



# Infecção na gravidez

- 1 Introdução
- 2 Infecção por HIV
- 3 Sífilis
- 4 Gonorréia
- 5 *Chlamydia trachomatis*
- 6 Vaginose bacteriana
- 7 Herpes simples
- 8 Bacteriúria
- 9 Pielonefrite
- 10 Rubéola
- 11 Toxoplasmose
- 12 Estreptococos do grupo B
- 13 Conclusões

## 1 Introdução

No passado, a infecção bacteriana durante a gravidez era uma importante causa de morte materna e perinatal. Essas mortes agora são raras na maior parte do mundo desenvolvido, embora a infecção materna e a colonização por microorganismos patogênicos continue a causar problemas para mães e bebês. Várias infecções são mais prevalentes nas gestantes de baixa classe socioeconômica, e isso pode explicar parcialmente a maior frequência de resultados adversos da gravidez nessas mulheres.

Outros microorganismos, como fungos, vírus e protozoários, podem causar doença grave durante a gravidez e o período perinatal. Na última década, infecções pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) tornaram-se epidêmicas em muitos países, particularmente no mundo em desenvolvimento. Em muitos países em desenvolvimento, o HIV não é uma causa importante de mortalidade materna e do lactente. Outros microorganismos, como *Chlamydia trachomatis* e micoplasmas genitais, também foram relacionados a doenças na gravidez e no parto. Por fim, as gestantes estão sujeitas à mesma diversidade de infecções agudas e crônicas que as não-gestantes.

## 2 Infecção por HIV

Atualmente, a infecção assintomática por HIV e a síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS) são importantes pro-

blemas de saúde. A AIDS é caracterizada por defeitos no sistema imune com conseqüente susceptibilidade a infecções por microorganismos oportunistas e tumores específicos. A infecção assintomática por HIV é importante devido ao risco de transmissão da mãe para o feto ou recém-nascido. Apesar da melhora da sobrevivência associada à introdução de associações de tratamentos anti-retrovirais mais potentes, muitos indivíduos infectados pelo HIV ainda terão complicações.

A síndrome de imunodeficiência em crianças foi reconhecida pela primeira vez em 1982, e desde então foram descritas muitas séries de casos. A infecção por HIV geralmente não é reconhecida ao nascimento, mas pode apresentar-se meses a anos depois, com infecções bacterianas recorrentes e sepse, monilíase persistente ou recorrente e atraso do desenvolvimento.

Em adultos, geralmente o microorganismo é transmitido sexualmente, e amiúde está associado à presença de outra doença sexualmente transmitida. Também é transmitido pelo sangue e hemoderivados infectados, ou pelo compartilhamento de agulhas infectadas entre usuários de drogas. Pode haver transmissão intra-uterina da mãe para o feto durante a gravidez, no parto (quando ocorre a maioria das transmissões) ou pelo leite materno. Embora as vantagens da amamentação possam ser maiores que o risco de transmissão pelo leite materno, as comunidades em países menos desenvolvidos devem identificar formas de reduzir a incidência considerável de transmissão pós-natal pela amamentação.

Agora existem bons indícios de redução da transmissão de infecção por HIV da mãe para o bebê mediante tratamento pré-natal com zidovudina. Infelizmente, o custo dessa droga é proibitivo nos países que mais necessitam. Pode haver redução da transmissão vertical quando gestantes são tratadas com as combinações anti-retrovirais mais potentes, agora padronizadas. Também estão surgindo indícios de redução da transmissão na cesariana.

Mulheres sintomáticas e assintomáticas podem transmitir a infecção para seus lactentes. A oferta de rastreamento apenas a mulheres consideradas sob alto risco detectará apenas uma pequena percentagem de mulheres infectadas. O rastreamento universal de HIV na gravidez está sendo amplamente defendido.



Globalmente, a principal questão é a elevada prevalência de infecção por HIV nos países mais pobres, com menos recursos para prevenção e tratamento. A infecção por HIV tornou-se um grande problema nos países em desenvolvimento. Em alguns, é a causa mais importante de morte materna.

