



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE

NOTA TÉCNICA Nº01/2022- DASCA/SAPS/SAPAPVS/SES-MA (2ª Edição)

Dispõe sobre a sistematização do Manejo Técnico e Operacional do Medicamento Palivizumabe no Tratamento Profilático do Vírus Sincicial Respiratório (VSR) no Estado do Maranhão

1. OBJETIVO: Esta Nota Técnica tem por objetivo sistematizar todo o processo que envolve o manejo do medicamento Palivizumabe como tratamento profilático das afecções respiratórias cujo agente etiológico é o Vírus Sincicial Respiratório.

2. INTRODUÇÃO

O vírus sincicial respiratório humano (VSR) é um RNA da família Paramixovírus e é a causa mais comum de doenças graves do trato respiratório inferior em crianças pequenas em todo o mundo, resultando em grande número de hospitalizações e gastos significativos para os sistemas de saúde (FIOREN, PLENT, ZORC, 2017).

Ressalta-se que o VSR é um vírus de alta contagiosidade e com grande potencial de disseminação hospitalar e 90% das crianças se infectam nos primeiros 2 anos de vida (COLLINS et al., 2001).

Embora a infecção mais comum causada pelo VSR seja do trato respiratório superior, este vírus é o principal agente de infecções agudas do trato respiratório inferior, sendo a causa mais conhecida de bronquiolite viral aguda alcançando 80% dos casos (FISHER, 2011) entre lactentes e crianças com menos de dois anos e é responsável pelo aumento nas taxas de internações durante o inverno no primeiro ano de vida (MONTEIRO et al., 2017; VIEIRA, 2018).

O processo infeccioso se inicia quando o VSR adere à mucosa do trato respiratório superior tendo como porta de entrada no organismo a mucosa conjuntival, da orofaringe e nasofaringe ou pela inalação de gotículas derivadas de tosse ou espirro (COLLINS, CHANOCK, MURPHY, 2001; VIEIRA, STEIN, 2008). A replicação viral se inicia na orofaringe e em 1 a 3 dias o VSR atinge o trato respiratório inferior e causa necrose com destruição do epitélio ciliar (FISHER, 2011).

Esse dano tecidual gera uma resposta inflamatória com produção de muco espesso que obstrui o lúmen da via aérea e se acumula nos bronquíolos e alvéolos. Essa obstrução resulta em atelectasias e, nos casos graves, insuficiência respiratória (FISHER, 2011). De modo geral, o pequeno diâmetro dos bronquíolos de recém-nascidos e lactentes contribui para que eles sejam facilmente obstruídos pelo edema e necrose (VIEIRA, 2008; COLLINS, CHANOCK, MURPHY, 2001).

No que diz respeito à transmissão do VSR predomina a transmissão pelo contato. O VSR sobrevive em roupas e aventais por mais de 45 minutos; em conta-gotas, brinquedos, objetos sobre a mesa, estetoscópios e grade do berço por mais de 6 horas; nas luvas cirúrgicas por 1 hora e meia; em



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE

pijamas e lenços de papel por 45 minutos e na pele por mais de 20 minutos (BARR, GRAHAM, 2011; FISHER, 2011; FIOREN, PLINT, ZORC, 2017).

Deste modo, o VSR pode sobreviver durante várias horas nas mãos e fômites, razão pela qual a lavagem das mãos e as precauções de contato são medidas importantes para prevenir a disseminação direta e indireta do vírus (FIORE, PLENT, ZORC, 2017).

As infecções causadas pelo VSR são clinicamente caracterizadas por coriza, congestão nasal, tosse e febre. Os sintomas iniciais incluem febre, coriza, tosse e chiado (FISHER, 2011) e, com a progressão da doença, há aumento do chiado, tosse e dispnéia, com hiperinsuflação torácica, tiragem, taquipnéia e cianose. Algumas crianças também desenvolvem faringite ou otite média aguda, mas a bronquiolite e a pneumonia são as manifestações mais comuns (FIOREN, PLINT, ZORC, 2017).

Estas infecções tem gravidade variável, com manifestações clínicas leves podendo evoluir de forma grave, com necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para assegurar suporte de ventilação mecânica. Representam grande número de internações e de custo elevado podendo levar, inclusive, a óbito (ALVAREZ, et al. 2013).

Lactentes com menos de seis meses de idade, principalmente os recém-nascidos pré-termos, crianças com doença pulmonar crônica da prematuridade e cardiopatas são a população de maior risco para desenvolver infecção respiratória mais grave, necessitando de internação por desconforto respiratório agudo.

Nesta população, as condições associadas ao desenvolvimento de doença grave são decorrentes do sistema imune imaturo, reduzida transferência de anticorpos maternos e menor calibre das vias aéreas; acrescidos da baixa reserva energética, frequente desmame precoce, anemia, infecções de repetição e uso de corticoides, tornando-se mais suscetíveis à ação do VSR (GROOTHUIS et al., 2011).

3. Tratamento das Infecções causadas pelo VSR

Não há terapêutica específica que abrevie o curso e a resolução dos sintomas da infecção por VSR. Portanto, o manejo nestas infecções é principalmente, de suporte, com cuidados relacionados à alimentação, hidratação e assistência ventilatória (BARR, GRAHAM, 2010; GROOTHUIS, et al., 2011).

Recém-nascidos e lactentes com infecção por VSR, em especial nos quadros de bronquiolite viral aguda, podem ter dificuldades para se alimentar devido à congestão nasal e pelo esforço respiratório. As diretrizes recomendam administração de líquidos por sonda ou por via endovenosa, em especial, com fluidos isotônicos recomendados para evitar hiponatremia.

