



Secretaria de Secretaria de Estado da Saúde – SESAU
Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde – SEVISA
Superintendência de Vigilância e Controle de Doenças – SUVCD
Secretaria Executiva de Ações Estratégicas - SEAS

Nota Conjunta SEVISA/SEAS nº 03/25

07 de Fevereiro de 2025

Gerência de Vigilância e Controle de Doenças Transmissíveis – GVCDT.

Assunto: Orientações sobre conduta para os casos suspeitos de toxoplasmose.

A Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde, através da Área Técnica de Vigilância das Zoonoses da SESAU, em conjunto com o Laboratório Central de Saúde Pública de Alagoas (LACEN/AL) e a Supervisão de Cuidados a Mulher, Criança e Adolescente (SCUMCA), emitem esta Nota Informativa para orientar os profissionais e os serviços de saúde sobre as medidas a serem adotadas frente a casos suspeitos para Toxoplasmose, em sua forma Congênita e/ou Gestacional.

1. DAS PREMISSAS

A toxoplasmose, ocasionada pelo protozoário *Toxoplasma gondii*, é uma enfermidade de ampla distribuição mundial e alta incidência no Brasil. Sua transmissão ocorre principalmente de forma indireta, através da ingestão de alimentos ou água contaminados com oocistos do parasita, ou pelo consumo de carnes e derivados malcozidos contendo cistos teciduais. Outros modos de transmissão, embora menos comuns, incluem a inalação de aerossóis contaminados, inoculação acidental, transfusão sanguínea ou transplante de órgãos. Adicionalmente, a transmissão direta ou vertical pode ocorrer da mãe para o feto durante a gestação.

O Ministério da Saúde (MS) a partir de 2018 incorporou no rol das doenças de notificação compulsória a toxoplasmose congênita (CID-10 P37.1) e toxoplasmose gestacional (CID-10 O98.6), conforme Portaria de Consolidação nº04 – MS/GM, ambas sendo de notificação semanal para as esferas municipal, estadual e federal.

2. DA DOENÇA

O período de incubação em humanos varia, com estimativas de 10 a 23 dias após a ingestão de cistos teciduais e de 5 a 20 dias após a ingestão de oocistos. A maioria dos indivíduos infectados com toxoplasmose não apresenta sintomas evidentes, porém, quando manifestados, os sintomas comuns englobam linfadenopatia localizada, febre e, em ocasiões mais severas, complicações em órgãos como pulmões, coração, fígado ou cérebro, especialmente em pacientes com sistema imunológico comprometido. Uma das complicações mais frequentes da toxoplasmose é a retinocoroidite, caracterizada por lesões na retina, podendo resultar em perda gradual da visão e até cegueira.

Durante a gestação, a toxoplasmose aguda assume uma preocupação especial devido à possibilidade de transmissão vertical para o feto. Embora as gestantes geralmente não apresentem sintomas, a infecção pode ocasionar morte fetal, prematuridade e uma série de complicações anatômicas e funcionais no bebê, tais como problemas neurológicos, oculares e motores.



3. DAS DEFINIÇÕES DE CASOS

3.1. TOXOPLASMOSE GESTACIONAL

CASO SUSPEITO:

- Gestante que apresentar resultado para anticorpo IgM anti-T. gondii reagente ou indeterminado;
- Gestante que apresentar história clínica compatível com toxoplasmose;
- Gestante que apresentar ultrassonografia (USG) obstétrica ou exames de imagem sugestivos para toxoplasmose congênita;
- Qualquer gestante identificada em situações de surto de toxoplasmose.

CASO PROVÁVEL:

- Resultado reagente de anticorpos IgM e IgG, com avides de IgG baixa ou intermediária em qualquer idade gestacional.
- Títulos ascendentes de anticorpos IgG em amostras seriadas com intervalo mínimo de duas semanas e IgM reagente.
- Primeira sorologia realizada após 16 semanas de idade gestacional que apresente resultado para anticorpos IgG em nível elevado (acima de 300 UI/dL ou de acordo com a metodologia utilizada) e IgM reagente.

CASO CONFIRMADO:

- Soroconversão de anticorpos IgG e IgM anti-T. gondii durante o período gestacional;
- Detecção de DNA do T. gondii em amostra de líquido amniótico, em tecido placentário, fetal ou de órgãos (exame anatomopatológico, cultivo de tecido ou bioensaio);
- Mãe de recém-nascido com toxoplasmose congênita confirmada.

