



Ministério da Saúde  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública  
Coordenação-Geral de Emergências em Saúde Pública

NOTA TÉCNICA Nº 13/2022-CGEMSP/DSASTE/SVS/MS

1. **ASSUNTO**

1.1. Orientação sobre a notificação, investigação e fluxo laboratorial de casos prováveis de hepatite aguda de etiologia desconhecida em crianças e adolescentes.

2. **ANÁLISE**

2.1. **INTRODUÇÃO**

2.1.1. Em 05 de abril de 2022, o Ponto Focal Nacional do Regulamento Sanitário Internacional do Reino Unido notificou à Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o aumento de casos de hepatite aguda de etiologia desconhecida em crianças menores de 10 anos, previamente saudáveis, no cinturão central da Escócia.

2.1.2. Até o dia 21 de abril de 2022, 169 casos de hepatite aguda de etiologia desconhecida foram relatados em **12 países**: Reino Unido (114), Espanha (13), Israel (12), Estados Unidos (9), Dinamarca (6), Irlanda (5), Holanda (4), Itália (4), Noruega (2), França (2), Romênia (1) e Bélgica (1).

2.1.3. A síndrome clínica entre os casos identificados é a hepatite aguda (inflamação do fígado) com enzimas hepáticas acentuadamente elevadas. Muitos casos relataram sintomas gastrointestinais, incluindo dor abdominal, diarreia e vômito antes da apresentação de hepatite aguda e aumento dos níveis de enzimas hepáticas (aspartato transaminase (AST) e/ou alanina transaminase (ALT) acima de 500 UI/L) e icterícia. A maioria dos casos não apresentou febre.

2.1.4. As idades dos casos variam entre 1 mês e 16 anos. Dezesete crianças (aproximadamente 10%) necessitaram de transplante de fígado e ao menos uma morte foi relatada. Todos foram negativos para Hepatites virais dos tipos A, B, C, D e E. Com base nas informações atualmente disponíveis, viagens internacionais não foram identificadas como fatores de risco.

2.1.5. Os resultados laboratoriais disponíveis, até o dia 21 de abril, apresentam que:

Exame realizado	Casos Positivos	Observações
Hepatites virais dos tipos A, B, C, D e E	0	Todos os casos foram negativos
Adenovirus	74	Dos testes moleculares realizados 18 foram identificados como F tipo 41
SARS-CoV-2	20	
Co-infecção por SARS-CoV-2 e adenovirus	19	

2.1.6. O Reino Unido observou recentemente um aumento na atividade do adenovírus, que está co-circulando com o SARS-CoV-2, embora o papel desses vírus na patogênese dos casos ainda não esteja suficientemente esclarecido.

2.1.7. Nenhum outro fator de risco epidemiológico foi identificado até o momento, incluindo viagens internacionais e intoxicações. Nenhum vínculo com a vacina COVID-19 foi identificado e informações detalhadas coletadas sobre alimentos, bebidas e hábitos pessoais não identificaram nenhuma exposição comum.

2.1.8. A OMS e o Centro Europeu de Prevenção e Controle das Doenças (ECDC, *European Centre for Disease Prevention and Control*) apoiam os países nas investigações em curso, desde a coleta de informações sobre potenciais casos e sobre os casos detectados. Todas as informações disponíveis estão sendo divulgadas pelos países por meio de suas Redes de Hepatite e organizações clínicas, como a Associação Europeia para o Estudo do Fígado, a Sociedade Europeia de Microbiologia Clínica e Doenças Infeciosas (ESCMID) e a Sociedade Europeia de Gastroenterologia Pediátrica, Hepatologia e Nutrição (ESPGHAN).

2.1.9. Desta forma, a etiologia dos casos atuais de hepatite ainda é considerada desconhecida e permanece sob investigação ativa. A OMS está monitorando a situação com outros Estados Membros, juntamente com as autoridades e parceiros do Reino Unido para casos com perfis semelhantes. Segundo a OMS, é necessário mais trabalho para identificar casos adicionais tanto nos países atualmente afetados quanto em outros países. A prioridade é determinar a etiologia destes casos para refinar ainda mais as ações de prevenção e controle. A OMS estimula os países a identificar, investigar e comunicar casos potenciais que se enquadrem na definição de caso.