Outro suporte terapêutico diz respeito à aspiração nasal e tem a finalidade de fazer higiene das narinas, melhorando o esforço respiratório e conseqüentemente facilita a alimentação. O oxigênio é recomendado quando a saturação ficar abaixo de 92% ou 90%. O uso de pressão positiva contínua em vias aéreas (CPAP) tem evidência de melhora nos parâmetros respiratórios (MONTEIRO et al., 2014).



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE

4. Imunoprofilaxia com Palivizumabe

A profilaxia para a infecção pelo VSR inclui as medidas gerais de controle de transmissão, tanto em ambiente domiciliar quanto hospitalar, principalmente quando envolvem recém-nascidos e lactentes de alto risco. Até o momento, não há vacinas disponíveis contra o VSR, porém, há em todo mundo *guidelines* mostrando que crianças de alto risco para adquirir infecção grave pelo VSR devem receber imunização passiva com anticorpo monoclonal Palivizumabe.

O palivizumabe foi aprovado pelo *Food and Drugs Administration* (FDA) em 1998, e em 2014 foi disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) quando o Ministério da Saúde publicou a Portaria de nº. 522 de 2013 (BRASIL, 2013) aprovando o protocolo para o uso clínico do palivizumabe configurando-se como investimento rentável e clinicamente eficaz para reduzir os riscos de infecção do trato respiratório inferior pelo VSR.

Segundo Checchia et al.(2011), a administração mensal de palivizumabe durante o período de sazonalidade resultou em uma diminuição de 45% a 55% nas taxas de hospitalização e o uso da profilaxia também foi associada a redução da mortalidade entre as crianças com critério para a utilização do medicamento. Acumulam-se evidências sugerindo que o uso do palivizumabe em crianças reduz a incidência futura de episódios e dias de sibilância (BLANKEN et al., 2013; YOSHIHARA et al., 2013).

4.1 O medicamento Palivizumabe

O Palivizumabe é um anticorpo monoclonal, IgG1 humanizado e é considerado uma imunoglobulina responsável pela imunização passiva para a profilaxia da infecção pelo VSR (ABBOTT, 2020). Possui atividade neutralizante e inibitória contra o VSR, provocando imunização passiva, o diferenciando das vacinas (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013), pois estas representam uma forma de imunização ativa, ou seja, estimulam a produção de anticorpos pelo próprio organismo. Portanto, o palivizumabe possui ação passiva, isto é, inibitória para o VSR.

5. Critérios para Inclusão de Crianças para Imunoprofilaxia com Palivizumabe

Em 2013, devido ao alto custo da medicação, em média R\$ 2.734,82 por ampola (BRASIL, 2012), foi publicada a Portaria nº. 522 do Ministério da Saúde (BRASIL 2013), aprovando o protocolo de uso do Palivizumabe somente para crianças do subgrupo de mais alto risco para prevenção de infecção grave associada ao VSR, as quais são:

- A) **Crianças menores de 1 ano de idade** (até 11 meses e 29 dias) **que nasceram com idade gestacional menor ou igual a 28 semanas** (28 semanas e 6 dias);
- B) **Crianças menores de 2 anos de idade com doença pulmonar crônica da prematuridade** (DPCP), definida pela dependência de oxigênio em prematuros a



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE

partir de 28 dias de vida acompanhada de alterações típicas na radiografia pulmonar ou dependência de oxigênio com 36 semanas de idade gestacional corrigida, em prematuro extremo;

- C) **Crianças menores de 2 anos de idade com cardiopatia congênita com repercussão hemodinâmica demonstrada.** Incluem-se as cardiopatias cianóticas em uso de medicamentos para controlar insuficiência cardíaca congestiva e que precisarão de procedimento cirúrgico. Crianças com hipertensão pulmonar moderada a severa.

OBSERVAÇÕES:

- a) O palivizumabe não está indicado em recém-nascidos e lactentes com **doença cardíaca sem repercussão hemodinâmica** (como, por exemplo, defeito do septo atrial tipo *ostium secundum*; defeito pequeno do septo ventricular; estenose pulmonar; estenose aórtica não complicada; coarctação leve da artéria aorta; persistência do ducto arterial; criança com lesão cardíaca corrigida por cirurgia a não ser que continue precisando de medicamentos por insuficiência cardíaca; lactentes com cardiopatia leve, sem uso de medicamentos para esta doença);
- b) A administração de palivizumabe **deverá ser feita em crianças que preencham pelo menos um dos critérios de inclusão estabelecidos pelo Ministério da Saúde**, inclusive para as que se encontram internadas, devendo neste caso ser administrado no ambiente hospitalar;
- c) Em recém-nascidos internados com indicação para receber o palivizumabe, a aplicação poderá ser iniciada, **a partir de 7 dias de vida**, desde que observada a **estabilidade clínica da criança**;
- d) A criança poderá receber a dose inicial (intra-hospitalar) no período quinzenal que antecede a alta hospitalar.

6. Administração do Palivizumabe em Contexto Intra-hospitalar

Para que a criança receba o Palivizumabe em contexto intra-hospitalar deve-se considerar a considerada estabilidade clínica. Nestes casos, estabilidade clínica é definida nos casos em que:

- A) Recém-nascido sem uso de drogas vasoativas para tratamento de choque séptico, cardiogênico ou hipovolêmico;
- B) Sem uso de antibióticos ou outras drogas para tratamento de infecção grave;
- C) Sem uso de parâmetros elevados de ventilação mecânica.

7. Contraindicações para Administração do Palivizumabe

- A) O Palivizumabe não deve ser utilizado em crianças com histórico de reação anterior grave ao palivizumabe ou a qualquer de seus excipientes ou a outros anticorpos monoclonais humanizados;
- B) Este medicamento é contraindicado a pacientes adultos e não deve ser utilizado durante a gravidez e lactação.



