

	GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE VITÓRIA REGIÃO METROPOLITANA		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - SETORIAL		
	NÚMERO: 016 – POP – NVS - ESQUISTOSSOMOSE	DATA DE EMISSÃO: 16/01/2026	FOLHA: 1/11
TÍTULO: NOTIFICAÇÃO PARA ESQUISTOSSOMOSE - e-SUSVS			
UNIDADE EXECUTANTE: PROFISSIONAIS DA AREA DA SAÚDE			Versão: 02

1. Objetivo:

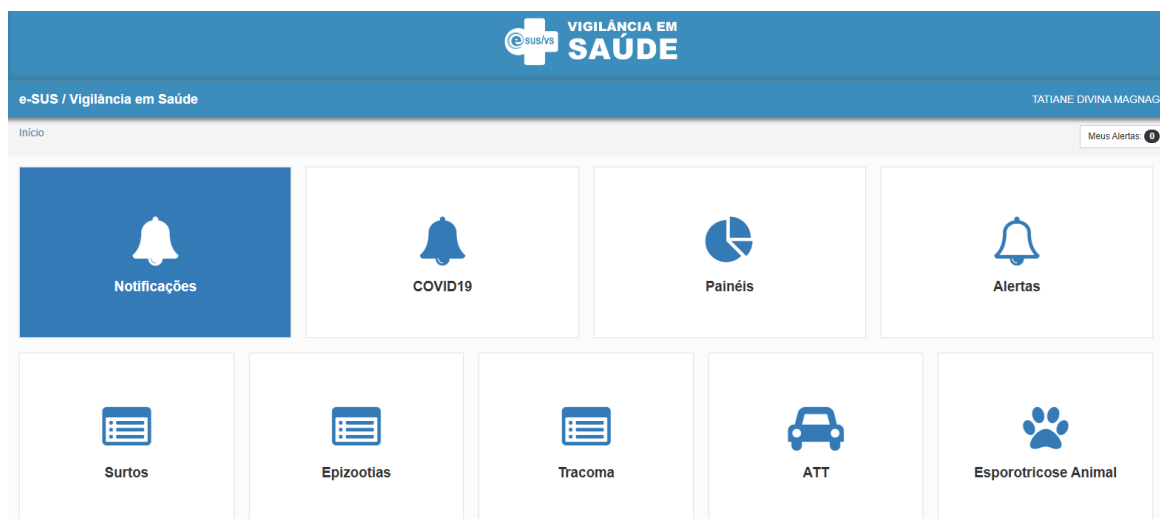
- Orientar como fazer notificação para casos confirmados de esquistossomose.

2. Materiais Necessários:

- Acesso à internet;
- Computador;
- Login e senha no e-SUSVS

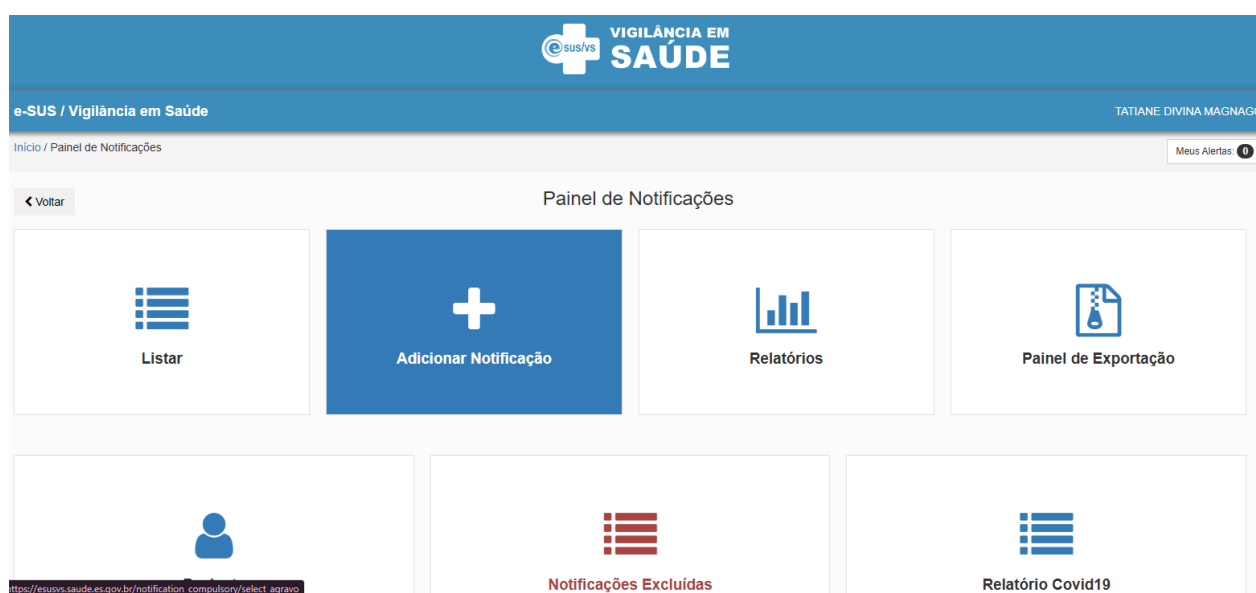
3. Descrição:

