

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS NOTIFICAÇÕES DE TOXOPLASMOSE GESTACIONAL EM MINAS GERAIS ENTRE 2021 E 2025

Jessica Bicalho Resende Lemos de Freitas¹

Caio Christi Pereira²

Ivonaldo Aristeu Gardingo³

Cristina Alves de Oliveira Ramos⁴

Verônica Aparecida Ferrari Fumian⁵

Daniel Vieira Ferreira⁶

Mariana de Faria Gardingo Diniz⁷

mariana_gardingo@yahoo.com.br

ÁREA DO CONHECIMENTO: Ciências da Saúde

RESUMO

A toxoplasmose gestacional é uma infecção causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii* adquirida durante a gestação, podendo ocasionar importantes repercussões para o feto, especialmente comprometimentos neurológicos e oculares. O presente estudo teve como objetivo descrever o perfil epidemiológico das notificações de toxoplasmose gestacional no estado de Minas Gerais entre os anos de 2021 e 2025. Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, de abordagem quantitativa, realizado a partir da análise de dados secundários disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), referentes às notificações registradas no período investigado. Foram incluídos casos de toxoplasmose gestacional em mulheres com idade entre 15 e 59 anos residentes no estado de Minas Gerais, considerando as variáveis ano de notificação, faixa etária, raça e evolução dos casos. Os dados foram organizados e analisados por meio de estatística descritiva, com tabulação no software Microsoft Excel 2019. No período analisado, foram identificados 6.050 casos de toxoplasmose gestacional no estado, com predominância de notificações entre mulheres na faixa etária de 20 a 39 anos, maior ocorrência entre gestantes autodeclaradas pardas e predominância de evolução para cura. Observou-se ainda relativa estabilidade no número de casos entre os anos de 2021 e 2025, sem redução abrupta das notificações. Os achados reforçam a importância do fortalecimento das estratégias de vigilância epidemiológica, do acompanhamento pré-natal e da promoção de ações educativas voltadas à prevenção da toxoplasmose durante a gestação, especialmente em grupos populacionais mais vulneráveis.

¹ Acadêmica do 11º período de Medicina, Centro Universitário Vértice - Univértix, Matipó/MG

² Acadêmico do 11º período de Medicina, Centro Universitário Vértice - Univértix, Matipó/MG

³ Professor da Univértix

⁴ Professora da Univértix

⁵ Professora da Univértix

⁶ Professor da Univértix

⁷ Doutora, Docente, Bióloga e Orientadora.

PALAVRAS-CHAVE: toxoplasmose gestacional; epidemiologia; vigilância em saúde.

1 INTRODUÇÃO

A toxoplasmose gestacional consiste em uma infecção adquirida durante a gravidez pelo protozoário *Toxoplasma gondii*, representando um importante agravo em saúde pública devido ao seu potencial de transmissão vertical e às consequências clínicas para o conceito. A infecção fetal pode resultar em manifestações graves, como coriorretinite, calcificações intracranianas, hidrocefalia e comprometimento do desenvolvimento neuropsicomotor, configurando um quadro de elevada morbidade e impacto social (Araújo; Rodrigues, 2024; Marques *et al.*, 2025).

No Brasil, a toxoplasmose apresenta elevada soroprevalência, com variações regionais que refletem diferenças socioeconômicas, ambientais e culturais. Estudos indicam que a presença de anticorpos IgG pode variar entre 40% e 80% em mulheres em idade reprodutiva, evidenciando ampla circulação do parasita na população (Santos *et al.*, 2025). Nesse cenário, a infecção primária durante a gestação assume relevância clínica especial, uma vez que está diretamente associada ao risco de transmissão transplacentária, cujo potencial aumenta ao longo dos trimestres gestacionais, embora com maior gravidade quando ocorre nos períodos iniciais da gravidez (Rosa *et al.*, 2024).

A dinâmica de transmissão da toxoplasmose está intimamente relacionada a fatores comportamentais e ambientais, incluindo o consumo de carne crua ou malcozida, ingestão de alimentos ou água contaminados com oocistos e exposição ao solo contaminado por fezes de felinos. Além disso, determinantes sociais, como condições de saneamento básico, nível socioeconômico e acesso aos serviços de saúde, influenciam diretamente o risco de infecção e a capacidade de diagnóstico precoce (Aguar; Viana; Santos, 2024).

