NOTA TÉCNICA Nº4 CVEGLV/GVAZ/DGVA/SEVSAP - SES/PE

Recife, data da assinatura eletrônica

Assunto: Dispõe sobre as orientações atualizadas para a classificação das áreas de transmissão, a notificação, o diagnóstico e o tratamento da esquistossomose mansoni no estado de Pernambuco, incluindo a integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde.

1. **Contexto**

1.1. A esquistossomose mansoni apresenta ampla distribuição no estado de Pernambuco, mantendo relevância epidemiológica e assistencial, especialmente em áreas com condições ambientais e socioeconômicas favoráveis à manutenção da transmissão.

1.2. Considerando a complexidade do ciclo de transmissão da doença, a diversidade de manifestações clínicas e a necessidade de integração entre vigilância, assistência e rede laboratorial, torna-se imprescindível o fortalecimento das ações de vigilância, diagnóstico, tratamento e controle da esquistossomose no estado.

1.3. Diante desse contexto, a presente Nota Técnica tem por objetivo orientar os serviços e profissionais de saúde quanto à classificação das áreas de transmissão da esquistossomose mansoni em Pernambuco, bem como estabelecer atualizações das diretrizes nacionais de vigilância, diagnóstico, notificação, tratamento e acompanhamento da doença, e demais documentos técnicos vigentes do Ministério da Saúde (MS), contribuindo para o fortalecimento do Programa Estadual de Controle da Esquistossomose.

2. **Classificação das áreas de transmissão da esquistossomose mansoni**

2.1. Para o estabelecimento de objetivos, prioridades e adequada implementação das ações de vigilância e controle, a classificação das áreas com risco de transmissão constitui pré-requisito e elemento central do Sistema de Vigilância da Esquistossomose. Essas áreas são classificadas em área endêmica, área de foco, área indene e área vulnerável. No estado de Pernambuco, são 101 municípios considerados endêmicos, 35 focais e 48 vulneráveis (Apêndice 1).

2.2. **Área endêmica –** Corresponde a um conjunto de localidades contínuas ou contíguas em que a transmissão da esquistossomose está estabelecida, seguindo padrão epidemiológico decorrente da combinação de características ambientais relacionadas ao agente etiológico e aos hospedeiros. Nessas áreas, o sistema tem como principais objetivos:

a) Prevenir a ocorrência de formas graves e óbitos da esquistossomose;

b) Reduzir a positividade, por localidade, a níveis inferiores a 5%;

c) Evitar a dispersão da endemia.

2.2.1. **Área de foco –** Trata-se de área com foco de transmissão delimitado no território considerando indene, sem registro prévio de transmissão. Geralmente, surge como consequência de alterações ambientais ou socioeconômicas que tornaram possíveis o estabelecimento da transmissão da doença e podem ser classificadas em:

a) Foco ativo (com transmissão)

b) Inativo (transmissão interrompida)

Objetiva-se na área de foco e conter a expansão do foco inicial e interromper a transmissão da doença.

2.3. **Área indene –** É aquela em que não há registro de transmissão da esquistossomose. As ações principais concentram-se no mapeamento dessas áreas e na vigilância malacológicas.

2.4. **Área vulnerável -** Área originalmente indene, com presença de hospedeiro intermediário (caramujos), na qual modificações ambientais produzidas natural ou artificialmente possibilitaram o assentamento de populações e indivíduos infectados, tornando provável o estabelecimento da doença. O objetivo é prevenir sua instalação, por meio do desenvolvimento de estratégias de controle que incluam a identificação e o monitoramento de fluxos migratórios e de projetos de desenvolvimento.

3. **Definição de caso de esquistossomose**

3.1. **Caso suspeito:** Indivíduo com quadro clínico sugestivo das formas aguda e crônica ou assintomático, com história de contato com águas doces que tenham ou não a presença de caramujos hospedeiros intermediários do *Schistosoma mansoni*. **Todo caso suspeito deve ser submetido a exame parasitológico de fezes.**

3.1.1. **Constituem quadros clínicos para suspeita:** todas as manifestações clínicas compatíveis, especialmente das formas mais graves: forma toxêmica aguda (febre de Katayama), hepatoesplênica, hipertensão portal, vasculo-pulmonar neuroesquistossomose (mielite), nefropatia, ginecológica, pseudotumor intestinal.

3.2. **Caso confirmado:** todo indivíduo que apresente:

3.3. Ovos de *S. mansoni* em amostras de fezes, tecidos ou outros materiais orgânicos e/ou

3.4. Formas agudas ou graves de esquistossomose: hepatoesplênica, abscesso hepático, enterobacteriose associada, ginecológica, pseudotumor intestinal e outras formas ectópicas (**exemplo:** mielorradiculopatia esquistossomótica, nefropática e vasculopulmonar).

4. **Notificação da esquistossomose mansoni**

4.1. **Notificação e registro de casos**

4.2. A esquistossomose possui fluxo específico para registro dos casos confirmados nos sistemas de informação. A definição do sistema a ser utilizado considera a classificação epidemiológica do município (endêmico, focal ou não endêmico) e a gravidade do caso. O registro deve ser realizado no Sistema de Informação do Programa de Controle da Esquistossomose (SISPCE) ou no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), conforme algoritmo estabelecido (Figura 1).

4.3. O SISPCE é utilizado para o registro das informações oriundas das ações de busca ativa e inquéritos coproscópicos, bem como dos casos identificados por demanda espontânea na atenção primária à saúde e nas ações de vigilância, por meio das Fichas 101 e 108, ambas disponíveis em: https://portalcievs.saude.pe.gov.br/noticias/DOCUMENTOS/esquistossomose. Estes formulários aplicam-se aos municípios endêmicos e aqueles municípios focais com sistema implantado. O envio das informações ocorre mensalmente às Regionais de Saúde, para consolidação e repasse ao nível central, conforme calendário definido pela Coordenação Estadual do Programa de Controle da Esquistossomose (PCE).

