



NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 008/2019 DAPS/DIAF/DIVE/LACEN

Assunto: Orienta sobre a notificação, a investigação e o tratamento da toxoplasmose gestacional, congênita e sobre o tratamento da toxoplasmose adquirida no Estado de Santa Catarina.

(Atualizada em 27 de outubro de 2020): inserção do Apêndice IX que versa sobre fluxo para liberação do tratamento da toxoplasmose no Estado de Santa Catarina.

1. TOXOPLASMOSE

Toxoplasmose é uma zoonose mundialmente distribuída, causada por um protozoário intracelular capaz de infectar aves, seres humanos e outros mamíferos. Apresenta quadro clínico variado, desde infecção assintomática a manifestações sistêmicas extremamente graves (JACOBS e LUNDE, 1957; FAYER, 1981).

1.1 Agente Etiológico: *Toxoplasma gondii*

1.2 Reservatórios

- a. **Definitivo:** gatos e outros felídeos;
- b. **Intermediário:** aves, seres humanos e outros mamíferos.

1.3 Modo de transmissão

Os humanos e os animais podem infectar-se pelas três formas do ciclo de vida do parasito:

- a. Pela ingestão de alimentos e água contaminados com oocistos eliminados nas fezes de gatos e outros felídeos;
- b. Pela ingestão de carne crua e malcozida, infectada com cistos, especialmente carne de porco e carneiro;
- c. Pela transmissão transplacentária de taquizoítos, da gestante para feto.



Pode ainda, ser transmitido a partir de produtos sanguíneos, nos transplantes de órgãos, ou pela ingestão de leite não submetido ao tratamento térmico pelo calor (TENTER *et al.*, 2000; KIJLSTRA e JONGERT, 2009).

Importante destacar que o contato direto com gatos ou suas ninhadas não é considerado o fator de risco principal. Em contrapartida, evidências mostram que o contato com o solo contaminado com oocistos, por meio de atividades ocupacionais ou jardinagem e, a ingestão de água ou vegetais não higienizados, constituem as principais fontes de infecção.

1.4 Aspectos clínicos

A maioria dos casos de toxoplasmose é assintomática. No entanto, 10% a 20% dos adultos infectados apresentam, na fase aguda da doença, manifestações clínicas.

As manifestações clínicas mais comuns, de acordo com Bealman *et al.* (1995), são linfadenopatias (mais comum, nas cadeias cervicais e occipitais) e a astenia, sem febre. A linfadenopatia pode ocasionalmente vir acompanhada de febre, mal-estar, cefaleia, astenia, mialgia, exantema máculo-papular, odinofagia e hepatoesplenomegalia. Encefalite, miocardite e pneumonite podem ocorrer, estando frequentemente associadas com imunodepressão. Retinocoroidite raramente ocorre no curso da infecção aguda e costuma ser unilateral. Silveira (2002) estima que entre 12 a 15% das pessoas infectadas irão desenvolver a lesão ocular em algum momento da vida.

1.5. Diagnóstico diferencial

Realizar exame para diagnóstico de mononucleose infecciosa e citomegalovírus. Além disso, outras possibilidades são rubéola, listeriose, hepatite, fase aguda da infecção por HIV, enterovirose, tuberculose ganglionar, doença de Hodgkin e linfomas.



2. TOXOPLASMOSE GESTACIONAL

A prevalência da toxoplasmose no grupo de gestantes varia muito de um país para o outro, estando relacionada à diferentes hábitos alimentares, variações climáticas e condições sociodemográficas (KASPER, 2002).

O rastreamento sorológico no pré-natal da atenção primária à saúde (APS) identifica gestantes suscetíveis à toxoplasmose e detecta precocemente os casos de infecção aguda recente. Os métodos utilizados para confirmação dos casos têm sido a sorologia IgM e IgG e avides de IgG. Portanto, é imprescindível o rastreamento sorológico no início do acompanhamento pré-natal ou, até mesmo, no momento da intenção de engravidar.

A seguir serão dispostos os critérios para classificação de casos suspeitos, confirmados ou descartados de toxoplasmose gestacional (Quadro 1).



Quadro 1. Critérios de classificação para notificação de casos de toxoplasmose em mulheres gestantes.

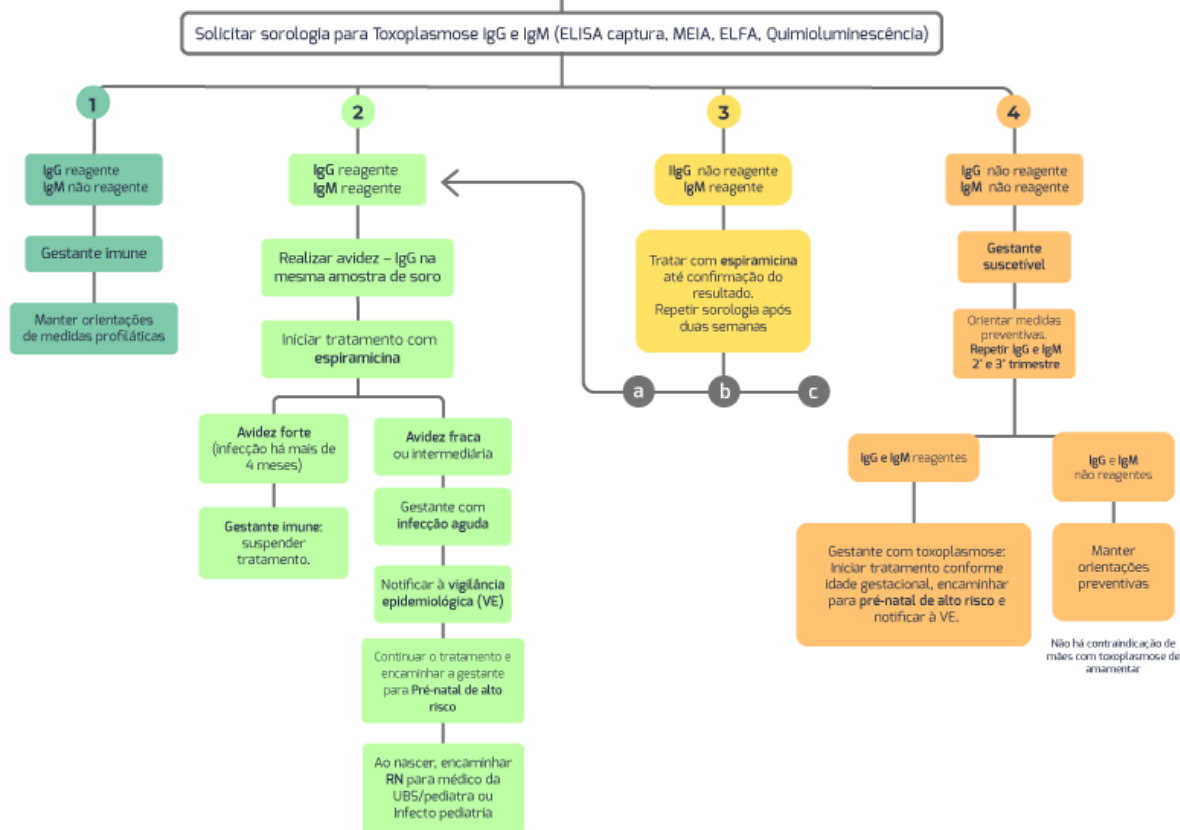
Suspeita	Confirmado	Descartado
Resultado de IgM e IgG reagentes. Resultado IgM reagente ou indeterminado a qualquer momento do período gestacional. Títulos altos de IgG associados a IgM reagente detectados após a 16ª semana de gestação. Presença de alterações compatíveis com toxoplasmose congênita verificadas na ultrassonografia (USG) obstétrica ou outros exames de imagem. Qualquer gestante identificada em situações de surto de toxoplasmose.	Presença de IgM e IgG reagentes, com IgG de baixa avides ou avides intermediária até a 16ª semana de gestação. Presença de IgM reagente com elevação dos títulos de IgG em amostras seriadas com intervalo mínimo de duas semanas. Presença de IgM reagente e aparecimento de IgG reagente em amostra colhida com duas semanas de intervalo (soroconversão). Deteção de DNA do <i>Toxoplasma gondii</i> em amostra de líquido amniótico, em tecido placentário, fetal ou de órgãos (exame anatomopatológico, cultivo de tecido ou bioensaios).	Presença de IgG previamente reagente três meses ou mais antes da concepção. Presença de IgG com alto índice de avides até a 16ª semana de gestação. Presença de IgM reagente e ausência de IgG detectável em duas amostras colhidas com intervalo de duas ou três semanas) (resultado falso-positivo para IgM portanto, considerar gestante suscetível)

Brasil, 2018a, com adaptações.