No contexto da atenção à saúde materno-infantil, o diagnóstico precoce por meio de exames sorológicos, especialmente a detecção de imunoglobulinas IgM e IgG e a análise da avidade de IgG, é fundamental para a identificação de infecções recentes

e para a adoção de medidas terapêuticas oportunas. O manejo adequado, incluindo o uso de espiramicina ou esquemas combinados com sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico, tem como objetivo reduzir a transmissão vertical e minimizar os danos fetais (Santos; Ribeiro; Lima, 2023; Sampaio *et al.*, 2024).

Apesar dos avanços no diagnóstico e tratamento, a toxoplasmose gestacional ainda enfrenta desafios no âmbito da vigilância epidemiológica. No Brasil, a notificação dos casos é realizada principalmente por meio do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), disponibilizado na plataforma DATASUS. Entretanto, limitações como subnotificação, incompletude dos registros e heterogeneidade na qualidade das informações comprometem a acurácia das análises epidemiológicas e dificultam a construção de um panorama fidedigno da doença (Rosa *et al.*, 2024).

Adicionalmente, observa-se que a produção científica recente sobre toxoplasmose gestacional concentra-se predominantemente em análises regionais isoladas ou em recortes temporais restritos, muitas vezes fora da região Sudeste, o que evidencia uma lacuna importante no conhecimento epidemiológico atualizado de estados com grande relevância demográfica, como Minas Gerais. Considerando a extensão territorial, a diversidade socioeconômica e a expressiva população do estado, a ausência de estudos abrangentes e recentes limita a compreensão das tendências da doença e dificulta o planejamento de ações de saúde mais direcionadas.

Nesse contexto, a presente investigação justifica-se pela necessidade de produzir uma análise epidemiológica atualizada e regionalmente contextualizada das notificações de toxoplasmose gestacional em Minas Gerais, contribuindo para o fortalecimento da vigilância em saúde, qualificação das estratégias de pré-natal e direcionamento de políticas públicas mais eficazes. Além disso, ao explorar dados secundários de sistemas oficiais, o estudo também possibilita a identificação de fragilidades nos processos de notificação, subsidiando melhorias na qualidade da informação em saúde.

Diante desse cenário, estabelece-se como questão norteadora: qual é o perfil epidemiológico das gestantes notificadas com toxoplasmose no estado de Minas Gerais no período de 2021 a 2025?

Assim, o presente estudo tem como objetivo descrever o perfil epidemiológico das notificações de toxoplasmose gestacional em Minas Gerais, no período de 2021 a 2025, considerando variáveis sociodemográficas e clínicas relevantes.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 TRANSMISSÃO

A toxoplasmose é uma infecção causada pelo protozoário *T. gondii*, cuja transmissão ocorre principalmente por via alimentar ou ambiental. As formas mais comuns de infecção incluem o consumo de carne crua ou malcozida contendo cistos do parasito, ingestão de água ou alimentos contaminados com oocistos eliminados nas fezes de felinos e contato com solo contaminado (Araújo; Rodrigues, 2024).

Durante a gestação, a infecção materna primária pode resultar em transmissão vertical do parasito para o feto por meio da placenta, caracterizando a toxoplasmose congênita. O risco de transmissão varia conforme o período gestacional, sendo menor no início da gestação e aumentando progressivamente nos trimestres posteriores (Araújo; Rodrigues, 2024).

Diversos fatores podem influenciar o risco de infecção, incluindo condições socioeconômicas, hábitos alimentares, acesso ao saneamento básico e práticas de higiene alimentar. Dessa forma, medidas preventivas relacionadas à alimentação segura, higiene e acompanhamento pré-natal são fundamentais para reduzir o risco de infecção durante a gestação (Aguar; Viana; Santos, 2024).

2.2 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Na maioria dos indivíduos imunocompetentes, a infecção por *T. gondii* apresenta evolução assintomática ou com manifestações clínicas leves e inespecíficas. Entretanto, durante a gestação, a infecção primária pode representar

um risco para o feto, especialmente quando ocorre transmissão transplacentária do parasito (Lopo *et al.*, 2024).

A toxoplasmose congênita pode ocasionar diferentes repercussões no desenvolvimento fetal, incluindo alterações neurológicas, oculares e sistêmicas. Entre as manifestações mais descritas na literatura destacam-se coriorretinite, calcificações intracranianas e hidrocefalia, além de possíveis alterações no desenvolvimento neuropsicomotor (Marques *et al.*, 2025).

A gravidade das manifestações fetais pode variar conforme o momento da infecção durante a gestação, sendo que infecções adquiridas no início da gravidez tendem a apresentar maior gravidade clínica, embora com menor probabilidade de transmissão fetal (Araújo; Rodrigues, 2024).

