



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo

PARECER TÉCNICO/NAT/TJES Nº 319/2020

Vitória, 17 de fevereiro de 2020

Processo nº [REDACTED]  
impetrado por [REDACTED]  
[REDACTED].

O presente Parecer Técnico visa atender solicitação de informações técnicas pela Vara única de Marilândia requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Menandro Taufner Gomes sobre o procedimento: **amniocentese**.

**I -RELATÓRIO**

1. De acordo com os fatos relatados no Termo de Reclamação, a requerente está na 25ª semana de gestação e foi diagnosticada com toxoplasmose aguda. Em razão disso, foi solicitada pela médica pré-natalista o exame amniocentese, para rastreamento de doenças genéticas e ou deformidades no feto. Ao tentar agendar o procedimento, foi informada pela Secretaria Municipal de Saúde, que o Estado do Espírito Santo não possui prestador público regulado, filantrópico ou credenciado na rede estadual de saúde para realizar o exame. Com a requerente não possui condições financeiras de arcar com os custos do exame, recorre mas vias judiciais para consegui-lo.
2. Às fls. 04, laudo médico emitido em 12/02/2020, pela Dra. Dalila Vieira Pinheiro, ginecologista e obstetra, CRMES 1368, relatando que paciente, 28 anos, gestante com 25 semanas com diagnóstico de toxoplasmose aguda, necessita de realização de amniocentese para melhor avaliação e propedêutica com urgência.
3. Às fls. 04, requisição de exames em papel do SUS, requerendo amniocentese em



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

---

12/02/2020.

4. Às fls. 08, negativa emitida pela Secretaria Municipal de Saúde de Marilândia, sem data, declarando que não possui prestado dor serviço solicitado (amniocentese) pelo sistema de informação SISREG.

### **II- ANÁLISE**

#### **DA LEGISLAÇÃO**

1. **A Portaria N° 399 de 22 de fevereiro de 2006** divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Em seu Anexo II, item III – Pacto pela Gestão, item 2 – Regionalização, define que um dos Objetivos da Regionalização é garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema.

2. **A Resolução n° 1451/95 do Conselho Federal de Medicina** define urgência e emergência: Artigo 1º - Os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado.

Parágrafo Primeiro - Define-se por URGÊNCIA a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Parágrafo Segundo - Define-se por EMERGÊNCIA a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

---

### **DA PATOLOGIA**

1. O *Toxoplasma gondii*, agente etiológico da toxoplasmose, é um protozoário intracelular obrigatório que apresenta ciclo evolutivo com três formas principais sendo todas elas dotadas de competência para realizar a infecção: taquizoítos (que ocorrem na fase aguda ou na reagudização da doença e são capazes de atravessar a placenta e infectar o feto); bradizoítos (que se encontram nos tecidos dos seres humanos e de todos os animais infectados pelo protozoário) e esporozoítas que se encontram dentro dos oocistos (formados exclusivamente no intestino dos felinos, seu hospedeiro definitivo). As principais vias de transmissão são: “oral” e “congenita”. Em casos raros pode haver transmissão por inalação de aerossóis contaminados, pela inoculação acidental, transfusão sanguínea e transplante de órgãos.
2. O diagnóstico da infecção pelo *Toxoplasma gondii* na gravidez é extremamente importante, tendo como objetivo principal a prevenção da toxoplasmose congênita e suas sequelas. O objetivo principal do rastreamento é a identificação de gestantes suscetíveis para seguimento posterior. O seguimento visa a prevenção da infecção aguda por meio de medidas de prevenção primária e a detecção precoce visando prevenir a transmissão fetal e também proporcionar o tratamento caso haja contaminação intraútero.
3. Recomenda-se a triagem por meio da detecção de anticorpos da classe IgG e IgM na primeira consulta de pré-natal, uma vez que o diagnóstico é eminentemente laboratorial. Na presença de anticorpos IgG positivos e IgM negativos, considera-se a gestante imune. Embora exista a possibilidade da gestante se contaminar com genótipos diferentes da primo-infecção, o risco para o feto ocorre na quase totalidade das vezes quando a mãe adquire a infecção durante a gestação, pelo menos nas gestantes com imunidade normal.
4. Se a gestante suscetível for proveniente de região de alta endemicidade, ela deverá ter rastreamento adicional, com pesquisa de anticorpos IgM e IgG a cada dois ou três meses, com método enzimático, para detectar uma possível infecção aguda durante a gravidez.



