

GOVERNO DE SANTA CATARINA

Secretaria de Estado da Saúde

Diretoria de Atenção Primária à Saúde

Diretoria de Assistência Farmacêutica

Diretoria de Vigilância Epidemiológica

Laboratório Central de Saúde Pública

MANUAL TÉCNICO DE ORIENTAÇÕES SOBRE O MANEJO DA TOXOPLASMOSE

Orienta sobre a notificação, investigação e tratamento da toxoplasmose gestacional, congênita e sobre o tratamento da toxoplasmose adquirida.

VERSÃO 2025

SANTA CATARINA
Outubro de 2025.



GOVERNO DE
**SANTA
CATARINA**
SECRETARIA DA SAÚDE

SUMÁRIO

1) TOXOPLASMOSE	4
1.1) Modo de Transmissão e Incubação	4
1.2) Aspectos clínicos	4
1.3) Diagnóstico diferencial	4
2) TOXOPLASMOSE GESTACIONAL	5
2.1) Tratamento toxoplasmose gestacional	8
3) TOXOPLASMOSE CONGÊNITA	9
3.1) Manejo da criança com toxoplasmose suspeita ou confirmada em situações de recursos limitados para investigação	13
3.2) Tratamento toxoplasmose congênita	14
3.3) Toxicidade do tratamento	15
3.3.1) Pirimetamina	15
3.3.2) Sulfadiazina	15
4) ORIENTAÇÕES PARA TRATAMENTO DE TOXOPLASMOSE ADQUIRIDA	16
5) NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO DOS CASOS	19
5.1) Preenchimento da ficha do SINAN	20
5.1.1) Variável 32: Classificação Final	20
5.1.2) Variável 33: Critério De Confirmação	20
5.1.3) Variável 34: O Caso É Autóctone De Residência?	20
5.1.4) Variável 40: Doença Relacionada Ao Trabalho	20
5.1.5) Variável 41: Evolução Do Caso	20
6) PROFILAXIA	21
6.1) Medidas de prevenção primária	21
7) REFERÊNCIAS	22
8) APÊNDICES	23

LISTA DE FIGURAS

FLUXOGRAMA 1. Interpretação de resultados e condutas para gestantes com até 16 semanas de gestação.	6
FLUXOGRAMA 2. Interpretação de resultados e condutas para gestantes a partir de 16 semanas de gestação.	7
QUADRO 1. Indicação de esquema terapêutico para tratamento da toxoplasmose gestacional	8
QUADRO 2. Critérios de classificação para notificação dos casos suspeitos, confirmados e descartados de toxoplasmose congênita	10
FLUXOGRAMA 3. Avaliação e Condutas para o Recém-Nascido Suspeito de Toxoplasmose Congênita.	12
QUADRO 3. Esquema terapêutico para toxoplasmose congênita em RN sintomático e assintomático de mãe com toxoplasmose gestacional suspeita ou confirmada	14
QUADRO 4. Esquema terapêutico para Neurotoxoplasmose - HIV positivo.	16
QUADRO 5. Esquema terapêutico para toxoplasmose ocular.	17
QUADRO 6. Esquema terapêutico para toxoplasmose adquirida (apenas se apresentar comprometimento visceral, sintomas graves ou persistentes.)	18
QUADRO 7. Esquema terapêutico para toxoplasmose adquirida (reativação) em pacientes imunossuprimidos não HIV	18
QUADRO 8. Descrição dos tipos de toxoplasmose e notificação no SINAN	19

1. TOXOPLASMOSE

A toxoplasmose é uma zoonose de distribuição mundial, causada pelo protozoário intracelular *Toxoplasma gondii*. Esse parasita tem a capacidade de infectar diversas espécies, incluindo aves, seres humanos e outros mamíferos. A infecção pode apresentar um espectro clínico variado, sendo assintomática na maioria dos casos, mas também podendo evoluir para quadros sistêmicos graves (JACOBS e LUNDE, 1957; FAYER, 1981).

O *Toxoplasma gondii* possui um ciclo biológico que envolve hospedeiros definitivos e intermediários. Os felídeos, incluindo gatos domésticos e selvagens, são os hospedeiros definitivos, pois neles ocorre a reprodução sexuada do protozoário. Já os hospedeiros intermediários incluem aves, seres humanos e outros mamíferos de sangue quente, nos quais o parasita se multiplica e forma cistos em diversos tecidos.

1.1) MODO DE TRANSMISSÃO E INCUBAÇÃO

A infecção por *Toxoplasma gondii* pode ocorrer em humanos e animais por meio das três formas do ciclo de vida do parasito. Uma das principais vias de transmissão é a ingestão de alimentos ou água contaminados com oocistos, que são eliminados nas fezes de gatos e outros felídeos, os hospedeiros definitivos do protozoário. Outra forma comum de infecção é o consumo de carne crua ou mal-cozida, especialmente de porco e carneiro, que pode conter cistos teciduais do parasito. Além disso, a transmissão transplacentária de taquizoítos ocorre quando uma gestante adquire a infecção durante a gravidez, podendo levar à toxoplasmose congênita no feto.

Outras vias menos frequentes de transmissão incluem a exposição a produtos sanguíneos contaminados, transplantes de órgãos infectados e a ingestão de leite não pasteurizado, que não foi submetido ao tratamento térmico adequado (TENTER *et al.*, 2000; KIJLSTRA; JONGERT, 2009).

É importante destacar que o contato direto com gatos ou suas ninhadas não é considerado o principal fator de risco para a infecção. Em vez disso, evidências mostram que o contato com solo contaminado por oocistos, seja por meio de atividades ocupacionais ou jardinagem, bem como a ingestão de água ou vegetais mal higienizados, constituem as principais fontes de transmissão. Em humanos, o período de incubação estimado varia de 10 a 23 dias após a ingestão de cistos teciduais e de 5 a 20 dias após a ingestão de oocistos (BRASIL, 2024).

1.2) ASPECTOS CLÍNICOS

A maioria dos casos de toxoplasmose é assintomática. Nos humanos imunocompetentes a toxoplasmose passa despercebida, e não acarreta danos ao organismo. No entanto, 10% a 20% dos adultos infectados apresentam, na fase aguda da doença, manifestações clínicas.

As manifestações clínicas mais comuns, de acordo com Beaman *et al.* (1995), são linfadenopatias (mais comuns nas cadeias cervicais e occipitais) e a astenia, sem febre.

A linfadenopatia pode ocasionalmente vir acompanhada de febre, mal-estar, cefaleia, astenia, mialgia, exantema máculo-papular, odinofagia e hepatoesplenomegalia. Também podem ocorrer encefalite, miocardite, hepatite e pneumonite estando frequentemente associadas com imunodepressão. A retinocoroidite raramente ocorre no curso da infecção aguda e costuma ser unilateral. De acordo com Silveira (2002), estima-se que entre 12 a 15% das pessoas infectadas irão desenvolver lesões oculares em algum momento da vida.

1.3) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Considerar no diagnóstico diferencial: mononucleose infecciosa, citomegalovírus, rubéola, listeriose, hepatite, fase aguda da infecção por HIV, enterovirose, tuberculose ganglionar, doença de Hodgkin e linfomas.

2. TOXOPLASMOSE GESTACIONAL

A prevalência da toxoplasmose no grupo de gestantes varia muito de um país para o outro, estando relacionada a diferentes hábitos alimentares, variações climáticas e condições sociodemográficas (Kasper, 2002). **A prevenção da infecção aguda na gestação é de fundamental importância e pode ser alcançada com uma adequada orientação sobre os hábitos alimentares e de higiene, reduzindo significativamente a contaminação da gestante pelo parasita.**

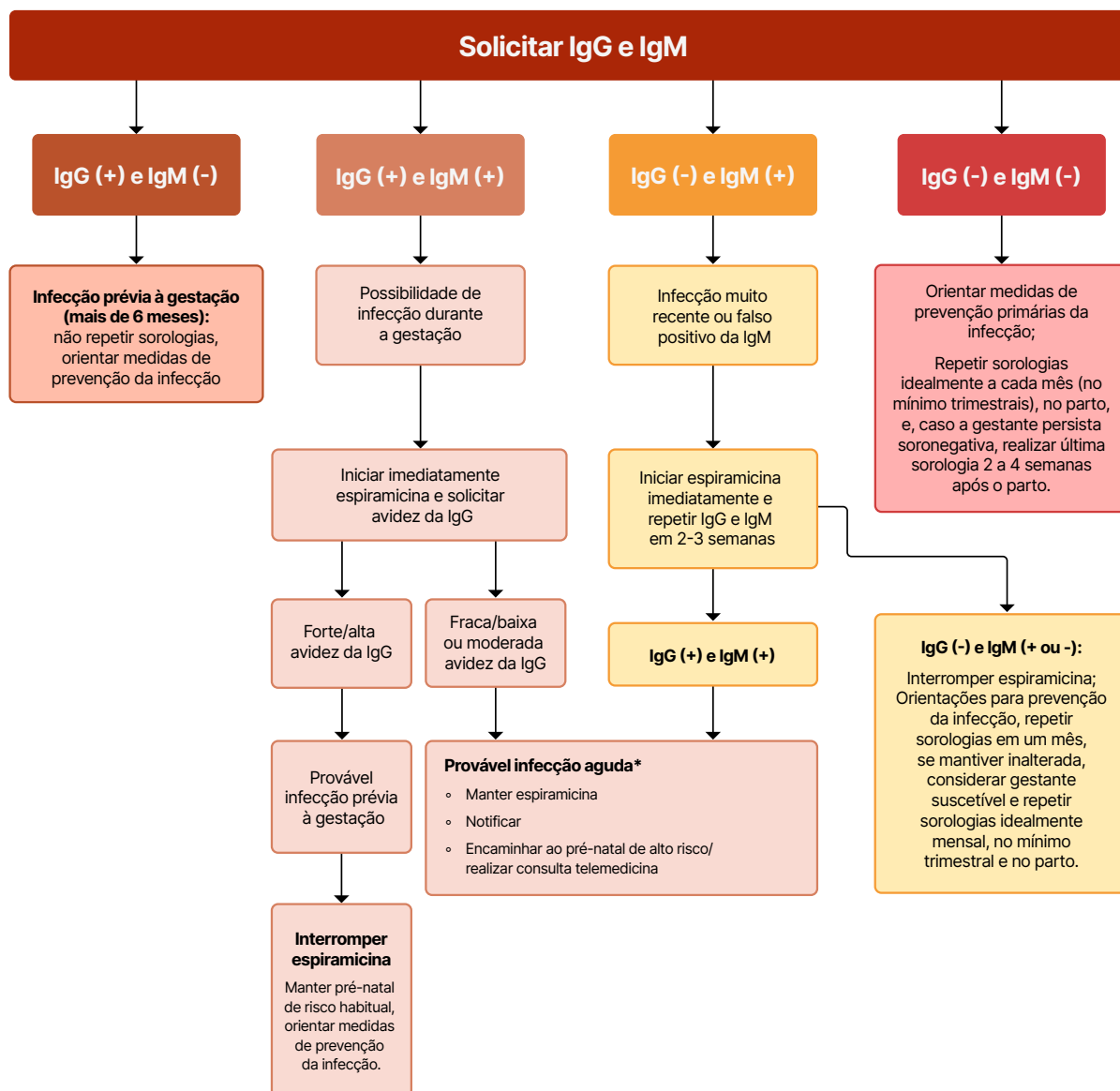
O rastreamento sorológico no pré-natal da atenção primária à saúde (APS) identifica gestantes suscetíveis à toxoplasmose e detecta precocemente os casos de infecção aguda recente, possibilitando prevenir a toxoplasmose congênita e suas possíveis sequelas. **A infecção fetal pode levar ao aborto espontâneo, além da possibilidade de a criança apresentar graves lesões visuais, auditivas e neurológicas.** Os métodos utilizados para a confirmação dos casos têm sido a sorologia IgM e IgG e a avides de IgG.

