

NOTIFICAÇÕES DE CASOS SUSPEITOS DE SCZ NO BRASIL DO ANO DE 2017 À 2021

Anna Roberta Nascimento Rodrigues¹

Fabírcia Lopes Fernandes²

Beatriz Oliveira Rabelo³

Resumo

Introdução: A microcefalia é uma irregularidade conatural, qualificada pela restrição do limite cerebral, já o Vírus Zika (ZIKV) é uma "arbovirose" causada pelo ZIKV. Entre agosto e outubro de 2015 uma equipe de profissionais da saúde identificou que dos 35 recém-nascidos (RN) com Microcefalia em oito dos 26 estados brasileiros, se fazendo necessário um acompanhamento de uma equipe multidisciplinar instituída para prestar auxílio à família bem como às crianças acometidas. **Objetivo:** O presente estudo epidemiológico objetivou verificar a notificação de casos de microcefalia associada ao Zika Vírus primando por buscar instrução na possível relação entre a infecção do Zika Vírus na gestação à microcefalia entre o período de 2017 a 2021, valendo-se da base de dados do TABNET do DATASUS. **Resultados e discussão:** Dentre os 7739 casos de microcefalia no Brasil entre os anos de 2017 e 2021, a região Sudoeste registrou o maior número de casos com 3045, seguido pelo Nordeste com 2810, em terceiro o Centro-Oeste com 723, 652 o Norte e por último o Sul com 509 casos. A faixa etária de maior frequência de notificação infecção pelo Zika vírus foi entre 20 e 24 anos e o menor entre 50 e 54, tendo apenas um caso. As gestantes pardas têm o maior índice de SCZ com 3945 e o menor das indígenas com 42 casos. Com relação a idade gestacional que detectou alteração congênita, o 3º trimestre teve 5319 dos casos. Já no pós-parto, a microcefalia foi identificada com 5198, intrauterinos com 1482 e não informados 1050 casos. No exame de ultrassom, 2553 casos eram normais, somente 574 tiveram resultados alterados, sugestivos para infecção congênita e 1312 tiveram resultados alterados, com outras alterações. Sendo importante ressaltar o alto índice de exames ignorados ou não realizados, o que impede um resultado fidedigno. Concluindo que uma equipe multidisciplinar de saúde qualificada para o acompanhamento e cuidados indispensáveis desse paciente é essencial.

Palavra-chave: Microcefalia, Zika vírus, gestantes, infecção.

ABSTRACT

Introduction: Microcephaly is a connatural irregularity, qualified by the restriction of the cerebral limit, whereas the Zika Virus is an "arbovirus" caused by ZIKV.

¹ Graduanda do Curso de Fisioterapia da UNIFTC. Email: anna.rodrigues@ftc.edu.br

² Graduanda do Curso de Enfermagem da UNIFTC. Email: fabricia.fernandes@ftc.edu.br

³ Mestre e Doutoranda em Bioquímica e Biologia Molecular pela Universidade Federal do Sudoeste da Bahia (UESB) e docente do Curso de Biomedicina da UNIFTC. Email: beatriz.rabelo@ftc.edu.br

Thus, monitoring by a multidisciplinary team set up to provide assistance to the family as well as the affected children is necessary. Objective: The present epidemiological study aimed to verify the notification of cases of microcephaly associated with the Zika Virus, striving to seek instruction in the possible relationship between the Zika Virus infection during pregnancy and microcephaly between the period from 2017 to 2021, using the database from the DATASUS TABNET. The data weighted here made it possible to investigate evidence of transplacental transfer to the Zika virus. Results and discussion: Among the 7739 cases of microcephaly in Brazil between 2017 and 2021, the Southwest region recorded the highest number of cases with 3045, followed by the Northeast with 2810, in third the Midwest with 723, 652 the North and finally the South with 509 cases. The age group with the highest number of notifications of Zika virus infection is between 20 and 24 years old and the lowest between 50 and 54, with only one case. Brown pregnant women have the highest rate of SCZ with 3945 and the lowest are indigenous women with 42 cases. Regarding the gestational age that detected congenital alteration, the 3rd trimester had 5319 cases. In the postpartum period, microcephaly was identified with 5198, intrauterine with 1482 and 1050 cases were not reported. In the ultrasound examination, 2553 cases were normal, only 574 had altered results, suggestive of congenital infection, and 1312 had altered results, with other alterations. It is important to emphasize the high rate of ignored or not performed tests, which prevents a reliable result.

Keyword: Microcephaly, Zika virus, pregnant women, infection.

INTRODUÇÃO

O Zika vírus é uma arbovírus, o qual foi identificado no Brasil por biologia molecular em maio de 2015. Desde então, sua circulação foi confirmada em 18 estados brasileiros, inicialmente na região Nordeste. A febre do vírus Zika pode se apresentar como uma erupção cutânea com ou sem febre baixa e outros sintomas inespecíficos, como mialgia, dor de cabeça, artralgia e hiperemia conjuntival (VAGAS *et al*, 2016).

