



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE-ICS  
CURSO DE FONAUDIOLOGIA**

**PERFIL SOCIO DEMOGRÁFICO DAS FAMÍLIAS DE  
CRIANÇAS EXPOSTAS AO ZIKA VÍRUS DURANTE A  
GESTAÇÃO**

**MELINA PEREIRA DE OLIVEIRA**

**SALVADOR  
2018**

**MELINA PEREIRA DE OLIVEIRA**

**PERFIL SOCIO DEMOGRÁFICO DAS FAMÍLIAS DE  
CRIANÇAS EXPOSTAS AO ZIKA VÍRUS DURANTE A  
GESTAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Fonoaudiologia da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Fonoaudiologia.

Orientadora: Prof.Ms. Ana Lúcia de Freitas Borja

**SALVADOR**

**2018**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, primeiramente, A DEUS pelo dom da vida, pela força concedida e oportunidade de chegar até aqui.

À minha mãe Iraci, agradeço profundamente por ter vivido cada dia comigo, se desdobrando para ajudar a cumprir minhas obrigações e se preocupando com meu bem-estar e me amparando com as mais diversas formas de amor. Você é o meu maior exemplo de luta e determinação para vencer na vida.

À minha amada sogra Rosália, por todo apoio concedido e por ser fonte de inspiração para meus sonhos. Ao meu filho, que é o amor da minha vida e minha fonte de determinação, as minhas vitórias é pra ele.

Nesta longa caminhada, porém, muito gratificante, gostaria de agradecer a todos que foram do grupo JC, que participaram do início desse sonho, especialmente a Carol e Jamile que mesmo distante se fazem presentes na minha vida. E as minhas companheiras de curso Luciana e Márcia minha eterna gratidão. Acredito que sem elas a luta seria mais árdua e difícil.

Agradeço aos mestres que estiveram e se fizeram presente durante essa caminhada, especialmente a minha Orientadora Ana Borja por ter acreditado que eu seria capaz de chegar até aqui e por todo apoio concedido nessa caminhada. A todos o meu muito obrigado.

## LISTA DE ABREVIATURAS

CNDSS	Comissão Nacional dos Determinantes Sócios
COM-HUPES-Hospitalar	Universitário Professor Edgard santos
LIRAA	Levantamento de Índice Rápido para <i>Aedes aegypti</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
SCZ	Síndrome Congênita do Zika
ZIKV	Zikavírus

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	08
2. METÓDOS.....	10
3. RESULTADOS.....	11
4. DISCUSSÃO.....	13
5. CONCLUSÃO.....	18
6. LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	19
REFERÊNCIAS.....	20
ANEXO A.....	24

## RESUMO

**Introdução:** Após 2015, o Brasil sofreu um aumento explosivo dos casos de infecção pelo zika vírus (ZIKV). A infecção foi denominada de doença da "pobreza" devido ao contexto que ela se instala e se alastra. Objetivos: descrever os fatores sócios demográficos, das famílias de crianças com síndrome congênita do zikavírus.**Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, descritivo, com abordagem quantitativa. A população-alvo foi constituída de crianças nascidas entre abril de 2015 a dezembro de 2016, encaminhadas para o ambulatório de confirmação de microcefalia relacionada ao (ZIKV) do Complexo Hospitalar Professor Edgard Santos (COM-HUPES) e avaliadas no Ambulatório de Audiologia e Eletrofisiologia da mesma instituição. Foram incluídas crianças com suspeita de síndrome congênita do zika vírus (SCZ), confirmadas ou presumidas, nascidas de mães com histórico de infecção por ZIKV ou rash cutâneo autorreferido durante a gestação, com ou sem microcefalia. Foram utilizados dados secundários de um banco de dados do Setor de Audiologia e Eletrofisiologia com informações provenientes da anamnese padronizada do serviço aplicada aos pais ou cuidadores.**Resultados:** Foram avaliados os registros de 76 crianças que realizaram avaliação auditiva e diagnóstica no COM-HUPES, 73,3% nascidas em Salvador-BA. A média de idade materna foi de 27,5 +/- 6,9 e a paterna 30,7 +/- 8,8 anos. **Conclusão:** Os achados desse estudo colocam em evidencia, muitas questões que vão além da contaminação pelo ZIKV e a proliferação do vetor. Revela uma realidade já conhecida de desigualdade e vulnerabilidade não só na Bahia mas em todo país.

