

**NOTA TÉCNICA**

**VIGILÂNCIA DA**

**ESPOROTRICOSE HUMANA**

Nº 01 | 2025  
12/09/2025



**CEARÁ**  
GOVERNO DO ESTADO  
SECRETARIA DA SAÚDE

# APRESENTAÇÃO

**Governador do Estado do Ceará**  
Elmano de Freitas da Costa

**Secretaria da Saúde do Ceará**  
Tânia Mara Silva Coelho

**Secretário Executivo de Vigilância em  
Saúde**  
Antonio Silva Lima Neto

**Coordenadora de Vigilância  
Epidemiológica e Prevenção em  
Saúde**  
Ana Maria Peixoto Cabral Maia

**Orientador da Célula de Vigilância e  
Prevenção de Doenças  
Transmissíveis e Não Transmissíveis**  
Carlos Garcia Filho

## Elaboração/Revisão

Bruna Marques Jucá Fernandes  
Carlos Garcia Filho  
Carlos Ian Holanda de Melo  
Gisele de Castro Varela Cruz  
Jeane Leandro Dias  
Lisandra Serra Damasceno  
Karene Ferreira Cavalcante  
Maite Amanajás Viana  
Tatiana Cisne Souza  
Thais Magalhaes Freitas

A esporotricose humana é uma micose subcutânea causada por fungos do gênero *Sporothrix*.

É uma doença emergente que recentemente foi incluída na lista das doenças de notificação compulsória.

A Secretaria Estadual da Saúde do Ceará (Sesa), por meio da Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica e Prevenção em Saúde (Covep) e da Célula de Vigilância e Prevenção de Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis (Cevep), publica esta nota técnica com objetivo de **orientar** os profissionais de saúde quanto às ações de vigilância e assistência da esporotricose humana no Estado.

## 1. INTRODUÇÃO

A esporotricose é a micose de implantação ou subcutânea mais prevalente e globalmente distribuída, causada por fungos do gênero *Sporothrix*. A infecção é de evolução subaguda ou crônica, geralmente benigna e restrita à pele e aos vasos linfáticos adjacentes, causando úlceras, nódulos e abscessos.

Apresenta diferentes sinônimos, sendo as mais conhecidas “doença do jardineiro” ou “doença da roseira”. Os agentes etiológicos mais prevalentes no Brasil são *Sporothrix brasiliensis* e *S. schenckii*, porém, outras espécies também são descritas, como *S.globosa*, frequente em países asiáticos, e agentes esporádicos como *S. pallida*, *S. luriei*, *S. mexicana* e *S. chilensis*.

Historicamente, a transmissão ocorria através da inoculação do fungo diretamente na pele, por meio de contato com materiais em decomposição ou espinhos de vegetais. Atualmente, também ocorre a transmissão zoonótica, através da arranhadura, mordedura ou contato com secreções de animais doentes, como o gato doméstico (principal animal envolvido).

Neste cenário, a espécie *S. brasiliensis*, além de causar formas cutâneas e linfocutâneas, também pode causar manifestações oculares e imunorreativas em humanos, se tornando a espécie mais prevalente no Brasil e constituindo uma epizootia em expansão.

As espécies do fungo causadoras da esporotricose estão distribuídas amplamente no solo rico em matéria vegetal, sob determinadas condições de temperatura e umidade, o que favorece a sua persistência e dificulta o seu controle.

Desde os anos 2000, a esporotricose vem aumentando sua frequência em diversos estados do Brasil, com epicentro no estado do Rio de Janeiro. Diante disso, a esporotricose humana passou a integrar recentemente a Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública, acarretando a mudança de padrão epidemiológico e um grande desafio para a saúde pública no país.

## 2. MODO DE TRANSMISSÃO

A infecção acontece, em sua maioria, pela implantação, traumática ou não, do fungo na pele ou mucosa e, raramente, por inalação. Os casos de implantação traumática são, geralmente, decorrentes de acidentes com espinhos, palha ou lascas de madeira e contato com vegetais em decomposição (transmissão sapronótica).

O período de incubação varia segundo o modo de transmissão. Na esporotricose sapronótica pode variar de uma semana até meses. Na zoonótica, a alta carga infectante geralmente determina períodos de incubação mais curtos – de uma a duas semanas.

**Figura 1.** Ciclo de transmissão da esporotricose



Fonte: GT Micoses\CEVEP

### **3. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS**

As formas clínicas da esporotricose podem ser divididas em duas categorias principais: cutâneas e extracutâneas, sendo variáveis e relacionadas ao estado imune do hospedeiro, à quantidade e à profundidade do inóculo fúngico, à patogenicidade e à termotolerância do isolado.

#### **3.1 Formas Cutâneas**

- **Linfocutânea:** apresentação clínica mais comum (cerca de 60% a 70% dos casos) na qual se desenvolvem lesões geralmente em locais sujeitos a trauma, como as extremidades superiores, inferiores ou face, com o surgimento de úlceras e nódulos próximos à lesão primária, em distribuição linfática.
- **Cutânea fixa:** segunda forma mais comum (aproximadamente 25% dos casos). É caracterizada por uma lesão localizada no ponto de inoculação, sem envolvimento linfático, em menor extensão e sem acometimento de órgãos internos.
- **Cutânea disseminada:** corresponde a menos de 5% dos casos. É caracterizada pela presença não contígua de múltiplas lesões na pele (pápulas, úlceras, gomas e nódulos), seja por inóculos traumáticos multifocais, seja por disseminação hematogênica a partir do local da inoculação. Nesse último caso, indivíduos imunocomprometidos são os principais acometidos e a esporotricose tem uma apresentação oportunística.