O teste de avides de IgG pode auxiliar no diagnóstico temporal da infecção materna, entretanto, esse teste apresenta limitações para o auxílio diagnóstico, sendo utilizado para os casos com idade gestacional ≤ 16 semanas. O seu resultado é expresso em percentual de ligação do anticorpo ao antígeno do parasita. Se o teste de avides for realizado até a 16ª semana de gestação e apontar elevado percentual de ligação de IgG ao antígeno (alta avides), é seguro excluir infecção aguda na gestação em curso, visto que a alta avides indica que os anticorpos foram produzidos há mais de 12 a 16 semanas. Após 16 semanas de gestação, independentemente do resultado do teste (baixa, alta ou indeterminada), a avides não tem autonomia para definir o tempo da infecção.

O rastreamento sorológico torna-se imprescindível quando consideramos que a maioria dos casos de toxoplasmose aguda cursa de forma assintomática ou com sintomas inespecíficos. Se possível esse rastreamento deve ser realizado antes mesmo da gestação, caso contrário, deve ser realizado no início do acompanhamento pré-natal, de forma mais precoce possível. Embora a ocorrência de IgG reagente para toxoplasmose em situação que evidencie infecção prévia à gestação seja uma situação tradicionalmente tranquilizadora, chamamos a atenção para o fato de que a imunidade adquirida para uma cepa não garante imunidade total a outras e que, no Brasil, além de uma grande variedade de cepas, há evidências de maior virulência destas (GILBERT, 2008). Assim, mesmo quando a infecção prévia à gestação é confirmada, deve-se orientar a gestante em relação às medidas de prevenção da infecção, já que, apesar de baixo, há risco de reinfecção. No caso de gestantes imunossuprimidas, há o risco adicional de uma possível reativação.

A idade gestacional com que a gestante inicia o pré-natal, a disponibilidade de recursos diagnósticos e o resultado dos exames realizados definirão as condutas, conforme os fluxogramas abaixo.

FLUXOGRAMA 1. Interpretação de resultados e condutas para gestantes com até 16 semanas de gestação.



Adaptado: NOTA TÉCNICA Nº 14/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS

*OBSERVAÇÃO:

Solicitar:

- » Amniocentese a partir de 18 semanas gestacionais (mínimo quatro semanas após a infecção) US obstétrico mensal;
- » US fetal mensal ou bimensal.

Exames não disponíveis ou evidência de infecção fetal (PCR positivo no líquido amniótico e/ou alteração no US fetal compatível com infecção congênita):

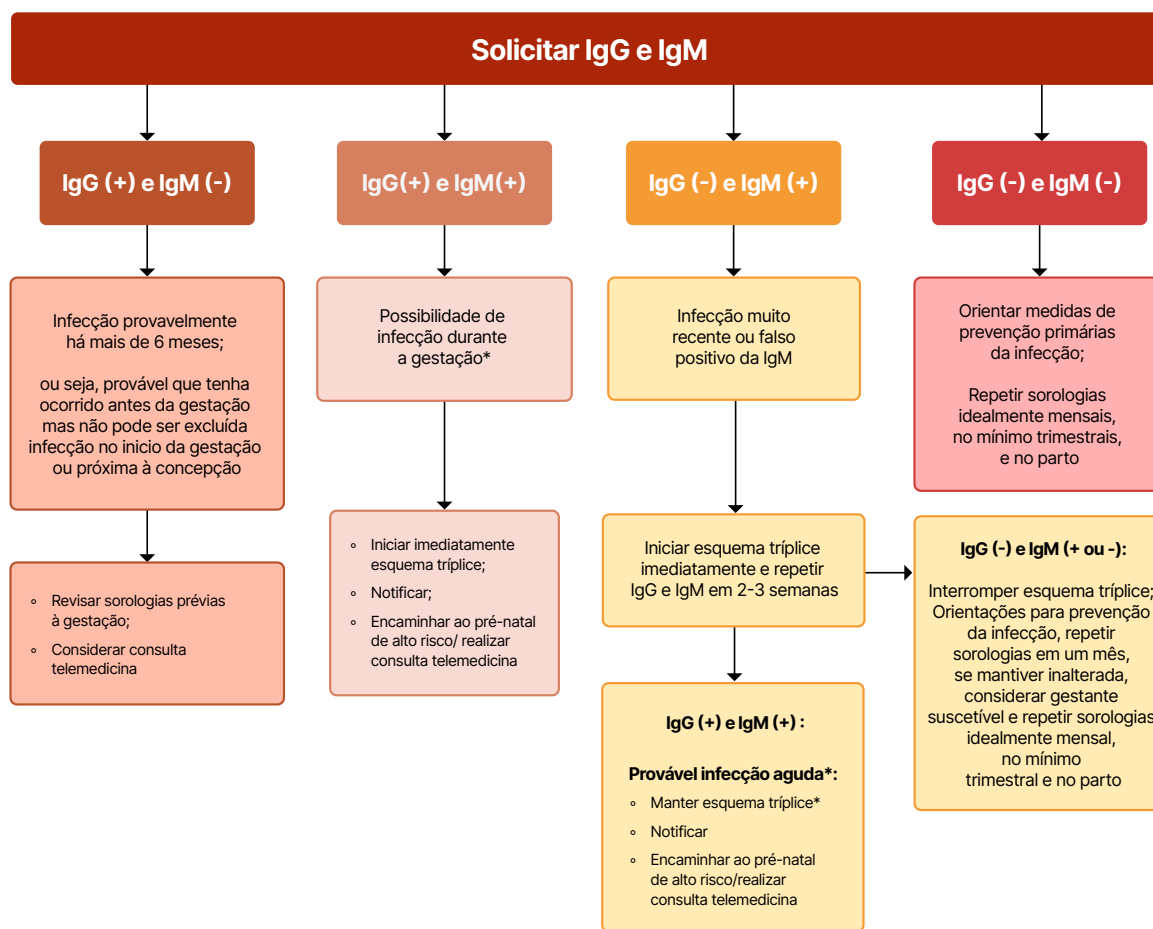
- » Alterar esquema para sulfadiazina, pirimetamina e ácido fólico a partir da 16a semana de gestação;
- » Investigar o RN.

Exames disponíveis e sem evidência de infecção fetal:

- » Manter espiramicina até o parto*;
- » Investigar o RN.

*se diagnóstico no terceiro trimestre iniciar direto o esquema tríplice.

FLUXOGRAMA 2. Interpretação de resultados e condutas para gestantes a partir de 16 semanas de gestação.



Adaptado: NOTA TÉCNICA Nº 14/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS

*OBSERVAÇÃO:

- » Não são requeridos exames de avidéz após a 16ª semana de gestação, pois, neste caso, a avidéz alta não descarta a infecção adquirida durante a gestação;
- » Todas as gestantes suscetíveis devem realizar, no mínimo, três sorologias durante a gestação;
- » Solicitar amniocentese a partir de 18 semanas gestacionais (mínimo quatro semanas após a infecção), a depender da idade gestacional, e US fetal mensal ou bimensal;
- » Se PCR positivo no líquido amniótico (ou não for possível realizá-lo), e/ou alteração fetal compatível com infecção congênita, manter esquema tríplice até o parto;
- » Se PCR negativo no líquido amniótico e US fetal normal, o esquema tríplice pode ser modificado para espiramicina;
- » Todas as gestantes suscetíveis devem realizar, no mínimo, três sorologias durante a gestação e, caso a gestante persista soronegativa, realizar uma última sorologia 2 a 4 semanas após o parto;
- » As gestantes portadoras de imunodeficiência, com evidência de infecção latente por Toxoplasma (IgG reagente prévia à gestação), devem ser acompanhadas por um infectologista, pois é possível a reativação da infecção. A reativação pode ser caracterizada pela elevação dos títulos de IgG (resultado reagente/positivo com títulos elevados ou em elevação), ausência de IgM, e aparecimento de lesões inflamatórias agudas, principalmente retinocoroidite. Embora incomum, o feto está em risco de infecção congênita, e a gestante deve ser tratada até o parto;
- » Casos suspeitos de reativação durante a gestação em imunocompetentes deve-se encaminhar para referência (BRASIL, 2018).

*Conferir se a gestante realizou sorologia para toxoplasmose antes da atual gestação;

*Verificar intervalo de tempo entre as sorologias (negativa antes da gestação e positiva na gestação) e discutir caso com referência.

2.1) TRATAMENTO TOXOPLASMOSE GESTACIONAL

O tratamento para toxoplasmose gestacional deverá ser instituído conforme as orientações do **Quadro 1**, o mais precocemente possível, assim que houver comprovação laboratorial.

A espiramicina é indicada no primeiro trimestre da gestação para o tratamento de gestantes com infecção aguda, devido ao fato de não atravessar a barreira placentária e, portanto, não oferecer risco teratogênico para o feto.

O esquema tríplice é a combinação de sulfadiazina e pirimetamina, associada ao ácido folínico, sendo indicada para gestantes com o diagnóstico a partir de 16 semanas da idade gestacional. Essa associação deve ser evitada no primeiro trimestre da gravidez, devido ao efeito potencialmente teratogênico da pirimetamina (FRENKEL, 2002).

QUADRO 1. Indicação de esquema terapêutico para tratamento da toxoplasmose gestacional.

