

SECRETÁRIA DA SAÚDE

PROTOCOLO
TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA

2020

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE	TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA		
Controlado por: Rede Cegonha e Vigilância Epidemiológica		Proponente: Departamento de Assistência Integral à Saúde		
Código: RC, VE e PE 011		Data da Emissão: 20/08/2019	Revisão 01	Página 2-63

SUMÁRIO

SUMÁRIO	2
1. I. INTRODUÇÃO	4
II. OBJETIVOS	4
II.I OBJETIVO GERAL	4
II.II OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
2. III. ABRANGÊNCIA	5
3. IV. DOCUMENTOS ENVOLVIDOS	5
4. V. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	5
1. TRANSMISSÃO	5
2. PREVENÇÃO	6
QUADRO 1 - Algumas Orientações de Prevenção Primária para a Infecção.	6
3. PATOGENIA E FISIOPATOLOGIA	7
4. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	8
5. DIAGNÓSTICO NA GESTANTE	8
QUADRO 2 – Toxoplasmose Gestacional	10
6. TRATAMENTO DE GESTANTE	14
QUADRO 3: Esquema Terapêutico para Toxoplasmose na Gestação, quando não há possibilidade de confirmar infecção fetal no líquido amniótico, por meio do PCR	15
QUADRO 4: Esquema Terapêutico para Toxoplasmose na Gestação quando Realizado PCR.	16
7. DIAGNÓSTICO DE INFECÇÃO FETAL	16
8. DIAGNÓSTICO DE INFECÇÃO CONGÊNITA	17
9. TRATAMENTO DA CRIANÇA	17
QUADRO 5 – Definições de Casos de Infecção pelo <i>Toxoplasma gondii</i> em Gestantes	18
9.1 - Maternidade	18
9.2 – Ambulatório Hospitalar	19

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE	TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA		
Controlado por: Rede Cegonha e Vigilância Epidemiológica		Proponente: Departamento de Assistência Integral à Saúde		
Código: RC, VE e PE 011		Data da Emissão: 20/08/2019	Revisão 01	Página 3-63

QUADRO 6 - Protocolo Terapêutico de Criança Assintomática de Mãe com Infecção Aguda Confirmada ou Suspeita na Gravidez.	21
QUADRO 7- Protocolo Terapêutico de Criança com Toxoplasmose Congênita Confirmada.	22
QUADRO 8- Protocolo Terapêutico para a Criança com Toxicidade Medular Grave.	23
QUADRO 9- Protocolo Terapêutico para a Criança com Retinocoroidite Ativa e/ou Proteína no Líquido Cefalorraquidiano ≥ 1 g/dL.....	23
10.1 - Notificação.....	24
10.2 – INVESTIGAÇÃO	26
VI. FLUXOS.....	27
Fluxograma 1: Manejo Clínico para gestantes com sorologia realizadas ATÉ 16 semanas de IG.	27
Fluxograma 2: Manejo Clínico para gestantes com sorologia realizadas APÓS 16 semanas de IG.	28
Fluxograma 3: Manejo Clínico para gestantes com sorologia realizadas com resultado de IgM e IgG Indeterminado	29
Fluxograma 4: Abordagem inicial de RN assintomático com suspeita de toxoplasmose congênita.....	30
Fluxograma 5: Vigilância Epidemiológica – Toxoplasmose Gestacional.....	31
Fluxograma 6: Vigilância Epidemiológica – Toxoplasmose Congênita	32
VII. ANEXOS.....	33
ANEXOS 1: Ficha de Notificação SINAN.....	33
ANEXO 2: Relatório Padrão para Notificação de Toxoplasmose Gestacional – Google Forms.....	34
ANEXO 3: Relatório Padrão para Notificação de Toxoplasmose Congênita – Google Forms	49
VIII. DAS RESPONSABILIDADES	61
IX. EQUIPE TÉCNICA	62
X. REFERÊNCIAS.....	63

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE	TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA		
Controlado por: Rede Cegonha e Vigilância Epidemiológica		Proponente: Departamento de Assistência Integral à Saúde		
Código: RC, VE e PE 011		Data da Emissão: 20/08/2019	Revisão 01	Página 4-63

I. INTRODUÇÃO

A toxoplasmose, causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii*, é uma infecção muito comum, mas a manifestação clínica da doença é rara. Apresenta complicações graves quando adquirida no período gestacional. No Brasil, a incidência de toxoplasmose congênita varia entre 4 a 10 casos para cada 10 mil nascidos vivos, com apresentação clínica variável, incluindo alterações oculares (como coriorretinite), neurológicas (como encefalite, microcefalia e macrocefalia), sistêmicas (hepatomegalia, icterícia) e óbito fetal/neonatal. O risco de transmissão e a gravidade das complicações têm comportamentos inversos em relação à idade gestacional. A taxa de transmissão ao feto é de 14% no primeiro trimestre e de 60% no terceiro trimestre. Já a gravidade, tende a ser maior nas infecções adquiridas no começo da gestação. A taxa de transmissão varia entre 50% a 60% em mães não tratadas e entre 20% a 30% nas que receberam tratamento durante a gestação. Por isso, a prevenção da infecção, rastreamento e diagnóstico precoce são fundamentais para evitar as complicações da toxoplasmose congênita.

II. OBJETIVOS

II.I OBJETIVO GERAL

Padronizar a atenção à saúde da gestante com toxoplasmose adquirida na gestação, com a finalidade de evitar a toxoplasmose congênita.

II.II OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar as gestantes suscetíveis à toxoplasmose, visando a adoção de medidas de prevenção primária.

Detectar precocemente os casos de toxoplasmose aguda na gestação, a fim de proporcionar o tratamento adequado com o objetivo de prevenir a transmissão fetal.

Implantar a notificação compulsória no Município de Guarulhos dos casos suspeitos de toxoplasmose gestacional e congênita.

Normatizar a abordagem clínica e terapêutica frente ao recém-nascido com o diagnóstico de toxoplasmose congênita.

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE	TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA		
Controlado por: Rede Cegonha e Vigilância Epidemiológica		Proponente: Departamento de Assistência Integral à Saúde		
Código: RC, VE e PE 011		Data da Emissão: 20/08/2019	Revisão 01	Página 5-63

META: Realizar as notificações de toxoplasmose na gestação e congênita, garantindo uma linha de cuidado materno – infantil, proporcionando qualidade da assistência em saúde.

III. ABRANGÊNCIA

Serviços de Saúde da Rede Pública e Suplementar.

IV. DOCUMENTOS ENVOLVIDOS

- Protocolo de Notificação e Investigação: Toxoplasmose Gestacional e Congênita-MS.
- Caderno De Atenção Ao Pré-Natal Toxoplasmose- Secretária do Estado do Paraná.
- Ministério da Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico. 5ª.ed.
- Ministério da Saúde. Atenção à Saúde do Recém-Nascido.

V. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. TRANSMISSÃO

A infecção pelo *T. gondii* pode ocorrer por três vias principais:

Fecal-oral: ingestão de oocistos eliminados nas fezes de gatos, presentes na água contaminada, no solo, areia, frutas e verduras. Os oocistos podem ser disseminados pelo ambiente por meio de baratas, moscas e formigas. Cães com hábito de se esfregar em fezes de gatos podem ter seus pêlos contaminados com oocistos;

Carnivorismo: pelo consumo de carnes e produtos de origem animal (principalmente de suínos, caprinos e ovinos) crus ou mal cozidos contendo cistos teciduais;

Transplacentária: via circulação materno-fetal, com a passagem de taquizoítas presentes, em grande número, na circulação materna durante a fase aguda da infecção. Outras formas de transmissão podem ocorrer ainda que raramente, podendo ser transmitidos, também, pelo leite cru de cabra e da mulher, pelo sangue em transfusões, em acidentes de laboratório e em transplantes de órgãos.

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE	TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA		
Controlado por: Rede Cegonha e Vigilância Epidemiológica		Proponente: Departamento de Assistência Integral à Saúde		
Código: RC, VE e PE 011		Data da Emissão: 20/08/2019	Revisão 01	Página 6-63

2. PREVENÇÃO

O *Toxoplasma gondii* existe em três formas: oocisto (encontrado nas fezes dos gatos), taquizoítos (encontrado na fase aguda da doença) e o bradizoíto (encontrado em cistos teciduais). A infecção humana pelo *Toxoplasma gondii* ocorre em 50% das vezes por ingestão de cistos presentes em carnes contaminadas. Portanto, a principal forma de prevenir a infecção é fazer o cozimento adequado dos alimentos e evitar a contaminação cruzada (contato de alimentos crus com alimentos cozidos). A infecção humana também ocorre pela ingestão de oocistos presentes em frutas e verduras, solos ou água contaminada com fezes de gatos, por transplante de órgãos de um doador infectado e por transmissão transplacentária (causando a toxoplasmose congênita). Ter um gato em casa não acrescenta necessariamente risco de contrair toxoplasmose se as medidas preventivas forem tomadas, como não alimentá-lo com carne crua ou malcozida, remover suas fezes corretamente e impedi-lo de caçar.

QUADRO 1 - Algumas Orientações de Prevenção Primária para a Infecção.

- Higienizar corretamente as mãos antes das refeições ou após manusear lixo, ter contato com animais e manipular alimentos. Utilizar luvas ao manipular carnes cruas.
- Evitar manusear terra ou solo e, caso necessário, utilizar luvas e higienizar as mãos após a atividade.
- Consumir apenas água filtrada ou fervida.
- Manter os reservatórios de água bem fechados.
- Higienizar frutas, legumes e verduras em água corrente antes do consumo, conforme as instruções:
 - Selecionar os alimentos, retirando partes deterioradas e/ou sem condições adequadas;
 - Lavar os alimentos, um a um, em água potável corrente;
 - Desinfetar, por meio da imersão, em solução clorada, por 10 minutos: diluir 1 colher de sopa de água sanitária em 1 litro de água;
 - Lavar os alimentos novamente, um a um, em água potável corrente;
 - Mantê-los sob refrigeração até a hora do consumo.
- Congelar a carne antes do consumo. O tempo mínimo de congelamento e a temperatura ideal

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE	TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA		
Controlado por: Rede Cegonha e Vigilância Epidemiológica		Proponente: Departamento de Assistência Integral à Saúde		
Código: RC, VE e PE 011		Data da Emissão: 20/08/2019	Revisão 01	Página 7-63

ainda são controversos. O Ministério da Saúde e o Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS) do Rio Grande do Sul recomendam que a carne seja congelada a pelo menos 15°C negativos, por no mínimo 3 dias, em freezer doméstico. No entanto, a recomendação mais conservadora sugere que a carne seja congelada em freezer doméstico a pelo menos 18°C negativos por, no mínimo, 7 dias. O congelador da geladeira não atinge essas temperaturas, somente o freezer.

- Higienizar tábuas de corte, facas, balcões e pia após a preparação dos alimentos.
- Evitar contaminação cruzada de alimentos crus com alimentos cozidos.
- Não consumir carnes cruas, malcozidas ou malpassadas e não provar a carne crua durante seu preparo. Cozinhar a carne a pelo menos 67° C (ao ponto para bem passada).
- Evitar ingerir carnes defumadas ou curadas em salmoura (embutidos – salame, copa, lingüiça).
- Não consumir leite e seus derivados crus, não pasteurizados, seja de vaca ou de cabra.
- Controlar vetores e pragas (ratos, moscas, baratas e formigas), descartando corretamente o lixo doméstico e os dejetos de animais.
- Evitar o contato com cães que andam soltos – os cães também podem transmitir a doença ao sujar o pêlo no solo onde haja fezes de gato. Convívio com gatos
- Alimentar gatos com ração, não deixando que façam ingestão de caça ou carne crua.
- Evitar que a gestante troque a caixa de areia de gatos domésticos. Caso não seja possível, ela deve limpar e trocar a caixa diariamente, utilizando luvas e pá, além de colocá-la ao sol com frequência.
- Evitar o contato com fezes de gato no lixo ou no solo e, se houver contato, higienizar corretamente as mãos.