2.1.10. Assim, o Brasil visando contribuir na capacidade de identificar, notificações, oportunizar investigações e comunicar potenciais casos no território, disponibiliza orientações *sobre: notificação, investigação e fluxo laboratorial de casos prováveis de hepatite aguda de etiologia desconhecida em crianças e adolescentes.*

## 2.2. DEFINIÇÃO DE CASO

### 2.2.1. Provável:

- a) Crianças/adolescentes, menores de 17 anos, com quadro de hepatite aguda\* (não hepA-E\*\*) caracterizada pelo aumento de transaminase sérica, aspartato transaminase (AST) e/ou alanina transaminase (ALT) > 500 UI/L (AST e/ou ALT) diagnosticadas a partir do dia 20 de abril de 2022.
- b) Crianças/adolescentes menores de 17 anos com quadro de hepatite aguda\* (não hepA-E\*\*) que evoluiu para hepatite fulminante\*\* sem etiologia conhecida e necessidade de transplante de fígado no período de 01 de outubro de 2021 a 20 de abril de 2022.

### 2.2.2. Contato de Caso Provável:

- a) Indivíduo com hepatite aguda\* (não hepA-E\*\*) de qualquer idade que seja um contato próximo de um outro caso suspeito desde 20 de abril de 2022.

**\*Sinais e sintomas de hepatite aguda:** mialgia, náusea, vômito, letargia, fadiga, febre, dor abdominal, diarreia, icterícia. Em casos graves, insuficiência hepática aguda com encefalopatia. (6)

No Guia de Vigilância Epidemiológica estão as definições de caso para Hepatites Virais A-E (7).

**\*\*Sinais e sintomas de hepatite fulminante:** Insuficiência hepática aguda, caracterizada pelo surgimento de icterícia, coagulopatia e encefalopatia hepática em um intervalo de até oito semanas. A fisiopatologia está relacionada à degeneração e à necrose maciça dos hepatócitos. O quadro neurológico progride para o coma ao longo de poucos dias após a apresentação inicial.

**\*\* Os casos de hepatite aguda de etiologia desconhecida deverão ser notificados conforme item III ainda que os resultados de testes diagnósticos para hepatite A-E estejam em espera, SEMPRE que os demais critérios forem atendidos.**

## 2.3. NOTIFICAÇÃO DOS CASOS PROVÁVEIS

2.3.1. Os casos prováveis de hepatite aguda de etiologia desconhecida conforme definição de caso devem ser notificados de forma imediata, em até 24 horas, por se tratarem de eventos de saúde pública (ESP) conforme disposto na Portaria nº 420, de 02 de março de 2022.

2.3.2. A notificação de casos prováveis de hepatite aguda de etiologia desconhecida deve ser realizada imediatamente por todos os profissionais de saúde, públicos ou privados, conforme Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976, por meio dos canais de comunicação do Ministério da Saúde, disponíveis 24 horas por dia:

- a) **Formulário de notificação:** <https://forms.office.com/r/BGwZjYz9Mu>. (Deverá ser sinalizado no formulário a seguinte situação: Na **opção 01**- situação que será notificada: **Caso ou óbito suspeito de doença ou agravo de causa desconhecida** e na **opção 2** - Informe o evento a ser notificado: **Caso provável de hepatite aguda de etiologia desconhecida**.)
- b) **E-mail:** [notifica@saude.gov.br](mailto:notifica@saude.gov.br);
- c) **Telefone:** 0800.644.66.45

## 2.4. INVESTIGAÇÃO DE CASOS PROVÁVEIS

2.4.1. A investigação de eventos de saúde pública relacionados a hepatite aguda de etiologia desconhecida, que atendam a definição de caso, conforme item II, deverá seguir o fluxograma:

- a) Para a definição de caso deverão ser coletadas as amostras de sangue, swab nasofaríngeo e fezes ou Swab retal conforme Quadro 1;
- b) As orientações de coleta, armazenamento, conservação e transporte das amostras Anexo I;
- c) A realização dos exames deverá seguir a ordem de pesquisa para os seguintes agentes etiológicos conforme Figura 1;
- d) As amostras clínicas deverão ser encaminhadas ao Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN) de cada unidade federada. Caso o LACEN não realize, deverá ser enviado para o Laboratório de Referência.
- e) As amostras com volume inferior ao preconizado deverão ser enviadas para o Laboratório de Referência pelo LACEN para que sejam realizadas as pesquisas para TODOS os agentes etiológicos.
- f) Qualquer agente etiológico identificado deve ser encaminhado para sequenciamento genético pelo LACEN ao Laboratório de Referência.

