

**Superintendência de Atenção à Saúde  
Superintendência de Vigilância em Saúde  
Núcleo de Governança Clínica**

<b>Tipo do documento</b>	<b>PROTOCOLO CLÍNICO</b>	<b>PRT/PTC</b>	<b>Versão: 01</b>
		<b>Pág.: 1/36 n°30</b>	
<b>Título do documento</b>	<b>PROTOCOLO DE TOXOPLASMOSE CONGÊNITA</b>	<b>Data de emissão: 01/02/2022</b>	
		<b>Revisão de acordo com a demanda</b>	

### **1-Introdução**

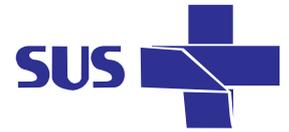
A toxoplasmose congênita é um importante problema de saúde pública mundial e nacional devido a elevada morbidade e mortalidade infantil.

Trata-se de uma doença infecciosa que resulta da transferência transplacentária do parasita *Toxoplasma gondii* para o concepto, decorrente de infecção primária da mãe durante a gestação ou próxima à concepção, reativação de infecção prévia em mães imunodeprimidas, ou decorrente de reinfecção de uma gestante anteriormente imune com uma nova cepa devido à ingestão de alimentos onde amostras são mais virulentas são predominantes é rara.

O parasita *Toxoplasma gondii* causa danos de diferentes graus de gravidade, dependendo de fatores como virulência, cepa do parasita, da capacidade da resposta imune da mãe e também do período gestacional que a mulher se encontra.

Estudos demonstram que o risco de infecção fetal aumenta com a idade gestacional, no entanto a gravidade é inversamente proporcional a idade gestacional. Sendo assim, o comprometimento fetal é mais grave quando a mãe é infectada no primeiro trimestre da gestação, podendo causar aborto ou má-formação.

Os recém-nascidos (RN) podem apresentar sintomas clássicos da toxoplasmose ao nascer (hidrocefalia, coriorretinite, calcificação cerebral, atraso no desenvolvimento neuro-motor), mas a grande maioria são assintomáticos e as manifestações clínicas são



tardias ocasionando sequelas que surgem durante a primeira infância. Os exames sorológicos, disponíveis para o diagnóstico da infecção no período neonatal imediato, isoladamente, não definem o diagnóstico.

A transferência via placenta, de anticorpos maternos da classe IgG durante a vida fetal, é um fator que dificulta a interpretação dos resultados. Assim, a anamnese materna com enfoque na história social, gestacional e perinatal, e exame clínico do RN, além dos exames sorológicos pareados, mãe e RN, tornam-se fundamentais para aumentar a acurácia e precisão diagnóstica.

O acompanhamento da gestante e da criança de casos suspeitos ou confirmados de toxoplasmose congênita deve ser integral e envolver toda a Rede de Atenção à Saúde da Atenção Primária ao Serviço de Vigilância Epidemiológica municipal.

## **2- Objetivo**

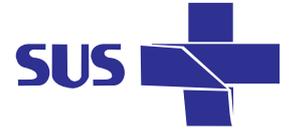
Padronizar a atenção às crianças nascidas de mães com suspeita ou confirmação de toxoplasmose no município de Aparecida de Goiânia.

## **3- Objetivos Específicos**

- Detectar os casos suspeitos ou confirmados de toxoplasmose congênita a fim de proporcionar diagnóstico e tratamento precoces e adequados, prevenindo complicações e minimizando seqüelas;
- Normatizar as condutas clínicas e terapêuticas sobre a toxoplasmose congênita de casos suspeitos ou confirmados;
- Implantar a ficha de investigação para da Toxoplasmose Gestacional e Congênita no município de Aparecida de Goiânia.

## **3- Onde será aplicado**

- Unidades Básicas de Saúde e Ambulatórios;
- Maternidade Marlene Teixeira;



- Hospital São Silvestre.

#### **4-Risco de transmissão**

O risco de transmissão materno-fetal é em torno de 40%, aumentando com o avançar da gestação. Entretanto, o grau de comprometimento do concepto é maior quando a infecção ocorre no início da gestação com variações entre as estimativas de diferentes autores.

Primeiro trimestre: 6% a 14% dos conceptos apresentam formas clínicas graves, podendo evoluir para o óbito fetal ou neonatal, ou nos que sobrevivem ao período neonatal, para sequelas importantes. Segundo trimestre: 29% a 40% apresentarão, ao nascimento, manifestações subclínicas. Terceiro trimestre: 59% a 72% dos RN apresentam manifestações subclínicas e, mais raramente, um quadro grave de parasitemia.

O risco se aproxima de 100% quando a infecção materna ocorre no último mês da gestação, dependendo do fluxo sanguíneo placentário, da virulência da cepa do *Toxoplasma gondii*, da susceptibilidade genética e da carga parasitária que atinge a placenta.

#### **5-Patogenia**

A infecção na gestante ocorre geralmente por ingestão do parasita, seguida por invasão de células do trato digestivo, fagocitose leucocitária do parasita, multiplicação intracelular, lise celular e disseminação hematogênica ou linfática. A infecção da gestante é seguida de placentite e o feto pode ser infectado por via transplacentária durante a vida intrauterina, ou mais raramente, intraparto.

##### **5.1-Patologia**

A necrose tissular é a lesão universal provocada pelo *T. gondii*. Na infecção congênita pode ocorrer acometimento sistêmico de pulmões, coração, ouvidos, rins, músculo estriado, intestino, suprarrenais, pâncreas, testículos, ovários e, sobretudo olhos e sistema nervoso central.



A meningoencefalite evolui com necrose, calcificações e formação de cistos em parênquima cerebral. A hidrocefalia é causada pelo processo inflamatório com fenômenos obstrutivos e destruição de tecido cerebral. Nos órgãos acometidos, pode-se encontrar os parasitos, nas formas de taquizoítos na fase aguda ou cistos na forma aguda ou na crônica.

## **6- Manifestações Clínicas**

Cerca de 85% dos recém-nascidos (RN) com toxoplasmose congênita não apresentam sinais clínicos evidentes ao nascimento. Porém, uma avaliação detalhada pode mostrar alterações como calcificações cerebrais, dilatação dos ventrículos cerebrais, alterações líquóricas e lesões oculares, principalmente retinocoroidite.

Essas manifestações clínicas podem ser encontradas no período neonatal ou ao longo dos primeiros meses de vida, podendo também haver surgimento de sequelas da doença previamente não diagnosticada apenas na adolescência ou na idade adulta.

Sequelas tardias são frequentes na toxoplasmose congênita não tratada.



**QUADRO 1. Principais alterações clínicas da toxoplasmose congênita**

- |                            |                                      |
|----------------------------|--------------------------------------|
| • Anemia                   | • Hidrocefalia/dilatação ventricular |
| • Anormalidades liquóricas | • Icterícia colestática              |
| • Calcificações cerebrais  | • Linfonodomegalia                   |
| • Catarata                 | • Macrocefalia                       |
| • Crises convulsivas       | • Microcefalia                       |
| • Erupções cutâneas        | • Microftalmia                       |
| • Esplenomegalia           | • Neurite óptica                     |
| • Estrabismo               | • Plaquetopenia                      |
| • Febre                    | • Nistagmo                           |
| • Glaucoma                 | • Prematuridade                      |
| • Hepatomegalia            | • Retinocorítide                     |

### 7- Diagnóstico

O diagnóstico de toxoplasmose é muito complexo, sendo em muitos casos difícil de distinguir a infecção aguda da crônica, e deve ser fundamentado na associação entre as manifestações clínicas, riscos para o adoecimento e a confirmação por meio de estudos sorológicos .

