



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.

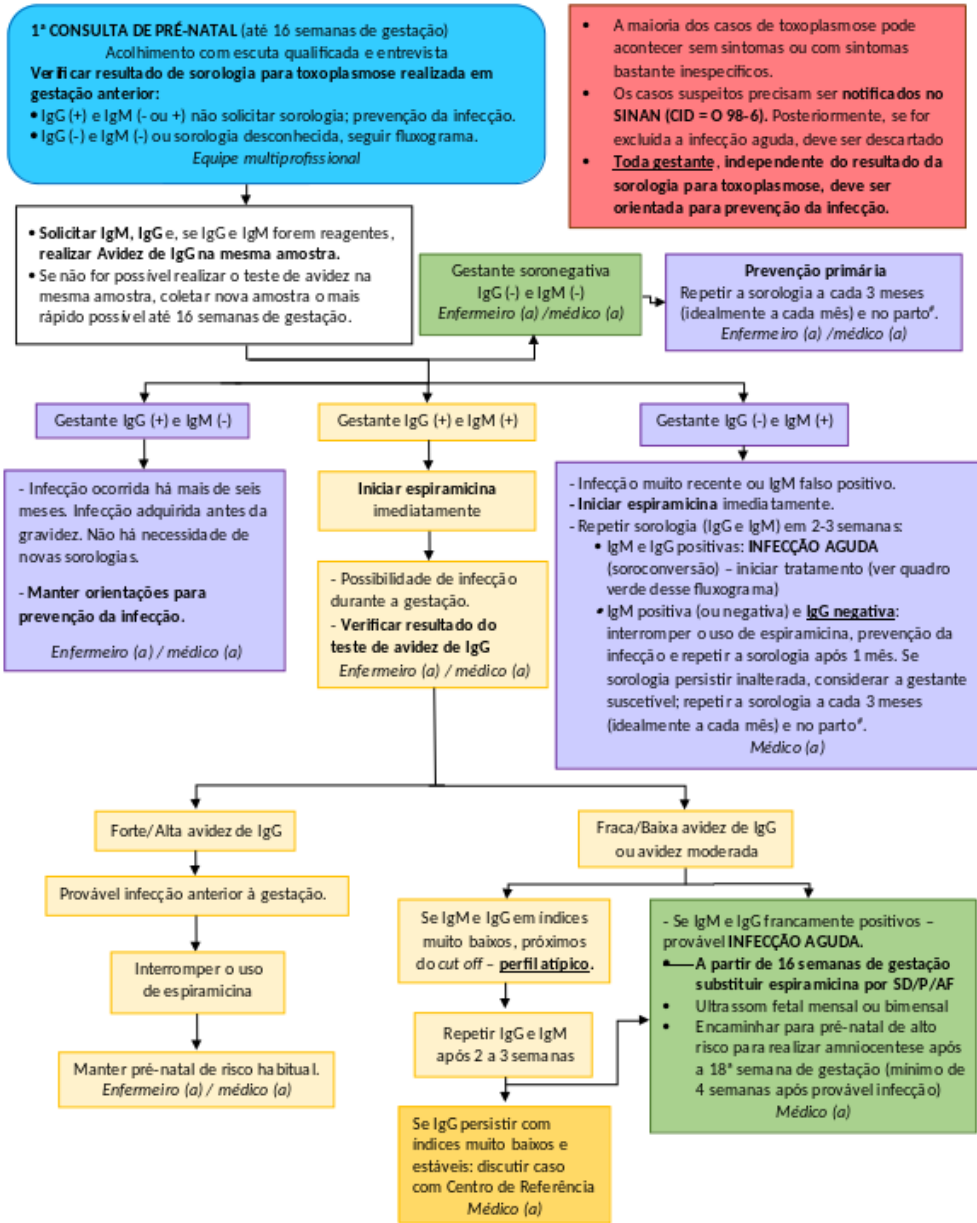
2.6. A maioria dos casos de toxoplasmose pode acontecer sem sintomas ou com sintomas bastante inespecíficos. Mesmo na ausência de sintomatologia, o diagnóstico da infecção aguda na gravidez é importante para a prevenção da toxoplasmose congênita e suas sequelas.

