



MEDIDAS ADOTADAS EM RELAÇÃO À TOXOPLASMOSE GESTACIONAL/ CONGÊNITA, GESTANTES SORO NÃO REAGENTES E TOXOPLASMOSE OCULAR NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DA 15ªRS/PR.

Fernanda Ferreira Evangelista (PIBIC/ Fundação Araucária/UEM), Ana Lucia Falavignia Guilherme (Orientador), e-mail: fer.evangelista@hotmail.com.

Universidade Estadual de Maringá/Centro Ciências da Saúde/Maringá,PR.

Área: Enfermagem Saúde Pública; **Sub Área:** Enfermagem de Doenças Contagiosas.

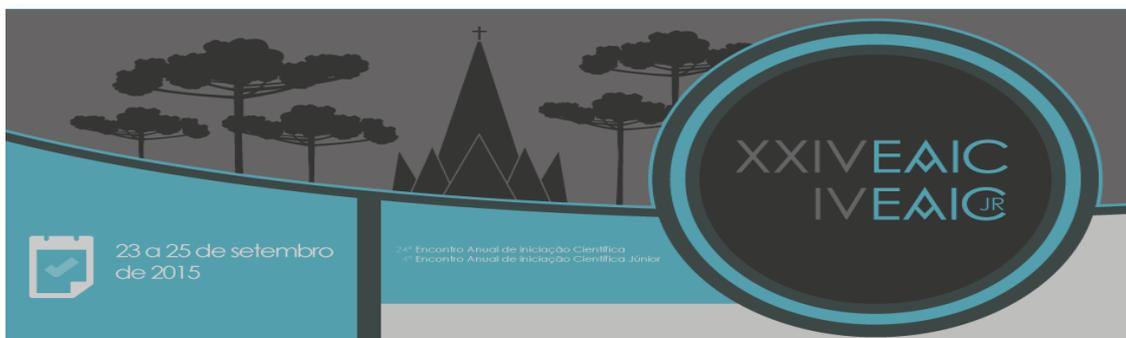
Palavras-chave: Toxoplasmose, Gestantes, Prevenção.

Resumo:

O objetivo deste estudo é observar as medidas adotadas em relação à toxoplasmose gestacional/congênita, às gestantes soro não reagentes e em casos de toxoplasmose ocular atendidos em serviço de atenção primária pertencentes à 15ª RS/PR. O estudo foi realizado em nove UBSs e incluiu 89 profissionais de saúde. Foi verificado que os profissionais apresentaram dúvidas em relação às formas de contaminação, 89 (100%), as orientações profiláticas a serem dadas às gestantes não reagentes 89 (100%), período gestacional e formas de contaminação, 38 (42,6%), encaminhamento adequado da gestante sob suspeita aguda, 71(79,7%) e sobre a conduta adotada de pacientes com toxoplasmose ocular, aliás muito desconhecida entre os profissionais. Mesmo assim, foi observado que o trabalho iniciado há uma década por nossa equipe, tem se mostrado relevante no cuidado de gestantes sob suspeita aguda (30 casos), com possibilidade de atendimento especializado. Todavia, as gestantes soronegativas ainda carecem de profilaxia adequada a fim de impedi-las de contaminação. Mesmo havendo material instrucional nas UBSS, a rotina dos profissionais e a falta de conscientização tem dificultado o trabalho de orientação. Houve oito casos de toxoplasmose ocular e foram adequadamente encaminhados aos serviços especializados em oftalmologia.

Introdução

A toxoplasmose, causada pelo *Toxoplasma gondii*, parasito intracelular obrigatório, é uma zoonose que acomete um terço da população



mundial, com infecções normalmente assintomáticas (Roberts e Frenkel, 1990). Aproximadamente 5/1000 gestantes não imunes podem adquirir a infecção, sendo as chances de transmissão ao feto entre 10% a 100%. O parasito pode atravessar a placenta e causar morte intrauterina, retardamento mental, coriorretinite, cegueira, meses ou anos após o nascimento (Remington, 2006). De maneira geral, os riscos de transmissão ao feto são maiores nos dois últimos trimestres, mas a gravidade é inversamente proporcional (Remington, 2006). Este protozoário apresenta genótipos altamente diversos na população da América do Sul.

