

A prevalência da toxoplasmose nas gestantes atendidas em um centro de referência no Município do Rio de Janeiro: o papel da enfermagem no diagnóstico precoce

The prevalence of toxoplasmosis in pregnant women attended at a reference center in the Municipality of Rio de Janeiro: the role of nursing in early diagnosis

DOI:10.34119/bjhrv3n6-171

Recebimento dos originais:10/11/2020

Aceitação para publicação:03/12/2020

Waleska Biase de Sousa Richtrmoc

Enfermeira Obstetra pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)

Endereço: Rua Dirceu Guimarães, nº 45, São Pedro da Aldeia- RJ, Brasil

E-mail: leskadebiase22@hotmail.com

Patrícia C. Teixeira

Mestre em Enfermagem pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)

Professora e orientadora na Universidade Veiga de Almeida (UVA)

Endereço: Rua José de Dome, 37 Cabo Frio- RJ, Brasil

E-mail: pctx.1974@hotmail.com

Manuela Barros Mendonça

Enfermeira Neonatologista pela Universidade Veiga de Almeida (UVA) com atuação na atenção básica de saúde

Endereço: Rua Machado de assis, nº 3, Arraial do cabo- RJ, Brasil

E-mail:manuellabarros@gmail.com

Juliana Ferreira Porto Terra

Enfermeira pela Universidade Veiga de Almeida (UVA) com atuação no CTI do hospital Santa Izabel

Endereço: Travessa Jorge Lóssio, 01 , Cabo Frio- RJ

E-mail:ju_jhs@hotmail.com

RESUMO

O presente estudo apresentou os seguintes objetivos: avaliar a prevalência e o risco para toxoplasmose nas gestantes através da sorologia e analisar os cuidados de enfermagem que foram direcionados para estas gestantes. Metodologia: Pesquisa do tipo descritiva, exploratória e documental com abordagem quantitativa. O campo de pesquisa foi uma unidade de referência à gestação de alto risco localizada no município do Rio de Janeiro. Participaram desta pesquisa 100 prontuários elencados de forma aleatória de gestantes que deram entrada na unidade hospitalar no período de dezembro de 2014 a outubro de 2016 para realização do parto. Como critério de inclusão: prontuários de mulheres com idade gestacional confirmada e que passaram pela triagem

sorológica para toxoplasmose. Como critério de exclusão: prontuários sem informações sobre o teste sorológico. Utilizada a análise documental como técnica para o tratamento dos dados através de um instrumento de coleta auxiliar e análise crítica do prontuário. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética nº 091412/2016 da Plataforma Brasil. Resultados: 67% das gestantes são suscetíveis e 33% apresentaram sororeatividade para toxoplasmose, destas 5% com possível infecção ativa. Das 05 amostras com possível infecção ativa 40% (2) realizaram o tratamento com espiramicina conforme preconizado pelo (MS), no entanto em 60% (3) das amostras não foi identificadas informações sobre o tratamento. Apenas 4% (4) das gestantes receberam orientações no pré-natal, nas demais amostras 96% (96) não foram encontrados registros nos prontuários sobre medidas profiláticas ou qualquer outra orientação relativa à toxoplasmose. Conclusão: Esse achado é inquietante visto que o risco de transmissão vertical é elevado em regiões que apresentam prevalência entre 25 e 80%, sendo necessária a capacitação constante dos profissionais de saúde que atuam no pré-natal.

Palavras-Chave: Toxoplasmose, Gestante, Enfermagem.

ABSTRACT

The present study presented the following objectives: to evaluate the prevalence and risk for toxoplasmosis in pregnant women through serology and to analyze the nursing care that was directed to these pregnant women. Methodology: Descriptive, exploratory and documentary research with quantitative approach. The research field was a unit of reference to high-risk pregnancy located in the municipality of Rio de Janeiro. This research included 100 randomly listed medical records of pregnant women who were admitted to the hospital from December 2014 to October 2016 for delivery. Inclusion criteria: medical records of women with confirmed gestational age who underwent serological screening for toxoplasmosis. Exclusion criteria: medical records without information about the serological test. Documentary analysis was used as a technique for the treatment of data through an auxiliary collection instrument and critical analysis of the medical records. The project was submitted and approved by the Ethics Committee nº 091412/2016 of Plataforma Brasil. Results: 67% of the pregnant women are susceptible and 33% presented seroreactivity for toxoplasmosis, of these 5% with possible active infection. Of the 05 samples with possible active infection 40% (2) performed the treatment with spiramycin as recommended by (MS), however in 60% (3) of the samples no information about the treatment was identified. Only 4% (4) of the pregnant women received prenatal guidance, in the other samples 96% (96) no records were found in the medical records about prophylactic measures or any other guidance regarding toxoplasmosis. Conclusion: This finding is disquieting, since the risk of vertical transmission is high in regions with a prevalence between 25 and 80%, and constant training of health professionals working in prenatal care is necessary.

Keywords: Toxoplasmosis, Pregnant, Nursing.

1 INTRODUÇÃO

A toxoplasmose é uma zoonose que acomete globalmente até um terço da população. É causada pelo *Toxoplasma Gondii* (*T. gondii*), um protozoário sem barreira geográfica, que alcança quase todas as regiões no mundo. O parasito é obrigatoriamente de meio intracelular, sendo capaz

de infectar diversos tecidos e células de variadas classes de animais e do homem (hospedeiros intermediários).¹

Os hospedeiros únicos e definitivos do toxoplasma são da família felidae (felinos), especialmente o gato doméstico. No intestino desses felídeos ocorre à reprodução sexuada do parasito, no qual oocistos ainda imaturos são espalhados no ambiente através das fezes.²

O período de esporulação pode ocorrer de 1 a 21 dias, nessa época os oocistos amadurecem e infectam o solo, são resistentes à variação de temperatura permanecendo infectantes até por um ano e 06 meses, sobretudo em regiões úmidas². No Brasil, estima-se que 50,5 a 82% da população adulta já tiveram contato com o protozoário.³

A transmissão do parasito pode ser de forma adquirida ou congênita.⁴ Na forma adquirida oocistos são ingeridos através da água ou alimentos contaminados (frutas, verduras ou legumes mal lavados). Os cistos são ingeridos através do consumo de carne crua ou mal passada, sendo essa forma a mais comum de transmissão.^{4,5,9,10,11}

Pode haver contaminação ainda pelo consumo de leite sem pasteurização, contato com fezes, saliva ou pêlo de gato infectado, e manipulação de terra contaminada com oocistos.^{1,2}

A transmissão congênita ocorre por via transplacentária, no qual após exposição materna, os taquizoítos (forma aguda e proliferativa, de rápida multiplicação) atravessam a placenta, alcançam a circulação e os tecidos fetais causando lesões. A taxa de infecção congênita no Brasil é de três para 10.000 nascimentos, mundialmente a prevalência é de 30% nas mulheres grávidas não tratadas.

