

Tipo do Documento	<b>GUIA</b>	GU.UMUL.001 – Página 1/12	
Título do Documento	<b>INTERPRETAÇÃO DE RESULTADOS E CONDUITAS PARA SOROLOGIAS DE TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA</b>	Emissão: 20/08/2025	Próxima revisão: 20/08/2027
		Versão: 01	

## 1. INTRODUÇÃO

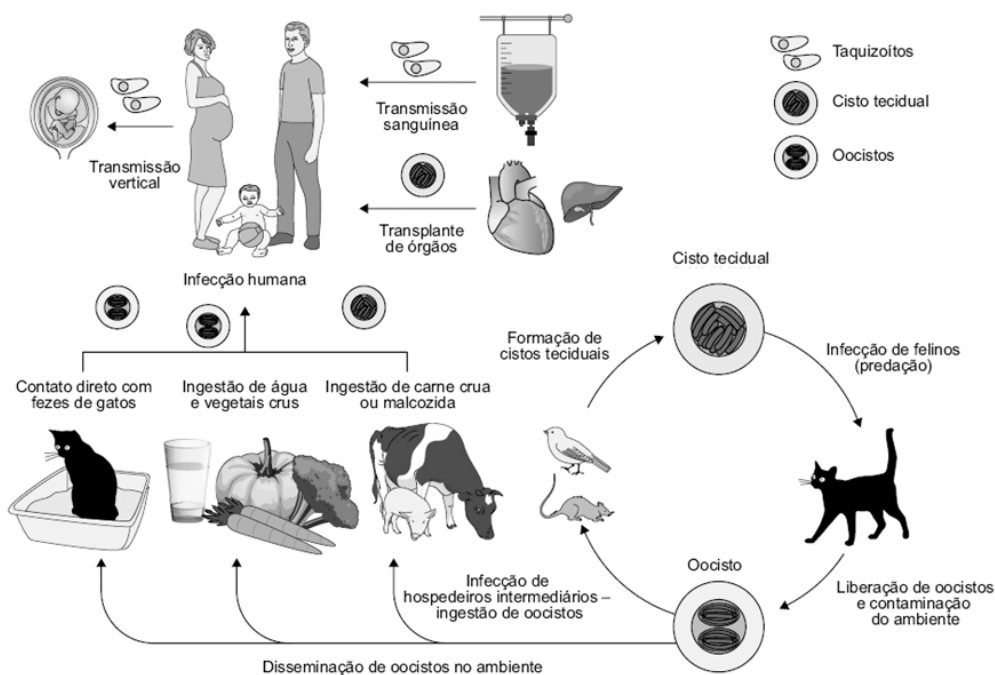
### 1.1 Toxoplasmose

A toxoplasmose é uma doença causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii*, de prevalência elevada em várias regiões do mundo. A infecção é habitualmente assintomática, podendo ocasionar doença relevante em humanos (pneumonia, miocardite, encefalite), principalmente quando há imunocomprometimento do hospedeiro, e causa infecções congênicas que podem resultar em graves consequências (DUARTE, et al., 2024).

As formas de transmissão são diversas, sendo a principal via pela ingestão de oocistos presentes no solo, nos alimentos e na água. Outra forma de infecção se dá por cistos teciduais contaminantes de alimentos, destacando-se o consumo de carne malcozida e, ainda, a infecção via transplacentária pelos taquizoítas (Figura 1) (DUARTE, et al., 2024).

Assume grande importância clínica para o ser humano em duas situações, em específico, primeiro como causa de infecção congênita, com escala de gravidade que varia entre sequelas diversas e, ainda, morte neonatal e, em segundo, como infecção oportunista, de alta morbimortalidade em indivíduos imunocomprometidos (SALOMÃO, 2023).

Figura 1 - Formas de transmissão de *Toxoplasma gondii* para a espécie humana.



Fonte: SALOMÃO, 2023.

Tipo do Documento	<b>GUIA</b>	GU.UMUL.001 – Página 2/12	
Título do Documento	<b>INTERPRETAÇÃO DE RESULTADOS E CONDUITAS PARA SOROLOGIAS DE TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA</b>	Emissão: 20/08/2025	Próxima revisão: 20/08/2027
		Versão: 01	

### 1.2 *Toxoplasma gondii*

O protozoário *Toxoplasma gondii*, agente etiológico da toxoplasmose, é um parasito intracelular obrigatório que tem a capacidade de invadir e se replicar em toda célula nucleada. Ele é capaz de infectar todos os animais de sangue quente, incluindo os seres humanos. Os felídeos são os hospedeiros definitivos e únicos animais onde ocorre o estágio sexual do parasito (SALOMÃO, 2023; DUARTE et al., 2024).