2.3 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da toxoplasmose gestacional baseia-se principalmente na realização de exames sorológicos capazes de detectar anticorpos específicos contra *T. gondii*. A investigação laboratorial geralmente envolve a identificação das imunoglobulinas IgM e IgG, que auxiliam na determinação do momento provável da infecção (Marques *et al.*, 2025).

A interpretação dos resultados sorológicos permite distinguir entre infecção antiga e infecção recente. A presença de IgG isolado geralmente indica imunidade adquirida previamente, enquanto a presença de IgM pode sugerir infecção recente, sendo necessária avaliação complementar para confirmação diagnóstica (Santos *et al.*, 2025).

Em situações de suspeita de infecção recente na gestação, podem ser utilizados exames adicionais, como o teste de avididade de IgG e métodos moleculares, que contribuem para a avaliação do risco de transmissão fetal e para a definição do acompanhamento clínico adequado (Santos; Ribeiro; Lima, 2023).

2.4 TRATAMENTO

O objetivo do tratamento é prevenir ou minimizar os impactos futuros no recém-nascido, controlando a multiplicação do parasita. É sugerido o uso de espiramicina,

podendo ser alternada ou não com sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico, levando em consideração a infecção materna, a fase gestacional e a infecção fetal (Sampaio *et al.*, 2024).

O manejo maternal com espiramicina (3 gramas diárias repartidos em três administrações) deve ser implementado em circunstâncias em que a infecção materna esteja confirmada, no caso de soroconversão (detecção de IgG após IgM positivo) e quando o exame de avidéz apresentar valores baixos. Em outras palavras, o tratamento deve ser iniciado para diminuir a probabilidade de transmissão para o feto em situações de infecção materna, sendo recomendado durante o primeiro trimestre da gestação (Silva *et al.*, 2024).

Se houver infecção na mãe, procura-se a infecção no feto através da análise do líquido amniótico. Nos casos em que essa infecção fetal não é confirmada, é recomendado que o tratamento da mãe com espiramicina continue até o final da gestação e que o acompanhamento ultrassonográfico seja feito mensalmente (Sampaio *et al.*, 2024).

Os efeitos adversos mais frequentes ligados à administração deste fármaco são de origem digestiva, como enjoo, vômito, perda de apetite e fezes soltas; outros, que ocorrem com menor frequência, incluem tontura, desorientação e sensação de frio. A associação de sulfadiazina, pirimetamina e ácido fólico é recomendada para tratar mulheres grávidas que foram diagnosticadas com infecção por toxoplasma aguda adquirida no final do segundo trimestre ou no decorrer do terceiro trimestre da gestação. Assim, depois de validar a presença da infecção no feto, é necessário começar o uso de pirimetamina (25 mg por dia) juntamente com sulfadiazina (3 g por dia) (Marques *et al.*, 2025).

Em razão do perigo de mielotoxicidade, sugere-se a realização de acompanhamento hematológico regular e a utilização de um tratamento em conjunto com ácido fólico (15 mg por dia) para prevenir a supressão da medula óssea. O emprego de sulfadiazina precisa ser cessado após 34 semanas em razão da possibilidade de icterícia em recém-nascidos. Quando se identifica o risco de anemia megaloblástica, sugere-se que o tratamento seja realizado por 3 semanas, seguido

de uma pausa de 3 semanas, período em que se deve utilizar apenas espiramicina, até o término da gestação (Sampaio *et al.*, 2024).

A atenção ao bebê, cuja mãe é portadora de toxoplasmose, precisa ser iniciada e suspensa apenas quando dois testes sorológicos negativos, realizados com um mês de diferença, indiquem que não há infecção. Assim como ocorre nas grávidas afetadas pela toxoplasmose, a terapia para recém-nascidos é fundamentada no uso de pirimetamina (1 mg/kg/dia durante 3 dias e, em seguida, a cada 48 horas) e sulfadiazina (100 mg/kg/dia a cada 12 horas), que agem de forma complementar contra o *Toxoplasma*. Esses medicamentos podem causar depressão na medula óssea, por isso é necessário adicionar ao tratamento ácido folínico (10 a 20 mg por dia) para evitar a mielotoxicidade, e essa terapia deve ser mantida por mais uma semana após a suspensão da pirimetamina (Marques *et al.*, 2025).

Embora ainda não tenha sido desenvolvida uma vacina eficaz, há outras estratégias para impedir a propagação. Para gestantes, caso as medidas preventivas não tenham sucesso, a identificação correta da infecção inicial da mãe é fundamental para um tratamento e manejo apropriados, envolvendo monitoramento pré-natal e cuidados terapêuticos para o feto e o período perinatal (Marques *et al.*, 2025).

