

PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO DE CRIANÇAS COM MICROCEFALIA NA CARAVANA DO CORAÇÃO 2017

Danyelle Nóbrega de Farias (1); Emanuelle Silva de Mélo (2); Newton da Silva Pereira Junior(3); Juliana Nunes Abath Cananéa (4); Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro (5).

1Universidade Federal da Paraíba. danynobregadefarias@hotmail.com

2Universidade Federal da Paraíba. eman_melo27@hotmail.com

3Universidade Federal da Paraíba. ft.jr@hotmail.com

4Centro Universitário da Paraíba. ju_cananea@hotmail.com

5 Universidade Federal da Paraíba. katiagsribeiro@yahoo.com.br

Resumo:

Objetivo da Experiência: Diante do surto da microcefalia na Paraíba, a Caravana do Coração, desde a sua quarta edição, iniciou o acompanhamento das crianças acometidas, realizando avaliação e acompanhamento do seu desenvolvimento. Assim, o trabalho objetivou descrever o perfil sóciodemográfico das crianças com microcefalia atendidas na Caravana.

Metodologia: Trata-se de um estudo de abordagem descritiva e transversal. A amostra foi composta por 80 crianças nascidas na Paraíba a partir de agosto de 2015, com diagnóstico de microcefalia

Resultados: Observou-se a prevalência do sexo masculino, de 1 a 2 anos, com a maioria das crianças residindo na 2ª e 4ª Macrorregiões de saúde. Com menos acesso a educação e mais condição de inatividade e dependência do Benefício de Prestação Continuada. **Conclusões/Considerações:** Durante a Caravana do Coração, ficou claro que a condição da microcefalia traz repercussões marcantes para a criança e muita angústia e incerteza para as famílias, por não saberem como lidar com as crianças e nem o que lhes reserva o futuro, portanto, a vigilância e a atenção adequada às crianças com microcefalia devem continuar sendo priorizadas.

Palavras-chave: Fisioterapia. Microcefalia. Perfil de saúde.

Introdução

A microcefalia é uma anomalia em que o Perímetro Cefálico (PC) é menor que dois ou mais desvios-padrão do que a referência para o sexo, a idade ou tempo de gestação (LEIBOVITZ et al., 2015). Com uma incidência de 1 a cada 10.000 nascidos vivos, as causas podem ser cromossômicas, por malformação, síndromes, infecções intrauterinas e perinatais, toxinas, insuficiência placentária, familiar, metabólicas, exposição à radiação ionizante e doença degenerativa (TUNJUNGPUTRI, 2011). No entanto, essa incidência vem mudando ao longo do ano corrente em virtude do aumento de casos de microcefalia no Brasil, principalmente na região Nordeste, sendo uma das principais hipóteses sob investigação a infecção pelo vírus Zika (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

O vírus Zika recebeu a mesma denominação do local de origem de sua identificação, em 1947, após detecção em macacos sentinelas para monitoramento da febre amarela, na floresta Zika, em Uganda. Embora a primeira evidência de infecção humana pelo vírus ocorrido em 1952, à comunidade internacional somente passou a reconhecer o potencial epidêmico do vírus Zika a partir de 2005, principalmente após o surto de 2007 na Oceania (DUFFY et al., 2009; CAO-LORMEAU; MUSSO, 2014). A apresentação clínica dessa infecção não é específica (febre leve, exantema, artralgia, conjuntivite) e pode ser confundida com outras doenças, especialmente a dengue e chikungunya. Acreditava-se que o vírus causava uma doença mais branda (MUSSO; CAO-LORMEAU; GUBLER, 2015). O modo mais importante de transmissão do vírus Zika é por meio da picada do mosquito *Aedes Aegypti*, mesmo transmissor das doenças citadas anteriormente e o principal vetor urbano das três doenças.

Supõe-se que o vírus Zika possa ter sido introduzido no Brasil a partir da segunda metade de 2014, na copa do mundo, e ocasionando uma nova doença. Por não ter circulado anteriormente no país, considera-se que a maior parte da população brasileira seja susceptível à infecção e não possua imunidade natural contra o vírus Zika. É uma patologia em que cerca de 80% dos casos infectados não manifestam sinais ou sintomas da doença e grande parte dos doentes não procura os serviços de saúde, o que dificulta o conhecimento da magnitude dessa doença. Além disso, até o momento não há teste sorológico (IgM e IgG) em qualidade e quantidade disponível, restringindo-se apenas na identificação do vírus por isolamento ou PCR (Reação de cadeia de polimerase) no quadro

agudo da doença, acarretando grave problema de saúde pública (CDC, 2015). A Organização Pan-Americana da Saúde emitiu em maio um alerta sobre a transmissão potencial do vírus Zika no nordeste do Brasil e isto foi confirmado com ampla propagação da doença, ressaltando o potencial para propagar-se globalmente, semelhante à dengue e chikungunya (PAHO, 2015).

