

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	2
OBJETIVOS.....	2
CRITÉRIOS DE ADMISSÃO.....	2
FLUXOGRAMAS	3
ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES.....	4
DIAGNÓSTICO	4
TRATAMENTO	5
PROFILAXIA	5
CRITÉRIO DE SAÍDA DO PROTOCOLO.....	6
MONITORAMENTO	6
CONFLITOS DE INTERESSE.....	6
REFERÊNCIAS.....	7
SIGLAS	8
HISTÓRICO DAS VERSÕES.....	8

INTRODUÇÃO

A toxoplasmose é uma zoonose, cujo agente etiológico é o protozoário *Toxoplasma gondii*, que tem como hospedeiro definitivo o gato e como hospedeiros intermediários o homem, outros mamíferos e aves. A transmissão se dá pela ingestão de oocistos presentes na terra e nos alimentos, de cistos teciduais em carnes cruas ou malpassadas (de porco, bovinos e caprinos), ou por via transplacentária. A incidência da doença varia de acordo com a região e está relacionada a fatores socioeconômicos.

A infecção primária, em indivíduos imunocompetentes, é assintomática em até 90% dos casos. Quando sintomática, provoca febre, linfadenopatia, hepatoesplenomegalia e rash cutâneo. Em indivíduos imunossuprimidos, pode cursar com reativações e causar encefalite, coriorretinite, pneumonite e miocardite.

O risco de transmissão vertical existe principalmente na ocasião da primoinfecção. A infecção no terceiro trimestre traz maior risco de transmissão ao feto, enquanto a infecção no primeiro trimestre tem menor chance de infecção fetal – porém, levando a sequelas de maior gravidade.

Em raras ocasiões, mulheres imunocomprometidas podem sofrer reativação de infecção crônica, podendo transmitir a doença ao feto em qualquer idade gestacional. Os recém-nascidos afetados pela infecção congênita podem apresentar diversas alterações, como hidrocefalia, microcefalia, calcificações cerebrais, convulsões, cegueira, perda auditiva e retardo no desenvolvimento, ou eventualmente podem ser assintomáticos ao nascimento e vir a manifestar a doença anos mais tarde.

OBJETIVOS

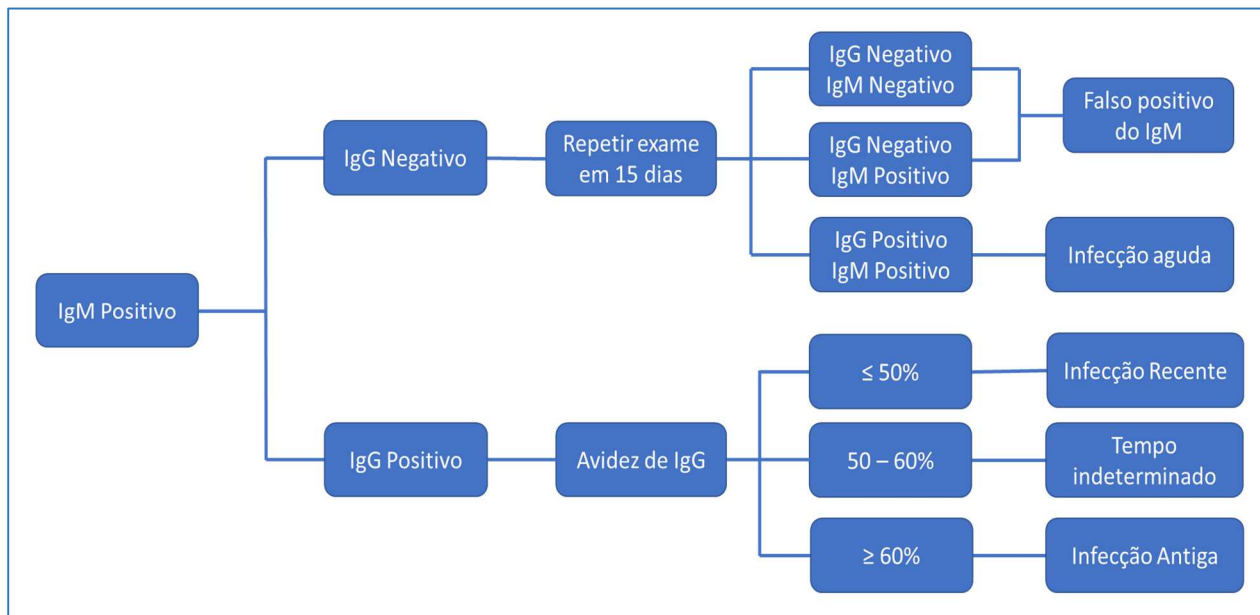
Definir as condutas referentes ao manejo de casos de toxoplasmose aguda em gestantes atendidas no Hospital das Clínicas da UFMG/Ebserh (HC-UFMG).