**Quadro 1.** Tipo de amostras de sangue, Swab nasofaríngeo e fezes ou Swab retal, orientação de coleta e pesquisa de agente etiológico

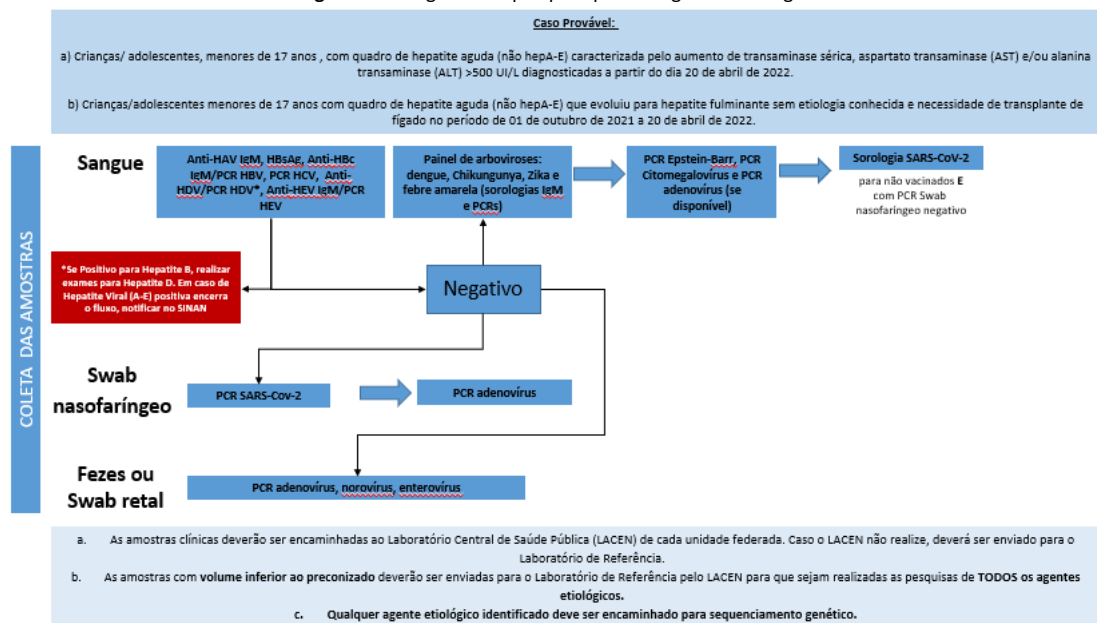
Tipo de Amostras	Orientações de coleta	Pesquisa de agentes etiológicos
Sangue	→ 60mL <sup>(a)</sup> de amostra de sangue total (tubo sem	Hepatites virais, arboviroses,

	anticoagulante) - identificar (NOME PACIENTE, DATA DE NASCIMENTO, NOME DA MÃE, DATA E HORA DA COLETA, MATERIAL, MUNICÍPIO). → 1 a 5mL <sup>(a)</sup> de amostra de sangue total em tubo de hemograma (tubo com anticoagulante) - identificar (NOME PACIENTE, DATA DE NASCIMENTO, NOME DA MÃE, DATA E HORA DA COLETA, MATERIAL, MUNICÍPIO). - Manter todos os tubos em geladeira comum ou caixa de isopor com gelo falso e enviar 24 a 48 horas para o LACEN	enterovírus, CMV, EBV, sorologia SARS CoV- 2 (para menores de 05 anos, não vacinados, com PCR swab nasal negativo)
<b>Swab nasofaríngeo</b>	Coleta de 1 swab de orofaringe e 1 swab passado nas duas narinas. Manter os tubos com swab em geladeira comum ou caixa de isopor com gelo falso e enviar 24 a 48 horas para o LACEN.	Adenovírus e SARS CoV-2
<b>Fezes ou Swab retal</b>	Fezes <i>in natura</i> <sup>(b)</sup> , colocar em frasco estéril, boca larga, com tampa rosqueada. Fazer coleta de uma segunda amostra 24h após a primeira. Na impossibilidade de se obter as fezes, utilize o swab retal. - Manter o frasco em geladeira comum ou caixa de isopor com gelo falso e enviar 24 a 48 horas para o LACEN.	Adenovírus, Norovírus e Enterovírus.