### 3 Sífilis

A incidência de sífilis diminuiu drasticamente nos países desenvolvidos após a ampla introdução da penicilina na década de 1950. Mais recentemente, a incidência voltou a aumentar, principalmente associada à infecção por HIV. Nos países em desenvolvimento, a sífilis ainda é um importante problema de saúde pública.

A sífilis durante a gravidez é particularmente importante porque a transmissão de *Treponema pallidum* da mãe para o bebê pode resultar em sífilis congênita, com suas seqüelas trágicas. Essa transmissão pode causar abortamento, parto pré-termo ou morte perinatal (20%). A infecção congênita subclínica com conseqüente incapacidade não é rara. A sífilis congênita pode ser evitada por identificação e tratamento da mãe infectada durante a gravidez. A transmissão para o feto ocorre particularmente durante o segundo trimestre, embora também possa ocorrer durante o primeiro trimestre.

A maioria das mulheres infectadas é assintomática, e só pode ser identificada por exame de sangue. Um programa de rastreamento e tratamento das mulheres soropositivas é melhor, do ponto de vista do custo-benefício, mesmo em lugares onde a sífilis na gravidez é rara, porque o tratamento efetivo é simples e facilmente disponível, enquanto as conseqüências da infecção não-tratada são muito graves.

O tratamento das mães deve consistir em antibióticos eficazes, de preferência uma penicilina. Os lactentes e os parceiros sexuais das mulheres devem ser acompanhados e tratados se for constatada infecção.

O diagnóstico clínico da sífilis congênita é difícil porque a apresentação é variável, e muitos bebês são assintomáticos. O tratamento de lactentes é recomendado quando não se sabe se o tratamento da mãe foi adequado ou se a mãe foi tratada pela primeira vez durante a gravidez com outro medicamento que não penicilina.

### 4 Gonorréia

Em algumas partes do mundo, o rastreamento rotineiro de gonorréia durante a gravidez é considerado válido devido aos efeitos graves da infecção sobre a mãe e o bebê. Isso pode ser feito colhendo-se material com esfregaços (*swabs*) cervicais para

cultura na primeira consulta pré-natal. Nas mulheres consideradas sob risco especial, seja por dados demográficos ou por uma história de doença sexualmente transmitida, podem ser feitas culturas repetidas.

A cultura ainda é o paradigma para o diagnóstico de gonorréia. A coloração pelo Gram não é suficientemente sensível para amostras colhidas no trato genital feminino. Embora a infecção possa ser assintomática, a gravidez parece aumentar a probabilidade de artrite e doença sistêmica. Quando a prevalência de gonorréia resistente à penicilina é alta, recomenda-se o tratamento com algumas cefalosporinas de terceira geração.

A infecção gonocócica mais comum em recém-nascidos é a conjuntivite. A oftalmia gonocócica costuma manifestar-se cedo, 2 a 5 dias após o nascimento. Se não for tratada, essa infecção pode causar lesão permanente da córnea e até mesmo perfuração do olho. O método ideal para evitar oftalmia neonatal é a detecção e o tratamento precoce da doença materna.

Não há indicações de que o uso rotineiro de medicação profilática seja melhor que a observação cuidadosa e o tratamento imediato da oftalmia no recém-nascido na maioria das populações. A profilaxia é necessária quando exigido por lei (como em alguns países ou estados) ou em populações com alta prevalência de gonorréia. Quando essa profilaxia é necessária, devem ser usados antibióticos com atividade contra gonorréia e clamídia. Estudos de coortes da tetraciclina, eritromicina e penicilina sugerem que estas são profiláticos menos irritantes e mais efetivos que o nitrato de prata, e também são efetivas contra a infecção por clamídia.

### 5 *Chlamydia trachomatis*

A infecção materna por *Chlamydia trachomatis* é importante basicamente devido aos potenciais efeitos adversos da infecção no recém-nascido. O distúrbio freqüentemente é assintomático na mãe, e pode não ser detectado clinicamente, embora algumas mulheres infectadas possam ter uma cervicite mucopurulenta, salpingite ou uma síndrome uretral.

A prevalência de *Chlamydia trachomatis* em gestantes varia muito; foram descritas estimativas que variam de 2% a quase 40%. Nos Estados Unidos, são encontradas taxas elevadas em mulheres jovens, solteiras e negras, bem como em mulheres de classes socioeconômicas inferiores e naquelas atendidas em clínicas pré-natais nas regiões mais pobres das zonas metropolitanas.