- Entrar no site <https://esusvs.saude.es.gov.br/auth/> entrar e fazer o login de acesso;
- Selecionar a opção notificações;



- Selecionar a opção adicionar notificação;

	GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE VITÓRIA REGIÃO METROPOLITANA		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - SETORIAL		
	NÚMERO: 016 – POP – NVS - ESQUISTOSSOMOSE	DATA DE EMISSÃO: 16/01/2026	FOLHA: 2/11
TÍTULO: NOTIFICAÇÃO PARA ESQUISTOSSOMOSE - e-SUSVS			
UNIDADE EXECUTANTE: PROFISSIONAIS DA AREA DA SAÚDE			Versão: 02



- Selecionar o Agravo/doença Esquistossomose e clicar em avançar;

	GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE VITÓRIA REGIÃO METROPOLITANA		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - SETORIAL		
	NÚMERO: 016 – POP – NVS - ESQUISTOSSOMOSE	DATA DE EMISSÃO: 16/01/2026	FOLHA: 3/11
TÍTULO: NOIFICAÇÃO PARA ESQUISTOSSOMOSE - e-SUSVS			
UNIDADE EXECUTANTE: PROFISSIONAIS DA AREA DA SAÚDE			Versão: 02


VIGILÂNCIA EM SAÚDE

e-SUS / Vigilância em Saúde

[Início](#) / [Painel de Notificações](#) / [Selecione o Agravado](#)

Selecione o Agravado/Doença

Por favor selecione

J64: DRT Pneumoconioses relacionadas ao trabalho
F99: DRT Transtornos mentais
A98.4: Ebola
B42.1: Esporotricose humana
B65.9: Esquistossomose
R69.9: EVENTO DE SAÚDE PÚBLICA (ESP)

- Selecione qual a sua unidade notificadora;

	GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE VITÓRIA REGIÃO METROPOLITANA		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - SETORIAL		
	NÚMERO: 016 – POP – NVS - ESQUISTOSSOMOSE	DATA DE EMISSÃO: 16/01/2026	FOLHA: 4/11
TÍTULO: NOTIFICAÇÃO PARA ESQUISTOSSOMOSE - e-SUSVS			
UNIDADE EXECUTANTE: PROFISSIONAIS DA AREA DA SAÚDE			Versão: 02

e-SUS / Vigilância em Saúde

Início / Painei de Notificações

Agora, qual unidade de saúde notificadora?

Será listado somente unidades de saúde que você estiver lotado.

Selecione a opção

Escolha a Unidade

- Ao selecionar a unidade de saúde irá abrir a ficha de notificação para ser preenchida;
- No campo de Dados Gerais, deve-se preencher os campos:
- Campo 3, Data notificação: com a data da realização da notificação;
- Campo 7, Data do diagnóstico/Primeiros Sintomas/Ocorrência: com a data do diagnóstico ou primeiros sintomas ou ocorrência, data deve ser igual ou inferior a data do campo 3;

	GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE VITÓRIA REGIÃO METROPOLITANA		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - SETORIAL		
	NÚMERO: POP-NVS-016	DATA DE EMISSÃO: 16/01/2026	FOLHA: 5/11
TÍTULO: NOTIFICAÇÃO PARA ESQUISTOSSOMOSE - e-SUSVS			
UNIDADE EXECUTANTE: PROFISSIONAIS DA AREA DA SAÚDE			Versão: 02


VIGILÂNCIA EM SAÚDE

e-SUS / Vigilância em Saúde
TATIANE DIVINA MAGNAGO

Início / Painel de Notificações / Nova Notificação de Esquistossomose
Meus Alertas: 0

< Voltar

Notificação Compulsória
B 65.9: ESQUISTOSSOMOSE

Caso Confirmado Todo indivíduo que apresente ovos de Schistosoma mansoni em amostra de fezes, tecidos ou outros materiais orgânicos.