**Nota:** (a) Caso não seja possível obter o volume total recomendado, respeitar o limite máximo de 2,5 a 3mL por Kg de peso em 24 horas, considerando condição clínica do paciente e as coletas para outros exames feitas no período. (b) Na coleta de fezes *in natura* não se deve utilizar fezes de fralda.

**Fonte:** Adaptado de: <https://www.gov.uk/government/publications/hepatitis-increase-in-acute-cases-of-unknown-aetiology-in-children/increase-in-acute-hepatitis-cases-of-unknown-aetiology-in-children> ; <https://www.gov.uk/government/news/increase-in-hepatitis-liver-inflammation-cases-in-children-under-investigation>

**Figura 1.** Fluxograma de pesquisa para os agentes etiológicos



Fonte: Adaptado de: <https://www.gov.uk/government/publications/hepatitis-increase-in-acute-cases-of-unknown-aetiology-in-children/increase-in-acute-hepatitis-cases-of-unknown-aetiology-in-children> ; <https://www.gov.uk/government/news/increase-in-hepatitis-liver-inflammation-cases-in-children-under-investigation>

- 2.5. **ORIENTAÇÕES PARA COLETA, ARMAZENAMENTO, CONSERVAÇÃO E TRANSPORTE DAS AMOSTRAS CLÍNICAS PARA O DIAGNÓSTICO DE CASOS PROVÁVEIS DE HEPATITE AGUDA DE ETIOLOGIA DESCONHECIDA**
- 2.5.1. As orientações para coleta, armazenamento, conservação e transporte de amostras clínicas para a investigação laboratorial de casos prováveis de hepatite aguda de etiologia desconhecida estão descritas no Anexo I.
- 2.5.2. Os pedidos de exames para as pesquisas dos agentes etiológicos a serem realizados para investigação de caso provável devem ser cadastrados no Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL).
3. **CONSIDERAÇÕES FINAIS**
- 3.1. As condutas descritas acima são fundamentadas nas evidências científicas disponíveis, aliadas à análise do cenário epidemiológico brasileiro e poderão ser modificadas diante de novas constatações.
- 3.2. Orienta-se que a partir da identificação de um caso provável, seja realizada a notificação e definição da conduta respeitando os protocolos clínicos de cada instituição.

**GERSON FERNANDO MENDES PEREIRA**

Diretor

Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI/SVS/MS

**BRENO LEITE SOARES**

Diretor

Diretor do Departamento de Articulação Estratégicas de Vigilância em Saúde - DAEVS/SVS/MS

**DANIELA BUOSI ROHLFS**

Diretora

Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública – DSASTE/SVS/MS

**JANAINA SALLAS**

Coordenadora Geral de Emergências em Saúde Pública - CGEMSP/DSASTE/SVS/MS

**ARNALDO CORREIA DE MEDEIROS**

Secretário

Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS

**ANEXO I - Orientações para coleta, armazenamento, conservação e transporte das amostras clínicas para o diagnóstico de casos prováveis de hepatite aguda de etiologia desconhecida**