Os métodos utilizados para confirmação dos casos pelos Laboratórios Centrais de Saúde Pública têm sido a sorologia IgM e IgG e avidéz de IgG. Eventualmente, realizam PCR de acordo com a capacidade laboratorial.

O diagnóstico fetal pode ser feito por meio da identificação direta do parasita em líquido amniótico a partir de 18 semanas de gestação. É também recomendado a ultrassonografia mensal para todas as gestantes com diagnóstico suspeito ou confirmado de toxoplasmose aguda. Os achados ultrassonográficos são sugestivos, porém não confirmatórios da infecção fetal e incluem a dilatação ventricular cerebral uni ou bilateral, calcificações intracranianas e intra-hepáticas, ascite, hepatomegalia e esplenomegalia.



Os exames mais específicos para o diagnóstico de toxoplasmose são os testes sorológicos, os mesmos devem ser realizados logo que possível após o nascimento, mas se realizados nos primeiros 05 a 10 dias de vida, o reteste pode ser necessário para excluir os resultados falso-positivos de IgM e IgA.

O diagnóstico sorológico no recém-nascido deve ser feito com cautela, pois os índices de IgG costumam ser os mesmos que a mãe, visto que esses anticorpos atravessam a placenta. Já o IgM e IgA não atravessam a barreira transplacentária e, portanto, indicam a infecção congênita. No entanto, a ausência não exclui a infecção, e o monitoramento sorológico deve ser feito até os seis meses de vida.

### **7.1-Sorologia para toxoplasmose no recém-nascido / lactente**

- **Anticorpos IgM:** detectados com duas semanas, apresentam pico em torno de um mês após a infecção, com subsequente declínio, tornando-se indetectáveis em seis a nove meses. Essa classe de anticorpos não atravessa a placenta, tornando-se presentes na circulação sanguínea fetal em resposta à infecção congênita. A sorologia realizada ao nascimento pode apresentar resultado negativo, mesmo em presença de infecção fetal, dependendo da sensibilidade do teste sorológico, portanto, a ausência de IgM não afasta a infecção congênita. Pode também, apresentar-se IgM positiva, na ausência de infecção fetal, devido à contaminação com sangue materno, demandando, para esclarecimento diagnóstico, repetição do teste para avaliação de IgM, IgE e IgA.
- **Anticorpos IgA:** detectada no início da infecção, cai rapidamente, até em torno de sete meses. Pode ter maior sensibilidade para o RN que o IgM.
- **Anticorpos IgG:** Os anticorpos IgG são marcadores sorológicos de imunidade ou infecção crônica (latente) porque, após um episódio de infecção aguda, eles persistem de modo estável ou com lenta diminuição da concentração. Os anticorpos maternos da classe IgG, transmitidos através da placenta ao feto, progressivamente desaparecem da circulação do lactente ao longo dos meses de vida pós-natal. A sua meia-vida é de aproximadamente 30 dias, isto é, eles diminuem em torno de 50% a cada mês, em lactentes não infectados.



Algumas vezes, em caso de passagem de altos títulos de anticorpos maternos, eles podem persistir por 06 a 11 meses no lactente, dificilmente estendendo-se até 12 meses. Por este motivo, a persistência de IgG específica além dos 12 meses é prova de toxoplasmose congênita. A IgG materna inibe a produção pelo lactente, de modo que quando os anticorpos maternos começam a diminuir, o lactente começa a produzir a sua própria IgG. A síntese de anticorpos IgG específicos contra o *T. gondii* pelo lactente infectado geralmente se inicia no terceiro mês de vida se o lactente não está sendo tratado.

Nos casos em que o lactente é submetido à terapêutica precoce, tal síntese poderá se iniciar somente após o sexto mês de vida. Dessa maneira, é possível fazer o diagnóstico da infecção congênita através da monitorização sequencial das dosagens da carga de anticorpos IgG contra o toxoplasma. Esta é a importância do resultado ser fornecido pelo laboratório como concentração exata, e não apenas informado, por exemplo, como "mais de 300" ou "mais de 600".

Em casos assintomáticos e com IgM negativa, a única chave para o diagnóstico precoce pode ser o aumento da concentração de IgG específica no lactente ao longo do tempo.

O quadro 2 apresenta um resumo da cinética das classes de imunoglobulinas na toxoplasmose gestacional e congênita.

O quadro 3 demonstra as recomendações da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde para a conduta a ser tomada frente os resultados de sorologia de IgM e IgG para toxoplasmose materna.

**QUADRO 2. Cinética das imunoglobulinas para diagnóstico da toxoplasmose gestacional e da toxoplasmose congênita**

TIPO	VIRAGEM SOROLÓGICA	CARACTERÍSTICAS
GESTACIONAL	IgM – positiva cinco a 14 dias após a infecção	IgM – pode permanecer 18 meses ou mais. Não deve ser usado como único marcador de infecção aguda. Em geral, não está



		presente na fase crônica, mas pode ser detectado com títulos baixos (IgM residual).
	IgA – positiva após 14 dias da infecção	IgA – detectável em cerca de 80% dos casos de toxoplasmose, e permanece reagente entre três e seis meses, apoiando o diagnóstico da infecção aguda
	IgG – aparece entre sete e 14 dias; seu pico máximo ocorre em aproximadamente dois meses após a infecção.	IgG – declina entre cinco e seis meses, podendo permanecer em títulos baixos por toda a vida. A presença da IgG indica que a infecção ocorreu.
<b>CONGÊNITA</b>	IgM ou IgA maternos não atravessam a barreira transplacentária	IgM ou IgA – a presença confirma o caso, mas a ausência não descarta. IgA – útil para identificar infecções congênicas
	IgG materno atravessa a barreira transplacentária	IgG – deve-se acompanhar a evolução dos títulos de IgG no primeiro ano de vida.

Fonte: BRASIL, 2018; MITSUKA-BREGANÓ, 2010.

<b>QUADRO 3. Conduta recomendada frente a resultados de sorologia de IgM e IgG para toxoplasmose materna</b>			
<b>SITUAÇÃO</b>	<b>RESULTADOS</b>		<b>INTERPRETAÇÃO</b>
	<b>IgG</b>	<b>IgM</b>	
<b>Primeira sorologia no 1º trimestre da gestação</b>	Positiva: reagente	Negativa: não reagente	Imunidade remota. Gestante com doença antiga ou toxoplasmose crônica.
	Negativa: não reagente	Negativa: não reagente	Suscetibilidade. Realizar ações de prevenção.
	Positiva: reagente	Positiva: reagente	Possibilidade de infecção durante a gestação. Realizar avides de IgG na mesma amostra: ● Avides forte/alta: Infecção adquirida antes da gestação. ● Avides fraca/baixa: Possibilidade de infecção durante a gestação.



