

**NOTA TÉCNICA CONJUNTA
DVE/COVISA/CAB n° 02/2022**

**Vigilância e Assistência de casos suspeitos,
prováveis e confirmados de Toxoplasmose
Gestacional e Congênita em gestantes,
puérperas e recém-nascidos, do Município
de São Paulo.**

Publicada em: 31 de agosto de 2022

Atualizada em: 04 de janeiro de 2023

Prefeitura do Município de São Paulo

Secretaria Municipal da Saúde

Secretaria Executiva de Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde

Coordenadoria de Vigilância em Saúde - COVISA

Coordenadoria de Atenção Básica - CAB



**CIDADE DE
SÃO PAULO
SAÚDE**

Nota Técnica Conjunta DVE/COVISA/CAB nº 02 - 2022

Secretaria Municipal da Saúde

Coordenadoria de Vigilância em Saúde - COVISA

Divisão de Vigilância Epidemiológica (DVE)

Núcleo de Doenças Transmitidas por Vetores e outras Zoonoses (NDTVZ)

Coordenadoria da Atenção Básica

Divisão de Ciclos de Vida

Atenção Saúde da Mulher/Atenção Saúde da Criança e do Adolescente



Nota Técnica Conjunta DVE/COVISA/CAB nº 02 - 2022

INDICE

1 – Introdução	4
COMPONENTE ASSISTÊNCIA DA SAÚDE DA MULHER E SAÚDE DA CRIANÇA	
2- Gestante com Toxoplasmose Gestacional e ao Recém Nascido suspeito ou confirmado de Toxoplasmose Congênita	7
2.1 - Conduta para a identificação e tratamento precoce de gestante com toxoplasmose gestacional....	9
2.1.1- Tratamento Indicado das Gestantes de acordo com a Interpretação dos resultados sorológicos	
2.1.2 - Tratamento indicado das gestantes segundo interpretação dos resultados sorológico	12
2.1.3 - Medidas de prevenção e Controle de toxoplasmose durante a gestação.....	13
3 - Conduta para Identificação e tratamento do Recém-Nascido com Toxoplasmose Congênita	14
3.1. - Tratamento do Recém-Nascido com Toxoplasmose Congênita	14
3.2 - Acompanhamento do Recém Nascido com Toxoplasmose Congênita.....	16
COMPONENTE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	
4- Dispensação de medicamentos para casos de toxoplasmose com indicação de tratamento	18
COMPONENTE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E NOTIFICAÇÃO	
5- Vigilância Epidemiológica de casos de Toxoplasmose Gestacional e Congênito	18
5.1- Toxoplasmose Gestacional (CID 10 O98.6) – Doenças causadas por Protozoários complicando a Gravidez, o Parto e o Puerpério	21
5.2- Toxoplasmose Congênita - CID 10 P37.1.....	24
5.3- Investigação Epidemiológica	27
ANEXOS	
Anexo 1 – Identificação, Interpretação e Condutas para Gestantes suspeitas, prováveis e confirmadas por infecção de <i>T. gondii</i>	28
Anexo 2 – Fluxograma1 Interpretação das sorologias IgG e IgM para Toxoplasmose Gestacional.....	30
Anexo 3 - Ficha de Notificação e Conclusão	31
Anexo 4 – Orientação – obrigatoriedade da notificação de casos de toxoplasmose com indicação de tratamento para dispensação de medicamento ao paciente da rede municipal de saúde.....	32
Anexo 5 – Fluxograma Toxoplasmose em Gestantes.....	4X
Anexo 6 - Fluxograma Toxoplasmose Congênita.....	4X
BIBLIOGRAFIA	

Nota Técnica Conjunta DVE/COVISA/CAB nº 02 - 2022

1. PROTOCOLO PARA VIGILÂNCIA E ASSISTÊNCIA DE CASOS SUSPEITOS, PROVÁVEIS E CONFIRMADOS DE TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA EM GESTANTES, PUERPÉRIAS E RECÉM-NASCIDOS

1.1 INTRODUÇÃO

A toxoplasmose é uma antroponose cosmopolita de distribuição mundial, causada pelo *Toxoplasma gondii*, encontrada principalmente nos países tropicais. Apresenta especial relevância para a saúde pública quando a mulher se infecta durante a gestação, tendo em vista o elevado risco de transmissão vertical (via transplacentária) com acometimento fetal. Seu quadro clínico é variado, variando de infecções assintomáticas a manifestações sistêmicas extremamente graves.

1.2 Agente Etiológico

O *T. gondii* é um protozoário coccídeo intracelular, da família Sarcocystidae e classe Sporozoa. Foi descoberto em 1908, por Nicolle & Manceaux, no roedor do norte da África, porém quase ao mesmo tempo Splendore descobriu o parasito em coelho no Brasil (REY, 2008). Devido sua morfologia arqueada, o *T. gondii* recebeu o nome toxoplasma que vem do grego toxo (arco) e plasma (molde), sendo a palavra gondii referente ao roedor.

1.3 Transmissão

Fatores antropogênicos explicam parte das variações na soroprevalência humana: hábitos alimentares (grau de cozimento das carnes, lavagem das mãos, tipo de carne ou vegetais consumidos, higienização dos vegetais, etc.); situação sócio econômica ou cultural; qualidade da água; cobertura de saneamento e outros. A transmissão em humanos ocorre pela:

- ingestão de alimentos/água com oocistos eliminados nas fezes de gatos/felídeos;
- ingestão de carne crua/malcozida com cistos, especialmente carne de porco e carneiro;
- transmissão transplacentária de taquizoitos, da gestante para feto;
- ingestão de leite/derivados não pasteurizados com taquizoitos (leite humano não transmite).

Os felídeos são os únicos animais em que o protozoário pode completar o seu ciclo, sendo **hospedeiros definitivos do parasito**. O gato contrai a infecção ao comer carnes cruas, ratos ou pássaros contaminados. O homem, cão, aves domésticas e outros animais são **hospedeiros intermediários**. É importante destacar que o contato direto com gatos ou suas ninhadas não é considerado o fator de risco principal. **No homem, a principal via de transmissão é oral por ingestão do oocisto. Esta ocorre pela falta de higienização adequada após atividades ocupacionais ou jardinagem, bem como, ingestão de água contaminada ou verduras e legumes não higienizados.** A transmissão direta entre pessoas não ocorre, porém é possível ocorrer transmissão transplacentária, por meio da transfusão de sangue e transplante de órgãos. Outros animais se infectam alimentando-se de pastagens contaminadas pelas fezes.

Nota Técnica Conjunta DVE/COVISA/CAB nº 02 - 2022

No intestino delgado dos felinos há produção de oocistos por reprodução sexuada. Os oocistos quando liberados no solo pelas fezes, **necessitam de 1 a 5 dias, em condição ideais de temperatura e umidade, para esporularem**, ou seja, **tornarem-se infectantes. O oocisto esporulado é bastante resistente**, podendo permanecer na água e em solos úmidos por até 18 meses. No **hospedeiro intermediário**, os esporozoítos (provenientes da ingestão de oocistos esporulados) contendo e os bradizoítos (provenientes da ingestão de cistos teciduais) invadem as células nucleadas e transformam-se em taquizoítos; no sistema digestório sofrem intensa multiplicação intracelular dando origem a novos taquizoítos (fase aguda da doença). **Os taquizoítos se espalham por vários tecidos, com predileção pela musculatura esquelética, globo ocular, sistema nervoso e placenta.** Porém quando o indivíduo começa a desenvolver imunidade, há transformação dos taquizoítos em bradizoítos, divisão mais lenta e formação cistos teciduais. O hospedeiro pode se tornar imunocompetente, mas também pode ocorrer manifestações da doença e até mesmo a morte de hospedeiro. Em gestantes há uma série de complicações para o feto ou recém nascidos e ocorrência de abortos.

1.4 Período de Incubação

O período de incubação varia de **10 a 23 dias após a ingestão de carne contaminada** e de **5 a 20 dias, após ingestão de oocistos de fezes de gatos.**

(MEIRELES et al., 2015; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2020)

COMPONENTE ASSISTÊNCIA DA SAÚDE DA MULHER E SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.

2 - ASSISTÊNCIA A GESTANTE COM TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E AO RECÉM NASCIDO SUSPEITO OU CONFIRMADO DE TOXOPLASMOSE CONGÊNITA

Mulheres suscetíveis (IgG e IgM negativos), em idade reprodutiva, representam entre 20 a 50% da população e há risco de se infectarem durante a gestação. A toxoplasmose em RN é importante causa mundial de morbidade/mortalidade infantil, sendo problema de saúde pública. A toxoplasmose congênita afeta 0,5% a 2,5% dos nascimentos e é frequente a ausência de manifestação clínica que permita suspeitar da doença. A transmissão se dá por via transplacentária e o risco de transmissão materno-fetal aumenta com o avançar da gestação. O grau de comprometimento da criança está relacionado com a idade gestacional na qual ocorre a infecção. Não há transmissão pelo leite humano.

O rastreamento sorológico de anticorpos anti *T. gondii* no pré-natal, **a cada trimestre de gestação, é imprescindível para todas as gestantes suscetíveis.** Por meio desse rastreamento é possível identificar infecção aguda e instituir o tratamento precocemente. Em maternidades que não realizam a Triagem Neonatal (teste do pezinho ampliado) para Toxoplasmose deve-se solicitar a sorologia da mãe e RN nos casos sem pré-natal ou sem testes na gestação.

Ao identificar gestante com resultados sorológicos, no Sistema de Laboratório – Matrix¹, que sugerem infecção por *T. gondii*, **a unidade de atendimento** deve verificar: (1) a **idade gestacional (IG)** no momento da coleta do exame; (2) iniciar o tratamento preconizado; e (3) **notificar o caso e comunicar** a Unidade de Vigilância em Saúde (UVIS) do seu território, conforme item 2.1 do presente documento. Outra

Nota Técnica Conjunta DVE/COVISA/CAB nº 02 - 2022

via de detecção de casos é por meio da busca ativa laboratorial, na qual a UVIS recebe os resultados sorológicos das unidades de saúde e verifica se as gestantes com resultados sorológicos que sugerem toxoplasmose estão notificadas no SINANNET. Caso a notificação não seja localizada, a UVIS solicita à unidade de atendimento a notificação.

Cabe ressaltar que o diagnóstico diferencial deve ser realizado para os patógenos mais frequentemente relacionados às infecções intrauterinas (**STORCH**): bactéria *Treponema pallidum* que causa a sífilis (S), o protozoário *Toxoplasma gondii* que causa a toxoplasmose (TO) e os vírus rubéola (R), citomegalovírus (C), vírus herpes simplex (H). Outras possibilidades são: mononucleose infecciosa, listeriose, hepatites virais, fase aguda da infecção por HIV, enterovirose, tuberculose ganglionar, doença de Hodgkin e linfomas.