Nos hospedeiros imunocompetentes, a apresentação com várias lesões cutâneas está vinculada à transmissão zoonótica felina, devido às múltiplas e repetidas inoculações durante o contato dos indivíduos com animais doentes.

Quando um mesmo indivíduo apresenta lesões fixas e linfocutâneas em múltiplos segmentos, o caso costuma ser classificado como forma cutânea disseminada.

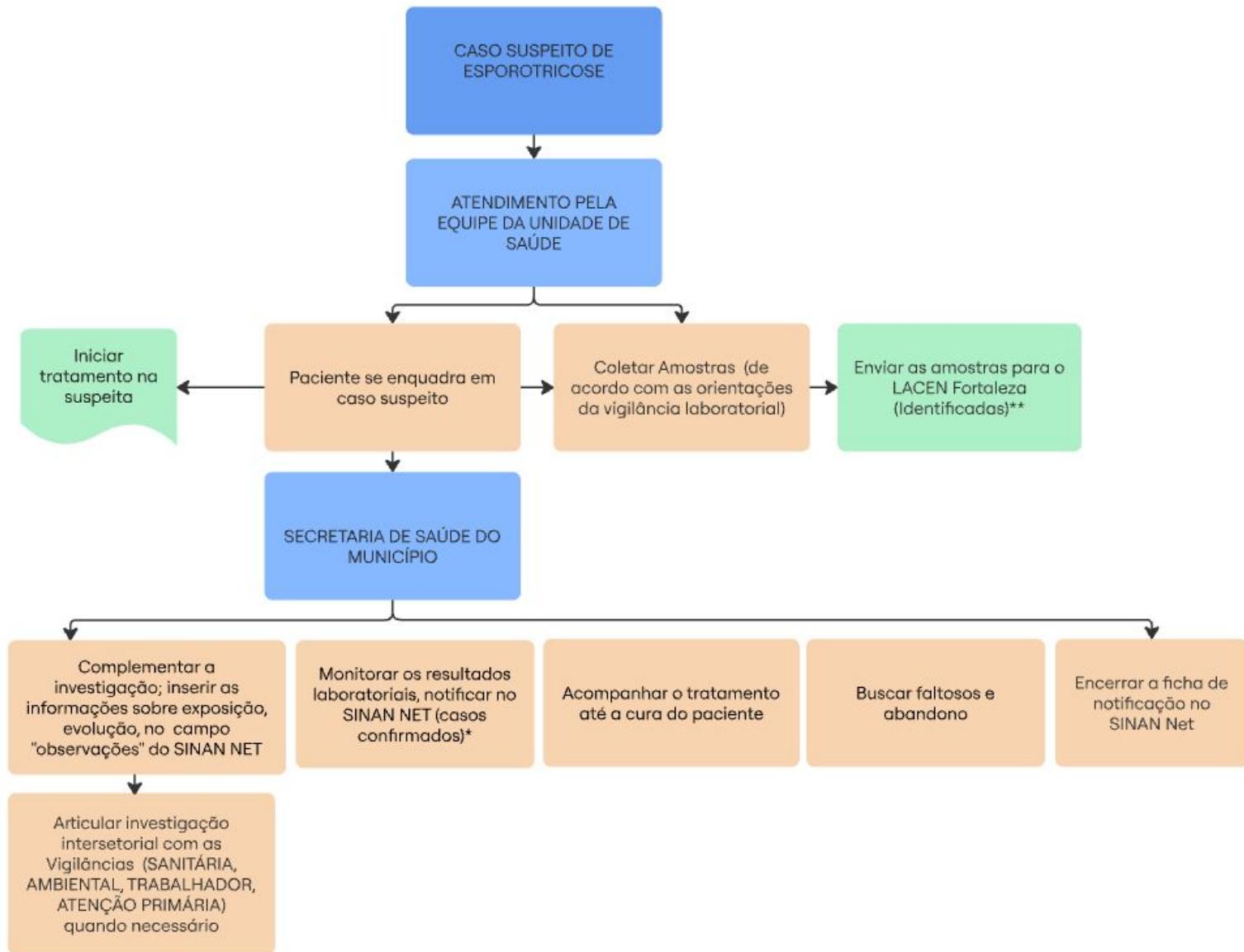
## 3.2 Formas Extracutâneas

São formas de difícil diagnóstico e correspondem a menos de 2% dos casos. Podem afetar outros órgãos, seja por disseminação do agente por contiguidade ou por doença sistêmica com disseminação hematogênica, ocasionando febre e comprometimento geral.

