



|           |                                               |
|-----------|-----------------------------------------------|
| PROCESSO: | 019.5216.2022.0054579-61                      |
| ORIGEM:   | <Insira aqui a Unidade de origem do processo> |
| OBJETO:   | <Insira aqui o objetivo do processo>          |

Interessado: Profissionais de saúde da rede pública e privada

Assunto: Nota técnica nº 04/2022 DIVEP/LACEN/SUVISA/SESAB - revisão da nota técnica nº 05/2019

A Diretoria de Vigilância Epidemiológica do Estado da Bahia (DIVEP) vem atualizar a orientação para os profissionais de saúde da Rede Pública e Privada quanto à notificação, investigação, diagnóstico e tratamento da esquistossomose mansoni no estado da Bahia, substituindo a Nota Técnica nº 05/2019 GT-PCE/DIVEP/LACEN/SUVISA/SESAB.

## 1. DOENÇA

A esquistossomose *mansoni* é uma doença parasitária, de evolução crônica, cuja magnitude, severidade das formas clínicas e evolução, a caracterizam como um importante problema de saúde pública.

O estado da Bahia possui a maioria de seus municípios classificados como endêmicos ou focais para Esquistossomose e apresenta uma média anual de 60 óbitos pela doença.

## 2. DEFINIÇÃO DE CASO

**2.1. Caso Suspeito-** Indivíduo residente e/ou procedente de área endêmica com quadro clínico sugestivo das formas: aguda, crônicas ou assintomáticas, com história de contato com as coleções de águas onde existam caramujos eliminando cercárias. **Todo suspeito deve ser submetido a exame parasitológico de fezes ou ter realizada sorologia para esquistossomose.**

**2.2. Caso confirmado** - todo indivíduo que apresente ovos de *Schistosoma mansoni* em amostra de fezes, tecidos ou outros materiais orgânicos e/ou formas graves de esquistossomose aguda, hepatoesplênica, abscesso hepático, enterobacteriose associada, neurológica (mielorradiculopatia esquistossomática), nefropática, vasculopulmonar, ginecológica, pseudotumoral intestinal e outras formas ectópicas. A realização de biópsia retal ou hepática, quando indicada, pode auxiliar na confirmação do diagnóstico, embora seja mais indicada na rotina, iniciar a busca diagnóstica pelo exame de fezes e/ou sorologia (ver fluxos para diagnóstico). Todo caso confirmado deve ser tratado, a não ser que haja contraindicação médica.

**2.3 Caso descartado** - Caso que não atenda a definição de caso confirmado.

## 3. VIGILÂNCIA

### 3.1. NOTIFICAÇÃO

A esquistossomose é uma doença considerada agravo de notificação compulsória de acordo com a Portaria nº 1061 de 18 de maio de 2020, do Ministério da Saúde, que estabelece a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional; e a Portaria Estadual de nº 1290 de 09/11/2017.

#### 3.1.2 Municípios endêmicos e focais

A notificação deverá ser feita no Sistema de Informação do Programa de Controle de Esquistossomose- **SISPCE** através dos Formulários PCE 101- Diário de Coposcopia e Tratamento e PCE 108 – Casos notificados na Rede Básica (Anexos A e B). Os **casos graves** (hepatoesplênica, hepatointestinal, aguda e outras como: abscesso hepático, enterobacteriose associada, mielorradiculopatia esquistossomática, nefropática, vasculopulmonar, ginecológica, pseudotumoral intestinal e outras formas ectópicas) deverão ser notificados no SINAN utilizando a Ficha de notificação/investigação (anexo C).

#### 3.1.3 Municípios indenes (sem transmissão)

TODOS os casos (incluindo os **graves**) deverão ser notificados utilizando a Ficha de investigação no SINAN (anexo C).

**ATENÇÃO:** os casos de óbitos devem ser lançados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

### 3.4. INVESTIGAÇÃO

Em áreas indenes, a investigação deve ser realizada em todos os casos notificados mediante o preenchimento da Ficha de Investigação no SINAN (anexo C). Em áreas focais, em vias de eliminação e nas áreas endêmicas, somente os casos de formas

graves devem ser investigados.