2.5 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A vigilância epidemiológica da toxoplasmose gestacional no Brasil está relacionada à notificação e monitoramento dos casos registrados nos sistemas de informação em saúde, especialmente no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), disponível na plataforma DATASUS (Rosa *et al.*, 2024).

A análise desses dados permite identificar padrões de ocorrência da doença, grupos populacionais mais vulneráveis e possíveis variações temporais ou regionais. Essas informações são fundamentais para subsidiar o planejamento de políticas públicas, fortalecer ações de prevenção e qualificar o acompanhamento pré-natal oferecido à população.

Dessa forma, estudos epidemiológicos que utilizam bancos de dados oficiais contribuem para ampliar o conhecimento sobre a distribuição da toxoplasmose

gestacional e para orientar estratégias de vigilância e controle da doença no contexto da saúde pública.

3 METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa epidemiológica descritiva, de abordagem quantitativa, realizada por meio da análise de dados secundários provenientes de sistemas de informação em saúde.

Os dados utilizados foram obtidos a partir do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), por meio do sistema TABNET, que disponibiliza informações epidemiológicas provenientes de notificações registradas no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN).

A pesquisa contemplou notificações de toxoplasmose gestacional registradas no estado de Minas Gerais, Brasil, no período compreendido entre os anos de 2021 e 2025. Minas Gerais possui população estimada de aproximadamente 20.539.989 habitantes, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2025).

Foram incluídos no estudo registros de toxoplasmose gestacional notificados em mulheres com idade entre 15 e 59 anos residentes no estado de Minas Gerais. Foram excluídos registros com informações incompletas, casos notificados em indivíduos do sexo masculino e registros com idade inferior a 15 anos ou superior a 59 anos.

As variáveis analisadas incluíram: ano de notificação, faixa etária, raça/cor e evolução dos casos registrados. Os dados foram coletados diretamente na plataforma DATASUS, por meio do endereço eletrônico: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/toxogestacionalmg.def>, utilizando o módulo de consulta referente às notificações de toxoplasmose gestacional.

As variáveis analisadas foram classificadas de acordo com sua natureza estatística. A variável raça/cor foi considerada uma variável qualitativa nominal, por não apresentar ordem entre suas categorias. A variável faixa etária foi classificada

como qualitativa ordinal, uma vez que suas categorias seguem uma ordem crescente de idade. Já o número de casos notificados foi considerado uma variável quantitativa discreta, por representar valores numéricos inteiros provenientes da contagem de eventos.

Adicionalmente, a variável ano de notificação foi classificada como quantitativa discreta, sendo utilizada para análise temporal dos dados, enquanto a variável evolução dos casos (cura, óbito, ignorado) foi classificada como qualitativa nominal.

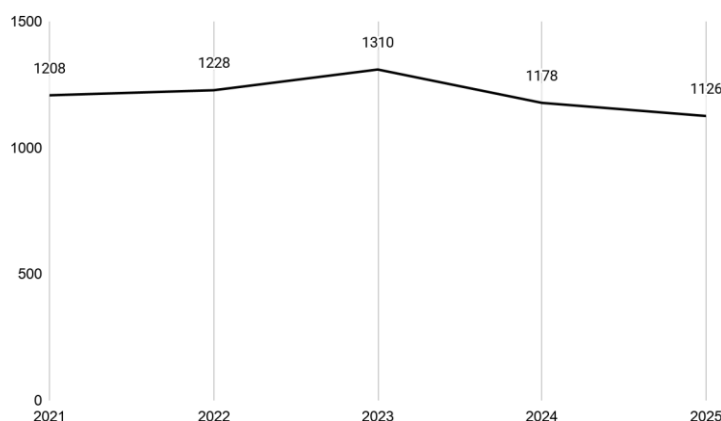
Após a coleta, os dados foram organizados e tabulados utilizando o software Microsoft Excel 2019, sendo posteriormente analisados por meio de estatística descritiva. Os resultados foram apresentados na forma de tabelas e analisados à luz da literatura científica disponível sobre o tema.

Por tratar-se de uma pesquisa baseada exclusivamente em dados secundários de domínio público, sem identificação dos indivíduos, o estudo não necessitou de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme as diretrizes estabelecidas pela Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2016).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No decorrer dos últimos 5 anos, o estado de Minas Gerais apresentou um total de 6.050 casos de internação por toxoplasmose gestacional, com o menor registro no ano de 2025, e o maior registro em 2023, assim como evidenciado na Figura 1.

Figura 1 - Resultados sobre as notificações por Toxoplasmose gestacional conforme o ano no estado de Minas Gerais em mulheres de 15 a 59 anos (2021-2025).



Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

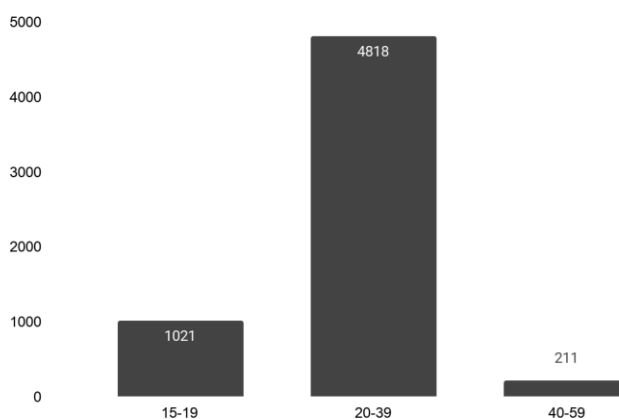
Nos dados analisados referentes a notificações de toxoplasmose gestacional no estado de Minas Gerais entre mulheres de 15 a 59 anos durante o intervalo de 2021 a 2025, percebem-se padrões relativamente constantes entre 2021 e 2025, com um leve aumento de 2021 (1208) a 2023 (1310), seguido por uma leve queda em 2024 (1178), seguindo em 2025 (1126). Este padrão pode ser influenciado tanto por flutuações na prevalência do *T. gondii* quanto por variações na identificação e no registro dos casos (Costa; Souza, 2025).

A pesquisa de Andrade *et al.*, (2025) indica que a taxa de toxoplasmose gestacional é afetada por fatores sazonais, comportamentais e socioeconômicos, tais como hábitos alimentares e a exposição a potenciais fontes de infecção (solo contaminado, carne mal-cozida) e o acesso aos serviços de saúde voltados para diagnóstico pré-natal. Dessa forma, locais com práticas de vigilância mais eficazes e maior conscientização por parte das gestantes tendem a registrar dados de forma mais consistente e em tempo hábil, o que pode justificar a estabilidade observada nos quatro primeiros anos da série temporal.

A pesquisa sobre vigilância de doenças negligenciadas alerta que registros anuais incompletos frequentemente subestimam a verdadeira ocorrência, necessitando de cautela na interpretação inicial (Marques *et al.*, 2025).

No entanto, cabe destacar sobre a faixa etária das mulheres notificadas, em que se destacou amplamente as mulheres de 20 a 39 anos, com 79,63%, assim como demonstrado na Figura 2.

Figura 2 - Resultados sobre as notificações por Toxoplasmose gestacional conforme a faixa etária no estado de Minas Gerais em mulheres de 15 a 59 anos (2021-2025).



Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

A análise das notificações de toxoplasmose gestacional por idade no estado de Minas Gerais (2021-2025) mostra uma forte concentração entre as mulheres de 20 a 39 anos, com 4.818 ocorrências, enquanto os grupos mais jovens (15-19 anos) e mais velhos (40-59 anos) registraram 1.021 e 211 casos, respectivamente.

Essa predominância no grupo de 20 a 39 anos está alinhada com o estudo de Araújo; Rodrigues (2024) que indica uma maior incidência de toxoplasmose durante a gestação em idades reprodutivas ativas, possivelmente devido a uma taxa de gravidez mais elevada e maior exposição a riscos como a ingestão de alimentos contaminados e o contato com solo ou água que contenham oocistos de *T. gondii*.

Pesquisas realizadas no Brasil e em outros países também demonstram que mulheres em idade fértil costumam buscar mais frequentemente atendimentos de pré-natal, o que eleva a chance de identificação e notificação de casos assintomáticos ou com poucos sintomas. Em contrapartida, o menor número de notificações nas extremidades da faixa etária (adolescentes de 15-19 anos e mulheres de 40-59 anos) pode indicar tanto uma taxa de gravidez reduzida nesses grupos quanto possíveis falhas na vigilância e no acesso aos serviços de saúde (Ribeiro *et al.*, 2025).

Buscando evidenciar de forma mais clara sobre as notificações de toxoplasmose gestacional, têm-se os dados conforme a raça, em que prevaleceu a parda, seguida da branca, com 3.094 casos e 1.808 casos, respectivamente, assim como demonstra a tabela 1.

Tabela 1 - Resultados sobre as notificações por Toxoplasmose gestacional conforme a raça no estado de Minas Gerais em mulheres de 15 a 59 anos (2021-2025).

