

Levantamento de casos e ações profissionais acerca da microcefalia em um Município da Bahia

Survey of case and professional actions about microcephaly in a Municipality of Bahia

DOI:10.34117/bjdv7n5-381

Recebimento dos originais: 07/04/2021

Aceitação para publicação: 18/05/2021

Adna Lima Santos Cartonilho

Enfermeira Especialista em Pesquisa Avançada em Políticas Públicas com Ênfase em Saúde

Faculdade Alpha

Endereço: R. Gervásio Pires, 826 - Santo Amaro, Recife - PE

E-mail: adnacartonilho@outlook.com

Diógenes José Gusmão Coutinho

Doutor em Biologia Vegetal

Faculdade Alpha

Endereço: R. Gervásio Pires, 826 - Santo Amaro, Recife - PE

E-mail : gusmao.diogenes@gmail.com

RESUMO

A microcefalia é caracterizada por um perímetro cefálico inferior ao esperado para a idade e sexo, e dependendo de sua etiologia pode direcionar a malformação no cérebro. A epidemia que se instalou em 2015, desencadeou um inesperado número de casos de criança nascidas com microcefalia. A pesquisa teve como objetivo realizar um levantamento dos casos notificados em um hospital de um município da Bahia. O estudo descritivo através de análise dos prontuários médicos, identifica uma elevada ocorrência de casos de microcefalia, e relato de sinais e sintomas compatíveis com infecção por vírus Zika na gestação. Desse modo existe a necessidade de fortalecimento das ações antivertoriais, que é a única medida concreta que hoje temos para diminuir os casos de infecções pelo ZIKV.

Palavras-chave: Microcefalia, Zika Vírus, Gestante, Óbito, Epidemiologia.

ABSTRACT

Microcephaly is characterized by a head circumference smaller than expected for age and sex, and depending on its etiology it can direct the malformation in the brain. The epidemic that began in 2015 triggered an unexpected number of cases of children born with microcephaly. The research aimed to carry out a survey of the cases notified in a hospital in a municipality in Bahia. The descriptive study through analysis of medical records, identifies a high occurrence of cases of microcephaly, and reports of signs and symptoms compatible with Zika virus infection during pregnancy. Thus, there is a need

to strengthen anti-vector actions, which is the only concrete measure we have today to reduce cases of ZIKV infections.

Keywords: Microcephaly, Zika Virus, Pregnant, Death, Epidemiology.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil quadros de microcefalia começaram a ser um crescente aumento, gerando situações mais severas. Os casos de recém-nascidos infectados com o vírus Zika, acabam por desenvolverem comprometimento do sistema nervoso central como a Guillain-Barré, a meningite, a mielite, a encefalite e má formação congênita, incluindo a microcefalia (OEHLER *et al.*, 2014; PUCCIONI-SOHLER *et al.*, 2017).

Essa malformação congênita pode acontecer devido aos processos infecciosos causados no período gestacional, associando as causas para a microcefalia. No início do surto, o diagnóstico era realizado com base nos nascidos vivos com ≥ 37 semanas de idade gestacional e perímetro cefálico ≤ 33 cm. A microcefalia é uma doença que se define com o Perímetro Cefálico ≤ 32 cm (SOUZA *et al.*, 2016), cuja medida do crânio realizada nas 24 horas após o nascimento e na primeira semana de vida (PERNAMBUCO, 2015).

Segundo o Ministério da Saúde (MS) as infecções causadas pelo vírus Zika em parte da população são assintomáticas, associa-se a gravidade da infecção com mulheres grávidas e recém-nascidos apresentam algum tipo de alteração neuro cerebral, como na microcefalia (BRASIL, 2016b). O vírus conhecido como Zika, é do grupo dos flavivírus, da Família Flaviviridae, cuja transmissão ocorre pelo *Aedes aegypti*, e foi isolado da fêmea de macaco *Rhesus*, na Floresta Zika, próximo de Entebe na Uganda, que apresentavam febre (DICK; KITCHEN; HADDOW, 2017).

O vírus está relacionado à febre amarela e a dengue, mostrando-se com grande capacidade de dispersão e por isso, alguns sintomas da doença Zika podem ser confundidos com a dengue e a chikungunya, no qual os profissionais de saúde devem estar atentos ao aparecimento dos sinais e sintomas nos pacientes. Isso reforça a importância das ações emergenciais, visando para diminuir a transmissão da doença, principalmente, em mulheres em período gestacional (BRASIL, 2016c).

Na unidade hospitalar, os cuidados continuam após o parto com a mãe e o recém-nascido com microcefalia, que após a avaliação das medidas e exame físico ambos serão encaminhados para a maternidade e irão aguardar a alta e serão realizados acompanhamento com o psicólogo, e demais condutas pelos profissionais ainda no

hospital. Diante da situação, algumas Unidades de Saúde conseguem efetivar meios para a prevenção da microcefalia, que inclui os cuidados com o mosquito que transmite à dengue, chikungunya e zika. Nesse caso, são organizadas palestras, consultas no pré-natal e exames para o diagnóstico da doença (SANTANA *et al.*, 2021; BRASIL, 2016b).

Em 2015, ocorreram as primeiras confirmações de casos de microcefalia em recém-nascidos no Brasil, cuja Região Nordeste acabou por deter maiores casos, com rápida dispersão viral, disseminando-o para outras regiões do país (OLIVEIRA; VASCONCELOS, 2016). Diante disso, o MS desenvolveu protocolos para a atenção às gestantes e mães, e recém-nascidos com microcefalia. Assim, disponibiliza ações de suporte gratuitamente pelo SUS, com acompanhamento por especialistas para auxiliar no desenvolvimento da criança (BRASIL, 2017).