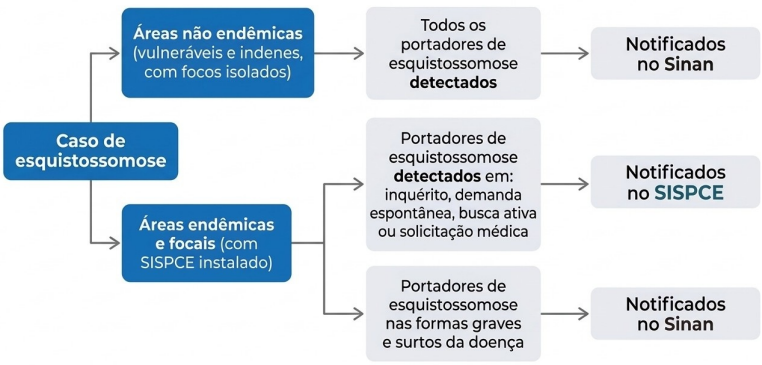
4.4. No Sinan, devem ser notificados os casos graves de esquistossomose, incluindo surtos e formas agudas graves, independentemente da classificação do município, bem como os casos identificados em municípios vulneráveis e indenes e aqueles provenientes de municípios focais que não possuem o SISPCE implantado. Nesses casos, a notificação segue a Portaria GM/MS nº 11.211, de 13 de maio de 2026, com periodicidade semanal e encerramento em até 60 dias, utilizando a ficha de notificação/investigação da

(https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Esquistossomose/Esquistossomose_v5.pdf).

4.5. **Registro de óbitos**

4.6. O Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), sistema oficial de registro de óbitos alimentado pela Declaração de Óbito (DO), pode identificar óbitos por esquistossomose, inclusive em situações em que o diagnóstico do caso seja realizado no período pós-óbito. Nesses casos, deve-se proceder investigação e, quando indicado, à notificação do caso.

Figura 1. Algoritmo do Sistema de Informação para Esquistossomose



Fonte: Guia de Vigilância em Saúde, 6ª edição revisada, 2024, adaptado.

5. **Diagnóstico Laboratorial e por Imagem**

5.1. Em razão das diversas manifestações clínicas da esquistossomose, que podem se assemelhar a outras doenças, os exames laboratoriais são fundamentais para o diagnóstico. A interpretação dos resultados deve considerar a história clínica e os antecedentes epidemiológicos do indivíduo, especialmente procedência, residência ou permanência em área endêmica.

5.2. Na forma aguda (febre de Katayama), o exame parasitológico pode ser negativo devido ao período pré-postura (2 a 8 semanas após exposição). Nesses casos, o diagnóstico é clínico-epidemiológico, podendo ser complementado por sorologia (IgM) ou Reação de Cadeia de Polimerase (PCR), quando disponível.

5.2.1. **Diagnóstico laboratorial**

5.2.2. **a) Métodos parasitológicos** (Pesquisa de ovos de *S. mansoni* nas fezes):

5.2.3. **Técnica de Kato-Katz:** é a técnica mais utilizada pelos programas de controle e recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo MS, para inquéritos coproscópicos de rotina e investigação epidemiológica. Além de possibilitar a visualização dos ovos de *S. mansoni*, a técnica permite a quantificação de ovos por grama de fezes, o que é fundamental para a avaliação da intensidade da infecção. Adicionalmente, possibilita a identificação de outros helmintos intestinais, contribuindo para as ações de vigilância e controle de outros helmintos

5.2.4. Na forma aguda (febre de Katayama), o exame parasitológico pode ser negativo devido ao período pré-postura (2 a 8 semanas após exposição). Nesses casos, o diagnóstico é clínico-epidemiológico, podendo ser complementado por sorologia (IgM) ou PCR, quando disponível. Todo caso suspeito de forma aguda deve ser notificado imediatamente.

5.2.5. Em áreas endêmicas, especialmente aquelas de baixa e moderada transmissão, a técnica de Kato-Katz apresenta limitações para a detecção da infecção por *S. mansoni*, devido à sua menor sensibilidade em casos de baixa carga parasitária. Dessa forma, as novas diretrizes nacionais de vigilância da esquistossomose recomendam estratégias diferenciadas para coleta e leitura das amostras, de acordo com a estratificação epidemiológica da localidade, conforme **Tabela 1.**

Tabela 1. Estratégias de coleta e leitura de amostras para diagnóstico da esquistossomose, segundo o nível de endemicidade da localidade

Nível de endemicidade	Características epidemiológicas da localidade	Recomendação para leitura
Baixa	Positividade < 10% e Infecção intensa < 1% (≥ 400 opg)	03 (três) amostras de fezes coletadas em dias alternados, com leitura de 02 (duas) lâminas de cada amostra de fezes
Moderada	Positividade ≥ 10% e Infecção intensa < 1% (≥ 400 opg)	Leitura de 06 lâminas de uma única amostra de fezes **OU**, quando possível, utilizando 03 amostras de fezes coletadas em dias alternados, com leitura de 02 lâminas de cada amostra.
Alta	Positividade ≥ 10% e Infecção intensa > 1% (≥ 400 opg)	02 (duas) lâminas de uma mesma amostra

Fonte: Manual de Diretrizes técnicas da Esquistossomose (2024).

5.2.6. Quando não houver caracterização epidemiológica da área, deve ser realizado levantamento inicial (LI) utilizando a técnica de Kato-Katz quantitativa. Nesse cenário, recomenda-se a análise de uma amostra de fezes por indivíduo, processada em duas subamostras na placa quantificadora, resultando na leitura de duas lâminas por amostra, permitindo a estimativa da carga parasitária populacional.

5.2.7. Para fins operacionais, considera-se a relação de equivalência em que cada ovo observado corresponde a aproximadamente 24 ovos por grama de fezes (opg), permitindo a estimativa da carga parasitária e sua classificação. Considerando que cada ovo encontrado corresponde aproximadamente a 24 ovos por grama de fezes (opg), a classificação pode ser realizada conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2. Contagem de ovos de *S. mansoni* para estimar a carga parasitária, conforme preconizado pelo SISPCE.

Quantidade de ovos na lâmina	Estimativa aproximada (opg)	Classificação da intensidade da infecção
1 a 4 ovos	**24 a 96 opg**	**Baixa carga parasitária**
5 a 16 ovos	**120 a 384 opg**	**Carga parasitária moderada**
≥17 ovos	**≥ 400 opg**	**Infecção intensa**

Fonte: Barbosa, CS (2010).