A maioria dos RN infectados não apresenta sinais clínicos evidentes ao nascer. No entanto, uma avaliação mais detalhada pode mostrar sinais como restrição do crescimento intrauterino, prematuridade, anormalidades líquóricas e cicatrizes de retinocoroidite. Quando presentes, as manifestações clínicas podem ser encontradas no período neonatal ou ao longo dos primeiros meses de vida, podendo também surgir sequelas da doença, previamente não diagnosticada, apenas na adolescência ou na idade adulta. As triagens pré-natal e neonatal podem ser utilizadas simultaneamente, de forma complementar e, nesse caso, permitem a identificação de quase todas as crianças infectadas. Ao identificar RN com resultado positivo para toxoplasmose, pelo Teste do Pezinho Ampliado, o Instituto João Clemente - IJC informa **a unidade de saúde. A UBS deve notificar** a vigilância epidemiológica (VE) da Unidade de Vigilância em Saúde (UVIS), do seu território. Outras formas de rastrear os RN, consultar o IAL – Instituto Adolfo Lutz e laboratórios credenciados.

2.1 CONDOTA PARA IDENTIFICAÇÃO E TRATAMENTO PRECOCE DE GESTANTE COM TOXOPLASMOSE GESTACIONAL

A conduta para identificação de gestantes com toxoplasmose gestacional deve ser realizada para iniciar o tratamento o mais precocemente possível, na confirmação sorológica, e assim evitar ou reduzir as transmissões verticais ou possíveis danos ao feto infectado, (Quadro1 - anexo1).

Abaixo o fluxograma de orientação para o rastreio pré-natal e o monitoramento das sorologias, IgG e IgM para infecção por *T. Gondii* (fluxograma 1).

Fluxograma1. Interpretação das sorologias IgG e IgM para Toxoplasmose Gestacional

RASTREIO PRÉ-NATAL: SOROLOGIA (ELISA IgG E IgM) PARA <i>T. gondii</i>			
Interpretação Sorológica			
IgG (-) IgM (-)	IgG (+) IgM (-)	IgG (-) IgM (+)	IgG (+) IgM (+)
<i>Gestante Suscetível</i>	<i>Infecção Progredida "imune"</i>	<i>Infecção aguda? Falso Positivo IgM?</i>	<i>Infecção aguda? Infecção recente?</i>
<i>Medidas Preventivas</i>	<i>Há pelo menos 6 meses</i>		
<i>Repetição Sorologia: Mensal ou Trimestral</i>	<i>Medidas Preventivas</i>		

Fonte: NT n 14/2020 – COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS – OFÍCIO Nº43/2020/CGZV/DEIDT/SVS/MS

2.1.1 IDENTIFICAÇÃO DAS GESTANTES DE ACORDO COM A INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS SOROLÓGICOS

➤ **IgG e IgM não reagentes:**

Gestantes suscetíveis:

- orientação quanto ao risco de adquirir infecção aguda na gestação;
- medidas higienodietéticas;
- devem repetir a sorologia, idealmente, todos os meses ou, no máximo, com intervalo de dois meses para detectar precocemente uma soroconversão;

➤ **IgG reagente e IgM não reagente:**

Gestantes compatível com infecção pregressa adquirida há, pelo menos, seis meses:

- **Não é recomendado repetir a sorologia para toxoplasmose**
- Manter as orientações higiênicas e dietéticas;
- Sorologia realizada tardiamente na gestação, não exclui uma infecção aguda ocorrida no início;

➤ **IgM reagente, independente do resultado do IgG**

Gestante com infecção aguda

- Iniciar tratamento;

➤ **IgM reagente ou indeterminado e IgG não reagente**

- Iniciar o tratamento com espiramicina;
- Repetir a sorologia em duas a três semanas, se a **repetição da sorologia mantiver IgG não reagente**, então trata-se de **falso positivo de IgM**, neste caso **recomenda-se suspender a espiramicina** e conduzir a **gestante** como **suscetível**;
- Se na repetição da sorologia **positivar o IgG**, **confirma** a infecção aguda materna por *T. gondii*;

Nota Técnica Conjunta DVE/COVISA/CAB n° 02 - 2022

- Mantém a espiramicina ou esquema tríplice, de acordo com a idade gestacional;

➤ IgM e IgG reagentes

Gestantes com infecção aguda

- Iniciar o tratamento imediatamente;
- IG menor ou igual 16 semanas: espiramicina e teste de avides da **mesma amostra**, se possível;

❖ ALTA AVIDEZ + IG abaixo de 16ª semana:

- ✓ descarta infecção tenha ocorrido na gestação em curso e suspende a espiramicina;
- ✓ mantém a gestante no serviço de referência em gestação de alto risco;
- ✓

❖ AVIDEZ BAIXA ou INTERMEDIÁRIA:

- ✓ GESTANTE com infecção aguda
- ✓ Mantém a espiramicina e encaminha para o serviço de referência em gestação de alto risco;
- ✓

❖ AVIDEZ EM IG maior de 16ª semanas:

- ✓ o resultado de avides não modifica a conduta;
- ✓ **GESTANTE com infecção aguda;**

OBS: Para **gestantes com infecção aguda** é necessário realizar o **PCR em tempo real no líquido amniótico**, que pode ser feito a partir da **18ª semana de gestação**.

Todos os casos suspeitos, prováveis e confirmados devem ser notificados

Nota Técnica Conjunta DVE/COVISA/CAB nº 02 - 2022

2.1.2 TRATAMENTO INDICADO DAS GESTANTES DE ACORDO COM A INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS SOROLÓGICOS

As drogas de escolha para o tratamento da gestante são **espiramicina (E)**, **pirimetamina (P)**, **sulfadiazina(S)** e **o folinato de cálcio (ácido folínico – AF)**. Nas infecções ocorridas no **1º trimestre utiliza-se a espiramicina**, que atua contra o parasito, não atravessa a barreira placentária e é bem tolerada. A **associação de sulfadiazina (SD), pirimetamina (P) e o folinato de cálcio (ácido folínico – AF)**, é **utilizada em gestantes com diagnóstico a partir de 18 semanas ou 2º trimestre de gravidez**.

Em situações de indisponibilidade dos medicamentos de primeira escolha, é recomendada utilização das drogas / esquema de 3ª escolha Sulfametoxazol 800mg associado ao trimetoprima 160mg e à Espiramicina 500mg, conforme avaliação médica (Quadro 2).

Quadro 2 - Tratamento indicado e critério de cura para toxoplasmose gestacional segundo a idade gestacional.

(IG) IDADE GESTACIONAL	TRATAMENTO (1ª ESCOLHA)	TRATAMENTO (2ª ESCOLHA)	TRATAMENTO (3ª ESCOLHA)	TRATAMENTO (4ª ESCOLHA)	CRITÉRIO DE CURA
TRATAMENTO MATERNO (indicado quando a sorologia é reagente, até 16ª semana de gestação) INFECÇÃO AGUDA	Espiramicina 500mg 2 comprimidos de 8/8 horas	Outras drogas foram estudadas para uso no 1º trimestre da gestação. A AZITROMICINA, embora possa ser utilizada no 1º trimestre, não foi avaliada para toxoplasmose	NÃO DISPONÍVEL	NÃO DISPONÍVEL	NEGATIVAÇÃO DA SOROLOGIA
TRATAMENTO FETAL (indicação para gestantes com idade superior a 16ª semana de gestação)	Sulfadiazina 500mg (2 comprimidos de 8/8 horas) + Pirimetamina 25 mg 2 comprimidos ao dia + Folinato de Cálcio 15 mg 1 comprimido ao dia, durante todo o período de uso da pirimetamina até uma semana após sua interrupção (monitorar com hemograma)	FANSIDAR (Sulfadoxina 500mg + pirimetamina 25 mg + Folinato de Cálcio) Dose do FANSIDAR : (2 comprimidos por semana) (PEYRON, 2019)	Sulfametoxazol 400 mg + Trimetoprim 80mg (2 comprimidos de 12/12horas) Ou apresentação reforçada Sulfametoxazol 800 mg + Trimetoprim 160mg (1 comprimidos de 12/12horas) e Espiramicina 500 mg (2 comprimidos de 8/8 horas) (VALENTINI, 2015)	AZITROMICINA (250MG/DIA) + Pirimetamina 25 mg (50 mg/dia) + Folinato de Cálcio (PEYRON, 2019)	NEGATIVAÇÃO DA SOROLOGIA

Fonte: Nota Técnica nº 446/2020 do Ministério da Saúde

Nota Técnica Conjunta DVE/COVISA/CAB nº 02 - 2022

Atenção! É importante que a gestante não interrompa o tratamento e caso ocorram efeitos adversos, o médico poderá solicitar a troca do esquema terapêutico.

2.1.3 MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA TOXOPLASMOSE NA GESTAÇÃO

As orientações devem ser fornecidas às gestantes na primeira consulta de pré-natal

- ✓ Não ingerir carnes cruas, malpassadas ou malcozidas (restaurantes, açougues, feiras, etc);
- ✓ A maioria das carnes devem ficar congeladas antes do consumo por 3 dias, a 15º negativos;
- ✓ Após manusear a carne crua, lavar bem as mãos, toda superfície que entrou em contato com o alimento e todos utensílios utilizados;
- ✓ Lavar bem frutas, legumes e verduras com água filtrada antes de consumir;
- ✓ Não consumir leite e seus derivados crus (não pasteurizados);
- ✓ Verificar as possíveis fontes de consumo e a procedência (estabelecimentos) dos alimentos e de água que possam ser transmissoras da infecção, bem como o manuseio ambiental.
- ✓ Evitar o contato com tanques de areia.
- ✓ Usar luvas ao realizar jardinagem e após lavar bem as mãos. Gestantes devem evitar essa atividade;
- ✓ Grávidas tutoras de felinos devem evitar que as fezes nas caixas de areia permaneçam por mais de 1 dia;
- ✓ Consumir água potável, filtrada ou mineral. Manter os reservatórios bem fechados, caixa de água tampada e se a água não for tratada, deve ser fervida antes do consumo;
- ✓ Alimentar os gatos com carne cozida ou ração, não deixando que estes ingiram sua caça; a caixa de areia com dejetos deve ser renovada a cada 3 dias e colocada no sol com frequência; evitar contato com lixo que tem presença de fezes de gato.

3. CONDOTA PARA IDENTIFICAÇÃO E TRATAMENTO DO RECÉM-NASCIDO COM TOXOPLASMOSE CONGÊNITA

A conduta ao RN depende da confirmação do caso de infecção materna na gestação (quadro 1 – anexo1) ou se tiver o resultado confirmado pelo Teste do Pezinho Ampliado.