### 1.3 Toxoplasmose gestacional e congênita

A toxoplasmose gestacional ocorre quando há transmissão vertical transplacentária, ou seja, quando os taquizoítas atravessam a placenta a partir da circulação materna durante a infecção aguda, geralmente à primo-infecção. O risco de infecção fetal e a gravidade estão associados à idade gestacional, sendo que ao decorrer da gestação há um aumento no risco de transmissão vertical e diminuição da gravidade do acometimento fetal. (FEBRASGO, 2017; BRASIL, 2018)

Clinicamente, a toxoplasmose gestacional pode ser assintomática ou de sintomas inespecíficos, como fadiga, astenia, febre, mialgia, cefalia e linfadenopatia. A toxoplasmose congênita também pode ser assintomática ou sintomática, devido a diversos fatores, como virulência da cepa infectante, resposta imune do hospedeiro e momento de infecção aguda da mãe. A primo-infecção na gestante traz taxa de transmissão vertical do *Toxoplasma gondii* diretamente proporcional à idade gestacional, enquanto a morbimortalidade fetal é inversamente proporcional ao tempo de gestação no momento da infecção aguda e, além disso, a gravidade dos fenômenos disruptivos fetais pela infecção é maior no início da gestação (BRASIL, 2022A).

Ao primeiro trimestre, observa-se abortamentos, natimortalidade, prematuridade, encefalite com calcificações cerebrais, microcefalia com hidrocefalia e coriorretinite. Ao nascer, a criança pode apresentar hidrocefalia, convulsões (epilepsia), retardo do desenvolvimento mental e motor, surdez, cegueira e microftalmia. A tríade coriorretinite, calcificações cerebrais e hidrocefalia é muito sugestiva de toxoplasmose congênita. Mesmo quando o tratamento é instituído, lesões podem recorrer ao longo da adolescência e da vida adulta. Manifestações neurológicas estão entre as manifestações tardias e incluem: microcefalia, convulsões, deficiência intelectual, disfunção motora, perda auditiva e puberdade precoce por disfunção do eixo hipotálamo-hipofisário (DUARTE, et al., 2024).

### 1.4 Epidemiologia

Estima-se que 30% da população mundial esteja infectada com o *T. gondii*, sendo a zoonose parasitária mais comum. A distribuição é irregular entre as regiões mundiais, variando de 10 a 70%, a depender da região. Sendo 80 a 90% dos casos assintomáticos (DUARTE, et al., 2024).

Tipo do Documento	<b>GUIA</b>	GU.UMUL.001 – Página 3/12	
Título do Documento	<b>INTERPRETAÇÃO DE RESULTADOS E CONDUTAS PARA SOROLOGIAS DE TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA</b>	Emissão: 20/08/2025	Próxima revisão: 20/08/2027
		Versão: 01	

Na região Centro-Oeste, entre os anos de 2019 e 2023, foram notificados 3686 casos de toxoplasmose gestacional, com 3110 confirmações, com maioria dos casos em Goiás, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, respectivamente (TERRA, et al. 2024).

Além disso, no Mato Grosso do Sul, entre os anos de 2010 a 2022, foram registrados 466 confirmações para toxoplasmose gestacional, correspondendo a 92,3% das notificações e, 449 confirmações para Toxoplasmose Congênita, uma porcentagem de 87% do total de notificações (KASAI, et al. 2023).

## 2. OBJETIVOS

Orientar os profissionais de saúde na interpretação dos resultados de sorologias para toxoplasmose em gestantes e recém-nascidos, com base nas recomendações do Ministério da Saúde, apresentando, também, as possíveis condutas a serem adotadas após a análise dos exames sorológicos, garantindo uma abordagem padronizada e embasada nas melhores práticas disponíveis atualmente.

