



**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

PERFIL DAS GESTANTES E PUÉRPERAS DE CRIANÇAS COM MICROCEFALIA

PINTO, NATHÁLIA RODRIGUES¹

ARAÚJO, AÍLA MARÔPO²

RESUMO

A microcefalia é uma malformação congênita em que o encéfalo não se desenvolve de maneira adequada. Essa malformação pode ser efeito de uma série de fatores de diferentes origens, como substâncias químicas e infecciosas, além de bactérias, vírus e radiação. Essa anomalia congênita tem ganhado grande importância no cenário nacional e internacional, devido ao surto epidemiológico no ano de 2015. O Brasil teve um grande aumento nos casos, o surto teve maior desenvolvimento na região do Nordeste. Esse estudo tem como objetivo conhecer o perfil das gestantes ou puérperas de crianças com microcefalia do Rio Grande do Norte. Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e de abordagem quantitativa elaborado de acordo com os dados das mães de crianças que apresentam apenas microcefalia. Para a coleta de dados foram utilizadas informações sobre a idade das mães de crianças com apenas microcefalia, o tempo de detecção da microcefalia por idade da mãe e a idade gestacional de gestantes de crianças com apenas microcefalia por idade da mãe. A realização da coleta de dados foi efetuada no Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP), feito a análise dos dados, foram construídas tabelas no Excel conforme os resultados obtidos. Constatou-se que as mães de crianças com apenas microcefalia são de faixa etária jovem (25,53%) e descobriram a microcefalia tardiamente, na gestação com 37 a 42 semanas (17,37%) e no pós-parto (20,92%). Portanto, é de suma importância a assistência à saúde em mães de criança com microcefalia, para que assim se tenha a evolução no decorrer do tratamento com a mãe e criança.

Palavras-chave: microcefalia, anomalia congênita, gestantes.

¹Graduanda em enfermagem – nathalia.rodrigues@hotmail.com

²Prof.^a. Me. Orientadora – ailaaraujo88@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

A microcefalia tem se distribuído de forma abundante nos últimos anos no mundo, os países das Américas foram os mais atingidos pelo surto. Com base em Henriques, Duarte e Garcia (2016) no ano de 2015 a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) comunicou que a epidemia de microcefalia tinha se estendido por 18 países e territórios, como: Brasil, Barbados, Colômbia, El Salvador, Equador, Guatemala, Guiana, Guiana Francesa, Haiti, Honduras, Martinica, México, Panamá, Paraguai, Porto Rico, Saint Martin, Suriname e Venezuela.

A partir desse período, no Brasil passou a ocorrer o aumento do número de casos de microcefalia, assim, devido à alta incidência na região Nordeste desses casos associado com o Zika vírus, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a situação como emergência de saúde pública de importância internacional (ESPII) (BRASIL, 2016).

Segundo Marinho et al. (2016) a microcefalia é uma forma de anomalia congênita que se caracteriza pela deficiência nas funções e/ou estruturas corporais que podem ser originados por exposições a teratógenos ambientais, anomalias cromossômicas, doenças metabólicas ou até por doenças maternas durante a gravidez que ultimamente tem-se manifestado com os surtos ocasionados pelo vírus Zika. Estas anomalias são classificadas em primárias, se presentes ao nascimento, ou secundárias, quando se desenvolvem após o nascimento.

Em consequência disso, o desenvolvimento neurológico, mental, psíquico e motor de uma pessoa que possui microcefalia é comprometido devido à má formação cerebral, pois o cérebro cresce anormalmente dentro da caixa craniana e isso se dá porque os ossos do crânio são comprimidos antes do tempo comum. Faz-se importante ressaltar que a gravidade dessas complicações pode variar de criança para criança de acordo com o nível da doença e tratamento (BRASIL, 2015).

Nesse contexto, o impacto de uma família quando descobre que irá ter uma criança com microcefalia é marcante, pois há uma certa projeção de filho ideal antes da descoberta, e após o diagnóstico essa projeção é desviada para outros fatores como futuro e sobrevivência da criança e seu desenvolvimento, preconceitos da sociedade, a incompreensão da doença, condições econômicas para custos que serão utilizados, culpa e impotência (BRASIL, 2017).