Entre 2015 a 2021, em que se teve o aparecimento da doença com maior prevalência até os dias atuais, observando-se controle dos casos de Microcefalia. Nesse viés, os protocolos do Ministério da Saúde foram utilizados com o intuito de organizar os procedimentos e as ações dos profissionais no atendimento ao paciente, sendo aportes de orientação ao profissional para o desenvolvimento das atividades e procedimentos relacionados a várias doenças, buscando o cuidado do paciente. Assim, estes documentos servem como guia orientador para os profissionais da Atenção Básica e Hospitalar (BRASIL, 2017).

Dessa forma, Henriques; Duarte; Garcia (2016) apontam que o MS faz uso deste instrumento, principalmente, com o surgimento da microcefalia pelo vírus Zika, conjuntamente com de estimulação precoce. Os dados epidemiológicos registrados após o nascimento são registrados os dados sobre o nascido vivo na declaração por meio da sistematização das informações através do SINASC, com destaque para a inserção de informes sobre as alterações dos recém-nascido (MARINHO *et al.*, 2016).

Segundo Marinho *et al.* (2016, p. 702) apud Castilla *et al.* (2010), apontam que “Na Declaração de Nascido Vivo, devem ser descritas todas as anomalias congênitas diagnosticadas pelo médico, sem hierarquia ou tentativa de agrupá-las em síndromes, e sem preocupação em codificá-las”. Estas declarações podem ser respondidas pelos profissionais de Enfermagem, por isso, torna-se parte importante o treinamento e a capacitação desse grupo. Também, “Quanto melhor a descrição das anomalias congênitas, melhor será o trabalho de codificação e produção de informação extremamente útil à vigilância em saúde para o monitoramento das frequências” (MARINHO *et al.*, 2016, p. 702).

Nesse segmento, o conhecimento do profissional a respeito do preenchimento da Declaração de Nascido vivo se torna crucial para o aprimoramento das informações sobre as anomalias congênitas. Nesse viés, o SUS se apresenta como uma ação de Política Pública que fomenta os procedimentos de saúde sendo acolhido pela Constituição Federal de 1988, (BARBIANI; NORA; SCHAEFER, 2016). Diante disso, a questão norteadora do estudo foi como se apresenta os números de casos de microcefalia em um hospital de um município da Bahia? Assim, tem-se a questão norteadora sobre o que podem apontar o levantamento de casos de microcefalia em um hospital no município da Bahia e as ações da Unidade de Saúde para diminuir o número de óbitos Materno-Infantil?

Baseando-se nisso, a pesquisa tem como objetivo geral: realizar um levantamento dos casos de microcefalia em uma Unidade hospitalar num município da Bahia. E como objetivos específicos: analisar as inferências das notificações de casos de microcefalia e analisar as ações e as dificuldades quanto ao cuidado ao paciente nos casos confirmados de microcefalia. Assim, busca-se oportunizar considerações sobre a microcefalia, envolvendo conceitos, aspectos históricos e políticos no que concerne à saúde infantil e da família na atenção básica e hospitalar. Nesse viés, aborda-se o tema microcefalia e sua associação com o ZIKV. Além dos cuidados que o paciente recebe na Saúde Pública sobre orientação da Equipe de Enfermagem. Também as atualizações do Ministério da Saúde referente a este tema e os dados Epidemiológicos do município.

Historicidade da Microcefalia no Brasil

Em 1947, o ZIKV recebeu este nome por ter sido encontrado na floresta Zika e foi isolado pra pesquisa realizadas através de macacos na Uganda. A transmissão ocorreu do animal para o homem e desse para os demais, por ato sexual ou perinatal. O transmissor é o mosquito *Aedes sp*, que também transmite a febre amarela, chikungunya e dengue (LOPES, CARLOS; LINHARES, 2014). Neste viés, devido à epidemia que se instalava em 2015, proporcionou uma demanda inesperada dos casos de criança nascidas com microcefalia, o que inquietou os profissionais de saúde, os quais não possuíam compreensão acerca do que gerou essa problemática. Diante disso, outras malformações congênitas foram observadas caracterizando assim, uma síndrome congênita (SCVZ) (BRASIL, 2016a).

Para Costa *et al.* (2016, p. 132) apud Musso (2015) “A ascensão do Zika vírus no Brasil ocorreu por meio da migração do vírus a partir da Polinésia Francesa, durante o evento da Copa das Confederações de 2013, a partir da delegação taitiana”. Outros

eventos favoreceram a ascensão do vírus no país, como as baixas condições sanitárias e a rápida urbanização. Nesse contexto, a febre causada pelo vírus Zika, tornou-se uma doença emergente, em função de sua disseminação através do trânsito internacional em massa de pessoas pelo mundo (RODRIGUES *et al.*, 2016).

O turismo internacional, em 2014, alcançou 1.138 milhões, sendo 51 milhões com relação a 2013; num aumento de 4,7% e, considerando as Américas, o aumento foi de 7% (NOVELLI, 2014). Diante disso, surgem boletins epidemiológicos explicitando sobre essa problemática e quanto ações para diminuição de casos. Os primeiros casos apresentavam “exantema maculopapular; prurido e febre ausente ou baixa, acompanhada de cefaleia, hiperemia conjuntival não pruriginosa e não purulenta, dor e edema nos punhos e tornozelos” (BRASIL, 2015a, p. 01), havendo um aumento de casos em 2015, principalmente, na Região Nordeste.

Entre 2000-2014, os recém-nascidos vivos com evidencia de microcefalia teve um declínio, mas em 2015, começou a apresentar um elevado aumento de casos, principalmente, em Pernambuco (MARINHO *et al.*, 2016, p. 702 apud LOPEZ-CAMELO; ORIOLI; CASTILLA, 2015). Algumas pesquisas apontam que o vírus Zika surgiu após a realização da Copa do Mundo de Futebol, aqui no Brasil (FREITAS, 2018). Assim, “Sugere-se sua chegada ao país durante a Copa, ou até mesmo, durante o Campeonato Mundial de Canoagem ocorrido logo em seguida (...)” (FREITAS *et al.*, 2018, p. 13).