- **Mucosas:** pode haver lesões na boca, no nariz, na faringe e na laringe, seja por via direta ou hematogênica. Essas formas são por vezes consideradas variantes da forma cutânea ou, em outros estudos, lesões disseminadas/extracutâneas.
- **Oculares:** pode ocorrer em qualquer estrutura ocular, estando ou não associado a trauma ocular, sendo menos frequente a autoinoculação após disseminação hematogênica. A maioria dos casos ocorre por contato direto dos anexos oculares externos, com secreções cutâneo-mucosas ou respiratórias de animais doentes. Geralmente, a lesão inicia-se após infecção da conjuntiva, da córnea ou da pálpebra. A manifestação clínica mais frequente é a conjuntivite granulomatosa. No entanto, um amplo espectro de manifestações oculares tem sido descrito, como dacriocistite, ceratite, uveíte, retinite granulomatosa, esclerite, coroidite, endoftalmite e síndrome óculo-glandular de Parinaud. Em casos raros, a infecção pode levar à cegueira total e à enucleação ocular devido às sequelas de coroidite e endoftalmite, principalmente decorrentes de disseminação hematogênica. Estes últimos são mais frequentes em pessoas com HIV/aids.
- **Osteoarticulares:** osteomielite pode ocorrer por contiguidade das lesões cutâneas profundas ou por disseminação hematogênica.
- **Outras formas:** qualquer órgão pode ser envolvido, quando há disseminação hematogênica. As infecções pulmonares são raras e acometem, especialmente, pacientes com DPOC, alcoolistas e imunossuprimidos. Meningoencefalite crônica é a principal forma de acometimento do sistema nervoso central.

### 3.3 Fluxo de Atendimento

**Figura 2.** Fluxo de atendimento de pacientes suspeitos de esporotricose humana.



\*O diagnóstico da esporotricose humana, pode ser realizado por meio de parâmetros clínicos-epidemiológicos e/ou laboratoriais

\*\*As amostras devem ser cadastradas no GAL, devidamente identificada: nome completo, sítio da lesão e data da coleta

Para maiores informações, entrar em contato com o GT Micoses Endêmicas e Oportunistas, através do email: [micosessistemicas@saude.ce.gov.br](mailto:micosessistemicas@saude.ce.gov.br) / LACEN (85) 3101.1496 (Coordenação da Divisão de Biologia Médica) / (85) 99405-0548 (suporte GAL)

## **4. VIGILÂNCIA LABORATORIAL**

### **4.1 Diagnóstico Laboratorial da Esporotricose Humana**

A identificação de fungos do gênero *Sporothrix* pode ser realizada por meio de diferentes abordagens laboratoriais, como cultura, exames histopatológicos, técnicas de biologia molecular e estudos proteômicos. Apesar da variedade de recursos disponíveis, no âmbito da saúde pública, a cultura fúngica permanece como o método padrão-ouro e é o procedimento adotado de forma padrão pelo Laboratório Central do Estado (LACEN).

**Cultura:** O diagnóstico laboratorial da esporotricose tem na cultura seu principal método, sendo **considerado o padrão-ouro** para a confirmação da infecção. O procedimento envolve o isolamento do fungo *Sporothrix* spp. a partir de materiais clínicos diversos, como fragmentos de biópsia, secreções de lesões cutâneas e, mais raramente, líquor, sangue (hemocultura) ou secreções do trato respiratório inferior. O crescimento do microrganismo ocorre de forma eficiente em meios de cultura usuais, como Ágar Sabouraud com cloranfenicol e Ágar Sabouraud com cloranfenicol e cicloheximida. A identificação inicial do gênero baseia-se na análise morfológica das colônias e estruturas fúngicas ao microscópio. No entanto, a distinção entre espécies do complexo *Sporothrix* exige métodos moleculares, como PCR, para uma identificação precisa.

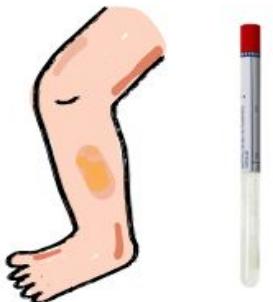
Os principais fatores limitantes na fase pré-analítica da cultura fúngica, que podem impactar a qualidade e o sucesso do diagnóstico, incluem: coleta inadequada da amostra, transporte inadequado, armazenamento incorreto, uso de antissépticos ou medicamentos tópicos antes da coleta, que podem reduzir a carga fúngica na amostra e falta de padronização no procedimento de coleta.

**Exame direto:** O exame micológico direto com hidróxido de potássio a 30% apresenta sensibilidade limitada para a detecção de *Sporothrix* spp., em razão da baixa carga fúngica geralmente observada em infecções humanas. Portanto, um resultado negativo neste exame não é suficiente para excluir o diagnóstico.

## 4.1 Coleta de Amostras - Esporotricose Humana Cutânea

### Coleta de Exsudatos

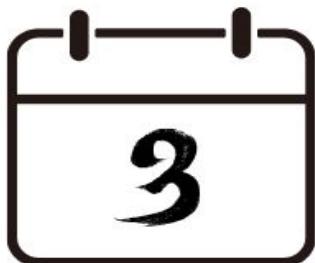
O uso de antifúngicos (tópicos e/ou sistêmicos) pode inviabilizar a cultura, portanto, é importante que a coleta seja realizada antes do uso de qualquer medicamento.



