

TOXOPLASMOSE

CID 10: B58 – Toxoplasmose Adquirida

CID 10: O98.6 – Toxoplasmose Gestacional

CID 10: P37.1 – Toxoplasmose Congênita

CARACTERÍSTICAS GERAIS

DESCRIÇÃO

A toxoplasmose é uma zoonose cosmopolita, causada por protozoário. Apresenta quadro clínico variado, desde infecção assintomática a manifestações sistêmicas extremamente graves.

AGENTE ETIOLÓGICO – protozoário *Toxoplasma gondii*.

RESERVATÓRIO

Os hospedeiros definitivos de *T. gondii* são os gatos e outros felídeos. Os hospedeiros intermediários são os homens, outros mamíferos não-felinos e aves.

MODO DE TRANSMISSÃO

O homem adquire a infecção por três vias:

- ✓ Fecal-oral: Ingestão de oocistos provenientes do solo, areia, latas de lixo contaminado com fezes de gatos infectados;
- ✓ Carnivorismo: Ingestão de carne crua e mal cozida infectada com cistos, especialmente carne de porco e carneiro;
- ✓ Transplacentária: via circulação materno-fetal, ocorrendo em 40% dos fetos de mães que adquiriram a infecção durante a gravidez.

Já foi descrito na literatura a transmissão parenteral da toxoplasmose através do uso de sangue e derivados, especialmente a transfusão de leucócitos, assim como através de transplantes de órgãos. Pessoas que trabalham em laboratório podem se auto inocular acidentalmente ao manipular material com *T. gondii* vivo.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO

O período de incubação varia de acordo com a fonte de transmissão, a saber:

- ✓ Ingestão de carne mal cozida: de 10 a 23 dias;
- ✓ Ingestão de oocistos de fezes de gatos: de 5 a 20 dias.

PERÍODO DE TRANSMISSÃO

Não se transmite diretamente de uma pessoa a outra, com exceção das infecções intra-uterinas. Os oocistos expulsos por felídeos esporulam e se tornam infectantes depois de 1 a 5 dias, podendo conservar essa condição por 1 ano.

DEFINIÇÃO DE CASO

GESTANTE

Suspeito:

Infecção aguda provável:

- ✓ IgM e IgG reagentes, baixo índice de avidéz;
- ✓ Aumento progressivo dos títulos de IgM e IgG;
- ✓ IgM reagente com história clínica sugestiva de doença aguda.

Infecção possível:

- ✓ IgM e IgG reagentes com avidéz alta ou indeterminada (> 16 semanas gestacionais);
- ✓ IgM e IgG reagentes, em qualquer idade gestacional, sem teste de avidéz.

Infecção improvável:

- ✓ IgG reagente e IgM reagente ou não com avidéz alta (< 16 semanas gestacionais).

Susceptível

- ✓ IgM e IgG negativos durante a gravidez

Confirmado – toda gestante que apresentar um dos critérios abaixo:

- ✓ Soroconversão durante o período gestacional;
- ✓ Detecção do DNA do toxoplasma em líquido amniótico por PCR.

Descartado – toda gestante que apresentar um dos critérios abaixo:

- ✓ IgG reagente antes da gravidez (exceto em imunodeficientes);
- ✓ IgM reagente, sem aparecimento de IgG (falso positivo).

CRIANÇA

Suspeito - todo recém-nascido de mãe com diagnóstico confirmado ou suspeito de infecção aguda

Confirmado - todo recém-nascido que apresentar um dos critérios abaixo:

- ✓ Detecção de anticorpos IgM e/ou IgA;
- ✓ Persistência de IgG por mais de 12 meses;
- ✓ Aumento do título de IgG específicos;
- ✓ Positividade na inoculação do material biológico suspeito em camundongos ou na PCR do líquido amniótico.

Descartado - todo caso que ocorrer a diminuição dos níveis de IgG específicos.

