



NOTA TÉCNICA Nº 08 /2017 GT-PCE/DIVEP/LACEN/SUVISA/SESAB

Assunto: Notificação, Investigação, Diagnóstico e Tratamento da Esquistossomose mansoni no Estado da Bahia.

Considerando que a esquistossomose mansoni é uma doença parasitária, de evolução crônica, cuja magnitude da prevalência, severidade das formas clínicas e evolução a caracterizam como um importante problema de saúde pública, a Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP) e o Laboratório Central de Saúde Pública -LACEN, divulgam a presente Nota Técnica visando atualizar, padronizar e orientar técnicos das Secretarias Municipais de Saúde na notificação, investigação, diagnóstico e tratamento da esquistossomose mansoni no estado da Bahia;

1. DEFINIÇÃO DE CASO

1.1. Caso Suspeito- Indivíduo residente em (e/ou procedente de) área endêmica com quadro clínico sugestivo das formas graves aguda, crônica ou assintomática, com história de contato com as coleções de águas onde existam caramujos eliminando cercárias. **Todo caso suspeito deve ser submetido a exame parasitológico de fezes.**

1.2. Caso confirmado – Critério Clínico laboratorial - todo indivíduo que apresente ovos de *S. 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.

1.3. Caso descartado - Caso suspeito ou notificado sem confirmação laboratorial.

2. NOTIFICAÇÃO

De acordo com as portarias do Ministério da Saúde de nº 204 de 17/02/2016 e da SESAB de nº 1.411 de 03/11/2016, a esquistossomose é considerada uma doença de notificação compulsória.

2.1. Municípios endêmicos e focais- a notificação deverá ser no Sistema de Informação do Programa de Controle de Esquistossomose- **SISPCE** através dos Formulários PCE 101- Diário de Coposcopia e Tratamento e PCR 108 – Casos notificados na Rede Básica (Anexo 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).



2.2. Municípios indenes (sem transmissão) - todos os casos (incluindo os graves) deverão ser notificados utilizando a Ficha de investigação no SINAN (anexo C).

3. INVESTIGAÇÃO

Todos os casos em municípios indenes após notificados devem ser investigados utilizando a Ficha de investigação no SINAN (anexo C).

4. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é orientado pela apresentação clínica do indivíduo, história que tenha tido contato com águas contendo caramujos infectados e confirmação diagnóstica realizada por meio de exames laboratoriais.

4.1. Métodos diretos de Pesquisa de ovos de *S. mansoni* - consistem na visualização ou na demonstração da presença de ovos de *S. mansoni* nas fezes ou tecidos ou de antígenos circulantes do parasito.

ATENÇÃO! A confirmação do caso deve ser realizada por meio de métodos diretos, a saber:

Pesquisa de ovos de *S. mansoni* nas fezes

a) **Técnica de Kato-Katz** - Recomendada pela Organização Mundial de Saúde – OMS e Ministério da Saúde. Além da visualização dos ovos, permite que seja feita a contagem destes por grama de fezes, fornecendo indicador quantitativo para se avaliar a intensidade da infecção.

É o método de escolha para inquéritos coproscópicos de rotina e em investigações epidemiológicas. O Kit é disponibilizado pelo Ministério da Saúde, sendo que compete aos Núcleos Regionais de Saúde solicitar ao Lacen a quantidade de Kit necessária para os municípios de sua área de abrangência, visando manter as atividades de rotina do Programa de Controle de Esquistossomose.

