



SGD: 2020/30559/130971

Palmas, 20/10/2020.

NOTA TÉCNICA - 4/2020/SES/SVS

Assunto: Fluxograma estadual para a condução clínica, diagnóstico e tratamento da Toxoplasmose Gestacional.

Autores: **Márcia Faria e Silva** – Mestre em Ciências da Saúde/Assessora Técnica de Vigilância das Doenças de Veiculação Hídrica e Alimentar; **Rhonner Marcilio Lopes Uchôa** - Gerente das Doenças Transmissíveis; **Raquel Marques Soares** – Enfermeira da Área Técnica da Rede Cegonha; **Fábio Roberto Ruiz de Moraes** – Conselheiro Titular do CRM-TO e Membro da Diretoria – 2º Tesoureiro

1. Introdução.

A toxoplasmose congênita é prevalente no Brasil e estima-se que nasçam entre 5-23 crianças infectadas a cada 10.000 nascidos vivos (Dubey et al, 2012). As mães dessas crianças geralmente não apresentam manifestações clínicas sugestivas da infecção durante a gestação e a maioria das crianças infectadas, cerca de 90%, não apresenta sintomas ao nascimento. Mas, se essas crianças são investigadas, entre 60-80% apresentam alterações oGalmológicas e/ou neurológicas, com prejuízos variáveis na sua qualidade de vida (Lago et al, 2007; Vasconcelos-Santos et al, 2009).

O início precoce do tratamento, principalmente até três semanas após a infecção aguda na vida intrauterina (Wallon et al, 2013; Peyron et al, 2016), ou até dois meses após o nascimento, está associado à menor ocorrência de danos neurológicos, oGalmológicos e melhor prognóstico (McLeod et al, 2006; Brown et al, 2009; Maldonado et al, 2017).

Atualmente, as ações de vigilância e assistência para toxoplasmose, segundo recomendações do Ministério da Saúde do Brasil, é a realização do rastreamento e monitoramento dos casos de toxoplasmose gestacional, através de triagens sorológicas durante o pré-natal, principalmente em lugares onde a prevalência é elevada (BRASIL, 2013). Esta atividade visa à prevenção da transmissão fetal proporcionando o tratamento precoce caso haja transmissão intrauterina (BRASIL, 2006). A sorologia deve ser solicitada na primeira consulta ou no primeiro trimestre.

SES/SVS/DVDTNT/GDT 1





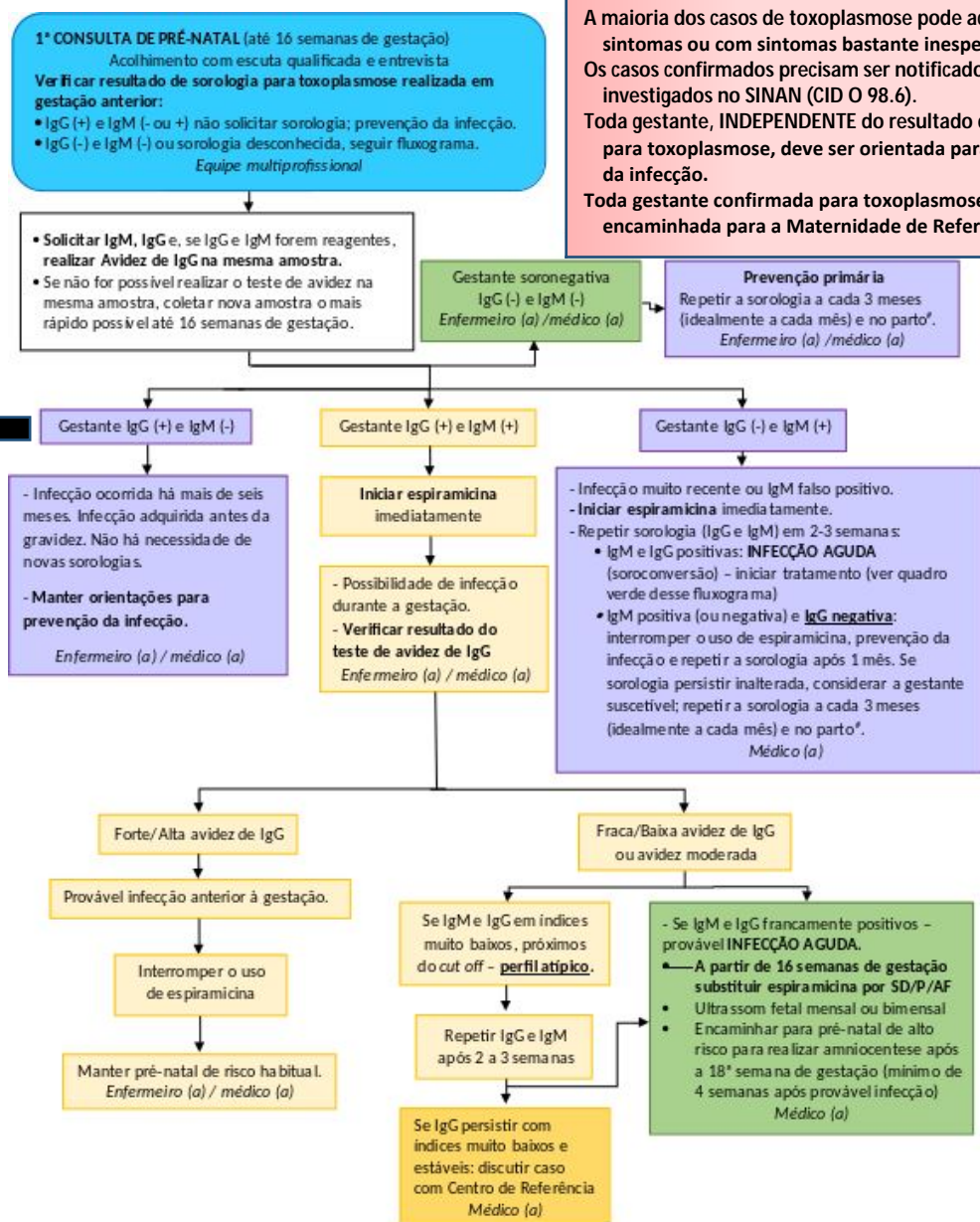
Os casos confirmados são encaminhados ao pré-natal de alto risco (BRASIL, 2010; BRASIL, 2012; BRASIL 2013;).