#### 4. DIAGNÓSTICO

Como a esquistossomose, em suas diversas formas clínicas, se assemelha a muitas outras doenças, o diagnóstico confirmatório é realizado por meio de exames laboratoriais. A história do suspeito de ter origem ou haver vivido em região reconhecidamente endêmica ou contato com áreas com risco de transmissão, auxilia no diagnóstico. Contudo, **apenas** o laboratório poderá confirmar se é caso de esquistossomose.

##### 4.1 Métodos Diretos

O Ministério da Saúde recomenda **como método direto** para confirmação de casos de esquistossomose, o exame parasitológico de fezes pela metodologia **Kato Katz**, que permite a análise qualitativa e quantitativa **ou pelo método de sedimentação espontânea - Lutz/Hoffman** para detectar a presença de ovos nas fezes.

O kit **Kato Katz** é disponibilizado pelo Ministério da Saúde e compete ao GT Esquistossomose em parceria com o LACEN/BA realizar a descentralização. As Regionais de Saúde do Estado deverão solicitar os kits através do preenchimento do Relatório Mensal das Atividades de Diagnóstico Laboratorial de Esquistossomose (Anexo D), contendo o total de kits recebidos, a validade dos mesmos, o total de exames realizados nos municípios da sua área de abrangência, o quantitativo de exames positivos e negativos, o estoque atual e a solicitação de kits para o mês subsequente através do [e-mail divep.esquistossomose@saude.ba.gov.br](mailto:divep.esquistossomose@saude.ba.gov.br). Caso não haja novos pedidos, as Regionais devem informar mensalmente sobre o uso do insumo. Compete a gestão municipal a realização do exame Kato Katz, e, diante alguma necessidade, o município pode solicitar a realização desse exame e/ou sorologia para o LACEN. Nessas situações, a amostra deve ser enviada obrigatoriamente com a ficha de notificação (anexo C), e, após o resultado emitido pelo LACEN, o município deve buscar a conclusão do caso (ver fluxos 1 ou 2). Sendo positivo, deve lançar o dado na base adequada (ver tópico 2 – notificação)

##### 4.2 Métodos Indiretos

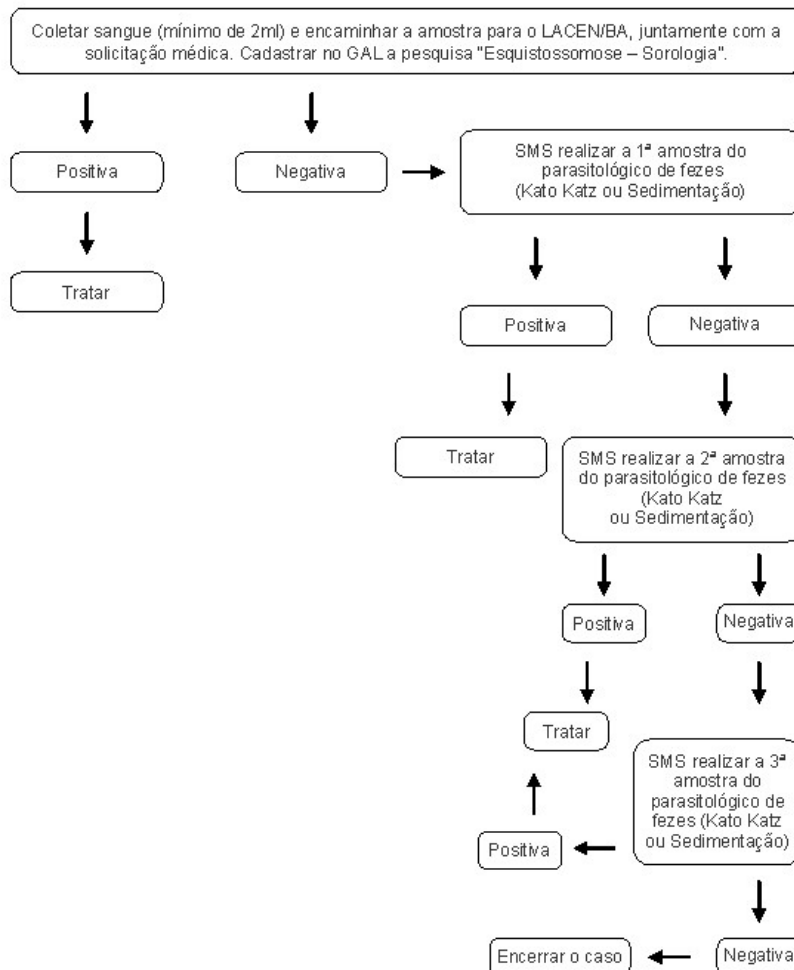
A sorologia para diagnóstico da esquistossomose *mansoni* é considerado um método indireto para o diagnóstico da esquistossomose, sendo útil em: áreas de baixa endemicidade e/ou casos de primeira infecção; casos suspeitos, com parasitológico de fezes negativo. Deve-se considerar os pacientes provenientes de áreas não endêmicas que são eventualmente expostos em áreas com risco de transmissão (ecoturistas, praticantes de esportes em áreas de risco, indivíduos com história de contato pontual com águas de enchentes, represas, lagos, rios, açudes, etc). A positividade, devido à presença do anticorpo (memória imunológica) pode permanecer por muitos anos, mesmo após a cura da infecção. De acordo o Guia de Vigilância em Saúde (5ª edição, 2021), a investigação laboratorial por sorologia, deve ser feita para detecção de anticorpos IgM na reação de imunofluorescência indireta (IFI) ou de anticorpos IgG por ensaio imunoenzimático (ELISA – do inglês, enzyme-linked immunosorbent assay) com antígeno de superfície de ovos (SEA). Atualmente apenas a detecção do IgG está disponível na rede de Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen), devendo ser adotada quando necessário.