MEDICAMENTO	INDICAÇÃO	ESQUEMA TERAPÊUTICO
ESPIRAMICINA	Na suspeita de infecção por toxoplasmose; Quando há o diagnóstico de toxoplasmose aguda até a 16ª semana de gestação.	<u>ESPIRAMICINA 500 MG</u> DOSE: 2 comprimidos de 8/8 horas, em jejum TOTALIZANDO: 6 comprimidos/dia - 3 g/dia
ESQUEMA TRÍPLICE: Pirimetamina, Sulfadiazina e Ácido Folínico	Casos confirmados de infecção fetal; Na impossibilidade de excluir a infecção em gestantes com idade gestacional superior a 16 semanas. Observação: Essa associação deve ser evitada no primeiro trimestre da gravidez, devido ao efeito potencialmente teratogênico da pirimetamina.	<u>PIRIMETAMINA 25 MG</u> DOSE: 2 comprimidos com dose única diária. <u>SULFADIAZINA 500 MG</u> DOSE: 2 comprimidos de 8/8 horas TOTALIZANDO: 6 comprimidos por dia (3 g/dia) <u>ÁCIDO FOLÍNICO 15 MG</u> DOSE: 1 cp ao dia durante todo o período de uso da pirimetamina até uma semana após sua interrupção. Atenção: O ácido fólico não deve ser usado para substituir o ácido folínico. Observação: Quando ocorrer o diagnóstico depois da 16ª semana de gestação, o esquema deverá ser adotado até o nascimento do bebê.

Fonte: Adaptado de MITSUKA-BREGANÓ, 2010, BRASIL, 2018.

3. TOXOPLASMOSE CONGÊNITA

A toxoplasmose congênita é uma das principais causas de morbidade e mortalidade infantil em todo o mundo (SANTOS *et al.*, 1999). O parasita chega ao feto por via transplacentária, podendo causar danos em diferentes graus de gravidade. A severidade das consequências depende de fatores como a virulência da cepa do *Toxoplasma gondii*, a capacidade da resposta imunológica da mãe e o estágio da gestação em que ocorre a infecção. (MITSUKA-BREGANÓ *et al.* 2010).

O diagnóstico e o tratamento da toxoplasmose congênita no primeiro ano de vida têm como objetivo minimizar os danos causados pela doença, especialmente nas áreas visual e neurológica. A detecção precoce, ainda nos primeiros dias de vida, possibilita intervenções imediatas que podem prevenir ou atenuar sequelas graves, como problemas de visão, audição, dificuldades cognitivas e motoras, e até mesmo a morte.

A Triagem Neonatal, popularmente conhecida como “Teste do Pezinho”, é um exame realizado nos primeiros dias de vida dos bebês (preferencialmente entre o 3º e o 5º dia), com o objetivo de identificar doenças graves que possuem tratamento. Essas doenças podem impactar significativamente a saúde dos indivíduos, especialmente em casos de perda cognitiva e motora. É importante lembrar que o exame sugere um diagnóstico, mas não o confirma individualmente, sendo necessárias evidências adicionais para o reconhecimento da doença. A triagem neonatal possibilita o diagnóstico precoce e, conseqüentemente, o início rápido do tratamento individualizado, garantindo uma melhor qualidade de vida aos pacientes.

O Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) foi estabelecido em 2001. Em 2021, a Lei Federal nº 14.154, de 26 de maio, ampliou as doenças rastreadas pelo programa. Recentemente, em Santa Catarina, a toxoplasmose congênita foi incluída nesse contexto, concluindo a primeira etapa. A inclusão da investigação da toxoplasmose congênita é um marco transformador na vida das crianças afetadas pela doença.

A Atenção Primária à Saúde (APS), uma vez notificada pelo laboratório que analisa as amostras, juntamente com a Fundação Ecumênica de Proteção ao Excepcional, realiza a busca ativa do paciente, coleta uma nova amostra de sangue e insere o paciente no SISREG para uma interconsulta com um especialista o mais breve possível. Dessa forma, há um potencial de transformação significativo e expectativas positivas na qualidade de vida desses pacientes e seus familiares.

Na atenção primária, a inclusão do teste de toxoplasmose no teste do pezinho fortalece a capacidade dos profissionais de saúde em identificar e tratar a doença de forma eficiente, promovendo um cuidado integral e contínuo para a criança e a família. A detecção precoce também traz benefícios significativos para a saúde materna. Ela permite o monitoramento e tratamento adequado das mães que podem estar infectadas, prevenindo complicações em futuras gestações.

ATENÇÃO:

Toda gestante com diagnóstico confirmado ou suspeito de infecção aguda deve ter seu filho avaliado ainda na maternidade para proceder à confirmação da infecção congênita e instituir o tratamento.

O Recém-Nascido (RN) suspeito para toxoplasmose congênita deve ser submetido à investigação completa para o diagnóstico (Fluxograma 3), incluindo exame clínico e neurológico, exame oftalmológico completo com fundoscopia, exame de imagem cerebral (ecografia ou tomografia computadorizada), exames hematológicos e de função hepática (BRASIL, 2018).

Essa avaliação deve ser idealmente realizada por infectopediatras, neurologistas, oftalmologistas e fonoaudiólogos para determinar possíveis manifestações e sequelas da infecção.

Aproximadamente 85% das crianças que apresentam toxoplasmose congênita não apresentam sintomas ao nascimento (BRASIL, 2014). Desta forma é necessário alto grau de suspeição e a realização de exames complementares.

Podem ser observadas alterações nos seguintes exames:

- **Sorologias IgG e IgM:** as sorologias devem ser coletadas na maternidade. Se IgM positiva, realizar nova coleta após o 5º dia de vida da criança para evitar falsos positivos decorrentes de extravasamento placentário (AAP, 2018);
- **Hematológico:** anemia, plaquetopenia, reticulocitose, leucopenia, atipia linfocitária e eosinofilia. A eosinofilia é um achado laboratorial importante para o diagnóstico diferencial da toxoplasmose;
- **Liquórico:** é possível observar pleocitose com predominância de linfócitos e monócitos. A eosinoflorraquia e a hiperproteínorraquia são alterações características da doença;
- **Bioquímico:** hiperbilirrubinemia e aumento das enzimas hepáticas;
- **Tomografia computadorizada de crânio*:** dilatações ventriculares e calcificações cerebrais (atualmente é o exame complementar de escolha para o diagnóstico de acometimento cerebral);
- **Ultrassonografia de crânio*:** dilatações ventriculares e calcificações cerebrais;
- **Oftalmológico:** sinais de uveíte e retinocoroidite.

*Na impossibilidade de tomografia computadorizada ou de ultrassonografia de crânio, realizar radiografia simples de crânio para verificar a presença de calcificações intracranianas.

Devem ser notificados os casos de toxoplasmose congênita, suspeito e confirmado, conforme o **Quadro 2** abaixo:

QUADRO 2. Critérios de classificação para notificação dos casos suspeitos, confirmados e descartados de toxoplasmose congênita.

SUSPEITA	CONFIRMADO	DESCARTADO
RN ou lactente menor que seis meses cuja mãe era suspeita ou confirmada para toxoplasmose gestacional.	Presença de DNA de <i>Toxoplasma gondii</i> em amostras de líquido amniótico da mãe ou em tecido fetais, líquido, sangue ou urina da criança.	Ocorrência de negatificação dos títulos de IgG antitoxoplasma antes de 12 meses de idade.
RN com Teste do Pezinho IgM reagente ou indeterminado.	IgM e IgG reagentes coletado após o 5º dia de vida na amostra enviada ao LACEN IgM não reagente e IgG reagente coletado após o 5º dia de vida devem ser acompanhados na atenção especializada com realização de exames complementares para posterior confirmação ou descarte.	IgM e IgG não reagentes na amostra enviada ao LACEN e sem evidência de infecção fetal.
RN ou lactente menor que seis meses com clínica compatível para toxoplasmose e IgG reagente.	Resultados de anticorpos IgM coletados após o 5º dia de vida (antes há a possibilidade de escape placentário).	Nas crianças que receberam tratamento, a soronegativação só deve ser considerada definitiva no mínimo dois meses após a suspensão das drogas antiparasitárias
RN ou lactente menor que seis meses com exames de imagem fetal ou pós-parto compatível com toxoplasmose e IgG reagente.	Níveis séricos de anticorpos IgG em ascensão em pelo menos duas amostras seriadas com intervalo mínimo de três semanas durante os primeiros 12 meses de vida.	Negatificação de IgG após 12 meses de idade.

SUSPEITA	CONFIRMADO	DESCARTADO
Sorologia(s) indeterminada(s) ou não reagente(s) para IgM até seis meses de idade e IgG em títulos estáveis.	IgG persistentemente reagente após 12 meses de idade.	
Manifestações clínicas ou exames de imagem compatíveis com toxoplasmose congênita e IgG reagente com IgM não reagentes e sem coleta de exames laboratoriais que excluam outras infecções congênicas antes de completar 12 meses de idade.	Retinocoroidite ou hidrocefalia ou calcificação cerebral (ou associações entre os sinais) com IgG reagente e afastadas outras infecções congênicas (citomegalovírus, herpes simples, rubéola, sífilis, arboviroses) e mãe com toxoplasmose confirmada na gestação.	
As crianças assintomáticas em investigação , durante os primeiros 12 meses de idade, de mãe suspeita de infecção por toxoplasmose na gestação.		

