

SMS-Coordenadoria da Atenção Básica
AT Saúde da Mulher

Fortalecendo ações de prevenção da Toxoplasmose Congênita

novembro /2022

Introdução

- ▶ A toxoplasmose é uma infecção causada pelo protozoário intracelular *Toxoplasma gondii*, cujo hospedeiro definitivo é o gato.
- ▶ Sua prevalência é variável e depende de fatores como condições socioeconômicas , higiênicas e geográficas avaliadas.
- ▶ O objetivo é reduzir a transmissão vertical da Toxoplasmose e suas complicações materno-fetais.

Dados de notificação

TOXOPLASMOSE GESTACIONAL NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
DOENÇAS CAUSADAS POR PROTOZOÁRIOS COMPLICANDO A GRAVIDEZ, O PARTO E O PUERPÉRIO - CID 098.6
DADOS PROVISÓRIOS ATÉ 13/06/2022

CASOS NOTIFICADOS DE TOXOPLASMOSE GESTACIONAL DE MUNICÍPES RESIDENTES EM SÃO PAULO - 2016 A 2022																	
SITUAÇÃO ATUAL		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CASOS NOTIFICADOS RESIDENTES NO MSP		66		154		117		199		196		344		118		1194	
CONFIRMADOS	Número	54	100,0	147	89,5	112	100,0	178	81,8	183	76,5	285	100,0	94	91,9	1053	88,2
	Coef de Incidência	0,03		0,2		0,1		0,1		0,1		0,2		0,30		0,7	
DESCARTADOS		3	4,5	2	1,3	0	0,0	14	7,0	7	3,6	23	6,7	5	4,2	54	4,5
CASOS EM INVESTIGAÇÃO		9	13,6	5	3,2	5	4,3	7	3,5	6	3,1	36	10,5	19	16,1	87	7,3

NOTIFICADOS RESIDENTES EM OUTROS MUNICÍPIOS	1		1		2		7		8		10		3		32	
CONFIRMADOS RESIDENTES EM OUTROS MUNICÍPIOS	1		1		2		5		8		7		2		26	

FONTE: SINAN NET - DADOS PROVISÓRIOS ATÉ 13/06/2022

Dados de notificação

TOXOPLASMOSE GESTACIONAL NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

DOENÇAS CAUSADAS POR PROTOZOÁRIOS COMPLICANDO A GRAVIDEZ, O PARTO E O PUERPÉRIO - CID 098.6

DADOS PROVISÓRIOS ATÉ 13/06/2022

CASOS NOTIFICADOS E CONFIRMADOS DE TOXOPLASMOSE GESTACIONAL SEGUNDO MÊS DE INÍCIO DE SINTOMAS MUNICÍPIO DE SÃO PAULO 2016 A 2022

MÊS	2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022	
	CN	CC	CN	CC	CN	CC	CN	CC	CN	CC	CN	CC	CN	CC
JANEIRO	1	1	10	9	5	5	13	11	20	20	24	21	28	19
FEVEREIRO	2	2	18	18	5	5	11	11	8	6	24	21	25	21
MARÇO	5	5	17	16	4	3	14	13	16	15	16	13	38	33
ABRIL	0	0	18	18	14	14	19	14	26	25	28	22	17	14
MAIO	5	4	19	19	7	7	18	15	7	7	26	23	10	7
JUNHO	7	6	10	9	6	6	14	13	17	16	20	15	0	0
JULHO	4	4	19	17	7	7	15	14	13	13	30	26	0	0
AGOSTO	7	7	5	5	14	12	21	20	11	11	26	22	0	0
SETEMBRO	5	5	14	12	13	13	20	19	10	10	40	31	0	0
OUTUBRO	15	9	7	7	16	16	10	10	19	16	27	22	0	0
NOVEMBRO	6	5	2	2	5	5	10	8	9	9	29	24	0	0
DEZEMBRO	1	1	4	4	3	3	10	8	3	1	11	7	0	0
Total	58	49	143	136	99	96	175	156	159	149	301	247	118	94

FONTE: SINAN NET - DADOS PROVISÓRIOS ATÉ 13/06/2022

TOXOPLASMOSE GESTACIONAL NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
DOENÇAS CAUSADAS POR PROTOZOÁRIOS COMPLICANDO A GRAVIDEZ, O PARTO E O PUERPÉRIO - CID 098.6
DADOS PROVISÓRIOS ATÉ 13/06/2022

CASOS CONFIRMADOS TG POR CRS/UVIS/DA (RES), MSP, 2022.

COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE	UVIS	DISTRITOS ADMINISTRATIVOS	CASOS CONFIRMADOS	0,00	C.I
NORTE	CASA VERDE / CACHOEIRINHA	CACHOEIRINHA	1	146.866	0,7
		CASA VERDE	0	85.961	0,0
		LIMÃO	0	79.668	0,0
	TOTAL UVIS CASA VERDE / CACHOEIRINHA		1	312.435	0,3
	FREGUESIA DO Ó/BRASILÂNDIA	FREGUESIA DO Ó	0	139.970	0,0
		BRASILÂNDIA	3	283.658	1,1
	TOTAL UVIS FREGUESIA DO Ó / BRASILÂNDIA		3	423.628	0,7
	VILA MARIA / VILA GUILHERME	VILA GUILHERME	0	57.213	0,0
		VILA MARIA	0	114.080	0,0
		VILA MEDEIROS	0	123.134	0,0
	TOTAL UVIS VILA MARIA / VILA GUILHERME		0	294.427	0,0
	PERUS	ANHANGUERA	1	86.020	1,2
		PERUS	1	90.110	1,1
	TOTAL SUVIS PERUS		2	176.130	1,1
	PIRITUBA	JARAGUÁ	3	214.796	1,4
		PIRITUBA	0	171.353	0,0
		SÃO DOMINGOS	1	86.504	1,2
	TOTAL UVIS PIRITUBA		4	472.653	0,8
	SANTANA	MANDAQUI	0	109.281	0,0
		SANTANA	0	112.666	0,0
		TUCURUVI	0	96.065	0,0
	TOTAL UVIS SANTANA		0	318.012	0,0
	JAÇANÃ / TREMEMBÉ	JAÇANÃ	0	96.176	0,0
		TREMEMBÉ	1	225.512	0,4
	TOTAL UVIS JAÇANÃ / TREMEMBÉ		1	321.688	0,3
TOTAL NORTE			11	2.319.033	0,5
Em Investigação			1		
TOTAL MSP			94	11.914.851	0,79

FONTE: SINAN NET - DADOS PROVISÓRIOS ATÉ 13/06/2022

TOXOPLASMOSE GESTACIONAL NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
DOENÇAS CAUSADAS POR PROTOZOÁRIOS COMPLICANDO A GRAVIDEZ, O PARTO E O PUERPÉRIO
DADOS PROVISÓRIOS ATÉ 13/06/2022

CASOS CONFIRMADOS TG POR CRS/UTIS/DA (RES), MSP, 2022.

COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE	UTIS	DISTRITOS ADMINISTRATIVOS	CASOS CONFIRMADOS	0,00	C.I
SUDESTE	MOÓCA / ARICANDUTA	ARICANDUTA	0	85.747	0,0
		CARRÃO	0	84.902	0,0
		VILA FORMOSA	0	93.953	0,0
		ÁGUARASA	0	82.264	0,0
		BELEM	0	49.434	0,0
		BRÁS	0	33.236	0,0
		MOÓCA	0	80.476	0,0
		PARI	1	19.196	5,2
		TATUAPÉ	0	96.147	0,0
	TOTAL UTIS MOÓCA / ARICANDUTA		1	625.405	0,2
	IPIRANGA	CURSINO	0	113.931	0,0
		IPIRANGA	0	112.534	0,0
		SACOMÁ	0	264.686	0,0
	TOTAL UTIS IPIRANGA		0	491.151	0,0
	VILA MARIANA / JABAQUARA	JABAQUARA	2	229.685	0,9
		MOEMA	0	89.517	0,0
		SAÚDE	0	134.032	0,0
		VILA MARIANA	0	132.028	0,0
	TOTAL UTIS VILA MARIANA / JABAQUARA		2	585.262	0,3
	PENHA	CANGAÍBA	2	138.291	1,4
		ARTUR ALVIM	0	100.040	0,0
		VILA MATILDE	0	105.516	0,0
		PENHA	2	129.065	1,5
	TOTAL UTIS PENHA		4	472.912	0,8
	VILA PRUDENTE / SAPOEMBA	SÃO LUCAS	0	142.882	0,0
		SAPOEMBA	1	290.405	0,3
		VILA PRUDENTE	1	104.616	1,0
	TOTAL UTIS VILA PRUDENTE / SAPOEMBA		2	537.903	0,4
	TOTAL SUDESTE		9	2.712.633	0,3

TOXOPLASMOSE GESTACIONAL NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
DOENÇAS CAUSADAS POR PROTOZOÁRIOS COMPLICANDO A GRAVIDEZ, O PARTO E O PUERPÉRIO
DADOS PROVISÓRIOS ATÉ 13/06/2022

CASOS CONFIRMADOS TG POR CRS/UVIS/DA (RES), MSP, 2022.

COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE	UVIS	DISTRITOS ADMINISTRATIVOS	CASOS CONFIRMADOS	O.00	C.I
LESTE	ERMELINO MATARAZZO	E. MATARAZZO	1	119.101	0,8
		PONTE RASA	0	89.574	0,0
	TOTAL UVIS ERMELINO MATARAZZO		1	208.675	0,5
	SÃO MIGUEL	JARDIM HELENA	1	136.047	0,7
		SÃO MIGUEL	0	89.023	0,0
		VILA JACUÍ	0	146.280	0,0
	TOTAL UVIS SÃO MIGUEL		1	371.350	0,3
	GUAIANASES	GUAIANASES	1	110.361	0,3
		LAJEADO	0	175.632	0,0
	TOTAL UVIS GUAIANASES		1	285.993	0,3
	ITAIM PAULISTA	VILA CURUÇÁ	2	154.155	1,3
		ITAIM PAULISTA	1	236.099	0,4
	TOTAL UVIS ITAIM PAULISTA		3	390.254	0,8
	ITAQUERA	ITAQUERA	3	212.217	1,4
		CIDADE LÍDER	0	135.923	0,0
		PARQUE DO CARMO	0	72.041	0,0
		JOSÉ BONIFÁCIO	0	137.402	0,0
	TOTAL UVIS ITAQUERA		3	557.583	0,5
	SÃO MATEUS	IGUATEMI	1	151.591	0,7
		SÃO MATEUS	4	155.727	2,6
		SÃO RAFAEL	7	161.033	4,3
	TOTAL UVIS SÃO MATEUS		12	468.351	2,6
	CIDADE TIRADENTES	CIDADE TIRADENTES	8	237.872	3,4
	TOTAL UVIS CIDADE TIRADENTES		8	237.872	3,4
	TOTAL LESTE		29	2.520.078	1,2

CRS SUL

SUL	SANTO AMARO / CIDADE ADEMAR	CIDADE ADEMAR	2	287.164	0,7
		PEDREIRA	0	162.442	0,0
		CAMPO BELO	1	63.460	1,6
		CAMPO GRANDE	0	107.036	0,0
		SANTO AMARO	0	74.405	0,0
	TOTAL UYIS SANTO AMARO / CIDADE ADEMAR		3	634.507	0,4
	CAMPO LIMPO	CAMPO LIMPO	2	230.277	0,9
		VILA ANDRADE	2	166.004	1,2
		CAPÃO REDONDO	2	298.611	0,7
	TOTAL UYIS CAMPO LIMPO		6	694.892	0,9
	CAPELA DO SOCORRO	CIDADE OUTRA	2	203.791	1,0
		GRAJAÚ	7	392.734	1,8
		SOCORRO	0	35.871	0,0
	TOTAL UYIS CAPELA DO SOCORRO		9	632.396	1,4
	M' BOI MIRIM	JARDIM ANGELA	1	341.881	0,3
		JARDIM SÃO LUIZ	1	295.722	0,3
	TOTAL UYIS M'BOI MIRIM		2	637.603	0,3
	PARELHEIROS	MARSILAC	0	8.463	0,0
		PARELHEIROS	18	155.468	11,6
	TOTAL UYIS PARELHEIROS		18	163.931	11,0
	TOTAL SUL		38	2.823.329	1,3