Dados Gerais

1 Tipo Notificação *
2 - Individual

2 Tipo de Doença/Agravo
B65.9: Esquistossomose

3 Data Notificação *
dd/mm/yyyy

4 UF *
ES - Espírito Santo

5 Município *

6 Unidade de Saúde *

7 Data do diagnóstico / Primeiros Sintomas / Ocorrência *
dd/mm/yyyy
Data igual ou inferior ao campo 3

- No campo de Notificação Individual, deve-se preencher os campos:
- Campo Buscar pelo CNS/CPF, digitar o número do cartão nacional do SUS ou CPF e clicar em buscar, os campos 8,9,10,11,13,15,16 irão preencher automaticamente;
- Campo 12 gestante: deve selecionar uma das opções: 1 - 1º Trimestre, 2 - 2º Trimestre, 3 - 3º Trimestre, 4- Idade gestacional ignorada, 5- Não, 6- Não se aplica e 9- Ignorado;
- O campo 14 escolaridade: deve selecionar uma das opções: 0- Analfabeto; 1- 1ª a 4ª série incompleta do EF(antigo primário ou 1ºgrau), 2- 4ª série completa do EF(antigo primário ou 1ºgrau), 3- 5ª a 8ª série incompleta (antigo ginásio ou 1ºgrau),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;

	GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE VITÓRIA REGIÃO METROPOLITANA		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - SETORIAL		
	NÚMERO: POP-NVS-016	DATA DE EMISSÃO: 16/01/2026	FOLHA: 6/11
TÍTULO: NOTIFICAÇÃO PARA ESQUISTOSSOMOSE - e-SUSVS			
UNIDADE EXECUTANTE: PROFISSIONAIS DA AREA DA SAÚDE			Versão: 02

Notificação Individual

Busca pelo CNS/CPF *

Buscar

Digite o CPF ou cartão SUS e clique em Buscar

8 Nome *

9 Data Nascimento *

Selecione a data

10 Idade

11 Sexo *

Por favor selecione

12 Gestante *

Por favor selecione

13 Raça/Cor *

Por favor selecione

Etnia

Por favor selecione

PcD (Pessoa com Deficiência) *

2 - Não

Pessoa em Situação de Rua *

2 - Não

14 Escolaridade *

Por favor selecione

15 N°. Cartão SUS *

CPF Paciente *

16 Nome da Mãe *

Nacionalidade *

BRASIL

Passaporte *

Orientação Sexual *

9 - Ignorado

- No campo de Dados de Residência, deve-se preencher os campos:
- Campo 17, UF: preencher o estado de residência;
- Campo 18, Município: selecionar o município de residência;
- Campo 19, Distrito: preencher com o distrito caso se aplique;
- Campo 20, Bairro: selecionar o bairro de residência;
- Campo 21, Logradouro: selecionar a opção da rua de residência;
- Campo 22, Número: preencher o número da residência;
- Campo 23, Complemento(apto.,casa,...): preencher caso se aplique;
- Campo Endereço não encontrado ou não é do Espírito Santo: preencher caso o endereço não seja encontrado ou não seja do Espírito Santo;
- Campo Unidade de saúde de referência: selecionar a opção da unidade de saúde de referência;
- Campo 24 Geo 1(latitude): preencher caso se aplique;
- Campo 25 Geo 2(longitude): preencher caso se aplique;
- Campo 26 Ponto de referência: preencher caso se aplique;
- Campo 27 CEP: preencher com o cep de endereço;
- Campo 28 (DDD) Telefone: preencher com o telefone de contato;
- Campo 28 e-mail: preencher com o email de contato;
- Campo 29 e 30: irão preencher automaticamente;

	GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE VITÓRIA REGIÃO METROPOLITANA		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - SETORIAL		
	NÚMERO: POP-NVS-016	DATA DE EMISSÃO: 16/01/2026	FOLHA: 7/11
TÍTULO: NOTIFICAÇÃO PARA ESQUISTOSSOMOSE - e-SUSVS			
UNIDADE EXECUTANTE: PROFISSIONAIS DA AREA DA SAÚDE			Versão: 02

Dados de Residência

17 UF *

Selecione a opção

18 Município *

Selecione a opção

19 Distrito

20 Bairro *

Selecione a opção

21 Logradouro *

Selecione a opção

22 Numero

23 Complemento (apto., casa, ...)

Endereço Não Encontrado ou Não é do Espírito Santo *

Unidade de Saúde de Referência

Selecione a opção

24 Geo 1 (latitude)

25 Geo 2 (longitude)

26 Ponto Referência

27 CEP *

28 (DDD) Telefone *

(XX) XXXX-XXXX

(DDD) Telefone 2

(XX) XXXX-XXXX

(DDD) Telefone 3

(XX) XXXX-XXXX

29 Email

email

29 Zona *

Por favor selecione

30 Pais *

BRASIL

- No campo de Antecedentes Epidemiológicos, deve-se preencher os campos:
- Campo 31, Data da Investigação: preencher com a data da investigação;
- Campo 32, Ocupação: Selecione a opção de ocupação;

Antecedentes Epidemiológicos

31 Data da Investigação

dd/mm/yyyy

32 Ocupação

Selecione a opção

- No campo de Dados do laboratório, deve-se preencher os campos:
- Campo 33, Data da coproscopia: informar a data em que foi realizado o exame de fezes que confirmou o diagnóstico para esquistossomose mansônica.
- Campo 34, Análise quantitativa: Informar se o exame de fezes foi realizado pelo método quantitativo, ex: Kato-Katz ou outro, e anotar o número de ovos encontrado na lâmina. (0 – 0 (Zero), 1 – (Um) ou mais ovos).
- Campo 35, Análise qualitativa: informar se o exame de fezes foi realizado pelo método qualitativo, ex: de sedimentação ou outro e anotar o resultado: positivo, negativo ou não realizado. (1= Positivo, 2= Negativo ou 3= Não realizado).

	GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE VITÓRIA REGIÃO METROPOLITANA		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - SETORIAL		
	NÚMERO: POP-NVS-016	DATA DE EMISSÃO: 16/01/2026	FOLHA: 8/11
TÍTULO: NOTIFICAÇÃO PARA ESQUISTOSSOMOSE - e-SUSVS			
UNIDADE EXECUTANTE: PROFISSIONAIS DA AREA DA SAÚDE			Versão: 02

- Campo 36, Outros: Informar se foram realizados outros tipos de exames. (1= Positivo, 2= Negativo ou 3= Não realizado).
- Campo 37, outro exames: Especificar se foi utilizado outro método de diagnóstico diferente do exame de fezes, por exemplo: anátomo-patologia, biópsia dentre outros.

Dados do Laboratório		
33 Data da Coprocopia * dd/mm/yyyy	34 Análise Quantitativa Por favor selecione	35 Análise Qualitativa Por favor selecione
36 OUTROS Por favor selecione	37 Outros exames (especificar) 	

- No campo de tratamento, deve-se preencher os campos:
- Campo 38: Informar se o paciente fez tratamento pela medicação específica utilizada pelo Programa de Controle da Esquistossomose (PCE) (1= Sim – Praziquantel, 3= Não ou 9= Ignorado).
- Campo 39: Informar a data de realização do tratamento.
- Campo 40: Caso o paciente não tenha realizado o tratamento, informar o motivo. (1= Contra Indicação, 2= Recusa, 3= Ausente ou 9= Ignorado).
- Campo peso: Preencher o peso do paciente;
- Campo 41: Informar se foi efetuada a verificação de cura, que consiste na realização de três exames de fezes em dias alternados após 4 meses da administração da medicação específica. (0 – 0 (zero), 1 – 1 (um) ou mais ovos, 2= não realizado).
- Campo 42: Informar a data do resultado da 3ª amostra.