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Algoritmo 1 / Interpretação de resultados e condutas para gestantes com até 16 semanas de gestação

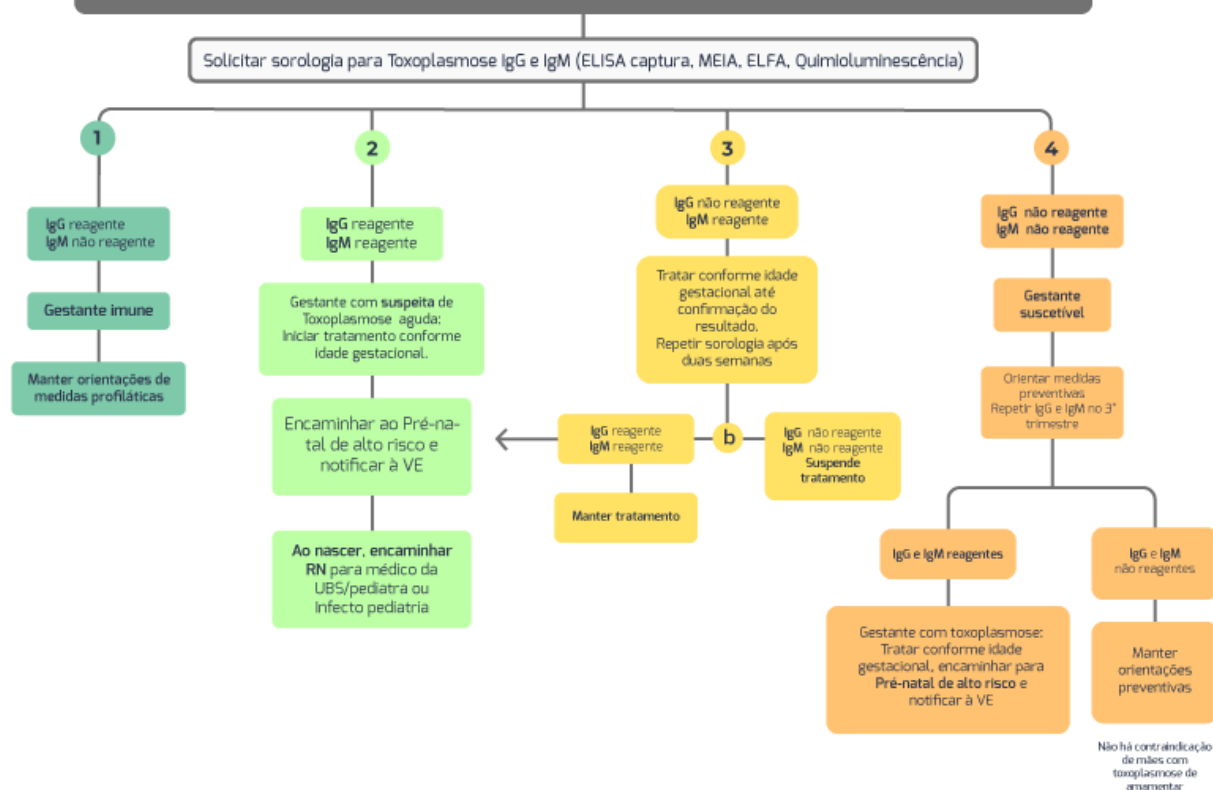


- a** Se a gestante apresentar sintomatologia sugestiva ou ultrassonografia fetal com alteração: **repetir sorologia**
- b** Não há necessidade de fazer avidéz-IgG, pois a soroconversão da IgG já confirma infecção recente. Dessa forma, manter o tratamento e notifica a VE.
- c** Se mantiver resultado de **IgG não reigente** indica que IgM era falso reigente: considerar **gestante suscetível**. Manter orientações preventivas.
OBS: Gestante com diagnóstico reigente entre 16 e 18 semanas de gestação iniciam o tratamento com espiramicina, diagnóstico após 18 semanas de gestação, utilizar esquema triplice. O medicamento de início de tratamento deve ser utilizado até o parto.



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Algoritmo 2 / Interpretação de resultados e condutas para gestantes a partir de 16 semanas de gestação



b Se mantiver resultado de IgG não reagente indica que IgM era falso reagente: considerar **gestante suscetível** e suspender a medicação.

OBS: Gestante com diagnóstico reagente entre 16 e 18 semanas de gestação iniciam o tratamento com espiramicina, diagnóstico após 18 semanas, utilizar esquema triplice. O medicamento de início de tratamento deve ser utilizado até o parto.

Observações:

- Não são requeridos exames de avidéz após a 16ª semana de gestação, pois a avidéz alta não descarta a infecção adquirida durante a gestação;
- Todas as gestantes suscetíveis devem realizar, no mínimo, três sorologias durante a gestação;
- As gestantes portadoras de imunodeficiência, com evidência de infecção latente por *Toxoplasma* (IgG reagente prévia à gestação), devem ser acompanhadas por um infectologista, pois é possível a reativação da infecção. A reativação pode ser caracterizada pela elevação dos títulos de IgG (resultado reagente/positivo com títulos elevados ou em elevação), ausência de IgM, e aparecimento de lesões inflamatórias agudas, principalmente retinocoroidite. Embora incomum, o feto está em risco de infecção congênita e a gestante deve ser tratada até o parto;
- Casos suspeitos de reativação durante a gestação em imunocompetentes deve-se encaminhar para referência. (BRASIL, 2018)



2.1 Tratamento toxoplasmose gestacional

O tratamento para toxoplasmose gestacional deverá ser instituído o mais precocemente possível, assim que houver comprovação laboratorial, conforme quadro 2.

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

O esquema tríplice é a combinação de sulfadiazina e pirimetamina, associada ao ácido folínico, sendo indicada para gestantes com o diagnóstico a partir de 18 semanas da idade gestacional. Essa associação deve ser evitada no primeiro trimestre da gravidez, devido ao efeito potencialmente teratogênico da pirimetamina (FRENKEL, 2002).



Quadro 2. Indicação de esquema terapêutico para tratamento para a toxoplasmose gestacional.

Medicamento	Indicação	Esquema terapêutico
Espiramicina*	Indicada quando o diagnóstico é reagente até a 18ª semana de gestação para o tratamento de gestantes com infecção aguda.	Espiramicina 500mg Dose: 2 comprimidos de 8/8 horas, em jejum. Totalizando: 6 comprimidos/dia - 3g/dia. Observação: Quando ocorrer o diagnóstico até a 18ª semana, o esquema citado acima deverá ser adotado até o nascimento do bebê.
Esquema Tríplice*: Pirimetamina, Sulfadiazina e Ácido Folínico	Indicada para gestantes de idade gestacional superior a 18 semanas Observação: essa associação deve ser evitada no primeiro trimestre da gravidez, devido ao efeito potencialmente teratogênico da pirimetamina.	Pirimetamina 25mg Dose de ataque: 2 comprimidos, de 12/12 horas, por dois dias - 8 comprimidos. A partir do 3º dia 2 comprimidos com dose única diária até o nascimento do bebê. Sulfadiazina 500mg Dose: 2 comprimidos de 12/12 horas, totalizando 8 comprimidos por dia- 4g/dia. Ácido Folínico 15mg Dose: 1 comprimido por dia Atenção: ácido fólico não deve ser usado para substituir ácido folínico. Observação: Quando ocorrer o diagnóstico depois da 18ª semana, o esquema citado acima deverá ser adotado até o nascimento do bebê.

Fonte: MITSUKA-BREGANÓ, 2010, BRASIL, 2018a

*O medicamento utilizado no início do tratamento (conforme idade gestacional) deve ser mantido até o parto.

*O médico pode solicitar a troca do esquema terapêutico pela ocorrência de efeitos adversos.



3. TOXOPLASMOSE CONGÊNITA

A toxoplasmose congênita é considerada importante causa mundial de morbidade e mortalidade infantil (SANTOS *et al.*, 1999). O parasita atinge o feto por via transplacentária, causando danos com diferentes graus de gravidade, dependendo de fatores como virulência, cepa do parasito, da capacidade da resposta imune da mãe e também do período gestacional que a mulher se encontra (MITSUKA-BREGANÓ *et al.* 2010).

