



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Coordenação-Geral de Ciclos da Vida
Coordenação de Saúde das Mulheres

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

1. ASSUNTO

1.1. Trata-se de Nota Técnica que apresenta fluxograma de diretriz Nacional, para a condução clínica do diagnóstico e tratamento da Toxoplasmose Gestacional e Congênita.

2. ANÁLISE

2.1. A toxoplasmose congênita é prevalente no Brasil e estima-se que nasçam entre 5-23 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 ao nascimento. Mas, se essas crianças são investigadas, entre 60-80% apresentam alterações oftalmológicas e/ou neurológicas, com prejuízos variáveis na sua qualidade de vida (*Lago et al, 2007; Vasconcelos-Santos et al, 2009*). O início precoce do tratamento, principalmente até três semanas após a infecção aguda na vida intrauterina (*Wallon et al, 2013; Peyron et al, 2016*), ou 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*).

2.2. 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. O objetivo do acompanhamento Pré-Natal é assegurar o bom desenvolvimento da gestação, favorecendo um bom parto e o nascimento de um bebê saudável, sem impacto negativo para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas. No contexto da assistência integral à saúde da mulher, a assistência pré-natal deve ser organizada para atender às reais necessidades da população de gestantes, mediante a utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios e recursos disponíveis mais adequados para cada caso, garantindo a continuidade no atendimento, no acompanhamento e na avaliação do impacto destas ações sobre a saúde materna e perinatal.

2.4. A assistência Pré-Natal adequada, com a detecção e a intervenção precoce das situações de risco, é determinante importante dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê. Durante o Pré-Natal orienta-se a realização dos exames para toxoplasmose IgM e IgG, que devem ser solicitados na primeira consulta.

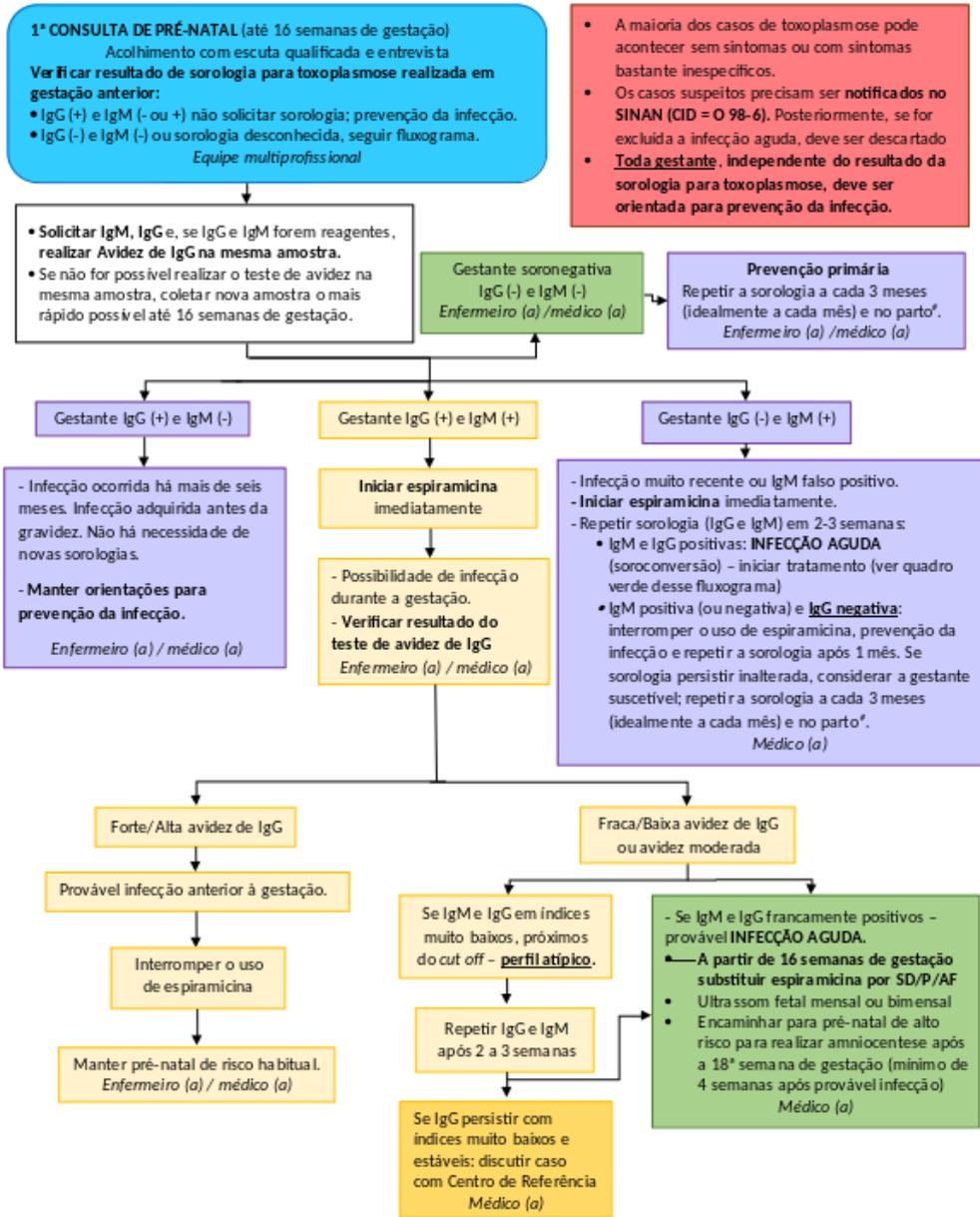
2.5. O objetivo principal do rastreamento é a identificação precoce de gestantes infectadas durante a gestação para tratamento e seguimento, visando a redução da transmissão vertical e infecção fetal, além da identificação das suscetíveis, para prevenção primária da infecção.