5.3. O Kit Kato-Katz é disponibilizado gratuitamente pelo MS aos LACEN estaduais, responsáveis por organizar sua distribuição aos municípios. Em Pernambuco, o Lacen-PE coordena o envio às Regionais de Saúde, que os repassam às Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e/ou serviços hospitalares de saúde, conforme ilustrado na Figura 2.

5.4. O Lacen-PE disponibiliza os kits para retirada pelas Regionais de Saúde na Central de Distribuição, conforme programação prévia e mediante solicitação por meio do **Formulário nº 218** (Anexo 1), acompanhada do **Formulário nº 466** (Anexo 2), referente à prestação de contas do uso dos kits (Figura 2).

Figura 2. Fluxo de distribuição dos Kit Kato-Katz no estado de Pernambuco



Fonte: Lacen-PE

5.5. ***Outros métodos parasitológicos***

5.6. Incluem-se a sedimentação espontânea e o método de Hoffman, Pons e Janer (HPJ), que podem ser utilizados como métodos complementares na investigação laboratorial de casos individuais isolados.

5.7. A biópsia retal ou hepática pode identificar ovos viáveis, granuloma esquistossomótico ou alterações histológicas sugestivas de esquistossomose em pacientes com suspeita clínico-epidemiológica forte e parasitológico repetidamente negativo e/ou exames de imagem inconclusivo, especialmente na forma hepatoesplênica e outras formas graves.

5.8. **a) Métodos Imunológicos**

5.8.1. São métodos baseados em mecanismos envolvendo reação de antígeno-anticorpo. No Brasil, dispõem-se de métodos imunológicos indiretos, que pesquisam anticorpos contra o parasita, podendo ser realizados pelas técnicas de ELISA e imunofluorescência indireta (IFI). Trata-se de um método complementar, não confirmatório quando usado isoladamente, especialmente em áreas endêmicas, devido à possível persistência de anticorpos pós-tratamento (cicatriz sorológica) e reações cruzadas com outras helmintíases.

5.8.2. Entretanto, reconhecendo as limitações do parasitológico, especialmente em áreas de **baixa endemicidade** (positividade <10% e menos de 1% de infecção intensa) e a realidade da prática clínica, a sorologia pode ser utilizada como auxílio de diagnóstico quando:

a) Indivíduo com quadro clínico e epidemiológico altamente sugestivo de esquistossomose;

b) Exames parasitológicos de fezes negativos, realizado com método sensibilizado (Kato-Katz) com **seis lâminas de uma mesma amostra ou com três amostras de fezes coletadas em dias alternados**, com leitura de duas lâminas por amostra;

c) Ausência de história conhecida de tratamento prévio (ou, se houver, a soropositividade deve ser interpretada com cautela).

d) Outros diagnósticos diferenciais foram investigados e excluídos

5.8.3. O Lacen-PE não realiza sorologia para esquistossomose. Dessa forma, as amostras encaminhadas pela Rede de Atenção à Saúde são direcionadas ao Instituto Adolfo Lutz (Lacen-SP), laboratório nacional de referência para a realização do exame.

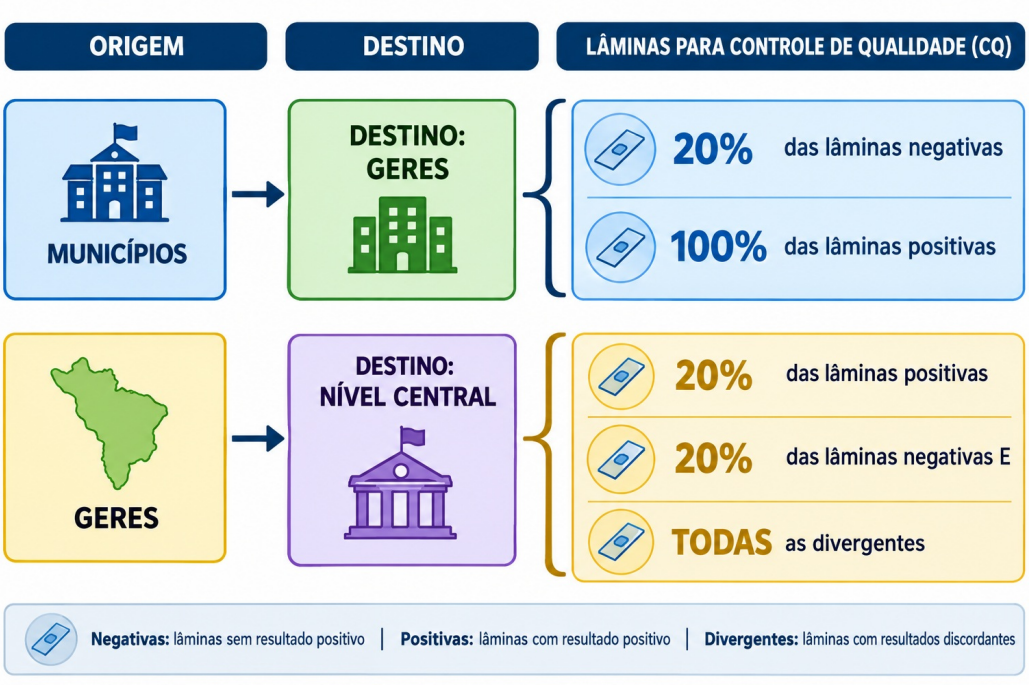
5.8.4. Atendendo aos critérios estabelecidos acima, os laboratórios públicos e privados deverão cadastrar a amostra para pesquisa de anticorpos no Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL). As amostras sorológicas deverão ser encaminhadas acompanhadas da Ficha de Notificação do Sinan, contendo as informações clínicas, epidemiológicas e laboratoriais necessárias à investigação do caso.

5.9. **Controle de qualidade laboratorial do método Kato Katz para esquistossomose e geo-helmintíases**

5.10. Com o objetivo de assegurar a confiabilidade e a padronização dos exames parasitológicos realizados pelo método Kato-Katz, os serviços executantes deverão encaminhar lâminas para controle de qualidade (CQ), conforme fluxo estabelecido na Figura3.

5.11. O controle de qualidade será realizado de forma escalonada entre municípios, GERES e Lacen-PE, permitindo o monitoramento da concordância diagnóstica, a identificação de inconsistências técnicas e o fortalecimento da rede laboratorial da esquistossomose no estado.

