

Pesquisa do estreptococo do Grupo B em gestantes da Zona Leste de São Paulo*

A STUDY OF GROUP B STREPTOCOCCUS IN PREGNANT WOMEN OF EASTERN SÃO PAULO

INVESTIGACIÓN DEL ESTREPTOCOCO DEL GRUPO B EN GESTANTES DE ZONA ESTE DE SÃO PAULO

Juliana Mello Função¹, Nádia Zanon Narchi²

RESUMO

O presente trabalho trata-se de estudo transversal e retrospectivo, realizado com trinta mulheres usuárias de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da Zona Leste de São Paulo, por meio de entrevista e consulta de prontuários, com o objetivo de verificar como ocorre a pesquisa do estreptococo do grupo B em gestantes. As participantes da amostra realizaram pré-natais na UBS e tiveram seus bebês no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2010. Realizaram a cultura do EGB 23 mulheres (76,7% do total), 82,6% com resultados negativos e 17,4%, positivos; 43,5% delas realizaram o exame entre 35 e 37 semanas de gestação; 23,5% não realizaram o exame, a maior parte por ausência de solicitação. Foi possível verificar que ocorreram falhas no rastreamento do EGB durante o período selecionado.

DESCRIPTORIOS

Streptococcus agalactiae
Infecções estreptocócicas
Cuidado pré-natal
Saúde materno-infantil
Enfermagem materno-infantil

ABSTRACT

A retrospective, cross-sectional study of 30 women seen at a Basic Health Care Unit (BHCU) in the Eastern Section of São Paulo, using interviews and medical record reviews, to determine how group B streptococcus (GBS) was detected in pregnant women. The patients in the studied sample received prenatal care at the UBS and delivered their babies between January 2009 and December 2010. Twenty-three of the women (76.7% of the total) underwent a GBS culture, 82.6% of which yielded a negative result and 17.4% of which yielded a positive result; 43.5% of these women underwent the test between 35 and 37 weeks of gestation; and 23.5% of the participants were not tested, mostly because no test was requested. GBS screening failures were shown have occurred during the selected period.

DESCRIPTORS

Streptococcus agalactiae
Streptococcal infections
Prenatal care
Mother and child health
Mother and child nursery.

RESUMEN

Estudio transversal y retrospectivo, realizado con 30 mujeres pacientes de una Unidad Básica de Salud (UBS) de la Zona Este de São Paulo mediante entrevista y consulta de historias clínicas, con el objetivo de verificar como se efectúa la investigación de estreptococos del grupo B en gestantes. La muestra realizó prenatal en la UBS y tuvo sus bebés en el período de enero de 2009 a diciembre de 2010. Veintitrés mujeres (76,7% del total) realizaron la cultura de EGB, 82,6% con resultados negativos y 17,4% positivos; 43,5% de las pacientes realizaron el examen entre las semanas 35 y 37 de gestación; 23,5% no realizaron el examen, la mayor parte por no haber efectuado la solicitud. Fue posible verificar que ocurrieron fallos en el rastreo del EGB durante el período seleccionado.

DESCRIPTORES

Streptococcus agalactiae
Infecciones estreptocócicas
Atención prenatal
Salud materno-infantil
Enfermería materno-infantil

* Extraído de Trabalho de Iniciação Científica "Pesquisa do Estreptococo do Grupo B em Gestantes da Zona Leste de São Paulo", Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, 2011. ¹ Graduanda do Curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. juliana.funcao@usp.br ² Professora Associada do Curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. nzn@usp.br

INTRODUÇÃO

O estreptococo do grupo B (EGB) ou *Streptococcus agalactiae* é uma bactéria comumente encontrada na mulher, que coloniza o trato genital a partir de seu principal reservatório, o gastrointestinal e também, com menos frequência, o urinário. Estima-se que 15 a 40% das mulheres grávidas são portadoras do EGB na vagina e/ou no reto⁽¹⁻³⁾ e que cerca de 50 a 75% dos recém-nascidos expostos ao EGB tornam-se colonizados antes ou depois do parto sem que isso represente necessariamente desenvolvimento de infecção ou doença neonatal⁽⁴⁾.

