

Síndrome congênita do Zika vírus: relato de experiência profissional

Congenital syndrome of Zika virus: report of professional experience

Síndrome congênito del Zika virus: relato de experiencia profesional

Alves, Jheyunny Sousa¹; Sampaio, Aurélia Danda²; Siqueira, Hedi Crecencia Heckler de³; Pereira, Queli Lisiane Castro⁴

Como citar este artigo: Alves JS, Sampaio AD, Siqueira HCH, Pereira QLC. Síndrome congênita do Zika vírus: relato de experiência profissional. J. nurs. health. 2019;9(3):e199304

RESUMO

Objetivo: relatar a experiência de um parto cesáreo de recém-nascido com Síndrome Congênita causada pelo Zika Vírus. **Método:** estudo descritivo, com características de um relato de experiência, utilizando-se, como caminho metodológico o Método da Pedagogia da Problematização - Arco de Maguerez e Pereira. **Resultado:** a análise da realidade detectou o despreparo da equipe de saúde para agir com a situação inesperada, o nascimento de recém-nascido com microcefalia. **Considerações finais:** os gestores do ensino/saúde e o controle social precisam coordenar o cuidado na rede de atenção à saúde e implantar ações de saúde resolutivas que correspondam às necessidades de saúde das mães, das crianças acometidas pela Síndrome Congênita do Zika Vírus e seus familiares. **Descritores:** Zika vírus; Gravidez; Enfermagem obstétrica; Cuidado pré-natal; Microcefalia.

ABSTRACT

Objective: to report the experience of a cesarean birth of a newborn with Congenital Syndrome caused by the Zika Virus. **Method:** descriptive study, with characteristics of an experience report, using, as a methodological path, Pedagogy of Problematization - Maguerez and Pereira Arch. **Result:** the reality analysis detected the unprepared health team to act with the unexpected situation, the birth of newborn with microcephaly. **Final Considerations:** teaching/health managers and social control need to coordinate care in the health care network and implement resolute actions that correspond to the health needs of mothers, children affected by the Zika Virus Congenital Syndrome and their families.

Descriptors: Zika virus; Pregnancy; Obstetric nursing; Prenatal care; Microcephaly.

¹ Enfermeira. Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR). E-mail: jheyunny_sousa@hotmail.com <http://orcid.org/0000-0002-2453-7107>

² Enfermeira. Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). E-mail: aurelia.sampaio@hotmail.com <http://orcid.org/0000-0002-9197-5350>

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande (FURG). E-mail: hedihsiqueira@gmail.com <http://orcid.org/0000-0002-9197-5350>

⁴ Enfermeira. Doutora em Ciências. Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT). E-mail: quelilisiane@hotmail.com <http://orcid.org/0000-0001-6965-4887>

RESUMEN

Objetivo: relatar la experiencia de un parto cesáreo de recién nacido con Síndrome Congénito causado por el Zika Virus. **Método:** estudio descriptivo, con características de un relato de experiencia, utilizando, como camino metodológico, el Arco de Maguerez y Pereira. **Resultado:** se detectó el despreparo del equipo de salud para actuar con la situación inesperada, el nacimiento de recién nacido con microcefalia. **Consideraciones finales:** los gestores de la enseñanza / salud y el control social necesitan coordinar el cuidado en la red de atención a la salud y implantar acciones resolutivas que correspondan a las necesidades de salud de las madres, de los niños acometidos por el Síndrome Congénito de Zika Virus y sus familiares.

Descriptor: Virus Zika; Embarazo; Enfermería obstétrica; Atención prenatal; Microcefalia.

INTRODUÇÃO

Zika é uma doença, causada pelo arbovírus ZIKV, identificado pela primeira vez, em 1940, na Floresta Zika, em Uganda em macacos sentinelas no monitoramento da febre amarela.¹ No Brasil, foi detectada em maio de 2015 no Nordeste e, a partir deste evento, a doença tem-se alastrado rapidamente no país. Em outubro de 2015, houve um surto de doença exantemática maculopapular, cujas manifestações clínicas eram: febre baixa ou nenhuma febre, prurido, artralgia e edema de membros, com duração de quatro a sete dias, sendo assintomática em 80% dos casos.²

O vetor do Zika Vírus deparou-se com condições climáticas e ambientais favoráveis à sua disseminação e reprodução, fato comprovado pela presença do vetor *Aedes Aegypti* em todo no Brasil,³⁻⁴ encontrando no país uma população susceptível à infecção, sem imunidade natural à doença, serviços de saúde e comunidade científica despreparados.