	Negativa: não reagente	Positiva: reagente	Infecção muito recente ou IgM falso positivo. Repetir a sorologia em três semanas, se o IgG positivar, a infecção na gestante será confirmada.
<b>Primeira sorologia após o 1º trimestre da gestação</b>	Positiva: reagente	Negativa: não reagente	Imunidade remota. Gestante com doença antiga ou toxoplasmose crônica.
	Negativa: não reagente	Negativa: não reagente	Suscetibilidade
	Positiva: reagente	Positiva: reagente	Possibilidade de infecção durante a gestação.
	Negativa: não reagente	Positiva: reagente	Infecção muito recente ou IgM falso positivo
<b>Sorologias subsequentes na gestante inicialmente suscetível</b>	Positiva: reagente	Negativa: não reagente	Possibilidade de IgG falso negativo na amostra anterior. Provável imunidade remota.
	Negativa: não reagente	Negativa: não reagente	Suscetibilidade
	Positiva: reagente	Positiva: reagente	Infecção durante a gestação
	Negativa: não reagente	Positiva: reagente	Infecção muito recente ou IgM falso positivo

Fonte: Adaptado do livro *Gestação de alto risco: manual técnico*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017. 302 p.



### **Aidez de Imunoglobulina G**

O teste de aidez de IgG é importante para determinar a época da infecção pelo toxoplasma na gestante, visto que alta aidez indica que os anticorpos foram produzidos há mais de 16 semanas. Portanto, quando se verifica alta aidez em gestantes que apresentam IgG e IgM positivos já na primeira amostra coletada no primeiro trimestre de gestação, conclui-se que a toxoplasmose foi adquirida há mais de 4 meses, conseqüentemente antes da concepção.

A presença de baixa aidez de IgG associada ao resultado positivo de IgM e IgG indica uma infecção recente, adquirida durante a gestação ou antes dela, pois baixos índices de aidez podem durar até um ano. Nesses casos, a repetição da sorologia após 2 a 3 semanas pode mostrar elevação dos títulos dos anticorpos IgM e IgG evidenciando uma infecção aguda, ou mostrar títulos estáveis de IgG e persistentemente baixos de IgM mostrando que a infecção ocorreu há alguns meses e estamos diante de IgM residual. É importante destacar que, na gestante, a associação entre baixa aidez de IgG e títulos elevados de IgM e IgG são fortemente sugestivos de infecção aguda adquirida na gestação.

### **7.2-Outros exames**

- **Hematológico- Hemograma:** anemia, plaquetopenia, reticulocitose, leucopenia, atipia linfocitária e eosinofilia. A eosinofilia é um achado laboratorial importante para o diagnóstico diferencial da toxoplasmose.
- **Liquórico:** é possível observar pleocitose com predominância de linfócitos e monócitos. A eosinoflorraquia e a hiperproteínorraquia são alterações características da doença.
- **Bioquímico - função hepática:** 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\*(USG transfontanela)**: dilatações ventriculares e calcificações cerebrais.
- **Oftalmológico - fundoscopia**: sinais de uveíte e retinocoroidite.

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

## 8- Definição do caso de Toxoplasmose gestacional e congênita

### 8.1. Toxoplasmose Gestacional

Devem ser notificados os casos suspeitos, prováveis e confirmados de toxoplasmose gestacional, com risco de ter sido adquirida durante a gestação e, portanto, de transmissão transplacentária.

QUADRO 4. DEFINIÇÕES DE CASOS DE INFECÇÃO PELO TOXOPLASMA GONDII EM GESTANTES		
COMPROVADA	PROVÁVEL	SUSPEITO
<ul style="list-style-type: none"><li>• Soroconversão de anticorpos IgG e IgM durante o período gestacional;</li><li>• Detecção do DNA do <i>Toxoplasma gondii</i> em líquido amniótico pela PCR;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• IgG+, IgM+, avidéz baixa (colhido em qualquer idade gestacional);</li><li>• Títulos ascendentes de anticorpos IgG em amostras seriadas com intervalo mínimo de 2 semanas e IgM+.</li><li>• 1ª sorologia realizada após 16 semanas de IG que apresente resultado para anticorpos IgG em nível elevado (&gt; 300 UI/dl ou de</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• IgG+ IgM+ avidéz alta ou indeterminada (colhido após 12 semanas de gestação);</li><li>• IgG+, IgM+, em amostra única colhida em qualquer idade gestacional, sem realização de índice de avidéz.</li></ul>



	acordo com a metodologia utilizada) e IgM+	
<b>IMPROVÁVEL</b>		<b>AUSENTE</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>● IgG+, IgM+ ou –, índice de avidéz alto (colhido <b>antes de 16</b> semanas de gestação)</li><li>● 2 amostras de IgG-(colhidas com intervalo de 2-3 semanas), apesar de IgM reagente (resultado falso positivo para IgM portanto, considerar gestante suscetível)</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>● IgG- e IgM- durante toda a gestação (suscetível)</li><li>● IgG+ IgM – (Imune) antes da concepção</li></ul>



**Notas 1:**

1. Se nas primeiras 16 semanas gestacionais o primeiro exame solicitado detectar anticorpos IgG e IgM reagentes, deve ser feito o teste de avidéz de IgG na mesma amostra de soro.
2. Não são requeridos exames de avidéz após a 16ª semana de gestação pois a avidéz alta não descarta a infecção adquirida durante a gestação.
3. Ressalta-se que os resultados de avidéz dos anticorpos IgG podem permanecer baixos por mais tempo em algumas pessoas, não sendo a avidéz baixa uma certeza de infecção recente.
4. Em gestantes imunocomprometidas com infecção crônica (IgG reagente prévia à gestação) é possível ocorrer transmissão transplacentária por reativação da infecção, assim, deve ser acompanhada por um infectologista para investigação apropriada.
5. Todas as gestantes suscetíveis devem realizar, no mínimo, três sorologias durante a gestação. Recomenda-se a realização de sorologia no momento do parto ou durante o puerpério.
6. A reinfeção pode ser caracterizada, em uma gestante com infecção crônica pelo *T. gondii* e conhecida ausência de IgM, pela identificação de IgM reagente/positivo novamente.
7. A reativação pode ser caracterizada pela elevação dos títulos de IgG (resultado reagente/positivo com títulos elevados ou em elevação) sem IgM, e lesões inflamatórias agudas, principalmente retinocoroidite.

## **8.2. Toxoplasmose Congênita**

O RN deve ser submetido à avaliação clínica cuidadosa, com atenção especial à possível presença de anormalidades sugestivas de toxoplasmose congênita ao exame físico. Entretanto, o exame físico ao nascimento é normal em 80% a 90% das crianças com toxoplasmose congênita, portanto a realização e criteriosa interpretação de testes



sorológicos seriados e outros exames complementares têm papel importante para o diagnóstico definitivo da doença.

Embora o padrão ouro para o diagnóstico de toxoplasmose congênita seja a persistência de anticorpos IgG específicos após os 12 meses de vida, esse parâmetro não é útil para o diagnóstico na prática, quando a decisão deve ser tomada rapidamente sobre a indicação ou não de iniciar o tratamento.

O diagnóstico oportuno no RN ou lactente promove o início precoce do tratamento com consequentes desfechos mais favoráveis para as crianças. O diagnóstico geralmente depende de uma combinação de interpretação da sorologia materna, dos testes de rastreamento da doença no RN e dos achados clínicos.