Durante o ciclo gravídico-puerperal, o EGB pode causar infecções urinárias, endometrites, corioamnionites, infecções de feridas no pós-parto e sepse puerperal. Além disso, a bactéria pode comprometer a evolução da gestação, provocando abortamento, morte fetal intrauterina, ruptura prematura de membranas e parto prematuro⁽²⁾.

Já no período neonatal, a infecção apresenta duas formas de manifestação clínica: doença de início precoce, que ocorre em dois terços dos casos e que se manifesta na primeira semana de vida, 80% das vezes nas 24 primeiras horas de vida do bebê, caracterizada por sepse, desconforto respiratório, apneia, pneumonia e meningite; e a de início tardio, que se manifesta entre sete e 90 dias após o parto, na média de 27 dias, sendo 50% das vezes associada à infecção do tipo hospitalar e tendo a meningite como principal ocorrência⁽³⁾.

A primeira estratégia de profilaxia da infecção materno-fetal proposta e adotada internacionalmente, elaborada em 1996 pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) em conjunto com o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG)⁽⁵⁾, foi a pesquisa dos seguintes fatores de risco para EGB: trabalho de parto antes de 37 semanas completas de gestação, mesmo com bolsa íntegra; trabalho de parto em gestação a termo com duração superior a 18 horas e bolsa rota; febre inexplicável durante o trabalho de parto; presença de infecção neonatal por EGB em gestação anterior e infecção presente ou passada do trato urinário por EGB.

Em 2002, o CDC⁽⁶⁾ decidiu pela exclusão dessa pesquisa de risco, já que metade dos casos de sepse precoce em recém-nascidos ocorria sem relação com nenhum dos fatores citados. Outro argumento favorável à mudança de critérios para o estabelecimento de condutas foi o uso desnecessário de antibióticos em mulheres não colonizadas pelo EGB. Por esses motivos, a estratégia profilática recomendada pelo CDC foi a triagem pré-natal do EGB em material colhido do intróito vaginal e da região perianal de todas as gestantes que se encontrassem entre a 35ª e 37ª semana de gestação.

Culturas colhidas mais precocemente não podem prever se a mulher estará colonizada no parto, já que a

coleta realizada até quatro semanas antes do parto tem maior sensibilidade e especificidade para identificar a colonização materna no momento do nascimento e, caso o parto não ocorra neste período, ela deve ser repetida.

De acordo com a Nota Técnica do Projeto Mãe Paulistana⁽⁷⁾, que segue as recomendações do CDC e do Ministério da Saúde (MS), compete à Atenção Básica o rastreamento do EGB, ou seja, todas as mulheres grávidas devem realizar cultura de secreção vaginal e retal entre a 35ª e a 37ª semana de gestação.

Variações na prevalência da colonização de gestantes pelo EGB relacionam-se tanto às diferenças em suas características, como idade, paridade, nível socioeconômico e localização geográfica, quanto aos métodos de cultura utilizados. Trabalhos realizados em hospitais do Paraná, Santa Catarina, São Paulo e Maranhão^(2-3,8-9) mostraram prevalências para o EGB de 14,9%, 21,6%, 14,6% e 20,4%, respectivamente.

Apesar de o rastreamento ser acessível e a coleta ser simples, observa-se que ainda hoje a cultura do EGB não é realizada rotineiramente durante o pré-natal⁽³⁾. A escassez de informações a respeito da ocorrência da infecção pode ser vista, em parte, como responsável pela pouca atenção dada pelos órgãos responsáveis tanto no rastreamento durante o pré-natal quanto na profilaxia correta no momento do parto das mulheres colonizadas^(1,3). Esses são os motivos que justificaram a realização deste estudo.

Seu objetivo foi verificar como ocorre a pesquisa do EGB em gestantes assistidas durante o pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da Zona Leste de São Paulo.

