RSC
ISSN 2594-7524

REVISTA DE SAÚDE COLETIVA DA UEFS

ARTIGO - ARTICLE - ARTÍCULO

Rede de Atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) para enfrentamento da microcefalia por infecção materna pelo vírus Zika, em Feira de Santana, Bahia, 2015-2018

Care Network of the Unified Health System (SUS) to face microcephaly due to maternal Zika virus infection, in Feira de Santana, Bahia, 2015-2018

Red de Atención al Sistema Único de Salud (SUS) en el enfrentamiento contra la microcefalia por infección materna por virus Zika, en Feira de Santana, Bahía, 2015-2018

Ingridy Lima de Oliveira[1], *Bianca Barbosa Godinho Almeida*[1], *Viviana Graziela de Almeida Vasconcelos Barboni*[2], *Suzi de Almeida Vasconcelos Barboni*[3]

1 - Centro Universitário Nobre (UNIFAN), Feira de Santana, Bahia, Brasil
2 - Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, Brasil
3 - Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, Bahia, Brasil

RESUMO

O vírus Zika apresenta associação com casos de malformações congênitas e alterações neurológicas como a microcefalia e, por isso mesmo, requer estratégias específicas na política de saúde materno-infantil. Este estudo documental objetivou investigar a rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Feira de Santana, Bahia; descrever os serviços de monitorização e de tratamento com foco na assistência fisioterapêutica prestados às crianças com microcefalia; assim como descrever as características sociodemográficas maternas. Identificaram-se 24 casos, entre 2015 e 2018, sendo a Associação de Pais e Amigos de Excepcionais (APAE) a principal instituição que atende à questão da microcefalia no município de forma integrada. Verificou-se ainda a relação entre fatores socioeconômicos e uma maior suscetibilidade às arboviroses, bem como inexistência de políticas públicas municipais voltadas para prevenção da Síndrome Congênita do Vírus Zika e atenção aos acometidos. Dessa forma, destaca-se a importância da implantação de uma rede regionalizada, hierarquizada e funcional voltada à atenção em todos os níveis para microcefalia em Feira de Santana implicada com a redução das iniquidades sociais.

Palavras-chave: Zika vírus; Microcefalia; Fisioterapia; Saúde pública.

Histórico do Artigo

Recebido 26 Novembro 2020
Aprovado 01 Outubro 2021

Correspondência
Centro de Referência e Informação em Saúde (CRIS-UEFS), Módulo VI
Av. Transnordestina, s/nº – Novo Horizonte, CEP: 44036-900
Feira de Santana, Bahia, Brasil.
E-mail: suziavbarboni@gmail.com

Como citar
Oliveira IL, Almeida BBG, Barboni VGAV, Barboni SAV. Rede de Atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) para enfrentamento da microcefalia por infecção materna pelo vírus Zika, em Feira de Santana, Bahia, 2015-2018. Rev. Saúde Col. UEFS 11(2): e6047.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access)
http://periodicos.uefs.br/ojs/index.php/saudecoletiva

DOI: 10.13102/rscdauefs.v11i2.6047

INTRODUÇÃO

O vírus Zika (ZIKV) foi confirmado no Brasil, no início do ano de 2015, mas, já em 2014, notificaram-se casos de uma síndrome exantemática desconhecida em diversos Estados do Nordeste. No ano 2016, evidenciou-se a importância da implantação do diagnóstico diferencial para doenças exantemáticas, associado à um protocolo de vigilância, contribuindo para o controle da patologia[1]. O Zika é um *Flavivírus* transmitido principalmente através de vetores, como o *Aedes aegypti*, mas, além disso, há registro da transmissão do mesmo de maneira perinatal, sexual e transfusional[2].

Foram confirmados casos da doença em 18 Estados do Brasil, a partir de exames laboratoriais, concentrando o Nordeste a maior incidência[3]. De julho a setembro de 2015, observou-se um aumento do número de fetos com malformações congênitas e, em outubro do mesmo ano, o número de recém-nascidos (RN) com microcefalia aumentou significativamente, no país, em comparação aos anos anteriores[4].

Neste período, o número de nascidos vivos com microcefalia registrados no Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC) aumentou, na média anual, nove vezes em relação às médias de 2000 a 2014, sendo 71% dos casos filhos de mães residentes na região Nordeste[5].

Com o aumento do número de casos microcefalia e a necessidade da facilitação do acesso ao acompanhamento clínico especializado, a Rede de Atenção à Saúde precisou ser organizada para responder às necessidades da população, com diagnóstico na maternidade e maior protagonismo da atenção básica, que assumiu a gestão do cuidado por meio da orientação às famílias para ações de estimulação precoce, puericultura, articulação com atenção especializada e identificação do risco social das famílias[6].

A referida condição – microcefalia – geralmente indica uma patologia subjacente e vem associada a uma série de sequelas neurológicas, como atraso no desenvolvimento, deficiência intelectual, auditiva, visual e epilepsia[7] e, numa tentativa de conter os casos de microcefalia relacionados ao ZIKV, o Governo Federal, em parceria com estados e municípios, lançou o Plano de Enfrentamento à Microcefalia, no final do ano de 2015. O plano contou com uma mobilização nacional de combate ao mosquito *Aedes aegypti*, formação dos servidores do sistema de saúde e investimento em novas tecnologias para pesquisas sobre a doença. Além disso, foram criadas as Diretrizes de Estimulação Precoce de Crianças de 0 a 3 anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor Decorrente de Microcefalia[8].

Em 2017, criou-se um novo protocolo de acompanhamento, incluindo da Síndrome Congênita Associada à Infecção pelo ZKVI, já que, a partir de estudos, foi observado que além da microcefalia congênita, diversas outras condições físicas e clínicas têm sido detectadas em exames de neuroimagem em neonatos expostos ao ZIKV durante a gestação e, embora a microcefalia seja o achado inicial para o reconhecimento da síndrome, algumas manifestações neurológicas foram detectadas sem associação à microcefalia, e só se tornaram evidentes após o nascimento[9].