O prognóstico da doença no concepto está relacionado diretamente à virulência da cepa (virulenta ou avirulenta), resposta imune da mãe após exposição ao parasito, e em que período da gestação ocorreu à infecção materna.^{3,14}

Dentre as complicações mais comuns para o feto, pode-se citar:

“[...] Retinocoroidite, hepatoesplenomegalia, linfadenopatia, icterícia, anemia, anormalidades liquóricas, estrabismo, crises convulsivas, erupção cutânea, hidrocefalia, calcificações cerebrais, macro ou microcefalia, restrição do crescimento intrauterino, prematuridade, distermias e sangramentos”.^{7:110}

Ressalta-se que alguns recém-nascidos apesar de aparentar ser saudáveis, podem ainda apresentar sintomas clínicos e deficiências na segunda década ou terceira década da vida. Cerca de um terço das crianças com infecção congênita apresentarão retinocoroidite ao longo da vida.⁶

2 METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa do tipo descritiva, exploratória e documental com abordagem quantitativa.

O campo de pesquisa para este estudo foi uma unidade que é referência para a gestação de alto risco localizada no município do Rio de Janeiro (RJ), a maternidade possui acolhimento e classificação de risco para mulheres e gestantes, emergência ginecológica e obstétrica, centro cirúrgico, salas de parto, unidade de terapia intensiva adulto e neonatal, internação para gestantes de alto risco, internação para ginecologia, setor de alojamento conjunto e consultas de pré-natal de risco habitual sendo realizados por Enfermeiras e de alto risco realizado por médicos.

Participaram deste estudo 100 prontuários elencados de forma aleatória de gestantes que deram entrada na unidade hospitalar no período de dezembro de 2014 a outubro de 2016 tendo como amostra da pesquisa o prontuário da gestante que realizou a triagem sorológica e o parto na unidade.

A coleta de dados se deu em análise documental, no qual foram decodificados os resultados dos testes sorológicos para toxoplasmose.

A pesquisa documental é aquela realizada a partir de documentos considerados cientificamente autênticos (não fraudados); tem sido largamente utilizada nas Ciências Sociais, na investigação histórica, a fim de descrever-comparar fatos sociais, estabelecendo suas características ou tendências.^{12:194}

Algumas vantagens do método de análise documental consistem no baixo custo e na estabilidade das informações por serem “fontes fixas” de dados e pelo fato de ser uma técnica que não altera o ambiente ou os sujeitos.¹³

O presente estudo utilizou a análise documental como técnica para o tratamento dos dados, e objetivou a transformação das informações, visando torna-la mais compreensíveis para correlaciona-las com os demais dados oriundos de outras fontes.

Foram utilizadas as seguintes etapas: apuração e organização do material, baseada em uma leitura utilizando critérios da análise de conteúdo, através de um instrumento de coleta auxiliar e análise crítica do prontuário – caracterização, descrição e comentários, fichamento, levantamento de assuntos recorrentes, codificação, decodificação, interpretação e inferência.¹³ A apuração e organização dos documentos foram desenvolvidas mediante leituras sucessivas e sistemáticas nas quais se buscou-se identificar as ações previstas pelos respectivos documentos.

Para seleção dos 100 prontuários foram utilizados como critério de inclusão prontuários de mulheres com idade gestacional confirmada e que passaram pela triagem sorológica para

toxoplasmose. Como critério de exclusão os prontuários sem informações sobre o teste sorológico, não sendo possível identificar/quantificar o número de casos positivos ou negativos sem o mesmo.

Relacionado à questão ética, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética nº 091412/2016 da Plataforma Brasil. Todos os prontuários analisados não tiveram os nomes dos participantes divulgados, somente com o uso de abreviaturas, tendo a amostra do estudo sua identidade preservada.

Importante ressaltar que este estudo está baseado na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/2012 que trata da pesquisa envolvendo seres humanos.

As variáveis que emergiram após a análise documental foram: caracterização das amostras (idade média, idade gestacional no momento do parto, número de gestações, nível de instrução e local de moradia); Análise dos testes sorológicos para toxoplasmose (idade gestacional do primeiro teste, quantidade de testes realizados no período do pré-natal e resultado das sorologias tanto para IgG quanto IgM) ; atenção ao pré-natal das amostras(tipo de pré-natal , idade gestacional da primeira consulta, número de consultas e profissional que realizou o atendimento); orientações as gestantes durante o pré-natal sobre toxoplasmose; peso dos recém- nascidos das amostras.

3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Caracterização das amostras

A idade da amostra grávida é relevante, pois é considerada uma das situações de risco que envolve a gestante. As mulheres com menor idade, sobretudo as adolescentes são classificadas como gestantes de risco, não pela gravidez em si, mas pelo fator social e psicológico apresentado por essa mulher, fazendo com que ela aceite ou não tanto a gestação quanto as condutas preconizadas pela equipe de saúde durante no pré-natal.¹⁴

As mulheres com menor idade, especialmente as adolescentes possuem maior probabilidade de se infectarem com toxoplasma durante a gestação, até 7,7 vezes de chances quando comparadas as grávidas com maior idade.⁸ No entanto nesse estudo não houve relação entre a sororeatividade e a menor idade, a faixa etária das gestantes reagentes para o toxoplasma foi de (14- 39 anos) tendo como média 26,3 anos e nas grávidas não reagentes foi de 25,1 anos (12- 41 anos) conforme gráfico 01.

Dados semelhantes foram encontrados em Caxias (MA), no qual as gestantes soropositivas tiveram idade média de 24,1 anos e as soronegativas 23,8 anos;¹⁵ no Paraná as gestantes com idade entre 30 a 44 anos possuíram 3 vezes mais chances de serem portadoras do

T. gondii (IgG+) do que as mais jovens;¹⁶ em Aracaju (SE)⁸ e em Goiânia (GO)⁵ também houve crescimento da prevalência conforme aumento da idade

Em relação à idade gestacional (IG) nesse estudo observou-se que as gestantes soropositivas paririam abaixo do que preconiza o Ministério da saúde –MS (37 s á 41s e 6 dias)¹⁴ IG média de 35 semanas (32 s – 42 + 2 d) enquanto as amostra suscetíveis pariram no termo IG média de 37 semanas +1dia (31s + 5 d - 40 +5 d).