No entanto, entre agosto e outubro de 2015 uma equipe de profissionais da saúde identificou que dos 35 recém-nascidos (RN) com Microcefalia em oito dos 26 estados brasileiros, todas as mães destas crianças moraram ou percorreram locais contaminados pelo vírus no tempo da gravidez, onde o Brasil se tornou o primeiro país a verificar uma possível relação entre a infecção do vírus Zika na gestação e a ocorrência de microcefalia no RN (SALGE *et al.*, 2016).

¹ Graduanda do Curso de Fisioterapia da UNIFTC. Email: anna.rodrigues@ftc.edu.br

² Graduanda do Curso de Enfermagem da UNIFTC. Email: fabricia.fernandes@ftc.edu.br

³ Mestre e Doutoranda em Bioquímica e Biologia Molecular pela Universidade Federal do Sudoeste da Bahia (UESB) e docente do Curso de Biomedicina da UNIFTC. Email: beatriz.rabelo@ftc.edu.br

A microcefalia é um defeito congênito no qual o cérebro não se desenvolve corretamente, apresentando uma circunferência da cabeça menor do que o esperado para a idade e o sexo, e dependendo de sua etiologia, pode estar associada a malformações estruturais do cérebro ou ser secundária a várias causas cognitivas, motoras e de aprendizagem (BRASIL, 2016).

A microcefalia pode ser classificada de acordo com o tempo de início, pode ser congênita, presente ao nascimento e às vezes é chamada de "microcefalia primária"; no entanto, como o termo se refere a um fenótipo específico de microcefalia, é melhor usar "congênito" ou microcefalia pós-parto, o que significa que a circunferência da cabeça não cresce normalmente após o nascimento, ou seja, o cérebro é normal no nascimento; por isso também é chamado de "microcefalia secundária". (BRASIL, 2016)

Crianças com microcefalia podem apresentar um desenvolvimento neuropsicomotor comprometido e precisam de estimulação precoce, cujo objetivo é estimular a criança e expandir suas habilidades, resolver estímulos que comprometem a sua maturação, apoiar o desenvolvimento motor e cognitivo. (NORBERT *et al.*, 2016 *apud* BRASIL, 2016).

O desenvolvimento neuropsicomotor em criança com Microcefalia é mais lento como, por exemplo, dificuldades para firmar a cabeça (controle cervical), sentar-se, engatinhar, andar, fazer transposições posturais, além de atividades como subir, descer uma escada, pular, correr, entre outras. Também podem ter comprometimentos para o desenvolvimento de ações como agarrar, soltar, manipular brinquedos e objetos (COFFITO, 2016).

A microcefalia não tem cura e não há uma intervenção própria para esta enfermidade, contudo a microcefalia associada ao Zika vírus pode ser prevenida, mantendo o domicílio limpo, eliminando possíveis criadouros, minimizando a exposição da pele durante o dia, quando os mosquitos são mais ativos. O Sistema Único de Saúde (SUS) recomenda condutas que apoiam no crescimento do bebê, carecendo ser efetuados na atenção básica, com acompanhamento de uma equipe multidisciplinar de saúde, devido complicações

¹ Graduanda do Curso de Fisioterapia da UNIFTC. Email: anna.rodrigues@ftc.edu.br

² Graduanda do Curso de Enfermagem da UNIFTC. Email: fabricia.fernandes@ftc.edu.br

³ Mestre e Doutoranda em Bioquímica e Biologia Molecular pela Universidade Federal do Sudoeste da Bahia (UESB) e docente do Curso de Biomedicina da UNIFTC. Email: beatriz.rabelo@ftc.edu.br

que podem vir a surgir, sendo elas neurológica, motoras ou respiratórias (BRASIL, 2016).

Assim, a fisioterapia tem um papel fundamental para dar ao bebê a chance de se desenvolver normalmente, ajudando sua organização global que diagnostica alterações no desenvolvimento neuropsicomotor, orienta pais, humaniza o ambiente, oferece melhor qualidade de vida evitando padrões anormais, permitindo movimento e plena percepção da idade gestacional, organiza o sono, promove a percepção global, normaliza o tônus, prevenindo deformidades e contraturas, reduzindo o estresse ambiental, encurta o tempo de hospitalização com tratamento profissional em lactentes com anormalidades neurológicas (SILVA, 2017).

Sabe-se que o papel educativo da enfermagem é fundamental, incluindo a instrução para famílias com crianças com microcefalia, especialmente na prevenção e na importância do pré-natal para que as gestantes possam receber diagnóstico precoce e oportuno. (PUIG, 2018). Histórico, exame físico e triagem neonatal, incluindo: Triagem Auditiva Neonatal (TAN), Triagem Ocular Neonatal (TON), Teste do Pezinho e Teste do Coraçãozinho, conduta e atenção às práticas de trabalho de parto/nascimento em pacientes com microcefalia, como a amamentação na primeira hora de vida. (QUEIROZ, *et al.*, 2019.)