Na Bahia, a ocorrência de microcefalia e outras alterações congênitas associadas à tal infecção são notificadas pelo Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP), desde 2015. De outubro do referido ano a março de 2018, foram notificados no estado 1.778 casos, sendo 525 casos confirmados, 70 casos prováveis, 70 inconclusivos e 512 em investigação. Foram notificados casos de microcefalia e/ou outras alterações congênitas do SNC causados pelo ZIKV em 242 municípios, das quais 42,6% concentravam-se na capital baiana, Salvador[10].

Em Feira de Santana, a segunda maior cidade do estado, notificaram-se 58 casos de microcefalia de 2015 a 2017, sendo 23 casos confirmados, 27 descartados, 3 permaneciam em investigação e 5 evoluíram para óbito e, de acordo com os boletins divulgados, esses casos estavam sendo acompanhados por equipe multiprofissional, assim como pela Vigilância Epidemiológica e da Atenção Básica do município[11]. Para tentar controlar o aumento dos casos de arboviroses, ainda no ano de 2015, criou-se metas de mobilização social objetivando prevenir e evitar a disseminação do principal vetor dessas doenças[12]. Em 2018, até o mês de maio, houve a notificação de apenas um caso de microcefalia[10], totalizando 24 casos confirmados no período analisado, na referida cidade.

Após três anos do surto de microcefalia no Brasil, houve declínio na ocorrência da infecção, e as informações sobre o assunto, no que tange à assistência oferecida pelos órgãos de saúde municipais às crianças e seus familiares, ainda são escassas. A parcela da população atingida pela Síndrome Congênita Associada à Infecção pelo Vírus Zika (ou como é mais comumente conhecida – a microcefalia) é caracterizada por pessoas que se encontram, na maioria dos casos, na posição de risco social, e, desta maneira, é necessário levar em conta o impacto social e econômico da patologia, sendo necessário a obtenção de dados sobre o assunto que possibilitem cobrar mais atenção e ações do serviço público.

Para tanto, esse estudo teve como objetivo investigar a rede de atenção do SUS no município de Feira de Santana, Bahia, descrever serviços de monitorização e de tratamento com foco na assistência fisioterapêutica prestados às crianças com Síndrome Congênita Associada ao Vírus Zika com base nas Diretrizes de Estimulação Precoce de Crianças de 0 a 3 anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor Decorrente de Microcefalia do Ministério da Saúde, assim como descrever as características sociodemográficas maternas.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva de base bibliográfica, com foco no atendimento fisioterapêutico disponibilizado pelo SUS e conveniados para os pacientes com microcefalia pós-infecção materna pelo ZIKV, em Feira de Santana, Bahia. Esta pesquisa expõe as características do

atendimento, conduzindo ao estabelecimento de correlações sobre microcefalia e a rede de atenção em saúde, sem o compromisso de explicar a epidemia da patologia, disseminação do vírus e outras variáveis, embora possa contribuir para estudos futuros para tal explicação.

Como procedimento metodológico de obtenção de dados foi realizada inicialmente uma revisão de literatura com artigos científicos publicados nos últimos quatro anos, compreendendo o período de 2014-2018, utilizando as palavras-chave "zika", "microcefalia" e "zika + políticas públicas", em português, nos bancos de dados indexadores SciELO, PubMed, MedlinePlus e LILACS. Foram ainda consultadas informações disponíveis nos endereços eletrônicos da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão (e-SIC) – Ministério da Transparência e Controladoria Geral da União (CGU).

Posteriormente, foram realizados levantamento de dados *in loco* através de visitas técnicas à instituição Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) – Unidade de Feira de Santana, e à Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana (SMS) nos períodos de dezembro de 2017, e março e abril de 2018, respectivamente.

As visitas técnicas para APAE foram solicitadas através de contato prévio por e-mail e ofício, através da Faculdade Nobre (FAN), sendo autorizada pelo coordenador técnico da APAE. Foi indicado que, no período, havia dois grupos de atendimento às crianças com microcefalia e liberado as visitas técnicas nesses dias. Na instituição, fomos recebidas pela Coordenadora de Assistência Social e direcionadas para observar os atendimentos fisioterapêuticos.

Num segundo ofício, direcionado à SMS, na Sessão de Capacitação Permanente, os dados epidemiológicos foram solicitados e o acesso aos dados, bem como as visitas técnicas foram disponibilizadas.

Na APAE foram observados os atendimentos fisioterapêuticos às crianças com microcefalia, correlacionando-os, posteriormente, aos objetivos da "Estimulação da Função Motora", contido nas Diretrizes de Estimulação Precoce do Ministério da Saúde[13]. No banco de dados da SMS, foram coletadas informações acerca da epidemia, com foco populacional (ex.: condições sociodemográficas das mães das crianças com microcefalia e organizadas numa planilha em função das características maternas de localização geográfica de residência, raça/cor da pele, profissão, local de parto e perímetro cefálico do recém-nascido ao nascimento), correlacionando a incidência das arboviroses aos determinantes sociais em saúde.

Sobre os aspectos éticos da pesquisa, neste estudo foram seguidas as Diretrizes Internacionais para Pesquisas Biomédicas envolvendo Seres Humanos (CIOMS) e normas brasileiras (Res. CNS nº 466/12 e complementares) para sistematização dos aspectos técnicos, científicos, regulatórios e normativos das visitas técnicas em comum acordo com a direção da APAE. Todas as informações extraídas dos documentos acessados pelas pesquisadoras são de domínio público, disponíveis na *web* nos âmbitos das Secretarias de Saúde Estadual e Municipal.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram levantados dados na SMS, na APAE e em base de dados on-line. Na SMS, identificou-se que, no período de 2015 a 2018, foram confirmados 24 casos de microcefalia pós-infecção materna pelo ZIKV, sendo 11 crianças do sexo feminino e 13 do sexo masculino e, deste total, 20 recebem o auxílio governamental do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Com relação à moradia, 79% das famílias apresentam residência localizada em bairros situados fora do anel de contorno da cidade, equivalente à sua zona periférica.