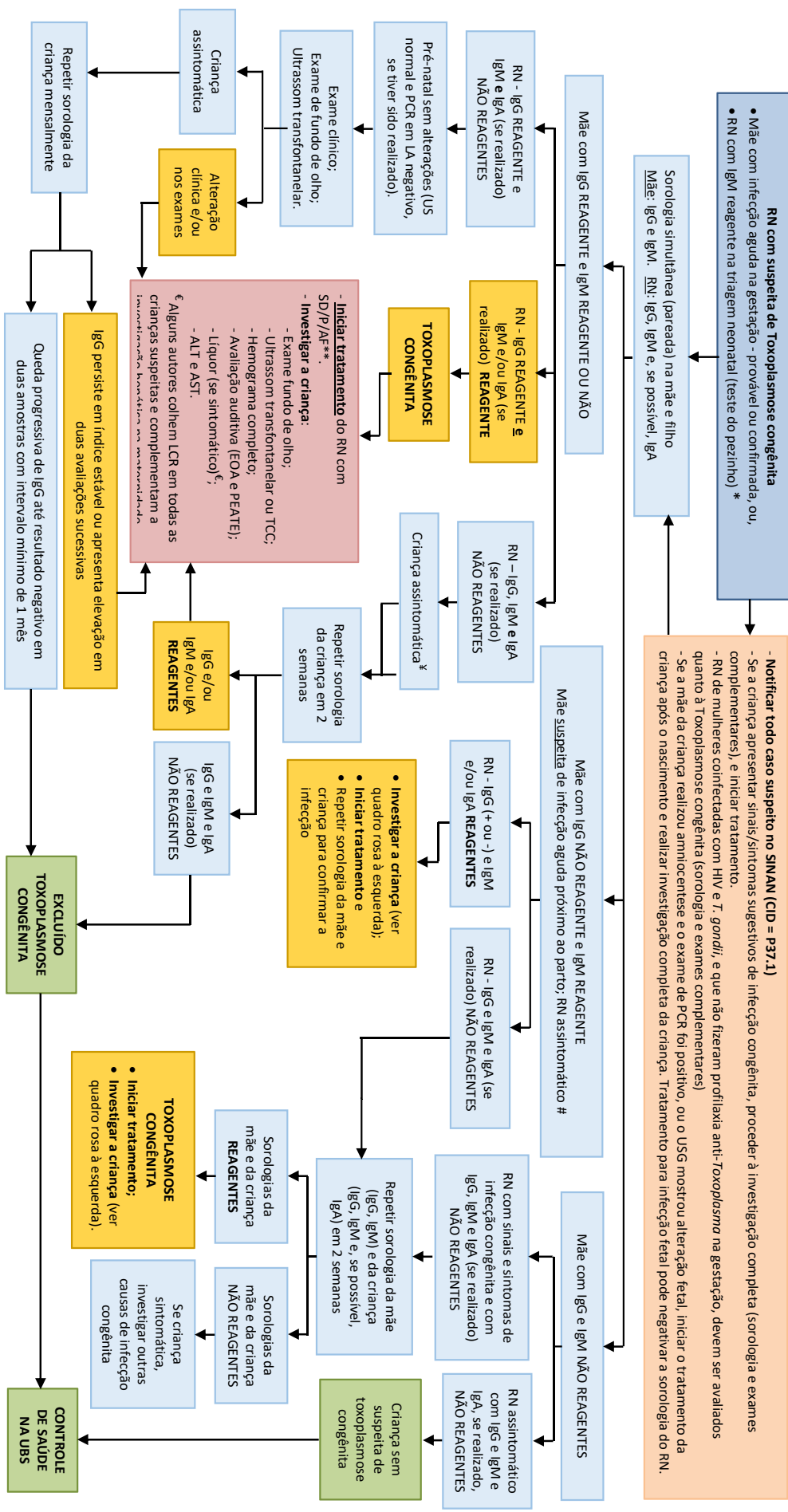
Fonte: Brasil, 2018.

OBSERVAÇÃO:

Em geral, os títulos de testes sorológicos para detecção de IgG no RN são bastante semelhantes aos títulos maternos no momento do parto. Os anticorpos IgG transferidos da mãe durante a gestação são gradativamente degradados pela criança ao longo do primeiro ano de vida. Considerando-se as dificuldades existentes na interpretação dos resultados de testes sorológicos realizados no período neonatal, em muitos RN o diagnóstico de toxoplasmose congênita só pode ser confirmado ou descartado por meio do acompanhamento da evolução dos títulos de IgG ao longo do primeiro ano de vida, pois os anticorpos IgG produzidos pela criança persistem ou aumentam nas crianças infectadas (BRASIL, 2014).

FLUXOGRAMA 3. Avaliação e Condutas para o Recém-Nascido Suspeito de Toxoplasmose Congênita.

FLUXOGRAMA 3 - AVALIAÇÃO E CONDUTAS PARA O RECÉM-NASCIDO SUSPEITO DE TOXOPLASMOSE CONGÊNITA



* Resultado indeterminado em papel filtro não exclui a toxoplasmosse congênita. Acompanhar a criança e investigar se houver suspeita de infecção congênita. Na dúvida, discutir com especialista.

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

‡ Se RN sintomático e soronegativo para toxoplasmosse, avaliar sorologias maternas, condições de nascimento da criança (como prematuridade), e discutir caso a caso.

§ RN – recém-nascido; 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 Encefálico; ALT ou TGP – Alanina Aminotransferase; AST ou TGO – Aspartato Aminotransferase; SD/P/AF – Sulfadiazina/Primetamina/Ácido Folicíno

** Conforme Tabela 10 do Guia de Atenção ao Recém-Nascido. MS, 2014, disponível abaixo.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2020a, com a coordenação das pesquisadoras e assessoras técnicas do Ministério da Saúde.

3.1) MANEJO DA CRIANÇA COM TOXOPLASMOSE SUSPEITA OU CONFIRMADA EM SITUAÇÕES DE RECURSOS LIMITADOS PARA INVESTIGAÇÃO

A investigação recomendada para o RN assintomático de mãe com toxoplasmose aguda na gestação (suspeita ou confirmada) segue como no fluxograma acima, ou seja, realizar exame físico, neurológico e investigação completa: exame oftalmológico completo com fundoscopia, exame de imagem cerebral (ecografia ou tomografia computadorizada), exames hematológicos e de função hepática. Solicitar sorologias IgG, IgM do RN. Encaminhar o RN para acompanhamento com infectologista pediátrico, oftalmologista e neurologista. Porém, havendo previsão de demora na realização dos exames mencionados, de atraso no início do acompanhamento do RN em serviço de referência ou caso a investigação da gestante não tenha sido adequada, iniciar o tratamento empírico, conforme o quadro 3, e manter até exclusão do diagnóstico.

O acompanhamento deverá ser realizado com médico da família e pediatra, recomendando-se frequência semanal no primeiro mês para avaliação da toxicidade hematológica do tratamento, bem como ajuste da dose em função do ganho de peso. Após o primeiro mês, consultas mensais. O acompanhamento oftalmológico é essencial no seguimento do paciente com toxoplasmose congênita confirmada, mesmo nos casos com ausência de lesão identificada ao nascimento. Recomenda-se avaliação com fundoscopia a cada três meses nos primeiros dois anos de vida, seguidos de avaliações semestrais no 3º ano de vida e, por fim, avaliações anuais durante toda a vida (AAP, 2021).

ATENÇÃO:

- Para os casos de pacientes com líquido inicial alterado, repetir o exame a cada seis meses.
- Para os casos que forem confirmados, conforme critérios do quadro 2, o tratamento deverá ser mantido por um ano e a sorologia deve ser repetida ao final do tratamento e com 15 meses de vida.
- Nos casos descartados, conforme o **Quadro 2**, a medicação poderá ser suspensa, lembrando que a soronegativação só deve ser considerada definitiva no mínimo dois meses após a suspensão do tratamento.

A amamentação não está contraindicada para recém-nascidos de mães com diagnóstico de toxoplasmose na gestação, bem como as imunizações devem ser mantidas conforme calendário de rotina, porém em caso de neutropenia grave ($< 500-600$ por mm^3) em decorrência da terapia, adiar a imunização até recuperação do quadro (REMYNTO, 2017).

3.2) TRATAMENTO TOXOPLASMOSE CONGÊNITA

O tratamento da toxoplasmose congênita deve ser realizado já a partir da primeira semana de vida nos casos indicados, conforme o **Fluxograma 3**, utilizando o esquema tríplice (Sulfadiazina, Pirimetamina e Ácido folínico) conforme o **Quadro 3**. Nos casos confirmados de toxoplasmose congênita, o tratamento deve ter duração de 12 meses contados a partir do início da sua administração.

OBSERVAÇÃO:

O tratamento deve ser iniciado se houve diagnóstico fetal de toxoplasmose congênita ou se existir quadro clínico compatível com toxoplasmose, mesmo antes da confirmação diagnóstica. 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.

QUADRO 3. Esquema terapêutico para toxoplasmose congênita em RN sintomático e assintomático de mãe com toxoplasmose gestacional suspeita ou confirmada.

MEDICAMENTO	INDICAÇÃO	ESQUEMA TERAPÊUTICO
ESQUEMA TRÍPLICE: Pirimetamina, Sulfadiazina e Ácido Folínico	Primeiro seis meses de tratamento.	PIRIMETAMINA Comprimidos de 25 mg* DOSE: 1 mg/kg/dia por via oral (máximo de 25 mg/dia), uma vez ao dia. DOSE DE ATAQUE: 1mg/kg/dose de 12h em 12h. Totalizando 2mg/kg/dia por 2 dias por via oral. Observação: Alguns protocolos passam para 3 vezes por semana após apenas 2 meses de uso diário, em lactentes assintomáticos. SULFADIAZINA Comprimidos de 500 mg* DOSE: 50mg/kg/dose via oral de 12/12 horas. Totalizando 100mg/kg/dia. ÁCIDO FOLÍNICO Comprimidos de 15 mg* DOSE: 10 a 15 mg nas 2ª, 4ª e 6ª – feiras (3 x na semana) por via oral, manter por uma semana após retirada da pirimetamina. Observação: O ácido fólico não deve ser utilizado em substituição ao ácido folínico.
ESQUEMA TRÍPLICE: Pirimetamina, Sulfadiazina e Ácido Folínico	Nos 6 meses subsequentes	PIRIMETAMINA Comprimidos de 25 mg* DOSE: 1mg/kg/dia por via oral (máximo de 25 mg/dia), três vezes por semana. Observação: Deve ser administrado nas segundas, quartas e sextas-feiras, sempre em uma dose ao dia, por via oral. SULFADIAZINA Comprimidos de 500 mg* DOSE: 50 mg/kg/dose via oral de 12/12 horas. Totalizando 100mg/kg/dia. ÁCIDO FOLÍNICO Comprimidos de 15 mg* DOSE: 10 a 15 mg nas 2ª, 4ª e 6ª – feiras (3 x na semana) por via oral. Manter por uma semana após retirada da pirimetamina. Observação: O ácido fólico não deve ser utilizado em substituição ao ácido folínico.

Fonte: NT 296/2023-CGAFME/DAF/SECTICS/MS.* Preparar conforme orientação médica.

ATENÇÃO:

Os medicamentos para a toxoplasmose disponibilizados no Sistema Único de Saúde (SUS) são apenas na apresentação de comprimidos. Portanto, para tratamento de recém-nascidos e bebês, os comprimidos devem ser administrados conforme orientação médica.

OBSERVAÇÃO:

Se comprometimento do SNC (líquor com proteína > 1 g/dL) e/ou ocular, iniciar prednisona: 0,5 mg/kg dose a cada 12 horas, via oral. Iniciar após 48 horas de uso da terapêutica específica. Quando cessar a indicação (redução do processo inflamatório em olhos e SNC), diminuir o corticosteroide gradativamente no decorrer de 3 semanas, até a suspensão completa.

