

# TOXOPLASMOSE, RUBÉOLA, CITOMEGALOVÍRUS E HEPATITE: A ENFERMAGEM NA ATENÇÃO DURANTE O PRÉ-NATAL

Dayla Brito Nicácio<sup>1</sup>

Elysa Quintela Oliveira<sup>2</sup>

Laura Bezerra de Oliveira<sup>3</sup>

Vanessa Gabrielle dos Santos Araújo<sup>4</sup>

Alba Maria Bomfim de França<sup>5</sup>

Enfermagem



ISSN IMPRESSO 2317-1685

ISSN ELETRÔNICO 2316-6738

## RESUMO

As infecções intra-uterinas e as adquiridas durante o parto são importantes causas de mortalidade fetal e neonatal e contribuem de forma significativa para a morbidade na infância. O rastreamento sorológico realizado durante o pré-natal é de extrema importância para gestantes porque existe o risco de transmissão vertical, o que pode comprometer não somente a saúde materna, como também a saúde do feto. O presente artigo foi construído através de uma revisão de literatura, incluindo artigos publicados entre 2010 e 2015. Tem como objetivo descrever, a partir da literatura, sobre o manejo da toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e hepatite B e C, enfatizando suas formas de prevenção, diagnóstico precoce e a assistência de enfermagem na atenção primária. Faz-se necessário mais estudo sobre a temática, principalmente sobre a incidência e prevalência dos casos e suas complicações.

## PALAVRAS-CHAVE

TORCH. Rastreamento Sorológico. Assistência de Enfermagem no Pré-Natal.

## ABSTRACT

Intra uterine infections and acquired during childbirth are major causes of fetal and neonatal mortality and contribute significantly to morbidity in childhood. Serologic screening performed during prenatal care is extremely important for pregnant women because there is the risk of vertical transmission, which can compromise not only maternal health, as well as the health of the fetus. This article was built through a literature review, including articles published between 2010 and 2015. It aims to describe, from the literature on the management of toxoplasmosis, rubella, cytomegalovirus, and hepatitis B and C, emphasizing its prevention, early diagnosis and nursing care in primary care. It is necessary more studies on the subject, particularly on the incidence and prevalence of cases and its complications.

## KEYWORDS

TORCH. Serological Screening. Nursing Care in Prenatal.

## 1 INTRODUÇÃO

A ausência do diagnóstico precoce e a conseqüente falta de tratamento de infecções maternas podem aumentar de forma considerável os índices de morbimortalidade perinatal, sendo o rastreamento materno no pré-natal de extrema importância para a diminuição desses índices. Muitas infecções provocadas por microrganismo podem ser transmitidas para o feto durante a gestação, causando sequelas para o recém-nascido, sendo que não existe um consenso internacional de quais infecções devem fazer parte do rastreamento, visando à prevalência de determinadas regiões (MIRANDA ET AL., 2012).

Em 1971, foi criado o acrônimo TORCH para agrupar cinco doenças infecciosas que podem afetar o feto e o recém-nascido e que possuem apresentação clínica semelhante: toxoplasmose, outras (malária, doença de Chagas, parvovirose), rubéola, citomegalovírus e herpes simples. O acrônimo passou a ser conhecido como TORCHS quando a sífilis foi incluída neste grupo de doenças. Além dessas, também podem ser rastreadas na gravidez as hepatites B e C e o HIV (JOHNSON ET AL., 2012).

A assistência pré-natal se tornou um instrumento eficaz para a detecção precoce das TORCH, assim como a prevenção da transmissão vertical, tendo em vista a disponibilidade gratuita dos exames diagnósticos e do tratamento necessário a essas e outras patologias. No Brasil o Ministério da Saúde (MS) recomenda que sejam realizados os exames sorológicos de triagem para as seguintes doenças: sífilis, hepatite B, HIV e toxoplasmose, além da sorologia para rubéola quando houver sintomas sugestivos ou se houver caso confirmado na região (BRASIL, 2008).

A gestante deve aderir ao programa de acordo com a preconização do Ministério da Saúde, pelo menos nos primeiros três meses da gestação, uma vez que o primeiro trimestre é um período crítico para a ocorrência de repercussões mais graves (BRASIL, 2008).

