

GERÊNCIA:

Gerência Executiva de
Vigilância em Saúde

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional
de Vigilância Epidemiológica

NÚCLEO:

Núcleo das Doenças Agudas
TransmissíveisNOTA TÉCNICA Nº 07 - 10 de dezembro de 2024 - Atualização

Assunto: Informações técnicas e recomendações sobre a vigilância da Toxoplasmose no estado da Paraíba.

1.Contextualização

A toxoplasmose é uma doença infecciosa causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii* e apresenta quadro clínico variado, desde infecção assintomática, autolimitada e a manifestações sistêmicas extremamente graves. Nos quadros agudos pode causar febre, linfonodomegalias, mialgia e cefaleia. A transmissão mais comum ocorre por via oral (ingestão de água e/ou alimentos contaminados) e congênita (transmissão transplacentária). Sendo rara a transmissão por inalação de aerossóis, inoculação acidental, transplante de órgãos e transfusão sanguínea.

Cerca de 40% das gestantes infectadas pelo *Toxoplasma gondii*, irão transmitir o patógeno ao feto pela via hematogênica transplacentária. Este risco aumenta significativamente, de acordo com a idade gestacional em que ocorre a infecção.

A maioria dos casos de toxoplasmose em gestantes e recém-nascidos (RN) são assintomáticas ou com sintomas inespecíficos. Entretanto, as manifestações clínicas para a toxoplasmose congênita podem aparecer na adolescência ou na idade adulta. Enquanto que para as gestantes existe o risco aumentado de abortamento e o RN pode apresentar diversas complicações ao nascimento como: icterícia, macrocefalia, microcefalia, crises convulsivas, acometimento visual em graus variados, surdez, sequelas motoras e retardo mental.

A Neurotoxoplasmose está entre as infecções oportunistas definidoras de AIDS, ou seja, é uma manifestação de imunodeficiência avançada. A toxoplasmose é a causa mais comum de lesões expansivas cerebrais em Pessoas Vivendo com HIV/AIDS sem controle eficaz de patologia de base.

Após a infecção aguda, o parasita persiste por toda a vida do hospedeiro sem apresentar repercussões clínicas em pessoas imunocompetentes, podendo reativar se a pessoa se tornar imunossuprimida.

2.DEFINIÇÃO DE CASO

2.1 TOXOPLASMOSE ADQUIRIDA DURANTE A GESTAÇÃO

✓ **Caso Suspeito**

- Gestante que apresentar resultado para anticorpo IgManti-*T. gondii* reagente ou indeterminado.
- Gestante que apresentar história clínica compatível com toxoplasmose adquirida após a concepção.
- Gestante que apresentar ultrassonografia obstétrica sugestiva de toxoplasmose congênita.
- Qualquer gestante identificada em situações de surto de toxoplasmose.

✓ **Caso Provável** (Caso suspeito que apresente uma das seguintes situações)

- Resultado reagente de anticorpos IgM e IgG, com avidéz de IgG baixa ou intermediária em qualquer idade gestacional.
- Títulos ascendentes de anticorpos IgG em amostras seriadas com intervalo mínimo de duas semanas e IgM reagente.
- Primeira sorologia realizada após 16 semanas de idade gestacional que apresente resultado para anticorpos IgG em nível elevado (acima de 300 UI/dL ou de acordo com a metodologia utilizada) e IgM reagente.

✓ **Caso Confirmado** (Caso suspeito que apresente uma das seguintes situações)

- Soroconversão de anticorpos IgG e IgManti-*T. gondii* durante o período gestacional.
- Detecção de DNA do *T. gondii* em amostra de líquido amniótico, em tecido placentário, fetal ou de órgãos (exame anatomopatológico, cultivo de tecido ou bioensaio).

GERÊNCIA:

Gerência Executiva de
Vigilância em Saúde

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional
de Vigilância Epidemiológica

NÚCLEO:

Núcleo das Doenças Agudas
Transmissíveis

- Mãe de recém-nascido com toxoplasmose congênita confirmada.

✓ **Caso Descartado** (Caso suspeito que apresente uma das seguintes situações)

- IgG reagente mais de três meses antes da concepção (em caso de IgM positiva, considera-se residual, portanto, gestante com infecção crônica, anterior à gestação).
- Índice de avidéz de IgG alto, **colhido com até 16 semanas de gestação**.
- Duas amostras de IgG negativas para *T. gondii* (**colhidas com intervalo de duas a três semanas**), apesar de IgM reagente (resultado falso-positivo para IgM; portanto, considerar gestante suscetível).

CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES (BRASIL, 2021):

1. Gestantes que apresentem resultados não reagentes para anticorpos IgM e IgG são suscetíveis, ou seja, nunca tiveram toxoplasmose. Dessa forma, são muito mais vulneráveis a adquirir a infecção durante a gestação.

2. 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, sem aguardar nova requisição médica.

3. Não são requeridos exames de avidéz após a 16ª semana de gestação, pois, após esse período, a avidéz alta não descarta a infecção adquirida durante a gestação.

4. Ressalta-se que a avidéz dos anticorpos IgG pode permanecer baixa por mais tempo em algumas pessoas, não sendo a avidéz baixa uma certeza de infecção recente.

5. No caso de gestantes imunocomprometidas com infecção crônica (IgG reagente prévia à gestação), é possível ocorrer transmissão transplacentária por reativação da infecção. Essas gestantes devem ser acompanhadas por um infectologista para investigação apropriada.

6. Todas as gestantes, suscetíveis ou não, devem ser periodicamente orientadas a respeito das medidas de prevenção primária pelo risco de primo-infecção ou reinfeção pelo *T. gondii*.

7. Todas as gestantes suscetíveis devem realizar, no mínimo, três sorologias durante a gestação. Se possível, a sorologia deve ser repetida no momento do parto.

8. A reinfeção pode ser caracterizada, em uma gestante com infecção crônica pelo *T. gondii* e conhecida ausência de IgM, pela identificação de IgM reagente novamente, associada à elevação do índice ou do título de IgG.

9. A reativação, geralmente observada pelas lesões inflamatórias agudas na retina (retinocoroidite), pode ser acompanhada, ou não, por elevação dos títulos de IgG, sem a detecção de IgM.

10. No caso de reativação de uma lesão ocular em gestante imunocompetente, o tratamento está indicado de acordo com a localização e a extensão da lesão, pois, até o momento, acredita-se que a multiplicação do parasito é localizada e sem risco significativo para o feto. Na gestante imunocomprometida, embora incomum, o feto está em risco de infecção congênita, e a gestante deve ser tratada até o parto.

11. Cada gestante deve ter apenas uma Ficha de Notificação no Sinan por fase aguda.

12. Ressalta-se a importância de articular com a Coordenação Estadual de HIV/Aids o registro da gestante que tem a doença, devido às diferenças importantes nos formulários do Sinan.

13. Para análise das amostras seriadas, deve-se utilizar a mesma metodologia e no mesmo laboratório.

2.2 TOXOPLASMOSE CONGÊNITA

Todo o RN com suspeita para Toxoplasmose Congênita deve ser submetido a investigação completa para fins de diagnóstico, com exame clínico, neurológico, oftalmológico, hematológico e de função hepática.

