


A importância do pré-natal para rastreamento de doenças infecciosas congênicas e gestacionais no Brasil

 <https://doi.org/10.56238/sevened2024.021-012>

Ananda Lobo Pedreira Costa

Acadêmica do curso de medicina
Universidade de Gurupi –UnirG. Gurupi. TO. Brasil

Alexandre Marinho Costa

Acadêmico do curso de medicina
Universidade de Gurupi –UnirG. Gurupi. TO. Brasil

Allan Michael de Lima

Acadêmico do curso de medicina
Universidade de Gurupi –UnirG. Gurupi. TO. Brasil

Edilson Galeno de Sousa Junior

Especialista em Enfermagem em Cardiologia e Hemodinâmica
Universidade de Gurupi –UnirG. Gurupi. TO. Brasil

Samara Tatielle Monteiro Gomes

Doutora em Biologia de Agentes Infecciosos e Parasitários
Universidade de Gurupi –UnirG. Gurupi. TO. Brasil
E-mail: samaratatielle@unirg.edu.br

RESUMO

A assistência pré-natal é essencial para garantir a saúde materno-infantil, com foco na prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado de infecções congênicas e gestacionais, que podem trazer complicações graves para a gestante e o feto. A identificação de gestantes de alto risco é um passo crucial para iniciar um acompanhamento especializado e preventivo. O pré-natal ideal deve incluir pelo menos seis consultas, conforme recomendado pelo Ministério da Saúde, mas enfrenta desafios como o acesso restrito e a baixa adesão. Durante a gestação, é imprescindível monitorar infecções como rubéola, toxoplasmose, sífilis, hepatites B e C e HIV, todas com potencial de afetar a saúde do bebê e da mãe. Cada uma dessas infecções possui características, riscos e protocolos de diagnóstico específicos. A rubéola, por exemplo, pode causar defeitos congênicos graves, assim como, a toxoplasmose, que apesar de muitas vezes ser assintomática, pode levar a anomalias fetais quando transmitida nas primeiras semanas. A sífilis, se não tratada adequadamente, pode resultar em morte fetal ou sequelas neonatais, sendo a penicilina o tratamento principal. Já as hepatites B e C exigem acompanhamento rigoroso, pois afetam o fígado da mãe e podem influenciar a saúde do feto, enquanto o HIV requer protocolos específicos para reduzir a transmissão vertical. A prevenção dessas doenças depende tanto do diagnóstico quanto do tratamento precoce e de orientações educativas, como a vacinação para rubéola em mulheres em idade fértil e o aconselhamento sobre práticas alimentares e sexuais seguras. A assistência multidisciplinar e o suporte às gestantes de alto risco são fundamentais para minimizar os riscos de complicações e promover melhores resultados para a mãe e o bebê, consolidando a importância do pré-natal como ferramenta de saúde pública.

Palavras-chave: Transmissão vertical. Morbidade infantil. Prevenção.

1 INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal tem como objetivo primordial garantir o nascimento de uma criança saudável, reduzindo simultaneamente os riscos para a saúde da mãe. Para que isso seja possível, a assistência pré-natal deve englobar aspectos preventivos, assistenciais e educacionais (Guimaraes et al., 2018). A identificação precoce de gestantes classificadas como de alto risco, ou seja, aquelas cujas gestações apresentam uma alta probabilidade de complicações, é crucial para que o acompanhamento pré-natal seja iniciado precocemente e envolva uma equipe multidisciplinar treinada e o acesso facilitado a serviços de saúde de qualidade. Esse conjunto de ações visa reduzir os índices de infecções congênicas e gestacionais (Zugaib, 2020).

De acordo com o Ministério da Saúde, o planejamento do pré-natal deve contemplar um mínimo de seis consultas, distribuídas em uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação (Brasil, 2013). Entretanto, há falhas recorrentes na assistência pré-natal que comprometem sua eficácia, tais como dificuldades de acesso, início tardio e número insuficiente de consultas, os quais dificultam o diagnóstico precoce de infecções (Nunes et al., 2017).