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:

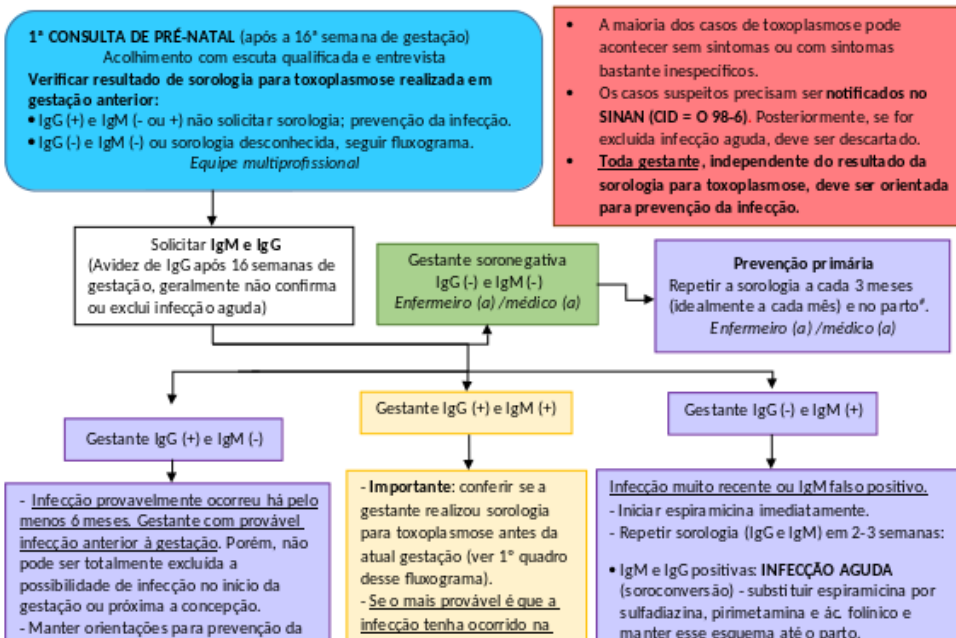




# A triagem neonatal para toxoplasmose é uma alternativa para identificar o recém-nascido infectado devido à infecção materna no final da gestação.

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)



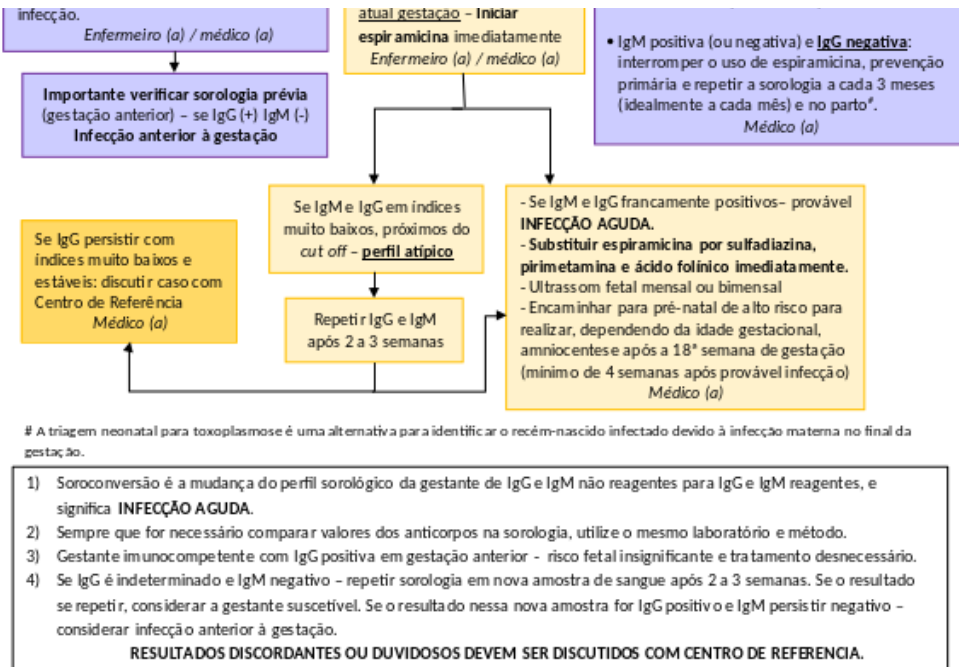


FIGURA 2 - Fluxograma da triagem da toxoplasmose no pré-natal: primeira sorologia realizada com mais de 16 semanas de gestação (Peyron et al, 2016)

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).