Os RN de mães **com infecção agudam** pelo *T. gondii*, sejam assintomáticos ou sintomáticos devem iniciar o tratamento logo na primeira semana de vida, assim que o serviço de saúde receber os exames confirmatórios (Quadro 3).

Quadro 3 - Condutas para recém-nascido ou lactente de mãe com infecção por *T. gondii* na gestação segundo resultados sorológicos.

RESULTADO SOROLÓGICOS MATERNOS	INTERPRETAÇÃO SOROLOGIA	CONDUTAS RN/UBS
IgG reagente e IgM não reagente	Repetir a sorologia do RN com 1 e 2 meses.	Medidas profiláticas
IgG e IgM reagentes. Detecção do DNA no líquido amniótico. IgG não reagente e IgM reagente	RN Infectado	Iniciar o tratamento. Notificação e Digitação do caso no SINAN. Encaminhar o RN para o pediatra/médico da UBS e os profissionais especializados para o acompanhamento
IgG e IgM não reagentes (gestantes susceptíveis) repete a sorologia IgG e IgM no 2º e 3º trimestre	IgG e IgM reagentes ou IgM não reagentes RN INFECTADO (iniciar o tratamento)	
	IgG reagente e IgM não reagente	suspender o tratamento

Fonte: Adaptado do protocolo “Toxoplasmose na Gestação-Saúde da Mulher/SMS, 2020

3.1 TRATAMENTO DO RECÉM-NASCIDO COM TOXOPLASMOSE CONGÊNITA

Iniciar tratamento para os RN nas seguintes situações:

- RN com exames confirmatórios positivos após realização do Teste do Pezinho Ampliado (a UBS será informada pelo Instituto Jô Clemente – IJC);

Nota Técnica Conjunta DVE/COVISA/CAB n° 02 - 2022

- RN com retinocoroidite ou hidrocefalia ou calcificação cerebral (ou associações entre os sinais) com IgG reagente (afastadas outras infecções congênicas como citomegalovírus, herpes simples, rubéola, sífilis, arboviroses) e mãe com toxoplasmose confirmada na gestação;
- Resultados de anticorpos IgM e IgG anti – *T. gondii* reagente;
- RN ou lactente menor que seis meses com clínica compatível para toxoplasmose e IgG reagente;
- RN ou lactente menor que seis meses com exames de imagem fetal ou pós parto compatível com toxoplasmose e IgG anti – *T. gondii* reagente;

Os medicamentos de escolha são: **sulfadiazina, pirimetamina e folinato de cálcio (ácido folínico)**. Nos casos confirmados, o tratamento deve se estender até um ano de idade. Nas situações de comprometimento ocular, do Sistema Nervoso Central (SNC), e associação com o HIV, o médico indicará o tratamento adequado.

Quadro 4 – Tratamento de recém-nascido com toxoplasmose congênita

TRATAMENTO - duração de 1 ano			
Via Oral	6 meses iniciais	6 meses finais	Observações
Pirimetamina 25mg	Primeiros 2 dias: 2mg/kg/dia 12/12horas Posteriormente: 1mg/kg/dia, dose única diária	1mg/kg/dia em dias alternados (3 vezes por semana)	Se leucócitos < 500/mm ³ , interrompe-se a pirimetamina temporariamente
Sulfadiazina 500mg	100mg/kg/dia 12/12horas	100mg/kg/dia 12/12horas	
Folinato de cálcio (ácido folínico) 15 mg	5 a 10mg (3 vezes por semana). Manter por uma semana após retirada da pirimetamina.		Se neutropenia aumenta-se o ácido folínico para 10mg diariamente
Prednisona: somente se comprometimento ocular e/ou do SNC (proteína > 1g/dl no líquido)	0,5mg/kg/dose 12/12horas até redução do processo inflamatório (geralmente por 4 semanas)		

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2020.

Nota Técnica Conjunta DVE/COVISA/CAB nº 02 - 2022

Atenção! Recomenda-se que crianças com HIV e infecção congênita por toxoplasmose, ao término do primeiro ano de tratamento, **façam uso profilático de pirimetamina, sulfadiazina e Folinato de cálcio (ácido folínico) por tempo indeterminado.**

Quadro 5 – Monitoramento do tratamento do recém-nascido com toxoplasmose congênita

Monitoramento do Tratamento Farmacológico				
Tempo de Tratamento	3º dia	1º Semana	1º Mês	2º ao 12º Mês
<i>Exames a serem solicitados</i>	<i>HMG, Tempo de Protrombina</i>	<i>HMG, Tempo de Protrombina, TGO, TGP, Ureia, Creatinina</i>	<i>HMG semanal</i>	<i>HMG mensal</i>

3.2 ACOMPANHAMENTO DO RECÉM NASCIDO COM TOXOPLASMOSE CONGÊNITA

3.2.1 Na Maternidade

Deve ser realizada a Notificação Compulsória da Toxoplasmose congênita e a solicitação de exames complementares para o RN:

- Hemograma, perfil hepático (TGO e TGP), perfil renal (Uréia e Creatinina)
- Ultrassonografia de crânio (transfontanela)
- Raio-X de crânio
- Raio-X de tórax
- Ecocardiograma
- Estudo do Líquor (citologia, bioquímica e imunologia);
- Oftalmoscopia;
- Potencial evocado auditivo de tronco encefálico (PEATE);
- Tomografia Computadorizada de crânio
- Eletroencefalograma (quando há sinais ou suspeita de convulsão).

É necessário o agendamento de consulta na UBS e no CER (Centro Especializado em Reabilitação), pois é um RN de risco para alterações no desenvolvimento.

3.2.2 Acompanhamento dos casos confirmados

- No primeiro ano de vida a consulta com pediatra ou médico da família deverá ser mensal, até os seis meses de idade e, posteriormente, trimestral até 12 meses de idade, quadrimestral até 24 meses e, de 2 anos a 6 anos, 2 vezes ao ano.
- Realizar sorologia para toxoplasmose (IgM e IgG) a cada 2 meses até a confirmação ou exclusão da infecção no final do primeiro ano de vida;
- É essencial acompanhamento multiprofissional para vigilância do desenvolvimento integral. A criança deverá ser encaminhada ao Centro Especializado em Reabilitação de referência para o acompanhamento pela equipe multiprofissional já ao diagnóstico.
- Avaliação oftalmológica a cada três meses no primeiro ano e posteriormente semestrais até os seis anos de idade;
- Avaliação neurológica no 1º ano de vida e no 2º ano de vida;
- Avaliação audiológica semestral até dois anos de idade;
- Criança exposta ao HIV deverá ser acompanhada conjuntamente com o SAE do território;
- Solicitar exames complementares e de imagem. O líquido deve ser solicitado somente para casos sintomáticos;

Os **RN suspeitos** de toxoplasmose congênita, que apresentam IgG positiva e IgM negativas no 1º semestre de vida, **devem repetir mensalmente ou a cada dois meses a sorologia** para acompanhamento de IgG **até a confirmação ou exclusão da infecção** no final do primeiro ano de vida. **Títulos de IgG materno e no RN no momento do parto são semelhantes**, porém os títulos de **anticorpos maternos transferidos ao RN decrescem ao longo do primeiro ano**.

O setor de Busca Ativa do IJC identifica casos detectados no Teste do Pezinho Ampliado, após a confirmação para Toxoplasmose Congênita, e envia uma planilha com dados de identificação do RN, laudos do teste do pezinho e dos exames confirmatórios para a Área técnica da Saúde da Criança da SMS e para a UBS de origem, que, então, preenche a notificação e comunica à UVIS da sua região.

COMPONENTE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

4. DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA CASOS DE TOXOPLASMOSE COM INDICAÇÃO DE TRATAMENTO

Para **dispensação dos medicamentos** para o tratamento da toxoplasmose nas farmácias públicas municipais, além da **prescrição médica**, de acordo com as legislações vigentes, **é necessário também o documento de identidade, o Cartão Nacional de Saúde (cartão SUS) e a apresentação de filipeta preenchida com número do SINAN**, a orientação conforme (Anexo 4).

COMPONENTE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E NOTIFICAÇÃO

5. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA

A toxoplasmose gestacional e a congênita passaram a ser de notificação compulsória em 2016, com a publicação da Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016 (que dispõe sobre Doenças e Agravos de Notificação Compulsória), pela Nota Informativa CGDT/DEVIT/SVS/MS nº 26 e Portaria nº 3.502, de 19 de dezembro de 2017. De acordo com a Portaria, nº 1.061, de 18 de maio de 2020, do Ministério da Saúde, **os casos suspeitos, prováveis e confirmados** de toxoplasmose gestacional/ **Doenças causadas por protozoários complicando a gravidez, o parto e o puerpério (CID 10 O98.6)** e **os casos suspeitos, prováveis e confirmados** de toxoplasmose congênita **(CID 10 P37.1) são de notificação compulsória imediata (24 horas)**.

Não há ficha específica para notificação de toxoplasmose, assim o registro da notificação individual de **toxoplasmose gestacional e congênita**, pelos serviços de saúde, deve ser realizado na **“Ficha de Notificação/Conclusão”**, do SINANNET (ANEXO 2), disponível em pdf preenchível em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/doencas_e_agravos/index.php?p=311117

Nota Técnica Conjunta DVE/COVISA/CAB nº 02 - 2022

A ficha de notificação deve ser encaminhada para a UVIS de referência do serviço. Para pesquisa do endereço da UVIS, consulte:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/index.php?p=286675

As informações da investigação e acompanhamento devem ser constantemente atualizadas no Sistema SINANNET. A ficha de investigação deve ser preenchida com o máximo de informações, incluindo exposição, diagnóstico e conduta, sendo necessário:

- ✓ **Campos 1 a 30:** preencher com dados de identificação do paciente e de endereço.
- ✓ **Campos 31 a 43:** dados de “Conclusão”. **Encerrar os casos preferencialmente por critério laboratorial; classificar como “1” (cura) quando houver a negatificação sorológica.**
- ✓ Utilizar o **Campo “Observação”** para complementar com as informações:
 - **Fonte de infecção:** contato direto com as fezes de felinos, consumo de carne crua/malpassadas, ingestão de água, verduras e frutas contaminadas, etc.
 - **Local:** situações de surtos; deslocamentos ou residentes em locais endêmicos;
 - **Diagnóstico Laboratorial:** resultados da triagem sorológica (IgG, IgM e teste de Avidéz para IgG), PCR líquido amniótico.
 - **Manifestações clínicas ou resultados de imagem** em recém-nascidos (Retinocoroidite ou hidrocefalia ou calcificação cerebral, ultrassom gestacional)
 - **Resultado do Teste de triagem neonatal “teste do pezinho”.**
 - **Tratamento:** data início e término do tratamento e a medicação utilizada.