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE

8. Apresentação do Palivizumabe

No Brasil o palivizumabe é, atualmente, comercializado em caixa com frasco ampola de vidro incolor de 0,5 mL ou de 1 mL na forma de solução injetável. Este medicamento é disponibilizado nas apresentações de 50mg e 100mg, ambas contendo a concentração de 100mg/mL. **Não é necessário diluir** a nova forma farmacêutica, pois a solução injetável é uma formulação pronta para uso que elimina a necessidade de reconstituição.

9. Conservação do Palivizumabe

Deve ser armazenado na embalagem original do produto sob refrigeração, entre +2° e +8°C, não devendo ser congelado. Nestas condições o medicamento se mantém próprio para o consumo dentro do prazo de validade indicado pelo fabricante.

10. Posologia do Palivizumabe

A posologia recomendada de palivizumabe é 15 mg/kg de peso corporal, uma vez por mês durante períodos de sazonalidade do VSR. O esquema para o palivizumabe encontra-se expresso no Quadro 1.

Quadro 1. Posologia e esquema do palivizumabe

Dose	Número de doses	Intervalo entre as doses
✓ 15 mg/kg por mês ✓ Totalizando 75 mg/Kg com esquema completo de 5 doses	5 doses	30 dias Podendo variar entre 28 a 32 dias o período para aplicação das doses subsequentes
Cálculo da Dose: peso da criança em (kg) x 15 mg/kg ÷ 100 mg /ml de palivizumabe		
Observação 1: A eficácia de doses inferiores a 15 mg/kg de palivizumabe ou de doses administradas em intervalo inferior a um mês não foi estabelecida.		
Observação 2: Doses com volume superior a 1mL devem ser administrados em doses divididas (ABOTT, 2020), isto é, a dose será dividida em 2 doses e administradas em locais diferentes.		

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde, 2013.



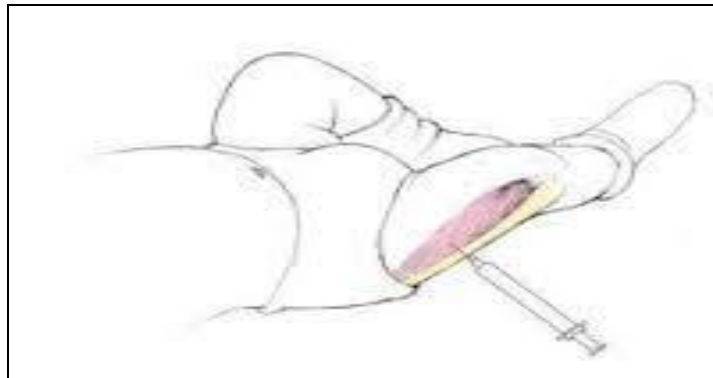
ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE

11. Esquema Profilático do Palivizumabe

O esquema recomendado é de cinco (05) doses. A primeira dose deve ser administrada um mês antes do início do período de sazonalidade e as doses subsequentes administradas durante este período (PALIVIZUMABE, 2015). Cada criança poderá receber no **máximo cinco (05) doses anuais** do medicamento. Vale ressaltar que o número total de doses por criança dependerá do mês de início das aplicações, variando de 1 a 5 doses. Para crianças nascidas durante a sazonalidade do VSR, poderá ser necessário menos que 5 doses, uma vez que o medicamento não será aplicado fora desse intervalo de tempo.

12. Via e local de administração do Palivizumabe

O Palivizumabe deve ser administrado **exclusivamente por via intramuscular (IM)** por profissional capacitado, utilizando técnica asséptica. Quanto ao local de administração esta se dará no músculo ântero-lateral da coxa como ilustrado na Figura 1:



Fonte: capturado do Google Imagens

13. Período de Sazonalidade para Administração do Palivizumabe



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE

Quadro 1. Período de sazonalidade e administração do palivizumabe por região brasileira

Região	Período de Sazonalidade	Período de Administração
Norte	Fevereiro - Junho	Janeiro - Junho
Nordeste	Março – julho	Fevereiro – Julho
Centro Oeste	Março – Julho	Fevereiro – Julho
Sudeste	Março – Julho	Fevereiro – Julho
Sul	Abril – Agosto	Março – Agosto

Fonte: Ministério da Saúde. Brasil (2015)

Segundo recomendação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) a primeira dose do **Palivizumabe deve ser administrada 1 mês antes do início do período de sazonalidade** que no Maranhão é de março a julho de cada ano. Assim, no **Estado do Maranhão o palivizumabe deverá ser administrado, nas crianças que se enquadrem nos critérios definidos pelo Ministério da Saúde, no período de 01 de fevereiro a 30 de julho.**

14. Eventos Adversos à Administração do Palivizumabe

- A) Reações locais: dor no local, hematomas, abscessos, endurecimento do local da administração, diminuição da sensibilidade e dano tecidual (lesão de nervos), fibrose e perda de amplitude de movimentos articulares (CANÇADO; LOBO; FRIEDRICH, 2010; PORTELA; PIVA, 2011);
- B) *Rash* (erupção cutânea) (PALIVIZUMABE, 2015);
- C) Pirexia (PALIVIZUMABE, 2015);
- D) Anafilaxia (rara) (BRASIL, 2013).

Observação: Das reações citadas, a anafilaxia é a que mais necessita de ação imediata, dando importância para que a equipe de saúde preste os cuidados adequados e de qualidade. Com isso, toda criança, após receber o Palivizumabe, deve ficar aguardar uma (01) hora em observação, pois, a manifestação dos sinais é súbito e pode iniciar até no máximo 2 horas após a administração do palivizumabe. Dessa maneira, caso a criança apresente algum sinal ela ainda estará no serviço de saúde e poderá receber o suporte de cuidados adequados (PEREIRA et al., 2014).