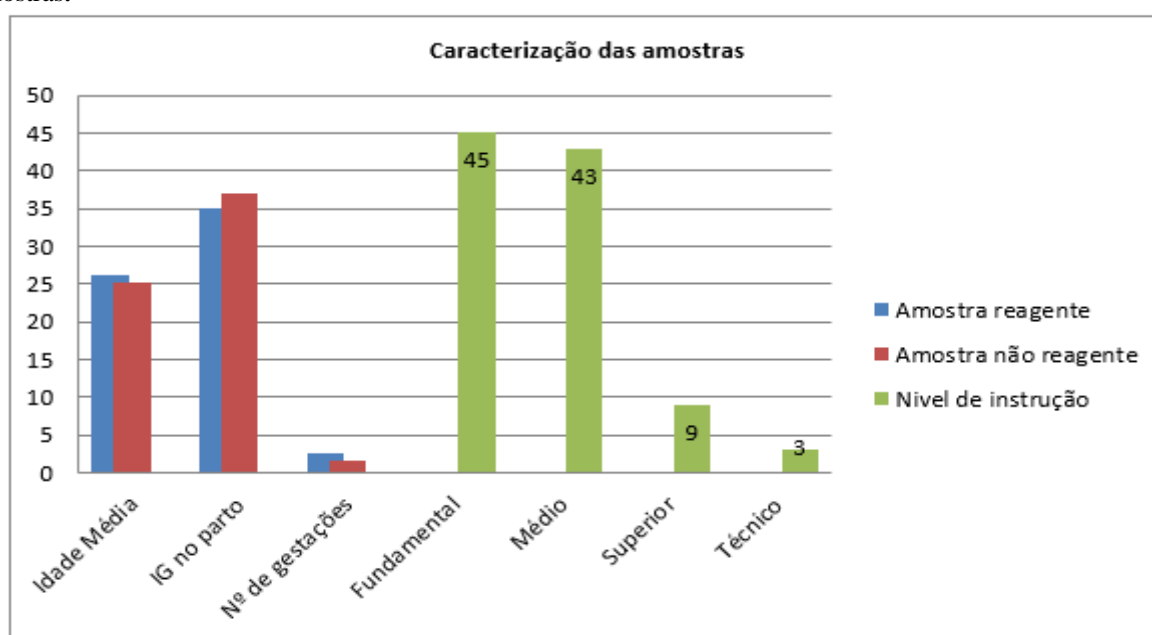
Quanto ao número de gestação por amostras, as grávidas reagentes ao toxoplasma apresentaram em média de 2,06 (1-6) gestações, sendo maior do que as gestantes não reagentes 1,7 (1-5). Assim como em outros estudos no Brasil nesta pesquisa também se constatou que as mulheres múltiparas tiveram maior probabilidade de adquirir a toxoplasmose quando comparadas as primíparas^{8,15}

Em Caxias (MA), as múltiparas apresentaram 1,9 vezes maior probabilidade de se infectarem com o toxoplasma quando comparadas as primíparas. Logo a gravidez é considerada um fator de risco para infecção com o T.gondii, tanto pelas mudanças hormonais quanto imunológicas tornando as gestantes mais expostas ao parasito.¹⁵

Quanto ao nível de instrução das 100 gestantes analisadas 45% (45) possuem nível fundamental de ensino, 43% (43) nível médio, 9% nível superior e 3% (3) nível técnico segundo gráfico 01. Este estudo acompanha Caxias, (MA) no qual não houve relação significativa entre o grau de instrução entre as gestantes e a soroconversão.¹⁵

Gráfico 01

Gráfico 01 caracterização das amostras: idade média, idade gestacional (IG), número de gestações e escolaridade das amostras.



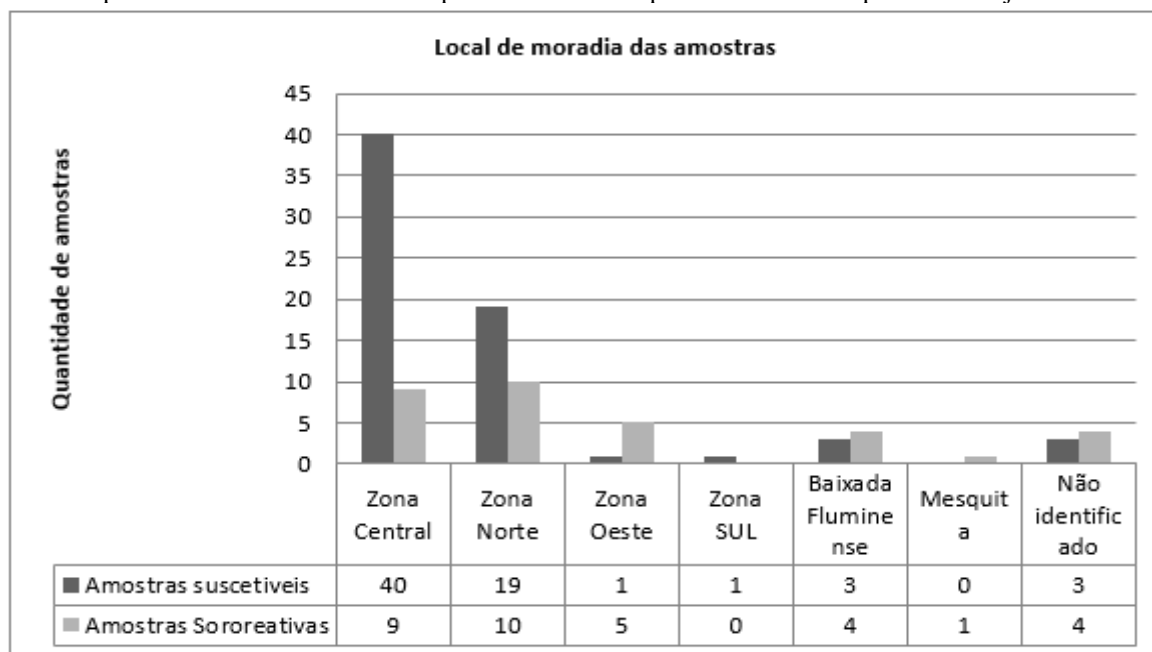
Local de moradia das amostras da pesquisa

Segundo o IBGE 2010 a cidade do Rio de Janeiro possuía 6.320.446 habitantes, sendo a Zona Norte mais populoso, com 87 bairros, no entanto possui índice de desenvolvimento humano (IDH) inferior quando comparado a bairros situados na zona sul e no centro da cidade no qual ficaram com melhor colocação. A zona Oeste apresenta o segundo maior número de população entre os bairros do município do rio de janeiro e o menor IDH, sendo marcada por grande desigualdade social.