✓ **Caso Suspeito**

- RN ou lactente menor de 6 meses cuja mãe era suspeita, provável ou confirmada para toxoplasmose na gestação.
- RN ou lactente menor de 6 meses com clínica compatível para toxoplasmose e IgG anti- *T. gondii* reagente.
- RN ou lactente menor de 6 meses com exame de imagem fetal ou pós-parto compatível com toxoplasmose e IgG anti-*T. gondii* reagente.

GERÊNCIA:

Gerência Executiva de
Vigilância em Saúde

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional
de Vigilância Epidemiológica

NÚCLEO:

Núcleo das Doenças Agudas
Transmissíveis✓ **Caso Provável** (Caso suspeito que apresente uma das seguintes situações)

- Sorologia indeterminada ou não reagente para IgM e/ou IgA anti-*T. gondii* até 6 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 congênicas antes de completar 12 meses de idade.
- As crianças assintomáticas em investigação durante os primeiros 12 meses de vida.

✓ **Caso Confirmado** (Caso suspeito que apresente uma das seguintes situações)

- Presença de DNA de *T. gondii* em amostras de líquido amniótico da mãe ou em tecidos fetais, placenta ou cordão umbilical, líquido, sangue ou urina da criança; biópsia ou necrópsia de criança, aborto ou natimorto. A ausência do parasita na placenta não descarta o caso, visto que a sensibilidade do PCR é de aproximadamente 70%.
- Resultado de anticorpos IgM ou IgA e IgG anti-*T. gondii* reagente até 6 meses de vida.
- Níveis séricos de anticorpos IgG anti-*T. gondii* em ascensão em pelo menos duas amostras seriadas com intervalo mínimo de três semanas durante os primeiros 12 meses de vida.
- IgG anti-*T. gondii* persistentemente reagente após 12 meses de idade.
- Retinocoroidite ou hidrocefalia ou calcificação cerebral (ou associações entre os sinais) com IgG reagente e afastadas outras infecções congênicas (citomegalovírus, herpes simples, rubéola, sífilis, arboviroses) e mãe com toxoplasmose confirmada na gestação.
- Aborto ou natimorto cuja mãe apresente testes confirmatórios para toxoplasmose aguda, realizados durante o pré-natal, no momento do parto ou da curetagem.

✓ **Caso descartado** (Caso suspeito que apresente uma das seguintes situações)

- RN com IgG anti-*T. gondii* negativa ao nascer, que se mantém negativa na ausência de tratamento, decorridas três semanas do nascimento.
- Negativação dos títulos de IgG anti-*T. gondii* na ausência de tratamento específico.
- Nas crianças que receberam tratamento, a soronegativação como critério para caso descartado só deve ser considerada definitiva no mínimo dois meses após a suspensão das drogas antiparasitárias.

•

CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES (BRASIL, 2021):

1. Fazem parte da investigação do RN suspeito para toxoplasmose congênita o exame oftalmológico completo com fundoscopia, o exame de imagem cerebral (ecografia ou tomografia computadorizada) e o hemograma com plaquetas.
2. O exame do líquido é indicado para os pacientes com alterações neurológicas clínicas e/ou de imagem e diagnóstico confirmado de tomografia de crânio.
3. 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.
4. 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 a exclusão da infecção. Nesses casos, a técnica usada para IgG deve incluir diluições que resultem na quantificação exata, permitindo comparação entre os títulos; e os testes seriados precisam ser feitos pela mesma técnica, de preferência no mesmo laboratório.

GERÊNCIA:

Gerência Executiva de
Vigilância em Saúde

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional
de Vigilância Epidemiológica

NÚCLEO:

Núcleo das Doenças Agudas
Transmissíveis

5. Os óbitos ou abortos suspeitos ou confirmados devem ser notificados e investigados utilizando-se a Ficha de Notificação/Conclusão: o registro do nome deve ser “RN de nome da mãe”; na “Evolução” (variável 41 da ficha), marcar a opção “2 – Óbito pelo agravo notificado”, informar a ocorrência do aborto ou da natimortalidade no campo das “Observações adicionais”.

3. VIGILÂNCIA E NOTIFICAÇÃO

A toxoplasmose adquirida na gestação e toxoplasmose congênita são de notificação compulsória, recomenda-se monitoramento semanal e notificação focada nos casos suspeitos e confirmados. Os serviços de saúde também devem estar atentos às gestantes imunocomprometidas que apresentarem toxoplasmose crônica, devido à possibilidade de reativação da doença

Enquanto não há ficha de notificação no Sinan específica, recomenda-se que o caso provável seja notificado como caso suspeito. Sendo a toxoplasmose gestacional notificada para “Doenças causadas por protozoários complicando a gravidez, o parto e o puerpério” (CID-10: O98.6) e Toxoplasmose Congênita (CID-10: P37.1) com prazos para encerramento da notificação (300 dias para a forma Gestacional e de 420 dias para a Congênita), deve-se habilitar o fluxo de retorno na ficha de notificação, quando notificado fora do município de residência da pessoa com Toxoplasmose.

Para a notificação de Toxoplasmose Gestacional, deve-se especificar o período gestacional, no Campo 12- “Gestante”.

A equipe de vigilância epidemiológica, de atenção básica, especializada ou hospitalar devem se articular para que os casos em gestantes e em RN sejam notificados, diagnosticados, tratados e investigados oportunamente. Para realização de investigação epidemiológica e visualização de medidas preventivas recomenda-se consultar o Guia de Vigilância Epidemiológica (Brasil, 2021).

4. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de Toxoplasmose por vezes pode ser complexo, dificultando dessa forma a distinção da infecção fase aguda da crônica, sendo necessário a associação entre manifestações clínicas, o risco para o adoecimento, a confirmação por meio de estudos sorológicos, e em alguns casos, os exames de imagem e os métodos moleculares.

O diagnóstico é baseado principalmente em métodos indiretos como sorologia, mais também em métodos de detecção direta do parasito, sendo necessário, muitas vezes, combinar métodos diferentes para alcançar a avaliação adequada.