Fonte: Tele Saúde RS-UFRGS (2018).

3. PATOGENIA E FISIOPATOLOGIA

No homem, o período de incubação varia de 10 a 23 dias após a ingestão de carne mal cozida, e de 5 a 20 dias após ingestão de oocistos. O parasita pode causar uma grande destruição de células devido à sua própria ação ou pela hipersensibilidade apresentada pelo hospedeiro. As manifestações da doença no homem estão, geralmente, relacionadas a uma vulnerabilidade tissular especial associada à regeneração lenta ou ausente. A infecção materna, embora

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE	TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA		
Controlado por: Rede Cegonha e Vigilância Epidemiológica		Proponente: Departamento de Assistência Integral à Saúde		
Código: RC, VE e PE 011		Data da Emissão: 20/08/2019	Revisão 01	Página 8-63

inaparente, pode determinar lesões destrutivas no feto. Em indivíduos imunodeprimidos, inclusive pacientes infectados pelo HIV, pacientes com doenças linfoproliferativas, pacientes que realizam quimioterapia ou transplante de órgãos, os bradizoítas podem ser liberados dos cistos, transformando-se em taquizoítas e causando a reagudização da infecção toxoplásmica. A encefalite em pacientes imunocomprometidos é a manifestação mais grave da toxoplasmose devido à reativação de cistos cerebrais.

4. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A infecção aguda na gestante usualmente é assintomática. Os sintomas, quando presentes, são inespecíficos, como febre (com curta duração – 2 a 3 dias), calafrio, sudorese, cefaleia, mialgia, faringite, hepatoesplenomegalia, linfonodomegalia e/ou rash maculopapular difuso e não pruriginoso. A manifestação mais comum e específica da infecção aguda seria a linfonodomegalia de localização cervical, bilateral e simétrica que pode durar semanas. Linfonodomegalia generalizada ocorre em 20% a 30% das vezes. Os linfonodos geralmente são pequenos (menores do que 3 cm) e sem tecido de flutuação. A doença ocular (coriorretinite – uveíte posterior) pode ocorrer na infecção aguda, porém é mais comum na reativação. A apresentação clínica no recém-nascido é variável, tipicamente com acometimento neurológico (encefalite, convulsões, micro ou macrocefalia, hipotonia, paralisia de nervos cranianos, alterações psicomotoras e déficit intelectual) e ocular (coriorretinite). Outras manifestações sistêmicas, como hepatoesplenomegalia, ascite, pericardite, icterícia, deficiências hormonais (hipopituitarismo) e perda auditiva, podem estar presentes.

Os achados ultrassonográficos mais comuns que sugerem infecção fetal são intracranianos: calcificação e dilatação ventricular, geralmente bilateral e simétrica. Também pode-se observar hidrocefalia, ascite e alterações da ecotextura hepática e esplênica fetal. Importante ressaltar que nem todos os achados fetais anormais levam a sequelas neurológicas limitantes.

5. DIAGNÓSTICO NA GESTANTE

O diagnóstico é laboratorial, a partir dos anticorpos IgG e IgM para toxoplasmose, visto que os sintomas da doença costumam ser inespecíficos. Como o anticorpo IgM pode permanecer

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE	TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA		
Controlado por: Rede Cegonha e Vigilância Epidemiológica		Proponente: Departamento de Assistência Integral à Saúde		
Código: RC, VE e PE 011		Data da Emissão: 20/08/2019	Revisão 01	Página 9-63

positivo por anos após um quadro de infecção aguda, a suspeita diagnóstica de toxoplasmose na gravidez é mais acurada quando o anticorpo IgM é interpretado a partir do conhecimento sorológico prévio de IgG e IgM, idade gestacional que o exame foi realizado, resultado do anticorpo IgG e teste de avididade ao IgG. Deve-se sempre considerar sorologias realizadas previamente à gestação na interpretação dos exames atuais.

 PREFEITURA DE GUARULHOS - SP	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE	TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA		
Controlado por: Rede Cegonha e Vigilância Epidemiológica		Proponente: Departamento de Assistência Integral à Saúde		
Código: RC, VE e PE 011		Data da Emissão: 20/08/2019	Revisão 01	Página 10-63

QUADRO 2 – Toxoplasmose Gestacional

Situação	Resultados		Interpretação	Conduta	Seguimento	Exames de Imagem
	IgG	IgM				
Primeira Sorologia no 1º Trimestre de Gestação	Positiva	Negativa	Imunidade Remota. Gestante com doença antiga ou toxoplasmose crônica	Não há necessidade de novas sorologias	-	Rotina
	Negativa	Negativa	Suscetibilidade	Orientar medidas de prevenção para infecção (Quadro I).	Repetir sorologia de 3 em 3 meses, no momento do parto ou em casos suspeito.	Rotina
	Positiva	Positiva	Possibilidade de infecção durante a gestação	Laboratório: ao identificar IgG e IgM reagente, realizar automaticamente o teste de avides de IgG na mesma amostra. Conforme fluxograma 5. <u>Avides Alta</u>: infecção adquirida antes da gestação. Não há necessidade de mais testes. <u>Avides baixa</u>: possibilidade de infecção adquirida na gestação. Iniciar espiramicina imediatamente.	-Encaminhar para Pré Natal de Alto Risco. -Avaliação para medicina fetal	USG Morfológico 1º trimestre (entre 10 e 14 semanas)

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE	TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA		
Controlado por: Rede Cegonha e Vigilância Epidemiológica		Proponente: Departamento de Assistência Integral à Saúde		
Código: RC, VE e PE 011		Data da Emissão: 20/08/2019	Revisão 01	Página 11-63

	Negativa	Positiva	Infecção muito recente ou IgM falso positivo	Iniciar espiramicina imediatamente. Repetir sorologia em três semanas IgG positivou: confirma infecção.	-Encaminhar para Pré Natal de Alto Risco. -Avaliação para medicina fetal	USG Morfológico 1º trimestre (entre 10 e 14 semanas)
Primeira Sorologia após 1º Trimestre de Gestação	Positiva	Negativa	Imunidade Remota. Gestante com doença antiga ou toxoplasmose crônica	Não há necessidade de novas sorologias		Rotina
	Negativa	Negativa	Suscetibilidade	Orientar medidas de prevenção para infecção (Quadro I).	Repetir sorologia de 3 em 3 meses, no momento do parto ou em casos suspeito.	Rotina
	Positiva	Positiva	Possibilidade de infecção durante a gestação	Se a gestação tiver menos de 16 semanas: iniciar espiramicina. Gestante com mais de 16 semanas de gestação: iniciar diretamente com esquema tríplice. Fazer teste de avidéz de IgG.	Encaminhar para Pré Natal de Alto Risco. Avaliação para medicina fetal até 28 semanas	USG Morfológico 2º trimestre (entre 20 e 24 semanas)

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE	TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA		
Controlado por: Rede Cegonha e Vigilância Epidemiológica		Proponente: Departamento de Assistência Integral à Saúde		
Código: RC, VE e PE 011		Data da Emissão: 20/08/2019	Revisão 01	Página 12-63

	Negativa	Positiva	Infecção muito recente ou IgM falso positivo	Iniciar espiramicina imediatamente.Repetir sorologia em três semanas. IgG positivo: confirma infecção	Encaminhar para Pré Natal de Alto Risco. Avaliação para medicina fetal até 28 semanas	USG Morfológico 2º trimestre (entre 20 e 24 semanas)
Amostras subseqüentes na gestante inicialmente suscetível	Positiva	Negativa	Possibilidade de falso negativo de IgG na amostra anterior, por método inadequado. Provável imunidade remota	Exceção – Primeira sorologia (negativa) bem no início da gestação e exame subseqüente no final da gestação ou no momento do parto com IgG muito alta (>200UI/mL) possibilidade de infecção durante a gestação com IgM muito fugaz. Analisar também a possibilidade de IgM falso negativo. Se possibilidade de infecção adquirida na gestação, iniciar com esquema triplice. Investigação completa do recém-nascido.	-	Rotina
	Negativa	Negativa	Suscetibilidade	Manter orientações de medidas de prevenção para infecção (Quadro I)	Repetir sorologia no momento do parto	Rotina

 PREFEITURA DE GUARULHOS-SP	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE	TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA		
Controlado por: Rede Cegonha e Vigilância Epidemiológica		Proponente: Departamento de Assistência Integral à Saúde		
Código: RC, VE e PE 011		Data da Emissão: 20/08/2019	Revisão 01	Página 13-63

	Positiva	Positiva	INFECÇÃO DURANTE A GESTAÇÃO	Se a gestante tiver menos de 16 semanas: iniciar imediatamente com espiramicina. Se mais de 16 semanas: iniciar diretamente com esquema tríplice.	Encaminhar para pré – natal de alto risco. Avaliação da medicina fetal.	USG Morfológico
	Negativa	Positiva	Infecção muito recente ou IgM falso positivo	Iniciar espiramicina imediatamente. Se a gestação tiver mais de 16 semanas: iniciar diretamente com esquema tríplice. Repetir sorologia em três semanas. IgG positivo: confirma a infecção. IgG negativo: suspender tratamento, orientar medidas de prevenção para a infecção (Quadro I). Manter sorologia de 3 em 3 meses e no momento do parto.	IgG positivo: Encaminhar para pré – natal de alto risco. Avaliação da medicina fetal até 28 semanas.	USG Morfológico

Fonte:Ministério da Saúde:Manual Técnico-Gestação de Alto Risco,5ªed.-2012(Adaptação Municipal).

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE	TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA		
Controlado por: Rede Cegonha e Vigilância Epidemiológica		Proponente: Departamento de Assistência Integral à Saúde		
Código: RC, VE e PE 011		Data da Emissão: 20/08/2019	Revisão 01	Página 14-63

6. TRATAMENTO DE GESTANTE

O tratamento da toxoplasmose está indicado quando ocorre suspeita ou confirmação de infecção aguda na gravidez. O início de tratamento precoce após a infecção materna, idealmente em até 3 semanas, diminui os riscos de infecção fetal. Devido à maior virulência das cepas brasileiras, orienta-se início de esquema tríplice quando infecção fetal ocorreu com 16 semanas ou mais, com vistas a diminuir o risco de sequelas decorrentes da infecção fetal. Se a infecção ocorrer antes das 16 semanas, o tratamento inicial é com espiramicina, devendo ser modificado para esquema tríplice a partir das 16 semanas. O retorno para a monoterapia será orientado conforme avaliação em serviço de Pré-Natal de Alto Risco.

OBSERVAÇÕES:

- O Ácido Folínico é associado à administração de Pirimetamina para a prevenção de mielotoxicidade, devendo ser mantido até uma semana após término do uso de Pirimetamina.
- Hemogramas seriados maternos devem ser realizados, 15 dias após o início do tratamento e mensalmente para monitorizar a toxicidade medular. Se alterado, solicitar avaliação do hematologista.
- A pirimetamina é teratogênica e não deve ser utilizada no primeiro trimestre da gestação.
- Nos casos de intolerância gastrointestinal efetiva ou alterações hematológicas, deverá ser realizado diagnóstico diferencial quanto à hiperemese gravídica para descartar ou confirmar a possibilidade de reação adversa do medicamento. Na impossibilidade de uso de sulfadiazina e pirimetamina, deve-se fazer uso contínuo de espiramicina ou considerar esquemas terapêuticos alternativos a critério médico.

