
Assistência da Enfermagem a Paciente com Toxoplasmose Congênita

Greicikelly Jessica da Silva Pittelkow

Faculdade São Paulo – FSP

Janaina Teodosio Travassos Loose

Faculdade São Paulo – FSP

Resumo: A toxoplasmose congênita é uma infecção causada pelo contato da pessoa com fezes contaminadas de gato doméstico e que se não for tratada durante a fase gestacional, pode causar complicações e levar a transmissão vertical, podendo causar sérias lesões ao feto, e até mesmo leva-lo á óbito. O objetivo deste trabalho foi discutir sobre a toxoplasmose congênita, transmissão, diagnóstico e tratamento, enfatizando sobre a atuação da enfermagem nos cuidados da gestante infectada, tendo em vista, evitar a transmissão vertical e proteger o feto. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica sobre a toxoplasmose congênita extraídas das bases do Google Acadêmico, *Scientific Electronic Library Online (SCIELO)*, Ministério da Saúde; em cartilhas da saúde, artigos, dissertações, monografias, teses e livros. Foram buscadas literaturas que abordavam de forma parcial e completa sobre a temática. O rastreio da gestante durante o período pré-natal e parto é fundamental para intervir precocemente na infecção, evitando que ela se agrave e que o feto seja afetado. Portanto, é fundamental que o médico e enfermeiro envolvidos no cuidado da gestante, atuem com cautela, sempre zelando pelo bem-estar materno-fetal, pois a toxoplasmose não é uma doença preocupante, porém, na fase gestacional ela pode trazer sérios riscos.

Palavras-Chave: Enfermagem. Toxoplasmose Congênita. Cuidados.

Nursing Assistance to a Patient with Congenital Toxoplasmosis

Abstract: Congenital toxoplasmosis is an infection caused by the person's contact with contaminated domestic cat feces and which, if not treated during the gestational phase, can cause complications and lead to vertical transmission, which can cause serious injuries to the fetus, and even lead to death. The aim of this study was to discuss congenital toxoplasmosis, transmission, diagnosis and treatment, emphasizing the role of nursing in the care of infected pregnant women, with a view to avoiding vertical transmission and protecting the fetus. This is a bibliographic search on congenital toxoplasmosis extracted from the bases of Google Scholar, *Scientific Electronic Library Online (SCIELO)*, Ministry of Health; in health booklets, articles, dissertations, monographs, theses and books. Literatures were sought that addressed in a partial and complete way on the theme. Screening the pregnant woman during the prenatal and delivery period is essential to intervene early in the infection, preventing it from getting worse and the fetus from being affected. Therefore, it is essential that the doctor and nurse involved in the care of the pregnant woman, act with caution, always caring for the maternal-fetal well-being, as toxoplasmosis is not a worrying disease, however, in the gestational phase it can bring serious risks.

Keywords: Nursing. Congenital toxoplasmosis. Care.

Introdução

A toxoplasmose é uma doença muito conhecida pela sociedade, com uma prevalência de 80% na população brasileira, apresentando-se de forma aguda ou grave. É transmitida ao ser humano por meio das fezes do gato contaminado, com o parasito, por isso, não impede que a pessoa tenha gatos em casa, desde que sejam saudáveis (Frazão, 2014). Mesmo com curso benigno, a toxoplasmose aguda apresenta o risco de transmissão fetal, complicações, lesões e abortamento. É uma infecção na maioria dos casos assintomática e que o diagnóstico pode ser realizado por meio de exames laboratoriais, que são capazes de detectar os anticorpos da classe IgM, causados por infecções recentes, possibilitando o tratamento precoce (Carvalho *et al.*, 2014).

Apesar dos sérios riscos da transmissão vertical pelo parasito de *gondii*, o sexo feminino está pouco exposto a essa contaminação, entretanto, os riscos de infecção aguda se elevam quando o feto é contagiado pelo parasito, o que justifica a necessidade de diagnóstico desta patologia na rotina de pré-natal da mulher, a qual deve ocorrer por meio de rastreio sorológico semanalmente, mensalmente e trimestralmente (Mello, 2011).