Apesar de o rastreamento ser acessível e a coleta ser simples, observa-se que ainda hoje a cultura do EGB não é realizada rotineiramente durante o pré-natal.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo e descritivo⁽¹⁰⁾, com abordagem quantitativa, realizado na UBS *Cidade Pedro José Nunes*, situada no bairro de São Miguel, Zona Leste de São Paulo, que atende uma população estimada de 20.000 pessoas e possui cinco equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), verificou-se um total de 208 mulheres cadastradas na UBS com bebês nascidos no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2010. A partir dessa informação, elaborou-se uma tabela dos 208 prontuários, que foram analisados um a um.

Com a ajuda das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), verificou-se que somente 104 usuárias haviam realizado todo o acompanhamento pré-natal e continuavam morando na área de abrangência da UBS. Seus prontuários foram numerados e, por meio de um sorteio simples sem reposição, foi composta a amostra probabilística, do tipo aleatória

simples⁽¹¹⁾, de 25% da população, ou seja, de 30 mulheres, que posteriormente foram contatadas pelas Agentes Comunitárias de Saúde a fim de se verificar sua disponibilidade para receber visita domiciliar. Como não houve recusas, foram agendadas entrevistas para a coleta de dados.

Os critérios de inclusão utilizados para a constituição da amostra foram: mulheres que se encaixassem no perfil buscado, isto é, que tivessem realizado o pré-natal na UBS, tivessem tido seus bebês no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2010 e aceitassem participar do estudo. Os critérios de exclusão foram: mulheres que se recusassem a participar ou que houvessem se mudado da área de abrangência.

A coleta de dados foi realizada primeiramente nos 30 prontuários, verificando-se dados relativos ao período gravídico-puerperal e à coleta do EGB. Em seguida, as participantes foram pessoalmente entrevistadas para serem coletados dados adicionais sobre a gestação, parto e puerpério, condições do recém-nascido e realização da cultura para detecção do EGB.

Para verificar como ocorreu a pesquisa do EGB, utilizaram-se as seguintes variáveis: idade gestacional (IG) na data da coleta do exame; recebimento de explicações sobre o procedimento, importância e resultado; cartão de pré-natal com anotação de resultado de cultura; recebimento de orientações caso a cultura fosse positiva; e motivos alegados para a não realização do exame.

Em relação à idade gestacional, é importante destacar que ela foi corrigida no momento em que foram coletados os dados nos prontuários. Isso foi feito com o intuito de se estimar qual foi, de fato, a idade gestacional em que ocorreu o exame, utilizando-se para a correção a ultras-

sonografia (USG) obstétrica mais precoce, ou seja, aquela realizada no primeiro trimestre gestacional.

No momento da visita domiciliar e antes da entrevista, todas as participantes foram devidamente informadas sobre os objetivos e a relevância do estudo, bem como sobre a manutenção do sigilo, do anonimato e do livre direito de participar, conforme determina a Resolução 196/96 e de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram coletados após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (CEP/SMS), Parecer nº 402/10, e devida autorização dos responsáveis pela Supervisão de Saúde e UBS.

Todos os dados foram analisados de forma descritiva. O pacote estatístico utilizado foi o Epi-Info 3.5.2. da Organização Mundial de Saúde (OMS).

RESULTADOS

No que tange à caracterização sociodemográfica da amostra, ela foi composta por mulheres autodeclaradas brancas (66,7%), com idade maior ou igual a 20 anos (76,7%), com nove ou mais anos de estudo (70%), renda familiar de um a dois salários mínimos (70%), vivendo com o companheiro em união estável (40%) e não tabagistas (93,3%).

A cultura para detecção do EGB foi realizada em 76,7% das mulheres, dentre as quais 82,6% tiveram resultado negativo e 17,4% positivo, o que determinou prevalência pontual para o EGB igual a 17,4%.