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE	TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA		
Controlado por: Rede Cegonha e Vigilância Epidemiológica		Proponente: Departamento de Assistência Integral à Saúde		
Código: RC, VE e PE 011		Data da Emissão: 20/08/2019	Revisão 01	Página 15-63

QUADRO 3: Esquema Terapêutico para Toxoplasmose na Gestação, quando não há possibilidade de confirmar infecção fetal no líquido amniótico, por meio do PCR.

IDADE GESTACIONAL	MEDICAMENTO	POSOLOGIA
Até 16ª semana	Espiramicina	3 gramas / dia (6 comp de 500 mg ou 1.500.000UI) 2 cp via oral de 8/8h.
Entre 17ª e 33ª semana	Sulfadiazina	3 gramas/dia (06 cp de 500 mg) 2 cp via oral de 8/8h.
	Pirimetamina	Dose de ataque: 2 cp via oral de 12/12h, nos dois primeiros dias (100 mg ao dia). Dose de manutenção: 2 cp via oral 24/24h a partir do 3º dia
	Ácido Fólico	1 comprimido (15 mg) via oral ao dia.
A partir da 34ª semana	Espiramicina	3 gramas/ dia (6 comp de 500 mg ou 1.500.000 UI) 2 cp via oral de 8/8h

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE	TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA		
Controlado por: Rede Cegonha e Vigilância Epidemiológica		Proponente: Departamento de Assistência Integral à Saúde		
Código: RC, VE e PE 011		Data da Emissão: 20/08/2019	Revisão 01	Página 16-63

QUADRO 4: Esquema Terapêutico para Toxoplasmose na Gestação quando Realizado PCR.

IDADE GESTACIONAL	MEDICAMENTO	POSOLOGIA
Até 16ª semana – Não realiza PCR	Espiramicina	3 gramas / dia (6 comp de 500 mg ou 1.500.000UI) 2 cp via oral de 8/8h.
>17ª semana PCR normal e USG Normal	Espiramicina	até o final da gestação
>17ª semana PCR normal e USG alterado	Sulfadiazina	3 gramas /dia (06 cp de 500 mg) 2 cp via oral de 8/8h.
	Pirimetamina	Dose de ataque: 2 cp via oral de 12/12h, nos dois primeiros dias (100 mg ao dia). Dose de manutenção: 2 cp via oral 24/24h a partir do 3º dia
	Ácido Folínico	1 comprimido (15 mg) via oral ao dia.
>17ª semana PCR positivo	Sulfadiazina	3 gramas /dia (06 cp de 500 mg) 2 cp via oral de 8/8h.
	Pirimetamina	Dose de ataque: 2 cp via oral de 12/12h, nos dois primeiros dias (100 mg ao dia). Dose de manutenção: 2 cp via oral 24/24h a partir do 3º dia
	Ácido Folínico	1 comprimido (15 mg) via oral ao dia.

Observação: Quando introduzida a terapia tríplice adotar o esquema (03) três semanas com sulfadiazina + pirimetamina + ácido folínico, intercalado com 01 (uma) semana de espiramicina.

7. DIAGNÓSTICO DE INFECÇÃO FETAL

A transmissão ocorre, na maioria dos casos, durante a fase de parasitemia, alguns dias após a infecção materna e antes do desenvolvimento de resposta sorológica. Quando disponível deve-se ofertar para gestantes que apresentarem infecção aguda a pesquisa do *Toxoplasma gondii* em

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE	TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA		
Controlado por: Rede Cegonha e Vigilância Epidemiológica		Proponente: Departamento de Assistência Integral à Saúde		
Código: RC, VE e PE 011		Data da Emissão: 20/08/2019	Revisão 01	Página 17-63

reação em cadeia da polimerase (PCR) no líquido amniótico (amniocentese) a partir da 16ª semana de gestação e após pelo menos 4 semanas da data estimada da soroconversão materna, para investigar infecção fetal. Também é indicado para gestantes com suspeita de infecção o acompanhamento com ultrassonografia morfológica (1º e 2º trimestres) e ultrassonografia obstétrica conforme indicação médica, principalmente nos casos sem amniocentese disponível, para avaliação de alterações fetais sugestivas de toxoplasmose congênita.

8. DIAGNÓSTICO DE INFECÇÃO CONGÊNITA

Os recém-nascidos (RN) de mães com diagnóstico ou suspeita de toxoplasmose na gestação devem ser investigados para toxoplasmose congênita ainda na maternidade. Devem ser submetidos a exame clínico e neurológico, exame oftalmológico completo com fundoscopia, exame de imagem cerebral (ecografia ou tomografia computadorizada), punção lombar, exames hematológicos e de função hepática. A confirmação da infecção congênita é feita com a realização de testes sorológicos em amostras de sangue do recém-nascido. A presença de anticorpos IgM e/ou IgA no sangue do recém-nascido revela infecção congênita, pois essas duas classes de imunoglobulinas não atravessam a barreira transplacentária. Apesar disso, exames negativos não excluem o diagnóstico. O monitoramento clínico e avaliação sorológica devem ser feitos até um ano de vida. O IgG materno atravessa a barreira placentária e pode persistir no sangue do RN por 12 meses. A diminuição dos níveis de IgG específicos pode ser utilizada como critério de exclusão de infecção; já o seu aumento ou persistência após 12 meses são critérios de confirmação de infecção congênita.

9. TRATAMENTO DA CRIANÇA

O tratamento da criança com toxoplasmose congênita comprovada, e em filhos de mulheres com toxoplasmose comprovada ou provável, deve ser realizado desde o nascimento, utilizando-se o esquema tríplice. Nos casos confirmados de toxoplasmose congênita o tratamento deve se estender até um ano de idade.

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE	TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA		
Controlado por: Rede Cegonha e Vigilância Epidemiológica		Proponente: Departamento de Assistência Integral à Saúde		
Código: RC, VE e PE 011		Data da Emissão: 20/08/2019	Revisão 01	Página 18-63

Realizar exame sorológico em todos os recém-nascidos de mães com toxoplasmose suspeita ou confirmada. Esse exame sorológico é imprescindível, tendo em vista que a maioria dos casos de toxoplasmose congênita é assintomática.

QUADRO 5 – Definições de Casos de Infecção pelo *Toxoplasma gondii* em Gestantes

Comprovada: • Soroconversão gestacional • Detecção do DNA do Toxoplasma em líquido amniótico pela PCR
Provável: • IgG+, IgM+, baixo índice de avides (colhido em qualquer idade gestacional) • Aumento progressivo nos títulos de IgG, IgM • IgM+ e história clínica sugestiva de toxoplasmose aguda gestacional
Possível: • IgG+, IgM+, índice de avides alto (colhido após 16 semanas de gestação) ou indeterminado • IgG+, IgM+, em amostra única colhida em qualquer idade gestacional, sem realização de índice de avides
Improvável: • IgG+, IgM+ ou -, índice de avides alto (colhido antes de 16 semanas de gestação)
Ausente: • IgG- e IgM- durante toda a gestação • IgG+ antes da concepção • IgM+, sem aparecimento de IgG

+: positiva -: negativa - Fonte: Ministério da Saúde. Atenção a Saúde do Recem-Nascido, 2014. (Adaptação Municipal).

9.1 - Maternidade

A) Avaliação clínica (médico infectopediatra), oftalmológica e neurológica na identificação de alterações neurológicas realizar Teste do Potencial Evocado (conjunto de testes neurofisiológicos do sistema nervoso que avalia funcionalmente os feixes/vias nervosas do Sistema Nervoso Central e Periférico) preferencialmente no primeiro mês de vida.

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE	TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA		
Controlado por: Rede Cegonha e Vigilância Epidemiológica		Proponente: Departamento de Assistência Integral à Saúde		
Código: RC, VE e PE 011	Data da Emissão: 20/08/2019	Revisão 01	Página 19-63	

B) Avaliação laboratorial:

- Hemograma, plaquetas, bilirrubina total e frações, aminotransferases (AST, ALT) e avaliação do líquido cefalorraquidiano (LCR);
- Sorologia: pesquisa de anticorpos anti-T. gondii IgG e IgM;

C) Exames de imagem:

- Ultrassonografia transfontanela ou tomografia computadorizada de crânio;

D) Tratamento:

- Iniciar tratamento empírico - até confirmação do diagnóstico.

9.2 – Ambulatório Hospitalar

- Retorno com os resultados dos exames;
- Realizar encaminhamentos necessários;

9.3 – Ambulatório Especialidade Infectologia Pediátrica

- Retorno com resultados dos exames realizados na maternidade para avaliação e conduta;
- Solicitar: hemograma, plaquetas, AST, ALT, sorologia anti-T. gondii (IgG IgM);
- Manter tratamento empírico.
- Agendar retorno com novos exames:
- Manter o tratamento;
- Solicitar AST, ALT e hemograma conforme a evolução;
- Solicitar LCR de controle se o inicial estiver alterado a cada 6 meses;
- Solicitar sorologia anti-T. gondii IgG e IgM, para os casos inconclusivos e, se necessário, repetir com três semanas de intervalo. Para os casos confirmados, repetir a sorologia com um ano de tratamento e com 15 meses de vida;
- Crianças em que é excluído o diagnóstico e suspenso o tratamento devem realizar sorologia para toxoplasmose de dois em dois meses até a negativação da IgG;

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE	TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA		
Controlado por: Rede Cegonha e Vigilância Epidemiológica		Proponente: Departamento de Assistência Integral à Saúde		
Código: RC, VE e PE 011		Data da Emissão: 20/08/2019	Revisão 01	Página 20-63

- Criança com dilatação de sistema ventricular no exame inicial: encaminhar para avaliação neuropediátrica que definirá a periodicidade dos exames de ultrassonografia e tomografia computadorizada de crânio;
- Avaliação audiométrica, se o teste do potencial evocado for alterado ou indisponível na maternidade. Encaminhar para especialidade via sistema de informação.

A) Retornos até um ano de idade;

- Retornos agendados periodicamente até completar um ano de tratamento;
- Acompanhamento do perímetro cefálico;
- Avaliação neuropediátrica;
- Avaliação oftalmológica com periodicidade definida pelo profissional até descartar infecção congênita;
- Avaliação audiométrica.

B) Retorno anual para avaliação clínica até os cinco anos de idade:

- Seguimento concomitante com as demais especialidades médicas.

C) Acompanhamento oftalmológico em crianças com toxoplasmose congênita confirmada. Avaliação trimestral até 18 meses de idade;

D) Semestral até os cinco anos de idade;

E) Anual até a adolescência.

IMPORTANTE: Anotar no cartão da criança todos os resultados de exames laboratoriais, com a data, os métodos utilizados e seus respectivos valores de referência, o início do tratamento, medicamentos e o esquema terapêutico utilizado. Os casos suspeitos, confirmados e em investigação devem ser notificados à Vigilância Epidemiológica local, onde será preenchida a ficha de investigação epidemiológica para toxoplasmose.

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE	TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA		
Controlado por: Rede Cegonha e Vigilância Epidemiológica		Proponente: Departamento de Assistência Integral à Saúde		
Código: RC, VE e PE 011		Data da Emissão: 20/08/2019	Revisão 01	Página 21-63

QUADRO 6 - Protocolo Terapêutico de Criança Assintomática de Mãe com Infecção Aguda Confirmada ou Suspeita na Gravidez.

Período	Tratamento
Nos primeiros meses (até definição do diagnóstico)	Pirimetamina. Dose de ataque: 2 mg/Kg/dia, de 12/12 horas, por dois dias – por via oral. Dose de manutenção: 1 mg/Kg/dia (máximo de 25 mg), uma vez ao dia – por via oral.
	Sulfadiazina. Dose: 100 mg/Kg/dia, de 12/12 horas – por via oral.
	Ácido fólico. Dose: 10 – 15 mg, a cada três dias – por via oral.

