

## Nota Informativa Conjunta CEVS/DAPPS n°28/2024

*Atualiza as recomendações nos casos de Síndromes Gripais (SG) e aborda medidas de imunização e prevenção para outros agravos de interesse para a população privada de liberdade (PPL)*

**Porto Alegre, 20 de novembro de 2023.**

**Atualização em 22 de janeiro de 2026.**

### 1 DEFINIÇÕES

**1.1) Síndrome Gripal (SG):** Indivíduo com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e com início dos sintomas nos últimos 7 dias.

**1.2) Síndrome Gripal (SG) suspeita de COVID-19:** Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou gustativos.

Em idosos: deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

Na suspeita de covid-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.

**1.3) Testes Rápidos de Antígeno (TR-Ag) para COVID-19:** Testes Rápidos de Antígeno (TR-Ag) são testes capazes de identificar uma infecção ativa, apresentam melhor sensibilidade nos primeiros dias de sintomas, quando a carga viral nas vias aéreas superiores costuma ser maior. Apresentam como vantagem o baixo custo e rápida execução, sendo ferramentas importantes para quebrar cadeias de transmissão.

**1.4) Testes Moleculares (RT-PCR):** Os testes moleculares são aqueles que detectam a presença do RNA viral em amostras de secreção respiratória. A RT-PCR permanece sendo considerado o padrão ouro para o diagnóstico dos vírus respiratórios (SARS-CoV-2, vírus influenza, Vírus Sincicial Respiratório, rinovírus, adenovírus e metapneumovírus), devido a sua maior acurácia e maior janela de detecção, porém possui tempo de resposta mais longo, o que torna sua aplicabilidade limitada para isolar casos oportunamente.



### 1.5) Período de coleta:

- sintomáticos: do 1º ao 7º dia após o início dos sintomas;
- No caso da COVID-19, assintomáticos que tenham tido contato com caso confirmado: a partir do 5º dia após o último contato;

**1.6) Surto de Síndrome Gripal:** Ocorrência de três ou mais casos com vínculo epidemiológico no período de 7 dias do último caso identificado em instituições de longa permanência (população albergada, bases militares, dormitórios coletivos, **unidades prisionais**, Instituições de Longa Permanência para Idosos)

## 2 SISTEMÁTICA DE TRIAGEM

Considerando o fim da declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) relacionada à pandemia de COVID-19, **recomenda-se que a necessidade de realização do período de triagem para ingressantes no sistema prisional seja avaliada de forma particular em cada unidade para fins de verificação quanto a viabilidade de implementação da sistemática de triagem.** Esta avaliação será orientada por critérios como a ocorrência de casos confirmados ou surtos de doenças infectocontagiosas.

**A PPL é considerada população prioritária para vacinação e teve indicação de receber, no ano de 2025, UMA dose da vacina COVID-19 e dose anual da vacina contra Influenza.** O acompanhamento das doses aplicadas da vacina contra influenza pode ser realizado através do painel público do Programa Nacional de Imunizações <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/demas>. Para este acompanhamento, solicita-se o auxílio das equipes das Unidades Básicas de Saúde Prisional (UBSP), e, nos locais onde estas equipes não estão presentes, dos Núcleos Municipais de Imunizações.

Nas unidades onde houver a dispensa do período de triagem para os ingressantes, orienta-se que haja algum tipo de rastreamento de sinais e sintomas indicativos de doenças infectocontagiosas (COVID-19, influenza, tuberculose, mpox, por exemplo), especialmente das SG. Este rastreamento pode ser feito por meio da aplicação de listas de verificação, questionários e/ou mutirões de saúde. Importante considerar o cenário epidemiológico e sazonalidade dos vírus respiratórios.

Se for implementada a sistemática de triagem, deverão ser separados os indivíduos sintomáticos dos assintomáticos no momento do ingresso. O período de triagem para ingressantes do sistema poderá ser reduzido de 10 para 05 dias mediante testagem com TR-Ag para COVID-19, quando houver disponibilidade de insumos, conforme as seguintes condutas:



- sintomáticos: se apresentar teste TR-Ag negativo no 5º dia do início da triagem e remissão dos sintomas respiratórios e afebril por pelo menos 24h sem uso de medicamentos antitérmicos.
- assintomáticos: se apresentar teste TR-Ag negativo no 5º dia do início da triagem e não desenvolver sintomas.