3.3) TOXICIDADE DO TRATAMENTO

3.3.1) PIRIMETAMINA:

Devido à inibição da atividade da diidrofolato redutase, precursora do ácido fólico, há supressão da hematopoese, sendo a neutropenia o principal efeito colateral, podendo ocorrer também anemia e plaquetopenia. Outros efeitos colaterais: dor epigástrica, dores de cabeça e gosto desagradável na boca. Em situações de overdose acidental de recém-nascidos, podem ocorrer vômitos, tremores, convulsões e depressão da medula óssea (REMINGTON, 2017):

- **Controle:** coletar hemograma após 7 dias do início do tratamento. Na presença de alterações repetir semanalmente até completar 4 semanas ou enquanto houver alterações graves. Na ausência de alterações, repetir após 2 semanas e, a partir daí, manter coletas mensais durante todo o período de tratamento;
- **Conduta:** ocorrendo neutropenia, pode-se administrar o ácido folínico diariamente, na dose de 10 mg (podendo chegar a 25 mg/dia). Se leucócitos $< 500/\text{mm}^3$, a pirimetamina deve ser suspensa temporariamente. Manter o ácido folínico por uma semana após a retirada da pirimetamina (SBP, 2020; SES/RS, 2021).

3.3.2) SULFADIAZINA:

Principal efeito colateral: cristalúria, intolerância gástrica, farmacodermia, em raros casos também toxicidade hematológica:

- **Controle:** exame parcial de urina mensal;
- **Conduta:** caso sejam identificados efeitos adversos que possam comprometer o tratamento, os pacientes devem ser encaminhados para profissional especializado (infetologista ou infecto pediatra).

4. ORIENTAÇÕES PARA TRATAMENTO DE TOXOPLÁSMOSE ADQUIRIDA

A toxoplasmose adquirida pode se apresentar de diversas formas. No hospedeiro imunocompetente, a forma mais frequente é a assintomática, muitas vezes reconhecida somente através de inquérito sorológico. A maioria dos casos de toxoplasmose adquirida em pacientes imunocompetentes não exige tratamento, devendo o mesmo ser reservado para casos graves ou persistentes (AAP, 2018).

Abaixo, os esquemas sugeridos para os casos onde há indicação de terapia específica:

QUADRO 4. Esquema terapêutico para Neurotoxoplasmose - HIV positivo.

MEDICAMENTO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	OBSERVAÇÃO**
Pirimetamina, Sulfadiazina e Ácido folínico ¹	SULFADIAZINA 1.000mg (peso < 60 kg) a 1.500 mg (peso ≥ 60 kg) VO, a cada 6 horas. PIRIMETAMINA 200mg VO no primeiro dia, seguida de 50 mg/dia (peso < 60 kg) a 75 mg/dia (peso ≥ 60 kg) VO. ÁCIDO FOLÍNICO* 15mg*/dia VO.	Tempo recomendado de tratamento: seis semanas. Terapia mais prolongada pode ser necessária dependendo da gravidade do quadro.
Sulfametoxazol + Trimetoprima ³	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 25mg/kg de SMT a cada 12h, EV ou VO.	Tempo recomendado de tratamento: seis semanas. Terapia mais prolongada pode ser necessária dependendo da gravidade do quadro.
Clindamicina ^{2, 3} , Pirimetamina e Ácido folínico*	CLINDAMICINA 600mg a cada 6 horas. PIRIMETAMINA 200mg VO no primeiro dia, seguida de 50 mg/dia (peso < 60 kg) a 75 mg/dia (peso ≥ 60 kg) VO. ÁCIDO FOLÍNICO 15mg*/dia VO.	Indicado para casos de intolerância ou alergia à sulfadiazina. Tempo recomendado de tratamento: seis semanas. Terapia mais prolongada pode ser necessária dependendo da gravidade do quadro.

Fonte: BRASIL, 2018b.

* ácido folínico pode ser aumentado até 50mg por dia, se necessário.

** todo paciente deve permanecer em uso de terapia de manutenção após o término da fase aguda de tratamento:
pirimetamina 25-50mg/dia + sulfadiazina 1g 12/12h + ácido folínico 15mg/dia OU SMT/TMP 2cp 12/12h

- De acordo com Ofício Circular DIAF/SES/SC nº13/2020, de 28/01/2020, previamente em Santa Catarina havia uma pactuação bipartite para aquisição do ácido folínico 15mg apenas para os pacientes HIV e com infecção oportunista para toxoplasmose. Entretanto, devido à necessidade de atendimento, principalmente a gestantes e recém-nascidos, a SES/SC passou a disponibilizar o medicamento junto aos demais utilizados no esquema tríptico, constituindo um fluxo único de solicitação para tratamento da toxoplasmose.
- Associar esquema adicional de profilaxia para pneumocistose.
- Segundo a Deliberação CIB 207/2016, os medicamentos Sulfametoxazol + Trimetoprima de uso oral e Clindamicina 300 mg são de aquisição municipal. O medicamento Sulfametoxazol + Trimetoprima 80 mg+16 mg/mL de uso injetável é de aquisição estadual.

QUADRO 5. Esquema terapêutico para toxoplasmose ocular.

MEDICAMENTO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	OBSERVAÇÃO
Pirimetamina, Sulfadiazina e Ácido Folínico ou Sulfametoxazol + Trimetoprima ¹	<u>SULFADIAZINA</u> 1.000mg (peso < 60 kg) a 1.500 mg (peso ≥ 60 kg) VO, a cada 6 horas. <u>PIRIMETAMINA</u> 200mg VO no primeiro dia, seguida de 50 mg/dia (peso < 60 kg) a 75 mg/dia (peso ≥ 60 kg) VO. <u>ÁCIDO FOLÍNICO</u> 15mg*/dia VO. CRIANÇAS: <u>PIRIMETAMINA</u> 2mg/kg/dia, divididos em duas doses (máximo de 50mg/dia) nos dois primeiros dias. Depois, 1mg/kg/dia (máximo de 25mg/dia) <u>SULFADIAZINA</u> 100mg/kg/dia dividido em duas doses <u>ÁCIDO FOLÍNICO</u> 10 a 20mg 3x na semana	Tempo recomendado de tratamento: Por 1 a 2 semanas após resolução dos sinais e sintomas, ou por 4 a 6 semanas no total.
	<u>SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA</u> 800 + 160 mg - 1 cp de 12/12 horas. CRIANÇAS: <u>SULFAMETOXAZOL</u> 20mg/kg de sulfametoxazol por dose, a cada 12h	
Clindamicina Pirimetamina e Ácido folínico* e Azitromicina ¹	<u>CLINDAMICINA</u> 1 cp de 6/6 horas OU <u>AZITROMICINA</u> 1 cp ao dia Associadas <u>PIRIMETAMINA</u> 200mg VO no primeiro dia, seguida de 50mg/dia (peso < 60 kg) a 75 mg/dia (peso ≥ 60 kg) VO. <u>ÁCIDO FOLÍNICO</u> 15mg VO em dias alternados durante uso da pirimetamina. *Para crianças alérgicas à sulfonamidas, discutir o caso.	Alternativa para pacientes alérgicos às sulfonamidas, tempo de tratamento: Por 1 a 2 semanas após resolução dos sinais e sintomas, ou por 4 a 6 semanas no total.
Prednisona	<u>COMPRIMIDOS DE 20 OU 5MG</u> dose 0,5mg/kg/dia	Corticoide oral (sempre associado ao tratamento específico). Iniciar o corticóide após 3 dias de uso dos antibióticos (qualquer esquema acima), reduzir a dose semanalmente até a suspensão total, antes do término dos antibióticos (idealmente 10 dias antes do término dos antibióticos).

Fonte: SBU, 2021.

1. Segundo a Nota Técnica CGAFME/DAF/SCTIE/MS nº446/2020, os medicamentos Sulfametoxazol + Trimetoprima de uso oral e Azitromicina encontram-se inseridos no rol de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

QUADRO 6. Esquema terapêutico para toxoplasmose adquirida (apenas se apresentar comprometimento visceral, sintomas graves ou persistentes.)

MEDICAMENTO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	OBSERVAÇÃO
Pirimetamina, Sulfadiazina e Ácido Folínico	<u>SULFADIAZINA</u> 1.000mg (peso < 60 kg) a 1.500 mg (peso ≥ 60 kg) VO, a cada 6 horas <u>PIRIMETAMINA</u> 200mg VO no primeiro dia, seguida de 50 mg/dia (peso < 60 kg) a 75 mg/dia (peso ≥ 60 kg) VO. <u>ÁCIDO FOLÍNICO</u> 15mg*/dia VO	Tempo recomendado de tratamento: quatro semanas.

Fonte: BRASIL, 2018b.

QUADRO 7. Esquema terapêutico para toxoplasmose adquirida (reativação) em pacientes imunossuprimidos não HIV.

MEDICAMENTO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	OBSERVAÇÃO
Pirimetamina, Sulfadiazina e Ácido Folínico	<u>SULFADIAZINA</u> 1.000mg (peso < 60 kg) a 1.500 mg (peso ≥ 60 kg) VO, a cada 6 horas <u>PIRIMETAMINA</u> 200mg VO no primeiro dia, seguida de 50 mg/dia (peso < 60 kg) a 75 mg/dia (peso ≥ 60 kg) VO. <u>ÁCIDO FOLÍNICO</u> 15mg*/dia VO	Tempo recomendado de tratamento: seis semanas após o desaparecimento dos sintomas.

Fonte: BRASIL, 2018b.

5. NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO DOS CASOS

O registro da notificação deve ser realizado e digitado na Ficha de Notificação/Conclusão no SINAN. Recomenda-se que os profissionais de saúde sejam muito criteriosos quanto ao preenchimento da ficha do SINAN, observando as orientações descritas no item 6.1. Para a diferenciação dos tipos de toxoplasmose na notificação e posterior avaliação de dados, deve-se utilizar o CID descrito no **Quadro 9**.

A notificação é obrigatória nos casos de toxoplasmose gestacional (suspeitos, prováveis e confirmados) e nos casos suspeitos de toxoplasmose congênita (suspeitos, prováveis, confirmados e descartados). Além disso, os casos de Toxoplasmose Adquirida devem ser notificados para efeito de solicitação de tratamento em situações específicas, como neurotoxoplasmose em pacientes HIV positivos, toxoplasmose ocular, toxoplasmose adquirida com comprometimento visceral, sintomas graves ou persistentes, e em casos de reativação da toxoplasmose adquirida em pacientes imunossuprimidos que não são HIV positivos.