Todos os recém-nascidos (RN) de mães com diagnóstico confirmado, suspeito ou provável de toxoplasmose gestacional devem ser investigados para toxoplasmose congênita ainda na maternidade mediante sorologia para *T. gondii* para determinar o diagnóstico, e de acordo ao resultado do mesmo, se faz necessário ampliar a investigação incluindo exame clínico e neurológico, exame oftalmológico completo com fundoscopia, exame de imagem cerebral (USG transfontanela ou tomografia computadorizada), exames hematológicos e de função hepática .

**Nota 2:** Investigar recém-nascidos de mães soropositivas para HIV pelo risco aumentado de comorbidades.

### **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;



### **Caso Provável**

Suspeito que apresente uma das seguintes situações:

- Sorologia (s) indeterminada (s) ou não reagente(s) para IgM e/ou IgA anti-T. gondii até seis meses de idade e IgG anti-T. gondii em títulos estáveis.
- Evoluiu ao óbito antes de realizar exames confirmatórios.
- 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 congênitas antes de completar 12 meses de idade.
- As crianças assintomáticas em investigação, durante os primeiros 12 meses de idade.

### **Caso Confirmado**

Suspeito que apresente uma das seguintes situações:

- 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 congênitas (citomegalovírus, herpes simples, rubéola, sífilis, arboviroses) e mãe com toxoplasmose confirmada na gestação.

### **Caso Descartado**

Caso suspeito que apresente uma das seguintes situações:

- Ocorrência de negatificação dos títulos de IgG antitoxoplasma antes de 12 meses de idade;



- Nas crianças que receberam tratamento, a soronegativação só deve ser considerada definitiva no mínimo dois meses após a suspensão das drogas antiparasitárias;
- Negativação de IgG anti-T. gondii após 12 meses de idade.

### 9- Manejo da Toxoplasmose congênita de acordo com definição de caso

A investigação inicial deve incluir, além do exame físico e neurológico usual do RN, hemograma com plaquetas, exame oftalmológico completo incluindo a fundoscopia ocular com oftalmoscópio indireto, ultrassonografia transfontanelar ou tomografia computadorizada de crânio sem contraste, avaliação auditiva e investigação de outras manifestações que podem não ser detectadas no exame físico, em todos os RN com suspeita de infecção congênita (quadro 2).

**QUADRO 5 : Conduta com RN de mãe com diagnóstico de toxoplasmose na gestação de acordo com a definição de caso**

DEFINIÇÃO DE CASO MATERNO	CONDUTA AO RN
<b>Suspeita Provável</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Exame físico e neurológico detalhado;</li><li>• Investigação completa do RN (ver Quadro 6);</li></ul>
<b>Confirmado</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Exame físico e neurológico detalhado;</li><li>• Investigação completa do RN (ver Quadro 6);</li><li>• O tratamento deve ser iniciado se:<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Houver diagnóstico fetal de toxoplasmose congênita;</li><li>✓ O diagnóstico for confirmado no RN;</li><li>✓ Existir quadro clínico compatível com toxoplasmose, mesmo antes da confirmação diagnóstica.</li></ul></li></ul>
<b>Improvável Ausente</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Exame físico e neurológico detalhado;</li><li>• RN assintomático e exame físico e neurológico normais, sem necessidade de investigação sorológica, laboratorial e/ou de imagem;</li><li>• Seguimento clínico de rotina.</li></ul>



**QUADRO 6. Investigação inicial do RN / lactente com suspeita de toxoplasmose congênita**

<b>EXAME</b>	<b>COMENTÁRIO</b>	<b>LOCAL DE REALIZAÇÃO</b>
<b>AVALIAÇÃO CLÍNICA</b>		Maternidade
Exame físico completo	Buscar por anormalidades típicas (ver quadro 1), lembrando que na maioria dos casos de toxoplasmose congênita o exame físico é normal.	
Exame neurológico detalhado	Tônus muscular anormal, atraso no desenvolvimento, nistagmo, movimentos convulsivos.	
<b>SOROLOGIA</b> <b>(Realizada e analisada em conjunto com a sorologia materna)</b> <b>Imunoglobulinas (Ig G, M e A</b>		Maternidade
<b>IgG específica</b> (ver também tópico específico mais abaixo).	No período neonatal não caracteriza infecção no RN, pois existe passagem transplacentária da gestante para o feto, mesmo na ausência da toxoplasmose congênita.	
<b>IgM específica</b> (ver também tópico específico mais abaixo).	Não atravessa a barreira placentária e, portanto, indica infecção congênita, a não ser em casos raros de contaminação pelo sangue materno no momento do nascimento. Se existir essa possibilidade, repetir a pesquisa no RN em pelo menos 05 dias após o nascimento. Pode ocorrer falsa positividade também em casos que receberam transfusão de sangue; nesses, repetir após 07 dias da transfusão. A negatividade da IgM não exclui toxoplasmose congênita (é negativa em 30 a 40% dos RN infectados).	
<b>IgA específica</b> *(se for disponível e possível).	É útil principalmente quando a IgM é negativa ou indeterminada. Também não atravessa a barreira placentária, indicando infecção congênita. Se existir possibilidade de contaminação com sangue materno, repetir a pesquisa no RN	



em pelo menos 07 dias após o nascimento. Pode ocorrer falsa positividade também em casos que receberam transfusão de sangue; nesses, repetir após 07 dias da transfusão.

Se a infecção materna foi adquirida muito no final da gestação, a pesquisa de IgM e IgA pode ser negativa no RN por este ainda não ter iniciado a produção de anticorpos. Nesses casos a sorologia deve ser repetida 02 e 04 semanas após o nascimento e mensalmente até os 3 meses de idade.

EXAMES LABORATORIAIS		Maternidade
<b>Hemograma e plaquetas</b>	São comuns a anemia e a plaquetopenia no RN com toxoplasmose congênita, principalmente naqueles com outras manifestações. Além disso é importante ter uma avaliação basal das contagens, para avaliar a toxicidade do tratamento, que pode causar neutropenia, anemia e plaquetopenia, necessitando hemogramas periódicos para controle.	
<b>Testes de função hepática</b> (aspartato aminotransferase, alanina aminotransferase e bilirrubinas total e direta).	Em alguns casos a toxoplasmose congênita pode causar icterícia colestática. Mas também são indicados esses exames para avaliar o estado basal antes do tratamento.	
Teste de função renal	Para avaliar o possível efeito nefrotóxico da sulfa e ajustar a dose nos pacientes com insuficiência renal.	
EXAME OFTALMOLÓGICO		Solicitação de parecer via regulação (e-mail)
<b>Oftalmologista</b> (solicitar durante internação).	Alterações retinianas podem ser as únicas manifestações clínicas. A lesão ocular mais característica é a retinocoroidite focal. A natureza das lesões, se ativas ou cicatrizadas, bem como sua localização macular, perivascular ou periférica devem ser determinadas.	