O objetivo deste trabalho foi discutir sobre a toxoplasmose congênita, transmissão, diagnóstico e tratamento, enfatizando a atuação da enfermagem nos cuidados da gestante infectada, tendo em vista, evitar a transmissão vertical e proteger o feto. Espera-se que por meio desta pesquisa seja levado maiores conhecimentos a sociedade acadêmica de enfermagem e demais profissionais de saúde, quanto a importância do rastreamento materno durante o período pré-natal, visando intervir de forma precoce em caso de resultado positivo para o toxoplasma de *gondii*.

Agente etiológico e evolução histórica da toxoplasmose

Os primeiros protozoários desta natureza têm sua descoberta registrada em 1900 por Laveran, que foram identificadas pelo estudioso em pardais de Java e depois desta grande descoberta, outros estudos também passaram a identificar esses agentes em outras raças de animais. Foi no ano de 1913 que foi identificada à primeira pessoa portando o protozoário

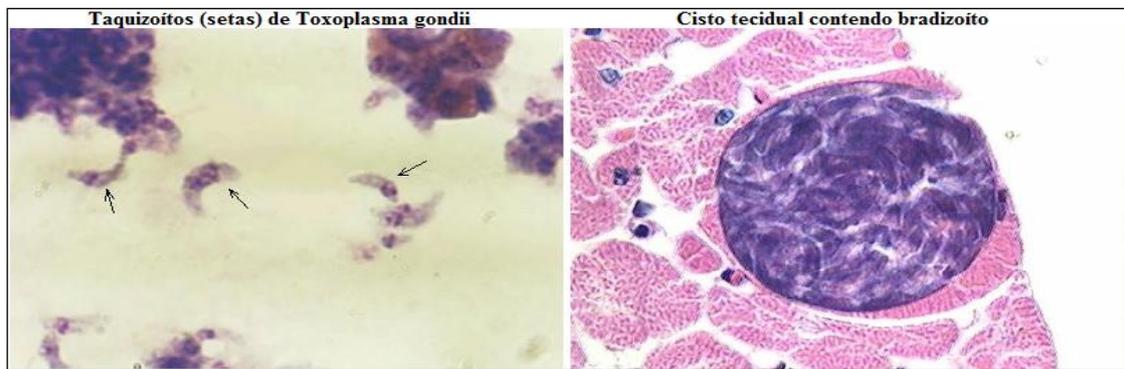
da toxoplasmose, diagnóstico dado pelo médico Castellani, o qual havia examinado um menino que apresentava esplenomegalia e que relatava dores de cabeça e febre (Oréfice *et al.*, 2010).

Foram longos anos de estudos sobre este protozoário, os quais impulsionaram muitas discussões a respeito, até que os pesquisadores chegaram a um consenso de que a toxoplasmose é uma doença transmitida por felinos. No decorrer da década de 1975 e 1976 os pesquisadores fizeram à descrição do ciclo selvático deste agente e constataram que esses parasitos eram eliminados pelos gatos por meio de suas fezes, denominando-os de coccídeo, por não acontecer com outras raças de animais, chegando a conclusão de que esse protozoário pode ser portado por animais domésticos e não domésticos (Brasil, 2010).

Seu agente etiológico, “o protozoário *Toxoplasma gondii*, é um parasita com ciclo biológico de duplo hospedeiro. No gato ocorre o ciclo reprodutivo, sendo desta maneira o hospedeiro definitivo. Outros mamíferos e aves são hospedeiros intermediários, abrigando o ciclo proliferativo” (Ministério da Saúde, 2012). São várias as formas de transmissão do toxoplasma *gondii*, principalmente pela ingestão de alimentos e líquidos que estejam contaminados com o parasito, entretanto, o consumo de carnes que não foram cozidas adequadamente é o mais provável, inclusive a carne de porco, de boi e de carneiro (Rey, 2014).

O toxoplasma de *gondii* é um protozoário capaz de infectar seres humanos, aves, roedores e outros tipos de animais, onde após o contato, faz deles seu hospedeiro intermediário, sendo os gatos domésticos os hospedeiros definitivos. Trata-se de um parasito intracelular obrigatório que após invadir o hospedeiro consegue a multiplicar em suas células, apresentando três estágios que são denominados como: traquizoítos, bradizoítos e esporozoítos (Carvalho *et al.*, 2014), conforme figura 1.