Essa epidemia vem causando enorme impacto à saúde de nossa população, embora tenha sido, no início, considerada uma doença “de evolução benigna”. Entretanto, em

curto espaço de tempo, houve um incremento na ocorrência de casos de má-formação congênita em Recém-Nascidos (RN) de mães que relatavam casos sugestivos de Zika Vírus (ZIKV) durante os primeiros meses de gravidez.⁵

No final de novembro de 2015, teve-se a confirmação de que a infecção pelo ZIKV, durante a gravidez, possui relação direta com a epidemia de microcefalia.² Em 14 de março de 2016, comprovou-se que o ZIKV atinge a placenta em qualquer fase da gestação e a ocorrência do tropismo viral pelo tecido placentário e cerebral do feto. Contudo, não há como afirmar que a presença do ZIKV durante a gestação leva, inevitavelmente, ao desenvolvimento da microcefalia no feto.⁶ Não obstante, sabe-se que a infecção no primeiro trimestre gera consequências maiores ao desenvolvimento adequado do tecido cerebral do feto.⁷

A Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZV), como consequência mais grave, tornou a atual crise sanitária uma prioridade para além do campo da saúde, preocupando toda população. O MS decretou Emergência em Saúde Pública em novembro de 2015 e lançou

o plano de enfrentamento à microcefalia em dezembro. Em fevereiro de 2016, a Organização Mundial da Saúde (OMS), identificou a situação emergencial de importância internacional devido à constatação da dispersão dos casos de microcefalia.²

No Brasil, os índices epidemiológicos revelam que as malformações congênicas constituem a segunda causa de mortalidade infantil, sendo responsáveis por 18,3% do total de mortes.¹ Na Semana Epidemiológica (SE) 14/2016 encontram-se em monitoramento as 3.191 notificações que estavam em investigação na SE 52/2016 e os 936 casos notificados entre as SE 1 e 16/2017 (01/01/2017 a 22/04/2017), totalizando 4.127 casos em monitoramento.⁸

Quanto à distribuição das notificações de RN e crianças com alterações no crescimento e desenvolvimento, possivelmente, relacionadas à infecção pelo ZIKV e outras etiologias infecciosas, segundo classificação final, até a SE 16/2017, na região Centro-Oeste têm-se 185 casos que permanecem em investigação e 47 confirmados; no Estado do Mato Grosso, 121 casos foram notificados, 5 casos prováveis e sete foram confirmados.⁸ Deve-se considerar que a taxa de incidência está subestimada, pois, o fato da doença ser, majoritariamente, subclínica e a capacidade limitada de diagnóstico, resultam em subnotificação.⁹

A microcefalia congênita é sem dúvida um desafio emergente de saúde pública com repercussão para as próximas décadas. Nesse cenário emergente no qual a população é

suscetível, a comunidade acadêmica e os serviços de saúde encontram-se, geralmente, despreparados para enfrentar essa realidade. O diagnóstico de microcefalia em RN é nefasto e gerador de preocupações, desgosto e ansiedade, na gestante e toda a família.

Assim, o objetivo deste estudo foi relatar a experiência de um parto cesáreo de RN com Síndrome Congênita causada pelo ZIKV.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, com características de um relato de experiência de uma situação ocorrida no centro cirúrgico de um hospital regional, de médio porte, localizado na Região Centro-Oeste, no estado de Mato Grosso. Sendo vivenciada por uma acadêmica da Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT), do curso de Bacharelado em Enfermagem, durante seis horas de aula prática de centro cirúrgico. Seguiu-se a Resolução do Ministério da Saúde 466/12, parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) 1.842.272. Os envolvidos neste relato assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Na busca de uma abordagem que contemplasse os aspectos vivenciados utilizou-se o Método da Pedagogia da Problematização que tem como ponto de partida a realidade que, observada sob diversos ângulos, permite ao estudante ou pesquisador extrair e identificar os problemas existentes,⁷ conforme descrito na Figura 1, para instrumentalização do processo ensino-aprendizagem articulado com a prática. Esse método parte da base de que em um mundo de mudanças

rápidas, o que se espera do estudante é a sua capacidade para identificar os

problemas reais e buscar soluções originais e criativas para cada caso.

Figura 1: Proposta de Magueres: método do arco adaptado.



Fonte: Bordenave e Pereira, 1989.¹⁰

A partir do relato a seguir descrito, com base no objetivo do desenvolvimento da capacidade de observação da realidade circundante, realizou-se a identificação do problema, a detecção dos recursos disponíveis, bem como o levantamento dos fatores que interferiram na ocorrência e, também, a identificação do conhecimento disponível, buscou-se encontrar estratégias de solução para o problema.