Realizar coleta da secreção com auxilio de swab stuart



Caso não seja possível enviar imediatamente, conservar de 4° a 8° até o envio ao LACEN



Não exceder o prazo máximo de envio ao LACEN  
(3 dias)



A amostra NUNCA deve ser congelada



O transporte deve ser realizado em caixa térmica com paredes rígidas

## Coleta de Biópsias



A biópsia deve ser realizada por um profissional habilitado



Após a coleta, a amostra deve ser imediatamente acondicionada em salina estéril



Caso não seja possível enviar imediatamente, conservar de 4° a 8° até o envio ao LACEN



A amostra NUNCA deve ser congelada



Não exceder o prazo máximo de envio ao LACEN (12 horas)



O transporte deve ser realizado em caixa térmica com paredes rígidas

## ESPOROTRICOSE HUMANA – LESÃO LINFOCUTÂNEA – ABSCESSOS QUE ESTEJAM DRENANDO ESPONTANEAMENTE



Fonte: ([https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0006434\\_g001](https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0006434_g001))



Nódulos com saída de material seropurulento, pápulo-pústulas no membro superior direito ao longo da cadeia linfática

Fonte:  
<https://telessauders.ufrgs.br/perguntas/qual-e-o-quadro-clinico-da-esporotricose>

<b>Tipo de Amostra</b>	<b>Coleta</b>	<b>Acondicionamento</b>	<b>Transporte</b>
Abscesso drenando espontaneamente (Linfocutâneo)	<p>Coleta da secreção purulenta com auxílio de swab e armazenamento em meio de transporte Stuart *</p> <p><b>Procedimento:</b> Realizar limpeza com solução salina e compressa de gaze e retirando possível crosta que possa contaminar a amostra de exsudato</p> <p>*Kit de coleta fornecido pelo LACEN - Via formulário eletrônico</p>	<p>Enviar ao Lacen preferencialmente <b>em até 24h</b></p> <p>Caso não seja possível: Armazenar de 4°C a 8°C, sob refrigeração (geladeira), por até no máximo 48 h.</p> <p><b>NUNCA CONGELAR!</b></p>	Refrigerado, com auxílio de baterias de gelo.

Fonte: Manual de coleta, acondicionamento e transporte do LACEN/CE, 2025

## CADASTRO NO SISTEMA GAL

- **Finalidade:** Investigação
- **Descrição:** Fungos
- **Doença/Agravio:** Micose
- **Detalhe do Agravio:** Investigação
- **Caso:** suspeito

## ESPOROTRICOSE HUMANA - LESÃO LINFOCUTÂNEA - ABSCESSO FECHADO



ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

NOME COMPLETO:  
DATA DA COLETA:  
HORA DA COLETA:  
LOCALIZAÇÃO DO ABSCESSO:

Frasco estéril com  
tampa de rosca

**Exsudato purulento, colhido por punção de abscesso cutâneo, na esporotricose humana.**

Fonte: <https://www.anaisdedermatologia.org.br/pt-esporotricose-humana-recomendacoes-da-sociedade-articulo-S2666275222002144>

### Coleta, Acondicionamento e Transporte

Tipo de Amostra	Coleta	Acondicionamento	Transporte
Abscesso fechado (Linfocutâneo)	Coleta por punção do abscesso profissional habilitado.  Material coletado deve ser transferido para frasco seco, estéril, com tampa de rosca, para evitar derramamento do exsudato.	Enviar ao Lacen preferencialmente <b>em até 24h</b>  Caso não seja possível: Armazenar de 4° C a 8°C, sob refrigeração (geladeira), por no máximo 48 h.  <b>NUNCA CONGELAR!</b>	Refrigerado, com auxílio de baterias de gelo.

Fonte: Manual de coleta, acondicionamento e transporte do LACEN/CE, 2025

### CADASTRO NO SISTEMA GAL

- **Finalidade:** Investigação
- **Descrição:** Fungos
- **Doença/Agravio:** Micose
- **Detalhe do Agravio:** Investigação
- **Caso:** Suspeito

## ESPOROTRICOSE HUMANA – EXTRACUTÂNEA

Para casos de esporotricose extracutânea, outros materiais biológicos podem ser coletados, como escarro, líquor, entre outros, de acordo com o quadro clínico e órgão afetado.

### Coleta, Acondicionamento e Transporte

<b>Amostra</b>	<b>Coleta</b>	<b>Acondicionamento</b>	<b>Transporte</b>
Líquor (LCR)	Antes do uso de antifúngicos. Coletar aproximadamente 1,0 mL	Tubo estéril em caixa refrigerada com paredes rígidas.	Envio em até 1 horas: temperatura ambiente. Envio em até 12 horas: caixa com gelo reciclável (2°-8°).
Escarro	Antes do uso de antifúngicos. Colher aproximadamente 5,0 mL da amostra pela manhã em jejum, após higiene bucal com água; forçar a tosse: inspirar profundamente, prender a respiração e liberar o ar por meio da tosse, depositando o escarro em frasco coletor estéril.	Pote plástico de boca larga com tampa de rosca em caixa refrigerada com paredes rígidas.	Envio em até 2 horas: temperatura ambiente. Envio em até 12 horas: caixa com gelo reciclável (2°-8°).
LBA e Aspirado Traqueal	Antes do uso de antifúngicos.	Coletador bronquinho em caixa refrigerada com paredes	Envio em até 2 horas: temperatura ambiente. Envio em até 12 horas: caixa com gelo reciclável (2°-8°).
Sangue	Antes do uso de antifúngicos. A unidade deve entrar em contato com o Lacen antes da coleta da amostra para solicitar o envio dos ágaras Sabouraud e Mycosel. Coletar 1-2 mL (crianças) ou 4-5mL (adultos) de amostra heparinizada (NÃO utilizar EDTA*). Inocular a amostra nos frascos dos ágaras meios de forma que cubra toda superfície do meio. Deixar os tubos em posição vertical, para que o sangue seja absorvido pelo meio.	Enviar já semeado nos meios citados em caixa refrigerada com paredes rígidas.	Envio em até 12 horas: temperatura ambiente
Secreção Ocular	Antes do uso de antifúngicos. A coleta deve ser realizada com o auxílio de um swab, que deve ser inserido no meio de transporte Stuart.	Enviar nos meios citado em caixa refrigerada com paredes rígidas.	Enviar ao Lacen preferencialmente e em até 3 dias. Caso não seja possível: Armazenar de 4° C a 8°C, sob refrigeração.