A prevalência da toxoplasmose varia de acordo com a região estudada e tipo de população, tendo em vista, os hábitos alimentares, condições socioeconômicas e meio ambiente (Coelho, 2010). Os indivíduos de maior risco de contaminação com o parasito de *gondii* estão na faixa de 15 e 45 anos de idade. Em média, 20% a 90% dos indivíduos em alguma fase de sua vida já mantiveram contato com o protozoário, porém, se a imunidade for alta, o organismo consegue eliminar o parasito antes que ele se desenvolva (Maia *et al.*, 2012).

Figura 1: *Toxoplasma gondii*

Fonte: Brasil (2015).

Toxoplasmose congênita

A Toxoplasmose congênita é uma patologia que pode ter várias repercussões fetais, como: aborto natural, parto prematuro, morte neonatal, lesões graves como a tríade de sabin, etc. (Gonçalves, 2013). É uma patologia que tem sido muito discutida pelos profissionais de saúde nas últimas décadas, principalmente nas regiões de maior endemia, na busca de maiores investimentos na imunização pré-concepcional, levando em consideração a gravidade desta infecção na fase gestacional (Mello, 2011).

Transmissão

Após serem ingeridos, esses agentes contaminantes passam a liberar microorganismos esporozoítos, os quais se destinam aos tecidos e órgãos do indivíduo, causando a infecção, podendo ser de forma aguda ou grave, variando de acordo com a condição clínica da paciente, podendo ou não gerar danos ao feto e até mesmo levá-lo a óbito (Teixeira, 2011). As sequelas ocorrem devido ao feto estar em fase de desenvolvimento, e a prevalência de danos e gravidade podem variar de acordo com a fase da gestação (Oréfica *et al.*, 2010). A taxa e gravidade da infecção se apresentam conforme tabela 1.

Tabela 1: Taxa de infecção e gravidade por período gestacional

Trimestre	Taxa de infecção	Gravidade
Primeiro trimestre	5% a 15%	50% a 70%
Segundo trimestre	25% a 30%	40% a 50%
Terceiro trimestre	40% a 60%	10%

Fonte: Merenda (2010, p. 08)

O período de maior risco de lesões ao feto ocorre

primeiro trimestre, pois ele ainda encontra-se em desenvolvimento, quando mais tempo de gestação, menores os riscos e sequelas. Entre o 6^o e 7^o mês de gestação ocorre a soroconversão de sinais clínicos, sendo altos os riscos de transmissão da doença da mãe para o feto, e as manifestações clínicas nessa fase também se mostram elevadas (Aendoeira *et al.*, 2010).

Diagnóstico materno e fetal

Nas mulheres grávidas costumam apresentar sintomas leves ou podem ser assintomáticas, o que acaba tornando os exames clínicos mais complexos, sendo o diagnóstico definitivo um instrumento fundamental para definir a infecção (Breganó *et al.*, 2010).

A maioria dos casos de toxoplasmose aguda na gestante não apresenta sintomas. Essa característica clínica respalda a decisão de se realizar triagem sorológica para detectar os casos com infecção recente em todas as gestantes sem confirmação prévia de infecção. Esta triagem deve ser realizada por meio da detecção de anticorpos para Toxoplasmose, da classe IgG e IgM, solicitada o mais precocemente possível no pré-natal (idealmente antes de 16 semanas de idade gestacional). (Resolução SS - 200, 2010, p. 01).

Se a mulher apresentar ausência de IgG significa que ela nunca manteve nenhum contato com o parasito da toxoplasmose, mas corre o risco de adquiri-lo ao longo da gestação, por isso, a importância do acompanhamento pré-natal durante a gestação e dos exames de rotina (Brasil, 2012).

A conduta adotada diante de resultados de sorologia de IgM e IgG para confirmação de infecção por toxoplasmose segue os procedimentos evidenciados no quadro 1.