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

O Recém-Nascido (RN) suspeito para toxoplasmose congênita deve ser submetido à investigação completa para o diagnóstico, incluindo exame clínico e neurológico, exame oftalmológico completo com fundoscopia, exame de imagem cerebral (ecografia ou tomografia computadorizada), exames hematológicos e de função hepática (BRASIL, 2018). Esta avaliação deve ser realizada por infectopediatras, neurologistas, oftalmologistas e fonoaudiólogos para determinar possíveis manifestações e sequelas da infecção.

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

- **Sorologias de IgG, IgM, IgA:** As sorologias devem ser coletadas a partir do 2º dia de vida da criança para evitar falsos negativos (BRASIL, 2014);
- **Hematológico:** anemia, plaquetopenia, reticulocitose, leucopenia, atipia linfocitária e eosinofilia. A eosinofilia é um achado laboratorial importante para o diagnóstico diferencial da toxoplasmose;



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

- **Liquórico:** é possível observar pleocitose com predominância de linfócitos e monócitos. A eosinofillorraquia e a hiperproteínorraquia são alterações características da doença;
- **Bioquímico:** hiperbilirrubinemia e o aumento das enzimas hepáticas;
- **Tomografia computadorizada de crânio*:** dilatações ventriculares e calcificações cerebrais (atualmente é o exame complementar de escolha para o diagnóstico de acometimento cerebral);
- **Ultrassonografia de crânio*:** dilatações ventriculares e calcificações cerebrais;
- **Oftalmológico:** sinais de uveíte e retinocoroidite.

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

Devem ser notificados os casos de toxoplasmose congênita suspeita e confirmado, conforme quadro 3 abaixo:



Quadro 3. Critérios de classificação para notificação dos casos suspeitos, confirmados e descartados de toxoplasmose congênita.

Suspeita	Confirmado* (Suspeito que apresente uma das seguintes situações)	Descartado (Suspeito que apresente uma das seguintes situações)
RN ou lactente menor que seis meses cuja mãe era suspeita ou confirmada para toxoplasmose gestacional.	Presença de DNA de <i>Toxoplasma gondii</i> em amostras de líquido amniótico da mãe ou em tecido fetais, líquido, sangue ou urina da criança;	Ocorrência de negativação dos títulos de IgG antitoxoplasma antes de 12 meses de idade;
RN ou lactente menor que seis meses com clínica compatível para toxoplasmose e IgG reagente.	Resultados de anticorpos IgM ou IgA e IgG reagente até seis meses de vida;	Nas crianças que receberam tratamento, a soronegativação só deve ser considerada definitiva no mínimo dois meses após a suspensão das drogas antiparasitárias;
RN ou lactente menor que seis meses com exames de imagem fetal ou pós parto compatível com toxoplasmose e IgG reagente.	Níveis séricos de anticorpos IgG em ascensão em pelo menos duas amostras seriadas com intervalo mínimo de três semanas durante os primeiros 12 meses de vida;	Negativação de IgG após 12 meses de idade
Sorologia(s) indeterminada(s) ou não reagente(s) para IgM e/ou IgA até seis meses de idade e IgG em títulos estáveis.	IgG persistentemente reagente após 12 meses de idade;	



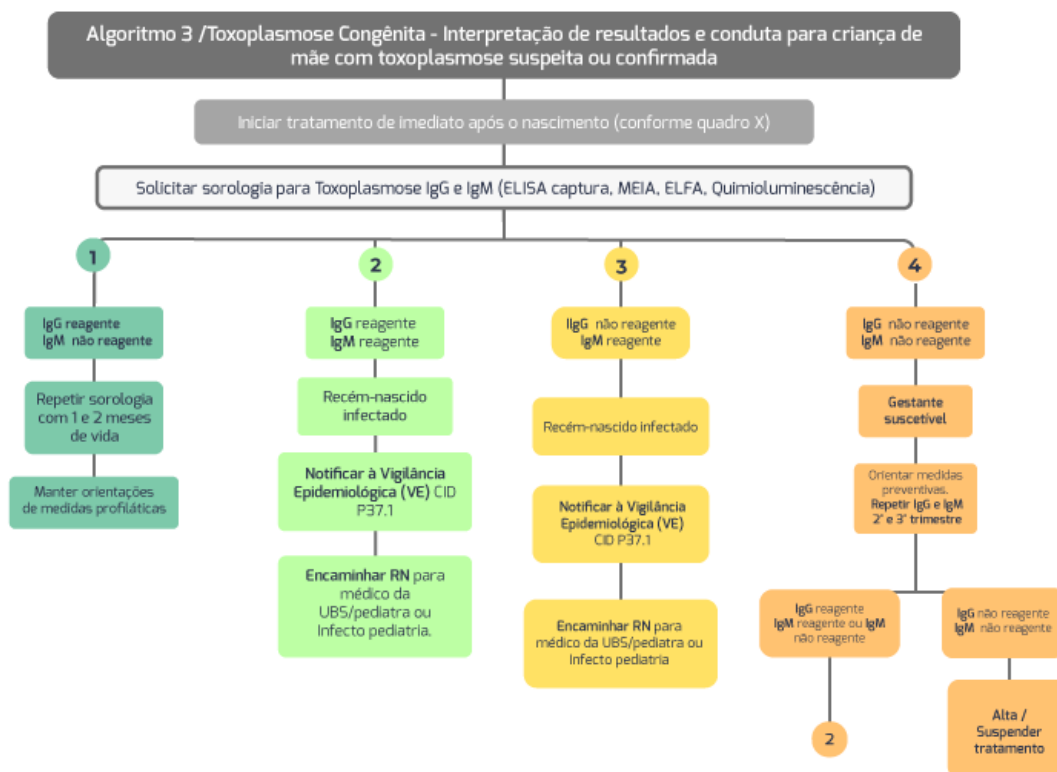
**ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**

Manifestações clínicas ou exames de imagem compatíveis com toxoplasmose congênita e IgG reagente com IgM ou IgA não reagentes e sem coleta de exames laboratoriais que excluam outras infecções congênitas antes de completar 12 meses de idade.	Retinocoroidite ou hidrocefalia ou calcificação cerebral (ou associações entre os sinais) com IgG reagente e afastadas outras infecções congênitas (citomegalovírus, herpes simples, rubéola, sífilis, arboviroses) e mãe com toxoplasmose confirmada na gestação	
As crianças assintomáticas em investigação, durante os primeiros 12 meses de idade, de mãe suspeita de infecção por toxoplasmose na gestação.		
*Em geral, os títulos de testes sorológicos para detecção de IgG no RN são bastante semelhantes aos títulos maternos no momento do parto. Os anticorpos IgG transferidos da mãe durante a gestação são gradativamente degradados pela criança ao longo do primeiro ano de vida. Considerando-se as dificuldades existentes na interpretação dos resultados de testes sorológicos realizados no período neonatal, em muitos RN o diagnóstico de toxoplasmose congênita só pode ser confirmado ou descartado por meio do acompanhamento da evolução dos títulos de IgG ao longo do primeiro ano de vida, pois os anticorpos IgG produzidos pela criança persistem ou aumentam nas crianças infectadas (BRASIL, 2014).		

Fonte: Brasil, 2018a



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA



*O seguimento sorológico definirá se há apenas transferência de IgG maternos ou infecção.

Observações:

- Considerar como sugestivas de toxoplasmose congênita as seguintes manifestações: retinocoroidite, calcificações intracranianas, dilatação dos ventrículos cerebrais, micro ou macrocefalia, icterícia com predomínio de bilirrubina direta, esplenomegalia ou hepatoesplenomegalia.
- Os casos suspeitos de toxoplasmose, que apresentam IgG positiva e IgM/IgA negativas no primeiro semestre de vida, devem repetir mensalmente ou a cada dois meses a sorologia para acompanhamento de IgG até confirmação ou exclusão da infecção no final do primeiro ano de vida.

(BRASIL, 2018)



3.1 Tratamento toxoplasmose congênita

O tratamento da toxoplasmose congênita, suspeita ou confirmada, deve ser realizado desde o nascimento, utilizando-se o esquema tríplice (Sulfadiazina, Pirimetamina e Ácido folínico). Nos casos confirmados de toxoplasmose congênita, o tratamento deve se estender até um ano de idade (Remington *et al.*, 2006), conforme quadro 5. É necessário em todos os casos investigar e reavaliar a necessidade de continuidade no tratamento.