A Tabela 1 mostra os componentes de caracterização sociodemográfica da amostra conforme a realização e os resultados de cultura de EGB.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica de acordo com a presença de EGB - São Paulo, 2011

Variáveis	EGB Positivo		EGB Negativo		Sem EGB	
	N	%	N	%	N	%
Raça ou cor auto-declarada						
Branca	3	10,0	13	43,3	4	13,4
Não branca	1	3,3	6	20,0	3	10,0
Idade (anos)						
< 20	-	-	5	16,6	2	6,7
> ou = 20	4	13,3	14	46,7	5	16,7
Grau de escolaridade						
1 a 8 anos de estudo	2	6,7	6	20,0	1	3,3
9 ou mais anos de estudo	2	6,7	13	43,3	6	20,0
Renda familiar						
Até 1 SM*	1	3,3	2	6,7	-	-
De 1 a 2 SM	3	10,0	13	43,3	5	16,7
Mais de 2 SM	-	-	4	13,3	2	6,7

Continua...

...Continuação

Variáveis	EGB Positivo		EGB Negativo		Sem EGB	
	N	%	N	%	N	%
Situação conjugal						
Solteira	-	-	6	20,0	1	3,3
Casada	3	10,0	8	26,7	-	-
União estável	1	3,3	5	16,7	6	20,0
Tabagismo						
Sim	-	-	2	6,7	-	-
Não	4	13,3	17	56,7	7	23,3

* SM: salário mínimo.

Quanto à caracterização gineco-obstétrica, a amostra foi majoritariamente composta por multíparas (70%), sem abortamento prévio (86,7%), sem relato de doença sexualmente transmissível (93,3%) e com informe de infecção urinária na última ou penúltima gestação (53,3%). No último parto, as mulheres informaram que tiveram seus bebês

por via vaginal (70%), com IG maior ou igual a 37 semanas (93,3%), sem ruptura prematura de membranas (86,7%) e sem febre durante o parto ou no pós-parto (96,7%).

A Tabela 2 mostra os componentes ginecológicos e obstétricos das mulheres de acordo com a realização e o resultado de cultura do EGB.

Tabela 2 - Caracterização gineco-obstétrica de acordo com resultado da cultura de EGB - São Paulo, 2011

Variáveis	EGB Positivo		EGB Negativo		Sem EGB	
	N	%	N	%	N	%
Número de gestações						
Uma	-	-	7	23,3	2	6,7
Duas	1	3,3	9	30,0	2	6,7
Três	2	6,7	1	3,3	-	-
Quatro	1	3,3	2	6,7	2	6,7
Cinco ou mais	-	-	-	-	1	3,3
Paridade						
Primípara	-	-	7	23,3	2	6,7
Multípara	4	13,3	12	40,0	5	16,7
Abortamento prévio						
Sim	1	3,3	1	3,3	2	6,7
Não	3	10,0	18	60,0	5	16,7
Relato de DST						
Sim	-	-	2	6,7	-	-
Não	4	13,3	17	56,7	7	23,3
Idade Gestacional no último parto						
< 37 semanas	-	-	2	6,7	-	-
> ou = 37 semanas	4	13,3	17	56,7	7	23,3
Ruptura prematura de membranas no último parto						
Sim	1	3,3	2	6,7	1	3,3
Não	3	10,0	17	56,7	6	20,0
Tempo de bolsa rota no último parto						
< 18 horas	3	10,0	18	60,0	6	20,0
> ou = 18 horas	1	3,4	1	3,3	1	3,3
Infecção urinária na última ou penúltima gestação						
Sim	2	6,7	10	33,3	4	13,3
Não	2	6,7	9	30,0	3	10,0

Continua...