CASO DESCARTADO:

- IgG reagente mais de três meses antes da concepção (em caso de IgM positiva, considera-se residual, portanto, gestante com infecção crônica, anterior à gestação).
- Índice de avides de IgG alto, colhido com até 16 semanas de gestação.
- Duas amostras de IgG negativas para T. gondii (colhidas com intervalo de duas a três semanas), apesar de IgM reagente (resultado falso-positivo para IgM; portanto, considerar gestante suscetível).

3.2. TOXOPLASMOSE CONGÊNITA

CASO SUSPEITO:

- RN ou lactente menor de 6 meses cuja mãe era suspeita, provável ou confirmada para toxoplasmose na gestação;
- RN ou lactente menor de 6 meses com clínica compatível para toxoplasmose e IgG anti-T. gondii reagente;
- RN ou lactente menor de 6 meses com exame de imagem fetal ou pós-parto compatível com toxoplasmose e IgG anti-T. gondii reagente.

CASO PROVÁVEL:

- Sorologia indeterminada ou não reagente para IgM e/ou IgA anti-T. gondii até 6 meses de idade e IgG anti-T. gondii em títulos estáveis;
- Evoluiu ao óbito antes de realizar exames confirmatórios;



Secretaria de Secretaria de Estado da Saúde – SESAU
Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde – SEVISA
Superintendência de Vigilância e Controle de Doenças – SUVCD
Secretaria Executiva de Ações Estratégicas - SEAS

- Manifestações clínicas ou exames de imagem compatíveis com toxoplasmose congênita e IgG anti-T. gondii reagente com IgM ou IgA anti-T. gondii não reagentes e que não tenha coletado exames laboratoriais que excluam outras infecções congênitas antes de completar 12 meses de idade;

- As crianças assintomáticas em investigação durante os primeiros 12 meses de vida.

CASO CONFIRMADO:

- Presença de DNA de T. gondii em amostras de líquido amniótico da mãe ou em tecidos fetais, placenta ou cordão umbilical, líquido, sangue ou urina da criança; biópsia ou necrópsia de criança, aborto ou natimorto. A ausência do parasita na placenta não descarta o caso, visto que a sensibilidade do PCR é de aproximadamente 70%;

- Resultado de anticorpos IgM ou IgA e IgG anti-T. gondii reagente até 6 meses de vida;

- Níveis séricos de anticorpos IgG anti-T. gondii em ascensão em pelo menos duas amostras seriadas com intervalo mínimo de três semanas durante os primeiros 12 meses de vida;

- IgG anti-T. gondii persistentemente reagente após 12 meses de idade (ver nota de número 4);

- Retinocoroidite ou hidrocefalia ou calcificação cerebral (ou associações entre os sinais) com IgG reagente e afastadas outras infecções congênitas (citomegalovírus, herpes simples, rubéola, sífilis, arboviroses) e mãe com toxoplasmose confirmada na gestação;

- Aborto ou natimorto cuja mãe apresente testes confirmatórios para toxoplasmose aguda, realizados durante o pré-natal, no momento do parto ou da curetagem.

CASO DESCARTADO:

- RN com IgG anti-T. gondii negativa ao nascer, que se mantém negativa na ausência de tratamento, decorridas três semanas do nascimento;

- Negativação dos títulos de IgG anti-T. gondii na ausência de tratamento específico;

- Nas crianças que receberam tratamento, a soronegativação como critério para caso descartado só deve ser considerada definitiva no mínimo dois meses após a suspensão das drogas antiparasitárias.

4. DA NOTIFICAÇÃO

A notificação deve ser focada nos casos suspeitos e devem seguir o que recomenda o [Protocolo de notificação e investigação: Toxoplasmose gestacional e congênita](#), que padroniza orientações em conformidade com os instrumentos e legislações vigentes.

Destaque-se que para toxoplasmose gestacional deverá ser usado o **CID-10 O98.6 correspondente a “Doenças causadas por protozoários complicando a gravidez, o parto e o puerpério”**, reforçando portanto a necessidade do preenchimento dos campos: **„Informações complementares e observações”**, facilitando o processo de vigilância, acompanhamento e monitoramento.