Como foi colocado o microcefálico irá necessitar de custos financeiros para o tratamento. Com isso, de acordo com Brasil (2015) não há tratamento específico para a microcefalia, mas existem ações de suporte que podem auxiliar no desenvolvimento do bebê e da criança, e este acompanhamento é preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo a Portaria nº 1.820/2009 do Conselho Nacional de Saúde, dentre os direitos da pessoa com microcefalia o SUS deve oferecer todas as opções de tratamentos para essas crianças com atendimento adequado.

Não se pode deixar de enfatizar a importância da detecção precoce em gestantes e puérperas das crianças com microcefalia, para isso o Ministério da Saúde criou o Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika, no qual visa na prevenção da infecção pelo vírus em mulheres em idade fértil e gestantes, para a atenção no pré-natal, parto e nascimento e para a assistência aos nascidos com microcefalia, em todo o território nacional (BRASIL, 2015).

“Atualmente a incidência de casos de infecção pelo vírus Zika impõe a intensificação do cuidado da gestante durante o acompanhamento pré-natal, devido a uma possível associação com os casos atuais de microcefalia em recém-nascidos.” (BRASIL, 2015, p. 12).

Nesse sentido, é papel da equipe de saúde acolher a gestante como caso suspeito e suas angústias, dúvidas e medos, por meio de uma escuta qualificada, sem julgamentos e preconceitos, que permitam à mulher falar de sua intimidade com segurança e caso seja necessário podem solicitar o apoio matricial dos profissionais de saúde mental, por intermédio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou de outros profissionais de saúde mental do município (BRASIL, 2017).

Diante do exposto, este trabalho visa conhecer o perfil das gestantes e puérperas das crianças com microcefalia.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1.1 Anomalia Congênita

A definição de anomalias congênitas se dá pelas alterações de estrutura ou função do corpo que estão presentes ao nascimento e são de origem pré-natal, essas são em muitos países importantes causas de mortalidade infantil, doença crônica e deficiência. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2015), essas modificações estruturais e funcionais ocorrem durante a vida intrauterina e são detectados durante a gravidez, durante o parto ou em um momento posterior da vida.

“Estima-se que aproximadamente 94% das anomalias congênitas graves ocorrem em países de baixa e média renda, onde as mulheres muitas vezes não possuem acesso suficiente a alimentos nutritivos e podem estar mais expostas a agentes ou fatores que induzem ou aumentam incidência de desenvolvimento pré-natal anormal, especialmente álcool e infecções” (OMS, 2015, p.1).

Cerca de 60% das anomalias congênitas possuem origem desconhecida. Dentre os fatores causais das anomalias, destacam-se agentes infecciosos, agentes ambientais, como radiação, fatores mecânicos e compostos químicos, assim como doenças maternas. Outros fatores maternos como idade, estilo de vida, tipo de gestação e saúde materna, entre outros, têm sido pesquisados e relacionados à ocorrência de anomalias congênitas (COSME; LIMA; BARBOSA, 2017).

Segundo Vargas et al. (2016), a microcefalia é uma anomalia congênita em que o cérebro não se desenvolve de maneira adequada: o perímetro cefálico dos recém-nascidos é menor que dois desvios padrão da média para idade e sexo, podendo levar a alterações cerebrais e problemas no desenvolvimento neurológico. Em consequência disso, Brasil (2015) afirma que a microcefalia pode ser acompanhada de epilepsia, paralisia cerebral, retardo no desenvolvimento cognitivo, acarretando em uma série de complicações para a vida biopsicossocial da criança portadora da deficiência.

Convém ressaltar que de acordo com Brasil (2015), a doença pode ser efeito de uma série de fatores de diferentes origens, como substâncias químicas e infecciosas, além de bactérias, vírus e radiação, ou seja, ela não tem uma única causa,

apresenta etiologia complexa e multifatorial, envolvendo fatores genéticos e ambientais.