Na Região Nordeste surgem os primeiros casos, observando-se emergente problemática em bairros cuja situação socioeconômica era precária e na ausência de saneamento básico, fato que pode favorecer o desenvolvimento, o crescimento e a proliferação do *Aedes Aegypti*. “Em outubro de 2015, uma médica com atuação no Nordeste teve sua atenção despertada pelo aumento no número de casos de microcefalia em sua clínica e notificou o Ministério da Saúde” (CAMARGO JR, 2016, p. 09).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) relatou que alguns países e territórios detinham transmissão local do vírus, a saber o Brasil, entre outros (HENRIQUES; DUARTE; GARCIA, 2016). O Estado de Pernambuco apresentou o surto do Zika Vírus, com crescimento exponencial de recém-nascidos com microcefalia (BRASIL, 2017). “Apesar de a grande maioria dos casos identificados serem restrita ao Brasil, a comunidade internacional, incluindo a Organização Mundial da Saúde, rapidamente se inseriu na discussão” (CAMARGO JR, 2016, p. 09).

Diante disso, começaram a surgir os primeiros ambulatórios criados no país com a atuação no cuidado aos pacientes com microcefalia. Como o vírus surgiu como algo novo no país, alguns profissionais de saúde tiveram que diferenciar os sinais e sintomas do Zika Vírus em comparação com doenças como Chikungunya e dengue. Dessa forma, até então, começaram a receber mais atenção após o surto do Zika, cujas doenças devem ser diferenciadas com cuidado, já que alguns estudos mostraram que alguns profissionais de saúde confundiram a febre causada pelo vírus Zika, com uma virose (DINIZ; BRITO, 2016).

Nesse contexto, observa-se então que, os sistemas de informação ao longo dos anos é um importante meio para se avaliar as desigualdades sociais em saúde proporcionando assim, um planejamento para enfrentar o ZIKV (CUNHA *et al.*, 2020).

As Unidades de Saúde e o acompanhamento à criança com microcefalia

Ações desenvolvidas pelas US para os casos de microcefalia, estabelecem orientações a gestante para a realização de exames e consultas do Pré-Natal, mediante um aconselhamento humanizado e após o diagnóstico de microcefalia, com acompanhamento do enfermeiro deste local (BRASIL, 2017). Durante o Pré-Natal, haverá avaliado os fatores para descarte de suspeitas durante a consulta, havendo acompanhamento em órgãos especializados para reabilitação, quando o diagnóstico for de microcefalia (BRASIL, 2016b).

O Núcleo de Apoio NASF tem por objetivo de ampliar o apoio às ações desenvolvidas pelas ESF's, e quando do início precoce no tratamento dos recém-nascidos com microcefalia, acabam por melhorar o desenvolvimento e a qualidade de vida das crianças (GONÇALVES, 2015). A precoce estimulação busca estimular o crescimento físico, neural, comportamental, cognitivo, socioafetivo, diante de dificuldades que possam ocorrer pela microcefalia (BRASIL, 2016a).

“Esta estimulação precoce pode ser definida como um programa de acompanhamento e intervenção clínico-terapêutica multiprofissional com bebês de alto risco e com crianças pequenas acometidas por patologias orgânicas (...)” (BRASIL, 2016a, p. 07). Assim, podendo ser identificada a redução das sequelas do desenvolvimento neuropsicomotor. Neste viés “O acolhimento e o cuidado as famílias são essenciais para que se tenha o maior ganho funcional possível nos primeiros anos de vida, fase em que a formação de habilidades primordiais estão fortemente presentes (...)” (BRASIL, 2016a) apud (MARIA-MENGEL; LINHARES, 2007, p. 12).

De acordo com Felix e Farias (2018), a família passa por um impacto ao saber que o bebê foi diagnosticado com microcefalia. Assim, todos outros familiares que estão envolvidos no processo, que para o acolhimento desta família é necessário o envolvimento das políticas públicas com acompanhamento de apoio psicológico. As famílias passam por vulnerabilidade financeira, falta de transporte público acessível e outros fatores que são apontados como dificuldades frequentes vivenciadas. Devido à incerteza do futuro dessas crianças em razão das deficiências múltiplas a rede social e o acompanhamento psicológico são fatores que contribuem para o enfrentamento da doença.

Sendo assim, “As mesmas condições climáticas que favorecem a proliferação e a dispersão dos mosquitos são as que favorecem as florações de cianobactérias, com as toxinas que podem estar correlacionadas à síndrome congênita do Zika” (OLIVER; RIBEIRO, 2020, p. 03). Nesse contexto, observa-se a importância do saneamento como forma de evitar a proliferação do mosquito, visto que no Brasil, grande parte da população não possui coleta e tratamento de esgotos adequados.

A Microcefalia e a relação com o vírus Zika

O ZIKV é um arbovírus neurotrópico transmitido pelo o *Aedes aegypti* (CÂMARA, 2018). A pesquisa sobre o vírus Zika foca os “processos biológicos de ação sobre a contaminação e transmissão, com indicação de possibilidades de alterações no desenvolvimento neurológico da criança que apresenta a microcefalia” (BRUNONI *et al.*, 2016, p. 3298). No Brasil, as evidências corroboram que a microcefalia tem relação com o ZIKV, contudo apresenta pouca descrição, ou seja, pouco conhecimento sobre sua etiologia e isso gera significativa dificuldade para identificação dos casos (BRASIL, 2017).