O recém-nascido pode adquirir infecção por clamídia mediante contato ao nascimento com secreções genitais mater-



nas infectadas. Haverá desenvolvimento de conjuntivite de inclusão em 18-50% dos lactentes nascidos de mães infectadas, o que faz da *Chlamydia trachomatis* a causa mais comum de conjuntivite neonatal. O risco estimado de que um lactente nascido de mãe infectada desenvolva pneumonia por *Chlamydia* varia de 3 a 18%.

A melhor forma de diagnóstico de infecção materna por *Chlamydia trachomatis* é por meio dos novos testes com ácidos nucleicos amplificados. A cultura tecidual e os kits de detecção de antígeno são menos sensíveis que os métodos amplificados, e, quando possível, deve ser usado um método de amplificação para testar amostras cervicais das gestantes. Não existem dados que utilizem os novos testes diagnósticos para estimar o custo-benefício do rastreamento de clamídia em diferentes taxas de prevalência.

Estudos randomizados e controlados de antibioticoterapia sugerem que a amoxicilina é tão efetiva quanto a eritromicina para erradicar a colonização por *Chlamydia trachomatis* durante a gravidez; uma dose única de azitromicina é uma opção. A tetraciclina é contra-indicada na gravidez devido à sua hepatotoxicidade e a seu efeito sobre o desenvolvimento de osso e dentes no feto.

A história natural de infecções por *Chlamydia trachomatis* na gravidez é conhecida inadequadamente, e o papel do microorganismo nos resultados adversos da gravidez ainda não foi esclarecido. Ainda são necessários estudos bem planejados para esclarecer a utilidade do rastreamento e do tratamento desse distúrbio.

## 6 Vaginose bacteriana

A vaginose bacteriana é uma infecção vaginal caracterizada por grandes números de microorganismos, tais como *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, e vários anaeróbios, e por números reduzidos da população normal de lactobacilos. Não se acredita que a vaginose bacteriana seja transmitida sexualmente, mas pode estar associada à atividade sexual. Foi citada como causa de resultado adverso da gravidez, principalmente devido ao parto pré-termo. Entretanto, a vaginose bacteriana pode estar presente em até 20% das gestantes, e, antes de se defender o rastreamento e tratamento, é importante determinar se a infecção é realmente patogênica.

A sugestão de que a vaginose bacteriana poderia causar abortamento baseia-se em estudos de caso-controle nos quais foi constatada maior taxa de colonização em mulheres com resultados adversos da gravidez que naquelas sem resultados anormais. Como ocorre em todos esses estudos, outros fatores, conhecidos e desconhecidos, podem ter causado os resul-

tados adversos, independentemente da presença ou ausência de vaginose bacteriana. Por exemplo, se essas infecções forem simples indicadores de doenças sexualmente transmitidas em geral, outros microorganismos poderiam ser os verdadeiros causadores.

Estudos mostraram que a vaginose bacteriana pode ser tratada efetivamente com antibióticos. Entretanto, isso não causou qualquer melhora do resultado da gravidez, exceto em mulheres com história prévia de parto pré-termo, que foram menos propensas a dar à luz prematuramente após o tratamento. Portanto, pode ser útil o rastreamento dessas mulheres em gestações subseqüentes (ver Cap. 13).

## 7 Herpes simples

A infecção do recém-nascido por herpes simples, adquirida da mãe, é rara, mas pode ser grave, ocorrendo entre 1 a cada 2.500 e 1 a cada 10.000 partos. Sua manifestação clínica varia muito, podendo ser assintomática, acometer apenas a pele, atacar os olhos ou o sistema nervoso ou apresentar ampla disseminação.

O risco de transmissão da mãe para o bebê no momento do parto é grande no herpes primário, mas o risco de infecção de uma mãe com herpes genital recorrente é muito baixo. A eliminação de vírus é rara quando não há lesão. Não se deve oferecer cesariana “profilática” a uma mulher com história de herpes simples que não tenha herpes clinicamente ativo no momento do parto.