OBSERVAÇÃO: Investigar o caso e reavaliar a necessidade de continuar o tratamento.

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE	TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA		
Controlado por: Rede Cegonha e Vigilância Epidemiológica		Proponente: Departamento de Assistência Integral à Saúde		
Código: RC, VE e PE 011		Data da Emissão: 20/08/2019	Revisão 01	Página 22-63

QUADRO 7- Protocolo Terapêutico de Criança com Toxoplasmose Congênita Confirmada.

Período	Tratamento
Até dois meses de idade	Pirimetamina. Dose de ataque: 2 mg/Kg/dia, de 12/12 horas, por dois dias – por via oral. Dose de manutenção: 1 mg/Kg/dia (máximo de 25 mg), uma vez ao dia - por via oral.
	Sulfadiazina. Dose: 100 mg/Kg/dia, 12/12 horas - por via oral .
	Ácido folínico (cápsulas de 15 mg). Dose:10 – 15 mg a cada três dias - por via oral.
Nos 10 meses seguintes até completar 1 ano	Pirimetamina. Dose: 1 mg/Kg/dia (máximo de 25 mg). Três vezes por semana. (Exemplo: segundas, quartas e sextas-feiras) sempre em uma dose ao dia, por via oral.
	Sulfadiazina. Dose: 100 mg/Kg/dia, de 12/12 horas - por via oral.
	Ácido folínico (15 mg). Dose: 10a 15 mg, a cada três dias - por via oral.

- Em casos graves pode-se estender o tratamento diário com pirimetamina em até seis meses, com posterior administração em dias alternados, até completar um ano de tratamento.

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE	TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA		
Controlado por: Rede Cegonha e Vigilância Epidemiológica		Proponente: Departamento de Assistência Integral à Saúde		
Código: RC, VE e PE 011		Data da Emissão: 20/08/2019	Revisão 01	Página 23-63

QUADRO 8- Protocolo Terapêutico para a Criança com Toxicidade Medular Grave.

Período	Tratamento
Em todas as faixas etárias Suspende pirimetamina e sulfadiazina.	Espiramicina. Dose: 100mg/Kg/dia, de 12/12 horas – por via oral.
Manter somente a Espiramicina até normalização laboratorial.(Hemoglobina > 8g/dL; Neutrófilos > 500/mm ³ ; Plaquetas > 50.000 mm ³).	Aumentar a dose do ácido fólico para 15 a 30 mg/dia.

Observações:

- Considerar alternância de espiramicina (três semanas) com sulfadiazina + pirimetamina + ácido fólico (quatro semanas), caso haja recorrência de toxicidade medular.
- Considerando que a espiramicina pode causar alargamento de QT, realizar Eletrocardiograma (ECG) no primeiro dia de uso da espiramicina e depois, de 15 em 15 dias, até 45 dias de vida. Caso seja necessário manter mais tempo de uso da espiramicina, realizar ECG mensal se não houver alterações ou queixa clínica.

QUADRO 9- Protocolo Terapêutico para a Criança com Retinocoroidite Ativa e/ou Proteína no Líquido Cefalorraquidiano ≥ 1 g/dL.

Período	Tratamento
Acréscimo ao esquema tríptico até a regressão do processo inflamatório com posterior redução gradual da dose até sua suspensão.	Prednisona. Dose: 1,0 mg/Kg/dia, de 12/12 horas – por via oral (associado ao esquema tríptico).

Crianças assintomáticas, filhas de mulheres com diagnóstico possível ou inconclusivo, deverão realizar sorologias a cada dois meses, sendo a decisão de iniciar o tratamento baseada na evolução dos títulos de IgG ao longo dos meses. Caso ocorra estabilização ou aumento

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE	TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA		
Controlado por: Rede Cegonha e Vigilância Epidemiológica		Proponente: Departamento de Assistência Integral à Saúde		
Código: RC, VE e PE 011		Data da Emissão: 20/08/2019	Revisão 01	Página 24-63

comprovado dos títulos ao longo do acompanhamento, deve-se iniciar o tratamento e mantê-lo durante 12 meses. Em crianças infectadas, é muito frequente a ocorrência de elevação dos títulos de IgG após a interrupção do tratamento, fato habitualmente não relacionado à reativação da doença. Filhos de mulheres com toxoplasmose gestacional improvável não necessitam de investigação e/ou acompanhamento adicional.

10. NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

10.1 - Notificação

O Ministério da Saúde, por meio da Lista de Notificação de Doenças e Agravos Compulsórios recomenda o monitoramento dos casos de toxoplasmose congênita e toxoplasmose gestacional, com a notificação para as esferas municipal, estadual e federal.

O registro da notificação deve ser realizado na “FICHA DE NOTIFICAÇÃO/CONCLUSÃO - FIE (ANEXO 1) utilizando os (CID 10 P37.1 - toxoplasmose congênita) e (CID 10 O98.6 - toxoplasmose gestacional) e digitada no SinanNet pelas vigilâncias regionais.

A equipe de vigilância epidemiológica, de Atenção Básica, especializada ou hospitalar devem se articular para que os casos em gestantes e em RN sejam notificados, diagnosticados, tratados e investigados oportunamente de acordo com os fluxos estabelecidos.

Recomenda-se a realização de ações conjuntas e integradas com diversas áreas, tais como Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Assistência Farmacêutica.

Para apoiar esta articulação, sugerimos que os profissionais usem como base os seguintes documentos:

- Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975 e Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976: Institui e dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica e estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres 2017: a Estratégia e-SUS AB passou a ser a referência de registro, processamento e disseminação da informação, em todo território nacional, das ações da Rede Cegonha, no nível da Atenção Básica.

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE	TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA		
Controlado por: Rede Cegonha e Vigilância Epidemiológica		Proponente: Departamento de Assistência Integral à Saúde		
Código: RC, VE e PE 011		Data da Emissão: 20/08/2019	Revisão 01	Página 25-63

- Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011: discorre que o componente Pré-natal da Rede Cegonha compreende a realização de pré-natal com captação precoce da gestante, acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno e a realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno.
- Portaria nº 3.502, de 19 de dezembro de 2017, que instituiu a Estratégia de fortalecimento das ações de cuidado das crianças suspeitas ou confirmadas para Síndrome Congênita associada à infecção pelo vírus Zika e STORCH (sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes vírus) e a necessidade de qualificar o diagnóstico das crianças com suspeita ou confirmação de toxoplasmose congênita.

A gestante e o RN serão notificados no CID específicos, e não devem ser notificados:

- 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 SINAN. 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.
- A mãe e o RN não devem ser registrados com os mesmos dados e, apenas, CID diferentes.
- O campo CS_GESTANT para as gestantes suspeitas deve ser preenchido.
- Não usar a CID 58.9 para notificar a gestante suspeita para toxoplasmose.

Os serviços de saúde devem complementar as informações de monitoramento de casos já inseridos no SINAN, de forma que os dados representem com maior fidedignidade o perfil das formas da doença. A caderneta da gestante, por exemplo, pode apoiar neste monitoramento, pois tem espaço para três registros de sorologias, sendo uma fonte de informação nas investigações.

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE	TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA		
Controlado por: Rede Cegonha e Vigilância Epidemiológica		Proponente: Departamento de Assistência Integral à Saúde		
Código: RC, VE e PE 011		Data da Emissão: 20/08/2019	Revisão 01	Página 26-63

10.2 – INVESTIGAÇÃO

Investigação epidemiológica é um trabalho de campo, iniciado a partir de casos notificados e seus contatos, que tem como principais objetivos: identificar a fonte de infecção e o modo de transmissão; identificar grupos vulneráveis à doença; identificar fatores de risco para o adoecimento; confirmar o diagnóstico e determinar as principais características epidemiológicas. O seu propósito final é orientar medidas de prevenção e controle para impedir a ocorrência de novos casos (BRASIL, 2017).

Seguem algumas atividades que podem apoiar a investigação de casos de toxoplasmose gestacional ou congênita (BRASIL, 2017):

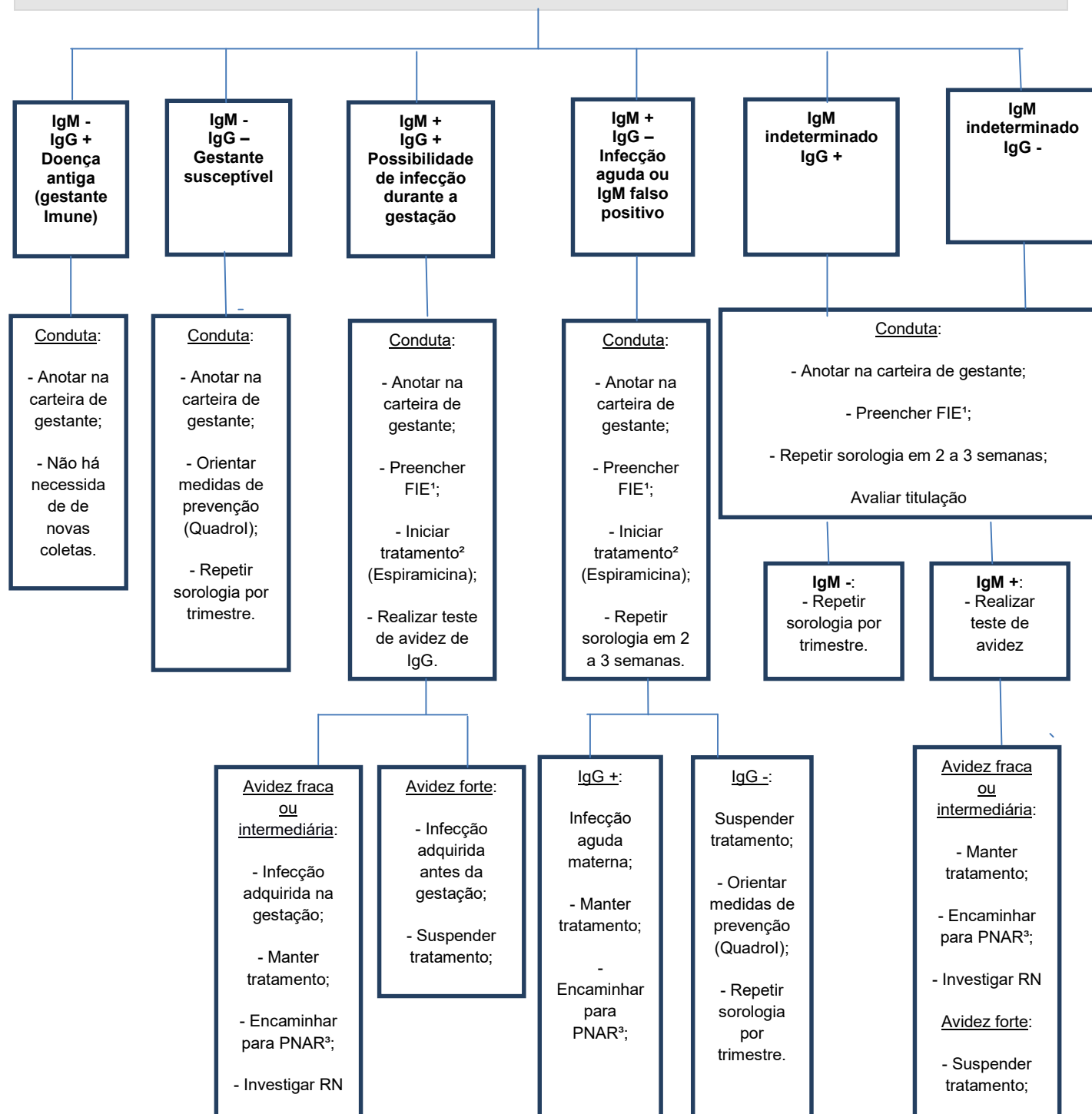
- Buscar as possíveis fontes de transmissão do *T. gondii* que a gestante se submeteu.
- Conhecer o número de casos suspeitos e buscar vínculos entre eles – manifestação aguda em gestantes pode ser indicativo de um surto em andamento.
- Caso haja vínculo entre as gestantes e o surto deve-se realizar a busca ativa, bem como a busca de dados adicionais nos sistemas de informação e estabelecimentos de saúde para entender o evento.