Para tanto, fatores como a falta de conhecimento, imunidade, ausências de vacinas e tratamentos adequados acabam por impulsionar o aumento do vírus no país (CÂMARA, 2018). Diante disso, o MS fomenta orientações em protocolos para minimizar diagnósticos errôneos, apontando que a criança com microcefalia possui um perímetro cefálico divergente de uma criança normal, com associação a malformação cerebral e outras anomalias (BRASIL, 2016b). Seguindo as diretrizes alçadas pelo protocolo do MS para a microcefalia, tem-se:

a. Microcefalia congênita: está presente ao nascimento e é às vezes chamada de “microcefalia primária”; porém, como este termo se refere a um fenótipo particular de microcefalia, deve-se usar preferencialmente “microcefalia congênita”.

b. Microcefalia pós-natal: refere-se à falha de crescimento normal do perímetro cefálico após o nascimento, ou seja, o cérebro é normal ao nascimento; por isso é também chamada de “microcefalia secundária”. (BRASIL, 2016b, p. 10).

Considerando a falta de conhecimento sobre as inferências apontadas pela doença, principalmente no que tange ao recém-nascido, fez com que o MS definisse ≥ 37 semanas de Idade Gestacional e com Perímetro Cefálico ≤ 33 cm, mas que posteriormente foi reduzida para 32 cm (SOUZA *et al.*, 2016). Aponta-se que a microcefalia provoca retardo mental com gravidade sequelar variando de acordo com o caso (BRASIL, 2016b).

Assim, Câmara (2018), aponta que numa pesquisa que foi realizada em São Luís - MA em 2016, 48 crianças apresentaram microcefalia, a grande maioria das gestantes detinham sintomatologia aguda pelo ZIKV com destaque ao 1º trimestre, sendo os nascidos com microcefalia (64,5%) e alterações do SNC (95,8%). Houve casos de crianças sem microcefalia, mas apresentavam outras alterações.

No quadro a seguir, observam-se casos de microcefalia que ocorreram no Brasil entre os anos de 2000 a 2015. Nos primeiros anos os casos não estavam relacionados ao vírus Zika. Começou a surgir à associação a partir de 2015. Atingindo mais as classes menos favorecidas e com precárias condições de saneamento básico.

Quadro 1 – Frequência de recém-nascidos vivos com microcefalia por região.

Região	Ano															
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Norte	15	11	12	15	22	14	18	4	21	12	14	9	19	19	14	72
Nordeste	43	47	52	51	43	46	40	40	48	32	47	38	51	50	45	1.142
Sudeste	65	66	71	66	59	68	68	64	60	68	62	76	84	85	71	295
Sul	28	31	28	23	29	18	20	15	12	20	29	16	28	21	20	27
Centro-Oeste	24	15	15	17	20	18	9	11	9	9	11	15	8	8	12	72
Brasil	175	170	178	172	173	164	155	134	150	141	163	154	190	183	162	1.608

Fonte: Marinho *et al.*, 2016, p. 705

Neste viés, os informes epidemiológicos do Ministério da Saúde mostram os números dos casos de microcefalia e estabelece ações para o controle do ZIKV. Uma das notificações de 2 de janeiro de 2016, mostrou que em um total de 3.174 casos suspeitos de microcefalia identificados em 684 municípios distribuídos em 21 unidades da

Federação em que os Estados com maior frequência foram: Pernambuco com 1.185; Paraíba com 504; Bahia com 312 e Rio Grande do Norte com 169 (BRASIL, 2015b).

Outros casos foram notificados em 2017, perfizeram o quantitativo de 14.258 casos com possíveis suspeitas do vírus, havendo nesse contexto, 2.869 confirmados. Nisso, houve 170 casos com infecção congênita no período da gravidez (BRASIL, 2017). De acordo com a OMS em 2016, algumas atualizações se fazem necessárias a respeito do ZIKV, pois existem possibilidades de transmissão sexual do ZIKV (BRASIL, 2016b).

O óbito materno infantil e sua relação com a microcefalia: o papel do enfermeiro na unidade de saúde no cuidado às gestantes com o zika vírus

A diminuição da mortalidade materna representa uma problemática desafiadora no âmbito da saúde brasileira, principalmente, entre mulheres de baixa condição socioeconômica, alcançando 92% dos casos (BRASIL, 2018). O acompanhamento adequado pode permitir uma correta gestão, possibilitando a diminuição de óbitos maternos e ajuda nos casos de recém-nascidos com microcefalia. Assim, na avaliação do Pré-Natal, o papel do Enfermeiro consiste na orientação a saúde da gestante, sobre a realização de USG's para o monitoramento clínico (BRASIL, 2017).

No início do Pré-Natal a triagem realizada pelo enfermeiro e procedimentos como a amniocentese pode ser realizado após 15 semanas de gestação, corrobora com a identificação da gravidade da microcefalia e dos fatores extrínsecos que levaram essa gestante a adquirir o vírus ou outras infecções congênicas, visando potencial infecção pelo ZIKV (SANTANA *et al.*, 2021; BRASIL, 2017).

O trabalho do enfermeiro na ESF consiste na gestão e na execução de atividades educativas e práticas assistenciais. A demanda cotidiana dos usuários se dá por meio de medidas e procedimentos técnicos sob o modelo de acolhimento, vínculo e responsabilização. Além da intervenção multidisciplinar que englobam inovações no processo de trabalho. Na lógica de clínica ampliada se devem observar os determinantes sociais da saúde para atender a comunidade de forma integral e universal (BARBIANI *et al.*, 2016).

Os processos educativos realizados pelo enfermeiro envolvem a integralidade e a humanização (BRUNONI *et al.*, 2016), mas o processo de assistência é prejudicado pelo número de pacientes que eles devem atender no dia. Os prazos para atingir as metas deixam o profissional menos atentos aos detalhes, que são importantes no momento da consulta. Assim, o MS em relação ao Zika vírus e a microcefalia, oportuniza atenção em

garantir um adequado cuidado às todas gestantes e crianças, visando melhor desenvolvimento e qualidade de vida (BRASIL, 2016a).