## 3. DESCRIÇÃO

### 3.1 Diagnóstico

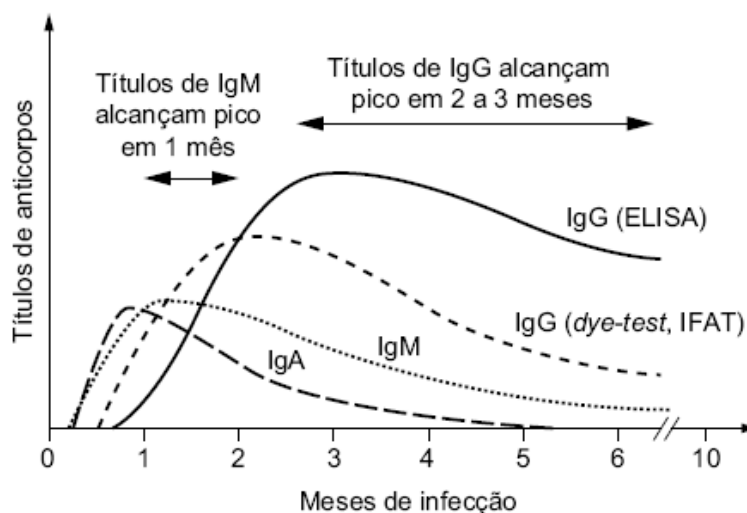
O diagnóstico da toxoplasmose gestacional se baseia no rastreamento sorológico laboratorial, podendo ser o método ELISA ou quimioluminescência, e é somado à idade gestacional que a gestante inicia o pré-natal e à disponibilidade de recursos diagnósticos. Deve ser observada a cinética de produção de anticorpos (Figura 2). O teste de avididade deve ser realizado até a 16ª semana de gestação pois, após esse período, perde a sensibilidade em relação ao tempo em que os anticorpos foram produzidos (BRASIL, 2022B).

Para o diagnóstico da toxoplasmose congênita, o padrão ouro é a amniocentese, que pode ser indicada em casos de toxoplasmose adquirida na gestação, devendo ser realizado a partir da 18ª semana de gestação (BRASIL, 2022B).

Para o recém-nascido suspeito para toxoplasmose congênita, uma investigação completa deve ser realizada, com a inclusão de exames clínicos neurológicos, sorologias, exames oftalmológicos completos com fundoscopia, exame de imagem cerebral (ecografia ou tomografia computadorizada), exames hematológicos e da função hepática (BRASIL, 2018).

Tipo do Documento	GUIA	GU.UMUL.001 – Página 4/12	
Título do Documento	<b>INTERPRETAÇÃO DE RESULTADOS E CONDUITAS PARA SOROLOGIAS DE TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA</b>	Emissão: 20/08/2025	Próxima revisão: 20/08/2027
		Versão: 01	

Figura 2 - Cinética de produção de anticorpos anti *T. gondii*.



Fonte: SALOMÃO, 2023.

### 3.2 Notificação

A toxoplasmose gestacional (CID 098.6) e a toxoplasmose congênita (CID P37.1) possuem notificação compulsória individual, de acordo com a Nota Técnica nº 100/2022-CGPAM/DSMI/SAPS/MS. (BRASIL, 2022A).

### 3.3 Profilaxia

Diversas medidas higienodietéticas podem ser adotadas a fim de se evitar a infecção da gestante por toxoplasmose, como por exemplo:

- Não comer carne crua ou malpassada;
- Não comer ovos crus ou malcozidos;
- Beber somente água filtrada ou fervida previamente;
- Higienizar mãos, utensílios domésticos e bancadas após manuseio de alimentos e carnes cruas;
- Lavar bem frutas, verduras e legumes;
- Não alimentar gatos com carnes cruas;
- Utilizar luvas e higienizar as mãos após manuseio de terra;
- Realizar limpeza diária da caixa de areia dos gatos, atividade que deve ser evitada por gestantes.

Tipo do Documento	<b>GUIA</b>	GU.UMUL.001 – Página 5/12	
Título do Documento	<b>INTERPRETAÇÃO DE RESULTADOS E CONDUITAS PARA SOROLOGIAS DE TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA</b>	Emissão: 20/08/2025	Próxima revisão: 20/08/2027
		Versão: 01	

### 3.4 Tratamento

O tratamento indicado para gestantes com infecção aguda até o primeiro trimestre de gestação é a Espiramicina, pois não é capaz de atravessar a barreira placentária e, com isso, não oferece risco teratogênico ao feto. Em um segundo momento, o tratamento deve ser substituído pelo esquema tríplice (PARANÁ, 2018; BRASIL, 2020; SANTA CATARINA, 2019).

O esquema tríplice, que é a combinação de Sulfadiazina, Pirimetamina e Ácido Folínico (SD/P/AF), é indicado para gestantes com diagnóstico a partir da 16ª semana de gestação, devendo ser evitado ao primeiro trimestre devido ao efeito potencialmente teratogênico. O Ácido folínico, em especial, deve ser administrado durante todo o período de uso da Pirimetamina e até uma semana após sua interrupção (PARANÁ, 2018; BRASIL, 2020; SANTA CATARINA, 2019).