Tendo como ponto de partida esses pontos, averiguou-se a possibilidade da utilização dos recursos tecnológicos disponíveis, de encontrar e propor novas formas de organizar o trabalho e recomendar a promoção de ações conjuntas para o alcance dos objetivos da assistência humanizada,

resolutiva e de qualidade, utilizando-se o método do Arco¹⁰ para a problematização da aprendizagem baseada em problemas.

RESULTADOS

Parto cesáreo de RN com SCZV

Certo dia, deu entrada na unidade do centro cirúrgico, Geretriz (codinome), de 18 anos, primigesta, parturiente, em trabalho de parto desde às 04h, com indicação obstétrica para parto cesáreo, devido à parada de progressão na primeira fase do processo de parturição.

Relatou sentir fortes dores em baixo ventre e estar com sangramento vaginal discreto há 10 horas. Encontrava-se ansiosa para a chegada

do primogênito e por ser véspera do seu aniversário de 19 anos. Ao ser indagada sobre a gestação atual, informa que a gravidez é desejada, embora não tenha sido planejada. Realizou sete consultas de pré-natal, na Estratégia Saúde da Família (ESF) de sua área, afirma não ter havido intercorrências, que foi tudo muito tranquilo, ter realizado todos os exames solicitados no pré-natal e que esses não apresentaram alterações. Fez suplementação com ácido fólico e sulfato ferroso e, tratamento para infecção urinária.

Foram realizados os cuidados pré-operatórios, como: colocação de propés e touca, explicado o procedimento cirúrgico e sanadas suas dúvidas. A parturiente, enquanto aguardava o término de outra cirurgia, reclamou sentir-se enjoada, teve dois episódios de êmese. Após isso, foi encaminhada à sala de cirurgia e realizada a anestesia raquidiana.

Realizou-se a analgesia, os eletrodos foram posicionados para realizar sua monitorização, durante o procedimento, e seus braços foram postos na braçadeira da mesa cirúrgica. O médico obstetra iniciou o procedimento cirúrgico. O período intra-operatório ocorria dentro da normalidade, a equipe conversava tranquilamente, estava um clima harmonioso até o momento em que, o RN foi retirado do útero. Nesse momento o médico olhou para toda a equipe com expressão de espanto e anunciou: É micro! Todos voltaram os olhares ao RN. Estavam presentes na sala cirúrgica uma técnica de enfermagem, docente de Enfermagem Cirúrgica, duas acadêmicas de

enfermagem da UFMT, o médico anestesista e o médico obstetra. Todos ficaram espantados e pesarosos ao olhar para o RN com microcefalia. O espanto tomou conta da equipe cirúrgica e de todos que se encontravam na sala operatória.

A técnica de enfermagem incumbiu-se para levar o mesmo à sala de recepção neonatal. Lá foram prestados os cuidados mediatos a ele. A seguir, o RN foi entregue à técnica de enfermagem para que o mostrasse à mãe. Ela enrolou a cabeça dele com um campo estéril, deixando à mostra apenas o seu rosto, e assim, o apresentou para a mãe.

Acompanhamos a técnica solicitar, via telefone, a presença do pediatra para avaliar o RN. O anestesista perguntou à puérpera se ela havia tido febre durante a gestação, se houvera tido dengue, Zika. A puérpera negou tais ocorrências. Ela estava consternada, sem saber/compreender o que havia acontecido. Noutra sala, as acadêmicas, reunidas com o professor da disciplina, trouxeram para a discussão o aspecto assintomático da doença Zika, em 80% dos casos.

Ao retornarmos com o RN para a sala de recepção, lá já se encontravam duas outras técnicas de enfermagem, auxiliamos nos cuidados imediatos a ele, realizamos mensuração e o perímetro cefálico foi igual a 30 cm. As técnicas de enfermagem ficaram espantadas e com resistência a acreditar no que o exame físico apresentava. Uma delas até disse: “Não vai ser micro, não, essa é uma cabeça de [...] por isso é assim”. O RN tinha um choro fraco e agudo,

depressão frontal ou hipogenesia frontal, pescoço curto e o rosto era achatado. Como o médico pediatra não chegou, ele foi encaminhado ao alojamento conjunto da maternidade. A avó materna estava a seu aguardo.

Enquanto isso, com semblante de pesar, os médicos realizavam a síntese cirúrgica. A puérpera, na sala de recuperação pós-anestésica, sob vigilância contínua, encontrava-se, clinicamente, em bom estado geral; embora, desorientada e sonolenta. Neste período os cuidados de enfermagem pós-operatórios imediatos foram efetivados. Sem intercorrências e, em condições de alta do setor, foi encaminhada ao alojamento conjunto. Neste momento ela ainda não sabia da condição de microcefalia do seu RN.

