



NOTA TÉCNICA Nº 8/2026- GEVS/NEVE/SSVS/SESA

Vitória/ES, 15 de abril de 2026.

Assunto: Orientações sobre a Notificação da Toxoplasmose Adquirida na Gestação e Congênita.

CONSIDERAÇÕES

Considerando o Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde de 2024, que trata dos desafios e estratégias de vigilância, prevenção e controle das doenças e agravos de importância em saúde pública;

Considerando a Nota Técnica Nº 100/2022 – CGPAM/DSMI/SAPS/MS que trata da diretriz nacional para conduta clínica, diagnóstico e tratamento da Toxoplasmose Adquirida na Gestação e Toxoplasmose Congênita;

Considerando a necessidade da qualificação dos dados para a vigilância e análise epidemiológica da toxoplasmose:

O Programa da Vigilância da Toxoplasmose do Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NEVE) dá orientações para a qualificação da notificação da Toxoplasmose Adquirida na Gestação e Congênita.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

A toxoplasmose é causada, por um protozoário, *Toxoplasma gondii*. Sua distribuição é mundial, sendo uma das zoonoses mais difundidas no Brasil. Os hospedeiros definitivos são os gatos e outros felídeos. Todos os outros animais de sangue quente são hospedeiros intermediários (Brasil, 2018; CDC, 2018a; 2020 apud Brasil, 2024).

As principais vias de transmissão são alimentos e água contaminados; também pode ser transmitida pela inalação de aerossóis contaminados, inoculação acidental, transfusão sanguínea, transplante de órgãos e por via transplacentária (Brasil, 2024).

A toxoplasmose adquirida tem manifestação clínica rara, o quadro mais característico da fase aguda é linfadenopatia localizada e febre. Em imunocomprometidos pode haver acometimento pulmonar, cardíaco, hepático ou cerebral. (Andrade; Tonelli; Oréffice, 2006 apud Brasil, 2024).

O parasito persiste por toda a vida do hospedeiro (fase crônica). A reativação em mulheres grávidas imunocomprometidas, pode levar à infecção congênita (CDC, 2018b apud Brasil, 2024 apud Brasil, 2024).

A toxoplasmose congênita é uma doença grave, que pode levar a morte fetal, prematuridade, hepatoesplenomegalia, icterícia, erupção cutânea, pneumonite, lesões de retina, calcificações cerebrais, hidrocefalia, microcefalia, microftalmia, estrabismo, perda visual, convulsões e



retardo mental (Mitsuka-Breganó; Lopes-Mori; Navarro, 2010; Lago et al., 2021 apud Brasil, 2024).

Todas as gestantes, suscetíveis ou não, devem ser periodicamente orientadas a respeito das medidas de prevenção primária pelo risco de primo-infecção ou reinfeção. As suscetíveis devem realizar, no mínimo, três sorologias durante a gestação. A sorologia deve ser repetida no momento do parto (Brasil, 2024).

O diagnóstico é feito por métodos indiretos - sorologia de IgM, IgG e a avidéz de IgG (mais comuns) além de igA, e por métodos de detecção direta como o PCR (Reação em Cadeia de Polimerase) (Marques et al., 2015 apud Brasil, 2024).

O “teste do pezinho”, teste de triagem neonatal, como o próprio nome já diz, não é considerado um método diagnóstico. O resultado precisa ser confirmado por testes sorológicos concomitantemente sensíveis e específicos. (Brasil, 2022).