Ressaltamos a importância do monitoramento dos casos e atualização dos profissionais de saúde a respeito da doença, além de estimular à consulta as publicações do Ministério da Saúde já existentes que tratam do tema, como por exemplo, a publicação “Orientações Integradas de Vigilância e Atenção à Saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública” (2016) e uniformização quanto aos assuntos relativos à Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus e Herpes (STORCH).

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE	TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA		
Controlado por: Rede Cegonha e Vigilância Epidemiológica		Proponente: Departamento de Assistência Integral à Saúde		
Código: RC, VE e PE 011		Data da Emissão: 20/08/2019	Revisão 01	Página 27-63

VI. FLUXOS

Fluxograma 1: Manejo Clínico para gestantes com sorologia realizadas ATÉ 16 semanas de IG.

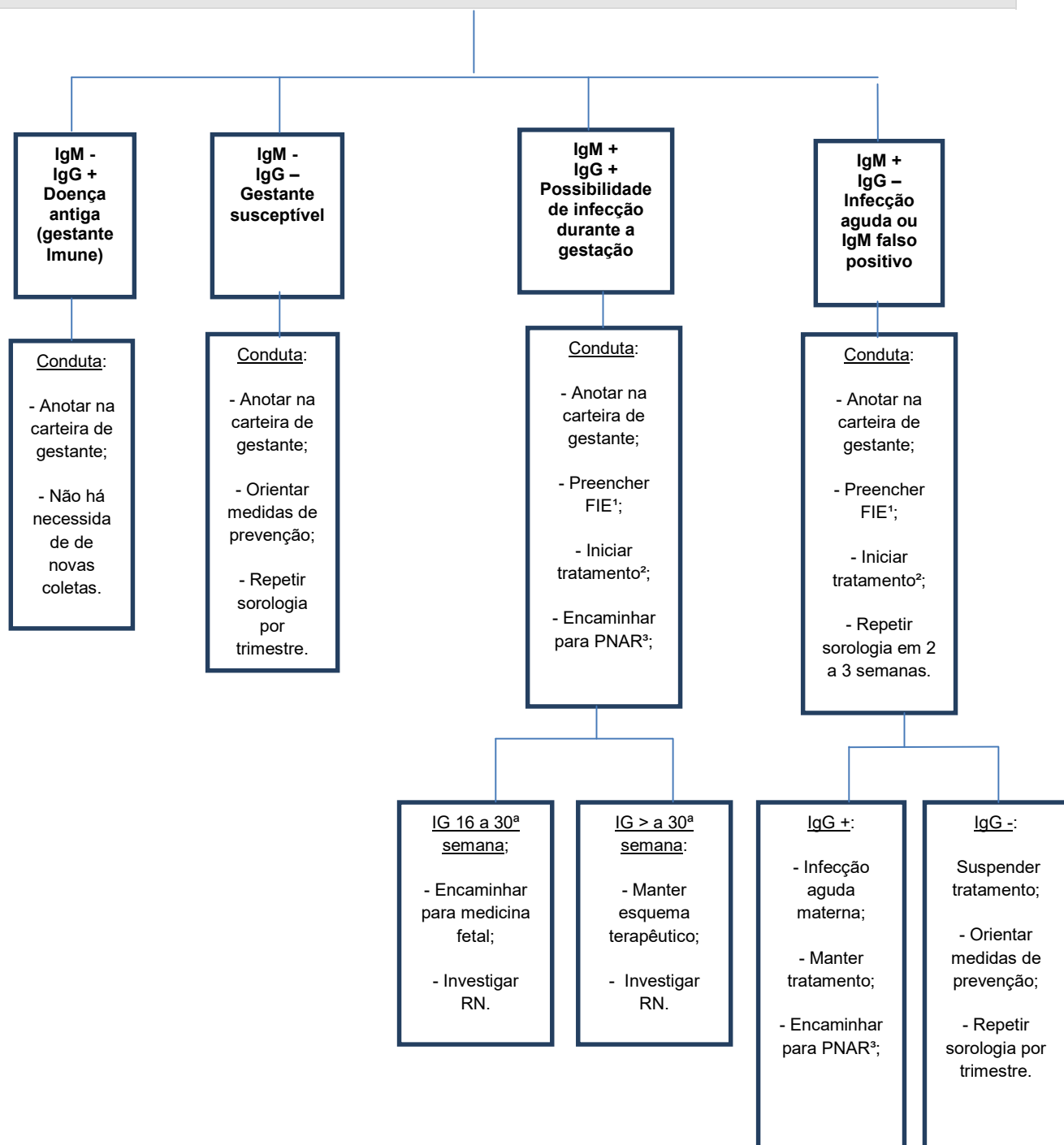


Nota 1: Ficha de investigação epidemiológica de toxoplasmose gestacional.

Nota 2: Quadro 3 - Tratamento da Toxoplasmose durante a gestação.

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE	TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA		
Controlado por: Rede Cegonha e Vigilância Epidemiológica		Proponente: Departamento de Assistência Integral à Saúde		
Código: RC, VE e PE 011		Data da Emissão: 20/08/2019	Revisão 01	Página 28-63

Fluxograma 2: Manejo Clínico para gestantes com sorologia realizadas APÓS 16 semanas de IG.



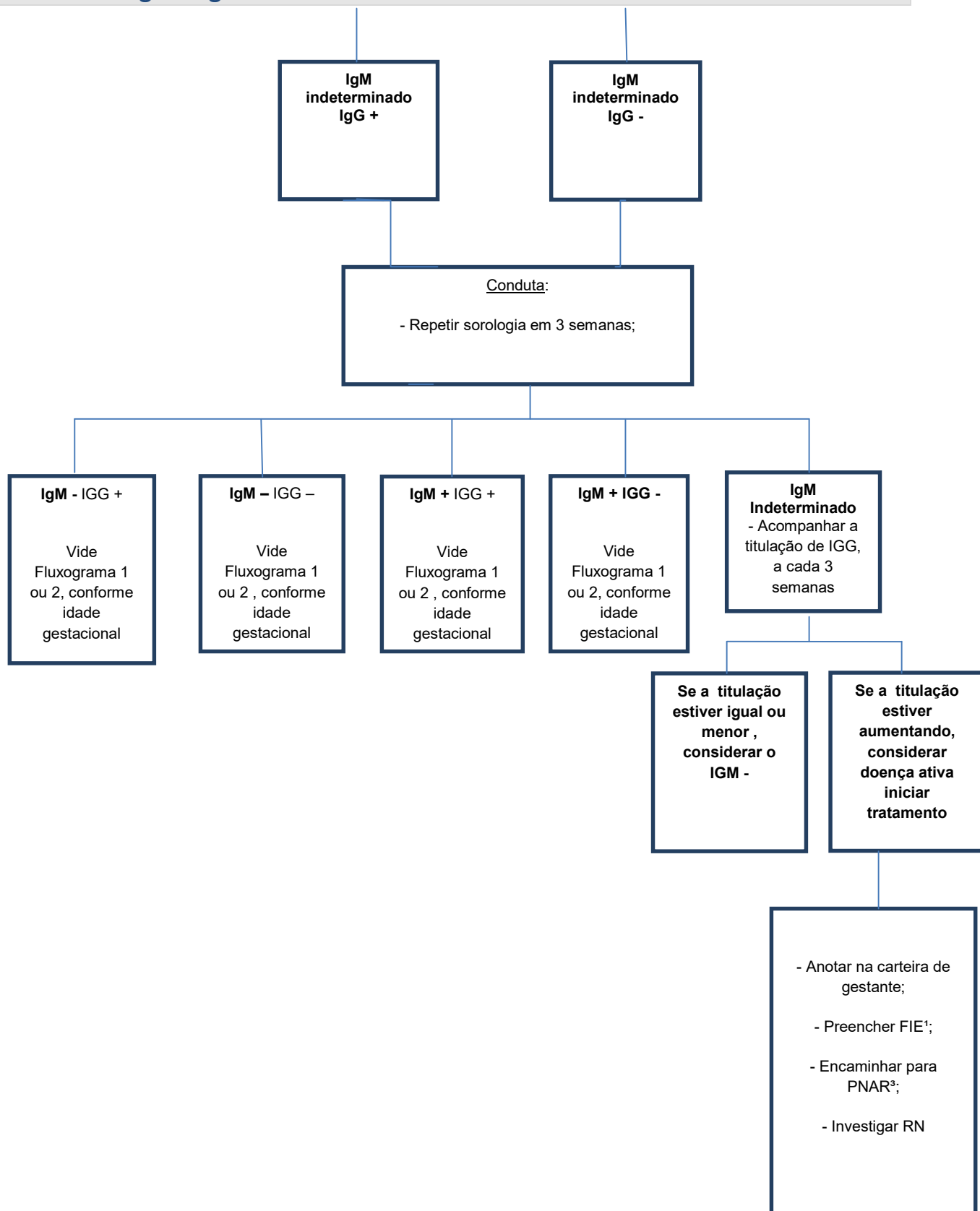
Nota 1: Ficha de investigação epidemiológica de toxoplasmose gestacional.

Nota 2: Quadro 3 de tratamento da Toxoplasmose durante a gestação

Nota 3: Pré-Natal de Alto Risco.