15. Recomendações no Manejo do Palivizumabe



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE

- A) Manter o palivizumabe em temperatura entre +2 e +8;
- B) Não congelar;
- C) Primeira aplicação no mês anterior ao período de sazonalidade;
- D) Completar as 5 doses durante o período de sazonalidade;
- E) Administrações superiores a 1,0 ml devem ser divididas e aplicadas em grupos musculares distintos;
- F) A criança deve permanecer no local da administração por até 2 horas para avaliar reações adversas.

16. Materiais e Equipamentos para o Manejo com Palivizumabe

- A) Termômetro de máxima e mínima com cabo extensor;
- B) Balança digital infantil;
- C) Medicamentos para uso em emergências;
- D) Material para uso em caso de choque anafilático;
- E) Caixa rígida para descarte de resíduo pérfuro-cortantes
- F) Caixa térmica;
- G) Termômetro clínico;
- H) Agulhas (20 x 5,5 e 25 x 7);
- I) Seringas de 1 mL descartáveis

17. Competências

A - Da Gestão Estadual

- a) Organizar as redes de serviços;
- b) Instituir os Polos de Referência para Administração do Palivizumabe;
- c) Estabelecer fluxos de atendimento;
- d) Assegurar educação permanente no manejo do medicamento do palivizumabe e qualificação dos registros;
- e) Manter diálogo permanente com os Polos de Administração do Palivizumabe.

B - Da Gestão Local

- a) Disponibilizar espaço físico para funcionamento do Polo de Referência;
- b) Adequar espaço físico para funcionamento do Polo de Referência;
- c) Indicar profissionais para compor a Equipe do Polo (farmacêutico, enfermeiro, médico e técnico de enfermagem).

C - Da Equipe Local (Polo de Referência)



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE

- a) Organizar rotina para administração do medicamento Palivizumabe durante o período de sazonalidade;
- b) Estabelecer fluxos de atendimento;
- c) Assegurar medidas de segurança e conservação do Palivizumabe;
- d) Estabelecer estratégias de seguimento das crianças que fizeram uso do palivizumabe;
- e) Estabelecer vinculação da Atenção Primária em Saúde e Maternidades de modo a assegurar o acesso das crianças ao esquema de imunoprofilaxia com o Palivizumabe;
- f) Manter registro das crianças atendidas durante o ano com especificação dos seguintes dados: crianças por critério de inclusão (A, B ou C); data em que recebeu a dose; a dose administrada; idade gestacional; idade quando da administração da primeira dose; idade corrigida nas crianças pré-termos; município de residência da criança. Até o dia 30 de agosto de cada ano, encaminhar planilha (modelo no Apêndice 1) ao Departamento de Atenção a Saúde da Criança – DASCA por meio do e-mail: dascases@saude.ma.gov.br.

D – Do Farmacêutico

O medicamento Palivizumabe está inserido no Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde e, no Estado do Maranhão, sob a responsabilidade da Central de Assistência Farmacêutica (CAF) cabendo a esta gestão e distribuição do referido medicamento. Além da CAF, nos Hospitais e/ou Maternidades com Polo de Administração de Palivizumabe, a Farmácia Hospitalar assumirá esta responsabilidade. Na Atenção Primária em Saúde ou a nível ambulatorial, essa responsabilidade caberá aos Polos de Referência.

Em ambos os contextos, o Farmacêutico tem papel preponderante tanto na gestão, distribuição como na operacionalização da administração do Palivizumabe. Cabe ao Farmacêutico:

- a) Integrar a equipe multidisciplinar e contribuir para eficácia e organização das ações que envolve o tratamento profilático do Vírus Sincicial Respiratório (VSR) no Estado do Maranhão;
- b) Contribuir no processo visando o cuidado seguro e a máxima otimização no uso do medicamento Palivizumabe;
- c) Articular serviços e profissionais de modo a otimizar as ações de dispensação e administração do Palivizumabe;
- d) Registrar no Sistema Hórus todas as informações relativas aos dados das crianças, fluxo de dispensação e distribuição do Palivizumabe;
- e) Avaliar todos os processos de solicitação de uso de Palivizumabe e, em seguida deferir ou indeferir os referidos pedidos;
- f) Efetivar toda distribuição do Palivizumabe por meio do Sistema Hórus;
- g) Controlar o estoque de Palivizumabe, por meio do sistema Hórus;
- h) Executar a logística necessária para a distribuição do medicamento Palivizumabe;



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE

- i) Programar as doses necessárias de Palivizumabe de acordo com as solicitações dos Polos de Referência;
- j) Receber e armazenar o medicamento conforme normas técnicas e sanitárias;
- k) Monitorar, em parceria com a Equipe do Polo, o cadastro das crianças, a quantidade de doses dispensadas e administradas assim como as eventuais perdas;
- l) Fazer controle a partir do número do lote do medicamento para garantir sua rastreabilidade;
- m) Realizar atividade de educação em saúde de modo a fornecer orientação e suporte técnico aos polos de Referência para Administração do Palivizumabe;
- n) Assegurar condições adequadas de transporte e armazenamento do Palivizumabe;
- o) Enviar, após o período de sazonalidade, ao Departamento de Atenção à Saúde da Criança (DASCA) relatório de dispensação de doses do Palivizumabe no Estado do Maranhão;
- p) Assegurar a utilização do medicamento após aberto por no máximo 6 horas;
- q) Participar das atividades de farmacovigilância com registro das intercorrências clínicas e eventos adversos;
- r) Prevenir e/ou detectar erros/falhas no processo de dispensação, prescrição e administração do palivizumabe.