QUADRO 1 – Cinética das imunoglobulinas para diagnóstico da toxoplasmose adquirida na gestação e da toxoplasmose congênita

FORMA	VIRAGEM SOROLÓGICA	CARACTERÍSTICAS
Adquirida na gestação	IgM: positiva 5 a 14 dias após a infecção.	Pode permanecer detectável por 18 meses ou mais. Não deve ser usada como único marcador de infecção aguda. Em geral, não está presente na fase crônica, mas pode ser detectada com títulos baixos (IgM residual).
	IgA: positiva após 14 dias da infecção.	Detectável em cerca de 80% dos casos de toxoplasmose e permanece reagente entre 3 e 6 meses, apoiando o diagnóstico da infecção aguda.
	IgG: aparece entre 7 e 14 dias. Seu pico máximo ocorre em aproximadamente 2 meses após a infecção.	Declina entre 5 e 6 meses, podendo permanecer em títulos baixos por toda a vida. A presença da IgG indica que a infecção ocorreu.
Congênita	IgM ou IgA maternas não atravessam a barreira transplacentária.	A presença de IgM ou IgA confirma a infecção congênita, mas sua ausência não a descarta.
	IgG materna atravessa a barreira transplacentária.	A persistência ou o aumento da IgG, em 2 ou mais amostras colhidas com intervalos de pelo menos 1 mês, confirmam infecção congênita, enquanto a sua negatização na ausência de tratamento da criança revela a presença de somente anticorpos maternos.

Fonte: Brasil, 2014; Mitsuka-Breganó; Lopes-Mori; Navarro, 2010.

Recomenda-se o tratamento em gestantes, recém-nascidos, pacientes imunodeprimidos e naqueles com manifestação ocular (Brasil, 2020 apud Brasil, 2024).



2. DEFINIÇÃO DE CASO

2.1 DEFINIÇÃO DE CASO DA TOXOPLASMOSE ADQUIRIDA NA GESTAÇÃO

Caso suspeito

- Gestante que apresentar resultado para anticorpo IgM anti-T. gondii reagente ou indeterminado.
- Gestante que apresenta história clínica compatível com toxoplasmose adquirida após a concepção.
- Gestante que apresenta ultrassonografia obstétrica sugestiva de toxoplasmose congênita.
- Qualquer gestante identificada em situações de surto de toxoplasmose.

Caso provável

Caso suspeito que apresente uma das seguintes situações:

- Resultado reagente de anticorpos IgM e IgG, com avidéz 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.

Obs: Considerar caso provável como confirmado no campo 32 - conclusão, da ficha de notificação.

Caso confirmado

Caso suspeito que apresente uma das seguintes situações:

- 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

Caso suspeito que apresente uma das seguintes situações:

- 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 avidéz 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).



2.2 DEFINIÇÃO DE CASO – 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.
- RN com resultado do teste de triagem neonatal positivo ou indeterminado para toxoplasmose.

Caso provável

Caso suspeito que apresente uma das seguintes situações:

- 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.
- 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.

Obs: Considerar caso provável como confirmado no campo 32 – na conclusão, da ficha de notificação, exceto para “As crianças assintomáticas em investigação durante os primeiros 12 meses de vida”, que só deverão ter sua ficha concluída ao fim da investigação.

Caso confirmado

Caso suspeito que apresente uma das seguintes situações:

- 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.
- 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

Caso suspeito que apresente uma das seguintes situações:

- 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.

OBS1: Nas crianças que foram tratadas, o descarte do caso devido à soronegativação de IgG, deve ocorrer com no mínimo 2 meses após a suspensão das drogas antiparasitárias.

OBS2: Os casos suspeitos de toxoplasmose, que apresentam IgG positiva e IgM/IgA negativas no primeiro semestre de vida, devem repetir mensalmente ou a cada dois meses a sorologia para acompanhamento da curva de IgG até confirmação ou a exclusão da infecção. Nesses casos, os testes seriados precisam ser feitos pela mesma técnica, de preferência no mesmo laboratório (Brasil, 2024).

3. NOTIFICAÇÃO

O Ministério da Saúde, por meio da Lista de Notificação de Doenças e Agravos Compulsórios, recomenda a notificação e o monitoramento dos casos de toxoplasmose congênita, gestacional e adquirida em surtos, com notificação semanal para as esferas municipal, estadual e federal, (Brasil, 2017^a apud Brasil, 2024). Cada gestante e recém-nascido devem ter sua respectiva Ficha de Notificação no e-SUS VS.