CRS CENTRO

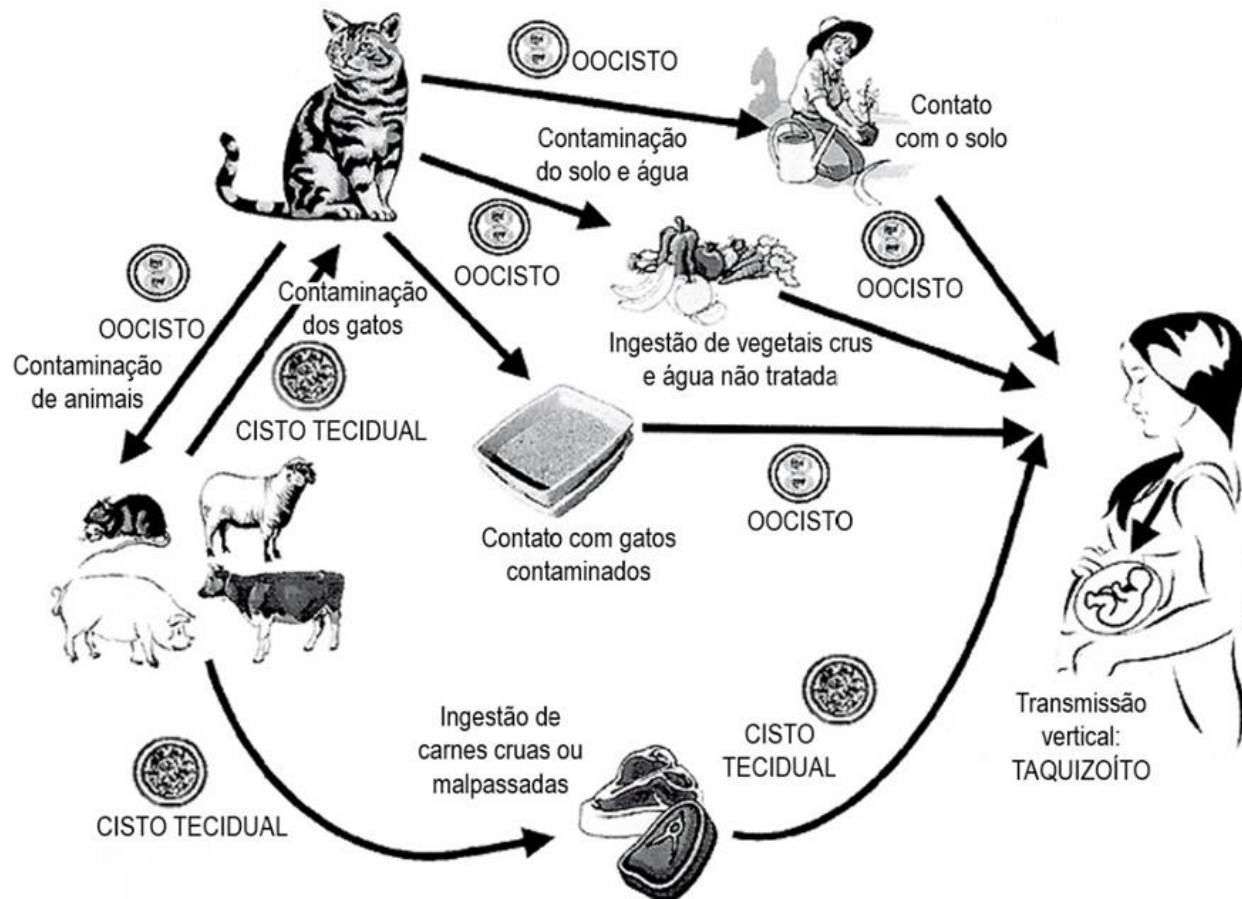
CRS OESTE

TOXOPLASMOSE GESTACIONAL NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
DOENÇAS CAUSADAS POR PROTOZOÁRIOS COMPLICANDO A GRAVIDEZ, O PARTO E O PUERPÉRIO - CID 098.6
DADOS PROVISÓRIOS ATÉ 13/06/2022

CASOS CONFIRMADOS TG POR CRS/UVIS/DA (RES), MSP, 2022.					
OESTE	BUTANTÃ	RAPOSO TAVARES	2	107.967	1,9
		RIO PEQUENO	1	124.033	0,8
		VILA SÔNIA	1	122.464	0,8
	UVIS BUTANTÃ		5	461.445	1,1
	LAPA / PINHEIROS	BARRA FUNDA	0	16.342	0,0
		JAGUARA	0	23.887	0,0
		JAGUARÉ	0	55.557	0,0
		LAPA	0	67.083	0,0
		PERDIZES	0	114.751	0,0
		VILA LEOPOLDINA	0	45.378	0,0
		ALTO DE PINHEIROS	0	40.708	0,0
		ITAIM BIBI	0	97.245	0,0
		JARDIM PAULISTA	0	90.573	0,0
		PINHEIROS	0	65.776	0,0
	TOTAL UVIS LAPA / PINHEIROS		0	617.300	0,0
TOTAL OESTE		5	1.078.745	0,5	
CENTRO	SANTA CECÍLIA	BOM RETIRO	0	39.202	0,0
		CONSOLAÇÃO	0	57.296	0,0
		SANTA CECÍLIA	0	88.612	0,0
	TOTAL UVIS SANTA CECÍLIA		0	185.110	0,0
	SÉ	BELA VISTA	0	73.327	0,0
		CAMBUCI	0	40.842	0,0
		LIBERDADE	0	72.923	0,0
		REPÚBLICA	1	61.956	1,6
		SÉ	0	26.875	0,0
	TOTAL UVIS SÉ		1	275.923	0,4
TOTAL CENTRO		1	461.033	0,2	

2.Prevenção primária da infecção na gestante

- ▶ A prevenção da infecção aguda na gestação é de fundamental importância e pode ser alcançada por adequada orientação sobre hábitos alimentares e de higiene, reduzindo a contaminação da gestante pelo parasita.



3. Rastreamento e diagnóstico da toxoplasmose na gestação

O objetivo principal é a prevenção da toxoplasmose congênita e suas sequelas. Uma correta interpretação da sorologia é fundamental.

► IgM:

Sua produção se inicia **uma a duas semanas após a infecção**

- O pico de produção ocorre em um a dois meses.
- O padrão de queda da IgM se dá nos primeiros meses após a infecção aguda, mas se observam casos nos quais a IgM se mantém positiva em títulos baixos por vários anos.

3. Rastreamento e diagnóstico da toxoplasmose na gestação

O objetivo principal é a prevenção da toxoplasmose congênita e suas sequelas. Uma correta interpretação da sorologia é fundamental.

