



SECRETARIA MUNICIPAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA
NÚCLEO DE GOVERNANÇA CLÍNICA
SAÚDE DA MULHER

Tipo do documento	Protocolo Multidisciplinar	PCMTG/SAS	Versão: 1
		Pág.: 10	Nº12
Título do documento	Protocolo de Manejo de Toxoplasmose Gestacional	Data de emissão: 10/02/2021	
		Revisão: 10/02/2022	

1. Introdução:

A toxoplasmose é uma doença parasitária encontrada principalmente nos países tropicais. Sua infecção não apresenta sintomas na grande maioria dos casos, porém está associada a grande morbidade durante a gestação.

O *Toxoplasma gondii*, agente etiológico da toxoplasmose, é um protozoário intracelular obrigatório que apresenta ciclo evolutivo com três formas principais sendo todas elas dotadas de competência para realizar a infecção. O hospedeiro definitivo do parasita são os felinos. Os outros animais, incluindo o homem, são hospedeiros intermediários. As principais vias de transmissão são: oral e “vertical” ou seja, transplacentária.

O risco de infecção fetal e a gravidade do acometimento estão relacionados a idade gestacional na infecção aguda materna. Quanto maior a idade gestacional, maior o risco de transmissão vertical e infecção fetal; no início da gravidez a infecção é menos frequente, mas pode levar ao abortamento ou sequelas graves.

A maioria dos casos de toxoplasmose é assintomática ou apresenta sintomas bastante inespecíficos, comuns a outras doenças como dengue, citomegalovírus ou mononucleose infecciosa. Mesmo na ausência de sintomatologia, o diagnóstico da infecção pelo *Toxoplasma gondii* na gravidez é extremamente importante, tendo como objetivo principal a prevenção da toxoplasmose congênita e suas sequelas.



As principais alterações fetais são: ventriculomegalia, microcefalia, calcificações intracranianas, hepatoesplenomegalia, ascite, catarata, hidropsia. O quadro clínico é encontrado em um terço dos casos e a ausência de alterações ultrassonográficas não exclui a doença.

Em relação aos recém-nascidos, a maioria não apresenta sintomas ao nascimento. Em grande parte das crianças afetadas, as sequelas são tardias, sendo a mais comum retinocoroidite que acomete até 70% dos infectados, e também, crises convulsivas e retardo cognitivo.

O diagnóstico durante a gravidez é realizado pela triagem sorológica, que no Brasil deve ser universal para todas as gestantes, devido à alta prevalência. O objetivo principal do rastreamento, na primeira consulta – no primeiro trimestre, é a identificação de gestantes suscetíveis para acompanhamento durante a gestação e adoção de medidas de prevenção primária; e detecção precoce dos casos positivos para prevenir a transmissão fetal, e proporcionar o tratamento. **Os casos confirmados devem ser encaminhados ao pré-natal de alto risco.**

2. Objetivo Geral

Este protocolo visa implementar ação de vigilância integrada da toxoplasmose gestacional em Aparecida de Goiânia, de acordo com as diretrizes já adotadas pelo Ministério da Saúde:

2.1 Objetivos Específicos

- Detectar precocemente os casos de toxoplasmose aguda na gestação, a fim de proporcionar o tratamento adequado com o objetivo de prevenir a transmissão fetal;
- Padronizar as orientações relacionadas à notificação e à investigação dos casos de Toxoplasmose Gestacional, em conformidade com os protocolos nacionais e estaduais e com as legislações vigentes;
- Divulgar os instrumentos, fluxos e orientações para notificação das formas gestacional e congênita.



3. Diagnóstico da Infecção Materna

Na **gestação**, deverá ser realizado o **rastreamento sorológico, na primeira consulta, no primeiro trimestre de gravidez**, ou a qualquer momento quando da entrada da paciente no pré-natal.

No estado de Goiás, este rastreamento é realizado de forma universal, para todas as gestantes, através do Teste da Mamãe, colhido nas Unidades Básicas de Saúde e\ou Ambulatórios de Pré-natal, e encaminhados ao laboratório da APAE.

Os exames sorológicos na gravidez se baseiam na identificação de anticorpos das classes IgG e IgM, por meio de diferentes técnicas, como ELISA e Imunofluorescência Indireta, bem como no teste de avidéz da IgG.

O teste da mamãe é realizado com gota de sangue em papel filtro e utilizado método ELISA para identificação dos anticorpos.