O tratamento indicado para recém-nascidos com toxoplasmose congênita deve ser realizado a partir da primeira semana de vida, com adequações que devem ser feitas de acordo com o avanço de idade da criança e o quadro clínico, sendo sintomático ou não (BRASIL, 2022B).

Quadro 1 - Conduta recomendada de acordo com resultados de sorologias de IgM e IgG para toxoplasmose.

Situação	Resultados		Interpretação
	IgG	IgM	
Sorologia até 16ª semana de gestação.	Positiva	Negativa	Infecção ocorrida há mais de 6 meses: gestante com infecção adquirida antes da gravidez. Gestante com doença antiga ou toxoplasmose crônica. Reforçar medidas de profilaxia. Não é necessário repetir a sorologia para toxoplasmose.
	Negativa	Negativa	Suscetibilidade. Reforçar medidas de prevenção. Repetir sorologia a cada 3 meses (idealmente a cada mês) e no parto.
	Negativo	Positiva	Infecção muito recente (ainda sem IgG) ou IgM falso positivo. Iniciar Espiramicina imediatamente. Repetir sorologia (IgG e IgM) em 2 a 3 semanas.
	Positiva	Positiva	Iniciar Espiramicina imediatamente. Realizar teste de avidade de IgG na mesma amostra. Se impossível realizar o teste de

Tipo do Documento	<b>GUIA</b>	GU.UMUL.001 – Página 6/12	
Título do Documento	<b>INTERPRETAÇÃO DE RESULTADOS E CONDUTAS PARA SOROLOGIAS DE TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA</b>	Emissão: 20/08/2025	Próxima revisão: 20/08/2027
		Versão: 01	

			<p>avidez na mesma amostra, coletar nova amostra o mais rápido possível até 16ª semanas de gestação.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Forte/Alta avidez de IgG: Provável infecção anterior à gestação. Não há necessidade de repetir a sorologia. Interromper o uso de Espiramicina. Manter orientações sobre medidas de prevenção.</li> <li>- Fraca/Baixa a moderada avidez de IgG:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se IgM e IgG em índices muito baixos, próximos do cut off: Repetir IgG e IgM após 2 a 3 semanas</li> <li>- Se IgM e IgG positivos: provável <b>INFEÇÃO AGUDA</b>. Encaminhar para pré-natal alto risco para realizar amniocentese após 18 semanas de gestação (mínimo de 4 semanas após provável infecção).</li> </ul> </li> <li>- Ultrassom fetal mensal ou bimensal.</li> <li>- Manter Espiramicina até amniocentese</li> </ul>
Sorologia após 16ª semana de gestação.	Positiva	Negativa	<p>Infecção provavelmente ocorreu há pelo menos seis meses: gestante com provável infecção anterior à gestação.</p> <p>Porém, não pode ser totalmente excluída a possibilidade de infecção no início da gestação ou próxima a concepção, principalmente se a sorologia for realizada no 3º trimestre</p>
	Negativa	Negativa	<p>Gestante suscetível. Reforçar medidas de prevenção primária. Repetir sorologia a cada 3 meses (idealmente a cada mês) e no parto.</p>
	Positiva	Positiva	<p>Se sorologia anterior à gestação é desconhecida ou negativa, é provável que a infecção tenha ocorrido na atual gestação.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se IgM e IgG em índices muito baixos, próximos do cut off:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Iniciar Espiramicina</li> <li>- Repetir IgG e IgM após 2 a 3 semanas.</li> </ul> </li> </ul>

Tipo do Documento	<b>GUIA</b>	GU.UMUL.001 – Página 7/12	
Título do Documento	<b>INTERPRETAÇÃO DE RESULTADOS E CONDUTAS PARA SOROLOGIAS DE TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA</b>	Emissão: 20/08/2025	Próxima revisão: 20/08/2027
		Versão: 01	