Variáveis	EGB Positivo		EGB Negativo		Sem EGB	
	N	%	N	%	N	%
Febre materna intraparto atual						
Sim	-	-	-	-	1	3,3
Não	4	13,4	19	63,3	6	20,0
Febre materna pós-parto atual						
Sim	-	-	1	3,3	-	-
Não	4	13,4	18	60,0	7	23,3
Líquido amniótico com mecônio no parto						
Sim	-	-	-	-	-	-
Não	4	13,4	19	63,3	7	23,3
Última via de parto						
Parto normal	2	6,7	14	46,7	5	16,6
Cesariana	2	6,7	5	16,6	2	6,7

Em relação à pesquisa do EGB, 73,9% das mulheres relataram que foram orientadas sobre como era realizado o procedimento de coleta e sua importância e 87% sobre o resultado da cultura antes do parto. Apenas 78,3% dos cartões de pré-natal continham informações sobre a coleta e o resultado da cultura, sendo que a IG na data da coleta do exame foi menor do que 35 semanas em 52,2% das vezes, deu-se entre 35 e 37 semanas em 43,5% e foi maior do que 37 semanas em 4,3%.

Entre as mulheres cujo resultado da cultura foi positivo (17,4%), todas referiram terem sido orientadas durante o pré-natal sobre o significado desse achado e sobre a necessidade da antibioticoprofilaxia no momento do parto. Apesar disso, uma usuária com cultura positiva relatou não haver recebido qualquer tipo de antibióticos durante o processo de parto e nascimento.

Nos casos em que a cultura não foi realizada (23,3%), o motivo alegado pela maioria (85,7%) foi a não solicitação pelo profissional que as assistia durante o pré-natal. Todas referiram que teriam realizado o exame se este houvesse sido solicitado, principalmente devido à sua importância e às possíveis consequências que a infecção poderia acarretar ao recém-nascido.

DISCUSSÃO

No Brasil, existem poucos trabalhos^(2-3,8-9) evidenciando a prevalência de colonização materna e neonatal pelo EGB, sendo também recente, no Estado de São Paulo, o protocolo sobre a realização universal da pesquisa em gestantes.

Estudos⁽¹²⁻¹³⁾ demonstram que não é possível selecionar um grupo de mulheres com elevada probabilidade de estarem colonizadas pelo EGB no momento do parto, a despeito dos fatores de risco já identificados pela literatura. Pesquisa⁽¹²⁾ mostra que gestantes com qualquer um dos fatores de risco já citados, mas com cultura negativa de EGB, foram consideradas de baixo risco para infecção

neonatal precoce, com incidência de 0,9 casos/1.000 nascimentos, quando comparadas às mulheres com cultura positiva e sem nenhum fator de risco, cuja incidência é de 5,1 casos/1000 nascimentos.

Estudo conduzido pelo CDC⁽¹⁴⁾ concluiu que a estratégia de rastreio, com coleta de cultura em todas as gestantes entre 35 e 37 semanas, é 50% mais efetiva na prevenção da infecção precoce pelo EGB do que a estratégia baseada em fatores de risco. Entretanto, o rastreamento somente pode alcançar eficácia máxima na dependência de alguns fatores, como o sítio da coleta, obrigatoriamente vaginal e anorretal, a qualidade do material coletado, a técnica bacteriológica utilizada e a idade gestacional.

O presente estudo se deteve apenas ao fator idade gestacional, não avaliando os sítios coletados, o tipo de material ou os métodos microbiológicos. Nesse sentido, é importante ressaltar que a UBS selecionada segue as recomendações descritas na Nota Técnica do Projeto Mãe Paulistana⁽⁷⁾ para o rastreamento do EGB.

No entanto, os resultados desta pesquisa mostram que em apenas 43,5% das mulheres a coleta foi realizada na idade gestacional preconizada, ou seja, na maioria dos casos os exames foram realizados fora do período recomendado pelo CDC⁽⁶⁾. Ressalta-se, mais uma vez, que esse período é indicado devido a maior sensibilidade e especificidade da cultura realizada até quatro semanas antes do parto.