Nota Técnica Conjunta DVE/COVISA/CAB nº 02 - 2022

A Portaria nº 7, de 04.03.2020, publiciza a decisão de ampliar o uso do teste do pezinho para a detecção da toxoplasmose congênita, no âmbito do Sistema Único de Saúde (entrou em vigor, no MSP, em 14/12/2020). A **triagem neonatal em sangue seco** (no teste do pezinho) e **testes confirmatórios** (IgM, IgG anti-*T. gondii* em soro) permitem identificar precocemente quase todas crianças infectadas. Os **casos identificados pelo teste do pezinho devem ser notificados**.

Conforme Nota Informativa nº 26/2016 CGDT/DEVIT/SVS/MS, o prazo para **encerramento da notificação é de 300 dias para a forma gestacional e de 420 dias para a congênita**.

Neurotoxoplasmose - Infecção oportunista em pacientes com HIV/AIDS sendo a causa mais comum de lesões expansivas cerebrais. Neste caso, não deve notificar na “Ficha de Notificação e Conclusão” para toxoplasmose. A unidade de saúde e a Uvis deve notificar FIE/AIDS/B24, e assinalar no campo 42, critério CDC adaptado, o item toxoplasmose cerebral.

Outras apresentações graves, com comprometimento visceral¹ (miocardites, pneumonites, cerebral, exceto por HIV, etc), as **Oculopatias por Toxoplasmose**, devem ser notificadas na “**Ficha de Notificação/Conclusão**”, utilizar o CID B58.

Os **surtos por toxoplasmose, CID A09** são de notificação compulsória, de acordo com a Portaria de Consolidação nº 04, de 28 de setembro de 2017, Anexo V, Anexo 1 (Origem: PRT MS/GM 204/2016, Anexo 1). Os casos devem ser notificados na FIE de **INVESTIGAÇÃO DE SURTOS – DTA**, com ênfase no preenchimento dos campos 25, 26, 42 e 56. (Anexo 3). O pdf está disponível, através do link:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/SURTO_DTA_NET.pdf

¹Em casos graves de imunossupressão severa, pode não ser detectado anticorpos na sorologia, nestes casos recomenda-se o PCR.

Nota Técnica Conjunta DVE/COVISA/CAB nº 02 - 2022

5.1 Toxoplasmose Gestacional (CID 10 O98.6) – Doenças causadas por Protozoários complicando a Gravidez, o Parto e o Puerpério

5.1.1 Definição de Caso: a definição de caso de toxoplasmose gestacional

Caso Suspeito:

- Gestante que apresentar resultado para anticorpo IgM anti – *T. gondii* reagente ou indeterminado;
- Gestante que apresentar história clínica compatível com toxoplasmose adquirida após a concepção (BRASIL, 2016);
- Gestante que apresentar ultrassonografia (USG) obstétrica ou exames de imagem sugestivos para toxoplasmose congênita;
- Qualquer gestante identificada em situações de surto de toxoplasmose;

Caso Provável:

Caso suspeito que apresentar uma das seguintes situações,

- Resultado reagente de anticorpos IgM e IgG, com avidéz de IgG baixa ou intermediária em qualquer idade gestacional;
- Títulos ascendentes de anticorpos IgG em amostras seriadas com intervalo mínimo de duas semanas e IgM reagente;
- Primeira sorologia realizada após 16 semanas de idade gestacional que apresente resultado para anticorpos IgG em nível elevado (acima de 300 UI/dL ou de acordo com a metodologia utilizada) e IgM reagente;

Nota Técnica Conjunta DVE/COVISA/CAB nº 02 - 2022

Caso Confirmado:

Caso suspeito que apresente uma das seguintes situações:

- Soroconversão de anticorpos IgG e IgM anti-*T. gondii* durante o período gestacional;
- Detecção de DNA do *T. gondii* em amostra de líquido amniótico, em tecido placentário, fetal ou de órgãos (exame anatomopatológico, cultivo de tecido ou bioensaio);
- Mãe de recém-nascido com toxoplasmose congênita confirmada;

Caso Descartado por Critério Laboratorial

Caso suspeito que apresente uma das seguintes situações:

- IgG reagente mais de três meses antes da concepção (em caso de IgM positiva, considera-se residual, portanto, gestante com infecção crônica, anterior à gestação);
- Índice de avidéz de IgG alto, colhido com até 16 semanas de gestação;
- Duas amostras de IgG negativas para *T. gondii* (colhidas com intervalo de duas a três semanas), apesar de IgM reagente (resultado falso-positivo para IgM; portanto, considerar gestante suscetível);

5.1.2 Critérios de Confirmação

Critério Clínico laboratorial para caso confirmado:

- Casos suspeitos com triagem sorológica positiva por meio de detecção de anticorpos da classe IgG e IgM na primeira consulta de pré-natal ou na gestação > 16 semanas;
- Teste de avidéz para IgG baixa ou moderada < 16 semanas e detecção de DNA do *T. gondii* em amostra do líquido amniótico, tecido placentário, fetal ou de órgãos;

***A ausência do parasita na placenta não descarta o caso, pois a sensibilidade do PCR é cerca de 70% e depende da parasitemia na mãe.**

Nota Técnica Conjunta DVE/COVISA/CAB nº 02 - 2022

O critério clínico epidemiológico para confirmação ou descarte deve ser evitado para encerrar a notificação da gestante mesmo quando relacionados a surtos, devido a inespecificidade da manifestação clínica da doença.

NOTAS IMPORTANTES:

1. Gestantes que apresentem resultados não reagentes para anticorpos IgM e IgG são suscetíveis.
2. Se nas primeiras 16 semanas gestacionais o primeiro exame solicitado detectar anticorpos IgG e IgM reagentes, deve ser feito o teste de avididade de IgG na mesma amostra de soro, se possível.
3. Não são requeridos exames de avididade após a 16ª semana de gestação pois a avididade alta não descarta a infecção adquirida durante a gestação.
4. Ressalta-se que os resultados de avididade dos anticorpos IgG podem permanecer baixos por mais tempo em algumas pessoas, não sendo a avididade baixa uma certeza de infecção recente.
5. Em gestantes imunocomprometidas com infecção crônica (IgG reagente prévia à gestação) é possível ocorrer transmissão transplacentária por reativação da infecção, assim, deve ser acompanhada por um infectologista para investigação apropriada.
6. Casos suspeitos de reativação durante o período gestacional em imunocompetentes devem ser encaminhados para a unidade de gestação de alto risco.
7. Todas as gestantes, suscetíveis ou não, devem ser periodicamente orientadas sobre as medidas de prevenção primária pelo risco de primo-infecção ou reinfeção pelo *T. gondii*.
8. Todas as gestantes suscetíveis devem realizar, no mínimo, três sorologias (a cada trimestre) durante a gestação (BRASIL, 2010). Recomenda-se a realização de sorologia no momento do parto ou durante o puerpério.

Nota Técnica Conjunta DVE/COVISA/CAB nº 02 - 2022

9. A reinfecção pode ser caracterizada, em uma gestante com infecção crônica pelo *T. gondii* e conhecida ausência de IgM, pela identificação de IgM reagente/positivo novamente.

10. A reativação pode ser caracterizada pela elevação dos títulos de IgG (resultado reagente/positivo com títulos elevados ou em elevação) sem IgM, e lesões inflamatórias agudas, principalmente retinocoroidite.

11. No caso de reativação, a gestante imunocompetente é tratada se houver lesão oftalmológica aguda (retinocoroidite ativa) e o tratamento objetiva a redução do comprometimento ocular da grávida, já que, até o momento, acredita-se que a multiplicação do parasito é localizada e sem risco significativo para o feto. Na gestante imunodeficiente, embora incomum, o feto está em risco de infecção congênita, e a gestante deve ser tratada até o parto.

5.2 Toxoplasmose Congênita - CID 10 P37.1

Os recém-nascidos (RN) suspeitos de toxoplasmose congênita devem ser investigados com exame clínico e neurológico, exame oftalmológico completo com fundoscopia, exame audiológico, exame de imagem cerebral (ecografia ou tomografia computadorizada), exames hematológicos e de função hepática. **O RN com toxoplasmose congênita também pode ser identificado pelo resultado positivo do Teste do Pezinho ampliado.**

5.2.1 Definição de Caso

Caso Suspeito

- RN ou lactente menor de 6 meses cuja mãe era suspeita, provável ou confirmada para toxoplasmose na gestação.
- RN ou lactente menor de 6 meses com clínica compatível para toxoplasmose e IgG anti- *T. gondii* reagente.
- RN ou lactente menor de 6 meses com exame de imagem fetal ou pós-parto compatível com toxoplasmose e IgG anti- *T. gondii* reagente.

Nota Técnica Conjunta DVE/COVISA/CAB nº 02 - 2022

Caso Provável

Caso suspeito que apresente uma das seguintes situações:

- Sorologia indeterminada ou não reagente para IgM e/ou IgA anti-*T. gondii* até 6 meses de idade e IgG anti-*T. gondii* em títulos estáveis;
- Evoluiu ao óbito antes de realizar exames confirmatórios;
- Manifestações clínicas ou exames de imagem compatíveis com toxoplasmose congênita e IgG anti-*T.gondii* reagente com IgM ou IgA anti-*T. gondii* não reagentes e que não tenha coletado exames laboratoriais que excluam outras infecções congênitas antes de completar 12 meses de idade;
- As crianças assintomáticas em investigação durante os primeiros 12 meses de vida;

Caso Confirmado

Caso suspeito que apresente uma das seguintes situações:

- Presença de DNA de *T. gondii* em amostras de líquido amniótico da mãe ou em tecidos fetais, placenta ou cordão umbilical, líquido, sangue ou urina da criança; biópsia ou necrópsia de criança, aborto ou natimorto. A ausência do parasita na placenta não descarta o caso, visto que a sensibilidade do PCR é de aproximadamente 70%;
- Resultado de anticorpos IgM ou IgA e IgG anti-*T. gondii* reagente até 6 meses de vida. • Níveis séricos de anticorpos IgG anti-*T. gondii* em ascensão em pelo menos duas amostras seriadas com intervalo mínimo de três semanas durante os primeiros 12 meses de vida. • IgG anti-*T. gondii* persistentemente reagente após 12 meses de idade;
- Retinocoroidite ou hidrocefalia ou calcificação cerebral (ou associações entre os sinais) com IgG reagente e afastadas outras infecções congênitas (citomegalovírus, herpes simples, rubéola, sífilis, arboviroses) e mãe com toxoplasmose confirmada na gestação;

Nota Técnica Conjunta DVE/COVISA/CAB nº 02 - 2022

- Aborto ou natimorto cuja mãe apresente testes confirmatórios para toxoplasmose aguda, realizados durante o pré-natal, no momento do parto ou da curetagem;

Caso Descartado por Critério Laboratorial

Caso suspeito que apresente uma das seguintes situações:

- RN com IgG anti-*T. gondii* negativa ao nascer, que se mantém negativa na ausência de tratamento, decorridas três semanas do nascimento;
- Negativação dos títulos de IgG anti-*T. gondii* na ausência de tratamento específico;
- Nas crianças que receberam tratamento, a soronegativação como critério para caso descartado só deve ser considerada definitiva no mínimo dois meses após a suspensão das drogas antiparasitárias;

Dada a inespecificidade do quadro clínico da doença, evitar o **critério clínico-epidemiológico (confirmação/descarte) para encerrar notificação de RN**, mesmo se relacionado a surto.

