

Síndrome da Rubéola Congênita: revisão de literatura

Congenital Rubella Syndrome (CRS): a literature review

Fernanda Alves Sousa Costa ¹, Amanda Valença Melo Quadrado ¹, Angela Pessôa Brandão ¹,
Bárbara Assumpção Paes Leme ¹, Bárbara Vieira Carneiro ¹, Deiseane Lima Marinho Castanho ¹,
Liana Chaul Sfair ¹, Carlos Henrique Roriz Rocha ²

Resumo

A rubéola é uma infecção viral, normalmente de caráter benigno, sendo habitualmente assintomática ou oligosintomática tanto em crianças quanto em adultos. Entretanto, ao acometer gestantes pode levar a risco teratogênico grave, com a presença de sequelas irreversíveis ou mesmo óbito do conceito, na chamada Síndrome da Rubéola Congênita. Por não possuírem tratamento específico, a Rubéola na gestante e a Síndrome da Rubéola Congênita representam um grande desafio tanto para obstetras quanto para pediatras. Esse artigo visa, a partir de uma revisão de literatura, trazer informações sobre a Síndrome da Rubéola Congênita e sua prevenção, enfatizando principalmente, o reconhecimento precoce, controle adequado e seguimento dos casos, além das medidas de prevenção, para redução da incidência de tal agravo. No tocante à prevenção, o artigo ressalta as campanhas e bloqueios vacinais como principais armas para o combate a essa patologia.

Palavras chave: rubéola, síndrome da rubéola congênita, vacina

Abstract

Rubella is a viral infection, normally benign, usually being asymptomatic or subclinical both in children and adults. However, affecting pregnant women can lead to a high teratogenicity, with irreversible sequels or even death of the newborn, so called Congenital Rubella Syndrome. Rubella in Pregnancy and the Congenital Rubella Syndrome represent a substantial challenge both for obstetricians and pediatricians, since it does not have a specific treatment. The present review article aims to provide information about the Congenital Rubella Syndrome and its prevention, mainly emphasizing the early recognition, suitable control and tracking cases and additionally the prevention measures, in order to contribute to incidence reduction of this disease. Regarding prevention options, the article highlights mass immunization programs as the main strategy to achieve disease control.

Key words: rubella, congenital rubella syndrome, vaccine.

1. Acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília

2. Médico, Docente da Escola Superior de Ciências da Saúde e da Universidade Católica de Brasília

E-mail do primeiro autor: fernanda.alves@gmail.com

Recebido em 31/01/2013

Aceito, após revisão, em 04/03/2013

Introdução

Uma importante gama de doenças que acometem recém nascidos e crianças pequenas, podem advir da transmissão vertical de processos infecciosos específicos (rubéola, SIDA, varicela, citomegalia, toxoplasmose, entre outros) ou inespecíficos (sepsis neonatal precoce e pneumonia intra-útero). Entende-se com transmissão vertical, aquela que ocorre entre a mãe (gestante/lactante) e seu filho. Essa transmissão pode acontecer por diversas vias, como a ascendente (através do canal cervical), a hematogênica (através do aporte sanguíneo placentário) e o aleitamento materno. É importante ressaltar que a transmissão vertical pode ser potencializada pela realização de procedimentos propedêuticos ou terapêuticos como amniocentese, biópsia de vilosidades coriônicas, transfusão intrauterina e cordoncentese.¹

As infecções verticais por via hematogênica se caracterizam, do ponto de vista histo-patológico, como o acometimento inflamatório das vilosidades coriônicas e consequente comprometimento placentário. A extensão desse comprometimento determina repercussões sobre o aporte ao concepto, sendo em geral, associados a processos de abortamentos espontâneos, partos prematuros, retardo do crescimento intrauterino além de outros fatores relacionados à morbimortalidade peri e pós natal, como lesões graves do sistema nervoso central e malformações de diferentes órgãos. As infecções verticais hematogênicas resultam da presença na circulação placentária de diferentes agentes como bactérias (sífilis), protozoários (toxoplasmose) e vírus, como no caso da rubéola.^{1,2}