Os serviços de saúde também devem estar atentos às gestantes imunocomprometidas que apresentarem toxoplasmose crônica, devido à possibilidade de reativação da doença. Por fim, os prazos para encerramentos oportunos no SINAN estão detalhados no **Quadro 9**, devendo ser rigorosamente seguidos para garantir a qualidade e a atualização dos dados.

pneumonite estando frequentemente associadas com imunodepressão. A retinocoroidite raramente ocorre no curso da infecção aguda e costuma ser unilateral. De acordo com Silveira (2002), estima-se que entre 12 a 15% das pessoas infectadas irão desenvolver lesões oculares em algum momento da vida.

QUADRO 8. Descrição dos tipos de toxoplasmose e notificação no SINAN.

TIPO DE TOXOPLASMOSE	CID10	TIPO DE NOTIFICAÇÃO	ENCERRAMENTO FICHAS DO SINAN
Toxoplasmose Adquirida*	B58	Notificação em casos de surto.	180 dias
Toxoplasmose Gestacional	098.6	Notificação compulsória individual (Portaria de Consolidação nº 4 de 28 de setembro de 2017), com fluxo semanal para as esferas municipal, estadual e federal.	300 dias
Toxoplasmose Congênita	P37.1	Notificação compulsória individual (Portaria de Consolidação nº 4 de 28 de setembro de 2017), com fluxo semanal para as esferas municipal, estadual e federal.	420 dias

Fonte: BRASIL, 2018.

*Nos casos de Toxoplasmose Adquirida que requerem tratamento como detalhado no item D, inserir CID específico.

5.1) PREENCHIMENTO DA FICHA DO SINAN

5.1.1) VARIÁVEL 32: CLASSIFICAÇÃO FINAL

Este campo precisa ser preenchido para apoiar a avaliação da doença por localização geográfica. A opção “Inconclusivo” é atribuída automaticamente pelo sistema quando ultrapassado o prazo para encerramento oportuno da notificação dessa doença (**ver quadro 9**) e representa falha em alguma etapa da investigação e monitoramento dos casos.

5.1.2) VARIÁVEL 33: CRITÉRIO DE CONFIRMAÇÃO

A toxoplasmose gestacional deverá ser descartada/confirmada por critério laboratorial. O critério clínico-epidemiológico deve ser evitado para encerrar a notificação da gestante, mesmo que estejam relacionados a surtos, devido à inespecificidade da manifestação clínica da doença.

5.1.3) VARIÁVEL 34: O CASO É AUTÓCTONE DE RESIDÊNCIA?

Indica se o caso foi contraído no município de residência do paciente. Ao preencher este campo, os profissionais de saúde precisam verificar se há relação com outros casos suspeitos (vínculo epidemiológico) que possam configurar surto (quando duas ou mais pessoas apresentam doença semelhante após ingerirem alimentos e/ou água da mesma origem). Se houver suspeita de surto, a Vigilância Epidemiológica Municipal deve ser notificada imediatamente para que inicie a investigação, uma vez que surtos de toxoplasmose podem ter grande magnitude a depender da fonte e forma de transmissão. **Buscar as possíveis fontes de transmissão** e descrever no campo informações complementares.

5.1.4) VARIÁVEL 40: DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO

Indica se a doença está ou não relacionada ao trabalho do paciente. Profissão que exerce. Descrever a profissão no campo observações adicionais.

5.1.5) VARIÁVEL 41: EVOLUÇÃO DO CASO

O termo “cura” deve ser interpretado como estado de eliminação do agente infeccioso do hospedeiro por uma resposta imune bem-sucedida ou pela terapia antimicrobiana. Orientamos que classifiquem como “1 – Cura” quando houver a negatificação sorológica e, além de marcar esta opção, deve-se descrever no campo “observações adicionais” a evolução do caso e a conduta terapêutica.

OBSERVAÇÃO:

- A gestante e o RN serão notificados nas CID específicas. **Ver quadro 9.**
- O recém-nascido suspeito que ainda não tiver nome registrado pode ser notificado como “RN DE + nome da mãe”, “RN GEMELAR I + nome da mãe”, RN GEMELAR II + nome da mãe”. Quando o RN tiver o nome civil, o profissional poderá inseri-lo no SINAN de acordo com suas normas e rotinas do sistema. Atentar para os casos em que foi habilitado o fluxo de retorno, pois somente o município de residência poderá fazer a alteração.
- Não devem ser geradas novas notificações no SINAN para cada consulta de monitoramento/exame da gestante ou RN. Os resultados de monitoramento podem ser inseridos na parte de “OBSERVAÇÕES...”. E o seu detalhamento, inserido nos sistemas de informação correspondentes.
- O campo CS_GESTANT para as gestantes suspeitas deve ser preenchido.

6. PROFILAXIA

A profilaxia deve ser baseada em medidas que reduzam ao máximo o risco de infecção. (Mitsuka-Breganó, *et al.* 2010).

6.1) MEDIDAS DE PREVENÇÃO PRIMÁRIA

Medidas de prevenção da infecção por oocistos presentes no solo, água e alimentos:

- Alimentar gatos com ração ou carne bem cozida, não os alimentar com carnes cruas ou mal cozidas;
- Cuidado na manipulação de terra: usar luvas ou lavar bem as mãos após manipular a terra;
- Lavar bem as frutas e vegetais com água corrente, esfregando mecanicamente;
- Limpar DIARIAMENTE as caixas sanitárias dos gatos, gestantes não devem realizar esta tarefa;
- Controlar moscas e baratas;
- Proteger as caixas de areia em áreas de recreação infantil para que gatos não defiquem nelas;
- Ingerir apenas água tratada ou fervida.

Medidas de prevenção da infecção por cistos presentes na carne ou por taquizoítas:

- Ingerir carne bem cozida (67 °C por 10 minutos);
- Ingerir embutidos frescos bem cozidos ou salgados (2,5% de sal por 48 horas);
- O congelamento dos produtos cárneos elimina a maioria dos cistos teciduais (-18°C por 7 dias);
- Lavar as mãos e a superfície de preparação (tábuas e facas) após manusear carne crua;
- Não experimentar carne crua;
- Leite de cabra deve ser fervido ou pasteurizado antes do consumo;
- Realizar monitoramento sorológico e tratamento da gestante para evitar a transmissão e diminuir as sequelas na criança.