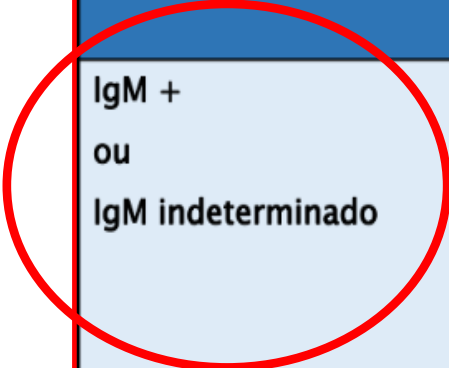
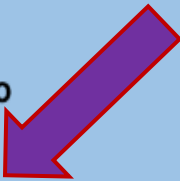
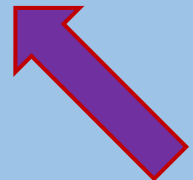
▶ IgG:

- ▶ IgG: o início da produção de IgG segue-se à produção de IgM, ***aparecendo duas semanas após a positividade da IgM.***
- ▶ O pico da produção ocorre em dois a três meses, e o padrão de queda é lento e muito variável no primeiro ano após a infecção.

▶ Teste de avididade de IgG: pode auxiliar no diagnóstico temporal da infecção

materna pelo *T. gondii*. Entretanto, esse teste apresenta limitações para o auxílio diagnóstico, sendo importante para os casos com idade gestacional ≤ 16 sem.

Se o teste de avididade for realizado até a 16ª semana de gestação e apontar elevado percentual de ligação de IgG ao antígeno (alta avididade), é **seguro excluir infecção aguda na gestação em curso, visto que alta avididade 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 avididade não tem autonomia para definir o tempo da infecção.

CASO SUSPEITO	CASO PROVÁVEL (caso suspeito que apresentar)	CASO CONFIRMADO	CASO DESCARTADO
 IgM + ou IgM indeterminado	   IgM + e IgG + + Baixa avidéz IgG ou Avidéz intermediária/elevada	 IgM negativo + IgG negativo COM soroconversão durante gestação (IgM e IgG)	IgG + há > 3 meses pré-concepção (IgM residual: infecção anterior à gestação).
História clínica compatível com toxoplasmose	IgM + 1ª sorologia após 16ªs + Títulos elevados IgG	Detecção de DNA do TG – Líquido amniótico. – Tecido placentário, fetal ou de órgãos (AP, cultivo de tecido ou bioensaio).	Alta avidéz de IgG em gestação ≤ 16 semanas.
USG obstétrica (exame imagem) sugestiva toxoplasmose congênita	 IgM + + Títulos ascendentes IgG em amostras seriadas (intervalo mínimo 2 semanas).	 Mãe de criança que teve toxoplasmose congênita confirmada	IgM + + IgG negativo (2 amostras colhidas com intervalo de 2 a 3 semanas). Falso-positivo IgM: considerar gestante suscetível.
Gestante identificada em situações de surto de toxoplasmose			

▶ Diagnóstico da infecção fetal

- ▶ Entre 60 e 80% dos casos de toxoplasmose congênita apresentam manifestações clínicas no primeiro ano, outros desenvolvem retinocoroidite na infância ou na idade adulta e uma minoria permanece assintomática.

▶ Amniocentese

- ▶ Em caso de toxoplasmose adquirida na gestação (soroconversão ou caso provável), pode estar indicada a pesquisa da infecção fetal.

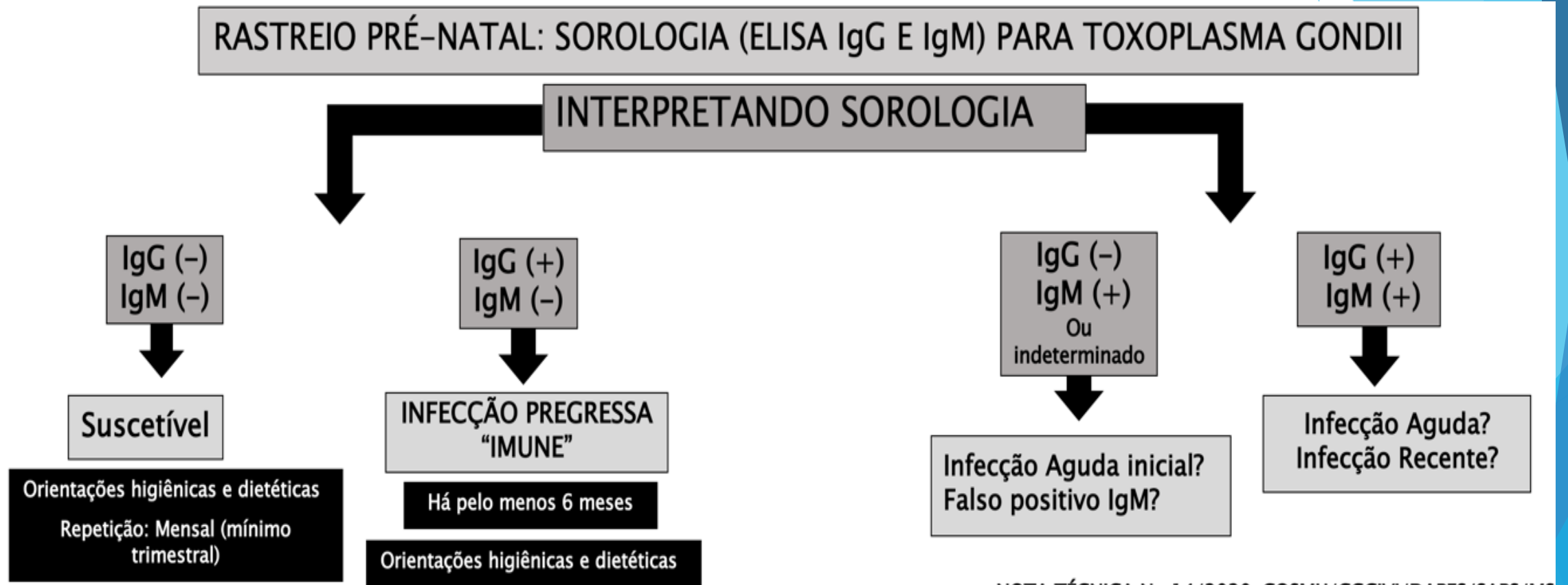
A amniocentese para obtenção de líquido amniótico e realização do PCR - polimerase chain reaction) para amplificação do DNA do *T. gondii* é considerada o padrão-ouro para o diagnóstico fetal.

- ▶ A amniocentese deve ser realizada com idade gestacional ≥ 18 semanas e, preferencialmente, após 4 semanas da data estimada da infecção materna, lembrando do termo de consentimento livre e esclarecido pela gestante.

Ultrassonografia obstétrica

- ▶ Os achados ultrassonográficos sugestivos de infecção fetal podem aparecer mais tardiamente, portanto , não aguardar alterações de imagem .
- ▶ Na presença de alterações de US (microcefalia, hidrocefalia, calcificações cerebrais, catarata, hepatomegalia, entre outras) ***em gestante com caso suspeito ou provável de toxoplasmose materna, deve ser iniciado o tratamento tríplice (sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico).***
- ▶ Em gestante em acompanhamento e/ou tratamento de toxoplasmose, recomenda-se seriar a ultrassonografia obstétrica com repetição mensal ou bimensal.