A avaliação clínica ainda é o melhor critério para identificação de mulheres que estão eliminando o vírus no momento do parto. A eliminação assintomática no parto não pode ser prevista pelas culturas realizadas durante a gravidez, e culturas repetidas em mulheres assintomáticas não identificarão as mulheres que eliminam o vírus assintomaticamente no momento do parto.

Um estudo controlado analisou os efeitos da administração de aciclovir a mulheres com história de herpes genital recorrente. Nesse estudo, gestantes com herpes genital recorrente (média de três recorrências sintomáticas nos últimos 6 meses) receberam 200 mg de aciclovir quatro vezes ao dia, começando uma semana antes da data provável do parto. Esse tratamento resultou em reduções significativas da eliminação viral materna no momento do parto, das recorrências sintomáticas em 10 dias após o parto e do uso de cesariana em casos de herpes. Não houve casos de herpes neonatal no grupo tratado nem no grupo de controle, e não foram observados efeitos colaterais maternos ou neonatais. Embora esses resultados indiquem que o aciclovir pode ser efetivo para a redu-

ção da eliminação de vírus pela mãe e das recorrências sintomáticas, é necessária confirmação antes que se possa chegar a uma conclusão definitiva sobre o papel do aciclovir pré-natal no herpes genital recorrente.

Não foram realizados estudos randomizados para avaliar as políticas de tratamento nas mulheres com herpes na gravidez, e os dados nos quais essas se baseiam são fracos. As recomendações atuais são de cesariana se houver sinais clínicos de doença ativa, se não puder ser excluída eliminação viral e se as membranas não tiverem se rompido há mais de 4-6 horas. O lactente nascido de uma mulher com história de herpes genital deve ser cuidadosamente monitorizado.

## 8 Bacteriúria

A urina de 3-8% das gestantes abriga números significativos de bactérias (bacteriúria), geralmente sem quaisquer sintomas, e 15-45% das mulheres não-tratadas com bacteriúria assintomática desenvolverão infecções sintomáticas da bexiga ou do rim (cistite ou pielonefrite aguda). A cistite e a pielonefrite agudas são encontradas em aproximadamente 1% das gestações. Assim, a infecção urinária é uma complicação clínica comum da gravidez.

A cultura e a contagem de colônias em uma amostra de urina são a melhor forma disponível atualmente para rastreamento de bacteriúria. Foram sugeridos outros métodos mais econômicos para rastreamento de infecção, como a detecção de nitritos na urina ou a análise microscópica de amostra de urina colhida por técnica limpa. Esses podem ajudar a identificar as amostras de urina que devem ser cultivadas, visando reduzir custos, mas sua sensibilidade em gestantes não é suficientemente alta para substituir a urinocultura como teste de rastreamento adequado.

O reconhecimento e o tratamento da bacteriúria assintomática na gravidez resultarão em diminuição significativa do risco de pielonefrite aguda e de suas conseqüências a curto prazo para a mãe e o feto. Também parecem reduzir a incidência de parto pré-termo ou de baixo peso ao nascimento. Não está claro o mecanismo pelo qual o tratamento da bacteriúria causa redução do parto pré-termo. A prevenção da pielonefrite pode ser um fator. O tratamento da bacteriúria com antibióticos também pode erradicar microorganismos que colonizam o colo e a vagina. A antibioticoterapia da bacteriúria na gravidez não reduziu o risco de infecção subsequente a longo prazo, mas o único estudo com acompanhamento é pequeno.

Os dados obtidos de estudos controlados sugerem que as sulfonamidas, incluindo cotrimoxazol, nitrofurantoína, am-

picilina, e as cefalosporinas de primeira geração, são igualmente efetivas no tratamento da bacteriúria assintomática quando se sabe que as bactérias são susceptíveis.

A conduta tradicional para tratamento de bacteriúria assintomática na gravidez era a antibioticoterapia contínua durante toda a gravidez. Entretanto, o tratamento em dose única da infecção urinária não-complicada em mulheres não-grávidas está bem estabelecido, e os estudos sugerem que ele também pode ser efetivo nas gestantes. Possui vantagens óbvias em termos de adesão, minimização de efeitos adversos e economia. Não foram descritos estudos de outros esquemas.

