



MARCIANA COSTA DE CASTRO

**TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CUIDADOS AO
RECÉM-NASCIDO**

ARIQUEMES - RO

2018
MARCIANA COSTA DE CASTRO

TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CUIDADOS AO RECÉM - NASCIDO

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA como requisito à obtenção de Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profª Ms. Katia Regina Gomes Bruno

Ariquemes - RO

2018

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Júlio Bordignon – FAEMA

C355t CASTRO, Marciana Costa de.

Toxoplasmose gestacional, toxoplasmose congênita, transmissão vertical, toxoplasma gondii. / por Marciana Costa de Castro. Ariquemes: FAEMA, 2018.

33p.; il.

TCC (Graduação) - Bacharelado em Enfermagem - Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA.

Orientador (a): Profa. Esp. Katia Regina Gomes Bruno.

1. Enfermagem. 2. Toxoplasmose gestacional. 3. toxoplasmose congênita. 4. transmissão vertical. 5. toxoplasma gondii. I Bruno, Katia Regina Gomes . II. Título. III. FAEMA.

CDD:610.73

Bibliotecário Responsável
EDSON RODRIGUES
CAVALCANTE CRB
677/11

MARCIANA COSTA DE CASTRO

<http://lattes.cnpq.br/2448604360863994>

TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em enfermagem, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^o Esp Katia Regina Gomes Bruno
<http://lattes.cnpq.br/8136021782733603>
Faculdade de Educação e meio Ambiente - FAEMA

Prof. Ms Mariana Carvalho
<http://lattes.cnpq.br/4163671837709167>
Faculdade de Educação e meio Ambiente - FAEMA

Prof. Ms Sônia Carvalho de Santana
<http://lattes.cnpq.br/9558392223668897>
Faculdade de Educação e meio Ambiente - FAEMA

Ariquemes, 26 de novembro de 2018

Dedico este trabalho a Deus que me proporcionou mais essa vitória, a minha mãe Nilza, minha filha Larissa e ao meu esposo Rafael.

AGRADECIMENTOS

“Deem graças ao Senhor, clamem pelo seu nome, divulguem entre as nações o que ele tem feito.” *1 Crônicas 16:8*

Agradeço primeiramente a Deus, que me concedeu a oportunidade de concretizar esse sonho, me auxiliou nos momentos difíceis, me dando forças para enfrentar as barreiras e sabedoria durante a caminhada.

A minha Filha Larissa, pois quando pensei em desistir seu olhar e seu amor me sustentaram a prosseguir pensando sempre em proporcionar o melhor a ela.

A minha família que me deu amparo em momentos que me deparei ao longo da faculdade.

Ao meu Cunhado Leandro Soares, a minha Irmã Marcília Soares e a minha Mãe Nilza Costa pelo apoio a qual sem eles não teria concretizado meu sonho, me estenderam as mãos quando pensei que não poderia permanecer.

Ao meu marido Rafael, me motivando, compreendendo a minha ausência e sendo um ótimo pai cuidando de forma incomparável de nossa filha, me dando forças, com paciência, incentivo e apoio, isso me fez forte.

As minhas irmãs e meus irmãos que contribuíram com apoio durante a minha formação.

A minha professora e Orientadora Katia Regina Gomes Bruno que me amparou e me auxiliou na finalização deste trabalho.

Aos clientes que possibilitaram o desenvolver do meu conhecimento, auxiliando e possibilitando uma prática qualificada.

E por fim a todos os colegas de curso que forneceram apoio e conhecimento na caminhada, pelas amizades que permaneceram até aqui, e aos professores que enriqueceram o meu saber e com palavras de sabedoria me fizeram um ser humano e profissional melhor.

Escolhi servir ao próximo porque sei que todos
nós um dia precisamos de ajuda.

“Florence Nightingale”

RESUMO

A toxoplasmose é uma doença que pode ser adquirida, congênita ou infecciosa, causada pelo protozoário *Toxoplasma Gondii*, encontrada nas fezes de gatos e de outros felinos. É considerado um problema de saúde pública, sendo avaliada como evitável desde que a gestante siga atentamente indicações de como evitar a contaminação, sendo de extrema importância proporcionar conhecimento aos leitores e as gestantes que participam do pré-natal. A presente pesquisa tem como intuito Descrever sobre a toxoplasmose gestacional e os cuidados ao recém – nascido. Trata-se de uma revisão bibliográfica com caráter descritivo exploratório que tende esclarecer as principais anomalias decorrentes do protozoário a qual tem extrema importância e gera grande preocupação no país. A doença é de notificação compulsória a qual é uma forma de comunicar as autoridades de saúde pública sobre casos de toxoplasmose gestacional e congênita positivos, mantendo assim, um controle adequado e domínio de novos surtos. Nota-se a validade de um pré-natal realizado com êxito e com início na idade gestacional indicada, sendo proporcionado à gestante diversos benefícios e vantagens como um precoce diagnóstico de contaminação da toxoplasmose e outras doenças oportunistas.

Palavras-chave: Toxoplasmose gestacional, toxoplasmose congênita, transmissão vertical, toxoplasma gondii.