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

---

5. Se no primeiro exame solicitado na primeira consulta detecta-se anticorpos IgM, caso a gestação tenha menos de 16 semanas, deve ser feito imediatamente o teste de avidéz de IgG, na mesma amostra de soro. Na presença de baixa avidéz, pode-se estar diante de uma infecção aguda; a paciente deve ser chamada e o tratamento com espiramicina deve ser iniciado imediatamente. Na presença de alta avidéz, deve-se considerar como diagnóstico de infecção antiga, não havendo necessidade de tratamento nem de testes adicionais.
6. Para o rastreamento, deve-se utilizar método de captura para pesquisa da IgM (evita os falsos positivos). Este roteiro não prevê realização de rotina da amniocentese com PCR do líquido amniótico para fins de diagnóstico da infecção fetal. Atualmente somente é indicada a PCR em tempo real, pois outros métodos não possuem sensibilidade e especificidade adequadas. Se na região houver possibilidade desse exame, a indicação é realizar a amniocentese quatro semanas após a infecção materna e não antes de 18 semanas de gestação. Na toxoplasmose adquirida após a 30. semana da gestação, o risco de infecção fetal é alto o suficiente para dispensar procedimentos de diagnóstico fetal e indicar o início imediato do tratamento em esquema tríplice (pirimetamina, sulfadiazina e ácido fólico).

### **DO TRATAMENTO**

1. O tratamento no pré-natal é oferecido a todas as gestantes diagnosticadas com infecção *recente* por *T. gondii* durante a gravidez para reduzir o risco de toxoplasmose congênita. Não há benefícios maternos diretos do tratamento. O regime farmacológico inicial é baseado na idade gestacional no momento do diagnóstico. A decisão de continuar a terapia depende de se a infecção fetal foi documentada.
2. **Mulheres com <18 semanas de gestação** no momento do diagnóstico: **Iniciar ESPIRAMICINA** no momento do diagnóstico, devido a preocupações com a teratogenicidade associada à sulfadiazina-pirimetamina no início da gravidez e deve ser continuada até que os resultados da PCR do líquido amniótico estejam disponíveis



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

---

(após 18 semanas de gestação). A espiramicina não atravessa a barreira placentária, tendo efeito de impedir ou retardar a passagem do *Toxoplasma gondii* para o feto, diminuindo ou evitando o acometimento do mesmo. Portanto, a espiramicina não está indicada quando há certeza ou mesmo probabilidade muito grande de infecção fetal (como quando a gestante adquire a infecção após a 30ª semana). Nesses casos, está indicado o tratamento tríplice, que atua sobre o feto.

3. A abordagem ao tratamento **após 18 semanas** depende dos resultados do teste de PCR do líquido amniótico e ultra-som. A terapia com Pirimetamina-sulfadiazina mais ácido fólico é iniciada e continuada até que os resultados estejam disponíveis por PCR do líquido amniótico obtido por amniocentese ou caso a paciente não realize o exame.
4. Alguns autores sugerem o tratamento com pirimetamina-sulfadiazina mais ácido fólico até o parto, uma vez que a infecção fetal não pode ser excluída e o tratamento pode melhorar o desfecho.
5. A justificativa para tratamento com pirimetamina-sulfadiazina mais ácido fólico nesta idade gestacional é:
  - Menor risco de malformação congênita;
  - A espiramicina pode ser insuficiente para prevenir ou reduzir a gravidade da infecção fetal,
  - O risco de infecção congênita é alto, pois a prevalência de infecção fetal aumenta com o avanço da idade gestacional na soroconversão materna (15% com soroconversão documentada em 13 semanas, 44% em 26 semanas e 71% em 36 semanas.)
6. Se a PCR e a ultrassonografia forem negativas, a abordagem ao tratamento é **menos clara**. Em geral, os autores não continuariam o tratamento com um resultado de PCR e ultrassonografia negativos, uma vez que a infecção congênita foi excluída. No entanto, outros autores continuariam o tratamento devido a preocupações com resultados de testes falso-negativos.