Na caracterização sociodemográfica materna, como evidenciado na Tabela 1, observou-se que elas apresentavam faixa etária de 15 a 37 anos, estando 41%, entre 25 e 29 anos. Em relação à profissão, 66% encontram-se desempregadas ou donas de casa e 79% se declararam no cadastro municipal como negras ou pardas no quesito raça/cor da pele, sendo a

Tabela 1. Características sociodemográficas maternas de nascidos vivos com microcefalia, Feira de Santana, 2018

Características maternas	n = 24	%
Faixa Etária (anos)		
Até 19	3	12,5
20 a 24	2	8,3
25 a 29	10	41,6
30 a 34	5	20,8
35 a 39	3	12,5
Não informou	1	4,1
Estado Civil		
Casada	14	58,3
Solteira	4	16,6
Não informou	6	25
Profissão		
Costureira	1	4,1
Fisioterapeuta	1	4,1
Autônoma	1	4,1
Auxiliar de produção	1	4,1
Estudante	3	12,5
Cabeleireira	1	4,1
Dona de casa	9	37,5
Desempregada	7	12,5
Raça/cor da pele		
Branca	3	12,5
Negra	5	20,8
Parda	14	58,3
Não informou	2	8,3

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana, 2018.

grande maioria parda. Esse resultado segue na mesma direção dos apresentados pelo Sistema Eletrônico de Informação ao Cidadão (e-SIC) – Ministério da Transparência e Controladoria Geral da União (CGU) –, tendo como fonte de informação o SINASC/GCIAE/SVS/Ministério da Saúde, no qual, na Bahia, de 281 casos no ano de 2016, 68,3% se declararam como pardas e 16,3% como pretas[14], e por Marinho *et al.*[5], que observaram haver uma maior prevalência de mães que se declararam como preta ou parda, em relação à cor da pele.

Em relação ao período de descoberta da microcefalia, 58% dos casos foram descobertos no pós-parto e todas as mães apresentaram gravidez única (dados não apresentados nas tabelas), corroborando com estudos de Marinho *et al.*[5] e Cabral *et al.*[15], nos quais 98% e 100% dos nascidos vivos com microcefalia foram provenientes de gravidez única, respectivamente.

Com base no estado civil, 58% das mães se declararam casadas. Este achado se diferencia dos dados encontrados ao nível estadual, onde, na pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, com base nos dados do SINASC, de 2016, a maior porcentagem se declarou como solteira[14], e de achados no Piauí, onde predominaram mães com estado civil solteira e ocupação do lar[16]. É importante salientar que, na ficha cadastral utilizada pelo município para compor seu banco de dados não há distinção entre casamentos e uniões estáveis, além de não haver atualização desse cadastro, o que pode ter gerado essa diferença nos resultados.

Ainda segundo a SMS, após o diagnóstico da microcefalia (tanto intrauterina ou no pós-parto), as mães são encaminhadas para a Secretaria de Saúde Municipal, onde são realizados os exames clínico-laboratoriais de confirmação da infecção pelo ZIKV. Após o parto, os RN são direcionados para acompanhamento na Unidade de Saúde da Família (USF) da área de abrangência de sua residência, para realização de procedimentos como puericultura, vacinação, entre outros, e encaminhados à programa de estimulação precoce, realizado por uma equipe multidisciplinar do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e da APAE e do Hospital Inácia Pinto dos Santos (HIPS), conforme ilustrado na Figura 1. Não foram identificados procedimentos para a mãe ou bebê intrauterino.

Ao nível nacional, 99% dos partos de RN com microcefalia foram realizados em um estabelecimento de saúde[5]. Na Bahia, 99% dos partos, em 2016, foram realizados em hospitais[14], mesma informação encontrada pelo presente estudo, no qual 99% dos partos foram realizados em ambiente hospitalar, sendo 62% em hospitais públicos, principalmente no Hospital Inácia Pinto dos Santos (HIPS). Os dados demonstram a importância da assistência pública para essa população. O SUS deve dar conta de toda assistência em saúde, indo do mais básico ao mais especializando, dentro das necessidades do usuário.

Os dados encontrados sobre o perímetro cefálico ao nascer variaram de 25 cm a 34 cm. Em seu estudo, Ribeiro *et al*.[16] verificaram que, no período de janeiro de 2015 a janeiro de 2016, a média do perímetro cefálico ao nascer dos RN, no Piauí, foi de 29 cm, nas primeiras 24 horas de vida e, após 24 horas, média de 33 cm, enquanto Cabral *et al.*[15] teve como resultado uma média de perímetro cefálico ao nascer de 31 cm, com uma amplitude de 22,5 cm a 33 cm. Os dados citados acima podem ser observados na Tabela 2.

De acordo com as informações colhidas na SMS, todas as crianças infectadas participam de algum programa de estimulação precoce. Os locais que disponibilizam essa assistência foram o NASF, o HIPS e a APAE, sendo os dois últimos os principais pontos de assistência a essa população. Essas crianças apresentavam direito ao "Passe Livre" no transporte coletivo municipal e as famílias que moram de aluguel eram cadastradas no programa governamental "Minha casa, minha vida".