Figura 3. Distribuição do percentual das lâminas para o controle de qualidade.



Fonte: SES/PE (Nota Conjunta Lacen-PE Nº 6, de 02 de junho de 2026)

5.12. **Diagnóstico por Imagem**

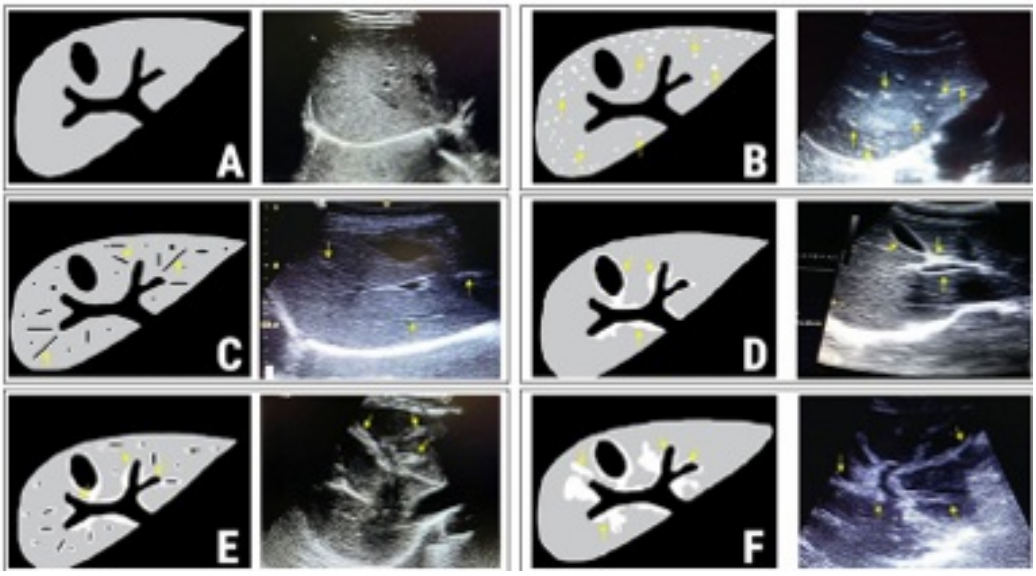
5.13. A ultrassonografia, ressonância magnética (RM) e endoscopia são de grande auxílio no diagnóstico da fibrose de *Symmers* e nos casos de hepatoesplenomegalia, varizes esofágicas associadas à hipertensão porta e na mielite da neuroesquistossomose.

5.13.1. **Ultrassonografia do abdômen (US)**

5.13.2. A US é método essencial para a avaliação das complicações hepáticas e esplênicas da esquistossomose crônica, especialmente da fibrose periportal (FPP), principal complicação da infecção crônica por *S. mansoni.* A FPP decorre da deposição de colágeno ao redor dos ovos do parasita nas veias portais, podendo evoluir para a forma avançada, denominada fibrose de *Symmers*, associada à esquistossomose hepatoesplênica (hepatomegalia e esplenomegalia).

5.13.3. Na US, a FPP é identificada por espessamento ecogênico periportal. A Classificação de Niamey é utilizada para padronizar os achados ultrassonográficos, categorizando a FPP em: ausência de fibrose (A-B), leve (C), moderada (D), avançada (E) e muito avançada (F) (Figura 4).

Figura 4. Ilustração do padrão de fibrose pelo Protocolo de Niamey e imagens ultrassonográficas de pacientes com esquistossomose (padrões A-F).



Fonte: Diretrizes Técnicas da Equistossomose (2024).Ilustração adaptada do Protocolo de Niamey (2000); Imagens ultrassonográficas: Ana Lucia Coutinho Domingues – UFPE**.**

5.14. Fibrose moderada a grave, com ou sem hepatomegalia, mas sempre com esplenomegalia ou outros sinais de hipertensão portal, como circulação colateral portossistêmica, caracteriza a forma hepatoesplênica;

5.15. Em áreas endêmicas, alguns pacientes podem apresentar FPP avançada sem esplenomegalia (forma hepática da doença), enquanto outros, mais raramente podem ter esplenomegalia sem FPP, devido a outras causas.

5.16. A esquistossomose hepatoesplênica é uma das principais causas de hipertensão portal em áreas endêmicas, mas, diferentemente da cirrose, a função hepática geralmente é preservada.

Demais exames de imagem:

a) Ressonância magnética: Trata-se de um exame radiológico de grande importância no diagnóstico da mielopatia esquistossomótica. Está sendo utilizado também para o diagnóstico da fibrose periportal na forma hepatoesplênica.

