

SUPERINTENDENCIA DE VIGILÂNCIA, PROMOÇÃO E PROTEÇÃO À SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS E NÃO TRANSMISSÍVEIS
GERENCIA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
ÁREA DE ACESSORAMENTO DAS DOENÇAS DE VEICULAÇÃO HÍDRICA E ALIMENTAR

**NOTA TÉCNICA Nº 02 /2018 – SES/SVPPS/DVEDTNT/GDT
MANEJO CLÍNICO E NOTIFICAÇÃO DOS CASOS DE TOXOPLASMOSE
GESTACIONAL, (CID 10 – O98. 6 DOENÇAS CAUSADAS POR PROTOZOÁRIOS
COMPLICANDO A GRAVIDEZ)**

Assunto: Alerta para o Manejo clínico e notificação dos casos de Toxoplasmose Gestacional (CID 10 – O98. 6 Doenças causadas por protozoários complicando a gravidez)

Autores: **Adriana Cavalcante Ferreira Morciego Garcia** – Diretora da Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis; **Hájussa Fernandes Garcia** - Gerente das Doenças Transmissíveis; **Ana Silvia Ribeiros Luz Vargas** – Técnica da Área de Assessoramento da DVHA; **Janaína de Sousa Menezes** – Assessora Técnica da Área de Assessoramento da DVHA e **Simone Dias Rodrigues** - Técnica da Área de Assessoramento da DVHA.

INTRODUÇÃO

A toxoplasmose é causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii* (*T. gondii*) um parasita intracelular obrigatório. É uma zoonose altamente disseminada e de ampla distribuição geográfica, sendo uma das infecções parasitárias mais comuns em humanos. O *Toxoplasma gondii* possui um ciclo de vida complexo com dois hospedeiros, os felídeos, como hospedeiros definitivos, e o homem, mamíferos e aves, como hospedeiros intermediários. A infecção possui distribuição geográfica mundial e alta prevalência sorológica, no entanto 90% dos casos são assintomáticas e o caso de doença clínica são menos frequente (KRAVETZ; FEDERMAN, 2005).

Apesar da elevada frequência de infecções inaparentes, a toxoplasmose pode manifestar – se como uma doença sistêmica severa, como ocorre na forma congênita. A mãe ao infectar-se pela primeira vez durante a gestação pode apresentar uma parasitemia temporária e infectar o feto (DUBEY, 1977) com danos de diferentes graus de gravidade, dependendo da virulência da cepa do parasita, da capacidade da resposta imune da mãe e do período gestacional em que a mulher se encontra, resultando inclusive em morte fetal ou em graves sintomas clínicos (DUNN et al., 1999).

Na toxoplasmose congênita, o parasita atinge o concepto por via transplacentária causando danos com diferentes graus de gravidade dependendo dos fatores com virulência, cepa do parasita, da capacidade da resposta imune da mãe e também do período gestacional em que a mulher se encontra, podendo resultar em morte fetal ou em graves sintomas clínicos (DUNN et al., 1999).



O risco de infecção fetal aumenta com a idade gestacional, porém, a gravidade das seqüelas diminui com ela, sendo as formas subclínicas neonatais próprias da infecção no terceiro trimestre da gestação. (DESMONTS; COUVREUR, 1974). O período gestacional mais crítico ocorre entre a 10^a e 26^a semana, momento em que a placenta já é grande para se infectar e, ao mesmo tempo, o feto é imaturo e pode sofrer danos importantes (DUNN et al., 1999; MARTÍN, 2004).

De acordo com o trimestre gestacional da primoinfecção materna, a patogenicidade pode ser:

- Infecção materna no primeiro trimestre de gestação: normalmente ocorre morte fetal.
- Infecção materna no segundo e terceiro trimestre de gestação: pode ocorrer prematuridade e ocasionar a chamada téttrade de Sabin: microcefalia, retinocoroidite, calcificações cerebrais e deficiência mental (SABIN, 1942).

DIAGNÓSTICO MATERNO

Assim como em adultos imunocompetentes, mulheres grávidas são freqüentemente assintomáticas ou apresentam sintomas leves, tornando o diagnóstico clínico difícil, fazendo com que os exames laboratoriais sejam importantes para o diagnóstico definitivo da infecção materna.

A determinação do período em que a infecção ocorreu na gestante é importante, pois a infecção antes a concepção apresenta baixo risco de transmissão para o feto, ao contrário do que ocorre quando a primoinfecção ocorre durante a gravidez.

Todas as gestantes com diagnóstico confirmado ou suspeito de infecção aguda devem ter seus filhos avaliados ainda na maternidade para se proceder à confirmação da infecção congênita e instituir o tratamento. A confirmação da infecção congênita é feita com a realização de teste sorológica em amostras de sangue do recém-nascido.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

O diagnóstico baseia-se, primeiramente, na triagem sorológica para anticorpos IgG anti-*T.gondii* por meio do método Elisa (ensaio imunoenzimático) indireto e a pesquisa de IgM anti-*T.gondii* por meio do método Elisa de captura. A sorologia deverá ser solicitada no início do 1º trimestre de gestação (IgM e IgG), se a gestante for suscetível (IgM e IgG não reagentes), a sorologia deverá ser repetida no início dos 2º e 3º trimestres gestacionais.