Diante da falta de comunicação, analisou-se o prontuário a procura de algum registro sobre o diagnóstico de microcefalia, todavia nada foi encontrado, capaz de elucidar o acontecido. Nos exames de imagem realizados no primeiro e terceiro trimestre gestacional não havia nenhum apontamento nos laudos quanto ao perímetro cefálico. No cartão da gestante buscou-se, sem sucesso, algum registro sobre sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes, HIV, diabetes materna mal controlada, alcoolismo, ter sido submetida a algum exame radiológico. Nenhuma evidência sobre a etiologia ou diagnóstico de microcefalia foram encontrados. Confirmando a falta de conhecimento da mãe e da equipe de saúde que a atendeu durante o pré-natal sobre a condição do RN.

Ao retornarmos, dois dias depois, o diagnóstico de microcefalia, já havia sido confirmado por meio do exame de tomografia, onde fora constatado ainda, a presença de inúmeras calcificações no cérebro, imaginou-se então, que a microcefalia fosse a decorrência de sífilis congênita, por causa das calcificações. Somente depois, quando saiu o resultado do exame de *Reverse Transcription Polymerase (RT-PCR)* foi constatado que a infecção por ZIKV foi a causa etiológica da microcefalia do RN.

As técnicas relataram que quando a mãe descobriu a condição do RN, ela ficou desolada, muito triste e abalada, achando que o seu filho tinha nascido com SCZV por culpa dela. Referiram, ainda, que, ela disse que não tinha conhecimento disso e que durante o pré-natal ela não apresentou sintomas da Zika e em nenhum dos exames de imagens acusou a microcefalia do RN. Ela fora orientada, pela enfermeira, quanto aos cuidados com o RN, e os procedimentos a serem observados e recebeu alta hospitalar.

DISCUSSÃO

A partir do caso relatado, à luz da teoria da problematização, identificou-se a ansiedade no ciclo gestacional, filho ideal *versus* real; a maternidade na adolescência; a gestação não planejada e desejada; a falta de preparo da equipe da saúde para agir com a situação inesperada e os ruídos de comunicação como problemáticas oriundas da realidade.

Ao considerar o cenário sanitário emergente, optou-se por aplicar o método do arco de Margueres e Pereira¹⁰ a faceta referente ao

despreparo da equipe para agir com a situação atípica. Os demais problemas identificados já têm sido discutidos com proficiência na literatura.

Observação da realidade - após a observação e do acontecimento: RN com SCZV sem diagnóstico prévio detectado no pré-natal, realizado seguindo a recomendação do MS, definiu-se como problema a ser estudado.

Ao pensar sobre os possíveis fatores condicionantes e determinantes relacionados ao problema, obteve-se uma maior compreensão da dimensão e da complexidade da multideterminação do problema. Assim, identificou-se como pontos chaves: o despreparo dos profissionais da saúde ao tratar o nascimento inesperado de RN com SCZV, a falta de assistência holística/integral e a importância do suporte psicossocial à mãe/família, profissionais da equipe de saúde.

Na teorização buscou-se discutir alternativas para construir respostas para o problema a fim de apontar algumas possibilidades de intervenção no movimento real à assistência de saúde, a fim de servirem de base para a transformação da realidade.

Os profissionais nos serviços de saúde devem estar preparados para desencadear ações que possam prevenir, proteger, controlar e dar uma resposta rápida à saúde pública. Na atenção primária, porta de entrada, ao prestar assistência nos serviços de planejamento reprodutivo e de assistência pré-natal, os profissionais de saúde necessitam levar em consideração todas as possíveis

situações gestacionais no intuito de minimizar o impacto de eventuais enfermidades e proteger/reestabelecer a saúde.

No caso em questão não houve notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET) nem no Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP) devido a infecção ter ocorrido de forma assintomática, isso ocorre em 80% dos casos¹¹ e também por não ter sido identificado nos exames de ultrassonografia, microcalcificações cerebrais, atrofia cerebral, ventriculomegalia, diminuição do córtex e nem alteração no perímetro cefálico.¹²

Caso a ocorrência da infecção pelo ZIKV tivesse ocorrido de forma sintomática, a equipe da Estratégia de Saúde da Família, a qual acompanhou o pré-natal seria capaz de suspeitar precocemente, notificar adequadamente e registrar, oportunamente, à Vigilância Epidemiológica, conforme prevê marco regulatório 1378/2013. Em fevereiro de 2016 a Zika integrou o rol das doenças de notificação compulsória, sendo os casos suspeitos em gestantes e os de óbito, considerados notificação compulsória imediata devido à importância na identificação da circulação nacional do ZIKV.¹³