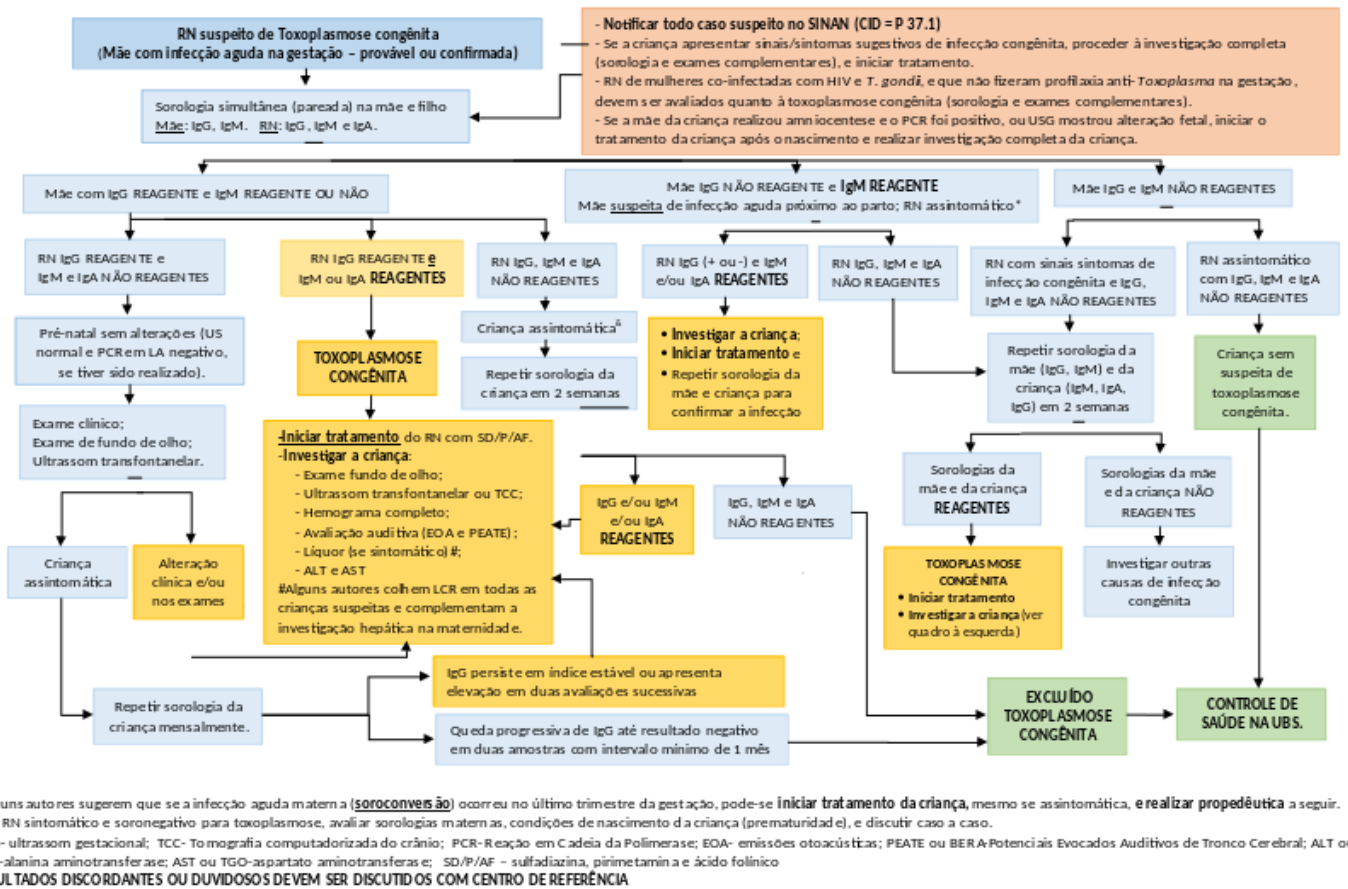


FIGURA 3 - Fluxograma de avaliação e condutas na maternidade para o recém-nascido suspeito de toxoplasmose congênita (Maldonado et al, 2017)

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.

Carellós 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, Carellós 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](#).

Documento assinado eletronicamente por **Daniela de Carvalho Ribeiro, Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde**,



**Substituto(a)**, em 25/05/2020, às 21:55, 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](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