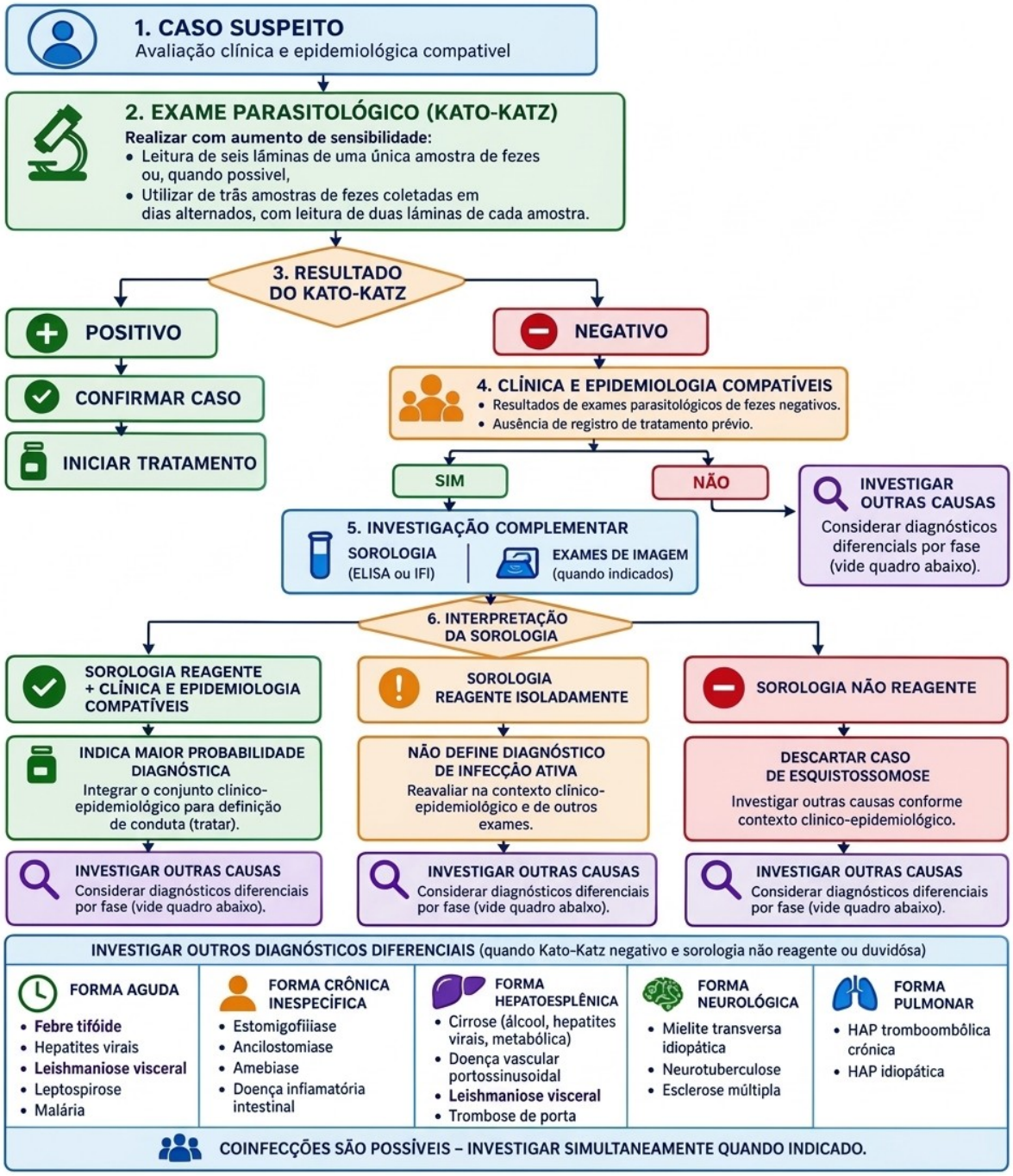
b) Endoscopia digestiva alta: Esse exame é utilizado no diagnóstico e no tratamento das varizes gastroesofágicas resultantes da hipertensão portal na esquistossomose hepatoesplênica

c) Radiografia do tórax em PA e perfil: A radiografia do tórax em PA e perfil é importante para diagnosticar a hipertensão arterial pulmonar consequente da arterite pulmonar esquistossomótica.

d) Ecodopplercardiografia: É o exame de escolha na avaliação inicial da hipertensão pulmonar esquistossomótica.

Conforme apresentado na Figura 5, o fluxo de diagnóstico e tratamento da esquistossomose mansoni está organizado em etapas que orientam a identificação dos casos, a confirmação diagnóstica e a instituição do tratamento, conforme as diretrizes estabelecidas nesta Nota Técnica.

Figura 5. Fluxograma para diagnóstico e tratamento da esquistossomose mansoni com ênfase em áreas endêmicas.



Fonte: Manual de Diretrizes técnicas da Esquistossomose (2024).

6. **Serviços de referências para pacientes crônicos e graves**

6.1. Nos casos graves de esquistossomose, avaliação especializada e suporte para manejo cirúrgico ou emergencial. Nesses casos, a Atenção Básica coordena o cuidado e os encaminhamentos na rede de atenção, mantendo o acompanhamento do paciente de forma integrada e contínua com os demais serviços de saúde.

6.2. Em Pernambuco, a rede de referência estabelecida na Portaria Nº 397 de 20 de setembro de 2016, a qual estabelece na rede para assistência de pacientes crônicos e grave com esquistossomose (Figura 6).

Figura 6. Relação dos hospitais para pacientes crônicos e graves com esquistossomose



Fonte: SES/PE

6.3. O encaminhamento ao serviço de referência em esquistossomose do Hospital das Clínicas (HC-UFPE) destina-se exclusivamente a pacientes ambulatoriais com perfil clínico previamente estabelecido, devendo seguir o fluxo próprio da Central Estadual de Regulação, mediante solicitação de vaga no sistema estadual de regulação, conforme descrito na Nota Técnica Nº 8 de 2026 (https://portalcievs.saude.pe.gov.br/docs/SEI_90057770_GOVPE___Nota_Tecnica_8.pdf).

7. **Tratamento medicamentoso:** ***praziquantel: dose e indicações***

7.1. O Praziquantel é o medicamento de escolha para o tratamento da esquistossomose em todas as fases clínicas. A dose recomendada é de 60 mg/kg em dose única para crianças de 4 a 15 anos e 50 mg/kg em dose única para adultos. O índice de cura é de aproximadamente 80% para adultos e 70% para crianças. **Atualmente, é o único medicamento utilizado para o tratamento da infecção.**

7.2. O tratamento dos casos deve ser realizado por **via oral**, em **dose única supervisionada**, de acordo com a Tabela 1 e 2, e a medicação pode ser administrada junto com alimentos.

7.3. Por outro lado, bebidas alcoólicas não devem ser consumidas concomitantemente ao uso de Praziquantel, nem no dia seguinte à administração do medicamento e orienta-se repouso por, pelo menos, 3 (três) horas após a ingestão do medicamento (Figura 7).

Figura 7. Esquema terapêutico para tratamento da esquistossomose mansoni

Medicamento	Forma de apresentação	Dosagem	Efeitos colaterais / reações adversas	Orientações
Praziquantel	Comprimidos de 600mg	Adultos: 50mg/kg de peso Crianças: 60mg/kg de peso	Predominância de diarreia e dor abdominal. Não há evidências de provocar lesões tóxicas graves no fígado ou em outros órgãos.	Repouso por, pelo menos, 3 horas após a ingestão do medicamento, para prevenir náuseas e tonturas (sintomas passageiros).

Fonte: Guia de Vigilância em Saúde (2024)

Tabela 1. Tratamento para esquistossomose mansoni para crianças de 4 a 15 anos (60mg/Kg).