Para fins de diagnóstico os métodos utilizados para confirmação dos casos pelos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACEN) tem sido a sorologia IgM, IgG, e a avidéz de IgG. Ocasionalmente, realizam-se IgA e PCR. De acordo com o LACEN-PB sobre o envio de amostras é importante seguir as orientações:

GERÊNCIA:

Gerência Executiva de
Vigilância em Saúde

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional
de Vigilância Epidemiológica

NÚCLEO:

Núcleo das Doenças Agudas
Transmissíveis

GESTANTE ATÉ 16 SEMANAS DE GESTAÇÃO

PACIENTE	CONDUTA
Gestante com sorologia reagente para IgM e IgG	Encaminhar ao Lacen PB a mesma amostra, ou coletar nova amostra, o mais rápido possível até 16 semanas de gestação para realização do teste de Avidéz.
Se o resultado do teste de Avidéz for muito baixo, próximo ao <i>cut off</i>	Repetir IgM e IgG após 2 a 3 semanas

GESTANTE APÓS 16 SEMANAS DE GESTAÇÃO

Gestante com sorologia IgG e IgM reagentes em índices muito baixos próximos ao <i>cut off</i>	Repetir IgM e IgG após 2 a 3 semanas
---	--------------------------------------

RECÉM-NASCIDO SUSPEITO DE TOXOPLASMOSE CONGÊNITA

PACIENTE	CONDUTA
Mãe com infecção aguda na gestação (provável ou confirmada).	Realizar sorologia simultânea na mãe e filho. Mãe: IgG e IgM, RN: IgG, IgM e IgA.
Mãe com IgG reagente e IgM reagente ou não e RN IgG, IgM e IgA não reagentes	Repetir a sorologia da criança em 2 semanas.
Mãe com IgG não reagente e IgM reagente ou não e RN IgG (+ ou -) e IgM ou IgA reagentes	Repetir a sorologia da mãe e criança
Mãe com IgG e IgM reagente e IgG reagente ou não e RN, IgM e IgA não reagentes	Repetir a sorologia da criança em 2 semanas
Mãe com IgG e IgM não reagentes, RN com IgG, IgM e IgA não reagentes, porém com sinais e sintomas de infecção congênita	Repetir sorologia da mãe (IgG, IgM) e da criança (IgM, IgG e IgA) em 2 semanas.

ARMAZENAMENTO E ENVIO DAS AMOSTRAS

Tipo de Amostra: Soro - Volume ideal: 2mL	
Armazenamento e Conservação	Acondicionamento e transporte
Conservar o soro à 4°C (geladeira) por no máximo 48h após este período conservar a -20°C (freezer) até o envio ao Lacen PB.	Acondicionar o tubo contendo o soro em estante e colocar dentro da caixa de transporte a amostra biológica com gelo reciclável.

GERÊNCIA:

Gerência Executiva de
Vigilância em Saúde

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional
de Vigilância Epidemiológica

NÚCLEO:

Núcleo das Doenças Agudas
Transmissíveis

5. TRATAMENTO

✓ Toxoplasmose Gestacional

- **Caso o diagnóstico seja estabelecido antes da 16ª semana de Gestação:**

Iniciar **Espiramicina** (Rovamicina) - 02 comprimidos de 500mg (1,5MUI) de 8-8h, Via Oral, e solicitar PCR do líquido amniótico a partir da 18ª semana, além de Ultrassonografia fetal.

- **Caso o diagnóstico ocorra após a 16ª semana de Gestação** deve ser iniciado esquema tríplice com Sulfadiazina, Pirimetamina e Ácido Folínico e solicitar PCR do líquido amniótico por amniocentese (realizar preferencialmente após 18ª semana) e Ultrassonografia fetal. O esquema tríplice consiste em:

Sulfadiazina (500mg): 02 cp, VO de 8/8 horas, Via Oral;

Pirimetamina (25mg) 02 cp, VO, 1x/dia, Via Oral;

Ácido Folínico (15 mg) – 01 cp, VO, 1x/dia, Via Oral.

OBS.: Fazer uso do Ácido Folínico durante todo o período de uso da Pirimetamina até uma semana após sua interrupção.

- **Quando o diagnóstico ocorre acima de 16ª semanas** ou é constatada infecção após coleta de Líquido amniótico, que vem com evidência positiva OU se USG fetal demonstra sinais sugestivos de Toxoplasmose congênita, Iniciar Esquema Tríplice:

Sulfadiazina (500mg): 02 cp, VO de 8/8 horas, Via Oral;

Pirimetamina (25mg) 02 cp, VO, 1x/dia, Via Oral;

Ácido Folínico (15 mg) – 01 cp, VO, 1x/dia, Via Oral.

OBS.: 1 - Fazer uso do Ácido Folínico durante todo o período de uso da Pirimetamina até uma semana após sua interrupção.

OBS.: 2 - Se paciente estiver em uso de Espiramicina, com os resultados positivos citados no ponto 3, TROCAR Espiramicina pelo esquema tríplice, mantendo até o parto.

- Quando PCR no líquido amniótico negativo e USG fetal sem sinais sugestivos de Toxoplasmose Congênita, manter Espiramicina até o final da gestação.

ATENÇÃO: Sempre utilizar os fluxos (em anexo) para nortear condutas quando receber a paciente na 1ª consulta do pré-natal. Atentar aos pontos de corte da avidéz de IgG que podem variar entre diferentes laboratórios.

ATENÇÃO: Em caso de desabastecimento por parte do Ministério da Saúde, recomendamos a substituição dos medicamentos conforme **Nota Técnica N° 296/2023 – CGFME/DAF/SECTICS** do Ministério da Saúde.

✓ Toxoplasmose Congênita

Os RN sintomáticos e/ou assintomáticos que possuam exames laboratoriais confirmatórios de infecção pelo *Toxoplasma gondii* devem ser tratados preferencialmente a partir da primeira semana de vida. As medicações utilizadas são:

Sulfadiazina - 100mg/kg/dia via oral (VO) de 12/12horas.

GERÊNCIA:

Gerência Executiva de
Vigilância em Saúde

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional
de Vigilância Epidemiológica

NÚCLEO:

Núcleo das Doenças Agudas
Transmissíveis

Pirimetamina- 2mg/kg/dia, VO por dois dias, cada 12 horas e a seguir diminui para a dose de 1mg/kg/dia, em dose única diária.

Ácido Fólico - para combater a ação antifólica da Pirimetamina, com supressão medular, preconiza-se 10mg, três vezes na semana. O ácido fólico só deve ser retirado uma semana após a retirada da Pirimetamina.

A Sulfadiazina e a Pirimetamina associadas ao ácido fólico 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 fólico para 10mg diariamente e em situações graves, com leucócitos menor que 500/mm³, interrompe-se temporariamente a Pirimetamina.

Quando existe um comprometimento do Sistema Nervoso Central (proteína > 1g/dl) e/ou ocular, faz-se necessária associação da prednisona ao tratamento: 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.

No caso das crianças diagnosticadas com HIV e que possuam infecção congênita por Toxoplasmose, ao término do primeiro ano de tratamento, deve ser realizada profilaxia com Sulfadiazina, Pirimetamina e ácido fólico por tempo indeterminado, de acordo com as avaliações seriadas. Após normalização de quadro de encefalite, os anticonvulsivantes podem ser descontinuados.

A Sociedade Brasileira de Infectologia e protocolos nacionais e internacionais informam que:

- A necessidade e o tempo de tratamento serão determinados pelas manifestações, locais de acometimento e principalmente estado imunológico da pessoa que está doente;
- Em relação aos imunocompetentes, esclarecem que, quando as manifestações clínicas acontecem, geralmente são benignas dispensando tratamento. Também não é recomendado o tratamento profilático;
- A infecção da retina (Coriorretinite) deve ser tratada;
- Infecções em imunocomprometidos sempre devem ser tratadas. Recomenda-se que todas as pessoas que vivem com HIV e que apresentem sinais clínicos compatíveis e exame de imagem sugestivo de Neurotoxoplasmose sejam tratadas empiricamente para essa infecção. Uma sorologia IgG anti-*T. gondii* não reagente torna o diagnóstico menos provável, mas não o exclui, devendo ser mantido o tratamento empírico até definição diagnóstica.