A DIVEP/Ba orienta a rede pública e privada a utilizar os fluxos abaixo para o diagnóstico de esquistossomose:

#### **Fluxo 1 - Diagnóstico de esquistossomose para áreas indenenes (áreas sem transmissão), ecoturistas e para pacientes de área não endêmica que foi exposto ao *S. mansoni***

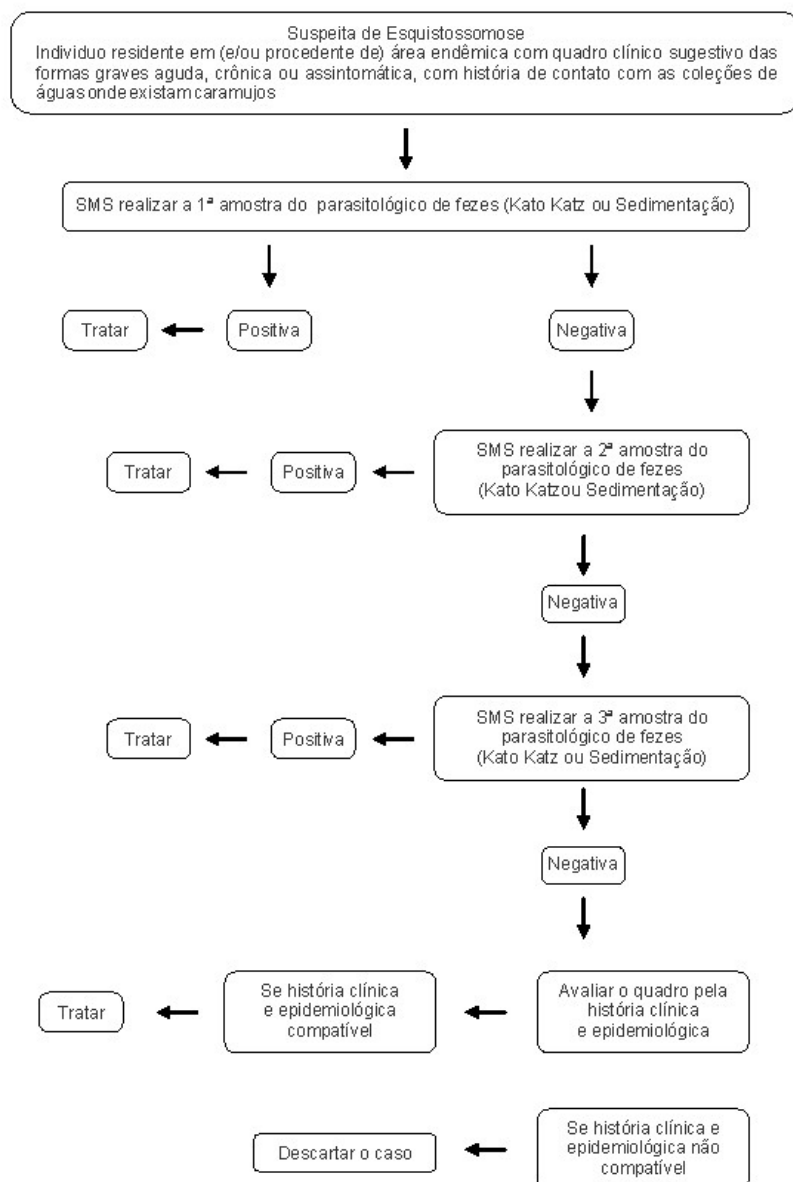
Indivíduos residentes em áreas indenenes e/ou procedentes de áreas com história de contato com as coleções hídricas onde existam caramujos eliminando cercarias, com quadro clínico sugestivo das formas graves aguda, crônica ou assintomática.