Profilaxia e Tratamento



NOTA TÉCNICA No 14/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS
OFÍCIO No 43/2020/CGZV/DEIDT/SVS/MS

➤ **Cenário 1**

Gestantes suscetíveis para *T. gondii*
IgM e IgG não reagentes:

- ▶ Devem ser orientadas quanto ao risco de adquirir infecção aguda na gestação.
- ▶ Devem repetir a sorologia, no máximo com intervalo de dois meses para detectar precocemente uma soroconversão.

Medidas higienodietéticas

- ▶ Não comer carne crua ou malpassada.
- ▶ Dar preferência para carnes congeladas.
- ▶ Não comer ovos crus ou malcozidos.
- ▶ Beber somente água filtrada ou fervida.
- ▶ Usar luvas para manipular alimentos e carnes cruas.
- ▶ Não usar a mesma faca para cortar carnes, vegetais e frutas.
- ▶ Lavar bem frutas, verduras e legumes (entretanto, recomenda-se não comer verduras cruas).
- ▶ Evitar contato com gatos e com tudo que possa estar contaminado com suas fezes.
- ▶ Alimentar gatos domésticos com rações comerciais e evitar que circulem na rua, onde podem se contaminar, principalmente pela ingestão de roedores.
- ▶ Usar luvas e máscara se manusear terra (inclusive para varrer pátio com terra).

Cenário 2

Sorologia **IgG reagente e IgM não reagente**: Compatível com infecção pregressa adquirida há, pelo menos, seis meses.

- ▶ Nesses casos, não se recomenda repetir a sorologia para toxoplasmose, mas devem-se manter as orientações higiênicas e dietéticas descritas previamente.
- ▶ Destaca-se, entretanto, que, **se essa sorologia for realizada tardiamente na gestação, não é possível excluir uma infecção aguda ocorrida no início.**

Cenário 3

Sorologia IgM reagente: independentemente do resultado da IgG, deve ser interpretada como infecção aguda, com indicação para iniciar intervenção medicamentosa.

- ▶ **3a: Gestantes com sorologia IgM reagente e IgG não reagente:**
- ▶ Iniciar **Espiramicina** imediatamente e repetir a sorologia em duas a três semanas.

Espiramicina é um antibiótico do grupo dos macrolídeos que atinge altas concentrações no tecido placentário, diminuindo o risco de transmissão vertical entre 60 e 70%.

Cada comprimido tem 500mg, e a dose diária é 3 gramas ao dia (2 comprimidos de 8/8 horas).

▶ **Se a repetição da sorologia mantiver IgG não reagente,**

Trata-se de falso positivo de IgM; recomenda-se suspender a espiramicina e conduzir a gestante como suscetível (orientações higiênicas e dietéticas e repetição da sorologia);

▶ **Se ocorrer a posituação de IgG**

Estamos diante de uma soroconversão, ou seja, confirma-se a infecção aguda materna por T. gondii.

A depender da idade gestacional, pode ser mantida a espiramicina ou realizada a troca para a associação de **pirimetamina, sulfadiazina e ácido folínico.**

- ▶ ***Em gestações com idade gestacional <16 semanas***, mantem-se a espiramicina e encaminha-se para serviço de referência em gestação de alto risco para manejo da toxoplasmose aguda e investigação da infecção fetal.
- ▶ ***Em gestações ≥ 16 semanas*** pode ser realizada a troca para o esquema tríplice imediatamente e proceder ao encaminhamento da gestante.

Cenário 4

- ▶ Sorologia IgM e IgG reagentes: deve ser interpretada como infecção aguda com início imediato de medicamento.

Em geral, para gestações com idade gestacional ≤ 16 semanas:

1. Inicia-se espiramicina.
2. Realiza-se o teste de avidéz (se possível na mesma amostra sanguínea que detectou IgM e IgG).
3. Caso o resultado do teste seja ALTA AVIDEZ em gestação com idade gestacional abaixo de 16 semanas, descarta-se que a infecção tenha ocorrido na gestação em curso, suspende-se a espiramicina e a gestante é mantida no pré-natal de risco habitual.
4. Entretanto, se a avidéz for intermediária ou baixa:
 - ▶ Considera-se infecção aguda, mantém-se a espiramicina e encaminha-se a gestante para serviço de referência em gestação de alto risco.
5. Para gestações com idade gestacional >16 semanas e IgM e IgG reagentes,
 - ▶ O resultado da avidéz não modifica a conduta, ou seja, se a avidéz for baixa, intermediária ou alta, a gestante será conduzida como infecção aguda.

Nota Técnica 14/2020 do Ministério da saúde

Se a PCR vier negativa, pode-se voltar à espiamicina, que também será mantida até o parto.

▶ Para casos de infecção aguda diagnosticada no terceiro trimestre gestacional, devido à elevada taxa de transmissão vertical, a recomendação tem sido ***iniciar o esquema tríplice sem a realização da amniocentese***.

▶ Os fármacos antiparasitários utilizados no tratamento tríplice atravessam a placenta e atingem elevadas concentrações nos tecidos fetais, diminuindo o risco de alterações fetais em até 70%. O esquema tríplice é administrado nas

▶ seguintes doses:

- Sulfadiazina, 3 g ao dia;
- Pirimetamina, 50 mg ao dia;
- Ácido folínico, 10 a 20 mg 3 vezes por semana (podendo a dose ser aumentada por surgimento de neutropenia, anemia ou plaquetopenia).

Nota Técnica 14/2020 do Ministério da saúde

► A associação sulfadiazina/pirimetamina é sinérgica e atua alterando o ciclo metabólico do ácido fólico, conferindo o efeito terapêutico contra o *T. gondii*, mas também causando efeitos citotóxicos no paciente. Assim, o ácido folínico sempre é associado ao esquema terapêutico, com o objetivo de contornar esse efeito adverso.

É muito importante enfatizar que não se pode utilizar o ácido fólico para essa finalidade, o qual, sendo absorvido pelo *T. gondii*, anula o efeito terapêutico da associação sulfadiazina / pirimetamina.

Nota Técnica 14/2020 do Ministério da saúde

Esquema tríplice

- ▶ Embora ainda em discussão, após 16 semanas os protocolos internacionais têm sugerido já trocar a espiamicina por pirimetamina e sulfadiazina associadas ao ácido folínico (esquema tríplice) e realizar a investigação da infecção fetal quando a idade gestacional atingir 18 semanas (e após 4 semanas da infecção materna).