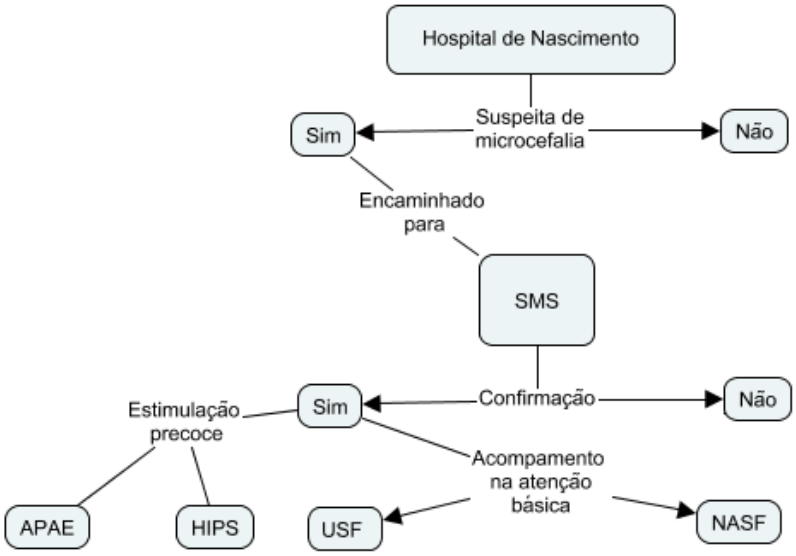


Figura 1. Fluxograma dos direcionamentos adotados, desde a suspeita da microcefalia, confirmação e encaminhamento para serviços públicos de assistência
Fonte: Elaboração própria.

Tabela 2. Frequência de nascidos vivos segundo características relacionadas à microcefalia e local de parto, Bahia, 2018

Nascidos vivos com microcefalia	n = 24	%
Descoberta da microcefalia		
Intrauterina	8	33,3
Não informou	2	8,3
Pós-parto	14	58,3
Local de parto		
HGCA	5	20,8
HIPS	9	37,5
Hospital Português (Conceição do Coité)	1	4,1
Hospital Português (Salvador)	1	4,1
Mater Dei	3	12,5
Não informou	1	4,1
Santa Emília	2	8,3
Unimed	2	8,3
Perímetro cefálico ao nascer (cm)		
25	1	4,1
27	1	4,1
27,5	1	4,1
28	4	16,6
29	6	25
30	2	8,3
31	3	12,5
32	2	8,3
34	3	12,5
Não informou	1	4,1

Fonte: SESAB, 2018.

Sobre a rede de assistência oferecida pelo município de Feira de Santana, em um levantamento realizado a partir de informações disponibilizadas nos *sites* da internet relacionados à SMS, não foram encontradas informações relevantes sobre unidades que ofereçam assistência pública ou privadas que prestassem serviços gratuitos à população e assistência fisioterapêutica às crianças com microcefalia. De acordo às informações obtidas na APAE, lá encontrava-se o principal local de reabilitação, que abrange tanto moradores do município quanto os de cidades vizinhas. Foi informado que os atendimentos fisioterapêuticos prestados às crianças portadoras da Síndrome Congênita Vírus Zika eram feitos durante dois dias úteis, nos quais alguns indivíduos, em sua maioria, recebem atendimento uma vez por semana e outros, duas vezes por semana. Cada atendimento tinha duração em média de 20 a 30 minutos, levando em consideração a demanda para o atendimento de outras crianças com diferentes patologias e a quantidade limitada de profissionais disponíveis.

Nas informações colhidas sobre a APAE, verificou-se que no local existia uma equipe multidisciplinar formada por assistentes sociais, psiquiatra, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, ortopedista, fisioterapeuta, entre outros profissionais, que atuavam de maneira conjunta. No que tange à estimulação precoce das crianças com microcefalia, dois fisioterapeutas atendem duas vezes por semana. Durante as avaliações são observadas as principais necessidades motoras da criança nos marcos do Desenvolvimento Neuropsicomotor e tais observações dirigem os objetivos da terapêutica, que é realizada de maneira individualizada e progressiva.

Na instituição são oferecidas atividades de estimulação precoce, sendo possível citar alguns pontos observados que seguem a linha das sugestões de estímulos contidos nas Diretrizes: técnicas de cinesioterapia passiva e ativa; estimulação visual com objetos lúdicos e luminosos para favorecer posicionamento na linha média, controle de tronco e cervical, otimizando a interação da criança com o espaço no qual está inserido com a tentativa de manter sua atenção fixa durante toda a intervenção proposta; estimulação auditiva para efetivar com mais eficácia a atenção associando as técnicas de propriocepção e lateralização; estímulo sensorial com brinquedos e objetos adaptados com ênfase na experimentação de novas texturas, atingindo os aspectos sensoriais, vestibulares e táteis; posicionamento terapêutico para estímulo motor, reforço muscular, ganho de força e otimização do tônus; estímulo para as fases do Desenvolvimento Neuropsicomotor.

Ainda que, desde 2017, a microcefalia não seja mais considerada uma emergência internacional pela OMS, a vigilância epidemiológica deve manter-se alerta para esta patologia, uma vez que não foi identificada uma política específica pelo SUS, de âmbito municipal, que gere ações preventivas para síndrome congênita causada por esse vírus e de atenção aos acometidos, inexistindo, portanto, uma rede regionalizada, hierarquizada e funcional voltada à assistência em todos os níveis para microcefalia em Feira de Santana. Desta maneira, a população continua vulnerável a caso novos e os acometidos sem cobertura e assistência eficientes.

Primordialmente, é necessário que exista um diagnóstico eficiente das síndromes congênitas ainda no pré-natal e, se possível, nos primeiros meses gestacionais, garantindo assistência integral, inclusive psicológica, para preparar as genitoras e familiares para a chegada de um filho com necessidades especiais, além da orientação familiar, gerando um trabalho em conjunto. Desta maneira, uma atenção multiprofissional especializada e eficiente para os acometidos pela patologia e seus cuidadores seria facilitada. Ações ainda nos primeiros anos de vida, período quando o cérebro da criança apresenta maior plasticidade e probabilidade de formação de maiores redes neurais, são fundamentais para mitigar o atraso neuropsicomotor, uma das principais características da condição[13].

No Brasil, principalmente na região Nordeste, as arboviroses apresentam interligação direta entre sua ocorrência e as condições sociodemográficas e econômica dos infectados e esta mesma lógica serve para a microcefalia secundária à infecção pelo ZIKV[17]. Corroborando essa afirmação, no

presente estudo verificou-se que 79% das residências maternas estão localizadas em territórios fora do anel de contorno de Feira de Santana, em regiões consideradas como periferia da cidade. Pode-se inferir que essa ocorrência apresenta relação direta com questões socioeconômicas, já que a falta de infraestrutura urbana e saneamento básico propicia o aumento da reprodução dos vetores e propagação dessas doenças. De acordo com o IBGE[18], o acesso ao saneamento básico na região Nordeste é um desafio, visto que a região permanece abaixo da média nacional, junto com a região Norte.