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO

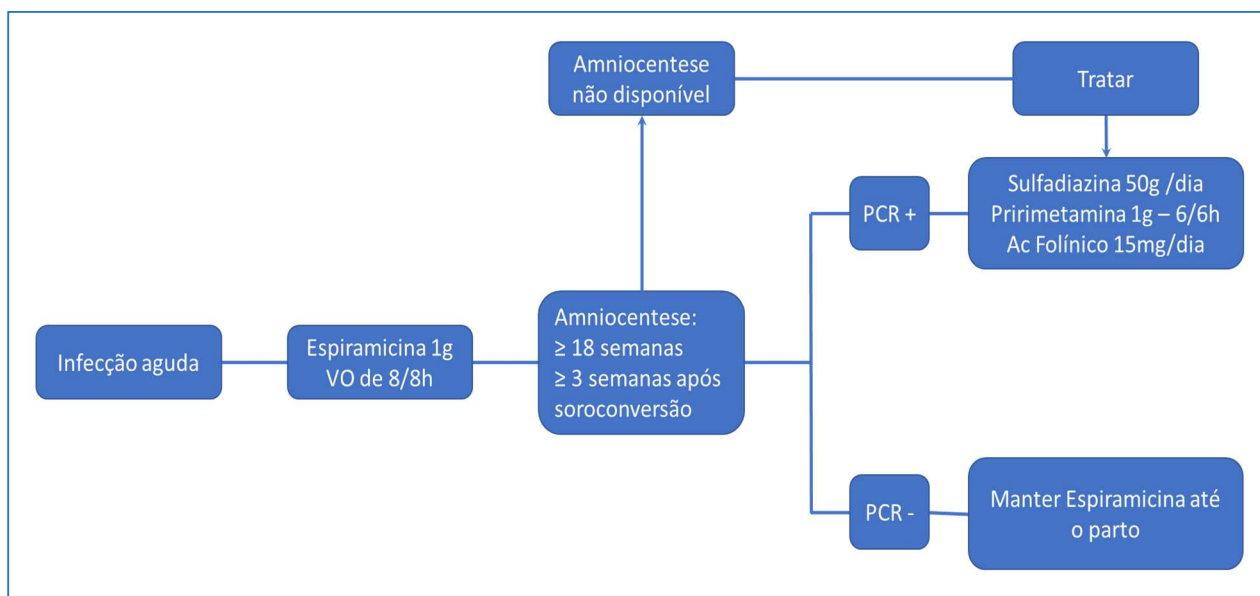
Pacientes gestantes, em atendimento no HC-UFMG, com diagnóstico de toxoplasmose aguda.

FLUXOGRAMAS

Diagnóstico sorológico da Toxoplasmose



Tratamento da Toxoplasmose



ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

Médico obstetra	Prestar primeiro atendimento, conduzir a conduta clínica, fornecer esclarecimentos à mulher e sua família, solicitar possíveis interconsultas com especialidades
Equipe de enfermagem	Assistência de enfermagem durante procedimentos e internação em enfermaria
Farmácia clínica	Garantir presteza no fornecimento de medicamentos necessários ao atendimento
Assistente social	Providenciar interface entre a equipe hospitalar e da saúde da família se for necessário controle pós alta, assistência à mulher e sua família
Médicos de outras especialidades	Atender às interconsultas solicitadas.

DIAGNÓSTICO

Infecção materna

A primoinfecção materna geralmente é oligo ou assintomática. Por isso, é amplamente difundido o rastreamento pré-natal, iniciando-se na primeira consulta, através da sorologia específica. O objetivo do rastreamento pré-natal é o diagnóstico mais precoce possível da soroconversão na gravidez, possibilitando o início do tratamento.

Pacientes susceptíveis devem ter o exame repetido a cada trimestre, enquanto as pacientes com infecção crônica não precisam repeti-lo. Pacientes imunossuprimidas com IgG positivo devem repetir a sorologia trimestralmente, e as susceptíveis devem repetir mensalmente.

O diagnóstico da infecção materna é feito quando há sorologia compatível com doença aguda: IgG e IgM positivos para toxoplasmose. Como o IgM pode manter-se positivo até 18 meses após infecção aguda, lança-se mão da avidéz de IgG para estimativa de quando ocorreu a infecção. A baixa avidéz (< 30%) indica doença ocorrida nas últimas 16 semanas, enquanto a alta (> 60%) indica doença ocorrida há mais de 16 semanas.

Tabela 1 – interpretação dos resultados sorológicos:

Resultado	Significado	Conduta recomendada
IgG – IgM –	Susceptível	Orientar profilaxia
IgG + IgM –	Infecção passada	Sem necessidade de outra conduta
IgG + IgM + Alta avidéz de IgG, até 16 sem.	Passada	Sem necessidade de outra conduta
IgG + IgM + Baixa avidéz de IgG.	Infecção aguda	Iniciar tratamento
IgG + IgM + Em qualquer idade gestacional acima de 16 sem.	Conduzir como infecção aguda	Iniciar tratamento
IgG – IgM +	Provável infecção aguda	Iniciar tratamento. Repetir os exames em 15 dias para confirmação

Infecção fetal

A infecção fetal pode cursar com os seguintes achados ultrassonográficos: hidrocefalia, microcefalia, calcificações cerebrais, hepatomegalia.