Com base na Organização Mundial da Saúde (2015), a microcefalia é caracterizada pela medida do crânio realizada após o nascimento e dentro da primeira semana de vida, este período é o mais recomendado para se realizar busca ativa de possíveis anomalias congênitas.

Após o nascimento os bebês com suspeita de microcefalia serão submetidos a exame físico e medição do perímetro cefálico, exames neurológicos e de imagem para avaliação e diagnóstico da anomalia. Em caso de crianças prematuras, são considerados microcefálicos os nascidos com perímetro cefálico menor que dois desvios padrões. (BRASIL, 2016).

2.1.2 Epidemiologia da Microcefalia

Em outubro de 2015 o Ministério da Saúde obteve notificações do surto de microcefalia no Estado de Pernambuco e foram iniciadas investigações buscando evidências relacionadas a epidemia de microcefalia. Logo, associou-se com o vírus Zika, foi identificado e comprovado que o vírus atravessa a barreira placentária da gestante, podendo ocasionar a microcefalia e/ou outras malformações do sistema nervoso central para a criança (BRASIL, 2015).

Com isso, notou-se a importância de uma vigilância epidemiológica correlacionada ao surto, objetivando descrever o padrão epidemiológico de ocorrência de microcefalias e/ou alterações do sistema nervoso central relacionadas às infecções congênitas no território nacional. Para avaliar melhor a incidência de microcefalia no país, foram desenvolvidos boletins epidemiológicos, com intuito de monitorar os casos no Brasil. (BRASIL, 2016).

Segundo o informe epidemiológico n. 57 referente à semana epidemiológica (SE) 52 do ano 2016, até 31 de dezembro de 2016, 10.867 casos foram notificados no RESP-Microcefalia, segundo as definições do Protocolo de vigilância (recém-nascido, criança, natimorto, abortamento ou feto). Desses, 3.183 (29,3%) casos permanecem em investigação e 7.684 (70,7%) casos foram investigados e classificados, sendo 2.366 confirmados, 49 prováveis e 5.269 descartados. (BRASIL, 2016).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (2016), em consequência disso a vigilância epidemiológica irá garantir o registro no RESP (Registro de Eventos em Saúde Pública) de todos os casos de microcefalia, para que a Atenção à Saúde possa identificar e acompanhar os que apresentam sinais de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM), independente da causa da microcefalia.

O microcefálico irá precisar de acompanhamento multiprofissional, além de fazer uso de medicamentos específicos. Devido à alta incidência no número de casos de crianças acometidas com microcefalia, haverá um custo considerável para a economia do país, pois o Brasil deverá atendê-las, fornecendo todos os recursos necessários, dando suporte à saúde e bem-estar a eles (CANOSSA; STELUTE; CELLA, 2016).

Para Pereira (2014), o setor saúde é responsável por prover e pagar os serviços relacionados ao equacionamento das doenças e agravos, mas também a sociedade arca com custos decorrentes desses agravos que, muitas vezes, permanecem ocultos nas planilhas de custo. Esses custos se dividem em diretos e indiretos, no qual o direto são: gastos de internação, serviços médicos, serviços de outros profissionais de saúde, exames diagnósticos e medicamentos.

Os custos indiretos são aqueles relacionados ao paciente e a terceiros, referentes à perda de produtividade devido ao agravamento da doença por meio da perda das funções orgânicas e laborais do paciente, resultando na falta ao trabalho, entre outros (PEREIRA, 2014).

De acordo com Almeida (2016), a assistência farmacêutica está direcionada a aquisição de medicamentos da atenção básica a saúde, logo os microcefálicos necessitam de medicamentos de alto custo que precisam ser usados por longos períodos, além de despesas para locomoção, alimentação, pernoites e entre outros gastos que devem ser custeadas de acordo com a disponibilidade orçamentária do município e/ou estado.

O Brasil não tem ainda definido o tratamento mínimo necessário que as crianças com microcefalia terão que passar ao longo do ano, sendo difícil definir o seu custo exato. Os bebês estão completando 1 ano de idade com vários problemas de saúde que crianças com microcefalia causada por sífilis e outras doenças não possuem (CANOSSA; STELUTE; CELLA, 2016, p. 5).