**Palavras- chave:** Iniquidades sociais; Zika vírus; Microcefalia.

## ABSTRACT

**Introduction:** After 2015, Brazil experienced an explosive increase in cases of zika virus (ZIKV) infection. The infection was termed "poverty" disease due to the context that it sets in and reproduces itself. **Objectives:** To describe the demographic partner factors of the families of children with congenital zika virus syndrome. **Methods:** This is a cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach. The target population consisted of children born between April 2015 and December 2016, referred to the clinic for confirmation of microcephaly related to (ZIKV) of the Hospital Complex Professor Edgard Santos (COM-HUPES) and evaluated at the Ambulatory of Audiology and Electrophysiology of the same institution. Children with suspected congenital zika virus syndrome (SCZ), confirmed or presumed, born of mothers with a history of ZIKV infection or self-reported skin rash during pregnancy, with or without microcephaly, were included. Secondary data from a database of the Audiology and Electrophysiology Sector were used with information from the standardized anamnesis of the service applied to parents or caregivers. **Results:** The records of 76 children who underwent auditory and diagnostic evaluation at COM-HUPES, 73.3 born in Salvador-Bahia, Brazil, were evaluated. The mean maternal age was 27.5 +/- 6.9 and the paternal age was 30.7 +/- 8.8 years. **Conclusion:** The findings of this study highlight many issues that go beyond ZIKV contamination and vector proliferation. It reveals an already known reality of inequality and vulnerability not only in Bahia but throughout the country.

**Keyword:** Social Inequity; Zika Virus; Microcephaty

## 1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) criou em 2006 a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) com o objetivo de produzir conhecimentos e informações sobre as relações entre os determinantes sociais e a situação de saúde, particularmente as iniquidades de saúde, com vistas a fundamentar políticas e programas.

Os determinantes sociais estão relacionados às circunstâncias em que uma pessoa vive e trabalha. Sendo também considerados os fatores econômicos, culturais, éticos/ raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam as ocorrências de problemas de saúde e seus fatores de riscos na população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007a)

No contexto histórico, os paradigmas sobre o fenômeno saúde/doença modificaram-se através dos tempos, de forma mais evidente a partir da evolução da tecnologia e dos avanços socioeconômicos (AQUINO, 2008).

Atualmente, ser saudável não significa apenas ausência de doença, leva em conta também a produção social de saúde (SANTOS; WESTPHAL, 1999). Ou seja, os determinantes sociais da saúde podem contribuir positiva ou negativamente para definir o estado de saúde e problemas de populações (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007b).

Reconhecendo que os principais determinantes das iniquidades estão relacionados às formas como a sociedade se organiza, podemos entender o grave problema de saúde pública das populações de baixa renda, que vivem em condições de pobreza e circunstâncias mínimas de bens essenciais à saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2006).

A OMS aborda em suas discussões, um relatório global sobre as pesquisas em doenças infecciosas da pobreza, nas quais se encontram um rol de doenças como chagas, leishmanioses, malária, hanseníase, tuberculose, dengue, febre amarela, raiva, hantavirose, hepatites e gastroenterites virais, que são mais prevalentes nas classes mais pobres da população brasileira (BUSS, Paulo M. e PELLEGRINI FILHO, 2006).

Recentemente, o Brasil sofreu com o avanço da infestação do mosquito *Aedes aegypti* que transmite doenças como Dengue, Chikungunya e Zika. Os locais mais propícios à habitação e proliferação deste mosquito são os ambientes urbanos, países tropicais e metrópoles com deficiência de infraestrutura e saneamento básico (MENDONÇA; SOUZA; DUTRA, 2009).



Em 2017 o ministério da saúde divulgou o estudo observacional descritivo com base nos dados notificados da Semana Epidemiológica(SE) 33 (1/1/2017 a 19/8/2017) que registrou 155.518 casos de febre pelo zika vírus (ZIKV) e 214.990 por dengue prováveis no país. Sendo o Nordeste a região com maiores números (80.447 casos; 37,4%) em relação ao total do país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A Bahia, Pernambuco e Rio Grande do Norte foram os estados desta região que tiveram mais casos de infecção por ZIKV registrados nos dois últimos anos, com índice de maior relevância nas áreas pobres e com condições de vida precárias. A falta de saneamento básico, a reserva de água devido à falta de abastecimento e a precária coleta de lixo acabaram sendo catalisadores da proliferação do mosquito(LESSER; KITRON, 2016)

A epidemia do ZIKV no Brasil em 2016 teve repercussão mundial em virtude do aumento dos casos de síndrome congênita e principalmente o grande número de crianças com microcefalia, devido à infecção materna pelo vírus. É provável que a magnitude da epidemia tenha tido uma grande relação com os determinantes sociais como a desigualdade social e a ausência de saneamento básico, visto a grande notificação em áreas de baixa renda(NUNES et al., 2016a).