Quadro 1: Conduta recomendada frente resultados de sorologia de IgM e IgG para toxoplasmose

Situação	Resultados		Interpretação
	IgG	IgM	
Primeira sorologia no 1º trimestre da gestação	Positiva / reagente	Negativa/ não reagente	Imunidade remota. Gestante com doença antiga ou toxoplasmose crônica.
	Negativa/ não reagente	Negativa/ não reagente	Suscetibilidade. Realizar ações de prevenção.
	Positiva/ reagente	Positiva/ reagente	Possibilidade de infecção durante à gestação. Realizar avides de IgG na mesma amostra: <i>f</i> - Avides forte/alta: Infecção adquirida antes da gestação. <i>f</i> - Avides fraca/baixa: Possibilidade de infecção durante a gestação
	Negativa/ não reagente	Positiva/ reagente	Infecção muito recente ou IgM falso positivo. Repetir a sorologia em três semanas, se o IgG positivar, a infecção na gestante será confirmada.
Primeira sorologia após o 1º trimestre da gestação	Positiva/ reagente	Negativa/ não reagente	Imunidade remota. Gestante com doença antiga ou toxoplasmose crônica.
	Negativa/ não reagente	Negativa/ não reagente	Suscetibilidade
	Positiva/ reagente	Positiva/ reagente	Possibilidade de infecção durante à gestação.
	Negativa/ não reagente	Positiva/ reagente	Infecção muito recente ou IgM falso positivo
Sorologias subsequentes na gestante inicialmente suscetível	Positiva/ reagente	Negativa/ não reagente	Possibilidade de IgG falso negativo na amostra anterior. Provável imunidade remota.
	Negativa/ não reagente	Negativa/ não reagente	Suscetibilidade
	Positiva/ reagente	Positiva/ reagente	Infecção durante a gestação.
	Negativa/ não reagente	Positiva/ reagente	Infecção muito recente ou IgM falso positivo.

Fonte: Ministério da Saúde (2018).

A toxoplasmose pode emitir seus sinais logo após o nascimento do bebê ou durante sua infância, e quando ocorre depois dos primeiros anos de vida a criança pode sofrer retinocoroidite e por esta razão, é fundamental que seja feito o monitoramento clínico dos recém nascidos de mães que tiveram a infecção comprovada, devendo esse acompanhamento se estender por pelo menos 1 ano, e também deve ser feito o monitoramento oftalmológico e neurológico e exames sorológicos para que seja possível diagnosticar e tratar a infecção ainda no início (Carvalho *et al.*, 2014). São casos suspeitos para toxoplasmose:

- Gestante que apresentar resultado para anticorpo IgM anti-*T. gondii* reagente ou indeterminado; *f*
- Gestante que apresentar história clínica compatível com toxoplasmose *f*
- Gestante que apresentar ultrassonografia (USG) obstétrica ou exames de imagem sugestivos para

toxoplasmose congênita; *f*

Qualquer gestante identificada em situações de surto de toxoplasmose (Ministério da Saúde, 2018, p. 16).

Quando a gestante é diagnosticada com o parasito de *gondii*, é preciso realizar a amniocentese nos primeiros 30 dias após a detecção e depois de 5 meses proceder ao diagnóstico para avaliar a presença do parasito no líquido amniótico. Este procedimento é efetuado por meio da PCR, que é um método que apresenta mais de 80% de sensibilidade e seus resultados são 100% positivos (Bártholo *et al.*, 2015).

Prevenção e tratamento

A prevenção primária da infecção congênita por toxoplasmose ocorre inicialmente pelo diagnóstico do parasito na gestante, para que se possa prevenir para que a infecção não afete o bebê. Já a prevenção secundária é voltada a redução dos riscos de sequelas,

as quais precisam ser tratadas, mesmo que a paciente seja somente assintomática (Tuon, 2012).

Segundo Rey (2014), a melhor medida preventiva é o cozimento adequado dos alimentos e carnes, ferver a água antes de tomar e realizar uma boa higienização das mãos depois de manipular alimentos crus e carnes. A prevenção vertical ocorre por meio da administração medicamentosa, onde em casos de Proteína C-reativa (PCR) do líquido amniótico negativo onde é indicado a espiramicina e se o PCR der positivo pode ser feito à associação de vários medicamentos como sulfadiazina, pirimetamina e ácido fólico (Bártholo *et al.*, 2015).