NOTIFICAÇÃO

TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA

Todo caso suspeito e confirmado de toxoplasmose gestacional ou congênita é de notificação compulsória, devendo ser realizada por qualquer profissional de saúde e encerrada em tempo oportuno (toxoplasmose gestacional – 300 dias e toxoplasmose congênita - 420 dias). Concomitantemente à notificação no SINAN, deverá ser realizada investigação e comunicado à vigilância epidemiológica estadual por meio do preenchimento no FORMSUS da Ficha de Investigação de Toxoplasmose Gestacional e Congênita.

TOXOPLASMOSE ADQUIRIDA

Caso individual - como o agravo não possui ficha de notificação específica disponível, deverá ser registrado na ficha de notificação individual no SINAN e encerrado em tempo oportuno (180 dias).

Surtos - deve ser notificado imediatamente (em até 24 horas) no SINAN por meio da Ficha de Investigação de Surto - DTA (Doenças Transmitidas por Alimentos/Água), conforme Portaria Ministerial nº 204 de 16 de fevereiro de 2016, devendo ser encerrada em tempo oportuno (30 dias).

Além da Ficha de Investigação de Surto - DTA do SINAN, a SMS deverá preencher, se necessário em conjunto com a Vigilância Sanitária (VISA), a Ficha de Notificação de

Caso/Surto de Doenças Transmitidas por Alimentos, a Planilha de Inquérito Coletivo de Surto de Doença Transmitida por Alimento e a Ficha Individual de Investigação de DTA.

As planilhas necessárias para o seguimento da notificação de surto estão disponíveis no site da SES/TO no endereço: <http://saude.to.gov.br/vigilancia-em-saude/doencas-transmissiveis-e-nao-transmissiveis/doencas-de-veiculacao-hidrica-e-alimentar-dvha/>.

A SMS deve comunicar imediatamente por telefone à Área de Assessoramento Estadual das DVHA (3218-3317) ou plantão CIEVS/TO (Disque Notifica) através do telefone 0800 642 7300 / 3218-3599, e-mail: mdda.saude@gmail.com ou notifica.tocantins@gmail.com.

Observação: Todos os surtos identificados (em qualquer serviço de saúde) devem ser notificados no SINAN e investigados. Todos os surtos identificados na UBS de DDA devem ser registrados e inseridos no SIVEP_DDA, além da notificação do SINAN. Portanto, esperam-se mais surtos no SINAN, do que no SIVEP_DDA.

INVESTIGAÇÃO

Organizar o processo de Investigação do Surto, conforme descrito a seguir:

TABELA 1 - INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE CAMPO

Quando Investigar?
Quando a doença é prioritária
Quando a doença excede sua ocorrência usual
Quando a doença parece ter fonte comum
Quando a doença parece ter uma severidade maior que a usual
Quando a doença é nova, emergente ou desconhecida na área
Quando a doença é de interesse público
Quando a doença está relacionada a emergências ou situações de desastres

FONTE: MOPECE, Organização Pan-Americana da Saúde/OMS, 2010.

TABELA 2 - ETAPAS DE UMA INVESTIGAÇÃO DE SURTO

Como Investigar?
1. Confirmar a ocorrência de um surto
2. Organizar o trabalho de campo
3. Estabelecer uma definição de caso
4. Realizar busca ativa de casos
5. Caracterizar o surto em tempo, lugar e pessoa
6. Gerar hipóteses e adotar medidas de controle imediato
7. Avaliar as hipóteses aplicando métodos de análise exploratória
8. Desencadear medidas de controle e prevenção
9. Avaliar as medidas de controle
10. Gerar um relatório técnico da investigação de campo

FONTE: MOPECE, Organização Pan-Americana da Saúde/OMS, 2010.

O relatório final sobre o surto deverá ser finalizado de maneira conjunta, entre os profissionais das vigilâncias (epidemiológicas, sanitária e ambiental, CIEVS e atenção

primária) envolvidas no processo de investigação de surtos. Deverão também ser relatadas todas as instituições/pessoas/autoridades que tiveram participação direta ou indiretamente no processo.