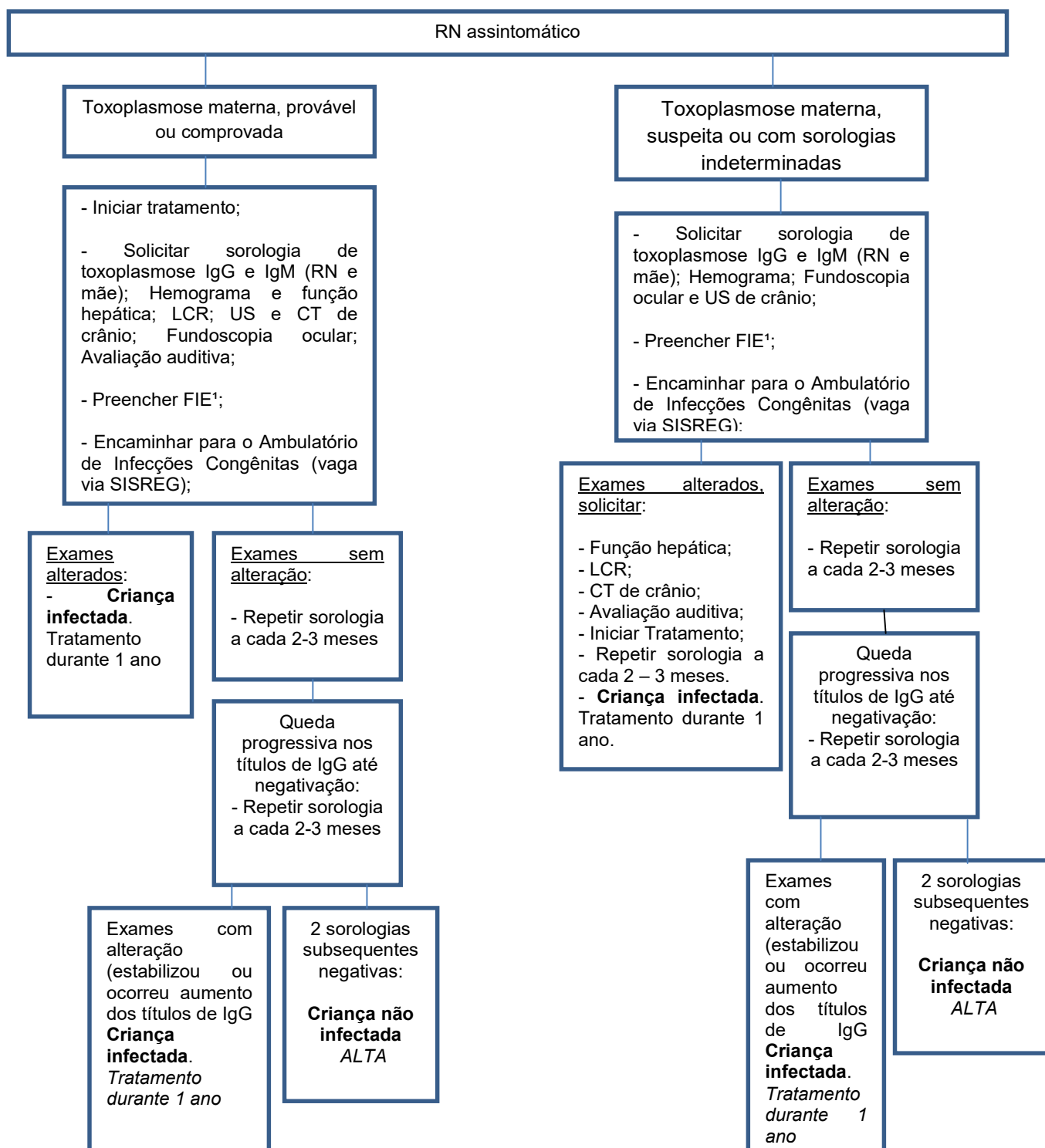
	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE	TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA		
Controlado por: Rede Cegonha e Vigilância Epidemiológica		Proponente: Departamento de Assistência Integral à Saúde		
Código: RC, VE e PE 011		Data da Emissão: 20/08/2019	Revisão 01	Página 29-63

Fluxograma 3: Manejo Clínico para gestantes com sorologia realizadas com resultado de IgM e IgG Indeterminado



	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE	TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA		
Controlado por: Rede Cegonha e Vigilância Epidemiológica		Proponente: Departamento de Assistência Integral à Saúde		
Código: RC, VE e PE 011		Data da Emissão: 20/08/2019	Revisão 01	Página 30-63

Fluxograma 4: Abordagem inicial de RN assintomático com suspeita de toxoplasmose congênita.

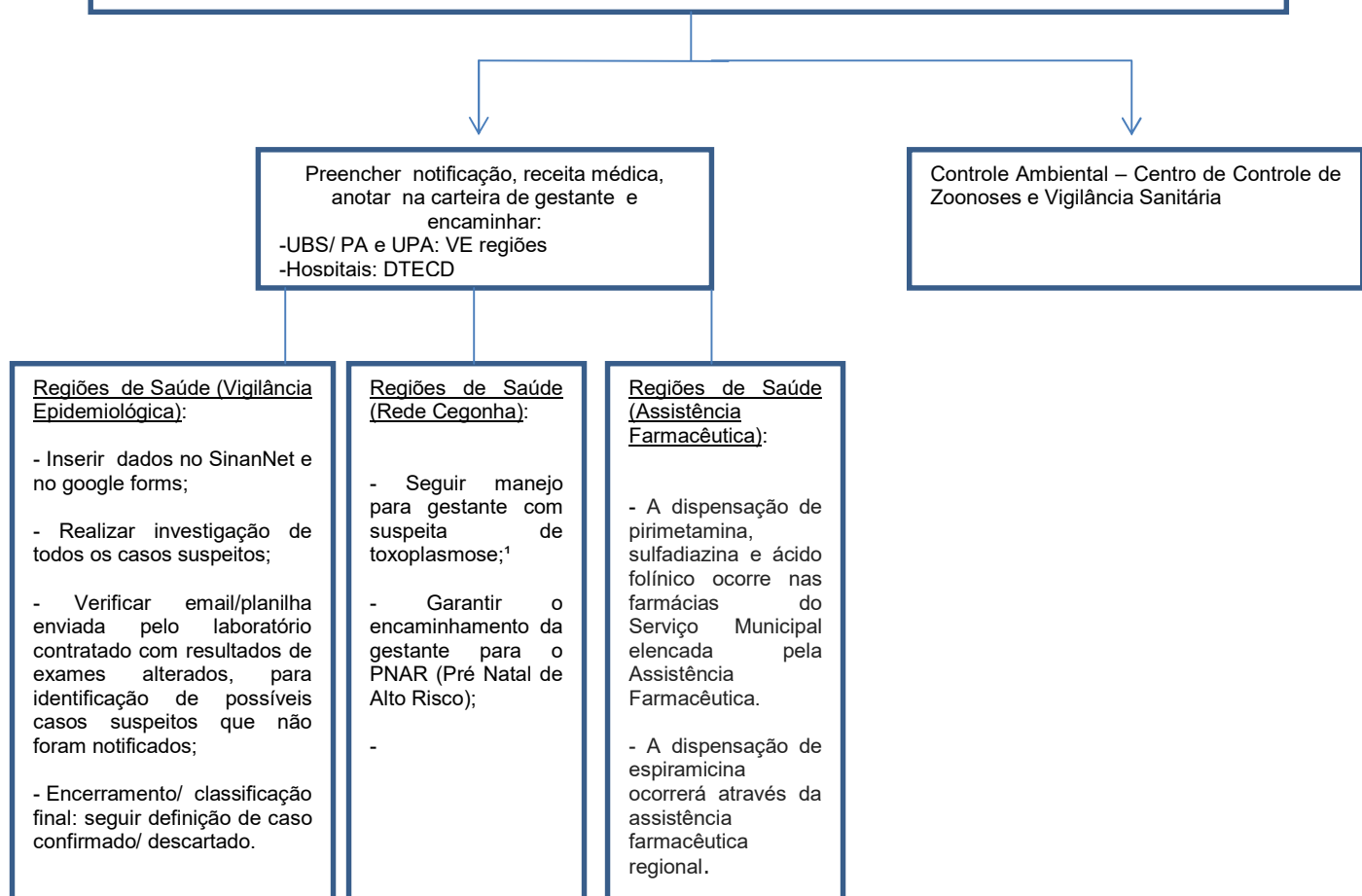


	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE	TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA		
Controlado por: Rede Cegonha e Vigilância Epidemiológica		Proponente: Departamento de Assistência Integral à Saúde		
Código: RC, VE e PE 011		Data da Emissão: 20/08/2019	Revisão 01	Página 31-63

Fluxograma 5: Vigilância Epidemiológica – Toxoplasmose Gestacional

Definição de Caso suspeito:

- Gestante que apresentar resultado para IgM anti –*T. gondii* reagente ou indeterminado;
- Gestante que apresentar história compatível com toxoplasmose;
- Gestante que apresentar USG obstétrica ou exame de imagem sugestivo para toxoplasmose congênita;
- Qualquer gestante identificada em situações de surto de toxoplasmose



CLASSIFICAÇÃO:

Caso Confirmado:

- Soroconversão de anticorpos IgG e IgM anti-*T. gondii* durante o período gestacional;
- Detecção de DNA do *Toxoplasma gondii* em amostra de líquido amniótico;
- Mãe de criança que teve toxoplasmose congênita confirmada;
- Resultado reagente de anticorpos IgM e IgG com baixa avidade de IgG ou avidade intermediária em qualquer idade gestacional;
- Títulos ascendentes de anticorpos IgG em amostras seriadas com intervalo mínimo de duas semanas e IgM reagente;
- Primeira sorologia realizada após 16 semanas de idade gestacional que apresente resultado para anticorpos IgG em nível elevado (acima de 300 UI/dl ou de acordo com a metodologia utilizada) e IgM reagente.

Caso Descartado:

- IgG reagente mais de três meses antes da concepção .
- Índice de avidade de IgG alto colhido até 16 semanas de gestação.
- Duas amostras de IgG negativas para *T. gondii* (colhidas com intervalo de duas a três semanas), apesar de IgM reagente (resultado falso-positivo para IgM portanto, considerar gestante suscetível).

Referência Bibliográfica:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de Notificação e Investigação: Toxoplasmose gestacional e congênita [recurso eletrônico]/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 31 p

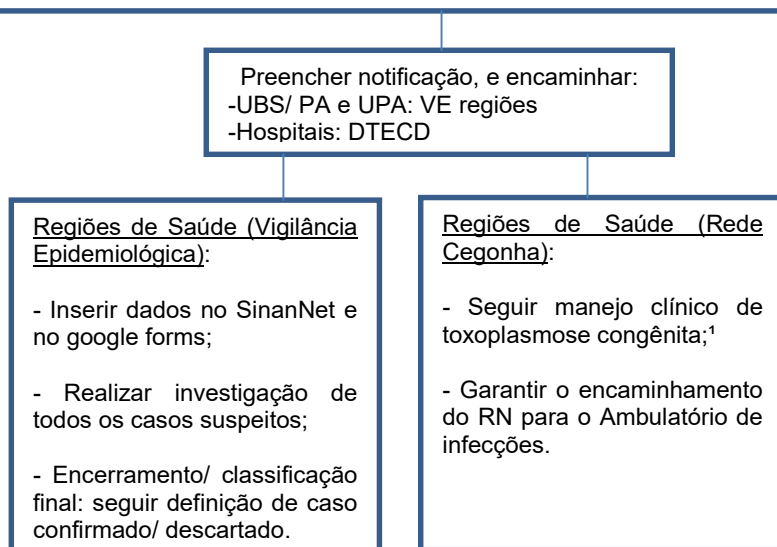
¹Protocolo de Toxoplasmose gestacional e congênita.

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE	TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA		
Controlado por: Rede Cegonha e Vigilância Epidemiológica		Proponente: Departamento de Assistência Integral à Saúde		
Código: RC, VE e PE 011		Data da Emissão: 20/08/2019	Revisão 01	Página 32-63

Fluxograma 6: Vigilância Epidemiológica – Toxoplasmose Congênita

Definição de Caso Suspeito:

- RN ou lactente menor que seis meses cuja mãe era suspeita, provável ou confirmada para toxoplasmose gestacional.
- RN ou lactente menor que seis meses com clínica compatível para toxoplasmose e IgG anti-T. gondii reagente.
- RN ou lactente menor que seis meses com exames de imagem fetal ou pós - parto compatível com toxoplasmose e IgG anti-T. gondii reagente.



CLASSIFICAÇÃO

Caso Confirmado:

- Presença de DNA de Toxoplasma gondii em amostras de líquido amniótico da mãe ou em tecido fetais, líquido, sangue ou urina da criança;
- Resultados de anticorpos IgM ou IgA e IgG anti-T. gondii reagente até seis meses de vida;
- Níveis séricos de anticorpos IgG anti-T. gondii em ascensão em pelo menos duas amostras seriadas com intervalo mínimo de três semanas durante os primeiros 12 meses de vida;
- IgG anti-T. gondii persistentemente reagente após 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.
- Manifestações clínicas ou exames de imagem compatíveis com toxoplasmose congênita e IgG anti-T. gondii reagente com IgM ou IgA anti-T. gondii não reagentes e que não tenha coletado exames laboratoriais que excluam outras infecções congênicas antes de completar 12 meses de idade.