De acordo com a Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais (2012), a administração de medicamentos tem se mostrado mais eficiente do que as monoterapias no tratamento da toxoplasmose congênita, porém, são vários os efeitos colaterais que podem surgir com o tratamento. Na tabela 2 é possível observar os medicamentos indicados pelo Ministério da Saúde, no tratamento de toxoplasmose e seus adjuvantes.

Tabela 2: Medicamentos contra toxoplasmose e adjuvantes.

Denominação genética	Apresentação	Uso
Folinato de cálcio	Comprimido 15 mg Pó para solução injetável 50mg Solução injetável 3mg/ml	
Cloridrato de clindamicina Fosfato de clindamicina	Cápsula 150mg e 300mg Solução injetável 150mg/ml	R ³³ H, R ³³
Espiramicina	Comprimido 500mg	R ³⁴
Pirimetamina	Comprimido 25mg	
Sulfadiazina	Comprimido 500m	

R33 Uso restrito para pacientes sem tolerância à sulfadiazina.

R34 Uso restrito para tratamento de toxoplasmose no primeiro trimestre da gravidez e prevenção da transmissão vertical.

Fonte: Ministério da Saúde (2010b, p. 33).

Os recém-nascidos em que a mãe teve toxoplasmose e que é suspeito de ter adquirido a infecção devem ser investigados, passando por rastreio completo para a conclusão final do diagnóstico (Marques, 2015). Se até o quarto mês de gestação for detectado a presença de anticorpos IgG e IgM nos exames solicitados, é preciso proceder ao teste de avidéz de IgG na mesma amostragem sorológica (Ministério da Saúde, 2018).

O esquema medicamentoso de sulfadiazina sugerido para o tratamento de toxoplasmose aguda é:

Dar 2 g, por via oral, seguido de 1 g, por via oral, a intervalos de 6 horas, em combinação com pirimetamina (25 a 100 mg, por via oral, 1 vez ao dia) e folinato de cálcio (5 a 10 mg, por via oral, a cada 3 dias), durante 3-6 semanas. Nocardiose; Dar 2 g iniciais, por via oral, seguidos de 1,5 g por via oral, a intervalos de 6 horas, por 6 meses (Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais, 2012, p. 84).

O Ministério da Saúde (2010) adverte que tanto a sulfadiazina quanto a pirimetamina agem bloqueando a infecção devido à ação metabólica do ácido folínico, no entanto, deve-se tomar cuidado para não administrar dosagens muito altas para que não ocorra a depleção do ácido folínico e a supressão medular, pois isso pode desencadear patologias como anemia megaloblástica, leucopenia e pancitopenia.

O tratamento da paciente pode variar, conforme a confirmação ou não da infecção do feto, assim como, em relação aos fármacos administrados no período perinatal, conforme relata Bártholo (2015):

PCR do líquido amniótico negativo: deve ser administrado a esperamicina de 1g três vezes ao dia, via oral (8 em 8 horas) durante todo o período gestacional e mesmo que este medicamento não atravesse a placenta, ele atua como preventivo, evitando com isso, a transmissão vertical.

PCR do líquido amniótico positivo: a espiramicina deve ser administrada no esquema acima relatado, e sua duração se estende até a chegada do diagnóstico de infecção fetal, e em caso de confirmação, a esporamicina é substituída pela sulfadiazina de 1g, por via oral, quatro vezes ao dia (6 em 6 horas), e a pirimetamina de 25mg, 1 vez ao dia (a cada 24hrs). Durante o tratamento a paciente também deve fazer uso de ácido fólico de 15mg via oral, interrompendo o tratamento após 36 semanas de gestação, voltando a administrar somente a espiramicina. Os principais efeitos colaterais causados pela sulfadiazina são:

Náusea, diarreia, vômito, dor abdominal, estomatite, hepatite e pancreatite.

Rash cutâneo, reações de fotossensibilidade, dermatite exfoliativa, eritema nodoso, síndrome de Stevens-Johnson e necrose epidérmica tóxica.

Reação de hipersensibilidade.

Cefaléia, depressão, convulsão, ataxia, vertigem, insônia e alucinação.