E - Do Enfermeiro

Em todo o processo que envolve o manejo com o palivizumabe, o enfermeiro é responsável na organização das ações e registro das informações. Estas atividades compreendem:

- a) Conduzir o processo de educação permanente relativo às ações de manejo com o palivizumabe;
- b) Orientar os pais sobre os cuidados antes, durante e após a administração do palivizumabe;
- c) Zelar pelo registro e controle das doses;
- d) Assegurar permanência da criança no local da administração para a vigilância de reações adversas e observação de possíveis reações adversas após a aplicação;
- e) Coordenar as atividades de busca ativa de crianças que atendam aos critérios para receber o palivizumabe assim como a continuidade e completude das doses;
- f) Realizar atividades relativas à detecção, avaliação, notificação e prevenção dos efeitos adversos ou outros problemas relacionados ao uso do palivizumabe.



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE

F - Do Médico

A prescrição, orientação e supervisão na administração do medicamento Palivizumabe, bem como a indicação de acordo com os critérios estabelecidos nesta nota técnica, é de responsabilidade do médico assistente que acompanha a criança. Cabe ao médico:

- a) Avaliar a condição da criança para atender aos critérios de inclusão;
- b) Emitir declaração médica da condição/diagnóstico da criança;
- c) Prescrever a dose do palivizumabe (prescritor);
- d) Supervisor durante a administração do palivizumabe;
- e) Assegurar atendimento diante dos casos da criança apresentar alguma reação adversa.

18. Documentos Necessários para Solicitação de Palivizumabe

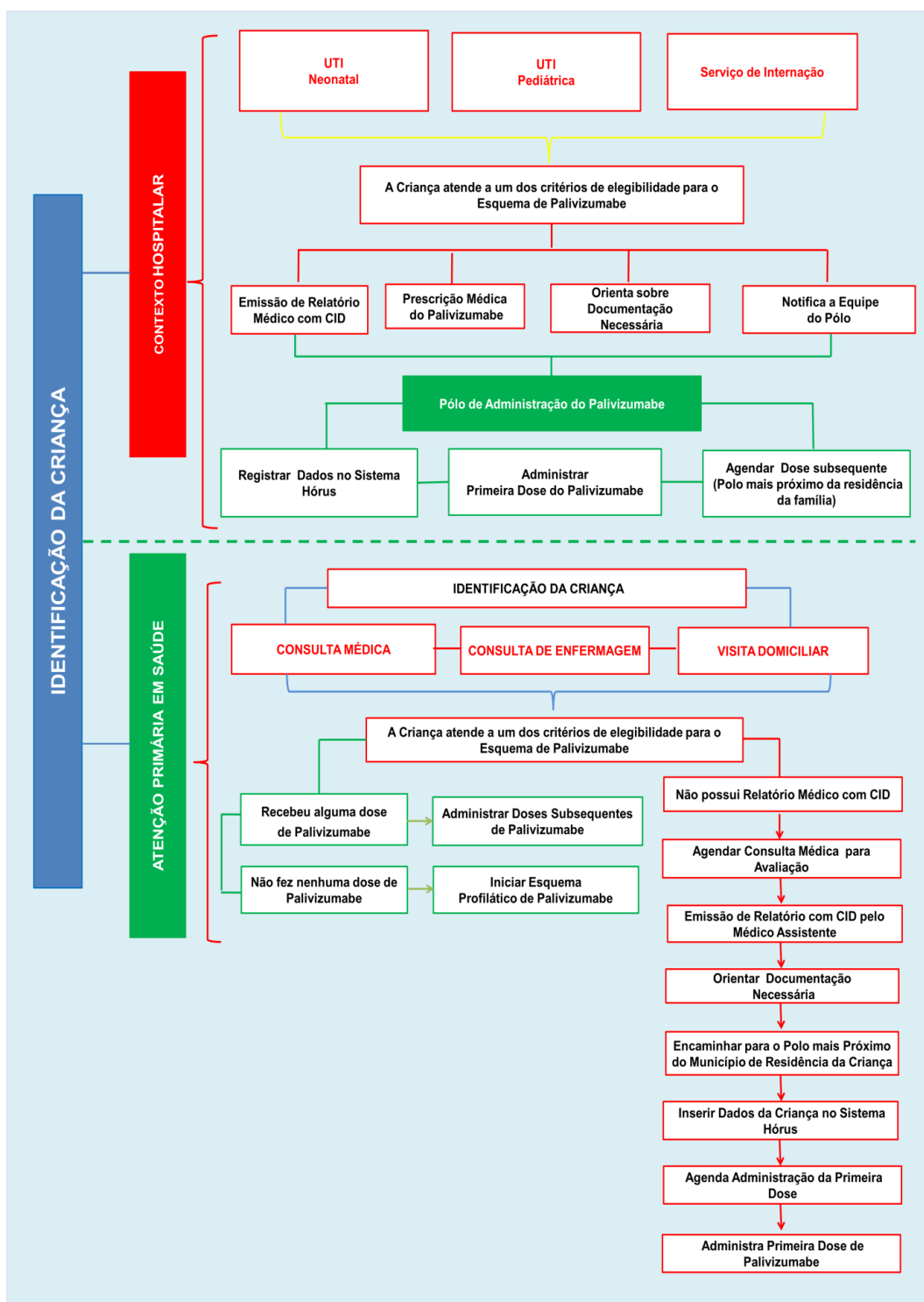
- A) Receituário médico com prescrição do Palivizumabe;
- B) Cópia do CPF e do documento de identificação (ou carteira de trabalho) do responsável pelo paciente;
- C) Cópia da certidão de nascimento do paciente;
- D) Comprovante de residência;
- E) Cópia do cartão SUS da criança;
- F) Nota de alta (RN com idade gestacional menor ou igual a 28 semanas);
- G) Caderneta de Saúde da Criança (para registro da dose do Palivizumabe);
- H) Relatório médico com a descrição da doença pulmonar crônica da prematuridade e/ou exames complementares;
- I) Relatório médico com a descrição da cardiopatia, o grau de hipertensão pulmonar e os medicamentos utilizados para os pacientes cardiopatas;
- J) Exames complementares no caso da criança com cardiopatia congênita cópia do laudo da radiografia de tórax; cópia do laudo do ecocardiograma.

