

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO

• **Número 14** - Março, 2026

Secretaria Municipal de Saúde de Toledo



TOXOPLASMOSE

Nesta Edição:

- Toxoplasmose CID-10: B58

Elaborado por:

Caroline Koff da Costa
Lucas Samir Schreder
Matheus Reghin
William Heizo Takakura

Revisado por:

Rosana dos Reis da Costa Cerbarro
Jonatan Schmidt Finkler
Paula Franciele da Silva
Thaís Schmidt Vitali Hermes

Disponível em:

<https://www.toledo.pr.gov.br/portais/saude/vigilancia-em-saude/dados-e-boletins>

Contatos:

vepidemiologica@toledo.pr.gov.br

(45) 3196-3087

Doença infecciosa cosmopolita causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii*, um parasita intracelular obrigatório. Os hospedeiros definitivos são os gatos e outros felídeos; ao passo que homem e outros mamíferos e aves são os intermediários. Conhecida como "Doença do Gato", é considerada uma Zoonose: termo usado para designar doenças transmitidas para o homem em que o ciclo pode ter outros animais vertebrados. Sendo frequentemente assintomático, a patologia toma importância epidemiológica evidente em imunodeprimidos (HIV, Transplantados) e durante o período gestacional, pois se houver acometimento fetal (40% dos casos) leva a diversas consequências graves.¹

O protozoário, dependendo do habitat e estado evolutivo, pode existir sob 3 formas principais: Taquizoíta - forma infectante na fase aguda; Bradizoíta (Cisto) - forma de crescimento lento presente nos tecidos e Oocisto - forma eliminada nas fezes de felídeos.⁴

Os hospedeiros definitivos são os gatos e outros felídeos; ao passo que homem e outros mamíferos e aves são os intermediários. Durante o ciclo há 2 fases principais, sendo os felinos os hospedeiros definitivos por apresentarem a fase sexuada. **Fase Sexuada:** Ocorre nos felinos, principalmente gatos. Esses animais quando realizam a predação (ratos, aves) ingerem o bradizoíto (cisto) presente na musculatura do animal predado. **Fase Assexuada:** Ocorre no homem, roedores, aves e outros mamíferos. Pode ocorrer sob duas formas:

Ingestão de Oocisto através de água/alimentos contaminados com fezes de gato ou Ingestão de Cistos Teciduais (Bradizoítos) a partir de carnes cruas/mal cozidas.⁴

A transmissão ao ser humano pode ocorrer da seguinte forma: Carnivorismo: Ingestão de cistos através de carne crua/mal cozida de caprinos, suínos, bovinos ou aves; Fecal-Oral: Ingestão de oocistos provenientes de solo, areia, lata de lixo, verduras ou água contaminados por fezes de gato (inalação de poeira com oocistos também leva à contaminação); Infecção vertical/transplacentária - "congênita" ou Transfusão sanguínea / Transplante de órgãos.⁴

ASPECTOS CLÍNICOS

A maioria dos casos de toxoplasmose é assintomática ou apresenta sintomas inespecíficos. Qualquer situação de imunocomprometimento pode ser seguida por recrudescimento ou reativação da doença. O recrudescimento em mulheres grávidas imunocomprometidas pode levar à infecção congênita.³

TOXOPLASMOSE ADQUIRIDA NA GESTAÇÃO

Mais de 90% dos casos são assintomáticos, portanto o diagnóstico é laboratorial, sendo fundamental a coleta de sangue para a detecção dos anticorpos das gestantes o mais precocemente possível.⁵

TOXOPLASMOSE CONGÊNITA

Aproximadamente 85% dos recém-nascidos com toxoplasmose congênita não apresentam sinais clínicos evidentes ao nascimento. Porém, quando presentes, são diversos e inespecíficos. A forma subclínica é a mais comum, geralmente com alterações discretas do líquido e posteriormente sequelas oculares e neurológicas.^{3,4}

Sequelas tardias são muito frequentes na toxoplasmose congênita não tratada. Cicatrizes de retinocoroidite comumente surgem nas primeiras décadas de vida, com cerca de 50% dos casos evoluindo para anormalidades neurológicas. As sequelas tendem a ser mais frequentes nos recém-nascidos que apresentam sintomatologia ao nascer, podendo ocorrer deficiência intelectual, crises convulsivas, anormalidades motoras e deficiência auditiva. Além disso, sequelas oftalmológicas como microftalmia, estrabismo, nistagmo e catarata também são prevalentes na toxoplasmose congênita.^{3,4}

DIAGNÓSTICO

É baseado em métodos indiretos, como sorologias, e diretos com detecção do parasita. Os mais utilizados para confirmação de casos e rastreamento na gestação são as sorologias Imunoglobulina M - IgM, Imunoglobulina G - IgG e avididade de IgG, detectados em soro e em saliva. Eventualmente, realizam-se IgA e Reação de polimerase em cadeia - PCR em amostra de líquido amniótico de acordo com a capacidade laboratorial. Este último, porém, não é disponibilizado na rede pública pelo estado do Paraná.

CINÉTICA DAS IMUNOGLOBULINAS

Toxoplasmose Adquirida:

- IgM: Positiva em 5 a 14 dias após a infecção, podendo permanecer detectável por 18 meses ou mais. Não usar como único marcador de infecção aguda. Em geral, não está presente na fase crônica, mas pode aparecer de forma residual em títulos baixos.
- IgG: Aparece em 7 a 14 dias, com pico máximo em aproximadamente 2 meses após a infecção. Indica que a infecção ocorreu.
- IgA: Positiva após 14 dias da infecção. Permanece reagente entre 3 a 6 meses, apoiando diagnóstico de infecção aguda.

Toxoplasmose congênita:

- IgM ou IgA: Não atravessam a barreira transplacentária. Se detectáveis, confirmam a infecção congênita, mas sua ausência não a descarta.
- IgG: Atravessa a barreira transplacentária. Persistência ou aumento de IgG em 2 ou mais amostras colhidas com intervalo de pelo menos 1 mês confirmam a infecção congênita, enquanto sua negatificação na ausência de tratamento da criança revela apenas presença de anticorpos maternos.

INTERPRETAÇÃO DAS PRINCIPAIS SOROLOGIAS E CONDUTAS ANTES DE 16 SEMANAS DE GESTAÇÃO

- IgG e IgM negativos: Paciente suscetível à toxoplasmose.²
 - Repetir sorologia trimestralmente até o final da gravidez.
- IgM negativo e IgG positivo: Toxoplasmose Pgressa.²
 - Gestante com imunidade preservada, seguir pré-natal de rotina sem necessidade de repetir exames.
- IgM positivo e IgG negativo: Infecção aguda ou falso positivo. Nesses casos, pode-se iniciar tratamento de forma imediata ou, se houver dúvidas quanto ao resultado do IgM, dosar o IgA ou repetir sorologia em 3 semanas.²
- IgM e IgG positivos: Provável infecção durante a gestação. Deve-se iniciar espiramicina e solicitar o teste de avides para IgG.²
 - Alta avides (>60%) - infecção antiga, mais de 4 meses.
 - Baixa avides (<30%) - infecção aguda, menos de 4 meses. Manter tratamento e encaminhar para referência de gestação de alto risco.

INTERPRETAÇÃO DAS PRINCIPAIS SOROLOGIAS E CONDUTAS DEPOIS DE 16 SEMANAS DE GESTAÇÃO

- IgG e IgM negativos: Paciente suscetível à toxoplasmose.
 - Repetir sorologia trimestralmente até o final da gravidez.
- IgM negativo e IgG positivo: Toxoplasmose Pgressa.
 - Gestante com imunidade preservada, seguir pré-natal de rotina sem necessidade de repetir exames.
- IgM positivo e IgG negativo: Infecção aguda ou falso positivo. Iniciar esquema SPAF (Pirimetamina + sulfadiazina + Ácido Folínico) imediatamente. Repetir sorologia em 3 meses.
- IgM e IgG positivos: Provável infecção durante a gestação. Deve-se iniciar o esquema SPAF e manter até o fim da gestação.²

ULTRASSONOGRRAFIA FETAL

Fetos acometidos pela toxoplasmose usualmente não apresentam alteração na ultrassonografia pré-natal. Alguns achados que, quando presentes, sugerem toxoplasmose congênita são: calcificação intracraniana, dilatação de ventrículos, hepatomegalia, ascite e aumento de espessura da placenta.²

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Toxoplasmose adquirida: Síndromes mono-like e febris, como as causadas pelos vírus Epstein-Barr, HIV, citomegalovírus HHV 6, arboviroses e outras doenças febris.

Toxoplasmose congênita: TORCHES (Citomegalovírus, rubéola, herpes simples), sífilis, arbovirose, sepse bacteriana, varicela congênita e processos não infecciosos, como isoimunização Rh e malformações congênitas.

Toxoplasmose ocular: Toxocaríase, tuberculose, AIDS, retinoblastoma, colobomas, persistência de corpo vítreo primário hiperplásico.

TRATAMENTO

TOXOPLASMOSE ADQUIRIDA NA GESTAÇÃO

O tratamento deverá ser instituído o mais precocemente possível, assim que houver comprovação laboratorial. A droga de escolha no primeiro trimestre é a Espiramicina, pelo fato de não atravessar a barreira placentária, não oferecendo risco ao feto. Em segundo momento, deve ser substituída pelo esquema tríplice (Sulfadiazina, Pirimetamina e Ácido Folínico), o qual já é indicado para gestantes com diagnóstico a partir de 16 semanas de idade gestacional.⁵

Há algumas particularidades de acordo com a possibilidade ou não da realização de diagnóstico de infecção fetal, por meio da PCR em tempo real no líquido amniótico obtido por amniocentese. Quando disponível, a amniocentese deverá ser realizada preferencialmente entre 18 a 21 semanas, optando-se pelo seguinte esquema terapêutico: Espiramicina se, gestação até 18ª semana. Após a 18ª semana, iniciar com esquema tríplice até a obtenção do resultado da PCR em tempo real. Se o resultado da PCR for positivo, deve-se continuar com esquema tríplice até o final da gestação. Se o resultado da PCR for negativo, manter somente Espiramicina até o final da gestação.⁴

No caso de impossibilidade de confirmar infecção fetal por meio de PCR em tempo real na amniocentese, deve-se seguir o esquema terapêutico da tabela abaixo:

IDADE GESTACIONAL	MEDICAMENTO	POSOLOGIA
<16 semanas	Espiramicina	500 MG // Dose: 2 comprimidos de 8/8 horas, via oral, em jejum. Total: 6 comprimidos/dia - 3 g/dia.
A partir de 16 semanas até o parto	SULFADIAZINA	500 MG // Dose: 2 comprimidos de 8/8 horas, via oral. Total: 6 comprimidos/dia- 3 g/dia
	PIRIMETAMINA	25 MG // Dose: 1 comprimido de 12/12 horas, via oral. Total: 2 comprimidos/dia- 50mg/dia.
	ÁCIDO FOLÍNICO	15 MG // Dose: 1 comprimido ao dia, via oral. Total: 1 comprimido dia- 15 mg/dia. Atenção: Não confundir ou substituir por ácido fólico.

Fonte: Adaptado de “Linha de cuidado materno infantil do Paraná 2025”.⁴

TOXOPLASMOSE CONGÊNITA

O tratamento inicia-se antes do nascimento, quando a infecção é confirmada ou altamente suspeita (após resultado positivo na PCR em tempo real realizada no líquido amniótico ou detecção de anormalidades características na ultrassonografia obstétrica).⁵

Após o nascimento, sugere-se iniciar o tratamento imediatamente em recém nascidos com toxoplasmose adquirida na gestação. Os medicamentos de escolha são sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico, utilizados de forma contínua durante 12 meses, em casos confirmados ou que não foi possível a exclusão da infecção. Se presença de coriorretinite ou hiperproteinorraquia (proteína no líquido acima de 1.000mg/ dL), deve-se associar prednisona ou prednisolona, mantida até que ocorra melhora do quadro.⁵

Esquema terapêutico para Toxoplasmose congênita durante o primeiro ano de vida:

- Sulfadiazina (cp 500 mg): 100 mg/kg/dia via oral de 12/12h, durante 01 ano. (Recomenda-se observar cuidadosamente a icterícia clínica e, se necessário, monitorar os níveis de bilirrubina).⁵
- Pirimetamina (cp 25 mg): Dose de ataque: 2 mg/kg/dia via oral de 12/12h durante 2 dias. Dose de manutenção: 1 mg/kg/dia via oral de 24/24h, durante 2 meses (ou até seis meses, dependendo da intensidade do acometimento). A seguir, 1mg/kg via oral de 24/24h, três vezes por semana (2ª, 4ª e 6ª feiras) até completar 01 ano.⁵
- Ácido Folínico (cp 15 mg): 10 mg via oral de 24/24h, três vezes por semana (2ª, 4ª e 6ª feiras) até completar 01 ano.⁵

Quando necessário:

- Prednisona (cp 5 mg ou 20 mg) OU Prednisolona (cp 20 mg ou 3 mg/ml): 1mg/kg/dia via oral 12/12h, se houver retinocoroidite em atividade e/ou se proteinorraquia

>ou=1.000mg/dl. Obs: Realizar retirada gradual, após estabilização do processo inflamatório. Utilizar sempre em associação com sulfadiazina e pirimetamina.⁵

Para crianças com toxicidade medular grave:

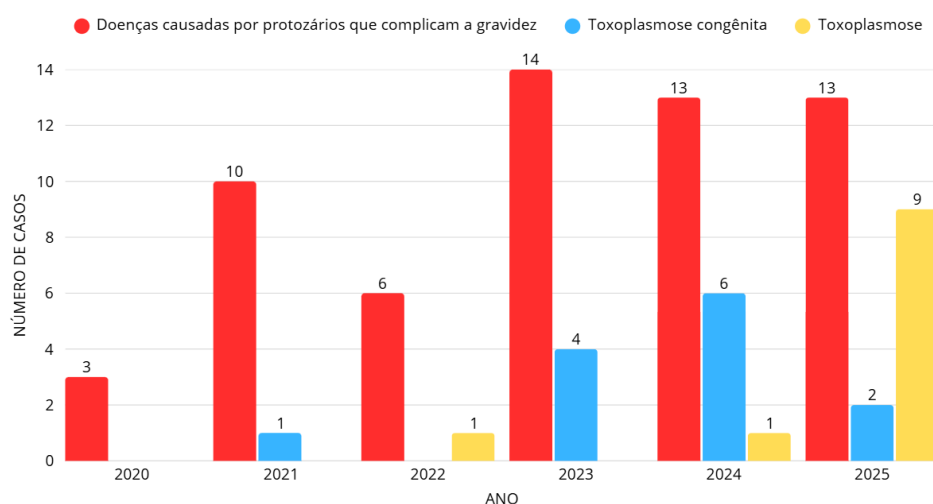
- Espiramicina (cp 500 mg ou cp 1.500.000 UI): 100 mg/kg/dia via oral de 12/12h (até a normalização laboratorial).⁵

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO DA TOXOPLASMOSE EM TOLEDO

De 2020 a 2025, foram confirmado 83 casos de Toxoplasmose em Toledo, sendo 24 no ano de 2025. Além disso, ocorreu o predomínio de Toxoplasmose Adquirida na Gravidez, como pode ser observado no Gráfico 1. Dos 83 casos confirmados ao longo dos últimos 6 anos, 59 se enquadram na categoria “Doenças causadas por protozoários que complicam a gravidez”, 13 classificados como Toxoplasmose Congênita e 11 como Toxoplasmose.

Gráfico 1. Casos confirmados de Toxoplasmose em residentes de Toledo/PR, de 2020 a 2025.*

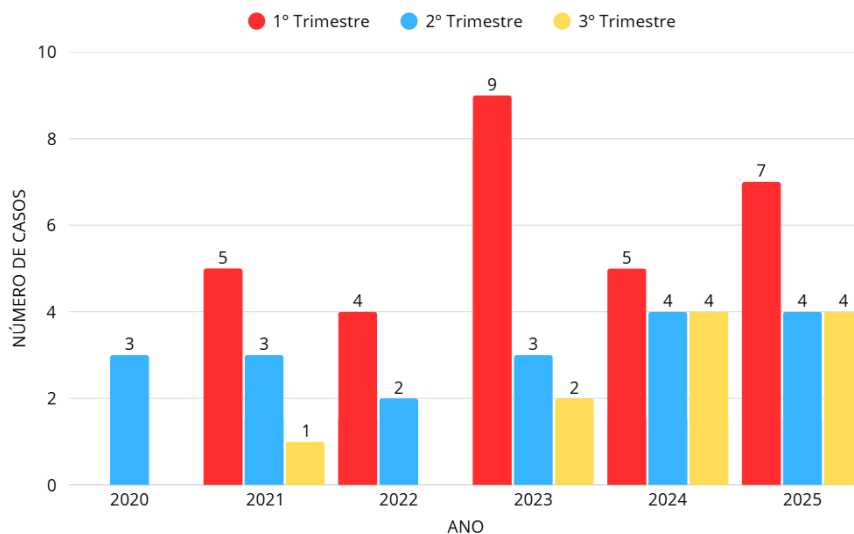


Fonte: Sinan Net.

*Dados preliminares.

Entre os casos de Toxoplasmose Adquirida na Gestação, 30 gestantes foram diagnosticadas no 1º Trimestre, 19 no 2º Trimestre e 11 no 3º Trimestre, conforme Gráfico 2.

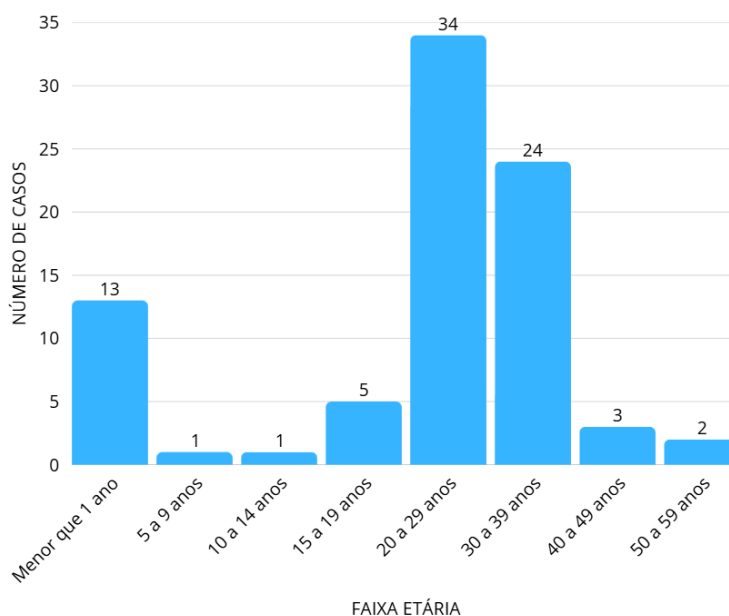
Gráfico 2. Diagnóstico de Toxoplasmose Adquirida na Gestação conforme Trimestre gestacional de 2020 a 2025, em Toledo/PR.*



Fonte: Sinan Net.
*Dados preliminares.

A faixa etária dos 83 casos confirmados está representada no Gráfico 3. Foram 34 casos (41%) em pacientes na faixa etária dos 20 aos 29 anos e 24 casos (28,9%) dos 30 aos 39 anos.

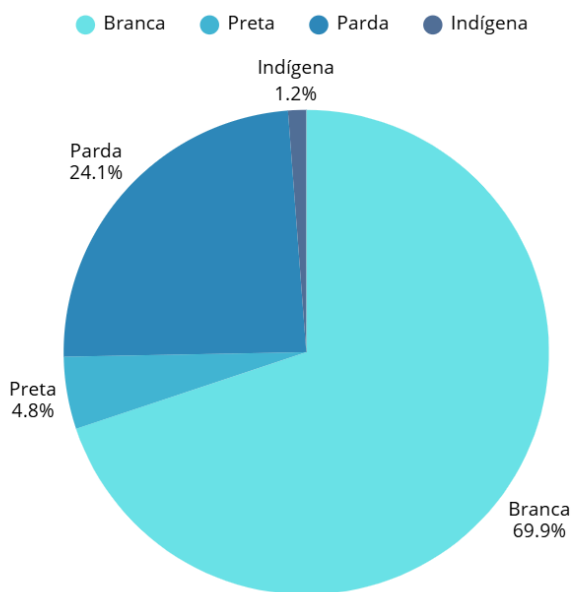
Gráfico 3. Número de casos de Toxoplasmose por faixa etária, de 2020 a 2025, em Toledo/PR.*



Fonte: Sinan Net.
*Dados preliminares.

A frequência de casos de Toxoplasmose confirmados em Toledo/PR de 2020 a 2025 segundo a Raça evidenciou o predomínio da prevalência na Raça Branca, totalizando 58 casos (69,9%), seguida da Raça Parda com 20 casos (24,1%), conforme dados do Gráfico 4.

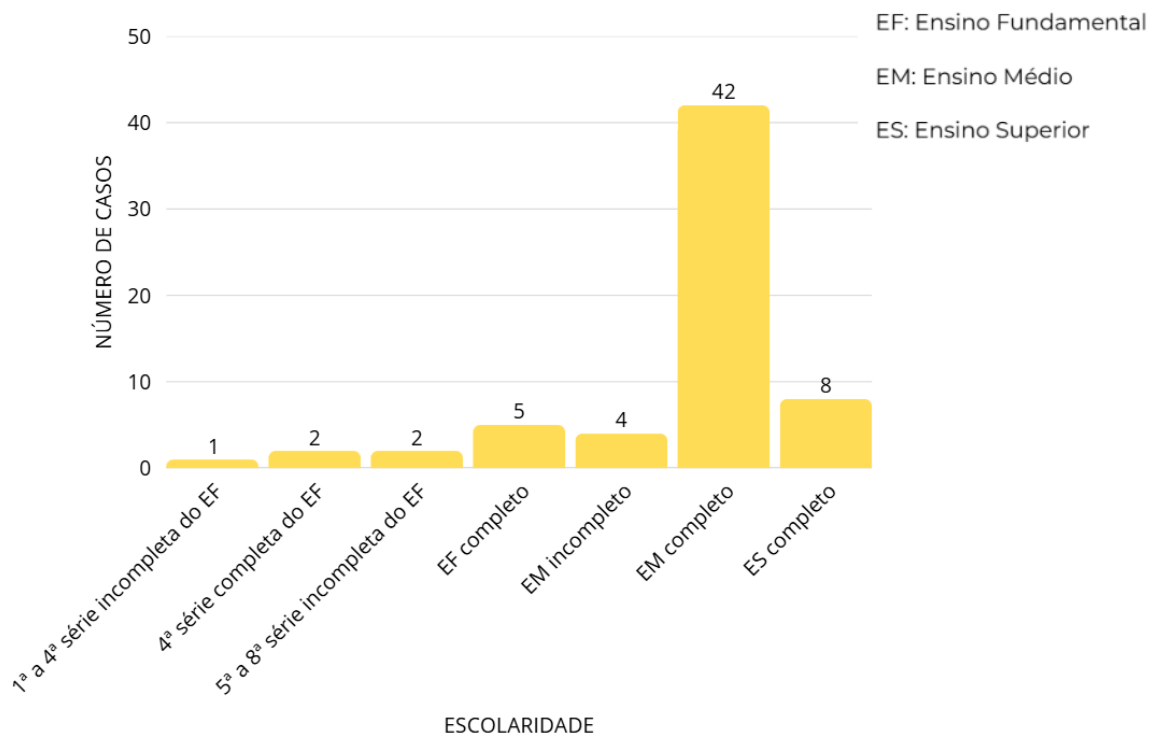
Gráfico 4. Número de casos de Toxoplasmose segundo a Raça de 2020 a 2025, em Toledo/PR.*



Fonte: Sinan Net.
*Dados preliminares.

Já o número de casos relacionados à escolaridade dos indivíduos está representado no Gráfico 5. A maioria dos casos foram notificados em indivíduos com Ensino Médio completo, totalizando 42 casos (50,6%).

Gráfico 5. Número de casos de Toxoplasmose por escolaridade de 2020 a 2025, em Toledo/PR.*



Fonte: Sinan Net.
*Dados preliminares.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE

Baseiam-se principalmente na promoção de ações de educação em saúde e acesso à informação por parte dos serviços de saúde, priorizando mulheres em idade fértil e indivíduos imunocomprometidos. Além disso, são necessárias medidas coletivas, como iniciativas para apoiar a prevenção primária e providência de água tratada e higienização adequada de alimentos.²

ORIENTAÇÕES INDIVIDUAIS

Para prevenir a infecção pelo *Toxoplasma gondii*, é fundamental garantir o preparo adequado dos alimentos e a segurança da água consumida. Todas as carnes, incluindo aves e embutidos, devem ser cozidas até que percam a cor avermelhada, evitando-se o uso exclusivo de micro-ondas ou congelamento doméstico, que não são métodos totalmente eficazes para eliminar os cistos. Além disso, deve-se evitar a contaminação cruzada lavando rigorosamente as mãos e utensílios após o contato com carnes cruas ou vegetais. Frutas e legumes devem ser higienizados com água filtrada ou fervida, a mesma que deve ser utilizada para beber e para a higiene pessoal em locais sem saneamento básico, evitando-se também o consumo de laticínios não pasteurizados.²

No convívio com animais e ambiente externo, os cuidados devem ser redobrados para evitar o contato com oocistos infecciosos. As caixas de areia dos gatos devem ser limpas diariamente para impedir a maturação do parasita, tarefa que gestantes e imunocomprometidos devem delegar ou realizar com proteção de luvas e máscaras. É recomendável manter os felinos em ambientes internos, alimentando-os apenas com ração ou carnes cozidas para evitar que se infectem. Por fim, embora cães não transmitam a doença pelas fezes, eles podem atuar como vetores mecânicos em seus pelos, exigindo higiene rigorosa ao circular em áreas onde há indivíduos do grupo de risco.²

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. p. 211-217 (Série A. Normas e Manuais Técnicos - Cadernos de Atenção Básica, n. 32). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 10 de fevereiro de 2026.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Guia de vigilância em saúde**: volume 1. 6. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_6edrev_v1.pdf. Acesso em: 10 fevereiro de 2026.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Protocolo de Notificação e Investigação**: Toxoplasmose gestacional e congênita [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 31 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_notificacao_toxoplasmose_gestacional.pdf. Acesso em: 10 fev. 2026.

4. PARANÁ. **Protocolo clínico e assistencial da toxoplasmose gestacional e congênita:** linha de cuidado materno infantil do Paraná. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2025. 105 p.
5. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. *Caderno de atenção ao pré-natal: toxoplasmose*. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 22 fev. 2021. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2021-02/Caderno%20de%20Atencao%20ao%20Pre-Natal%20-%20Toxoplasnose-R09-2.pdf