Devido ao surto do vírus Zika associado com a microcefalia, a atenção à saúde das mulheres no planejamento reprodutivo realizado pelas equipes de atenção básica e saúde da família têm papel fundamental na prevenção da microcefalia pois as

equipes de saúde reforçam as ações de oferta e ampliação do acesso aos métodos contraceptivos, orientam sobre a prevenção da infecção pelo vírus Zika e sobre os cuidados necessários para evitar essa infecção durante a gravidez, principalmente no primeiro trimestre (BRASIL, 2015).

Com o intuito de qualificar o atendimento dos profissionais de saúde que estarão diante dessas famílias, foi criado o guia de práticas para profissionais e equipes de saúde, nele é explícito a importância em fornecer informações precisas que ajudem a reduzir a ansiedade dessas pessoas diante do diagnóstico de uma doença ou outra situação que envolva notícias difíceis, além de saber passar e lidar com as informações relacionadas a microcefalia (BRASIL, 2017).

É papel do enfermeiro orientar, fortalecer o suporte social e psicossocial, dar todas as informações necessárias sobre a doença, acompanhar o pré-natal da gestante e proceder com todas as orientações necessárias quanto à realização de exames, vacinas e classificação das doenças exantemáticas na gestante, após o nascimento o bebê deverá ser acompanhado e ser submetido a medição de medidas antropométricas e realização do primeiro banho. Esses aspectos são importantes para medir o grau de microcefalia em que a criança se encontra (BRASIL, 2017).

2.1.3 Gestantes e Mães de crianças com Microcefalia

Com relação ao exposto, é importante destacar o impacto que a microcefalia causa no meio social. De acordo com o guia de práticas para profissionais e equipes de saúde é necessário o apoio psicossocial a mulheres gestantes, famílias e cuidadores de crianças com síndrome congênita por vírus Zika e outras deficiências (BRASIL, 2017).

Com referência as mães que descobrem que o filho tem a doença, a notícia afeta no vínculo, diante disso, a insegurança e o medo acometem-nas por isso é necessário o apoio familiar e psicossocial para o acompanhamento dessa mãe. “Quando se fala em bebês com malformação, ao receberem a notícia, as mães sentem choque, medo, raiva, ansiedade, tristeza, pensamentos intrusivos, dentre outros”. Além de sofrer por gerar um filho com microcefalia ainda há a falta de informação sobre a deficiência, gerando assim mais angústia para elas (OSÓRIO; VALLE, 2009).

A gestante passa por momentos de “ansiedade e depressão”. Algumas sensações como fobias relacionadas ao bebê nascer com alguma malformação, morrer no parto ou mesmo a morte intrauterina são alguns exemplos de pensamentos que a mãe geralmente tem no terceiro trimestre de sua gravidez. (EIZIRIK; BASSOLS, 2013, p.4).

Para a OMS (2015), as mulheres grávidas infectadas com o vírus Zika devem procurar aconselhamento e cuidados pré-natais junto de um médico. O acompanhamento da equipe multidisciplinar com as puérperas é de suma importância.

2.1.4 Estratégias de prevenção

As prevenções nos cuidados com as gestantes iniciam-se no pré-natal, durante as consultas são passados exames e ultrassonografias obstétricas e seguem nos cuidados e assistência da equipe de saúde, para o Ministério da Saúde (2015), caso na ultra mostre um feto com circunferência craniana (CC) aferida menor que dois desvios padrões ($< 2 DP$) abaixo da média para a idade gestacional, ou com alteração no sistema nervoso central (SNC) sugestiva de infecção congênita, este pode ser considerado um caso suspeito de microcefalia relacionada ao vírus Zika na gestação.

De acordo com a OMS (2016), as mulheres que estão grávidas ou planejam engravidar devem ter cuidados especiais para se protegerem das picadas do mosquito que transmite o vírus Zika, usando acessórios para prevenção do inseto.

