



Governo do Estado de Roraima
Secretaria de Estado da Saúde de Roraima
"Amazônia: patrimônio dos brasileiros"
NOTA TÉCNICA

NOTA TÉCNICA DVE/CGVS/SESAU Nº. 14/2022

ASSUNTO: Orientações sobre notificação e dispensação de medicamentos para tratamento de toxoplasmose gestacional e congênita no estado de Roraima.

1. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E INFORMAÇÕES TÉCNICAS SOBRE A TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA NO BRASIL

A toxoplasmose é causada pelo parasito *Toxoplasma gondii*, sendo uma infecção comum e de manifestação clínica rara^{1,2}. As principais vias de transmissão são: oral (água e alimento contaminados) e congênita (vertical)^{1,2,3}.

Após a infecção aguda, o parasita persiste por toda a vida do hospedeiro sem apresentar repercussões clínicas em pessoas imunocompetentes, podendo reativar se a pessoa tornar-se imunossuprimida^{1,4,5}. Mulheres grávidas imunocomprometidas e infectadas antes de sua gravidez também podem desenvolver a fase aguda e transmitir ao feto⁵. Embora se considere que a gestante suscetível (que não teve contato com o agente etiológico) seja o principal foco das medidas preventivas, todas as gestantes devem ser instruídas sobre os cuidados de prevenção primária⁶.

O Ministério da Saúde do Brasil recomenda o acompanhamento das gestantes no pré-natal com objetivo de prevenir a infecção aguda pelo *Toxoplasma gondii* por meio de medidas de prevenção primária^{6,7}. Durante o Pré-Natal orienta-se a realização dos exames para toxoplasmose IgM e IgG, que devem ser solicitados na primeira consulta, e os casos confirmados deverão ser encaminhados ao pré-natal de alto risco^{8,9,10,11} (Anexos 1 e 2).

Se houver a infecção, a detecção precoce poderá prevenir a transmissão fetal e também proporcionar o tratamento adequado, caso haja transmissão intrauterino^{6,7}. O dano ao feto é frequentemente mais grave quanto mais cedo ocorrer a transmissão, podendo causar aborto espontâneo, óbito fetal, microcefalia e outras sequelas no recém-nascido. Embora muitas crianças infectadas durante a gestação não apresentem sinais e sintomas no momento do nascimento (assintomáticas)³, podem desenvolver sequelas tardias, como perda da visão potencial, deficiência mental, convulsões, etc⁵.

A toxoplasmose congênita é prevalente no Brasil e estima-se que nasçam entre 5-23 crianças infectadas a cada 10.000 nascidos vivos¹². As mães dessas crianças geralmente não apresentam manifestações clínicas sugestivas da infecção durante a gestação^{13,14}. Crianças infectadas durante a gestação são muitas vezes assintomáticas no momento do nascimento³ – cerca de 90% não apresentam sintomas ao nascimento. Mas, se essas crianças são investigadas, entre 60-80% apresentam alterações oftalmológicas e/ou neurológicas, com prejuízos variáveis na sua qualidade de vida^{13,14} (Anexo 3).

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de Toxoplasmose Gestacional e Congênita está em elaboração para atualizar as diretrizes de diagnóstico, tratamento e acompanhamento clínico dos casos. Até que seja publicado, recomendamos que sejam seguidas as orientações disponíveis em documentos técnicos do Ministério da Saúde¹⁵.

2. DEFINIÇÃO DE CASO

TOXOPLASMOSE ADQUIRIDA DURANTE A GESTAÇÃO¹⁶

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.
- Gestante que apresentar ultrassonografia obstétrica sugestiva de toxoplasmose congênita.
- Qualquer gestante identificada em situações de surto de toxoplasmose.

Caso provável:**Caso suspeito que apresente uma das seguintes situações:**

- Resultado reagente de anticorpos IgM e IgG, com avidez 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.

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:**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 avidez 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).

IMPORTANTE:

- 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.
- É 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. ORIENTAÇÕES PARA NOTIFICAÇÃO DOS CASOS

A toxoplasmose adquirida na gestação e a toxoplasmose congênita (CID-10: O98.6 – doenças causadas por protozoários complicando a gravidez, o parto e o puerpério; P37.1 – toxoplasmose congênita) são doenças de notificação compulsória semanal, realizada em até 7 (sete) dias, diante do conhecimento da ocorrência da doença (suspeita ou confirmada), conforme a PORTARIA GM/MS Nº 3.418, DE 31 DE AGOSTO DE 2022

(link de acesso https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt3418_01_09_2022.html), observando-se, também, as normas técnicas estabelecidas pela SVS/MS.