Atualmente, programas de atenção a gestante são executados por um acompanhamento multiprofissional, abrangendo ações que minimizem os índices de morbimortalidade materna e fetal (MELO ET AL., 2015). Para Brasil (2012), é atribuição de toda a equipe de saúde

[...] participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo. (BRASIL, 2012, p. 44).

Dentre os membros da equipe, destaca-se o enfermeiro, pois, por meio da consulta de enfermagem pode acompanhar por completo o pré-natal de baixo risco, assim como, deve atuar em equipe diante de um diagnóstico de infecção tendo o apoio da rede de assistência, para garantir o segmento das ações de saúde (BRASIL, 2012).

Diante do exposto e de acordo com as recomendações do MS quanto ao rastreamento sorológico em gestantes, este estudo objetiva descrever, a partir da literatura, sobre o manejo (formas de prevenção, diagnóstico precoce e a assistência de enfermagem na atenção primária) da toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e hepatite B e C, enfatizando suas formas de prevenção, diagnóstico precoce e a assistência de enfermagem na atenção primária.

## **2 METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão de literatura, com o suporte de dados do Ministério da Saúde. A revisão literária, também conhecida como revisão bibliográfica visa apresentar uma contribuição acadêmica em um determinado assunto. Proporciona uma visão abrangente de pesquisas e contribuições anteriores, conduzindo ao ponto necessário para investigações futuras e desenvolvimento de estudos posteriores. Portanto, ela comprova a relevância acadêmica do trabalho realizado por um pesquisador (SANTOS, 1997).

As informações foram coletadas por meio de publicações do Ministério da Saúde, web sites e livros, tendo como estratégia de busca as palavras chaves: TORCH;

rastreamento sorológico; assistência de enfermagem no pré-natal. Os critérios de inclusão basearam-se em informações que se enquadravam na proposta traçada e que foram publicados no período de 2000 a 2015. Os critérios de exclusão foram artigos que não estavam disponíveis na íntegra e gratuitamente.

### 3 RESULTADOS E DICUSSÕES

A Lei 7.498/86 que dispõe sobre o Exercício Profissional de Enfermagem no Brasil torna o profissional enfermeiro legalmente competente para realizar consulta de enfermagem à mulher durante a gestação, solicitar exames de rotina e complementares e prescrever medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde (BARROS, 2009).

A assistência ao pré-natal possui diversos objetivos, entre eles, estão:

Prevenir, identificar e/ou corrigir as anormalidades maternas ou fetais que podem afetar adversamente a gravidez, incluindo os fatores socioeconômicos, emocionais e obstétricos; Instruir a gestante no que diz respeito à gravidez, ao trabalho de parto, ao parto, aos cuidados com o recém-nascido e quanto às medidas que podem ser utilizadas para melhorar sua saúde e promover um suporte psicológico adequado ao companheiro, à família e àqueles que estão sob seu cuidado, de forma que a gestante possa ser bem-sucedida na sua adaptação à gestação e nos desafios que enfrentará ao formar uma família. (BARROS, 2009, p. 52- 53).

O *toxoplasma gondii* é o protozoário intracelular obrigatório distribuído em quase todas as partes do mundo e capaz de infectar diversas células do hospedeiro, além de se apresentar sob diversas formas a depender do hospedeiro (REZENDE, 2011). Pode ocasionar infecção fetal por meio de passagem transplacentária quando a mãe adquire a infecção durante a gestação ou, menos comumente, quando mulheres cronicamente infectadas têm um imunocomprometimento importante (VARELLA ET AL., 2003).

O sucesso da infecção fetal por *toxoplasma gondii* depende de fatores como virulência, desenvolvimento placentário, idade gestacional e carga parasitária, entre outros (AMENDOEIRA; DA COSTA e SPALDING, 1999 APUD KOMPALIC-CRISTO; BRITTO E FERNANDES, 2005). Entre os agravos decorrentes da toxoplasmose congênita, é possível citar que durante o primeiro trimestre da gestação, a infecção pode levar a morte fetal. Em 50% dos casos, se ocorrida durante o segundo trimestre, pode ocasionar a chamada tetrade de Sabin, em que o feto apresenta

hidrocefalia, com macro ou microcefalia, em 90% apresenta retinocoroidite, em 69% calcificações cerebrais e em 60% dos casos, retardo mental ou perturbações neurológica (GALVÁN-RAMÍREZ e MONDRAGÓN APUD KOMPALIC-CRISTO; BRITTO e FERNANDES, 2005).