Nesse viés, a equipe de enfermagem ao estabelecer contato e ações humanísticas e de apoio às mulheres gestantes, possibilita minimizar medos e ansiosos, fomentando um elo de confiabilidade entre as mães e as gestantes com o profissional, podendo melhor trabalhar na prevenção de doenças (GUERREIRO, 2012). Na Atenção Básica, o elo entre o profissional de Enfermagem e o paciente deve existir como um meio para estabelecer a confiança de ambos, na promoção e proteção à Saúde. No momento do surto do Zika Vírus, as gestantes chegavam às Unidades de Saúde aflitas, com receio de o bebê nascer com a microcefalia, pois a mídia compartilhava informações, cujas mulheres grávidas poderiam ser um ponto central da doença.

Durante o Pré-Natal, exames são solicitados visando o diagnóstico da doença, como ultrassonografias, testes sorológicos e sanguíneos, bioquímicos, urina e sífilis (AGUIAR; ARAÚJO, 2016). Existem alguns exames com custo mais elevado como a detecção de RNA viral por reação em cadeia chamada polimerase por transcriptase reversa, com detecção do vírus entre 4 a 7 dias, após o início dos sintomas. Mas, o ideal é o 5º útil ao aparecimento dos sintomas. Estes exames podem ser realizados em laboratórios de referência da rede do SUS (RODRIGUES *et al.*, 2016).

Assim, os exames podem ajudar no diagnóstico e colaborar com a assistência a gestante, pois “(...) o risco de algum comprometimento do sistema nervoso continua até o término da gravidez. Se as alterações disruptivas ocorrem com frequência menor nos três trimestres da gravidez (...)” (CÂMARA, 2018, p. 20). Dessa forma, em um Pré-Natal visa garantir a orientação adequada, com condutas adotadas para as situações que necessitem de intervenção profissional, no tocante a qualidade de vida dos pacientes (ABREU *et al.*, 2016).

Nesse viés, as Unidades de Estratégia de Saúde da Família devem conter equipes que ofertem a assistência médica frequente, realização de exames, com fornecimento de medicamentos e vacinas, além de outras assistências se necessários, na qual o papel do enfermeiro atua com ações efetivas, visando o cuidado ao paciente com ZIKV, a gestante e o recém-nascidos (BRASIL, 2016c).

A descrição nos documentos legais que regem a profissão mostra o que se espera do profissional, baseando-se também, nas Práticas da Saúde Pública (BARBIANI *et al.*, 2016). O processo de capacitação e de treinamento devem ser oferecidos aos profissionais, a partir da definição de prioridades que podem ser norteadas através de um

protocolo. “Um protocolo de atendimento em curto, médio e longo prazo poderá nortear a ação de todos os envolvidos na avaliação e intervenção especializada às crianças e famílias afetadas pelo ZIKV” (BRUNONI *et al.*, 2016, p. 00).

De acordo com a Lei 8080/90, a respeito da promoção, proteção e recuperação da saúde, houve um processo de mudança de paradigma que desencadeou mudanças na Atenção à saúde. O atendimento passou a ser focado na família e comunidade para a melhoria das condições de vida no processo saúde-doença. Neste viés, Navarro *et al.* (2013), a abordagem multiprofissional se faz necessária como parte do exercício cotidiano devendo ser inclusos os processos de diagnóstico e planejamento, organização horizontal do trabalho e estímulo dos integrantes da equipe no processo motivacional. As habilidades de cada profissional farão parte da assistência para o processo de comunicação, e espaço de confiança entre o paciente e a equipe da UBS (NAVARRO; GUIMARÃES; GARANHANI, 2016).

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma abordagem qualitativa em que os entrevistados estão mais livres para apontar o seu ponto de vista em relação ao objeto de estudo e assim, após a análise dos dados, compreenderem o comportamento do grupo alvo. Estudo do tipo descritivo que segundo Marconi e Lakatos (2009), procuram descrever um fenômeno ou situação perante um estudo concretizado em determinado espaço-tempo.

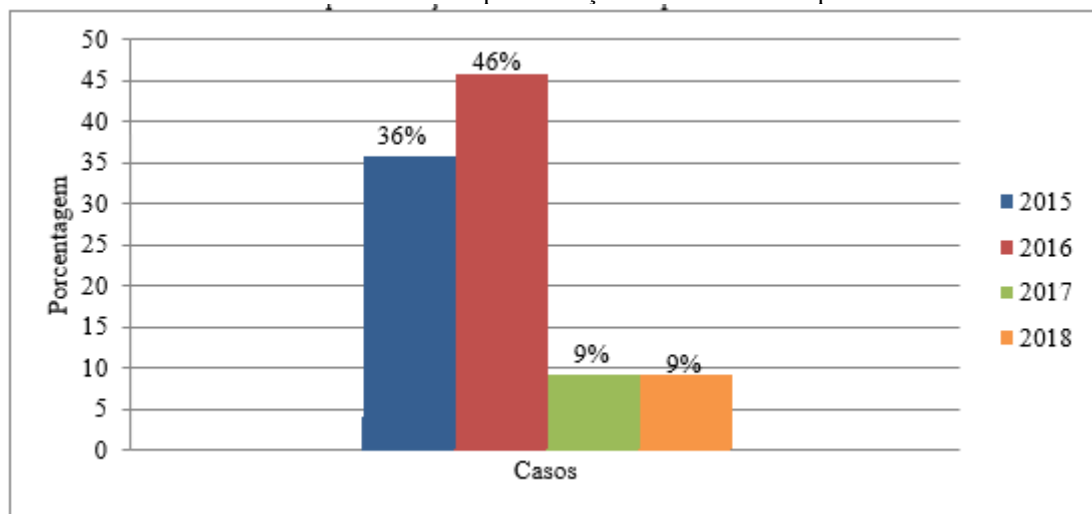
O estudo foi realizado em um hospital de um Município da Bahia e nas Unidades de Saúde, sendo incluídos os dados Epidemiológicos do município e às informações da Vigilância Epidemiológica de notificação no período de 2015 a 2020, mediante análise de prontuários com casos confirmados e casos suspeitos de microcefalia.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observa-se no gráfico 1, que houveram 11 notificações entre os anos de 2015 a 2018, sendo 2015 e 2016, apresentando um maior crescimento no número de notificação de casos com suspeitas de microcefalia no município, em relação aos casos de 2017 e 2018. Os anos posteriores não tiveram casos confirmados de microcefalia até o momento. Esta epidemia revela que existe a necessidade da melhoria das condições de vida das populações do presente estudo com o objetivo de reduzir a proliferação do mosquito. Em conjunto com a vigilância em Saúde produzindo as ações para enfrentamento do Zika Vírus. No início da epidemia o número de casos era bem maior em comparação com os