Conceito

A Síndrome da Rubéola Congênita constitui o somatório de sinais e sintomas decorrentes da infecção do concepto pelo vírus da Rubéola. Esse, um vírus do gênero Rubivírus, determina em geral infiltrado inflamatório mononuclear e necrose nas porções maternas e fetais da placenta, bem como esclerose do endotélio vascular placentário e do concepto em formação. Há especial tropismo pelos tecidos ricamente vascularizados além dos derivados da porção ectodérmica do disco embrionário, como o Sistema Nervoso Central. Assim, quando precoce, a infecção (durante o primeiro trimestre de gestação) resulta em anomalias de diversos órgãos, sendo clássica, porém não patognomônica, a tríade de malformação cardíaca, catarata e surdez.¹

À medida que o contágio atinja conceptos com idade gestacional mais avançada, o risco de anomalias fetais diminui sobremodo. Entretanto, ainda podem existir lesões inflamatórias e degenerativas no feto, especialmente no sistema nervoso central e vísceras como coração, fígado e pulmões.^{1,2} Entre os efeitos cardíacos mais comuns, encontram-se persistência do canal arterial, defeitos septais (Comunicação Intraventricular e Comunicação Intra-atrial) e malformações de vasos.¹

Epidemiologia

Por seu caráter benigno, durante anos, a rubéola não foi devidamente valorizada pelos sistemas de vigilância epidemiológica, sendo a rubéola congênita mantida sempre em níveis significativos apresentando elevação em períodos epidêmicos do vírus.

Até a década de 80, o Brasil desconhecia a magnitude do problema por não possuir sistemas de vigilância para o agravo. Apenas em 1996, instituiu-se a notificação compulsória dos casos de rubéola congênita e em 1999, foi instituída a utilização regular da vacina tríplice viral (Sarampo, Caxumaba e Rubéola).^{3,4}

A rubéola acomete primariamente crianças entre 5 e 14 anos das populações não vacinadas, desviando esse pico para os adolescentes e adultos jovens naqueles grupos em que a vacinação é realizada de maneira rotineira na infância.⁵ No Brasil, onde a vacina é realizada de maneira habitual para as crianças, houve redução em aproximadamente 95% dos casos registrados de rubéola entre 1997 e 2002, nas crianças, porém, foi verificada uma taxa de incidência em mulheres com idade fértil de 1 para cada 100.000 casos. A seguir, a despeito da redução da rubéola infantil, notadamente aconteceu a elevação dos casos entre adultos jovens nos anos entre 2003 e 2007. Esse fato motivou a intensificação da vigilância epidemiológica, bem como vacinação de bloqueio para as mulheres em idade fértil, timidamente iniciada em 2001.⁶

A partir dos dados oficiais do Ministério da Saúde em 2007, observa-se que a faixa etária mais acometida em ambos os sexos é a de 20 a 29 anos de idade com 3.589 (52%) dos casos, seguidos da faixa etária de 30 a 39 anos com 1.274 (18,4%) e daqueles entre 12 e 19 anos com 794 (11,5%) casos confirmados. Além disso, a concentração dos casos de rubéola permaneceu estável na população masculina, o que motivou a mudança da estratégia de bloqueio vacinal antes restrita às mulheres em idade reprodutiva, passando a abranger também homens de até 39 anos.⁷

Etiopatogenia

O agente infeccioso da rubéola é um vírus de RNA de filamento único de sentido positivo com um invólucro glicolipídico, pertencente ao gênero *Rubivirus*, da família *Togaviridae*.^{5,6} Apresenta como único reservatório o ser humano,⁶ sendo contagiosa a partir das secreções respiratórias (nasofaríngeas) infectadas. Seu período de incubação pode variar entre 14 a 21 dias (média de 17 dias). A maior transmissibilidade é observada no período entre sete dias antes do surgimento do exantema característico da doença, até o sétimo dia após o seu desaparecimento.⁵

O vírus invade o epitélio respiratório e se dissemina por viremia primária. Após replicação no sistema reticuloendotelial, há uma viremia secundária podendo então ser isolado a partir de monócitos do sangue periférico.⁵