Raça	Casos confirmados
Ign/Branco	374
Branca	1.808
Preta	701
Amarela	52
Parda	3.094
Indígena	21
Total	6.050

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

A avaliação das notificações de toxoplasmose gestacional por grupo étnico no estado de Minas Gerais (2021–2025) indica que as mulheres classificadas como pardas registram o maior número de casos (3.094), seguidas pelas mulheres brancas (1.808) e pretas (701). Este padrão pode estar vinculado não somente à demografia

da população materna no estado, onde as pardas representam uma parte considerável das mulheres em idade fértil, mas também às condições de exposição e ao acesso a serviços de saúde. Esses achados mostram-se consistentes com estudo de Santos *et al.* (2026), o qual sublinha que fatores sociais e econômicos, muitas vezes relacionados à raça/etnia, afetam tanto a exposição a patógenos quanto às oportunidades de diagnóstico.

Por outro lado, as menores quantidades de notificações entre mulheres classificadas como amarelas (52), indígenas (21) e sem informação ou não declarado (374) refletem uma combinação de fatores demográficos e possíveis subnotificações. A literatura relacionada à vigilância em saúde indica que categorias com menor presença populacional normalmente apresentam números menores, mas isso também pode revelar falhas no acesso ao sistema de vigilância e aos cuidados pré-natais. Pesquisas anteriores mostram que mulheres indígenas e de outras minorias étnicas frequentemente enfrentam obstáculos adicionais para acessar serviços de saúde e diagnósticos, contribuindo para a subnotificação de infecções como a toxoplasmose gestacional (Araújo; Rodrigues, 2024).

Não menos importante, têm-se os dados conforme a evolução dos casos de toxoplasmose gestacional, em que 58,59% dos casos se deram por cura, assim como visto abaixo (Tabela 2).

Tabela 2 - Resultados sobre as notificações por Toxoplasmose gestacional conforme a evolução no estado de Minas Gerais em mulheres de 15 a 59 anos (2021-2025).

Ano processamento	Ign/Branco	Cura	Óbito pelo agravo	Óbito por outra causa	Total
2021	468	739	1	0	1.208
2022	487	740	0	1	1.228
2023	486	823	0	1	1.310
2024	464	714	0	0	1.178
2025	496	628	1	0	1.126
Total	2.401	3.645	2	2	6.050

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

A avaliação das ocorrências em relação à evolução dos casos mostra que a maior parte das gestantes (3.645) apresentou cura, o que condiz com estudo de Costa; Souza (2025) o qual indica que, quando a doença é detectada precocemente e monitorada de forma adequada no pré-natal, a toxoplasmose na gravidez apresenta um prognóstico positivo tanto para a mãe quanto, em muitos casos, para o feto.

A alta taxa de cura pode também refletir o impacto de intervenções terapêuticas eficazes disponíveis no SUS, como o uso de sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico, em conjunto com o acompanhamento clínico e laboratorial regular, abordagens amplamente recomendadas em pesquisas nacionais e internacionais para minimizar a evolução da doença e as complicações ligadas à infecção na gestante (Lopo *et al.*, 2024).

Por outro lado, a quantidade de casos com evolução “ignorado ou não declarado” (2.401) ressalta uma limitação importante na vigilância epidemiológica e na documentação das informações clínicas. A literatura sobre vigilância em saúde ressalta que a falta de dados sobre a evolução dificulta avaliações precisas da carga da doença e da eficácia dos serviços de saúde, além de complicar a identificação de áreas que precisam de melhorias no acompanhamento de gestantes infectadas (Rosa *et al.*, 2024).

Os poucos dados relativos a óbitos diretamente relacionados ao agravo (2) e por outras causas (2) são esperados, já que a toxoplasmose durante a gravidez raramente é letal para a mãe, embora possa resultar em consequências fetais graves quando não é tratada. Mesmo assim, esses números reduzidos demandam atenção, pois apontam para a necessidade de aprimorar a investigação dos casos e a completude das fichas de notificação, assegurando dados mais consistentes para direcionar políticas de prevenção, diagnóstico e tratamento da toxoplasmose na gestação (Silva *et al.*, 2025).