A infecção urinária baixa sintomática na gravidez também pode responder ao tratamento em dose única, mas não há dados suficientes para recomendar esse tratamento. Devem ser realizadas culturas regulares de urina para acompanhamento. Fracassos do tratamento, recidivas e recorrências devem ser tratados apropriadamente, e, quando a infecção recorre, deve-se considerar o tratamento contínuo durante o restante da gravidez. A infecção recorrente durante a gravidez pode indicar anormalidade subjacente do trato urinário, e essas mulheres devem ser investigadas após a gravidez.

## 9 Pielonefrite

A pielonefrite é diagnosticada clinicamente pela presença de febre, dor no flanco e disúria, juntamente com urinocultura positiva. As mulheres devem ser hospitalizadas e instituída antibioticoterapia adequada após coleta de culturas de sangue e urina. Na ausência de septicemia evidente, são associados tratamentos oral e intravenoso com duração semelhante à febre materna, e as mesmas incidências de complicações sistêmicas de sepse e reinternação para tratamento de infecção urinária. Um aminoglicosídeo (com ou sem ampicilina) ou uma cefalosporina é considerado tratamento inicial apropriado, pois a infecção provavelmente é causada por *Escherichia coli*. O tratamento deve ser ajustado quando os resultados do antibiograma estiverem disponíveis. Deve ser evitado o uso de medicamentos da classe quinolona na gravidez. Quando há preocupação com a função renal materna, pode ser indicada monitorização dos níveis séricos de aminoglicosídeos para minimizar a exposição fetal à droga, pois altos níveis podem estar associados a perda auditiva na criança.

Após um episódio de pielonefrite aguda, as mulheres estão sob risco de recidiva e recorrência de infecção, mas o único estudo randomizado descrito de tratamento supressor no restante da gravidez não detectou qualquer vantagem em relação à supervisão rigorosa com culturas.



## 10 Rubéola

A rubéola é caracteristicamente uma doença leve da infância. A infecção materna, ocorrida no início da gravidez, pode causar morte fetal, baixo peso ao nascimento para a idade gestacional, surdez, catarata, icterícia, púrpura, hepatoesplenomegalia, cardiopatia congênita e retardo mental no lactente. O objetivo dos programas de vacinação contra rubéola é evitar a infecção fetal e suas conseqüências: a síndrome de rubéola congênita.

O risco que o feto corre na infecção materna diminui com o aumento da idade da gravidez. Em um estudo prospectivo, os lactentes cujas mães tiveram rubéola confirmada em fases sucessivas da gravidez foram acompanhados por 2 anos. Não foram encontrados defeitos atribuídos à rubéola em crianças infectadas após 16 semanas de gestação, enquanto os lactentes infectados antes da 11.<sup>a</sup> semana apresentavam cardiopatia significativa e surdez.

Foram usadas duas condutas para vacinação contra rubéola: vacinação universal e vacinação seletiva. A vacinação universal de crianças pequenas para interromper a transmissão causou diminuição significativa dos casos descritos de rubéola e da síndrome de rubéola congênita. Será necessária uma taxa de vacinação de aproximadamente 100% para eliminar a infecção congênita.

Após uma infecção por rubéola com viremia, geralmente há proteção permanente contra a doença. Pode haver reinfecções, mas a maioria é assintomática e detectada apenas por uma resposta adicional de anticorpos específicos contra rubéola. A vacinação produz uma menor resposta dos anticorpos do que a infecção natural, mas pode-se esperar proteção contra a infecção em quase todas as mulheres vacinadas.

O diagnóstico de rubéola em uma gestante que foi exposta a ou que desenvolve uma infecção semelhante à rubéola frequentemente é difícil. O laboratório deve receber uma história detalhada, pois os testes de rastreamento rotineiros são inadequados, e é necessário outro teste para detectar anticorpos IgM. Pode haver resultados falso-negativos se a amostra for colhida logo após a exposição. O padrão de resposta de anticorpos à infecção aguda e reinfecção variará de acordo com o método de teste usado, e pode ser necessário consultar especialistas para interpretar os dados.