O esquema terapêutico para toxoplasmose congênita deve ser realizado conforme a classificação e indicação descritas nos quadros 4 e 5:

Quadro 4. Esquema terapêutico para toxoplasmose congênita em RN assintomático de mãe com infecção aguda confirmada ou suspeita na gravidez.

Medicamento	Indicação	Esquema terapêutico
Esquema Tríplice Pirimetamina, Sulfadiazina e Ácido Folínico.	Nos primeiros meses até definição do diagnóstico	Pirimetamina - comprimidos de 25 mg - para sua administração deve ser manipulado em suspensão oral, dosagem de 2 mg/mL. Dose de ataque: 2 mg/Kg/dia, de 12/12 horas, por dois dias – por via oral.
		Dose de manutenção: para sua administração deve ser manipulado em suspensão oral, dosagem de 1 mg/Kg/dia (máximo de 25 mg/dia), uma vez ao dia.
		Sulfadiazina comprimidos de 500 mg - para sua administração deve ser manipulado em suspensão oral, dosagem 100 mg/kg/dia de 12/12 horas.
		Ácido folínico comprimidos de 15 mg - para sua administração pode ser manipulado em solução 10 mg/mL. Dose: 10 mg nas 2ª, 4ª e 6ª-feiras – por via oral. Obs: O ácido fólico não deve ser utilizado em substituição ao ácido folínico.

Fonte: Adaptado MITSUKA-BREGANÓ, 2010; Adaptado de REMINGTON *et al.*, 2017.



Quadro 5. Esquema terapêutico para toxoplasmose congênita em RN/criança com toxoplasmose congênita confirmada.

Medicamento	Indicação	Esquema terapêutico
Esquema Tríplice Pirimetamina, Sulfadiazina e Ácido folínico	Até dois meses de Idade	Pirimetamina - comprimidos de 25 mg - para sua administração deve ser manipulado em suspensão oral, dosagem de 2 mg/mL e 1mg/mL. Dose de ataque: 2 mg/Kg/dia, de 12/12 horas, por dois dias – por via oral. Dose de manutenção: para sua administração deve ser manipulado em suspensão oral, dosagem de 1 mg/Kg/dia (máximo de 25 mg/dia), uma vez ao dia.
		Sulfadiazina comprimidos de 500 mg - para sua administração deve ser manipulado em suspensão oral, dosagem 100 mg/kg/dia de 12/12 horas.
		Ácido folínico comprimidos de 15 mg - para sua administração pode ser manipulado em solução 10 mg/mL. Dose: 10 mg nas 2ª, 4ª e 6ª-feiras – por via oral. Obs: O ácido fólico não deve ser utilizado em substituição ao ácido folínico.
Esquema Tríplice Pirimetamina, Sulfadiazina e Ácido folínico	De 3 meses até completar 1 ano de Idade	Pirimetamina - comprimidos de 25 mg - para sua administração deve ser manipulado em suspensão oral, dosagem de 1 mg/Kg/dia (máximo de 25 mg/dia). Obs.: Deve ser administrado nas segundas, quartas e sextas feiras, sempre em uma dose ao dia, por via oral.
		Sulfadiazina comprimidos de 500 mg - para sua administração deve ser manipulado em suspensão oral, administrado na dose de 100 mg/kg/dia de 12/12 horas.
		Ácido folínico comprimidos de 15 mg - para sua administração pode ser manipulado em solução 10 mg/mL. Dose: 10 mg nas 2ª, 4ª e 6ª-feiras – por via oral. Obs: O ácido fólico não deve ser utilizado em substituição ao ácido folínico.

Fonte: Adaptado MITSUKA-BREGANÓ, 2010; Adaptado de REMINGTON et al., 2017.



Atenção: Os medicamentos para a toxoplasmose disponibilizados no Sistema Único de Saúde (SUS) são apenas na apresentação de comprimidos. Portanto, para tratamento de recém-nascidos e bebês, os comprimidos devem ser manipulados através de apresentações farmacêuticas, suspensões orais líquidas para a Pirimetamina e para Sulfadiazina. As suspensões orais líquidas preparadas de acordo com REMINGTON, *et al.* 2017, sem conservantes, apresentam o período de estabilidade, sob refrigeração, de 7 dias.

4. CASOS GRAVES

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. Entretanto, para alguns casos graves como: toxicidade medular grave, retinocoroidite ativa e/ou proteína no líquido cefalorraquidiano ≥ 1 g/dL existe esquema terapêutico diferenciado, citado nos quadros abaixo.

Quadro 6. Esquema terapêutico para a criança com toxicidade medular grave.

Medicamento	Indicação	Esquema terapêutico
Espiramicina	Espiramicina até normalização laboratorial. (Hemoglobina > 8g/dL; Neutrófilos > 500/mm ³ ; Plaquetas > 50.000 mm ³). Obs.: Suspende pirimetamina e sulfadiazina.	Espiramicina Dose: 100mg/Kg/ dia , de 12/12 horas – por via oral.
Ácido Folínico		Aumentar a dose do ácido folínico para 15 a 30 mg/dia.

Fonte: Adaptado MITSUKA-BREGANÓ, 2010.



Observações:

- Considerar a alternância de espiramicina (3 semanas) com sulfadiazina + pirimetamina + ácido folínico (4 semanas), caso haja recorrência de toxicidade medular.
- Considerando que a espiramicina pode causar alargamento de ondas 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 7. Esquema terapêutico para a criança com retinocoroidite ativa e/ou proteína no líquido cefalorraquidiano ≥ 1 g/dL.

Medicamento	Indicação	Esquema terapêutico
Prednisolona 3 mg/mL (solução oral)	Acrescentar ao esquema tríplice até a regressão do processo inflamatório com posterior redução gradual da dose até sua suspensão.	Prednisolona. Dose: 1,0 a 1,5 mg/Kg/dia. Posologia: 0,2 mL/Kg/dose de 12/12 horas – por via oral.

Fonte: Adaptado de Curitiba, 2012.

4.1 Efeitos adversos

A sulfadiazina e a pirimetamina são medicamentos que com sua utilização diária podem implicar em distúrbios hematológicos (neutropenia, plaquetopenia, leucopenia ou pancitopenia). Para tanto, deve ser administrado **ácido folínico**, concomitantemente com esses medicamentos, como medida preventiva destes distúrbios. Assim, faz-se indispensável o acompanhamento laboratorial com a realização periódica de hemograma completo e contagem de plaquetas.

Durante o monitoramento, caso ocorra distúrbios hematológicos, o tratamento deve ser suspenso, sendo orientado somente a utilização da espiramicina.



Caso sejam identificados efeitos adversos que possam comprometer o tratamento, os pacientes devem ser encaminhados para profissional especializado (infetologista ou infecto pediatra).

5. ORIENTAÇÕES PARA TRATAMENTO DE TOXOPLASMOSE ADQUIRIDA

A toxoplasmose adquirida pode se apresentar de diversas formas. No hospedeiro imunocompetente, a forma mais frequente é a assintomática, muitas vezes reconhecida somente através de inquérito sorológico. De acordo com o predomínio de sinais e sintomas, podem-se classificar didaticamente as formas clínicas em linfonodal, exantemática, neurológica, miocárdica, pulmonar e ocular. Segue nos quadros abaixo, algumas orientações para tratamento da toxoplasmose adquirida:

Quadro 8. Esquema terapêutico para Neurotoxoplasmose - HIV positivo.

Medicamento	Indicação	Esquema terapêutico
Esquema Tríplice Pirimetamina, Sulfadiazina e Ácido folínico*	Tratamento para neurotoxoplasmose (HIV positivo) por SEIS SEMANAS, realizar controle de neuroimagem para acompanhar a resolução da lesão.	Sulfadiazina 1.000 mg (peso < 60kg) a 1.500mg (peso ≥60kg) VO, a cada seis horas.
		Pirimetamina 200 mg VO no primeiro dia, seguida de 50 mg/dia (peso < 60kg) a 75 mg/dia (peso ≥ 60kg) VO.
		Ácido folínico 15mg*/dia VO. Obs: *A aquisição do ácido folínico 15mg é de responsabilidade do município (BRASIL, 2018). Porém, para tratamento e profilaxia das infecções oportunistas em pacientes portadores de HIV/AIDS, de acordo com a Deliberação 207/CIB/2016 em SC a responsabilidade é estadual. Este medicamento é disponibilizado nas unidades dispensadoras de medicamentos antirretrovirais (UDM).

