



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

CHARLES ARGOLLO CONDO

PREVENÇÃO DA TOXOPLASMOSES NA GESTAÇÃO

SÃO PAULO
2020

CHARLES ARGOLLO CONDO

PREVENÇÃO DA TOXOPLASMOSES NA GESTAÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: RICHARDSON AUGUSTO ROSENDO DA SILVA

SÃO PAULO
2020

Resumo

A Toxoplasmose na gestação enfrentamos muitas dificuldades na unidade básica entre elas ,falta de acompanhamento especializado, famílias em extrema pobreza ,a falta de protocolos de tratamento para o médico da saúde famílias que sempre realizamos como encaminhamento do paciente e muitas vezes não ter retorno e muita vezes não iniciamos tratamento por medo de processo judicial. Sabe-se que esta se esta doença se inicia com o tratamento oportuno, pode-se evitar a transmissão 50% da transmissão vertical. A formação de grupos de gestante nos ajudara a passar informações preventivas fortalecendo a prevenção primaria,principalmentel nas famílias de risco como baixa renda familiar. Com fornecimento de medicamentos pelos sus gratuito diminui as complicações congênitas. Todo esforço feito na prevenção, tratamento oportuno e acompanhamento nos ajuda a diminuir a incidência como a prevalência da toxoplasmose na gestação. O contágio com o consumo de carne crua e contacto como fezes de animais felinos são as causa mais frequente de transmissão e há único medida de prevenção e fornecer informações sobre o tipos de limpeza como fezes de gatos e outros animais e como fazer a consumo de comidas bem cozida. Umas das dificuldades que tem vários médicos e questão sobre o diagnóstico e interpretações de exames igG,igM,IgA e alta avides saber fazer a interpretação correta e o calculo com idade gestacional e objetivo em cada atendimento para fazer o diagnóstico certo e fazer o tratamento adequado e oportuno. Sobre a complicações durante o tratamento como e caso da anemia megaloblástica e muitas vezes evitado como controle de hemograma e uso de acido fólico.

Palavra-chave

Hábitos Alimentares. Infecções Parasitárias. Pré-Natal. Saúde Preventiva. Promoção da Saúde. Pré-Natal.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

O quadro epidemiológico no território onde o projeto será desenvolvido se apresenta da seguinte forma: identificou-se 16 casos de toxoplasmose em gestantes; ausência de suporte para acompanhamento de paciente de alto risco devido a falta de profissional; o diagnóstico oportuno e tratamento adequado tem prognóstico bom para o recém-nascido; a prevalência elevada em países em desenvolvimento e a dificuldade para conduzir sem suporte especializado.

ESTUDO DA LITERATURA

A toxoplasmose é uma infecção causada por um parasita denominado toxoplasma gondii. O nome vem do grego e refere-se ao seu arco ou formato crescente. A infecção por *Toxoplasma gondii* começa a ser conhecida nos anos 30 e foi diagnosticada em 1948 pelo teste de Sabin e Feldman; em 1970, sua forma de propagação é estabelecida novamente, quando se descobre que o hospedeiro definitivo é da família Felídeos e, dentro dele, 2 gêneros e 7 espécies (incluindo o gato doméstico), embora o toxoplasma possa infectar células de todos os vertebrados (com exceção dos eritrócitos) e até de alguns invertebrados, como a minhoca. O toxoplasma causa uma série de manifestações, da linfadenopatia benigna assintomática à doença do SNC em potência letal, coriorretinite e retardo mental no feto. (ministério da saúde, 2019)