A transmissão do vírus da rubéola para o conceito ocorre durante os períodos de viremia. Essa transmissão sofre a influência direta da idade gestacional na época da infecção primária materna. A taxa de transmissão materno-fetal é de 90% nas primeiras 12 semanas de gestação, havendo um declínio entre 12 a 28 semanas de idade gestacional e aumentando novamente no final do 3º trimestre da gravidez, quando pode atingir até 100% dos fetos. Em casos de reinfecção materna (1 a 3% dos indivíduos), a replicação do vírus na faringe persiste por período curto e sem viremia demonstrável, sendo assim o risco insignificante para o feto.⁸

Um recém nascido infectado ou portador da Síndrome da Rubéola Congênita (SRC), contudo, pode excretar o vírus nas secreções nasofaríngeas, sangue, urina e fezes por até cerca de 12-18 meses de vida,

funcionando como um reservatório (transmissibilidade de 80% no primeiro mês de vida; 62% do primeiro ao quarto mês; 33% entre o quinto e oitavo mês; 11% entre nove e doze meses e 3% no segundo ano de vida).³

A imunidade ativa contra a rubéola é adquirida por meio da infecção natural ou por vacinação, permanecendo por quase toda a vida. Os filhos de mães imunes podem apresentar imunidade passiva e transitória durante 6 a 9 meses. Tem sido relatada a ocorrência de reinfecção, em pessoas previamente imunes pela vacinação ou infecção natural quando re-expostas ao vírus.⁶

Manifestações Clínicas

No indivíduo infectado, a interação vírus-hospedeiro pode ocorrer tanto na vida intrauterina (rubéola congênita) como após o nascimento (rubéola pós-natal). Podem ainda ocorrer reinfecções em indivíduos que já tiveram contato com o vírus natural, na fase congênita ou pós-natal, ou em pessoas imunizadas pelo vírus atenuado por meio da vacina.

Quando acontece no primeiro trimestre, a infecção materna produz infecção fetal em mais de 90% dos casos cursando com vasculite generalizada, o que acarreta morbidade significativa.⁵ A evolução da forma congênita é crônica e grave. Já a forma pós-natal, em geral, evolui de modo agudo e benigno, enquanto a re-infecção, geralmente é subclínica.⁹

A rubéola congênita pode ocorrer em crianças com aparência normal durante os primeiros anos de vida e menos da metade das anomalias são detectadas ao nascer. Suspeitando-se de anormalidades, cuidados especiais devem ser tomados no exame físico quanto à audição, à visão, ao coração, ao

abdome e à pele com o objetivo de se detectar manifestações clínicas.⁹

Quando há cardiopatia, usualmente os sinais surgem nos primeiros 7 dias, mas podem ocorrer após semanas. As anormalidades cardíacas ocorrem em metade das crianças infectadas durante as primeiras oito semanas de gestação, sendo o ducto arterioso permeável o defeito mais frequente, seguido das lesões nas artérias pulmonares e doença valvular.¹⁰

As anomalias neurológicas são comuns e podem progredir após o nascimento. A surdez neural é, isoladamente ou em conjunto com outras manifestações, o achado mais comum entre lactentes com SRC. As alterações retinianas descritas como retinopatia do tipo sal e pimenta é a anormalidade ocular mais comum, no entanto possui pouco efeito inicial na visão sendo a catarata, uni ou bilateral, o achado ocular mais grave. Relata-se também a presença de meningoencefalite que pode persistir por até 12 meses.¹⁰

As manifestações purpúricas aparecem nas primeiras 24 horas após o nascimento, persistindo por semanas ou assumindo um caráter transitório. A maioria dos lactentes apresenta algum grau de restrição do crescimento intrauterino. Há raros relatos de pneumonia intersticial com subsequente morte.⁹

Várias manifestações de início tardio de SRC foram reconhecidas, podendo apresentar-se com a panencefalite progressiva por rubéola (PPR), diabetes mellitus, tireoidopatias, glaucomas, e anormalidades visuais associadas a retinopatia.¹⁰

As consequências da rubéola congênita são imprevisíveis e variadas, podendo acometer qualquer órgão, de maneira transitória ou permanente; na Tabela 1 estão descritos os principais achados patológicos.⁹