A confirmação da infecção pelo ZIKV ou a presença de microcefalia no conceito não são indicações para o pré-natal de alto risco e para a realização do parto cesariana, todavia a gestante e sua família devem receber, oportunamente, suporte técnico e emocional multiprofissional. Deve-se indicar o parto normal e proporcionar condições para o parto

humanizado de acordo com as diretrizes vigentes. Há indicação pelo parto cesariana somente quando houver risco à gestante ou ao feto.¹⁴

Na atuação profissional, tem-se uma tendência ao desenvolver atividades, seguindo assim, uma rotina pré-estabelecida,¹⁴ o que se torna inviável ao lidar com o nascimento de um RN com SCZV sem diagnóstico prévio, na qual se exige, uma atuação técnica adequada, estabilidade emocional da equipe, assim como, uma comunicação verbal e não-verbal adequada, afim de atender todas as necessidades do binômio mãe-filho.¹⁵

A equipe que atua na sala de parto e participa do atendimento imediato ao RN mantém uma expectativa permanente de que é natural, esperando sempre o nascimento deles sem intercorrências, embora saibam que, na prática profissional, nem sempre isso é verdadeiro. A representação do nascimento que reporta à vida e ao RN saudável se contrapõe quando ocorre o nascimento de um bebê com malformação.

Os profissionais acabam sendo tão surpreendidos quanto à mãe, quando ele apresenta malformação na hora do parto, sobretudo quando o pré-natal foi realizado conforme o preconizado e não há diagnóstico prévio de microcefalia, conforme caso relatado. Quando percebem a malformação, sentem uma ambivalência de sentimentos que vão desde surpresa até choque, todos os profissionais sofrem impacto ao tomarem ciência do fato, necessitando reorganizar as ações de intervenção previamente estabelecidas.¹⁴

No caso da microcefalia deve-se assegurar ao conceito as ações preconizadas pelo MS, contato pele-a-pele, clameamento oportuno do cordão umbilical, a amamentação na primeira hora de vida e os procedimentos de cuidados preconizados rotineiramente.^{6,15} A integralidade é uma diretriz fundamental para orientar as organizações dos serviços de saúde, no sentido de responder as necessidades individuais e coletivas dos usuários.¹⁶ Faz-se preciso questionar as práticas profissionais, refletir sobre seus micros processos, repensar os seus fazeres, nos novos modos de agir no cotidiano dos serviços de saúde. O modelo técnico assistencial deve ser submetido a um olhar ético, político, centrado no território situacional dos usuários. Precisa-se definir o sentido e a intencionalidade do agir em saúde.¹⁷

A discussão do cuidado se prende hoje à resolutividade do sistema, à performance da atenção básica, a sua qualidade e humanização, ao acesso aos vários níveis tecnológicos e a seus resultados no campo individual e coletivo, sempre batizado pelo padrão de financiamento.¹⁸⁻¹⁹

Na ocasião do cenário sanitário atual, precisa-se priorizar as atividades preventivas, individuais e coletivas, a fim de reduzir o potencial vetorial do vetor, a transmissão perinatal e sexual. A educação em saúde, a educação popular e a educação permanente em saúde são essenciais neste processo inerente a mudança do sentido das práticas de saúde. No caso relatado, identifica-se a ineficiência das ações preventivas e do diagnóstico via exames de imagem.

Na maternidade o vínculo e a humanização da assistência são essenciais à práxis profissional qualificada. No serviço em questão, conforme registro no prontuário foi realizado somente a ultrassonografia, onde é recomendado realizar a avaliação da visão, da audição e a ultrassonografia transfontanela.¹²

No que tange a assistência puerperal essa tem início no ambiente hospitalar, no qual pode-se constatar as primeiras alterações de conforto como o estresse do parto, as dores, a adaptação ao processo de amamentação, a insegurança, o medo, a dependência e os sentimentos de ambivalência. Os profissionais devem executar o plano de cuidados, oferecendo suporte e orientação sobre o autocuidado e os cuidados com o RN, atentar à puérpera no que diz respeito às presumíveis modificações.¹⁹

Na atenção primária à assistência puerperal, a equipe da Unidade de Saúde da Família (USF) deve fazer a visita domiciliar na primeira semana de vida do RN, conforme preconizado pela Rede Cegonha - Primeira Semana de Saúde Integral (PSSI) esta estratégia de saúde, objetiva a redução da mortalidade infantil, recomenda a efetivação de atividades relacionadas à atenção à saúde das puéperas e dos RN. Em suma, a equipe da USF deve efetuar orientações necessárias para qualificar o cuidado do binômio mãe-filho, identificar condições que possam desencadear agravos à saúde tanto da mãe, quanto do concepto.¹⁹