3.1 Interpretação dos Resultados

- Gestantes com IgG NEG e IgM NEG = são consideradas suscetíveis a infecção.
- Gestantes com IgG POS e IgM NEG = são consideradas “ imunes ”
- Gestantes com IgG NEG e IgM POS = tem infecção recente-aguda (ou falso IgM positivo)
- Gestantes com IgG POS e IgM POS = tem provável infecção aguda ou recente e deverão realizar teste de avidéz IgG, na mesma amostra de soro.

3.2 Teste de Avidéz de Ig G

Alguns indivíduos apresentam títulos de IgM residual por toda a vida, mesmo após ter passado a fase aguda da doença, e o IgG sempre denota que a infecção ocorreu, portanto, nos casos de IgG positivo e IgM positivo, para descartar ou confirmar infecção recente, ou que ocorreu nos últimos três meses ou 14 semanas, deve-se solicitar o teste de avidéz da IgG.

Para interpretação é necessário observar valores referenciais do kit laboratorial utilizado, porém no geral:

- se Avidéz IgG \geq que 60% significa alta avidéz = doença ocorreu há mais de três meses

- se Avidéz IgG \leq que 30% significa baixa avidéz = doença aguda ou recente

- se Avidéz entre 30 e 60% significa avidéz intermediária = considerar doença aguda ou recente.



4. Interpretação e conduta dos resultados de IgM e IgG na primeira consulta (primeiro trimestre de gravidez)

Resultados	Interpretação	Conduta
IgG positivo IgM negativo	- Imunidade (não definitiva); - Infecção antiga ou crônica.	- Seguir rotina de pré-natal de risco habitual.
IgG negativa IgM negativo	<u>Suscetibilidade</u>	- Orientações de prevenção primária; - Repetir sorologia no segundo e terceiro trimestre;
IgG negativo IgM positivo	- Infecção muito recente ou falso IgM positivo. <u>(Caso suspeito)</u>	-Repetir sorologia em 2 semanas - Se IgG positivar= infecção na gravidez, então notificar e encaminhar.
IgG positivo IgM positivo	- Possibilidade infecção durante a gestação atual.	Realizar teste de avides de IgG: - Avides alta= infecção adquirida antes da gestação. -Avides baixa= infecção na gestação.

4.1 Interpretação e conduta da primeira sorologia colhida após 16 semanas de gestação

Resultados	Interpretação	Conduta
IgG positivo IgM negativo	- Imunidade (não definitiva); - Infecção antiga ou crônica.	- Seguir rotina de pré-natal de risco habitual.
IgG negativa IgM negativo	<u>Suscetibilidade</u>	- Orientações de prevenção primária; - Repetir sorologia no segundo e terceiro trimestre;
IgG negativo IgM positivo	- Infecção muito recente ou falso IgM positivo.	Notificar e encaminhar ao Pré – Natal de Alto Risco (PNAR)
IgG positivo IgM positivo	- Infecção durante a gestação atual	



4.2 Sorologias subsequentes na gestante inicialmente suscetível

Resultados	Interpretação	Conduta
IgG negativo IgM negativo	Mantém suscetibilidade	- Manter orientações de prevenção primária;
IgG positivo IgM negativo	Possível falso IgG negativo em exame anterior- considerar paciente "imune".	- Manter pré-natal risco habitual e orientações;
IgG positivo IgM positivo ou IgG negativo IgM positivo	- Infecção Recente (toxoplasmose na gestação). (SOROCONVERSÃO)	- Notificar; - Encaminhar ao PNAR.

5. Profilaxia e tratamento

5.1- Gestantes IgG positivo e IgM negativo

- Gestantes imunocompetentes não necessitam de novas intervenções;
- Seguir em pré-natal de risco habitual;
- Nos casos de imunossupressão, como nas portadoras do HIV, há risco de reativação da doença com possível transmissão vertical e essas pacientes devem ser avaliadas individualmente, com infectologista.

5.2 Gestantes IgG negativo e IgM negativo

- Gestantes suscetíveis: devem ter a sorologia repetida, pelo menos mais duas vezes durante o pré-natal, para verificar possível soroconversão
- Orientações quanto as medidas higienodietéticas:
 - Não comer carne crua ou malpassada;
 - Dar preferência às carnes previamente congeladas;
 - Não comer ovos crus ou malcozidos;
 - Beber água filtrada;
 - Usar luvas para manipular alimentos e carnes cruas;
 - Não usar a mesma faca para cortar carnes, vegetais e frutas;
 - Lavar bem frutas, verduras e legumes;
 - Evitar contato com fezes de gatos;



- Alimentar gatos domésticos com rações comerciais;
- Fazer limpeza diária com água fervente do recipiente em que os gatos depositam suas fezes;
- Usar luvas ao manusear a terra ou jardim.