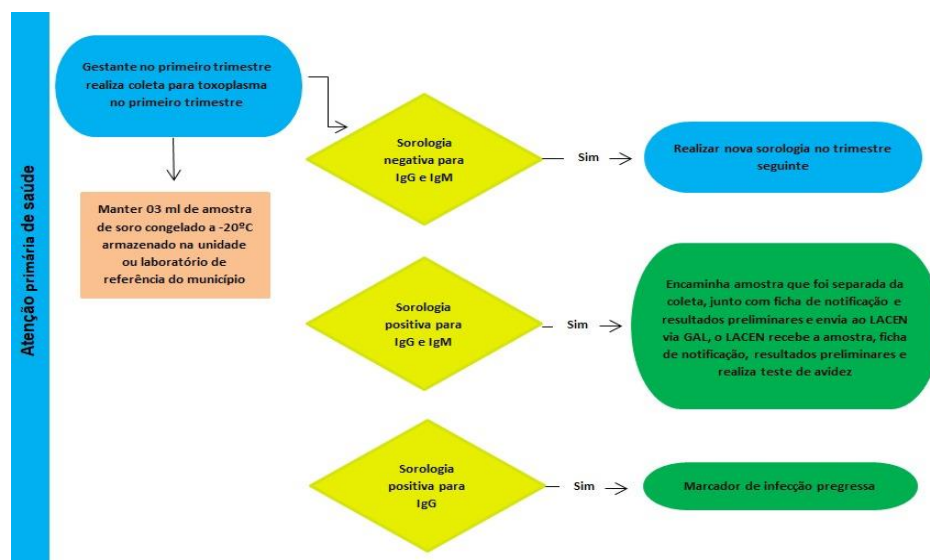
5. DO DIAGNÓSTICO

Os métodos utilizados para confirmação dos casos suspeitos de Toxoplasmose Congênita e/ou Gestacional, dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) têm sido a sorologia IgM, IgG e a avididade de IgG.

É mandatório que se realize sorologia para toxoplasmose IgG e IgM em todas as gestantes no primeiro trimestre de gestação, mais especificamente antes de 16 semanas de idade gestacional. Deve-se manter 03 ml da mesma amostra de soro congelada a -20 °C aguardando o resultado da avaliação sorológica primária da gestante. O fluxo de envio de amostra para teste de avididade no LACEN está presente na Figura 01.

Nos casos em que o resultado da sorologia seja IgG positiva ou IgM positiva deve ser solicitado ao Laboratório Central de Saúde Pública de Alagoas (LACEN) que realize na mesma amostra (soro) o teste de avididade do IgG. Nesse caso, encaminhar a mesma amostra/soro de volume mínimo de 03 ml e os resultados preliminares, notificação do caso – cadastro e encaminhamento via rede no sistema GAL para o LACEN.

Figura 01 – Fluxo de Envio de Amostra Para Teste de Avididade no LACEN.



Todo recém-nascido deve realizar o Teste do Pezinho. No Estado, ele é realizado nas unidades básicas de saúde ou unidades hospitalares e encaminhado ao Laboratório Hormonal Fátima de Cunha (LHFC) conforme o **Figura 02**.

Quando o paciente apresenta resultado positivo para toxoplasmose após o Teste do Pezinho, a unidade básica de saúde (UBS) realiza busca ativa para encaminhar o paciente para realizar o teste comprobatório no laboratório LHFC.

