



**GOVERNO DE SANTA CATARINA**  
**Secretaria de Estado da Saúde**  
**Sistema Único de Saúde**  
**Superintendência de Vigilância em Saúde**  
**Diretoria de Vigilância Epidemiológica**

**NOTA TÉCNICA Nº. 02/2016/DIVE/SUV/SES**

*Assunto: Define prazos, fluxos, periodicidade e instrumentos de notificação/investigação da brucelose humana, cisticercose e teníase como doenças de notificação compulsória de interesse estadual.*

O Estado de Santa Catarina definiu na portaria SES nº 242 de 10/04/2015, as doenças e agravos de notificação compulsória de interesse estadual. Entre elas estão a brucelose, a teníase e a cisticercose. Com base nessa portaria esta nota técnica define prazos, fluxos e instrumentos de notificação e investigação dos referidos agravos.

## **1. BRUCELOSE**

A Brucelose é uma enfermidade sistêmica, bacteriana, causada pela bactéria do gênero *Brucella.sp*, que apresenta um quadro clínico muito polimorfo, podendo ser caracterizado como agudo, subagudo ou crônico. Os sintomas iniciais da doença são caracterizados por: febre contínua, intermitente ou irregular, de duração variável; sudorese profusa (predominantemente noturna, com cheiro desagradável); artralgia de pequenas e grandes articulações; mialgia; cefaleia. A astenia a qualquer exercício físico produz pronunciada fadiga e está presente na maioria dos casos, acompanhada de mal-estar, debilidade, estado depressivo e perda de peso. As alterações hematológicas podem variar entre leucocitose ou leucopenia, trombocitopenia e anemia. Nas formas crônicas da doença podem ocorrer supurações de órgãos, como fígado e baço, lesões de pele e mucosas. Os casos mais graves da doença podem apresentar manifestações neurológicas ou comprometimento cardíaco podendo levar a óbito. O detalhamento das manifestações clínicas está descrito no Protocolo estadual de Vigilância e Manejo Clínico da Brucelose Humana (disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/zoonoses/publicacoes/protocolo-clinico-brucelose-humana.pdf> ).

### **1.1 Definição de caso**

#### **1.1.1 Caso suspeito**

- a) Paciente com clínica compatível, com vínculo epidemiológico com animal suspeito ou confirmado ou que tenha ingerido leite e derivados sem pasteurização do animal com diagnóstico de brucelose animal;

- b) Pessoas expostas à *Brucella.sp*, pelo contato com material contaminado (atividades profissionais) ou que ingeriram leite e derivados não pasteurizados de casos de brucelose bovina;

### **1.1.2 Caso provável**

Caso suspeito com diagnóstico laboratorial presuntivo (teste Rosa Bengala).

### **1.1.3 Caso confirmado**

Caso suspeito ou provável com diagnóstico laboratorial confirmado.

## **1.2 Notificação/Investigação**

A notificação dos casos deve ser realizada pelas unidades notificadoras, sempre que houver uma suspeição de brucelose humana, através do preenchimento da ficha de notificação individual do SINAN (anexo 1). Todos os casos suspeitos deverão ser investigados em formulário próprio (anexo 2). Tanto a ocorrência de casos suspeitos isolados como a de surtos deve ser notificada o mais rapidamente possível para o desencadeamento das ações de vigilância epidemiológica e controle.

## **1.3 Periodicidade/Fluxo**

As unidades notificadoras encaminharão as fichas de notificação individual à vigilância epidemiológica municipal, que a incluirá no SINAN e iniciará o processo de investigação. Após finalização da investigação, o formulário deverá ser encaminhado à Gerência de Saúde e esta à Coordenação Estadual do Programa de Brucelose Humana, na Diretoria de Vigilância Epidemiológica da SES/SC. Como descrito no protocolo estadual, os casos prováveis ou confirmados deverão ser acompanhados pelas unidades básicas de saúde por um período de dois anos.

## **2. CISTICERCOSE**

A cisticercose é uma doença parasitária adquirida por ingestão acidental de ovos de *Taenia solium*, através do consumo de alimentos e água contaminados. Pode ocorrer também a autoinfestação do indivíduo com teníase, devido às condições inadequadas de higiene.

Após a ingestão, os ovos da *T. solium* se transformam em larvas que penetram a parede do estômago passam para a corrente sanguínea e se alojam nos tecidos, como músculo, coração, olhos ou cérebro, formando cistos (cisticercose).