Granulocitopenia, agranulocitose, anemia aplástica, trombocitopenia, leucopenia, anemia hemolítica, púrpura e hipoprotrombinemia.

Nefrotoxicidade, cristalúria e nefrite intersticial.

Icterícia, hepatomegalia, necrose hepática e alterações de provas funcionais hepáticas (0,1%).

Hiperbilirrubinemia e kernicterus em recém-nascidos e lactentes, se o fármaco é dado à gestante no último mês de gravidez, à puérpera que amamenta ou no período perinatal (até 2 meses de vida) (Secretaria de Saúde do Estado de Saúde de MG, 2012, p. 84-85).

O Ministério da Saúde (2010) explica que também pode ser recomendado o uso de pirametamina associada à sulfadiazina ou a clindamicina, pois são medicamentos de grande eficácia terapêutica no tratamento da infecção por toxoplasmose, todavia, a gestante deve evitar o uso destes medicamentos no terceiro trimestre da gestação. Já a função do folinato de cálcio é reparar a medula óssea, evitando que ela seja suprimida devido o uso de perimetamina durante o tratamento da infecção.

Cuidado da enfermagem a gestante com toxoplasmose

A gestação e o parto são duas fases que envolvem muitas adaptações por parte da mulher e de sua família, tendo em vista a chegada do bebê, sendo este um momento em que a mulher encontra-se frágil e vulnerável a alterações físicas, emocionais e sorológicas, sendo necessário intervir em sua qualidade de vida por meio de ações preventivas (Lenz & Flores, 2011). Silva (2013) relata a importância de orientar a paciente sobre o tratamento para que possa fazer o uso correto e também prescrever fármacos de confiança, para que a gestante e o feto não fiquem expostos a riscos provocados por medicamentos errados.

O uso de medicamentos durante a gestação é fato que causa preocupação aos profissionais da saúde e aconselhar sobre o uso racional de medicamentos da forma correta é indispensável neste período para garantir a segurança materno-fetal. A atenção primária fornecida a gestante nas unidades básicas de saúde do país objetiva-se a prevenir, educar e assistir a paciente para o tratamento correto da doença, pois a doença congênita pode se agravar e levar o feto a óbito (Tuan, 2012).

Toda mulher que deseja engravidar deve ser advertida em relação às formas para evitar contrair toxoplasmose na gravidez e os riscos que tal doença acarreta. [...] A toxoplasmose pode acometer o feto, trazendo como consequências a restrição de crescimento intrauterino, morte fetal, prematuridade e/ou toxoplasmose congênita microftalmia, lesões oculares, microcefalia, com ou sem hidrocefalia, retardo mental, pneumonite, hepatoesplenomegalia, erupção cutânea e calcificações cerebrais. Caso a sorologia seja

negativa, algumas medidas profiláticas devem ser tomadas para prevenção de infecção aguda por meio de cuidados higienodietéticos (Zampieri *et al.*, 2013, p. 16-17).

É importante que os profissionais de saúde atuem com atenção no cuidado da mulher gestante com toxoplasmose, pois o período gestacional a mulher passa por diversas mudanças físicas, emocionais e fisiológicas que servem de alerta (Lenz & Flores, 2011).

É importante estabelecer estratégias voltadas à conscientização social e materna sobre a toxoplasmose e os fatores que a envolvem, pois mesmo havendo tratamento para esta infecção, pois durante a gestação segundo Tuon (2012) ele reduz 60% dos riscos de transmissão vertical, porém, não garante 100% que o feto não será contaminado.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica utilizada como instrumento na busca de literaturas sobre a toxoplasmose congênita extraídas das bases do *Google Acadêmico*, *Scientific Electronic Library Online (SCIELO)*, Ministério da Saúde; em cartilhas da saúde, artigos, dissertações, monografias, teses e livros. Foram buscadas literaturas que abordavam de forma parcial e completa sobre a temática. Após realizar a pesquisa, foram descartados os materiais com datas antecedentes a 2010. Em seguida, foi feita a leitura dos conteúdos e extraídas as informações com maior familiaridade com o foco deste estudo.