De acordo com o Brasil (2010), além dos agravos citados, podem ser descritos restrição de crescimento intrauterino, prematuridade e/ou manifestações clínicas e sequelas como microftalmia, lesões oculares, pneumonite, hepatoesplenomegalia e erupção cutânea. A conduta que deverá ser realizada além de depender da idade gestacional em que o exame foi realizado dependerá, também, do resultado obtido.

A toxoplasmose é uma infecção de distribuição mundial, com maior prevalência em países de clima tropical. Em populações onde maior parte das mulheres não foi exposta, o risco de infecção aguda com repercussões fetais é maior e possivelmente se justifica o rastreamento sorológico rotineiro, mensal ou trimestral. "A prevalência de soroconversão na gestação está em torno de 1 a 14 casos por 1.000 e de infecção congênita em torno de 0,2 a 2 por 1.000 nascidos vivos" (FEBRASGO, 2011, p. 825).

Segundo a publicação *Gestação de Alto Risco* da FEBRASGO (2011) é fundamental para o diagnóstico de anticorpos imunoglobulinas (Ig) para Toxoplasmose o mais precoce possível, no início do primeiro trimestre. E no que se refere às condutas durante a assistência ao pré-natal, cita-se que:

A conduta vai de acordo com a idade gestacional, onde mulheres com IgM positiva, mas sem soroconversão documentada, com frequência são cronicamente infectadas, uma vez que o IgM pode persistir positiva por um ano e o risco de transmissão vertical está restrito às mulheres com alguma condição de imunossupressão. (FEBRASGO, 2011, p. 147).

Até 62% se trata com falso-positivo, caso a mulher apresente IgM positiva, recomenda-se a realização do teste de avidéz de IgG, pois se a avidéz for alta e ter sido colhida até 12 a 16 semanas de gestação, indicará que a infecção ocorreu muito provavelmente antes da concepção, e o risco de infecção congênita é muito baixo. Se colhido após as 16 semanas, não é possível afastar a infecção aguda do início da gestação, quanto ao risco de transmissão vai ser menor, porém o risco de lesão fetal é maior. Se a avidéz for baixa, a infecção aguda muito provavelmente aconteceu no início da gestação, com o risco de infecção fetal. No entanto, a avidéz baixa pode persistir por meses ou até um ano após o contato (FEBRASGO, 2011).

O diagnóstico fetal pode ser feito através da reação em cadeia de polimerase (PCR) no líquido amniótico óbito através da amniocentese. Como o risco de perda fetal realizada a

amniocentese é maior antes de 16 semanas, recomenda-se que seja realizada preferencialmente entre 17 e 21 semanas. (FEBRASGO, 2011, p. 147).

Segundo Brasil (2010), a toxoplasmose não é doença de notificação compulsória. A investigação deve buscar sua associação à imunodeficiência, bem como implantar as medidas de controle disponíveis.

A presença de hidrocefalia é um forte indicador de infecção fetal e todos os fetos de riscos devem ser avaliados ecograficamente pelo menos uma vez a cada quatro semanas (FEBRASGO, 2011).

A prevenção para Toxoplasmose é orientada no pré-natal quanto a não ingestão de produtos, animais crus ou mal cozidos (caprinos e bovinos), lavar cuidadosamente frutas e legumes antes de ingeri-los, evitar contato com gatos, utilizar luvas ao manusear a caixa de areia do gato e colocar em lixo seguro, lavar as mãos após ter contato com carnes cruas ou terra contaminada (BRASIL, 2010).