Caso ocorra um eventual desabastecimento, foram apresentadas alternativas terapêuticas, por especialistas em literaturas científicas, por meio da Nota Técnica nº446/2020-CGAFME/DAF/SCTIE/MS.

6- ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO ESPECIALIZADO

✓ Toxoplasmose Adquirida durante a Gestação

Toda gestante com suspeita ou diagnóstico de infecção adquirida na gestação deve ser acompanhada na **Atenção Primária em Saúde (APS) em conjunto com o pré-natal de alto risco**, mesmo que ainda sem resultado de teste de avidéz ao IgG, ou repetição das sorologias. **O tratamento inicial na APS é fundamental para evitar infecção fetal enquanto a paciente aguarda atendimento especializado.** Caso os exames subsequentes não confirmem a suspeita de infecção materna, retornar acompanhamento na APS.

Em situações de maior risco, a avaliação emergencial é mandatória, não devendo esperar consulta ambulatorial. As seguintes situações indicam avaliação inicial em centro obstétrico ou emergência ginecológica:

- Pacientes imunossuprimidas com sintomas de toxoplasmose aguda/ reativada; ou

GERÊNCIA:

Gerência Executiva de
Vigilância em Saúde

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional
de Vigilância Epidemiológica

NÚCLEO:

Núcleo das Doenças Agudas
Transmissíveis

- Pacientes com suspeita de toxoplasmose com lesão de órgão alvo (como coriorretinite, miocardite, meningoencefalite, pneumonite, miosite, entre outros).

É imprescindível que a sorologia para toxoplasmose seja solicitada na 1ª consulta de pré-natal, de preferência no 1º trimestre.

As referências de ambulatórios de Pré-natal de Alto Risco, são:

- **1ª Macro:** Maternidade Frei Damião ou Maternidade Cândida Vargas ou Universitário Lauro Wanderley.
- **2ª Macro:** Instituto de Saúde Elpídio de Almeida.
- **3ª Macro:** Maternidade Peregrino Filho ou Regional de Cajazeiras.

✓ **Toxoplasmose Congênita**

Toda criança com suspeita ou diagnóstico de infecção por Toxoplasmose Congênita deve ser acompanhada na Atenção Primária em Saúde (APS) em conjunto com a Atenção Especializada. O tratamento inicial é fundamental para evitar complicações

Para **casos de alteração no teste do pezinho**, o que inclui a Toxoplasmose Congênita, deve-se encaminhar ao **ambulatório** do serviço de triagem neonatal de referência no Complexo Hospitalar Arlinda Marques.

Todo RN deve ser submetido ao exame de toxoplasmose congênita no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), conhecido como Teste do Pezinho, cujo objetivo é detectar precocemente doenças congênitas.

Com o diagnóstico confirmado para a toxoplasmose congênita, os recém-nascidos devem ser acompanhados/assistidos pelo Atenção Primária em Saúde do município de residência, em conjunto com o atendimento ambulatorial no Complexo Pediátrico Arlinda Marques - CPAM.

6. DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA TOXOPLASMOSE

Para a solicitação de medicamentos para Toxoplasmose será necessária que o responsável na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) envie as informações solicitadas para a Gerência Regional de Saúde (GRS) **ou** diretamente para o Núcleo de Assistência Farmacêutica Estadual (NAF). O usuário irá ter acesso aos medicamentos por meio da Secretaria Municipal de onde reside.

Os medicamentos para tratamento da Toxoplasmose, que são de competência do Ministério da Saúde, são disponibilizados desde 2018 pelo Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF): Espiramicina 1.500.000 UI (comprimido), Pirimetamina 25mg (comprimido), Sulfadiazina 500mg (comprimido) e ácido fólico.

7.1. As informações necessárias para solicitação de medicamentos para Toxoplasmose devem ser **consolidadas pelo responsável na SMS:**

7.1.1 **Toxoplasmose Adquirida durante a Gestação**

- 1- Formulário de solicitação de medicamentos para tratamento da toxoplasmose;
- 2-Xerox dos documentos da gestante;
- 3-Notificação digitada no Sinan Net com o CID-10 correto para a Toxoplasmose Gestacional – O98.6

GERÊNCIA:Gerência Executiva de
Vigilância em Saúde**GERÊNCIA OPERACIONAL:**Gerência Operacional
de Vigilância Epidemiológica**NÚCLEO:**Núcleo das Doenças Agudas
Transmissíveis

4- Prescrição médica atualizada, com assinatura e CRM legíveis (*informar a idade gestacional)

5- Exames que comprovam a Toxoplasmose Gestacional (se realizado teste de avidéz de IgG até a 16ª semana, também enviar).

Obs: a partir da segunda solicitação, somente será necessário enviar a prescrição médica atualizada, com assinatura e CRM legíveis (mensalmente é necessário enviar a prescrição atualizada).

7.1.2 Toxoplasmose Congênita

1- Formulário de solicitação de medicamentos para tratamento da toxoplasmose;

2- Xerox dos documentos do recém-nascido E da mãe;

3- Notificação digitada no Sinan Net com o CID-10 correto para a Toxoplasmose Congênita – P37.1;

4- Prescrição médica atualizada, com assinatura e CRM legíveis;

5- Exames que comprovam a Toxoplasmose Congênita.

Obs: a partir da segunda solicitação, somente será necessário enviar a prescrição médica atualizada, com assinatura e CRM legíveis (mensalmente é necessário enviar a prescrição atualizada); e sorologia de acompanhamento do RN atualizada.

Após consolidação dessas informações, a SMS pode enviar essas informações para a GRS ou enviar diretamente para o NAF por meio do e-mail <nafestrategicos@gmail.com>. É necessário que o responsável se identifique e deixe seu contato no e-mail para que o NAF retorne quando a solicitação for atendida.

Obs.: Pacientes vindos de serviços particulares devem ser orientadas a buscar a UBS mais próxima a sua residência.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2ed. Brasília, 2013.

_____. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais Rename 2022– Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 181 p.:

_____. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica e Medicamentos Estratégicos - NOTA TÉCNICA Nº 446/2020-CGAFME/DAF/SCTIE/MS: Ministério da Saúde, 2020. 3 p. il

_____. Ministério da Saúde. Toxoplasmose congênita. In: Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. 5. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de Notificação e Investigação: Toxoplasmose gestacional e congênita. 31p. Brasília, 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica Nº 14/2020COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. Disponível em:



GERÊNCIA:

Gerência Executiva de
Vigilância em Saúde

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional
de Vigilância Epidemiológica

NÚCLEO:

Núcleo das Doenças Agudas
Transmissíveis

<<<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/notas-tecnicas/index2.pdf/view>>>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota Técnica nº 164/2021CGAFME/DAF/SCTIE/MS. Disponível em:<https://saude.admin.rs.gov.br/upload/arquivos/202108/20152651-nota-tecnica-n-164-2021-cgafme-daf-sctie-ms.pdf>

>>

MITSUKA- BREGANÓ, R.; LOPES-MORI, F. M. R.; NAVARRO, I. T. (Org.). Toxoplasmose adquirida na gestação e congênita: vigilância em saúde, diagnóstico, tratamento e condutas. p. 62. Londrina, 2010.