OBSERVAÇÃO: Pesquisar se o paciente já foi tratado previamente. Se teve a doença e foi tratado deve-se aplicar o fluxo 2.



Fonte: Adaptado do Guia de Vigilância em Saúde/MS, 2021.

## Fluxo 2- Diagnóstico de esquistossomose para indivíduos com história de contato em áreas endêmicas e/ou focais



Fonte: Manual da Vigilância da Esquistossomose Mansoní – Diretrizes Técnicas do Ministério da Saúde, 4ª edição, Brasília, DF, 2014.

**OBSERVAÇÃO:** Indivíduos suspeitos **nunca tratados** com praziquantel ou mansil podem ser avaliados pelo fluxo 1, independentemente de serem de área endêmica ou focal

#### 4.3. Diagnóstico por imagem

Pode ser utilizado para **investigação de formas avançadas da doença**. A ultrassonografia é útil no diagnóstico da forma hepatoesplênica e auxilia na exclusão de outras hepatopatias que cursam no diagnóstico diferencial da esquistossomose. A radiografia de tórax é importante para diagnosticar a hipertensão arterial pulmonar consequente da artrite pulmonar esquistossomótica. A endoscopia digestiva alta no diagnóstico e tratamento das varizes gastroesofágicas resultantes da hipertensão portal. A ressonância magnética auxilia na mielorradiculopatia esquistossomótica.

## 5. TRATAMENTO

O **Praziquantel 600mg** é o único medicamento para tratar a esquistossomose em todas as suas formas clínicas e faixas etárias. É fabricado pelo laboratório de Farmanguinhos/Fiocruz e distribuído gratuitamente pelo Ministério da Saúde às Secretarias Estaduais de Saúde, que por sua vez distribuem aos municípios. O tratamento individual dos casos deve ser realizado por via oral, em dose única supervisionada, de 50mg/kg de peso para adulto e 60mg/kg de peso para criança (maior de 2 anos com peso superior a 10kg, até 15 anos com peso maior que 30kg).

| Tratamento para adulto (50mg/kg)                                                                                                                 |                              | Tratamento para criança até 15 anos (60mg/kg)                                                                                                                                                |                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Peso corporal (kg)                                                                                                                               | Dosagem (nº. de comprimidos) | Peso Corporal (kg)                                                                                                                                                                           | Dosagem (nº. de comprimidos) |
| 27 - 32                                                                                                                                          | 2,5                          | 13 - 16                                                                                                                                                                                      | 1,5                          |
| 33 - 38                                                                                                                                          | 3,0                          | 17 - 20                                                                                                                                                                                      | 2,0                          |
| 39 - 44                                                                                                                                          | 3,5                          | 21 - 25                                                                                                                                                                                      | 2,5                          |
| 45 - 50                                                                                                                                          | 4,0                          | 26 - 30                                                                                                                                                                                      | 3,0                          |
| 51 - 56                                                                                                                                          | 4,5                          | 31 - 35                                                                                                                                                                                      | 3,5                          |
| 57 - 62                                                                                                                                          | 5,0                          | 36 - 40                                                                                                                                                                                      | 4,0                          |
| 63 - 68                                                                                                                                          | 5,5                          | 41 - 45                                                                                                                                                                                      | 4,5                          |
| 69 - 74                                                                                                                                          | 6,0                          | 46 - 50                                                                                                                                                                                      | 5,0                          |
| 75 - 80                                                                                                                                          | 6,5                          | 51 - 55                                                                                                                                                                                      | 5,5                          |
| > 80                                                                                                                                             | 7,0                          | 56 - 60                                                                                                                                                                                      | 6,0                          |
| Obs.: Em maiores de 70 anos é necessária criteriosa avaliação médica, visto as possíveis contraindicações que possam existir (risco/benefícios). |                              | Obs.: Em criança menor de 2 anos e/ou com menos de 10kg de peso corporal, a avaliação médica deve ser criteriosa, visto as possíveis contraindicações que possam existir (risco/benefícios). |                              |