Uma das possíveis causas levantadas para tal fato pode advir de erros no cálculo da idade gestacional, muitas vezes baseada em data da última menstruação (DUM) incerta ou, mais frequentemente, em USG realizadas durante o segundo e terceiro trimestres gestacionais, cujas estimativas de erro são bem maiores. Nesse contexto, é importante destacar que a USG obstétrica é o método mais eficaz para datação da gravidez, sobretudo quando realizada precocemente, ou seja, no primeiro trimestre da gravidez⁽¹⁵⁾. Nota-se que a falta de precisão na estimativa da idade gestacional por meio da data da última mens-

truação deve-se principalmente à lembrança inadequada do evento e à ocorrência de ciclos menstruais irregulares.

A inadequação da idade gestacional na coleta do exame pode também estar relacionada ao desconhecimento ou à incorreta interpretação do protocolo pelo profissional de saúde, que pode considerar mais importante a realização do exame em qualquer momento da gestação e a seu critério.

A correta determinação da idade gestacional é fundamental para o bom seguimento da gravidez e redução de intervenções desnecessárias, sendo sua definição precisa de suma importância nos extremos de viabilidade fetal, tanto em relação aos nascimentos prematuros quanto às gestações prolongadas. Assim, a predição da idade gestacional entre a 11ª e a 14ª semana de gestação, decorrente da medida do comprimento craniocaudal fetal, tem um erro de, no máximo, uma semana⁽¹⁶⁾. Em contrapartida, quando essa estimativa é realizada próxima à 20ª e à 30ª semana gestacional, o erro passa para uma semana e meia e duas semanas e meia, respectivamente.

Ao comparar a data da última menstruação com a USG obstétrica realizada precocemente, estudos⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ revelam que a primeira tende a superestimar a idade gestacional, principalmente nos extremos da gestação, aumentando a proporção de gestações pós-termo e subestimando partos prematuros. Sendo assim, a data da última menstruação pode diferir da estimativa ultrassonográfica em cerca de dois a 14 dias.

Na presente pesquisa, a superestimação da idade gestacional pode estar relacionada à pequena quantidade de solicitação da cultura de EGB para mulheres com mais do que 37 semanas gestacionais (4,3% dos casos) ou ao número elevado de culturas realizadas antes do período adequado (52,2% dos casos). Além disso, os casos em que os exames não foram requisitados (23,3%) podem estar relacionados à falta de conhecimento do profissional de saúde quanto ao protocolo ou ao método correto de datação da gravidez, conforme já discutido.

Entre as mulheres entrevistadas em que houve a realização da cultura, a maioria mostrou-se informada sobre as finalidades do exame, sua importância e consequências da infecção para o recém-nascido. Muitas multiparas, inclusive, questionaram o motivo pelo qual a cultura não foi realizada nas gestações precedentes. Nesse sentido, ressalta-se que 26,1% das mulheres informaram que não foram orientadas sobre o procedimento ou a importância do exame, sendo-lhes apenas informado que este deveria ser realizado.

Em relação a isso, um fato interessante a ser destacado foi o contato estabelecido entre as usuárias e as Agentes Comunitárias de Saúde que contribuíram para o andamento da pesquisa. Todas elas se disponibilizaram para o agendamento das visitas domiciliares, diziam saber exatamente quais usuárias haviam realizado o exame e, principalmente, quais tiveram resultado positivo de cultura.

Nesse contexto, observa-se que a ESF⁽¹⁸⁾ teve início em meados de 1993, como um programa do Ministério da Saúde para mudar a forma tradicional de prestação de assistência, visando ao trabalho na lógica da promoção da saúde e almejando a integralidade da assistência ao usuário como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade. Entre outros aspectos, para o alcance desse objetivo, faz-se necessária a vinculação dos profissionais e dos serviços com a comunidade, tornando-se as Agentes Comunitárias de Saúde o elo entre a população, os profissionais e o serviço de saúde, conforme verificado.