De acordo com o censo demográfico realizado em 2010, no Brasil, revelou que 23,9% da população possuíam pelo menos uma deficiência relacionada às funções visuais, auditiva, motora, mental ou intelectual. Dentre as regiões, o Nordeste se destaca com a maior taxa de prevalência de pessoas com pelo menos uma das deficiências mencionadas (26,3%) e o Rio Grande do Norte e a Paraíba apontam como os estados brasileiros com maior incidência, com taxas de 27,76% e 27,58%, respectivamente, maior que a média nacional (CARTILHA DO CENSO, 2012). A Paraíba é um dos estados que mais concentram os índices de possíveis casos de microcefalia pelo vírus Zika.

Diante do surto da microcefalia na Paraíba, a Caravana do Coração, desde de sua quarta edição, iniciou o acompanhamento das crianças acometidas, realizando avaliação e acompanhamento do seu desenvolvimento. O projeto, fruto do convênio entre o Círculo do Coração de Pernambuco e o Governo do Estado da Paraíba, tem o objetivo de realizar triagens, exames e consultas de acompanhamento com a participação de uma equipe voluntária multidisciplinar.

A Caravana do Coração 2017 objetivou avaliar crianças com microcefalia no Estado da Paraíba, bem como acompanhar crianças já avaliadas pela equipe na Caravana anterior ou nas salas do coração, traçando ainda o perfil sociodemográfico do grupo.

Metodologia

Trata-se de um estudo de abordagem descritiva e transversal. A amostra foi composta por 80 crianças nascidas na Paraíba a partir de agosto de 2015, com diagnóstico de microcefalia. Os dados foram coletados no projeto Caravana do Coração, desenvolvido pelo Governo do Estado, por meio da Rede de Cardiologia Pediátrica da Paraíba em parceria com a organização não governamental pernambucana Círculo do Coração. A caravana passou por 13 municípios do estado da Paraíba nos meses de junho e julho de 2017. Os critérios de inclusão foram todas as crianças com diagnóstico de microcefalia nos municípios visitados e que fossem nascidas no ano de 2015 a diante. Para

avaliação foi aplicado um questionário elaborado para conhecer o perfil sociodemográfico das crianças com microcefalia no estado. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba sob parecer CAAE: 64800416.9.1001.5188, sendo respeitados os critérios estabelecidos na Resolução nº 466/12, que regulamenta a pesquisa em seres humanos. Todos os participantes do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido

Resultados e Discussão

Foram coletados dados de 80 crianças, a partir dos quais observou-se a prevalência do sexo masculino (53%), sendo 2 crianças (3%) menores de 1 ano, 70 de 1 a 2 anos (87%) e 08 (10%), acima de dois anos. A maioria das crianças residia na 2ª Macrorregião de saúde (44%), 36% na 4ª Macrorregião, um total 15% e 5% nas 3ª e 1ª Macrorregiões, respectivamente. Destaca-se ainda que apresentaram ensino médio completo 3 das 80 mães (4%), ensino fundamental completo 54 (67%), e 23 não completaram o ensino fundamental (29%). Destas, 66 (83%) recebem o Benefício de Prestação Continuada (BPC), e 90% das mães estão em condição de inatividade, frente ao mercado de trabalho.

Nesse contexto, o processo de reabilitação torna-se fundamental para o desenvolvimento dos bebês e deve ser iniciado o mais breve possível, levando em consideração as inúmeras sequelas apresentadas em decorrência da má formação cerebral. Sabe-se que a microcefalia pode manifestar-se de modo peculiar a cada recém-nascido, podendo comprometer diversos sistemas do organismo, gerando desde problemas motores a respiratórios. Logo, o acompanhamento precoce e constante permite ainda um monitoramento da criança, de modo a fazer encaminhamentos especializados e promover assim uma assistência integral à saúde da mesma.

Entretanto, vale destacar que um número expressivo de crianças reside na 4ª Macrorregião de saúde, podendo apresentar dificuldades para a realização da fisioterapia. Em consonância com organização do sistema de saúde, a obtenção dos serviços prestados pode ser dificultada ou facilitada, a depender do aumento ou diminuição de barreiras impostas, refletindo diretamente sobre o aspecto do acesso (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007). Nesse contexto, o Nordeste se destaca mais uma vez por possuir uma limitação ainda maior no acesso aos serviços de saúde primários, secundários e terciários (CAVALCANTE et al., 2010). Sendo assim, imagina-se que com os dados

atuais da microcefalia, acessar os serviços de saúde seja exponencialmente mais complicado.

De acordo com Costa e Lima (2002), maiores distâncias implicam em um maior investimento financeiro por parte dos cuidadores, sobretudo, a maioria destas mães não possui ensino médio completo e estão fora do mercado de trabalho, o que dificulta a existência de recursos que favoreçam o deslocamento para realizar o tratamento.