As infecções congênicas representam uma importante causa de morbidade e mortalidade pós-natal, e a redução desses índices está diretamente associada à prestação de uma assistência pré-natal adequada e iniciada o mais cedo possível. A exposição da gestante a doenças infecciosas pode resultar na disseminação transplacentária do patógeno, levando à infecção do feto. Em muitos casos, o feto apresenta resistência à infecção; em outros, podem ocorrer óbito fetal, abortamento, anomalias congênicas ou enfermidades neonatais. Esses efeitos, que podem ser letais ou afetar o desenvolvimento do feto, decorrem de processos como inibição mitótica, citotoxicidade direta ou necrose (Zugaib, 2020). Durante a gestação, devem ser rastreadas as seguintes infecções: Vírus da Hepatite B, Vírus da Hepatite C, Toxoplasmose, Sífilis, Rubéola e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Caso os resultados desses exames sejam negativos, recomenda-se a repetição no terceiro trimestre (Tsunechiro et al., 2018). Neste capítulo, aprofunda-se o conhecimento sobre as principais infecções congênicas.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 RUBÉOLA

A rubéola é uma infecção viral transmitida através de secreções respiratórias, cujo período inicia-se em torno de uma semana antes do indivíduo apresentar o quadro clínico. A rubéola apresenta sazonalidade e tem pico de incidência no final do inverno e início da primavera. Com isso, se a gestante for infectada, ela pode apresentar febre, linfadenopatia, artralgia, *rash* cutâneo que evolui gradualmente para tronco e extremidades. (Zugaib, 2020). O diagnóstico é feito por meio de testes sorológicos durante o primeiro trimestre, em que o vírus é isolado na fase aguda da infecção, como imunofluorescência, ensaio imunoenzimático. A detecção de anticorpos específicos de IgM é possível

a partir do quinto dia do início do *rash* cutâneo e persiste por aproximadamente seis semanas. Infecções por *Parvovirus* e mononucleose infecciosa podem resultar em falso positivo para pesquisa de IgM anti-rubéola. A pesquisa da avidéz de IgG é importante para determinar quando ocorreu a infecção e para o diagnóstico diferencial de portadores crônicos de IgM. A avidéz aumenta progressivamente durante os três primeiros meses após a infecção primária (Montenegro et al., 2018).

Quando ocorre na primeira metade de gestação, pode ter efeitos teratogênicos importantes para o feto, como surdez, cegueira, defeitos oculares, cardíacos e do sistema nervoso central, com isso, é importante a detecção precoce no pré-natal. No segundo semestre de gestação pode causar infecção transpondo a barreira placentária, podendo gerar a Síndrome da Rubéola Congênita, com maior frequência de retinopatia, microcefalia e atraso do desenvolvimento. O diagnóstico é baseado no ultrassom e amniocentese, com achados como hidropsia, intestino hiperecótico, restrição do crescimento fetal (Beckmann et al., 2015). No exame de amniocentese identifica-se IgM específico em sangue do feto, encontrado somente após 22 semanas de gestação. A vacinação de vírus atenuado pela vacina tríplice viral em mulheres de idade reprodutiva é a estratégia mais eficaz para prevenção da rubéola congênita, pois não há um tratamento específico para a Síndrome da Rubéola Congênita, há apenas medidas farmacológicas para os sintomas (Brasil, 2017).

2.2 TOXOPLASMOSE

Na toxoplasmose tem-se como agente etiológico o *Toxoplasma gondii*, um parasita intracelular obrigatório que apresenta como principal forma de transmissão a ingestão oral pelo consumo de alimentos e água contaminados (Fernandes et al., 2018). O congelamento, o descongelamento e o cozimento adequado dos alimentos destroem as formas intermediárias do parasita (Neves, 2016).