Há diversas maneiras da gestante se contaminar, como a ingestão de oocistos presentes em água, frutas e verduras, ingestão de cistos em produtos de origem animal, crus\mal cozidos e transmissão congênita pela por taquizoítas, via transplacentária (Remington et al, 2006). Pouco se conhece sobre as condutas adotadas por profissionais de saúde que trabalham com gestantes não reagentes ou sob suspeita aguda. O Manual Técnico de Gestação de Alto Risco (SESA, 2004) recomenda a realização de no mínimo duas avaliações sorológicas, IgM e IgG anti-*T. gondii*, uma no pré-natal e outra no sétimo mês de gestação,   necessário medidas de prevenção da toxoplasmose às gestantes soronegativas. Todavia, na sistematização destas práticas as medidas se encontram diluídas e as secretarias de saúde dos municípios têm encontrado dificuldades.

Há oito anos foi criada uma rede regional de atendimento para o controle da toxoplasmose gestacional e cong nita nos serviç os de atenção pública na 15  Regional de Saúde do Paraná juntamente com nosso grupo de pesquisa e HU/UEM, pertencente à região noroeste do Paraná, sul do Brasil. No período do projeto foram entregues às UBSs, material instrucional sobre principais medidas preventivas da toxoplasmose, a serem repassados junto às gestantes, de maneira lúdica e de fácil entendimento, produzido de acordo com Breganó et al, 2010. Também foram realizadas palestras sobre medidas preventivas, formas de diagnóstico, tratamento e do suporte que o Ambulatrio de Gestação de Alto Risco do HU/UEM realiza no tratamento e no acompanhamento das gestantes e seus conceitos diante da suspeita laboratorial. Assim, o objetivo deste trabalho foi observar as medidas adotadas em relação à toxoplasmose gestacional/cong nita, gestantes soro não reagentes e em casos de toxoplasmose ocular atendidos em serviç o de atenção primária pertencentes à 15  RS/PR, bem como atualizar os profissionais dos locais pesquisados.

Materiais e métodos

Foram estudados quatro municípios pertencentes a 15  RS/PR. Em cada um destes foi verificada a quantidade de UBSs existentes e de profissionais envolvidos no cuidado de gestantes, nos últimos dois anos. Também foi observada a quantidade de gestantes atendidas IgM e IgG sororreagentes e



soronegativas à toxoplasmose, bem como pacientes com coriorretinite ou qualquer comprometimento ocular devido a esta parasitose. Outro aspecto investigado foi os procedimentos adotados pela equipe de cada UBS frente aos casos acima mencionados, as medidas de intervenção que utilizam, se tem conhecimento da rede regional de atendimento (HU/RM e Santa Casa) das gestantes sob suspeita aguda de toxoplasmose e os materiais instrucionais disponíveis para informar as gestantes soro não reagentes.

Antes do preparo das atividades educativas foram verificadas as principais dúvidas em relação à toxoplasmose, por parte dos profissionais que assistem às gestantes. Os dados foram coletados por meio de questionário e em seguida, proposta a realização de palestras, de acordo com metodologia adotada por Breganó et al, 2010.

Resultados e Discussão

Foram pesquisadas 9 UBSs, 6\25 (24%) em Maringá, 1/2 (50%) UBS de Sarandi e, 1 UBS em Iguaraçu e outra em Dr. Camargo. Dentre os 117 casos de gestantes sob suspeita aguda de toxoplasmose ocorridos na 15ª RS\PR, no período de dois anos, 26% dos casos ocorreram nas UBSs investigadas (3 na Mandacaru, 4 na Aclimação, 6 na Requião, 3 na Iguatemi, 2 na Floriano, 2 na São Domingos, 5 na UBS de Sarandi e 5 na UBS de Igarçu).