É possível perceber que os agravos decorrentes da toxoplasmose podem levar a comprometimento fetal, e em alguns casos, a depender das circunstâncias e período em que a infecção materna ocorreu pode chegar a óbito. Apesar não haver uma vacina, sua forma de prevenção é relativamente simples e a solicitação do exame sorológico e o diagnóstico precoce podem auxiliar na prevenção dessas complicações. Enquanto profissional da saúde, a enfermagem pode atuar, enfatizando as medidas de prevenção primária, com atividades de educação em saúde, e assim, contribuir para redução do risco de adoecer.

Quando se trata de doenças infectocontagiosas, a importância epidemiológica da rubéola está representada pela ocorrência da Síndrome da Rubéola Congênita (SRC) que atinge o feto ou o recém-nascido, as quais, mães se infectaram durante a gestação. Trata-se de uma doença exantemática viral aguda, e apesar de não ser uma doença grave, se ocorrida durante a gravidez, pode acarretar em inúmeras complicações para a mãe e o recém-nascido (BRASIL, 2010).

Estudos apontam que a rubéola gera um quadro de infecção aguda no adulto e quem tem um período de incubação de variável entre duas e três semanas. É caracterizada por exantema maculopapuloso de disseminação descendente que permanece por três a cinco dias, podendo ocorrer, algumas vezes, cefaleia, febre, calafrios, mialgia generalizada e linfadenomegalia (GUADAGNIN e GOLLOP, 1990 APUD BARROS; LACAVA e LIMA, 2001).

A SRC, geralmente, é uma condição clínica grave. A infecção da placenta e viremia fetal ocorrem em cerca de 40 a 60% das mulheres grávidas infectadas com o vírus da rubéola, principalmente durante as primeiras nove semanas de gestação (BRASIL, 2010).

Estima-se que, nas primeiras 8 semanas de gestação, 90% dos recém-nascidos sejam portadores da SRC (com múltiplos defeitos); 80%, até a décima semana de gestação; e 35%, entre a décima primeira e décima segunda semana de gestação. Após esse período, a ocorrência da doença fetal declina e, da décima sexta à vigésima semana, somente se registra sofrimento fetal. (BRASIL, 2010, p. 359).

Entre o período de 2006 e 2007, foram confirmados 20 casos de SRC, em decorrência de surtos de Rubéola ocorridos no Brasil. Em 2008 houve uma intensificação da vigilância epidemiológica e a vacinação de bloqueio ampliada, onde o número de casos confirmados diminuiu em 77%. Durante 2008, o Brasil realizou uma ampla campanha de vacinação para faixa etária de 12 a 39 anos de idade contra Rubéola onde 65,9 milhões de pessoas foram imunizadas, atingindo-se cobertura 94,06% da população meta. Foi uma ação que tinha com objetivo eliminar a circulação do vírus da rubéola com propósito a se evitar os casos da SRC (BRASIL, 2010).

O Ministério da Saúde preconiza que caso existam dúvidas em relação à imunidade da rubéola na gestante e a mesma não apresente caderneta de vacinação, confirmando o recebimento da vacina (tríplice viral ou dupla viral) ou exames sorológicos anteriores com a informação da presença de IgG para rubéola, deve-se solicitar nova dosagem de IgG, avaliando o resultado da seguinte forma:

[...] gestante IgG (+) significa contato prévio com esse vírus. Nessa situação, o risco de transmissão vertical é mínimo; gestante IgG (-) indica que ela é suscetível, ou seja, não entrou em contato com o vírus da rubéola. Portanto a mesma deverá ser vacinada contra a rubéola (tríplice ou dupla viral) logo após o parto, preferencialmente ainda na maternidade. (BRASIL, 2010, p. 134).

Em 29 de abril de 2015 a Região das Américas foi declarada a primeira do mundo a ser considerada livre da transmissão endêmica da rubéola. Segundo as evidências epidemiológicas fornecidas pela Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) e por seus Estados-Membros, concluiu-se que não há mais evidência da transmissão de rubéola e da síndrome da rubéola congênita por cinco anos consecutivos. Isso ultrapassa o requerimento de três anos para declarar que uma doença está eliminada. Essa análise foi realizada por um comitê internacional de especialistas em abril do ano de 2015 (OPAS/OMS, 2015).