Tabela 1- Achados patológicos na Síndrome de Rubéola Congênita. ⁵

Sistema	Achados patológicos
Cardiovascular	Ducto arterioso permeável Estenose da artéria pulmonar Defeito ventriculoseptal Miocardite
Sistema Nervoso Central	Meningite crônica Necrose parenquimatosa Vasculite com calcificação
Olho	Microftalmia Catarata Iridociclite Necrose de corpo ciliar Glaucoma Retinopatia
Ouvido	Hemorragiacoclear Necrose endotelial
Pulmão	Pneumonite intersticial mononuclear crônica
Fígado	Transformação de célula gigante hepática Fibrose Desarranjo lobular Estase biliar
Rins	Nefrite intersticial
Glândulas adrenais	Citomegalia cortical
Ossos	Osteóide malformado Mineralização precária do osteóide Adegalçamento da cartilagem
Baço e linfonodos	Hematopoese extramedular
Timo	Reação histiocítica Ausência de centros germinativos

Diagnóstico Laboratorial

Além da suspeita clínica e epidemiológica, o diagnóstico da rubéola congênita é, sobretudo laboratorial. Como o diagnóstico diferencial com outras doenças exantemáticas é difícil, os exames laboratoriais destacam-se pela importância para a confirmação diagnóstica.^{4, 11}

Na gestante, o diagnóstico laboratorial é feito por meio do isolamento do vírus ou por métodos sorológicos para detecção de anticorpos específicos, sendo necessário assegurar a coleta da amostra de sangue logo no primeiro atendimento. O teste mais utilizado é o ensaio imunoenzimático (ELISA) para detecção de anticorpos específicos IgM e IgG e/ou pela identificação do vírus a partir de secreção da nasofaringe e urina, até o sétimo dia do início do exantema.^{4, 11}

Em caso de contato da gestante com paciente suspeito de rubéola, a coleta de

sangue deve ser feita em curto período de tempo após o contato. As amostras coletadas após 28 dias, embora consideradas tardias, também deverão ser encaminhadas ao laboratório para a pesquisa de IgM.¹¹

Os anticorpos IgM específicos para o vírus da rubéola aparecem logo após o início da doença. A presença de IgM positivo significa que houve infecção recente, mas, geralmente, não são mais detectados após 4 a 6 semanas do início do exantema. Os Anticorpos IgG, usualmente, persistem por toda vida.⁽¹⁾ É importante lembrar que resultados não-reagentes para IgM não descartam a possível infecção recente pelo vírus da rubéola.⁴

Para a gestante sintomática o seguimento é feito de acordo com a Tabela 2 e para gestante assintomática contato de Rubéola, como referido na Tabela 3, de acordo o guia de doenças infecciosas e parasitárias do Ministério da Saúde (REF).

Tabela 2 – Avaliação Sorológica de Rubéola em Gestantes Sintomáticas

Coleta da amostra	Resultado	Classificação do caso
Do 1º ao 4º dia	IgM +	Confirmar o caso
	IgM -	Realizar pesquisa de IgG
	IgG +	Descartar o caso
	IgG -	Colher segunda amostra após 7 a 21 dias da primeira
Do 5º ao 28º dia	IgM +	Confirmar o caso – acompanhar
	IgM -	Descartar o caso
Após o 28º dia	IgM +	Confirmar o caso
	IgM-	Não se pode afirmar que não houve infecção, realizar IgG
	IgG +	Confirmar o caso
	IgG-	Descartar o caso

Tabela 3 - Avaliação Sorológica de Rubéola em Gestantes (assintomáticas), após contato com caso suspeito.

Coleta da amostra	Resultado	Classificação do caso
Até 28 dias	IgM+	Acompanhar – recém-nascido (RN) suspeito de SRC
	IgM-	Realizar pesquisa de IgG
	IgG +	Gestante não-susceptível
	IgG -	Colher 2ª amostra entre a 4ª e 6ª semanas (29 a 42 dias) após o contato
	2ª amostra	
	IgM +	Acompanhar o RN suspeito de SRC
	IgM -	Vacinar após o parto
Entre 29 e 42 dias	IgM +	Acompanhar RN suspeito de SRC
	IgM -	Realizar pesquisa de IgG
Após 43 dias	IgM +	Acompanhar RN suspeito de SRC
	IgM -	Realizar pesquisa de IgG
	IgG +	Não se pode afirmar que houve infecção, acompanhar RN suspeito de SRC
	IgG -	Vacinar após o parto

O diagnóstico da infecção fetal pode ser feito por meio da cordocentese realizada após a 22ª semana de gestação. Antes disso, a imaturidade do sistema imunológico fetal aliada a depressão imunológica causada pelo vírus pode gerar resultados falso-negativos. O diagnóstico intrauterino é baseado no achado das alterações no sangue fetal: IgM positiva para rubéola, isolamento do vírus ou identificação do RNA viral. Alguns sinais inespecíficos da infecção também podem estar presentes no sangue fetal e são: anemia, trombocitopenia, elevação de GGT, DHL e interferon.