REMYINGTON, J. S.; MCLEOD, R.; THULLIEZ, P.; et al. Toxoplasmosis. In: REMINGTON JS, KLEIN JO, WILSON CB, BAKER CJ, eds. Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant, 6.ed. Philadelphia: Elsevier-Saunders, p. 948-1091, 2006. II.

Equipe de Elaboração :

Arimatheus Silva Reis
Secretário de Estado da Saúde

Patrick Aureo Lacerda De Almeida Pinto
Secretária Executivo de Gestão de Rede de Unidade de Saúde

Talita Tavares Alves de Almeida
Gerente Executiva de Vigilância em Saúde

Maria Izabel Ferreira Sarmento
Gerente Executiva de Atenção à Saúde

Wênia Brito Barreto Faheina
Gerente Executiva de Assistência Farmacêutica

Talitha Emanuelle B. G. de Lira Santos
Gerente Operacional de Vigilância Epidemiológica

Aldenair Silva Torres
Diretora Técnica do LACEN-PB

Fernanda Carolina Rodrigues Vieira
Chefe do Núcleo de Doenças e Agravos Transmissíveis

Maria da Glória de Sousa Sobreira
Técnica do Núcleo de Doenças e Agravos Transmissíveis Responsável pela Vigilância Epidemiológica da Toxoplasmose

Maria de Fátima Moraes Carvalho

Técnica da Gerência Operacional de Atenção Materno-infantil

Anderson Fellyp Avelino Diniz

Farmacêutico Responsável pelo Programa da Toxoplasmose – componente estratégico

GERÊNCIA:

Gerência Executiva de
Vigilância em Saúde

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional
de Vigilância Epidemiológica

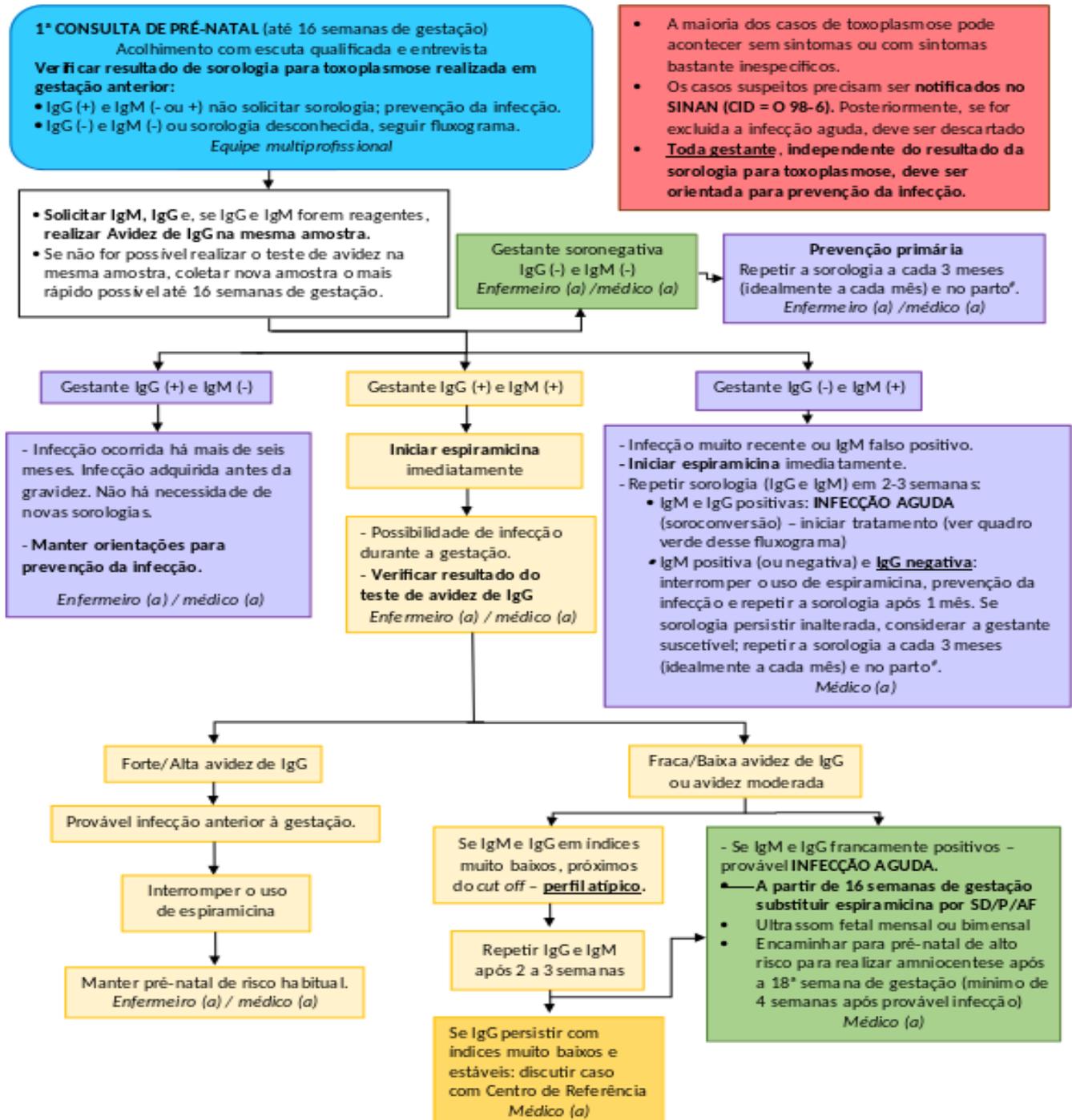
NÚCLEO:

Núcleo das Doenças Agudas
Transmissíveis

ANEXOS

TRIAGEM DA TOXOPLASMOSE NO PRÉ – NATAL: PRIMEIRA SOROLOGIA REALIZADA ATÉ 16 SEMANAS DE GESTAÇÃO

Com base na Nota técnica Nº 14/2020 – COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS



A triagem neonatal para toxoplasmose é uma alternativa para identificar o recém-nascido infectado devido à infecção materna no final da gestação.