			<p>- Se provável <b>INFECÇÃO AGUDA</b> (IgM e IgG positivas):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Encaminhar para pré-natal alto risco para realizar, dependendo da idade gestacional, amniocentese após 18 semanas de gestação (mínimo de 4 semanas após provável infecção).</li> <li>- Iniciar SD/P/AF imediatamente.</li> <li>- Se tiver sido iniciado Espiramicina e não for possível realizar amniocentese, substituir Espiramicina por SD/P/AF e manter até o parto.</li> <li>- Ultrassom fetal mensal ou bimensal.</li> </ul>
	Negativa	Positiva	<p>Infecção muito recente (ainda sem IgG) ou IgM falso positivo.</p> <p>Iniciar Espiramicina imediatamente e repetir sorologia (IgG e IgM) em 2 a 3 semanas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se, resultado dessa segunda amostra: IgM (+ ou -) e IgG (-): Falso-positivo de IgM. Interromper o uso de Espiramicina. Prevenção primária da infecção.</li> <li>- Se, resultado dessa segunda amostra: IgM (+) e IgG (+): <b>INFECÇÃO AGUDA</b> (soroconversão). Substituir Espiramicina por SD+P+AF e manter esse esquema até o parto.</li> <li>- Ultrassom fetal mensal ou bimensal.</li> </ul>

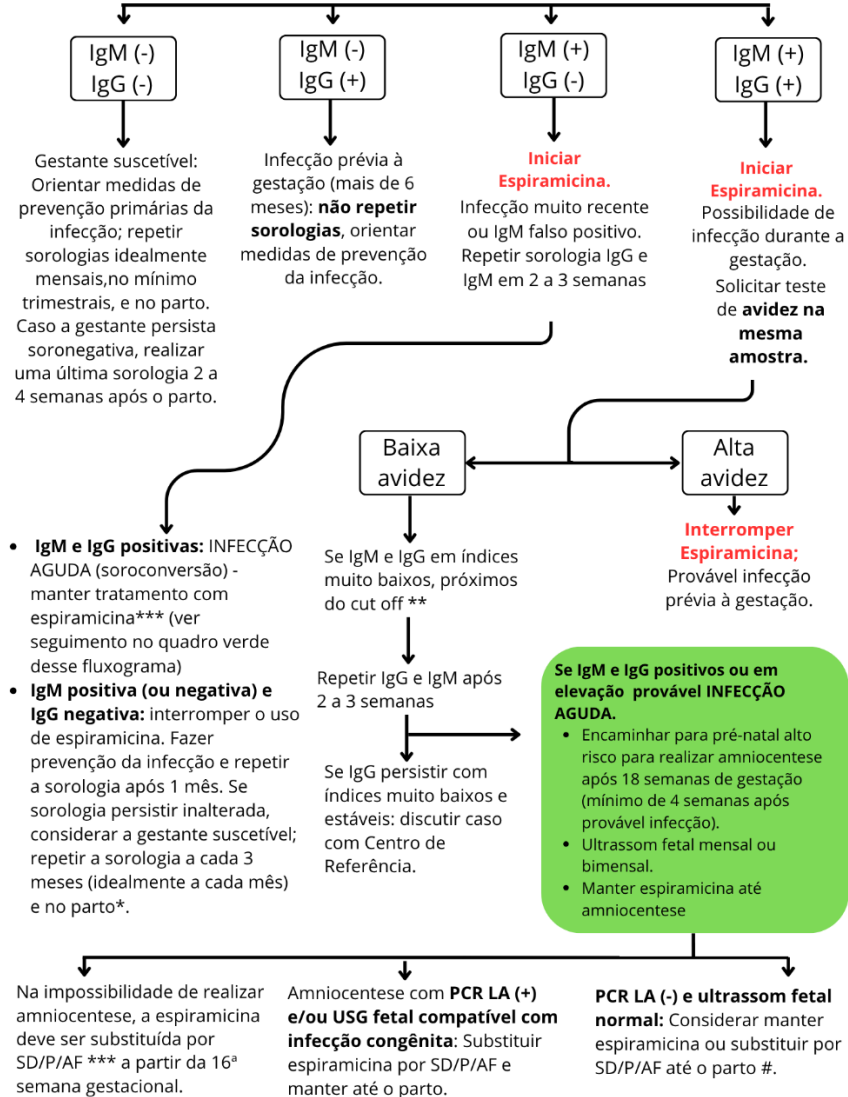
Fonte: BRASIL, 2022A.

\*Cut-off = Ponto de corte que separa resultados positivos de negativos em exames laboratoriais, sendo negativos quando abaixo do cut-off e, positivos acima; SD = Sulfadiazina; P = Pirimetamina; AF = Ácido Folínico; SD/P/AF ou SD+P+AF = Combinação de Sulfadiazina, Pirimetamina e Ácido Folínico; (+) = positivo; (-) = negativo.

Tipo do Documento	<b>GUIA</b>	GU.UMUL.001 – Página 8/12	
Título do Documento	<b>INTERPRETAÇÃO DE RESULTADOS E CONDUTAS PARA SOROLOGIAS DE TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA</b>	Emissão: 20/08/2025	Próxima revisão: 20/08/2027
		Versão: 01	

Figura 3 – Fluxograma de interpretação de resultados e condutas para gestantes com até 16 semanas de gestação.