NOTAS IMPORTANTES:

1. Fazem parte da investigação do RN suspeito para toxoplasmose congênita o exame oftalmológico completo com fundoscopia, o exame de imagem cerebral (ecografia ou tomografia computadorizada) e o hemograma com plaquetas.
2. O exame do líquido é indicado para os pacientes com alterações neurológicas clínicas e/ou de imagem e diagnóstico confirmado de tomografia de crânio.
3. Considerar como sugestivas de toxoplasmose congênita as seguintes manifestações: retinocoroidite, calcificações intracranianas, dilatação dos ventrículos cerebrais, micro ou macrocefalia, icterícia com predomínio de bilirrubina direta, esplenomegalia ou hepatoesplenomegalia.
4. Os casos suspeitos de toxoplasmose, que apresentam IgG positiva e IgM/IgA negativas no primeiro semestre de vida, devem repetir mensalmente ou a cada dois

Nota Técnica Conjunta DVE/COVISA/CAB nº 02 - 2022

meses a sorologia para acompanhamento de IgG até confirmação ou a exclusão da infecção. Nesses casos, a técnica usada para IgG deve incluir diluições que resultem na quantificação exata, permitindo comparação entre os títulos; e os testes seriados precisam ser feitos pela mesma técnica, de preferência no mesmo laboratório.

5. Os óbitos ou abortos suspeitos ou confirmados devem ser notificados e investigados utilizando-se a Ficha de Notificação/Conclusão: o registro do nome deve ser “RN de nome da mãe”; na “Evolução” (variável 41 da ficha), marcar a opção “2 – Óbito pelo agravo notificado”, informar a ocorrência do aborto ou da natimortalidade no campo das “Observações adicionais”.

5.3 INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

A investigação epidemiológica é um trabalho de campo, iniciado a partir de casos notificados e seus contatos, que tem como principais objetivos:

- Identificar a fonte de infecção e o modo de transmissão. • Identificar grupos vulneráveis à doença.
- Identificar fatores de risco para o adoecimento; confirmar o diagnóstico e determinar as principais características epidemiológicas.
- O seu propósito final é orientar medidas de prevenção e controle para impedir a ocorrência de novos casos. Seguem algumas atividades que podem apoiar a investigação de casos de toxoplasmose adquirida na gestação ou de toxoplasmose congênita:
 - Buscar as possíveis fontes de transmissão do *T. gondii* a que a gestante se submeteu.
 - Conhecer o número de casos suspeitos e buscar vínculos entre eles – manifestação aguda em gestantes pode ser indicativa de um surto em andamento.
 - Caso haja vínculo entre as gestantes e o surto, deve-se realizar a busca ativa, bem como a busca de dados adicionais nos sistemas de informação e nos estabelecimentos de saúde para entender o evento.
 - Ressaltamos a importância do monitoramento dos casos e da atualização dos profissionais de saúde a respeito da doença.

ANEXO 1

Quadro 1 - Identificação, Interpretação e Conduas para Gestantes suspeitas, prováveis e confirmadas por infecção de *T. gondii*

	Resultado Sorológico	Interpretação	Conduta	Seguimento
Até 16ª SEMANA GESTAÇÃO	IgG Reagente IgM não Reagente	GESTANTE IMUNE ou Infecção adquirida antes da gravidez	Orientação e Medidas Profiláticas e Repetir a sorologia a cada 3 meses	
	IgG e IgM Reagentes (iniciar o tratamento) teste de avidéz, se possível na mesma amostra	Teste de Avidéz ALTA	GESTANTE IMUNE	SUSPENDER A ESPIRAMICINA
		Teste de Avidéz BAIXA ¹ ou MODERADA	INFECÇÃO AGUDA - GESTANTE POSITIVA NOTIFICAR o caso e COMUNICAR a UVIS (VE) Encaminhar para GESTANTE UNID ALTO RISCO	COMPLETA O TRATAMENTO
	IgG não Reagente IgM Reagente	Gestante Suspeita de Infecção Recente ou IgM falso (+)	Repetir a sorologia em 14 A 21 dias e realizar o Teste de Avidéz	INICIAR O TRATAMENTO
Se ocorrer SOROCONVERSÃO após repetição do exame Encaminhar Gestante Unid Alto Risco US seriado e Amniocentese Notificar e Comunicar a UVIS (VE) Se não ocorrer soroconversão, considerar IgM falso (+). Conduta como gestante SUSCETÍVEL			MANTER A ESPIRAMICINA SUSPENDER A ESPIRAMICINA	
IgG e IgM não Reagentes	GESTANTE SUSCETÍVEL (Repete a sorologias a cada 3 meses)	Orientação e Medidas Profiláticas e Repetir a sorologia a cada 3 meses		
	IgG E IgM REAGENTES, após repetir exames	Encaminhar Gestante Unid Alto Risco US seriado e Amniocentese Notificar e Comunicar a UVIS (VE) –	MANTER A ESPIRAMICINA	
	IgG E IgM NÃO REAGENTES, após repetir exames	Orientação e Medidas Profiláticas e Repetir a sorologia a cada 3 meses		

* Se IgM e IgG em índices muito baixos ou próximos do cut off: repetir IgG e IgM em 2 a 3 semanas, na persistência de valores muito baixos, discutir o caso.

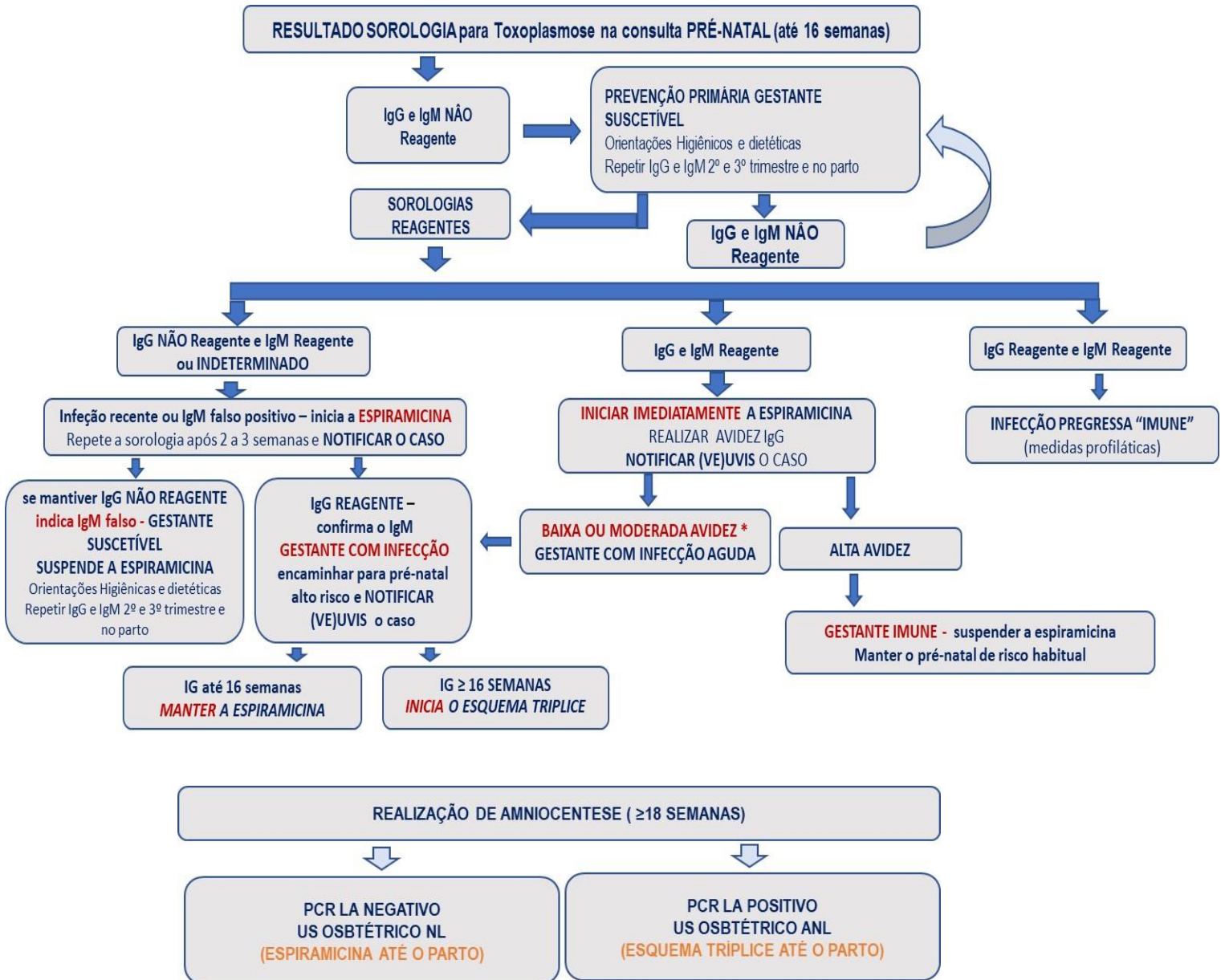
ANEXO 1

Quadro 1 - Identificação, Interpretação e Condutas para Gestantes suspeitas, prováveis e confirmadas por infecção de *T. gondii*