Em relação ao local de moradia das gestantes observou-se que as que residiam nos bairros da zona central da cidade do Rio de Janeiro eram mais susceptíveis ao toxoplasma total de 59,7% (40), seguido de 28,3% (19) zona norte da cidade. Entretanto as grávidas sororeativas são inversamente proporcionais as susceptíveis e predominam em maior número na zona norte da cidade com 30,3% (10), seguido de 27,3% (9) na zona central da cidade. Importante ressaltar que das 05 gestantes residentes na zona oeste da cidade, 04 apresentaram sororeatividade para o toxoplasma, e apenas uma apresentou suscetibilidade conforme gráfico 02.

Gráfico 02

Gráfico 02 aponta o local de maior e menor prevalência da toxoplasmose no município do rio de janeiro.



3 RESULTADOS DOS TESTES SOROLÓGICOS E TRATAMENTO

Foram analisados os resultados das sorologias realizadas pelas gestantes durante o pré-natal na unidade, essa análise se deu tanto pela cópia dos exames anexados aos prontuários, e pelos valores registrados pelo profissional de saúde no cartão da gestante. Foram obtidos os resultados

de amostras reagentes e não reagentes tanto para IgG (Imunoglobulina G) quanto para IgM (Imunoglobulina M).

As amostras foram classificadas em suscetível e sororeativa. Para determinarmos o que foi considerado neste estudo como amostra suscetível, pode-se dizer que é aquela gestante que apresentou anticorpo IgG e IgM não reagente. Para definição de amostra Sororeativa: A grávida que apresentou IgG/IgM reagente; IgG reagente/IgM não reagente; IgG não reagente/IgM reagente.

Os anticorpos IgM estão presentes no início da infecção e quando presentes sugerem infecção ativa ou falso positivo, enquanto os anticorpos IgG quando isolados sugerem uma infecção antiga ou crônica, sendo detectados uma a duas semanas após infecção ativa, atingem o pico de três a seis meses após contato com o T.Gondii iniciando uma diminuição lenta e progressiva ficando presentes por toda a vida do indivíduo.⁷

As gestantes soronegativas realizaram o primeiro teste sorológico para toxoplasmose mais tardiamente com 14,7 semanas (5- 35), enquanto as gestantes soropositivas realizaram o exame com 13,9 semanas (4- 29,5) . A média de testes sorológicos foi de 1,14 (1-3) entre as gestantes sororeativas, destas 99% (32) mantiveram o resultado conforme primeiro teste, e 1% (1) no terceiro teste apresentou IgG+ . As amostras suscetíveis realizaram 1,19 (1-3) testes. Entre as suscetíveis os resultados se mantiveram conforme primeiro teste.

O número de testes sorológicos neste estudo foi abaixo do que preconiza o Ministério da Saúde (MS), para ambas as amostras, recomenda-se que seja realizado ainda na primeira consulta a triagem sorológica para toxoplasmose (IgG e IgM).^{10,11,14,18,19}

O rastreio deve ser feito o mais precoce possível, uma vez que as lesões ao bebê podem ser devastadoras, podendo levá-lo a óbito.^{1,14}

Conforme gráfico 03 são suscetíveis ao toxoplasma 67% (67) das amostras e 33% (33) possuem sororeatividade. A soroprevalência é alta quando comparada a outros estudos no mundo como o Reino Unido 11,9%,¹⁹ Japão 10,3%²⁰ e México 6,1%.²¹

Em contra partida outros estados brasileiros apontaram maior número de gestantes soroconvertidas como em Aracaju, Sergipe 68,5% ;⁸ Goiânia (GO) 75,0%⁵ Recife (PE) 77,5%,²² e Caxias, (MA) 77,9%.¹⁵ No Brasil a menor soroprevalência foi detectado em um estudo em Florianópolis (SC) 41,9%.⁸

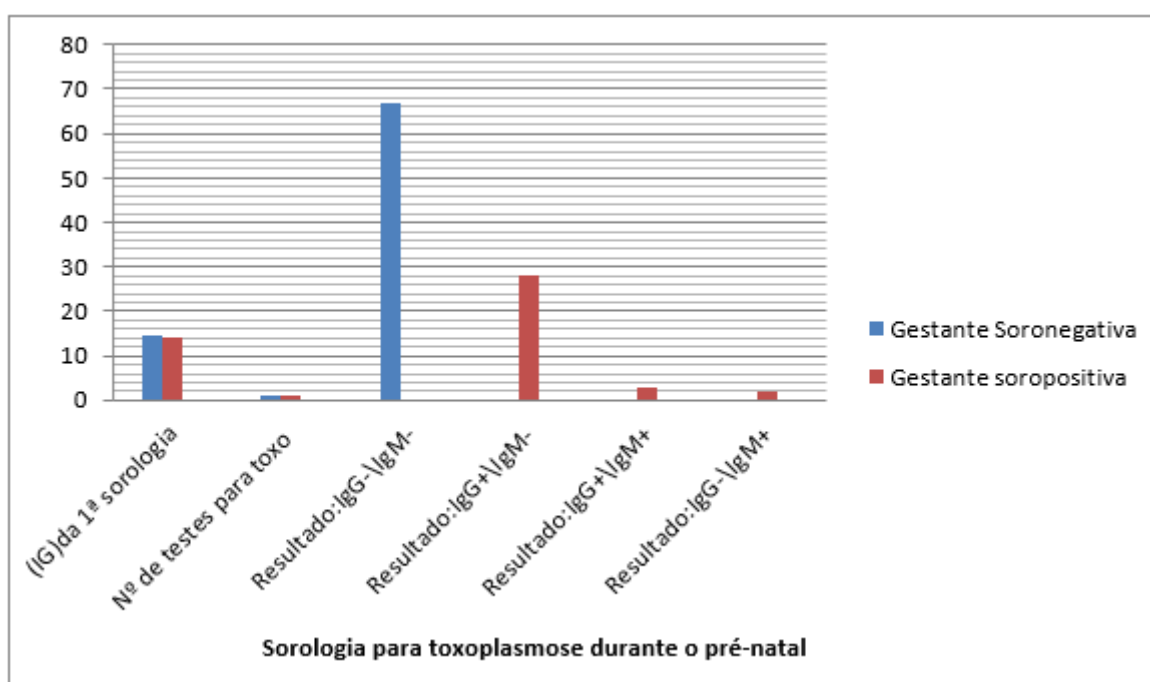
Entre as gestantes com sororeatividade 28% (28) apresentaram resultados IgG+ e IgM- , indicando uma infecção antiga, e 3% (3) foram positivos para IgG e IgM. Apenas 2% (2) das amostras apresentaram anticorpos IgM isoladamente no primeiro exame.