Segundo Brasil (2010), a rubéola e SRC são doenças de notificação compulsória e de investigação obrigatória. A prevenção sobrevém da imunidade pela infecção natural ou por vacinação e os filhos de mães imunes geralmente per-

manecem protegidos por anticorpos maternos em torno de seis a nove meses após o nascimento (BIO-MANGUINHOS/FIOCRUZ, 2014).

Para diminuir a circulação do vírus, a vacinação é essencial. As crianças devem tomar duas doses da vacina combinada contra rubéola, sarampo e caxumba (tríplice viral): a primeira, com um ano de idade; a segunda dose, entre quatro e seis anos. Todos os adolescentes e adultos (homens e mulheres) também precisam tomar a vacina tríplice viral ou a vacina dupla viral, especialmente mulheres que não tiveram contato com a doença. No caso de infecção, recomenda-se que a pessoa com rubéola permaneça afastada de quem não contraiu a doença (BIO-MANGUINHOS/FIOCRUZ, 2014).

O citomegalovírus (CMV) é um herpes vírus humano que ocorre em todas as regiões do mundo e que possui variedade de acordo com as condições socioeconômicas locais. Possui característica peculiar em sua capacidade de latência, podendo ser reativado em diferentes circunstâncias. O CMV possui agentes etiológicos mais comuns de infecções congênitas e perinatais no mundo ocorrendo em 0,2 a 2,2% dos recém-nascidos, com maior incidência em populações de classe socioeconômica baixa (REZENDE, 2011).

A infecção por CMV representa a mais prevalente infecção correlacionada com deficiência neurológica congênita, trata-se de infecção cosmopolita, podendo ser transmitido por meio do contato interpessoal próximo com fluidos corporais infectados, geralmente saliva, como também sangue, urina ou secreções genitais. Apesar da ocorrência da transmissão vertical em taxas consideravelmente elevadas, nem sempre o feto é atingido. O risco de danos ao concepto é maior quando a infecção materna se desenvolve no primeiro trimestre ou no início do segundo trimestre (OLIVEIRA ET AL., 2011).

Como na maioria das mulheres não há manifestação clínica aparente, a suspeita diagnóstica baseia-se em achados ultrassonográficos de acometimento fetal. Diante disso, a sorologia pode evidenciar imunidade pregressa (IgG positiva e IgM negativa), ausência de contato prévio (IgG e IgM negativas), uma possível infecção recente apresentando IgG e IgM positivas (FEBRASGO, 2011).

Na presença de achados fortemente sugestivos de acometimento fetal, o diagnóstico invasivo com pesquisa de DNA viral, por reação em cadeia polimerase, no líquido amniótico é mais adequado, sendo atualmente o melhor preditor de lesões neurológicas. (FEBRASGO, 2011, p. 125).

Como medida primária de prevenção recomenda-se higiene rigorosa e lavagem das mãos ao manipular objetos e utensílios (fraldas, roupas, utensílios domésticos, copos, talheres), contendo fluidos corporais de pessoas potencialmente portadoras, como crianças e idosos. Essas medidas são recomendadas para todas as gestantes, em particular para as de maior risco, como as mulheres que trabalham em creches, casas de repouso,

unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica. Para esse grupo de maior risco, pode ser recomendada a realização do *status* sorológico pré-concepcional (FEBRASGO, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde não está indicada a investigação sorológica de CMV na população brasileira, visto que não há, até o momento, nenhuma modalidade de tratamento materno que previna ou reduza a chance de ocorrência de doença fetal que tenha sido aprovada para uso. Sendo a forma de infecção por CMV de maior prevalência a transmissão interpessoal o enfermeiro deve se atentar para orientar a mãe quanto às medidas preventivas durante a consulta de pré-natal (BRASIL, 2012).

As hepatites causadas pelos vírus B e C constituem grave problema de saúde pública. Segundo estimativas da OMS, aproximadamente dois bilhões de pessoas se infectaram, em algum momento da vida, com o vírus da hepatite B (HBV). Cerca de 400 milhões de pessoas no mundo são portadores crônicos da HBV e mais de 170 milhões de portadores do vírus C da hepatite (BRASIL, 2011). No que se refere à magnitude dos diferentes tipos, ocorre variação de uma região para outra. Assim como no Brasil, também há grande variação regional na prevalência de cada uma delas (BRASIL, 2008).