Tipo de diagnóstico	Metodologia	Tipo de material	Procedimento de coleta	Armazenamento e conservação	Acondicionamento e transporte
Hepatite Viral A	Sorologia	Soro (volume = 2mL)	Coleta em tubo de poliestireno com tampa laranja ou vermelha.	Refrigerar entre 2º a 8ºC por até 72 horas. Após esse prazo congelar a -20ºC.	Sob refrigeração em caixa de transporte de amostra biológica, com gelo reciclável ou gelo seco.
Hepatite Viral B	Sorologia	Soro (volume = 2mL)	Coleta em tubo de poliestireno com tampa laranja ou vermelha.	Refrigerar entre 2º a 8ºC por até 72 horas. Após esse prazo congelar a -20ºC.	Sob refrigeração em caixa de transporte de amostra biológica, com gelo reciclável ou gelo seco.
	RT-PCR	Soro ou plasma (volume = 0,5 mL)	Coleta em tubo com ou sem anticoagulante.	Refrigerar entre 2º a 8ºC por até 72 horas. Após esse prazo congelar a -20ºC.	Sob refrigeração em caixa de transporte de amostra biológica, com gelo reciclável ou gelo seco.
Hepatite Viral C	RT-PCR	Soro ou plasma (volume = 0,5 mL)	Coleta em tubo com ou sem anticoagulante.	Refrigerar entre 2º a 8ºC por até 72 horas. Após esse prazo congelar a -20ºC.	Sob refrigeração em caixa de transporte de amostra biológica, com gelo reciclável ou gelo seco.
Hepatite Viral D	Sorologia	Soro (volume = 2mL)	Coleta em tubo de poliestireno com tampa laranja ou vermelha.	Refrigerar entre 2º a 8ºC por até 72 horas. Após esse prazo congelar a -20ºC.	Sob refrigeração em caixa de transporte de amostra biológica, com gelo reciclável ou gelo seco.
	RT-PCR	Soro ou plasma	Coleta em tubo com ou sem anticoagulante.	Refrigerar entre 2º a 8ºC por até 72 horas. Após esse prazo congelar a -20ºC.	Sob refrigeração em caixa de transporte de amostra biológica, com gelo reciclável ou gelo seco.