É claro e notório que aos profissionais de toda equipe disciplinar, compete realizar atividades que primam por estimular o recém-nascido, portador de microcefalia com relação ao Zika considerando as reais necessidades da criança e da família, tendo em vista minimizar atrasos tanto no crescimento quanto no desenvolvimento. Deste modo, o presente estudo descritivo epidemiológico objetiva evidenciar a partir de dados do DATASUS as notificações de casos suspeitos de síndrome de infecção congênita pelo Zika vírus (SCZ) no Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa epidemiológica descritiva sobre notificações de casos suspeitos de SZC no Brasil, que utilizou a base de dados do Departamento

¹ Graduanda do Curso de Fisioterapia da UNIFTC. Email: anna.rodrigues@ftc.edu.br

² Graduanda do Curso de Enfermagem da UNIFTC. Email: fabricia.fernandes@ftc.edu.br

³ Mestre e Doutoranda em Bioquímica e Biologia Molecular pela Universidade Federal do Sudoeste da Bahia (UESB) e docente do Curso de Biomedicina da UNIFTC. Email: beatriz.rabelo@ftc.edu.br

de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). De acordo com as regiões do Brasil do ano de 2017 a 2021.

Os dados coletados foram sobre Notificações de casos suspeitos de SCZ disponibilizados pelo DATASUS. A coleta ocorreu no mês de outubro de 2022 por meio do programa de informação em saúde (TABNET). O estudo foi constituído pelo grupo de pessoas que fazem parte da vigência do Protocolo de Vigilância e Resposta à Ocorrência de Microcefalia Relacionada à Infecção pelo Vírus Zika, englobando todas as categorias de faixa etária da mãe, raça / cor da mãe, idade gestacional detectada alteração congênita, região de residência, quando foi detectado a alteração congênita através de resultado USG na gestação. Todas as variáveis que não se enquadram dentre as supracitadas anteriormente foram excluídas de tal estudo. Sobre a referida temática a última atualização de dados disponibilizada no DATASUS foi em agosto de 2022.

RESULTADO E DISCUSSÃO

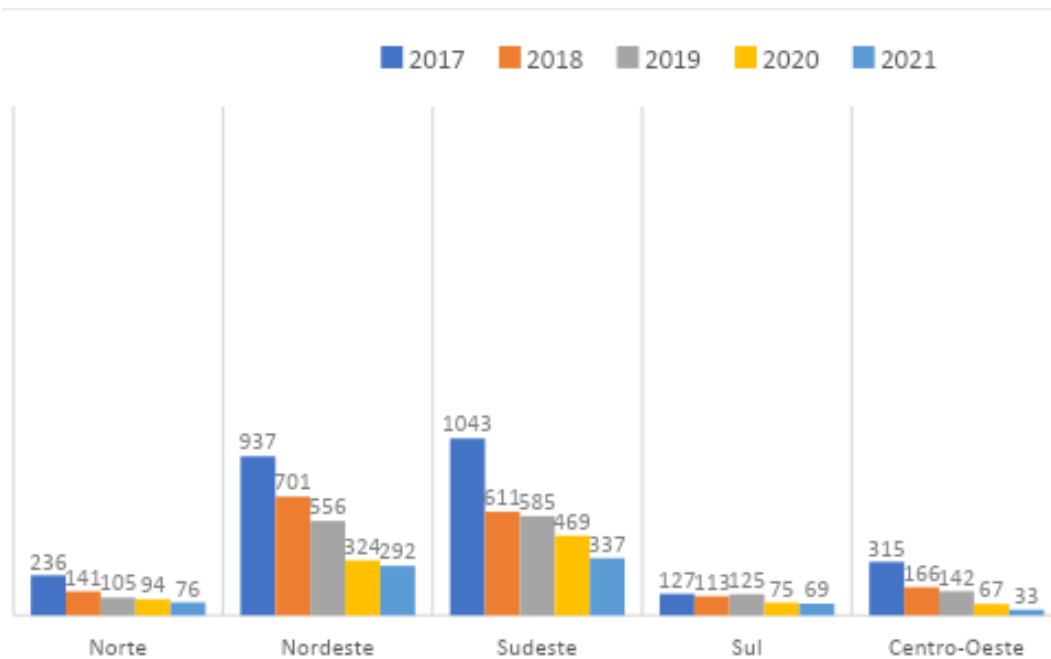
Em análise dos dados coletados pela plataforma DATASUS, no período de 2017 a 2021 foram registrados 7739 casos de microcefalia no Brasil, o ano que registrou um maior número de casos foi em 2017, com aproximadamente 34% (n= 2658) registrados e no ano de 2021, houve uma diminuição significativa, em relação ao primeiro ano (redução de 1851 casos notificados), cerca de 10% (n=807) dos casos. Foi observado que a região Sudeste, registrou o maior número de casos de Zika vírus, sendo 39%, no total. 36% foram no Nordeste, 9% no Centro-oeste, 8% no Norte, e 7% no Sul, respectivamente (Gráfico 1).