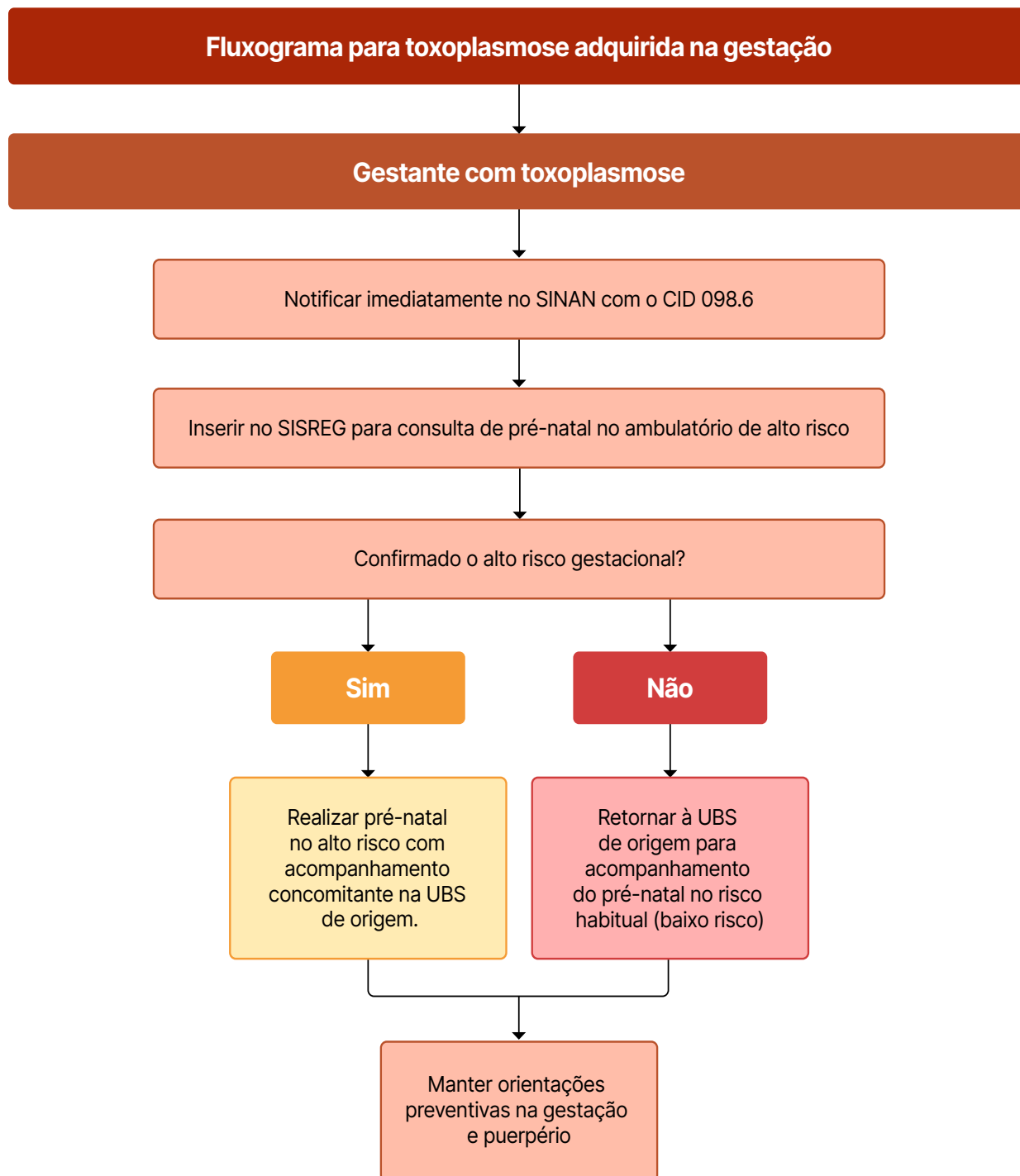
7. REFERÊNCIAS

1. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on Control of Infectious Diseases. Red book: atlas de doenças infecciosas em pediatria. Tradução de Júlia Lucietto, Sheila Recepte Silveira. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.
2. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Toxoplasma gondii Infections. In: KIMBERLIN, D. W.; BARNETT, E. D.; LYNNFIELD, R.; SAWYER, M. H. (eds.). Red book: 2021 Report of the Committee on Infectious Diseases. Itasca, IL: American Academy of Pediatrics, 2021. p. 772.
3. BEAMAN, M. H. et al. Toxoplasma gondii. In: MANDELL, G. L.; DOUGLAS, R. G.; BENNETT, J. E. Principles and practices of infectious diseases. 4. ed. New York: Churchill Livingstone, 1995. p. 2455-2475.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 302 p.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Toxoplasmose Congênita. In: Atenção   Saúde do Recém- Nascido: Guia para Profissionais de Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
6. 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: Ministério da Saúde, 2018.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. 412 p.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância em saúde: volume 1. 6. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.
9. CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Pré-natal, parto, puerpério e atenção ao recém- nascido. Programa Mãe Curitibana. Curitiba, 2012.
10. FAYER, R. Toxoplasmosis update and public health implications. Canadian Veterinary Journal, v. 22, p. 344-352, 1981.
11. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Guia prático: infecções no ciclo grávido-puerperal. Editores César Eduardo Fernandes, Marcos Felipe Silva de S . São Paulo: FEBRASGO, 2016.
12. FRENKEL, J. K. Toxoplasmose. In: VERONESI, R.; FOCACCIA, R. (eds.). Tratado de Infectologia. São Paulo: Guanabara Koogan, 2002. p. 1310-1324. Gilbert RE, Freeman K, Lago EG, Bahia-Oliveira LM, Tan HK, Wallon M, Buffolano W, Stanford MR, Petersen E; European Multicentre Study on Congenital Toxoplasmosis (EMSCOT). Ocular sequelae of congenital toxoplasmosis in Brazil compared with Europe. PLoS Negl Trop Dis. 2008 Aug 13;2(8):e277. doi: 10.1371/journal.pntd.0000277. PMID:
13. Jacobs, L.; Lunde, F. The interrelation of toxoplasmosis in swine, cattle, dogs and man. Public Health Reports, Washington, v.72, n.10, p.872-882, 1957.
14. Kasper, L. H. Infecção por toxoplasma. In: BRAUNWAULD, E.; FAUCI, A. S.; KASPER, D. L.; HAUSER, S. L.; LOMGO, D. L.; JAMESON, J. L. Medicina interna. 15 ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2002, p. 1294-1298.
15. Kijlstra A. & Jongert E. 2009. Control of the risk of human toxoplasmosis transmitted by meat. Int. J. Parasitol. 38:1359-1370.
16. Mitsuka-Bregan , R., Lopes-Mori, FMR., and NAVARRO, IT., orgs. Toxoplasmose adquirida na gestação e congênita: vigilância em saúde, diagnóstico, tratamento e condutas [online]. Londrina: EDUEL, 2010.
17. Remington, J. S. et al. Toxoplasmosis. In: REMINGTON, J. S. et al. (Eds). Infectious diseases of the fetus and newborn infant. 6. ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2006. p. 947-1091.
18. Remington, J. S. et al. Doenças infecciosas do feto e do recém-nascido. [tradução Cristiana Osório, Maiza Ritomy Ide]. 8  ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
19. Santos, Luciana Peixoto dos; ALVARENGA, Lênio Souza; FERREIRA, Magno Ant nio. Alterações oculares em crianças com toxoplasmose congênita precoce. Arq. Bras. Oftal. 62(5), OUTUBRO/1999.
20. SBP- Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Neonatologia (2019-2021). Documento Científico, Toxoplasmose Congênita, 2020.
21. SBU- Sociedade Brasileira de Uve tes e Inflamações Intra-oculares. Diretrizes de Diagnóstico e Tratamento das Uve tes Infecciosas-Toxoplasmose ocular. 2021.
22. SES-RS (Secretaria da Saúde do Governo do Estado do Rio Grande do Sul). TOXOPLASMOSE CONGÊNITA. Protocolo elaborado pelo Grupo de Estudos em Toxoplasmose da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul* – 2021.
23. Tenter, A. M.; Heckeroth, A. R.; Weiss, L. M. Toxoplasma gondii: from animals to humans. International Journal for Parasitology, v. 30, p.1217-1258, 2000.

8. APÊNDICES

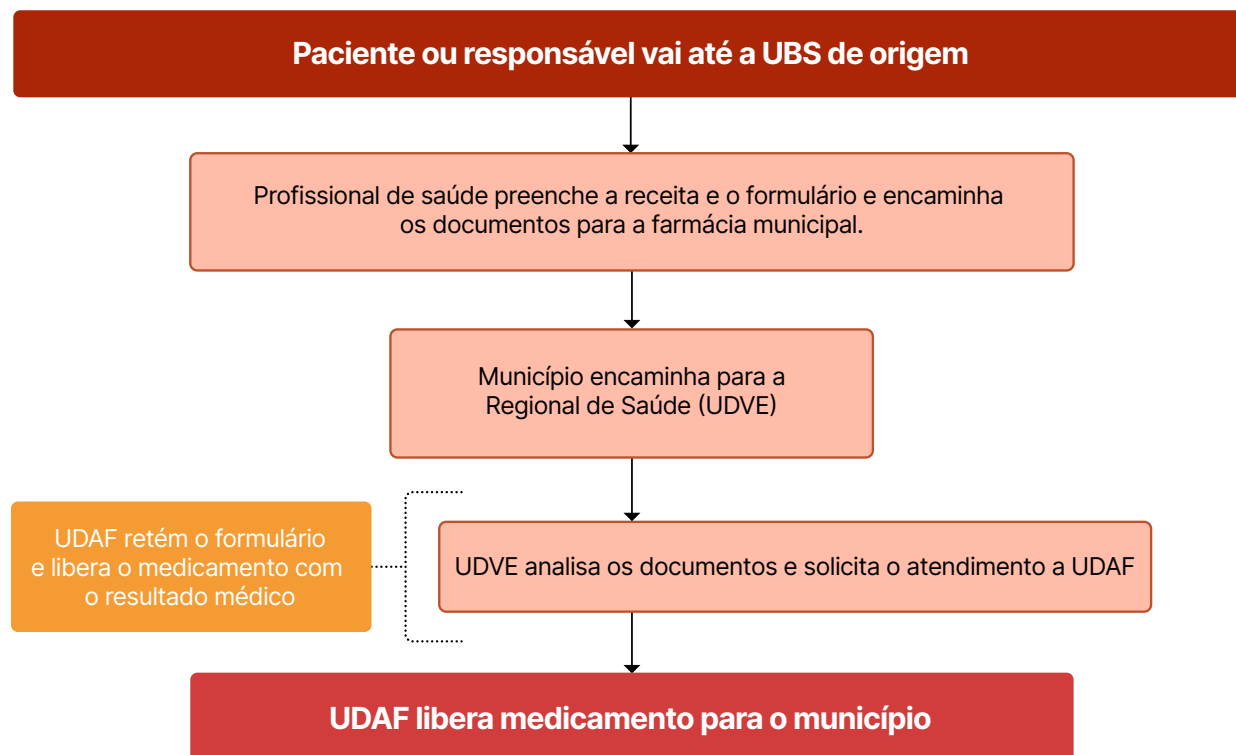
APÊNDICE I

Fluxogramas de Atenção



APÊNDICE II

Solicitação dos medicamentos para a toxoplasmose na Rede Pública de Saúde



É válido para Regionais de Saúde onde a Unidade Descentralizada de Assistência Farmacêutica (UDAF) já possui profissionais que trabalham com os medicamentos do Componente Estratégico. Para as demais, faz-se necessária a adequação e estruturação, para que o serviço possa ser compartilhado entre UDVE e UDAF.

Os medicamentos para Toxoplasmose devem ser disponibilizados a todos os pacientes mediante a apresentação dos documentos listados abaixo, à Regional de Saúde, a fim de justificar e subsidiar o planejamento e programação das distribuições dos medicamentos.

1. Prescrição médica com assinatura, data e CRM legíveis, conforme preconizado pela RDC no 20, de 05 de maio de 2011;
2. Ficha de notificação individual do SINAN devidamente preenchida e legível, conforme Portaria 204, de 17 de fevereiro de 2016 nos casos de Toxoplasmose gestacional e congênita;
3. Formulário de solicitação de medicamento para toxoplasmose devidamente preenchido. O formulário tem por objetivo subsidiar a prescrição de medicamentos segundo o Manual Técnico de Orientações sobre o Manejo da Toxoplasmose. **O formulário corretamente preenchido substitui a necessidade de envio dos exames à Regional de Saúde, porém não substitui a necessidade da prescrição, a qual deve ser enviada em duas vias junto com o formulário e voltar com o medicamento ao município.** O formulário deverá ser retido pela Regional de Saúde, tanto para análise de dados, quanto para liberação dos medicamentos. Este será utilizado para a confecção do relatório de pacientes para prestação de contas ao Ministério da Saúde.

APÊNDICE III

Formulário de Solicitação de Medicamentos para Tratamento da Toxoplasmose

Formulário de Solicitação de Medicamentos para Tratamento da Toxoplasmose (O presente formulário deverá ficar retido na Regional de Saúde e não exclui a obrigatoriedade do receituário médico).

* Campos de preenchimento obrigatório.

OBSERVAÇÃO:

Em casos de toxoplasmose congênita, o formulário será preenchido apenas uma vez e entregue à UDAF na primeira dispensação; nas demais, será exigida apenas a receita médica com a dose ajustada ao peso do paciente.