Peso corporal (kg)	Dosagem (n.º de comprimidos)
10 a 12	1,0
13 a 16	1,5
17 a 20	2,0
21 a 25	2,5
26 a 30	3,0
31 a 35	3,5
36 a 40	4,0
41 a 45	4,5
46 a 50	5,0
51 a 55	5,5
56 a 60	6,0

Fonte: Manual de Diretrizes técnicas da Esquistossomose (2024); Ministério da Saúde.
Observação: criança menores de 4 anos e/ou com menos de 10 kg de peso corporal devem receber tratamento de acordo com uma criteriosa avaliação médica.

Tabela 2. Tratamento para esquistossomose mansoni para adultos (50mg/Kg).

Peso corporal (kg)	Dosagem (n.º de comprimidos)
27 a 32	2,5
33 a 38	3,0
39 a 44	3,5
45 a 50	4,0
51 a 56	4,5
57 a 62	5,0
63 a 68	5,5
69 a 74	6,0
75 a 80	6,5
>80	7,0

Fonte: Manual de Diretrizes técnicas da Esquistossomose (2024); Ministério da Saúde.
Observação: idosos maiores de 70 anos devem ser tratados com supervisão médica. Recomenda-se fazer avaliação médica, haja vista as possíveis contraindicações e riscos que possam existir.

8. **Contraindicações do uso do Praziquantel**

- **Hipersensibilidade:** pacientes com histórico de hipersensibilidade (alergia) ao praziquantel ou a qualquer um dos componentes da fórmula.
- **Interações medicamentosas:** é contraindicado o uso concomitante de praziquantel e rifampicina ou cetoconazol.
- **Gestação:** é contraindicado no primeiro trimestre de gravidez. Para gestantes a partir do segundo trimestre, o uso de praziquantel deve ser avaliado rigorosamente por um médico, sendo classificado como risco categoria B (sem evidências de risco em humanos, mas estudos em animais são insuficientes).
- **Lactação:** o praziquantel pode ser excretado no leite materno em concentrações de até 20% da concentração plasmática. Quando o tratamento estiver indicado, recomenda-se interromper a amamentação no dia da administração do medicamento e nos três dias seguintes. Nesse período, o leite materno ordenhado deve ser desprezado, podendo a criança receber leite previamente ordenhado antes do tratamento.
- **Insuficiência hepática grave:** O uso de praziquantel é contraindicado em pacientes com insuficiência hepática grave (Child-Pugh C, presença de ascite refratária, encefalopatia hepática ou icterícia).
- **Fibrose periportal:** pacientes com fibrose periportal classificados como Child-Pugh A ou clinicamente estáveis podem receber tratamento, desde que sob supervisão médica.
- **Insuficiência renal e outras condições clínicas graves:** em pacientes com insuficiência renal ou outras situações de descompensação clínica, a indicação do tratamento e o acompanhamento devem ser definidos a critério médico.

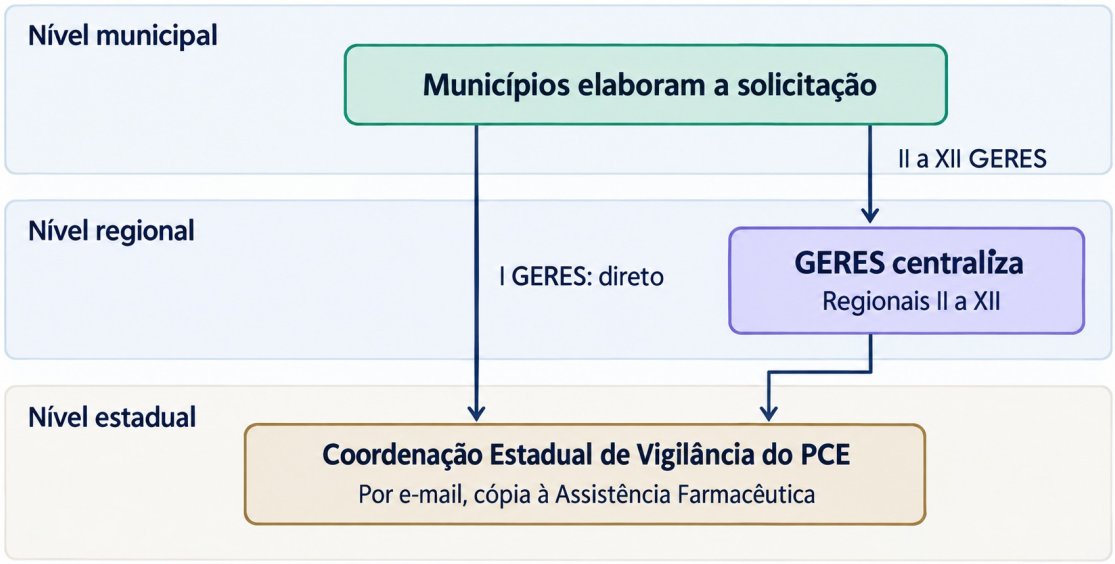
9. **Solicitação de Praziquantel no estado de Pernambuco**

9.1. O Praziquantel é disponibilizado pelo Ministério da Saúde ao estado, que organiza a cadeia de distribuição para assegurar que o medicamento chegue de forma oportuna e adequada aos municípios, garantindo a realização do tratamento

9.2. A solicitação (pedido mensal) da II a XII GERES, é centralizada na respectiva gerência regional de saúde e encaminhada entre os dias 25 e 30 de cada mês, por e-mail à Coordenação Estadual de Vigilância do PCE, com cópia para a Assistência Farmacêutica Estadual (Figura 6).

9.3. No âmbito da I GERES, os municípios devem encaminhar as solicitações diretamente à Coordenação Estadual com cópia para a Assistência Farmacêutica Estadual (Figura 6).

Figura 6 . Fluxo de solicitação de Praziquantel



Fonte: SES/PE

9.4. Com foco no uso racional de medicamentos e na redução de perdas por validade, o quantitativo de Praziquantel distribuído pelo nível central da SES-PE às GERES e municípios será proporcional ao número de pessoas em tratamento para esquistossomose registradas nos sistemas de informação (SISPCE e Sinan).

10. **Avaliação pós-tratamento**

10.1. Para avaliação de cura após o tratamento, deve ser realizado diagnóstico parasitológico pela técnica de Kato-Katz em **três amostras de fezes coletadas em dias alternados**, sendo **a primeira amostra coletada 40 dias após o tratamento**.