¹ Graduanda do Curso de Fisioterapia da UNIFTC. Email: anna.rodrigues@ftc.edu.br

² Graduanda do Curso de Enfermagem da UNIFTC. Email: fabricia.fernandes@ftc.edu.br

³ Mestre e Doutoranda em Bioquímica e Biologia Molecular pela Universidade Federal do Sudoeste da Bahia (UESB) e docente do Curso de Biomedicina da UNIFTC. Email: beatriz.rabelo@ftc.edu.br

Gráfico 1: Frequência casos de Zika Vírus segundo região de notificação, no Período: 2017-2021.



O resultado observado vai de encontro ao registrado por Garcia (2018), que relatou que em menos de um ano desde a sua introdução, o vírus Zika se difundiu para todas as regiões do Brasil, com distribuição desigual, onde a maioria dos casos estavam localizados na região do Nordeste e Sudeste.

A sua distribuição heterogênea entre as regiões demonstrada no trabalho pode estar relacionada com as adversidades de cada região, como dificuldades no controle de vetores, deficiências no planejamento familiar, foi levado em consideração também a quantidade da população em cada região, ou seja, quanto maior a quantidade da população maior a frequência de casos notificados, falhas na assistência materno-infantil associada às condições ambientais e sociais do país, como por exemplo, a falta de saneamento básico e pobreza tem contribuído para a febre do vírus Zika e sua consequência mais devastadora, a microcefalia infantil, tornando-se uma doença endêmica que afeta principalmente famílias pobres que vivem em regiões menos desenvolvidas (GARCIA, 2018).

¹ Graduanda do Curso de Fisioterapia da UNIFTC. Email: anna.rodrigues@ftc.edu.br

² Graduanda do Curso de Enfermagem da UNIFTC. Email: fabricia.fernandes@ftc.edu.br

³ Mestre e Doutoranda em Bioquímica e Biologia Molecular pela Universidade Federal do Sudoeste da Bahia (UESB) e docente do Curso de Biomedicina da UNIFTC. Email: beatriz.rabelo@ftc.edu.br

Possivelmente, a intensidade da epidemia do vírus Zika, as ações de controle do *Aedes aegypti* e a adoção de medidas de proteção individual ou domiciliar, como o uso de repelentes, vestimentas compridas, telas e mosquiteiros, principalmente para proteger as gestantes, podem estar envolvidas na menor incidência da microcefalia durante a segunda onda de propagação do vírus Zika. (Oliveira *et al.*, 2017 apud GARCIA, 2018), onde vem tendo redução de casos desde 2015 até o ano de 2021, indo de encontro com os dados observados no presente trabalho.

No que se diz respeito às variáveis referentes à faixa etária da mãe, raça/cor da mãe, idade gestacional que foi detectada alteração congênita, quando foi detectada a alteração congênita e o resultado da ultrassonografia na gestação, essas informações podem ser visualizadas na Tabela 1.

A faixa etária com o maior número de notificação de infecção pelo Zika vírus corresponde a de 20 a 24 anos (24% / n=1896) seguido do intervalo de 25 e 29 anos (21% / n=1640), já no que se refere ao intervalo com menor notificação tem-se a faixa etária de menor 50 e 54 anos, tendo apenas uma (0% / n=1).

Tabela 1 – Faixa etária da mãe, raça/cor da mãe, idade gestacional detectada alteração congênita, quando foi detectado a alteração congênita? e resultado USS na gestação, no período: 2017-2021

FAIXA ETÁRIA DA MÃE												
ANO DE NOTIFICAÇÃO	2017		2018		2019		2020		2021		TOTAL	
	<15	12	0	8	0%	5	0%	7	1%	5	1%	37
15-19	330	12 %	242	14 %	202	13 %	130	13 %	130	16 %	1034	13%
20-24	696	26 %	414	24 %	370	24 %	218	21 %	198	25 %	1896	24%
25-29	556	21 %	362	21 %	333	22 %	223	22 %	166	21 %	1640	21%
30-34	488	18 %	308	18 %	255	17 %	186	18 %	141	17 %	1378	18%
35-39	335	13 %	195	11 %	169	11 %	126	12 %	81	10 %	906	12%
40-44	108	4%	87	5%	66	4%	43	4%	30	4%	334	4%

¹ Graduanda do Curso de Fisioterapia da UNIFTC. Email: anna.rodrigues@ftc.edu.br

² Graduanda do Curso de Enfermagem da UNIFTC. Email: fabricia.fernandes@ftc.edu.br

³ Mestre e Doutoranda em Bioquímica e Biologia Molecular pela Universidade Federal do Sudoeste da Bahia (UESB) e docente do Curso de Biomedicina da UNIFTC. Email: beatriz.rabelo@ftc.edu.br