Em pacientes que apresentem resultado IgM e IgG positivos deverá ser solicitado o teste de avidéz para IgG, preferencialmente na mesma amostra. Caso IgM não reagente e IgG reagente, quando realizados precocemente, indica doença antiga não sendo necessário repetir o exame durante a gestação (exceto em pacientes com imunodeficiência).

DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO DE TOXOPLASMOSE GESTACIONAL

GESTANTE SUSCETÍVEL
<ul style="list-style-type: none"> ➤ IgM e IgG não reagente – Gestante não infectada - Instituir cuidados profiláticos (prevenção primária da Toxoplasmose) e repetir exames (IgM e IgG) a cada trimestre nas gestações de alto risco de contaminação ou entre a 24^o e 28^o semanas nas gestantes de baixo risco de contaminação.
INFECÇÃO AGUDA PROVÁVEL
<ul style="list-style-type: none"> ➤ IgM e IgG reagentes, baixo índice de avidéz; ➤ Aumento progressivo dos títulos de IgM e IgG; ➤ IgM reagente e IgG não reagente.
INFECÇÃO POSSÍVEL
<ul style="list-style-type: none"> ➤ IgM e IgG reagentes com avidéz alta ou indeterminada (>16 semanas gestacionais); ➤ IgM e IgG reagentes, em qualquer idade gestacional, sem teste de avidéz.

PROTOCOLO TERAPEUTICO PARA A TOXOPLASMOSE MATERNA

Deve-se levar em consideração a idade gestacional e se a paciente está em investigação ou com infecção confirmada. (Quadro 1 e 2).

Quadro 1 – Esquema terapêutico para toxoplasmose adquirida na gestação para pacientes em investigação de infecção aguda, independente da idade gestacional.

PACIENTES	TRATAMENTO
Em Investigação	ESPIRAMICINA – comprimidos de 500mg. Dose - dois comprimidos de 8/8 horas – por via oral (em jejum).

Quadro 2 – Esquema terapêutico para toxoplasmose adquirida na gestação para pacientes com infecção aguda.

PERÍODO GESTACIONAL	TRATAMENTO
Primeiro trimestre até a 18^o semana	ESPIRAMICINA (Rovamicina comprimidos de 500mg)



	Dose: dois comprimidos de 8/8 horas – por via oral (em jejum).
Após a 18ª semana (até o parto): esquema tríplice.	PIRIMETAMINA (Doraprin comprimidos de 25 mg) Dose de ataque: dois comprimidos, de 12/12 horas, por dos dias – por via oral. Dose de manutenção: dois comprimidos, em dose única diária – via oral.
	SULFADIAZINA (Sulfadiazina comprimidos de 500 mg) Dose: dois comprimidos de 6/6 horas – por via oral.
	ÁCIDO FOLÍNICO (Leocovorin ou manipulado) Dose: um comprimido ao dia – por via oral.

CUIDADOS COM O ESQUEMA TRÍPLICE MATERNA

- A **PIRIMETAMINA** é **teratogênica** (é definido como qualquer substância que, estando presente durante a vida embrionária ou fetal, produz uma alteração na estrutura ou função da descendência) e não pode ser usada durante o primeiro trimestre da gestação (os efeitos tóxicos causados pela **PIRIMETAMINA** - pode produzir depressão reversível e gradual da medula óssea).
- O **ÁCIDO FOLÍNICO** é associado ao uso da **PIRIMETAMINA**, por ser um antagonista do ácido fólico. O uso concomitante de **ÁCIDO FOLÍNICO** é indicado para prevenir esses efeitos tóxicos (deve ser administrado até uma semana após o uso da **PIRIMETAMINA**).
- Fazer controle hematológico mensal (hemograma e plaquetas), durante o uso da **SULFADIAZINA** e **PIRIMETAMINA** para diagnosticar alterações como anemia, plaquetopenia, leucopenia ou pancitopenia. **Na presença dessas alterações, deve-se suspender por um mês, o uso do antimicrobiano e substituir por ESPIRAMICINA, mantendo o ÁCIDO FOLÍNICO.**
- Na impossibilidade de uso de **SULFADIAZINA** e **PIRIMETAMINA**, deve-se fazer uso contínuo de **ESPIRAMICINA**.

PROFILAXIA MATERNA

A Profilaxia deve ser baseada em medidas que reduzam ao máximo o risco de infecção:

- Ingerir carne bem cozida (67°C por 10 minutos);
- Não experimentar carne crua;



- Congelar produtos cárneos (-18°C por 7 dias);
- Ingerir embutidos frescos bem cozidos;
- Lavar, com água e sabão, os utensílios (faca, tábua) utilizados no preparo de carnes;
- Lavar bem as frutas e verduras, esfregando em água corrente;
- Proteger os alimentos de moscas e baratas;
- Ingerir apenas água tratada ou fervida;
- Ferver e pasteurizar leite de cabra antes do consumo;
- Lavar as mãos após mexer na terra ou areia.