Neste estudo as amostras com possível infecção ativa totalizaram 5% (5), o número é alto quando comparado a outros estudos realizados em estados brasileiros: Aracaju (SE) 0,36%,⁸ Caxias (MA) 0,9%,¹⁵ e Recife (PE) 2,8%.²²

Das 05 (5%) gestantes com possível infecção ativa 01 (1%) realizou o teste para avidéz de IgG tendo como resultado baixa avidéz (abaixo de 30%) , o que indica infecção ativa, nessa gestante o tratamento foi iniciado imediatamente com espiramicina conforme preconiza o Ministério da Saúde (MS).^{14,17}

Gráfico 03

Gráfico 03 Idade gestacional do primeiro teste sorológico, número de sorologias e seus respectivos resultados entre as gestantes soropositivas e soronegativas.



Segundo o MS o tratamento para toxoplasmose nas gestantes ocorre após confirmação da doença, a preconização do mesmo vai ser de acordo com a idade gestacional em que se encontra o feto:¹⁴

“ [...] aparecimento de anticorpos IgG ou IgM (notadamente IgM), deve-se iniciar imediatamente o uso de espiramicina na dose de 1g (3.000.000 UI) de 8 em 8 horas, via oral. Repetir o exame na mesma amostra de sangue em laboratório ou *kit* de referência padronizado [...]”.^{14:116}

Caso a infecção seja constatada antes da trigésima semana, a espiramicina deverá ser mantida “[...] dose de 1g (3.000.000 UI) de 8 em 8 horas, via oral, continuamente até o final da gravidez [...]”.^{14:116} Constatada a infecção posteriormente há trigésima semana, o tratamento é feito

com a combinação de três drogas : “[...] pirimetamina, 25mg de 12 / 12 horas por via oral; sulfadiazina, 1.500mg de 12 / 12 horas por via oral; e ácido folínico, 10mg/dia, este imprescindível para prevenção de aplasia medular causada pela pirimetamina”.^{14:116}

Das 05 amostras com possível infecção ativa 2% (2) realizaram o tratamento com espiramicina conforme preconizado pelo (MS), sendo estas amostras acompanhadas durante o pré-natal na maternidade deste estudo, no entanto 3% (3) das amostras que realizaram o pré-natal na estratégia de saúde da família (ESF) e o parto na referida maternidade não foi identificado informações sobre o tratamento.

O número de gestantes que apresentou risco para toxoplasmose é relevante quando comparado a outros estudos: Aracaju (SE) 30%;⁸ Caxias (MA) 22,1%;¹⁵ Recife (PE) 22,5%;²² Goiânia (GO) 32,3%.⁵

Atenção ao pré natal das amostras

A gravidez é um fenômeno fisiológico, porém pode trazer riscos tanto para mãe quanto para o feto e algumas mulheres particularmente possuem características únicas e chances maiores de desenvolverem uma evolução gestacional desfavorável, sendo classificadas como gestantes de alto risco.¹⁴

Pode se dizer que a gravidez de alto risco é aquela que a vida da mãe ou do feto tem maiores probabilidades de serem atingidas do que a média da população, sendo muitas vezes necessárias intervenções dos setores secundários e terciários de atendimento.¹⁴

Das 100 amostras incluídas no estudo 52% (52) realizaram o pré-natal na maternidade campo de pesquisa do referido estudo 48% (48) realizaram o pré-natal na estratégia de saúde da família (ESF) do bairro de moradia sendo o parto realizado na maternidade de estudo.

As grávidas soropositivas realizaram o pré-natal de alto risco em 15,2% (5) e 84,8% (28) foram classificadas como baixo risco, em contra partida mais gestantes suscetíveis foram classificadas como baixo risco 92,5% (62), apenas 7,5% (5) fizeram pré-natal de alto risco.

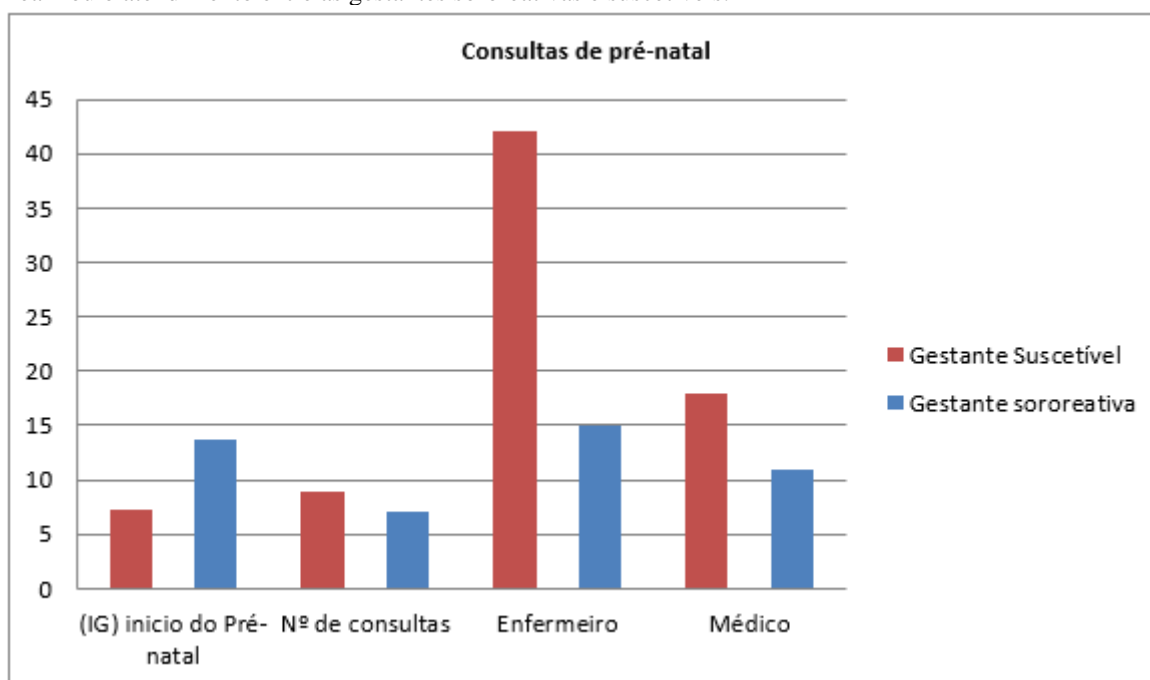
O pré-natal foi iniciado pelas amostras suscetíveis com 7 semanas e 2 dias (4s –26 s) e com 13 semanas e 7 dias nas amostras sororeativas (6s-32 s). A média de consultas foi de 07 (1-18) para as amostras soropositivas e para amostras suscetíveis foi de 09 (1-17) consultas. O número de consultas está de acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde (**mínimo de 06 consultas**), porém neste estudo constatou-se que as mulheres soropositivas iniciaram o pré-natal mais tardiamente, no segundo trimestre e apresentaram menor número de consultas.