No Estado do Tocantins, como em outros Estados, vem se organizando referentes aos fluxos de serviços pertinentes a vigilância e assistência para a toxoplasmose, tendo hoje duas maternidades de referência (Hospital Maternidade Dona Regina e o Hospital Maternidade Dom Orione), as quais recebem todas as gestantes diagnosticadas para toxoplasmose no Estado e um ambulatório fetal para os recém-nascidos suspeitos ou confirmados. Já as ações de vigilância desta doença, no Estado, estão voltadas em monitorar e investigar os casos suspeitos e confirmados através de monitores epidemiológicos. O resultado deste monitoramento subsidia o planejamento das ações de prevenção e controle junto aos municípios, como treinamento em serviço, normatização de instrumentos oficiais, dentre outros. Contudo, todo serviço prestado para a prevenção e controle da toxoplasmose no Estado do Tocantins ainda necessita de aprimoramento.

Pensando na qualificação e alinhamento das condutas clínicas para o diagnóstico e tratamento da toxoplasmose gestacional e congênita no Estado do Tocantins, construiu-se este fluxo para ampla divulgação do esquema terapêutico, contribuindo assim, para a qualificação e instrumentalização das ações e estratégias para a prevenção, controle e assistência desta doença.



2. Conduta clínica para diagnóstico e tratamento da toxoplasmose gestacional até as 16 semanas de gestação – MS/2020



A maioria dos casos de toxoplasmose pode acontecer sem sintomas ou com sintomas bastante inespecíficos. Os casos confirmados precisam ser notificados e investigados no SINAN (CID O 98.6). Toda gestante, INDEPENDENTE do resultado da sorologia para toxoplasmose, deve ser orientada para prevenção da infecção. Toda gestante confirmada para toxoplasmose deverá ser encaminhada para a Maternidade de Referência.

OBS: quando IgG (+) e IgM (-) **não há** a necessidade de repetir as sorologias

A triagem neonatal para toxoplasmose é uma alternativa para a identificar o recém-nascido infectado devido à infecção materna no final da gestação.

SD - sulfadiazina; P - pirimetamina; AF - ácido fólico

FIGURA 1 - Fluxograma da triagem da toxoplasmose no pré-natal: primeira sorologia realizada até 16 semanas de gestação (Peyron et al, 2016)



