



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Saúde Materno Infantil
Coordenação-Geral de Saúde Perinatal e Aleitamento Materno

NOTA TÉCNICA Nº 100/2022-CGPAM/DSMI/SAPS/MS

1. **ASSUNTO**

1.1. Diretriz nacional para a conduta clínica, diagnóstico e tratamento da Toxoplasmose Adquirida na Gestação e Toxoplasmose Congênita.

2. **ANÁLISE**

2.1. A toxoplasmose congênita é prevalente no Brasil e estima-se que nasçam entre 5 a 23 crianças infectadas a cada 10.000 nascidos vivos (Dubey *et al*, 2012). As mães dessas crianças geralmente não apresentam manifestações clínicas sugestivas da infecção durante a gestação e a maioria das crianças infectadas (cerca de 90%) não apresenta sintomas identificáveis ao nascimento. Contudo, entre 60 a 80% das crianças apresentam alterações oftalmológicas e/ou neurológicas que repercutem com prejuízos variáveis na qualidade de vida (Lago *et al*, 2007; Vasconcelos-Santos *et al*, 2009).

2.2. A maioria dos casos de toxoplasmose pode acontecer sem sintomas ou com sintomas bastante inespecíficos. Mesmo na ausência de sintomatologia, o diagnóstico da infecção aguda na gravidez é importante para a prevenção da toxoplasmose congênita e suas sequelas. Como o diagnóstico clínico do binômio mãe/filho é difícil e o tratamento precoce da criança com toxoplasmose congênita (pré-natal e/ou pós-natal) está associado a menor número e gravidade das sequelas, faz-se necessário utilizar o rastreamento da gestante e da criança suspeitas.

2.3. Durante o pré-natal, orienta-se a realização dos exames para toxoplasmose, IgM e IgG, que devem ser solicitados na primeira consulta, durante o primeiro trimestre gestacional. O objetivo principal do rastreamento é a identificação precoce de gestantes infectadas durante a gestação para tratamento e seguimento, visando a redução da transmissão vertical e infecção fetal, além da identificação das gestantes suscetíveis, para prevenção primária da infecção. Ressalta-se que, toda gestante, independente do resultado da sorologia para toxoplasmose, deve ser orientada para prevenção da infecção.

2.4. A identificação precoce da toxoplasmose durante o pré-natal e da toxoplasmose congênita, preconizada na etapa 1 da Lei 14.154/2021, que amplia o rol mínimo de doenças rastreadas por meio do teste do pezinho, amplia a possibilidade de diagnóstico e início precoce do tratamento.

2.5. O início do tratamento das gestantes até as três semanas após a infecção aguda, minimiza má-formações na vida intrauterina (Wallon *et al*, 2013; Peyron *et al*, 2016) e o tratamento das crianças identificadas até dois meses após o nascimento, está associado à menor ocorrência de danos neurológicos, oftalmológicos e melhor prognóstico (McLeod *et al*, 2006; Brown *et al*, 2009; Maldonado *et al*, 2017).

2.6. Até o momento, o Ministério da Saúde dispõe dos seguintes materiais com orientações sobre o tema: "Caderno de Atenção Básica 32: Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco — 2013", "Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres — 2016", "Protocolo de notificação e investigação: toxoplasmose gestacional e congênita - 2018" e, mais recentemente, o **Manual de Gestação de Alto Risco - 2022**.

2.7. Com o intuito de aprimorar o trabalho das equipes de Atenção Primária à Saúde, com vistas a disseminar informações atualizadas sobre o fluxo de diagnóstico e tratamento da toxoplasmose

gestacional e congênita, foram elaborados materiais visuais de apoio à APS, anexo a esta Nota Técnica.

2.8. Os fluxogramas com orientações para o diagnóstico e tratamento da gestante e do feto/recém-nascidos suspeitos de toxoplasmose congênita foram detalhados segundo as melhores evidências científicas vigentes, que orientam a prática diagnóstica e terapêutica nesses casos (Peyron *et al*, 2016; Maldonado *et al*, 2017; Red Book 2018; Montoya JG, 2018; Peyron *et al*, 2019) e testados na rotina de serviço por dois anos.

2.9. As evidências científicas sobre o tema reforçam a necessidade de início oportuno e adequado do tratamento com vistas a redução do risco de toxoplasmose congênita e de comprometimento grave da saúde da mulher e da criança.