A toxoplasmose, na maioria dos casos, é clinicamente assintomática. No entanto, nas gestantes que apresentam alguma sintomatologia durante a fase aguda, observa-se linfonodomegalia e febre. A incidência de toxoplasmose congênita depende da idade gestacional em que ocorreu a transmissão do protozoário, sabendo-se que quanto mais precoce, menor a chance de infecção fetal (Sampaio et al., 2020). É fundamental o diagnóstico imunológico para Toxoplasmose no início do primeiro trimestre de gestação. O diagnóstico de toxoplasmose aguda na gestante é estabelecido com base na presença de anticorpos IgM detectados por meio do teste ELISA e IgG negativos realizados no primeiro trimestre. A infecção subaguda ou recente ocorre quando IgG e IgM são positivas com teste de avidéz para IgG baixo no primeiro trimestre (Walcher et al., 2017). O teste de avidéz na gestação possui efeito benéfico para orientar a terapêutica e avaliar o risco e transmissão vertical. O período gestacional ideal para realização do teste é entre 8 e 12 semanas. Se for realizado após esse período, não tem certeza sobre o período em que ocorreu a infecção (Gontijo-Silva, 2014). As principais alterações fetais são: ventriculomegalia, microcefalia, calcificações intracranianas, hepatoesplenomegalia, ascite, catarata,



hidropsia e intestino ecogênico. Já nos recém-nascidos, a maioria manifesta sequelas tardias, sendo a mais comum retinocoroidite (Fernandes et al., 2018).

Nos casos de soroconversão materna ou suspeita de infecção recente, a recomendação é o tratamento com Espiramicina na dose de 3g via oral, reduzindo assim o risco de passagem placentária do protozoário e infecção fetal. Em casos de confirmação da infecção fetal a conduta é utilização de pirimetamina, sulfadiazina, ácido fólico, devendo ser mantido esse esquema tríplice até final da gestação. O controle hematológico periódico é recomendado para acompanhar o risco de mielotoxicidade (Zugaib, 2020).

2.3 SÍFILIS

Ademais, a sífilis é considerada uma infecção sexualmente transmissível causada pelo *Treponema pallidum* e pode desencadear prematuridade, óbito intraútero e complicações graves e absolutamente evitáveis. A inoculação do treponema é realizada mais comumente, por relação sexual. Logo após, atinge o sistema linfático regional e se dissemina por via hematogênica. A sífilis é um grave problema de saúde pública e um desafio para o SUS. É um fator determinante na elevação dos indicadores de morbimortalidade materna e perinatal. No Brasil, embora a pesquisa de infecção por sífilis seja obrigatória durante o pré-natal, frequentemente se observa o não cumprimento dessa medida por profissionais da atenção básica que não solicitam exames ou por gestantes que não realizam os testes sorológicos (Gontijo-Silva, 2014).

Segundo a portaria do Ministério da Saúde 2011, a gestante e o seu parceiro podem realizar o teste rápido na Unidade Básica de Saúde durante a consulta pré-natal tardiamente ou quando não há acesso ao laboratório para realização do teste não-treponêmico. O Ministério da Saúde preconiza que durante a assistência pré-natal toda gestante seja submetida a pelo menos dois exames de VDRL, um na primeira consulta e outro no terceiro trimestre (Brasil, 2012). O rastreamento durante a gestação é imprescindível, pois há períodos de supressão clínica, por isso todas as gestantes devem colher o VDRL (Silva et al., 2015). As provas sorológicas mais utilizadas no diagnóstico da sífilis são: testes não treponêmicos, que são utilizados a triagem e seguimento pós-tratamento, e os testes treponêmicos, válidos para confirmação da infecção, que incluem o FTA-ABS (Febrasgo, 2011).

A transmissão da sífilis congênita é possível em qualquer fase da gestação, sendo mais provável que ocorra na primeira ou segunda fase da doença, podendo provocar abortamento, baixo peso ao nascer, óbito fetal e morte neonatal (Febrasgo, 2018). A conduta ideal a ser adotada para sífilis gestacional é tratar precocemente, preferencialmente até 28 semanas e antes de 30 dias do termo. A droga de escolha é a Penicilina Benzatina, cuja dose depende da fase clínica da doença, recente ou tardia. Se a gestante não for tratada com esta droga, como em casos de alergia, o tratamento é considerado inadequado e terá que notificar o recém-nascido como sífilis congênita. É importante

salientar ainda que nas crianças cujas mães não foram tratadas contra sífilis congênita, deve ser realizado no recém-nascido coleta do líquido e de sorologia, raio x de ossos longos, avaliação oftalmológica e de surdez, pois, são complicações muito comuns ocasionada pelo *T. pallidum* (Brasil, 2012).