Quanto ao profissional que realizou as consultas de pré-natal nas gestantes sorreativas 45,5% (15) realizaram as consultas com o profissional enfermeiro, 33,3% (11) com profissional médico e 21,2% (7) das amostras não foi identificado o profissional por falta de assinatura ou carimbo no cartão do pré-natal da gestante.

Já as grávidas suscetíveis fizeram pré-natal com profissional enfermeiro em maior número 62,7% (42), enquanto 26,9% (18) realizaram consultas com o profissional médico, 10,4% (7) das amostras não foi identificado o profissional por falta de assinatura ou carimbo no cartão do pré-natal da gestante conforme gráfico 04.

Gráfico 04

Gráfico 04 compara a idade gestacional que a gestante iniciou o pré-natal, o número de consultas e o profissional que realizou o atendimento entre as gestantes sorreativas e suscetíveis.



Orientações durante o pré-natal

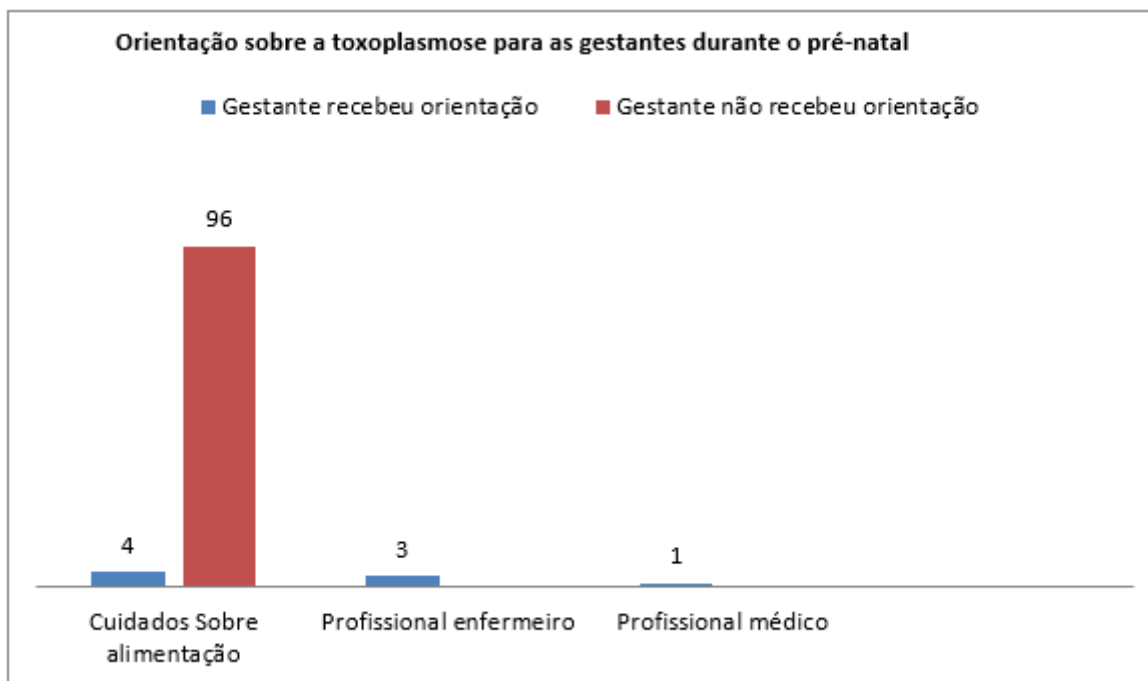
A toxoplasmose tem grande relevância nas gestantes pela morbimortalidade infantil após transmissão vertical.^{14,16} Cabe a equipe de saúde enfatizar as medidas preventivas primárias, incluindo higiene adequada, manipulação e ingestão de alimentos para que seja evitado uma primoinfecção materna, visto que é uma doença oportunista e que ocasiona riscos e sérios agravos aos neonatos e aos indivíduos imunossuprimidos.^{3,6}

No entanto nessa pesquisa foram encontrados poucos registros, apenas 4% (4) das gestantes receberam orientações no pré-natal estas sobre alimentação, sendo as gestantes encaminhadas ao nutricionista. Nas demais amostras 96% (96) não foram encontradas

informações em prontuários sobre medidas profiláticas ou qualquer outra orientação relativa à toxoplasmose. Dentre as informações 3% (3) foram oriundas do profissional enfermeiro e 1% (1) do profissional médico conforme gráfico 05.

Gráfico 05

Orientações as gestantes durante o pré natal sobre toxoplasmose.



Tal fato revela a necessidade de intensificar as medidas de prevenção primária, para evitar uma possível primoinfecção materna. Dentre as medidas primárias podemos citar: realização do pré-natal precoce, triagem sorológica a cada bimestre ou trimestre e no momento do parto na gestante soronegativa que iniciou o pré-natal tardio.¹⁵

Ainda deve-se alertar estas gestantes sobre sempre realizar a limpeza adequada de frutas, legumes e verduras anteriormente ao seu consumo; não consumir carnes cruas ou não cozidas, incluindo embutidos; evitar atividades de jardinagem, e no caso do contato com a terra sempre utilizar luvas e higienizar as mãos após a tarefa; não entrar em contato com os excrementos de gatos; e sempre posteriormente ao contato com a carne crua, higienizar as mãos e todos os utensílios utilizados.^{4,8,9,14,16,23}

Peso dos Recém-nascidos das amostras

A toxoplasmose congênita pode trazer diversas complicações ao neonato dentre elas anormalidades placentárias, crescimento intrauterino restrito, prematuridade e baixo peso ao nascer, dessa forma nesse estudo foi observado que os neonatos nascidos de mulheres reagentes