BRASIL, 2018b



Quadro 9. Esquema terapêutico para Toxoplasmose ocular.

Medicamento	Indicação	Esquema terapêutico
Esquema Tríplice Pirimetamina, Sulfadiazina e Ácido folínico	Tratamento para toxoplasmose ocular por DUAS SEMANAS após a cicatrização da retina.	Sulfadiazina 1.000 mg (peso < 60kg) a 1.500 mg (peso ≥ 60kg) VO, a cada seis horas. Pirimetamina 200mg VO no primeiro dia, seguida de 50mg/dia (peso < 60kg) a 75 mg/dia (peso ≥ 60kg) VO. Ácido folínico 15 mg/dia VO.

BRASIL, 2018b

Quadro 10. Esquema terapêutico para toxoplasmose adquirida - infecção aguda.

Medicamento	Indicação	Esquema terapêutico
Esquema Tríplice Pirimetamina, Sulfadiazina e Ácido folínico	Tratamento da infecção aguda por QUATRO SEMANAS.	Sulfadiazina 1.000mg (peso <60kg) a 1.500mg (peso ≥60kg) VO, a cada seis horas. pirimetamina 200mg VO no primeiro dia, seguida de 50mg/dia (peso <60kg) a 75mg/dia (peso ≥60kg) VO. Ácido folínico 15mg/dia VO.

BRASIL, 2018b



Quadro 11. Esquema terapêutico para toxoplasmose adquirida (reativação) em pacientes imunossuprimidos não HIV.

Medicamento	Indicação	Esquema terapêutico
Esquema Tríplice Pirimetamina, Sulfadiazina e Ácido folínico.	Tratamento para reativação da toxoplasmose adquirida em pacientes imunossuprimidos (não HIV positivos) por SEIS SEMANAS após o desaparecimento dos sintomas.	Sulfadiazina 1.000 mg (peso <60kg) a 1.500mg (peso ≥60kg) VO, a cada seis horas. Pirimetamina 200 mg VO no primeiro dia, seguida de 50mg/dia (peso <60kg) a 75mg/dia (peso ≥60kg) VO. Ácido folínico 15 mg/dia VO.

BRASIL, 2018b

6. NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO DOS CASOS

- A notificação deve ser semanal para as esferas municipal, estadual e federal;
- O registro da notificação deve ser realizado e digitado na **Ficha de Notificação/Conclusão no SINAN** (Fig. 1). Recomenda-se que os profissionais de saúde sejam muito criteriosos quanto ao preenchimento da ficha do SINAN e observem as orientações descritas no 6.1;
- Para a diferenciação dos tipos de toxoplasmose na notificação e posterior avaliação de dados, utilizar o CID descrito no quadro 1;
- A notificação deve ocorrer nos casos de toxoplasmose gestacional (suspeitos, prováveis, confirmados) e nos casos suspeitos de toxoplasmose congênita (suspeitos, prováveis, confirmados e descartados);
- Os serviços de saúde também devem estar atentos às gestantes imunocomprometidas que apresentarem toxoplasmose crônica devido à possibilidade de reativação da doença;
- Os prazos para encerramentos oportunos no SINAN estão descritos no quadro 1.



Quadro 12. Descrição dos tipos de toxoplasmose e notificação no SINAN.

Tipo de Toxoplasmose	CID	Tipo de Notificação	Encerramento Fichas SINAN
Toxoplasmose Adquirida	10: B58	Notificação apenas em caso de surto. Para liberação de medicamentos deve-se seguir o fluxograma 3.	180 dias
Toxoplasmose Gestacional	10: 098.6	Notificação compulsória (Portaria de Consolidação nº 4 de 28 de setembro de 2017), com fluxo semanal para as esferas municipal, estadual e federal.	300 dias
Toxoplasmose Congênita	10: P37.1		420 dias



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Figura 1: Ficha de notificação/ conclusão 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 (CID10)	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			
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
Dados de Residência	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	
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
	31 Data da Investigação			
	32 Classificação Final			
Conclusão	33 Critério de Confirmação/Descarte			
	Local Provável da Fonte de Infecção			
	34 O caso é autóctone do município de residência?		35 UF	36 País
	37 Município		Código (IBGE)	38 Distrito
	39 Bairro			
	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	



6.1 Preenchimento da ficha do SINAN

Variável 32 – CLASSIFICAÇÃO FINAL - este campo precisa ser preenchido para apoiar a avaliação da doença por localização geográfica. A opção “Inconclusivo” é atribuída automaticamente pelo sistema quando ultrapassado o prazo para encerramento oportuno da notificação dessa doença (ver quadro 12) e representa falha em alguma etapa da investigação e monitoramento dos casos.

Variável 33 – CRITÉRIO DE CONFIRMAÇÃO - a toxoplasmose gestacional deverá ser descartada/confirmada por critério laboratorial. O critério clínico-epidemiológico deve ser evitado para encerrar a notificação da gestante, mesmo que estejam relacionados a surtos, devido à inespecificidade da manifestação clínica da doença.

Variável 34 – O CASO É AUTÓCTONE DE RESIDÊNCIA? - Indica se o caso foi contraído no município de residência do paciente - ao preencher este campo, os profissionais de saúde precisam verificar, se há relação com outros casos suspeitos (vínculo epidemiológico) que possa configurar surto (quando duas ou mais pessoas apresentam doença semelhante após ingerirem alimentos e/ou água da mesma origem) . Se houver suspeita de surto, a Vigilância Epidemiológica municipal deve ser notificada imediatamente para que inicie a investigação, uma vez que surtos de toxoplasmose podem ter grande magnitude a depender da fonte e forma de transmissão. **Buscar as possíveis fontes de transmissão** e descrever no campo informações complementares.

Variável 40 - DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO - Indica se a doença está ou não relacionada ao trabalho do paciente. Profissão que exerce. Descrever a profissão no campo observações adicionais.

Variável 41 – EVOLUÇÃO DO CASO - O termo “cura” deve ser interpretado como estado de eliminação do agente infeccioso do hospedeiro por uma resposta imune bem-sucedida ou pela terapia antimicrobiana. Orientamos que classifiquem como “1 – Cura” quando houver a negatificação sorológica, e além de marcar esta opção, deve-se descrever no campo. Observações adicionais a evolução do caso e a conduta terapêutica.



Observações:

- a. A gestante e o RN serão notificados nas CID específicas, e não devem ser notificados simultaneamente para a CID B58. Ver quadro 12.
- b. 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.
- c. 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.
- d. A mãe e o RN não devem ser registrados com os mesmos dados e, apenas, CID diferentes.
- e. O campo CS_GESTANT para as gestantes suspeitas deve ser preenchido.
- f. Não usar a CID 58.9 para notificar a gestante suspeita para toxoplasmose.

7. PROFILAXIA

7.1 Medidas de prevenção primária

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

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

- a. Alimentar gatos com ração ou carne bem cozida, não os alimentar com carnes cruas ou malcozidas;
- b. Cuidado na manipulação de terra - usar luvas ou lavar bem as mãos após manipular a terra;
- c. Lavar bem as frutas e vegetais com água corrente, esfregando mecanicamente;
- d. Limpar, DIARIAMENTE, as caixas sanitárias dos gatos – gestantes não devem realizar esta tarefa;
- e. Controlar moscas e baratas;
- f. Proteger as caixas de areia em áreas de recreação infantil para que gatos não



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
defequem nelas;

- g. Ingerir apenas água tratada ou fervida.

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

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

8. REFERÊNCIAS

JACOBS, L.; LUNDE, F. The interrelation of toxoplasmosis in swine, cattle, dogs and man. Public Health Reports, Washington, v.72, n.10, p.872-882, 1957.

FAYER, R. Toxoplasmosis update and public health implications. Canadian Veterinary Journal, v. 22, p.344-352, 1981.

TENTER, A. M.; Heckeroth, A. R.; Weiss, L. M. Toxoplasma gondii: from animals to humans. International Journal for Parasitology, v. 30, p.1217-1258, 2000.

Kijlstra A. & Jongert E. 2009. Control of the risk of human toxoplasmosis transmitted by meat. Int. J. Parasitol. 38:1359-1370.