As principais vias de transmissão ao homem são orais e transplacentárias. Uma vez ingerida, a parede dos cistos teciduais, ou ovócitos esporulados, é destruída pelas enzimas digestivas, liberando taquizoítos. Eles se espalham hematogênica ou linfática após invadir as células do epitélio intestinal e podem atingir qualquer órgão, embora estejam localizados principalmente nos músculos esqueléticos, no coração e no cérebro. transmitida por via transplacentária e a condição necessária é que a mãe sofra uma disseminação hematogênica durante a gravidez. Isso ocorre quando a mãe adquire uma infecção na primária durante a gravidez e, muito mais raramente, se uma toxoplasmose latente é reativada como resultado de uma imunossupressão coincidindo com a gravidez. Essa infecção deve levar a placenta de antemão. A frequência da placentite e consequente infecção fetal depende da idade gestacional em que ocorre. No primeiro trimestre, o percentual é de 14%, 29% no segundo e 59% no terceiro. A contaminação fetal aumenta de 1% no primeiro trimestre para 90% se ocorrer durante o terceiro trimestre. A septicemia fetal ocorre com a difusão do parasita nos vários tecidos, principalmente retina, cérebro, tecido muscular, coração, fígado, baço, pulmão, etc. Com o aparecimento de anticorpos, as formas císticas se originam, que podem invadir e infectar outros órgãos. A probabilidade de uma infecção primária durante a gravidez é de 0,5 a 1%, independentemente da área geográfica. A probabilidade geral de transmissão materna e fetal é de 50%, embora pareça ser consideravelmente menor durante o primeiro trimestre e maior no último, e pode ser reduzida para 5% ou menos se a infecção da mãe for detectada e o tratamento apropriado for administrado. Patologia de infecção intrauterina Em geral, todas as infecções intrauterinas crônicas apresentam retardo de crescimento intrauterino. Sendo os casos sintomáticos e fatais da infecção do primeiro e do segundo trimestre. Na infecção tardia, o dano fetal é menor. Portanto, o neonato pode ter uma doença generalizada ou um comprometimento neurológico predominante ou um comprometimento ocular isolada. (LEAO, Paulo Roberto Dutra, et al)

O diagnóstico depende do rastreamento sorológico durante o pré-natal. Ele é realizado com os testes imune enzimáticos (ELISA) para a detecção de IgG e IgM contra *Toxoplasma gondii*. á grande taxa de falsos-positivos do ELISA para IgM, pode-se realizar também a sorologia confirmatória pela pesquisa de IgM por imunofluorescência indireta (IFI). Na prática clínica pode-se encontrar gestantes suscetíveis (IgM e IgG negativos) e gestantes imunes (IgG positivo e IgM negativo). Além dessas, pode ocorrer soro conversão, quando uma gestante suscetível apresenta no seguimento sorológico IgM e IgG positivos. Casos suspeitos em que a gestante apresente IgM e IgG positivos na primeira sorologia, pode-se tratar de uma infecção aguda ou crônica, pois o IgM pode permanecer positivo por mais de um ano após a infecção. Nestes casos é preciso realizar testes para definição do quadro. Dos testes

para definição nos casos suspeitos pode-se realizar titulação seriada de IgG em 3 semanas. O aumento significativo dos títulos é sugestivo de fase aguda. Além deste, pode-se realizar o teste de avidéz de IgG, a presença de anticorpos de alta avidéz é sugestivo de doença há mais de 12 semanas. A transmissão vertical é confirmada pela realização de amniocentese entre 17 e 32 semanas, realizando-se a pesquisa do DNA do toxoplasma por PCR no líquido amniótico. Indicado em todos os casos de soro conversão materna ou sinais ultrassonográficos de infecção fetal. (GOMES, Daniella Ferreira Cordeiro et)

tratamento e realizado com Espiramicina em gestantes no quadro agudo de pode reduzir isso diminui em até 50% a transmissão vertical, todas as gestantes com diagnóstico de infecção aguda ou sintomas aguda, rash cutâneo e/ou linfadenomegalia, deve ser solicitada sorologia e introduzida espiramicina até a confirmação diagnóstica, para depois redefinir a conduta. Realizar profilaxia com Espiramicina 500mg 2 comprimidos a cada 8 horas si o caso for suspeita diagnóstica e mantida até o parto depois de descartada a infecção aguda suspender profilaxia , pacientes como imunodepressão como hiv positivos realizar profilaxia como mesmo esquema devido ao risco de reativação da doença, paciente devem ser acompanhados com contagem de linfócitos CD4 e infectologista depois de realizar diagnostico invasivos com infecção fetal seja confirmada pelo procedimento invasivo, deve-se iniciar o tratamento com sulfadiazina, pirimetamina e ácido fólico e mantê-lo até tratamento deve ser iniciado a partir de 15 semanas. Nos casos de soro conversão acima de 32 semanas, quando não está indicado o procedimento invasivo, devido ao alto risco de transmissão vertical. Durante, o controle materno com hemograma a cada duas semanas. Devido a alta toxicidade das drogas utilizadas há risco de alterações como anemia megaloblástica, e nesses casos o tratamento deve ser suspenso e substituído pela profilaxia com Espiramicina o acompanhamento fetal deve ser feito como usg mensal .(<https://www.febrasgo.org.br>)