Neste sentido o presente estudo se propõe a descrever o perfil sócio demográfico das famílias de crianças com síndrome congênita do ZIKV tais como renda, moradia escolaridade visando a discutir a influência dos determinantes sociais na epidemia que resultou no aumento da prevalência dos casos da síndrome e no crescimento alarmante nos casos de microcefalia, bem como discutir as formas de combate ao mosquito e redução de risco para populações mais vulneráveis.

## 2. MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa. A população-alvo foi constituída de crianças nascidas entre abril de 2015 a dezembro de 2016, encaminhadas para o ambulatório de confirmação de microcefalia relacionada ao ZIKV do Complexo Hospitalar Professor Edgard Santos (COM-HUPES) e avaliadas no Ambulatório de Audiologia e Eletrofisiologia da mesma instituição. Foram incluídas crianças com suspeita desíndrome congênita do zika vírus (SCZ), confirmada ou presumida, nascidas de mães com histórico de infecção por ZIKV ou rash cutâneo autorreferido durante a gestação, com ou sem microcefalia.

Foram utilizados dados secundários de um banco de dados do Setor de Audiologia e Eletrofisiologia com informações provenientes da anamnese padronizada do serviço aplicada aos pais ou cuidadores (ANEXO A). Para a análise dos dados foram estimadas frequências simples de todas as variáveis qualitativas categóricas e medidas de tendência central e de dispersão para variáveis contínuas.

Este estudo faz parte de um projeto intitulado Estudo da Função Auditiva Periférica e Central de Crianças com Microcefalia Relacionada ao Zika Vírus, já aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (HUPES) da Universidade Federal da Bahia sob nº 1.978.792/2017 em 23 de março de 2017, sem restrições.

### 3. RESULTADOS

Foram avaliados os registros de 76 crianças que realizaram avaliação auditiva e diagnóstica no COM-HUPES. Destas, 73,3% nascidas em Salvador-BA. A média de idade materna foi de 27,5 +/- 6,9 e a paterna 30,7 +/- 8,8 anos. O número médio de consultas pré-natais foi 7,1%, sendo no mínimo três e o máximo de 13 consultas. Na tabela 1 observa-se as características clínicas das crianças.

**Tabela 1- Resultados da triagem, dados antropométricos e clínicos.**

Características	N(%)
<b>SEXO</b>	<b>76(100)</b>
Masculino	26(34,2)
Feminino	50(65,8)
<b>MICROCEFALIA</b>	<b>73(100)</b>
Sim	46(63,0)
Não	24(32,9)
Dúvida	03 (4,1)
<b>IDADE GESTACIONAL</b>	<b>76(100)</b>
Pré-termo	8(10,5)
Termo	55(72,4)
Não disponível	
<b>TIPO DE PARTO</b>	<b>76(100)</b>
Natural	45(59,2)
Cesáreo	31(40,8)
<b>ZIKV+ ou rash auto-referido</b>	<b>75(100)</b>
Sim	41(54,7)
Não	28(37,3)
Não sabe	06(8,0)
<b>TRIMESTRE DE INFECÇÃO</b>	<b>41(100)</b>
1º trimestre	24(58,5)
2º trimestre	09(21,9)
3º trimestre	01(2,3)
Não sabe	07(17,1)

A renda familiar variou de R\$98,00 a R\$ 2.500,00 sendo a média de R\$ 982,00. Mais da metade das genitoras não tinham renda formal ou informal (53,6%) e 15,9% dos genitores estavam desempregados. A média de moradores por residência foi de 4,2 pessoas, incluindo o bebê, sendo o mínimo de 3 e o máximo de 9.

Mais da metade das mães tinham o segundo grau completo (55,6%) e 5,6% tinham completado ou estavam cursando o ensino superior. Entre os pais, 57,8% haviam terminado o ensino médio.

Observou-se uma correlação positiva muito forte entre renda e número de consultas pré-natais (0,92).

#### 4. DISCUSSÃO

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), Salvador teve o maior número de casos registrados de ZCS no estado, estando de acordo com dados obtidos nesse estudo em que 73,3% das famílias residiam em Salvador.

Estes números também guardam relação com o fato de que na região Nordeste, a Bahia está entre os estados que concentram a maior prevalência de casos registrados de ZIKV nos últimos anos, conforme os boletins epidemiológicos de 2016 a 2018 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016, 2017, 2018).