5.3 Gestantes IgG negativo e IgM positivo

- Gestantes consideradas casos suspeitos;
- Repetir sorologia em 2 semanas;
- Iniciar profilaxia com Espiramicina, via oral, na dose de 3g/dia (1g de 8/8 horas = 2 comprimidos de 500mg ou de 1.500.000UI de 8/8 horas) e manter até o resultado.
- Se o resultado da nova sorologia for: IgG não reagente e IgM reagente (ou seja, não aparecer o IgG, mesmo mantendo IgM reagente), isto significa FALSO POSITIVO PARA IGM e deve-se suspender a espiramicina e voltar ao pré-natal normal.
- **Se IgG der positiva no novo resultado**, este quadro é de infecção aguda: manter a espiramicina e orientar a gestante sobre a realização de amniocentese (realizada a partir de 18 sem na APAE);
- Se amniocentese acusar infecção fetal, o tratamento deverá ser instituído com: (e ser mantido até o parto);
 - Sulfadiazina 500mg, 2 comprimidos VO a cada 8 horas
 - Pirimetamina 25mg, 1 comprimido VO a cada 12 horas
 - Ácido fólico 15mg, 1 comprimido VO ao dia
- Realizar o controle materno com hemograma a cada duas semanas (alta toxicidade das drogas utilizadas com risco de alterações como anemia megaloblástica, e nesses casos o tratamento deve ser suspenso e substituído pela profilaxia com Espiramicina)
- Realizar USG obstétrica a cada 15 ou 20 dias para pesquisar alterações fetais, tais como calcificações cerebrais, e sinais de anemia fetal, como hidropsia.
- Exames de vitalidade fetal deverão ser solicitados a critério do obstetra do alto risco.



- A via de parto é de indicação obstétrica e não há contraindicação a amamentação. Placenta e sangue de cordão podem ser encaminhados para realização de sorologia e PCR.

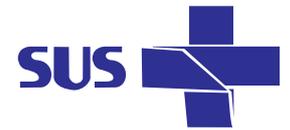
5.4 Gestantes IgG positivo e IgM positivo

- Quadro de possível infecção aguda;
- Realizar coleta de sangue periférico para nova dosagem de anticorpos por outro método e realizar teste de avidéz de IgG (se até 16 semanas)
- Se alta avidéz – considerar paciente imune e seguir pré-natal habitual;
- Se baixa avidéz ou avidéz intermediária – considerar infecção aguda e iniciar espiramicina até a realização de amniocentese.
- Se IG maior que 16 semanas, considerar infecção aguda, iniciar espiramicina e encaminhar para realização de amniocentese.
- Se amniocentese acusar infecção fetal, o tratamento deverá ser instituído com: (e ser mantido até o parto) – neste caso suspender espiramicina.
 - Sulfadiazina 500mg, 2 comprimidos VO a cada 8 horas
 - Pirimetamina 25mg, 1 comprimido VO a cada 12 horas
 - Ácido folínico 15mg, 1 comprimido VO ao dia
- Realizar o controle materno com hemograma a cada duas semanas (alta toxicidade das drogas utilizadas com risco de alterações como anemia megaloblástica, e nesses casos o tratamento deve ser suspenso e substituído pela profilaxia com Espiramicina);
- Se resultado de amniocentese for negativo para infecção fetal, manter espiramicina até o parto.
- Realizar USG obstétrica a cada 15 ou 20 dias para pesquisar alterações fetais, tais como calcificações cerebrais, e sinais de anemia fetal, como hidropsia;
- Exames de vitalidade fetal deverão ser solicitados a critério do obstetra do alto risco;
- A via de parto é de indicação obstétrica e não há contraindicação a amamentação. Placenta e sangue de cordão podem ser encaminhados para realização de sorologia e PCR.