2.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e de abordagem quantitativa. Os estudos epidemiológicos são compreendidos como um processo contínuo de acúmulo de conhecimentos com o objetivo de prover um acervo de evidências indiretas, cada vez mais consistentes, de associação entre saúde e fatores protetores ou doença e fatores de risco, ou seja, determinam a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, em relação ao seu tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos (ALMEIDA, 2002).

Os estudos descritivos são a primeira etapa da aplicação do método epidemiológico com o objetivo de compreender o comportamento de um agravo à saúde numa população. Uma de suas peculiaridades está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação

sistemática. Esse tipo de estudo geralmente visa descrever populações alvo que apresentem certos atributos de interesse (ALMEIDA, 2002).

Foi utilizado o Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP) para coletar os dados sobre as gestantes ou puérperas de crianças com microcefalia. O RESP é um monitoramento integrado de vigilância e atenção à saúde de condições relacionadas às infecções durante a gestação, identificadas no pré-natal, parto e puericultura, encontra-se disponível eletronicamente e deve ser preenchido de acordo com as etapas estabelecidas pelo site. São elas: data de notificação, dados para identificação da gestante ou puérpera, identificação do nascido vivo, dados relacionados a gestação e parto, dados clínicos e epidemiológicos da mãe\gestante e recém-nascido, exames de imagem, local de ocorrência, observações, evolução e notificador.

O objetivo é auxiliar na transformação de dados brutos em informações relevantes e úteis a fim de analisar a situação epidemiológica de forma rápida e eficiente, embasando a tomada de decisão oportuna, bem como identificar fatores associados ao surgimento ocorrência de microcefalia e/ou alterações do SNC (BRASIL, 2016).

Os dados foram organizados em planilhas e tabulados, e assim construídas tabelas. Em seguida serão analisados mediante a estatística descritiva.

O estudo utilizou-se de dados secundários sem a identificação dos pacientes e por isso não será necessária a apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

2.3 RESULTADOS

A tabela 1 traz que a maioria (70,56%) das crianças com apenas microcefalia são filhos (as) de mães com idade entre 15 e 30 anos.

Tabela 1 – Faixas de idade da mãe de crianças com apenas microcefalia no Rio Grande do Norte. Natal, 2018.

Faixa de idade da mãe	N	%
15 a 20	72	25,53
20 a 25	68	24,11
25 a 30	59	20,92
30 a 35	37	13,12
35 a 40	26	9,22

Fonte: RESP, 2018.

Em relação ao tempo de detecção da microcefalia, a maioria dos casos foram descobertos no pós-parto em mães de 15 a 20 anos (20,92%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Tempo de detecção da microcefalia por idade da mãe no Rio Grande do Norte. Natal, 2018.

Faixa de idade da mãe	Tempo de detecção							
	Intrauterino		Pós-parto		Não detectado		Ignorado	
	N	%	N	%	N	%	N	%
15 a 20	3	1,06	59	20,92	6	2,12	4	1,41
20 a 25	1	0,35	56	19,85	6	2,12	1	0,35
25 a 30	3	1,06	50	17,73	6	2,12		
30 a 35	6	2,12	26	9,91	5	1,77		
35 a 40	2	0,7	19	6,73	4	1,41		

Fonte: RESP, 2018.

Já quanto a idade gestacional da mãe na descoberta da doença, foi detectado o maior percentual na idade gestacional de 37 a 42 semanas em mães com idade entre 15 e 20 anos (16,31%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Idade gestacional de gestantes de crianças com apenas microcefalia por idade da mãe no Rio Grande do Norte. Natal, 2018.

Idade da mãe	<37 semanas		37 a 42 semanas		Acima de 42 semanas		Ignorado	
	N	%	N	%	N	%	N	%
15 a 20	22	7,8	46	16,31	3	1,06	1	0,35
20 a 25	20	7,09	49	17,37	1	0,35	4	1,41
25 a 30	19	6,73	33	1,7	1	0,35	6	2,12
30 a 35	13	4,6	21	7,44	2	0,7	1	0,35
35 a 40	9	3,19	14	4,96	2	0,7	3	1,06

Fonte: RESP, 2018.