Não se deve administrar vacina contra rubéola a gestantes, mas não deve haver grande preocupação se uma gestante for vacinada sem saber ou se a mulher engravidar dentro de 3 meses após imunização. Como o vírus da vacina contra rubéola já foi isolado do tecido fetal após abortamento induzido, não

se pode supor que o risco seja nulo, mas a administração de vacina contra rubéola na gravidez não costuma ser indicação de interrupção da gravidez. Os dados disponíveis sugerem que o risco de teratogenicidade por vacina com o vírus vivo da rubéola é praticamente inexistente.

Os fatores de custo mais significativos associados à rubéola estão relacionados às conseqüências de longo prazo da rubéola congênita. Os custos da síndrome de rubéola congênita são muito maiores que os da vacinação rotineira de todos os lactentes de ambos os sexos, bem como de meninas adolescentes e de mulheres soronegativas para rubéola após o parto.

Deve ser atingida e mantida alta freqüência de imunização, e todas as mulheres susceptíveis em idade fértil devem ser identificadas e vacinadas. Deve ser realizado rastreamento pré-natal em todas as gestantes sem imunidade documentada, e administrada vacinação após parto, abortamento ou interrupção da gravidez, quando a probabilidade de gravidez nos 30 dias subsequentes for pequena. Quase todas as mulheres vacinadas mostram soroconversão, e os efeitos colaterais são leves. Quando não pode ser garantido o acompanhamento, pode ser preferível vacinação contra rubéola sem teste sorológico prévio. Um terço a metade dos casos atuais da síndrome de rubéola congênita poderia ser evitado se programas de vacinação pós-parto fossem completamente implementados.

Deve-se oferecer interrupção da gravidez quando é diagnosticada infecção materna nas primeiras 16 semanas de gravidez. O uso rotineiro de imunoglobulinas para profilaxia contra rubéola pós-exposição não é recomendado, embora possa ser útil quando há rubéola materna e a interrupção da gravidez não é uma opção.

## 11 Toxoplasmose

A infecção materna pelo parasita protozoário *Toxoplasma gondii* adquirida durante a gravidez pode resultar em infecção congênita do lactente, algumas vezes com seqüelas graves. Os indivíduos só podem ser infectados uma vez, portanto uma mulher imune antes da gravidez não corre risco de transmitir o microorganismo para o lactente.

As manifestações clínicas de toxoplasmose congênita, que consistem em coriorretinite, convulsões recorrentes, hidrocefalia e calcificações intracranianas, podem apresentar-se ao nascimento ou surgir mais tarde.

A grande maioria das infecções é assintomática na mãe, embora possa haver linfadenopatia. Apesar de a infecção assintomática poder ser confirmada por detecção de anticorpo

IgM específico contra *Toxoplasma gondii* no soro, esse teste só deve ser realizado por laboratório de referência e requer interpretação cuidadosa. A soroconversão ou quadruplicação de anticorpo IgG específico sugere infecção recente, mas não se pode usar um único nível elevado de IgG para confirmar toxoplasmose recente.

Estudos sobre toxoplasmose congênita basearam-se em resultados sorológicos para identificar infecção materna. Tanto a prevalência de soropositividade (indicativa de exposição prévia e imunidade) quanto o risco de aquisição durante a gravidez variam entre os países e mesmo entre diferentes regiões do mesmo país. Isso foi atribuído, ao menos em parte, a diferentes hábitos em relação ao manuseio e consumo de carne crua e ao descarte da areia sanitária de gatos, ambos os quais podem ser reservatórios do microorganismo. Alguns países (por ex., França e Áustria) realizam rastreamento rotineiro do distúrbio, porém isso não é feito em muitos outros países, como Reino Unido, Holanda, Nova Zelândia e Austrália.

O risco de transmissão de toxoplasmose da mãe para o bebê depende da fase da gravidez em que a infecção materna ocorre. Em um grande estudo, a frequência de infecção aumentou de 17%, em lactentes cujas mães foram infectadas no primeiro trimestre, para 65%, em lactentes cujas mães adquiriram a infecção no terceiro trimestre. Embora a incidência de transmissão materno-fetal, baseada na sorologia, fosse maior em infecções no terceiro trimestre, a transmissão no primeiro trimestre foi associada a sintomas mais graves no recém-nascido. Houve doença grave em 14% das transmissões no primeiro trimestre e em nenhuma das transmissões no terceiro trimestre. Algumas das infecções precoces podem resultar em abortamentos espontâneos. A alta frequência de doença clínica neonatal após infecções no início da gestação levou pesquisadores franceses a recomendar a interrupção da gravidez quando possível, e uma droga antiprotozoária, a espiramicina, quando não é possível interromper a gravidez. Não há indicações de que o rastreamento, ou tratamento apenas com espiramicina ou outras associações de medicamentos, cause mais benefícios que prejuízos.