6. Notas Importantes

- No Estado de Goiás, o teste da mamãe é realizado com gota de sangue em papel filtro e utilizado método ELISA para identificação dos anticorpos. Se nas primeiras 16 semanas gestacionais o primeiro exame solicitado detectar anticorpos IgG e IgM reagentes, é realizado a busca ativa da paciente para coleta de sangue periférico, no qual se repete a dosagem dos anticorpos por outro método (imunofluorescência indireta) nesse caso é realizado teste de avidéz de IgG na mesma amostra de soro.
- Não devem ser realizados exames de avidéz após a 16ª semana de gestação pois a avidéz alta não descarta a infecção adquirida durante a gestação.
- Espiramicina não atravessa barreira placentária e pode ser prescrita desde o primeiro trimestre até o parto, se indicado.
- As drogas do esquema tríplice só podem ser prescritas após 16 semanas e mantidas até o parto, se indicadas.
- O uso da Espiramicina em gestantes no quadro agudo de toxoplasmose pode reduzir em até 50% a transmissão vertical. Portanto, todas as gestantes com diagnóstico de infecção aguda ou aguardando confirmação devem receber a profilaxia.
- Amniocentese pode ser realizada de 18 a 32 semanas – assim, nos casos de soroconversão acima de 32 semanas, o tratamento com esquema tríplice deve ser iniciado mesmo sem a confirmação da infecção fetal, devido ao alto risco de transmissão vertical.
- Quando houver quadro clínico suspeito de toxoplasmose e/ou alteração no exame de ultrassonografia associada com toxoplasmose, em locais sem condições de realizar amniocentese, é importante iniciar o tratamento com as três drogas mesmo sem a confirmação da infecção fetal.
- Recém-nascidos de mães com infecção aguda, com ou sem confirmação de infecção fetal, deverão ser avaliados ao nascimento com dosagem de anticorpos IgG, IgA e IgM, hemograma, bem como coleta de líquido para PCR – DNA do parasita, fundoscopia e ultrassonografia transfontanela. Deverão ser acompanhados no primeiro ano de vida por setor de pediatria especializada.



7- Notificação

O Ministério da Saúde, por meio da Lista de Notificação de Doenças e Agravos Compulsórios, recomenda o monitoramento dos casos de **toxoplasmose congênita (CID 10 P37.1)** e **toxoplasmose gestacional (CID 10 O98.6** - corresponde a “Doenças causadas por protozoários complicando a gravidez, o parto e o puerpério”).

A notificação deve ser focada nos **casos suspeitos de toxoplasmose gestacional e nos casos suspeitos de toxoplasmose congênita.**

O fluxo da notificação deve seguir o preconizado na Nota Técnica nº 02/2011 GT-SINAN/CIEVS/DEVEP/SVS/MS, na Nota Informativa nº 8/2015/ CIEVS/DEVIT/SVS/MS e na Nota Informativa nº 26/2016 CGDT/DEVIT/SVS/MS, que orientam quanto à notificação, prazos para encerramento da notificação (300 dias para a forma Gestacional e de 420 dias para a Congênita) e fluxos de retorno.

8. Investigação Epidemiológica

O seu propósito final é orientar medidas de prevenção e controle para impedir a ocorrência de novos casos. A manifestação aguda em gestantes pode ser indicativa de um surto em andamento, por isso, caso haja vínculo entre as gestantes e o surto deve-se realizar a busca ativa, bem como a busca de dados adicionais nos sistemas de informação e estabelecimentos de saúde para entender o evento.

A partir de casos notificados e seus contatos, deve-se:

- identificar a fonte de infecção e o modo de transmissão – buscar possíveis fontes de transmissão;
- identificar grupos vulneráveis à doença – conhecer número de casos suspeitos e buscar vínculos entre eles;
- identificar fatores de risco para o adoecimento;
- confirmar o diagnóstico.



9. Referências

1-Protocolo de Notificação e Investigação de toxoplasmose gestacional e congênita. Sec. De Vigilância em Saúde. Depto de Vigilância das doenças transmissíveis. Ministério da Saúde: 2018.

2-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção   Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

3-Protocolos Febrasgo. Toxoplasmose e gravidez. Obstetrícia n 67-2018. Acesso em: <www.Febrasgo.org.br/protocolos

4-Amorim Filho AG, Andrade JQ. Toxoplasmose. In: Zugaib M, Bittar RE. Protocolos Assistenciais. 4a ed. São Paulo: Atheneu; 2011. p. 309-16.

5-Alvarenga FR. Valor do Teste de Avidéz da IgG como marcador de doenç  aguda ou cr nica e de transmissão vertical na toxoplasmose. Dissertação de Mestrado em Universidade Federal de Goiás, 2009.

	Nome	cargo	área de Atuação
Elabora�o	Fernanda Rassi Alvarenga	Médica	Ambulatório Especializado
Revisão	Thais Kato de Sousa	Enfermeira apoiadora	Núcleo de Governanç� Clínica
	Herica Leguizamon	Coordenadora	Núcleo de Governanç� Clínica
Aprovação	Loanny Moreira Barbosa	Apoio Institucional	Ambulatório Especializado
	Alessandro Magalhães	Secretário de Saúde	Secretaria de Saúde