2.4 DISCUSSÃO

A partir dos resultados obtidos, foi evidenciado que no RN as mães de crianças que nascem apenas com a microcefalia apresentam maior percentual em jovens de 15 a 30 anos (70,56%) do que em mães mais velhas entre 31 a 40 anos (22,34%).

Nesse contexto, em estudo ecológico realizado nos municípios do Nordeste em 2015 o Ministério da Saúde (2017) encontrou que o perfil materno foi: mulheres jovens,

pardas, com baixa escolaridade, solteiras e trabalhadoras da agricultura, florestais e da pesca.

Faz-se necessário que essas mães jovens tenham apoio das Unidades de Atenção Básica (UBS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros Especializados em Reabilitação (CER), serviços educacionais e de proteção e assistência sociais (CRAS e CREAS), entre outros (BRASIL, 2017).

Esses pontos de atenção devem estar articulados para garantia de ações como: visitas domiciliares; acompanhamento pré-natal e puerperal; grupos de apoio a mulheres, pais e cuidadores; atendimento psicossocial; acompanhamento do desenvolvimento infantil durante a puericultura; avaliação e acompanhamento especializado para a Intervenção precoce/ estimulação precoce e reabilitação das crianças (BRASIL, 2017).

No que se refere ao tempo de detecção da microcefalia foi constatado tardio em mulheres com idade gestacional de 37 a 42 semanas (17,37%), no pós-parto (20,92%), ambos em mães com faixa etária de 15 a 25 anos.

Com isso, geram-se dificuldades no processo de acompanhamento e tratamento dessas gestantes de crianças com microcefalia, com o diagnóstico tardio o tratamento não será completo, já que se inicia no pré-natal onde geralmente é detectada a anomalia através consultas de rotina com exames como a ultrassonografia (CRUZ et al., 2016).

Uma das formas de detecção, é a ultrassonografia obstétrica, realizada preferencialmente no primeiro trimestre da gravidez, época em que a estimativa da idade gestacional é mais precisa. No entanto, é necessária a atenção dos profissionais da saúde diante das mulheres que anseiem por um diagnóstico de certeza ainda durante a gestação, do acometimento ou não do feto pelo vírus, para que não sejam tomadas condutas ou realizadas intervenções como exames ultrassonográficos em série para identificação de microcefalia, e que não mudam a condição nem o prognóstico nesses casos (BRASIL, 2016).

Segundo Brasil (2012) é recomendável a identificação precoce de todas as gestantes do território de atuação da equipe de saúde até a 12ª semana de gestação e o início imediato do acompanhamento pré-natal, visando às intervenções oportunas em todo o período gestacional, sejam elas preventivas ou terapêuticas.

Fica o alerta que caso seja detectado alguma doença exantemática na gestante deve ser realizado: a) acolhimento a ela; b) Avaliação dos sinais e sintomas de

Arboviroses; c) Realizar a Notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP); d) Iniciar o Pré-natal de Risco Habitual com complementação de exames; e) Vinculação à Maternidade, segundo Plano Terapêutico Singular da Gestante (PTSG) (BRASIL, 2013).

Diante disso, a equipe de saúde deve estar sensibilizada a acolher a gestante com caso suspeito e suas angústias, dúvidas e medos, por meio de uma escuta qualificada, sem julgamento nem preconceitos, que permita à mulher falar de sua intimidade com segurança (CRUZ et al., 2016).

Fundamentado nessas informações, de acordo com Brasil (2016), o papel do enfermeiro é de suma importância durante o processo de descoberta da doença, na realização e explicação de exames, realização e acompanhamento no pré-natal, esclarecendo dúvidas e dando apoio profissional diante das necessidades e preocupações dessas mães, nas quais em maioria são jovens e pouco esclarecidas sobre a microcefalia e suas consequências.

A assistência de enfermagem segue também após o nascimento da criança, junto a mãe, no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD), com a equipe multiprofissional para que essa seja devidamente acompanhada e assistida, a medição das medidas antropométricas, organização do calendário vacinal, apoio na estimulação, realização de alguns exames, entre outros são pontos principais para o processo de tratamento. Nas mães o acompanhamento segue através da realização de preventivo, exame das mamas, consultas de rotinas, entre outros (BRASIL, 2017).