Por fim, discussões recentes na área de saúde pública ressaltam a necessidade de aumentar a notificação obrigatória e a formação profissional para reduzir subnotificações e aprimorar a detecção precoce. Esses resultados reforçam as sugestões presentes na literatura sobre a continuidade de intervenções em educação em saúde materna e aprimoramentos na vigilância epidemiológica para toxoplasmose gestacional (Santos *et al.*, 2026).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação epidemiológica sobre os registros de toxoplasmose na gestação em Minas Gerais, realizada entre 2021 e 2025, revelou um total de 6.050 casos nesse intervalo, mostrando que essa enfermidade continua a ser uma preocupação na saúde de mães e bebês. A análise indicou que a maioria dos casos ocorreu em mulheres entre 20 e 39 anos, o que coincide com a fase de maior fertilidade e, portanto, com um aumento no número de gestações. No aspecto sociodemográfico, foi registrado um número maior de casos entre mulheres que se identificam como pardas, o que pode refletir tanto a constituição étnica da população local quanto a influência de fatores sociais que afetam a saúde, como condições econômicas, acesso à informação e serviços de pré-natal. Em relação à progressão dos casos, a maioria dos afetados apresentou resultado de cura, o que sugere a eficácia das práticas de diagnóstico precoce e tratamento disponíveis no sistema de saúde. No entanto, a quantidade de notificações ressalta a importância da continuidade e da intensificação das iniciativas de vigilância epidemiológica, melhoria no pré-natal e promoção de saúde, especialmente entre as populações mais suscetíveis. Dessa forma, os resultados obtidos ajudam a direcionar políticas públicas focadas na prevenção, manejo adequado e diminuição de possíveis complicações maternas e fetais associadas à toxoplasmose na gestação.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, T.; VIANA, E.C.; SANTOS, P.S. Perfil epidemiológico de toxoplasmose gestacional no Município de Guanambi, Bahia: 2020 a 2023. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 7, n. 9, p. e75722-e75722, 2024. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/75722>. Acesso em: 15 de set. 2025.

ANDRADE, A.Q.; MAGALHÃES FILHO, A.L.S.; MOURA, K.A.B.; NEGRÃO, J.N.C. O impacto do pré-natal no diagnóstico precoce da toxoplasmose congênita no Brasil. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 7, n. 3, p. 2756-2775, 2025. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/5286>. Acesso em: 26 de fev. 2026.

ARAÚJO, P.C.; RODRIGUES, M.M. Análise Epidemiológica e Demográfica da Toxoplasmose Gestacional nas Mesorregiões do Rio de Janeiro entre 2019 e 2023.

Brazilian Journal of Biological Sciences, v. 11, n. 25, p. e50, 2024. Disponível em: <https://bjbs.com.br/index.php/bjbs/article/view/50>. Acesso em: 15 de set. 2025.

BRASIL. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 — Conselho Nacional de Saúde**. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf/view>. Acesso em: 10 de nov. 2025.

BRANDÃO, T.P.; MELO, R.S.; OLIVEIRA, K.R. Toxoplasmose Gestacional sob o Ponto de Vista das Gestantes de Uberlândia, Minas Gerais. **APS EM REVISTA**, v. 7, n. 1, p. 226-235, 2025. Disponível em: <https://aps.emnuvens.com.br/aps/article/view/349>. Acesso em: 26 de fev. 2026.

COSTA, E.A.; SOUZA, C.M. Toxoplasmose gestacional na Bahia: perfil epidemiológico e análise das notificações (2020-2024). **Revista dos Seminários de Iniciação Científica**, v. 7, n. 1, p. 1-7, 2025. Disponível em: <https://revistas.atenas.edu.br/resic/article/view/578>. Acesso em: 26 de fev. 2026.

DATASUS. **Departamento de Informática do SUS**. [s.d.]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/sobre-o-datasus/>. Acesso em: 25 de set. 2025.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002. Disponível em: <http://biblioteca.isctem.ac.mz/bitstream/123456789/734/1/%5BAntonio-Carlos-Gil%5D-Como-elaborar-projetos-de-pes%28z-lib.org%29.pdf>. Acesso: 25 de set. 2025.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Cidades e Estados**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg.html>. Acesso em: 25 de set. 2025.

LOPO, S.M.; COELHO, G.J.R.; LEÃO, G.R.; GOSCH, C.S.; GOMES, W.S.; CALLEGARO, A.C.N.; BEZERRA, A.G.C.S.N.; PAIXÃO, N.A. Perfil de distribuição epidemiológica da toxoplasmose gestacional no município de Porto Nacional–TO e microrregiões, entre os anos de 2018 a 2023. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 7, n. 9, p. e75443-e75443, 2024. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/75443>. Acesso em: 10 de nov. 2025.

MARQUES, I.H.; MAXIMILA, R.Z.; BRIÃO, P.S.S.; RUFFATTO, R.M.; AMARAL, N.F.; RODRIGUES, M.I.A.; PACHECO, C.C.; MENEZES, L.O. Toxoplasmose congênita no sul e sudeste do Brasil: uma doença negligenciada? **ARACÊ**, v. 7, n. 2, p. 5554-5562, 2025. Disponível em: [TOXOPLASMOSE CONGÊNITA NO SUL E SUDESTE DO BRASIL: UMA DOENÇA NEGLIGENCIADA? | ARACÊ](https://doi.org/10.21909/ARACÊ.v7n2.2025.5554-5562). Acesso em: 02 de out. 2025.