Caso a PCR no líquido amniótico seja positiva para T. gondii:

- ▶ O esquema tríplice será mantido até o parto, ***sem alternar com espiamicina.***
- ▶ Também já está bem estabelecido que não há necessidade de suspender a sulfadiazina um mês antes do parto, como era preconizado antigamente.

SOROLOGIA PARA TOXOPLASMA GONDII

NOTA TÉCNICA Nº 14/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS
OFÍCIO Nº 43/2020/CGZV/DEIDT/SVS/MS

IgG (-)
IgM (+)

Infecção aguda inicial
Falso positivo IgM??

- Iniciar espiramicina
- +
• Repetir sorologia 14-21 dd

IgG +
IgM +

Soroconversão/Infecção Aguda (Notificar VE)

SERVIÇO GESTAÇÃO ALTO RISCO
Amniocentese
US seriada

IDADE GESTACIONAL:
MANTER/ADAPTAR TRATAMENTO

IG ≥ 16s

Suspender Espiramicina

E

Iniciar TTO TRÍPLICE (S+P+AF)

IG < 16s

Manter Espiramicina até 16s

E

≥ 16s TTO TRÍPLICE (S+P+AF)

AMNIOCENTESE (IG ≥ 18S)

PCR LA NEGATIVO
US OBSTÉTRICO NL

Espiramicina até parto

PCR LA POSITIVO
E/OU
US OBSTÉTRICO ANL

TTO TRÍPLICE (S+P+AF) até parto

IgG -
IgM +

FALSO + IGM

Suspender espiramicina
Conduzir como suscetível

NOTA TÉCNICA N° 446/2020-CGAFME/DAF/SCTIE/MS

NOTA TÉCNICA N° 09 - 12/2020 - SMS- PMSP

Orientação excepcional para a dispensação de sulfadiazina em virtude do desabastecimento temporário nacional

LINK:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Nota_Tecnica_SMSG_09_2020_orientacao_excepcional_para_a_dispensacao_de_sulfadiazina_em_virtude_do_desabastecimento_temporario_nacional_final_04_01_2021.pdf

- ▶ Para os casos novos com indicação de esquema terapêutico com sulfadiazina, orienta-se a terceira opção terapêutica apresentada no Quadro abaixo:

Para as gestantes que já iniciaram o uso da sulfadiazina 500 mg, deverão manter a utilização até o término do tratamento (enquanto houver disponibilidade do medicamento).

Quadro 01: Opções terapêuticas em substituição as drogas de 1ª escolha no tratamento da toxoplasmose aguda materna e/ou fetal.

Drogas/esquemas 1ª escolha	Drogas/esquemas 2ª escolha	Drogas/esquemas 3ª escolha	Drogas/esquemas 4ª escolha
Espiramicina (500 mg) <u>Dose:</u> 2cp 8/8h	Outras drogas não foram estudadas para uso no 1º trimestre de gestação. A azitromicina, embora possa ser utilizada no 1º trimestre, não foi avaliada para toxoplasmose.	Não disponível	Não disponível
Sulfadiazina (500 mg) <u>Dose:</u> 2 cp 8/8h + Pirimetamina (25 mg) <u>Dose:</u> 2 cp ao dia + Ácido fólico (15 mg) <u>Dose:</u> 1 cp ao dia durante todo o período de uso da pirimetamina até uma semana após sua interrupção.	FANSIDAR (sulfadoxina 500 mg + pirimetamina 25 mg) + Ácido fólico <u>Dose do Fansidar:</u> 2 comprimidos uma vez por semana [PEYRON, 2019]	Sulfametoxazol 400 mg+ Trimetoprim 80 mg <u>Dose:</u> 2 cp 12/12 h ou Apresentação reforçada Sulfametoxazol 800 mg+ Trimetoprim 160 mg <u>Dose:</u> 1 cp 12/12 h + Espiramicina 500mg <u>Dose:</u> 2 cp 8/8 h [VALENTINI, 2015]	Azitromicina <u>Dose:</u> 250 mg/dia + Pirimetamina, comprimido de 25 mg <u>Dose:</u> 50 mg 1 x /dia +Ácido fólico [PEYRON, 2019]

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

NOTA TÉCNICA Nº 446/2020-CGAFME/DAF/SCTIE/MS

NOTA TÉCNICA Nº 09 - 12/2020 - SMS- PMSP

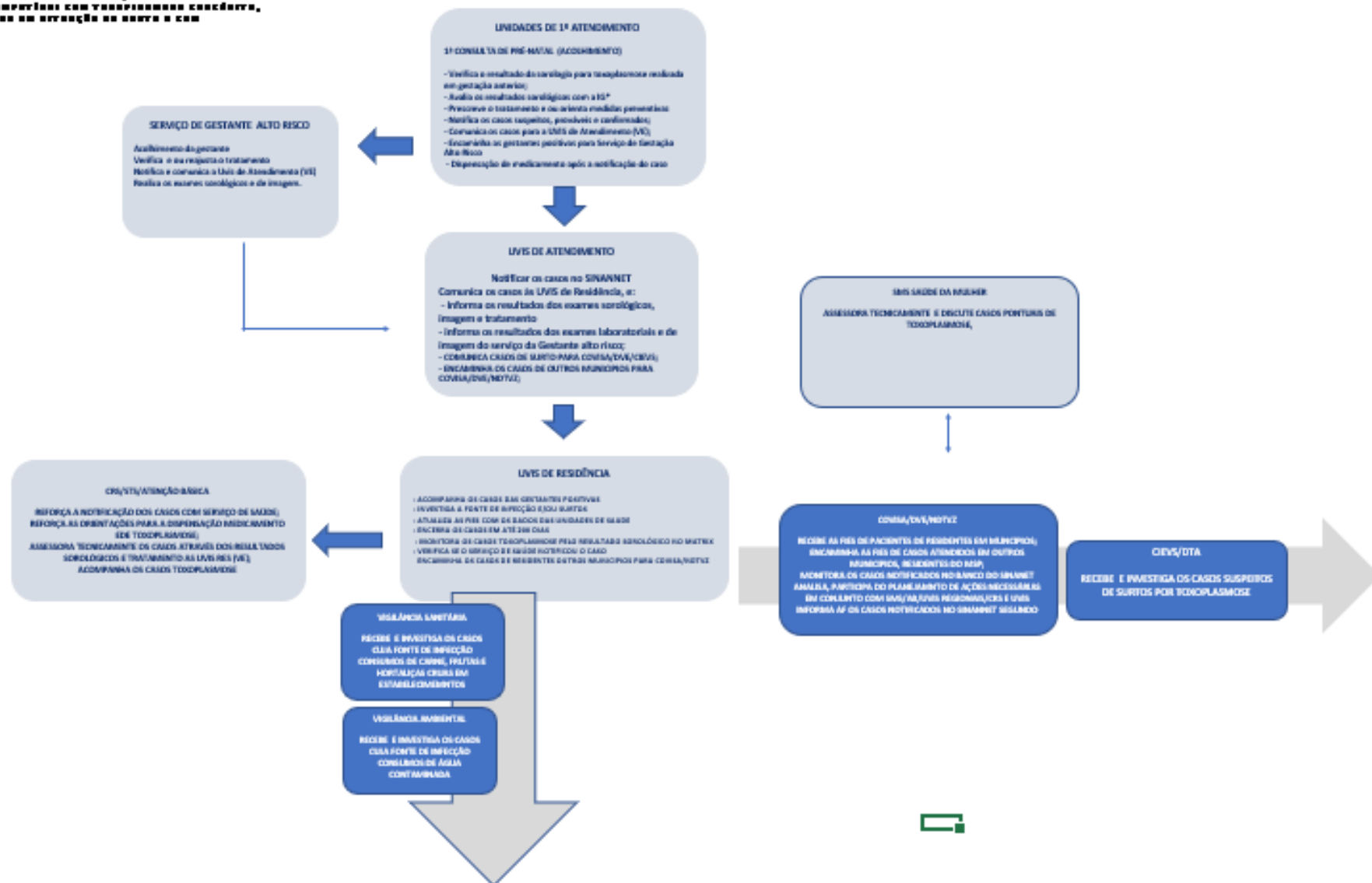
Orientação excepcional para a dispensação de sulfadiazina em virtude do desabastecimento temporário nacional