A SMS terá como papel primordial incentivar o uso de hipoclorito de sódio, realizar e articular com os serviços de saúde, ações de educação em saúde de forma permanente, referente principalmente à prevenção da toxoplasmose, além de participar e articular espaços de participação e mobilização social.

ASPECTOS CLÍNICOS

A maioria dos casos de toxoplasmose em indivíduos imunocompetentes é assintomática. No entanto, as manifestações clínicas mais comuns são a linfadenopatia (mais comumente, um único nódulo cervical posterior aumentado), podendo ocasionalmente vir acompanhada de febre, mal-estar, cefaléia, astenia, mialgia, exantema maculo-papular, odinofagia e hepatoesplenomegalia. Encefalite, miocardite e pneumonite raramente ocorrem, com exceção nos pacientes imunocomprometidos.

Nas infecções intrauterinas, a toxoplasmose neonatal varia em severidade no quadro clínico apresentado, sendo que na maioria das vezes essas infecções são assintomáticas no momento do nascimento e, de acordo com o trimestre gestacional da primoinfecção materna, a patogenicidade pode ser:

✓ Infecção materna no primeiro trimestre de gestação: normalmente ocorre morte fetal;

✓ Infecção materna no segundo e terceiro trimestre gestacional: pode ocorrer prematuridade e ocasionar a chamada tétrede de Sabin: microcefalia, retinocoroidite, calcificações cerebrais e deficiência mental. Além de hidrocefalia e outras alterações oculares com graus variáveis de degeneração e edema de retina, lesões vasculares da coróide, neurite óptica, microftalmia, nistagmo, estrabismo e iridociclite.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