Caso Descartado:

- Ocorrência de negatificação dos títulos de IgG antitoxoplasma antes de 12 meses de idade;
- Nas crianças que receberam tratamento, a soronegatividade só deve ser considerada definitiva no mínimo dois meses após a suspensão das drogas antiparasitárias;
- Negatificação de IgG anti-T. gondii após 12 meses de idade.

Referência Bibliográfica:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de Notificação e Investigação: Toxoplasmose gestacional e congênita [recurso eletrônico]/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 31 p

¹Protocolo de Toxoplasmose gestacional e congênita.

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE	TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA		
Controlado por: Rede Cegonha e Vigilância Epidemiológica		Proponente: Departamento de Assistência Integral à Saúde		
Código: RC, VE e PE 011		Data da Emissão: 20/08/2019	Revisão 01	Página 33-63

VII. ANEXOS

ANEXOS 1: Ficha de Notificação SINAN

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		
	2 Agravado/doença	Código (CID 10)	3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade			
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe		
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	
Conclusão	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
	31 Data da Investigação			
	32 Classificação Final		33 Critério de Confirmação/Descarte	
	Local Provável da Fonte de Infecção			
Conclusão	34 O caso é autóctone do município de residência?		35 UF	36 País
	37 Município		Código (IBGE)	38 Distrito
	40 Doença Relacionada ao Trabalho		41 Evolução do Caso	
	42 Data do Óbito		43 Data do Encerramento	
Informações complementares e observações				
Observações adicionais				
Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome		Função	Assinatura
	Notificação/conclusão		Sinan NET	SVS 27/09/2005

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE	TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA		
Controlado por: Rede Cegonha e Vigilância Epidemiológica		Proponente: Departamento de Assistência Integral à Saúde		
Código: RC, VE e PE 011		Data da Emissão: 20/08/2019	Revisão 01	Página 34-63

ANEXO 2: Relatório Padrão para Notificação de Toxoplasmose Gestacional – Google Forms

RELATÓRIO TOXOPLASMOSE GESTACIONAL (O98.6)

***Obrigatório**

1. Endereço de e-mail *

2. Número da Notificação do SINAN

3. Data da Notificação

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

4. Município de Notificação

Marcar apenas uma oval.

☐ Guarulhos

☐ Outros

5. Unidade de Notificação

Marcar apenas uma oval.

- ☐ UBS Acácio
- ☐ UBS Água Azul
- ☐ UBS Álamo
- ☐ UBS Allan Kardec
- ☐ UBS Alvorada
- ☐ UBS Aracília
- ☐ UBS Bambi
- ☐ UBS Bananal
- ☐ UBS Belvedere
- ☐ UBS Cabuçu
- ☐ UBS Cambará
- ☐ UBS Carmela
- ☐ UBS Cavadas
- ☐ UBS Cecap
- ☐ UBS Cidade Martins
- ☐ UBS Continental
- ☐ UBS Cumbica
- ☐ UBS Cummins
- ☐ UBS Dinamarca
- ☐ UBS Dona Luiza
- ☐ UBS Flôr da Montanha
- ☐ UBS Fortaleza
- ☐ UBS Haroldo Veloso
- ☐ UBS Inocoop
- ☐ UBS Itapegica
- ☐ UBS Jacy
- ☐ UBS Jandaia
- ☐ UBS Jardim Cumbica I
- ☐ UBS Jardim Cumbica II
- ☐ UBS Jardim Nova Cidade
- ☐ UBS Jardim Vila Galvão
- ☐ UBS Jovaia

- ☐ UBS Jurema
- ☐ UBS Lavras
- ☐ UBS Marcos Freire
- ☐ UBS Marinópolis
- ☐ UBS Mário Macca
- ☐ UBS Morros
- ☐ UBS Munhoz
- ☐ UBS Normândia
- ☐ UBS Nova Bonsucesso
- ☐ UBS Nova Cidade
- ☐ UBS Palmira
- ☐ UBS Paraventi
- ☐ UBS Paulista
- ☐ UBS Pimentas
- ☐ UBS Piratininga
- ☐ UBS Ponte Alta
- ☐ UBS Ponte Grande
- ☐ UBS Presidente Dutra
- ☐ UBS Primavera
- ☐ UBS Recreio
- ☐ UBS Rosa de França
- ☐ UBS Santa Lúcia
- ☐ UBS Santa Paula
- ☐ UBS Santo Afonso
- ☐ UBS Santos Dumont
- ☐ UBS São Rafael
- ☐ UBS São Ricardo
- ☐ UBS Seródio
- ☐ UBS Soberana
- ☐ UBS Soimco
- ☐ UBS Taboão
- ☐ UBS Tranquilidade
- ☐ UBS Uirapuru
- ☐ UBS Vila Barros
- ☐ UBS Vila Fátima

- ☐ UBS Vila Glavão
- ☐ Vila Rio de Janeiro
- ☐ PA Alvorada
- ☐ PA Bonsucesso
- ☐ PA Dona Luiza
- ☐ PA Maria Dirce
- ☐ PA Paraventi
- ☐ UPA Cumbica
- ☐ UPA Paulista
- ☐ UPA São João
- ☐ HMU
- ☐ HGG
- ☐ JJM
- ☐ HMPB
- ☐ HMCA
- ☐ Cemeg Centro
- ☐ Cemeg Cantareira
- ☐ Cemeg Pimentas
- ☐ Cemeg São João
- ☐ Ambulatório da Criança
- ☐ Outros

6. Data de Diagnóstico

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

7. Nome da Paciente

8. Data de Nascimento

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

9. Ocupação

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Profissional/estagiário de indústria alimentícia ou outro estabelecimento que manipula alimentos
- ☐ Profissional/estagiário da educação
- ☐ Profissional/estagiário da saúde
- ☐ Profissional/estagiário de segurança pública
- ☐ Profissional/estagiário do comércio
- ☐ Profissional/estagiário do transporte (ônibus, caminhão, aplicativo, táxi e outros)
- ☐ Profissional/estagiário de limpeza e higienização
- ☐ Profissional/estagiário autônomo
- ☐ Profissional rural
- ☐ Estudante
- ☐ Desempregado
- ☐ Outros

10. Escolaridade

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Analfabeto
- ☐ 1º a 4º série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau)
- ☐ 4º série completa do EF
- ☐ 5º a 8º série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau)
- ☐ Ensino Fundamental Completo (antigo ginásio ou 1º grau)
- ☐ Ensino Médio Incompleto (antigo colegial ou 2º grau)
- ☐ Ensino Médio Completo (antigo colegial ou 2º grau)
- ☐ Educação Superior Incompleta
- ☐ Educação Superior Completa
- ☐ Ignorado

11. Raça/ Cor

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Branco
- ☐ 2- Preta
- ☐ 3- Amarela
- ☐ 4 - Parda
- ☐ 5- Indigena
- ☐ 9- Ignorado

12. Gestação

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1-1º Trimestre
- ☐ 2- 2º Trimestre
- ☐ 3-3º Trimestre
- ☐ 4 - Idade Gestacional Ignorada

13. Número de Gestações

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6 ou mais

14. Realizou pré natal?

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

☐ Em andamento

☐ Ignorado

15. Número de Consultas

Marque todas que se aplicam.

☐ De 0 a 6 consultas

☐ Igual ou maior que 7 consultas

☐ Sem informação

16. Unidade que realizou o pré natal?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ UBS Acácio
- ☐ UBS Água Azul
- ☐ UBS Álamo
- ☐ UBS Allan Kardec
- ☐ UBS Alvorada
- ☐ UBS Aracília
- ☐ UBS Bambi
- ☐ UBS Bananal
- ☐ UBS Belvedere
- ☐ UBS Cabuçu
- ☐ UBS Cambará
- ☐ UBS Carmela
- ☐ UBS Cavadas
- ☐ UBS Cecap
- ☐ UBS Cidade Martins
- ☐ UBS Continental
- ☐ UBS Cumbica
- ☐ UBS Cummins
- ☐ UBS Dinamarca
- ☐ UBS Dona Luiza
- ☐ UBS Flor da Montanha
- ☐ UBS Fortaleza
- ☐ UBS Haroldo Veloso
- ☐ UBS Inocoop
- ☐ UBS Itapegica
- ☐ UBS Jacy
- ☐ UBS Jandaia
- ☐ UBS Jardim Cumbica I
- ☐ UBS Jardim Cumbica II
- ☐ UBS Jardim Nova Cidade
- ☐ UBS Jardim Vila Galvão
- ☐ UBS Jovaia

- ☐ UBS Jurema
- ☐ UBS Lavras
- ☐ UBS Marcos Freire
- ☐ UBS Marinópolis
- ☐ UBS Mário Macca
- ☐ UBS Morros
- ☐ UBS Munhoz
- ☐ UBS Normândia
- ☐ UBS Nova Bonsucesso
- ☐ UBS Nova Cidade
- ☐ UBS Palmira
- ☐ UBS Paraventi
- ☐ UBS Paulista
- ☐ UBS Pimentas
- ☐ UBS Piratininga
- ☐ UBS Ponte Alta
- ☐ UBS Ponte Grande
- ☐ UBS Presidente Dutra
- ☐ UBS Primavera
- ☐ UBS Recreio
- ☐ UBS Rosa de França
- ☐ UBS Santa Lúcia
- ☐ UBS Santa Paula
- ☐ UBS Santo Afonso
- ☐ UBS Santos Dumont
- ☐ UBS São Rafael
- ☐ UBS São Ricardo
- ☐ UBS Seródio
- ☐ UBS Soberana
- ☐ UBS Soimco
- ☐ UBS Taboão
- ☐ UBS Tranquilidade
- ☐ UBS Uirapuru
- ☐ UBS Vila Barros
- ☐ UBS Vila Fátima

- ☐ UBS Vila Glavão
- ☐ Vila Rio de Janeiro
- ☐ Outros (convênio, particular, outros municípios)

17. Município que realizou o pré natal

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Guarulhos
- ☐ Outros

18. Diagnóstico de Toxoplasmose Materna

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

19. Coinfecção HIV

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

20. Data da Investigação

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

21. Local de trabalho (nome da empresa e endereço)

22. Exposição / Risco

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Consumo de água de fonte não segura (ex. poço, bica e bebedouro)
- ☐ Comeu carne crua ou mal passada
- ☐ Contato com gatos
- ☐ Contato com solo
- ☐ Tem hábito de fazer refeição fora de casa
- ☐ Caso semelhante (surto)
- ☐ Outros

23. Sintomático:

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim *Pular para a pergunta 24*
- ☐ Não *Pular para a pergunta 25*

Pular para a pergunta 24

Sintomas

24. Se sim. Quais?

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Febre
- ☐ Artralgia
- ☐ Adenomegalia intra abdominal
- ☐ Hepatomegalia
- ☐ Cefálea
- ☐ Rash/exantema
- ☐ Adenomegalia periférica
- ☐ Esplenomegalia
- ☐ Mialgia
- ☐ Sintomas Respiratórios
- ☐ Outros sintomas

Toxoplasmose gestacional

25. Outras Doenças Associadas

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim *Pular para a pergunta 26*

☐ Não *Pular para a pergunta 27*

Doenças associadas

26. Quais doenças associadas? *

Toxoplasmose gestacional

27. Laboratório de Referência Utilizado

Marcar apenas uma oval.

☐ Afip

☐ Outros

28. Data da 1ª Coleta de Amostra

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

29. Tempo de Gestação durante a 1ª coleta

Marcar apenas uma oval.