A obrigatoriedade da notificação É DE QUALQUER PROFISSIONAL DE SAÚDE, por meio do preenchimento da Ficha de Notificação e Conclusão. Disponível em http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/NINDIV/Ficha_conclusao_v5.pdf (Anexo 4).

As fichas de notificação deverão ser encaminhadas para a vigilância epidemiológico do município do estabelecimento de saúde de notificação atendendo a periodicidade de envio semanal.

Há também a obrigatoriedade das Secretarias Municipais de Saúde de realizar a investigação em ficha paralela de investigação de toxoplasmose gestacional e congênita do FormSUS.

4. SERVIÇOS DE REFERÊNCIA PARA TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA NO ESTADO DE RORAIMA

O serviço de referência para a assistência da toxoplasmose gestacional é o **Centro de Referência de Saúde Mulher Maria Luíza Castro Perin**, de gestão estadual, localizado na capital, Boa Vista, e recebe as gestantes dos 15 municípios do estado.

Para os recém nascidos suspeitos de toxoplasmose congênita (Mãe com infecção aguda na gestação – provável ou confirmada) o serviço de referência será o **Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth** (até 30 dias do nascimento), de gestão estadual, e o **Hospital da Criança Santo Antônio** (para maiores de 30 dias e menores de 13 anos), de gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista.

5. TRATAMENTO PARA TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA EM RORAIMA

O Ministério da Saúde¹⁷ recomenda que, para gestantes com infecção aguda antes da 30ª semana, deve-se manter a **Espiramicina** (1g – 3.000.000 UI), de 8/8 horas, via oral, continuamente até o final da gravidez. Se a infecção se der após a 30ª semana, recomenda-se instituir o tratamento triplice materno: **Pirimetamina** (25 mg), de 12/12 horas, por via oral; **Sulfadiazina** (1.500 mg), de 12/12 horas, por via oral; e **Ácido fólico** (10 mg/dia) – este imprescindível para a prevenção de aplasia medular causada pela pirimetamina¹⁵.

A partir da publicação da Portaria nº 1.897, de 26 de julho de 2017, que estabelece a versão 2017 da RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais), esses medicamentos passaram a compor a Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica, Anexo II da RENAME 2017, sendo assim, a sua aquisição e financiamento passou a ser de responsabilidade do Ministério da Saúde. Caberá aos estados e Distrito Federal o recebimento, armazenamento e a distribuição desses medicamentos aos municípios¹⁵.

6. DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA EM RORAIMA

As gestantes referenciadas para o **Centro de Referência de Saúde Mulher Maria Luíza Castro Perin** terão acesso aos medicamentos (na farmácia dessa unidade de saúde) e o acompanhamento médico especializado durante a gestação.

Os Recém nascidos suspeitos de toxoplasmose congênita (Mãe com infecção aguda na gestação – provável ou confirmada) terão acesso aos medicamentos e acompanhamento médico especializado no **Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth** (até 30 dias do nascimento) e no **Hospital da Criança Santo Antônio** (para maiores de 30 dias e menores de 13 anos).

Para a **dispensação dos medicamentos** para tratamento da toxoplasmose gestacional e congênita – **Espiramicina** 1.500.000 UI (comprimido), **Pirimetamina** 25mg (comprimido) e **Sulfadiazina** 500mg (comprimido) – é exigida a documentação, detalhada abaixo, pela farmácia do serviço de referência:

- **Toxoplasmose Adquirida durante a Gestação:**

1. Xerox dos documentos da gestante;

2. Notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) com o CID-10 correto para a Toxoplasmose Gestacional – O98.6;
3. Prescrição médica atualizada, com assinatura e CRM legíveis (*informar a idade gestacional) ;
4. Exames que comprovam a Toxoplasmose Gestacional (se realizado teste de avidéz de IgG até a 16ª semana, também enviar).

Observação: a partir da segunda solicitação, somente será necessário enviar a prescrição médica atualizada, com assinatura e CRM legíveis (mensalmente é necessário enviar a prescrição atualizada).

- **Toxoplasmose Congênita:**

1. Xerox dos documentos do recém-nascido E da mãe;
2. Notificação no Sinan com o CID-10 correto para a Toxoplasmose Congênita – P37.1;
3. Prescrição médica atualizada, com assinatura e CRM legíveis;
4. Exames que comprovam a Toxoplasmose Congênita.