A transmissão vertical de hepatite B é causa frequente de disseminação do seu vírus (HBV) em regiões de alta endemicidade. A cronificação da doença ocorre em aproximadamente 5% a 10% dos indivíduos adultos infectados. Caso a infecção ocorra por transmissão vertical, o risco de cronificação dos recém-nascidos de gestantes com evidências de replicação viral (HBeAg reagente e/ou HBV DNA  $> 10^4$ ) é de cerca de 70% a 90%, e entre 10% a 40% nos casos sem evidências de replicação do vírus (BRASIL, 2010).

Dentre as condutas para diagnóstico de hepatite B durante o pré-natal, deve-se solicitar o HBsAg. Se for negativo, deve ocorrer o acompanhamento de rotina normal, solicitando nova avaliação no terceiro trimestre. Em caso de positivo para HBsAg, cita-se que:

Deve solicitar HBeAg, se este for negativo, o anti-HBe, se este for positivo deve solicitar PCR para HBV, pois aproximadamente 50% das pacientes com anti-HBe positivo apresentam vírus mutantes, e que não são detectados, sendo necessário a realização do PCR para confirmação. (FEBRASGO, 2011, p. 116).

As portadoras crônicas deverão ter retornos mensais até a 32<sup>ª</sup> semanas, quinzenal até a 36<sup>ª</sup> semanas e semanal até o termo. A gestante deverá ser acompanhada quanto à possibilidade de encefalopatias, coagulopatias ou mesmo enfraquecimento e debilidade progressiva (FEBRASGO, 2011).

A prevenção de Hepatite B deve ser abordada durante o pré-natal quanto à profilaxia pré-exposição, pós-exposição, não compartilhar seringas e agulhas, e apresentação do cartão de vacina atualizado.

A vacinação é a medida mais segura para a prevenção da Hepatite B. No Brasil, a vacina contra Hepatite B está disponível nas salas de vacinação do SUS para faixas etárias específicas e para situações de maior vulnerabilidade. (BRASIL, 2010, p. 233).

O vírus da hepatite C (HCV) foi identificado por Choo e colaboradores em 1989 nos Estados Unidos. O HCV é o principal agente etiológico da hepatite crônica, anteriormente denominada hepatite não-A-não-B. Em gestantes com carga viral do HCV elevada ou coinfectadas pelo HIV apresentam maior risco de transmissão da doença para os recém-nascidos (BRASIL, 2010).

Um estudo brasileiro rastreou 6.995 gestantes brasileiras (58,5% eram parturientes), encontrando que a prevalência do vírus C é maior em gestantes do que em doadores de sangue. A taxa de infecção perinatal de bebês nascidos de mães soropositivas é da ordem de 5 a 6%, sendo os principais fatores de risco a elevada carga viral materna e a coinfeção pelo vírus HIV, podendo chegar a 36% (FEBRASGO, 2011).

O rastreamento para o vírus C durante o pré-natal não é de rotina como ocorre para o vírus B. O teste rotineiro poderia levar à identificação de um maior número de casos, porém, com poucos benefícios, uma vez que não há prevenção da transmissão materno-fetal. De muita utilidade seria o oferecimento do teste às mulheres que possuam desejo de engravidar, pois as soropositivas com alta carga viral se beneficiariam do tratamento antiviral, reduzindo em 80% a carga viral, com enormes benefícios para a gestação futura (FEBRASGO, 2011).

Sendo assim, dentre as condutas, diz-se que:

Os casos de hepatite aguda deverão ser conduzidos da mesma forma orientada para a HBV. Completar o diagnóstico laboratorial com relação às outras hepatites virais. Os retornos serão mensais até a 32ª semana de gestação, quinzenais até 36 semanas e semanais até o termo, sempre com o cuidado de avaliação da vitalidade fetal pela ultrassonografia, cardiocotografia e dopplervelocimetria. (FEBRASGO, 2011, p. 119).