A alta incidência em Salvador se dá devido à alta proliferação do vetor *Aedes aegypti* em, visto que a cidade possui muitos bairros com deficiência de saneamento, coleta de lixo irregular e o armazenamento de água inadequado. Sendo assim, fatores contribuintes para esta proliferação.

Sem dúvida, um dos principais fatores por trás de epidemias não só de zika, mas de outras doenças, é a falta de saneamento básico, isto é, de acesso e tratamento das redes de água e esgoto, um problema histórico no Brasil. Estatísticas da OMS apontam que 35 milhões de pessoas no País não possuem saneamento adequado e 3,8 milhões não têm acesso a água potável (WHO, 2017).

As cidades brasileiras apresentam deficiências de diferentes dimensões e magnitudes, sendo o mais comum os problemas das condições domiciliares. O processo histórico de crescimento de Salvador levou à configuração de um quadro de extrema desigualdade social e concentração de renda, resultando num cenário de segregação espacial com a conformação de uma “cidade formal” caracterizada por áreas com boa oferta de infraestrutura e serviços e, uma “cidade informal” caracterizada pela implantação de loteamentos irregulares e clandestinos, ocupada pela população de baixa renda, resultado da pouca efetividade das políticas habitacionais de interesse social. (Pereira & Souza, 2006).

Doenças transmitidas por mosquitos afetam desproporcionalmente a maioria menos privilegiada da população brasileira, de várias maneiras. A crise que ocorreu em 2015 foi indicativa de disparidade existente não só em termos de classe, mas de uma variedade de outras questões ligadas à estrutura de classes. O vírus do zika teve impacto maior no Nordeste, nos estados de Bahia, Pernambuco e Rio Grande do Norte, as quais apresentam os piores indicadores de saúde, educação e renda, de acordo com o ranking do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud). E onde uma percentagem maior da população é pobre e as condições climáticas são mais favoráveis à propagação de vírus transmitidos por

mosquitos do que no Sul, mais rico e menos tropical (LESSER, JEFFREY, & KITRON, URIE, 2016).

Recentemente, o Levantamento de Índice Rápido para *Aedes aegypti* (LIRAA) notificou que de cada 100 imóveis vistos em Salvador, três apresentavam focos de mosquito e o número de áreas com alto risco no município passou de 10 para 14 bairros (SECOM, 2018).

Sendo a região do Subúrbio Ferroviário com maior registro de proliferação do *Aedes aegypti* em Salvador: 3,4%. Das 11 grandes áreas analisadas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), três apresentam risco elevado de proliferação do mosquito e outras oito são consideradas em situação de alerta. As taxas mais altas da cidade também estão nesta região, nas localidades de Fazenda Coutos (5,4%), Lobato, Plataforma II e São João do Cabrito (5%). Quando a porcentagem é igual ou superior a 4%, é considerado o risco de uma epidemia (AQUINO, MARINHO, 2018).

O Subúrbio Ferroviário compõe um dos maiores territórios de pobreza de Salvador tem aproximadamente 500 mil habitantes de acordo com o último censo do IBGE, em sua maioria negros, pobres e com baixa escolaridade, vítimas dos maiores índices da violência urbana do contexto metropolitano. Nesta área há predominância de habitações precárias e deficientes, com aglomerados de barracos em morros, encostas e até mesmo sobre a Baía de Todos os Santos que acabam sendo fatores contribuintes para proliferação do mosquito (SOARES, 2009).

Além dos fatores ambientais que podem interferir na relação saúde/doença, sabemos que as condições econômicas e sociais influenciam diretamente na saúde (SOUZA; SILVA; SILVA, 2013). Neste estudo o valor mínimo da renda era compatível com o valor da bolsa família da época (R\$ 98,00) apesar de metade das mulheres e dos homens terem concluído o ensino médio, configurando uma escolaridade acima da média nacional.

Segundo dados da PNAD, em 2016, cerca de 66,3 milhões de pessoas de 25 anos ou mais de idade (ou 51% da população adulta) tinham concluído apenas o ensino fundamental. Além disso, menos de 20 milhões (ou 15,3% dessa população) haviam concluído o ensino superior. Os dados mostram que desigualdade no grau de instrução da população tem caráter regional: no Nordeste, 52,6% sequer haviam concluído o ensino fundamental já no Sudeste, 51,1% tinham pelo menos o ensino médio completo (IBGE, 2018).