3. Conduta clínica para diagnóstico e tratamento da toxoplasmose gestacional após as 16 semanas de gestação – MS/2020

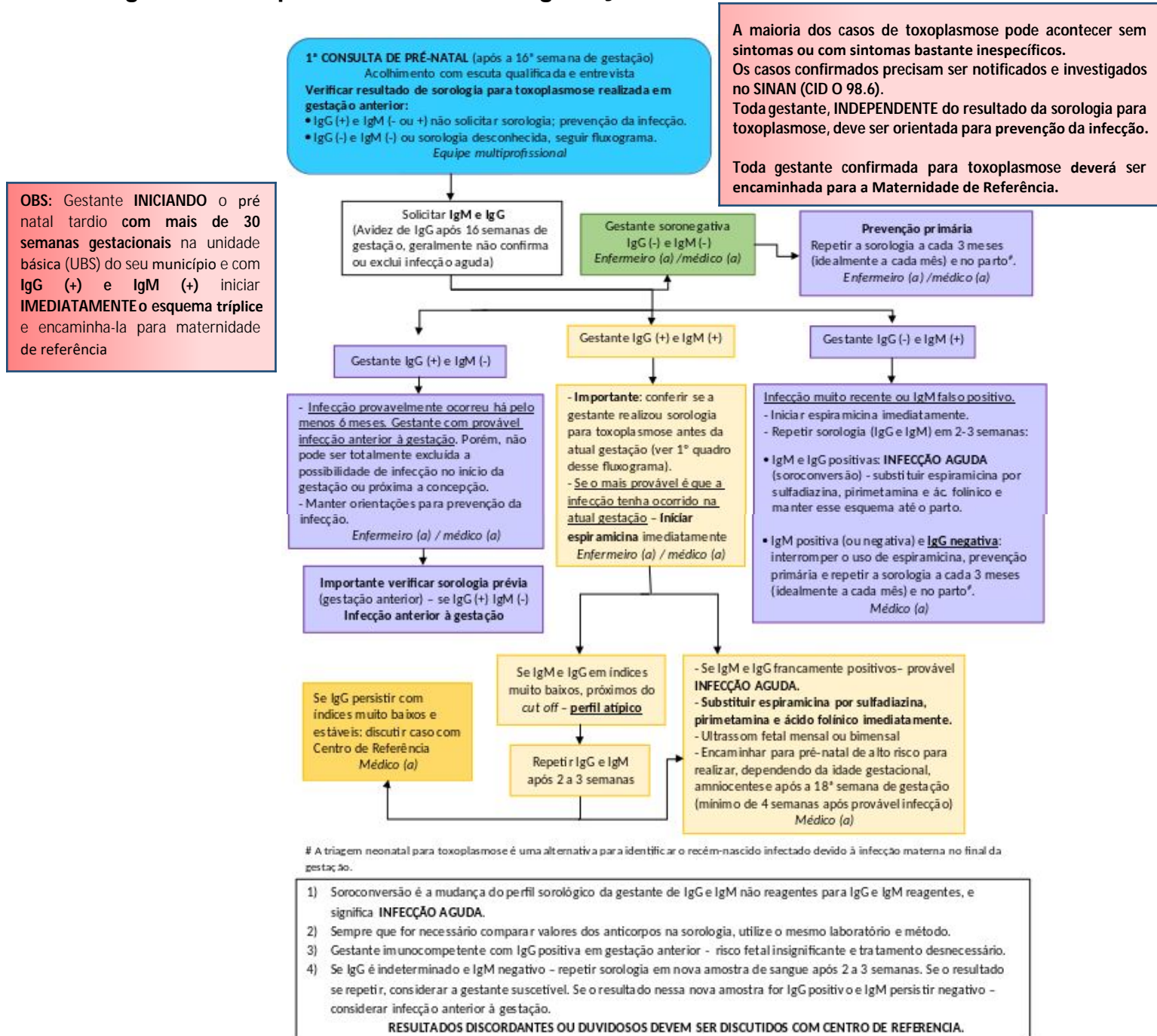


FIGURA 2 - Fluxograma da triagem da toxoplasmose no pré-natal: primeira sorologia realizada com mais de 16 semanas de gestação (Peyron et al, 2016)





4. Orientações

1. É imprescindível a realização do exame sorológico em **TODOS** os recém-nascidos de mães com toxoplasmose suspeita ou confirmada tendo em vista que a maioria dos casos de toxoplasmose congênita é assintomática.
2. Imprescindível anotar no cartão da gestante e/ou criança todos os resultados de exames laboratoriais, com data, os métodos utilizados e seus respectivos valores de referência, o início de tratamento, medicamento e esquema terapêutico utilizado.
3. De acordo com o **RENAME – 2017**, a aquisição da **ESPIRAMICINA** passa a ser responsabilidade do Ministério da Saúde.
4. A obrigatoriedade da notificação **É DE QUALQUER PROFISSIONAL DE SAÚDE**, através do preenchimento da **Ficha de Notificação/Conclusão do SINAN**.
5. A obrigatoriedade dos municípios é de realizar a investigação em ficha paralela de **Investigação de Toxoplasmose Gestacional e Congênita do FormSUS**.