2.6. 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.

2.7. Até o momento, o Ministério da Saúde publicou materiais com orientações sobre o tema: **“Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério – atenção qualificada e humanizada - 2006”**, **“Manual de Atenção à Gestação de Alto Risco - 2012”** e **“Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres - 2016”**.

2.8. As recomendações para manejo clínico dos casos de toxoplasmose aguda encontram-se em processo de apreciação interna com vistas à atualização. As evidências científicas sobre o tema reforçam a necessidade de antecipação no início do tratamento à gestante com vistas a reduzir a toxoplasmose congênita.

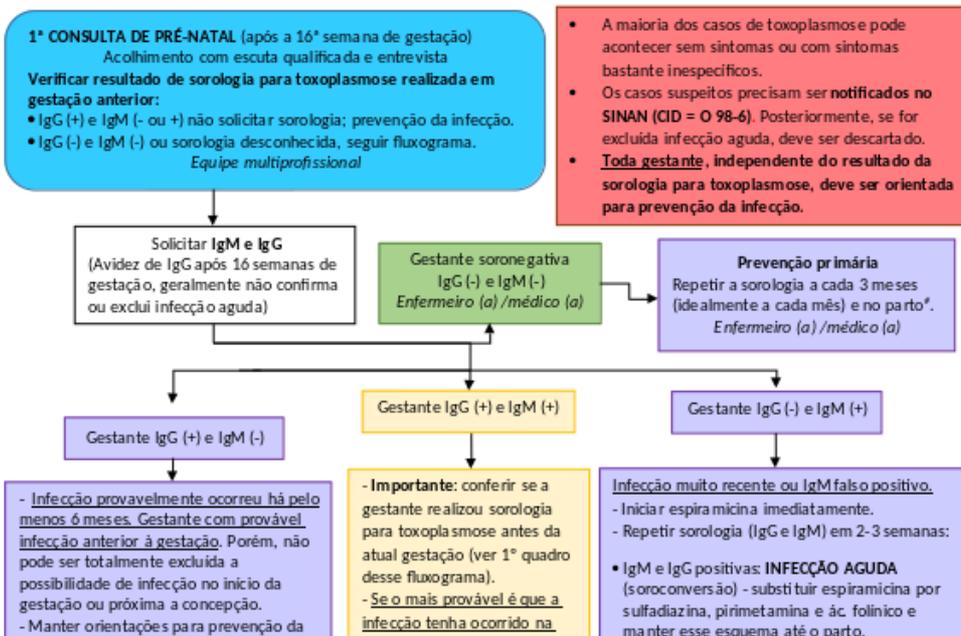
2.9. Desta forma, indica-se que até a publicação de nova diretriz nacional para manejo da Toxoplasmose Gestacional e Congênita, por este Ministério da Saúde, seja utilizado o seguinte fluxo para diagnóstico e tratamento:



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

FIGURA 1 - Fluxograma da triagem da toxoplasmose no pré-natal: primeira sorologia realizada até 16 semanas de gestação (Peyron et al, 2016)