**PRIMEIRA SOROLOGIA REALIZADA ATÉ 16 SEMANAS DE GESTAÇÃO**  
(aplica-se a gestantes imunocompetentes)



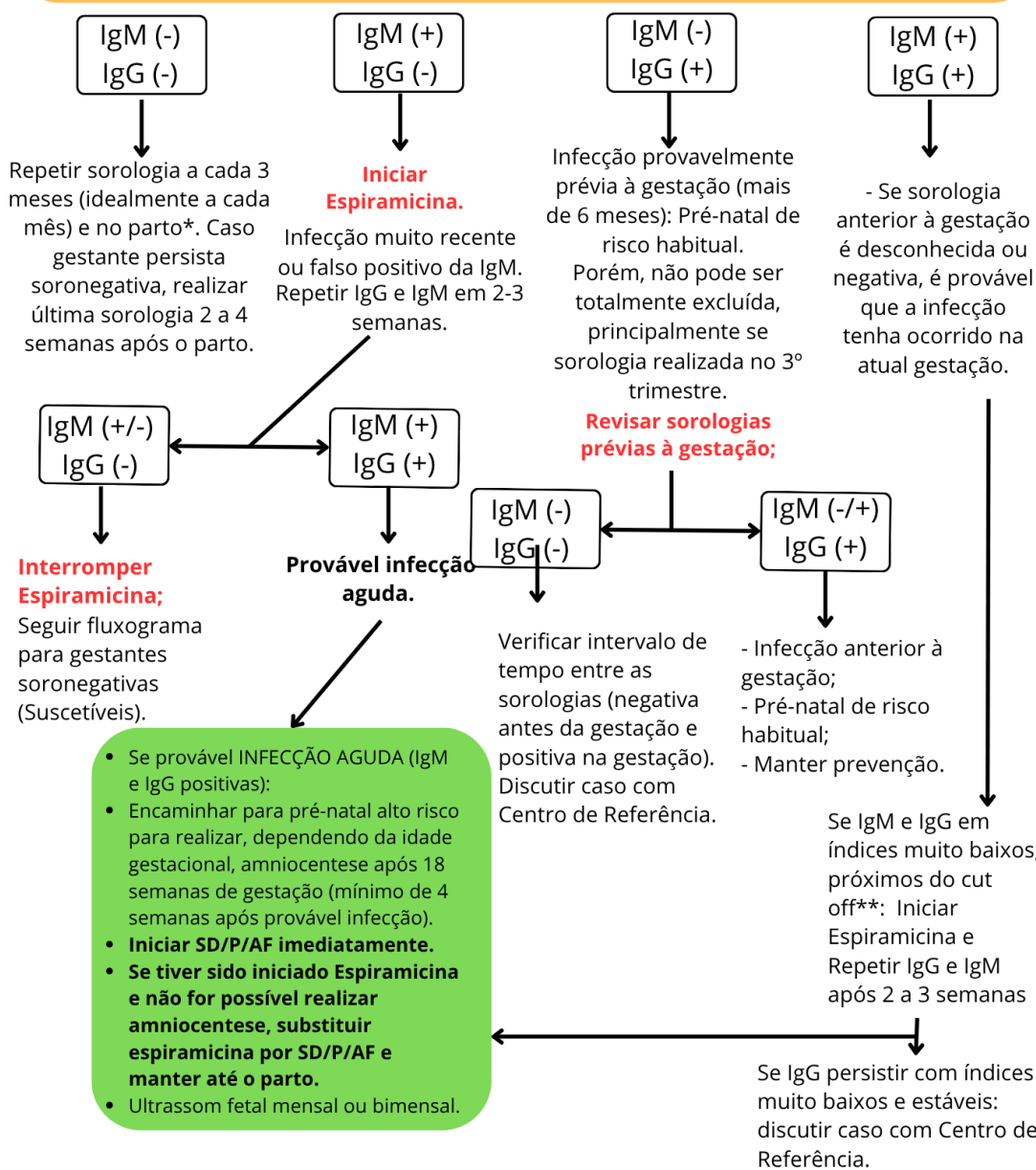
\*A triagem neonatal para toxoplasmose é uma alternativa para identificar o recém-nascido infectado devido à infecção materna no final da gestação.  
 \*\* Possibilidade de ser IgM residual. A avidez de IgG também pode persistir baixa por longo tempo em alguns casos.  
 \*\*\* Se a infecção fetal for confirmada no primeiro trimestre de gestação (alteração no ultrassom fetal), o que é raro: antes de **14 semanas de gestação trocar para apenas sulfadiazina; após 14 semanas iniciar diretamente com SD+P+AF ou acrescentar P+AF, se já vinha usando a sulfa.**  
 # Recomenda-se que infecções adquiridas no terceiro trimestre de gestação sejam tratadas com SD+P+AF independentemente do resultado do PCR em LA.  
 SD - Sulfadiazina; P - Pirimetamina; AF - Ácido Fólico; PCR - Reação em Cadeia da Polimerase; LA - Líquido Amniótico  
 Fonte: Adaptado de BRASIL, 2022A.