OLIVEIRA, G.; CONARTIOLI, A.C.; LINS, A.M.R.; SCHIBLER, C.E.M.; ALVES, E.F.P.; SILVA, I.V.T.C.; SABINO, P.T.S.; BACCON, W.C. Epidemiologia da Toxoplasmose Gestacional No Paraná: Estudo De Casos Registrados Entre 2019 E 2023. **LUMEN ET VIRTUS**, v. 15, n. 43, p. 8098-8110, 2024. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/LEV/article/view/2002>. Acesso em: 02 de out. 2025.

RIBEIRO, M.J.A.; ZANATA, B.; ZENKNER, G.S.; BEZERRA, S.B.; MAZURA, L.A. Perfil epidemiológico da toxoplasmose gestacional no estado do Tocantins de 2019 a 2024. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 11, n. 11, p. 4708-4716, 2025. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/22200>. Acesso em: 26 de fev. 2026.

ROSA, V.H.J.; RODRIGUES, T.L.; AZEDO, F.A.; MACEDO, A.L.A.; RODRIGUES, B.L.P.; PROENÇA, R.M.O.; ARAÚJO, R.A.C.; RABELLO, E.F.W.; SEFFAIR, L.G.N.V.; CUNHA, P.T.M.; GALVÃO, I.B.; PEREIRA-SILVA, J.W. Perfil epidemiológico da toxoplasmose gestacional no estado do Amazonas: Toxoplasmose gestacional no Amazonas. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 1, p. 981-991, 2024. Disponível em: <https://bjihse.emnuvens.com.br/bjihse/article/view/1250>. Acesso em: 15 de set. 2025.

SANTOS, B.M.; RIBEIRO, E.L.S.; LIMA, M.S. Toxoplasmose Gestacional: um estudo Epidemiológico. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 6, n. 13, p. 674-687, 2023. Disponível em: <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/619>. Acesso em: 15 de set. 2025.

SANTOS, H.G.M.; MOREIRA, G.V.B.; BRITO, A.K.S.; PINHEIRO, B.G.; BRITO, A.K.S.; SILVA, A.S.B.; PINHEIRO, B.G.; ALVES, T.V.G.; SILVA, B.J.M. Perfil epidemiológico da toxoplasmose gestacional no Estado do Pará no período de 2019 a 2023. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 25, n. 1, p. e19188-e19188, 2025. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/19188>. Acesso em: 16 de set. 2025.

SANTOS, G.B.M.; GUERRILHA, A.H.S.; MORAIS, A.S.; ALMEIDA, C.M.; SILVA, E.B.; SANTOS, G.K.S.; COELHO, I.K.S.; SILVA, M.G. Toxoplasmose na gestação: Uma revisão das principais consequências para o desenvolvimento fetal e medidas de prevenção. **Research, Society and Development**, v. 15, n. 1, p. e1815150501, 2026. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/download/50501/39521/512632>. Acesso em: 26 de fev. 2026.

SAMPAIO, R.S.; CORREIRA, A.R.F.; LIMA, F.W.B.; OLIVEIRA, T.B.; LIMA, M.S.; ALENCAR, A.V.S.; FREITAS, R.S.F.; GUIMARÃES, J.A.; FONTELES, M.M.F. Acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes com toxoplasmose gestacional na atenção primária à saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 11, p. e17814-e17814, 2024. Disponível em:

<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/17814>. Acesso em: 10 de nov. 2025.

SILVA, H.F.; SILVA, J.C.; FERREIRA, J.O.; CECIM, M.M.P.M.; OLIVEIRA, L.B.; TRINDADE, E.L. Complicações associadas a toxoplasmose gestacional-congênita: Uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 13, n. 8, p. e14813846674-e14813846674, 2024. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/46674>. Acesso em: 10 de nov. 2025.

SILVA, J.K.A.M.; ARAÚJO, S.T.; SANTOS, A.A.P.; SANCHES, M.E.T.L.; ALVES, V.M.; PORFÍRIO, J.K.F. Evolução temporal dos casos de Toxoplasmose em gestantes: um estudo ecológico. **REVISA**, v. 14, n. 3, p. 1871-1880, 2025. Disponível em: <https://rdcsa.emnuvens.com.br/revista/article/view/953>. Acesso em: 26 de fev. 2026.