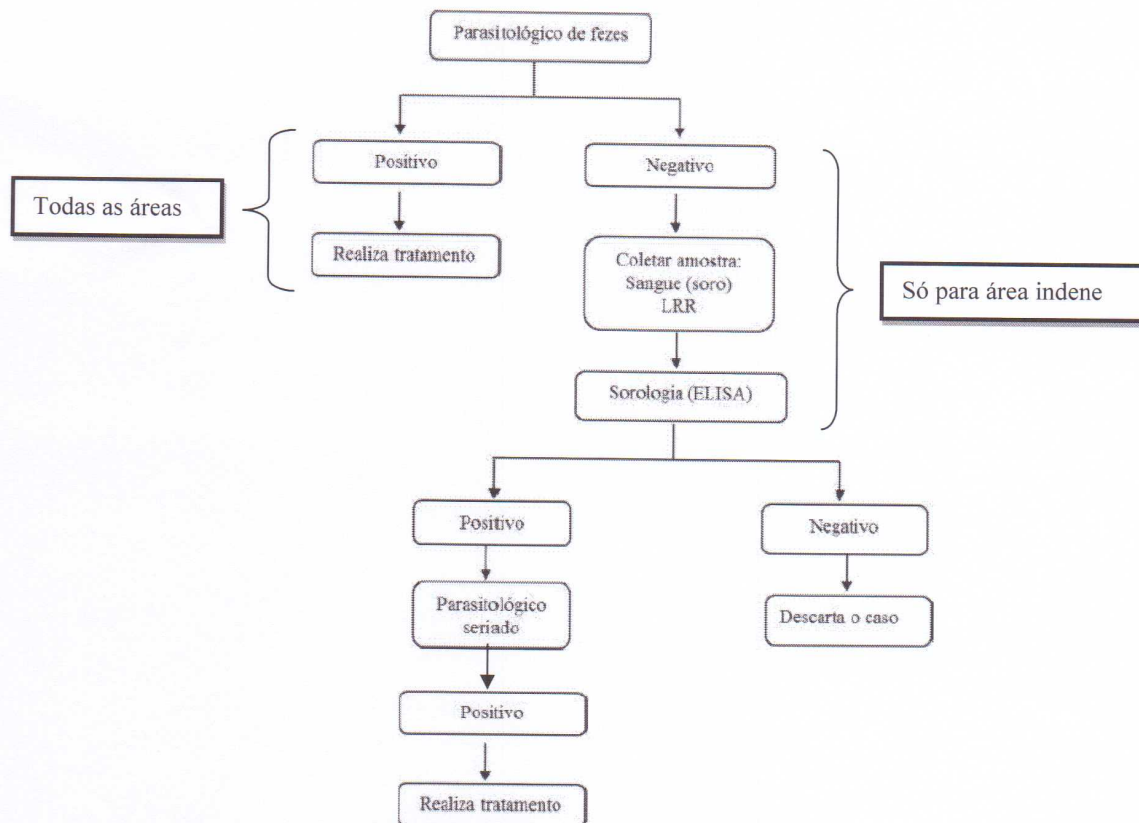
b) **Técnica de sedimentação espontânea, ou de Lutz/ Hoffman** - permite a identificação dos ovos e sua diferenciação em viáveis ou não. É um excelente método qualitativo de diagnóstico, porém não permite a quantificação da intensidade da infecção medida pela contagem dos ovos encontrados em uma determinada quantidade de fezes.

4.2. Métodos Indiretos – A utilização é recomendada **como forma complementar**, pois existe limitação para uso desses métodos de forma isolada, uma vez que o fato do resultado positivo não indica obrigatoriamente infecção ativa. A positividade, devido à presença de anticorpos, pode permanecer por muitos anos, mesmo após a cura da infecção.



a) Sorologia – utilizado em áreas não endêmicas ou onde a carga parasitária é baixa. Atualmente, está disponível na rotina o ensaio imunoenzimático (Elisa) para pesquisa de anticorpos IgG.

Abaixo apresentamos o fluxo recomendado para o diagnóstico de esquistossomose, em áreas indenes adaptado do Ministério da Saúde.



Adaptado do Fluxo recomendado para diagnóstico, Nota Informativa, nº 11 de 2017/CGHDE/DEVIT/SVS/MS

b) Diagnóstico por imagem- podem ser utilizados 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 arterite 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 o 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).	

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.