\*Kit de coleta fornecido pelo LACEN - Via formulário eletrônico

## **4.2 Envio de isolados fúngicos suspeitos ou confirmados**

### **Envio de Isolados Suspeitos**

Os isolados devem ser enviados em meio de cultura Sabouraud, com ou sem adição de cloranfenicol, conforme a rotina do laboratório de origem. É imprescindível que:

- O repique seja recente, preferencialmente com menos de 5 dias de crescimento, para assegurar a viabilidade e a pureza do microrganismo.
- O meio de cultura esteja em boas condições de conservação, sem sinais de contaminação, rachaduras, desidratação ou condensação.
- Os recipientes (tubos ou placas) estejam devidamente identificados, acompanhados de formulário de envio.

O não cumprimento desses critérios poderá comprometer a integridade do material e inviabilizar o processo de identificação micológica.

### **Envio de Isolados com Identificação Prévia**

Isolados fúngicos previamente identificados por laboratórios da rede também devem ser encaminhados ao LACEN, com o objetivo de realizar a **confirmação e validação da identificação micológica**. Essa etapa é essencial para:

- Garantir a **rastreabilidade dos dados laboratoriais**;
- Padronizar as informações nos sistemas oficiais;
- Subsidiar a **vigilância epidemiológica estadual e nacional**.

Ao receber esses isolados, o LACEN realizará nova identificação micológica utilizando metodologias padronizadas e atualizadas, conforme os protocolos vigentes. Os resultados serão registrados no GAL Ceará, possibilitando o monitoramento contínuo dos casos e o suporte às ações de controle de agravos de interesse em saúde pública.

## 4.3 Critérios de Rejeição das Amostras

Não serão aceitas amostras:

- Enviadas em frascos não estéreis;
- Sem solução salina estéril ou com qualquer outro líquido que não seja salina estéril;
- Contendo álcool, formol ou outras substâncias conservantes;
- Sem identificação, com tampa aberta ou congeladas;
- Sem cadastro no GAL ou com dados divergentes.

### Preenchimento de formulários para envio ao LACEN

A amostra deve ser acompanhada do formulário "Pesquisa para Fungos – Doença Invasiva/Avançada e Micose Subcutânea de Interesse em Saúde Pública" (FOR.549.008). Para acessá-lo, entre no **GAL**, vá até a aba "**GAL Notícias**", clique em "**Formulários**", depois no link do **Drive**, e acesse a pasta "**Micologia Clínica**".

**1**

Notícias do GAL  
Postado por: ANTONIO CARLOS DE LIMA FIRMINO (ADMIN GAL)  
09/10/2023 08:03:11 - Formulários  
Prezados, a fim de melhorar o acesso aos formulários específicos do LACEN, para visualizar os mesmos clique no link abaixo, organizados por pastas de acordo com o laboratório executor. Lembrando que estes devem acompanhar as amostras, e que os mesmos devem estar preenchidos em sua plenitude, para melhor rastreio e garantia da qualidade pré analítica.  
<https://drive.google.com/drive/folders/1AMwfZlhZ3MJGJ3MgnrjDIYi0-1mUnGy>  
Postado por: ANTONIO CARLOS DE LIMA FIRMINO (ADMIN GAL)

**2**

Carga Viral e CD4/CD8  
Micobacteriose  
**Micologia clínica**  
Microbiologia clínica  
MonkeyPox  
Virologia

**3**

Compartilhados comigo > Formulários para GAL > Micologia clínica >

Tipo Pessoas Modificado Fonte

Nome ↑ Proprietário

**PESQUISA PARA FUNGOS - DOENÇA INVASIVA/AVANÇADA E MICOSE SUBCUTÂNEA DE INTERESSE EM SAÚDE PÚBLICA**

**INFORMAÇÕES CLÍNICAS/ EPIDEMIOLÓGICAS:**

**GENERAL:** \_\_\_\_\_  
IDADE: \_\_\_\_\_  
PROFISSÃO: \_\_\_\_\_  
RESIDÊNCIA:  ÁREA URBANA  ÁREA RURAL  
FATORES ASSOCIADOS:  SIM  NÃO  
\* Se sim, qual?  
 HIV OU AIDS  USO DE MUNOSSUPRESSOR  
 GRAVEZES  TUBERCULOSE  
 DIABETES  TRANSPLANTE  
 PACIENTE ONCOLÓGICO  OUTROS \_\_\_\_\_  
 DISPOSITIVO INVASIVO

**FONTE SUSPEITA:**  
 TURISMO AMBIENTAL  CONSTRUÇÃO CIVIL  
 CAVERNA  SISTEMA PRISIONAL  
 EXCRETA DE MORCEGO  GALINHEIRO  
 EXCRETA DE AVES  CONTATO COM FELINOS  
 REMOÇÃO DE TERRA  OUTROS \_\_\_\_\_  
 CAÇA DE TATU