19. Sistematização e Organização da Imunoprofilaxia do Palivizumabe

Para o manejo da imunoprofilaxia com palivizumabe no Estado do Maranhão, considerar as recomendações da Figura 2.



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE



Fonte: DASCA/SES

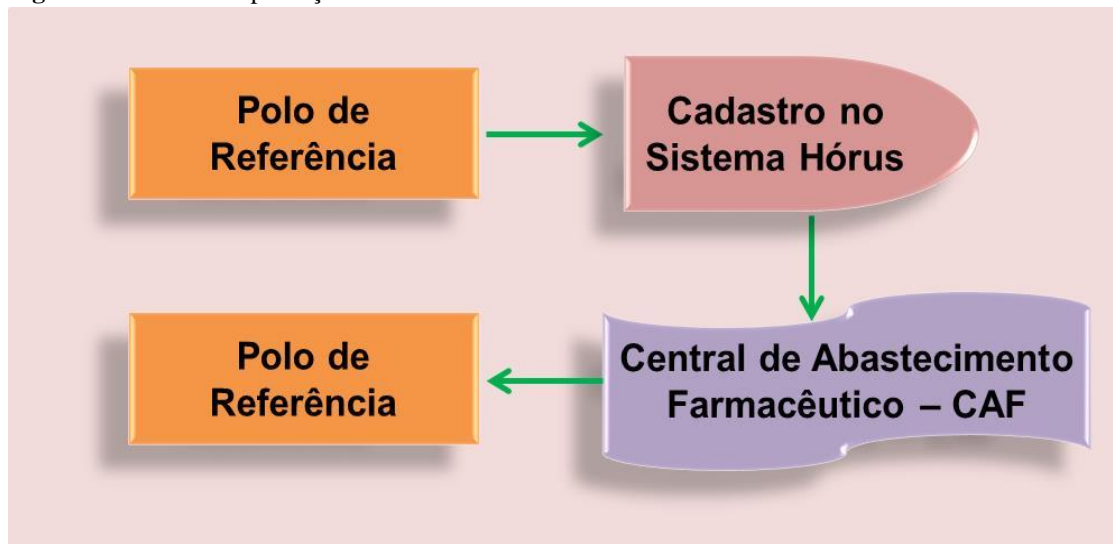
20. Fluxo para Dispensação do Palivizumabe



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE

A dispensação do medicamento Palivizumabe seguirá o fluxo como definido na Figura 3:

Figura 3. Fluxo de dispensação do Palivizumabe no Estado do Maranhão



Fonte: DASCA/SES

Para dispensação do medicamento Palivizumabe as informações relativas às crianças deverão ser inseridas anteriormente no Sistema Hórus. Em seguida, a Central de Abastecimento Farmacêutico – CAF, por meio do Sistema Hórus, realiza a dispensação dos frascos segundo o número de crianças inseridas nos critérios definidos pelo Ministério da Saúde.

A CAF fará a dispensação do medicamento ao Polo de Referência por meio da entrega física ao responsável, no seguinte endereço postal: Estrada da Vitória 2409 Bairro Fé em Deus, tendo como ponto de referencia o Hospital Sarah em São Luís.

20.1 Transporte do Medicamento Palivizumabe

O transporte seguro do medicamento Palivizumabe da CAF ao Polo de Referência deverão ser asseguradas todas as condições de segurança e conservação. Para tanto, esse transporte será feito utilizando caixa térmica de poliuretano devido a sua resistência, durabilidade e facilidade de higienização.

Sob nenhuma hipótese utilizar caixas danificadas, ou com paredes de espessura fina, já que estas não terão a resistência suficiente às atividades e não manterão a temperatura adequada.

A capacidade da caixa térmica em litros (qualquer modelo) precisa ser adequada à quantidade de frascos do Palivizumabe a serem acondicionados, assim como a quantidade de bobinas a serem utilizadas para conservação.

20.2 Cuidados com a caixa térmica



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE

- A) Verificar com frequência as condições da caixa, observando se existem rachaduras e/ou furos;
- B) Lavar a caixa com água e sabão neutro e secar cuidadosamente após o uso, mantendo-as abertas até que estejam completamente secas;
- C) Guardá-las abertas e em local ventilado.

20.3 Organização das Caixas Térmicas para Transporte

- A) Ambientar as bobinas em quantidade suficiente;
- B) Dispor as bobinas no fundo e nas paredes internas, formando uma barreira para reduzir a velocidade de troca de calor com o meio externo;
- C) Posicionar o sensor do termômetro no centro da caixa térmica, monitorando a temperatura até atingir o mínimo de +1°C para se certificar da adequada climatização no interior da caixa;
- D) Organizar os frascos no interior da caixa de maneira segura para que não fiquem soltos e, eventualmente, desloquem-se sofrendo impactos mecânicos durante o transporte;
- E) Posicionar o termômetro no centro da caixa depois de organizada, garantindo a medição precisa do interior da caixa;
- F) Lacrar a caixa com fita adesiva e identificá-las externamente como “Produto Termolábil”;
- G) Monitorar a temperatura da caixa ao longo do transporte;
- H) Transferir da caixa térmica para a geladeira específica assim que chegar ao Polo.