Quando o período de triagem for implementado, recomenda-se otimizá-lo para investigar outras doenças infectocontagiosas de interesse, tais como tuberculose, HIV, sífilis, hepatites virais, mpox, entre outras.

Aos novos ingressantes, independentemente da realização ou não do período de triagem, deverá ser oportunizada atualização da carteira de vacinação, incluindo a vacina contra a COVID-19, a vacina contra a Influenza e a vacina antitetânica (dT), bem como a realização da primeira avaliação em saúde com a oferta dos testes rápidos, do acolhimento em saúde e dos encaminhamentos decorrentes desta primeira avaliação.

Para todos os ingressantes, recomenda-se a utilização da “Ficha de Acolhimento da Atenção Primária Prisional” (anexo A) como instrumento de rotina para a avaliação em saúde da porta de entrada da PPL na unidade prisional. Este instrumento pode ser utilizado na sua completude ou adaptado de acordo com a realidade das rotinas de atendimento de cada unidade prisional.

### **3 ORIENTAÇÕES PARA TESTAGEM NOS CASOS DE SURTO DE SÍNDROME GRIPAL**

Orienta-se que, em situações de surto de SG (identificação de 3 ou mais casos na menor célula dentro da galeria/pavilhão), devem ser coletadas até 3 amostras clínicas para RT-PCR (pesquisa: SARS-Cov-2, Influenza, VSR, Rinovírus, Adenovírus e Metapneumovírus). Os demais casos sintomáticos que ocorrerem nesta galeria/pavilhão serão encerrados como confirmados por critério clínico-epidemiológico, não havendo a necessidade de testagem de todas as pessoas que se encontram nesta célula.

**Observação:** situações de surto de SG no sistema prisional devem ser comunicados às respectivas Vigilâncias Epidemiológicas municipais, que por sua vez, realizarão a logística de cadastro e encaminhamento das amostras clínicas ao Laboratório Central do Estado do Rio Grande do Sul (Lacen/RS), bem como a notificação do surto no SINAN.

Independentemente da ocorrência de surtos, recomenda-se a testagem por TR-Ag das pessoas privadas de liberdade com SG que fizerem parte dos grupos de alto risco para desenvolvimento de formas graves de Covid-19. Estes grupos são: idosos, indígenas,



pacientes com múltiplas comorbidades, imunocomprometidos e gestantes.

#### **4 MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE SURTOS DE SG NAS UNIDADES PRISIONAIS**

Permanecem vigentes as seguintes recomendações que visam a prevenção e contenção da transmissão de vírus respiratórios:

- o quadro clínico dos sintomáticos deve ser monitorado, a fim de identificar precocemente sinais de agravamento da doença;
- novos ingressantes assintomáticos e que venham de transferências de outro estabelecimento prisional não precisam realizar período de triagem ou testagem, desde que o estabelecimento de origem não esteja em período de surto ativo;
- a visitação deve ser suspensa na menor célula dentro da galeria/pavilhão em caso de surto de SG (influenza, COVID-19, etc);
- medidas sanitárias de higienização, desinfecção e limpeza de ambientes devem ser mantidas;
- além dos medicamentos sintomáticos e da hidratação, está indicado o uso de fosfato de oseltamivir para os casos de Síndrome Gripal que tenham condições e fatores de risco para complicações, conforme orienta o Guia de Manejo e Tratamento da Influenza (disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/influenza/guia-de-manejo-e-tratamento-de-influenza-2023/view>). Mais uma vez, cabe esclarecer que o tratamento é realizado por julgamento clínico do médico, independente de testagem prévia. Esse medicamento está disponível nas farmácias municipais.
- em caso de surto de SG recomenda-se o isolamento de coorte (separação dos sintomáticos dos assintomáticos) por cinco dias ou pelo período indicado pela vigilância Estadual ou Municipal.