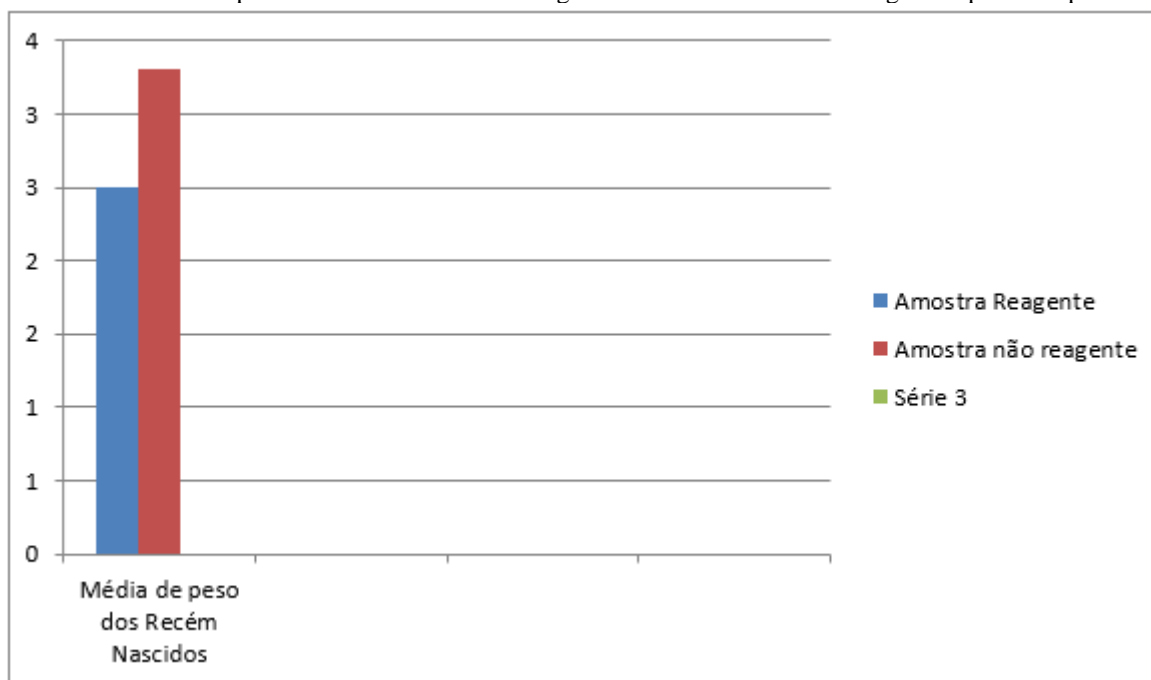
ao toxoplasma tiveram idade gestacional e peso menor quando comparados as amostras suscetíveis.⁷

Conforme gráfico 06 a média de peso foi de 2,900 Kg (1.295 kg – 4.165 Kg) para os neonatos das amostras sororeativas ,enquanto os recém-nascidos das amostras suscetíveis nasceram com média de 3,300 (1.330- 4.400 kg) .

Ressalta-se que apesar dos neonatos nascidos de mulheres sororeativas apresentarem prematuridade e baixo peso quando comparados aos bebês de mães susceptíveis, neste estudo não se pode afirmar que houve transmissão congênita, uma vez que não foi realizado teste laboratorial para confirmação (PCR) nestes Recém-nascidos. Entretanto o peso médio de ambas as amostras segue padrão preconizado não sendo considerado baixo peso, uma vez que em média nasceram com peso superior a 2.500 KG.

Gráfico 06

Gráfico 06 média de peso entre recém-nascidos de gestantes sororeativas e soronegativas para toxoplasmose.



4 CONCLUSÃO

Estudos sobre prevalência de infecções causadas por parasitoses em gestantes, tornaram-se cada vez mais importantes pelo mundo. Este estudo levantou a prevalência e o risco para toxoplasmose em uma maternidade pública, que é referência para gestação de alto risco no município do Rio de Janeiro, no qual após análise dos prontuários foi detectado uma soroprevalência para toxoplasmose de 33% e uma susceptibilidade de 67% entre as gestantes. Esse

achado é inquietante visto que o risco de transmissão vertical é elevado em regiões que apresentam prevalência entre 25 e 80%.²⁴

Logo é de suma importância que seja instituído estratégias direcionadas ao melhoramento do atendimento e diagnóstico precoce da toxoplasmose nas gestantes, através do incremento de ações voltadas à prevenção primária e orientações contínuas direcionadas a educação em saúde como: hábitos alimentares, higiene adequada, manipulação e ingestão de alimentos, a fim de reduzir a exposição aos fatores de risco, evitando assim uma primoinfecção materna.

Além das medidas primárias é necessário que seja seguido pelos profissionais de saúde o protocolo instituído pelo do Ministério da Saúde (MS): teste sorológico para toxoplasmose a cada bimestre ou trimestre, com repetições da sorologia nas gestantes suscetíveis no último trimestre, visto que é uma doença assintomática, com difícil diagnóstico clínico, sendo confirmada apenas por meio de exame laboratorial.

Ressalta-se ainda que com o diagnóstico e tratamento precoce no pré-natal pode-se evitar a transmissão ao neonato ou reduzir maiores complicações provenientes da transmissão congênita como as neurológicas e oftalmológicas . O tratamento deve ser realizado o mais breve possível, assim que confirmada a infecção, sendo os fármacos selecionados conforme idade gestacional: (espiramicina, pirimetamina, sulfadiazina e ácido fólico).

Como este estudo utilizou o método de análise documental como técnica não foi possível avaliar outras variáveis como, por exemplo, contato com animais e hábitos alimentares. Foram encontrados poucos registros dos profissionais sobre os cuidados que essa gestante deve ter para evitar uma infecção com o toxoplasma, não sendo possível avaliar se a instrução foi relevante.

Os registros encontrados foram sobre hábitos alimentares, sendo a gestante encaminhada ao nutricionista representando apenas 4%, sendo 3% oriundas do profissional enfermeiro, apesar das dificuldades encontradas durante a pesquisa o número de amostras estudadas adequou-se ao que se pretendeu.

Evidencia-se com este estudo a necessidade dos profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros que atuam realizando o pré-natal, de melhorarem em suas práticas de atendimento à gestante os protocolos instituídos pelo Ministério da Saúde, cabe ainda ressaltar a importância da adesão precoce ao pré-natal, repetição dos testes sorológicos e capacitação constante dos profissionais de saúde.

Ainda cabe destacar que no pré-natal é de suma importância o trabalho entre a equipe multidisciplinar de saúde: médicos, enfermeiros e nutricionistas, todos buscando a promoção da

saúde dessa mulher e da criança , através de hábitos alimentares saudáveis, e orientações continuas sendo estas registradas no prontuário confirmando assim a sua conduta perante o atendimento.