21. Conteúdos para os Profissionais

- A) Bula do Palivizumabe:
<file:///C:/Users/Georgina/Desktop/synagis%20-%20Bula%20ABBOT.pdf>
- B) Portaria 522 do Ministério da Saúde:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0522_13_05_2013.html
- C) Portaria CONITEC:
http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Protocolo_Uso/ProtocoloUso_Palivizumabe.pdf
- D) Nota Técnica N° 45/2019-CGAFME/DAF/SCTIE/MS:
<https://www.saude.gov.br/files/sais/palivizumabe/Nota-Tecnican45-2019-Informativa-Palivizumabe-1.pdf>
- E) Relatório de Recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC – 16
<http://conitec.gov.br/images/Incorporados/Palivizumabe-VirusSincicial-final.pdf>



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE

A presente Nota Técnica tornar-se-á de conhecimento geral dos profissionais envolvidos a partir de sua publicação pela Secretaria de Estado da Saúde, passando a surtir efeitos técnicos e legais no manejo da imunoprofilaxia do Palivizumabe no Estado do Maranhão.

São Luís, 15 de fevereiro de 2022

Waldeise Pereira

Secretaria Adjunta da Política de Atenção Primária e Vigilância em Saúde

Márcio Henrique Silva Menezes

Superintendente da Atenção Primária em Saúde

Nelma Pereira da Silva

Chefe do Departamento de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente

Francisca Georgina Macedo de Sousa

Técnica do Departamento de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE

Referências

ABBOTT. Bula do Synagis – Palivizumabe. Disponível em: <file:///C:/Users/Georgina/Desktop/synagis%20-%20Bula%20ABBOT.pdf>. Acesso em 07 de janeiro de 2022

ALVAREZ AE, AL FERNANDO, MARSONA CS, BERTUZZO B, CLARICE W, ARNSC RIBEIRO JD. Epidemiological and genetic characteristics associated with the severity of acute viral bronchiolitis by respiratory syncytial vírus. J Pediatr (Rio J). 2013;89(6):531–543

BARR FE, GRAHAM BS. Respiratory syncytial virus infection: Clinical features and diagnosis. UpToDate Individual Web. Jan, 2011.

BLANKEN MO, ROBERS MM, MOLENAAR JM, WINKLER-SEINSTRA P, MEIJERA, KIMPEN JL et al. Respiratory syncytial virus and recurrent wheeze in healthy preterm infants. N Engl J Med 2013;368:1791-9.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Palivizumabe para a prevenção da infecção pelo vírus sincicial respiratório. Relatório de Recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC – 16, 2012. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Incorporados/Palivizumabe-VirusSincicial-final.pdf> Acesso em 28 de janeiro de 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo de uso do Palivizumabe. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF. 15 de maio de 2013. Seção 1. P 43; Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfilgestor/assistencia-farmaceutica/palivizumabe_portaria_522_2013.pdf. Acesso em 2 de janeiro de 2022

CANÇADO, RD.; LOBO, C.; FRIEDRICH, J. R. Tratamento da anemia ferropriva com ferro por via parenteral. Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, v. 32, p. 114-120, 2010.

CHECCHIA PA, NALYSNYK L, FERNANDES AW, MAHADEVIA PJ, XU Y, FAHRBACH K, WELLIVER RC. Mortality and morbidity among infants at high risk for severe respiratory syncytial virus infection receiving prophylaxis with palivizumab: a systematic literature review and metaanalysis. Pediatr Crit Care Med. 2011 Sep;12(5):580-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21200358>. Acesso em 1 de janeiro de 2022.

COLLINS PL, CHANOCK RM, MURPHY BR. Respiratory syncytal vírus. In: FIELDS BN, KNIPE DM, HOWLEY PM. Fields virology. 4 ed. Philadelphia Lippencott – Raven Publishers, 2001.

FISHER GB. Bronquiolite viral aguda. In: Rozov T. Doenças pulmonares em pediatria. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2011. p. 299-303

FIOREN TA, PLINT AC, ZORC JJ. Viral bronchiolitis. Lancet, 2017; 389 (10065):211-24

GROOTHUIS JR, FRYZEK JP, MAKARI D, STEFFEY D, MARTONE WJ. Respiratory syncytial virus hospitalization trends in infants with chronic lung disease of infancy, 1998-2008. Clin Epidemiol. 2011;3:245-50.

MONTEIRO AIMP, BELLEI NCJ, SOUSA AR, DOS SANTOS AMN, WECKX LY. Respiratory infections in children up to two years of age on prophylaxis with palivizumabe. Rev Paul Pediatr.



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE

2014;32(2):152-8. Disponível em: Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25119744>. Acesso em 8 de janeiro de 2022.

PEREIRA, C. et al. Anafilaxia: abordagem clínica. Norma I da Direção-Geral de Saúde. 2014

PORTELA, J. L.; PIVA, J. P. Midazolam versus diazepam para tratamento de estado de mal epilético em emergência pediátrica. Scientia Medica (Porto Alegre), v. 21, n. 4, p. 184-190, 2011.

SYNAGIS® Palivizumabe. Farm. Resp.: Carlos E. A. Thomazini CRF-SP nº 24762, AbbVie Farmacêutica Ltda: &acessado em 16 set 2017;. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=197222015&pIdAnexo=2391030.

VIEIRA SE, STEIN RT. Bronquiolite viral aguda. In: RODRIGUES JC, ADDE FV, FILHO LVR. Doenças Respiratórias. São Paulo: Manole; 2008. p. 249-263.