LINK:

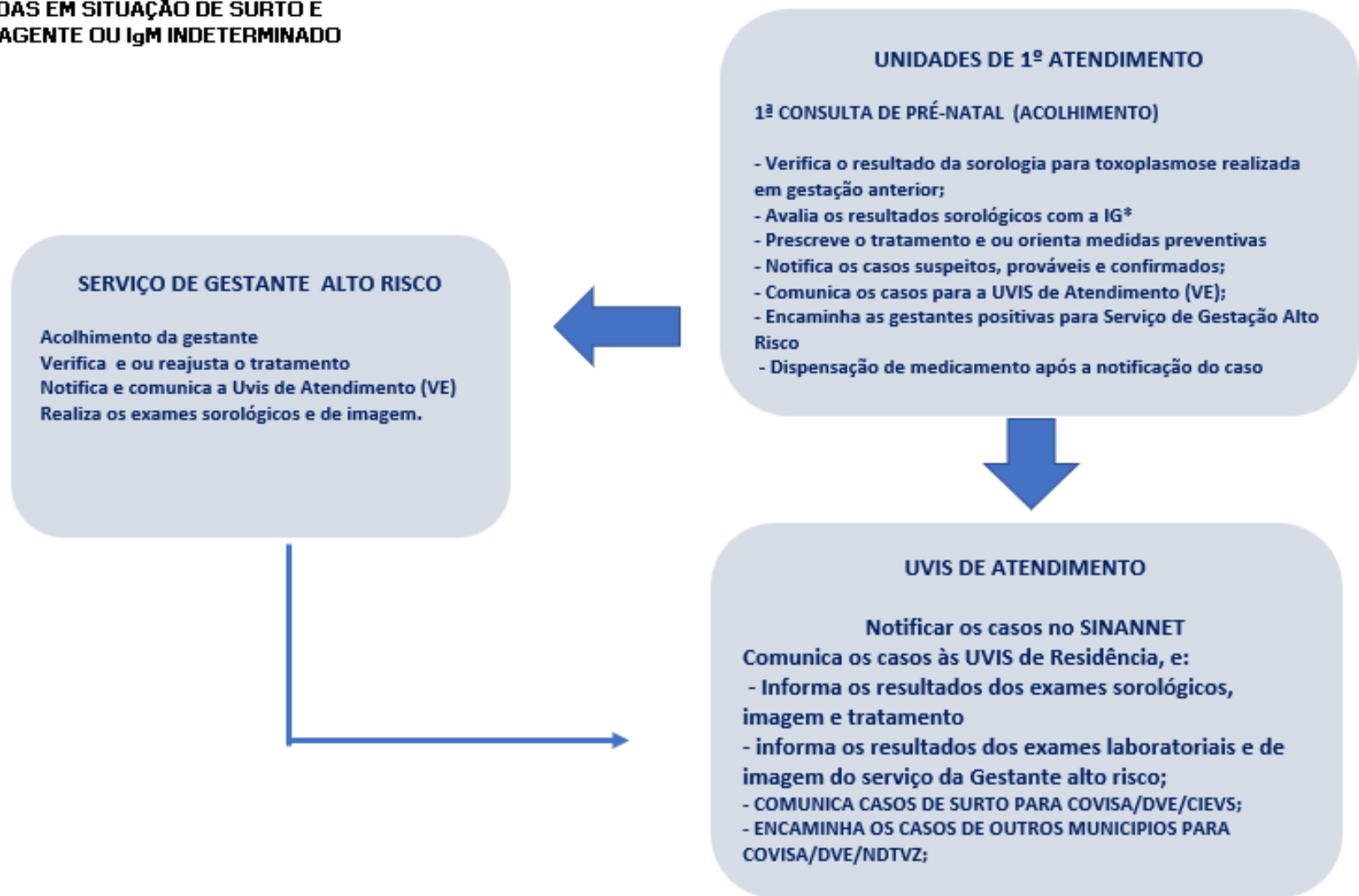
https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Nota_Tecnica_SMSG_09_2020_orientacao_excepcional_para_a_dispensacao_de_sulfadiazina_em_virtude_do_desabastecimento_temporario_nacional_final_04_01_2021.pdf

КОММУНИКАЦИЯ, ПОСРЕДСТВО И КОМПЬЮТЕР

**TAMAM AN CONTINUTUL CUM DISTINGUE CILINDRUL
COMPRESIUNII CUM THERMOPRESSIUNII, AN ARE INTRATĂRI
JUMECAM; COMPRESIUNII CUM THERMOPRESSIUNII CILINDRULUI,
INSTRUMENTUL AN SITUAȚIA AN INTRĂ A CUM**