A orientação e identificação de problemas relacionados ao aleitamento materno exclusivo, os cuidados com o RN, a confirmação da

imunização, BCG e Hepatite B, e o agendamento da primeira consulta também são ações da equipe de saúde. A puérpera deve ser orientada quanto aos sintomas que sugiram agravos à sua saúde, tais como febre, lóquios abundantes, presença de fissuras na mama, sintomas de depressão, entre outros. Deve-se ainda, realizar as orientações quanto ao planejamento reprodutivo durante a consulta puérperal.^{12,15,20}

A equipe de saúde precisa estar atenta para a situação da família, pois, a inserção de um RN no núcleo familiar já é, por si só um processo de reorganização familiar para realizar os cuidados que ele necessita. O nascimento de uma criança com SCZV pode acarretar um grande stress na família, sendo de suma importância o suporte da equipe de saúde para orientar e definir os cuidados necessários da criança. Os profissionais da USF precisam analisar a situação familiar, identificando possíveis situações de transtornos mentais, e quando necessário encaminhar a puérpera para o serviço de saúde mental.¹²

É necessário que a equipe acolha, escute, ofereça respostas positivas capazes de resolver a grande maioria dos problemas de saúde ou minimizar danos e sofrimento e se responsabilizar pelas respostas nos outros pontos da rede, conforme estabelece a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB).²¹ Dessa forma, torna-se importante a criação de vínculos com a família para realizar as orientações/encaminhamentos necessários. O alívio da dor física ou mental faz parte do cuidado das pessoas.¹² A situação

requer uma assistência de saúde especializada que assegure estimulação precoce que favoreça o desenvolvimento infantil e uma rede social de apoio que oriente a mãe e a família acerca dos cuidados com o bebê.²²

Ao levar em consideração a importância do suporte social em situações estressoras, como as malformações congênitas, ao se pensar em todos os aspectos psicológicos nos quais essa mãe e a família estão inseridas, atividades de intervenção em grupos operativos deveriam ser realizadas. Este espaço se configuraria como uma rede de suporte social, ampliando possibilidades de acolhimento. Através do grupo, as mães poderiam apoiar-se mutuamente, trocar experiências e palavras de conforto e compartilhar experiências bem-sucedidas na resolução de problemas decorrentes da condição, uma vez que estão expostas à mesma situação.¹⁴ São de suma importância, pois visam redução do impacto emocional negativo frente ao diagnóstico de malformações congênitas e uma melhor adaptação da família à condição da criança, favorecendo a qualidade do vínculo familiar.²³

Hipóteses de solução para transformar esta realidade a Política de Educação Permanente em Saúde deve ser colocada em prática na instituição a fim de qualificar a atenção à saúde e potencializar o desenvolvimento dos seus trabalhadores.²⁴ Os profissionais têm a missão de zelar por uma assistência de qualidade no cuidado de todos os usuários dos serviços de saúde,

independente de quaisquer situações em que se encontrem mantendo sempre a dignidade dos mesmos.²⁵ Para tal, torna-se necessário investir na qualificação profissional. A integração ensino e serviço é uma estratégia importante para humanizar e qualificar o cuidado como fio condutor e, assim, alcançar a integralidade do processo saúde-doença-cuidado.

Visando o cuidado integral, outras duas hipóteses de solução pertinentes são: a implementação de um grupo operativo de apoio às mães e suas famílias e, de um serviço de estimulação precoce às crianças com SCZV ou com outras condições que levem a alterações semelhantes, visando o acompanhamento e intervenção clínico-terapêutica multiprofissional nas redes de atenção à saúde. O compartilhamento das vivências nos grupos operativos auxilia os integrantes no enfrentamento de situações de sofrimento psíquico, por meio de apoio mútuo, consolidam vínculos de afeto e amizade além de potencializar a resiliência; fundamental à transposição deste período difícil de suas vidas.²⁶ Deve-se atentar às mães que se isolam e se dedicam, exclusivamente, ao cuidado da criança para que não assumam comportamento de risco. Considerando, o plano de cuidado individualizado, todos os aspectos biopsicossociais e espirituais dessa nova realidade, não apenas os relacionados ao diagnóstico de SCZV, precisam ser analisados e atendidos.

Aplicação à realidade nesta última etapa julga-se pertinente apresentar ao gestor do serviço hospitalar a problemática relatada,

assim como, as hipóteses de solução a fim de implementar ações de maior integração ensino e serviço sob o enfoque da educação permanente em saúde.