Observação: a circulação dos vírus respiratórios no estado pode ser acompanhada pelo painel de casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), disponível em <https://ti.saude.rs.gov.br/srag/>



## 5 OUTRAS MEDIDAS DE IMUNIZAÇÃO E PREVENÇÃO

### Hepatite A

É uma doença de transmissão fecal-oral por contato entre indivíduos ou por meio de água ou alimentos contaminados pelo vírus. A vacina é disponibilizada pelo Programa Nacional de Imunizações para crianças e para adultos com condições clínicas especiais.

- Pessoas privadas de liberdade que se enquadrem nas condições clínicas especiais possuem recomendação de vacinação para hepatite A, conforme orientações dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIEs). O esquema vacinal nestas situações consiste em duas doses com intervalo de 6 meses.

CONDIÇÕES CLÍNICAS ESPECIAIS: hepatopatias crônicas de qualquer etiologia, inclusive portadores dos vírus das hepatites B e C (VHC); pessoas vivendo com HIV/aids; usuários de PReP (profilaxia pré-exposição para o HIV); imunodepressão terapêutica ou por doença imunodepressora; doenças de depósito; fibrose cística (mucoviscidose); trissomias; candidatos a transplante de órgão sólido, cadastrados em programas de transplantes; transplantados de órgão sólido (TOS); transplante de células-tronco hematopoiéticas (THCT); doadores de órgão sólido ou de células-tronco hematopoiéticas (TCTH), cadastrados em programas de transplantes; hemoglobinopatias; asplenia anatômica ou funcional e doenças relacionadas.

### Hepatite B

É uma doença de transmissão sexual-parenteral. Pessoas privadas de liberdade são consideradas população mais vulnerável a doença. A vacina é disponibilizada pelo Programa Nacional de Imunizações de forma universal, para adultos, em esquema de 3 doses, e aqueles que não possuem comprovação vacinal devem iniciar ou completar o esquema vacinal.

### Tétano

Doença toxiinfeciosa, não contagiosa, causada pelo bacilo *Clostridium tetani*. A infecção ocorre pela contaminação de ferimentos superficiais ou profundos de qualquer natureza (ex: queimaduras, feridas puntiformes ou por armas brancas e de fogo, mordeduras, politraumatismos e fraturas expostas). O período compreendido entre o ferimento (provável porta de entrada do bacilo) e o primeiro sinal ou sintoma pode variar de 03 a 21 dias. Trata-se de agravo de notificação compulsória



no Sinan Net.

- A suscetibilidade é universal e a prevenção é através da vacinação.
- A vacina dupla adulta (dT) está disponível para toda a população a partir dos 7 anos de idade; recomendam-se três doses e um reforço a cada dez anos, em indivíduos não **vacinados ou sem comprovação vacinal** para difteria e tétano, deve-se administrar três doses da dupla adulto (dT) com intervalo ideal de 60 dias entre as doses (prazo mínimo entre doses 30 dias).
- Pessoas privadas de liberdade que não possuam comprovação vacinal contra o tétano nos últimos dez anos devem receber o imunizante.
- Sempre que houver lesão de pele/mucosa, deve-se, além de lavar o local com água e sabão, verificar o estado vacinal e procurar atendimento de saúde. Durante o atendimento será avaliada a necessidade de aplicação de vacina e /ou soro antitetânico (SAT) ou imunoglobulina humana antitetânica (IGHAT).
- A aplicação do SAT ou IGHAT, para profilaxia contra o tétano, dependerá da gravidade do ferimento e do histórico vacinal do paciente:



HISTÓRIA DE VACINAÇÃO PRÉVIA CONTRA TÉTANO	FERIMENTOS COM RISCO MÍNIMO DE TÉTANO <sup>a</sup>			FERIMENTOS COM ALTO RISCO DE TÉTANO <sup>b</sup>		
	Vacina	SAT/IGHAT	Outras condutas	Vacina	SAT/IGHAT	Outras condutas
Incerta ou menos de três doses	Sim <sup>c</sup>	Não		Sim <sup>c</sup>	Sim	
Três doses ou mais, sendo a última dose há menos de cinco anos	Não	Não		Não	Não	
Três ou mais doses, sendo a última dose há mais de cinco e menos de dez anos	Não	Não	Limpar e desinfetar, lavar com soro fisiológico e substâncias oxidantes ou antissépticas e desbridar o foco de infecção.	Sim (um reforço)	Não <sup>d</sup>	• Desinfetar, lavar com soro fisiológico e substâncias oxidantes ou antissépticas e remover corpos estranhos e tecidos desvitalizados. • Desbridamento do ferimento e lavagem com água oxigenada.
Três ou mais doses, sendo a última dose há dez ou mais anos	Sim	Não		Sim (um reforço)	Não <sup>d</sup>	
Três ou mais doses, sendo a última dose há dez ou mais anos em situações especiais	Sim	Não		Sim (um reforço)	Sim <sup>e</sup>	