	<i>Resultado Sorológico</i>	<i>Interpretação</i>	<i>Conduta</i>	<i>Seguimento</i>
≥ 16ª SEMANA GESTAÇÃO	IgG e IgM Reagentes	Gestante com suspeita de INFECÇÃO AGUDA	NÃO REALIZAR TESTE DE AVIDEZ Encaminhar Serviço Gestante Alto Risco Realizar US seriado e Amniocentese Notificar e Comunicar a UVIS (VE) Avaliação do RN pós parto (teste ampliado do pezinho)	Esquema Tríplice até o parto
	IgG não Reagente IgM Reagente	Gestante Suspeita de Infecção Recente ou IgM falso (+) repetir a sorologia em 3 semanas IgG E IgM REAGENTES: SOROCONVERSÃO após repetir exames	NÃO REALIZAR TESTE DE AVIDEZ Encaminhar Serviço Gestante Alto Risco US com alteração fetal e Amniocentese Notificar e Comunicar a UVIS (VE) Avaliação do RN pós parto (teste ampliado do pezinho) Encaminhar Serviço Gestante Alto Risco US seriado e Amniocentese Notificar e Comunicar a UVIS (VE) Avaliação do RN pós parto (teste ampliado do pezinho)	Esquema Tríplice até o parto Manter a Espiramicina
		IgG E IgM NÃO REAGENTES , após repetir exames	Orientação e Medidas Profiláticas e Repetir a sorologia até o parto	
	IgG e IgM não Reagentes	SUSCETÍVEL (Repete a sorologias até o parto) IgG E IgM REAGENTES: SOROCONVERSÃO após repetir exames	Orientação e Medidas Profiláticas e Repetir a sorologia até o parto Encaminhar Gestante Unid Alto Risco US seriado e Amniocentese Notificar e Comunicar a UVIS (VE) Avaliação do RN pós parto (teste ampliado do pezinho)	Esquema Tríplice até o parto
	IgG Reagente e IgM não Reagentes	Infecção há pelo menos 6 meses.	Orientação e Medidas Profiláticas - verificar sorologia prévia (gestação anterior) se o IgG (+) IgM (-) GESTANTE com provável infecção anterior à gestação	

AMNIOCENTESE - 18 SEMANAS	
RESULTADOS	CONDUTAS
Positivo	Mantém Esquema Tríplice
Negativo	Volta para Espiramicina

ANEXO 2



ANEXO 3

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº	
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/CONCLUSÃO					
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação			2 - Individual
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3
	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7
Notificação Individual	8	Nome do Paciente			9
	10	(ou) Idade	11	Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12
	13	Raça/Cor			1
	14	Escolaridade			
	15	Número do Cartão SUS		16	
	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)
Dados de Residência	19	Distrito			20
	21	Logradouro (rua, avenida,...)			22
	23	Complemento (apto., casa, ...)		24	
	25	Geo campo 2		26	
	27	CEP			28
	29	Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30	
	31	Data da Investigação			
Conclusão					
Conclusão	32	Classificação Final		33	
	34	Local Provável da Fonte de Infecção			35
	36	País			37
	38	Distrito			39
	40	Doença Relacionada ao Trabalho		41	
	42	Data do Óbito		43	
Informações complementares e observações					
Observações adicionais					
Investigador	Município/Unidade de Saúde			Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome		Função		Assinatura
	Notificação/conclusão		Sinan NET		SVS 27/09/2005

ANEXO 4

Orientação – obrigatoriedade da notificação de casos de toxoplasmose com indicação de tratamento para dispensação de medicamento ao paciente da rede municipal de saúde

Nota Técnica N° 02/2021/DVE/Coordenadoria de Vigilância em Saúde/Coordenadoria de Atenção Básica - Orientações para Dispensação de Medicamentos para Casos de Toxoplasmose com Indicação de Tratamento

NOTA TÉCNICA CONJUNTA N° 02/2021
DVE/Coordenadoria de Vigilância em Saúde
Coordenadoria de Atenção Básica

Orientações para Dispensação de Medicamentos para Casos de Toxoplasmose com Indicação de Tratamento

Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Secretaria Executiva de Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde
Coordenadoria de Vigilância em Saúde - COVISA
Coordenadoria de Atenção Básica - CAB

Publicado em 01 de setembro de 2021
Atualizado em 04 de janeiro de 2023



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

Nota Técnica nº 02 DVE/COVISA/2021

Orientações para Dispensação de Medicamentos para Casos de Toxoplasmose com Indicação de Tratamento

O tratamento da toxoplasmose, para os indivíduos que apresentem indicação, é realizado com os medicamentos espiramicina, pirimetamina, sulfadiazina e folinato de cálcio.

Conforme a Nota Técnica Nº 164/2021 – CGAFME/DAF/SCTIE/MS de 22/04/2021, que corrobora a Nota Técnica Nº 7/2020-CGAFME/DAF/SCTIE/MS, do dia 28 de abril de 2017, em deliberação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), foi pactuada, entre as três esferas de governo, **a centralização da aquisição e financiamento dos medicamentos espiramicina, pirimetamina e sulfadiazina**. A partir da publicação da Portaria nº 1.897, de 26 de julho de 2017, que estabelece a versão 2017 da RENAME, esses medicamentos, com exceção do folinato de cálcio, passaram a compor o Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica, Anexo II da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) 2017. Sendo assim, a sua aquisição e financiamento passaram a ser de responsabilidade do Ministério da Saúde, cabendo aos estados e Distrito Federal, o recebimento, armazenamento e a distribuição desses medicamentos aos municípios.

Os indivíduos com indicação de tratamento estão descritos no Quadro 1. Para dispensação desses medicamentos (espiramicina, pirimetamina e sulfadiazina) é necessário que o caso esteja notificado no SINAN.

Algumas das indicações de tratamento já são de notificação compulsória, conforme a Portaria Nº 1.061, de 18 de maio de 2020 do Ministério da Saúde. Desta forma, para garantir o adequado e oportuno tratamento aos casos que o requeiram, os serviços de saúde e as Unidades de Vigilância em Saúde (UVIS) devem realizar a notificação conforme orientado no Quadro 1.

A Ficha de notificação individual do SINAN deve estar devidamente preenchida e legível. É importante constar na notificação o nº do Cartão SUS. Mais informações para os profissionais de saúde quanto à notificação da Toxoplasmose estão disponíveis no link:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/doencas_e_agrivos/index.php?p=288542

Nota Técnica nº 02 DVE/COVISA/2021

Os surtos por toxoplasmose devem ser notificados na ficha de **INVESTIGAÇÃO DE SURTOS – DTA**, com o **CID A09**, com ênfase no preenchimento dos campos 25, 26, 42 e 56. A ficha está disponível em:

<http://portalsinan.saude.gov.br/surto-doencas-transmitidas-por-alimentos-dta>

ATENÇÃO: A Unidade de Vigilância em Saúde – UVIS deve notificar individualmente todas as pessoas envolvidas no surto que apresentem indicação de tratamento, conforme as orientações do Quadro 1.

Os medicamentos estão disponíveis nas farmácias das unidades de saúde municipais de referência de cada região, que podem ser consultadas no aplicativo ou site “Aqui tem Remédio”: <http://aquitemremedio.prefeitura.sp.gov.br/#/>

Para dispensação dos medicamentos para o tratamento da toxoplasmose, além da **prescrição médica**, de acordo com as legislações vigentes, o documento de identidade e o Cartão Nacional de Saúde (cartão SUS), é necessário também a apresentação de filipeta preenchida com número do SINAN (Anexo 2).

Para a primeira retirada dos medicamentos o paciente deve ser encaminhado com a prescrição médica e a ficha de notificação do SINAN (se houver) para a sala de acolhimento da unidade, para que o enfermeiro responsável pela vigilância em saúde realize a avaliação do caso (na ausência deste, outro que o substitua) e preencha a filipeta com o número do SINAN para a retirada do medicamento na farmácia.

Caso o paciente não tenha a notificação, a mesma deve ser realizada, de modo a não inviabilizar o acesso ao tratamento. Nesse caso, a unidade deverá preencher a Ficha de Investigação Epidemiológica (FIE) com todas as informações necessárias, inclusive se o caso se trata de gestante e o trimestre de gestação, e comunicar à UVIS. A unidade também deverá entregar o documento *“Orientações para os médicos: Obrigatoriedade da Notificação de Casos de Toxoplasmose com Indicação de Tratamento para Dispensação de Medicamento ao Paciente, na Rede Municipal de Saúde”* (Anexo 1) e orientar o paciente a entregá-lo ao médico prescritor que acompanha o tratamento e evolução do caso. A unidade deverá encaminhar para a UVIS todas as Fichas notificações com nº do SINAN de toxoplasmose de pacientes, com indicação de tratamento, acompanhados na unidade.

Nota Técnica nº 02 DVE/COVISA/2021

Após a notificação, o paciente deverá ser encaminhado à farmácia com a prescrição médica acompanhada da filipeta preenchida com o número do SINAN (anexo 2), com o carimbo e assinatura do profissional da unidade que deverá ser apresentada a cada retirada do medicamento. Caso nas próximas retiradas do medicamento na farmácia o paciente não esteja com a filipeta preenchida, ele deverá ser encaminhado novamente para o acolhimento para verificar a situação e para que haja o preenchimento de nova filipeta.

Ao ser informada da notificação pela unidade de saúde, a UVIS deverá verificar se o paciente já estava notificado. Em caso negativo deverá digitar a ficha no SINAN. Se o paciente já estiver notificado, complementar com informações da ficha preenchida na unidade, ou, se houver necessidade, cancelar o número do SINAN em duplicidade; nesse último caso informar a unidade do nº do SINAN correto.

Dessa forma, ressalta-se que a dispensação dos medicamentos para o tratamento da toxoplasmose somente deverá ocorrer se o paciente estiver com a prescrição médica e a filipeta com o número do SINAN. Caso o paciente não tenha o número do SINAN, a unidade deve providenciar a notificação, ou anexar nova filipeta, conforme orientado.

Nota Técnica nº 02 DVE/COVISA/2021

Quadro 1. Recomendações para notificação de Toxoplasmose em indivíduos com indicação de tratamento.