O isolamento viral é o padrão ouro para o diagnóstico, mas o tempo necessário para seu resultado torna inviável seu uso rotineiro na atenção pré-natal. Para contornar esse problema métodos de identificação do RNA viral são utilizados. Outros autores utilizam também o RNA-PCR no viló corial, líquido amniótico e sangue fetal.^{11,12}

Quanto ao diagnóstico pós-natal, o feto é capaz de produzir anticorpos específicos, IgM e IgG para rubéola, antes mesmo do nascimento. A presença de IgM específico no sangue do recém nascido evidencia infecção congênita, já que esta imunoglobulina não atravessa a barreira placentária. Em 100% das crianças com SRC podem ser detectados anticorpos IgM até o 5º mês e em cerca de 60%, entre 6 e 12 meses, e raramente são detectados após o 18º mês.^{4,11}

Como os anticorpos IgG são transferidos passivamente através da placenta, estes podem ser encontrados em recém-nascidos normais de mães imunes contra rubéola. Não há como diferenciar os anticorpos IgG maternos dos produzidos pelo próprio feto, quando o mesmo é infectado na vida intrauterina. No entanto, a quantidade de IgG materna vai se reduzindo progressivamente e desaparece por volta do 6º mês; a persistência dos níveis elevados de IgG

no sangue do recém nascido nesse período é altamente sugestivo de infecção intra-uterina.^{4,11}

A investigação laboratorial de casos suspeitos de SRC é feita colhendo-se amostra de sangue para investigação logo após o nascimento, nos casos em que há suspeita ou confirmação de infecção materna durante a gestação, ou no momento da suspeita diagnóstica nas crianças menores de 1 ano. A sorologia detecta os níveis de IgM no recém-nascido, ou pelo acompanhamento dos níveis

de IgG por um período prolongado de até 2 anos. Os níveis estáveis ou elevados de IgG confirmam o diagnóstico enquanto a queda desses sugere a presença de IgG materno.^{4,11} O seguimento diagnóstico nesses casos é feito pelas imunoglobulinas de acordo com a Tabela 4.

Destaca-se que a rubéola congênita pode ainda ser diagnosticada por coleta percutânea de amostra de sangue umbilical com a detecção de anticorpos IgM no sangue fetal.²

Tabela 4 - Avaliação Sorológica do caso suspeito de Rubéola Congênita.

Período de coleta	Pesquisa	Resultado	Conduta
Logo após o nascimento ou quando da suspeita de SRC	IgM	Positivo	Confirmar o caso
		Negativo	Realizar pesquisa de IgG no mesmo soro
	IgG	Positivo	Coletar a segunda amostra após 5 meses de vida
		Negativo	Descartar o caso
Após 5 meses da primeira coleta	IgG	Se o IgG mantiver o título anterior ou for maior	Confirmar o caso
		Se houver queda acentuada do título de IgG quando comparada com o anterior	Descartar o caso

Vacinação e Prevenção

A rubéola é uma doença viral que possui apenas tratamento paliativo. Assim sua prevenção e profilaxia são extremamente importantes. Atualmente todos os casos suspeitos devem ser imediatamente notificados.

Define-se por caso suspeito todo o indivíduo que apresente febre e exantema maculopapular com linfadenopatia retroauricular, occipital e cervical, independente da idade e situação vacinal.

Assim, inicialmente se deve investigar o caso em até 48h, com coleta de sangue para a realização da sorologia, além da realização da vacinação de bloqueio, dos contactantes susceptíveis.⁴

A principal medida de controle da rubéola é a vacinação. Essa é feita nos susceptíveis, o que inclui: vacinação da rotina da rede básica de saúde, bloqueio vacinal, intensificação e/ou campanhas de vacinação.