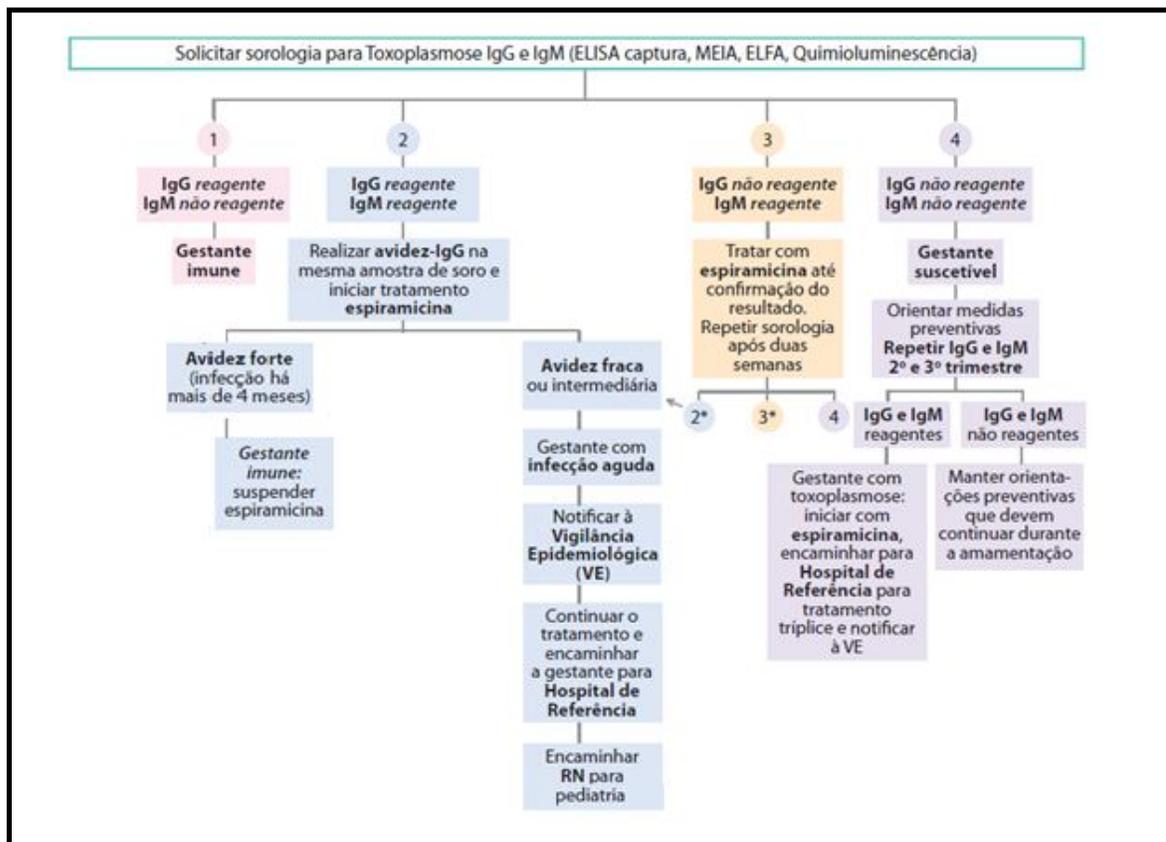
DIAGNÓSTICO MATERNO

Os métodos indiretos, baseados na pesquisa de anticorpos específicos anti-*T. gondii*, são os mais utilizados para o diagnóstico da toxoplasmose e devem ser repetidos

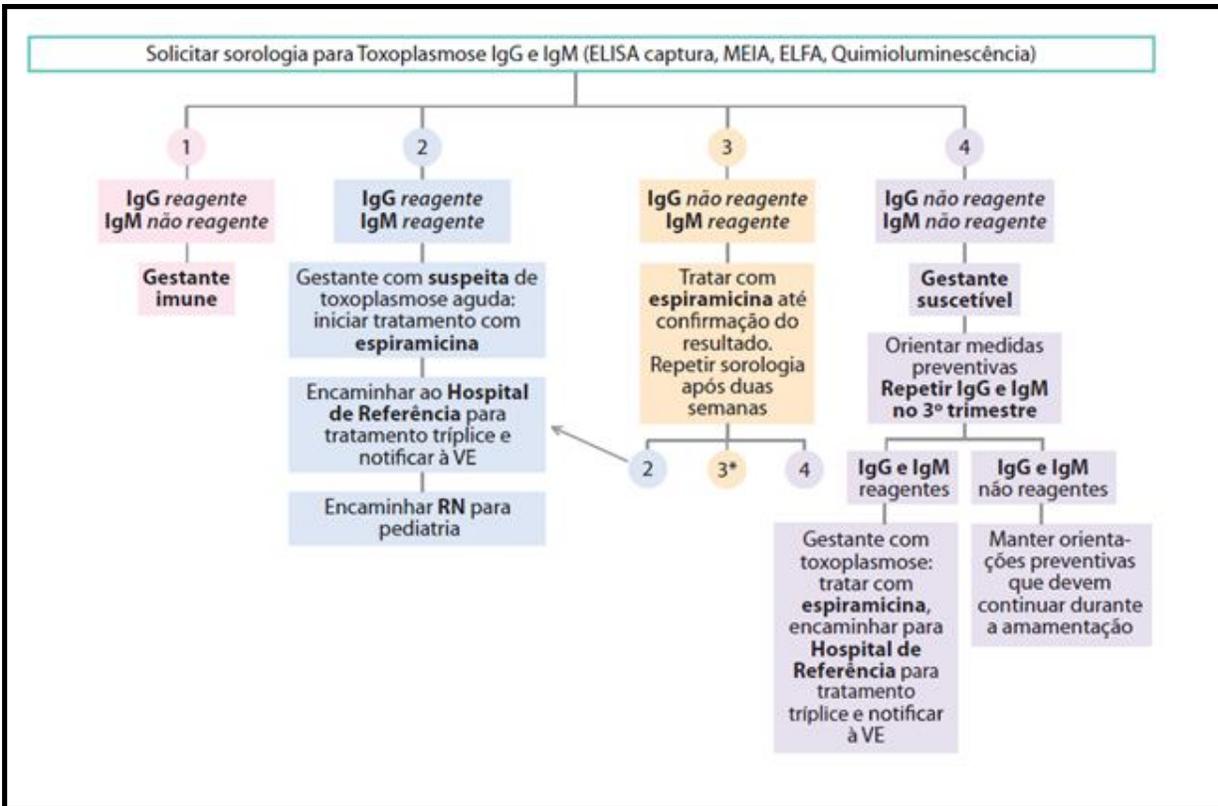
trimestralmente e no momento do parto, nas gestantes susceptíveis.

