

Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária à Saúde  
Superintendência de Emergências em Saúde Pública  
Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde

## ALERTA CIEVS-RJ nº 144 - 17/06/2024

Ocorrência de casos suspeitos de infecção por Micobactérias Não Tuberculosas de Crescimento Rápido (MNTCR), pós-procedimentos estéticos invasivos e não invasivos (aplicação de toxina Botulínica, ácido hialurônico e outras substâncias), em serviços de saúde e/ou de estética e cuidados com a beleza.

### Descrição do Evento

As Micobactérias Não Tuberculosas (MNT) são encontradas no meio ambiente e com patogenicidade variável, ao contrário das espécies que compõem o Complexo *Mycobacterium tuberculosis* (CMTB) e *Mycobacterium leprae*, que são sempre patogênicas. As micobactérias de crescimento rápido (MCR) formam colônias em meio sólido em até sete dias e temos como exemplos: Grupo *M. abscessus*, *M. fortuitum*, *M. chelonae* e *M. franklinii*. São as mais comuns envolvidas em infecções pós-procedimentos invasivos. Elas podem estar presentes em redes de distribuição de água, encanamentos e sistemas de água de hospitais, centros de hemodiálise, centros cirúrgicos e consultórios, criando possíveis fontes de contaminação e doença em humanos.

A capacidade das MNT em formar biofilmes contribui para a sua permanência em determinados ambientes e a sua resistência a desinfetantes e antimicrobianos.

Falhas em procedimentos de esterilização possibilitam sua presença em soluções de uso médico, instrumentais e equipamentos. Infecções iatrogênicas e nosocomiais causadas por MNT estão se tornando mais frequentes, como abscessos subcutâneos ou intramusculares em locais de injeções, mesoterapia, lipoaspiração e lipoescultura, acupuntura, cirurgias de implantes de mama, cirurgias laparoscópicas e artroscópicas, e procedimentos cirúrgicos oftalmológicos para correção de problemas de refração, além de aplicações de toxina botulínica, ácido hialurônico, entre outros.

Até o momento, foram contabilizados 19 (dezenove) notificações no ano de 2024 de casos suspeitos e confirmados de MNT associados a procedimentos invasivos, com o Local Provável de Infecção localizado em 4 (quatro) diferentes municípios no ERJ.

Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária à Saúde  
Superintendência de Emergências em Saúde Pública  
Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde

## ALERTA CIEVS-RJ nº 144 - 17/06/2024

### Definição de Caso Suspeito

Toda pessoa que tenha sido submetida a procedimento estético e/ou médico invasivo num período de até 24 meses, a contar da data deste procedimento, e que apresente um ou mais dos seguintes sinais e sintomas no local: hiperemia, hipertermia e edema por mais de uma semana, nódulos com ou sem fistulização, ulcerações e fistulizações com drenagem persistente de secreção serosa, purulenta ou pio-sanguinolenta, de difícil cicatrização (não responde a tratamentos convencionais), com recidivas e em locais correspondentes ao trajeto de agulhas, cânulas ou trocartes com ou sem disseminação para áreas adjacentes.

### Notificação

Considerando a Resolução SES RJ 2.485/2021, que lista as doenças de notificação compulsória no âmbito do estado do Rio de Janeiro, e a necessidade de entendermos o atual cenário epidemiológico, elucidando os casos ocorridos após procedimentos estéticos realizados por profissionais capacitados ou não, em ambientes regulamentados ou não e sem seguir normas de biossegurança, esta SES RJ **alerta que todos os serviços de saúde** realizem a notificação de um caso suspeito de MNT para o CIEVS RJ.

### Contato CIEVS

Telefone: (21) 3385-9295/9296/9298 (horário comercial)

Plantão 24h: 21 (21) 98596-6553

E-mail [notifica.ses.rj@gmail.com](mailto:notifica.ses.rj@gmail.com).

Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária à Saúde  
 Superintendência de Emergências em Saúde Pública  
 Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde

## Anexo

| República Federativa do Brasil<br>Ministério da Saúde |                            | SINAN<br>SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO |                                                       | Nº                                    |
|-------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| FICHA DE NOTIFICAÇÃO/CONCLUSÃO                        |                            |                                                          |                                                       |                                       |
| Dados Gerais                                          | 1                          | Tipo de Notificação<br>2 - Individual                    |                                                       |                                       |
|                                                       | 2                          | Agravado/doença                                          |                                                       | 3 Data da Notificação                 |
|                                                       | 4                          | 5                                                        | Município de Notificação                              | Código (IBGE)                         |
|                                                       | 6                          | Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)           |                                                       | 7 Data dos Primeiros Sintomas         |
| Notificação Individual                                | 8                          | Nome do Paciente                                         |                                                       | 9 Data de Nascimento                  |
|                                                       | 10                         | (ou) Idade                                               | 11 Sexo M - Masculino<br>F - Feminino<br>I - Ignorado | 12 Gestante                           |
|                                                       | 14                         | Escolaridade                                             |                                                       | 13 Raça/Cor                           |
|                                                       | 15                         | Número do Cartão SUS                                     |                                                       | 16 Nome da mãe                        |
| Dados de Residência                                   | 17                         | 18                                                       | Município de Residência                               | 19 Distrito                           |
|                                                       | 20                         | Bairro                                                   |                                                       | 21 Logradouro (rua, avenida,...)      |
|                                                       | 22                         | 23                                                       | Número / Complemento (apto., casa, ...)               | 24 Geo campo 1                        |
|                                                       | 25                         | Geo campo 2                                              |                                                       | 26 Ponto de Referência                |
|                                                       | 28                         | (DDD) Telefone                                           |                                                       | 27 CEP                                |
|                                                       | 29                         | Zona 1 - Urbana 2 - Rural<br>3 - Periurbana 9 - Ignorado |                                                       | 30 País (se residente fora do Brasil) |
| <b>Conclusão</b>                                      |                            |                                                          |                                                       |                                       |
| Conclusão                                             | 31                         | Data da Investigação                                     |                                                       | 32 Classificação Final                |
|                                                       | 34                         | Local Provável da Fonte de Infecção                      |                                                       | 33 Critério de Confirmação/Descarte   |
|                                                       | 37                         | Município                                                |                                                       | 35 UF 36 País                         |
|                                                       | 40                         | Doença Relacionada ao Trabalho                           |                                                       | 38 Distrito 39 Bairro                 |
|                                                       | 42                         | Data do Óbito                                            |                                                       | 41 Evolução do Caso                   |
| <b>Informações complementares e observações</b>       |                            |                                                          |                                                       |                                       |
| Observações adicionais                                |                            |                                                          |                                                       |                                       |
| Investigador                                          | Município/Unidade de Saúde |                                                          |                                                       | Cód. da Unid. de Saúde                |
|                                                       | Nome                       |                                                          | Função                                                | Assinatura                            |
|                                                       | Notificação/conclusão      |                                                          | Sinan NET                                             | SVS 27/09/2005                        |