Todas as mulheres devem submeter-se à triagem sorológica para rubéola e, se

necessário, serem imunizadas, preferencialmente antes da primeira gestação.^{2,4}

No sistema de saúde pública Brasileiro, segundo o novo calendário vacinal de 2012, a primeira dose da tríplice viral (sarampo, rubéola e caxumba) deve ser administrada aos doze meses com segunda dose entre quatro e seis anos ou aos onze e doze anos para incrementar a cobertura vacinal (crianças ainda não imunizadas) e excluir as falhas primárias da vacina contra o sarampo, estimadas em 3% a 5%. Após esse período, é indicada para adultos a partir de 20 anos com administração de dose única. Ressalta-se ainda que essa vacina deve ser administrada em mulheres de 12 a 49 anos que não tiverem comprovação de vacinação anterior e em homens até 39 anos.^{12,13} Vale ainda dizer que a cobertura vacinal para ser considerada efetiva em determinada região, deve abranger mais de 95% da população (REF).

A tríplice viral possui as principais cepas vacinais de sarampo (cepas Moraten, Schwarz, AIK-C ou CAM-70) e caxumba (cepas Jeryl Lynn, Urabe AM/9, Leningrado-Zagreb ou Rubini) e pode conter traços de proteína animal ou albumina humana além de estabilizadores na composição como antibióticos. Há dessa maneira possibilidade de reações de hipersensibilidade a antígenos relacionados aos constituintes. Quanto às manifestações sistêmicas associadas à vacina, acontecem, em geral após 7 a 10 dias, quadro catarral rinofaríngeo, com duração média de quatro dias; exantema de evolução benigna com duração de 2 a 4 dias (5%). Outros efeitos adversos incluem: artralgia e artrite, parotidite, meningoencefalite e por último a púrpura trombocitopênica. Esses raros casos ocorreram 21 dias da vacinação com evolução benigna.¹³ Nos adultos são mais freqüentes as

complicações relacionadas a artrite, sintomas musculares e parestesias.¹⁴

Devido ao fato da vacina ser constituída por vírus vivos, existe a preocupação com a possibilidade teórica de SRC após a administração inadvertida durante a gravidez. Desta maneira, recomenda-se que mulheres que receberam a vacina evitem a concepção por um período de até um mês após a dose vacinal.¹¹ Apesar de diversos estudos demonstrarem a segurança da vacina, esse procedimento evitaria dúvidas no diagnóstico de algum problema que pudesse ocorrer com o recém nascido. As mulheres que estiverem grávidas ou engravidarem logo após (até 30 dias) tomarem a vacina inadvertidamente devem ser criteriosamente acompanhadas por médico.¹⁴⁻¹⁶

As mulheres grávidas durante os períodos de Campanhas devem ser vacinadas logo após o parto.^{14,15}

Quando há crianças e adultos acometidos por rubéola (congenita ou pós-natal), esses devem ser afastados da escola, creche ou local de trabalho durante o período de transmissibilidade correspondente à forma de aquisição do vírus.

Em relação às pessoas que tiveram contato com os casos índices, inicia-se o bloqueio vacinal sem a espera de sorologia confirmatória. A faixa etária prioritária para a realização será aquela entre 6 meses a 39 anos de idade, sendo as idades variáveis segundo particularidades regionais.

Se a gestante mantiver contato com um caso de rubéola, essa deve ter sua sorologia avaliada o mais precocemente possível para posterior acompanhamento. Em caso de sorologia positiva para IgM confirma-se o caso, contudo em caso de resultado negativo, há a necessidade de se dosar a IgG. IgG positiva antes de completados 28 dias após o contato suspeito (e possível contágio)

possibilita que se considere o caso como descartado para rubéola, uma vez que esse período não é suficiente para a sensibilização do sistema imunológico, significando que a gestante já era imunizada previamente. Contudo, se após 29 dias de contato, ocorrer a positividade da IgG (tornar-se positiva), mesmo sem a presença de IgM detectável,

confirma-se o caso, pois esse resultado sugere infecção recente. Os casos confirmados tornam imperiosa a investigação do recém-nascido por ser considerado suspeito de SRC. Nos casos descartados, as gestantes com IgM e IgG negativas deverão receber a vacinação pós-parto (Figura 1).⁴