Por outro lado, vale ressaltar que em 2016 o Brasil encerrou o ano com 3.269 milhões de desempregados a mais que no ano anterior. A taxa de desemprego da população brasileira ativa passou de 9% em dezembro de 2015 (9,073 milhões de pessoas) para 12% em dezembro de 2016 (12,342 milhões de pessoas), caracterizando um crescimento de 36% de um ano para

o outro (ADVFN, 2016). Sem dúvida, a crise financeira que o país vem enfrentando desde 2015 pode ter influenciado diretamente esses resultados.

Nesse estudo observou-se uma renda familiar média baixa, por volta de um salário mínimo. Apesar do ano de 2017 ter sido marcado pelo início da recuperação econômica, o índice de Gini, principal medida da desigualdade da renda, ficou estável na média do país em 2017, em relação a 2016, ao registrar 0,549, o indicador varia de zero a um, sendo zero uma distribuição perfeitamente igualitária. Uma abertura por regiões, porém, revela comportamentos díspares: enquanto recuou no Sudeste, com o achatamento da renda dos mais ricos, a desigualdade cresceu nas demais regiões, com destaque para o Nordeste. (PNAD, 2018)

Segundo o IBGE, 2018, nas demais regiões brasileiras, contudo, o indicador teve uma trajetória de piora. Palco de grandes diferenças sociais e econômicas, o Nordeste percebeu um aumento da já elevada desigualdade: de 0,555 para 0,567 na passagem dos dois anos. A situação foi pior na Bahia, com aumento de 0,05 ponto na desigualdade, para 0,599.

Embora o registro do IBGE destaque que a remuneração média do trabalhador brasileiro em 2016 teve um crescimento anual de 0,5% na passagem de dezembro de 2015 e o rendimento médio mensal era de R\$ 2.033,00 (ADVFN, 2016), estes valores estão longe de se assemelhar a renda das famílias desse estudo, cuja média foi de 982,00. Destaque-se que o valor do salário mínimo da época era de R\$ 880,00.

Abreu colaboradores (2014) destacaram em seus estudos a relação entre a desigualdade social e a educação no Brasil e sua associação com a má distribuição de renda. Assim, a educação pode ser modificada com efeitos positivos ou negativos de acordo com a variação da renda e da economia do país, influenciando assim as condições de vida da população e/ou a vulnerabilidade financeira e o desafio para lidar com essa realidade.

Segundo Vilela, 2016 o fato de muitas mães não possuírem renda fixa e terem que se dedicar exclusivamente ao filho, implica negativamente no tratamento dessas crianças. A falta de recursos para remédios, transporte e alimentação fazem parte da realidade dessa população.

Contudo no início de 2016, quando cresceram os casos de microcefalia, o Ministério da saúde criou a primeira estratégia de Ação Rápida, garantindo o acesso ao cuidado e a proteção social de todas as crianças com suspeita da síndrome e suas famílias. A estratégia de Ação Rápida foi lançada por meio de portaria entre Ministérios da Saúde e Desenvolvimento Social com o objetivo de garantir a busca ativa às crianças com suspeitas da síndrome, acesso aos serviços diagnósticos, com transporte e hospedagem quando necessários, organização do serviço nos centros de referência e articulação entre as áreas de

saúde e assistência social para o acesso aos serviços sócio assistenciais. E instituiu a lei federal nº 13.301/2016, que garante benefício assistencial a criança portadora de microcefalia, e que seja baixa renda (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Sobre a média de consultas pré-natais foi de 7,1%, sendo importante salientar que, dos 76 registros 46 casos confirmaram o diagnóstico de ZIKV ou mencionaram o rash cutâneo e/ou sintomas da infecção. Das 41 mães que afirmaram ter contraído ZIKV durante a gestação, 17,1% não sabiam informar em que período houve a contaminação. É possível que aquelas que não souberam informar o período não tenham tido o acompanhamento pré-natal desde o primeiro trimestre de gestação ou tenham tido o número mínimo de consultas preconizadas pela Organização mundial de Saúde.

“A realização do pré-natal representa um papel fundamental em termos de prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante”(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005) De acordo com o Ministério da Saúde a importância do pré-natal no primeiro trimestre e a continuidade dessa atenção até o fim da gestação é fundamental para a saúde do binômio mãe/bebê, principalmente na prevenção e identificação de intercorrências maternas fetais precoces(XIMENES NETO et al., 2008).

