômitos e diarreia)**

Tratamento com sintomáticos e terapia de rehidratação oral. Em alguns casos, paciente pode necessitar de soro e medicação endovenosa, os quais devem ser administrado em unidade de pronto-atendimento.

### **3.2.6 Queixas álgicas (Cefaléia, mialgia, dor abdominal)**

Podem ser tratadas com repouso e analgésicos simples em casos leves. Caso mais fortes ou refratários à medicação, devem ser avaliadas pelo médico em unidade de urgência e emergência.



Obs 1: Notificar todos os casos de EAPV: <http://notifica.saude.gov.br/login>

Obs 2: Modelo para reprodução da Ficha de Notificação EAPV: **ANEXO 1**

## ORIENTAÇÕES À POPULAÇÃO

### EVENTO ADVERSO NO DOMICÍLIO, PÓS-VACINAÇÃO COVID - 19

Embora nenhuma vacina esteja totalmente livre de provocar reações não esperadas, os riscos de complicações graves causadas pelas vacinas são muito menores do que os das doenças contra as quais elas conferem proteção;

De acordo com a bula profissional divulgada pelo Instituto Butantan a respeito da Vacina adsorvida Covid-19 (inativada) de uso exclusivamente intramuscular, os eventos adversos mais comuns observados durante as fases de estudos, até 7 dias após a administração da vacina, foram as seguintes;

- **Reações locais**: dor, eritema (vermelhidão), inchaço, endureção e prurido no local da aplicação.

- **Reações sistêmicas**: febre, fadiga (cansaço) , mialgia (dor muscular), diarreia, náuseas, dor de cabeça, perda de apetite, tosse, artralgia (dor nas articulações), prurido, rinorreia (nariz escorrendo) e congestão nasal.

#### **O que fazer caso apresente REAÇÕES ADVERSAS LOCAIS:**

- Comunicar o serviço de vigilância epidemiológica através do telefone **(46) 3902-1265**.
- Aplicar compressas frias, nas primeiras 24h a 48h após a vacinação, nos casos de dor e reações locais intensas.
- Administrar analgésico, se necessário (Paracetamol ou Dipirona).
- Em caso de lesões no local que não tenham melhora com o tempo e o uso de medicação analgésica, deve-se procurar a **Unidade de Saúde do bairro** para avaliação.
- Em casos de reações alérgicas pelo corpo (exantemas/rash cutâneo ou urticária), deve-se procurar a UPA 24h.

### **O que fazer caso apresente REAÇÕES ADVERSAS SISTÊMICAS:**

- Comunicar a Unidade Básica de Saúde de referência mais próxima (Posto de Saúde do Bairro) OU o Serviço de Vigilância Epidemiológica por meio do telefone (46) 3902-1265.
- Em caso de febre, o quadro geralmente tem boa evolução e desaparece espontaneamente. Manter a pessoa em repouso, em ambiente bem ventilado, administrar água e outros líquidos apropriados, tais como leite materno e terapia de reidratação oral, e considerar o uso de antitérmico (Dipirona ou Paracetamol).
- Em caso de dores como dor de cabeça, dor muscular e dor abdominal, pode-se fazer repouso e uso de analgésicos simples em casos leves. Caso mais fortes ou que não cessam com a medicação, deve ser avaliado pelo médico em unidade de urgência e emergência (UPA 24h).
- Em caso de alterações gastrointestinais como vômitos e diarreia, pode-se realizar tratamento com sintomáticos e terapia de reidratação oral. Em casos em que os sintomas sejam intensos ou não melhorem com medicações no domicílio, deve-se procurar atendimento médico em unidade de urgência e emergência (UPA 24h).
- Em caso de sintomas respiratórios como tosse, coriza, congestão nasal ou dor de garganta, deve-se procurar atendimento em uma unidade sentinela de COVID-19 do município.
- Reações sistêmicas graves como anafilaxia (reação alérgica grave) e convulsões não foram descritas na fase de estudos conforme divulgados pelo Instituto Butantan. Porém, caso ocorra, deve-se **ligar imediatamente para o SAMU (192)** para orientações e atendimento.