As medidas adotadas em relação às gestantes sob suspeita aguda foram adequadas, na primeira consulta médica, é solicitada a pesquisa de IgM e IgG anti *T. gondii*, e em curto prazo é realizado novo atendimento. Se IgM reagente é solicitada sua repetição 10 dias após, incluindo o teste de avidéz e retorno aproximado após 18 dias. Se baixa avidéz, o tratamento com espiramicina é iniciado, para tentar impedir a passagem de taquizoítas pela placenta (Remington, 2006). Somente 3/9 UBSs encaminharam gestantes sob suspeita aguda ao HURM\UEM, mesmo após uma década de divulgação da rede de controle da toxoplasmose, de material orientativo e outras atividades.

Já, em relação a toxoplasmose ocular a conduta foi adequada. O profissional médico da UBS prescrevia colírio com corticoide e encaminhava ao serviço público especializado. Em 5/9 UBSs foi relatado casos sendo 2 no Requião, 1 na Aclimação, 2 na Mandacaru, 1 na Floriano e 2 na Iguatemi. Em relação às soronegativas, os procedimentos sorológicos foram os preconizados pelo MS, na primeira consulta e no último trimestre. Há inúmeras gestantes soronegativas em toda a 15ª RS/PR (10.170) (DATASUS, 2015) e que apesar de existir programas de acompanhamento mensal das gestantes no Paraná (SESA/PR), foi observada baixa adesão das mesmas, pois quando gozam de bem estar geral não costumam participar das atividades.



Para cada UBS foram realizados três cursos de atualização sobre medidas profiláticas e participaram 18 enfermeiras, 5 médicos, 40 ACSs, 3 psicólogos, 2 nutricionistas, quatro dentistas, e 22 outros profissionais da UBS que mantém contato com as gestantes. As UBSs têm procurado dar atendimento adequado às gestantes soropositivas, demonstrando interação com a rede de atendimento da toxoplasmose e incluindo pequenos municípios como Dr. Camargo e Iguaraçu. O atendimento primário de qualidade, conhecedor das informações é capaz de por em prática programas eficazes de controle à toxoplasmose (Breganó et al, 2010).

As principais dúvidas dos profissionais foram sobre as formas de contaminação por cistos, orientações a serem dadas às gestantes soronegativas, e certo desconhecimento sobre o fluxo. O cuidado às gestantes soronegativas, incluindo o conhecimento a ser repassado mostrou necessidade de manter os profissionais atualizados.

Conclusões

Foi observado satisfatório conhecimento dos profissionais de saúde de algumas UBSs, sobretudo em relação às medidas adotadas às gestantes soropositivas. Todavia, há UBSs que não estão encaminhando gestantes sob risco, e profissionais com déficit no conhecimento das medidas preventivas a serem repassadas às gestantes soronegativas.

Agradecimentos

À UEM e equipe de trabalho, pela infraestrutura disponibilizada para pesquisa, aos profissionais das UBSs e à Fundação Araucária, pelo investimento e por acreditar na importância da pesquisa científica.

Referências

Breganó R, Lopes-Mori FMR, Navarro IT. *Toxoplasmose Adquirida Na Gestação E Congênita: vigilância em saúde, diagnóstico, tratamento e condutas*; Ed Universidade Estadual de Londrina -PR, 2010.

Robert-Gangneux F, Darde ML. Epidemiology of and diagnostic strategies for toxoplasmosis. *Clin Microbiol Rev.* 2012; 25: 264-96.

Remington JS, Mcleod R, Thulliez P, Desmonts G. Toxoplasmosis. In: Remington J S, Klein JO editors. *Infectious disease of the fetus and newborn infant.* 6 ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2006; 947-1091.

PARANÁ; Secretaria da Saúde. *Protocolo de gestação de alto risco.* 3ª ed. Curitiba: SESA, 2004.99p.

DATASUS - Ministério da Saúde - Secretaria Executiva. *Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.* 2015.