ABSTRACT

Toxoplasmosis is a disease that can be acquired, congenital or infectious, caused by the protozoan *Toxoplasma Gondii*, found in the feces of cats and other felines. It is considered a public health problem, and it is evaluated as avoidable provided that the pregnant woman closely follows indications of how to avoid contamination, and it is extremely important to provide knowledge to readers and pregnant women participating in prenatal care. This research aims to describe gestational toxoplasmosis and newborn care. It is a bibliographic review with a descriptive exploratory character that tends to clarify the main anomalies resulting from the protozoan, which is extremely important and generates great concern in the country. The disease is a compulsory notification which is a way of communicating public health authorities about cases of positive gestational and congenital toxoplasmosis, thus maintaining adequate control and control of new outbreaks. Note the validity of a successful prenatal and starting at the indicated gestational age, providing the pregnant woman with several benefits and advantages as an early diagnosis of contamination of toxoplasmosis and other opportunistic diseases.

Key words: Gestational toxoplasmosis, congenital toxoplasmosis, vertical transmission, *toxoplasma gondii*.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Toxoplasmose: casos notificados em gestantes e congênitas. Rondônia, 2013 a 2017	26
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Interpretação do resultado e conduta a gestante com toxoplasmose	21
Quadro 2 – Tratamento ao recém - nascido com toxoplasmose congênita	24
Fluxograma 1 – Fluxograma de conduta com Rn de mãe com toxoplasmose suspeita ou confirmada.....	23

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDENF	Base de Dados em Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DeCS	Descritores em Saúde
FAEMA	Faculdade de Educação e Meio Ambiente
IgG	Imunoglobulina G
IgM	Imunoglobulina
MS	Ministério da Saúde
RN	Recém – nascido
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online
TC	Toxoplasmose congênita
T. gondii	Toxoplasma Gondii

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	124
2 OBJETIVOS	17
2.1 OBJETIVO GERAL	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3 METODOLOGIA	18
4 REVISÃO DE LITERATURA	19
CONCLUSÃO	Erro! Indicador não definido.
REFERÊNCIAS	29
ANEXO A - FICHA DE NOTIFICAÇÃO - SINAM	29
ANEXO B - TRATAMENTO UTILIZADO PELO ESTADO	30

INTRODUÇÃO

A gestação é um período a qual tem extrema importância na vida de uma mulher, e vem carregado de diversas emoções, prazeres e ansiedade. Em uma gestação recomenda-se que inicie o pré-natal o quanto antes para que se possa ter um acompanhamento detalhado e minucioso quanto a patologias que possam decorrer na gravidez, podendo causar danos à futura mãe e ao feto. Nesse período são solicitados cruciais exames de laboratório, para que permita ao médico e/ou enfermeiro solicitante um resultado obstétrico adequado (SOUSA, 2014).

Dentre os exames solicitados está a sorologia da toxoplasmose que quando positiva indica a infecção transmitida pelo protozoário *Toxoplasma gondii* (T. gondii), a qual pode acarretar danos à gestante e diversas más formações no neonato. Pode apresentar-se com graves sequelas mesmo quando a criança é assintomática ao nascer, aconselhando-se a terapia medicamentosa para a genitora com o intuito de reduzir e/ou extinguir sinais e sintomas causados pela doença (CAPOBIANGO et al., 2016).

Essa doença tem prevalência em países com clima tropical, embora seja considerada uma doença de distribuição mundial. Aproximadamente 25% a 30% dos viventes já mantiveram contato com o t. gondii e em gestantes estima-se que 42% a 90% apresentaram infecção crônica (BÁRTHOLO et al., 2015).

O risco de transmissão vertical da toxoplasmose varia de acordo a idade gestacional.

- Primeiro trimestre há um risco de 15% sendo a idade gestacional com a menor probabilidade, no entanto, caso ocorra traz graves más formações ao feto, tais como, abortamento, morte neonatal, entre outras consequências importantes.
- Segundo trimestre o risco é de 25% com probabilidade moderada, porém podendo ter aparições subclínicas.
- terceiro trimestre o risco é de 65%, considerado o mais elevado risco de contaminação fetal, entretanto com leves agravos ou subclínico.

O risco tende a 100% se a transmissão ocorrer a partir de 36 semanas, podendo estar relacionado ao fluxo sanguíneo placentário, entre outras condições. Toda

essa cadeia de transmissão está caracterizada pela virulência da cepa, fluxo sanguíneo placentário e a carga do parasita *t. gondii* que atinge a placenta (MOREIRA, 2012).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever sobre a toxoplasmose gestacional e os cuidados ao recém – nascido.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Apresentar os tratamentos disponíveis para as gestantes com a sorologia positiva.

Discorrer sobre interpretações de resultados e orientações primárias às gestantes suscetíveis.

Descrever como proceder quanto ao recém-nascido com a toxoplasmose congênita confirmada.

Destacar a importância do enfermeiro frente a toxoplasmose gestacional e congênita.

3 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica de modo descritivo exploratório que visa avaliar a toxoplasmose gestacional e cuidados ao recém-nascido, objetivando esclarecer suas principais anomalias e preocupações decorrentes do protozoário *t. gondii* a qual tem extrema importância e gera preocupação na saúde pública do país.

Sendo assim, a pesquisa quanto ao título apresentado, foi concretizada a partir de levantamento de informações. As obtenções dos dados foram coletadas através de livros, monografias, manuais e sites de pesquisas como Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e o acervo da Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, sendo estes gratuitos e disponíveis para pesquisa.