		E-mail para solicitação do parecer: <a href="mailto:centradeconsultaespecializada@gmail.com">centradeconsultaespecializada@gmail.com</a>
<b>EXAME AUDITIVO</b>		<b>Via SISREG- pedido comum de exame</b>
Solicitar durante internação ou no ambulatório de pediatria de alto risco.	No caso de suspeita de toxoplasmose ou outra infecção congênita, o teste preferível é o de <u>potencial evocado de tronco encefálico</u> (PEATE, ou BERA em inglês), para avaliar prejuízo na neurocondução da energia sonora para o tronco cerebral a partir do ouvido interno.	
<b>PUNÇÃO LOMBAR (EM ALGUNS CASOS)</b>		<b>Maternidade</b>
-Exame completo de líquido (células, proteína e glicose) -Indicado na presença de anormalidades neurológicas e/ou de imagem cerebral	Em casos graves, com acometimento extenso do sistema nervoso central, a proteína líquórica pode estar elevadíssima. Quando atinge mais de 1 g/dL, está indicada a terapêutica sistêmica com corticosteroide.	
Pesquisa de T. gondii por reação em cadeia da polimerase (PCR, em inglês)	PCR positiva no líquido pode confirmar o diagnóstico, porém a sensibilidade é baixa.	
<b>PCR DE SANGUE E URINA</b>		<b>Não está disponível na tabela SUS.</b>
PCR de sangue periférico e urina podem ser úteis para o diagnóstico. O exame de PCR deve ser realizado tão logo quanto possível após o nascimento e antes do início do tratamento (ver também tópico específico mais abaixo).		
<b>EXAME DE NEUROIMAGEM</b>		<b>Via SISREG</b>
Ultrassonografia transfontanela ou Tomografia	Em alguns casos de toxoplasmose congênita as únicas alterações encontradas são calcificações cerebrais e/ou dilatação dos ventrículos cerebrais/hidrocefalia, atingindo uma incidência ao	



Computadorizada de crânio (devido à irradiação, deve-se avaliar riscos e benefícios)	nascimento de 6,5% a 18%. Os dados são limitados quanto à comparação desses métodos na detecção das anormalidades cranianas, sugerindo maior sensibilidade da tomografia. <b>Obs.: USG com pedido comum e TC com pedido de APAC (Autorização de Procedimento de Alta Complexidade)</b>
Ultrassonografia abdominal	Poderá detectar calcificações intra-hepáticas e/ou hepatoesplenomegalia, em <b>algumas condições clínicas.</b>

**Importante:**

\* O exame de sorologia IgA específico para toxoplasmose não está disponível na tabela SUS.

**7.1 Conduta na certeza ou possibilidade de toxoplasmose materna adquirida na gestação**

**CONDUTA INICIAL EM QUALQUER CASO DE SUSPEITA:**

- Exame físico e neurológico
- Investigação do RN

**Cenário 1**

RN com IgM negativa (e IgA negativa, caso tenha sido feita), exame físico e neurológico normal e investigação normal: manter sem tratamento e fazer acompanhamento mensal.

Acompanhamento mensal do RN assintomático com possibilidade de toxoplasmose congênita:

- exame físico e neurológico;
- sorologia (IgG e IgM; IgA se disponível);
- avaliação oftalmológica completa.

**Iniciar o tratamento em qualquer um destes casos:**



- Positivização da IgM ou IgA ;
- IgG estável ou crescente;
- Alteração ao exame físico (por exemplo, surgimento de esplenomegalia);
- Sintoma neurológico (por exemplo, crise convulsiva, espasticidade);
- Aparecimento de retinocoroidite (ativa ou cicatrizada, em qualquer localização da retina);
- Aparecimento de outra alteração ocular compatível com toxoplasmose congênita (por exemplo, estrabismo, nistagmo).

### **Cenário 2**

RN com IgM negativa (e IgA negativa, caso tenha sido feita), mas com qualquer alteração característica de toxoplasmose congênita em exame físico/neurológico ou exames complementares: **iniciar o tratamento**.

### **Cenário 3**

RN com IgM positiva (e/ou IgA positiva, e/ou PCR positiva, caso tenham sido feitas), ou diagnóstico fetal confirmado (PCR positiva no líquido amniótico ou ecografia fetal compatível com toxoplasmose), independentemente do quadro clínico (ver observações no tópico acima, investigação): **iniciar o tratamento**.

#### **Notas:**

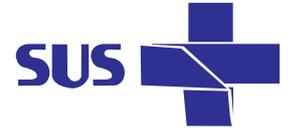
**CENÁRIO 1:** neste momento não temos o diagnóstico definido, ou seja, esta criança será mantida em acompanhamento por, no mínimo 12 meses, considerando que existe possibilidade de positividade de IgM/IgA, detecção do DNA do *T. gondii*, surgimento de lesões características da doença, ou persistência de anticorpos IgG ao longo deste período de seguimento. Será considerado caso **CONFIRMADO** na classificação final na ficha SINAN se ocorrer a positividade de testes diagnósticos (critério laboratorial) ou o surgimento de lesões características (critério clínico-epidemiológico). Será considerado caso **DESCARTADO** na



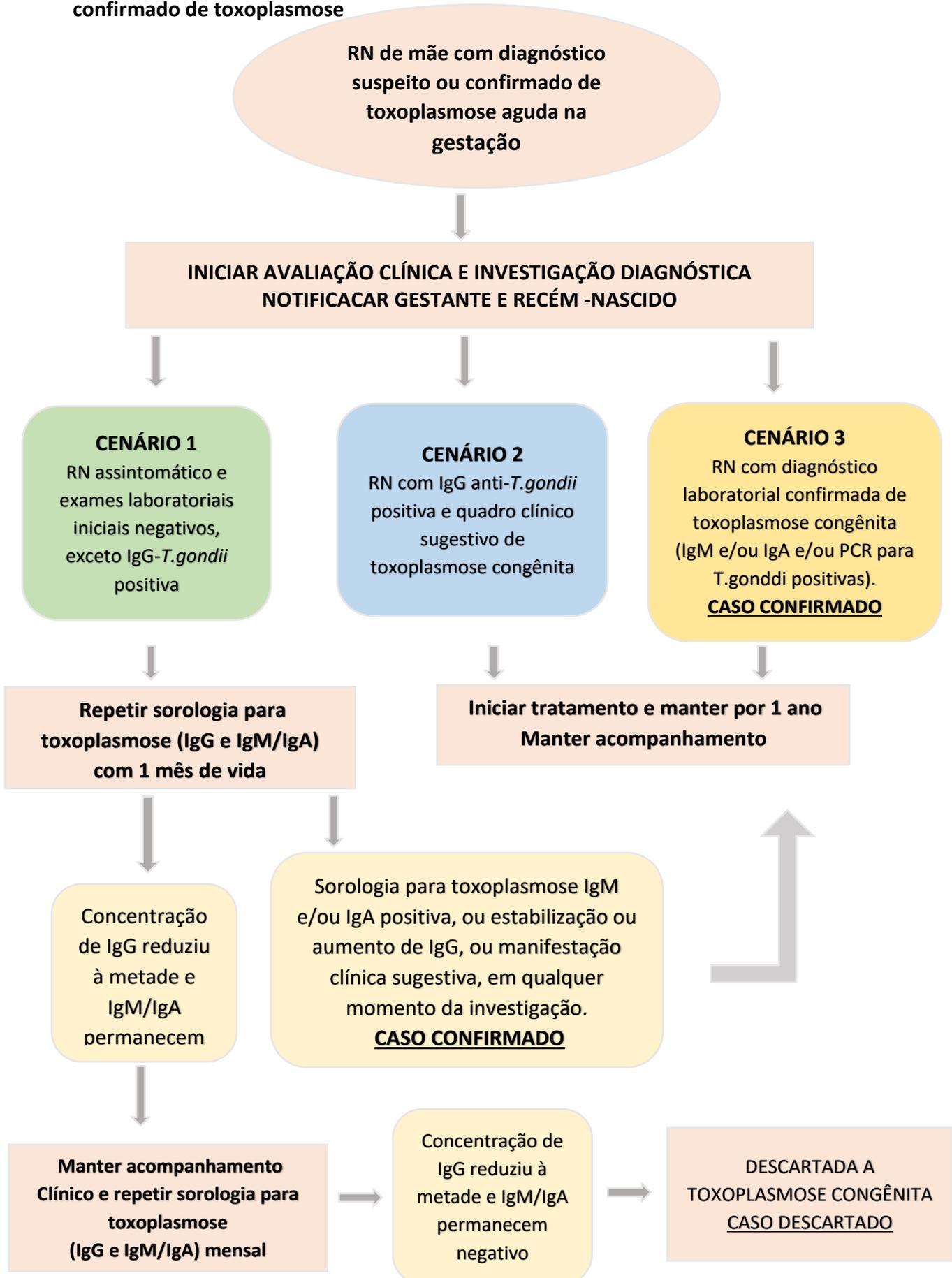
classificação final se após o seguimento de 12 meses ocorrer o desaparecimento de anticorpos IgG, na ausência de tratamento da criança.