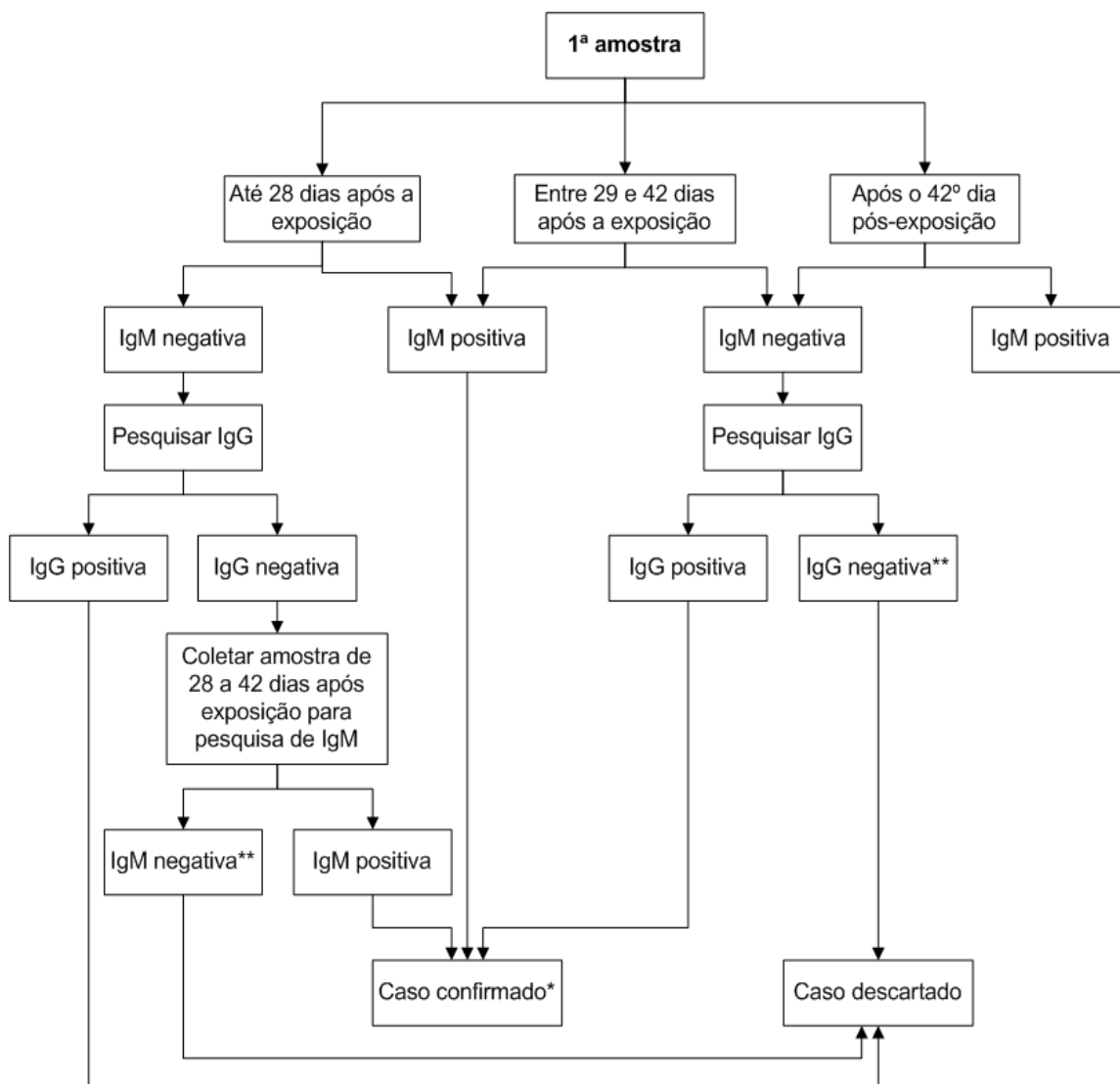


Figura 1 – Fluxograma de atuação frente a gestantes (assintomáticas) que tiveram contato com casos de rubéola.⁴