		(volume = 0,5 mL)		esse prazo congelar a -20°C.	biológica, com gelo reciclável ou gelo seco.
Hepatite Viral E	Sorologia	Soro (volume = 2mL)	Coleta em tubo de poliestireno com tampa laranja ou vermelha.	Refrigerar entre 2º a 8ºC por até 72 horas. Após esse prazo congelar a -20ºC.	Sob refrigeração em caixa de transporte de amostra biológica, com gelo reciclável ou gelo seco.
	RT-PCR	Soro ou plasma (volume = 0,5 mL)	Coleta em tubo com ou sem anticoagulante.	Refrigerar entre 2º a 8ºC por até 72 horas. Após esse prazo congelar a -20ºC.	Sob refrigeração em caixa de transporte de amostra biológica, com gelo reciclável ou gelo seco.
Enterovírus	RT-PCR	Fezes <i>in natura</i>	Coletar uma amostra de 4 a 8 g em coletor universal, ~ 1/3 do coletor.	Congelar a -20ºC. Em ausência de freezer, Conservar em geladeira por até 48 horas.	Sob refrigeração em caixa de transporte de amostra biológica, com gelo reciclável ou gelo seco.
		Soro	Soro = 2 ml em frasco plástico		
Citomegalovírus (CMV)	PCR	Soro	Soro= 2 ml em frasco plástico		
Epstein-Barr	PCR	Soro	Soro= 2 ml em frasco plástico	Congelar a -20ºC. Em ausência de freezer, Conservar em geladeira por até 48 horas.	Sob refrigeração em caixa de transporte de amostra biológica, com gelo seco.
Adenovírus	RT-PCR	Sangue ou plasma	Sangue ou plasma: 2mL em frasco plástico	Congelar a -20ºC. Em ausência de freezer, Conservar em geladeira por até 48 horas.	Sob refrigeração em caixa de transporte de amostra biológica, com gelo seco.
		Fezes ou <i>swab</i> retal	Fezes <i>in natura</i> . Na impossibilidade de se obter as fezes, utilizar <i>swab</i> retal. 2 coletas na fase da doença. A 2ª amostra deve ser coletada 24 horas após a primeira. Frasco estéril, boca larga, com tampa rosqueada	As amostras devem ser mantidas sob refrigeração e enviadas imediatamente ao laboratório (até 24 horas). Caso contrário, congelá-las a -20ºC	As amostras devem ser acondicionadas em sacos plásticos, em caixa de transporte de amostra biológica contendo quantidade suficiente de gelo seco ou gelo reciclável.
Norovírus	RT-PCR	Fezes ou <i>swab</i> retal	Fezes <i>in natura</i> . Na impossibilidade de se obter as fezes, utilizar <i>swab</i> retal. 2 coletas na fase da doença. A 2ª amostra deve ser coletada 24 horas após a primeira. Frasco estéril, boca larga, com tampa rosqueada	As amostras devem ser mantidas sob refrigeração e enviadas imediatamente ao laboratório (até 24 horas). Caso contrário, congelá-las a -20ºC	As amostras devem ser acondicionadas em sacos plásticos, em caixa de transporte de amostra biológica contendo quantidade suficiente de gelo seco ou gelo reciclável.
Dengue, Chikungunya e Zika vírus	RT-PCR	Sangue, soro/plasma	Coletar cerca de 5 ml (criança) e 10 ml (adulto) de sangue total, sem anticoagulante, para obtenção do soro ou com EDTA para obtenção do plasma, sendo a coleta realizada até o 5º dia a partir do início dos sintomas. Aliquotar 2-3 ml do soro/plasma para realizar testes moleculares.	Utilizar tubo plástico estéril, com tampa de rosca e anel de vedação. Rotular o tubo com o nome/número do paciente, data da coleta e tipo de amostra. Conservar entre 2ºC e 8ºC até no máximo 48h; -20ºC até 7 dias; após este período, manter a -70ºC.	Acondicionar em caixa de transporte de amostra biológica (Categoria B UN/3373) com gelo seco ou, se possível, transportar em nitrogênio líquido.
	Sorologias	Soro, líquido cefalorraquidiano (LCR).	Coletar cerca de 5 ml (criança) e 10 ml (adulto) de sangue total, sem anticoagulante, sendo a 1ª coleta a partir do 6º dia do início dos sintomas e a 2ª coleta após 15 dias da 1ª coleta, exceto para NS-1, onde a amostra deverá ser coletada até o 6º dia após o início dos sintomas. Aliquotar 2-3 ml do soro para realizar testes sorológicos. Em casos com manifestações neurológicas, puncionar 1 ml (criança) e 3 ml (adulto) de líquido cefalorraquidiano (LCR).	Utilizar tubo plástico estéril, com tampa de rosca e anel de vedação. Rotular o tubo com o nome/número do paciente, data da coleta e tipo de amostra. Conservar entre 2ºC e 8ºC até no máximo 48h; -20ºC até 7 dias; após este período, manter a -70ºC	Acondicionar em caixa de transporte de amostra biológica (Categoria B UN/3373) com gelo reciclável.
Febre Amarela	RT-PCR	Sangue, soro/plasma	Coletar o sangue sem anticoagulante entre 1 e 10 dias após o início dos sintomas. Separar no mínimo 3 mL de soro para PCR. Coletar 5 mL de urina até o 15º dia após o início dos sintomas. Tubo resistente à temperatura ultrabaixa (criotubo) capacidade de 2 mL com tampa de rosca e anel de vedação, devidamente identificado. Conservar em freezer a -70ºC. Colocar em saco plástico individualizado dentro de uma canaleta identificada no botijão de nitrogênio líquido ou caixa de transporte de amostras biológicas com gelo seco. Acompanha ficha com dados do paciente	Tubo resistente à temperatura ultrabaixa (criotubo) capacidade de 2 mL com tampa de rosca e anel de vedação, devidamente identificado. Conservar em freezer a -70ºC	Colocar em saco plástico individualizado dentro de uma canaleta identificada no botijão de nitrogênio líquido ou caixa de transporte de amostras biológicas com gelo seco