☐ menor 16 semanas

☐ 16 a 30 semanas

☐ maior que 30 semanas

30. Resultados Laboratoriais *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Reagente	Não reagente	Não realizado
IgM (1ª amostra)	☐	☐	☐
IgG (1ª amostra)	☐	☐	☐
IgM (2ª amostra)	☐	☐	☐
IgG (2ª amostra)	☐	☐	☐

31. Teste de Avidéz de IgG

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Alta
- ☐ Baixa
- ☐ Não realizada

32. Outros exames e dados relevantes

33. Esquema de tratamento *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Adequadamente realizado	Inadequadamente realizado	Em andamento	Não realizado
Espiramicina	☐	☐	☐	☐
Pirimetamina	☐	☐	☐	☐
Ácido Folínico	☐	☐	☐	☐
Sulfadiazina	☐	☐	☐	☐

34. Data do Início do tratamento

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

35. Evolução Clínica

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Cura
- ☐ Tratamento
- ☐ Óbito

36. Classificação Final

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Confirmado
- ☐ Descartado
- ☐ Em investigação

37. Critérios de Confirmação - Descarte

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Laboratorial
- ☐ Clínico-epidemiológico
- ☐ Em investigação

38. Observações Adicionais

39. Nome do Profissional Notificante

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE	TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA		
Controlado por: Rede Cegonha e Vigilância Epidemiológica		Proponente: Departamento de Assistência Integral à Saúde		
Código: RC, VE e PE 011	Data da Emissão: 20/08/2019	Revisão 01	Página 35-39	

ANEXO 3: Relatório Padrão para Notificação de Toxoplasmose Congênita – Google Forms

TOXOPLASMOSE CONGÊNITA - P37-1

**Obrigatório*

1. Endereço de e-mail *

Pular para a pergunta 2

DADOS GERAIS

2. Número da Notificação do SINAN

3. Data da Notificação

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

4. Município de Notificação

Marcar apenas uma oval.

☐ Guarulhos

☐ Outro:

5. Unidade de Notificação *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ UBS Acácio
- ☐ UBS Água Azul
- ☐ UBS Álamo
- ☐ UBS Allan Kardec
- ☐ UBS Alvorada
- ☐ UBS Aracília
- ☐ UBS Bambi
- ☐ UBS Bananal
- ☐ UBS Belvedere
- ☐ UBS Cabuçu
- ☐ UBS Cambará
- ☐ UBS Carmela
- ☐ UBS Cavadas
- ☐ UBS Cecap
- ☐ UBS Cidade Martins
- ☐ UBS Continental
- ☐ UBS Cumbica
- ☐ UBS Cummins
- ☐ UBS Dinamarca
- ☐ UBS Dona Luiza
- ☐ UBS Flôr da Montanha
- ☐ UBS Fortaleza
- ☐ UBS Haroldo Veloso
- ☐ UBS Inocoop
- ☐ UBS Itapegica
- ☐ UBS Jacy
- ☐ UBS Jandaia
- ☐ UBS Jardim Cumbica I
- ☐ UBS Jardim Cumbica II
- ☐ UBS Jardim Nova Cidade
- ☐ UBS Jardim Vila Galvão
- ☐ UBS Jovaia

- ☐ UBS Jurema
- ☐ UBS Lavras
- ☐ UBS Marcos Freire
- ☐ UBS Marinópolis
- ☐ UBS Mário Macca
- ☐ UBS Morros
- ☐ UBS Munhoz
- ☐ UBS Normândia
- ☐ UBS Nova Bonsucesso
- ☐ UBS Nova Cidade
- ☐ UBS Palmira
- ☐ UBS Paraventi
- ☐ UBS Paulista
- ☐ UBS Pimentas
- ☐ UBS Piratininga
- ☐ UBS Ponte Alta
- ☐ UBS Ponte Grande
- ☐ UBS Presidente Dutra
- ☐ UBS Primavera
- ☐ UBS Recreio
- ☐ UBS Rosa de França
- ☐ UBS Santa Lúcia
- ☐ UBS Santa Paula
- ☐ UBS Santo Afonso
- ☐ UBS Santos Dumont
- ☐ UBS São Rafael
- ☐ UBS São Ricardo
- ☐ UBS Seródio
- ☐ UBS Soberana
- ☐ UBS Soimco
- ☐ UBS Taboão
- ☐ UBS Tranquilidade
- ☐ UBS Uirapuru
- ☐ UBS Vila Barros
- ☐ UBS Vila Fátima

- ☐ UBS Vila Glavão
- ☐ Vila Rio de Janeiro
- ☐ PA Alvorada
- ☐ PA Bonsucesso
- ☐ PA Dona Luiza
- ☐ PA Maria Dirce
- ☐ PA Paraventi
- ☐ UPA Cumbica
- ☐ UPA Paulista
- ☐ UPA São João
- ☐ HMU
- ☐ HGG
- ☐ JJM
- ☐ HMPB
- ☐ HMCA
- ☐ Cemeg Centro
- ☐ Cemeg Cantareira
- ☐ Cemeg Pimentas
- ☐ Cemeg São João
- ☐ Ambulatório da Criança
- ☐ Outros

6. Data de Diagnóstico

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

Identificação da Criança

7. Nome da Paciente

8. Data de Nascimento

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

9. IDADE

10. Raça/ Cor

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Branco
- ☐ 2- Preta
- ☐ 3- Amarela
- ☐ 4 - Parda
- ☐ 5- Indígena
- ☐ 9- Ignorado

Dados da Mãe

11. Nome da mãe

12. Número Notificação da Mãe no SINAN

13. Data de Nascimento

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

14. IDADE

15. Realizou pré natal?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ sim
- ☐ não
- ☐ ignorado

16. Município que realizou o pré natal

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Guarulhos
- ☐ Outros

17. Diagnostico de Toxoplasmose Materna

Marcar apenas uma oval.

- ☐ sim
- ☐ não
- ☐ desconhecido

18. Coinfecção HIV

Marcar apenas uma oval.

- ☐ sim
- ☐ não
- ☐ desconhecido

19. Resultados Laboratoriais *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Reagente	Não reagente	Não realizado
IgM (1ª amostra)	☐	☐	☐
IgG (1ª amostra)	☐	☐	☐
IgM (2ª amostra)	☐	☐	☐
IgG (2ª amostra)	☐	☐	☐

DADOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS DA CRIANÇA

20. Laboratório de Referência Utilizado

Marcar apenas uma oval.

- ☐ AFIP
- ☐ Outros

21. Data da 1ª Coleta de Amostra

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

22. Teste de Avidéz de IgG

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Alta
- ☐ Baixa
- ☐ Não realizada

23. Houve outra coleta de amostra?

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

24. Alteração LCR

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

☐ Não realizado

25. Raio X do Crânio

Marcar apenas uma oval.

☐ Alterado

☐ Normal

☐ Não realizado

26. Tomografia / USG de Crânio

Marcar apenas uma oval.

☐ Alterado

☐ Normal

☐ Não realizado

27. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Assintomático
- ☐ Sintomático
- ☐ Não se aplica

28. ALTERAÇÕES OCULARES

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Nistagmo
- ☐ Estrabismo
- ☐ Coriorretinite
- ☐ Cegueira
- ☐ Outros

29. Se outros, qual?

Tratamento

30. Esquema de Tratamento

Marcar apenas uma oval por linha.

	Adequadamente realizado	Inadequadamente realizado	Em andamento	Não realizado
Espiramicina	☐	☐	☐	☐
Pirimetamina	☐	☐	☐	☐
Ácido Folínico	☐	☐	☐	☐
Sulfadiazina	☐	☐	☐	☐
Prednisona	☐	☐	☐	☐
Outros	☐	☐	☐	☐

31. Data do Início do tratamento

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

Evolução

32. Classificação Final

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Confirmado
- ☐ Descartado
- ☐ Em investigação

33. Critérios de Confirmação - Descarte

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Laboratorial
- ☐ Clínico- Epidemiológico
- ☐ Em investigação

34. Segmento do Caso Durante 1-2 anos

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Assintomático
- ☐ Alterações Oculares
- ☐ Alterações Neurológicas
- ☐ Não deu segmento

35. Seguimento da Criança

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Ambulatório da Criança
- ☐ Outros

36. Evolução

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Cura
- ☐ Óbito

Dados do Notificante

37. Nome do Profissional Notificante

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE	TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA		
Controlado por: Rede Cegonha e Vigilância Epidemiológica		Proponente: Departamento de Assistência Integral à Saúde		
Código: RC, VE e PE 011		Data da Emissão: 20/08/2019	Revisão 01	Página 61-63

VIII. DAS RESPONSABILIDADES

a) Caberá a toda a equipe de saúde:

- 1 – Realizar notificação dos casos identificados de toxoplasmose gestacional e congênita.
- 2 – Realizar as etapas de assistência à saúde dos fluxos preconizados.
- 3 – Monitorar os resultados de exames para toxoplasmose.

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE	TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA		
Controlado por: Rede Cegonha e Vigilância Epidemiológica		Proponente: Departamento de Assistência Integral à Saúde		
Código: RC, VE e PE 011		Data da Emissão: 20/08/2019	Revisão 01	Página 62-63

IX. EQUIPE TÉCNICA

Elaboração:

Nome	Função	Código Funcional	Setor
Merilin Vieira de Oliveira Alencar	Enfermeira	47045	SS - DAIS
Simone dos Santos de Lima	Enfermeira	49327	SS - DAIS
Camila Frade Luz	Médica Ginecologista	39683	SS - DAIS
Luciane Regis	Médica Pediatra	41306	SS - DAIS
José Antônio Koury Alves	Médico Infectologista	55017	SS - DAIS
Daniel Roberto Sanches	Médico Ginecologista	31465	SS - DAIS
Fernanda Nunes da Matta Carmo	Enfermeira	54906	SS- DVS - DTECD
Cristina Magnabosco	Médico Veterinária	21479	SS- DVS - DTECD
Milton Kioshi	Médico Pediatra	04611	SS- DVS - DTECD

Elaboração:

Rede Cegonha e Vigilância Epidemiológica

Colaboração:

Grupo Condutor da Rede Cegonha Municipal
Assistência Laboratorial
Assistência Farmacêutica
Planejamento de Enfermagem
CCIH das maternidades (HJJM, HMPB e HGG)
Comitê de Infecções Congênitas
Departamento de Coordenação de Urgência e Emergência
Rede de Cuidado a Pessoa com Deficiência
Departamento de Regulação em Saúde

Correção Ortográfica:

Simone Ekizian Corazza

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE	TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA		
Controlado por: Rede Cegonha e Vigilância Epidemiológica		Proponente: Departamento de Assistência Integral à Saúde		
Código: RC, VE e PE 011		Data da Emissão: 20/08/2019	Revisão 01	Página 63-63

X. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco (Cadernos de Atenção Básica, 32). Brasília, DF. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à Saúde do Recém-Nascido: Guia para os Profissionais de Saúde Intervenções comuns, Icterícia e Infecções. Volume -1. 2ªed. Brasília, DF. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco: Manual Técnico. 5º. ed. Brasília. DF. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de notificação e investigação: toxoplasmose gestacional e congênita. Brasília. DF. 2018.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA - FEBRASGO. Manual de gestação de alto risco. São Paulo. SP. 2011.

RIO GRANDE DO SUL. Secretária da Saúde. Grupo de Trabalho Toxoplasmose Gestacional e Congênita 2019.

PARANÁ. Secretária da Saúde. Caderno de Atenção ao Pré – Natal Toxoplasmose. Departamento de Atenção Primária à Saúde. 2010.

PARANÁ. Secretária da Saúde - Universidade Estadual de Londrina. Toxoplasmose Adquirida na Gestação e Congênita vigilância em saúde, diagnóstico, tratamento e condutas. Editora UEL. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. PNAISM. Nota Técnica nº 19-SEI/2017-CGSMU/DAPES/SAS/MS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de Notificação e Investigação: Toxoplasmose gestacional e congênita [recurso eletrônico]/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 31 p.