No que se refere às mulheres cuja cultura de EGB foi positiva, apenas uma informou não haver recebido a antibióticoprofilaxia intraparto, que deveria ter sido iniciada quatro horas antes do nascimento. A eficácia desse tratamento é estimada em torno de 25 a 30%, o que pode reduzir a mortalidade de recém-nascidos em 10%⁽⁷⁾. A única indicação para iniciar o tratamento durante a gestação é a infecção urinária por EGB.

Segundo essa mulher, foi-lhe explicado que ela não deveria receber o antibiótico devido ao parto cirúrgico, cuja indicação era por ela desconhecida. Acerca disso, encontra-se na literatura⁽¹²⁾ que apenas em casos de cesárea eletiva a profilaxia não é necessária, já que o risco para doença neonatal é baixo. Entretanto, caso haja a opção pelo antibiótico, sua administração deve ocorrer no momento em que for realizada a incisão cirúrgica e não quatro horas antes do nascimento.

Vários fatores de risco para infecção neonatal por EGB já foram identificados, sendo a colonização materna o mais importante, o que aumenta o risco para o recém-nascido em cerca de 200 vezes⁽¹⁹⁾. Taxas de infecção neonatal maiores que 0,6/1000 nascidos vivos (NV) indicam a necessidade do estabelecimento de profilaxia por meio de identificação de fatores de risco maternos, enquanto taxas superiores a 1,2/1000 NV exigem a realização universal de cultura no pré-natal, com relação custo-benefício favorável.

No Brasil, a determinação dessas taxas é ainda recente. Estudo realizado em Campinas⁽¹⁹⁾ mostrou incidência de infecção neonatal por EGB de 1,4/1000 NV, o que confirma a necessidade do rastreamento universal nas gestantes. Além disso, de acordo com o CDC⁽¹²⁾, a introdução de um esquema estruturado de profilaxia diminui em quase 70% a incidência da doença estreptocócica de início precoce no recém-nascido, de 1,5 para 0,5 por 1.000 NV.

CONCLUSÃO

Independentemente das limitações do estudo, relacionadas ao viés de seleção, ao tamanho reduzido da amostra e à impossibilidade de análise estatística mais complexa, foi possível concluir que ocorreram falhas no rastreamento do EGB durante o período determinado para este estudo.

Apenas 76,7% das mulheres realizaram a cultura para EGB, havendo 82,6% de resultados negativos e 17,4% positivos. Somente 43,5% das coletas foram realizadas entre 35 e 37 semanas gestacionais. Das 23,3% de mulheres que não realizaram o exame, a maior parte relatou que ele não foi solicitado.

Foi também possível verificar que ocorreram erros na estimativa da idade gestacional, relacionados tanto aos casos das mulheres que não coletaram o exame quanto àqueles em que este foi realizado antes ou depois do período recomendado. Nesse sentido, faz-se importante ressaltar que em todos os prontuários consultados foram observadas divergências entre as idades gestacionais al-

gumas baseadas na data da última menstruação e outras em ultrassonografias obstétricas, o que interferiu na datação da gravidez e na determinação da época correta para realização do exame.

Sendo impossível selecionar um grupo de mulheres com alta probabilidade de ser colonizada pelo EGB durante o parto, é imprescindível que haja o rastreamento universal de todas as gestantes durante o pré-natal, objetivando-se com isso maior captação de gestantes colonizadas e, conseqüentemente, uma menor incidência de infecção neonatal, o que infelizmente não ocorreu com todas as mulheres selecionadas aleatoriamente para este estudo.