Quando a incidência de nova infecção por toxoplasmose é baixa, a pequena melhora não justificaria o custo de um programa de rastreamento universal. Um programa educacional de saúde, aconselhando gestantes a não comer carne crua ou malcozida, a lavar as mãos após seu preparo e a usar luvas para jardinagem ou limpeza da areia do gato, poderia ser melhor do ponto de vista de custo-benefício. Embora haja algumas indicações de que o conhecimento sobre toxoplasmose seja aumentado após uma sessão educativa, não há mostras de que

esse conhecimento esteja associado a alterações do comportamento e a uma redução da incidência de toxoplasmose congênita.

Ainda é necessário muito trabalho para determinar a verdadeira frequência de infecção e as seqüelas da toxoplasmose congênita. Nem a espiramicina nem a sulfa pirimetamina são muito eficazes contra esse parasita, e esse último fármaco está associado a uma grande frequência de efeitos colaterais nas gestantes. São necessários estudos dos novos medicamentos antiprotozoários, com eficácia e segurança potencialmente maiores. Esses estudos exigirão acompanhamento prolongado, pois algumas das seqüelas de infecções fetais podem surgir apenas algum tempo após o nascimento.

## 12 Estreptococos do grupo B

Os estreptococos do grupo B tornaram-se a causa mais frequente de sepse grave em recém-nascidos. A forma inicial, e mais grave, de infecção é caracterizada por início rápido de angústia respiratória, sepse e choque. A probabilidade de doença (aproximadamente 2 por 1.000 nascidos vivos) está diretamente relacionada à densidade da colonização materna e à imaturidade do lactente. Os lactentes com pesos ao nascimento abaixo de 2.500 g possuem taxa de infecção geral muito maior que os lactentes que pesam 2.500 g ou mais. A ruptura das membranas antes do trabalho de parto e a febre materna também estão associadas a maior incidência de infecção.

As tentativas de se evitar doença administrando antibióticos, seja a todos os bebês ou àqueles considerados de alto risco, mostraram-se desapontadoras. Embora os dados disponíveis sugiram que a sepse do lactente por estreptococos do grupo B possa ser reduzida com a administração profilática de antibióticos ao bebê, essa profilaxia pode ser acompanhada por aumento de sepse por microorganismos penicilina-resistentes, o que pode resultar em maior taxa de mortalidade por infecção nos bebês que receberam profilaxia com antibióticos.

Como as tentativas de profilaxia após o nascimento do bebê podem ser muito tardias, a atenção concentrou-se em estudos da efetividade dos antibióticos pré-parto e intraparto. Os dados disponíveis mostram que um esquema de antibióticos administrado durante a gravidez resulta apenas em erradicação temporária do estado de portador de estreptococos do grupo B, sem efeitos detectáveis sobre a colonização do lactente ou sepse por estreptococos do grupo B. O tratamento durante a gravidez, exceto se mantido até o trabalho de parto, tem apenas efeito transitório sobre a flora vaginal, e não influenciará a taxa de sepse no recém-nascido.



Não há dúvidas de que o uso de antibióticos durante o parto reduz a transmissão de estreptococos do grupo B. Os estudos revistos mostram um efeito benéfico do tratamento em mulheres que estão recebendo cuidados obstétricos completos e que se sabe estarem colonizadas por estreptococos do grupo B; mas esses resultados não podem ser generalizados para todas as gestantes. Não foi determinado o método ideal para a detecção de colonização por estreptococos do grupo B, seja por culturas pré-natais de rotina ou por um teste rápido no início do trabalho de parto em pacientes de alto risco. Há indicações claras de que o tratamento deve ser administrado a mulheres colonizadas de alto risco, mas não há indicações suficientes para recomendar o rastreamento rotineiro de todas as mulheres para estreptococos do grupo B durante a gravidez.