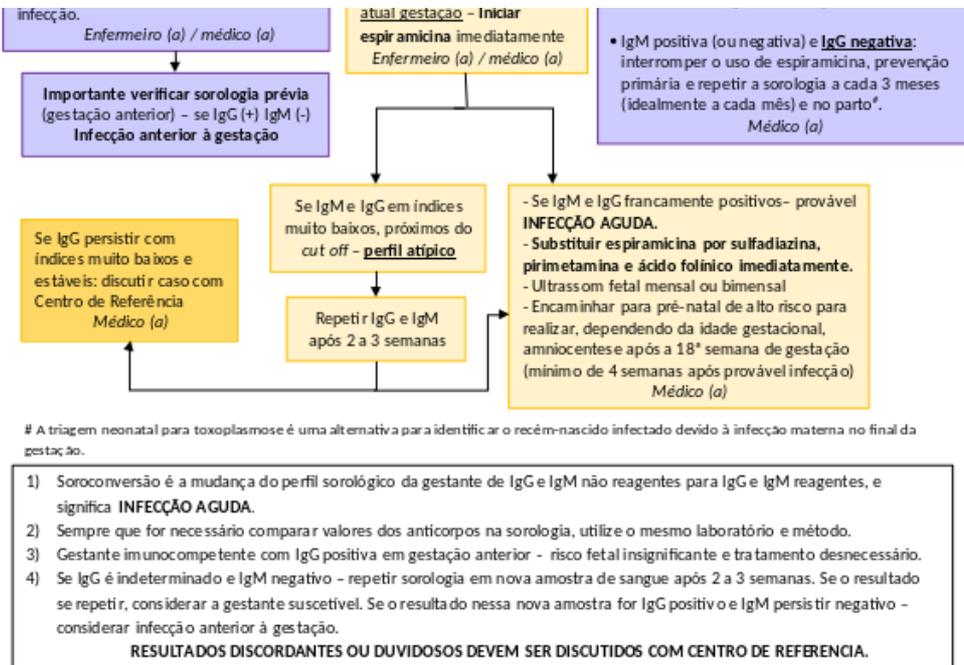
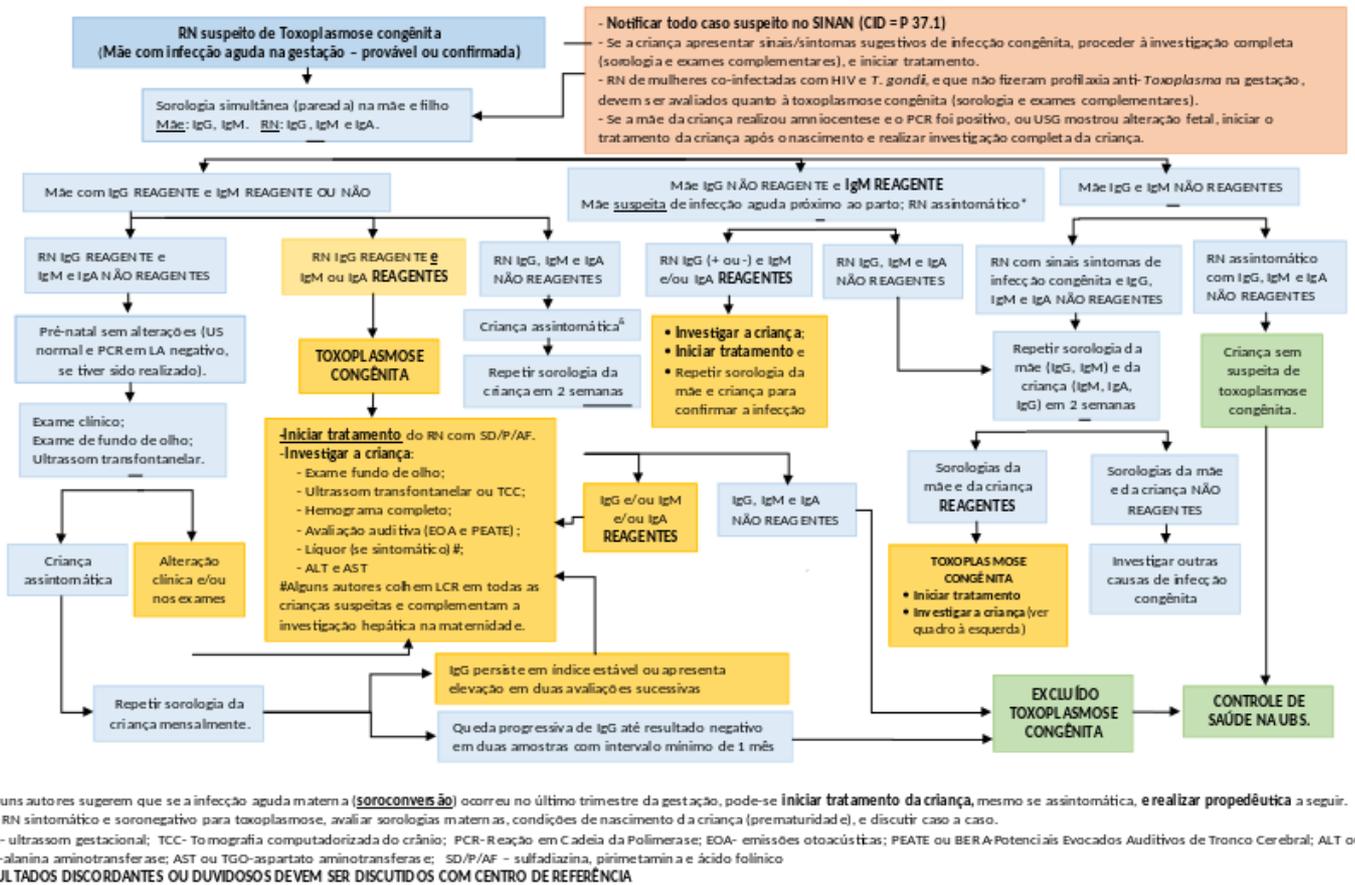