Neste estudo, a média de consultas (7consultas) está acima do preconizado pelo Ministério da Saúde que é de seis(NUNES et al., 2016b). Esse dado é evidenciado pela crescente assistência pré-natal no Brasil desde os anos 90 alcançando valores superiores a 90% em todas as regiões do país. No entanto, essa assistência ainda é deficitária quando se trata de mulheres indígenas e pretas, com menor escolaridade e residentes nas regiões do norte e nordeste. Tornando evidente a relação entre a desigualdade social e a região geográfica no acesso aos serviços de saúde(DOMINGUES et al., 2015).

Ainda no ano de 2016, o novo modelo de atenção pré-natal da OMS aumentou o número de consultas pré-natais ao longo de sua gravidez para oito. Evidências recentes indicam que quanto maior o número de consultas durante a gravidez com profissionais de saúde frequência menor a probabilidade de natimortos. Isso acontece devido ao aumento das oportunidades para detectar e gerir potenciais problemas (OMS, 2016).

Sobre o tipo de parto, nota-se que apenas 59,2% tiveram parto natural, um número ainda muito abaixo do que é preconizado pela OMS que é até 90% para partos normais e com limite máximo de 15% para partos cesárea. Segundo pesquisas o desejo pelo parto cesárea é sustentado pela falta de informação e pelo medo da dor durante o parto(NASCIMENTO et al., 2015).



Num estudo realizado com gestantes em Sorocaba, considerou-se que o déficit de conhecimento acerca do parto natural, bem como a falta de informações consistentes, apresenta-se como fatores determinantes perante o processo de tomada de decisão sobre a escolha do tipo de parto. Nesse sentido, é fundamental o apoio dos profissionais de saúde durante o período gestacional, para subsidiar a escolha da gestante por meio da educação em saúde sobre essa temática (SANTANA,; LAHM,; SANTOS, 2015)

É oportuno frisar que, no último dia 11 de maio de 2017 o Ministério da Saúde declarou o fim da Emergência Nacional em Saúde Pública por conta do ZIKV e sua associação com a microcefalia visto que, o número de registros da infecção caiu cerca de 95% nos primeiros meses de 2017 em comparação com o mesmo período de 2016. Com a redução de casos novos, observa-se que as pesquisas mais recentes se direcionam para o estudo do neurodesenvolvimento, das sequelas e do efeito da reabilitação em crianças acometidas pela síndrome congênita do ZIKV. Contudo, ainda que a notificação de novos casos tenha reduzido, as autoridades de saúde manterão a vigilância e as ações de enfrentamento ao mosquito transmissor e a assistência às crianças com síndrome congênita do ZIKV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Entre pesquisadores, há um receio de que, com o fim da emergência, as medidas preventivas sejam negligenciadas, pois acreditam que a redução dos casos de ZIKV e de microcefalia se devem, principalmente, à sazonalidade do vírus (BOLDRINE; COLLUCCI, 2017).

## 5. CONCLUSÃO

Os achados desse estudo colocam em evidência, muitas questões que vão além da contaminação pelo ZIKV e a proliferação do vetor. Revela uma realidade já conhecida de desigualdade e vulnerabilidade não só na Bahia mais em todo país. Os recussos financeiros, a baixa escolaridade, a dificuldade de locomoção e acesso ao setor saúde, traz grandes implicações á saúde das famílias mais vulneráveis. Sem dúvida, considerar a questão da pobreza e da vunerabilidade são fundamentais para entender a proliferação do mosquito e orientar as ações de combate, mas também essas ações devem ser vistas num contexto mais amplo considerando a estrutura social, política e economica dessa população.

Desta forma, as estratégias de controle das arboviroses, não podem ficar restritas ao combate do vetor, mas também nos problemas estruturais como coleta de lixo, universalização do acesso a água e a oferta de saneamento básico, dentre outros.

## **6. LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

O estudo avalia retrospectivamente uma casuística composta por crianças nascidas no pico da epidemia por zika vírus com e sem microcefalia, todavia este banco não dispõe de confirmação laboratorial ou outras evidências que confirmem a infecção por zikv durante a gestação. Desta forma, não é possível generalizar esses achados para a população de crianças com microcefalia secundária á infecção por zika vírus.