A confirmação da infecção fetal é feita através da detecção de DNA do toxoplasma pela reação em cadeia da polimerase (PCR) no líquido amniótico, obtido por amniocentese.

TRATAMENTO

- O tratamento da toxoplasmose diminui significativamente a transmissão vertical e a gravidade da doença nos fetos infectados.
- A espiramicina se concentra na placenta, onde bloqueia ou reduz a transmissão da doença para o feto, porém não trata a infecção fetal.
- O trio pirimetamina-sulfadiazina-ácido folínico trata a infecção fetal, porém a pirimetamina é teratogênica se utilizada antes das 16 semanas. Por isso, utiliza-se a espiramicina até a 16ª semana, e o esquema pirimetamina-sulfadiazina-ácido folínico após esta idade gestacional.
- A associação do ácido folínico com a pirimetamina tem como objetivo prevenir a toxicidade hematológica desta (que suprime a atividade da medula óssea).
 - **Espiramicina:** 1 g (2 comprimidos de 500 mg) de 8 em 8 horas, até 16 semanas. Pode ser mantida até o termo, se afastada infecção fetal.
 - **Pirimetamina:** 50 mg (2 comprimidos de 25 mg) por dia.
 - **Sulfadiazina:** 1 g (2 comprimidos de 500 mg) de 6/6 h.
 - **Ácido folínico:** 15 mg por dia.

PROFILAXIA

- A prevenção primária envolve medidas de saúde pública, como saneamento básico, controle de saúde animal e controle de qualidade de carnes.
- Pacientes devem ser orientadas a consumir água filtrada, não consumir carnes malpassadas ou cruas, evitar contato com fezes de animais e terra potencialmente contaminada, higienizar bem e com frequência as mãos, higienização rigorosa de alimentos crus, e manter boa saúde e higiene dos animais domésticos.

CRITÉRIO DE SAÍDA DO PROTOCOLO

Exclusão do diagnóstico de toxoplasmose na gestação.

MONITORAMENTO

Taxa de pacientes com diagnóstico de toxoplasmose aguda, em uso de espiramicina.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os participantes declaram não haver conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

Bittencourt, Laura HFB, *et al.* Soroepidemiologia da toxoplasmose em gestantes a partir da implantação do Programa de Vigilância da Toxoplasmose Adquirida e Congênita em municípios da região oeste do Paraná. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, n.34, v.2, p.63-8.

Câmara, Josineide T, Da Silva, Marcos G., De Castro, Ana Maria. Prevalência de toxoplasmose em gestantes atendidas em dois centros de referência em uma cidade do Nordeste, Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, n.37, v.2, p.64-70, 2015.

Di Mario Simona, *et al.* Prenatal education for congenital toxoplasmosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, v.10. Art. No.: CD006171. DOI: [10.1002/14651858.CD006171.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006171.pub4).

El Bissati et al. Global initiative for congenital toxoplasmosis: an observational and international comparative clinical analysis. *Emerging Microbes & Infections*, n.7, v.165, 2018.

Figueiró-Filho, Ernesto A., *et al.* Toxoplasmose aguda: estudo da frequência, taxa de transmissão vertical e relação entre os testes diagnósticos materno-fetais em gestantes em estado da Região Centro-Oeste do Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, n.27, v.8, p.442-9.

Goldstein, Ellie J. C., Montoya, Jose G., Remington, Jack S. Management of *Toxoplasma gondii* Infection during Pregnancy. *Clinical Infectious Diseases*, v.47, n.4, 15, p. 554-566, 2008. <https://doi.org/10.1086/590149>

Pomares, Christelle, Montoya, Jose G. Laboratory Diagnosis of Congenital Toxoplasmosis. *Journal of Clinical Microbiology*, v.54, n.10, 2016.

Rajapakse, Senaka, *et al.* Prophylaxis of human toxoplasmosis: a systematic review. *Pathogens and Global Health*, v.111, v.7, 2017.

Villar, Bianca B.F., *et al.* Toxoplasmosis in pregnancy: a clinical, diagnostic, and epidemiological study in a referral hospital in Rio de Janeiro, Brazil. Balzano De La Fuente. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, v.4, n.6, p.517–523, 2020.

SIGLAS

DNA	Ácido desoxirribonucleico
HC-UFMG	Hospital das Clínicas da UFMG/Ebserh
IgG	Imunoglobulina G
IgM	Imunoglobulina M
PCR	Proteína C reativa

HISTÓRICO DAS VERSÕES

1ª versão

- Elaborada em janeiro de 2022 por: Marina Fistarol e Mário Dias Corrêa Júnior.
- Responsável técnico: Mário Dias Corrêa Júnior.
- Aprovada em maio de 2022 por: Alexandre Rodrigues Ferreira, gerente de Atenção à Saúde e diretor técnico.