2.4 HEPATITE B

No que decorre sobre a investigação de Hepatite B em gestantes, aconselha-se o rastreio da infecção na primeira consulta pré-natal. O laboratório inicialmente pesquisa anticorpos contra antígeno Anti-HbC (IgM e IgG), marcador indicativo de resposta imunológica por contato com o vírus. A pesquisa positiva é complementada pela pesquisa de HBSAg, anti-HBS, HbEAg, anti-HbE. A sorologia é repetida na gestação quando há exposição de risco para a infecção (Febrasgo, 2018).

Dessa forma, são considerados fatores de risco para a infecção por Hepatite B: múltiplos parceiros sexuais, profissionais da área de saúde, mulheres em contato com parceiros portadores do vírus e usuários de drogas endovenosas.

O risco de desenvolver carcinoma hepatocelular, baixo peso ao nascer, prematuridade, malformação fetal, nas crianças infectadas por transmissão vertical é maior que o da população geral, demonstrando a importância do diagnóstico pré-natal. (Perim & Passos, 2005). Não é realizado nenhum tipo de tratamento com drogas específicas para infecção por hepatites B em gestantes, pois o uso de interferon e ribavirina está associado com o aborto e a teratogenicidade. O aconselhamento está na imunização para o vírus e que apresenta grande benefício materno-fetal (Brasil, 2011).

2.5 HEPATITE C

Para o diagnóstico de Hepatite C, deve ser realizado teste para detecção de anticorpos totais antivírus da hepatite C (VHC) ou dois testes ELISA para o VHC. Se a pesquisa for positiva, é recomendada a realização de um teste confirmatório pela técnica de Imuno Blot ou Biologia molecular. A sorologia para Hepatite C é repetida na gestação quando há exposição ao risco de infecção (Zugaib, 2020). Estudos mostraram que em gestantes portadoras de VHC, ocorreu o agravamento da lesão histopatológica hepática. Entretanto, muitas pacientes são assintomáticas, e os filhos ao nascer podem ter baixo peso ao nascer, anomalia congênita e nascimento prematuro (Melo, 2011).

Com isso, a monitorização da função hepática durante a gestação é importante na consulta de pré-natal, para que nos casos de cirrose ou descompensação hepática, a gestante possa ser encaminhada ao serviço de referência em hepatites o mais precocemente possível (Brasil, 2011). Não é realizado nenhum tipo de tratamento com drogas específicas para infecção por hepatites C em gestantes, pois o uso de interferon e ribavirina está associado com o aborto e a teratogenicidade (Brasil, 2011).



2.6 VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV)

O rastreamento do HIV em gestantes é realizado no primeiro trimestre pelo método imunoenzimático do tipo ELISA, que detecta anticorpos para HIV 1 e 2. Segundo o Ministério da Saúde, o resultado positivo no ELISA exige coleta de segunda amostra. Somente quando positivo na segunda amostra, é realizado o exame de *Westen Blot* para confirmação diagnóstica e a gestante será encaminhada para especialista para ser tratada mediante protocolo com AZT. O profissional deve-se colocar à disposição para esclarecer dúvidas e prestar todo apoio a gestante portadora do vírus HIV positivo, devendo estar atento ao impacto do diagnóstico diante do resultado positivo. É importante destacar que o teste é de caráter confidencial. (Febrasgo, 2018). É importante que na consulta pré-natal haja discussão sobre o sexo mais seguro, mesmo com ambos infectados, pois possibilitará a redução da carga viral destes. Considerando que as gestantes infectadas pelo vírus HIV se apresentam em fase reprodutiva, a maioria, é necessário assim a realização de campanhas educativas com ênfase na mulher, com o objetivo de minimizar o número de gestantes infectadas. (Moura, 2006).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência pré-natal deve assegurar a redução dos índices de morbimortalidade materna e neonatal e prevenir suas complicações. Para tal, seus princípios devem se basear na prevenção, identificação precoce e tratamento adequado para as gestantes de alto risco. A integração multidisciplinar dos profissionais de saúde é necessária, contemplando o planejamento familiar e orientações para prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças infecciosas durante a gestação. Identificar precocemente as mulheres com risco aumentado de complicações gestacionais oferece a oportunidade de um acompanhamento pré-natal planejado, assegurando uma resposta eficaz no manejo de infecções congênitas e gestacionais.