A falta de estrutura urbana em localidades periféricas pode criar situações propícias para a proliferação de vetores propagadores de doenças. E, com base nesta variável, é necessário criar políticas públicas para investimentos úteis, controle do crescimento populacional desorganizado, relacionar qualidade estrutural urbana e qualidade de vida para os habitantes, bem como as responsabilidades dos órgãos competentes[17].

O contexto histórico de Feira de Santana explica, de certa forma, a má distribuição do espaço geográfico, já que o crescimento da população da cidade muitas vezes se deu de maneira inversa às oportunidades de emprego, aumentando os problemas sociais, levando diversas famílias a habitarem em locais com condições adversas, com elevado nível de insalubridade e implicações ambientais. Diversas resseções geraram desemprego na área urbana e rural, forte êxodo rural e consequente inchaço urbano, principalmente na periferia, desencadeando ocupações às margens das rodovias e nas áreas dos anéis viários, por meio de invasões, loteamentos populares e aglomerados habitacionais. Esse inchaço populacional aliado à ocupação de áreas indevidas e desemprego aumentaram as desigualdades sociais[19].

Neste sentido, dados do IBGE[20] demonstram que a população preta ou parda está mais exposta a viver em domicílios com condições precárias que brancos. Cerca de 75% das pessoas com menores rendimentos eram pretas ou pardas em 2015. Ainda segundo mesma fonte, "indicadores de acesso à saúde, educação, habitação etc. que caracterizam o padrão de vida da população estão entrelaçados". A desigualdade monetária tem relação direta à exposição a carências e riscos.

Quando analisado o período de diagnóstico da microcefalia, 58% foram realizados no pós-parto. Tais números parecem ser justificados por um menor acesso ou adesão aos serviços de saúde, pré-natal débil ou qualidade ruim das ultrassonografias, o que precisa ser melhor investigado. Estudos evidenciam a qualidade não satisfatória e inadequações do pré-natal no Brasil[21,22]. Apesar da cobertura quase universal dessa assistência, uma pequena parcela das gestantes recebe os procedimentos recomendados pelo Ministério da Saúde. Essa inadequação do pré-natal é observada em maiores proporções em mulheres de cor de pele preta ou parda, sem trabalho remunerado, nas atendidas em serviços públicos, pertencentes a classes econômicas mais baixas e residentes nas regiões norte e nordeste do país, demonstrando a influência das desigualdades sociais e étnicos-raciais na assistência à saúde[22].

Apesar da presença do Projeto Cegonha, que auxiliou no aumento da cobertura do pré-natal de maneira geral, demonstra-se a qualidade não satisfatória dessa assistência. O reconhecimento de diversas doenças congênitas transmitidas verticalmente, aqui relatado a microcefalia congênita pela infecção a partir do ZIKV, ainda se dá de maneira ineficaz. Além dos problemas relativos à inadequação do pré-natal, os exames laboratoriais não estão disponíveis de forma facilitada e ainda são poucos os estudos que abordam essa temática.

Contextualizada neste cenário, a APAE de Feira de Santana apresenta importante papel na assistência pública oferecida às pessoas portadoras de deficiências psicomotoras e apresenta um importante programa de estimulação precoce oferecido às crianças com microcefalia. Segundo o Ministério da Saúde[13], a atuação coletiva e multidisciplinar busca minimizar e/ou retardar um processo gradual de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, através de trabalhos específicos de monitoramento, condutas terapêuticas e clínicas em crianças e bebês com sequelas de patologias congênitas, visando dar melhor qualidade de vida e trazer funcionalidade a esses indivíduos, bem como melhorar os convívios social e familiar.

A prática observada no local, caracterizada por uma concepção individual e humanista que analisa cada criança como sujeito único e com demandas únicas, se coaduna com a perspectiva de Gollo[23,] para quem cada paciente apresenta necessidades que demandam a intervenção específica de um profissional. Mesmo que as características da doença sejam parecidas, os pacientes apresentam singularidades e a terapia tem que ser feita de acordo com a avaliação inicial.

A patologia referida gera importante prejuízo na normalidade do desenvolvimento cerebral por estar associada a malformações estruturais no cérebro ou consequências secundárias como anomalias anatômicas no crânio. A neurogênese é prejudicada, levando a repercussões clínicas[24]. Para que exista uma melhora no quadro funcional, durante as sessões de fisioterapia são realizados estímulos cognitivos e sensório-motores, sempre utilizando como base atividades lúdicas e prazerosas para a criança, incentivando o brincar, o que traz mais eficácia à técnica e, consequentemente, um melhor aprendizado motor e ganho de funcionalidade. Nesses atendimentos, as técnicas de estimulação precoce realizadas têm grande relevância, pois levam em consideração o que consta na Diretriz de Estimulação Precoce para Crianças de 0 a 3 anos com atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor decorrente da Microcefalia[13].

Confrontando-se os aspectos observados na seção de Estímulo da Função Motora das Diretrizes de Estimulação Precoce, nota-se que seriam necessárias algumas mudanças no que diz respeito à quantidade de atendimentos realizados durante a semana, sendo que o ideal seria diariamente, mais de uma vez por dia, associado à orientação e participação da

família e do cuidador durante a atividade[13]. Porém, a demanda de pacientes que necessitam de atendimento fisioterapêutico não permite que isso seja uma realidade na APAE, levando a não realização da quantidade ideal de sessões fisioterapêuticas.

Segundo consta na página eletrônica da própria instituição[25], cerca de 95% das famílias atendidas pela APAE de Feira de Santana, de maneira geral, pertencem à classe socioeconômica de baixa renda e os demais à classe média baixa. Tal fato demostra, mais uma vez, a necessidade de maior atenção por parte do setor público.