**CENÁRIO 2:** 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 hepatomegalia. Classificação final no SINAN será CONFIRMADO por critério clínico-epidemiológico.

**CENÁRIO 3:** este cenário, além da IgM e/ou IgA e/ou PCR positivas no RN/lactente, inclui os casos de toxoplasmose fetal diagnosticada por PCR positiva no líquido amniótico. Classificação final no SINAN será CONFIRMADO por critério laboratorial.



## 7.2 Fluxograma de conduta no recém-nascido de mãe com diagnóstico suspeito ou confirmado de toxoplasmose





#### **8- Conduta na Maternidade ou Hospital conveniado com a Prefeitura de Aparecida**

- A. Avaliação clínica e neurológica (e oftalmológica, se apresentar alteração neurológica)
- B. Avaliação Laboratorial
  - a. Hemograma, plaquetas, bilirrubina total e frações, aminotransferases (AST, ALT) e avaliação do líquido cefalorraquidiano (LCR)
  - b. Ultrassonografia ou tomografia computadorizada de crânio; na impossibilidade solicitar RX de crânio
  - c. Sorologia: pesquisa de anticorpos anti-*T gondii* IgG e IgM
  - d. Iniciar tratamento empírico até confirmação do diagnóstico.

**O RN com suspeita ou confirmação de toxoplasmose congênita deve sair de alta na Maternidade Marlene Teixeira (MMT) ou Hospital Conveniado com consultada agendada no AMBULATÓRIO\*\* de pediatria de Alto Risco.**

\*\* O Agendamento no ambulatório de alto risco será realizado pelo sistema de agendamento do município>> **Pediatria de Alto Risco.**

#### **9- Conduta no ambulatório de Pediatria de Alto Risco**

- A) Retorno em uma semana com os resultados dos exames hemograma e plaquetas;
  - Manter tratamento empírico.
- B) Retorno em duas semanas:
  - Solicitar: hemograma, plaquetas, tgo (transaminase oxalacética), tgp (alanina aminotransferase), sorologia anti-*t. Gondii* (igg igm);
  - Manter tratamento empírico.
- C) Retorno após 30 dias de vida:
  - Manter o tratamento;



- Solicitar hemograma e plaquetas com 45 dias e depois mensalmente;
- Solicitar ast e alt conforme a evolução;
- Solicitar lcr de controle se o inicial estiver alterado;
- Solicitar sorologia anti-T. Gondii IgG e IgM, para os casos inconclusivos e, se necessário, repetir novamente 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 negatificação da IgG;
- 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.

D) Retornos até um ano de idade:

- Retorno mensal até completar um ano de tratamento;
- Acompanhamento do perímetro cefálico;
- Avaliação neuropediátrica;
- Avaliação oftalmológica mensal até a exclusão de infecção congênita;
- Avaliação audiométrica.

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

- Seguimento concomitante com as demais especialidades médicas.

F) Acompanhamento oftalmológico em crianças com toxoplasmose congênita confirmada:

- Avaliação trimestral até 18 meses de idade;
- Semestral até os cinco anos de idade;
- Anual até a adolescência.

G) **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.

- H) **Fonaudiologia e Fisioterapia:** quando necessário o médico do Ambulatório de Alto Risco poderá realizar o encaminhamento (Referência e Contra-referência) para o AMAG ( Ambulatório Multiprofissional de Aparecida de Goiânia).

#### 10- Conduta na Atenção Básica

- Realizar a puericultura conforme o preconizado pelos Caderno de Atenção Básica e indicar exames complementares quando forem necessários;
- Seguir as recomendações do pediatra de alto risco (contrareferência);
- Realizar orientações quanto à profilaxia da Toxoplasmose (Anexo I).

#### 11- Esquema terapêutico

RN sintomáticos e/ou assintomáticos com exames laboratoriais confirmatórios de infecção pelo *Toxoplasma gondii* devem ser tratados preferencialmente a partir da primeira semana de vida.

SULFADIAZINA
<ul style="list-style-type: none"><li>• 100mg/kg/dia via oral (VO) de 12/12horas;</li><li>• Duração: 1 ano;</li><li>• Apresentação: comprimidos de 500 mg;</li><li>• Orientar a preparação de solução a 100 mg/mL;</li></ul>
PIRIMETAMINA
<ul style="list-style-type: none"><li>• 2mg/kg/dia, VO por dois dias, cada 12 horas e posteriormente - 1mg/kg/dia dose única diária por 0 6 meses; após, mesma dose 3 vezes por semana ;</li><li>• Duração: 1 ano;</li><li>• Apresentação: comprimidos de 25 mg;</li><li>• Só administrar em conjunto com ácido fólico.</li></ul>
ÁCIDO FOLÍNICO



- 05 a 10mg, três vezes na semana (para combater a ação antifólica da pirimetamina, com supressão medular);
- Duração: acompanhar a pirimetamina, até uma semana após a suspensão da mesma;
- Apresentação: comprimidos de 15 mg;
- Atenção: ácido folínico não pode ser substituído por ácido fólico no tratamento da toxoplasmose.

A sulfadiazina e a pirimetamina associadas ao ácido folínico são usados por seis meses sob monitoração hematológica semanal no primeiro mês e posteriormente a cada 30 dias.

No segundo período, nos últimos seis meses, a sulfadiazina é usada diariamente e a pirimetamina em dias alternados, três vezes na semana. Se ocorrer neutropenia aumenta-se o ácido folínico para 10mg diariamente e em situações graves, com leucócitos menor que 500/mm<sup>3</sup>, interrompe-se temporariamente a pirimetamina.

Quando há comprometimento do SNC (líquor com proteína > 1g/dl) e/ou ocular, associa-se ao tratamento corticoterapia:

#### **PREDNISONA OU PREDNISOLONA**

- 0,5mg/kg/dose a cada 12 horas, via oral, até redução do processo inflamatório, em olhos e sistema nervoso central, geralmente por quatro semanas.
- Quando cessar a indicação, diminuir o corticosteroide gradativamente no decorrer de 03 semanas, até a suspensão completa.

Crianças com HIV e infecção congênita por toxoplasmose, ao término do primeiro ano de tratamento, deve-se fazer uso profilático de pirimetamina, sulfadiazina e ácido folínico por tempo indeterminado, de acordo com monitoramento.