Para a consolidação do estudo foram pesquisados os seguintes descritores em saúde (DeCS): Toxoplasmose gestacional, toxoplasmose congênita, transmissão vertical, toxoplasma gondii, sendo utilizados como critério de classificação artigos a qual possuíam a língua portuguesa, com datas equivalentes de 2010 a 2018 optados por artigos recentes e que traziam por tema algo relacionado à toxoplasmose gestacional. A pesquisa do conteúdo para a revisão foi concretizada no período de agosto de 2017 até novembro de 2018, utilizados nessa data 48 artigos, permanecendo apenas 16 artigos até o momento, fazendo parte do presente estudo. Foram descartados artigos e demais métodos de pesquisas a qual não atendiam a temática e artigos abaixo de 2010.

4 REVISÃO DE LITERATURA

A toxoplasmose é originada pelo protozoário *t. gondii*, parasita intracelular referido no início do século XX no Brasil e na França (SOUZA, 2010).

É uma zoonose de relevância mundial, considerado protozoário intracelular obrigatório e parasito em humanos, roedores, pássaros, entre outros animais sendo hospedeiro intermediário e considerado hospedeiro definitivo em felinos (AMENDOEIRA; COURA, 2010).

As vias de transmissão mais comuns são oral e congênita, podendo acontecer a contaminação em casos raros por inalação de aerossóis, transplante de órgãos e transfusões sanguíneas. A toxoplasmose apresenta-se assintomática em grande parte das contaminações, ou até apresenta sintomas sem especificações o que facilita ao profissional a confundir-la com outras doenças, entre elas a dengue e o citomegalovírus. Mesmo tendo a sintomatologia ausente por muitas vezes, constata-se extremamente importante o diagnóstico da toxoplasmose na gestação, a qual se objetiva a cautela para não adquirir a toxoplasmose congênita (TC) e consequentemente a prevenção de suas sequelas (BRASIL, 2018).

As gestantes que tenham a desconfiança da sorologia positiva da toxoplasmose, devem se submeter ao exame de reação da cadeia polimerase (PCR) para identificar se há presença do protozoário *t. gondii* no líquido amniótico. Caso haja positividade no exame, constata-se a infecção no feto. Indica-se que a sorologia para a toxoplasmose deve ser providenciada no primeiro encontro da gestante com seu obstetra e posteriormente deve ser solicitado novamente de três em três meses como rotina. Caso tenha suspeita ou certeza, constatando diagnóstico positivo para o protozoário *t. gondii*, segue-se o tratamento com ultrassonografia obstétrica por mês e possivelmente a quimioprofilaxia e/ou tratamento da condição detectada com o intuito de diminuir a gravidade e a transmissão vertical da TC. A ultrassonografia tem o intuito de diagnóstico intra-útero, podendo expor anomalias no feto, tais como, toda e qualquer detecção que possa afetar a morfologia do feto, exceto cerebrais, visuais e auditivas, detectando com um maior êxito na chamada ultrassonografia morfológica que deve ser realizada entre a 20 a 24 semanas. Até o momento do estudo usado, não foram detectados condições que possam ser capazes de minimizar o risco de transmissão vertical (BÁRTHOLO et al., 2015).

O tratamento objetiva evitar e/ou reduzir os índices de agravos no recém-nascido (RN), variando de acordo com a infecção a qual a mãe esteve sujeita e a idade gestacional e infecção fetal, sendo as medicações de extrema importância para a melhora e redução de possíveis agravos ao RN. (TABILE et al., 2015).

É de grande seriedade no período da gestação a triagem da sorologia para a doença toxoplasmose, assim como outras doenças tais como: rubéola, sífilis, entre outras. Possibilitando assim, o precoce tratamento e impossibilitando alterações, episódio de aborto, piora do quadro do RN, da gestante e complicações tardias. Deve-se considerar que complicações na gestação podem ser decorrentes de outras condições, seriam elas: a idade da gestante considerado em mulheres acima de 40 anos, consumir de forma exagerada drogas lícitas e ilícitas, estresse e doença autoimune (BARBARESCO et al., 2014).

A ideal forma de prevenção se indica ao uso de prevenção primária. Pacientes que tenham como resultado a sorologia para a toxoplasmose Imunoglobulina G (IgG) e Imunoglobulina M (IgM) não reagentes, devem ser orientados quanto as formas de desviar-se da exposição do parasita. É considerado não ter eficácia 100% de prevenção, mas estudos comprovam que ocorre a diminuição da contaminação. O profissional que faz o acompanhamento de pré-natal precisa pesquisar o estilo de vida da paciente, na qual é de suma importância para a prevenção. Assim que considerada a gestação deve-se impedir que as gestantes com susceptibilidade de contaminação consumam carnes mal cozidas, e façam higienização das mãos ao ter contato com carnes cruas, também recomenda-se ingerir apenas águas tratadas, leites pasteurizados, assim como outras indicações tais como evitar alimentos sem o devido armazenamento, que em especial não tenha contado com qualquer inseto ou animais. Evadir-se de locais onde mantenham gatos, ou onde o mesmo tenha tido contato, solo e fezes ao manusear quaisquer materiais. Indica-se que mulheres que tenham tido contato com a toxoplasmose na fase aguda devem aguardar no mínimo seis meses para uma próxima gestação (AMENDOEIRA; COURA, 2010).

A precaução a ser tomada como conduta preventiva quanto a patologia e suas consequências são instrução as gestantes que possuem a sorologia IgG e IgM negativo que se denominam as gestantes não imunes e susceptíveis, pacientes com o nível socioeconômico baixo e que habitam em lugares susceptíveis a doença. É

essencial que a equipe de enfermagem que cuida dessas gestantes e desses RN ofereçam seus conhecimentos que por sua vez devem ser expandidos quanto à toxoplasmose, com um tratamento ampliado em casos de TC, encaminhando seus pacientes infectados a um tratamento e acompanhamento específico. E quanto as gestantes não apenas cuidar da toxoplasmose na gestação, é necessário promover uma atenção à prevenção da patologia (SCHENEIDER et al., 2017).