Discussão

Por meio das literaturas pesquisadas neste trabalho, observou-se que a toxoplasmose é uma infecção causada pelo protozoário chamado de *gondii*, que é oligoassintomático, mas quando infecta a mulher em fase gestacional, assume maior relevância, devido aos riscos de lesões as quais o feto fica exposto (Tuon, 2012).

A transmissão do parasito *gondii* não ocorre de forma interpessoal, exceto em casos de transplantes de órgãos de uma pessoa para outra, ou de forma congênita quando a gestante é portadora do vírus e transmite ao feto. Aproximadamente 40% das transmissões de toxoplasmose que ocorrem durante a gravidez, prevalecem no grupo de recém-nascidos. A toxoplasmose se apresenta nas seguintes formas clínicas: “infecção primária em imunocompetentes (toxoplasmose ganglionar); toxoplasmose em pacientes imunocomprometidos; toxoplasmose

congênita; coriorretinite isolada (toxoplasmose ocular)” (Tuon, 2012, p. 01).

Como as gestantes soronegativas estão propensas a desenvolver a infecção por toxoplasmose, é indispensável o acompanhamento sorológico durante toda a gravidez, até o momento do parto para que se possa ser identificada qualquer alteração que acuse sororreatividade e avaliar se o neonato está exposto a algum risco.

Estudo realizado por Dunn *et al.* (1999) com 603 gestantes com infecção positiva do parasito de *gondii*, somente 5% delas apresentaram sinais clínicos, o que dificulta o diagnóstico (Breganó *et al.*, 2010). Isso demonstra a importância de realizar o rastreio da gestante durante o período pré-natal, evitando a transmissão vertical e possíveis complicações.

[...] gravidade é inversamente proporcional ao tempo de gestação e a facilidade de transmissão é diretamente proporcional ao mesmo tempo. Por outro lado, as lesões oculares não são totalmente dependentes da época da infecção e podem ocorrer casos graves de retinocoroidite mesmo em infecções adquiridas pela mãe na segunda metade da gestação (Ministério da Saúde, 2010, p. 09-10).

Os riscos de transmissão vertical e do surgimento de sinais clínicos apresentados pela gestante variam de acordo com sua faixa etária gestacional. O tratamento desta infecção é realizado por meio da administração de antibióticos como a espiramicina, que é a primeira escolha dos médicos e tem a capacidade de eliminar o parasito de *gondii* do organismo humano.

Os profissionais de enfermagem possuem grande domínio e conhecimentos no cuidado aos pacientes,

devendo atuar com segurança e sempre buscar orientar a gestante sobre seu problema, complicações, riscos, importância de realizar o tratamento adequadamente e entre outros cuidados importantes para o bem-estar materno-fetal. Essa assistência contribui para evitar danos à saúde.

Considerações Finais

É alta a prevalência de toxoplasmose na população brasileira, o que acaba demonstrando a necessidade de maior investimento por parte das políticas públicas do país, com foco em ações estratégicas na área de saúde, voltadas a orientação e conscientização social, em especial, ao grupo de gestantes, visto os riscos que o feto fica exposto quando a mãe adquire a infecção. O diagnóstico desta patologia é fundamental ainda no início da gestação, para que se possa intervir com o tratamento e evitar que o feto sofra danos ou mesmo, vá a óbito, pois quando mais recente a gestação, maiores os riscos de má formação.

É fundamental que os médicos e enfermeiros realizem o acompanhamento pré-natal da gestante, devendo realizar o diagnóstico precoce por meio da triagem sorológica do parasito *gondii* e a sorologia dos anticorpos IgG e IgM da gestante, e em caso positivo a toxoplasmose, deve-se tomar as medidas necessárias para intervir. Os enfermeiros devem orientar os pacientes a respeito da toxoplasmose, sua forma de transmissão para que possam evitar ser contaminados, principalmente as gestantes, que precisam evitar a transmissão vertical, pois esta infecção coloca em risco a vida de seu filho, caso ela progrida, devendo ser interrompida ainda no início.