A partir da experiência com a Caravana do Coração percebeu-se que desafios de diversas ordens têm dificultado a atuação dos profissionais de saúde. Alguns deles estão relacionados ao diagnóstico, tanto sob o ponto de vista da escassez de recursos, como também pela falta de preparação ou habilidade para lidar com o caso. Outros desafios estão relacionados à capacidade dos serviços de abarcarem essa demanda, bem como são referentes às dificuldades de acesso à saúde, que depende da articulação de diversos pontos da rede de serviços, no sentido de garantir a integralidade do cuidado.

As famílias, por sua vez, surpreendidas e impactadas pelo diagnóstico dos seus filhos, precisam de ajuda dos profissionais, das instituições e da rede de apoio social. O problema se agrava ainda mais no contexto das famílias pobres, cujas condições de vida não possibilitam o atendimento das necessidades multidimensionais que o problema gera.

A partir da vivência pode-se compreender que o BPC, benefício assistencial conferido para as crianças, não é suficiente para custear os deslocamentos das crianças que moram nos “interiores”. Nesse caso, além de todo o apoio relacionado aos problemas trazidos pela microcefalia, é preciso ainda o auxílio de órgãos de proteção social e a seguridade do acesso ao tratamento adequado e aumento da oferta de serviços em todo Estado.

Conclusões

As crianças com microcefalia participantes do estudo nasceram, em sua maioria, no início do surto no Estado, apresentando maior prevalência no sexo masculino, concentrando-se mais na 2ª e 4ª Macrorregiões de Saúde. Com menos acesso a educação e mais dependência do BPC, essas famílias necessitam de suporte do governo para que possam dar seguimento às estratégias de cuidado com as crianças, as quais são permanentes e custosas.

Com base no exposto, fica evidente o caráter emergencial nas tomadas de decisão em saúde pública, considerando que as consequências da microcefalia requerem atenção imediata. As questões relacionadas à magnitude do

problema da microcefalia projetam para os próximos anos novos padrões e demandas de necessidades em saúde que precisam ser investigadas.

Durante a Caravana do Coração, ficou claro que a condição da microcefalia traz repercussões marcantes para a criança e muita angústia e incerteza para as famílias, por não saberem como lidar com as crianças e nem o que lhes reserva o futuro, portanto, a vigilância e a atenção adequada às crianças com microcefalia devem continuar sendo priorizadas.

Referências

CAVALCANTE, T.F.; MOREIRA, R.P.; ARAUJO, T.L.; LOPES, M.V.O. Fatores demográficos e indicadores de risco de acidente vascular encefálico: comparação entre moradores do município de Fortaleza e o perfil nacional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.18, n.4, p.1-6, 2010.

CAO-LORMEAU, V.M.; MUSSO, D. Emerging arboviruses in the Pacific. **The Lancet**, v.384, n.9954, p.1571-1572, 2014.

CARTILHA DO CENSO 2010 – Pessoas com deficiência/ Luiza Maria Borges Oliveira/Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) / Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD) / Coordenação-Geral do Sistema de Informações sobre a pessoa com Deficiência; Brasília: SDH-PR/snpd, 2012.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Zika Virus. Disponível em: <www.cdc.gov/zika/index.html>. Acesso em 17 mai. 2018.

COSTA, J.C.; LIMA, R.A.G. Crianças/adolescentes em quimioterapia ambulatorial: implicações para a enfermagem. **Rev Latinoam Enferm**;10(3):321-33, 2002.

DUFFY, M.R.; CHEN, T.H.; HANCOCK, et al. Zika virus outbreak on Yap Island, Federated States of Micronesia. **N Engl J Med**, v.360, n.24, p. 2536–2543, 2009.
European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC).. Rapid Risk Assessment - Zika virus infection outbreak, French Polynesia - 14 february 2014 [Internet]. Stockholm; 2014. Disponível em:<<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Zika-virus-French-Polynesia-rapid-risk-assessment.pdf>>. Acesso 19 mai. 2018.

LEIBOVITZ, Z.; DANIEL-SPIEGEL, E.; MALINGER, G. et al. Microcephaly at birth - the accuracy of three references for fetal head circumference. How can we improve prediction? **Ultrasound Obstet Gynecol**, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

MUSSO, D.; CAO-LORMEAU, V.M.; GUBLER, D.J. Zika virus: following the path of dengue and

chikungunya? **The Lancet**. v. 386, n. 9990, p.243–244, 2015.

Pan American Health Organization (PAHO). Epidemiological Alert-Neurological syndrome, congenital malformations, and Zika virus infection. Implications for public health in the Americas - 1 december 2015.

TRAVASSOS, C.M.R.; VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 2490-2502, 2007.

TUNJUNGPUTRI, R.N. Mutation Analysis Of Indonesian Mentally Retarded Individuals With Microcephaly And Macrocephaly. 2011. (Tese). Diponegoro University; 2011.