SITUAÇÃO	RESULTADOS		INTERPRETAÇÃO	CONDUTA
	IgG	IgM		
Primeira sorologia no 1º trimestre da gestação	positiva	negativa	Imunidade remota. Gestante com doença antiga ou toxoplasmose crônica.	Não há necessidade de novas sorologias
	negativa	negativa	Suscetibilidade	Programa de prevenção primária. (Ver abaixo conduta em caso de soroconversão.)
	positiva	positiva	Possibilidade de infecção durante a gestação	Fazer automaticamente o teste de avidéz de IgG na mesma amostra ¹ . Avisar a paciente e/ou o médico assistente imediatamente. Avidéz forte: infecção adquirida antes da gestação. Não há necessidade de mais testes. Avidéz fraca: possibilidade de infecção adquirida na gestação. Iniciar espiramicina imediatamente.
	negativa	positiva	Infecção muito recente ou IgM falso positivo	Iniciar espiramicina imediatamente. Repetir sorologia em três semanas. IgG positivou: confirma infecção.
Primeira sorologia após o 1º trimestre	positiva	negativa	Imunidade remota. Gestante com doença antiga ou toxoplasmose crônica.	Não há necessidade de novas sorologias
	negativa	negativa	Suscetibilidade	Programa de prevenção primária. Repetição da sorologia de 2 em 2 ou de 3 em 3 meses e no momento do parto. (Ver abaixo conduta em caso de soroconversão).
	positiva	positiva	Possibilidade de infecção durante a gestação	Se a gestação tiver menos de 30 semanas: iniciar espiramicina. Gestante com 30 semanas ou mais de gestação: iniciar diretamente com esquema tríplice ² . Fazer teste de avidéz de IgG ³
	negativa	positiva	Infecção muito recente ou IgM falso positivo	Iniciar espiramicina imediatamente. Repetir sorologia em três semanas. IgG positivou: confirma a infecção.
Amostras subseqüentes, na gestante inicialmente com IgG - / IgM -	positiva	negativa	Possibilidade de falso negativo da IgG na amostra anterior, por método inadequado. Provável imunidade remota.	Exceção – primeira sorologia (negativa) bem no início da gestação e exame subsequente no final da gestação ou no momento do parto com IgG muito alta: possibilidade de infecção durante a gestação com IgM muito fugaz. Analisar também a possibilidade de IgM falso negativo. Se possibilidade de infecção adquirida na gestação, iniciar com esquema tríplice ² . Investigação completa do recém-nascido.
	negativa	negativa	Suscetibilidade	Manter o programa de prevenção primária
	positiva	positiva	Certeza de infecção durante a gestação	A paciente e/ou o médico devem ser avisados pelo laboratório, para não retardar a conduta ¹ . Se a gestação tiver menos de 30 semanas: iniciar imediatamente com espiramicina. Se a gestação tiver 30 semanas ou mais: iniciar diretamente com esquema tríplice ² .
	negativa	positiva	Infecção muito recente ou IgM falso positivo	Iniciar espiramicina imediatamente. Repetir sorologia em três semanas. IgG positivou: confirma a infecção. Se a gestação tiver 30 semanas ou mais: iniciar diretamente com esquema tríplice ² . IgG continua negativa: suspender espiramicina. Prevenção primária. Manter sorologia de 2 em 2 ou de 3 em 3 meses e no momento do parto

Fonte: Adaptado BRASIL, 2012.

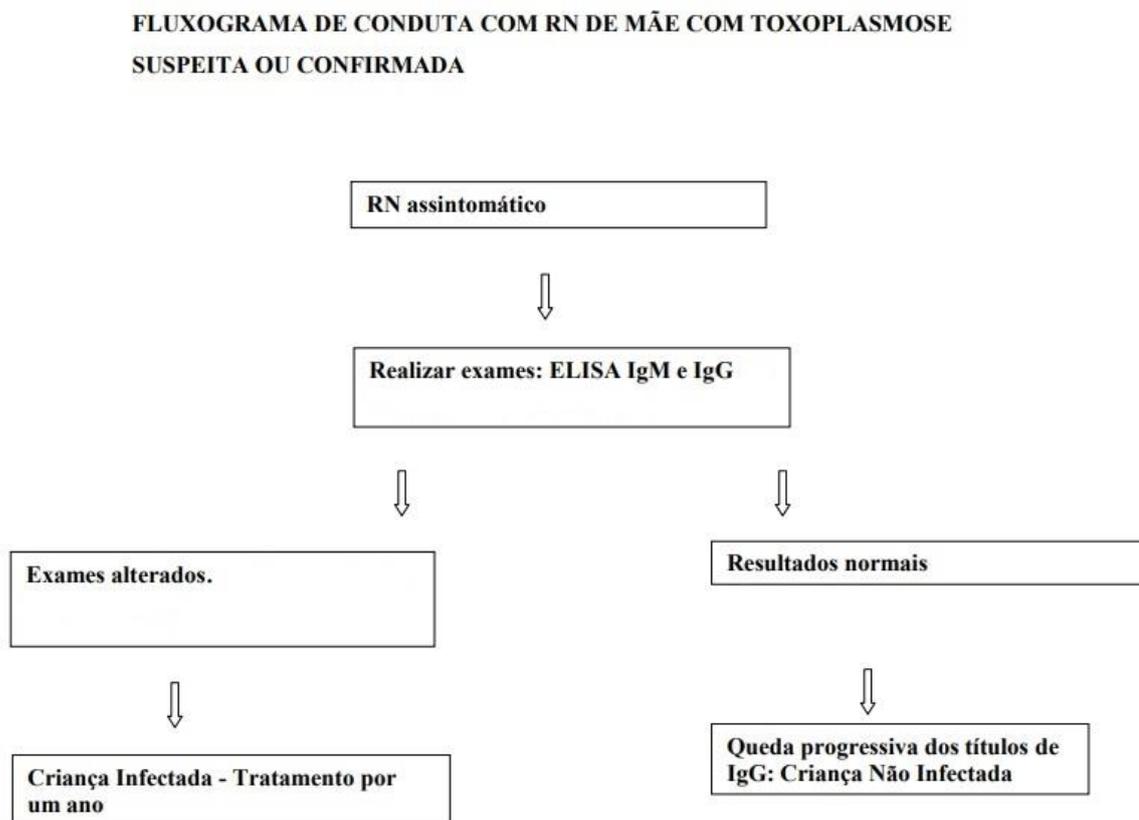
Quadro 1 – Interpretação do resultado e conduta a gestante com toxoplasmose

