

Teste de avidéz de IgG anti-*Toxoplasma gondii* e programa de controle da toxoplasmose congênita

Toxoplasma gondii-specific IgG avidity test and control program for congenital toxoplasmosis

Thais F. Isabel e colaboradores¹ apresentam neste número um estudo sobre o teste de avidéz de IgG anti-*Toxoplasma gondii* (*T. gondii*), que interessará a todos os que lidam com o problema da toxoplasmose gestacional e congênita. O teste de avidéz entrou definitivamente para o arsenal diagnóstico da toxoplasmose na gestação, sendo particularmente importante quando se adota a estratégia de triagem pré-natal. Mesmo antes de haver um programa oficial para o controle da toxoplasmose congênita no Brasil, o teste de avidéz já vem sendo disponibilizado para muitos serviços públicos.

Os autores mostraram que, entretanto, este teste diagnóstico nem sempre vem sendo bem utilizado, restando ainda muita desinformação sobre sua principal utilidade, que é a de evitar tratamentos desnecessários e desgaste emocional para as pacientes nas quais uma avidéz alta no primeiro trimestre mostrar que a toxoplasmose foi adquirida antes da gestação. Este fato foi evidenciado, no estudo, pelas gestantes que foram tratadas desnecessariamente, mesmo apresentando avidéz alta no primeiro trimestre. Por outro lado, o estudo descreve um caso em que a infecção da gestante foi identificada muito cedo graças ao teste de avidéz, permitindo o tratamento imediato e, possivelmente, tendo sido um fator determinante para evitar a infecção fetal. Como demonstraram Myrian M. Reis e

colaboradores,² apesar de em alguns indivíduos a avidéz da IgG anti-*T. gondii* demorar mais do que 16 semanas para tornar-se alta, uma avidéz baixa em qualquer época da gestação representa maior risco de infecção recente e, conseqüentemente, de toxoplasmose congênita.

Esses fatos levantam algumas reflexões: em primeiro lugar, a rotina do teste de avidéz deveria sempre dispensar uma nova requisição pelo médico assistente, ou seja, o teste deveria ser realizado na mesma amostra, no momento em que os profissionais do laboratório identificassem uma IgM anti-*T. gondii* positiva. Na presença de avidéz baixa, a paciente deveria ser orientada a procurar o médico imediatamente. Uma pequena demora no momento da parasitemia mais intensa pode ser suficiente para permitir ao *T. gondii* ultrapassar a barreira placentária, sabendo-se que o efeito da espiramicina é apenas impedir esta passagem. Segundo pesquisa recente, o fator mais importante para o sucesso do tratamento da toxoplasmose gestacional é o seu início precoce, dentro das primeiras duas ou três semanas após a contaminação.³

Outra reflexão suscitada pelo artigo de Isabel e colaboradores refere-se a casos em que a IgG anti-*T. gondii* negativa por um método mostrou-se positiva por outro, levando-nos a questionar a adequação dos métodos de diagnóstico sorológico utilizados nos laboratórios que atendem

os serviços públicos de pré-natal. A gestação é uma situação muito peculiar para o diagnóstico sorológico da toxoplasmose, na qual não podem ser usados métodos com baixa sensibilidade e especificidade, que em outras situações poderiam ser aceitáveis. Em levantamento realizado na maternidade previdenciária do Hospital São Lucas da PUCRS,⁴ também verificamos que freqüentemente os laboratórios que atendiam o pré-natal dos postos de saúde da rede pública utilizavam métodos inadequados para sorologia da toxoplasmose na gestação. Observamos muitas discrepâncias entre diferentes laboratórios, além de uma demora muito grande no fornecimento dos resultados. As dificuldades são agravadas pela ausência de um protocolo que uniformize o sistema de triagem pré-natal da toxoplasmose e forneça diretrizes com foco na realidade dos postos de saúde da rede pública.

Urge instituir no Brasil um programa de controle da toxoplasmose congênita, pois o que se tem, por enquanto, são iniciativas pontuais, representadas por programas piloto, geralmente com base municipal, ou por projetos de pesquisa, ou por rotinas em algumas instituições ou em consultórios privados. Alguns estados e municípios brasileiros estão, inclusive, implantando programas de triagem neonatal, que surpreendentemente estão identificando casos de toxoplasmose congênita não detectados antes do nascimento, mesmo em regiões onde já é realizada a triagem pré-natal. Sem um programa oficial, não só faltam recursos indispensáveis, mas os recursos existentes nem sempre são bem empregados. Por outro lado, a implantação de um programa requer que sejam levados em conta inúmeros aspectos. Eliana Amaral,⁵ em editorial da Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, alerta para as conseqüências de um programa de triagem pré-natal sem um planejamento que leve em conta custos, disponibilidade de medicamentos, possibilidade de exames diagnósticos nos serviços de referência (incluindo PCR para o diagnóstico fetal) e outras necessidades.