BEAMAN, M.H. et al. Toxoplasma gondii. In: Mandell, G. L.; Douglas, R. G.; Bennett, J. E. Principles and practices of infectious diseases. 4.ed. New York: Churchill Livingstone. p. 2455- 2475. 1995.

KASPER, L. H. Infecção por toxoplasma. In: BRAUNWAULD, E.; FAUCI, A. S.; KASPER, D. L.; HAUSER, S. L.; LOMGO, D. L.; JAMESON, J. L. Medicina interna. 15 ed. Rio de



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

janeiro: McGraw-Hill, 2002, p. 1294-1298.

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.

FRENKEL, J. K. Toxoplasmose. In: VERONESI, R. Focaccia eds. Tratado de Infectologia, São Paulo: Guanabara Koogan, p. 1310-1324. 2002.

MITSUKA-BREGANÓ, R., LOPES-MORI, FMR., and NAVARRO, IT., orgs. Toxoplasmose adquirida na gestação e congênita: vigilância em saúde, diagnóstico, tratamento e condutas [online]. Londrina: EDUEL, 2010.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Pré-natal, parto, puerpério e atenção ao recém-nascido. Programa Mãe Curitibana. Curitiba, 2012.

SANTOS, Luciana Peixoto dos; ALVARENGA, Lênio Souza; FERREIRA, Magno Antônio,. Alterações oculares em crianças com toxoplasmose congênita precoce. Arq. Bras. Oftal. 62(5), OUTUBRO/1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Toxoplasmose Congênita. In: Atenção à Saúde do Recém-Nascido: guia para profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

REMYINGTON J. S. et al. Toxoplasmosis. In: REMINGTON, J. S. et al. (Eds). Infectious diseases of the fetus and newborn infant. 6. ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2006. p. 947-1091.

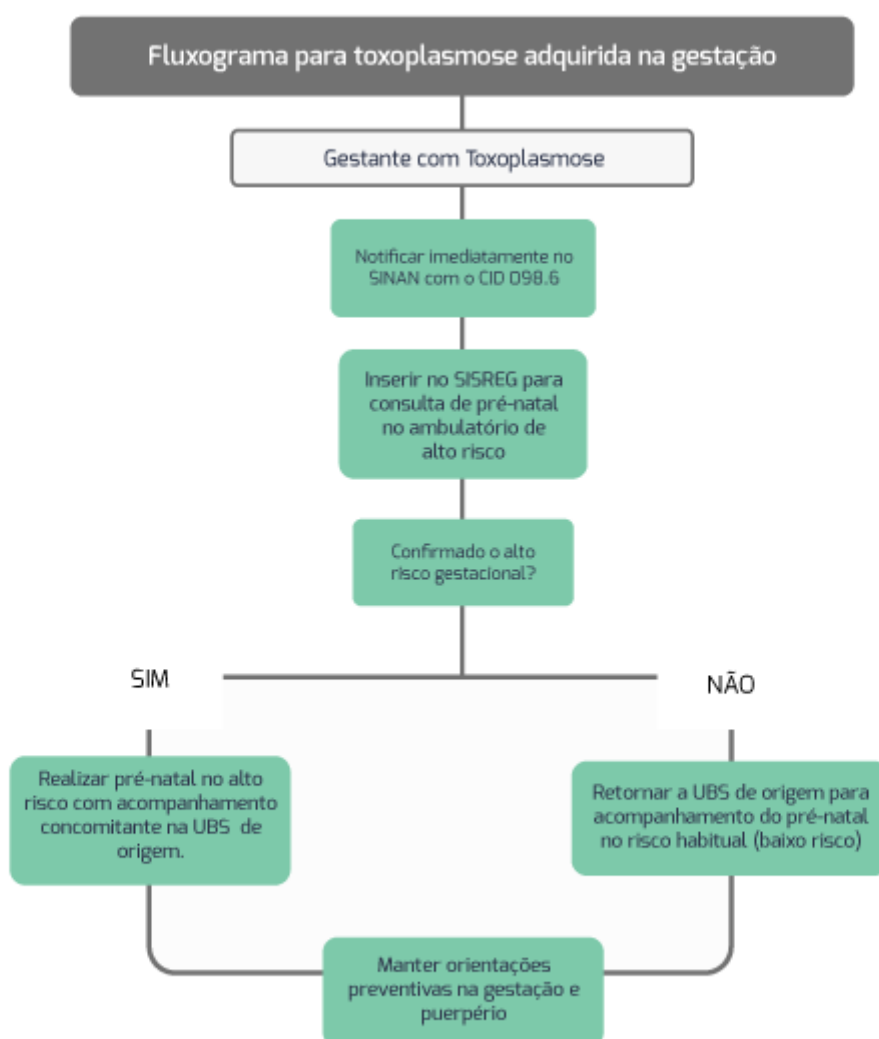
REMYINGTON , J. S. et al. Doenças infecciosas do feto e do recém-nascido. [tradução Cristiana Osório, Maiza Ritomy Ide]. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para **Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b 412 p.



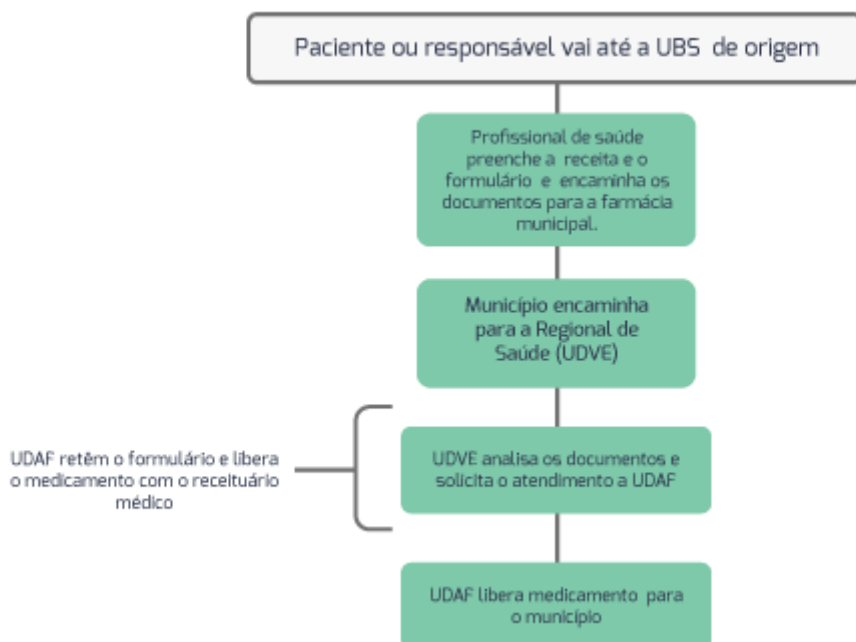
APÊNDICE I – Fluxogramas de Atenção

Fluxograma 1. Condutas para gestante com toxoplasmose





Fluxograma 2. Solicitação dos medicamentos para a toxoplasmose na Rede Pública de Saúde



Observação: Este fluxo é sugestivo

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

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

- Prescrição médica com assinatura, data e CRM legíveis, conforme preconizado pela RDC nº 20, de 05 de maio de 2011;
- Ficha de notificação individual do SINAN devidamente preenchida e legível, conforme Portaria 204, de 17 de fevereiro de 2016 nos casos de Toxoplasmose gestacional e congênita;
- Formulário de solicitação de medicamento para toxoplasmose devidamente preenchido.