Tipo do Documento	<b>GUIA</b>	GU.UMUL.001 – Página 9/12	
Título do Documento	<b>INTERPRETAÇÃO DE RESULTADOS E CONDUTAS PARA SOROLOGIAS DE TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA</b>	Emissão: 20/08/2025	Próxima revisão: 20/08/2027
		Versão: 01	

Figura 4 – Fluxograma de interpretação de resultados e condutas para gestantes a partir de 16 semanas de gestação.

**PRIMEIRA SOROLOGIA REALIZADA APÓS 16 SEMANAS DE GESTAÇÃO**  
(aplica-se a gestantes imunocompetentes)

- 1ª SOROLOGIA NO PRÉ-NATAL (APÓS 16 semanas de gestação)
  - Acolhimento com escuta qualificada e entrevista. Verificar resultado de sorologia para toxoplasmose realizada em gestação anterior:
    - IgG (+) e IgM (- ou +): não solicitar sorologia; prevenção da infecção.
    - IgG (-) e IgM (-) ou sorologia desconhecida: seguir fluxograma.



Tipo do Documento	GUIA	GU.UMUL.001 – Página 10/12	
Título do Documento	<b>INTERPRETAÇÃO DE RESULTADOS E CONDUITAS PARA SOROLOGIAS DE TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA</b>	Emissão: 20/08/2025	Próxima revisão: 20/08/2027
		Versão: 01	



- PCR LA (+ ou não realizado) e/ou alteração no ultrassom fetal compatível com infecção congênita: **manter SD/P/AF até o parto.**
- PCR LA (-) e ultrassom fetal normal: Considerar **substituir SD/P/AF por espiramicina ou manter SD/P/AF até o parto.**

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

\*\* Possibilidade de ser IgM residual.

SD – Sulfadiazina; P – Pirimetamina; AF – Ácido Fólnico; PCR – Reação em Cadeia da Polimerase; LA – Líquido Amniótico

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2022A.

#### **Observações aplicáveis aos fluxogramas de triagem pré-natal com primeira sorologia realizada até 16 semanas e após 16 semanas de gestação:**

- 1) Soroconversão é a mudança do perfil sorológico da gestante de IgG e IgM não reagentes para IgG e IgM reagentes, e significa INFECÇÃO AGUDA.
- 2) Valor de corte (ou cut-off em inglês) é um valor numérico, utilizado em análises toxicológicas e análises clínicas onde, os resultados das amostras que estão abaixo deste valor, são considerados negativos (não detectado/não reagente); e os resultados acima desse valor são considerados positivos (detectado/reagente).
- 3) Sempre que for necessário comparar valores dos anticorpos na sorologia, utilize o mesmo laboratório e método.
- 4) Gestante imunocompetente com IgG positiva em gestação anterior – risco fetal insignificante e tratamento desnecessário.
- 5) Se IgG é indeterminado e IgM negativo – repetir sorologia em nova amostra de sangue após 2 a 3 semanas. Se o resultado se repetir, considerar a gestante suscetível.

Se o resultado nessa nova amostra for IgG positivo e IgM persistir negativo – considerar infecção anterior à gestação.

RESULTADOS DISCORDANTES OU DUVIDOSOS DEVEM SER DISCUTIDOS COM CENTRO DE REFERÊNCIA.

**Orientações para prevenir a infecção da gestante pelo *Toxoplasma gondii* devem ser oferecidas a todas as gestantes, independentemente do seu perfil sorológico em relação à toxoplasmose.**

#### FONTES:

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde Materno Infantil. Coordenação-Geral de Saúde Perinatal e Aleitamento Materno. Nota Técnica nº 100/2022-CGPAM/DSMI/SAPS/MS. Brasília: Ministério da Saúde, 2022A.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco. 1. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022B.