Este estudo levantou a prevalência e o risco para toxoplasmose no município, podendo fornecer elementos para uma discussão futura acerca de medidas preventivas, para que estas sejam adequadas às necessidades de cada população estudada.

REFERÊNCIAS

- 1-Chuarts C. Toxoplasmose congênita: um problema de saúde pública e proposta de abordagem nas escolas públicas do Ensino Básico do Município de Pato Branco-Paraná. Florianópolis. Monografia [Licenciado em ciências biológicas]- Universidade Federal de Santa Catarina ; 2012.
- 2-Silva MG. Fatores epidemiológicos e triagem neonatal associados à toxoplasmose gestacional e congênita em Gurupi, Tocantins. Goiânia. Tese [Doutorado em medicina tropical e saúde pública] – Universidade Federal de Goiás; 2014.
- 3- Branco BHM, Araújo SM, Falavigna-Guilherme AL. Prevenção primária da toxoplasmose: conhecimento e atitudes de profissionais da saúde e gestantes do serviço público de Maringá, estado do Paraná. *Scientia Medica (Porto Alegre)* 2012 JUL; volume 22, número 4, p. 185-190.
- 4- Batista TFR. Prevalência e fatores de risco à toxoplasmose em gestantes. Brasília. Monografia [Bacharel em Enfermagem] - Centro Universitário de Brasília; 2013.
- 5- Sartori AL, Minamisava R, Avelino MM, Martins CA. Triagem pré-natal para toxoplasmose e fatores associados à soropositividade de gestantes em Goiânia. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2011 FEV; 33(2):93-8.
- 6- MONTENEGRO CAB. Rezende obstetrícia fundamental. In: REZENDE FILHO J. Obstetrícia Manuais, Guias , etc. 13º ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan LTDA; 2014.P.492-496.
- 7- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. Atenção à saúde do Recém- Nascido: Guia para profissionais de saúde Intervenções comuns, Icterícia e infecções. Ed 2. Brasília- DF: Editora do ministério da saúde;2011.
- 8- Inagaki AD, Cardoso NP, Lopes RJ, Alves JA, Mesquita JR, Araújo KC, Katagiri S. Análise espacial da prevalência de toxoplasmose em gestantes de Aracaju, Sergipe, Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2014 OUT; 36(12):535-40 .
- 9- Bittencourt LHFB, Lopes-Mori FMR, Mitsuka-Breganó R, Valentim-Zabott M, Freire RL, Pinto SB, “et al.” Soroepidemiologia da toxoplasmose em gestantes a partir da implantação do Programa de Vigilância da Toxoplasmose Adquirida e Congênita em municípios da região oeste do Paraná. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2012 Dez; 34(2):63-8
- 10- Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias:Guia de Bolso. 8º Ed. Brasília- DF: Editora ministério da saúde ; 2010. Acesso em 10 de abril de 2016.
- 11- Pessanha TM, Carvalho M, Pone MVS, Gomes Júnior SC. Abordagem diagnóstica e terapêutica da toxoplasmose em gestantes e as repercussões no recém-nascido. *Rev Paul Pediatr* 2011;29(3):341-7.
- 12- De Carvalho(ORG.),Maria Cecília M.Metodologia Científica-Fundamentos e Técnicas- Construindo o Saber-24ªedição-Papirus Editora.P.194.

13- MOREIRA, Sonia Virgínia. Análise documental como método e como técnica. In: DUARTE, Jorge; BARROS, Antonio (Org.). Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação. São Paulo: Atlas, 2005. p. 269-279.

14- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde .Departamento de ações programáticas e estratégicas . Gestaçõ de Alto Risco: Manual Técnico Série A. Normas e Manuais Técnicos. 5º Ed. Editora Ministério da Saúde: Brasilia- DF; 2012.

15-Câmara JT, Silva MG, Castro AM. Prevalência da toxoplasmose em gestantes atendidas em dois centros de referências em uma cidade do nordeste, Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet. 2015 JAN; 37(2):64-70

16- Ferezin RI, Bertolini DA, Demarchi IG. Prevalência de Sorologia para HIV, hepatite B, toxoplasmose e rubéola em gestantes Mulheres da região noroeste do estado do Paraná. Rev Bras Ginecol Obstet. 2013; 35 (2): 66-70 , jul./dez.2012.

17- Pena LT, Discacciati MG. Importância do teste de avidéz da imunoglobulina G (IgG) anti-*Toxoplasma gondii* no diagnóstico da toxoplasmose em gestantes. Rev Inst Adolfo Lutz. 2013 mai; 72(2):117-23.

18- Foschiera AIC, Cartonilho G, Teles CGB. Prevalência da toxoplasmose em Pacientes atendidos no laboratório central de saúde pública de Porto Velho- RO. Saber científico Porto Velho, 2 (1): 92 - 103, jan./jun.,2009.

19 Flatt A, Shetty N. Seroprevalence and risk factors for toxoplasmosis among antenatal women in London: a re-examination of risk in an ethnically diverse population. Eur J Public Health. 2013;23(4):648-52.Jun.2013.

20 Sakikawa M, Noda S, Hanaoka M, Nakayama H, Hojo S, Kakinoki S, et al. Anti-Toxoplasma antibody prevalence, primary infection rate, and risk factors in a study of toxoplasmosis in 4,466 pregnant women in Japan. Clin Vaccine Immunol. 2012;19(3):365-7. Set./Dez.2011[Acesso em 13 de setembro de 2016]

21 Alvarado-Esquivel C, Sifuentes-Alvarez A, Narro-Duarte GS, Liesenfeld O, Estrada-Martínez S, Canales-Molina A, et al. Seroepidemiology of *Toxoplasma gondii* infection in pregnant women in a public hospital in northern, Mexico. BMC Infectious Diseases.2006; (6):113,Mai./Jul.2006 [Acesso em 10 de setembro de 2016]

22- Porto AM, Amorim MM, Coelho IC, Santos LC. Perfil sorológico de Toxoplasmose em mulheres grávidas atendidas em um hospital-escola Em Recife. Rev Assoc Med Bras. 2008; 54 (3): 242-8, jul./nov. 2007.

23 Costa FF. Conhecimento e atitudes das gestantes Adolescentes em Relação à toxoplasmose em Fortaleza, Ceará. Fortaleza. Dissertação [Mestrado em Saúde coletiva] Universidade de Fortaleza ; 2011.

24- Naoi K, Yano A. A theoretical analysis of the relations between the risk of congenital toxoplasmosis and the annual infection rates with a convincing argument for better public intervention. Parasitol Int. 2002;51(2):187-94