Como não há vacina para a prevenção de Hepatite C, deve ser baseada em orientações sobre o não compartilhamento de seringas e estimular o uso de preservativo nas relações sexuais, orientações sobre a possibilidade de transmissão vertical e pelo aleitamento materno com mães infectadas pelo HCV (BRASIL, 2010).

Em exposições com paciente-fonte infectado pelo vírus da Hepatite C e pacientes com fonte desconhecida, está recomendado o acompanhamento do profissional de

saúde. Como o período de incubação da Hepatite C dura, em média, 7 semanas (variando entre 2 a 24 semanas) e a grande maioria (>75%) dos casos agudos é assintomática, é necessária a investigação laboratorial para o diagnóstico. (BRASIL, 2010, p. 34).

As hepatites virais são doenças de notificação compulsória, e o ato de notificar deve ser entendido como ação no processo de vigilância. O rastreamento da fonte de infecção relacionada a cada caso é primordial na implantação de medidas de prevenção e controle adequadas (BRASIL, 2010).

As hepatites B e C, ressaltando que a B é sempre rastreada no pré-natal, mas é preciso fazer uma conscientização, orientar que, assim que for pensado no planejamento familiar, devem ser realizados testes rápidos para observar o diagnóstico positivo ou negativo, para quando for engravidar tomar as precauções. Logo a C de pouco rastreamento, mas de caráter crônico, precisa ser mais vista e procurada pelos profissionais, pois os vários tipos devem conscientizar seus pacientes para o compartilhamento de seringas, sexo desprotegido, a portadora de HIV, pois pode ser transmitido de maneira vertical até pelo aleitamento. O rastreamento e a educação em saúde são de grande valia para esses casos.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir da construção do estudo, verificou-se que a gravidez de baixo risco pode ser acompanhada inteiramente pelo enfermeiro, que faz parte de uma equipe multiprofissional. Para que ocorra a prevenção de possíveis complicações que afetem a vida materna e fetal, aconselha-se a realização da busca ativa um diagnóstico precoce com a finalidade de tornar as ações efetivas e resolutivas por parte da equipe de saúde.

O objetivo inicial de discutir a importância da prevenção e detecção precoce da toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e hepatite B e C, foi alcançado, no entanto, o perfil epidemiológico não foi satisfatório, pois os dados de Toxoplasmose e Citomegalovírus em gestantes não são publicados, apesar de ambas serem doenças que podem comprometer o desenvolvimento fetal.

Considerando Toxoplasmose uma doença infectocontagiosa acredita-se na necessidade da notificação compulsória para o acompanhamento e vigilância das ocorrências desse agravo durante a gravidez. Diante disso se faz necessário que exista uma ampla sensibilização da enfermagem na atenção primária, visando o pré-natal como forma de prevenção primária e diagnóstico precoce, notificando rubéola, síndrome da rubéola congênita e hepatites virais.

Ressalta-se a necessidade de mais estudos sobre rubéola, citomegalovírus e toxoplasmose, principalmente no que se refere a número de casos para se traçar um perfil epidemiológico, por meio de acesso ao Sistema de Informação de Agravos e Notificações (SINAN) e Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), pela falta de informação dos dados e com apresentação de oscilações dos mesmos a cada acesso.

## REFERÊNCIAS

BARROS, S. M. O. (Org.). **Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal**. Barueri, SP: Manole, 2009.

BARROS, S. M. O.; LACAVA, R. M. V. B.; LIMA, M. B. O. Susceptibilidade à rubéola entre gestantes: prevalência e intervenções de enfermagem. **Acta Paul Enf**, São Paulo, v.14, n.1, 2001. p.54-61. Disponível em: <<http://www2.unifesp.br/acta/index.php?volu-me=14&numero=1&item=res6.htm>>. Acesso em: 13 maio 2015.

BIO-MANGUINHOS/FIOCRUZ. **Instituto de tecnologia em imunobiológicos**. Bio-Manguinhos. Disponível em: <<https://www.bio.fiocruz.br/index.php/rubeola-sintomas-transmissao-e-prevencao>>. Acesso em: 30 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Hepatites virais: o Brasil está atento** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. 8.ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 5.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

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.