A gestante que apresentar infecção por *T. gondii*, por meio da pesquisa de anticorpos IgM reagentes, em qualquer trimestre gestacional, deverá ser iniciado o tratamento na Atenção Primária mantendo o acompanhamento na Unidade Básica de Saúde.

A interpretação dos resultados laboratoriais e as condutas para gestante com até 16 semanas de gestação e a partir de 16 semanas de gestação estão indicados conforme algoritmos do Quadro 01 e 02, respectivamente.



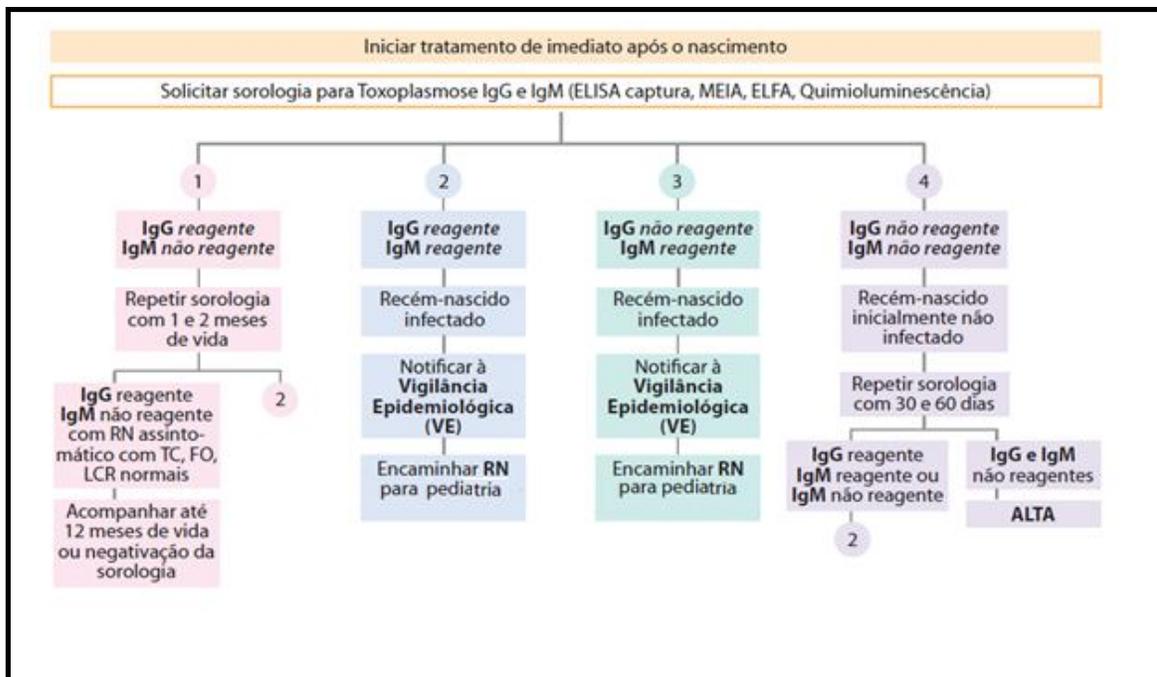
Quadro 01 - Interpretação de resultados e condutas para gestantes com até 16 semanas de gestação.



Quadro 02 – Interpretação de resultados e condutas para gestantes a **partir das 16 semanas de gestação**

DIAGNÓSTICO NA CRIANÇA

Todos as gestantes com diagnóstico confirmado ou suspeito de infecção aguda devem ter seus filhos avaliados ainda na maternidade para se proceder a confirmação da infecção congênita e instituir o tratamento, de acordo com o algoritmo do Quadro 03. A confirmação da infecção é feita com a realização de testes sorológicos em amostras de sangue do recém-nascido (a partir do 5º dia de vida).