REFERÊNCIAS

BECKMANN GA, DAHER GAG, SOUSA GHC, TELES ICM, CRUZ JA, GUIMARÃES PF. Rubéola congênita: um caso de prevenção. Rev Med Saude Brasilia 2015;4(1):114-21.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para Hepatite Viral C e coinfeções. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Acesso em 16/04/2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Acesso em 15/04/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco, 1 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Síndrome da rubéola congênita. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/sindrome-da-rubeola-congenita>. Acesso em: 16 abril 2024

FEBRASGO, 2011. Disponível em: http://febrasgo.luancomunicacao.net/wpcontent/uploads/2013/05/gestacao_alto-risco_30-08.pdf. Acesso em: 15 março 2024.

FERNANDES, C.E; DE SÁ, F.S. Tratado de Obstetrícia FEBRASGO. Editora: Elsevier Editora LTDA Brasil, 2018.

GONTIJO-SILVA, Marcos. Fatores epidemiológicos e triagem neonatal associados à toxoplasmose gestacional e congênita em Gurupi, Tocantins, 2014. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/4410> Acesso em 04/04/24

GUIMARAES WSG, PARENTE RCP, GUIMARAES TLF, GARNELO L. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. Cad Saúde Pública. 2018; 34 (5): e00110417.

MELO, N.R. Manual de orientação gestação de alto risco. São Paulo (SP):Febrasgo,2011.Disponível em:<www.febrasgo.com.br/extras/downloads/gestacao_alto-risco_0-08.pdf>. Acesso em: 17 abril 2024

MONTENEGRO CAB, REZENDE FILHO J. Rezende Obstetrícia fundamental. 14^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2018.

MOURA EL, PRAÇANS. Transmissão vertical do HIV: expectativas e ações da gestante soropositiva. Revista Lat Am de Enferm. 2006;14(3):405-413

NEVES, D. P. Parasitologia Humana. 13ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2016.

NUNES ADS, AMADOR AE, DANTAS APQM, AZEVEDO UM, BARBOSA IR. Acesso à assistência pré-natal no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde. Rev Bras Promoç Saúde 2017; 30:1-10.

SAMPAIO, G. L., DA SILVA, L. L., BORGES, F. DE O., MIRANDA, L. R., BORGES, I. M., BARROS, A. V. V., & Angeloni, M. B. (2020). Toxoplasmose congênita na atenção primária a saúde:



importância da prevenção no controle de uma doença negligenciada. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, 10(4).

PERIM, E.B.; PASSOS, A.D. Hepatite B em gestantes atendidas pelo programa de Pré-Natal da Secretaria Municipal de Ribeirão Preto, Brasil: prevalência da infecção e cuidados prestados aos recém-nascidos. *Rev Bras Epidemiol*. v.8, n.3, p.272-81, 2005.

WALCHER, DÉBORA LILIANE; COMPARSI, BRUNA; PEDROSO, DÉBORA. Toxoplasmose gestacional: uma revisão. *Rev. bras. anal. Clin.*, v. 49, n. 4, p. 323-327, 2017. Disponível em:<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1007913>

TSUNECHIRO MA, LIMA MOP, BONADIO IC, CORRÊA MD, SILVA AVA, DONATO SCT. Avaliação da assistência pré-natal conforme o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2018; 18 (4): 781-90.

ZUGAIB. Livro de obstetrícia, 4 edição, 2020. Editora Manole.