FEBRASGO. **Gestação de alto risco**. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO, 2011. Disponível em: <[http://febrasgo.luancomunicacao.net/wpcontent/uploads/2013/05/gestacao\\_alto-risco\\_30-08.pdf](http://febrasgo.luancomunicacao.net/wpcontent/uploads/2013/05/gestacao_alto-risco_30-08.pdf)>. Acesso em: 15 maio 2015.

JOHNSON, K. E.; WEISMAN L. E.; EDWARDS M. S.; TORCHIA M. M. Overview of TORCH infections. **Elsevier Saunders**, Philadelphia 2012. p.2 . Disponível em: <[http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=pedi\\_id/25219&selectedTitle=2~150&source=search\\_result](http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=pedi_id/25219&selectedTitle=2~150&source=search_result)> . Acesso em: 25 maio 2015.

KOMPALIC-CRISTO, A.; BRITTO, C.; FERNANDES, O. Diagnóstico molecular da toxoplasmose: revisão. **Bras Patol Med Lab**, v.41, n.4, ago. 2005. p.229-35. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpml/v41n4/a03v41n4.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2015.

MELO, D. F. *et al.* Atuação educativa do profissional enfermeiro na assistência ao pré-natal. **Cadernos de Graduação Ciências Biológicas e da Saúde**, v.2, n.3, Maceió, maio 2015. p.57-66. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/view/2048/1265>>. Acesso em: 7 jul. 2015.

MIRANDA, M. M. S. *et al.* Rastreamento das infecções perinatais na gravidez: realizar ou não? **FEMINA**, v.40, n.1. jan/fev. 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n1/a3075.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2015.

OLIVEIRA F. L.; BRAGA, A.; CAPUTO, A.; REZENDE-FILHO, J. F.; MONTENEGRO, C.A.B. Infecção pelo citomegalovírus na gestação: uma visão atual. **FEMINA**, v.39, n.11, Nov. 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n11/a2968.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2015.

OPAS/OMS. Organização Pan-americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. **A Região das Américas é a primeira no mundo a ser declarada como livre da rubéola**. 2015. Disponível em: <[http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4828:a-regiao-das-americas-e-a-primeira-no-mundo-a-ser-declarada-como-livre-da-rubeola-&Itemid=821](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4828:a-regiao-das-americas-e-a-primeira-no-mundo-a-ser-declarada-como-livre-da-rubeola-&Itemid=821)>. Acesso em: 13 maio 2015.

REZENDE, J. M. **Obstetrícia fundamental**/ Carlos Antônio Barbosa Montenegro, Jorge de Rezende Filho. 12.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SANTOS, V. O que é e como fazer Revisão da Literatura na pesquisa Teológica. In: GOLDIM, J. R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. Porto Alegre: Dacasa, 1997. p.149. Disponível em: <[http://mackenzie.br/fileadmin/Mantenedora/CPAJ/Fides\\_Reformata/17/17\\_1artigo6.pdf](http://mackenzie.br/fileadmin/Mantenedora/CPAJ/Fides_Reformata/17/17_1artigo6.pdf)> . Acesso em: 30 maio 2015.

VARELLA, I. *et al.* Prevalência de soropositividade para toxoplasmose em gestantes. **Jornal de Pediatria**, v.79, n.1, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v79n1/v79n1a12.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2015.

---

**Data do recebimento:** 09 de julho de 2015

**Data da avaliação:** 10 de julho de 2015

**Data de aceite:** 08 de agosto de 2015

---

- 
1. Graduanda do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Tiradentes – UNIT/AL. E-mail: dayla\_brito@hotmail.com
  2. Graduanda do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Tiradentes – UNIT/AL. E-mail: elysa\_quintela@hotmail.com
  3. Graduanda do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Tiradentes – UNIT/AL. E-mail: lauraboliveiraa@hotmail.com
  4. Graduanda do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Tiradentes – UNIT/AL. E-mail: vanessah\_araujo@hotmail.com
  5. Professora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Tiradentes – UNIT/AL. E-mail: albambf@hotmail.com