Indivíduos com recomendação de tratamento para toxoplasmose	Notificação	Como notificar	
		Recomend	CID 10
Gestantes com infecção aguda (Nota Técnica Nº 164/2021 – CGAFME/DAF/SCTIE/MS; Nota Técnica Nº 7/2020-CGAFME/DAF/SCTIE/MS)	São de notificação compulsória conforme Portaria Nº 1.061, de 18 de maio de 2020, do Ministério da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> Não há ficha específica para notificação de toxoplasmose. O registro das notificações individuais de toxoplasmose gestacional deve ser realizado na “Ficha de Notificação/Conclusão”, do SINANNET, disponível em: http://www.portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/NINDIV/Ficha_conclusao_v5.pdf 	098.6 – Doenças causadas por protozoários complicando a gravidez, o parto e o puerpério. É também usada para notificar a toxoplasmose gestacional.
Recém-nascidos com infecção congênita comprovada por toxoplasmose Recém-nascidos, filhos de mulheres com toxoplasmose gestacional comprovada ou provável, principalmente quando ocorrida no final da gestação. Fonte: (Nota Técnica Nº 164/2021 – CGAFME/DAF/SCTIE/MS; Nota Técnica Nº 7/2020-CGAFME/DAF/SCTIE/MS)	São de notificação compulsória conforme Portaria Nº 1.061, de 18 de maio de 2020, do Ministério da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> Não há ficha específica para notificação de toxoplasmose. O registro das notificações individuais de toxoplasmose congênita deve ser realizado na “Ficha de Notificação/Conclusão”, do SINANNET, disponível em: http://www.portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/NINDIV/Ficha_conclusao_v5.pdf 	P37.1 – Toxoplasmose Congênita
Pessoas vivendo com HIV que apresentem sinais clínicos compatíveis e exame de imagem sugestivo de neurotoxoplasmose - (Nota Técnica Nº 164/2021 – CGAFME/DAF/SCTIE/MS; Nota Técnica Nº 7/2020-CGAFME/DAF/SCTIE/MS)	Pessoas com HIV são de notificação compulsória conforme Portaria Nº 1.061, de 18 de maio de 2020, do Ministério da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> Em casos de <u>toxoplasmose cerebral em pacientes que apresentam AIDS</u>, deve ser assinalado no campo 42 (Critério CDC) da “Ficha de investigação de AIDS”, disponível em: Formax - C:\DESENV~1\FICHAS~1\FORMAX\AIDSADU.FXF (prefeitura.sp.gov.br) 	B24 - AIDS
Indivíduos com oculopatias por toxoplasmose (Nota Técnica Nº 7/2020-CGAFME/DAF/SCTIE/MS) Indivíduos confirmados para toxoplasmose com sintomas graves e, com comprometimento visceral: hepatites, meningoencefalites, pulmonar, cerebral (exceto por HIV-CID B24), etc.	Embora não sejam de notificação compulsória é necessário a notificação no SINAN para dispensação de medicamento para tratamento.	<ul style="list-style-type: none"> Não há ficha específica para notificação de toxoplasmose. O registro das notificações individuais de toxoplasmose gestacional deve ser realizado na “Ficha de Notificação/Conclusão”, do SINANNET, disponível em: http://www.portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/NINDIV/Ficha_conclusao_v5.pdf 	B58.0

ANEXO 1

ORIENTAÇÕES – OBRIGATORIEDADE DA NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE TOXOPLASMOSE COM INDICAÇÃO DE TRATAMENTO PARA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTO AO PACIENTE NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

De acordo com a Nota Técnica Nº 164/2021-CGAFME/DAF/SCTIE/MS, de 22 de abril de 2021, para dispensação de medicamentos para tratamento de paciente com Toxoplasmose, além da **prescrição médica** com assinatura, data e CRM legíveis, conforme Portaria SMS nº 82/2015, documento de identidade e nº do Cartão SUS, é necessária também a apresentação de filipeta preenchida com número do SINAN (Anexo 2).

A notificação deve ser realizada na **Ficha de Notificação/Conclusão** do SINANNET, na qual deve ser preenchido o CID da doença. A ficha está disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/pdf_preenchivel_COVISA_SINAN_19_04_2021.pdf. A equipe de saúde responsável pelo atendimento deve providenciar o preenchimento da Ficha de Notificação e solicitar o número do SINAN para a Unidade de Vigilância em Saúde (UVIS) responsável pela área de abrangência do serviço. Para encontrar a UVIS da área de abrangência, acesse Busca Saúde em: <http://buscasaude.prefeitura.sp.gov.br/>. A ficha devidamente preenchida deve ser entregue ao paciente para que este a apresente no momento da retirada do medicamento. Uma cópia da Ficha deve ser enviada para a UVIS da área de abrangência. Na ocorrência de toxoplasmose cerebral em pacientes que apresentam AIDS, deve ser assinalado “Toxoplasmose Cerebral” no “Campo 42 – Critério CDC adaptado” da **“Ficha de investigação de AIDS”**. Nesse caso específico não é necessária notificar para Toxoplasmose. A **Ficha de investigação de AIDS** está disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/aids_adulto_preench_1479313148.pdf.

Quadro 1. Ficha de notificação a ser preenchida de acordo com a notificação.

Notificação	Ficha de Notificação
Toxoplasmose gestacional CID 10 098.6 – Doenças causadas por protozoários complicando a gravidez, o parto e o puerpério.	“Ficha de Notificação/Conclusão”, do SINANNET, disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/pdf_preenchivel_COVISA_SINAN_19_04_2021.pdf
Toxoplasmose congênita - CID 10 P37.1	
Oculopatias por Toxoplasmose Indivíduos confirmados para toxoplasmose com sintomas graves e, com comprometimento visceral: hepatites, meningoencefalites, pulmonar, cerebral (exceto por HIV-CID B24), etc. CID 10 B58	
Pessoas vivendo com HIV com sinais clínicos compatíveis e exame de imagem sugestiva de neurotoxoplasmose CID 10 B24 - AIDS	Em casos de <u>toxoplasmose cerebral em pacientes que apresentam AIDS</u> , deve ser assinalado no campo 42 (Critério CDC) da “Ficha de investigação de AIDS” (ANEXO 2), disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/aids_adulto_preench_1479313148.pdf

ANEXO 2 – FILIPETA

 <p>FILIPETA PARA RETIRADA DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DE TOXOPLASMOSE</p> Unidade de _____ Saúde: _____ Nome da(o) paciente: _____ Nº SINAN: _____ Data: _____ Carimbo e assinatura do profissional: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">MANTER ESTA FILIPETA ANEXADA À PRESCRIÇÃO APRESENTAR NA FARMÁCIA</div>	 <p>FILIPETA PARA RETIRADA DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DE TOXOPLASMOSE</p> Unidade de _____ Saúde: _____ Nome da(o) paciente: _____ Nº SINAN: _____ Data: _____ Carimbo e assinatura do profissional: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">MANTER ESTA FILIPETA ANEXADA À PRESCRIÇÃO APRESENTAR NA FARMÁCIA</div>
 <p>FILIPETA PARA RETIRADA DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DE TOXOPLASMOSE</p> Unidade de _____ Saúde: _____ Nome da(o) paciente: _____ Nº SINAN: _____ Data: _____ Carimbo e assinatura do profissional: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">MANTER ESTA FILIPETA ANEXADA À PRESCRIÇÃO APRESENTAR NA FARMÁCIA</div>	 <p>FILIPETA PARA RETIRADA DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DE TOXOPLASMOSE</p> Unidade de _____ Saúde: _____ Nome da(o) paciente: _____ Nº SINAN: _____ Data: _____ Carimbo e assinatura do profissional: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">MANTER ESTA FILIPETA ANEXADA À PRESCRIÇÃO APRESENTAR NA FARMÁCIA</div>
 <p>FILIPETA PARA RETIRADA DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DE TOXOPLASMOSE</p> Unidade de _____ Saúde: _____ Nome da(o) paciente: _____ Nº SINAN: _____ Data: _____ Carimbo e assinatura do profissional: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">MANTER ESTA FILIPETA ANEXADA À PRESCRIÇÃO APRESENTAR NA FARMÁCIA</div>	 <p>FILIPETA PARA RETIRADA DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DE TOXOPLASMOSE</p> Unidade de _____ Saúde: _____ Nome da(o) paciente: _____ Nº SINAN: _____ Data: _____ Carimbo e assinatura do profissional: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">MANTER ESTA FILIPETA ANEXADA À PRESCRIÇÃO APRESENTAR NA FARMÁCIA</div>

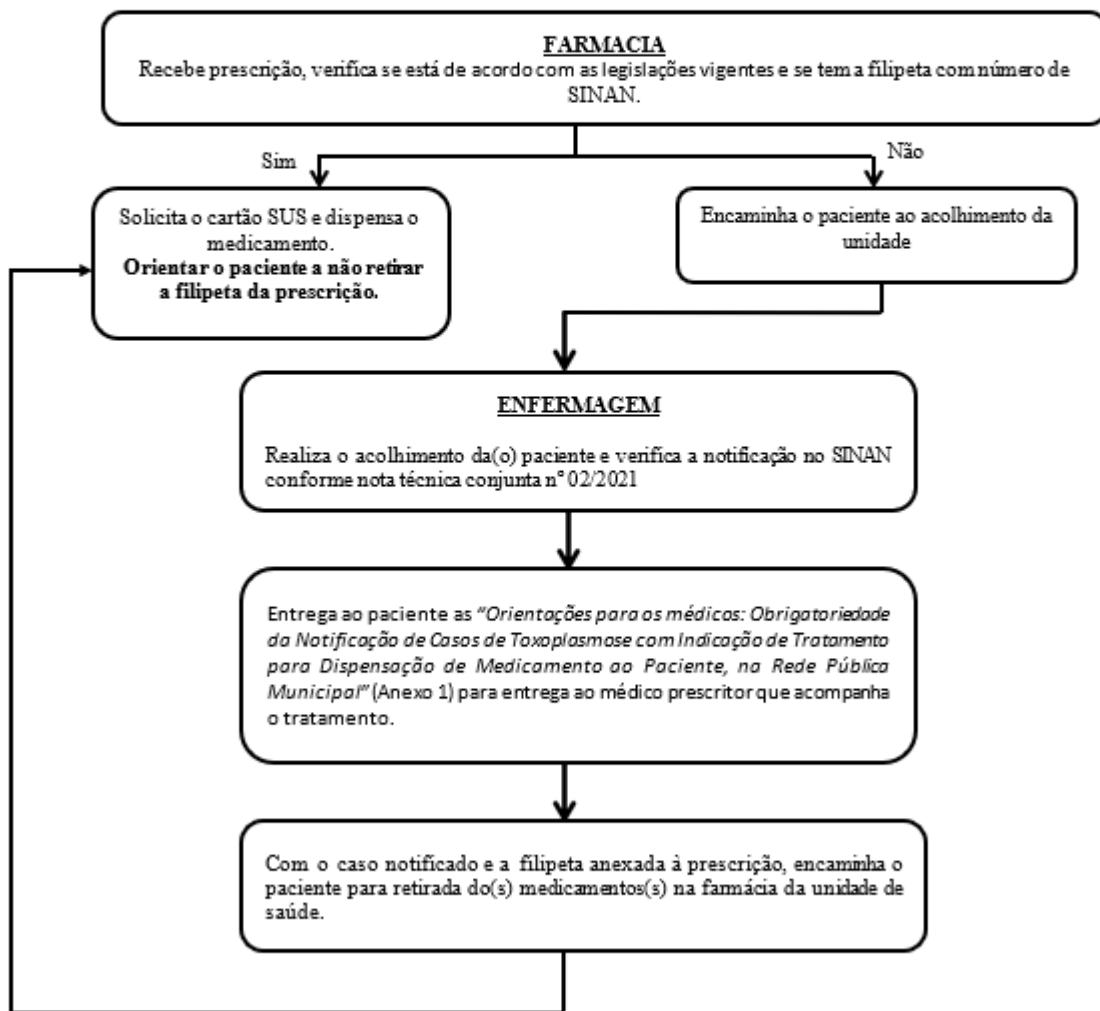
Anexo 3 Fluxograma



Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde

FLUXOGRAMA PARA DISPENSACÃO DE MEDICAMENTOS PARA TOXOPLASMOSE

Unidades de Saúde da Rede de Atenção Básica e Especialidades



Anexo 5

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO

(casos suspeitos, prováveis e confirmados)