Na atual pesquisa, evidenciou-se que cerca de 83% das crianças com microcefalia recebem o auxílio do BPC. Para ter direito a esse benefício, é necessário que a renda familiar *per capta* seja de ¼ do salário mínimo, o que seria equivalente a 234 reais, atualmente. Tal dado demonstra as condições sociais desfavoráveis que a maioria das famílias encontram e a necessidade de políticas públicas assistencialistas que garantam o acesso integral aos serviços de saúde, auxiliando no cuidado dessa população. De acordo com o Ministério do Desenvolvimento Social[26], o benefício garante um salário mínimo mensal ao beneficiário, que deve ser acompanhado pelos Centros de Referência em Assistência Social (CRAS).

Essas crianças estão atingindo novas fases de desenvolvimento e é necessário que informações sobre esse aspecto sejam levadas aos seus familiares e/ou cuidadores, desenvolvendo atividades que possam ensinar aos responsáveis como otimizar a estimulação precoce, inserindo-as no cotidiano das crianças e dos familiares sem que alterem suas atividades diárias.

A conscientização da necessidade global que essa parcela da população tem é o ponto chave para que os seus direitos e das famílias, sejam assegurados. É necessário que haja incentivo público, privado e civil para saúde, educação, direito de ir e vir, acessibilidade, incentivos para o desenvolvimento psicossocial que envolvam momentos de lazer, entendimento das necessidades de boa moradia, condições de vida apropriadas ao cuidado, ampliação e instituição de novos projetos que deem diversos apoios e incentivos financeiros.

Passados três anos do surto de microcefalia no país, a ocorrência parece ter diminuído. Em um estudo realizado em Salvador, foi sugerido que o surto de ZIKV parou devido a imunidade adquirida pela população[27]. Pode-se acreditar que existe a diminuição do risco de um novo surto de microcefalia causada pelo ZIKV, nos próximos anos, contudo é necessário que políticas públicas sejam realizadas de maneira eficiente para diminuição dos casos de arboviroses na região. Neste momento, é imprescindível focar no acesso à assistência para essas crianças. Quando analisadas de acordo ao ganho neuropsicomotor, há a necessidade de aquisição de dispositivos que auxiliem seu deslocamento, como cadeiras de rodas, e acesso à órteses diminuindo a instalação de deformidades ósseas e articulares, e acesso a centros de educação especial, o que é feito de maneira lenta e burocrática.

É essencial que o SUS disponibilize centros de atenção multiprofissional especializada para essa parcela da população, nos quais o atraso neuropsicomotor possa ser contornado ou diminuído já nos primeiros anos de vida, período em que o cérebro da criança apresenta maior plasticidade e probabilidade de formação de maiores redes neurais. Como afirma Pereira *et al.*[28], diante das necessidades dessa população, é importante que exista uma rede de proteção social organizada e articulada para que essa parcela da população seja retirada dos extratos sociais mais pobres, principalmente porque a deficiência acarreta sequelas para toda a vida do indivíduo e da família, sendo ainda maior a importância da ação do Estado para organizar uma rede de serviços integral, equitativa e efetiva.

São necessárias políticas públicas que modifiquem os determinantes sociais, gerando um enfrentamento das desigualdades e melhorando a distribuição dos benefícios, o que pode ser feito diminuindo as diferenças nas condições de vida e oferecendo serviços similares para toda a população. Essas desigualdades afetam diretamente as camadas mais pobres, mas toda a população sofre com sua existência, já que geram uma perda do senso de comunidade e aumento da criminalidade e violência[23], tendo o poder público um importante papel de proteção social e sua omissão e/ou recuo causadores de ciclos onde opressões e desigualdades são reproduzidas, não apenas no que tange o acesso a políticas e serviços em saúde.

A Rede Nacional de Especialistas em Zika e doenças correlatadas (Renezika) tem como principal objetivo o enfrentamento da epidemia. Em março de 2017, destinou-se recursos para a abertura de novos serviços de atendimento às crianças com microcefalia e estudos relacionados às arboviroses. Evidenciou-se, a partir do Renezika, a importância das atividades da atenção básica, incluindo atividades de educação, controle de vetores e encaminhamento de casos identificados como de risco epidemiológico. Tornou-se função dos agentes comunitários de saúde a execução de ações de controle de doenças em conjunto com os agentes de endemias. A rede de assistência deve estabelecer procedimentos para realização de ações de vigilância e atenção à saúde com o objetivo de identificar complicações relacionadas à infecção do vírus Zika em todos os âmbitos de assistência: do pré-natal à puericultura nos primeiros três anos de vida, promovendo cuidado adequado às crianças com alterações no desenvolvimento neuropsicomotor[29].

O SUS é norteado pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade, que apresentam definições distintas, mas de igual importância, e possui uma visão ampliada do cuidado em saúde, desde o aspecto individual ao coletivo. Dentre esses princípios, Machado et al.[30] afirmam que o fato de não existir uma definição específica do que é a integralidade, ela pode ser colocada como "bandeira de luta" para a melhora da qualidade dos serviços públicos oferecidos e defesa coletiva da saúde. Ainda segundo a autora,

a integralidade é esse cuidado realizado de maneira enfática na qualidade real da atenção individual e coletiva, com uma prática multiprofissional.

A integralidade é um princípio que atua de forma multidisciplinar e agregadora, utilizando uma abordagem em conjunto que deve tornar a utilização do SUS mais humanizada. Dentro dessa integralidade, um saber essencial é o da Fisioterapia, por atuar na prevenção e tratamento de doenças e agravos, e reabilitação da saúde do usuário.

A garantia do acesso aos serviços de saúde é um desafio importante, principalmente para as famílias com maior risco social. O SUS tem como responsabilidade garantir oferta dos serviços de diferentes especialidades e facilitar o acesso das crianças a esses serviços[30].