Gláucia Queiroz-Andrade e colaboradores,⁶ em Belo Horizonte/MG, observaram problemas na prevenção da toxoplasmose congênita devidos à morosidade e à dificuldade de acesso das pacientes ao sistema de saúde. Os exames sorológicos eram feitos em laboratórios diferentes,

impedindo o seguimento evolutivo dos títulos. Estes autores enfatizaram a necessidade de laboratórios de referência para melhor orientação ao médico e à gestante. Não somente na rede pública verificam-se problemas. Denise Pedreira e colaboradores,⁷ de um grande laboratório privado de São Paulo/SP, observaram que, no Brasil, muitos obstetras solicitavam sorologia para toxoplasmose no início do pré-natal e depois não a repetiam, além de não fornecer informações sobre prevenção primária para as gestantes. Apesar disso, com a idéia de que as pacientes poderiam arcar com os custos, alguns recursos eram mobilizados desnecessariamente.

Se as dimensões continentais do Brasil tornam as intervenções de âmbito nacional muitas vezes difíceis, pelas distâncias, diferenças culturais, epidemiológicas e outras, o âmbito estadual talvez seja o indicado para organizar estratégias de controle da toxoplasmose gestacional e congênita, à semelhança do Programa Nacional de Triagem Neonatal,⁸ que prevê recursos federais mas divide o programa em etapas, que deverão ser cumpridas conforme as necessidades e condições de cada estado. Entretanto, iniciativas isoladas não podem ser recomendadas, e as conseqüências dos procedimentos de triagem devem ser previstas em conjunto.

Isabel e colaboradores encontraram prevalência alta de anticorpos para toxoplasmose nas gestantes em Araraquara/SP, concordando com outros estudos realizados no Brasil,^{2,4,9,10} prevalência esta que, por resultar em menor número de gestantes suscetíveis, torna viável uma estratégia de triagem pré-natal. Porém muitos problemas precisam ser abordados e resolvidos para que esta estratégia seja eficiente. São necessários métodos sorológicos adequados, laboratórios e centros diagnósticos de referência, maior agilidade nos resultados. A educação para prevenção primária deve merecer destaque. É importante também ampliar o número de gestantes que utilizam o acompanhamento pré-natal. Por último, é necessário organizar um sistema de vigilância que permita avaliar os resultados dos programas e corrigir as falhas.

ELEONOR GASTAL LAGO

Professora do Departamento de Pediatria da
FAMED/PUCRS.

REFERÊNCIAS

1. Isabel TF, Costa PI, Simões MJS. Toxoplasmose em gestantes de Araraquara/SP: análise da utilização do teste de avidéz de IgG anti-*Toxoplasma* na rotina do pré-natal. *Scientia Medica* 2007;17(2):57-61.
2. Reis MM, Tessaro MM, D'Azevedo PA. *Toxoplasma*-IgM and IgG-avidity in single samples from areas with a high infection rate can determine the risk of mother-to-child transmission. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*. 2006;48:93-8.
3. The SYROCOT (Systematic Review on Congenital Toxoplasmosis) Study Group. Effectiveness of prenatal treatment for congenital toxoplasmosis: a metanalysis of individual patient's data. *Lancet*. 2007;369:115-122.
4. Lago EG. Estratégias de Controle da Toxoplasmose Congênita. Tese (Doutorado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Porto Alegre: PUCRS, 2006.
5. Amaral E. Um programa de triagem populacional para toxoplasmose? RBGO [editorial]. 2005;27:439-41.
6. Queiroz-Andrade GM, Carvalho AL, Carvalho IR, Mello BF, Tibúrcio FR, Castro FC. Toxoplasmose na gestante e no recém-nascido. Estudo de 86 pares de mãe-filho atendidos no período de 1996-99 no ambulatório de Infectologia Pediátrica do HC-UFGM. *Rev Med Minas Gerais*. 2001;11:202-7.
7. Pedreira DAL, Camargo ME, Leser PG. Toxoplasmosis: will the time ever come? [editorial]. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2001;17:459-63.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais de Triagem Neonatal. Brasília: Editora MS; 2002.
9. Spalding SM, Amendoeira MRR, Ribeiro LC, Silveira C, Garcia AP, Camillo-Coura L. Estudo prospectivo de gestantes e seus bebês com risco de transmissão de toxoplasmose congênita em municípios do Rio Grande do Sul. *Rev soc Bras Med Trop*. 2003;36:483-91.
10. Bahia-Oliveira LM, Jones JL, Azevedo-Silva J, Alves CC, Orefice F, Addiss DG. Highly endemic, waterborne toxoplasmosis in north Rio de Janeiro state, Brazil. *Emerg Infect Dis*. 2003;9:55-62.