5.1 Fluxo para dispensação do medicamento Praziquantel – o município tem a obrigatoriedade de registrar nos sistemas de informação (SISPCE/ SINAN) o número de casos positivos para esquistossomose a serem tratados, e os Núcleos Regionais de Saúde supervisionar quantitativamente e qualitativamente o dado informado para que haja a liberação do medicamento (ANEXO D). Vale ressaltar que o medicamento só será dispensado com a apresentação do resultado laboratorial Kato Katz ou Lutz/Hoffman positivo.

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

Salvador, 18 de julho de 2017.


Maria Aparecida Araújo Figueiredo
Diretoria DIVEP


Zuinara Pereira Gusmão Maia
Diretora Lacen



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB
Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde – SUVISA
Diretoria de Vigilância Epidemiológica – DIVEP

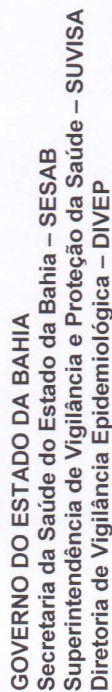
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

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. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria nº. 204 de 17 de fevereiro de 2016.**

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.**

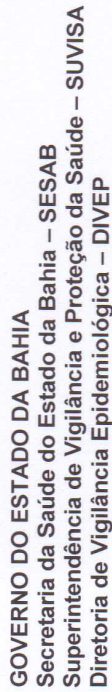


Anexo A – Formulário 101 - SISPCE

PCE - PROGRAMA DE CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE

DIÁRIO DE COPROSCOPIA E TRATAMENTO

101. MUNICÍPIO		102. UF		103. REGIONAL DE SAÚDE		104. FOLHA	
105. Nº E NOME DA LOCALIDADE		106. CATEGORIA		107. MICRO-ÁREA		108. NOME DO EXAME	
109. DATA COPROSCOPIA		110. DATA LABORATÓRIO		111. DATA TRATAMENTO		112. DATA TRATAMENTO	
113. NOME DO RESIDENTE		114. NOME DO RESIDENTE		115. NOME DO RESIDENTE		116. NOME DO RESIDENTE	
117. NOME DO RESIDENTE		118. NOME DO RESIDENTE		119. NOME DO RESIDENTE		120. NOME DO RESIDENTE	
121. NOME DO RESIDENTE		122. NOME DO RESIDENTE		123. NOME DO RESIDENTE		124. NOME DO RESIDENTE	
125. NOME DO RESIDENTE		126. NOME DO RESIDENTE		127. NOME DO RESIDENTE		128. NOME DO RESIDENTE	
129. NOME DO RESIDENTE		130. NOME DO RESIDENTE		131. NOME DO RESIDENTE		132. NOME DO RESIDENTE	
133. NOME DO RESIDENTE		134. NOME DO RESIDENTE		135. NOME DO RESIDENTE		136. NOME DO RESIDENTE	
137. NOME DO RESIDENTE		138. NOME DO RESIDENTE		139. NOME DO RESIDENTE		140. NOME DO RESIDENTE	
141. NOME DO RESIDENTE		142. NOME DO RESIDENTE		143. NOME DO RESIDENTE		144. NOME DO RESIDENTE	
145. NOME DO RESIDENTE		146. NOME DO RESIDENTE		147. NOME DO RESIDENTE		148. NOME DO RESIDENTE	
149. NOME DO RESIDENTE		150. NOME DO RESIDENTE		151. NOME DO RESIDENTE		152. NOME DO RESIDENTE	
153. NOME DO RESIDENTE		154. NOME DO RESIDENTE		155. NOME DO RESIDENTE		156. NOME DO RESIDENTE	
157. NOME DO RESIDENTE		158. NOME DO RESIDENTE		159. NOME DO RESIDENTE		160. NOME DO RESIDENTE	
161. NOME DO RESIDENTE		162. NOME DO RESIDENTE		163. NOME DO RESIDENTE		164. NOME DO RESIDENTE	
165. NOME DO RESIDENTE		166. NOME DO RESIDENTE		167. NOME DO RESIDENTE		168. NOME DO RESIDENTE	
169. NOME DO RESIDENTE		170. NOME DO RESIDENTE		171. NOME DO RESIDENTE		172. NOME DO RESIDENTE	
173. NOME DO RESIDENTE		174. NOME DO RESIDENTE		175. NOME DO RESIDENTE		176. NOME DO RESIDENTE	