As hipóteses de solução da implantação de grupo operativo de apoio às mães e suas famílias e, de um serviço de estimulação precoce às crianças com SCZV devem ser apresentadas, esclarecidas junto ao gestor municipal de saúde e aos membros do conselho municipal de saúde. Acredita-se, também, na força do controle social quando empoderado na implementação das políticas e na consolidação dos serviços e ações de saúde no enfrentamento das necessidades e dificuldades dos usuários do sistema.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A situação da SCZV encontrou todos, mãe, família e equipe de saúde hospitalar e de ensino em situação de despreparo. A ocorrência serviu de alerta e sinalização aos gestores da saúde e do ensino, acerca da necessidade de integrar as suas ações para encontrar estratégias capazes de alcançar resultados benéficos de suporte psicossocial tanto para às mães/familiares quanto aos profissionais da equipe de saúde.

Os gestores do ensino/saúde e o controle social precisam coordenar o cuidado na rede de atenção à saúde e implantar ações de saúde resolutivas que correspondam às necessidades de saúde das mães, das crianças acometidas pela SCZV e seus familiares.

Recomenda-se a educação permanente em saúde, a integração ensino e serviço, a implantação de grupo operativo de apoio às mães e suas famílias e serviço de estimulação precoce às crianças com SCZV como estratégias válidas e adequadas, aplicáveis à realidade a fim de transformá-la e alcançar resultados positivos para todos os envolvidos.

REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika [Internet]. Brasília; 2015[acesso em 2019 abr 29]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/09/Microcefalia---Protocolo-de-vigil-ncia-e-resposta---vers--o-1----09dez2015-8h.pdf>
- 2 Comissão de Epidemiologia da ABRASCO. Zika vírus: desafios da saúde pública no Brasil. Rev. bras. epidemiol. [Internet]. 2016[acesso em 2019 abr 29];19(2):225-8. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rbepid/2016.v19n2/225-228/pt/>
- 3 Ministério da saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Febre de Chikungunya: manejo clínico [Internet]. Brasília; 2015[acesso em 2019 mai 02]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/febre_chikungunya_manejo_clinico.pdf.
- 4 Junior VLP, Luz K, Parreira R, Ferrinho P. Vírus Zika: revisão para clínicos. Acta Med Port [Internet]. 2015[acesso em 2019 abr 16];28:760-5.

Disponível em:
<https://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/zika-1/311-virus-zika-revisao-para-clinicos/file>

5 Marinho F, Araújo VEMD, Porto DL, Ferreira HL, Coelho MRS, Lecca RCR, et al RM. Microcefalia no Brasil: prevalência e caracterização dos casos a partir do sistema de informações sobre nascidos vivos (Sinasc), 2000-2015. *Epidemiol. serv. saúde*. [Internet]. 2016[acesso em 2019 abr 16](25):701-12. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000400701&lng=en&nrm=iso

6 Brasil P, Pereira Jr JP, Moreira ME, Nogueira RMR, Damasceno L, Wakimoto M, et al. Zika virus infection in pregnant women in Rio de Janeiro. *N Engl J Med* [Internet]. 2016[cited 2019 Mar 13];375(24):2321-34. Available from: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1602412>

7 Peres A. Aedes: ampliando o foco. *Radis* [Internet]. 2016[acesso em 2016 mar 20];161(9):12-7. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/revista-radis/161/reportagens/aedes-ampliando-o-foco>

8 Mato Grosso (MT). Secretaria de Estadual de Saúde. Boletim Epidemiológico da Dengue, Chikungunya e Zika 12 semana 14/2017. [Internet]. Cuiabá; 2017[acesso em 2019 mar 13]. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/6513>

9 Bogoch II, Brady OJ, Kraemer MU, German M, Creatore MI, Brent S, et al. Potential for Zika virus introduction

and transmission in resource-limited countries in Africa and the Asia-Pacific region: a modelling study. *Lancet Infect Dis* [Internet]. 2016[cited 2019 Mar 13];16(11):1237-45. Available from:

<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S1473-3099%2816%2930270-5>

10 Bordenave JD, Pereira AM. *Estratégias de ensino aprendizagem*. 4^a ed. Petrópolis: Vozes; 1989.

11 Besnard M, Eyrolle-Guignot D, Guillemette-Artur P, Lastère S, Bost-Bezeaud F, Marcelis L, et al. Congenital cerebral malformations and dysfunction in fetuses and newborns following the 2013 to 2014 Zika virus epidemic in French Polynesia. *Euro Surveill* [Internet]. 2016[cited 2019 Mar 13];21(13):1-9. Available from: <https://www.eurosurveillance.org/doi/fulltext/eurosurveillance/21/13/eurosurv-21-30181-4.pdf?expires=1556565541&id=id&accname=guest&checksum=A2255597DBEDABBB56B7FA55843BD05A>

12 Brunoni D, Assis SMB, Osório AAC, Seabra AG, Amato CADLH, Teixeira MCTV, et al. Microcefalia e outras manifestações relacionadas ao vírus Zika: impacto nas crianças, nas famílias e nas equipes de saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. [Internet]. 2016[acesso em 2019 abr 29];21(10):3297-302. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n10/1413-8123-csc-21-10-3297.pdf>

13 Ministério da Saúde (BR). Portaria nº1271, de 6 de junho de 2014: lista nacional de notificação compulsória de doenças [Internet]. Brasília; 2014[acesso em 2019 mar 13].

Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html

14 Rocha MCP, Carvalho MSM, Fossa AM, Pedroso GER, Rossato LM. Necessidades e dificuldades de famílias que vivenciam a experiência de ter uma criança com hidrocefalia. Saude rev. [Internet]. 2015[acesso em 2019 abr 29];15(40):49-66. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/sr/article/view/2532/1474>

15 Borges MM, Pinto MJC, Vaz DCM. Apego materno-fetal e enfrentamento de gestantes frente ao diagnóstico de malformação. Arch. Health Sci. (Online). [Internet]. 2015[acesso em 2019 abr 29];22(2):27-32. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/138/58>

16 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos da atenção básica nº 32: atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília; 2013[acesso em 2019 abr 29]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf

17 Fertoni HP, Pires DEPD, Biff D, Scherer MDDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para atenção básica brasileira. Ciênc. Saúde Colet. [Internet]. 2015[acesso em 2019 abr 29];20:1869-78. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1869.pdf>

18 Mota RS, Silva VA, Costa JCB, Barros A, Gomes BP, Araújo RPA. Participação

em atividades de educação permanente e mudanças nas práticas assistenciais de Enfermagem. Rev. baiana enferm. [Internet]. 2018[acesso em 2019 abr 29];32:e26485. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/26485/17082>

19 Vasconcelos MIO, Xavier ALC, Nascimento MN, Cavalcante YA, Rocha SP, Silva JG. Avaliação da resolutividade e efetividade da atenção primária à saúde: revisão integrativa de literatura. Sanare (Sobral, Online). [Internet]. 2018[acesso em 2019 abr 29];17(1):65-73. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1224/655>

20 Martinelli KG, Santos NET, Gama SGN, Oliveira AE. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. Rev. bras. med. ginecol. obstet. [Internet]. 2014[acesso em 2019 abr 16];36(2):56-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n2/0100-7203-rbgo-36-02-00056.pdf>

21 Lenz MLM, Flores R, organizadores. Atenção à saúde da gestante em APS [Internet]. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2011[acesso em 2019 abr 29]. Disponível em: <http://www2.ghc.com.br/GepNet/publicacoes/atencaosaudedagestante.pdf>

22 Silva HMC, Almeida KN, Braga MB, Lago E de A, Pessoa LTS, Silva IP. Aspectos fisiológicos e sociais

associados às alterações cromossômicas e malformações congênitas em gestações perimenopáusicas. Rev. enferm. UFPI. [Internet]. 2015[acesso em 2019 mar 13];4(1):61-7. Disponível em: https://www.ojs.ufpi.br/index.php/r_eufpi/article/view/2093/pdf

23 Schwanny VR, Pereira KMP, Mourão AL, Muniz SA, Mancini CN, Trindade ZA. Impacto emocional e enfrentamento materno da anomalia congênita de bebês na UTIN. Psicol. saúde doenças. [Internet]. 2016[acesso em 2019 mar 13];17(3):454-67. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v17n3/v17n3a12.pdf>

24 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política nacional de educação permanente em saúde [Internet]. Brasília; 2009[acesso em 2019 abr 29]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf

25 Carvalho DO, Santos NNRC, Silva ARV, Carvalho GCN. Percepção do profissional de enfermagem acerca do cuidado humanizado no ambiente hospitalar. Revista interdisciplinar [Internet]. 2015[acesso em 2019 abr 29];8(3):61-74. Disponível em: https://revistainterdisciplinar.uninova.fapi.edu.br/index.php/revinter/articler/view/680/pdf_237

26 Barros SMM, Monteiro PAL, Neves MB, Maciel GTDS. Fortalecendo a rede de apoio de mães no contexto da síndrome congênita do vírus Zika: relatos de uma intervenção psicossocial e sistêmica. Nova perspect. sist. [Internet]. 2017[acesso

em 2019 abr 29];26(58):38-59. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-78412017000200004&lng=pt&nrm=iso

Data de submissão: 18/03/2019

Data de aceite: 26/04/2019

Data de publicação: 14/05/2019