**USO DE ANTIFONGICO:**  SIM  NÃO  
Se sim, confira?  
Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

**MATERIAL A SER ANALISADO:**

AMOSTRA BIOLÓGICA:  
 LAVADO BRONCIAL VÍSCERAL  
 LAVADO TRAGUFARAL  
 LUSOTOMIA \_\_\_\_\_  
 SANGUE \_\_\_\_\_  
 (PNA) DE BIOPSIA PROFUNDA \_\_\_\_\_  
 ISOLADO \_\_\_\_\_

LAVADO DE PLEURA \* Local: \_\_\_\_\_  
 ESCREVAÇÕES \_\_\_\_\_  
 ISOLADO \_\_\_\_\_

**AMOSTRA NEXO DIRETA IMPRIMIDA:** \_\_\_\_\_  
MICRO DE CULTURA: \_\_\_\_\_  
TEMPO DE CULTIVO: \_\_\_\_\_  
TEMPERATURA DE INCUBAÇÃO: \_\_\_\_\_

\*FRAGMENTOS DE BIOPSIA - Anexar esse material isolado em embalagem seca, a quantidade deve ser suficiente para apenas destrar o material isolado sem sobrecarregar o fragmento na solução.

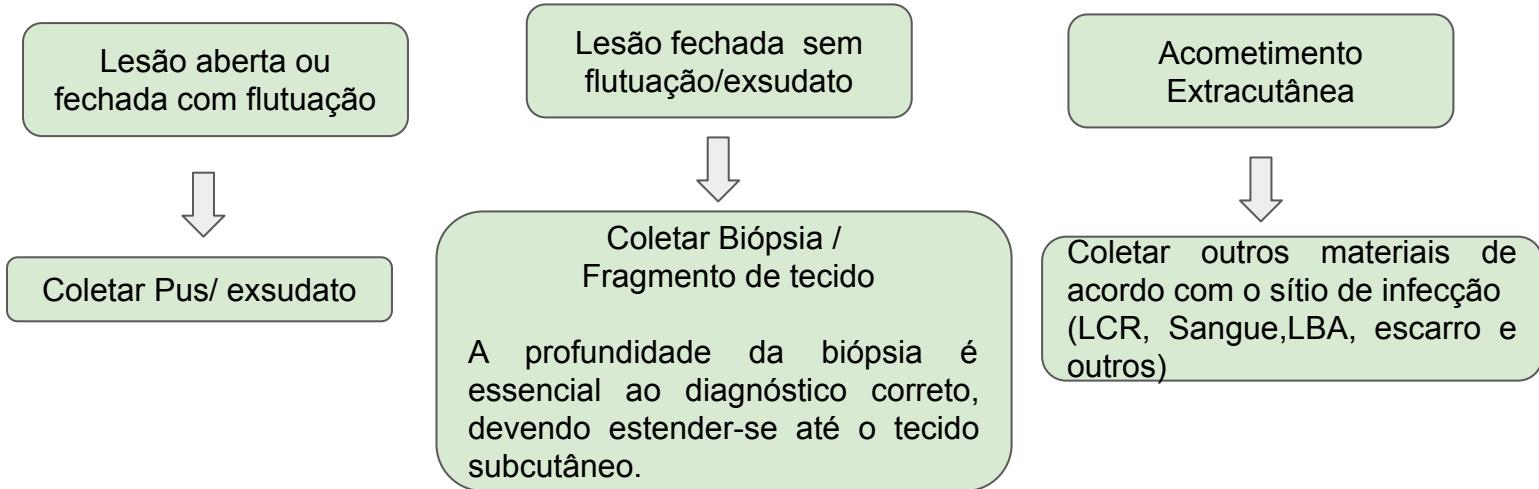
**COMO CASCASTRAR NO GAL:**  
Posterior à injeção:  
Ressecar \_\_\_\_\_  
Agrandise a incisão  
Casa (Injetável) \_\_\_\_\_  
Novo Amido \_\_\_\_\_ (com o material isolado e seco)  
Novo Fungida (Preparo de fungo) (existe seco e seco)

**AMOSTRAS SOROBOLIGAS CONTINUAM SENDO ENVIADAS PARA FICORIE - RJ**

Revisão 01 | 20/12/2023 | Página 1 de 2

Revisão 01 | 20/12/2023 | Página 2 de 2

## FLUXOGRAMA PARA O DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DA ESPOROTRICOSE



### Prazo para emissão dos resultados no Sistema GAL

**Lesões cutâneas:** Em até 10 dias

**Outros tipos:** De 10 a 30 dias, podendo variar de acordo com a espécie (material clínico)



Disponível:

<https://www.saude.ce.gov.br/lacen/>

## 4.4 Vigilância Laboratorial – Diagnóstico diferencial

Como outras micoses endêmicas, a esporotricose deve ser diferenciada de enfermidades de natureza infecciosa e não infecciosa. Além de, sempre que possível, ser comprovada por métodos microbiológico e ou histopatológico (Quadro 01).