10.2. Casos que permaneceram positivos devem ser tratados novamente, com esquema em dose única supervisionada, assegurando adesão e técnica adequadas seguindo o mesmo protocolo.

11. **Integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Primária à Saúde**

11.1. A integração entre a Vigilância da Esquistossomose e a Atenção Primária à Saúde (APS) é fundamental para fortalecer as ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle da doença no território.

11.2. Em consonância com as diretrizes nacionais que recomendam a integração entre a Vigilância em Saúde e a APS, reforça-se que as gestões municipais fortaleçam a articulação entre as equipes de vigilância epidemiológica, os Agentes de Combate às Endemias (ACE), os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e as equipes de Saúde da Família (eSF), visando:

- **Identificação e diagnóstico:** ampliar a identificação de pessoas com suspeita de esquistossomose, especialmente em áreas endêmicas e vulneráveis, e assegurar o acesso ao diagnóstico parasitológico;
- **Tratamento e acompanhamento:** favorecer o encaminhamento oportuno dos casos identificados para tratamento, bem como o acompanhamento dos usuários conforme as recomendações vigentes;
- **Busca ativa e vigilância territorial:** articular as ações de busca ativa com as atividades das equipes de saúde, considerando as características epidemiológicas e socioambientais do território e priorizando as áreas de maior risco;
- **Educação em saúde:** desenvolver ações educativas junto à população sobre as formas de transmissão, prevenção e importância do diagnóstico e tratamento da doença. No ambiente escolar, recomenda-se a articulação entre os setores saúde e educação para o desenvolvimento de atividades que abordem a esquistossomose, a educação ambiental, a qualidade da água e o saneamento, envolvendo a comunidade nas ações de prevenção e controle;
- **Monitoramento e planejamento:** promover o compartilhamento de informações entre as equipes e utilizar os dados epidemiológicos para subsidiar o planejamento, a definição de áreas prioritárias e o monitoramento das ações de controle.

Referências

BARBOSA, Constança Simões. **Padronização de procedimentos para o diagnóstico da esquistossomose mansônica e outras helmintoses pelo método de Kato-Katz**. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, 2010.

BARBOSA, Constança Simões; GOMES, Elainne Christine de Souza; OLIVEIRA, Emília Carolle Azevedo de (org.). **Manual prático para o diagnóstico e controle da esquistossomose**. 4. ed. Recife: Instituto Aggeu Magalhães, 2024. 125 p. Recurso eletrônico.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018**. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2018. Disponível em: https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2018/res0588_13_08_2018.html. Acesso em: 13 out. 2026.

BRASIL. **Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018**. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional e outras disposições relativas aos Agentes Comunitários de Saúde e aos Agentes de Combate às Endemias. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13595.htm. Acesso em: 13 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 13 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia Política Nacional de Atenção Básica: módulo 1 – integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_politica_nacional_atencao_basica_integracao_atencao_basica_vigilancia_saude_modulo_1.p Acesso em: 13 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. **Guia de vigilância em saúde: volume 2**. 6. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Recurso eletrônico.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. **Vigilância da esquistossomose mansoni: diretrizes técnicas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. 116 p. Recurso eletrônico.

ELBAZ, T.; ESMAT, G. Hepatic and intestinal schistosomiasis: review. **Journal of Advanced Research**, v. 4, n. 5, p. 445–452, 2013. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jare.2012.12.001.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Diretoria Geral de Laboratórios de Saúde Pública; Gerência de Vigilância Laboratorial das Doenças Transmissíveis e da Triagem Neonatal. **Nota Técnica Conjunta SES nº 06/2026**. Pernambuco: Secretaria Estadual de Saúde, 2026.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Fluxo de encaminhamento de pacientes com esquistossomose crônica e graves ao Hospital das Clínicas (HC-UFPE), via Central de Marcação de Consultas e Exames (CMCE) da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE)**. Pernambuco: Secretaria Estadual de Saúde, 2026.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Portaria SES-PE nº 397, de 20 de setembro de 2016**. Estabelece a rede de referência para assistência aos pacientes crônicos e graves com esquistossomose no âmbito do Estado de Pernambuco. Pernambuco: Secretaria Estadual de Saúde, 2016.

Apêndice 1 – Classificação epidemiológica dos municípios de Pernambuco segundo Gerência Regional de Saúde (Geres)



CLASSIFICAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DOS MUNICÍPIOS DE PERNAMBUCO SEGUNDO GERES

Programa de Controle da Esquistossomose

MUNICÍPIOS ENDÊMICOS

GERES	MUNICÍPIOS
I GERES	Abreu e Lima, Araçoiaba, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Chá de Alegria, Chã Grande, Glória do Goitá, Igarassu, Ilha de Itamaracá, Ipojuca, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Olinda, Paulista, Pombos, São Lourenço da Mata, Vitória de Santo Antão
II GERES	Bom Jardim, Buenos Aires, Carpina, Casinhas, Cumaru, Feira Nova, João Alfredo, Lagoa do Carro, Lagoa do Itaenga, Limoeiro, Machados, Nazaré da Mata, Orobó, Passira, Paudalho, Salgadinho, Surubim, Tracunhaém, Vicência
III GERES	Água Preta, Amaraji, Barreiros, Belém de Maria, Catende, Cortês, Escada, Gameleira, Jaqueira, Joaquim Nabuco, Lagoa dos Gatos, Maraial, Palmares, Primavera, Quipapá, Ribeirão, Rio Formoso, São Benedito do Sul, São José da Coroa Grande, Sirinhaém, Tamandaré, Xexéu
IV GERES	Agrestina, Altinho, Barra de Guabiraba, Bezerros, Bonito, Caruaru, Cupira, Frei Miguelinho, Gravatá, Jataúba, Jurema, Panelas, Riacho das Almas, Sairé, Santa Cruz de Capibaribe, Santa Maria do Cambucá, São Bento do Una, São Joaquim do Monte, Taquaritinga do Norte, Toritama, Vertentes
V GERES	Bom Conselho, Brejão, Canhotinho, Correntes, Garanhuns, Lagoa do Ouro, Palmeirina, Paranatama, Saloá, São João, Terezinha
XII GERES	Altiança, Camutanga, Condado, Ferreiros, Goiana, Itambé, Itaquitinga, Macaparana, São Vicente Férrer, Timbaúba