Fonte: D1/NI/SVSA/MS.

<sup>a</sup> Ferimentos superficiais, limpos, sem corpos estranhos ou tecidos desvitalizados.

<sup>b</sup> Ferimentos profundos ou superficiais sujos, com corpos estranhos ou tecidos desvitalizados, queimaduras, feridas puntiformes ou por armas brancas e de fogo, mordeduras, politraumatismos e fraturas expostas.

<sup>c</sup> Vacinar e aprazar as próximas doses para complementar o esquema básico. Essa vacinação visa proteger contra o risco de tétano por outros ferimentos futuros. Se o profissional que presta o atendimento suspeita de que os cuidados posteriores com o ferimento não serão adequados, deve considerar a indicação de imunização passiva com soro antitetânico (SAT) ou imunoglobulina humana antitetânica (IGHAT). Quando indicado o uso de vacina e SAT ou IGHAT, concomitantemente, devem ser aplicados em locais diferentes.

<sup>d</sup> Para paciente imunodeprimido, desnutrido grave ou idoso, além do reforço com a vacina, está também indicada IGHAT ou SAT.

<sup>e</sup> Se o profissional que presta o atendimento suspeita de que os cuidados posteriores com o ferimento não serão adequados, deve considerar a indicação de imunização passiva com SAT ou IGHAT. Quando indicado o uso de vacina e SAT ou IGHAT, concomitantemente, devem ser aplicados em locais diferentes.

Fonte: Guia de Vigilância Epidemiológica. Volume 01. SVSA/MS. Brasília -2024.

## Leptospirose

Doença infecciosa febril aguda que é transmitida a partir da exposição direta ou indireta à urina de animais (principalmente ratos) infectados pela bactéria *Leptospira*; sua penetração ocorre a partir da pele com lesões, pele íntegra imersa por longos períodos em água contaminada ou por meio de mucosas. O período de incubação pode variar de 1 a 30 dias e normalmente ocorre entre 7 e 14 dias. Trata-se de agravo de notificação compulsória no Sinan Net.



## **DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO DE LEPTOSPIROSE**

**CASO SUSPEITO:** Indivíduo com febre, cefaleia e mialgia, que apresente pelo menos um dos seguintes critérios:

Critério 1:

Antecedentes epidemiológicos sugestivos nos 30 dias anteriores a data de início dos sintomas (exposição a situações de risco, vínculo epidemiológico com um caso confirmado por critério laboratorial ou residir/trabalhar em áreas de risco);

Critério 2:

Pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: sufusão conjuntival, sinais de insuficiência renal aguda, icterícia e/ou aumento de bilirrubinas e fenômeno hemorrágico.

A antibioticoterapia está indicada em qualquer período da doença, mas sua eficácia costuma ser maior na 1ª semana do início dos sintomas. Na fase precoce, são utilizados Doxiciclina ou Amoxicilina; para a fase tardia, Penicilina cristalina, Penicilina G cristalina, Ampicilina, Ceftriaxona ou Cefotaxima.

Suspeitos com sintomas compatíveis com Leptospirose devem iniciar tratamento medicamentoso imediato e, se houver a possibilidade devem-se coletar exames inespecíficos, como hemograma com contagem de plaquetas, transaminases, bilirrubinas, potássio, ureia e creatinina.