anos posteriores. A divulgação das informações gerou resultados positivos para que as estratégias fossem construídas. Além destes fatores a propagação dessas informações ajudaram os profissionais de Saúde no enfrentamento da Epidemia. Algumas estratégias são lançadas no município com o objetivo de treinar e capacitar a equipe para as ações de divulgação do controle da epidemia do ZIKV e para o comprometimento dos profissionais na investigação e notificação dos casos. A falta da continuidade ao tratamento é um ponto negativo para o município, visto que a equipe de Saúde precisa desse retorno para avaliar o desenvolvimento da criança com Microcefalia.

Gráfico 1. Casos notificados pela Atenção Básica no Município da Bahia

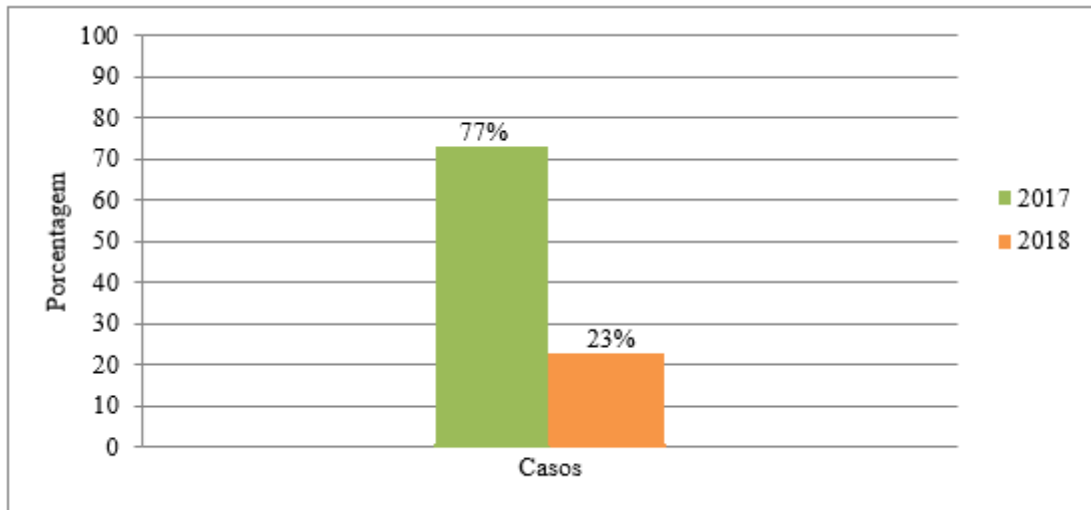


Fonte: Os autores.

Os casos notificados acabam por vezes, não podendo ser definidos, visto que algumas famílias se mudavam para outros municípios a procura de tratamento mais avançado. Constando assim, sem informação no prontuário.

No Município foram detectados 13 casos de Microcefalia como casos confirmados, sendo 8 casos caracterizados como suspeito, totalizando 21 casos. Os anos de 2017 e 2018 teve maior incidência de casos, conforme o gráfico 2, a seguir. Os valores divergem em relação aos casos notificados e a sua incidência, já que nem todos foram notificados no SINAN.

Gráfico 2 - Quantitativo de casos de Microcefalia

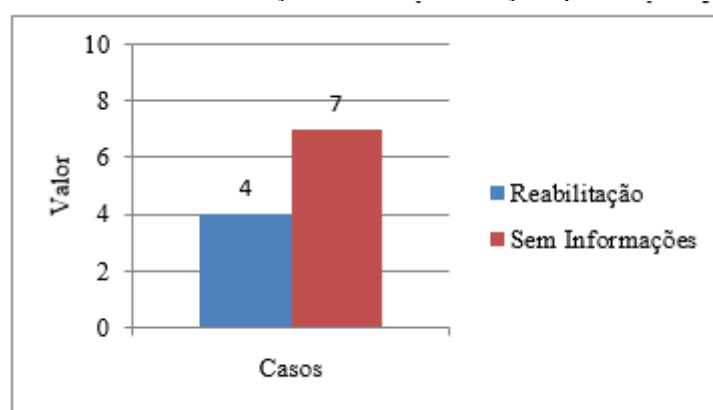


Fonte: Elaborado pelos autores

Em anos anteriores (2015 e 2016), muitos casos suspeitos foram investigados, o que gerou o acompanhamento dos casos de recém-nascido nos hospitais e Unidades Básicas. Foi observado durante a entrevista e análises dos prontuários que algumas informações não eram claras. Já que em algumas consultas as mães não retornavam com os resultados dos exames. Os profissionais informaram que em alguns casos ocorrem mudanças de endereço ou começam a ser atendidos em outros municípios, abandonando as consultas com o médico que iniciou o acompanhamento.