177. NOME DO RESIDENTE		178. NOME DO RESIDENTE		179. NOME DO RESIDENTE		180. NOME DO RESIDENTE	
181. NOME DO RESIDENTE		182. NOME DO RESIDENTE		183. NOME DO RESIDENTE		184. NOME DO RESIDENTE	
185. NOME DO RESIDENTE		186. NOME DO RESIDENTE		187. NOME DO RESIDENTE		188. NOME DO RESIDENTE	
189. NOME DO RESIDENTE		190. NOME DO RESIDENTE		191. NOME DO RESIDENTE		192. NOME DO RESIDENTE	
193. NOME DO RESIDENTE		194. NOME DO RESIDENTE		195. NOME DO RESIDENTE		196. NOME DO RESIDENTE	
197. NOME DO RESIDENTE		198. NOME DO RESIDENTE		199. NOME DO RESIDENTE		200. NOME DO RESIDENTE	
201. NOME DO RESIDENTE		202. NOME DO RESIDENTE		203. NOME DO RESIDENTE		204. NOME DO RESIDENTE	
205. NOME DO RESIDENTE		206. NOME DO RESIDENTE		207. NOME DO RESIDENTE		208. NOME DO RESIDENTE	
209. NOME DO RESIDENTE		210. NOME DO RESIDENTE		211. NOME DO RESIDENTE		212. NOME DO RESIDENTE	
213. NOME DO RESIDENTE		214. NOME DO RESIDENTE		215. NOME DO RESIDENTE		216. NOME DO RESIDENTE	
217. NOME DO RESIDENTE		218. NOME DO RESIDENTE		219. NOME DO RESIDENTE		220. NOME DO RESIDENTE	
221. NOME DO RESIDENTE		222. NOME DO RESIDENTE		223. NOME DO RESIDENTE		224. NOME DO RESIDENTE	
225. NOME DO RESIDENTE		226. NOME DO RESIDENTE		227. NOME DO RESIDENTE		228. NOME DO RESIDENTE	
229. NOME DO RESIDENTE		230. NOME DO RESIDENTE		231. NOME DO RESIDENTE		232. NOME DO RESIDENTE	
233. NOME DO RESIDENTE		234. NOME DO RESIDENTE		235. NOME DO RESIDENTE		236. NOME DO RESIDENTE	
237. NOME DO RESIDENTE		238. NOME DO RESIDENTE		239. NOME DO RESIDENTE		240. NOME DO RESIDENTE	
241. NOME DO RESIDENTE		242. NOME DO RESIDENTE		243. NOME DO RESIDENTE		244. NOME DO RESIDENTE	
245. NOME DO RESIDENTE		246. NOME DO RESIDENTE		247. NOME DO RESIDENTE		248. NOME DO RESIDENTE	
249. NOME DO RESIDENTE		250. NOME DO RESIDENTE		251. NOME DO RESIDENTE		252. NOME DO RESIDENTE	
253. NOME DO RESIDENTE		254. NOME DO RESIDENTE		255. NOME DO RESIDENTE		256. NOME DO RESIDENTE	
257. NOME DO RESIDENTE		258. NOME DO RESIDENTE		259. NOME DO RESIDENTE		260. NOME DO RESIDENTE	
261. NOME DO RESIDENTE		262. NOME DO RESIDENTE		263. NOME DO RESIDENTE		264. NOME DO RESIDENTE	
265. NOME DO RESIDENTE		266. NOME DO RESIDENTE		267. NOME DO RESIDENTE		268. NOME DO RESIDENTE	
269. NOME DO RESIDENTE		270. NOME DO RESIDENTE		271. NOME DO RESIDENTE		272. NOME DO RESIDENTE	
273. NOME DO RESIDENTE		274. NOME DO RESIDENTE		275. NOME DO RESIDENTE		276. NOME DO RESIDENTE	
277. NOME DO RESIDENTE		278. NOME DO RESIDENTE		279. NOME DO RESIDENTE		280. NOME DO RESIDENTE	
281. NOME DO RESIDENTE		282. NOME DO RESIDENTE		283. NOME DO RESIDENTE		284. NOME DO RESIDENTE	
285. NOME DO RESIDENTE		286. NOME DO RESIDENTE		287. NOME DO RESIDENTE		288. NOME DO RESIDENTE	
289. NOME DO RESIDENTE		290. NOME DO RESIDENTE		291. NOME DO RESIDENTE		292. NOME DO RESIDENTE	
293. NOME DO RESIDENTE		294. NOME DO RESIDENTE		295. NOME DO RESIDENTE		296. NOME DO RESIDENTE	
297. NOME DO RESIDENTE		298. NOME DO RESIDENTE		299. NOME DO RESIDENTE		300. NOME DO RESIDENTE	
301. NOME DO RESIDENTE		302. NOME DO RESIDENTE		303. NOME DO RESIDENTE		304. NOME DO RESIDENTE	
305. NOME DO RESIDENTE		306. NOME DO RESIDENTE		307. NOME DO RESIDENTE		308. NOME DO RESIDENTE	