Observação: a partir da segunda solicitação, somente será necessário enviar a prescrição médica atualizada, com assinatura e CRM legíveis (mensalmente é necessário enviar a prescrição atualizada).

7. REFERÊNCIAS

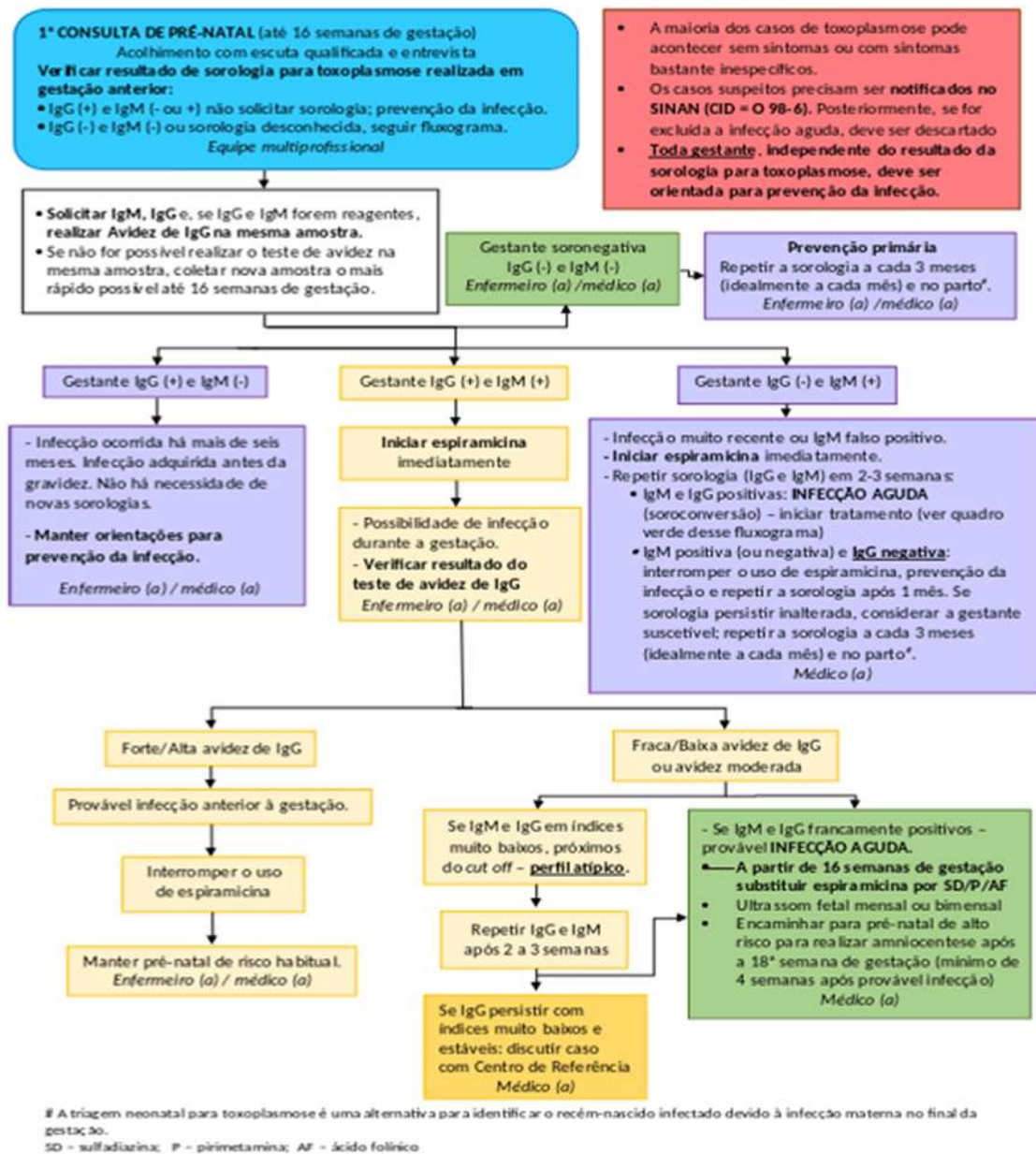
1. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Zoonosis y enfermedades transmisibles comunes al hombre y a los animales: parasitosis. Sección A: protozoosis. 3.ª ed. Washington, D.C.: OPS, © 2003. 3 vol. — (Publicación Científica y Técnica No. 580). ISBN 92 75 31991 X – Obra completa, 3 volúmenes. ISBN 92 75 31993 6 – Vol. 3
2. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. CDC twenty four seven. Saving Lives, Protecting People. Parasites - Toxoplasmosis (Toxoplasma infection) <http://www.cdc.gov/parasites/toxoplasmosis/epi.html>, atualizado em 26/03/2015.
3. STEVEN M. TEUTSCH, M.D., M.P.H., DENNIS D. JURANEK, D.V.M., M.SC., ALEXANDER SULZER, PH.D., J. P. DUBEY, M.V.SC, PH.D., AND R. KEITH SIKES, D.V.M., M.P.H. Free Preview. Epidemic Toxoplasmosis Associated with Infected Cats. N Engl J Med 1979; 300:695-699 March 29, 1979 DOI: 10.1056/NEJM197903293001302
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido : guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. atual. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014
5. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. CDC twenty four seven. Saving Lives, Protecting People. Parasites - Toxoplasmosis (Toxoplasma infection) <http://www.cdc.gov/parasites/toxoplasmosis/disease.html>, atualizado em 10/07/2014, acessado em 15/03/2016
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n° 32)
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163 p.