As manifestações clínicas da cisticercose dependem da localização, do tipo morfológico, do número de larvas que infectaram o indivíduo, da fase de desenvolvimento dos cisticercos e da resposta imunológica do hospedeiro. As formas graves estão localizadas no sistema nervoso central

e são identificadas como Neurocisticercose, apresentando sintomas neuropsiquiátricos (convulsões, distúrbios de comportamento, hipertensão intracraniana) e oftálmicos.

## **2.1 Definição de caso**

### **2.1.1 Caso suspeito**

- a) Paciente com ou sem sintomatologia clínica, que apresenta imagens radiológicas suspeitas de cisticercos;
- b) Paciente com sorologia positiva para cisticercose e/ou exames por imagem sugestivos da presença dos cistos.

### **2.1.2 Caso confirmado**

Paciente com exame por imagem compatível com cisticercose e exame sorológico específico (fixação de complemento, imunofluorescência e hemaglutinação) no soro e líquido cefalorraquidiano.

## **2.2 Notificação/ Investigação**

A notificação dos casos deve ser realizada pelas unidades notificadoras, sempre que houver uma suspeição de cisticercose humana, através do preenchimento da ficha de notificação individual do SINAN (anexo 1). Todos os casos suspeitos deverão ser investigados em formulário próprio (anexo 3). Casos de neurocisticercose devem ser notificados de forma imediata às vigilâncias municipais, regionais e coordenação estadual.

## **2.3 Periodicidade/Fluxo**

As unidades notificadoras (unidades de saúde, clínicas de diagnóstico por imagem e laboratórios de análises clínicas) encaminharão as fichas de notificação individual à vigilância epidemiológica municipal que a incluirá no SINAN e iniciará o processo de investigação. Após finalização da investigação, o formulário deverá ser encaminhado à Coordenação Estadual do Programa de Cisticercose Humana, na Diretoria de Vigilância Epidemiológica da SES/SC.

## **3. TENÍASE**

A teníase é uma doença parasitária provocada pela presença da forma adulta da *Taenia solium* ou da *Taenia saginata* no intestino delgado do homem. É uma parasitose que pode causar dores abdominais, náuseas, debilidade, perda de peso, flatulência, diarreia ou constipação. Esta parasitose é adquirida através do consumo de carne bovina ou suína crua ou mal cozida contendo os cisticercos (larvas).

### **3.1 Definições de caso**

#### **3.1.1 Caso suspeito**

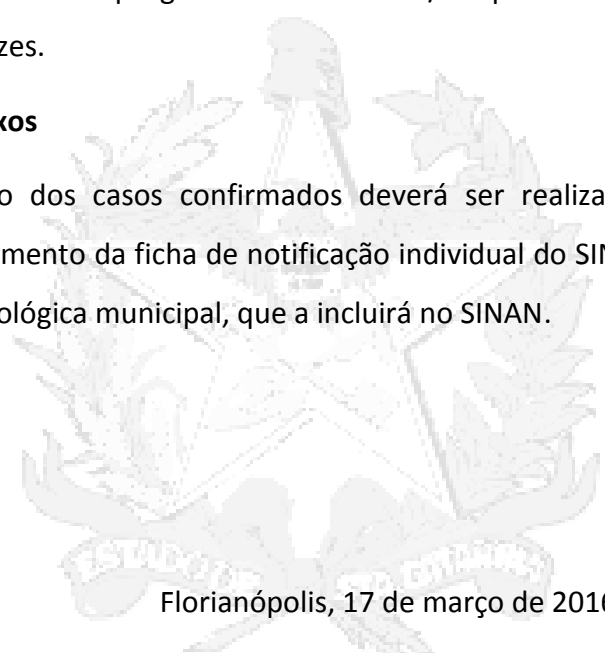
Indivíduo que resida e/ou trabalhe em propriedade rural em que haja casos positivos de cisticercose tecidual em animais.

#### **3.1.2 Caso confirmado**

Indivíduo que elimina proglótides de tênia e/ou positivo para ovos de tênia em exame parasitológico de fezes.

### **3.2 Notificação/Fluxos**

A notificação dos casos confirmados deverá ser realizada pelas unidades notificadoras através do preenchimento da ficha de notificação individual do SINAN (anexo 1) e envio desta ficha à vigilância epidemiológica municipal, que a incluirá no SINAN.





Florianópolis, 17 de março de 2016.