Parece razoável que uma gestante em trabalho de parto pré-termo, ou uma mulher com febre durante o parto ou ruptura prolongada das membranas, receba antibióticos durante o parto se não for possível realizar um teste diagnóstico rápido ou se este for positivo, embora não haja indicações de estudos controlados que apoiem essas recomendações. Uma outra opção seria a cultura para rastreamento de todas as mulheres com 35 semanas ou antes, e o tratamento das mulheres com cultura positiva durante o trabalho de parto se houver outros fatores de risco, como trabalho de parto pré-termo, ruptura das membranas antes do trabalho de parto ou febre. Em populações de alta prevalência, pode ser preferível aplicar um rastreamento preliminar, e tratar todas as mulheres com os outros fatores de risco durante o trabalho de parto.

Como a profilaxia intraparto de gestantes colonizadas oferece a possibilidade de reduzir a incidência de sepsé do lactente, são desejáveis métodos rápidos para rastreamento de mulheres em trabalho de parto. Vários métodos de diagnóstico rápido de colonização foram desenvolvidos e avaliados, mas até agora nenhum foi adequadamente sensível.

### 13 Conclusões

O tratamento pré-natal com zidovudina pode ajudar a reduzir a transmissão materno-fetal de infecção por HIV. O tratamento com associações anti-retrovirais mais potentes, com ou sem parto planejado por cesariana, também pode ser benéfico, mas isso ainda não foi comprovado.

A sífilis congênita pode ser evitada por identificação e tratamento da mãe infectada durante a gravidez. O rastreamento de rotina é justificado pela simplicidade do teste e pela efetividade do tratamento com penicilina. A utilidade do

rastreamento de outras doenças sexualmente transmitidas dependerá da prevalência na comunidade e da efetividade dos tratamentos disponíveis.

Atualmente não há dados que apoiem o rastreamento de rotina para a vaginose bacteriana na gravidez, mas ele pode ser útil em mulheres com história prévia de parto pré-termo.

O rastreamento de gestantes para detectar bacteriúria assintomática e tratar o distúrbio com antibióticos é válido. A prática reduzirá a incidência de pielonefrite e provavelmente também a incidência de trabalho de parto pré-termo e de lactentes com baixo peso ao nascimento. O custo-benefício desse rastreamento dependerá da prevalência de bacteriúria assintomática na população.

A pielonefrite na gravidez requer tratamento intensivo com antibióticos apropriados, geralmente por via intravenosa, mas o tratamento oral pode ser apropriado em mulheres não-bacterêmicas selecionadas com pielonefrite aguda na gravidez.

Deve-se conseguir um alto nível comunitário de imunização contra a rubéola, e todas as mulheres susceptíveis à rubéola em idade fértil devem ser identificadas e vacinadas. A vacinação contra a rubéola no período pós-parto inicial é segura e efetiva. Não se deve perder essa oportunidade de imunização.

O método ideal para detecção de colonização por estreptococos do grupo B é mediante culturas pré-natais de rotina. Devem-se administrar antibióticos durante o trabalho de parto a mulheres colonizadas de alto risco.

### Fontes

*Effective care in pregnancy and childbirth*

Wang, E. and Smaill, F., Infection in pregnancy.

*Biblioteca Cochrane*

Brocklehurst, P., Interventions for treating gonorrhoea in pregnancy.

Interventions for reducing mother-to-child transmission of HIV infection.

Brocklehurst, P. and Rooney, G., Interventions for treating genital chlamydia trachomatis infection in pregnancy.

Brocklehurst, P., Hannah, M. and McDonald, H., Interventions for treating bacterial vaginosis in pregnancy.

Peyron, F., Wallon, M., Liou, C. and Garner, P., Treatments for toxoplasmosis during pregnancy.

Smaill, F., Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy.

Intrapartum antibiotics for group B streptococcal colonization.

Villar, J., Lydon-Rochelle, M.T. and Gulmezoglu, A.M., Duration of treatment for asymptomatic bacteriuria during pregnancy.

Walker, G., Antibiotics for syphilis diagnosed during pregnancy [protocol].