Tipo do Documento	<b>GUIA</b>	GU.UMUL.001 – Página 11/12	
Título do Documento	<b>INTERPRETAÇÃO DE RESULTADOS E CONDUITAS PARA SOROLOGIAS DE TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA</b>	Emissão: 20/08/2025 Versão: 01	Próxima revisão: 20/08/2027

#### 4. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de notificação e investigação: Toxoplasmose gestacional e congênita. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 14/2020- COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202112/17150626-nota-tecnica-n-14-2020-cosmu-cgcivi-dapes-saps-ms-2.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde Materno Infantil. Coordenação-Geral de Saúde Perinatal e Aleitamento Materno. Nota Técnica nº 100/2022-CGPAM/DSMI/SAPS/MS. Brasília: Ministério da Saúde, 2022A.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco. 1. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022B.

DUARTE, M. I. S.; NETO, A. N. D.; PAGLIARI, C.; et al. Doenças Infecciosas: Visão Integrada da Patologia, da Clínica e dos Mecanismos Patogênicos. Porto Alegre: ArtMed, 2024. E-book. p.734. ISBN 9786558821908. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786558821908/>.

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Notícias: toxoplasmose. Febrasgo, 2017. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/185-toxoplasmose>.

KASAI, I. A. Y.; ROMERO, J. Dos S.; MELO, Y. S. de; ARFOX, M. I.; JÚNIOR, G. C. Dos S.; CARVALHO, M. M. de; ROSSINI, L. G.; FRIAS, D. F. R. Epidemiologia da toxoplasmose gestacional e congênita no estado de Mato Grosso do Sul, de 2010 a 2022. Revista Contribuciones a Las Ciencias Sociales, São José dos Pinhais, v.16, n.12, p. 32662-32682, 2023.

MILANEZ, H.; LAJOS, G. J., AMARAL, E. Protocolo de atendimento a gestantes com toxoplasmose. CAISM/Unicamp. Nº 01. Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2020.

PARANÁ. Secretaria da Saúde. Caderno de Atenção ao Pré-Natal Toxoplasmose. Departamento de Atenção Primária à Saúde. 2018. Disponível em: [https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos\\_restritos/files/documento/2021-02/Caderno%20de%20Atencao%20ao%20Pre-Natal%20-%20Toxoplasmose-R09-2.pdf](https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2021-02/Caderno%20de%20Atencao%20ao%20Pre-Natal%20-%20Toxoplasmose-R09-2.pdf).

SALOMÃO, R. Infectologia: Bases Clínicas e Tratamento. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2023. E-book. p.235. ISBN 9788527739849. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527739849/>.

SANTA CATARINA. Secretaria da Saúde. Nota Técnica Conjunta Nº 008/2019 DAPS/DIAF/DIVE/LACEN: Orienta sobre a notificação, a investigação e o tratamento da toxoplasmose gestacional, congênita e sobre o tratamento da toxoplasmose adquirida no Estado de



Tipo do Documento	<b>GUIA</b>	GU.UMUL.001 – Página 12/12	
Título do Documento	<b>INTERPRETAÇÃO DE RESULTADOS E CONDUITAS PARA SOROLOGIAS DE TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA</b>	Emissão: 20/08/2025	Próxima revisão: 20/08/2027
		Versão: 01	

Santa Catarina. Florianópolis: SESA, 2019.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Manual técnico de orientações sobre o manejo da toxoplasmose. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2022.

TERRA, M. T., GOMES, Y. K., KUNIMI, S. P., COLLI, C. M. Estudo ecológico sobre as notificações por toxoplasmose gestacional na região centro-oeste do Brasil entre 2019 e 2023. Anais do 2º Congresso Brasileiro de Neonatologia e Obstetrícia. Editora Humanize, 2024.

## 5. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
01	10/07/2025	Elaboração do documento.

<b>Elaboração</b> Cristiane Maria Colli Maria Luiza Pereira Proença.	Data: 10/07/2025
<b>Análise</b> Gessica Linhares Melo Viana – Chefe da UGITS Andyane Freitas Tetila – Infectologista da UVS	Data: 10/07/2025 Data: 07/08/2025
<b>Validação</b> Fuad Fayez Mahmoud – STGQ	Data: 20/08/2025
<b>Aprovação</b> Crislaine da Silva Nantes – Chefe da UMUL Tiago Amador Correia – Gerente de Atenção à Saúde	Data: 18/08/2025 Data: 20/08/2025

Assinado eletronicamente no processo SEI 23529.009719/2025-19.