ANEXO A

ATENDIMENTO		
<b>Responsável pelo atendimento:</b>		
Data: ___/___/___      Horário: ___:___      Data de entrada na Unidade: ___/___/___		
Transferência de outra Unidade Prisional: ( ) Não ( ) Sim Se sim, qual a procedência: _____		
IDENTIFICAÇÃO		
Nome Completo:		
Nome Social:		
Data de Nascimento: ___/___/___		Idade: _____ anos
CPF:	RG:	CNS:
Município de Nascimento:	UF:	
Nacionalidade: ( ) Brasileira ( ) Naturalizado ( ) Estrangeiro. Qual país? _____		
Nome da mãe:		
Nome do pai:		( ) Desconhecido
Estado Civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) União Estável ( ) Outro: _____		
Endereço (Rua, N°, Bairro e Cidade): _____		
( ) Zona Rural ( ) Zona Urbana		
Situação de rua: ( ) Não ( ) Sim. Qual município? _____		
Raça/cor (AUTODECLARADA): ( ) Branco ( ) Preto ( ) Pardo ( ) Amarelo ( ) Indígena. Qual etnia? _____		
<b>Sexo Biológico (AUTODECLARADO)</b> ( ) Feminino ( ) Masculino ( ) Intersexo ( ) Não desejo informar	<b>Identidade de Gênero (AUTODECLARADA)</b> ( ) Homem ( ) Mulher ( ) Homem trans ( ) Mulher trans / Travesti ( ) Não binário ( ) Não desejo informar	<b>Orientação sexual (AUTODECLARADA)</b> ( ) Heterossexual ( ) Homossexual(gay/lésbic a) ( ) Bissexual ( ) Outra. Qual? ( ) Não desejo informar
CONTATOS		



<b>TATO 1 - Nome:</b>		
Essa pessoa é seu/sua: ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Irmão/Irmã ( ) Cônjuge ( ) Outro: _____		
<b>Telefone com DDD:</b>		
<b>Endereço (Rua, N°, Bairro e Cidade):</b> _____		
<b>CONTATO 2 - Nome:</b>		
Essa pessoa é seu/sua: ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Irmão/Irmã ( ) Cônjuge ( ) Outro: _____		
<b>Telefone com DDD:</b>		
<b>Endereço (Rua, N°, Bairro e Cidade):</b> _____		
<b>DADOS SOCIAIS E ECONÔMICOS</b>		
<b>Escolaridade:</b> ( ) Fundamental incompleto ( ) ( ) Fundamental completo ( ) Médio incompleto ( ) ( ) Médio completo ( ) Superior incompleto ( ) ( ) Superior completo	<b>Profissão/ ocupação/ fonte de renda:</b> _____ _____ _____ _____ _____	<b>A família recebe algum benefício atualmente?</b> ( ) Não ( ) Sim. Qual? _____ _____ _____
<b>Possui filhos?</b> ( ) Não ( ) Sim. <b>Quantos:</b> _____		
<b>Idade:</b> _____		
<b>Possui outros dependentes?</b> ( ) Não ( ) Sim. <b>Quantos?</b> _____		
<b>Encaminhamentos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Ofertar encaminhamento para conhecer ou estudar no NEEJA:</b> ( ) Não ( ) Sim</li><li>• <b>Ofertar conversa com a Assistência Social:</b> ( ) Não ( ) Sim</li></ul> _____ _____		
<b>CONDIÇÕES DE SAÚDE</b>		
<b>Possui alguma deficiência:</b> ( ) Não ( ) Sim <b>Qual(is):</b> _____ _____ _____ ( ) não sabe responder	<b>Possui alergias ou intolerância alimentar:</b> ( ) Não ( ) Sim <b>Qual(is):</b> _____ _____ ( ) não sabe responder	<b>Realizou cirurgias:</b> ( ) Não ( ) Sim <b>Qual(is):</b> _____ _____ ( ) não sabe responder
<b>Condições crônicas:</b> <b>Hipertensão</b> ( ) Não ( ) Sim <b>Diabetes</b> ( ) Não ( ) Sim Sim	<b>Histórico doenças infecciosas:</b> <b>Sífilis</b> ( ) Não ( ) Sim <b>HPV</b> ( ) Não ( ) Sim	<b>Possui doença de pele:</b> ( ) Não ( ) Sim <b>Qual(is):</b> _____



**ANEXO A**

<b>HIV</b>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<b>Tuberculose</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
------------	---	--	--