### 11.1- Fluxograma de dispensação de medicamentos para Toxoplasmose Congênita

**Puérpera sai da Maternidade/ Hospital com receita de medicamento para toxoplasmose congênita**

Dispensação da dose inicial (1ª dose) nas unidades abaixo

- Maternidade Marlene Teixeira  
- Farmácia Distrital do Centro  
- Farmácia Distrital Parque das Nações  
- CAIS Nova Era;

**Paciente deve apresentar:**

- Documentos pessoais;  
- Cartão do SUS (cartão nacional de saúde);  
- Receituário válido;  
- Comprovante de endereço do município;  
- Cópia de notificação do SINAN

O farmacêutico deve orientar o paciente em relação a próxima dispensação.

**Unidades que farão a dispensação das demais doses:**

- 1- CAIS Nova Era
- 2- CAIS Colina Azul
- 3- Centro Clínico
- 4- Centro de Saúde Papillon Park
- 5- Farmácia Distrital Pronto Socorro
- 6- Farmácia Distrital Parque das Nações
- 7- UBS Garavelo Park
- 8- UBS Expansul
- 9- UBS Jardim Olímpico



### 12-Ficha de Notificação –SINAN

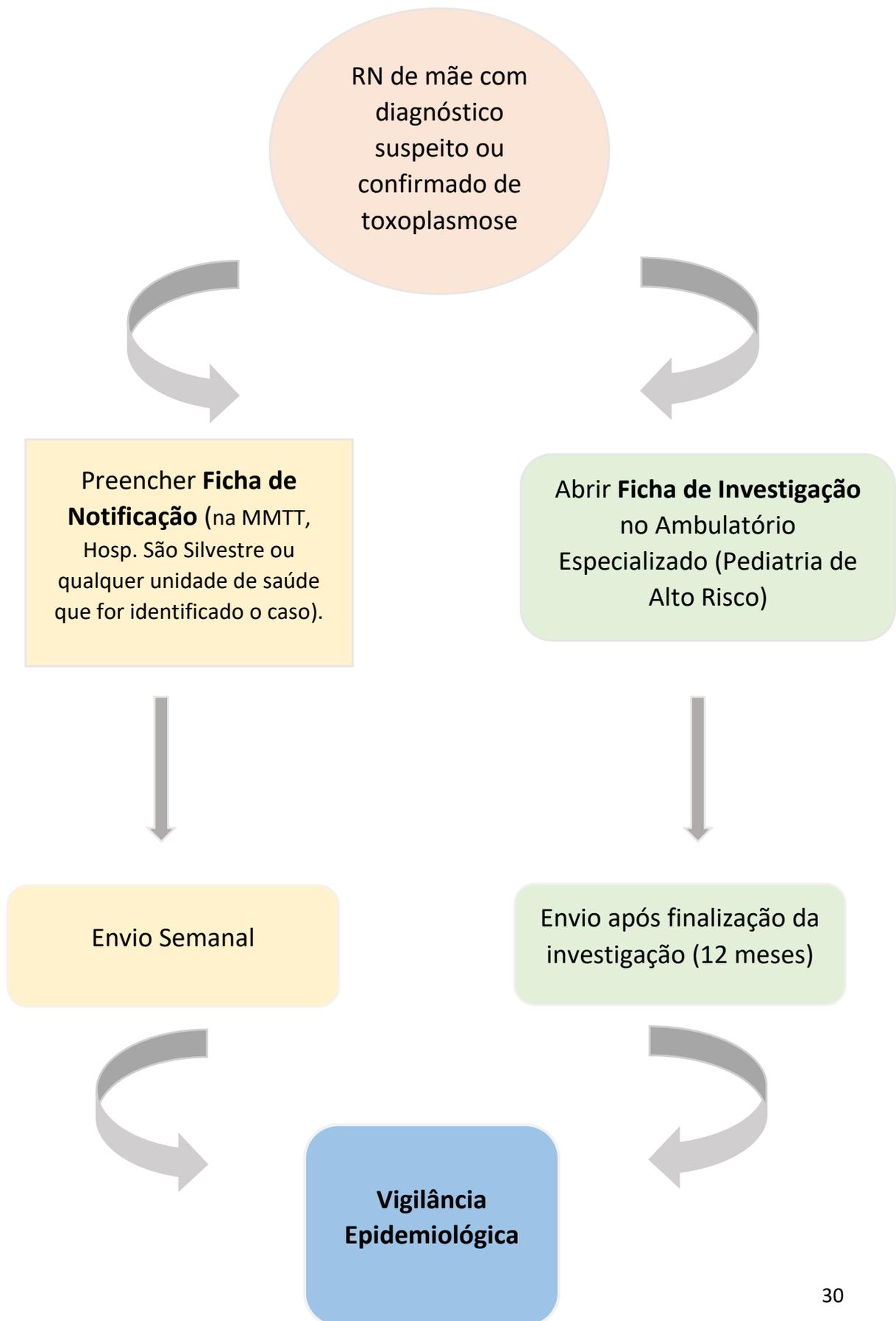
- A ficha de Notificação deverá ser preenchida após o nascimento pela Maternidade Marlene Teixeira e Hospital São Silvestre. Usar CID 10 – P37.1;

**ATENÇÃO:** deverá ser entregue uma cópia da notificação para família, pois a mesma é documento OBRIGATÓRIO para dispensação da medicação.

- O envio das fichas a Vigilância Epidemiológica deverá ser semanal;
- A ficha de notificação (Anexo II) estará disponível nos Serviços de Saúde e solicitadas ao Programa de Doenças Transmissíveis pelo Telefone: 3545-6703;
- Atentar para os dados da ficha, e preencher todos os campos. São dados essenciais para que a Vigilância possa identificar possíveis surtos em regiões.

### 13-Ficha de Investigação

- A ficha de investigação (Anexo III) será disponibilizada pela Vigilância Epidemiológica e solicitada ao Programa de Doenças Transmissíveis pelo Telefone: 3545-6703.
- A ficha de Investigação deverá ser preenchida pelos responsáveis pelo atendimento no ambulatório especializado de Pediatria de Alto Risco;
- O acompanhamento da criança pela Vigilância Epidemiológica será periódico em 1, 6 e 12 meses, e portanto, em cada consulta nesse período uma ficha de investigação deverá ser preenchida com dados referentes aos achados clínicos e laboratoriais solicitados e enviada a esse departamento.
- O encerramento no SINAN será feito pela Vigilância Epidemiológica a partir de dados da Ficha de Investigação.





## Referências

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 7ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual integrado de vigilância, prevenção e controle de doenças transmitidas por alimentos / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

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.

SANTA CATARINA. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Nota técnica Conjunta nº 008/2019- Orienta sobre a notificação, a investigação, e o tratamento de toxoplasmose gestacional e congênita. Superintendência de Vigilância em Saúde. Florianópolis, 2019-2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém- nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 4 v. : il.

Departamento Científico de Neonatologia (2019-2021). Sociedade Brasileira de Pediatria. Toxoplasmose congênita. Nº 6, Julho de 2020.