45-49	11	0%	9	1%	5	0%	4	0%	3	0%	32	0%
50-54	0	0%	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0%
Ignorado	122	5%	106	6%	108	7%	92	9%	53	7%	481	6%
Total	265 8	34 %	173 2	22 %	151 3	20 %	102 9	13 %	80 7	10 %	773 9	100%
RAÇA / COR DA MÃE												
Branca	590	22 %	380	22 %	332	22 %	189	18 %	14 2	18 %	163 3	21%
Negra	164	6%	107	6%	98	6%	49	5%	77	10 %	495	6%
Amarela	15	1%	6	0%	10	1%	5	0%	7	1%	43	1%
Parda	135 8	51 %	904	52 %	729	48 %	536	52 %	41 8	52 %	394 5	51%
Indígena	12	0%	10	1%	6	0%	7	1%	7	1%	42	1%
Não Inf/Ign.	519	20 %	325	19 %	338	22 %	243	24 %	15 6	19 %	158 1	20%
Total	265 8	34 %	173 2	22 %	151 3	20 %	102 9	13 %	80 7	10 %	773 9	100%
IDADE GESTACIONAL DETECTADA ALTERAÇÃO CONGÊNITA												
<14 sem. (1º trimestre)	15	1%	14	1%	11	1%	10	1%	5	1%	55	1%
14 - 27 sem. (2º trimestre)	156	6%	78	5%	65	4%	35	3%	31	4%	365	5%
> 27 sem. (3º trimestre)	172 0	65 %	116 7	67 %	108 3	72 %	780	76 %	56 9	71 %	531 9	69%
Semanas ignoradas	766	29 %	472	27 %	353	23 %	203	20 %	20 2	25 %	199 6	26%
Total	265 7	34 %	173 1	22 %	151 2	20 %	102 8	13 %	80 7	10 %	773 5	100%
QUANDO FOI DETECTADO A ALTERAÇÃO CONGÊNITA?												
Intrauterino	578	22 %	327	19 %	233	15 %	172	17 %	17 2	21 %	148 2	19%
Pós-parto	164 9	62 %	119 7	69 %	105 1	69 %	740	72 %	56 1	70 %	519 8	67%
Não detectado	4	0%	3	0%	1	0%	1	0%	0	0%	9	0%
Não inf/Ign.	427	16 %	205	12 %	228	15 %	116	11 %	74	9%	105 0	14%
Total	265 8	34 %	173 2	22 %	151 3	20 %	102 9	13 %	80 7	10 %	773 9	100%

¹ Graduanda do Curso de Fisioterapia da UNIFTC. Email: anna.rodrigues@ftc.edu.br

² Graduanda do Curso de Enfermagem da UNIFTC. Email: fabricia.fernandes@ftc.edu.br

³ Mestre e Doutoranda em Bioquímica e Biologia Molecular pela Universidade Federal do Sudoeste da Bahia (UESB) e docente do Curso de Biomedicina da UNIFTC. Email: beatriz.rabelo@ftc.edu.br

RESULTADO USS NA GESTAÇÃO												
Resultado Normal	896	34 %	593	34 %	533	35 %	297	29 %	234	29 %	2553	33%
Resultado alterado, sugestivo de infecção congênita	242	9%	119	7%	94	6%	63	6%	56	7%	574	7%
Resultado alterado, com outras alterações	459	17 %	327	19 %	223	15 %	157	15 %	146	18 %	1312	17%
Resultado indeterminado	29	1%	15	1%	14	1%	8	1%	7	1%	73	1%
Não realizado	243	9%	241	14 %	231	15 %	170	17 %	126	16 %	1011	13%
Não Inf/Ign	789	30 %	437	25 %	418	28 %	334	32 %	238	29 %	2216	29%
Total	2658	34 %	1732	22 %	1513	20 %	1029	13 %	807	10 %	7739	100%

O estudo realizado por SOUZA *et al.*, 2020, demonstrou que as características sociodemográficas das mulheres, a média de idade das mães, foi de 24,5 anos, variando de 15 a 37 anos. Já na pesquisa feita por Mendes (2017), em 2015, a idade das mulheres que deram à luz variou entre 15 e 44 anos, com média de 26,4 anos. Observou-se que a maioria das mães (83,17%) tinham entre 20 e 39 anos. Durante a temporada de 2016, a idade variou de 16 a 42 anos, com média de 25,5 anos.

Observando as análises de dados, as gestantes pardas têm o maior índice de SCZ, com 51% (n= 3945) entre 2017 e 2021 e o menor índice das indígenas com 1% (n=42). Sendo importante ressaltar que 20% (n= 1581) não disseram essa informação ou ignoraram.