FIGURA 2 - Fluxograma da triagem da toxoplasmose no pré-natal: primeira sorologia realizada com mais de 16 semanas de gestação (Peyron et al, 2016)

2.10. Nesse contexto os manuais de manejo do binômio mãe/filho suspeitos de infecção pelo *Toxoplasma gondii*, Os fluxogramas com orientações para o diagnóstico e tratamento da gestante e do feto/recém-nascido suspeitos de toxoplasmose congênita foram elaborados de acordo com as melhores evidências científicas vigentes que orientam a prática diagnóstica e terapêutica desses casos (Peyron et al, 2016; Maldonado et al, 2017; Red Book 2018; Montoya JG, 2018; Peyron et al, 2019).



* Alguns autores sugerem que se a infecção aguda materna (seroconversão) ocorreu no último trimestre da gestação, pode-se iniciar tratamento da criança, mesmo se assintomática, e realizar propedêutica a seguir.
 # Se RN sintomático e soronegativo para toxoplasmose, avaliar sorologias maternas, condições de nascimento da criança (prematurnidade), 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 REFERENCIA

FIGURA 3 - Fluxograma de avaliação e condutas na maternidade para o recém-nascido suspeito de toxoplasmose congênita (Maldonado et al, 2017)

3. CONCLUSÃO

3.1. Considerando portanto, a importância deste agravo com elevado risco de acometimento fetal e suas manifestações clínicas, na presença das indicações de tratamento acima citados, indica-se a condução dos casos, utilizando os fluxogramas descritos nesta nota técnica.

3.2. Outras complementações das orientações contidas nesta Nota Técnica, farão parte da atualização dos manuais deste Ministério em tempo oportuno.

4. BIBLIOGRAFIA

American Academy of Pediatrics. Toxoplasmosis. In: Red Book. Report of Committee on Infectious Diseases. 31st edition. 2018.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

Melamed J, Eckert GU, Spadoni VS, Lago EG, Uberti F. Ocular manifestations of congenital toxoplasmosis. *Eye*. 2010; 24, 528–534.

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.

Montoya J.G. Laboratory Diagnosis of Toxoplasma gondii Infection and Toxoplasmosis. *The Journal of Infectious Diseases*. 2002;185(Suppl 1):S73–82

Montoya JG, Remington JS. Management of Toxoplasma gondii. *Infection during pregnancy*. *Clin Infect Dis* 2008; 47:554–66.

Palmeira P, Quinello C., Silveira-Lessa A.L. et al.: IgG placental transfer in healthy and pathological pregnancies. *Clin Dev Immunol*. 2012:9856-46.

Peyron et al. Maternal and Congenital Toxoplasmosis: Diagnosis and Treatment Recommendations of a French Multidisciplinary Working Group. *Pathogens* 2019, 8, 24.

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.

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.

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 **Flávia Andrade Fialho, Coordenador(a) de Saúde das Mulheres**, em 15/05/2020, às 19:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Danilo Campos da Luz e Silva, Coordenador(a)-Geral de Ciclos da Vida, Substituto(a)**, em 19/05/2020, às 11:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria Dilma Alves Teodoro, Diretor(a) do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Substituto(a)**, em 19/05/2020, às 14:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); 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 **0014746811** e o código CRC **27CB4454**.

Referência: Processo nº 25000.063896/2020-11

SEI nº 0014746811

Coordenação de Saúde das Mulheres - COSMU
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br