5. Vigilância epidemiológica

O Ministério da Saúde normatiza a **Portaria Nº. 204/2016**, no qual inclui a toxoplasmose gestacional e congênita como de notificação compulsória semanal (NCS), realizada em até 7 (sete) dias, diante do conhecimento da ocorrência da doença (suspeita ou confirmada), observando-se, também, as normas técnicas estabelecidas pela SVS/MS.

O município deve notificar os casos de **Toxoplasmose Gestacional (CID 10 – O98.6 - Doenças causadas por protozoários complicando a gravidez)** e **Toxoplasmose Congênita (CID 10 – P37.1)** na **“Ficha Individual de Notificação”**, definida pelo SINAN.

TODA GESTANTE E CRIANÇA COM SUSPEITA DE INFECÇÃO GESTACIONAL E/OU CONGÊNITA devem ser encaminhadas à Referência Hospitalar/Gestação de Alto Risco de sua região para confirmação laboratorial e/ou tratamento (**os casos**



confirmados de infecção ativa devem ser tratados de acordo com os critérios técnicos já estabelecidos).

Conforme a Portaria Nº 1.000/2013 que habilitou a Maternidade Dona Regina Siqueira Campos, com sede em Palmas – TO, como integrante do Sistema Estadual de Referência Hospitalar Tipo 2 para atendimento à Gestação de Alto Risco, atendendo a região Macro Sul do Estado.

E a Portaria Nº 1.395/2016, habilitou o Hospital Dom Orione, com sede em Araguaína – TO, como integrante do Sistema Estadual de Referência Hospitalar Tipo 2 para atendimento à Gestante de Alto Risco, atendendo a região Macro Norte do Estado.

Esclarecimentos, favor entrar em contato com a Área Técnica da DVHA através do telefone: (63) 3218-3317 e/ou pelo e-mail: mdda.saude@gmail.com

6. Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de Notificação e Investigação: Toxoplasmose gestacional e congênita. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico. 5. ed.: Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. p. 115-118.

_____. Ministério da Saúde. Investigação epidemiológica de Casos, Surtos e Epidemias In: Guia de vigilância em saúde. 1. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Cap 13.

_____. Ministério da Saúde. Manual AIDPI neonatal. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2012, p. 35; 37; 86.

_____. Ministério da Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada– manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde. 2006. p. 11; 18; 24; 106-109.



_____. Ministério da Saúde. Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de

microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Toxoplasmose congênita. In: Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Toxoplasmose. In: Doenças Infecciosas e Parasitárias: guia de bolso. 8. ed. Brasília: Ministério da Saúde. p. 394-397. 2010.

_____. Ministério da Saúde; INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA.

Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. p. 65; 82; 87-88; 111; 117; 118; 120; 157.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Toxoplasmosis (Toxoplasma infection). In: CDC twenty four seven. Saving Lives, Protecting People. Parasites. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/parasites/toxoplasmosis/epi.html>>. Acesso em: 01 de jul de 2020.

DANA, Woodhall et al. Neglected Parasitic Infections: What Every Family Physician Needs to Know. American Family Physician. Volume 89, Number 10. p. 803-811. 2014. Disponível em: <<https://www.aafp.org/afp/2014/0515/p803.html>>.

Dubey JP; Lago EG; Gennari SM; Su C; Jones JL. Toxoplasmosis in humans and animals in Brazil: high prevalence, high burden of disease, and epidemiology. Parasitology (London. Print). 2012; 2012:1-50.

Lago E. G., Bender A.L., Glock L., et al. Comparison of anti-Toxoplasma gondii IgG concentrations at delivery in uninfected newborns and their mothers. *Scientia Medica*. 2004; 14(2):109-200.

McLeod R, Boyer K, Karrison T, Kasza K, Swisher C, Roizen N *et al*. Outcome of treatment for congenital toxoplasmosis, 1981– 2004: The National Collaborative Chicago-based, Congenital Toxoplasmosis Study. *Clin Infect Dis* 2006; 42: 1383–1394.

Wallon M, Peyron F, Cornu C, et al. Congenital Toxoplasma infection: monthly prenatal screening decreases transmission rate and improves clinical outcome at age 3 years. *Clin Infect Dis*. 2013;56(9):1223-31.





ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Parasitosis: protozoosis –
Toxoplasmosis. In: Zoonosis y enfermedades transmisibles comunes al hombre y a los
animales: parasitosis. Sección A: protozoosis. Publicación Científica y Técnica nº 5803.

Washington: D.C.: OPS. 3 vol. pag 88-98. 2003.

PERCILIANA JOAQUINA BEZERRA DE CARVALHO
Superintendência de Vigilância em Saúde