A TC apresenta no RN em seus sintomas as alterações mais encontradas como: agravos oculares, estrabismo, danos neurológicos, retardo mental, calcificações cerebrais, macrocefalia, hidrocefalia, linfadenopatia, icterícia, retinocoidite, anemia, hepatoesplenomegalia, crises convulsivas, calcificações cerebrais, prematuridade e intra-útero apresenta restrição do crescimento. Grande parte dos RN pode apresentar-se assintomáticos ao nascer, desenvolvendo ao passar dos dias ou até anos sequelas importantes como a coriorretinite decorrentes da TC sendo ela uma importante causa de cegueira. Prossegue-se com o seguimento a avaliação da saúde com a vigilância em saúde envolvida com o RN iniciando-se ainda na gestação até alta hospitalar com intenso acompanhamento ambulatorial afim de detectar a não contaminação da criança (LUZ et al., sd.).

A infecção congênita ou adquirida faz com que a criança que venha a ser contaminada pela toxoplasmose na vida intrauterina sofra distintas más formações que geram ansiedade e sofrimento a futura mãe. Evidencia-se que mulheres chegam a interromper a gestação decorrente da detecção de anomalias identificadas em ultrassonografias (SOUZA, 2010).

Há uma grande probabilidade de que haja uma futura sequela em pacientes com TC confirmada e não tratada, mesmo essa criança não tendo aparentado sintomas ao nascer. Estimativas dão evidência de que 85% podem apresentar retinocoroidite nos primeiros 10 anos de vida e 50% apresentarão anomalia neurológica. O RN que apresenta-se assintomático ao nascer comumente desenvolve agravos mais severos como convulsões e surdez. Exames de rotina são pedidos para RN cuja mãe tenha apresentado toxoplasmose gestacional, alguns deles são: amniocentese, realizado até quatro semanas após o diagnóstico e a partir de 18 semanas de gestação, de imagem (ultrassonografia transfontanelar e/ou tomografia computadorizada de crânio sem contraste), de sangue (hemograma completo, sorologia IGG e IGM para toxoplasmose), e avaliações médicas (avaliação neurológica, oftalmológica e auditiva). Deve-se ressaltar que crianças que apresentarem a TC, por comprometimento deve fazer o tratamento pelo período de 12 meses, sendo assintomática ou não (BRASIL, 2011).

Fluxograma 1 – Fluxograma de conduta com Rn de mãe com toxoplasmose suspeita ou confirmada.



Fonte: MOREIRA, 2012.

MEDICAMENTO	POSOLOGIA
Sulfadiazina (cp 500 mg)	100 mg/kg/dia via oral de 12/12h, durante 01 ano <ul style="list-style-type: none"> Recomenda-se observar cuidadosamente a icterícia clínica e, se necessário, monitorar os níveis de bilirrubina.
Pirimetamina (cp 25 mg)	Dose de ataque: 2 mg/kg/dia via oral de 12/12h durante 2 dias Dose de manutenção: 1 mg/kg/dia via oral de 24/24h, durante 2 meses (ou até seis meses, dependendo da intensidade do acometimento). A seguir, 1mg/kg via oral de 24/24h, três vezes por semana (2ª,4ª e 6ª feiras) até completar 01 ano
Ácido Fólico ¹ (cp 15 mg)	10 mg via oral de 24/24h, três vezes por semana (2ª,4ª e 6ª feiras) até completar 01 ano Na ocorrência de efeitos colaterais: <ul style="list-style-type: none"> Se <1000 neutrófilos/mm³ e/ou Hb <10 e/ou plaquetas < 150.000 aumentar a dose para 15 mg diários (até 20 mg/dia). Se < 500 neutrófilos/mm³ e/ou Hb <8,0 e/ou plaquetas < 50.000 suspender a pirimetamina, sulfadiazina e iniciar espiramicina até a recuperação medular. Manter esta medicação por mais uma semana após interrupção do uso da pirimetamina. O ácido fólico não deve ser utilizado em substituição ao ácido fólico.
Espiramicina ² (cp 500 mg ou cp 1.500.000 UI)	100 mg/kg/dia via oral de 12/12h.
Prednisona (cp 5 mg ou 20 mg) OU Prednisolona (cp 20 mg ou 3 mg/ml)	1mg/kg/dia via oral 12/12h, se houver retinocoroidite em atividade e/ou se proteinorraquia >ou=1.000mg/dl <ul style="list-style-type: none"> Realizar retirada gradual, após estabilização do processo inflamatório. Utilizar sempre em associação com sulfadiazina e pirimetamina.