Segundo o estudo de Santos (2018), as gestantes acometidas pela infecção do vírus Zika analisadas por meio da base de dados se caracterizam por serem em grande parte da raça/cor parda representando assim 49,24% (n=488) dos casos, ficando a raça/cor branca em segundo lugar com 13,42% (n=133), há baixas incidências de casos em raça/cor negra com apenas 6,16%(n=61), a raça/cor indígena com 1,11%(n=11) e a amarela com 0,91%(n=9) de representatividade.

¹ Graduanda do Curso de Fisioterapia da UNIFTC. Email: anna.rodrigues@ftc.edu.br

² Graduanda do Curso de Enfermagem da UNIFTC. Email: fabricia.fernandes@ftc.edu.br

³ Mestre e Doutoranda em Bioquímica e Biologia Molecular pela Universidade Federal do Sudoeste da Bahia (UESB) e docente do Curso de Biomedicina da UNIFTC. Email: beatriz.rabelo@ftc.edu.br

O fator raça/cor das gestantes pode estar relacionado ao local onde as infecções pelo ZIKV são mais comuns. Segundo o IBGE 2010, a região Nordeste tem aproximadamente 59% de sua população de outra raça/cor parda, enquanto a região Sudeste pode ter 35,69% de sua população dessa raça/cor. E pesquisas mostram que as doenças não têm relação de sintomas e gravidade com a raça/cor dos portadores. (SANTOS 2018 *apud* MUSSO, GUBIER; 2016).

Após analisar os dados de idade gestacional que detectou alteração congênita, o 3º trimestre (período maior que 27 semanas) teve 69% (n=5319), 26% (n=1996) tiveram suas semanas ignoradas, no 2º semestre (entre 14 e 27 semanas) 5% (n= 365) e por último, com apenas 55 (1%) dos casos no 1º trimestre (menos que 14 semanas).

O vírus Zika pode infectar mulheres grávidas em todos os três trimestres. Embora elas não pareçam ser mais suscetíveis ou mais gravemente afetadas pela infecção pelo vírus Zika, a transmissão de mãe para filho foi documentada. Evidências substanciais sugerem que a infecção materna pelo vírus Zika está associada a resultados neonatais adversos, particularmente a microcefalia. (MEANEY *et al.*, 2016).

As gestantes que tiveram diagnóstico de ZIKV no pós-parto, a microcefalia foi identificada 67% (n= 5198), intrauterino 19% (n= 1482), 0% dos casos (n=9) não identificados e 14% não informados (n= 1050).

No pós-parto, a microcefalia foi apontada em 57,80%. (n=556), tangendo que 30,77% (n=296) foi percebido em estágios intrauterina, 11,33% (n=109) dos casos obtiveram um diagnóstico ignorado e 0,10% (n=01) não foram identificados. Desta forma, um total de 962 casos foram apontados com infecção de ZIKV (WORLO, 2016).

As gestantes acometidas pela infecção do vírus Zika e tiveram seus RN com microcefalia, no ultrassom verificaram que 33% (n= 2553) casos eram normais, 7% (n=574) tiveram resultado alterado, sugestivo para infecção congênita, 17% (n=1312) tiveram resultados alterados, com outras alterações,

¹ Graduanda do Curso de Fisioterapia da UNIFTC. Email: anna.rodrigues@ftc.edu.br

² Graduanda do Curso de Enfermagem da UNIFTC. Email: fabricia.fernandes@ftc.edu.br

³ Mestre e Doutoranda em Bioquímica e Biologia Molecular pela Universidade Federal do Sudoeste da Bahia (UESB) e docente do Curso de Biomedicina da UNIFTC. Email: beatriz.rabelo@ftc.edu.br

1% (n=73) com resultado indeterminado, 13% (n=1011) não realizado e 29% (n=2216) dos casos não informaram ou ignoraram.

Outro fator importante destacado na tabela é o alto índice de perda de exames, o que impede uma análise mais fidedigna do diagnóstico laboratorial dessas gestantes, além da alta incidência de exames não realizados. (SANTOS, 2018).

A microcefalia pode ser diagnosticada precocemente com um ultrassom fetal. O ultrassom tem o melhor diagnóstico se for feito no final do segundo trimestre, por volta de 28 semanas ou no terceiro trimestre. O diagnóstico geralmente é feito no nascimento ou em um estágio posterior. Nas primeiras horas após o nascimento, o perímetro cefálico infantil deve ser medido e verificado com os padrões de crescimento da OMS. O apuramento é interpretado em relação à idade gestacional da criança e ao peso e altura da criança. Em teste usado especificamente para determinar se o RN será congênito com microcefalia, o mais usado é o ultrassom, que no final da gravidez pode revelar o problema. (WORLD, 2017).