**Quadro 1. Diagnóstico diferencial da esporotricose humana**

Causas Infecciosas	
<b>Viroses</b>	Herpes-zóster, herpes-zóster oftálmico
<b>Bacterioses</b>	Ectima, impetigo, celulite, tuberculose*, hanseníase, nocardiose, actinomicetoma, botriomicose, sífilis terciária, buba, micobacterioses**, tularemia, antraz, doença da arranhadura do gato (bartonelose), etc.
<b>Micoses</b>	<ul style="list-style-type: none"><li><b>Cutânea:</b> dermatofitose granulomatosa (granuloma de Majocchi), candidíase granulomatosa.</li><li><b>Implantação (subcutânea):</b> cromoblastomicose, micetomas, feo-hifomicose.</li><li><b>Sistêmicas:</b> Paracoccidioidomicose, histoplasmose, coccidioidomicose, criptococose, blastomicose, talaromicose (<i>Penicillium marneffei</i>), emergomicose, etc.</li></ul>
<b>Protozoozes</b>	Leishmaniose, rinosporidiose.
<b>Helmintoses</b>	Filariose (elefantíase), larva <i>migrans</i> cutânea.

### Doenças não infecciosas

Neoplasias\*\*\*, micose fungóide (linfoma cutâneo de células T), doença de Bowen, lúpus eritematoso, psoríase, sarcoidose, pé musgoso, podoconiose, etc.

\* Tuberculose cutânea com formas cutâneas da esporotricose e tuberculose pulmonar e do sistema nervoso central, com as formas extracutâneas

\*\* Outras micobactérias como *Mycobacterium marinum*, *M. avium intracellulare*, *M. kansasii*, *M. fortuitum*, *M. favescens*, *haemophilum*, *M. abscessus*, e outras.

\*\*\* Principalmente carcinoma de células escamosas

## 4.5 Solicitação de Material para Coleta - LESÃO LINFOCUTÂNEA

### Solicitação de kits de coleta - LACEN/CE

B I U ↲ ✖

Este formulário se destina ao melhor controle de solicitação e distribuição dos kits disponibilizados pelo LACEN, para Rede SUS do Ceará.

#### FORMULÁRIO ELETRÔNICO

<https://docs.google.com/forms/d/1NE38UUcmPsStbIRTuiVz-03jZFI22qVseBog4tJsSaM/edit>



#### KIT: Swab para coleta com meio Stuart estéril

O LACEN, disponibiliza o kit para as unidades (UBS/UPAS/Hospitais), que não possuem o meio STUART disponível. O referido kit só é fornecido diante de casos suspeitos e não fornecemos para estoque nas unidades. O LACEN NÃO fornece o frasco estéril para coleta de biópsia/exsudato.

O kit é disponibilizado via FORMULÁRIO ELETRÔNICO.

## 5. TRATAMENTO

A primeira opção de tratamento para esporotricose humana, especialmente nas formas cutâneas, é o itraconazol por via oral. O itraconazol é considerado o tratamento de escolha devido à sua eficácia, perfil de segurança e facilidade de administração.

Para adultos imunocompetentes, recomenda-se itraconazol na dose de 100-200 mg diárias em tomada única após as refeições, acompanhada de suco cítrico, por 3 a 6 meses, dependendo da resposta clínica e da gravidade da infecção. Em casos excepcionais onde adultos ou crianças não conseguem deglutiir o itraconazol em cápsulas, estas podem ser abertas e dissolvidas em sucos cítricos ou xarope para realização do tratamento. O itraconazol apresenta diversas interações medicamentosas, com várias classes de medicamentos, devendo ser cuidadosamente avaliadas antes do início do tratamento. Alguns exemplos estão listados no quadro 2.

**Quadro 2. Principais interações medicamentosas com o itraconazol**

Medicamento	Efeito da interação com o itraconazol
Amitriptilina	*Aumenta o intervalo QT; evitar associação
Varfarina	Aumenta níveis de varfarina; evitar associação
Bloqueador de canal de cálcio	Aumenta níveis de bloqueador de canal de cálcio
Antiácidos, sucralfato, antagonistas dos receptores de histamina H2	Diminuem a absorção do itraconazol
Inibidores de bomba de prótons	Diminuem a absorção do itraconazol
Carbamazepina	Aumenta níveis de carbamazepina e diminui níveis de itraconazol
Sinvastatina e atorvastatina	Aumentam níveis da estatina, com risco de rabdomiólise
Fenitoína	Diminui níveis de itraconazol
Antirretrovirais	**Diminuem nível sérico de itraconazol

Fonte: Dathi/SVSA/MS.

\* O aumento do intervalo QT ocorre quando o coração demora mais que o normal para recarregar entre os batimentos, resultado de um ritmo cardíaco anormal e potencialmente fatal. \*\* Principalmente efavirenz, ritonavir e darunavir.

Efeitos adversos comuns incluem céfaleia, epigástralgia e diarreia, geralmente autolimitados e bem tolerados. Outras opções de tratamento incluem terbinafina, iodeto de potássio, posaconazol e anfotericina B, mas sua utilização depende de avaliação por especialista.

## 6. NOTIFICAÇÃO

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS Nº 6.734 de 18 de março de 2025, incluiu a esporotricose humana 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. O registro da notificação de esporotricose humana deve ser realizado na “Ficha De Notificação/Conclusão” e digitada no SinanNet com a CID 10 - B42.9. Preencher todos os campos da ficha, no campo observações descrever melhor o caso e os fatores de exposição.