MUNICÍPIOS FOCAIS

GERES	MUNICÍPIOS
I GERES	Recife
II GERES	Vertente do Lério
IV GERES	Belo Jardim, Brejo da Madre de Deus, Cachoeirinha, Camocim de São Félix, Pesqueira, Sanharó, São Caitano, Tacaimbó
V GERES	Águas Belas, Angelim, Calçado, Iati, Itaíba, Jupi, Lajedo
VI GERES	Arcoverde, Buíque, Ibimirim, Manari, Sertânia
VII GERES	Serrita
VIII GERES	Petrolina, Santa Maria da Boa Vista
IX GERES	Araripina, Ouricuri, Trindade
X GERES	Brejinho, Iguaraci, Ingazeira, Itapetim, Santa Terezinha, Tuparetama
XI GERES	Serra Talhada

MUNICÍPIOS VULNERÁVEIS

GERES	MUNICÍPIOS
I GERES	Fernando de Noronha
IV GERES	Alagoinha, Ibirajuba, Poção
V GERES	Caetés, Capoeiras, Jucati
VI GERES	Custódia, Inajá, Jatobá, Pedra, Petrolândia, Tacaratu, Tupanatinga, Venturosa
VII GERES	Belém do São Francisco, Cedro, Mirandiba, Salgueiro, Terra Nova, Verdejante
VIII GERES	Afrânio, Cabrobó, Dormentes, Lagoa Grande, Orocó
IX GERES	Bodocó, Exu, Granito, Ipubi, Moreilândia, Parnamirim, Santa Cruz, Santa Filomena, São José do Belmonte
X GERES	Afogados da Ingazeira, Carnaíba, Quixaba, São José do Egito, Solidão, Tabira
XI GERES	Betânia, Calumbi, Carnaubeira da Penha, Flores, Floresta, Itacuruba, Santa Cruz da Baixa Verde, Triunfo

A classificação epidemiológica dos municípios poderá ser atualizada conforme mudanças no cenário epidemiológico estadual e diretrizes do Ministério da Saúde.

Anexo 1 - Solicitação e devolução de Kits e materiais

LACEN-SES-PE	**01IT01004: SOLICITAÇÃO E DEVOLUÇÃO DE *KITS* E MATERIAIS PARA ANÁLISE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS E PRODUTOS DE INTERESSE À SAÚDE PÚBLICA, REVISÃO: 00**

ANEXO B

FOR Nº 218

SOLICITAÇÃO E DEVOLUÇÃO DE *KITS* E MATERIAIS

GERES/US SOLICITANTE: _____

PEDIDO Nº/ANO: _____ TELEFONE: ( ) _____

SOLICITAÇÃO ( ) **DEVOLUÇÃO ( )**

Quantitativo		***KITS* E MATERIAIS**		**LACEN PE**		Nº Interno_____	
Solicitação	**Devolução /lote**	**Código do Item (ANEXO A)**	**Item** (descrição legível)	**Lote**	**Validade**	**Autorização**	
						Quantidade	**Rubrica/ carimbo**

NOTA 1: Comprometo-me a resgatar *kit* e material solicitado em até uma semana após solicitação;
NOTA 2: Na solicitação de *kits* e materiais - utilizar um formulário para cada Área Competente do LACEN PE;
NOTA 3: No caso de devolução dos *kits* de coleta de amostras biológicas - a entrega dos meios deverá ser acompanhada dos *swabs*;
NOTA 4: Na devolução dos *kits* e materiais – indicar justificativa no campo de observação abaixo.

OBSERVAÇÃO:_____

_____

_____/___/_____ _____

Data Assinatura e carimbo do solicitante

Profissional do LACEN PE responsável pela entrega e/ou recebimento de *kits* e materiais:	
Nome:	Assinatura/carimbo:
Data: ___/___/_____	Hora: _____

Portador responsável pelo recebimento e/ou devolução de *kits e* materiais:	
Nome: Nº de documento/matrícula:	Assinatura:
Telefone: ( )_____	Data: ___/___/____ Hora: _____

1/1

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Anexo 2- Monitoramento da utilização de Kits e materiais fornecidos pelo Lacen-PE



01IT01004: SOLICITAÇÃO E DEVOLUÇÃO DE *KITS* E MATERIAIS PARA ANÁLISE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS E PRODUTOS DE INTERESSE À SAÚDE PÚBLICA, REVISÃO: 01

ANEXO C

FOR Nº 466

MONITORAMENTO DA UTILIZAÇÃO DE *KITS* E MATERIAIS FORNECIDOS PELO LACEN PE

GERES/Unidade de Saúde: Município:

Mês/Ano:

Descritivo do saldo anterior						Testes – Realizados/utilizados				Nº de amostras a realizar
Data do recebimento	Descrição	Nº de *Kits*/materiais recebidos	Nº de testes	Lote	Validade	Realizados	Repetições/ controles	Perdidos/ devolvidos	Justificativa - perdas e/ou devoluções	

Legenda: NA - Não de Aplica

____/____/____ Data

_____ Assinatura e carimbo do solicitante

1/1

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Atenciosamente,

Mariana Luiza do Nascimento Silva
Coordenadora Estadual de Vigilância da Esquistossomose, Geo-helmintíases e Leishmaniose visceral

Ana Márcia Drechsler Rio
Gerente de Vigilância das Arboviroses e Zoonoses

Eduardo Augusto Duque Bezerra
Diretor Geral de Vigilância Ambiental

Renan Carlos Freitas da Silva
Secretário-Executivo de Vigilância em Saúde e Atenção Primária

Documento assinado eletronicamente por **Mariana Luiza do Nascimento Silva**, em 05/11/2026, às 15:41, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Ana Márcia Drechsler Rio**, em 05/11/2026, às 15:46, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Eduardo Augusto Duque Bezerra**, em 06/11/2026, às 10:45, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Renan Carlos Freitas da Silva**, em 06/11/2026, às 14:08, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.pe.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **96382691** e o código CRC **F44D2882**.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Rua Vinte e Quatro de Agosto, nº 209, - Bairro Santo Amaro, Recife/PE - CEP 50040-190, Telefone: (81)3184-0000