PCE - PROGRAMA DE CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE

CASOS DETECTADOS NA REDE BÁSICA EM ÁREA ENDEMICA

[illegible]

2011

03 Regional de Saúde

09 **Município notificado**

05 | Unidade de Saúde

06	Data Registro
----	---------------

07 Equide PACS.PSF

Dados do Paciente

Home

09 Data nascimento

Sexo: Al-masc.
F-fem.

1.1 Município Residência

12 Localidade residência (Povoado, vila, bairro, fazenda etc)

13. Endereco:

14 Data examine

15. Data início tratamento

16 Data firm trattamento

BFSUII TABDO RDO EXAME																	Tratamento Esquema de tratamento					Total, outras cirurgias e parâmetros																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
SUSO ¹		ASC	ANC	TAF	EV	SS	HN	EH	EC	IB	EN	CL	OUTRO	PESO (kg)	32 Médica	33 Qde	34 Motivo não tratamento	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472

Quelques chiffres

Medicamento
1-Medical Company

*** National Student Organization**

[illegible]

Motivo não tratamento

2015-2016

4-Cardiopatia 2-Epilepsia

3-Caravides

5. On the way out

6-Recursion

8. Argument order

Summary



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB
Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde – SUVISA
Diretoria de Vigilância Epidemiológica – DIVEP

Anexo C – Ficha Esquistossomose SINAN

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº
FICHA DE INVESTIGAÇÃO ESQUISTOSSOMOSE				
CASO CONFIRMADO: 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 <i>Schistosoma mansoni</i> nas fezes.				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	ESQUISTOSSOMOSE		3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (CID-10) B 65.9	Código (IBGE)
Notificação Individual	6 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 F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		
Dados de Residência	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	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
	31 Data da Investigação			
Dados de Laboratório	32 Ocupação	33 Data da Coprocopia	34 Análise Quantitativa	35 Análise Qualitativa
	36 OUTROS	37 Outros exames (especificar)		
	38 Fez Tratamento?	39 Data do Tratamento	40 Caso não tenha feito tratamento, qual o motivo?	
Tratamento	41 Resultado de Análise de Verificação de Cura	42 Data do Resultado da 3ª amostra		
	43 Especificar Forma Clínica			
	44 Local Provável de Infecção	45 UF	46 País	
	47 Município	48 Distrito	49 Bairro	
Conclusão	50 Nome da Propriedade (se área rural)	51 Nome da Coleção Hídrica	52 Doença Relacionada ao Trabalho	
	53 Evolução do Caso	54 Data do Óbito	55 Data do Encerramento	
	56 Município/Unidade de Saúde	57 Cód. da Unid. de Saúde		
	58 Nome	59 Função	60 Assinatura	

Sinan NET

SVS 29/08/2006



Anexo D- Fluxograma de Dispensação do Praziquantel