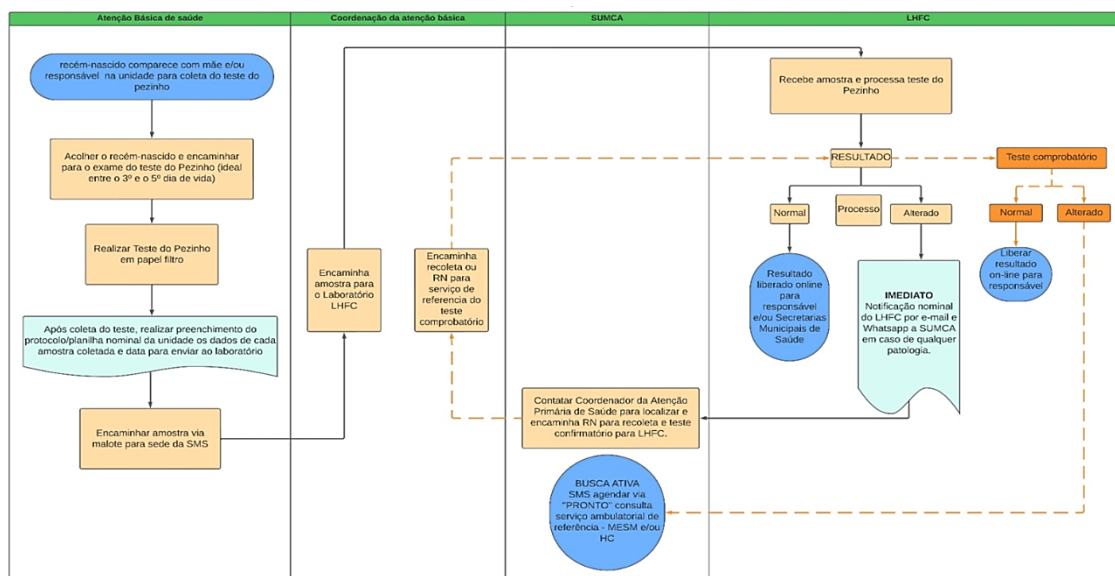
Se ao realizar o teste sorológico, o resultado da análise for IgM negativo deve-se acompanhar mensalmente o IgG e exame físico/neurológico mensal. Em casos de IgG se mantiver estável, crescente ou haver alteração em exame físico ou neurológico, o LHFC realiza agendamento para primeira consulta no Hospital da Criança (HC) com a infectologista pediatra. Caso não apresente IgG estável ou crescente ou não tenha alteração em exame físico ou neurológico, será descartada a toxoplasmose congênita.



Secretaria de Estado da Saúde – SESAU
Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde – SEVISA
Superintendência de Vigilância e Controle de Doenças – SUVCD
Secretaria Executiva de Ações Estratégicas - SEAS

Se o IgM positivo, o LHFC realiza agendamento para primeira consulta no Hospital da Criança (HC). O HC realiza a primeira consulta com infectologista pediatra, para seguimento do tratamento.

Figura 02- Fluxo e condutas frente à realização do Teste do Pezinho.



6. DO TRATAMENTO

O município solicitante envia para o e-mail da Área Técnica da Saúde da Mulher/SCMCA, toxoplasmosealagoas@gmail.com, os seguintes dados:

1. Resultado dos exames;
2. Notificação SINAN digitalizada;
3. Prescrição médica;
4. Planilha fornecida pela SCMCA preenchida com os dados da gestante/ criança.

A Área Técnica da Saúde da Mulher/SCMCA confere os arquivos enviados e autoriza a liberação do tratamento para a Central de Abastecimento Farmacêutico- CAF através de ofício e comunica por e-mail o município solicitante para realizar a retirada na CAF. O tratamento da Toxoplasmose Gestacional é realizado de acordo ao exposto na Tabela 01.



Secretaria de Secretaria de Estado da Saúde – SESAU
Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde – SEVISA
Superintendência de Vigilância e Controle de Doenças – SUVCD
Secretaria Executiva de Ações Estratégicas - SEAS

Tabela 01 - Tratamento para Toxoplasmose gestacional.

MEDICAMENTO	POSOLOGIA	QUANTIDADE DE COMPRIMIDOS POR MÊS
Até 16 semanas e 6 dias		
ESPIRAMICINA (500 mg)	02 COMPRIMIDOS DE 8/8H	180 COMPRIMIDOS
A partir de 17 semanas - Esquema tríplice		
PIRIMETAMINA (25mg)	01 COMPRIMIDO DE 12/12H	60 COMPRIMIDOS
SULFADIAZINA (500 mg)	03 COMPRIMIDOS DE 12/12H	180 COMPRIMIDOS
ÁCIDO FOLÍNICO (15mg)	3x/SEMANA (PODENDO AUMENTAR A DOSAGEM)	12 COMPRIMIDOS

Fonte: GAEST/SUMCA/Infecetopediatra/ Pediatria/SESAU-AL.

O tratamento da Toxoplasmose Congênita é realizado com Sulfadiazina 500 mg, Pirimetamina 25 mg e Ácido Folínico 15 mg.

A Sulfadiazina 500 mg tem dose recomendada de 100mg/Kg/dia por via oral a cada 12/12 horas. É necessário macerar o comprimido de 500 mg e diluir em 5 ml de água = 100mg/ml. Para calcular a dose, recomenda-se seguir o exposto na Tabela 02.