Nota-se, conforme o gráfico 3, a seguir, 11 crianças foram identificadas com microcefalia e precisariam de atendimento especializado, sendo que 4 em reabilitação, enquanto 7, não puderam ser atendidas corretamente, pois não houve retorno a Unidade de Saúde. Neste sentido se faz necessária à escuta qualificada dos pais pelos profissionais de Saúde, tornando-se assim um componente ativo desta rede de apoio.

Gráfico 3. Atendimento em Estimulação Precoce em Serviço Especializado em Reabilitação



Fonte: Elaborado pelos autores

Confirmados os casos, os neonatos que precisam de UTI neonatal são encaminhados a outros municípios pelo programa SISREG, que funciona como programa de regulação desses pacientes, necessitando de apoio profissional e ações para a sua recuperação. Nas Unidades Básicas de Saúde as famílias têm aconselhamento e orientações aos pais, considerando o peso, alimentação, referência, evitando que os casos sejam subnotificados, o que gera agravo à situação epidemiológica do Município. Os profissionais de Saúde informaram que recebem treinamento para o preenchimento correto das fichas de Notificação visto que estas informações servem para acompanhamento da doença e prioridades das intervenções. Estas fichas são padronizadas de acordo com cada doença/agravo, servindo como indicadores para o município. Sendo vários destes agravos de notificação compulsória. Estes dados também servem para discussões em reuniões e/ou treinamentos em serviço buscando melhorias na qualidade do atendimento prestados aos pacientes e familiares.

4 CONCLUSÃO

Em 2015, quando surgiu o surto de microcefalia não se sabia ao certo os principais sinais e sintomas da doença por ser algo novo na época. Por esse motivo a doença ZIKV foi diagnosticada de forma inconclusiva ou tardia nos primeiros eventos. Foram analisados os óbitos infantis e fetais do município antes de avaliar os óbitos apenas por microcefalia. Este fator se torna importante para se comparar as principais causas destes óbitos e o que se pode fazer para mudar esta realidade.

O registro no prontuário é dever de todos os profissionais da área da Saúde e caso não ocorram mudanças na forma de planejamento e dados informados pode-se comprometer o desenvolvimento e aperfeiçoamento do sistema de saúde no Brasil. Através dessas informações pode-se traçar um plano de ação para acompanhamento dos Recém Nascidos com Microcefalia bem como da família que irá fazer parte do desenvolvimento da criança. Sendo essencial à busca ativa dessa família para participar da consulta de puericultura e acompanhamento com a equipe multiprofissional.

A implantação da rede de vigilância e acompanhamento refletem desafios e potencialidades de atuação enquanto processo de Investigação, sendo necessário ampliar o treinamento dos profissionais de Saúde e as investigações de óbitos e casos de microcefalia. O preenchimento das informações e os dados dos prontuários devem conter o histórico do paciente e a avaliação física do mesmo além de outros fatores que irão

interferir na alta do paciente. Observou-se que os casos são subnotificados em algumas situações e que o aumento dos casos não são registrados de acordo com esse aumento. A notificação deve ocorrer para que o município possa visualizar as estratégias e o que levou a ocorrência da doença.

REFERÊNCIAS

ABREU, T. A.; NOVAES, M. C. M.; GUIMARÃES, I. C. B. Crianças com microcefalia associada a infecção congênita pelo vírus Zika: Características clínicas e epidemiológicas num hospital terciário. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, Salvador, v. 15, n. 3, p. 426-433, set./dez. 2016.

AGUIAR, R.; ARAUJO, I. S. A mídia em meio às ‘emergências’ do vírus Zika: questões para o campo da comunicação e saúde. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, [S.l.], v. 10, n. 1, mar., 2016.

BARBIANI, R.; NORA, C. R. D.; SCHAEFER, R. Práticas do enfermeiro no contexto da atenção básica: scoping review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 24, e2721, 2016.

BRASIL. **Febre pelo vírus Zika: uma revisão narrativa sobre a doença**. Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde, volume 46, nº 26 – 2015a.

Disponível em: <<https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/26/2015-020-publica---o.pdf>>. Acesso em: 15 de junho de 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Vigilância e resposta a ocorrência de microcefalia**. Secretaria de vigilância em Saúde. 2015b. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/09/Microcefalia---Protocolo-de-vigil--ncia-e-resposta---vers--o-1----09dez2015-8h.pdf>> . Acesso em: 15 de junho de 2020

BRASIL. **Diretrizes de estimulação precoce crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor**. Brasília: MS, 2016a. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_estimulacao_crianças_0a3anos_neuropsicomotor.pdf

BRASIL. **Qual o parâmetro de notificação para microcefalia?** Núcleo de Telessaúde NUTES PE. 29 de ago de 2016b. Disponível em: <[https://aps.bvs.br/aps/qual-o-parametro-de-notificacao-para-microcefalia/#:~:text=%E2%80%93%20Rec%C3%A9m%20nascido%20A%20TERM%20O%20\(de%20aten%C3%A7%C3%A3o%20C%20sa%C3%BAde%20e%20](https://aps.bvs.br/aps/qual-o-parametro-de-notificacao-para-microcefalia/#:~:text=%E2%80%93%20Rec%C3%A9m%20nascido%20A%20TERM%20O%20(de%20aten%C3%A7%C3%A3o%20C%20sa%C3%BAde%20e%20)> Acesso em: 25 de julho de 2020.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde Volume 47, Nº 37, 2016c. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/novembro/15/2016_031_Mulheres_publicacao.pdf>. Acesso em: 15 de junho de 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. 2017. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/boletim-epidemiologico>>. Acesso em: 25 de julho de 2020.