SD – sulfadiazina; P – pirimetamina; AF – ácido fólico

X

GERÊNCIA:

Gerência Executiva de
Vigilância em Saúde

GERÊNCIA OPERACIONAL:

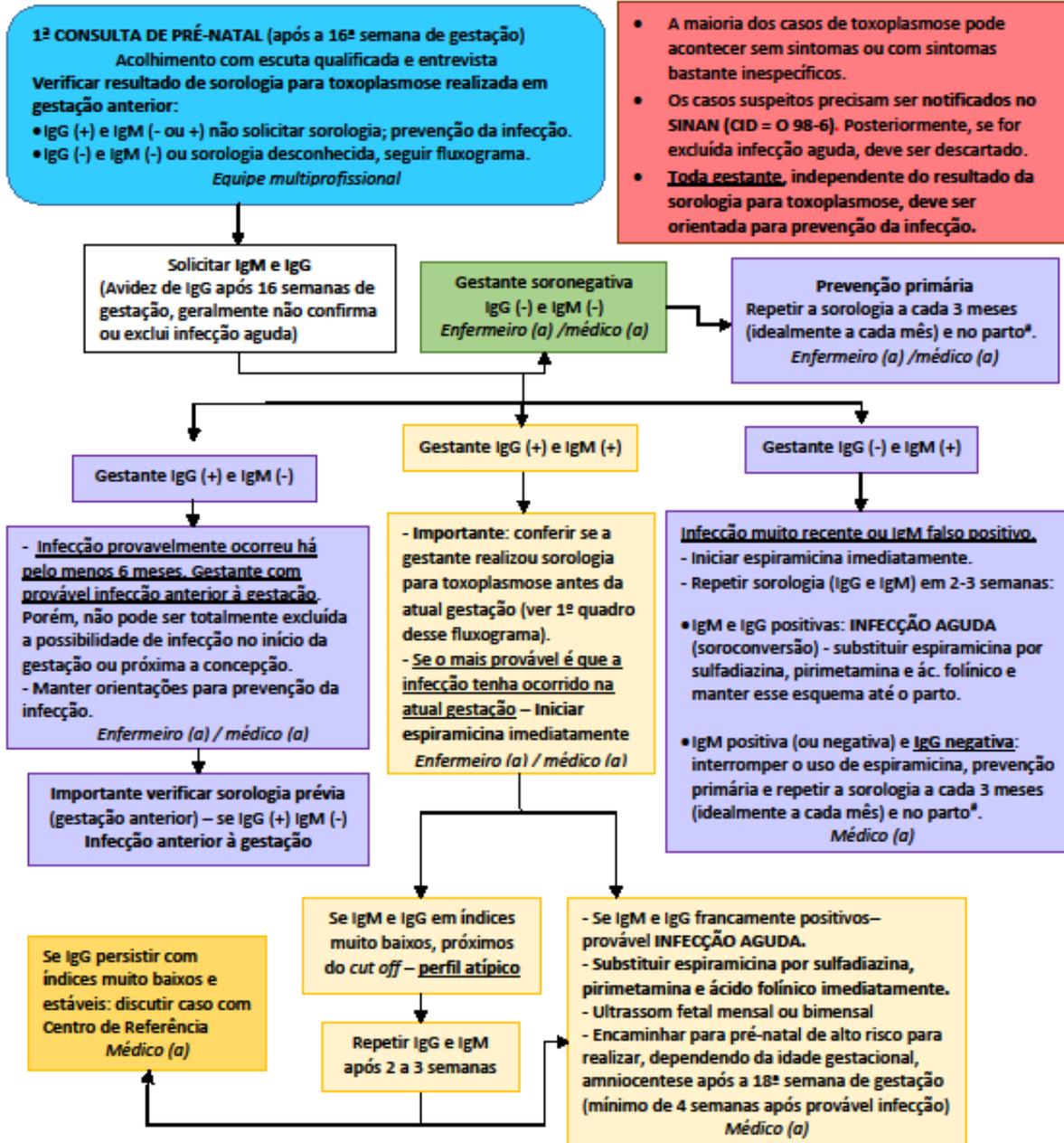
Gerência Operacional
de Vigilância Epidemiológica

NÚCLEO:

Núcleo das Doenças Agudas
Transmissíveis

TRIAGEM DA TOXOPLASMOSE NO PRÉ-NATAL: PRIMEIRA SOROLOGIA REALIZADA COM MAIS DE 16 SEMANAS DE GESTAÇÃO

Com base na NOTA TÉCNICA Nº 14/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS



- 1) Soroconversão é a mudança do perfil sorológico da gestante de IgG e IgM não reagentes para IgG e IgM reagentes, e significa **INFECÇÃO AGUDA**.
- 2) Sempre que for necessário comparar valores dos anticorpos na sorologia, utilize o mesmo laboratório e método.
- 3) Gestante imunocompetente com IgG positiva em gestação anterior - risco fetal insignificante e tratamento desnecessário.
- 4) Se IgG é indeterminado e IgM negativo – repetir sorologia em nova amostra de sangue após 2 a 3 semanas. Se o resultado se repetir, considerar a gestante suscetível. Se o resultado nessa nova amostra for IgG positivo e IgM persistir negativo – considerar infecção anterior à gestação.

RESULTADOS DISCORDANTES OU DUVIDOSOS DEVEM SER DISCUTIDOS COM CENTRO DE REFERENCIA.

GERÊNCIA:

Gerência Executiva de
Vigilância em Saúde

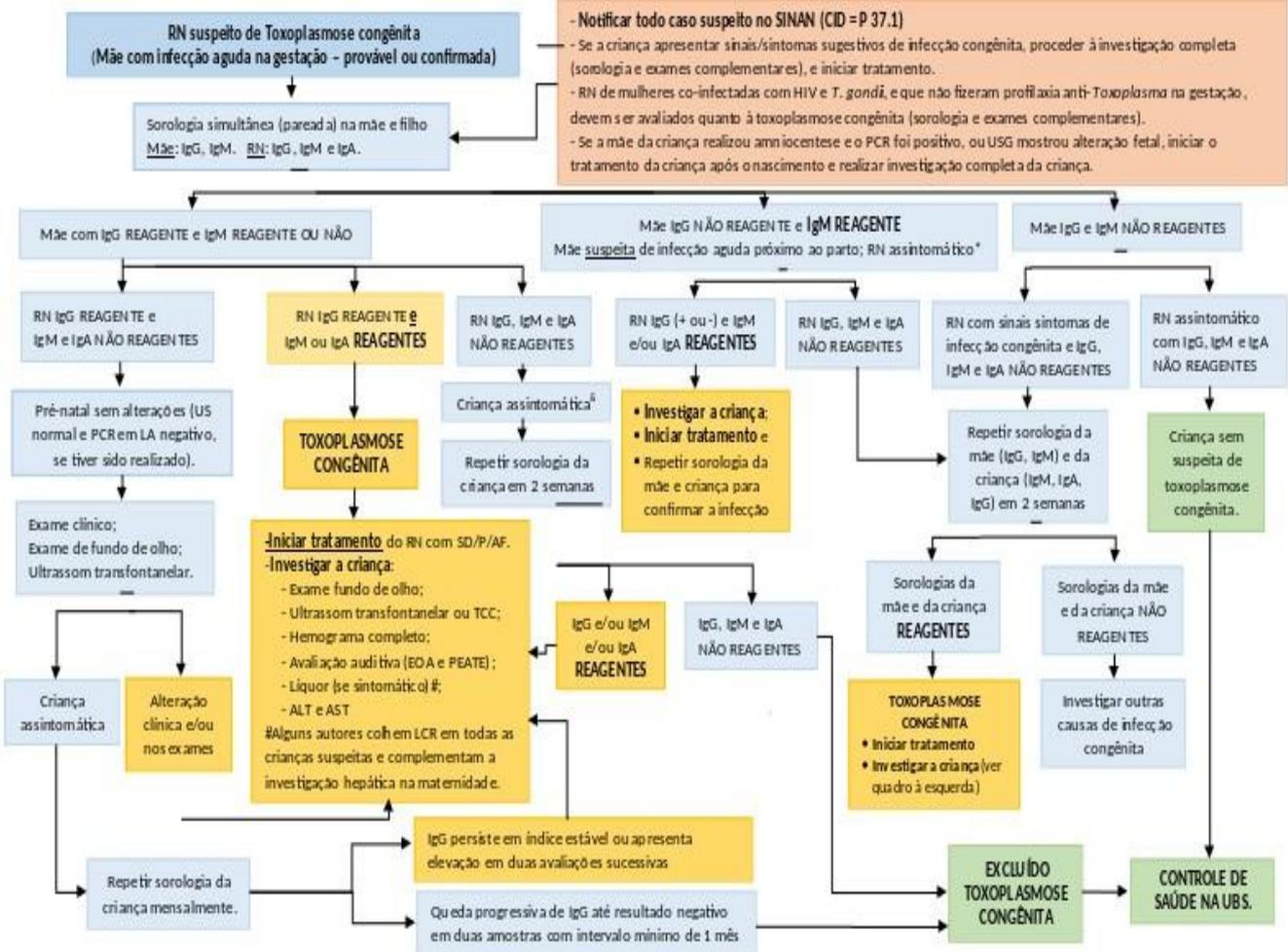
GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional
de Vigilância Epidemiológica