Diante do exposto, verifica-se a necessidade de que a rede de atenção à saúde materno-infantil seja fortalecida através de políticas públicas que visem criar e ajustar programas de promoção e assistência em saúde para mães, família e crianças com microcefalia, principalmente no que tange a qualidade do pré-natal. E que o diagnóstico e tratamento sejam ofertados com eficácia entre os profissionais da saúde, para que possam minimizar a complexidade dos efeitos que envolvem a doença.

3 CONCLUSÃO

Conclui-se que as mães de crianças com microcefalia no estado do Rio Grande do Norte são a maioria jovens e descobriram a microcefalia de forma tardia, com isso a preparação para ter uma criança com a anomalia não foi planejada e prestada a assistência da maneira correta, acarretando em dificuldades no processo de aceitação da doença para as mães, acompanhamento mais aprofundado em pré-natal, exames e consultas subsequentes.

Faz-se necessária a disseminação de políticas públicas de saúde para a conscientização de mães jovens na necessidade da realização e importância do pré-natal, ação imprescindível na evolução do diagnóstico precoce e tratamento da anomalia.

Portanto, é de suma importância que a equipe de saúde saiba como lidar com as mães durante esse processo, e que atuem numa perspectiva ética diante das situações que serão enfrentadas, realizem o adequado acompanhamento e assistência nas consultas de pré-natal e exames, através de orientações e esclarecimentos de dúvidas sobre o processo a ser enfrentado.

THE PROFILE OF PREGNANT WOMAN OR MOTHER OF CHILDREN WITH MICROCEPHALY

ABSTRACT

Microcephaly is a congenital malformation in which the encephalon does not develop properly. This malformation can be an effect of a number of factors from different sources, such as chemicals and infectious, as well as bacteria, viruses and radiation. This congenital anomaly has gained great importance in the national and international scenario, due to the epidemiological outbreak in the year 2015. The Brazil had a great increase in the cases; the outbreak had more development in the region of the Northeast. This study aims to know the profile of the pregnant women or mothers of children with microcephaly in Rio Grande do Norte. This is an epidemiological, descriptive and quantitative approach based on data from mothers of children with microcephaly only. Data were collected on the age of the mothers of children with only microcephaly, the time of detection of microcephaly by age of the mother and the gestational age of pregnant women with only microcephaly by age of the mother. The collection of data was done in the Public Health Events Register (PHER), the data were analyzed, tables were constructed in Excel according to the results obtained. It was found that the mothers of children with only microcephaly are of young age group, 25.53%. However, health care in mothers of children with microcephaly is of paramount importance, so that the evolution can occur in the course of treatment with the mother and child.

Keywords: Microcephaly, congenital anomaly and pregnant women.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Neto; ROUQUAYROL, Mateus Zeus. **Introdução à epidemiologia**. 3. Ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002. 293 p.

ALMEIDA, M.C.L. **Microcefalia: conheça mais sobre os seus direitos para enfrentamento da doença**. Meus direitos da saúde. Campo Grande. MS. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde -. **Apoio psicossocial a mulheres gestantes, famílias e cuidadores de crianças com síndrome congênita por vírus zika e outras deficiências. Guia de práticas para profissionais e equipes de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde - Brasil, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/apoio_psicossocial_zika_deficiencias_guia.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2018

_____. Ministério da Saúde -. **Protocolo de Vigilância e Resposta à Ocorrência de Microcefalia e/ou Alterações do Sistema Nervoso Central (SNC)**. Brasília: Ministério da Saúde – Brasil, 2016. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/24/Microcefalia-Protocolo-vigil-ncia-resposta-versao2.1.pdf>>. Acesso em: 08 Mar. 2018.

_____. 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**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde – Brasil, 2016. Disponível em: <<http://www.mppa.mp.br/upload/PROTOCOLO-SAS-MICROCEFALIA-ZIKA.pdf>>. Acesso em: 15 Mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde -. **Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 32**. Brasília: Ministério da Saúde – Brasil, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso em: 25 Maio. 2018.