Tratamento

Atualmente, não há tratamento eficaz para a rubéola. É possível, contudo, a prescrição de medidas sintomáticas como o uso de antiinflamatórios não esteroidais. O mais importante, entretanto será promover o controle e contenção de eventuais sequelas em caso de efeitos teratogênicos, com acompanhamento interdisciplinar.^{17,18}

Conclusão

A rubéola, que em crianças saudáveis e adultos aparentemente tem um curso benigno, quando acomete a gestantes não imunizadas tem grande potencial para desenvolvimento de teratogênias marcantes. A SRC, causa de grande morbidade em decorrência das sequelas, ainda não é passível de intervenção capaz de alterar seu curso. Dessa maneira, a prevenção torna-se o recurso mais importante para seu controle e redução da sua incidência.

No Brasil, a imunização com vacinas (regulares e em campanhas) vem promovendo redução da incidência desse agravo, sem haver, até o momento, seu controle definitivo. Segundo Ministério da Saúde do Brasil, apenas a abrangência da cobertura maior que 95% da população será capaz de prevenir efetivamente a contaminação de gestantes e as malformações causadas pelo vírus. Até que esse objetivo seja alcançado, cabem aos profissionais de saúde o reconhecimento precoce dos casos suspeitos e a investigação rápida para confirmação dos mesmos (epidemiológica, clínica e laboratorial), além da orientação adequada de bloqueio vacinal e seguimento integral dos portadores dessa síndrome.

Referências

1. Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo

J. Harrison Manual de Medicina. 17ª ed. Rio de Janeiro: Artmed; 2011.

2. Filho GB. *Bogliolo Patologia*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

3. Fundação Nacional de Saúde. Guia de Vigilância para a Erradicação do Sarampo, Controle da Rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita. [acesso em 28 set 2012]. Disponível em:

ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/resp/guia_sarubsrc.pdf.

4. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. [acesso em 01 out 2012] Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gui_a_vig_epid_novo2.pdf.

5. Behrman, RE, Kliegman, RM. Nelson - Princípios de Pediatria. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

6. Ministério da Saúde. Rubéola. [acesso em 30 set 2012]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gve_7ed_web_atual_rubeola.pdf.

7. Ministério da Saúde. Surtos de Rubéola no Brasil - Atualização. [acesso em 30 set 2012]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/alerta_rubeola_21_12_2007.pdf.

8. Morais MB, Campos SO, Silvestrini WS. *Pediatria Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar*. 1ª ed. São Paulo: Manole, 2005.

9. Neves J. *Diagnóstico e Tratamento das Doenças Infecciosas e Parasitárias*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1983.

10. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, Stanton, BF. Nelson - Tratado de Pediatria. 18ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier,; 2009.

11. Biblioteca Virtual em Saúde. Vacinação. [acesso em 29 set 2012]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/51vacinacao.html>.

12. Anders JF, Jacobson RM, Poland GA, Jacobsen SJ, Wollan PC. Secondary failure

rates of measles vaccines: a metaanalysis of published studies. *Pediatr Infect Dis J.* 1996; 15 (1): 62-6.

13. Weckx LY, Carvalho ES. Calendário vacinal: dinâmica e atualização. *J. Pediatr.* 1999; 75 (*Supl 1*): s149-s54.

14. Candeias JAN, Rácz ML. Reações clínicas à vacinação de adultos contra a rubéola. *Rev. Saúde Pública.* 1980; 14 (1): 88-92.

15. Minussi L, Nascimento CR, Momino W, Sanchotene MLC, Enéas LV, Bercini M, *et al.* Avaliação prospectiva de gestantes vacinadas

no sul do Brasil. *Scientia Medica.* 2007; 17 (3): 119-123.

16. Martins RM, Maia MLS. Eventos adversos pós-vacinais e resposta social. *Hist. cienc. saude-Manguinhos.* 2003; 10 (*Supl 2*): 807-25.

17. Pedreira DAL, Rubéola na Gestação: Repercussões Sobre o Produto Conceptual. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 1999. 21 (4): 243.

18. Filho NA, Correa MD, Alves Jr. JMS, Correa Jr. MD, . *Perinatologia Básica.* 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.