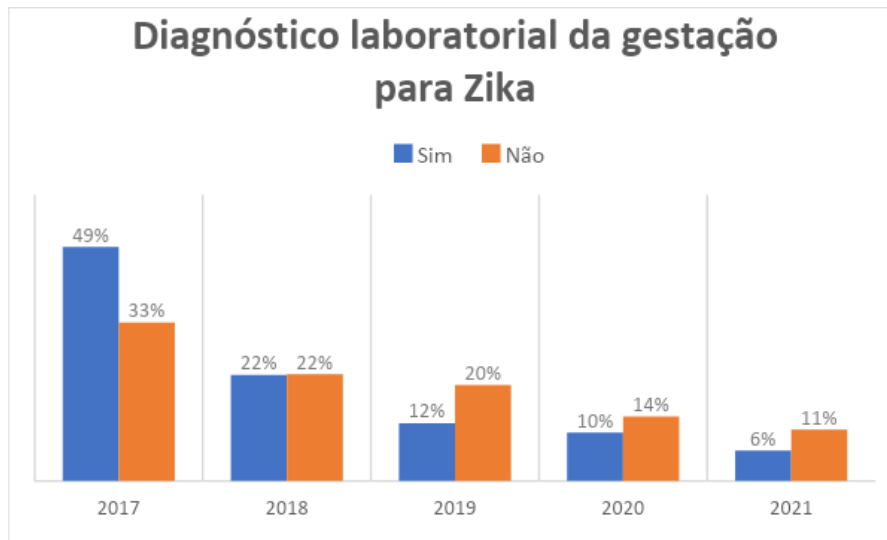
Em 2017 teve o maior número de casos que tiveram diagnósticos laboratorial na gestação para Zika, tendo 49% (n= 276) para reagente positivo (sim) e 35% (n=2382) reagente negativo. Nos anos seguintes, o reagente negativo liderou, sendo 22% (n= 1607), 20% (n= 1445), 14% (n= 972), 11% (n= 77), respectivamente. No total, 562 casos foram positivos e 7177 casos negativos para o diagnóstico laboratorial.

Gráfico 2 - Diagnóstico laboratorial da gestação para Zika, no período de 2017 a 2021.

¹ Graduanda do Curso de Fisioterapia da UNIFTC. Email: anna.rodrigues@ftc.edu.br

² Graduanda do Curso de Enfermagem da UNIFTC. Email: fabricia.fernandes@ftc.edu.br

³ Mestre e Doutoranda em Bioquímica e Biologia Molecular pela Universidade Federal do Sudoeste da Bahia (UESB) e docente do Curso de Biomedicina da UNIFTC. Email: beatriz.rabelo@ftc.edu.br



O diagnóstico de microcefalia geralmente é inicialmente baseado no diagnóstico clínico de que a criança tem um perímetro cefálico reduzido, mas é importante ter diagnóstico por imagem para confirmar isso. No caso desta doença, o diagnóstico laboratorial pode interferir na detecção de condições da dupla afecção. (BRASIL, 2015).

Com base em evidências epidemiológicas e laboratoriais, especula-se uma associação entre infecção materna pelo vírus Zika durante a gravidez e microcefalia na prole.

Estes incluem a associação temporal entre a prevalência do vírus Zika e o consequente aumento no número de crianças com microcefalia; a identificação dos genomas do vírus Zika em amostras de líquido amniótico de duas mulheres grávidas com fetos microcefálicos; a detecção de o genoma do vírus Zika em amostras de sangue e tecido de recém-nascidos com microcefalia que morreram após 5 minutos de vida; demonstração de neurotropismo do vírus Zika em animais de laboratório; descoberta do vírus Zika pode causar morte de células neuronais; mulheres grávidas infectadas com vírus Zika têm anormalidades detectadas com mais frequência na ultrassonografia em comparação com mulheres grávidas não infectadas pelo vírus Zika. (BMJ, 2016).

Evidências limitadas, incluindo dados epidemiológicos e laboratoriais, apoiam uma associação entre a infecção pelo vírus Zika durante a gravidez e a

¹ Graduanda do Curso de Fisioterapia da UNIFTC. Email: anna.rodrigues@ftc.edu.br

² Graduanda do Curso de Enfermagem da UNIFTC. Email: fabricia.fernandes@ftc.edu.br

³ Mestre e Doutoranda em Bioquímica e Biologia Molecular pela Universidade Federal do Sudoeste da Bahia (UESB) e docente do Curso de Biomedicina da UNIFTC. Email: beatriz.rabelo@ftc.edu.br

microcefalia congênita. Investigações epidemiológicas preliminares encontraram uma associação entre microcefalia e doença materna semelhante a erupção cutânea, sugerindo possível infecção pelo vírus Zika. Além disso, o líquido amniótico obtido de duas gestações afetadas por microcefalia foi positivo para RNA do vírus Zika, e testes laboratoriais mostraram infecção nos tecidos de três recém-nascidos com microcefalia e dois abortos espontâneos do vírus Zika. (MEANEY *et al.*, 2016)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados aqui elencados neste estudo sobre a notificação de casos suspeitos de SCZ no Brasil tendo como base norteadora a relação entre infecção do Vírus Zika na gestação e microcefalia, oportunizou apurar por meio do estudo epidemiológico a existência de indícios de cedência transplacentária do Vírus Zika.