UNIDADES DE PRIMEIRO ATENDIMENTO ¹

OUTRAS UNIDADES ²

NOTIFICAR – CID 0986

TODAS AS GESTANTES COM HISTÓRIA CLÍNICA COMPATÍVEL COM TOXOPLASMOSE OU USG OBSTÉTRICA (IMAGEM) COMPATÍVEL COM TOXOPLASMOSE CONGÊNITA OU RESULTADOS SOROLÓGICOS IgM REAGENTE E/OU INDETERMINADO DE ACORDO COM A IDADE GESTACIONAL (IG), E AS IDENTIFICADAS EM SURTO DE TOXOPLASMOSE

UNIDADES DE 1º ATENDIMENTO*

Realizar consulta Pré-Natal;
Avaliar sorologias anteriores;
Prescrever e dispensar tratamento;
Notificar os casos positivo para (VE) UVIS;
Comunicar ocorrência surtos e fonte de infecção;
Encaminhar as gestantes positivas para SGAR;

SERVIÇO DE GESTANTE ALTO RISCO

Realizar o acolhimento da gestante;
Verifica a prescrição do tratamento;
Realizar os exames sorológico e de imagem;
Acompanhar a evolução do tratamento;
Notificar o caso e informar os dados clínicos, laboratoriais, imagem para (VE) UVIS/UBS;

UVIS ATENDIMENTO

Notificar e digitar os casos no SINANNET
Inserir os dados do atendimento na FIE
Comunica os casos de surtos para COVISA/DVE/NDTVZ/DTA
Encaminha a FIE de pacientes residentes de outros municípios para COVISA/DVE/NDTVZ

CRS/STS/AB

Assessorar tecnicamente as (VE) das UVIS, na análise das sorologias, de acordo com a IG;
Tratamento adequado em tempo oportuno;
Reforçar a notificação dos casos com a UBS/AB;
Reforçar as orientações para dispensação de medicamentos nas farmácias das UBS/AB;
Apoiar tecnicamente a VE das UVIS para capacitar as unidades de saúde;

UVIS RESIDÊNCIA

Realizar busca ativa laboratorial no MATRIX ³ e verificar se o caso está notificado;
Atualizar a FIE, verificar e investigar a fonte de infecção;
Investigar situações que caracterizam surtos para identificar a fonte de infecção e articular com as áreas em seu território para resolução;
Acompanhar a evolução da gestante até o parto e avaliar o RN
Encerrar os casos em até 200 dias;

COVISA/DVE/NDTVZ

Recebe e encaminha as FIE de pacientes residentes em outros municípios e atendidos no MSP e dos residentes do MSP atendidos em outros municípios;
Monitora os casos notificados no banco do SINANNET;
Analisa e planeja as ações necessárias em parceria com SMS/AB/DVE/UVIS REGIONAIS/CRS E UVIS;
Informar à Assistência farmacêutica, os casos notificados no SINANNET.

SMS/ Atenção Saúde da Mulher

Assessorar tecnicamente as STS e COVISA/DVE/NDTVZ (sorologias e tratamento) de casos pontuais;
Reforçar a notificação dos casos com a UBS/AB;
Atualização documentos técnicos e capacitações nas regiões

LEGENDA

1 Unidade 1º Atendimento (UBS/UBS E AMA, HOSPITAIS, PS. PA PÚBLICOS)
OUTROS serviços – Clínicas, consultórios, OS/PA e Hospitais particulares
Matrix – sistema informação laboratorial municipal

Anexo 6

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO (casos suspeitos, prováveis e confirmados)

NOTIFICAR – CID P371

Todos os recém nascidos (suspeitos, prováveis e confirmados), que preenchem os critérios de acordo com o histórico gestacional da mãe, TESTE DO PEZINHO AMPLIADO positivo e ou sorológico

MATERNIDADES/OUTROS SERVIÇOS¹

- Avaliar o histórico gestacional da mãe;
- Realizar o Teste Ampliado do Pezinho;
- Realizar coleta de sangue para sorologia;
- Encaminhar o teste do pezinho para análise no INSTITUTO JOÃO CLEMENTE – IJC;
- Notificar e comunicar os casos a UVIS de Atendimento (VE)

IJC – INSTITUTO JOÃO CLEMENTE

- Receber e analisar o Teste do Pezinho Ampliado;
- Enviar os resultados dos exames confirmados para SMS/SAÚDE DA CRIANÇA E UBS DE ORIGEM;
- Realizar o agendamento da consulta do RN com o pediatra ou médico generalista na UBS;
- Receber da UBS a informação dos faltosos para novo agendamento;

UBS - UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

- Realizar as consultas mensais dos RN até 6 meses, trimestrais até 12 meses e quadrimestral até 24 meses e dos 2 aos 6 anos, 2x ao ano;
- Realizar sorologia de toxoplasmose (IgG e IgM) para acompanhamento do - RN no final do primeiro ano de vida;
- Informar IJC os RN faltosos das consultas agendadas;
- Prescrever e dispensar o medicamento para o tratamento;
- Encaminhar o RN positivo para profissionais especializados;

UVIS DE ATENDIMENTO

- Notificar e digitar os casos no SINANNET;
- Informar às UVIS de Residência, os resultados dos exames sorológicos, de imagem, o tratamento prescrito e a evolução obtidos na UBS e do CER;
- Encaminhar as FIE de pacientes residentes em outros municípios para COVISA/DVE/NDTVZ;

CER - CENTRO ESPECIALIZADO EM REALBILITAÇÃO

- Acompanhar os casos por equipe multiprofissional aos 6, 9, 12, 18 e 24 meses;
- Identificar atraso no desenvolvimento;
- Realizar avaliações oftalmológicas, neurológicas e auditivas;
- Encaminhar os RN HIV (+) para SAE residência
- Solicitar exames laboratoriais e de imagem quando necessário
- Notificar e comunicar a UVIS de Atendimento (VE) os casos atendidos;

UVIS DE RESIDENCIA

- Avaliar histórico gestacional da mãe e os exames de imagem fetal e ou pós parto compatível com toxoplasmose e IgG reagente;
- Verificar os resultados do teste do pezinho Ampliado e a notificação pela UBS/Maternidade;
- Avaliar a consistência do preenchimento da FIE (resultados sorológicos, tratamento, evolução, etc.);
- Atualizar as FIE com investigação, dados clínicos, laboratoriais e o tratamento realizado;
- **ENCERRA OS CASOS EM ATÉ 420 DIAS;**
- Recebe e analisa os casos atendidos em outros municípios residentes do MSP;

CRS/STS/AB

Assessorar tecnicamente as (VE) das UVIS, na análise das sorologias, de acordo com a IG;
Tratamento adequado em tempo oportuno;
Reforçar a notificação dos casos com a UBS/AB;
Reforçar as orientações para dispensação de medicamentos nas farmácias das UBS/AB;
Apoiar tecnicamente a VE das UVIS para capacitar as unidades de saúde

COVISA/DVE/NDTVZ

Recebe e encaminha as FIE de pacientes residentes em outros municípios e atendidos no MSP e dos residentes do MSP atendidos em outros municípios; Monitora e elabora relatórios dos casos notificados no banco do SINANNET; Analisa e planeja as ações necessárias em parceria com SMS/AB/DVE/UVIS REGIONAIS/CRS E UVIS;
Informar à Assistência farmacêutica, os casos notificados no SINANNET. DO PEZINHO AMPLIADO positivo e ou sorológico;

SMS/ Atenção Saúde da Criança e do Adolescente

Assessorar tecnicamente as STS e COVISA/DVE/NDTVZ casos pontuais e reforçar a notificação dos casos com a UBS/AB;
Atualização documentos técnicos e capacitações nas regiões

LEGENDA

OUTROS serviços – Clínicas, consultórios, OS/PA e Hospitais particulares

Nota Técnica Conjunta DVE/COVISA/CAB nº 02 - 2022

BIBLIOGRAFIA

Gangneuxa, F. R.; Dardé M. L. **Epidemiology of and Diagnostic Strategies for Toxoplasmosis**. Copyright © 2012, American Society for Microbiology. All Rights Reserved. doi:10.1128/CMR.05013-11 Abril de 2012; 25 (2): 264–296.

Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saude, Secretaria de Atenção a Saude, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saude, 2010.

GUIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Ministério da Saúde, Secretária de Vigilância em Saúde, Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. – 5. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 1126p.

MEIRELES et al., 2015; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2020.

NOTA INFORMATIVA Nº 164/2018-CGDT/DEVIT/SVS/MS Incorporação dos procedimentos para diagnóstico da toxoplasmose congênita no período neonatal, através da pesquisa de anticorpos IgM anti-Toxoplasma gondii no sangue colhido em papel filtro para o teste de triagem neonatal biológica (Teste do Pezinho), na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS

<https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2019/dezembro/10/SEI-MS---4490962---Nota-Infoma>

NOTA TÉCNICA Nº 14/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS Trata-se de Nota Técnica que apresenta fluxograma de diretriz Nacional, para a condução clínica do diagnóstico e tratamento da Toxoplasmose Gestacional e Congênita.
<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202112/17150626-nota-tecnica-n-14-2020-cosmu-cgcivi-dapes-saps-ms-2.pdf>

Nota Técnica Conjunta DVE/COVISA/CAB nº 02 - 2022

NOTA TÉCNICA Nº 09 - 12/2020 - Orientação excepcional para a dispensação de sulfadiazina em virtude do desabastecimento temporário nacional.

PORTARIA Nº 1.020, DE 29 DE MAIO DE 2013 - Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestaçã de Alto Risco e define os critérios para a implantaçã e habilitaçã dos serviços de referênciã à Atençã à Saúde na **Gestaçã de Alto Risco**, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha.

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html

Pré-natal e Puerpério: atença qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atençã à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf

Protocolo da Saúde da Mulher - Toxoplasmose na Gestaçã, agosto 2020.

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/PROTOCOLO_SAUDE_D_A_MULHER_TOXOPLASMOSE_NA_GESTACAO.pdf

Protocolo de Notificaçã e Investigaçã: Toxoplasmose gestacional e congênita [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_notificacao_investigacao_toxoplasmose_gestacional_congenita.pdf

REY, L. **Parasitologia**. 4º ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2008.

<https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/562/2/JCM11072014-2.pdf>