Enquanto não há ficha de notificação específica no Sinan/e-SUS, recomenda-se que o registro da notificação seja realizado na Ficha de Notificação/Conclusão.

Na Classificação Internacional de Doenças 10^a edição (CID10) os códigos utilizados para notificação são:

- O 98.6 – Doenças causadas por protozoários complicando a gravidez, o parto e o puerpério.
- P 37.1 – Toxoplasmose congênita.
- B 58 – Toxoplasmose.

Como a ficha de Notificação / Conclusão é inespecífica para toxoplasmose, no sentido de qualificar os dados para análise epidemiológica, orientamos que no campo “informações complementares e observações” sejam inseridos os respectivos dados:

Toxoplasmose Gestacional:

- Data da Última Menstruação (DUM) ou descrição do laudo da primeira Ultrassonografia Obstétrica, portando data do exame e idade gestacional;
- Resultado dos exames de sorologia IgM e IgG (com data da realização, titulação,



- laboratório e método utilizado) da gestação atual e de anteriores, se houver;
- Resultado do teste de avidéz de IgG com data da realização, se realizado;
- Descrição sucinta de demais exames complementares, se realizados (amniocentese, ultrassonografia e outros);
- Relato do seguimento do caso com embasamento em relação à confirmação ou ao descarte, incluindo tratamento com esquema terapêutico, posologia e dosagens.

Toxoplasmose Congênita:

- Resumo da história clínica materna, tendo por base as orientações descritas acima;
- Resultado dos exames de sorologia IgM e IgG (com data da realização, titulação, laboratório e método utilizado) realizados ao nascer e ao longo da investigação;
- Descrição do exame clínico e dos laudos dos exames complementares ao nascer e ao longo da investigação, com suas respectivas datas de realização;
- Resultado do teste de triagem neonatal;
- Descrição do tratamento prescrito e, quando necessário, relato da mudança do esquema terapêutico;
- Relato do seguimento do caso com embasamento em relação à confirmação ou ao descarte.

Para notificar, só há necessidade de preencher os campos destacados em vermelho. Ao longo do acompanhamento do caso, a assistência e a vigilância epidemiológica local têm a responsabilidade de qualificar a ficha, registrando as informações listadas acima e, somente ao término do seguimento do caso, a ficha deverá ser encerrada com preenchimento dos campos Classificação Final (32), Critério de Confirmação/Descarte (33) e Evolução do Caso (41).

Tempo para conclusão da investigação:

- Gestacional – 300 dias para conclusão/encerramento. Assim que o parto acontecer, caso a criança nasça viva, a “evolução do caso” poderá ser classificada como “cura”.

- Congênita - 420 dias para conclusão.

Obs: espera-se que para as notificações de RN suspeitos para toxoplasmose congênita, haja notificação materna de toxoplasmose gestacional correlata.

OBS:

1 - Para a toxoplasmose gestacional, a data dos primeiros sintomas e a data da investigação serão as mesmas da data do exame que baseou a suspeita diagnóstica da infecção adquirida na gestação. Logo após o parto, no campo 41 (evolução do caso) deve ser registrado “cura”, uma vez que o caso deve ser considerado como curado.

2 - Quando gestante é notificada de forma retroativa, depois do nascimento do RN com suspeita de toxoplasmose congênita, orienta-se:

- Caso o diagnóstico materno tenha sido realizado na gestação, preencher campo 12 (Gestante) com o trimestre gestacional no qual houve a suspeita da doença, sendo que o campo 7 (data do diagnóstico / primeiros sintomas / ocorrência) deve ser preenchido de maneira correspondente à data do exame que levou à suspeita da toxoplasmose. Na impossibilidade de resgatar os resultados dos exames de pré-natal que possam indicar a data dos primeiros sintomas e a data da investigação, utilizar a data da suspeita / diagnóstico do recém-nascido.
- Caso o diagnóstico materno não tenha sido realizado na gestação, orienta-se preencher o campo 12 (Gestante) com “4 – idade gestacional ignorada” e o campo 7 (data do diagnóstico / primeiros sintomas / ocorrência) deve ser a data



da suspeita / diagnóstico do recém-nascido*.

Obs: Registrar na notificação que a mulher é gestante e, em seguida, marcar no campo 41 a evolução do caso como cura, uma vez que, convencionou-se que logo após o parto, o caso deve ser considerado como curado.

3 - Na ficha de notificação e-SUS vs Toxoplasmose Congênita, no item “notificação individual”, para os campos **Gestante (campo 12)**, **Escolaridade (campo 14)**, **Orientação Sexual e Identidade de Gênero**, deve-se preencher, no geral, com **"Não se aplica"**, pois o caso é de um recém-nascido ou criança que, por definição de idade de acometimento, não exerce ocupação, nem possui orientação sexual e identidade de gênero definida. Nos instrutivos do SINAN, a referência etária de corte para “não se aplica” nos campos de orientação sexual e identidade de gênero é de **10 anos ou menos**.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância em saúde: volume 1 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. – 6. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL.. Ministério da Saúde. Nota Técnica Nº 100/2022 – CGPAM/DSMI/SAPS/MS que trata da diretriz nacional para conduta clínica, diagnóstico e tratamento da Toxoplasmose Adquirida na Gestação e Toxoplasmose Congênita, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SINAN: Ficha de Notificação/Conclusão: Sistema de Informação de Agravos de Notificação**. Versão SVS 27/09/2005. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: [Inserir o endereço eletrônico, caso a ficha tenha sido acessada online]. Acesso em: 15 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde. GT- SINAN. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação: Dicionário de Dados – SINAN NET – Versão 5.0**. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: [Inserir o endereço eletrônico completo do documento]. Acesso em: 15 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Modo de acesso: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf



LUIA MILLERI ALTOÉ

Referência Técnica do Programa da Toxoplasmose

PRISCILLA ROCHA ARAUJO NADER

Referência Técnica do Programa da Toxoplasmose

DIJOCE PRATES BEZERRA

Chefe do Núcleo Especial de Vigilância Epidemiológica

JULIANO MOSA MAÇÃO

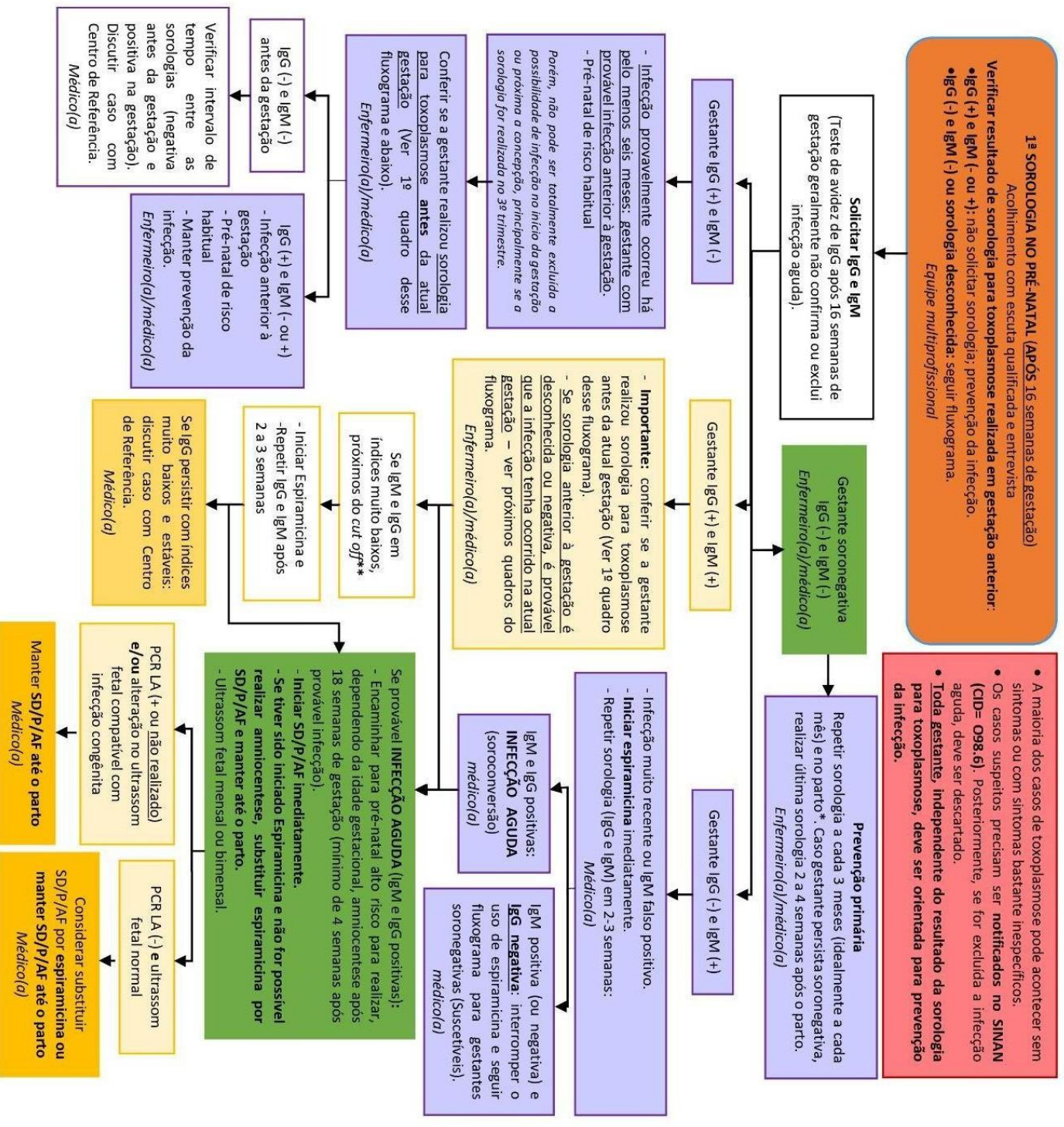
Gerente de Vigilância em Saúde

ORLEI AMARAL CARDOSO

Subsecretário da Vigilância em Saúde



FLUXOGRAMA 2 - TRIAGEM DA TOXOPLASMOSE NO PRÉ-NATAL: PRIMEIRA SOROLOGIA REALIZADA COM MAIS DE 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.

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

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2020a com a coordenação das pesquisadoras e assessoras técnicas do Ministério da Saúde.

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

- 1) Soroco conversão 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.

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

PRISCILLA ROCHA ARAUJO NADER

ENFERMEIRO - QSS
NEVE - SESA - GOVES
assinado em 16/04/2026 10:18:45 -03:00

ORLEI AMARAL CARDOSO

SUBSECRETARIO ESTADO
SSVS - SESA - GOVES
assinado em 17/04/2026 13:16:13 -03:00

DIJOCE PRATES BEZERRA

CHEFE NUCLEO ESPECIAL FG-CNE
NEVE - SESA - GOVES
assinado em 15/04/2026 13:39:14 -03:00

JULIANO MOSA MAÇÃO

GERENTE FG-GE
GEVS - SESA - GOVES
assinado em 16/04/2026 09:06:04 -03:00

LUISA MILLERI ALTOE

MEDICO - DT
NEVE - SESA - GOVES
assinado em 17/04/2026 09:22:11 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 17/04/2026 13:16:13 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por PRISCILLA ROCHA ARAUJO NADER (ENFERMEIRO - QSS - NEVE - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2026-914NDC>