_____. Ministério da Saúde -. **Ministério da Saúde confirma relação entre vírus Zika e microcefalia. 2015**. Brasília: Ministério da Saúde – Brasil, 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/21014-ministerio-da-saude-confirma-relacao-entre-virus-zika-e-microcefalia>>. Acesso em: 20 Set. 2017.

_____. Ministério da Saúde -. **Monitoramento integrado de alterações no crescimento e desenvolvimento relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, até a Semana Epidemiológica 14/2017**. Brasília: Ministério da Saúde – Brasil, 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/27/Monitoramento-integrado-de-alteracoesno-crescimento-e-desenvolvimento-relacionadas-a-infeccao-pelo-virus-Zika.pdf>>. Acesso em: 20 Set. 2017.

_____. Ministério da Saúde -. **Secretaria de Atenção à Saúde Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar**. Brasília: Ministério da Saúde – Brasil, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gravidez_parto_nascimento_saude_qualidade.pdf>. Acesso em: 25 Maio. 2018.

COSME, Henrique Willian; LIMA, Laura Silva; BARBOSA, Lene Garcia. **Prevalência de anomalias congênitas e fatores associados em recém-nascidos do município de São Paulo**. *Revista Paulista de Pediatria*, [s.l.], v. 35, n. 1, p.33-38, mar. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2017;35;1;00002>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-05822017000100033&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 set. 2017.

CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou et al. Protocols on prenatal care for pregnant women with Zika infection and children with microcephaly: nutritional approach. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, [s.l.], v. 16, n. 1, p.95-102, nov. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042016000s100008>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292016000800008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 25 maio 2018.

EIZIRIK, C. L.; BASSOLS, A. M. S. **O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica**. 2 a ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

HENRIQUES, Cláudio Maierovitch Pessanha; DUARTE, Elisete; GARCIA, Leila Posenato. Desafios para o enfrentamento da epidemia de microcefalia. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, [s.l.], v. 25, n. 1, p.10-1, jan. 2016. Instituto Evandro Chagas. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000100001>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000100007>. Acesso em: 24 set. 2017.

I SEMINÁRIO POLÍTICAS PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL, 2017, Araraquara. **ZIKA VÍRUS: ANÁLISE, DISCUSSÕES E IMPACTOS NO BRASIL**. Catanduva: Fatec, 2016. 11 p. Disponível em: <<http://www.uniara.com.br/arquivos/file/eventos/2017/seppu/anais/canossa-stelute-cella.pdf>>. Acesso em: 08 abr. 2018.

II CONGRESSO BRASILEIRO DE CIENCIAS DA SAUDE, 2017, Campina Grande. **“ELA VALE POR CINCO CRIANÇAS”**: O IMPACTO DA MICROCEFALIA NA MATERNAGEM. Campina Grande: Faculdade Maurício de Nassau, 2017. 12 p. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV071_MD1_SA13_ID1357_02052017131619.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2018.

MARINHO, Fatima et al. Microcefalia no Brasil: prevalência e caracterização dos casos a partir do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), 2000-2015. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, [s.l.], v. 25, n. 4, p.701-712, out. 2016. Instituto Evandro Chagas. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679>

49742016000400004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222016000400701&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em: 20 set. 2017.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Anomalias Congênitas**. 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies>>. Acesso em 17 Abr. 2018.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Avaliação de bebês com microcefalia no contexto do vírus zika**: Orientações Provisórias. 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204475/8/WHO_ZIKV_MOC_16.3_por.pdf>. Acesso em 17 Abr. 2018.

OSÓRIO, L. C.; VALLE, M. E. P. **Manual de terapia familiar**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PEREIRA, C.A.R. BARATA, M.M.L. **Custo social de doenças e método proposto para sua estimação**. J Bras Econ Saúde. 2014.

VARGAS, Alexander et al. Características dos primeiros casos de microcefalia possivelmente relacionados ao vírus Zika notific. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s.l.], v. 25, n. 4, p.691-700, out. 2016. Instituto Evandro Chagas. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000400003>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223796222016000400691&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 set. 2017.