3. CONCLUSÃO

3.1. Considerando a importância desta doença, com elevado risco de acometimento fetal e suas manifestações clínicas, indica-se a condução dos casos, utilizando os anexos descritos nesta nota técnica:

- a) Fluxograma Tratamento Gestantes (0029908748);
- b) Quadro Tratamento Gestantes (0029908749);
- c) Fluxograma Conduta e Tratamento do Recém-Nascido (0029908750).

4. BIBLIOGRAFIA

1. American Academy of Pediatrics. Toxoplasmosis. In: Red Book. Report of Committee on Infectious Diseases. 31st edition. 2018.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
3. Brown ED, Chau JK, Atashband S, Westerberg BD, Kozak FK. A systematic review of neonatal toxoplasmosis exposure and sensorineural hearing loss. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2009; 73(5):707-11.
4. Carellos EVM, Andrade GMQ, Vasconcelos-Santos DV, Januario JN, Romanelli RMC, Abreu MNS, et al. Adverse Socioeconomic Conditions and Oocyst-Related Factors Are Associated with Congenital Toxoplasmosis in a Population-Based Study in Minas Gerais, Brazil. *PLoS ONE*. 2014;9(2): e88588.
5. Dubey JP; Lago EG; Gennari SM; Su C; Jones JL. Toxoplasmosis in humans and animals in Brazil: high prevalence, high burden of disease, and epidemiology. *Parasitology (London. Print)*. 2012; 2012:1-50.
6. Lago E. G., Bender A.L., Glock L., et al. Comparison of anti-Toxoplasma gondii IgG concentrations at delivery in uninfected newborns and their mothers. *Scientia Medica*. 2004; 14(2):109-200.
7. Maldonado YA, Read JS, AAP Committee on Infectious Diseases. Diagnosis, Treatment, and Prevention of Congenital Toxoplasmosis in the United States. *Pediatrics*. 2017;139(2):e20163860.
8. McLeod R, Boyer K, Karrison T, Kasza K, Swisher C, Roizen N et al. Outcome of treatment for congenital toxoplasmosis, 1981–2004: The National Collaborative Chicago-based, Congenital Toxoplasmosis Study. *Clin Infect Dis* 2006; 42: 1383–1394.
9. Melamed J, Eckert GU, Spadoni VS, Lago EG, Uberti F. Ocular manifestations of congenital toxoplasmosis. *Eye*. 2010; 24, 528–534.
10. Montoya JG. Systematic screening and treatment of toxoplasmosis during pregnancy: is the glass half-full or half empty? *Am J Obstet Gynecol*, 2018. 219(4): 315-319.
11. Montoya J.G. Laboratory Diagnosis of Toxoplasma gondii Infection and Toxoplasmosis. *The Journal of Infectious Diseases*. 2002;185(Suppl 1):S73–82
12. Montoya JG, Remington JS. Management of Toxoplasma gondii. Infection during pregnancy. *Clin Infect Dis* 2008; 47:554–66.
13. Palmeira P, Quinello C., Silveira-Lessa A.L. et al.: IgG placental transfer in healthy and pathological pregnancies. *Clin Dev Immunol*. 2012:9856-46.
14. Peyron et al. Maternal and Congenital Toxoplasmosis: Diagnosis and Treatment Recommendations of a French Multidisciplinary Working Group. *Pathogens* 2019, 8, 24.
15. Peyron F, Wallon M, Kieffer F, Garweg J. Toxoplasmosis. In: Wilson CB, Nizet V, Maldonado YA, Remington JS, Klein JO. Remington and Klein's Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant. 8th ed. 2016: 949-1042.

16. Wallon M, Peyron F, Cornu C, et al. Congenital Toxoplasma infection: monthly prenatal screening decreases transmission rate and improves clinical outcome at age 3 years. Clin Infect Dis. 2013;56(9):1223-31.
17. Vasconcelos-Santos DV, Azevedo DOM, Campos WR, Orefice F, Queiroz-Andrade GM, Carellos EVM, et al. Congenital Toxoplasmosis in Southeastern Brazil: Results of Early Ophthalmologic Examination of a Large Cohort of Neonates. Ophthalmology. 2009;116:2199-205.



Documento assinado eletronicamente por **Janini Selva Ginani, Coordenador(a)-Geral de Saúde Perinatal e Aleitamento Materno**, em 26/10/2022, às 18:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Lana de Lourdes Aguiar Lima, Diretor(a) do Departamento de Saúde Materno Infantil**, em 26/10/2022, às 19:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Raphael Camara Medeiros Parente, Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 08/11/2022, às 15:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0029908746** e o código CRC **427F9E41**.