ORIENTAÇÕES

1. É imprescindível a realização do exame sorológico em **TODOS** os recém-nascidos de mães com toxoplasmose suspeita ou confirmada tendo em vista que a maioria dos casos de toxoplasmose congênita é assintomática.
2. Imprescindível anotar no cartão da gestante e/ou criança todos os resultados de exames laboratoriais, com data, os métodos utilizados e seus respectivos valores de referência, o início de tratamento, medicamento e esquema terapêutico utilizado.
3. De acordo o **RENAME – 2017**, a aquisição da **ESPIRAMICINA** que era responsabilidade dos municípios, será adquirida pelo Ministério da Saúde no ano de 2018, vale ressaltar que, o insumo está em processo de licitação para aquisição do mesmo. Diante do exposto, é de responsabilidade dos municípios manterem a aquisição do insumo até a conclusão da aquisição e liberação pelo Ministério da Saúde.
4. A obrigatoriedade da notificação **É DE QUALQUER PROFISSIONAL DE SAÚDE**, através do preenchimento da **Ficha de Notificação/Conclusão do SINAN**.
5. A obrigatoriedade dos municípios é de realizar a investigação em ficha paralela de **Investigação de Toxoplasmose Gestacional e Congênita do FormSUS**.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

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

O município deve notificar os casos de **Toxoplasmose Gestacional (CID 10 – 098. 6 - Doenças causadas por protozoários complicando a gravidez)** e

6



Toxoplasmose Congênita (CID 10 – P37.1) na “*Ficha Individual de Notificação*”, definida pelo SINAN. Para melhoria das investigações, a Área de Assessoramento das DVHA's implantou o formulário de investigação específico para toxoplasmose gestacional e congênita para que todo caso suspeito e/ou confirmado deverá ser informado via FormSUS, através dos links:

➤ **FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE TOXOPLASMOSE GESTACIONAL:**
http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=30639

➤ **FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE TOXOPLASMOSE CONGÊNITA:**
http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=30788

TODA GESTANTE E CRIANÇA COM SUSPEITA DE INFECÇÃO GESTACIONAL E/OU CONGÊNITA devem ser encaminhadas à Referência Hospitalar/Gestação de Alto Risco de sua região para confirmação laboratorial e/ou tratamento (**os casos confirmados de infecção ativa deverão ser tratados de acordo com os critérios técnicos já estabelecidos**).

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

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

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

REFERÊNCIAS

DUBEY, J. P. et al. *Toxoplasma, Hammondia, Besnoitia, Sarcocystis* and others tissue cyst-forming coccidian of man and animals. In: KREIER, J.P. *Parasitic Protozoa*. New; Academic Press. V. 3, p. 101. 1977.

DUNN, D. et al. Mother – to – child transmission of toxoplasmosis: Risk estimates for clinical counseling. *Lancet*, v. 353, n. 9167, p. 1829 – 1833. 1999.

KRAVETZ, J. D.; FEDERMAN, D. G. Toxoplasmosis in pregnancy. *The American Journal of Medicine*, v. 118, p. 212 – 218. 2005.

MARTÍN, F. C.; Toxoplasmosis congenital. Uma enfermidade com demasiados interrogantes. *Annales de Pédiatrie*, v. 61, n. 2, p. 115 – 117. 2004.

SABIN, A. B. Toxoplasmosis: recently recognized disease. *Advances in Pediatrics*, v. 1, p. 1 – 54. 1942.





MARTÍN, F. C.; Toxoplasmosis congenital. Uma enfermidade com demasiados interrogantes. *Annales de Pediatrie*, v. 61, n. 2, p. 115 – 117. 2004.

SABIN, A. B. Toxoplasmosis: recently recognized disease. *Advances in Pediatrics*, v. 1, p. 1 – 54. 1942.

Palmas - TO, 06 de março de 2018.

Atenciosamente,


Hájussa Fernandes Garcia
Assistente - CREFITO 113022-F
Gerente de Doenças Transmissíveis
Mat: 10295 / SESAU-TO
HÁJUSSA FERNANDES GARCIA
Gerente de Doenças Transmissíveis


Adriana Cavalcante F. M. Garcia
Diretora de Doenças Transmissíveis
e não Transmissíveis
Mat: 071038-2

ADRIANA CAVALCANTE FERREIRA MORCIEGO GARCIA
Diretora de Vig. Epidemiológica das Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis


LUCIANA FERREIRA MARQUES DA SILVA
Superintendente de Vigilância, Promoção e Proteção à Saúde

Luciana Ferreira M. da Silva
Superintendente de Vigilância
Promoção e Proteção à Saúde
Mat.: 1002953