Tratamento			
38 Fez Tratamento? Por favor selecione	39 Data do Tratamento dd/mm/yyyy	40 Caso não tenha feito tratamento, qual o motivo? Por favor selecione	Peso (kg)
41 Resultado de Análise de Verificação de Cura		42 Data do Resultado da 3ª amostra	
1ª amostra Por favor selecione	2ª amostra Por favor selecione	3ª amostra Por favor selecione	dd/mm/yyyy

- No campo de Conclusão, deve-se preencher os campos:

	GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE VITÓRIA REGIÃO METROPOLITANA		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - SETORIAL		
	NÚMERO: POP-NVS-016	DATA DE EMISSÃO: 16/01/2026	FOLHA: 9/11
TÍTULO: NOTIFICAÇÃO PARA ESQUISTOSSOMOSE - e-SUSVS			
UNIDADE EXECUTANTE: PROFISSIONAIS DA AREA DA SAÚDE			Versão: 02

- Campo 43: Informar a classificação da forma clínica (1= Intestinal, 2= Hepato Intestinal, 3= Hepato Esplênica, 4= Aguda ou 5= Outra).
- Campo 44, Preencher campos relacionados ao Local Provável de Infecção somente se caso foi confirmado. Informar se o caso é autóctone do município de residência (1=sim, 2=não ou 3=indeterminado);
- Campo 45, UF: Preencher a sigla da unidade federada correspondente ao local provável de infecção;
- Campo 46, País: Informar o nome do país correspondente ao local provável de infecção;
- Campo 47, Município: informar o nome do município provável de infecção ou seu código correspondente ao cadastro do IBGE;
- Campo 48, Distrito: Informar o nome do distrito correspondente ao local provável de infecção se caso confirmado e infectado no Brasil, mas não é autóctone do município de residência;
- Campo 49, Bairro: informar o nome do bairro correspondente ao local provável de infecção;
- Campo 50: Informar o nome da propriedade/localidade, se área rural, ex. Fazenda Dois Irmãos, Sítio Novo, etc.
- Campo 51: Informar o nome da coleção hídrica identificada como local provável de infecção, ex; Lagoa do Mato, Fazenda Dois Irmãos no Município de Matatu.
- Campo 52: Informar se o paciente adquiriu a doença em decorrência do processo de trabalho, determinada pelo contato com água ou condições inadequadas de trabalho (contaminação acidental, exposição ou contato com águas onde existe o caramujo eliminando cercárias) (1=sim, 2=não ou 9= ignorado);
- Campo 53: Informar a evolução do caso. Em caso de óbito, preencher este campo com o nº correspondente à ocorrência. (1= Cura, 2= Não Cura, 3= Óbito por esquistossomose, 4= Óbito por outras causas ou 9= Ignorado).
- Campo 54: Se óbito, preencher com a data da ocorrência.
- Campo 55: Data de encerramento: informar a data do encerramento da investigação do caso.

	GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE VITÓRIA REGIÃO METROPOLITANA		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - SETORIAL		
	NÚMERO: POP-NVS-016	DATA DE EMISSÃO: 16/01/2026	FOLHA: 11/11
TÍTULO: NOTIFICAÇÃO PARA ESQUISTOSSOMOSE - e-SUSVS			
UNIDADE EXECUTANTE: PROFISSIONAIS DA AREA DA SAÚDE			Versão: 02
6. Referência: https://esusvs.saude.es.gov.br/auth/entrar			
Elaborado por: Tatiane Divina Magnago	Revisado por:	Aprovado por: Gabriela Maria Coli Seidel	
Data: 16/01/2026	Data:	Data: 15/05/2026	

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

GABRIELA MARIA COLI SEIDEL

CHEFE NUCLEO QCE-05

NVS-VIT - SESA - GOVES

assinado em 09/07/2026 16:19:36 -03:00

TATIANE DIVINA MAGNAGO

FARMACEUTICO - DT

NVS-VIT - SESA - GOVES

assinado em 09/07/2026 13:57:51 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 09/07/2026 16:19:36 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)

por GABRIELA MARIA COLI SEIDEL (CHEFE NUCLEO QCE-05 - NVS-VIT - SESA - GOVES)

Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2026-QDVV39>