Quadro 03 – Interpretação de resultados e conduta para **criança** de mãe com toxoplasmose suspeita ou confirmada

DIAGNÓSTICO DA TOXOPLASMOSE ADQUIRIDA

Baseado na associação das manifestações clínicas com a confirmação por meio de estudos sorológicos, ou da demonstração ou detecção do agente em tecidos ou líquidos corporais, em lâminas coradas por Wright-Giemsa ou imunohistoquímica, a partir de biópsia ou necropsia, testes biomoleculares ou pela identificação de ensaios experimentais em animais e cultivos celulares. O aumento dos níveis de anticorpos da classe IgG acima de 1:2048 indica a presença de infecção ativa, sendo extremamente importante ser acompanhada da testagem para anticorpos da classe IgM em sorologias pareadas. Níveis de anticorpos IgG baixos e estáveis (1:2 a 1:500) podem representar infecções crônicas, passadas ou persistentes. Um teste negativo praticamente descarta uma condição clínica suspeita, fazendo-se necessária nova sorologia para descarte, com 8 a 10 dias após a primeira.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Mononucleose infecciosa, citomegalovírus, malformações congênitas, sífilis, rubéola, herpes, AIDS, Kernicterus, neurocisticercose e outras doenças febris.

ASSISTÊNCIA AO PACIENTE

TRATAMENTO

O tratamento específico nem sempre é indicado nos casos em que o hospedeiro é imunocompetente, porém é altamente recomendado o tratamento em gestantes, recém-nascidos e pacientes imunodeprimidos. **A aquisição e dispensação desses medicamentos para o tratamento da toxoplasmose é de responsabilidade dos municípios.**

TRATAMENTO EM IMUNOCOMPETENTE

O tratamento em imunocompetentes é indicado na vigência de comprometimento de outros órgãos, como coriorretinite e miocardite, e alterações no Sistema Nervoso Central ou alteração no líquor (aumento de proteínas), a fim de encurtar o período sintomático da doença. Os medicamentos de escolha são sulfadiazina associada à pirimetamina.

TRATAMENTO MATERNO

As drogas mais utilizadas no tratamento da toxoplasmose são a espiramicina (indicada no primeiro trimestre de gestação) e a combinação de sulfadiazina e piremetamina, associada ao ácido fólico (indicado para gestantes de idade gestacional superior a 18 semanas), de acordo com o Quadro 04.

Período gestacional	Tratamento
Primeiro trimestre até a 18ª semana	Espiramicina (Rovamicina® comprimidos de 500 mg) Dose: dois comprimidos de 8/8 horas – por via oral (em jejum).
Após a 18ª semana (até o parto): esquema tríplice	Pirimetamina (Daraprin® comprimidos de 25 mg) Dose de ataque: dois comprimidos, de 12/12 horas, por dois dias – por via oral. Dose de manutenção: dois comprimidos, em dose única diária – por via oral.
	Sulfadiazina (Sulfadiazina® comprimidos de 500 mg) Dose: dois comprimidos de 6/6 horas – por via oral.
	Ácido Fólico (Leucovorin® ou manipulado) Dose: um comprimido ao dia – por via oral.

Quadro 04 – Esquema terapêutico para toxoplasmose adquirida na gestação para pacientes com infecção aguda.

TRATAMENTO DA CRIANÇA

O tratamento da criança com toxoplasmose congênita, suspeita ou confirmada, deve ser realizado desde o nascimento, utilizando-se o esquema tríplice, conforme o Quadros 05 e 06. Nos casos confirmados de toxoplasmose congênita o tratamento deve se estender até um ano de idade.

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

Quadro 05 – Esquema terapêutico de criança assintomática de mãe com infecção aguda confirmada ou suspeita na gravidez.

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

Quadro 06 – Protocolo terapêutico de criança com toxoplasmose congênita confirmada.