NOTA:1. Ácido Fólico é associado ao tratamento para prevenir e tratar a toxicidade medular da pirimetamina.

2. Espiramicina é recomendada para criança com toxicidade medular grave (até a normalização laboratorial). (REMYNGTON et al, apud MITSUKA-BREGANÓ et al, 2010)

3. Recomenda-se a realização semanal de exames hematológicos durante o primeiro mês de tratamento. Havendo a estabilização da contagem de neutrófilos periféricos, a avaliação hematológica pode ser espaçada a cada duas semanas, durante um mês e, a seguir, mantida mensalmente até o final do tratamento. A periodicidade dos exames deve ser reavaliada a cada nova consulta, de acordo com exames laboratoriais.

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013 apud ANDRADE, G.M.Q; TONELLI, E., 2006; MICLEOD, R. et al. Congenital toxoplasmosis, 2006

Fonte: LUZ et al., [20--]

Quadro 2 – Tratamento ao recém - nascido com toxoplasmose congênita

Em todos os casos em que o RN e gestantes que apresentam intercorrências, seja na gestação ou no trabalho de parto, preconiza-se que tenham prioridade no atendimento, com acolhimento necessário, devendo ser avaliados e assistidos em qualquer ponte de rede de saúde que o mesmo requerer assistência, pensando sempre no bem estar da mãe e do conceito de modo a promover cuidados e assistência adequada oportunizando aos pacientes um atendimento humanizado e qualificado, podendo em casos de necessidades e urgência transferir os mesmos para a rede com mais especialização caso necessário. Fornecer acolhimento a gestante e ao RN é o dever e compromisso de todo profissional de saúde, podendo assim promover prevenção de mortes infatis evitáveis (BRASIL, 2011).

A vigilância dos óbitos infantis no País tem apontado que muitas vezes a gestante e o RN passam pelo serviço de saúde durante a doença que levou à morte e não obtêm a resposta apropriada e em tempo oportuno (BRASIL, 2011).

Orientações devem ser feitas pelos profissionais da enfermagem durante o pré-natal e são de extrema relevância a mudança de algumas atitudes das quais são consideradas fatores de risco para a toxoplasmose, sendo assim demonstrado o quão necessário é a capacitação dos profissionais da saúde, orientando as gestantes corretamente e com precisão sobre formas de prevenções e promoção à saúde (MITSUKA-BREGANÓ; LOPES-MORI; NAVARRO , 2010).

O enfermeiro na atuação do acompanhamento gestacional é de grande importância na assistência à gestante, avaliando as queixas, avaliando aspectos emocionais, resposta e dúvidas frequentes, as anormalidades encontradas, rastreamento do peso, entre outras alterações, podendo em casos de necessidades encaminhá-la para especialistas. Podemos considerar que o maior intuito do pré-natal é proporcionar a gestante uma gravidez saudável, sem alterações e sem intercorrências e fornecer ao RN um ambiente saudável, agradável e sem incômodos ao nascer. Estudos confirmam que a realização de um pré-natal de qualidade é a uma das melhores formas de prevenção e que os riscos decorrentes tem a queda gradativa, sendo de grande valia a percepção de riscos e conduta rápida (MARTINS; RIBEIRO, 2015).

A consulta realizada pelo profissional de enfermagem tem estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS) 06 consultas mínimas durante a gestação, fazendo-se indispensável à presença do enfermeiro para o acompanhamento, observando que durante o período gestacional é desenvolvido um trabalho fundamental referente à saúde da mulher, salientando orientações, bem como tratamento antecipado de doenças que possam ser acarretadas na gestação. A saúde da mulher é o fator crucial durante a gravidez, sendo dela advindo o bem estar do seu futuro filho, nesse contexto é preciso que durante seu período gravídico a mulher seja guiada ao melhor desenvolvimento, preparada para a maternidade, não apenas vendo esse momento como uma precisão de assistência médica mais também com prevenções de situações indesejadas com o auxílio emocional proporcionado pelo enfermeiro (MATOS et al., 20--).

Tabela 1 – Toxoplasmose: casos notificados em gestantes e congênitas. Rondônia, 2013 a 2017

Ano	Gestante	Congênita
2013	160	78
2014	193	109
2015	153	94
2016	134	44
2017	135	18

Fonte: Agência estadual de vigilância em saúde, 2017

A vigilância passou a ser intensificada em todo o Estado, a partir de 2015, quando ficou assegurada a aquisição regular dos medicamentos para o tratamento das gestantes e o fortalecimento da vigilância laboratorial e do pré-natal, com vistas a assegurar o diagnóstico precoce, o tratamento adequado dos pacientes, e prevenir a transmissão vertical. A toxoplasmose pode ocorrer em 0,5% das gestações. AGÊNCIA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2017.

