



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. Gestaçao de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à 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 nº67-2018. 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 doença aguda ou crônica e de transmissão vertical na toxoplasmose. Dissertação de Mestrado em Universidade Federal de Goiás, 2009.

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