1 - CATEGORIA DA TOXOPLASMOSE*

☐ Gestacional ☐ Congênita ☐ Adquirida CID10*: _____

DATA DO DIAGNÓSTICO*: _____

Nº notificação SINAN*: _____

Unidade de Saúde Solicitante/Município*: _____

☐ 1ª RETIRADA ☐ MANUTENÇÃO DO TRATAMENTO

Dispensação para o período de tratamento de*: ☐ 30 dias ☐ 60 dias ☐ 365 dias

Previsão do tratamento (total em semanas)*: _____

2 - DADOS PESSOAIS

(Preencher de acordo com a categoria sinalizada no item 1)*

SE PACIENTE GESTANTE*

Nome da Paciente: _____

Semana Gestacional: _____ Data de Nascimento*: _____

CNS*: _____

SE TOXOPLASMOSE CONGÊNITA OU ADQUIRIDA*

Nome da Criança/Paciente: _____

Sexo (M/F)*: _____

Nome da Mãe (em caso de congênita): _____

Data de Nascimento*: _____ Peso: _____ Kg

CNS*: _____

3 - RESULTADOS DOS EXAMES CONFIRMATÓRIOS DO DIAGNÓSTICO

*IgG

☐ Reagente ☐ Não Reagente ☐ Indeterminado

Data da Coleta: _____

*IgM

☐ Reagente ☐ Não Reagente ☐ Indeterminado

Data da Coleta: _____

TESTE DE AVIDEZ*:

☐ Fraca ☐ Intermediária ☐ Forte

Data da Coleta: _____

¥ Obrigatório para gestantes com suspeita de infecção no primeiro trimestre
(vide Manual Técnico - interpretação de resultados e condutas paragestantes)

PCR

☐ Líquido amniótico ☐ Reagente ☐ Indeterminado

Data da Coleta: _____

Na disponibilidade deste exame, a indicação é realizar a amniocentese 4 semanas após a infecção materna e não antes de 18 semanas de gestação

PACIENTE COM NEUROTOXOPLASMOSE:

☐ Não ☐ Sim

Se sim, anexar laudo de exame de imagem e/ou justificativa médica do diagnóstico*

OBSERVAÇÕES PERTINENTES AO CASO

(incluindo contraindicação aos esquemas preconizados no Manual Técnico de Orientações Estaduais):

4 – TRATAMENTO (PREENCHER DE ACORDO COM A CATEGORIA SINALIZADA NO ITEM 1)*

TRATAMENTO PRESCRITO*:

☐ Espiramicina ☐ Esquema Tríplice (pirimetamina, sulfadiazina e ácido folínico)

Medicamentos (comprimidos)	Descrever a posologia (especificar dosagens em mL no caso de formulações que necessitem manipulação)	Nº de cps. liberados
Ácido folínico 15 mg		
Pirimetamina 25 mg		
Sulfadiazina 500 mg		
Espiramicina 500 mg		

5 - PARECER APÓS CONFERÊNCIA*:☐ Deferido ☐ Indeferido ☐ Devolvido**DESCREVER, OBRIGATORIAMENTE, O MOTIVO DO INDEFERIMENTO/DEVOLUÇÃO:**

DADOS DO PRESCRITOR

Nome: _____

CRM: _____

Estabelecimento de saúde:

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do prescritor e carimbo**DADOS DO RESPONSÁVEL PELA
CONFERÊNCIA**

Nome: _____

Regional de Saúde (UDVE/DIVE):

Município:

Data da conferência: ____ / ____ / ____

Assinatura do responsável UDVE/DIVE**DADOS DO RESPONSÁVEL PELA
LIBERAÇÃO DO MEDICAMENTO**

Nome: _____

Regional de Saúde (UDAF):

Estabelecimento de saúde:

Data da dispensação: ____ / ____ / ____

Assinatura do responsável pela
liberação na UDAF

APÊNDICE IV

Competências por área de atuação

A responsabilidade por cada atividade no processo de: diagnóstico, tratamento, acompanhamento e notificação dos casos de toxoplasmose é da respectiva área, conforme descrito abaixo:

ÁREA	ATIVIDADE/RESPONSABILIDADE
ATENÇÃO PRIMÁRIA/ ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL	- Realiza o diagnóstico do paciente; - Prescreve, preenche o formulário de solicitação de medicamentos para tratamento da toxoplasmose e orienta o mesmo segundo Nota Técnica vigente; - Encaminha o formulário para a Regional de Saúde (UDVE); Notifica a Vigilância Epidemiológica Municipal; Acompanha o paciente; - Encaminha o paciente para as referências, se necessário; - Realiza entradas dos medicamentos, controle de estoques e o envio/transmissão dos dados por meio de serviço de Webservice próprio ou através do Sistema HÓRUS, conforme a Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017; - Realiza e registra a dispensação dos medicamentos ao paciente.
DIVE/UDVE UNIDADE DESCENTRALIZADA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	- UDVE recebe, analisa, defere/indefere os documentos dos pacientes e encaminha para a UDAF fazer a liberação da medicação; UDVE preenche a planilha de prestação de contas com os dados dos pacientes e encaminha para UDAF*; - Recebe a notificação municipal e auxilia na investigação dos casos; Analisa o banco de dados do SINAN; - Elabora boletins epidemiológicos; - Orienta e planeja ações de prevenção e controle; - Elabora Notas Técnicas, Informativas e de Alerta para orientação dos profissionais de saúde e população.
DIAF/UDAF	- DIAF planeja e distribui mensalmente os medicamentos para Regionais; - DIAF presta conta trimestralmente ao Ministério da Saúde dos medicamentos dispensados conforme planilhas de pacientes e faz a solicitação trimestral de medicamentos ao Ministério da Saúde; - UDAF monitora o estoque dos medicamentos na Regional de Saúde e organiza eventuais remanejamentos se necessário; - UDAF preenche a planilha de prestação de contas com os dados dos medicamentos* e faz a distribuição ao município no SIMED (por guia de saída). Libera o medicamento ao município após aprovação da UDVE.
LACEN	Realizar as sorologias para detecção de anticorpos IgM, IgG e toxo avidéz de anticorpos IgG quando o município não dispor do serviço de exames de rotina pré-natal.

*Atividade a ser executada em conjunto (UDVE/UDAF).

APÊNDICE V

Exemplo de preenchimento da planilha de prestação de contas dos usuários de medicamentos da toxoplasmose.

Atividade a ser realizada de forma conjunta UDVE e UDAF.

ATRIBUIÇÃO UDVE										ATRIBUIÇÃO UDAF								
REGIONAL DE SAÚDE:									Unidades distribuídas						Total distribuído no período			
Município	Paciente novo? (Sim/Não)	Nome do usuário	Data de nascimento DD/MM/AA	Sexo (M/F)	*Condição para tratamento (1, 2, 3 ou 4)	Se gestante, insira idade Gestacional	Nº notificação SINAN	Data distribuição DD/MM/AA	Primetamina 25 mg	Sulfadiazina 500 mg	Ácido fólico 15 mg	Espiramicina 500 mg	Primetamina	Sulfadiazina	Ácido fólico	Espiramicina		
Assinatura do responsável pelo preenchimento e data:																		

OBSERVAÇÃO:

- Este fluxo de atribuições é válido para Regionais de Saúde estruturadas, nasa Unidade Descentralizada de Assistência Farmacêutica já possui profissionais que trabalham com os medicamentos do Componente Estratégico. Para as demais, faz-se necessária a adequação e estruturação, para que o serviço possa ser compartilhado entre UDVE e UDAF

APÊNDICE VI

Observações referente ao fluxo para liberação do tratamento da toxoplasmose no Estado de Santa Catarina.

A toxoplasmose é um fator de risco gestacional (BRASIL, 2013) e a Atenção Primária é a porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde. A estratificação de risco da gestante é realizada na Atenção Primária à Saúde, assegurando o atendimento compartilhado junto à atenção especializada.

Os medicamentos que compõem o tratamento da toxoplasmose, suas dosagens e posologias são listados neste documento norteador do tratamento e prescrições no Estado.

Importante salientar que, para justificar o fornecimento dos medicamentos em dosagens, ou posologias diferentes das descritas e preconizadas neste Manual, é necessária justificativa por escrito do médico prescritor assistente. A justificativa médica deve conter o motivo pelo qual realiza a prescrição em discordância com o Manual, incluindo a referência utilizada como embasamento científico.

As equipes de saúde da Atenção Primária local devem estar atentas ao preenchimento da justificativa de alteração de dose, visto que será inserida com os demais documentos a serem encaminhados às Regionais de Saúde. Com isso, minimiza-se o tempo de espera do paciente para o recebimento dos medicamentos, garantindo o atendimento em tempo oportuno.

Reiteramos que a solicitação do tratamento da toxoplasmose gestacional e congênita deve vir acompanhada da notificação no SINAN, além do Formulário de Solicitação de Medicamentos para Tratamento de Toxoplasmose e a prescrição médica.

O Formulário está disponível no link da DIAF: <https://saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/vigilancia-em-saude/assistencia-farmaceutica/componente-estrategico/toxoplasmose>

APÊNDICE VII

Ficha de Notificação de Conclusão

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/doença		Código (CID10)	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		7 Data dos Primeiros Sintomas	
	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	
Dados de Residência	12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica		15 Número do Cartão SUS	
	16 Nome da mãe		17 UF	
Conclusão	18 Município de Residência		19 Distrito	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)	
Informações complementares e observações	24 Geo campo 1		25 Geo campo 2	
	26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
Observações adicionais	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	
	34 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado		35 UF	
Investigador	36 País		37 Município	
	38 Distrito		39 Bairro	
	40 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		41 Evolução do Caso 1 - Cura 2 - Óbito pelo agravado notificado 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado	
42 Data do Óbito		43 Data do Encerramento		
Município/Unidade de Saúde				
Nome		Função		Cód. da Unid. de Saúde
Assinatura				
Notificação/conclusão		Sinan NET		SVS 27/09/2005

EXPEDIENTE

O Manual Técnico de Orientações sobre o manejo da toxoplasmose em Santa Catarina é uma publicação das Diretorias de Atenção Primária à Saúde, de Assistência Farmacêutica, de Vigilância Epidemiológica e do Laboratório Central de Saúde Pública, da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Governador do Estado: Jorginho dos Santos Mello | **Secretário de Estado da Saúde:** Diogo Demarchi Silva | **Superintendente de Vigilância em Saúde:** Fábio Gaudenzi | **Superintendente de Atenção à Saúde (SAS):** Willian Westphal | **Diretora de Atenção Primária à Saúde (DAPS):** Angela Maria Blatt Ortiga | **Diretor de Assistência Farmacêutica (DIAF):** Maria Teresa Bertoldi Agostini | **Diretor de Vigilância Epidemiológica (DIVE):** João Augusto Brancher Fucks | **Diretor do Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN):** Marcio Pacheco de Andrade | **Elaboração:** Alexandra Schlickmann Pereira, Aline Pallaoro Garcia, Arieli Schiessl Fialho, Darcita Buerger Rovaris, Fernanda Alves da Cruz, Fernando Henrique Machado Blau, Flavia Moreira Soares, Giuliana Stravinskias Durigon, João Augusto Brancher Fuck, Lia Quaresma Coimbra, Marcos Paulo Guchert, Milene Daiana Martins de Souza, Patricia Vanny, Priscila Rodrigues Garrido Bratkowski, Renato Said, Sandra Bianchini, Simone T. Bittencourt, Sônia Maria de Faria | **Revisão:** Patricia Pozzo | **Projeto gráfico e diagramação:** Alex Martins.

Material produzido com base na **Nota Técnica Conjunta nº 008/2019, NT100 CGPAM/DSMI/SAPS/MS** e na **Revisão do Manual versão 2022.** DAPS/DIAF/DIVE/LACEN (atualizado em outubro de 2025).

GOVERNO DE SANTA CATARINA

Secretaria de Estado da Saúde

Diretoria de Atenção Primária à Saúde

Diretoria de Assistência Farmacêutica

Diretoria de Vigilância Epidemiológica

Laboratório Central de Saúde Pública



GOVERNO DE
SANTA CATARINA
SECRETARIA DA SAÚDE