Em 2010 o ministério da saúde aprovou na lista de notificação compulsória a toxoplasmose gestacional e congênita em unidade sentinelas pela Portaria nº 2472, Art 6º de 31 de agosto de 2010. Sendo necessário o registro no sistema nacional de agravos de notificação (SINAN), sendo obedecidas as normas do sistema. O município a qual a gestante estiver em seu acompanhamento de pré – natal deve notificar os casos existentes. Usa – se o instrumento de notificação a ficha individual de notificação, a mesma sendo definida pelo SINAN, preenchida por qualquer profissional da Unidade Básica de Saúde (UBS) e comunicada a vigilância epidemiológica da secretaria municipal de saúde. Os casos positivos da infecção devem ser tratados de acordo os critérios estabelecidos, encaminhando as crianças suspeitas e confirmadas ao ambulatório de referência (MITSUKA-BREGANÓ; LOPES-MORI; NAVARRO , 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A concretização desse estudo, permitiu compreender que a toxoplasmose é um problema de saúde pública com grande incidência em gestantes e posteriormente agravos em recém – nascidos. São diversos os fatores que podem ocasionar a contaminação pelo protozoário toxoplasma gondii, porém podemos observar também diferentes formas de prevenção que podem ser orientadas e assim, possivelmente controlar novos casos.

Foi possível observar que é possível o controle as incidências as gestante consideradas susceptíveis, com as possíveis orientações primárias, como evitar o contato com felinos que são os principais hospedeiros do t. gondii e manter o restrito cuidado com alimentos que se consome.

Deste modo após a constatação da contaminação a gestante, deve – se seguir estritamente o protocolo de tratamento a gestante com toxoplasmose e posteriormente dar seguimento ao Rn caso seja positivado a toxoplasmose congênita, com exames para detecção e tratamento se necessário.

Assim, o presente estudo contribui para a elaboração de futuras pesquisas que tenham a mesma temática e expõe informação ao leitor, com intuito de aprimorar o conhecimento e que venha estimular o enfermeiro a passar informações e exemplificar o que é a toxoplasmose as futuras mães, para que não haja constatação da mesma de forma ineficaz e que não venha causar desentendimentos para a doença a qual pode ser tratada e possivelmente controlada.

REFERÊNCIAS

AMENDOEIRA, Maria Regina Reis; COURA, Léa Ferreira Camillo. Uma breve revisão sobre toxoplasmose na gestação. **Scientia medica**, v. 20, n. 1, p.113-119, 2010. Disponível em: < <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6268074>>. Acesso em: 05 dezembro 2017.

BARBARESCO, Alinee Almeida; COSTA, Tatiane Luiza da; AVELAR, Juliana Boaventura; RODRIGUES, Isolina Maria Xavier; AMARAL, Waldemar Naves do; CASTRO, Ana Maria de. Infecções de transmissão vertical em material abortivo e sangue com ênfase em Toxoplasmose gondii. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 36, n. 1, p. 17-22, 2014. Disponível em: < https://www.researchgate.net/profile/Ana_Castro25/publication/260271867_Vertical_transmission_from_abortive_material_and_blood_with_emphasis_onToxoplasma_gondii/links/00b7d537cca00f3413000000/Vertical-transmission-from-abortive-material-and-blood-with-emphasis-onToxoplasma-gondii.pdf>. Acesso em: 01 dezembro 2017.

BÁRTHOLO, Bárbara B. G. R; MONTEIRO, Denise L. M; TRAJANO, Alexandre J. B; JESÚS, Nilson R. Toxoplasmose na gestação. **Revista.hupe.uerj.br**, v. 14, n. 2, 2015. Disponível em: < <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/18441/14339>>. Acesso em: 20 setembro 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf >. Acesso em: 14 outubro 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Protocolo de Notificação e Investigação: Toxoplasmose gestacional e congênita [recurso eletrônico]**, Brasília : Ministério

da Saúde, 2018. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_notificacao_toxoplasmose_estacional.pdf>. Acesso em: 10 outubro 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília : Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_recem_nascido_%20guia_profissionais_saude_v2.pdf>. Acesso em: 14 outubro 2018.

CAPOBIANGO, Jaqueline Dario; BREGANO-MITSUKA, Regina; LOPES-MORI, Fabiana Maria Ruiz; NAVARRO, Itamar Teodorico; CAMPOS, Josemari Sawczuk de Arruda; TATAKIHARA, Linda Tsuiko; TALIZIN, Thalita Bento; SANTOS, Monica; PEREIRA, Tayna Rolim Galvão; NARCISO, Simone Garani; REICHE, Edna Maria Vissoci. Toxoplasmose adquirida na gestação e toxoplasmose congênita: uma abordagem prática na notificação da doença. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 25, n. 1, 2016. Disponível em: < https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S2237-96222016000100187&script=sci_abstract&lng=es>. Acesso em: 06 setembro 2017.

LUZ, Cibele D. P; NOVADZKI, Iolanda; HATSCHBACK, Luciana; CERVEIRA, Maria A. C; NEVES, Tatiana G. Caderno de atenção ao pré – natal toxoplasmose, [20--]. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/pdf7.pdf>>. Acesso em: 15 outubro 2018.

MARTINS, Marciana Longo; RIBEIRO, Priscila Souza. **Atuação do enfermeiro com gestantes de alto risco: identificação do IMC e orientação de enfermagem**. 2015. 88f. Monografia (Bacharel em Enfermagem). Centro Universitário Católica Salesiano *Auxilium*, Lins, São Paulo. Disponível em: < <http://www.unisalesiano.edu.br/biblioteca/monografias/59368.pdf>>. Acesso em: 11 agosto 2018.

MATOS, Murilo Rossi de; CONDAS, Bruno Aguiar; CAPPELLETI, Caroline; SKUPIEN, Suellen Vienscoski . Atuação do profissional enfermeiro no pré – natal: educando para saúde. Ponta Grossa. **Educere**. [20--]. Disponível em <http://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2017/24828_13151.pdf>. Acesso em 22 outubro 2018.