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

---

7. Sugerimos o tratamento **com pirimetamina-sulfadiazina mais ácido fólico até o parto**, uma vez que a infecção fetal não pode ser excluída e o tratamento pode melhorar o desfecho.

### **DO PLEITO**

1. **Amniocentese diagnóstica.** A amniocentese (AMNIO) pode ser realizada a partir da 16ª semana. Nesse método, coleta-se líquido amniótico em volume proporcional à idade gestacional. Além do cariótipo fetal, a AMNIO pode ser indicada para a pesquisa de infecções congênicas por meio da técnica da reação em cadeia da polimerase (PCR), que procura a identificação de fragmentos de DNA do agente etiológico a ser estudado, com destaque para os vírus da toxoplasmose, da citomegalovirose e da rubéola. A AMNIO também pode ser terapêutica nos casos de polidrâmnio sintomático, que requerem a amniodrenagem. Entretanto devemos lembrar que a chance de romper a bolsa ou ter uma perda gestacional aumenta em cerca de 0,5 a 1% para aquelas mulheres que realizam o procedimento, por isso ele deve ser realizado apenas com uma indicação precisa. Existem descrições na literatura de complicações maternas como hemorragias e infecção, mas são eventos extremamente raros e isolados

### **III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO**

1. No presente caso, o Requerente foi diagnosticada com toxoplasmose gestacional após 16 semanas de gestação e foi indicado e é de desejo da paciente realizar o exame de amniocentese para a investigação de infecção congênita.
2. A amniocentese confirma ou não o diagnóstico da infecção fetal, o que norteia quanto a continuação ou não do tratamento farmacológico. Entretanto, deve-se lembrar que existem falsos negativos e que muitas literaturas indicam a continuidade do tratamento, mesmo com diagnóstico negativo no líquido amniótico, quando se analisa o risco benefício fetal.



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

3. No protocolo do Ministério da Saúde de 2012, não prevê realização de rotina da amniocentese com PCR do líquido amniótico para fins de diagnóstico da infecção fetal. Porém, se na região houver possibilidade desse exame, a indicação é realizar a amniocentese quatro semanas após a infecção materna e não antes de 18 semanas de gestação e após 30 semanas, pois após esta idade gestacional, o risco de infecção é grande o que não justifica o tratamento medicamentoso independente do diagnóstico fetal. Além disso, deve-se lembrar que há riscos de durante a realização do exame, e possibilidade de falso negativo, que devem ser levados em conta na decisão de sua realização.
4. A amniocentese é um procedimento oferecido pelo SUS e está cadastrada na tabela SIGTAP, sobre o número 02.01.01.001-1, sendo considerado de média complexidade.
5. Como o Ministério da Saúde fala que o exame não é rotina para diagnóstico fetal, **este NAT entende que o exame em pleito é uma opção para o caso em tela, entretanto não é imprescindível, podendo a paciente continuar o tratamento com o esquema tríplice após as 18 semanas, independente do diagnóstico fetal, visto que na região esse exame não é ofertado.** Assim a paciente poderá fazer o tratamento com esquema tríplice até o parto ou pelo menos até 36 semanas de gestação, acompanhado ultrassonografia mensal, visto que os benefícios são maiores que os riscos.
6. Este Núcleo se coloca à disposição para outros esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente





## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

---

### **REFERÊNCIAS**

**MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual Técnico de Gestação de Alto Risco.** Brasil: Editora MS, 2010

**MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo de notifica o e investiga o Toxoplasmose gestacional e congênita.** Brasil: Editora MS, 2018.

GILBERT, Ruth et al. **Toxoplasmose e gravidez.** 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/toxoplasmosis-and-pregnancy>>. Acesso em: 14 fev. 2020.