## REFERÊNCIAS

ADVFN, **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) em 2016**, Disponível em: <2016 <https://br.advfn.com/indicadores/pnad/2016>> acesso em 11 de jul. 2018

AGENCIA IBGE noticia. **PNAD Contínua 2016: 51% da população com 25 anos ou mais do Brasil possuíam apenas o ensino fundamental completo, 2018** Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2013-agencia-de-noticias/releases/18992-pnad-continua-2016-51-da-populacao-com-25-anos-ou-mais-do-brasil-possuiam-apenas-o-ensino-fundamental-completo.html>> Acesso 11 de jul. 2018

AQUINO, E. M. Epidemiologia e Saúde Coletiva no Brasil : desafios para a formação em pesquisa \* **Epidemiology and Public Health in.** v. 11, n. supl 1, p. 151–158, 2008.

AQUINO, Carol e MARINHO, Nilson **Subúrbio concentra mais bairros com alto risco de infestação do Aedes**, 2018. Disponível em :<https://www.correio24horas.com.br/noticia/nid/suburbio-concentra-mais-bairros-com-alto-risco-de-infestacao-do-aedes/> Acesso em: 26 de jul de 2018

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE **Bahia registra 184 municípios em situação de alerta ou risco para dengue, zika e chikungunya**, 20/11/2012 15h45. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42062-bahia-registra-184-municipios-em-situacao-de-alerta-ou-risco-para-dengue-zika-e-chikungunya>>. Acesso em: 14 de jan. 2018

BRASIL, MINISTERIO DA SAÚDE , **Boletim Epidemiológico 52** ,2016 DISPONÍVEL EM: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/06/2017-002-Monitoramento-dos-casos-de-dengue--febre-de-chikungunya-e-febre-pelo-v--rus-Zika-ate-a-Semana-Epidemiologica-52--2016.pdf>> Acesso: 10 jun 2018

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 33, 2017**. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/29/2017-026Monitoramento-dos-casos-de-dengue-febre-de-chikungunya-e-febre-pelo-virus-Zika-ate-a-Semana-Epidemiologica-33-de-2017.pdf>>. Acesso em: 12 de nov. 2017.

MINISTERIO DA SAUDE, **Saúde anuncia novas ações de cuidado às crianças com síndrome congênita associada ao Zika, 2017** Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/29552-saude-anuncia-novas-aco-es-de-cuidado-as-criancas-com-sindrome-congenita-associada-ao-zika> acesso em 25.07.2018

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e doença aguda pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 15 de 2018.** Disponível em <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/maio/07/2018-018.pdf>  
Acesso : 07jul de 2018

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 9, p. 2005-2008, set. 2006.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007a.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007b.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 37, n. 3, p. 140-147, 2015.

BOLDRINE A, Collucci, C. Fim de situação de emergência para zika preocupa estudiosos da área. **Folha de São Paulo**. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/05/1883239-fim-de-situacao-de-emergencia-para-zika-preocupa-estudiosos-da-area.shtml> acesso 10 jul 2018

LESSER, J.; KITRON, U. A geografia social do zika no Brasil. **Estudos Avançados**, v. 30, n. 88, p. 167-175, dez. 2016.

MENDONÇA, F. DE A.; SOUZA, A. V. E; DUTRA, D. DE A. Saúde pública, urbanização e dengue no Brasil. **Sociedade & Natureza**, v. 21, n. 3, p. 257-269, dez. 2009.

NASCIMENTO, R. R. P. DO et al. Choice of type of delivery: factors reported by puerperal woman. **Revista gaucha de enfermagem / EENFUFGRS**, v. 36, n. spe, p. 119-126, 2015.

NUNES, J. T. et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 252-261, 2016.

NUNES, Magda Lahorgue et al. Microcephaly and Zika virus: a clinical and epidemiological

analysis of the current outbreak in Brazil. **Jornal de Pediatria (Versão em Português)**, v. 92, n. 3, p. 230-240, 2016.

SANTANA, Fernando Alves; LAHM, Janaína Verônica; DOS SANTOS, Reginaldo Passoni. Fatores que influenciam a gestante na escolha do tipo de parto. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 17, n. 3, p. 123-127, 2015

SANTOS, J. L. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados**, v. 13, n. 35, p. 71–88, abr. 1999.

SECOM, **Levantamento aponta aumento do índice de infestação do aedes em salvador 2017** Disponível

em:<<http://www.saude.salvador.ba.gov.br/2017/05/12/levantamento-aponta-aumento-do-indice-de-infestacao-do-aedes-em-salvador/>> Acesso em: 05 de jul. 2018

SESAB, **Salvador concentra mais de 53% dos casos de microcefalia da Bahia 2015**. Disponível em <<http://www.saude.ba.gov.br/salvador-concentra-mais-de-53-dos-casos-de-microcefalia-na-bahia/>> acesso em 25 de jul.2018

SOARES, Antonio Mateus de C. Cidade revelada: pobreza urbana em Salvador-BA. **Revista Geografias**, v. 5, n. 1, p. 83-96, 2009.