MITSUKA-BREGANÓ, Regina; LOPES-MORI, Fabiana Maria Ruiz; NAVARRO, Itamar Teodorico. Toxoplasmose adquirida na gestação e congênita. **EDUEL**, p.1-62, n. 9, 2010. Disponível em: < <http://books.scielo.org/id/cdtqr/pdf/mitsuka-9788572166768.pdf>>. Acesso em: 12 setembro 2018.

MOREIRA, Lícia Maria Oliveira. Toxoplasmose congênita, 2012. Disponível em: < http://conceito-online.com.br/clientes/sbp/src/uploads/2015/02/TOXOPLASMOSE_congenita-LM-SBP16.pdf>. Acesso em: 11 setembro 2017.

PRADO; Aline Ambrogi Franco; ALMEIDA, Gustavo Ferreira de; GONTIJO, Laís Silva; TORRES, Maria Lúcia Marcucci. Toxoplasmose: o que o profissional de saúde deve saber. **Enciclopédia Biosfera**, v. 7, n. 12, p. 1-30, 2011. Disponível em: <<http://www.conhecer.org.br/enciclop/2011a/agrarias/toxoplasmose.pdf>>. Acesso em: 10 outubro 2018.

SCHENEIDER, Larissa Almeida; GARCIA, Nataly Serconek; OLIVEIRA, Thaina Cordeiro; COELHO, Juliana Cordeiro Apolinário; FERREIRA, Paula Roberta Otaviano Soares; COELHO, Natalia Marinho Dourado. Importância da Enfermagem na Orientação e Prevenção da Toxoplasmose Gestacional. **Rev. Conexão Eletrônica**, v. 14, n. 1, p. 303-313, 2017. Disponível em: < <http://www.aems.edu.br/conexao/edicaoatual/Sumario/downloads/2017/1.%20Ci%C3%A2ncias%20Biol%C3%B3gicas%20e%20Ci%C3%A2ncias%20da%20Sa%C3%BAde/31%20IMPORT%C3%A2NCIA%20DA%20ENFERMAGEM%20NA%20ORIENTA%C3%87%C3%83O%20E%20PREVEN%C3%87%C3%83O%20DA%20TOXOPLASMOSE%20GESTACIONAL.pdf>>. Acesso em: 03 agosto 2018.

SOUSA, Jayra Adriana da Silva; Toxoplasmose na gravidez: percepção de enfermeiros e gestantes no pré-natal da atenção básica. 2014. Dissertação [Mestrado]. São Luiz: Universidade Federal do Maranhão, 2014. Acesso em 13 de setembro de 2017.

SOUZA, Sharlene T. **Toxoplasmose congênita: uma revisão bibliográfica**. 2010. 49f. Monografia (Bacharel em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/28225/000770061.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 08 agosto 2018.

TABILE, Patrícia Michele; TEIXEIRA, Raquel Montagna; PIRES, Mariana Crespo; FUHRMANN, Ivana Meiger; MATRAS, Rodrigo Cesar; TOSO, Guilherme; ASSMANN, Leandro Luís; HERNANDES, Cristiane Pimentel. Toxoplasmose Gestacional: Uma revisão de literatura. **Revista de epidemiologia e controle de infecção**, v.5, n.3, p.1-5, 2015. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/viewFile/5178/4457>>. Acesso em: 10 setembro 2018.

ANEXO A - FICHA DE NOTIFICAÇÃO - SINAM

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/CONCLUSÃO				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos Primeiros Sintomas
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5- Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
14 Escolaridade 0- Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica		15 Número do Cartão SUS		
16 Nome da mãe				
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)	
	24 Geo campo 1		25 Geo campo 2	
	26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
	30 País (se residente fora do Brasil)			
Conclusão				
31 Data da Investigação		32 Classificação Final 1 - Confirmado 2 - Descartado	33 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico	
Local Provável da Fonte de Infecção				
34 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado		35 UF	36 País	
37 Município		Código (IBGE)	38 Distrito	39 Bairro
40 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		41 Evolução do Caso 1 - Cura 2 - Óbito pelo agravo notificado 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado		
42 Data do Óbito		43 Data do Encerramento		
Informações complementares e observações				
Observações adicionais				
Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome		Assinatura	
	Função			
Notificação/conclusão		Sinan NET		SVS 27/09/2005

ANEXO B - TRATAMENTO UTILIZADO PELO ESTADO

Pacientes	Tratamento
Em investigação	Espiramicina (Rovamicina® comprimidos de 500 mg) Dose: dois comprimidos de 8/8 horas – por via oral (em jejum).
Período gestacional	Tratamento
Primeiro trimestre até a 18ª semana	Espiramicina (Rovamicina® comprimidos de 500 mg) Dose: dois comprimidos de 8/8 horas – por via oral (em jejum).
Após a 18ª semana (até o parto): esquema tríplice	Pirimetamina (Daraprin® comprimidos de 25 mg) Dose de ataque: dois comprimidos, de 12/12 horas , por dois dias – por via oral. Dose de manutenção: dois comprimidos, em dose única diária – por via oral.
	Sulfadiazina (Sulfadiazina® comprimidos de 500 mg) Dose: dois comprimidos de 6/6 horas – por via oral.
	Ácido Folínico (Leucovorin® ou manipulado) Dose: um comprimido ao dia – por via oral.