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

APÊNDICE II – Formulário de Solicitação de Medicamentos da Toxoplasmose

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

1 – Categoria da Toxoplasmose*: ☐ Gestacional ☐ Congênita ☐ Adquirida CID10*: _____		
Data do Diagnóstico*: _____ Nº notificação SINAN*: _____		
Unidade de Saúde Solicitante / Município*: _____ ☐ 1ª RETIRADA ☐ MANUTENÇÃO DO TRATAMENTO		
Dispensação para o período de tratamento de*: ☐ 30 dias ☐ 60 dias		
Previsão do tratamento (total em semanas)*: _____		
2 – Dados pessoais (preencher de acordo com a categoria sinalizada no item 1)*:		
Se paciente gestante* Nome da Paciente: _____ Semana Gestacional: _____		
Se toxoplasmose congênita ou adquirida* Nome da Criança/Paciente: _____ Sexo (M/F)*: _____ Nome da Mãe (em caso de congênita): _____ Data de Nascimento*: _____ Peso: _____ Kg CNS*: _____		
3 – Resultados dos exames confirmatórios do diagnóstico		
* IgG () Reagente () Não Reagente () Indeterminado Data da Coleta ____/____/____		
* IgM () Reagente () Não Reagente () Indeterminado Data da Coleta ____/____/____		
Teste de Avidaz* () Fraca () Intermediária () Forte Data da Coleta ____/____/____		
* Obrigatório para gestantes com suspeita de infecção no primeiro trimestre (vide Nota Técnica - algoritmo 1)		
PCR ⁶ (líquido amniótico) () Reagente () Não Reagente Data da Coleta ____/____/____		
⁶ Na disponibilidade deste exame, a indicação é realizar a amniocentese 4 semanas após a infecção materna e não antes de 18 semanas de gestação		
Paciente com Neurotoxoplasmose: () Não () Sim. Se sim, anexar laudo de exame de imagem e/ou justificativa médica do diagnóstico*		
Observações pertinentes ao caso (incluindo contraindicação aos esquemas preconizados na Nota Técnica Estadual): _____		
4 – Tratamento (preencher de acordo com a categoria sinalizada no item 1)*		
Tratamento Pretendido*: ☐ Espiramicina ☐ Esquema Triplice (pirimetamina, sulfadiazina e ácido fólico)		
Medicamentos (comprimidos)	Descrever posologia (especificar dosagens em mL no caso de formulações que necessitem manipulação)	Nº de comprimidos liberados
Ácido fólico 15 mg		
Pirimetamina 25 mg		
Sulfadiazina 500 mg		
Espiramicina 500 mg		
Obs.: O ácido fólico 15 mg faz parte do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, sendo a sua aquisição de responsabilidade dos Municípios, exceção aos pacientes portadores do HIV/AIDS, os quais, segundo a Deliberação 207/CIB/2016, a responsabilidade pelo fornecimento é do Estado - SC		
5 - PARECER APÓS CONFERÊNCIA*: ☐ Deferido ☐ Indeferido ☐ Devolvido		
Descrever, obrigatoriamente, o motivo do indeferimento/ devolução: _____		



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Formulário de Solicitação de Medicamentos para Tratamento da Toxoplasmose

(O presente formulário deverá ficar retido na Regional de Saúde e não exclui a obrigatoriedade do receituário médico)

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Dados do Prescritor: Nome: _____ CRM: _____ Estabelecimento de saúde: _____ Data: ____/____/____ Assinatura do prescritor e carimbo	Dados do Responsável pela conferência dos documentos: Nome: _____ Regional de Saúde (UDVE/DIVE): _____ Município: _____ Data da conferência: ____/____/____ Assinatura do responsável UDVE/DIVE	Dados do Responsável pela liberação do medicamento: Nome: _____ Município (UDAF): _____ Data da dispensação: ____/____/____ Assinatura do responsável pela liberação
Dados do Prescritor: Nome: _____ CRM: _____ Estabelecimento de saúde: _____ Data: ____/____/____ Assinatura do prescritor e carimbo	Dados do Responsável pela conferência dos documentos: Nome: _____ Regional de Saúde (UDVE/DIVE): _____ Município: _____ Data da conferência: ____/____/____ Assinatura do responsável UDVE/DIVE	Dados do Responsável pela liberação do medicamento: Nome: _____ Município (UDAF): _____ Data da dispensação: ____/____/____ Assinatura do responsável pela liberação
Dados do Prescritor: Nome: _____ CRM: _____ Estabelecimento de saúde: _____ Data: ____/____/____ Assinatura do prescritor e carimbo	Dados do Responsável pela conferência dos documentos: Nome: _____ Regional de Saúde (UDVE/DIVE): _____ Município: _____ Data da conferência: ____/____/____ Assinatura do responsável UDVE/DIVE	Dados do Responsável pela liberação do medicamento: Nome: _____ Município (UDAF): _____ Data da dispensação: ____/____/____ Assinatura do responsável pela liberação
Dados do Prescritor: Nome: _____ CRM: _____ Estabelecimento de saúde: _____ Data: ____/____/____ Assinatura do prescritor e carimbo	Dados do Responsável pela conferência dos documentos: Nome: _____ Regional de Saúde (UDVE/DIVE): _____ Município: _____ Data da conferência: ____/____/____ Assinatura do responsável UDVE/DIVE	Dados do Responsável pela liberação do medicamento: Nome: _____ Município (UDAF): _____ Data da dispensação: ____/____/____ Assinatura do responsável pela liberação
Dados do Prescritor: Nome: _____ CRM: _____ Estabelecimento de saúde: _____ Data: ____/____/____ Assinatura do prescritor e carimbo	Dados do Responsável pela conferência dos documentos: Nome: _____ Regional de Saúde (UDVE/DIVE): _____ Município: _____ Data da conferência: ____/____/____ Assinatura do responsável UDVE/DIVE	Dados do Responsável pela liberação do medicamento: Nome: _____ Município (UDAF): _____ Data da dispensação: ____/____/____ Assinatura do responsável pela liberação



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

APÊNDICE II – Formulário de Solicitação de Medicamentos da Toxoplasmose

Formulário de Solicitação de Medicamentos para Tratamento da Toxoplasmose

(O presente formulário deverá ficar retido na Regional de Saúde e não exclui a obrigatoriedade do receituário médico)