CONCLUSÃO

As políticas de saúde estão numa fase repleta de instabilidades e incertezas, onde o Sistema Único de Saúde vem sofrendo um processo de sucateamento e desmonte que o torna cada vez mais fragilizado, num cenário onde o financiamento público do SUS tem diminuído e o mercado privado em saúde está em expansão. Neste contexto, a população mais pobre torna-se cada vez mais vulnerável, tornando mais expressivas as desigualdades na saúde, criando percalços à materialização dos princípios do SUS.

Face ao panorama apresentado, o presente estudo evidenciou que fatores socioeconômicos estão cada vez mais ligados às condições de saúde e doença, indicando a importância dos determinantes sociais na saúde. Pode-se afirmar que é provável que pessoas que apresentem moradias em áreas de subúrbio tenham menor renda, menor acesso aos serviços de saúde, menor possibilidade de ter acesso aos três pilares de saneamento básico e estão mais susceptíveis a patologias diversas, como as arboviroses. Políticas públicas que garantam a essa população acesso eficaz aos serviços de saúde, melhora na habitação, escolarização, geração de emprego e renda, reduzindo a discrepância social que existe no país, dando resolubilidade às questões relativas ao saneamento básico e de desigualdade social são cada vez mais necessárias.

Por mais que a ocorrência da microcefalia tenha diminuído e não seja mais uma situação emergencial, ainda há um grande caminho a trilhar. Além dos direitos constitucionais, o acesso a uma assistência especializada, feita de forma facilitada e contínua, é fundamental para assegurar sua qualidade de vida. É necessário evitar que existam retrocessos em relação aos direitos adquiridos e cobrar o aumento de estratégias que visem prevenção e combate às arboviroses e promoção da saúde.

Ademais, observou-se a necessidade de existência de mais centros de reabilitação e estimulação para esses indivíduos ou, pelo menos, um centro de referência municipal, seguindo o exemplo da capital baiana, que oferece atendimento multiprofissional especializado para crianças de zero a seis anos. É preciso, ainda, uma maior assistência às famílias afetadas pelo ZIKV, com atuação mais efetiva das UBS, USF e dos NASF, além de projetos de intervenção que ensinem as mães a estimular seus filhos em casa e que ofereçam atendimento psicopedagógico a ambos.

REFERÊNCIAS

1. Fantinato FFST, Araújo ELM, Ribeiro IG, Andrade MR, Dantas ALM, Rios JMT, et al. Descrição dos primeiros casos de febre pelo virus Zika investigados em municípios da região Nordeste do Brasil, 2015. Epidemiol. Serv. Saúde 2016; 25(4):683-90.

2. Ribeiro BNF, Muniz BC, Gasparetto EL, Ventura N, Marchiori E. Síndrome congênita pelo vírus Zika e achados de neuroimagem: o que sabemos até o momento? Radiol. Bras. 2017; 50(5):314-322.

3. Reis RP. Aumento dos casos de microcefalia no Brasil. Rev. Med. Minas Gerais 2015; 25(6):88-89.

4. Costa F, Sarno M, Khouri R, Freitas BP, Siqueira I, Ribeiro GS, et al. Emergence of Congenital Zika Syndrome: Viewpoint From the Front Lines. Annals of Internal Medicine 2016; 164(10):689-691.

5. Marinho F, Araújo VEM, Porto DL, Ferreira HL, Coelho MRS, Lecca RCR, 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 2016; 25(4):701-712.

6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Vírus Zika no Brasil: a resposta do SUS. Brasília; 2017. [acesso em 22 abr 2018]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/virus_zika_brasil_resposta_sus.pdf>.

7. Organização Mundial de Saúde (OMS)/World Health Organization (WHO). Screening, assessment and management of neonates and infants with complications associated with Zika virus exposure in utero: Rapid Advice Guideline. Geneva: OMS/WHO; 2016. [acesso em 16 abr 2017]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204475/1/WHO_ZIKV_MOC_16.3_eng.pdf>.

8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional: procedimentos para o monitoramento das alterações no crescimento e desenvolvimento a partir da gestação até a primeira infância, relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas dentro da capacidade operacional do SUS. Brasília; 2017. [acesso em 22 abr 2018]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/12/orientacoes-integradas-vigilancia-atencao.pdf>.

9. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (BA). Boletim Epidemiológico de Microcefalia e outras alterações congênitas relacionadas à infecção pelo Zika vírus e outras etiologias infecciosas. Salvador: SESAB; 2017. [acesso em 22 abr 2018]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/BoletimEpidemiologicoMicrocefaliaMar2018_.pdf>.

10. Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana (FSA, BA). Grupo Técnico da Vigilância Epidemiológica. Situação Epidemiológica dos casos de Chikungunya, Dengue, Vírus Zika e Microcefalia. Feira de Santana; SMS-FSA; 2016. [acesso em 23 fev 2017]. Disponível em: <http://www.feiradesantana.ba.gov.br/sms/arq/Chikungunya_Feira.pdf>.

11. Secretaria Municipal de Saúde (FSA, BA). Relatório Geral de Gestão. Feira de Santana; 2015. [acesso em 10 mar 2017]. Disponível em: <http://www.feiradesantana.ba.gov.br/seplan/Balanco_Gestao/Balan%C3%A7o%20de%20Gest%C3%A3o%202015/RELAT%C3%93RIO%20GERAL%202.2015.pdf>.

12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central (SNC) – Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – ESPII. Brasília: MS; 2016. [acesso em 30 abr 2018]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/24/Microcefalia-Protocolo-vigil--ncia-resposta-versao2.1.pdf>.

13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Diretrizes de Estimulação Precoce: Crianças de zero a 3 anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor Decorrente de Microcefalia. Brasília; 2016. [acesso em 23 abr 2018]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_estimulacao_criancas_0a3anos_neuropsicomotor.pdf>.