TODAS AS GESTANTES COM HISTÓRIA CLÍNICA COMPATÍVEL COM TOXOPLASMOSE, OU USG OBSTÉTRICA (IMAGEM) COMPATÍVEL COM TOXOPLASMOSE CONGÊNITA, IDENTIFICADAS EM SITUAÇÃO DE SURTO E COM RESULTADOS SOROLÓGICOS IgM REAGENTE OU IgM INDETERMINADO



UVIS DE ATENDIMENTO

Notificar os casos no SINANNET

Comunica os casos às UVIS de Residência, e:

- Informa os resultados dos exames sorológicos, imagem e tratamento
- informa os resultados dos exames laboratoriais e de imagem do serviço da Gestante alto risco;
- COMUNICA CASOS DE SURTO PARA COVISA/DVE/CIEVS;
- ENCAMINHA OS CASOS DE OUTROS MUNICIPIOS PARA COVISA/DVE/NDTVZ;



UVIS DE RESIDÊNCIA

- ACOMPANHA OS CASOS DAS GESTANTES POSITIVAS
- INVESTIGA A FONTE DE INFECÇÃO E/OU SURTOS
- ATUALIZA AS FIES COM OS DADOS DAS UNIDADES DE SAÚDE
- ENCERRA OS CASOS EM ATÉ 200 DIAS
- MONITORA OS CASOS TOXOPLASMOSE PELO RESULTADO SOROLÓGICO NO MATRIX
- VERIFICA SE O SERVIÇO DE SAÚDE NOTIFICOU O CASO
- ENCAMINHA OS CASOS DE RESIDENTES OUTROS MUNICIPIOS PARA COVISA/NDTVZ



CRS/STS/ATENÇÃO BÁSICA

REFORÇA A NOTIFICAÇÃO DOS CASOS COM SERVIÇO DE SAÚDE;
REFORÇA AS ORIENTAÇÕES PARA A DISPENSAÇÃO MEDICAMENTO EDE TOXOPLASMOSE;
ASSESSORA TECNICAMENTE OS CASOS ATRAVÉS DOS RESULTADOS SOROLÓGICOS E TRATAMENTO AS UVIS RES (VE);
ACOMPANHA OS CASOS TOXOPLASMOSE

SMS SAÚDE DA MULHER

**ASSESSORA TECNICAMENTE E DISCUTE CASOS PONTUAIS DE
TOXOPLASMOSE,**



COVISA/DVE/NDTVZ

**RECEBE AS FIES DE PACIENTES DE RESIDENTES EM MUNICIPIOS;
ENCAMINHA AS FIES DE CASOS ATENDIDOS EM OUTROS
MUNICIPIOS, RESIDENTES DO MSP;
MONITORA OS CASOS NOTIFICADOS NO BANCO DO SINANET
ANALISA, PARTICIPA DO PLANEJAMNTO DE AÇÕES NECESSÁRIAS
EM CONJUNTO COM SMS/AB/UVIS REGIONAIS/CRS E UVIS
INFORMA AF OS CASOS NOTIFICADOS NO SINANNET SEGUNDO**

CIEVS/DTA

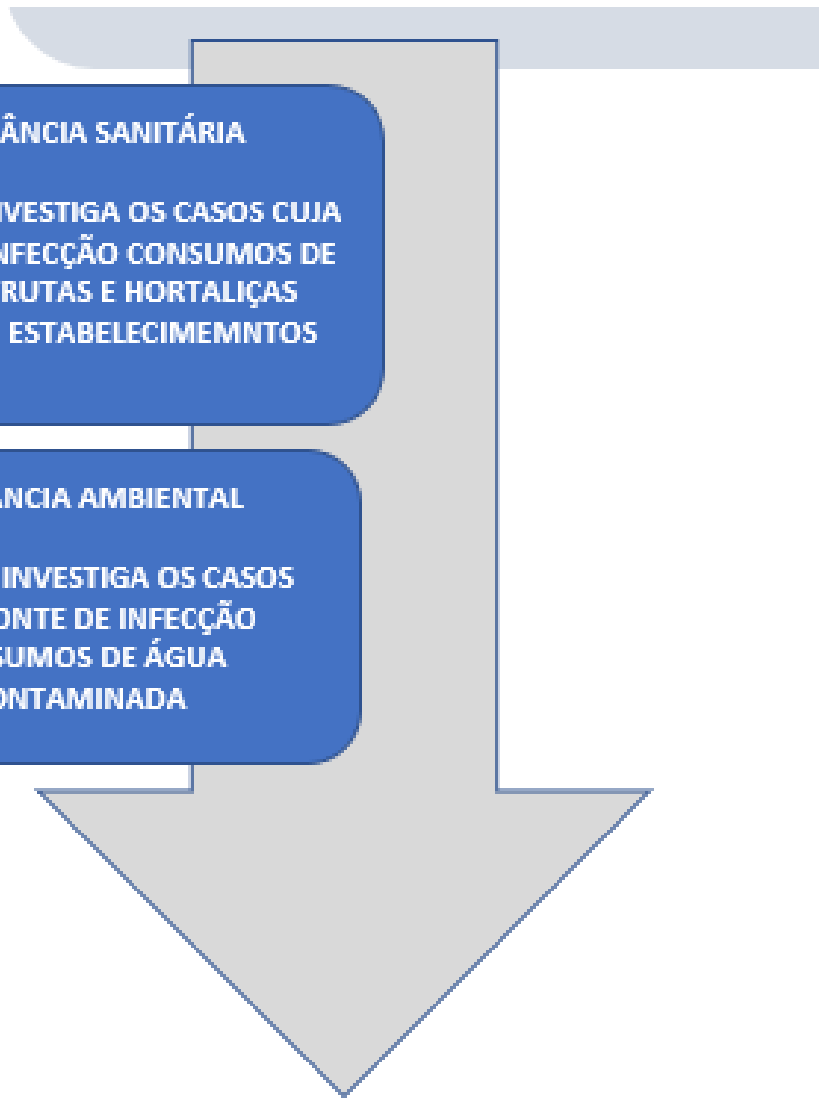
**RECEBE E INVESTIGA OS CASOS SUSPEITOS DE
SURTO POR TOXOPLASMOSE**

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

RECEBE E INVESTIGA OS CASOS CUJA
FONTE DE INFECÇÃO CONSUMOS DE
CARNE, FRUTAS E HORTALIÇAS
CRUAS EM ESTABELECIMENTOS

VIGILÂNCIA AMBIENTAL

RECEBE E INVESTIGA OS CASOS
CUJA FONTE DE INFECÇÃO
CONSUMOS DE ÁGUA
CONTAMINADA



Muito obrigada!