Todas as gestantes devem realizar a sorologia para Toxoplasmose na primeira consulta de pré-natal. Gestantes imunocompetentes com infecção crônica (IgG positivo e IgM negativo) não necessitam de novas intervenções. Gestantes suscetíveis (IgG e IgM negativos) devem ter a sorologia repetida mensalmente, para verificar possível soro conversão e orientadas quanto as medidas higienodietéticas Não comer carne crua ou malpassada, Dar preferência ás carnes congeladas, Não comer ovos crus ou malcozido, Beber água filtrada, Usar luvas para manipular alimentos e carnes crua, Não usar a mesma faca para cortar carnes, vegetais e fruta, Lavar bem frutas, verduras e legume, Evitar contato com gatos e com tudo que possa estar contaminado com suas fezes, Alimentar gatos domésticos com rações comerciais, Fazer limpeza diária com água fervente do recipiente em que os gatos depositam suas feze, usar luvas ao manusear a terra ou jardim ,via de parto é de indicação obstétrica e não há contraindicação a amamentação. Placenta e sangue de cordão podem ser encaminhados para realização de sorologia e PCR. (MOURA, Ivone Pereira da Silva et al) .

AÇÕES

- ♦ Depois de ter feito o estudo sobre toxoplasmose em gestante, pretendemos implantar 4 tipos ações.
- ♦ formação de grupos de gestante e fazer a educação continua para orientar sobre transmissão, prevenção ,diagnostico e tratamento para toxoplasmose palestra de 10 minutos para não prejudicar os outros assuntos de gestante.
- ♦ Em gestante suceptiveis acompanhamento como orientações na prevenção primaria.
- ♦ Devido a dificuldade do suporte da equipe especializada do alto risco criaremos um protocolo de tratamento interno para iniciar o tratamento prontamente para evitar complicações.
- ♦ Discutir caso clínico como a equipe de agentes , assim reforçando o conhecimento da equipe para poder transmitir nas visitas domiciliar.

RESULTADOS ESPERADOS

com nossas ações esperamos obter um diagnóstico oportuno para poder iniciar tratamento prontamente, como os grupos de gestante poder orientar sobre as medidas de prevenções, e assim ajudar a compartilhar informações com outras mulheres que estão em planejamento da futura gestação, com a criação de protocolos interno nos permitira poder iniciar tratamento sem necessidade de estar aguardando a consulta com especialista que o que falta em nossa rede de atenção.

E uma doença como estudo avançados e tratamento eficaz conseguir ter menos gestante com toxoplasmose e assim evitar as complicações ou defeitos congênitos no futuro bebe.

Como ações preventivas fornecendo informações nos grupos durante as consulta e visitas domiciliar nos ajuda ao bem estar da nossa gestante como isso a gestante poder ter um pré-natal sem estresse isso vai nos ajudar consequentemente na prevenções de outras doenças a sim diminuir a prevalencia da doença .

Sobre questão de falta da equipe de especialista como ginecologista obstetras, com um protocolo de atendimento e tratamento a assim poder ter segurança e evitar qualquer processo judicial ou prejudicar as gestante, muitas vezes as consulta são em unidades afastadas e muitas gestante são de famílias pobres que e mais prevalente a doença, se for realizado o tratamento e acompanhamento na unidade da gestante e uma boa informações de prevenções podemos diminuir a prevalência como a incidência dos casos de toxoplasmose na gestações.

REFERÊNCIAS

<https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/toxoplasmose>. acesso on 12 dez.2019.

GOMES, Daniella Ferreira Cordeiro et al . Toxoplasma gondii in cattle in Brazil: a review. **Rev. Bras. Parasitol. Vet.**, Jaboticabal , v. 29, n. 1, e015719, 2020 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-29612020000100200&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Apr. 2020. Epub Feb 10, 2020. <https://doi.org/10.1590/s1984-29612019106>.

LEAO, Paulo Roberto Dutra; MEIRELLES FILHO, José; MEDEIROS, Sebastião Freitas de. Toxoplasmose: soroprevalência em puérperas atendidas pelo Sistema Único de Saúde. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro , v. 26, n. 8, p. 627-632, Sept. 2004 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032004000800006&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Apr. 2020.

MOURA, Ivone Pereira da Silva et al . Conhecimento e comportamento preventivo de gestantes sobre Toxoplasmose no município de Imperatriz, Maranhão, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 10, p. 3933-3946, Oct. 2019 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001003933&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Apr. 2020. Epub Sep 26, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182410.21702017>.

<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/185-toxoplasmose>