BRASIL. **Monitoramento integrado de alterações no crescimento e desenvolvimentos relacionados à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, até a Semana Epidemiológica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRUNONI, Décio et al. Microcefalia e outras manifestações relacionadas ao vírus Zika: impacto nas crianças, nas famílias e nas equipes de saúde. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 10, p. 3297-3302, out., 2016.

CAMARGO JR, K. R. Zika, microcefalia, ciência e Saúde Coletiva. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 26 (1): 9-10, 2016.

CAMARA, A. P. B. **Microcefalia em Recém-Nascidos:** antes e após epidemia pelo vírus Zika. 107f. Dissertação (Mestrando em Saúde Coletiva), Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Maranhão, 2018.

COSTA, I. L. Z. *et al.* **Zika Vírus:** doença e sociedade. 2016. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/235132618.pdf>>. Acesso em: 25 de julho de 2020.

CUNHA, L. S. *et al.* Relação dos indicadores de desigualdade social na distribuição espacial dos casos de Zika Vírus. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1839-1850, maio, 2020.

DICK, G. W. A.; KITCHEN, S. F.; HADDOW, A. J. **Zika Virus. I. Isolations and serological specificity.** Disponível em: <<https://academic.oup.com/trstmh/article-abstract/46/5/509/1896847/Zika-Virus-I-Isolations-and-serological?redirectedFrom=fulltext>>. Acesso em: 25 de julho de 2020.

DINIZ, D.; BRITO, L. Epidemia provocada pelo vírus Zika: informação e conhecimento. **RECIIS – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde.** 10(2), abr.-jun., 2016.

FREITAS, P. S. S. *et al.* O surto de Zika vírus: produção científica após Declaração de Emergência Nacional em Saúde Pública. **Arch Health Invest**, 7(1), pp. 12-16, 2018.

FELIX, V. P. S. R.; FARIAS, A. M. Microcefalia e dinâmica familiar: a percepção do pai frente à deficiência do filho. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 12, e00220316, 2018.

GONCALVES, Rita Maria de Abreu *et al.* Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 40, n. 131, p. 59-74, jun., 2015.

GUERREIRO, E. M. *et al.* O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 315-323, 2012.

HENRIQUES, C. M. P.; DUARTE, E.; GARCIA, L. P. Desafios para o enfrentamento da epidemia de microcefalia. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 7-10, Mar., 2016.

LOPEZ-CAMELO, J. S.; ORIOLI, I. M.; CASTILLA E. Resumo e conclusões dos documentos 1-5. *Anais...* Buenos Aires: Estudio Colaborativo Latino Americano de Malformaciones Congénitas, 2015. Disponível em: <<http://www.eclamc.org/descargas/6.DocumentoECLAMCFinalV3.docx>>. Acesso em: 20 de junho de 2020.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia Científica**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MARIA-MENGEL, M. R. S.; LINHARES, M. B. M. Risk Factors For Infant Developmental Problems. **Rev Latino-am Enfermagem.**, 15 (número especial):837-42, setembro-outubro, 2007.

MARINHO, F. *et al.* Microcefalia no Brasil: prevalência e caracterização dos casos a partir do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), 2000-2015. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 701-712, dez., 2016.

MUSSO, Didier. Zika Virus Transmission from French Polynesia to Brazil. **Emerg Infect Dis.**, Taiti, v. 21, i. 10, p. 1887, out., 2015.

NAVARRO, A. S. S.; GUIMARÃES, R. L. S.; GARANHANI, M. L. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. **REME • Rev Min Enferm.** 17(1): 69-75, jan/mar, 2013.

NOVELLI. M. **Tourism and Development in Sub-Saharan Africa: Current issues and realities**. London, UK: Routledge, 2017.

OEHLER, E. *et al.* Zika virus infection complicated by Guillain-Barre syndrome--case report, French Polynesia, December 2013. **Euro Surveill**, v. 19, 9, p. 20720, 2014.

OLIVEIRA C. S.; VASCONCELOS, P. F. C. Microcephaly and Zikavirus. **Jornal de Pediatria**, V. 92, 2, March–April, pp. 103-105, 2016.

OLIVER, S. L.; RIBEIRO, H. Síndrome do Zika vírus, carência de políticas ambientais e riscos de agravamento por proliferação de cianobactérias em um cenário de mudanças climáticas. **Rev Saude Publica**. 54:83, 2020.

PERNAMBUCO. **Atualização sobre o aumento da ocorrência de microcefalia (Anomalia Congênita) em nascidos vivos no Estado de Pernambuco**. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Nota técnica SEVS/DGCDA n.º 44/15. Recife, 30 de outubro de 2015. Disponível em: <https://12ad4c92-89c7-4218-9e11-0ee136fa4b92.filesusr.com/ugd/3293a8_e10e1aec30d7450abeefddc251b0016c.pdf>. Acesso em: 20 de julho de 2020.

PUCCIONI-SOHLER, M. *et al.* Dengue infection in the nervous system: lessons learned for Zika and Chikungunya. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 75, n. 2, p. 123-126, Feb, 2017.

RODRIGUES, F. S. M.; BOUÇAS, R. I.; ERRANTE, P. R. Aspectos Clínicos, Epidemiológicos e Correlação de Microcefalia Congênita pela Infecção pelo Vírus Zika No Brasil. **Science in Health.**, jan-abr., 7(1): 38-49, 2016.

SANTANA, W. J. *et al.* Microcefalia e sua relação com o saneamento básico: repercussão na saúde mental. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.4, p. 38004-38016, abril, 2021.

SOUZA, W. V. *et al.* Microcefalia no Estado de Pernambuco, Brasil: características epidemiológicas e avaliação da acurácia diagnóstica dos pontos de corte adotados para notificação de caso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, e00017216, 2016.