REFERÊNCIAS

1. Segre CAM. Perinatologia: fundamentos e prática. 2ª ed. São Paulo: Sarvier; 2009.
2. Beraldo C, Brito ASJ, Saridakis HO, Matsuo T. Prevalência da colonização vaginal e anorretal por estreptococo do grupo B em gestantes do terceiro trimestre. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2004 [citado 2011 jun. 19];26(7):543-49. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v26n7/v26n7a06.pdf>
3. Pogere A, Zoccoli CM, Tobouti NR, Freitas PF, D'Acampora AJ, Zunino JN. Prevalência da colonização pelo estreptococo do grupo B em gestantes atendidas em ambulatório de pré-natal. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2005 [citado 2011 jun. 30];27(4):174-80. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n4/a03v27n4.pdf>
4. Schuchat A. Epidemiology of group B streptococcal disease in the United States: shifting paradigms. Clin Microbiol Rev [Internet]. 1998 [cited 2011 June 30];11(3):497-513. Available from: <http://cmr.asm.org/content/11/3/497.full.pdf>
5. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevention of perinatal group B streptococcal disease: a public health perspective. MMWR [Internet]. 1996 [cited 2011 July 5];45(RR-7):1-24. Available from: <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr4507.pdf>
6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevention of perinatal group B streptococcal disease. Revised guidelines. MMWR [Internet]. 2002 [cited 2011 July 5];51(RR-11):1-22. Available from: <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5111.pdf>
7. São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Programa Mãe Paulistana. Nota técnica: prevenção da infecção neonatal pelo Streptococcus agalactiae (estreptococo grupo B ou EGB) [Internet]. São Paulo; 2007 [citado 2011 jun. 30]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/mulher/Prot_estreptococo_B.pdf
8. Alves VMN. Prevalência e fatores associados à colonização retal e vaginal pelo estreptococo do grupo B em parturientes e suas características fenotípicas [resumo de tese]. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2005 [citado 2011 jul. 21];27(7):435. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n7/a13v27n7.pdf>
9. Costa ALR, Lamy Filho F, Chein MBC, Brito LMO, Lamy ZC, Andrade KL. Prevalência de colonização por estreptococos do grupo B em gestantes atendidas em maternidade pública da região Nordeste do Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2008 [citado 2011 jul. 22];30(6):274-80. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n6/02.pdf>
10. Medronho RA, Carvalho DM, Block KV, Luiz RR. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu; 2002.
11. Silva NN. Amostragem probabilística: um curso introdutório. São Paulo: EDUSP; 1998.
12. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevention of perinatal group B streptococcal disease. MMWR [Internet]. 2010 [cited 2011 July 5];59(10):1-36. Available from: <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5910.pdf>
13. Oliveira VMM, Moraes Filho OB. Solicitar ou não cultura para estreptococo do grupo B no final da gestação? Femina. 2009;37(7):361-5.
14. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Early-onset and late-onset neonatal group B streptococcal disease – United States, 1996-2004. MMWR [Internet]. 2005 [cited 2011 July 5];54(47):1205-8. Available from: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5447a2.htm>
15. Meleti D, Caetano ACR, Nardozza LMM, Araújo Junior E, Moron AF. A ultrassonografia rotineira em pré-natal de baixo risco colabora com a diminuição das mortalidades maternas e neonatais? Femina [Internet]. 2010 [citado 2012 jan. 28];38(8):435-9. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n8/a1613.pdf>

-
16. Peralta CFA, Barini R. Ultrassonografia obstétrica entre a 11ª e a 14ª semanas: além do rastreamento de anomalias cromossômicas. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2011 [citado 2012 jan. 30];33(1):49-57. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n1/a08v33n1.pdf>
 17. Rosenberg RE, Ahmed ASMNU, Ahmed S, Saha SK, Chowdhury MAK, Black RE, et al. Determining gestational age in a low-resource setting: validity of last menstrual period. *J Health Popul Nutr* [Internet]. 2009 [cited 2012 Jan 30];27(3):332-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2761790/pdf/JHPN0027-0332.pdf>
 18. Roecker S, Budó MLD, Marcon SS. The educational work of nurses in the Family Health Strategy: difficulties and perspectives on change. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [cited 2012 July 14];46(3):641-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/en_16.pdf
 19. Nomura ML, Passini Júnior R, Oliveira UM, Calil R. Colonização materna e neonatal por estreptococo do grupo B em situações de ruptura pré-termo de membranas e no trabalho de parto prematuro. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2009 [citado 2011 jul. 20];31(8): 397-403. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n8/v31n8a05.pdf>