Referências

- Amendoeira, M. R. R., & Coura, L. F. C. (2010). Uma breve revisão sobre toxoplasmose na gestação. *Scientia Medica*, 20(1), 20.
- Bártholo, B. B. R. *et al.* (2015). Toxoplasmose na gestação. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 14(2).
- Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- BRASIL. (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Formulário terapêutico nacional 2010: Rename*. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento

de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Relação nacional de medicamentos essenciais*: Rename. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 7 ed. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2018). 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]/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2015) *Toxoplasma gondii*. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/parasite/siteantigo/Imagensatlas/Protozoa/Toxoplasma.htm>>.

Brasil. *Resolução SS - 200, de 6-10-2010*. Disponível em: <Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/17963493/formulario-terapeutico-2012>>.

Breganó, R. M. *et al.* (2010). *Toxoplasmose adquirida na gestação e congênita*. Londrina: Eduel.

Carvalho, A. G. M. A. *et al.* (2014). Diagnóstico laboratorial da toxoplasmose congênita. *Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança*, 12(1), 90-97.

Coelho, J.M.P. (2010). *Toxoplasmose na gestação*. [Tese de Mestrado].

Dubey, J. P. *et al.* (2012). Toxoplasmosis in humans and animals in Brazil: high prevalence, high burden of disease, and epidemiology. *Parasitology*, 139(11), 1375-1424.

Frazão, A. (2014). *Tratamento para Toxoplasmose*. Disponível em: <<http://www.tuasaude.com/tratamento-para-toxoplasmose/>>.

Gonçalves, L F. (2013). Aspectos Ultrassonográficos da Toxoplasmose Congênita. *News Artigos Cetrus*, 5(44)9.

Lenz, M. L.M, & Flores, R. (2011). *Atenção à Saúde da Gestante em APS*. Porto Alegre -RS, Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.

Maia, L. P. *et al.* (2012). Soroprevalência de toxoplasmose na região do pontal do Triângulo Mineiro, Minas Gerais, Brasil. *Revista de Patologia Tropical*. 41(4).

Marques, B. A. *et al.* (2015). Revisão sistemática dos métodos sorológicos utilizados em gestantes nos programas de triagem diagnóstica pré-natal da toxoplasmose. *Rev Med Minas Gerais*, 25(Supl 6), S68-S81.

Melo, N. R. (2011). *Manual de gestação de alto risco*. FEBRASGO – Manual de Orientação Gestação de Alto Risco.

Merenda, P. H. (2010). *Transmissão gestante/feto*. Disponível em: <<http://slideplayer.com.br/slide/398343/>>.

Miranda, S.J.C. (2014). *Assistência Farmacêutica*. Protocolos de orientação de Tratamento de Toxoplasmose. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/saude_pessoal/farmacia/i16ind-a-farmaceutica.php>.

Oréface, F. *et al.* (2010). Toxoplasmose ocular adquirida: Toxoplasmose ocular pós-natal. *Revista Brasileira de Oftalmologia*, 69(3), 180-183.

Rey, L. (2014). *Parasitologia: parasitos e doenças parasitárias do homem nos trópicos ocidentais*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. *Formulário Terapêutico Estadual componentes básico e estratégico da assistência farmacêutica*. 2012. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/17963493/formulario-terapeutico-2012>.

Silva, N.F. (2013). *Atenção Farmacêutica em gestantes*. [Monografia de Graduação] 94 f. Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Araraquara.

Teixeira, L. (2011). *Toxoplasmose*. Disponível em: <<http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2011/04/tapoio-toxoplasmose-4.pdf>>.

Tuon, F.F. (2012). *Toxoplasmose*. Medicinanet. Disponível em: <<http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/1270/toxoplasmose.htm>>.

Zampieri, M. D. F. M. *et al.* (2013). *Módulo VI: Enfermagem na atenção à saúde materno-fetal: pré-natal*.

Greicikelly Jessica da silva Pittelkow

Graduada em Enfermagem pela Faculdade São Paulo – FSP.

E-mail: greik_raney@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-8962-6194>

Janaina Teodosio Travassos Loose

Coordenadora do curso de Enfermagem; Faculdade São Paulo-FSP.

E-mail: janainatravassos@yahoo.com.br

 <https://orcid.org/0000-0001-8653-5310>

Recebido em: 19/05/2020

Aceito em: 05/06/2020