Tabela 02 – Cálculo da dose da Sulfadiazina 500mg após a diluição (0,5 ml/kg) no horário de administração de 12 em 12 horas.

PESO	DOSAGEM	HORÁRIO PARA ADMINISTRAÇÃO	EXEMPLO
2.000g	1,0ml	2 Horas em 12 Horas (12H/12H)	07 horas (manhã) e 19 horas (noite)
2.500g	1,25ml		
3.000g	1,5ml		
3.500g	1,75ml		
4.000g	2,0ml		
4.500g	2,25ml		
5.000g	2,5ml		
5.500g	2,75ml		
6.000g	3,0ml		
6.500g	3,25ml		
7.000g	3,5ml		
7.500g	3,75ml		
8.000g	4,0ml		



Secretaria de Secretaria de Estado da Saúde – SESAU
Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde – SEVISA
Superintendência de Vigilância e Controle de Doenças – SUVCD
Secretaria Executiva de Ações Estratégicas - SEAS

Para a Pirimetamina 25 mg é necessário macerar o comprimido de 25 mg e diluir em 5 ml de água = 5mg/ml. Cálculo da dose após a diluição: 0,2 ml /Kg 24h/24h, como mostra a **Tabela 03**.

O Ácido fólico 15 mg é recomendado 1/dia por três vezes por semana (segunda, quarta e sexta). Posologia: Macerar o comprimido de 15 mg e diluir em 3 ml de água, ingerir 2 ml.

Tabela 03 – Cálculo da dose da medicação Pirimetamina para administração após a diluição (0,2 ml/kg) uma vez ao dia.

PESO	DOSAGEM	HORÁRIO PARA ADMINISTRAÇÃO	EXEMPLO
2.000g	0,4ml	01 vez ao dia	08 Horas da manhã ou 20 Horas noite
2.500g	0,5ml		
3.000g	0,6ml		
3.500g	0,7ml		
4.000g	0,8ml		
4.500g	0,9ml		
5.000g	1,0ml		
5.500g	1,1ml		
6.000g	1,2ml		
6.500g	1,3ml		
7.000g	1,4ml		
7.500g	1,5ml		
8.000g	1,6ml		

Fonte: GAEST/SUMCA/Infecção pediatria/ Pediatria/SESAU-AL.

7. DAS MEDIDAS PREVENTIVAS

- Cozinhar completamente todos os tipos de carne, como porco, embutidos, frango e frutos do mar, garantindo que as carnes vermelhas percam completamente a cor avermelhada.
- Evitar a contaminação cruzada de carne crua para outros alimentos, lavando as mãos completamente após o manuseio da carne e higienizando tábuas de corte, pratos, bancadas e utensílios.
- Beber apenas água filtrada ou fervida e evitar consumir alimentos ou bebidas feitas com água não tratada.
- Em locais sem saneamento básico, ferver ou filtrar a água não apenas para consumo, mas também para medidas de higiene e preparo de alimentos.
- Evitar o consumo de leite e produtos lácteos feitos com leite não pasteurizado.
- Trocar a areia da caixa de gatos diariamente para evitar a maturação de oocistos infecciosos.
- Mulheres grávidas devem evitar manusear caixas de areia; se necessário, usar máscara facial e luvas e lavar as mãos adequadamente.



Secretaria de Secretaria de Estado da Saúde – SESAU
Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde – SEVISA
Superintendência de Vigilância e Controle de Doenças – SUVCD
Secretaria Executiva de Ações Estratégicas - SEAS

- Não alimentar gatos com carne crua e evitar que eles circulem em ambientes onde possam ingerir roedores.

Para informações adicionais, favor contatar:

Gerência de Vigilância e Controle de Doenças Transmissíveis (GVCDT)

E-mail: gvcdt.sesau.al@gmail.com

Assessoria Técnica em Vetores Zoonoses e Fatores Ambientais – (ATVZFA)

E-mail: avetsesau.al@gmail.com

Área Técnica de Vigilância e Controle das Zoonoses

E-mail: atzoonozesal@gmail.com

Área Técnica Supervisão da Saúde da Mulher, Criança e Adolescente- SUMCA

E-mail: sesausaudedamulher@gmail.com, saudedacriancaal@gmail.com