Fonte: Nota informativa nº 11 de 2017/CGHDE/DEVIT/SVS/MS

Nos pacientes com forma hepatoesplênica ou com outras doenças graves associadas, o tratamento deverá ser realizado sob supervisão médica. Em localidades onde foi realizada a busca ativa, o tratamento deve seguir a orientação do Manual da Vigilância da Esquistossomose Mansonii – Diretrizes Técnicas do Ministério da Saúde, 4ª edição, Brasília, DF, 2014, página 83, conforme quadro abaixo:

| Percentual de Positividade | Estratégia de Tratamento                                                              |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Menor que 15%              | Tratar somente os indivíduos com exame parasitológico de fezes positivo               |
| Entre 15% e 25%            | Tratar somente indivíduos com exame parasitológico de fezes positivo e os conviventes |
| Maior que 25%              | Tratar todos os indivíduos da localidade (coletivo)                                   |

### 5.1. Fluxo para dispensação do medicamento Praziquantel

O município deve registrar nos sistemas de informação (SISPCE/SINAN) os casos positivos para esquistossomose a serem tratados; devem fazer a solicitação do medicamento para a Regional de Saúde que deve avaliar a notificação e a solicitação, para que haja a liberação (ANEXO E). Cabem aos municípios estabelecerem as rotinas entre a assistência farmacêutica local e o Programa de Controle da Esquistossomose (PCE) para a alimentação regular das notificações e dispensação do medicamento prescrito em conformidade com essa Nota. Vale ressaltar que o medicamento deve ser dispensado com a apresentação do exame diagnóstico. Preferencialmente deve-se investigar o caso suspeito pelos fluxogramas 1 ou 2 cujos exames escolhidos são Kato Katz ou Lutz/Hoffman, acompanhados ou não da sorologia.

**ATENÇÃO:** Para os pacientes com biópsia com presença de ovos de *S. mansoni*, o tratamento deverá ser instituído de imediato. Para outras condições que envolvam métodos diagnósticos por imagem, a dispensação do medicamento deve ser acompanhada de laudo médico.

**5.2 Avaliação da cura** - realizar três exames de fezes sequenciais no quarto mês após o tratamento.

### BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota Técnica Nº 05/Sub-HA/CGTD/DEVEP/SVS/MS – **Sobre notificação de casos de esquistossomose.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1061 de 18 de maio de 2020 - **Revoga a Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020, e altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância da Esquistossomose Mansonii: Diretrizes Técnicas.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. 4ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota Informativa Nº 11, de 2017/CGHDE/DEVIT/SVS/MS - **Orientações sobre o diagnóstico e tratamento da esquistossomose mansonii nas unidades de saúde.**

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde.** Ministério da Saúde, Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. 5ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Portaria nº 1290 de 09 de novembro de 2017- **Define e atualiza a Lista Estadual de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de Saúde Pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.**

Nota Técnica nº 05/2019 GT-PCE/DIVEP/LACEN/SUVISA/SESAB – Notificação, Investigação, Diagnóstico e Tratamento da Esquistossomose *mansonii* no Estado da Bahia.