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

ORIENTAÇÕES GERAIS (Nota Técnica Conjunta nº 08/2019 DAPS/DIAF/DIVE/LACEN)	
Diagnóstico	Tratamento da Toxoplasmose preconizado em Santa Catarina
GESTACIONAL:	
Primeiro trimestre (diagnóstico até a 18ª semana de gestação)	Espiramicina 500 mg; 2 comprimidos de 8/8 horas - (via oral - em jejum). Total: 3 g/dia (6 cp de 500mg)
Diagnóstico após a 18ª semana de gestação (até o parto)	Pirimetamina 25 mg. Dose de ataque: 2 comprimidos, de 12/12 horas, por dois dias (via oral) (8 cp) Manutenção: 2 comprimidos, em dose única diária (via oral). A partir do 3º dia 2 cp dose única diária Sulfadiazina 500 mg. Dose: 2 comprimidos de 12/12 horas (via oral). Total: 2g/dia (4c p de 500 mg) Ácido Folinico 15 mg/dia Dose: 1 cp ao dia - via oral
Obs: O tratamento utilizado no início do tratamento (conforme a idade gestacional) deve ser mantido até o parto. O médico assistente pode solicitar a troca do esquema terapêutico pela ocorrência de efeitos adversos	
RECÉM-NASCIDO (RN):	
Assintomático de mãe com infecção aguda confirmada ou suspeita na gravidez - Primeiros meses até definição do diagnóstico	Pirimetamina 2 mg/mL suspensão oral. Dose de ataque: 2 mg/Kg/dia, de 12/12 horas, por dois dias (via oral). Dose de manutenção: 1 mg/Kg/dia (máximo de 25 mg), uma vez ao dia (via oral) Sulfadiazina 100 mg/mL suspensão oral. Dose: 100 mg/Kg/dia, 12/12 horas (via oral) Ácido Folinico (manipulado). Dose: 10 mg, segunda, quarta e sexta (via oral)
RN com diagnóstico confirmado - Até dois meses de idade	Pirimetamina 2 mg/mL suspensão oral. Dose de ataque: 2 mg/Kg/dia, de 12/12 horas, por dois dias (via oral). Dose de manutenção: 1 mg/Kg/dia (máximo de 25 mg), uma vez ao dia (via oral) Sulfadiazina 100 mg/mL suspensão oral. Dose: 100 mg/Kg/dia, 12/12 horas (via oral) Ácido Folinico (manipulado). Dose: 10 mg, segunda, quarta e sexta (via oral)
RN / CRIANÇA:	
RN / CRIANÇA com 3 meses até completar 1 ano - Diagnóstico confirmado	Pirimetamina suspensão oral. Dose: 1 mg/Kg/dia (máximo de 25 mg), segundas, quartas e sextas feiras (uma dose ao dia - via oral) Sulfadiazina 100 mg/mL suspensão oral. Dose: 100 mg/Kg/dia, de 12/12 horas (via oral) Ácido Folinico 10 mg/mL. Dose: 10 mg, segunda, quarta e sexta (via oral)
Criança com toxicidade medular grave	Espiramicina 100 mg/Kg/dia, de 12/12 horas (via oral) até normalização laboratorial. Suspendir pirimetamina e sulfadiazina e aumentar a dose de Ácido Folinico para 15 a 30 mg/dia.
Criança com retinocoroidite ativa e/ou proteína no líquido cefalorraquidiano $\geq$ 1g/dL	Acréscimo ao esquema triplice até a regressão do processo inflamatório: Prednisolona 3 mg/dL (solução oral). Dose: 1,0 a 1,5 mg/Kg/dia. Posologia: 0,2 mL/Kg/dose de 12/12 horas - por via oral.
TOXOPLASMOSE ADQUIRIDA:	
Toxoplasmose adquirida (infecção aguda em paciente adulto)	Sulfadiazina 1.000 mg (peso < 60kg) a 1.500mg (peso $\geq$ 60 kg) via oral, a cada seis horas + Pirimetamina 200 mg via oral no primeiro dia, seguida de 50 mg/dia (peso < 60kg) a 75mg/dia (peso $\geq$ 60kg) via oral + Ácido Folinico 15 mg/dia - via oral, durante quatro semanas.
Paciente com neurotoxoplasmose - paciente HIV positivo	Sulfadiazina 1.000 mg (peso < 60kg) a 1.500 mg (peso $\geq$ 60kg) - via oral, a cada seis horas + Pirimetamina 200 mg VO no primeiro dia, seguida Pirimetamina 50 mg/dia (peso < 60kg) a 75 mg/dia (peso $\geq$ 60 kg) - via oral + Ácido Folinico 15mg/dia - via oral por seis semanas.
Paciente com toxoplasmose adquirida (reativação) em pacientes imunossuprimidos não HIV +	Sulfadiazina 1.000 mg (peso < 60kg) a 1.500 mg (peso $\geq$ 60kg) via oral, a cada seis horas + Pirimetamina 200 mg via oral no primeiro dia, seguida de 50 mg/dia (peso < 60kg) a 75mg/dia (peso $\geq$ 60kg) via oral + Ácido Folinico 15 mg/dia via oral, durante seis semanas após o desaparecimento dos sintomas.
Paciente com toxoplasmose ocular	Sulfadiazina 1.000 mg (peso < 60kg) a 1.500 mg (peso $\geq$ 60kg) - via oral, a cada seis horas + Pirimetamina 200 mg - via oral no primeiro dia, seguida de 50 mg/dia (peso < 60kg) a 75 mg/dia (peso $\geq$ 60kg) - via oral + Ácido Folinico 15 mg/dia - via oral, durante duas semanas após a cicatrização da retina.
INSTRUÇÕES PARA UTILIZAÇÃO ADEQUADA DO FORMULÁRIO:	
I) Este formulário tem por objetivo subsidiar a prescrição de medicamentos segundo a Nota Técnica Conjunta 2019 DAPS / DIAF / DIVE / LACEN, vigente no Estado de Santa Catarina;	
II) O formulário corretamente preenchido substitui a necessidade de envio dos exames à Regional de Saúde, porém não substitui a necessidade da prescrição, a qual deve ser enviada em duas vias junto com o formulário e voltar com o medicamento ao município;	
III) O formulário deverá ser retido pela Regional de Saúde, tanto para análise de dados, quanto para liberação dos medicamentos. Este será utilizado para a confecção do relatório de pacientes para prestação de contas ao Ministério da Saúde.	



APÊNDICE III - Competências por área de atuação

ÁREA	ATIVIDADE / RESPONSABILIDADE
ATENÇÃO PRIMÁRIA/ ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL	- Realiza o diagnóstico do paciente; - Prescreve, preenche o formulário de solicitação de medicamentos para tratamento da toxoplasmose e orienta o mesmo segundo Nota Técnica vigente; - Encaminha o formulário para a Regional de Saúde (UDVE); - Notifica a Vigilância Epidemiológica Municipal; - Acompanha o paciente; - Encaminha o paciente para as referências, se necessário; - Realiza entradas dos medicamentos, controle de estoques e o envio/transmissão dos dados por meio de serviço de WebService próprio ou através do Sistema HÓRUS, conforme a Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017. - Realiza e registra a dispensação dos medicamentos ao paciente.
DIVE/UDVE	- UDVE recebe, analisa, defere/indefer os documentos dos pacientes e encaminha para a UDAF fazer o atendimento; - UDVE preenche a planilha de prestação de contas com os <u>dados dos pacientes</u> e encaminha para UDAF*; - Recebe a notificação municipal e auxilia na investigação dos casos; - Analisa o banco de dados do SINAN; - Orienta e planeja ações de prevenção e controle.
DIAF/UDAF	- DIAF planeja e distribui mensalmente os medicamentos para Regionais; - DIAF presta conta trimestralmente ao Ministério da Saúde dos medicamentos dispensados conforme planilhas de pacientes e faz a solicitação trimestral de medicamentos ao Ministério da Saúde. - UDAF monitora o estoque dos medicamentos na Regional de Saúde e organiza eventuais remanejamentos se necessário; - UDAF preenche a planilha de prestação de contas com os dados dos medicamentos* e faz a distribuição ao município no SISMED (por guia de saída). Libera o medicamento ao município após aprovação da UDVE.
LACEN	- Orienta sobre o diagnóstico

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



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Exemplo de preenchimento da planilha de prestação de contas dos usuários de medicamentos da toxoplasmose. Atividade a ser realizada de forma conjunta UDVE e UDAF.

ATRIBUIÇÃO UDVE										ATRIBUIÇÃO UDAF							
GERSA	Município	Nome do usuário	Nº Cartão Nacional do SUS			Data de nascimento DD/MM/AA	Sexo (M/F)	Confirmação para tratamento (1, 2, 3 ou 4)	Se gestante, último teste de Gravidez	Nº da notificação no SINAN	Data de distribuição (DD/MM/AA)	Plásmenos 2mg	Sulfadiazina 500mg	Exatona 10mg 300mg	Plásmenos	Sulfadiazina	Exatona 10mg
Regional A	Sombrio	A	0000000000000000	7/2/1992	F	099.6	3	tn	2816443	13/12/2018	0	0	190				
	Araucária	B	0000000000000000	20/8/1998	F	099.6	3	tn	2409885	8/1/2018	60	240	0				
	Santa Rosa do Sul	C	0000000000000000	27/12/1997	F	858	não		3628919	8/2/2019	0	0	240	0			
	Jacinto Machado	D	0000000000000000	18/09/2000	F	099.6	2		4656703	11/2/2019	60	240	0				
	Araucária	E	0000000000000000	02/04/1992	F	099.6	1		2409886	1/2/2019	0	0	220	0			
Regional B	Erreque	F	0000000000000000	19/05/1987	F	099.6	31		3569782	8/2/2019	0	0	184	0			
	Rodeto	G	0000000000000000	14/06/1980	F	099.6	26		2834957	20/2/2019	0	0	176	0			
	Acurus	H	0000000000000000	30/07/1982	M	824	0		2706091	26/2/2019	60	240	0				
	Benedito Novo	I	0000000000000000	08/10/2018	M	4	0		3107943	26/2/2019	60	60	0				
																TOTAL	TOTAL

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



APÊNDICE IV - Observações referente ao fluxo para liberação do tratamento da toxoplasmose no Estado de Santa Catarina

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

Os medicamentos que compõem o tratamento da toxoplasmose (a citar: espiramicina, sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico) fazem parte do elenco do SUS e suas doses e posologia são listadas neste documento, norteador do tratamento e prescrições no Estado.

Importante salientar que, para justificar o fornecimento dos medicamentos em doses ou posologias diferentes das descritas e preconizadas na Nota Técnica Estadual Nº 008/2019, é necessária justificativa por escrito, pelo médico prescritor assistente. Deve conter o motivo pelo qual realiza a prescrição em discordância com o documento orientador, incluindo a referência utilizada como embasamento científico.

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

Reiteramos que a solicitação do tratamento da toxoplasmose **gestacional e congênita** deve vir acompanhada da notificação no SINAN, com o formulário de solicitação de medicamentos para tratamento de Toxoplasmose e a prescrição médica.

O formulário está disponível no link da DIAF:

<https://saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/vigilancia-em-saude/assistencia-farmaceutica/componente-estrategico/toxoplasmose>



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Diretoria de Atenção Primária à Saúde (DAPS)

Diretoria Assistência Farmacêutica (DIAF)

Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE)

Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN)