

**TOXOPLASMOSE CONGÊNITA: UM PANORAMA CLÍNICO**

**CONGENITAL TOXOPLASMOSIS: A CLINICAL OVERVIEW**

**EIXO: Doenças Infectocontagiosas em Crianças**

**Ana Caroline Mezzalira**

Graduando em Medicina pela Universidade Franciscana

**Bárbara Salvati Grellmann**

Graduando em Medicina pela Universidade Franciscana

**Gabriel Marconato de Campos**

Graduando em Medicina pela Universidade Franciscana

**Luiza Joaquina Botton Reginatto**

Graduando em Medicina pela Universidade Franciscana

**Maria Clara da Silva Valadão**

Doutora em Medicina e Pediatria e especializada em Infectologia Pediátrica

**E-mail do autor: anacarolinemezzaliraa@gmail.com**



**RESUMO**

**Resultados e Discussão:** As infecções perinatais são muito comuns e constituem um grande problema de saúde pública pela elevada morbimortalidade a elas associadas. O diagnóstico dessas infecções é desafiador, pois muitas vezes apresentam poucos sintomas na gestante, passando despercebidas. No recém-nascido (RN), a maioria das infecções é assintomática, com manifestações clínicas tardias ou, até mesmo, sequelas da evolução da doença. A prevalência da toxoplasmose congênita no Brasil é alta, podendo levar a inúmeras complicações para mãe e para o feto se não tratada. Os riscos para o feto incluem aborto espontâneo, morte fetal, ou complicações graves como hidrocefalia, calcificações intracranianas e coriorretinite, que podem levar a problemas neurológicos e de visão. **Objetivo e Metodologia:** Assim, a intenção de tal estudo é, por meio da revisão da literatura contemporânea, ampliar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a toxoplasmose congênita, favorecendo o reconhecimento precoce, o diagnóstico adequado e o manejo oportuno da infecção no contexto neonatal. **Considerações Finais:**
Diante da elevada prevalência da toxoplasmose congênita e das graves consequências que pode acarretar ao binômio materno-fetal, reforça-se a importância do conhecimento aprofundado sobre essa infecção entre os profissionais de saúde. A ampliação da compreensão sobre os aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos da toxoplasmose congênita é fundamental para promover o reconhecimento precoce e o manejo adequado da condição ainda no período neonatal, contribuindo para a redução da morbimortalidade e para a melhoria dos desfechos clínicos a curto e longo prazo.

**Palavras-Chaves:** infecção, gestação, saúde, toxoplasmose



**ABSTRACT**

**Results and Discussion:** Perinatal infections are very common and constitute a major public health problem due to the high morbidity and mortality associated with them. Diagnosis of these infections is challenging, since they often present few symptoms in pregnant women, going unnoticed. In newborns (NBs), most infections are asymptomatic, with late clinical manifestations or even sequelae of the disease's progression. The prevalence of congenital toxoplasmosis in Brazil is high, and can lead to numerous complications for the mother and fetus if left untreated. Risks for the fetus include spontaneous abortion, fetal death, or serious complications such as hydrocephalus, intracranial calcifications, and chorioretinitis, which can lead to neurological and vision problems. **Objective and Methodology:** Thus, the intention of this study is, through a review of the contemporary literature, to increase the knowledge of health professionals about congenital toxoplasmosis, favoring early recognition, adequate diagnosis, and timely management of the infection in the neonatal context. **Final Considerations:** Given the high prevalence of congenital toxoplasmosis and the serious consequences it can have on the mother-fetus binomial, the importance of in-depth knowledge about this infection among health professionals is reinforced. Expanding understanding of the clinical, diagnostic and therapeutic aspects of congenital toxoplasmosis is essential to promote early recognition and adequate management of the condition in the neonatal period, contributing to the reduction of morbidity and mortality and to the improvement of clinical outcomes in the short and long term.

**Keywords**: infection, pregnancy, health, toxoplasmosis.



INTRODUÇÃO

A toxoplasmose foi caracterizada por Nicolle e Manceaux em 1909 como uma infecção causada pelo *Toxoplasma gondii*, protozoário intracelular obrigatório pertencente ao phylum Apicomplexa, subclasse coccídea. O gato é o hospedeiro definitivo ou completo, ao passo que o homem, os outros mamíferos e as aves são hospedeiros intermediários ou incompletos (Veronesi; Focaccia, 2015).

A toxoplasmose congênita é uma doença infecciosa que resulta da transferência transplacentária do *Toxoplasma gondii* para o concepto, decorrente de infecção primária da mãe durante a gestação ou próxima à concepção, reativação de infecção prévia em mães imunodeprimidas, ou decorrente de reinfecção de uma gestante anteriormente imune com uma nova cepa devido à ingestão de alimentos onde amostras mais virulentas são predominantes (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2020).

As taxa de transmissão e a gravidade da doença no bebê variam de acordo com o estágio da gestação em que a mulher adquire sua infecção: infecções no primeiro trimestre levam a infecções congênitas cerca de 10 a 20% das vezes, porém a doença clínica é grave; já a infecção de uma mãe no terceiro trimestre resulta em uma taxa de infecção congênita de 70-90%, mas a maioria dessas crianças é assintomática ao nascer (Hay *et al*., 2015).

O diagnóstico e o tratamento da toxoplasmose congênita no primeiro ano de vida da criança têm por objetivo reduzir os danos da doença, principalmente visuais e neurológicos. Para atingir esse objetivo, o diagnóstico e o tratamento precisam ser precoces (Brasil, 2014).

Este estudo tem como objetivo identificar os critérios para diagnóstico de toxoplasmose congênita, reconhecer os sinais clínicos da infecção congênita pelo *Toxoplasma gondii*.

Nesse sentido, a importância deste estudo reside em sua contribuição para a compreensão ampliada dos desafios e das estratégias envolvidas no enfrentamento da toxoplasmose congênita, uma condição que, apesar de prevenível, ainda apresenta impactos significativos na saúde infantil. Ao reunir e analisar criticamente dados recentes sobre o tema, o estudo oferece subsídios relevantes para a prática clínica, a formulação de políticas públicas e o fortalecimento das ações de vigilância e cuidado no âmbito da saúde materno-infantil.



METODOLOGIA

Para a realização deste estudo, foi adotada uma metodologia científica que integrou diversas fontes de alta relevância e confiabilidade. Primeiramente, utilizou-se os livros "Tratado de Infectologia" e "Current Pediatria" como base teórica fundamental, permitindo um entendimento abrangente sobre as patologias infecciosas e os cuidados pediátricos. Complementarmente, foram analisados diretrizes e relatórios do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria os quais forneceram dados atualizados sobre políticas públicas e estatísticas epidemiológicas essenciais para contextualizar o cenário nacional.

A pesquisa também incorporou uma revisão sistemática de artigos científicos, selecionados através de bases de dados acadêmicas como PubMed, SciELO e Science Direct, utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) "toxoplasmosis" e "congenital". Esses artigos foram escolhidos com base em critérios de relevância, impacto e atualidade, abrangendo estudos empíricos, revisões de literatura e meta-análises, sendo selecionado uma base de dados publicados de 2013 até 2024. Os critérios de inclusão para a seleção dos artigos foram: publicações em inglês, português ou espanhol; artigos disponibilizados na íntegra e publicados de 2013 a 2024; estudos que abordassem diretamente o tema investigado; e artigos que apresentassem metodologia clara e resultados relevantes. Foram excluídos artigos de opinião, cartas ao editor, estudos com amostras muito pequenas ou sem rigor metodológico claro. Desse modo, cinco artigos foram relevantes para a elaboração deste protocolo.

A metodologia também envolveu a análise crítica das fontes, utilizando técnicas de análise qualitativa para identificar padrões, temas e lacunas na literatura existente. A combinação dessas fontes permitiu uma abordagem multidisciplinar e rigorosa, assegurando a robustez e a validade das conclusões apresentadas no estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A toxoplasmose é uma infecção parasitária causada pelo protozoário intracelular obrigatório *Toxoplasma gondii*, pertencente ao phylum Apicomplexa, subclasse coccídea. O gato é o hospedeiro definitivo ou completo, ao passo que o homem, os outros mamíferos e as aves são hospedeiros intermediários ou incompletos (Veronesi; Focaccia, 2015).

Os felinos, hospedeiros definitivos, excretam oocistos em suas fezes. Oocistos maduros ou cistos teciduais ingeridos levam à invasão das células intestinais por taquizoítos. A replicação



intracelular dos taquizoítos causa lise celular e disseminação da infecção a células adjacentes ou a outros tecidos pela corrente sanguínea (Hay *et al*., 2015). Muitos animais desenvolvem infecções crônicas com os bradizoítos em cistos, sendo, portanto, fontes potenciais de infecção para os carnívoros.

A infecção oral ocorre após a ingesta de cistos a partir de alimentos, água ou solo contaminado com fezes de gato, ou a partir da ingesta de carne malcozida ou outros produtos alimentícios contendo cistos. A transmissão congênita ocorre durante a infecção aguda de gestantes (Hay *et al*., 2015), como ilustrado na figura 1. A transmissão transplacentária em humanos realiza-se, provavelmente, pelos taquizoítos (Veronesi; Focaccia, 2015).

Figura 1 – Transmissão da Toxoplasmose



Fonte: autoral.

A toxoplasmose apesar de apresentar distribuição mundial, é mais prevalente em países de clima tropical, e a taxa de infecção é inversamente proporcional ao nível socioeconômico, qualidade da água e condições higiênico-sanitárias da população. Estimativas indicam que aproximadamente 25% a 30% da população humana no mundo já teve contato com o protozoário. No Brasil, diversos estudos em pacientes gestantes evidenciam prevalência de infecção crônica de 42% a 90% (Bártholo *et al*., 2015). Em 2023, 9.669 notificações de toxoplasmose congênita foram



registrados registradas no sistema de informação de agravos de notificação no Brasil.

O risco de transmissão vertical aumenta com a evolução da gravidez (Peyron *et al*., 2019): menos de 10% antes das 12 semanas, 15–20% às 13–20 semanas, 44% às 26 semanas e 71% às 36 semanas (Strang; Ferrar; Falavigna-Guilherme, 2023). Em contraste, o risco de toxoplasmose congênita grave é inversamente proporcional à idade gestacional. A infecção fetal no início da gravidez pode levar a fenômenos adversos, incluindo aborto espontâneo ou danos cerebrais. Já, as infecções fetais que ocorrem no final da gravidez são frequentes, mas geralmente subclínicas (Peyron *et al*., 2019).

As apresentações clínicas da infecção são resultado do dano direto ao organismo e à resposta imunológica subsequente à parasitemia e morte celular (Bártholo *et al*.,2015). As manifestações são polimórficas, variando desde a morte fetal, passando por graves danos neurológicos e oculares, até a ausência de quaisquer sinais clínicos (Peyron *et al*., 2019).

Em recém-nascidos (RN), a maioria é assintomática, com manifestações clínicas tardias ou, em alguns casos, com sequelas decorrentes da evolução da doença. Aproximadamente 85% dos recém-nascidos com toxoplasmose congênita não apresentam sinais clínicos evidentes ao nascer. Apesar da ausência de sintomas imediatos, é importante destacar que muitas dessas crianças podem desenvolver problemas de saúde tardiamente, como doença ocular e deficiências neurológicas sutis. (Brasil, 2018; Hay *et al*., 2015; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2020).

Quando presentes, as manifestações clínicas podem ser encontradas no período neonatal ou ao longo dos primeiros meses de vida, podendo também surgirem sequelas da doença, previamente não diagnosticada, apenas na adolescência ou na idade adulta (Brasil, 2018).

Aproximadamente 10% do total de crianças acometidas têm manifestações graves nos primeiros dias de vida, apresentando-se com doença multissistêmica ou com acometimento do sistema nervoso, associado ou não à forma ocular. A doença congênita com manifestação predominantemente neurológica apresenta-se com hidrocefalia, meningoencefalite, calcificações cranianas, convulsões, anemia, icterícia, febre (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2020). As lesões oculares são as manifestações mais frequentes da toxoplasmose congênita, correspondendo a cerca de 70% das afecções (Brasil, 2022). Outros achados incluem estrabismo, paralisia ocular, exantema maculopapular, pneumonite, miocardite, hepatoesplenomegalia, trombocitopenia, linfocitose e monocitose e uma síndrome semelhante à eritroblastose (Hay *et al*., 2015). Assim, a toxoplasmose congênita clássica é caracterizada pela tétrade descrita por Sabin em 1942:



coriorretinite, hidrocefalia ou microcefalia, calcificações cerebrais e alteração neurológica.

A prevenção primária da infecção aguda pelo *Toxoplasma Gondii* durante a gestação, pode ser realizada por meio da educação higiênica dietética, ou seja, a lavagem adequada de alimentos, frutas e legumes, o consumo de carnes bem passadas, evitando as formas cruas ou mal passadas, higienização frequente das mãos, principalmente à manipulação de alimentos, evitar contato direto com fezes de gatos, e locais potencialmente contaminados, como caixas de areia, praias e jardins, e optar por consumo de água filtrada (Baquero-Artigao *et al*., 2013; Hay *et al*., 2015; Lessa *et al*., 2024; Veronesi; Focaccia, 2015).

Considerando que tanto as gestantes quanto os recém-nascidos infectados são usualmente assintomáticos, a realização de exames laboratoriais torna-se imprescindível para prevenção secundária, investigação e definição diagnóstica (Brasil, 2018). O diagnóstico de toxoplasmose é muito complexo, sendo em muitos casos difícil de distinguir a infecção aguda da crônica (Baquero-Artigao *et al*., 2013) e depende de uma combinação entre a informação clínica e os dados de laboratório (Veronesi; Focaccia, 2015).

Os métodos diagnósticos incluem as sorologias e os métodos diretos, o isolamento do agente em animais de laboratório, a histopatologia, a hibridização e as técnicas de biologia molecular, especialmente a PCR (Veronesi; Focaccia, 2015).

Na prática clínica, os testes sorológicos para detecção de anticorpos de classe IgA, IgG, IgM e avidez de IgG são mais utilizados, pois são mais disponíveis e têm resultados mais rápidos (Brasil, 2014). O rastreamento sorológico permite a identificação de gestantes suscetíveis para seguimento posterior, com vistas à prevenção da infecção aguda por meio de medidas de prevenção primária e a detecção precoce (Brasil, 2018). O Ministério da Saúde do Brasil recomenda a realização da triagem sorológica, principalmente em lugares onde a prevalência é elevada. O objetivo principal do rastreamento é a identificação de gestantes suscetíveis para acompanhamento durante a gestação (Brasil, 2018). Todas as gestantes suscetíveis (não infectadas) devem realizar pelo menos três testes sorológicos durante a gravidez (no primeiro, segundo e terceiro trimestres gestacionais) e é recomendada outra sorologia no momento do parto ou durante o puerpério (na maternidade). Os casos confirmados são encaminhados para pré-natal de alto risco (Strang; Ferrar; Falavigna-Guilherme, 2023).

A amniocentese para obtenção de líquido amniótico e realização de ensaio de reação em cadeia da polimerase (PCR – polimerase chain reaction) para amplificação do DNA do



*Toxoplasma gondii* é considerada o padrão-ouro para o diagnóstico fetal. Os achados ultrassonográficos sugestivos de infecção fetal podem aparecer mais tardiamente: microcefalia, hidrocefalia, calcificações cerebrais, catarata, hepatomegalia, entre outras (Brasil, 2022).

O diagnóstico laboratorial no RN pode ser feito com Immunosorbent Agglutination Assay (ISAGA), teste que detecta anticorpos IgM por captura e seu resultado é revelado por aglutinação direta de suspensão de organismos inteiros de toxoplasma. Se não houver disponibilidade em realizar a aglutinação, pode-se solicitar ELISA IgM por captura – mais sensível que o IgM simples – e o ELISA IgG quantitativo do binômio; ou ainda, imunofluorescência indireta com IgG seriada (Lessa *et al*., 2024; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2020).

Em crianças com toxoplasmose congênita comprovada e em filhos de mulheres com toxoplasmose aguda comprovada ou provável durante a gestação, deve-se adicionalmente realizar análise de líquido cefalorraquidiano (bioquímica e celularidade), tomografia computadorizada (sem necessidade de uso de contraste radiológico) e/ou ultrassonografia de crânio, avaliação da função hepática e avaliação auditiva, utilizando o exame de emissões otoacústicas (teste da orelhinha), complementado pelo teste de audiometria de tronco cerebral (Bera) quando indicado (Brasil, 2014).

A conduta frente ao RN depende da confirmação de caso de infecção materna na gestação. Segundo o Ministério da Saúde deve-se seguir as seguintes definições de casos de infecção apresentadas no quadro 1.

O Ministério da Saúde, por meio da Lista de Notificação de Doenças e Agravos Compulsórios, recomenda o monitoramento dos casos de toxoplasmose congênita (CID 10 P37.1) e toxoplasmose gestacional (CID 10 O98.6), com a notificação semanal para as esferas municipal, estadual e federal. A notificação deve ser focada nos casos suspeitos de toxoplasmose gestacional e nos casos suspeitos de toxoplasmose congênita. Os serviços de saúde também devem estar atentos às gestantes imunocomprometidas que apresentarem toxoplasmose crônica devido à possibilidade de reativação da doença (Brasil, 2018).

Considerando-se as dificuldades diagnósticas, pode-se iniciar o tratamento desde o nascimento em RN com toxoplasmose congênita e em filhos de mulheres com toxoplasmose gestacional comprovada ou provável principalmente quando ocorrida no final da gestação. Os objetivos do tratamento da toxoplasmose aguda ocorrida durante a gestação são evitar a transmissão materno-fetal e, caso a infecção fetal tenha ocorrido, reduzir os danos acarretados ao



RN (Brasil, 2014).

Quadro 1 - Definições de casos de infecção pelo *Toxoplasma gondii* em gestantes

|  |
| --- |
| **COMPROVADA:** |
| **•** Soroconversão gestacional.**•** Detecção do DNA do Toxoplasma em líquido amniótico pela PCR. |
| **PROVÁVEL:** |
| • IgG+, IgM+, baixo índice de avidez (colhido em qualquer idade gestacional).• Aumento progressivo nos títulos de IgG, IgM.• IgM+ e história clínica sugestiva de toxoplasmose aguda gestacional. |
| **POSSÍVEL:** |
| • IgG+, IgM+, índice de avidez alto (colhido após 12 semanas de gestação) ou indeterminado.• IgG+, IgM+, em amostra única colhida em qualquer idade gestacional, sem realização de índice deavidez. |
| **IMPROVÁVEL:** |
| **•** IgG+, IgM+ ou -, índice de avidez alto (colhido antes de 12 semanas de gestação). |
| **AUSENTE:**  |
| **•** IgG- e IgM- durante toda a gestação.**•** IgG+ antes da concepção.**•** IgM+, sem aparecimento de IgG  |

+: positiva; -: negativa

Fonte: adaptada do Ministério da Saúde.