14. e-SIC. Detalhes casos de microcefalia pelo perfil da mãe – Pedido 25820004549201616. [acesso em 30 abr 2018]. Disponível em: <http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Item/displayifs.aspx?List=0c839f31-47d7-4485-ab65-ab0cee9cf8fe&ID=515899&Web=88cc5f44-8cfe-4964-8ff4-376b5ebb3bef>.

15. Cabral CM, Nóbrega MEB, Leite PL, Souza MSF, Teixeira DCP, Cavalcante TF, et al. Descrição clínico-epidemiológica dos nascidos vivos com microcefalia no estado de Sergipe, 2015. Epidemiol. Serv. Saude 2017; 26(2):245-254.

16. Ribeiro IG, Andrade MR, Silva ZM, Costa MAO, Vieira MACS, Batista FMA, et al., Microcefalia no Piauí, Brasil: Estudo descritivo durante a epidemia do vírus Zika, 2015-2016. Epidemiol. Serv. Saude 2018; 27(1):1-10.

17. Santiago PR. Desigualdade estrutural e microcefalia: o saneamento como direito negado. Waterlat-Gobacit Network Working Papers Thematic Area Series SATAGSA – TA5 – Water and Health 2016; 3(9):38-41.

18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Norte e Nordeste convivem com restrições no acesso a saneamento básico. Rio de Janeiro: IBGE; 2018. [acesso em 1 mai 2018]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20979-norte-e-nordeste-convivem-com-restricoes-no-acesso-a-saneamento-basico.html>.

19. Oliveira MLS. Feira de Santana no contexto da urbanização brasileira e a questão da moradia na favela. Feira de Santana: UEFS Editora; 2014.

20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016. Rio de Janeiro: IBGE; 2016. [acesso em 25 abr 2018]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>.

21. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Filha MMT, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. Cad. Saúde Pública 2014; 30(1):85-100.

22. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MABD, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. Rev. Panam. Salud Pública 2015; 37(3): 140-7.

23. Gollo C, Grave MTQ. Incidência de Crianças Participantes dos Programas de Estimulação Precoce de Cinco Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais do Vale do Taquari. Cad. pedagóg. 2015; 12(1):221-230.

24. Alcantara D, O'driscoll M. Congenital Microcephaly. American Journal of Medical Genetics Part C (Seminars in Medical Genetics) 2014; 166C(2):124-139.

25. Associação de Pais e Amigos de Excepcionais – Feira de Santana. Quem Somos. Histórico da APAE de Feira de Santana. Feira de Santana. [acesso em 1 abr 2018]. Disponível em: <http://feiradesantana.apaeba.org.br/pagina/quem-somos>.

26. Ministério do Desenvolvimento Social (BR). Benefício assistencial ao idoso e à pessoa com deficiência (BPC). Brasília: MDS; 2015. [acesso em 1 abr 2018]. Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/beneficios-assistenciais/bpc>.

27. Netto EM, Moreira-Soto A, Pedroso C, Höser C, Funk S, Kucharski AJ, Rockstroh A, et al. High Zika Virus Seroprevalence in Salvador, Northeaster Brazil Limits the Potential for Further Outbreaks. mBio 2017; 8(6):1-14. [acesso em 1 abr 2018]. Disponível em: < https://journals.asm.org/doi/epub/10.1128/mBio.01390-17>.

28. Pereira EL, Bezerra JC, Brant JL, Araújo WN, Santos LMP. Perfil da demanda e dos Benefícios de Prestação continuada (BPC) concedidos a crianças com diagnóstico de microcefalia no Brasil. Ciênc. Saúde Colet. 2017; 22(11):3557-3556.

29. Garcia LP. Epidemia do vírus Zika e microcefalia no Brasil: Emergência, evolução e enfrentamento. Texto para Discussão. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); 2018.

30. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Viera NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. Ciênc. Saúde Colet. 2007; 12(2):335-342.

ABSTRACT

The Zika virus is associated with cases of congenital malformations and neurological changes such as microcephaly and, therefore, requires specific procedures in the maternal and child health policy. This documentary study aimed to investigate the care network of the Unified Health System (SUS) in the city of Feira de Santana, Bahia; description of monitoring and treatment services focused on physical therapy assistance provided to children with microcephaly; as well as characterize the maternal sociodemographic characteristics. Twenty-four cases were identified between 2015 and 2018, with the Parents and Friends Association of Exceptionals (APAE) being a main institution that addresses the issue of microcephaly in the municipality in an integrated manner. It was also verified the relationship between socioeconomic factors and a greater susceptibility to arboviruses, as well as the inexistence of public policies aimed at preventing the Congenital Zika Virus Syndrome and caring for those affected. Thus, the importance of implementing a regionalized, hierarchical and functional network focused on attention at all levels for microcephaly in Feira de Santana is highlighted, implicated in the reduction of social inequities.

Keywords: Zika Virus; Microcephaly; Physical therapy specialty; Public health.

RESUMEN

El virus Zika se asocia a casos de malformaciones congénitas y alteraciones neurológicas como la microcefalia y, por ello, requiere de estrategias específicas en la política de salud maternoinfantil. Este estudio documental tuvo como objetivo investigar la red de atención del Sistema Único de Salud (SUS) en la ciudad de Feira de Santana, Bahia; describir los servicios de seguimiento y tratamiento centrados en la asistencia de fisioterapia proporcionada a los niños con microcefalia; así como describir las características sociodemográficas maternas. Se identificaron 24 casos entre 2015 y 2018, y la Asociación de Padres y Amigos de las Personas con Discapacidad (APAE) es la principal institución que aborda el tema de la microcefalia en el municipio de manera integrada. También se verificó la relación entre factores socioeconómicos y una mayor susceptibilidad a los arbovirus, así como la falta de políticas públicas municipales dirigidas a prevenir el Síndrome Congénito del Virus Zika y atender a los afectados. Así, se destaca la importancia de implementar una red regionalizada, jerárquica y funcional enfocada en la atención a todos los niveles de la microcefalia en Feira de Santana, implicada en la reducción de las inequidades sociales.

Palabras clave: Zika virus; Microcephaly; Physiotherapy; Public health.