	Sorologia	Soro	Coletar o sangue sem anticoagulante a partir do 7º dia do início dos sintomas (e preferencialmente até 30 dias). Separar no mínimo 3 mL do soro para sorologia.	Tubo plástico estéril com tampa de rosca devidamente identificado e conservado em freezer a -20°C	Colocar a amostra em saco plástico individualizado dentro de outro saco plástico. Transportar em caixa de transporte de amostra biológica com gelo comum ou reciclável	
SARS-COV-2 e adenovírus	Biologia Molecular – RTqPCR	Secreção de nasofaringe e orofaringe	Proceder à coleta de três swabs (um da orofaringe e dois outros, um de cada narina). Em seguida, inserir os swabs em um mesmo frasco contendo três mililitros de meio de transporte, fechar e identificar adequadamente o frasco	Preferencialmente, armazenar a -70°C ou -20°C até 48 horas	Transporte deverá ser realizado em caixa de transporte de amostras biológicas com gelo seco.	T VÍ
SARS-CoV-2	Sorologia	Soro	Soro= 2 ml em frasco plástico	Preferencialmente, armazenar a -70°C ou -20°C até 48 horas	Transporte deverá ser realizado em caixa de transporte de amostras biológicas com gelo seco.	P

**Observações:**

**OBS.1:** 2,5ml a 3ml de sangue por Kg de peso – volume seguro máximo para coleta em crianças. Caso não seja possível a coleta do volume total de sangue recomendado, uma nova amostra para investigação laboratorial pode ser enviada 48h a 72h após a primeira.

**OBS.2:** Qualquer agente etiológico identificado deve ser encaminhado para sequenciamento genético.

**Referências**

1. WHO. Event Information Site for IHR National Focal Points. Disponível em: <https://extranet.who.int/ihreventinformation/event/2022-e000081>. Acessado em: 21/04/2022;
2. The UK Health Security Agency (UKHSA), Increase in hepatitis (liver inflammation) cases in children under investigation, available at. Disponível em: <https://www.gov.uk/government/publications/hepatitis-increase-in-acute-cases-of-unknown> Acessado em: 21/04/2022;
3. ECDC. Atualização: Hepatite de origem desconhecida em crianças. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/update-hepatitis-unknown-origin-children>. Acessado em: 21/04/2022;
4. Marsh Kimberly, Tayler Rachel, Pollock Louisa, Roy Kirsty, Lakha Fatim, Ho Antonia, Henderson David, Divala Titus, Currie Sandra, Yirrell David, Lockhart Michael, Rossi Maria K., Phin Nick. Investigation into cases of hepatitis of unknown aetiology among young children, Scotland, 1 January 2022 to 12 April 2022. Euro Surveill. 2022; 27(15): pii=2200318. Disponível em: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807>. Acessado em 21 de abril 2022.
5. ABRACIT. Associação Brasileira de Centros de Informação e Assistência Toxicológica. Ofício nº 08/2022. 2 de maio de 2022.
6. European Center for Disease Prevention and Control, Stockholm, 2022. RAPID RISK ASSESSMENT Increase in severe acute hepatitis cases of unknown aetiology in children, 28 April 2022. Acessado em 03/05/2022. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/RRA-20220420-218-erratum.pdf>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde [recurso eletrônico], 5. ed.; Brasília, Ministério da Saúde, 2021. 1.126 p. : il. Modo de acesso: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_saude\\_5ed.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed.pdf)



Documento assinado eletronicamente por **Janaína Sallas, Coordenador(a)-Geral de Emergências em Saúde Pública**, em 09/05/2022, às 23:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Daniela Buosi Rohifs, Diretor do Depto de Saúde Ambiental, do Trab. e Vigilância das Emergências em Saúde Pública**, em 10/05/2022, às 07:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Breno Leite Soares, Diretor(a) do Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde**, em 10/05/2022, às 11:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Gerson Fernando Mendes Pereira, Diretor(a) do Depto de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis**, em 10/05/2022, às 14:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Arnaldo Correia de Medeiros, Secretário(a) de Vigilância em Saúde**, em 10/05/2022, às 15:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); 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](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0026809698** e o código CRC **825D1606**.



---

Referência: Processo nº 25000.064552/2022-91

SEI nº 0026809698

Coordenação-Geral de Emergências em Saúde Pública - CGEMSP  
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900  
Site - saude.gov.br