As drogas recomendadas atualmente para tratamento da toxoplasmose congênita são sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico, utilizados continuamente durante todo o primeiro ano de vida (Baquero-Artigao *et al*., 2013; Brasil, 2014; Nascimento *et al*., 2024; Peyron *et al*., 2019; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2020). O esquema terapêutico está elucidado no quadro 2.

Quadro 2 – Esquema de doses no tratamento da toxoplasmose congênita

|  |  |
| --- | --- |
| **MEDICAÇÕES** | **DOSES** |
| Sulfadiazina | 100 mg/kg/dia VO de 12/12horas. |
| Pirimetamina | 2 mg/kg/dia, VO por dois dias, cada 12 horas e, posteriormente 1mg/kg/dia, dose única diária. |
| Ácido Folínico | Para combater a ação antifólica da pirimetamina, com supressão medular, preconiza-se 5 a 10 mg, três vezes na semana. Manter por uma semana após a retirada da pirimetamina. |

VO – via oral

Fonte: adaptado da Sociedade Brasileira de Pediatria.



A sulfadiazina e a pirimetamina associadas ao ácido folínico são usados por seis meses sob monitorização hematológica semanal no primeiro mês e posteriormente a cada 30 dias. No segundo período, nos últimos seis meses, a sulfadiazina é usada diariamente e a pirimetamina em dias alternados, três vezes na semana (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2020).

Havendo presença de retinocoroidite em atividade ou de hiperproteinorraquia (proteína no líquor cima de 1.000 mg/dL), deve-se associar prednisona ou prednisolona, que deve ser mantida até que ocorra melhora do quadro (Brasil, 2014).

Em relação ao seguimento, crianças assintomáticas, filhas de mulheres com diagnóstico possível ou inconclusivo, deverão realizar sorologias a cada dois meses, sendo a decisão de iniciar o tratamento baseada na evolução dos títulos de IgG ao longo dos meses. Caso ocorra estabilização ou aumento comprovado dos títulos ao longo do acompanhamento, deve-se iniciar o tratamento e mantê-lo durante 12 meses. Em crianças infectadas, é muito frequente a ocorrência de elevação dos títulos de IgG após a interrupção do tratamento, fato habitualmente não relacionado à reativação da doença. Filhos de mulheres com toxoplasmose gestacional improvável não necessitam de investigação e/ou acompanhamento adicional (Brasil, 2014).

Informações complementares quanto ao acompanhamento pós-tratamento estão disponíveis no quadro 3.



Quadro 3 – Seguimento pós-tratamento

|  |  |
| --- | --- |
| **Exames laboratoriais** | Hemograma com contagem de plaquetas e tempo de protrombina: 72 horas, primeira e segunda semana de tratamento, juntamente com testes de função hepática e renal.Hemograma: manter acompanhamento semanal no primeiro mês, e posteriormente controle mensal. |
| **Infectologista pediatra** | Mensalmente até seis meses e posteriormente a cada dois meses até completar um ano. |
| **Oftalmologista** | A cada três meses no primeiro ano e posteriormente semestrais até os seis anos. |
| **Neuropediatra** | A cada três meses no primeiro ano e a cada seis meses até os seis anos. |
| **Neurocirurgião** | Conforme quadro clínico. |
| **Fonoaudiólogo** | Avaliação a cada três meses. |
| **Fisioterapeuta** | Acompanhamento desde o diagnóstico, para estimulação motora. |

Fonte: adaptado da Sociedade Brasileira de Pediatria

O Fluxograma 1 e o Fluxograma 2 mostram, de forma suscinta, a conduta e o seguimento frente aos casos de toxoplasmose congênita.