YOSHIHARA S, KUSUDA S, MOCHIZUKI H, OKADA K, NISHIMA S, SIMÕES EA; C-CREW Investigators. Effect of palivizumab prophylaxis on subsequent recurrent wheezing in preterm infants. Pediatrics 2013;132:811-8.



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE

ANEXO 1

**RELAÇÃO DE LOCAIS RESPONSÁVEIS PELA APLICAÇÃO DO
PALIVIZUMABE DE ACORDO COM O MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA DO
PACIENTE**

POLOS DE APLICAÇÃO	REGIÕES DE SAÚDE	MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
1. Maternidade de Paço do Lumiar;	Metropolitana	Alcântara Paço do Lumiar Raposa São José de Ribamar São Luís Rosário
2. Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão – Macma;		Bacabal
3. Hospital Infantil Drº Juvêncio Matos;	Santa Inês	Alto Alegre do Pindaré Bela Vista do Maranhão Bom Jardim Governador Newton Bello Igarapé do Meio Monção Pindaré-Mirim Pio XII Santa Inês Santa Luzia São João do Carú Satubinha Tufilândia
4. Hospital Materno Infantil – HMI/HUUFMA/São Luís.		



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE

	Rosário	Axixá Bacabeira Icatu Morros Presidente Juscelino Cachoeira grande
5. Hospital Regional de Barreirinhas	Rosário	Barreirinhas Humberto de Campos Primeira Cruz Santa Rita Santo Amaro do Maranhão
6. Hospital Regional Adélia Matos Fonseca - Itapecuru	Itapecuru-Mirim	Anajatuba Arari Belágua Cantanhede Itapecuru Mirim Matões do Norte Miranda do Norte Nina Rodrigues Pirapemas Presidente Vargas São Benedito do Rio Preto Urbano Santos Vargem Grande Vitória do Mearim
	Chapadinha	Água Doce do Maranhão Anapurus Araiozes Brejo Chapadinha Magalhães de Almeida Mata Roma Milagres do Maranhão Paulino Neves Santa Quitéria do Maranhão Santana do Maranhão São Bernardo Tutóia



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE

7. Hospital Regional Alarico Pacheco - Timon	Timon	Matões Parnarama São Francisco do Maranhão Timon
8. Hospital Municipal de Caxias - Carmosina Coutinho	Caxias	Afonso Cunha Aldeias Altas Buriti Caxias Coelho Neto Duque Bacelar São João do Soter
9. Hospital Regional de Santa Luzia do Paruá	Zé Doca	Amapá do Maranhão Araguanã Boa Vista do Gurupi Cândido Mendes Carutapera Centro do Guilherme Centro Novo do Maranhão Godofredo Viana Governador Nunes Freire Junco do Maranhão Luís Domingues Maracaçumé Maranhãozinho Nova Olinda do Maranhão Presidente Médici Santa Luzia do Paruá Zé Doca
10. Hospital Regional de Balsas	Balsas	Alto Parnaíba Balsas Formosa da Serra Negra Fortaleza dos Nogueiras Loreto Nova Colinas Riachão Sambaíba São Félix de Balsas São Raimundo das Mangabeiras Tasso Fragoso



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE

		São Pedro dos Crentes Feira Nova do Maranhão
	Imperatriz	Carolina
11. Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz	Imperatriz	Amarante do Maranhão Buritirana Campestre do Maranhão Davinópolis Estreito Governador Edison Lobão Imperatriz João Lisboa Lajeado Novo Montes Altos Porto Franco Ribamar Fiquene São João do Paraíso Senador La Rocque Sítio Novo
	Açailândia	Açailândia Bom Jesus das Selvas Buriticupu Cidelândia Itinga do Maranhão São Francisco do Brejão São Pedro da Água Branca Vila Nova dos Martírios
12. Maternidade Estadual Humberto Coutinho - Colinas	São João dos Patos	Barão de Grajaú Benedito Leite Buriti Bravo Colinas Jatobá Lagoa do Mato Mirador Nova Iorque Paraibano Passagem Franca Pastos Bons São Domingos do Azeitão São João dos Patos



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE

		Sucupira do Norte Sucupira do Riachão
13. Hospital Macrorregional Mamede Trovão - Coroatá	Presidente Dutra	Capinzal do Norte Dom Pedro Fortuna Gonçalves Dias Governador Archer Governador Eugênio Barros Governador Luiz Rocha Graça Aranha Joselândia Presidente Dutra Santa Filomena do Maranhão Santo Antônio dos Lopes São Domingos do Maranhão São José dos Basílios Senador Alexandre Costa Tuntum
	Pedreiras	Bernardo do Mearim Esperantinópolis Igarapé Grande Lago da Pedra Lago do Junco Lago dos Rodrigues Lagoa Grande do Maranhão Lima Campos Pedreiras Poção de Pedras São Raimundo do Doca Bezerra São Roberto Trizidela do Vale
	Codó	Alto Alegre do Maranhão Codó Coroatá Peritoró São Mateus do Maranhão Timbiras



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE

14. Hospital Municipal de Pinheiro	Pinheiro	Apicum-Açu Bacuri Bequimão Cedral Central do Maranhão Cururupu Guimarães Mirinzal Pedro do Rosário Peri Mirim Pinheiro Porto Rico do Maranhão Presidente Sarney Santa Helena Serrano do Maranhão Turiacu Turilândia
	Viana	Bacurituba Cajapió Cajari Matinha Olinda Nova do Maranhão Palmeirândia Penalva São Bento São João Batista São Vicente Ferrer Viana
15. Hospital de Regional Barra do Corda Dr Jose de Abreu Silva	Barra do Corda	Arame Barra do Corda Fernando Falcão Grajaú Itaipava do Grajaú Jenipapo dos Vieiras