Foi possível constatar uma possível relação entre os dois fatores, mas acredita que pesquisas contínuas são necessárias para entender e descrever com mais precisão a doença.

Como já supracitado é importante haver uma equipe multidisciplinar de saúde qualificada para o acompanhamento e cuidados indispensáveis à criança que apresenta essa anomalia, beneficiando o paciente de um atendimento completo e individualizado.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika, 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/09/Microcefalia---Protocolo-de-vigil-ncia-e-resposta---vers--o-1----09dez2015-8h.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2022.

¹ Graduanda do Curso de Fisioterapia da UNIFTC. Email: anna.rodrigues@ftc.edu.br

² Graduanda do Curso de Enfermagem da UNIFTC. Email: fabricia.fernandes@ftc.edu.br

³ Mestre e Doutoranda em Bioquímica e Biologia Molecular pela Universidade Federal do Sudoeste da Bahia (UESB) e docente do Curso de Biomedicina da UNIFTC. Email: beatriz.rabelo@ftc.edu.br

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus zika [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BMJ 2016; 353 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.i1901> (Publicado em 13 de abril de 2016).

MEANEY-Delman, *et al.* Zika Vírus e Gravidez: O que os profissionais de saúde obstétrica precisam saber. *Obstetrícia e Ginecologia*: abril de 2016 - Volume 127 - Edição 4 - p 642-648 doi: 10.1097/AOG.0000000000001378.

NORBERT, Adriana Andreia De Fatima *et al.* **A IMPORTÂNCIA DA ESTIMULAÇÃO PRECOCE NA MICROCEFALIA**. Salão do Conhecimento, ciência alimentando o Brasil. Unijuí Universidade Federal, 2016. Disponível em: Acesso em: 14 nov. 2022.

PUIG, Solano. “Intervención de Enfermería Durante La Aparición Del Zika En San Miguelito, Camagüey.” 2018.

QUEIROZ, Ligia de Paula Barros, *et al.*, 2019. O PAPEL DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AO NEONATO COM MICROCEFALIA POR ZIKA: UMA REVISÃO DE LITERATURA. *Projectus | Rio de Janeiro | V. 4 | N. 1 | P. 152-160* | <https://doi.org/10.15202/25254146.2019v4n1p152>.

VAGAS, Alexander *et al.* Características dos primeiros casos de microcefalia possivelmente relacionados ao vírus Zika notificados na Região Metropolitana de Recife, Pernambuco. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25(4):691-700, out-dez 2016.

COFFITO. Sistema COFFITO/CREFITOs. Diagnóstico: Microcefalia. E agora?. 2016, 12 p. Disponível em: Acesso em 12 de novembro de 2022.

GARCIA, Leila Posenato (2018): **Epidemia do vírus Zika e microcefalia no Brasil: Emergência, evolução e enfrentamento**, Texto para Discussão, No. 2368, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília

¹ Graduanda do Curso de Fisioterapia da UNIFTC. Email: anna.rodrigues@ftc.edu.br

² Graduanda do Curso de Enfermagem da UNIFTC. Email: fabricia.fernandes@ftc.edu.br

³ Mestre e Doutoranda em Bioquímica e Biologia Molecular pela Universidade Federal do Sudoeste da Bahia (UESB) e docente do Curso de Biomedicina da UNIFTC. Email: beatriz.rabelo@ftc.edu.br

SALGE, Ana Karina Marques *et al.* Infecção pelo vírus Zika na gestação e microcefalia em recém-nascidos: revisão integrativa de literatura. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2016 [acesso em: 03/11/2022];18:e1137. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.39888>.

SANTOS, Clévesson Souza *et al.*, (2018). ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA E DOS CUSTOS DIRETOS DA MICROCEFALIA RELACIONADA À INFECÇÃO PELO VÍRUS ZIKA NO BRASIL. Programa de Iniciação Científica - PIC/UniCEUB - Relatórios de Pesquisa. 10.5102/pic.n3.2017.5829.

SILVA, C. C. V. Atuação da fisioterapia através da estimulação precoce em bebês prematuros. Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde. Salvador, v. 5, n. 5, p. 29- 36, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Microcephaly. 2016. Disponível em: < <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/microcephaly/en/> >. Acesso em: 16 . nov. 2022.

¹ Graduanda do Curso de Fisioterapia da UNIFTC. Email: anna.rodrigues@ftc.edu.br

² Graduanda do Curso de Enfermagem da UNIFTC. Email: fabricia.fernandes@ftc.edu.br

³ Mestre e Doutoranda em Bioquímica e Biologia Molecular pela Universidade Federal do Sudoeste da Bahia (UESB) e docente do Curso de Biomedicina da UNIFTC. Email: beatriz.rabelo@ftc.edu.br