## Anexo B- Formulário 108 -SISPCE

## Anexo C – Ficha Esquistossomose SINAN

| República Federativa do Brasil                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                  | SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO       |                                                    | Nº                                    |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------|--|
| Ministério da Saúde                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                  | FICHA DE INVESTIGAÇÃO                                 |                                                    | ESQUISTOSSOMOSE                       |  |
| <b>CASO CONFIRMADO:</b> todo indivíduo residente ou procedente de área endêmica para esquistossomose, com quadro clínico sugestivo das formas aguda ou crônicas de esquistossomose, história de contato com águas onde existe o caramujo eliminando cercárias, e que apresente ovos viáveis de Schistosoma mansoni nas fezes. |                                                  |                                                       |                                                    |                                       |  |
| Dados Gerais                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1 Tipo de Notificação                            | 2 - Individual                                        |                                                    | 3 Data da Notificação                 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 2 Agravado/ença                                  |                                                       | Código (CID10)                                     | B 65.9                                |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 4 UF                                             | 6 Município de Notificação                            | Código (IBGE)                                      |                                       |  |
| Dados de Residência                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 8 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) |                                                       | Código                                             | 7 Data dos Primeiros Sintomas         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 8 Nome do Paciente                               |                                                       | 9 Data de Nascimento                               |                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 10 (ou) Idade                                    | 11 Sexo M - Masculino<br>F - Feminino<br>I - Ignorado | 12 Estado                                          | 13 Raça/Cor                           |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 14 Escolaridade                                  |                                                       | 15 Educação superior completa                      |                                       |  |
| Dados de Residência                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 16 Número do Cartão SUS                          |                                                       | 18 Nome da mãe                                     |                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 17 UF                                            | 18 Município de Residência                            | Código (IBGE)                                      | 19 Distrito                           |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 20 Bairro                                        | 21 Logradouro (rua, avenida,...)                      | Código                                             |                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 22 Número                                        | 23 Complemento (apto., casa, ...)                     | 24 Geo campo 1                                     |                                       |  |
| Dados Complementares de Caso                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 25 Geo campo 2                                   |                                                       | 26 Ponto de Referência                             | 27 CEP                                |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 28 DDD                                           | 29 Telefone                                           | 30 Zona                                            | 31 País (se residente fora do Brasil) |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 32 Data da Investigação                          |                                                       | 33 Ocupação                                        | 34 Análise Quantitativa               |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 35 Data da Coprocopia                            |                                                       | 36 Análise Qualitativa                             | 37 Outros exames (especificar)        |  |
| Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 38 OUTROS                                        |                                                       | 39 Data do Tratamento                              |                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 40 Resultado de Análise de Verificação de Cura   |                                                       | 41 Caso não tenha feito tratamento, qual o motivo? |                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 42 Resultado da Análise de Verificação de Cura   |                                                       | 43 Data do Resultado da 3ª amostra                 |                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 44 Especificar Forma Clínica                     |                                                       | 45 Data do Resultado da 3ª amostra                 |                                       |  |
| Causa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 46 Local Provável de Infecção                    |                                                       | 47 País                                            |                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 48 Nome da Propriedade (se área rural)           |                                                       | 49 Nome da Coleção Hídrica                         |                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 50 Nome da Propriedade (se área rural)           |                                                       | 51 Doença Relacionada ao Trabalho                  |                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 52 Evolução do Caso                              |                                                       | 53 Data do Encerramento                            |                                       |  |
| Investigador                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 54 Nome                                          |                                                       | 55 Assinatura                                      |                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 56 Função                                        |                                                       | 57 Assinatura                                      |                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 58 Nome da Unidade de Saúde                      |                                                       | 59 Assinatura                                      |                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 60 Nome da Unidade de Saúde                      |                                                       | 61 Assinatura                                      |                                       |  |