AAP - American Academy of Pediatrics, Joint Committee on Infant Hearing. Year 2007 position statement: Principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. Pediatrics. 2007 Oct;120(4):898-921.Doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2007-2333>



	Nome	Cargo	Área de Atuação	
Elaboração	Fernanda Rassi Alvarenga	médica	Ambulatório Especializado	
	Ludymilla Cândida	Médica	Coordenação Clínica Neonatologia MMT; Membro Consultor CCIRAS/ NSP - MMT	
	Josiane Rodrigues Borges	Enfermeira	Enfermeira do Programa de Doenças Transmissíveis	
	Thais Kato de Sousa	Enfermeira	Apoiadora - Núcleo de Governança Clínica	
	Ana Carolina Alves Rosa Calvão	Enfermeira	Enfermeira - Membro executor CCIRAS / NSP- MMT	
Colaboradores	Thaís Alarcon Duarte Braga	Médica	Membro executor Infectologista CCIRAS- MMT	
	Cárla Legnari Hamú	Médica	Colaboração Neonatologia MMT	
	Heba Tamer Dibeh	Médica	Colaboração Neonatologia MMT	
	Jade de Oliveira Melo	Farmacêutica	Almoxarifado de medicamentos	
	Amanda Faria	Nutricionista	Chefe de Ciclos de Vida	
	Amanda Melo e Santos Limongi	Enfermeira	Diretora de Urgência e Emergência e Atenção Especializada	
	Kátia Sena da Costa	Enfermeira	Chefe do Programa de Doenças Transmissíveis	
	Bruna de Castro Fernandes	Enfermeira	Diretora de Regulação	
	Loanny Moreira Barbosa	Enfermeira	Coordenadora do Ambulatório Especializado	
	Frederico Ribeiro de Oliveira	Médico	Médico/ Núcleo de Governança Clínica	
	Dayanne Priscylla Pires de Deus Caparroz	Enfermeira	Coordenadora Interina da Vigilância Epidemiológica	
	Aprovação	Carlos Eduardo de Paula Itacaramby	Superintendente	Superintendência Executiva de Saúde
		Daniela Fabiana Ribeiro	Superintendente	Superintendência de Vigilância em Saúde
Gustavo Amoury		Superintendente	Superintendência de Atenção à Saúde	
Alessandro Leonardo Magalhães		Médico e Secretário Municipal de Saúde	Secretaria Municipal de Saúde	



ANEXO I

**Medidas de Prevenção da Toxoplasmose**

- Alimentar gatos com ração ou carne bem cozida, não os alimentar com carnes cruas ou mal cozidas;
- Cuidado na manipulação de terra - usar luvas ou lavar bem as mãos após manipular a terra;
- Lavar bem as frutas e vegetais com água corrente, esfregando mecanicamente;
- Limpar, DIARIAMENTE, as caixas sanitárias dos gatos – gestantes não devem realizar esta tarefa;
- Controlar moscas e baratas;
- Proteger as caixas de areia em áreas de recreação infantil para que gatos não defecam nelas;
- Ingerir embutidos frescos bem cozidos ou salgados (2,5% de sal por 48 horas);
- Ingerir carne bem cozida (67º C por 10 minutos);
- O congelamento dos produtos cárneos eliminam a maioria dos cistos teciduais (18º C por 7 dias);
- Lavar as mãos e a superfície de preparação (tábuas e facas) após manusear carne crua;
- Não experimentar carne crua;
- Leite de cabra deve ser fervido ou pasteurizado antes do consumo;
- Realizar monitoramento sorológico e tratamento da gestante para evitar a transmissão e diminuir as sequelas na criança.



ANEXO II

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº		
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/CONCLUSÃO						
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)	
Notificação Individual	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		
	7	Data dos Primeiros Sintomas				
	8	Nome do Paciente		9 Data de Nascimento		
Dados de Residência	10	(ou) Idade	11	Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1 - Ignorado		
	12	Gestante		1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 8 - Ignorado		
	13	Raça/Cor		1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 8 - Ignorado		
Dados de Residência	14	Escolaridade				
	15	Número do Cartão SUS		16	Nome da mãe	
	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)	
	19	Distrito				
	20	Bairro		21	Logradouro (rua, avenida, ...)	
	22	Número	23	Complemento (apto., casa, ...)	24	Geo campo 1
	25	Geo campo 2		26	Ponto de Referência	27
28	(DDD) Telefone		29	Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30	Pais (se residente fora do Brasil)
<b>Conclusão</b>						
Com o caso	31	Data da Investigação		32	Classificação Final 1 - Confirmado <input type="checkbox"/> 2 - Descartado <input type="checkbox"/>	
	33	Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico <input type="checkbox"/>				
	<b>Local Provável da Fonte de Infecção</b>					
	34	O caso é autóctone do município de residência? 1 - Sim 2 - Não 3 - Indeterminado <input type="checkbox"/>			35	UF
	36	País				
	37	Município	Código (IBGE)	38	Distrito	39
40	Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		41	Evolução do Caso 1 - Cura 2 - Óbito pelo agravo notificado 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		
42	Data do Óbito		43	Data do Encerramento		
<b>Informações complementares e observações</b>						
Observações adicionais						
Investigador	Município/Unidade de Saúde			Cód. da Unid. de Saúde		
	Nome		Função		Assinatura	
	Notificação/conclusão		Sinan NET		SVS 27/09/2005	





**18-Data de Início de Tratamento** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**19-Data do Final de Tratamento** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**20-Manifestações Clínicas no 1º ano de vida** 1- sim 2- não 9- ignorado

( ) adenomegalia ( ) hepatomegalia ( ) esplenomegalia ( ) icterícia colestática ( ) convulsão ( ) déficit motor ( ) microcefalia ( ) macrocefalia ( ) déficit auditivo ( ) Atraso no DNPM

**21-Exame Oftalmológico até 30 dias** 1- sim 2- não 9- ignorado

( ) normal

( ) alterado → ( ) coriorretinite direita ( ) uveíte ( ) catarata

( ) coriorretinite esquerda ( ) microftalmia ( ) outro \_\_\_

**22-Exame Oftalmológico 1º ao 12º mês de vida** 1- sim 2- não 9- ignorado

( ) normal

( ) alterado → ( ) coriorretinite direita ( ) uveíte ( ) catarata

( ) coriorretinite esquerda ( ) microftalmia ( ) outro \_\_\_\_\_

**Exame de Imagem no SNC no 1º ano de vida**

**23-Raio X crânio** ( ) Realizado → ( ) normal ( ) hidrocefalia ( ) calcificações

( ) Não Realizado 1- sim 2- não 9- ignorado

**24-Tomografia/USG de crânio** ( ) Realizado → ( ) normal ( ) hidrocefalia ( ) calcificações

( ) Não Realizado 1- sim 2- não 9- ignorado

**25-Exame de LCR** ( ) Realizado → ( ) normal ( ) alterado

( ) Não Realizado 1- sim 2- não 9- ignorado

Investigador : \_\_\_\_\_

**Exclusivo para Preenchimento Pela Vigilância**

**26-Classificação Final** ( ) 1- Confirmado 2- Descartado 9- Ignorado

**27-Critério de Confirmação/Descarte** ( ) 1- Laboratorial 2- Clínico/Epidemiológico 3- Clínico 4- Sorologia inconclusiva

**28-Evolução** ( ) 1- Cura sem seqüela 2- Cura com seqüela 3- Óbito pela Doença 4- Óbito por outras causas 9- ignorado

**29-Se cura com seqüela, qual tipo** ( ) ocular ( ) auditiva ( ) neurológica 1- sim 2- não 9- ignorado

**Data do Encerramento:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Profissional da Vigilância:** \_\_\_\_\_