



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SRTV 702, Via W5 Norte - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70723-040
Site - saude.gov.br

NOTA INFORMATIVA Nº 1-SEI/2017-CGLAB/DEVIT/SVS/MS

Assunto: Informe sobre coleta, acondicionamento e transporte de material suspeito de Difteria

1. A difteria é uma doença toxiinfeciosa, imunoprevenível, de transmissão respiratória e de notificação compulsória, conforme Portaria GM/MS nº 204 de 17 de fevereiro de 2016. A transmissão ocorre pelo contato direto de indivíduos suscetíveis com os doentes ou os portadores assintomáticos respiratórios ou cutâneos. O portador assintomático, principal reservatório do bacilo da difteria, é um dos principais responsáveis pela disseminação do patógeno na comunidade por um período de seis ou mais meses.
2. O agente etiológico clássico da difteria é a espécie *Corynebacterium diphtheriae*, bacilo gram-positivo potencialmente produtor da toxina diftérica, classificado em quatro biotipos com base em características fenotípicas: *gravis*, *intermedius*, *mitis* e *belfanti*. O patógeno pode se alojar nas amígdalas, faringe, laringe, fossas nasais e, ocasionalmente, em outras mucosas e na pele. Em anos anteriores foram descritos casos de difteria causados por cepas produtoras de toxina de *Corynebacterium ulcerans*.
3. O Brasil, desde a década de 1990, apresentou importante redução na incidência dos casos, mediante a ampliação das coberturas vacinais. Naquela década, a incidência chegou a 0,45/100 mil hab., diminuindo à medida que as coberturas elevaram-se. Entre 2006 a 2015, o coeficiente de incidência de difteria, apresentou-se entre 0,00 a 0,01, com exceção do ano de 2010 com a ocorrência de um surto no estado do Maranhão, com 28 casos (CI:0,02). Em 2016 foram confirmados 04 casos, distribuídos em 04 estados brasileiros (PE, RS, MT e RO).
4. A difteria permanece ocorrendo em diversos países do mundo de forma endêmica e epidêmica. Desde 2016, vem ocorrendo um aumento do número de casos da doença na Venezuela, país que faz fronteira com o Brasil; e tem havido uma crescente migração de venezuelanos para os estados de Roraima e Amazonas em consequência da grave crise econômica no país vizinho. Recentemente, o estado de Roraima apresentou um caso importado de difteria da Venezuela em criança de 10 anos que foi à óbito independente do tratamento com antibiótico e Soro Antidiftérico (SAD).
5. O diagnóstico laboratorial da difteria é feito por meio de isolamento e identificação do agente etiológico. O sucesso do isolamento e identificação do agente etiológico da difteria depende da coleta, transporte e acondicionamento adequados das amostras.
6. Para coleta de material de nasofaringe, recomenda-se introduzir o swab descartável, estéril, ultrafino, com haste flexível e alginatado em uma das narinas até encontrar resistência na parede posterior da nasofaringe. Realizar movimentos rotatórios por 10 segundos e, em seguida, retirá-lo. Introduzir o mesmo swab na outra narina usando o mesmo procedimento. Para coleta de material de orofaringe, com swab descartável, estéril, ultrafino, com haste flexível e alginatado passar na superfície das amígdalas e úvula. Se houver presença de placa pseudomembranosa, passar o swab ao redor da placa tomando cuidado para não remover a pseudomembrana. Para coleta de lesão de pele, limpar a área da lesão com soro fisiológico. Após umedecer o swab em solução salina estéril pressionar sob a região da lesão. Após a coleta, semear os swabs no meio de cultura PAI com glicose, passando o swab em toda a extensão (superfície) do meio, girando-o e fazendo o movimento de zigue zague, a partir da base até o ápice. Os swabs devem permanecer no tubo de meio de cultura. Identificar cada tubo com o tipo de material, nome do paciente, idade, data e horário da coleta e indicar se é caso suspeito ou comunicante. Comunicar o laboratório que irá receber o material coletado, para preparo do meio de cultura.

Excepcionalmente, caso não seja possível obter o meio de PAI, utilizar o meio de transporte STUART.

7. Em relação ao acondicionamento e transporte da amostra, na impossibilidade do encaminhamento imediato após a coleta, incubar em temperatura de 37°C, por período de 24 horas.

OBSERVAÇÃO:

- Realizar a coleta preferencialmente antes do início da antibioticoterapia.
 - Não deverá ser feita nenhuma improvisação do material.
 - É imprescindível que o meio de transporte e swab estejam dentro da data de validade e das condições recomendadas para uso.
 - Antes da coleta, retirar o meio de transporte PAI com glicose da geladeira e deixar atingir temperatura ambiente para uso.
 - Caso o laboratório não disponha dos meios PAI ou CTBA, utilizar o meio Ágar sangue de carneiro 5% para o plantio primário do *C.diphtheriae* e *C.ulcerans*.
8. A coleta deve ser realizada em todos os comunicantes independente da situação vacinal. Se, por motivos operacionais, não for possível coletar material de todos os comunicantes, recomenda-se priorizar os que tenham contato com crianças (professores, atendentes de creche, entre outros); pessoas que apresentem diminuição da imunidade; manipuladores de alimentos; pessoas não vacinadas, inadequadamente vacinadas ou com estado vacinal desconhecido.
 9. Todas as amostras e/ou cepas com suspeita de *C. diphtheriae* e *C. ulcerans* devem ser enviadas para o Laboratório de Referência Nacional (IAL/São Paulo) e para o Laboratório Colaborador da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Laboratório de Difteria e Corinebacterioses de Importância Médica - Faculdade de Ciências Médicas para caracterização complementar das cepas, acompanhada da ficha de vigilância epidemiológica.
 10. Esse informe visa à condução adequada da coleta, acondicionamento e transporte de material suspeito de Difteria com o intuito de minimizar erros no diagnóstico laboratorial da doença.



Documento assinado eletronicamente por **Osnei Okumoto, Coordenador(a)-Geral de Laboratórios de Saúde Pública**, em 04/09/2017, às 15:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Sergio de Andrade Nishioka, Coordenador(a)-Geral de Doenças Transmissíveis**, em 07/09/2017, às 07:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **João Paulo Toledo, Diretor(a) do Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis**, em 18/09/2017, às 21:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0442275** e o código CRC **97F08CA6**.