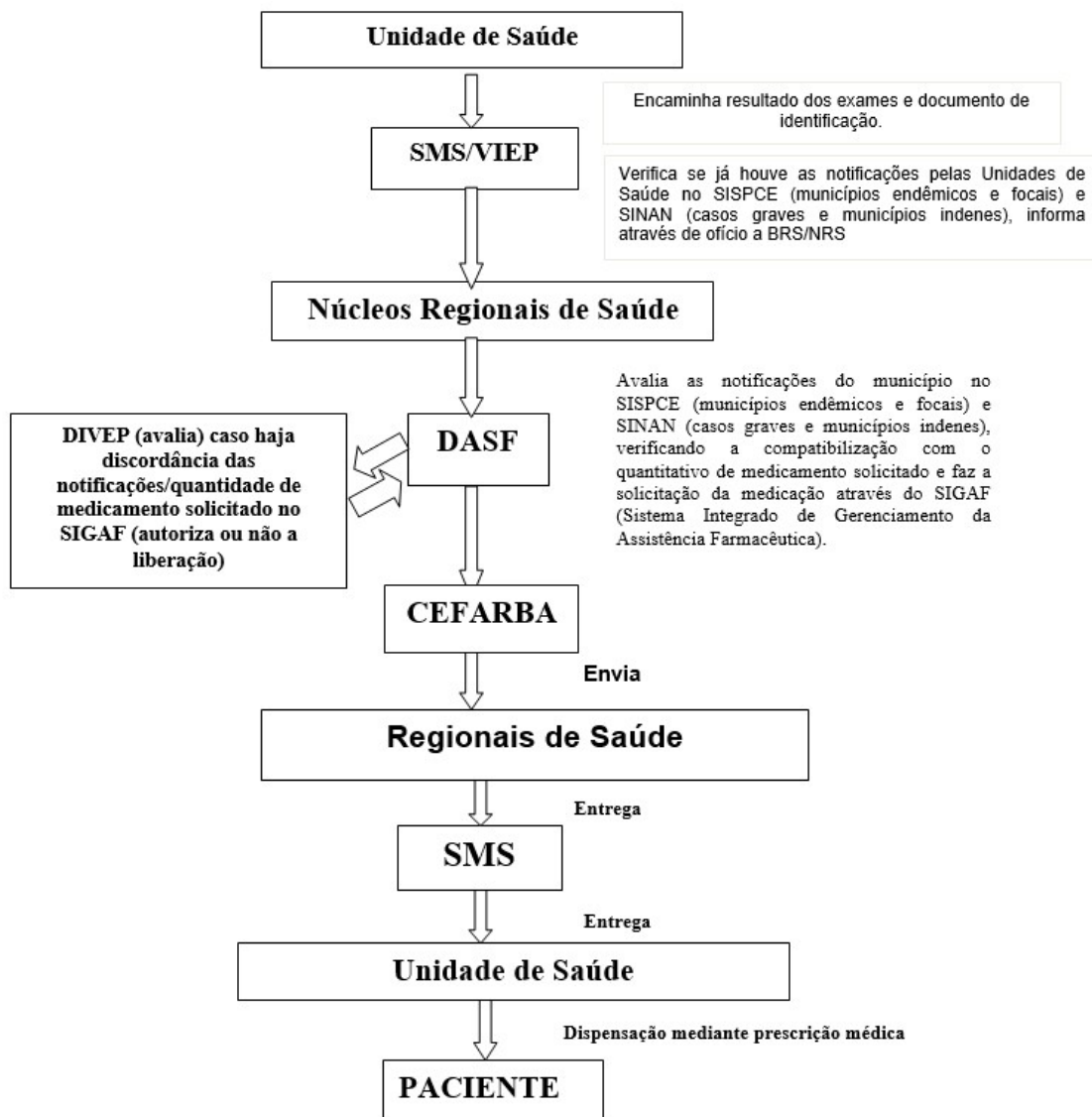
## Relatório Mensal das Atividades de Diagnóstico Laboratorial de Esquistossomose

Base de Saúde:  
Telefone / e-mail:  
Responsável pela solicitação:

| MUNICÍPIOS | TOTAL DE KITS RECEBIDOS | LOTE/VALIDADE | TOTAL DE EXAMES REALIZADOS | QUALITATIVO |     | ESTOQUE ATUAL | SOLICITAÇÃO DE KITS PARA O MÊS SUBSEQUENTE |
|------------|-------------------------|---------------|----------------------------|-------------|-----|---------------|--------------------------------------------|
|            |                         |               |                            | POS         | NEG |               |                                            |
|            |                         |               |                            |             |     |               |                                            |
|            |                         |               |                            |             |     |               |                                            |
|            |                         |               |                            |             |     |               |                                            |
|            |                         |               |                            |             |     |               |                                            |
|            |                         |               |                            |             |     |               |                                            |
|            |                         |               |                            |             |     |               |                                            |
|            |                         |               |                            |             |     |               |                                            |
|            |                         |               |                            |             |     |               |                                            |
| TOTAL      |                         |               |                            |             |     |               |                                            |

Anotações/observações:





Documento assinado eletronicamente por **Sandra Maria De Oliveira Da Purificação, Coordenador II**, em 25/04/2022, às 20:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 13º, Incisos I e II, do [Decreto nº 15.805, de 30 de dezembro de 2014](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marcia São Pedro Leal Souza, Diretor(a) de Vigilância Epidemiológica**, em 28/04/2022, às 14:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 13º, Incisos I e II, do [Decreto nº 15.805, de 30 de dezembro de 2014](#).



Documento assinado eletronicamente por **Arabela Leal e Silva de Mello, Diretor**, em 29/04/2022, às 17:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 13º, Incisos I e II, do [Decreto nº 15.805, de 30 de dezembro de 2014](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://seibahia.ba.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://seibahia.ba.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **00045732013** e o código CRC **6D63ECE2**.