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 <input type="checkbox"/> 2 - Individual	2 Agravo/doença	Código (CID10)	
		3 Data da Notificação	4 UF	5 Município de Notificação	
		6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	
Notificação Individual		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 I - Ignorado	12 Gestante 1 - Gravidez 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Adubo gestacional / Ignorado 5 - Não se aplica	
		13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Indígena 9 - Ignorado	14 Escolaridade 0-Afazendo - 1-4º série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4º série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5º a 8º série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 4-Escolar fundamental completo (antigo primário ou 1º grau) 5-Escolar médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Escolar 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)	
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	42 Data do Óbito	43 Data do Encerramento 9 - Ignorado
Informações complementares e observações					
Observações adicionais					
Investigador	Município/Unidade de Saúde Nome	Função	Cód. da Unid. de Saúde	Assinatura	SVS 27/09/2005
	Notificação/conclusão	Sinan NET			

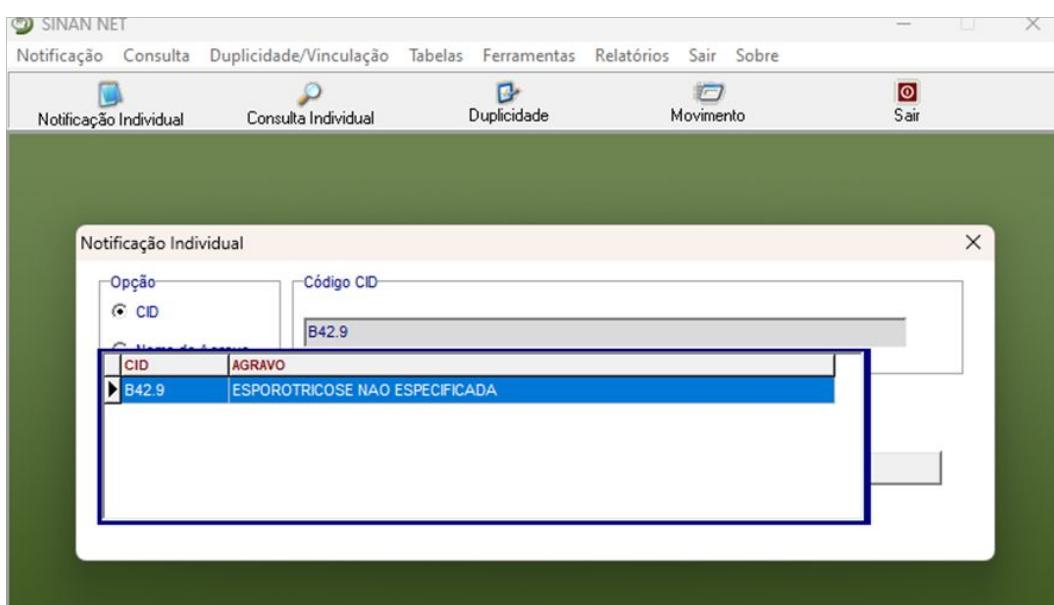
**Apenas os casos confirmados devem ser notificados no SINAN NET**

Para mais informações, entrar em contato com o GT Micoses Endêmicas e Oportunistas, através do e-mail: micosessistemicas@saude.ce.gov.br

## 7. HABILITAÇÃO DA NOTIFICAÇÃO DO SINAN NET

### Inclusão da notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN: Agravos Esporotricose não especificada – CID: B42.9

Para habilitar o agravos esporotricose humana no SINAN Net é necessário receber o arquivo Tabelas01042025.sisnet na máquina onde o SINAN Net está instalado. Esse arquivo irá inserir esse agravos no sistema local e possibilitará a notificação e visualização das informações no banco de notificação individual. Esse arquivo foi enviado anteriormente para todas as vigilâncias das COADS por email e deve ser recebido em todas as instalações locais.



Para mais informações, entrar em contato com o GT Sistemas de Informações, através do e-mail: [cerem@saude.ce.gov.br](mailto:cerem@saude.ce.gov.br)

## **8. REFERÊNCIAS**

**Brasil. Ministério da Saúde.** Guia de Vigilância em Saúde – volume único. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>

**Brasil. Ministério da Saúde.** Micoses Endêmicas – *Situação Epidemiológica*. 2024. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/m/micoses-endemicas/situacao-epidemiologica>

**Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).** Doenças fúngicas negligenciadas nas Américas: situação atual e resposta das Américas. Brasília: OPAS, 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos>

**Costa, M. C. C. et al.** Aspectos clínicos e epidemiológicos das micoses sistêmicas no Brasil: uma revisão narrativa. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 53, e20200071, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt>

**Brasil. Ministério da Saúde.** Situação epidemiológica das micoses endêmicas. Portal Gov.br Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/m/micoses-endemicas> Acesso em: 20 de maio de 2025.

**BRASIL. Ministério da Saúde.** Micoses endêmicas: sintomas, prevenção, tratamento e situação epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/m/micoses-endemicas>. Acesso em: 20 maio 2025.

**Esporotricose humana: recomendações da Sociedade Brasileira de Dermatologia para o manejo clínico, diagnóstico e terapêutico, 2022** Disponível em: <https://www.anaisdedermatologia.org.br/pt-esporotricose-humana-recomendacoes-da-sociedad-e-articulo-S2666275222002144>



**CEARÁ**  
GOVERNO DO ESTADO  
SECRETARIA DA SAÚDE