**Diretoria de Vigilância Epidemiológica  
DIVE/SUV/SES/SC**

# Anexo 1- Ficha de notificação SINAN



República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO/CONCLUSÃO		Nº	
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual			
	2 Agravado/doença	Código (CID10)	3 Data da Notificação		
	4 UF	5 Município de Notificação	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 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	13 Raça/Cor 1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9- Ignorado	
14 Escolaridade 0- Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe			
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 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)		
	<b>Conclusão</b>				
	Conclusão	31 Data da Investigação	32 Classificação Final 1 - Confirmado 2 - Descartado	33 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico	
Local Provável da Fonte de Infecção					
34 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado		35 UF	36 País		
37 Município		Código (IBGE)	38 Distrito	39 Bairro	
40 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		41 Evolução do Caso 1 - Cura 2 - Óbito pelo agravo notificado 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado			
42 Data do Óbito	43 Data do Encerramento				
<b>Informações complementares e observações</b>					
Observações adicionais					
Investigador	Município/Unidade de Saúde			Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome	Função		Assinatura	
	Notificação/conclusão			Sinan NET	SUS 27/09/2005

Anexo 2 - Ficha de investigação de Brucelose Humana

		<b>FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE BRUCELOSE HUMANA</b> <b>ESTADO DE SANTA CATARINA</b>			
Paciente Novo ( )			Paciente em acompanhamento ( )		
<b>I. DADOS GERAIS</b>					
1. Município de Notificação:			2. Número da Notificação:		
4. Unidade de Saúde:			3. Data de notificação: / /		
<b>II. DADOS DO PACIENTE:</b>					
5. Nome do Paciente:					
6. Data de Nascimento: / /		8. Sexo: ( ) 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado		9. Gestante: ( ) 1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 7 - Ignorado	
7. Idade:       anos				10. Raça/Cor ( ) 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
11. Escolaridade ( ) 1. Analfabeto    2. Fundamental incompleto    3. Fundamental completo    4. Médio incompleto    5. Médio completo 6. Superior incompleto    7. Superior completo    8. Não se Aplica    9. Ignorado					
12. Número do Cartão SUS:		13. Nome da Mãe			
14.UF	15. Município de Residência				
16. Bairro/Localidade		17. Logradouro (rua, avenida,...)			
18. Número	19. Complemento (apto, casa,...)		20. Ponto de Referência		
21. CEP		22. Zona ( )		23. (DDD) Telefone	
-		1- Urbana 2- Rural 3- Periurbana 4-Ignorado			
<b>III. ANTECEDENTES</b>					
24. Ocupação(especifique):			27. Contato ocupacional: ( ) Não ( ) Sim ( ) Trabalha no campo ( ) Ordenha ( ) Contato com placenta ou feto de aborto de animais ( ) Laboratório ( ) Vacina Tipo de contato:		
26. Consumos: ( ) Leite não pasteurizado    ( ) queijo fresco ( ) Alimentos com queijo    ( ) alimentos com leite ( ) Outros alimentos crus    Especificar: _____  Lugar de compra ou consumo: ( ) local    ( ) viagem Especificar: _____			25. Viagens 6 meses anteriores: ( ) Não ( ) Sim Lugares: _____		
28. Diagnóstico de Brucelose anterior ( ) Não ( ) Sim Quando:.....    Onde:.....    Tratamento: .....    Duração:..... Obs:					
<b>IV. INFORMAÇÃO CLÍNICA.</b>					
29. Data de início dos sintomas...../...../.....		30. Tempo de enfermidade		31. Forma de início da enfermidade: ( ) Agudo    ( ) Insidioso    ( ) Não se aplica	
32. Dados clínicos ( Marque com um X se apresentar)					
<b>Sintomas</b>					
Febre (.....°C)	Anorexia	Mal estar geral	Náuseas	Dor muscular	
Calafrios	Cefaléia	Dor articular	Vômitos	Astenia	
Sudorese profusa	Diarréia	Outros:			
<b>Sinais Clínicos</b>					
Adenopatias		Esplenomegalia		Comprometimento neurológico	
Hepatomegalia		Comprometimento osteoarticular		Comprometimento genito-urinário	
Comprometimento cardiovascular		Outros:			