NÚCLEO:

Núcleo das Doenças Agudas
Transmissíveis

FLUXOGRAMA DE AVALIAÇÃO E CONDUTAS NA MATERNIDADE PARA O RECÉM NASCIDO SUSPEITO DE TOXOPLASMOSE CONGÊNITA



*Alguns autores sugerem que se a infecção aguda materna (soroconversão) ocorreu no último trimestre da gestação, pode-se iniciar tratamento da criança, mesmo se assintomática, e realizar profilaxia a seguir.

⁶ Se RN sintomático e soronegativo para toxoplasmose, avaliar sorologias maternas, condições de nascimento da criança (prematuridade), e discutir caso a caso.

USG- ultrassom gestacional; TCC- Tomografia computadorizada do crânio; PCR- Reação em Cadeia da Polimerase; EOA- emissões otoacústicas; PEATE ou BERA- Potenciais Evocados Auditivos de Tronco Cerebral; ALT ou TGP- alanina aminotransferase; AST ou TGO- aspartato aminotransferase; SD/P/AF - sulfadiazina, pirimetamina e ácido fólico

RESULTADOS DISCORDANTES OU DUVIDOSOS DEVEM SER DISCUTIDOS COM CENTRO DE REFERÊNCIA

GERÊNCIA:

Gerência Executiva de
Vigilância em Saúde

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional
de Vigilância Epidemiológica

NÚCLEO:

Núcleo das Doenças Agudas
Transmissíveis**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*: <input type="checkbox"/> Gestacional <input type="checkbox"/> Congênita <input type="checkbox"/> Adquirida		CID10*: _____
Data do Diagnóstico*: _____		Nº notificação SINAN*: _____
Unidade de Saúde Solicitante / Município*: _____		<input type="checkbox"/> 1ª RETIRADA <input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO DO TRATAMENTO
Dispensação para o período de tratamento de*: <input type="checkbox"/> 29 dias <input type="checkbox"/> 30 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: _____
Data de Nascimento*: _____		CNS*: _____
Se toxoplasmose congênita ou adquirida*		
Nome da Criança ou do Paciente: _____		
Sexo (M/F)*: _____	Nome da Mãe (caso de toxoplasmose 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 Avidéz* () Fraca () Intermediária () Forte	Data da Coleta _____ / _____ / _____	
* O início imediato do tratamento não exclui a obrigatoriedade de realização do exame, obrigatório para gestantes com suspeita de infecção no primeiro trimestre (vide Manual Técnico - interpretação de resultados e condutas para gestantes, página 6)		
PCR5 (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 <u>não antes de 18 semanas de gestação</u>		
Paciente com Neurotoxoplasmose: () Não () Sim. Se sim, anexar laudo de exame de imagem e/ou justificativa médica do diagnóstico*		
<u>Observações pertinentes ao caso</u> (incluindo contraindicação aos esquemas preconizados no Manual Técnico de Orientações Estaduais):		
4 – Tratamento (preencher de acordo com a categoria sinalizada no item 1)*		
Tratamento Prescrito*: <input type="checkbox"/> Espiramicina <input type="checkbox"/> Esquema Tríplice (pirimetamina, sulfadiazina e ácido fólico)		
Medicamentos (comprimidos)	Descrever a posologia (especificar dosagens em mL no caso de formulações que necessitem manipulação)	Nº de cps. liberados
Ácido fólico 15 mg		
Pirimetamina 25 mg		
Sulfadiazina 500 mg		
Espiramicina 500 mg		
5 - PARECER APÓS CONFERÊNCIA*: <input type="checkbox"/> Deferido <input type="checkbox"/> Indeferido <input type="checkbox"/> Devolvido		
Descrever, obrigatoriamente, o motivo do indeferimento/ devolução:		
Dados do Prescritor	Dados do Responsável pela conferência dos documentos	Dados do Responsável pela liberação do medicamento
Nome: _____	Nome: _____	Nome: _____
CRM: _____	Regional de Saúde (UDVE/DIVE): _____	Regional de Saúde (UDAF): _____
Estabelecimento de saúde: _____	Município: _____	
Data: _____ / _____ / _____	Data da conferência: _____ / _____ / _____	Data da dispensação: _____ / _____ / _____
Assinatura do prescritor e carimbo	Assinatura do responsável UDVE/DIVE	Assinatura do responsável pela liberação



GERÊNCIA:

Gerência Executiva de
Vigilância em Saúde

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional
de Vigilância Epidemiológica

NÚCLEO:

Núcleo das Doenças Agudas
Transmissíveis

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 (em conformidade com a Normativa Estadual Vigente)	
Diagnóstico	Tratamento da Toxoplasmose preconizado em Santa Catarina
GESTACIONAL:	
Primeiro trimestre (diagnóstico até a 18ª semana de gestação)	Espiramicina 500 mg. Dose: 2 comprimidos, de 8/8 horas (via oral - jejum). Total: 3 g/dia (6 cps. de espiramicina 500 mg)
Diagnóstico após a 18ª semana de gestação (manter esquema até o parto). Evitar esquema triplice no 1º trimestre (risco teratogênico)	Pirimetamina 25 mg. Dose de ataque: 2 comprimidos, de 12/12 horas, por dois dias (via oral) (8 cps.) Manutenção a partir do 3º dia: 2 comprimidos pirimetamina 25 mg, em dose única diária (via oral) Sulfadiazina 500 mg. Dose: 2 comprimidos, de 8/8 horas (via oral). Total: 3 g/dia (6 cps.) Ácido Folinico 15 mg. Dose: 1 comprimido ao dia (via oral) durante o uso de pirimetamina. Total 15 mg/dia
RECÉM-NASCIDO (RN) TOXOPLASMOSE CONGÊNITA:	
RN Assintomático de mãe com toxoplasmose suspeita ou caso confirmado - <u>Primeiros 2 meses de vida até a definição do diagnóstico</u>	Pirimetamina 2 mg/mL e 1 mg/mL. Comprimidos de 25 mg - para sua administração deve ser manipulado em suspensão oral, dosagem de 2 mg/mL ou 1 mg/mL Dose de ataque: 2 mg/Kg/dia , de 12/12 horas, por dois dias (administrado por via oral) Dose de manutenção: 1 mg/Kg/dia (máximo de 25 mg/dia), uma vez ao dia (via oral) Sulfadiazina 100 mg/mL (manipular para suspensão oral). Dose: 100 mg/Kg/dia , 12/12 horas (via oral) Ácido Folinico (manipulado a partir de cps. de 15 mg, dosagem 10 mg/mL). Dose: 10 mg , nas 2ª, 4ª e 6ª-feiras, manter por uma semana após retirada da pirimetamina (via oral)
RN Assintomático de mãe com toxoplasmose suspeita ou caso confirmado - <u>10 meses de vida subsequentes até completar 1 ano</u>	Pirimetamina (para sua administração deve ser manipulado em suspensão oral, dosagem 1 mg/mL) Dose: 1 mg/Kg/dia (máximo de 25 mg/dia), três vezes por semana (via oral) Sulfadiazina 100 mg/mL (manipular para suspensão oral). Dose: 100 mg/Kg/dia , 12/12 horas (via oral) Ácido Folinico (manipulado a partir de cps. de 15 mg). Dose: 10 mg , 2ª, 4ª e 6ª-feira (via oral)
RN Sintomático - <u>Primeiros 6 meses de vida</u>	Pirimetamina 2 mg/mL. Comprimidos de 25 mg - para sua administração deve ser manipulado em suspensão oral, dosagem de 2 mg/mL ou 1 mg/mL 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/dia), uma vez ao dia (via oral) Sulfadiazina 100 mg/mL (manipular para suspensão oral). Dose: 100 mg/Kg/dia , 12/12 horas (via oral) Ácido Folinico (manipulado a partir de cps. de 15 mg, dosagem 10 mg/mL). Dose: 10 mg , 2ª, 4ª e 6ª- feira, manter por uma semana após retirada da pirimetamina (via oral)
RN Sintomático - <u>6 meses de vida subsequentes até completar 1 ano de idade</u>	Pirimetamina Dose 1 mg/Kg/dia (máximo de 25 mg/dia) (via oral) - três vezes por semana Sulfadiazina 100 mg/mL suspensão oral. Dose: 100 mg/Kg/dia , 12/12 horas (via oral) Ácido Folinico. Dose: 10 mg/mL , 2ª, 4ª e 6ª-feira (via oral) manter por uma semana após retirada da pirimetamina
Obs: Comprometimento do SNC (líquor com proteína > 1g/dL) e/ou ocular, iniciar prednisona: 0,5 mg/kg/dose a cada 12 h, VO, após 48 h de uso da terapêutica específica. Cessando indicação (redução de processo inflamatório), reduzir corticosteroide por 3 semanas, até a suspensão completa	
TOXOPLASMOSE ADQUIRIDA:	
Paciente HIV positivo com neurotoxoplasmose: 6 semanas de tratamento, podendo prolongar a depender da gravidade do quadro	Sulfadiazina 1.000 mg (se peso < 60 Kg) a 1.500 mg (se peso ≥ 60 Kg) via oral, a cada 6 horas Pirimetamina 200 mg no primeiro dia via oral, seguida Pirimetamina 50 mg ao dia (se peso < 60kg) a 75 mg/dia (se peso ≥ 60 kg) via oral Ácido Folinico 15 mg/dia – via oral por seis semanas Sulfametoxazol + Trimetoprima - 25 mg/Kg, 2 vezes ao dia, via oral ou endovenosa
Neurotoxoplasmose em paciente HIV positivo com intolerância ou alergia à sulfadiazina	Clindamicina 600 mg a cada 6 horas + Pirimetamina 200 mg via oral no 1º dia seguida de 50 mg/dia (peso < 60 Kg) a 75 mg/dia (peso ≥ 60 Kg) + Ácido folínico 15 mg/dia via oral. Recomendada-se 6 semanas de tratamento, podendo prolongar a depender da gravidade do quadro
Paciente com toxoplasmose ocular: tempo de tratamento de 30 dias ou mais	Sulfadiazina 1.000 mg (se peso < 60 Kg) a 1.500 mg (se peso ≥ 60 Kg) via oral, a cada 6 horas + Pirimetamina 200 mg , VO, no primeiro dia, seguida de 50 mg/dia (se peso < 60 Kg) a 75 mg/dia (se peso ≥ 60 Kg) + Ácido folínico 15 mg/dia VO, durante duas semanas após a cicatrização da retina OU Sulfametoxazol + Trimetoprima (800 + 160 mg) 1 comprimido, via oral, de 12/12 horas
Paciente com toxoplasmose ocular e alergia à sulfonamida: tempo de tratamento de 30 dias ou mais	Clindamicina 300 mg a cada 6 horas OU Azitromicina 500 mg ao dia ASSOCIADOS OU NÃO À: Pirimetamina 200 mg via oral no 1º dia seguida de 50 mg/dia (se peso < 60 Kg) a 75 mg/dia (se peso ≥ 60 Kg) + Ácido folínico 15 mg/dia via oral em dias alternados durante uso de pirimetamina
Obs: Corticoide oral (sempre associado ao tratamento específico). Interromper o tratamento específico no mínimo 10 dias após o fim do corticoide oral – Válido para todos os casos (uso de prednisona 20 mg ou 5 mg; 0,5 mg/kg/dia)	
Toxoplasmose adquirida e comprometimento visceral (com sintomas graves ou persistentes)	Sulfadiazina 1.000 mg (se peso < 60 Kg) a 1.500 mg (se peso ≥ 60 Kg), via oral, a cada 6 horas + Pirimetamina 200 mg no 1º dia, via oral, seguida Pirimetamina 50 mg/dia (se peso < 60kg) a 75 mg/dia (se peso ≥ 60 kg) via oral + Ácido Folinico 15 mg/dia , via oral, por 4 semanas de tratamento
Paciente com Toxoplasmose adquirida (reativação) em paciente imunossuprimido NÃO HIV	Sulfadiazina 1.000 mg (se peso < 60 Kg) a 1.500 mg (se peso ≥ 60 Kg) via oral a cada 6 horas + Pirimetamina 200 mg no 1º dia, via oral, seguida Pirimetamina 50 mg/dia (se peso < 60kg) a 75 mg/dia (se peso ≥ 60 kg) via oral + Ácido Folinico 15 mg/dia , via oral. Tempo de tratamento de 6 semanas após desaparecimento dos sintomas

OUT/2024

GERÊNCIA:

Gerência Executiva de
Vigilância em Saúde

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional
de Vigilância Epidemiológica

NÚCLEO:

Núcleo das Doenças Agudas
Transmissíveis

FLUXOGRAMA DE SOLICITAÇÃO DOS MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DA TOXOPLASMOSE