Fluxograma 1 – Mãe com confirmação ou infecção provável pelo *Toxoplasma gondii*





Fluxograma 2 – Mãe com infecção possível pelo *Toxoplasma gondii* ou diagnóstico inconclusivo



CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo reforça a importância do rastreamento precoce, do tratamento oportuno e do acompanhamento multidisciplinar da toxoplasmose congênita como estratégias centrais para minimizar suas consequências clínicas. As evidências reforçam que a intervenção adequada pode alterar significativamente o prognóstico da criança infectada. No entanto, o presente estudo apresenta limitações, como a escassez de dados nacionais atualizados, a heterogeneidade metodológica dos estudos revisados e a carência de informações sobre a adesão ao tratamento e seguimento a longo prazo. Dessa forma, novas pesquisas são necessárias para avaliar a efetividade das políticas públicas vigentes, monitorar a incidência da doença em diferentes regiões do país e investigar estratégias inovadoras de prevenção, diagnóstico e cuidado integral, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade social.



REFERÊNCIAS

BAQUERO-ARTIGÃO, Fernando *et al.* Guía de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica para el diagnóstico y tratamiento de la toxoplasmosis congénita. **Anales de Pediatría,** v. 9, n. 2, p. 116, 2013. Disponível em: doi.org/10.1016/j.anpedi.2012.12.001. Acesso em: 20 de maio de 2024.

BÁRTHOLO, Bárbara Beatriz Garcia Raskovisch, *et al.* Toxoplasmose na gestação. **Revista HUPE**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 65-70, 2015. Disponível em: doi: 10.12957/rhupe.2015.18441. Acesso em: 20 de abril de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à Saúde do Recém-Nascido : guia para os profissionais de saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Brasília, v. 2, p. 109-123, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\_saude\_recem\_nascido\_v2.pdf. Acesso em: 04 de abril de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Gestação de Alto Risco. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Ações Programáticas.** Brasília, 2022. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2022/03/manual\_gestacao\_alto\_risco.pdf. Acesso em: 06 de abril de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde.. Protocolo de Notificação e Investigação: Toxoplasmose Gestacional e Congênita. **Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis**. Brasília, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\_notificacao\_investigacao\_toxoplasmose\_gestacional\_congenita.pdf. Acesso em: 06 de abril de 2024.

HAY, Willian *et al.* Current Diagnóstico e Tratamento: Pediatria. **AMGH Editora Ltda**, São Paulo, 22 ed., p. 2189-2192, 2015.

LESSA, Isabel Zago Vieira *et al.* Toxoplasmose congênita associada a coriorretinite e calcificações cerebrais: relato de caso. **Revista FT,** v. 8, ed. 135, 2024. Disponível em: doi.org/10.5281/zenodo.11557792. Acesso em: 22 de maio de 2024.

NASCIMENTO, Thamirys Paula Sousa, *et al.* Os impactos da desinformação sobre a toxoplasmose na gravidez: formas de transmissão, prevenção e tratamento. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, Macapá, v. 6, n. 2, p. 1349-1357, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n2p1349-1357. Acesso em: 20 de abril de 2024.

PEYRON, François *et al.* Maternal and Congenital Toxoplasmosis: Diagnosis and Treatment Recommendations of a French Multidisciplinary Working Group. **Pathogens**, v.8, n. 1, p. 24, 2019. Disponível em: doi.org/10.3390/pathogens8010024. Acesso em: 22 de maio de 2024.



SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Toxoplasmose Congênita. **Departamento Científico de Neonatologia**, São Paulo, 2020. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\_upload/22620c-DC\_-\_Toxoplasmose\_congenita.pdf

STRANG, Ana Gabriela Gomes Ferrar; FALAVIGNA-GUILHERME, Ana Lúcia*.* O tratamento da toxoplasmose gestacional altera o prognóstico da criança: um estudo de coorte no Sul do Brasil. **PLoS Neglected Tropical Diseases**, v. 17, n. 9, 2023. Disponível em: doi.org/10.1371/journal.pntd.0011544. Acesso em: 21 de maio de 2024.

VERONESI, Ricardo; FOCACCIA, Roberto. Tratado de Infectologia. **Editora Atheneu,** São Paulo, 5 ed., p. 1945-1964, 2015.