### Anexo 3 - Ficha de investigação de Cisticercose Humana

		<b>FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE CISTICERCOSE HUMANA</b> <b>ESTADO DE SANTA CATARINA</b>			
<b>I. DADOS GERAIS</b>					
1. Município de Notificação:			2. Número da Notificação:		
4. Unidade de Saúde:			3. Data de notificação: / /		
<b>II. DADOS DO PACIENTE:</b>					
5. Nome do Paciente:					
6. Data de Nascimento: / /		8. Sexo: ( ) 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado		9. Gestante: ( ) (1) 1º Trimestre (2) 2º Trimestre (3) 3º Trimestre (4) Idade gestacional ignorada (5) Não (6) Não se aplica (9) Ignorado	
7. Idade: _____ anos				10. Raça/Cor ( ) 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
11. Escolaridade ( ) 1. Analfabeto 2. Fundamental incompleto 3. Fundamental completo 4. Médio incompleto 5. Médio completo 6. Superior incompleto 7. Superior completo 8. Não se Aplica 9. Ignorado					
12. Número do Cartão SUS:			13. Nome da Mãe		
14.UF	15. Município de Residência				
16. Bairro/Localidade		17. Logradouro (rua, avenida,...)			
18. Número	19. Complemento (apto, casa,...)		20. Ponto de Referência		
21. CEP:         -		22. Zona ( ) 1- Urbana 2- Rural 3- Periurbana 4-Ignorado		23. (DDD) Telefone	
<b>III. ANTECEDENTES</b>					
24. Ocupação (especifique): _____			26. Local de depósito das excretas: ( ) Fossa ou latrina ( ) A céu aberto ( ) Riacho ou manancial de água		
25. Saneamento básicos: ( ) Fonte de água para uso doméstico ( ) Encanada ( ) Encanada tratada ( ) Cisterna ( ) Poço ( ) Riacho ( ) Nascente ( ) Açude Especificar: _____			27. Sistema de deposição das fezes nas latrinas, casinhas ou sanitários: ( ) fezes caindo dentro (ou perto) do chiqueiro ( ) fezes caindo dentro (ou perto) de riacho ou manancial de água ( ) Perto da cisterna ou poço ( ) Outro Citar: _____		
28. Hábitos alimentares: ( ) Consome carne suína ( ) Lava frutas e verduras antes de consumir ( ) Consome verduras cruas					
<b>IV. INFORMAÇÃO CLÍNICA.</b>					
29. Data de início dos sintomas: ...../...../.....		30. Hospitalizado: ( ) 1. Sim 2. Não		31. Forma de início da enfermidade: Agudo( ) Crônico( ) Não se aplica( )	
32. Dados clínicos					
<b>Sintomas</b>					
Distúrbio psíquico	Crise convulsiva	Distúrbios visuais	Alteração motora	Outros:	
Síndrome de hipertensão intracraniana	Cefaléia localizada	Vômitos	Vertigens		



**Exames realizados**

Líquor: <input type="checkbox"/> Imunofluorescência indireta <input type="checkbox"/> Weimberg <input type="checkbox"/> Elisa <input type="checkbox"/> outro, Qual?	Soro: <input type="checkbox"/> Imunofluorescência indireta <input type="checkbox"/> Weimberg <input type="checkbox"/> Elisa <input type="checkbox"/> outro, Qual?	Diagnóstico por imagem: <input type="checkbox"/> Rx de Crânio <input type="checkbox"/> Tomografia <input type="checkbox"/> Ressonância magnética <input type="checkbox"/> Outro, Qual?
---	---	--

Diagnóstico definitivo:  
 Cisticercose  Neurocisticercose  Outro diagnóstico Qual?

Data do diagnóstico \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**33. Localização anatômica:**

Parenquimatosa  Intraventricular  Subcutânea  Muscular  Meníngea  Medular  Oftálmica  
 Outros quais? \_\_\_\_\_

**34. Tratamento:**

Medicamento  Específico  Cirúrgico  Sintomático Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**35. Evolução ( )**

**1. Cura 2. Óbito 3. Em tratamento 9. Ignorado** Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**36. Sequelas:**

Crises epiléptiformes  
 Distúrbio de equilíbrio Qual? \_\_\_\_\_  
 Motora  
 Distúrbios psiquiátricos Qual? \_\_\_\_\_  
 Sensitiva  
 Distúrbios visuais  
 Hidrocefalia

**VI. Comunicantes**

37. Nome	Idade	Sexo	Data do Tratamento	Encaminhamento
_____	____	____	____/____/____	_____
_____	____	____	____/____/____	_____
_____	____	____	____/____/____	_____
_____	____	____	____/____/____	_____
_____	____	____	____/____/____	_____
_____	____	____	____/____/____	_____

**40. Responsável pelo preenchimento da ficha:**

Nome:.....

Cargo:.....

Data ...../...../.....

\_\_\_\_\_  
Assinatura