TRATAMENTO EM IMUNODEPRIMIDOS (NEUROTOXOPLASMOSE)

O tratamento de escolha consiste na associação de sulfadiazina 1.000 mg (peso < 60 Kg) a 1.500 mg (peso ≥ 60 Kg) a cada seis horas e pirimetamina 200 mg no primeiro dia, seguida de 50 mg/dia (peso < 60 Kg) a 75 mg/dia (peso ≥ 60 Kg) + ácido folínico 10 mg/dia por seis semanas.

Em casos de alergia ou intolerância à sulfadiazina, recomenda-se o uso preferencial de clindamicina na seguinte posologia: clindamicina 600 mg oral ou endovenosa a cada seis horas associada a pirimetamina e ácido folínico nas mesmas doses descritas acima. Outra alternativa para tratamento de neurotoxoplasmose é a combinação sulfametoxazol e trimetoprima na dose de 25 mg/Kg de sulfametoxazol duas vezes por dia, endovenosa ou oral.

ACOMPANHAMENTO

GESTANTES

É importante que todas as gestante realizem os testes sorológicos para a pesquisa de anticorpos específicos anti-*T. gondii* na primeira consulta de pré-natal. A gestante que apresentar sororreatividade para toxoplasmose antes da gravidez indica infecção antiga, assim, para estas gestantes não há necessidade de realizar nova sorologia já que o risco de reinfecção é baixo. Porém, caso a gestante não apresente estes anticorpos, além de repetir a sorologia no segundo e terceiro trimestre de gestação, deve receber orientações sobre as medidas preventivas.

CRIANÇA

A toxoplasmose congênita deve ser compreendida no conceito de vigilância à saúde do recém-nascido, em uma abordagem que inicia antes do nascimento da criança, com a atenção à saúde da gestante até a identificação do recém-nascido de risco; captação por parte da equipe da unidade básica de saúde desta criança após alta hospitalar e concomitante seguimento em ambulatório de referência.

É imprescindível que haja:

- ✓ Realização de exame sorológico em todos os recém-nascidos de mães com toxoplasmose suspeita ou confirmada (mensalmente ou a cada dois meses). Se IgG for “não reagente” aos 6 a 8 meses de vida, afasta-se o diagnóstico. Esse exame sorológico é imprescindível, tendo em vista que a maioria dos casos de toxoplasmose congênita é assintomática.

- ✓ Realização de hemograma completo com contagem de plaquetas para controle da toxicidade com a pirimetamina – 1 vez por semana (quando administração diária) e 2 vezes por mês (quando a administração for em dias alternados);

- ✓ Controle de peso semanalmente para adequação das doses;
- ✓ Exame oftalmológico semestrais até 3 anos e a seguir, anualmente;
- ✓ Avaliação auditiva periódica;
- ✓ Avaliação neurológica periódica.

SERVIÇOS DE REFERÊNCIAS

Hospital e Maternidade Pública Dona Regina Siqueira Campos

Fone: (63) 3218-7772

(63) 3218-7728 – NVEH

Hospital e Maternidade Dom Orione
Fone: (63) 3411-8787 (Ramal 2231)
(63) 3411-8787 (Ramal 2316) - NVEH

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

✓ Busca ativa de indivíduos que habitam a mesma residência de um paciente com toxoplasmose, principalmente crianças.

MEDIDAS PREVENTIVAS

- ✓ Lavar as mãos com água e sabão ao manipular alimentos;
- ✓ Lavar bem frutas, legumes e verduras antes de ingeri-las;
- ✓ Evitar a ingestão de carnes cruas, mal cozidas ou mal passadas;
- ✓ Evitar manuseio direto com solo, incluindo jardins, parques, caso seja necessário, usar luvas e lavar bem as mãos após a atividade;
- ✓ Evitar o contato com fezes de gato;
- ✓ Após manusear a carne crua, lavar bem as mãos e toda a superfície que entrou em contato com o alimento, inclusive os utensílios utilizados;

CONTATOS

E-mail: mdda.saude@gmail.com
Fone: (63) 3218-3317