8. BRASIL. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico. 5. ed.: Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. p. 115-118.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual AIDPI neonatal. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2012, p. 35; 37; 86.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2013.
11. BRASIL. Nota Técnica Nº 14/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. Fluxograma de diretriz Nacional, para a condução clínica do diagnóstico e tratamento da Toxoplasmose Gestacional e Congênita. Brasil: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. SEI/MS – 0014746811, de 22 maio 2020.
12. 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.
13. 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.
14. Vasconcelos-Santos DV, Azevedo DOM, Campos WR, Orefice F, Queiroz-Andrade GM, Carellos EVM, et al. . Congenital Toxoplasmosis in Southeastern Brazil: Results of Early Ophthalmologic Examination of a Large Cohort of Neonates. *Ophthalmology*. 2009;116:2199-205
15. BRASIL. Nota Técnica Nº 163/2018-CGAFME/DAF/SCTIE/MS: disponibilização dos medicamentos para o tratamento de Toxoplasmose Gestacional. Brasília: Ministério da Saúde. SEI/MS – 4839599, de 06 de agosto de 2018.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. – 5. ed. rev. e atual. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. 1.126 p.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 230 p. : il

ANEXO 1

TRIAGEM DA TOXOPLASMOSE NO PRÉ-NATAL: PRIMEIRA SOROLOGIA REALIZADA ATÉ 16 SEMANAS DE GESTAÇÃO

Com base na Nota Técnica Nº. 14/2020 – COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS

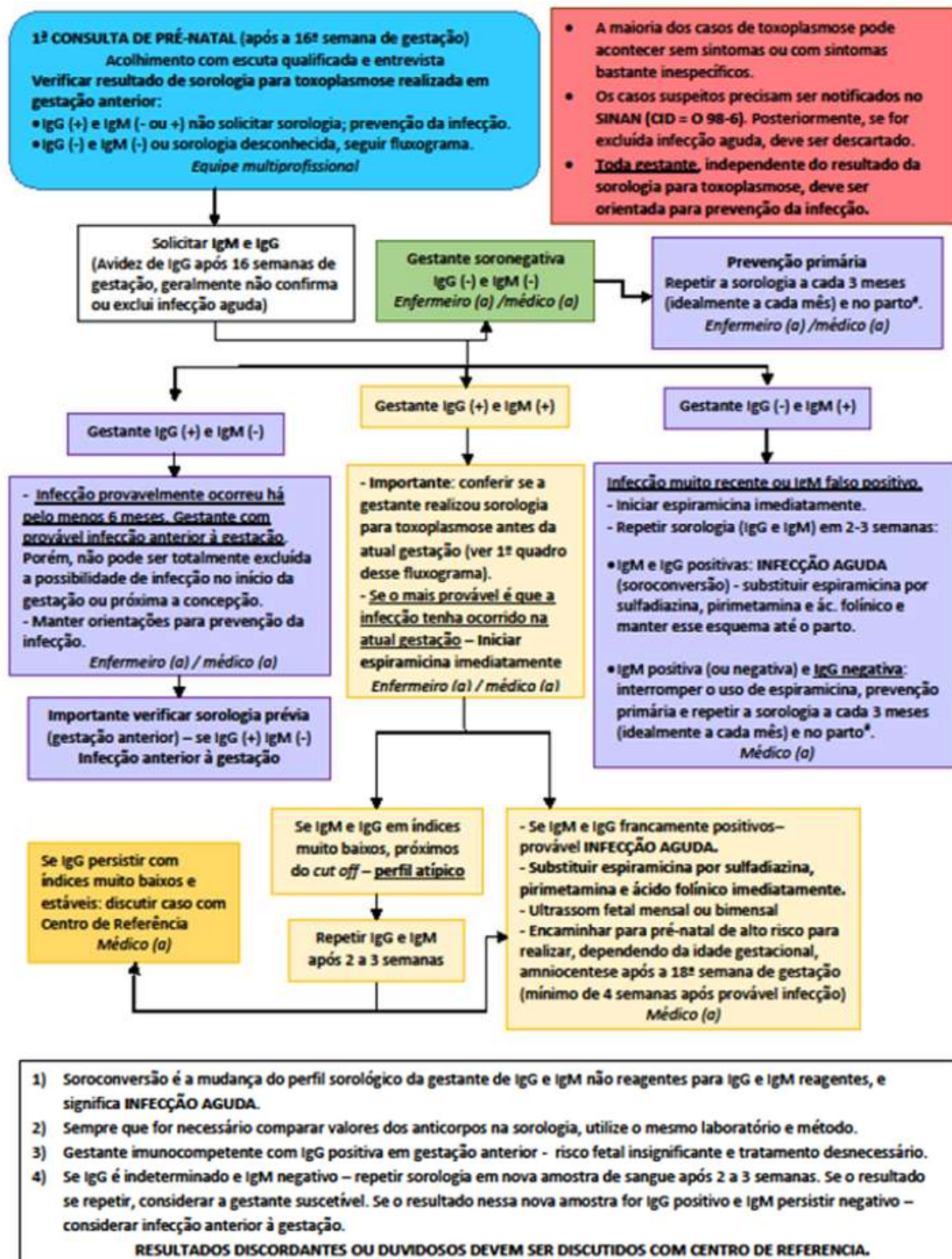


Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202112/17150626-nota-tecnica-n-14-2020-cosmu-cgcivi-dapes-saps-ms-2.pdf>

ANEXO 2

TRIAGEM DA TOXOPLASMOSE NO PRÉ-NATAL: PRIMEIRA SOROLOGIA REALIZADA APÓS 16 SEMANAS DE GESTAÇÃO

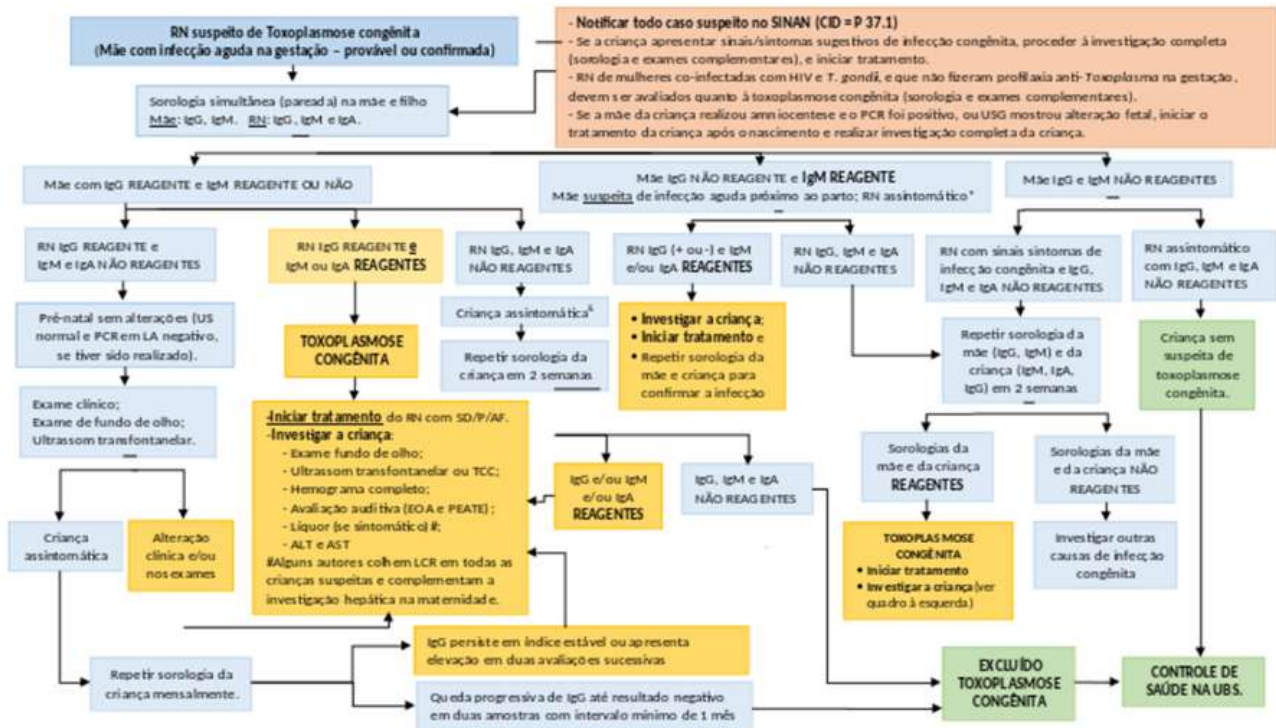
Com base na Nota Técnica Nº 14/2020 – COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS

Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202112/17150626-nota-tecnica-n-14-2020-cosmu-cgcivi-dapes-saps-ms-2.pdf>

ANEXO 3

FLUXOGRAMA DE AVALIAÇÃO E CONDUTA NA MATERNIDADE PARA O RECÉM NASCIDO SUSPEITO DE TOXOPLASMOSE CONGÊNITA

Com base na Nota Técnica N° 14/2020 – COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS



*Alguns autores sugerem que se a infecção aguda materna (soroconversão) ocorreu no último trimestre da gestação, pode-se iniciar tratamento da criança, mesmo se assintomática, e realizar propedêutica a seguir.

^A Se RN sintomático e soronegativo para toxoplasmose, avaliar sorologias maternas, condições de nascimento da criança (prematuridade), e discutir caso a caso.

USG- ultrassom gestacional; TCC- Tomografia computadorizada do crânio; PCR- Reação em Cadeia da Polimerase; EOA- emissões otoacústicas; PEATE ou BERA- Potenciais Evocados Auditivos de Tronco Cerebral; ALT ou TGP- alanina aminotransferase; AST ou TGO- aspartato aminotransferase; SD/P/AF- sulfadiazina, pirimetamina e ácido fólico

RESULTADOS DISCORDANTES OU DUVIDOSOS DEVEM SER DISCUTIDOS COM CENTRO DE REFERÊNCIA

Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202112/17150626-nota-tecnica-n-14-2020-cosmu-cgcivi-dapes-saps-ms-2.pdf>

ANEXO 4

FICHA DE NOTIFICAÇÃO E CONCLUSÃO DO SINAN/MS

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO/CONCLUSÃO		Nº
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		3 Data da Notificação	
	2 Agravado/enferma		Código (CID10)	4 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	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 - 1º trimestre 2 - 2º trimestre 3 - 3º trimestre 4 - Não gestante/ignorado 5 - Não 6 - Não se aplica	13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 6 - Ignorado
	14 Escolaridade 0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (anexo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (anexo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (anexo primário ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (anexo primário ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (anexo integral ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (anexo integral 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,...)	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência	27 CEP
Conclusão	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)
	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	
Conclusão	Código (IBGE)		38 Distrito	39 Bairro
	40 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		41 Evolução do Caso 1 - Cura 2 - Óbito pelo agravo notificado 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado	
	42 Data do Óbito		43 Data do Encerramento	
	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	

Disponível em http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/NINDIV/Ficha_conclusao_v5.pdf



Documento assinado eletronicamente por **José Vieira Filho, Diretor do Departamento de Vigilância Epidemiológica**, em 09/11/2022, às 15:28, conforme Art. 5º, XIII, "b", do Decreto Nº 27.971-E/2019.



Documento assinado eletronicamente por **Valdirene Oliveira Cruz, Coordenadora Geral de Vigilância em Saúde**, em 10/11/2022, às 10:52, conforme Art. 5º, XIII, "b", do Decreto Nº 27.971-E/2019.



A autenticidade do documento pode ser conferida no endereço <https://sei.rr.gov.br/autenticar> informando o código verificador **6810311** e o código CRC **FFA59DC0**.