SOUZA, D. DE O.; SILVA, S. E. V. DA; SILVA, N. DE O. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da &quot;questão social&quot; **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 1, p. 44–56, mar. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Mulheres grávidas devem ter acesso aos cuidados 2016 adequados no momento certo, afirma OMS** Disponível

em:<[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5288:mulheres-gravidas-devem-ter-acesso-aos-cuidados-adequados-no-momento-certo-afirma-oms&Itemid=820](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5288:mulheres-gravidas-devem-ter-acesso-aos-cuidados-adequados-no-momento-certo-afirma-oms&Itemid=820)> Acesso 11 jul de 2018

VILLELA, Sumais. PE: mais da metade das famílias de bebês com microcefalia são de baixa renda. **Agência Brasil**. 25/02/2016 11h56

<<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-02/pe-mais-da-metade-das-familias-de-bebes-com-microcefalia-sao-de-baixa-renda>>. Acesso em 15 de jan. 2018.

WHO, Library Cataloguing-in-Publication Data Progress on drinking water, sanitation and hygiene: 2017 update and SDG baselines. 1. Water supply - standards. 2. Sanitation - trends. 3. Drinking water - supply and distribution. 4. Program evaluation. I. World Health Organization. II. UNICEF.

XIMENES NETO, F. R. et al. Quality of pre-natal care in Family Health Strategy in Sobral, CE, Brazil. [Portuguese]rQualidade da atencao ao pre-natal na Estrategia Saude da Familia em Sobral, Ceara. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 61, n. 5, p. 595–602, 2008.

## ANEXO A



**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

**Anamnese Fonoaudiológica****1 - Dados Pessoais**

**Data:** \_\_\_\_\_ **Prontuário:** \_\_\_\_\_

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_ **Data de Nascimento:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_  
( ) F ( ) M

**IG:** \_\_\_\_\_ **IGC:** \_\_\_\_\_ **Peso:** \_\_\_\_\_ **PC:** \_\_\_\_\_ **Comprimento:** \_\_\_\_\_ **APGAR: 1'** \_\_\_\_\_ **5'** \_\_\_\_\_

**Tipo de parto:** \_\_\_\_\_ **Maternidade:** \_\_\_\_\_ **Cidade:** \_\_\_\_\_

**Mãe:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_

**Ocupação:** \_\_\_\_\_ **Escolaridade:** \_\_\_\_\_ **Nº de Consultas Pré-natal:** \_\_\_\_\_

**Nº Pessoas domicílio:** \_\_\_\_\_ **Renda Familiar mensal: R\$** \_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_ **Bairro:** \_\_\_\_\_

**Cidade:** \_\_\_\_\_ **Telefones** \_\_\_\_\_

**2 - Queixa Principal / História Clínica****Importante:** ( ) Mãe ( ) Outros: \_\_\_\_\_

**Solicitação:** ( ) Maternidade ( ) Pediatra ( ) Fonoaudiólogo ( ) Outros \_\_\_\_\_

**Fez teste da Orelhinha?** ( ) Sim ( ) Não

<b>OD:</b> ( ) Passa ( ) Falha	<b>Reteste:</b> ( ) Sim ( ) Não
<b>OE:</b> ( ) Passa ( ) Falha	<b>OD:</b> ( ) Passa ( ) Falha
	<b>OE:</b> ( ) Passa ( ) Falha

**Obs:** Zika: ( ) Sim ( ) Não

**3 - História Pré-natal**

Alcoolismo Materno	Consanguinidade
Tabagismo Materno	História Familiar de deficiência auditiva congênita
Entorpecentes	
Hipertensão Gestacional - DHEG	Nefropatia
Diabetes Gestacional	Alt. Endócrina
Dist. Cardiovascular	Anemia
T O R C H S:	Medicação na gestação:
Outras Infecções	1º Trimestre: _____
	2º Trimestre: _____
	3º Trimestre: _____

**4 - História Neonatal**

Hipóxia	Síndromes	APGAR 0/4 1º min e 0/6 5º min
Hiperbilirrubinemia > 15mg/100ml (Tranfusão de sangue)	Má formação crânio-facial	VMI > 48h
Hemorragia ventricular	Distúrbio neurodegenerativos	Internação em UTI > 48h
Convulsões neonatais	PIG	Otite média recorrente/persistente > 3 meses
Infecções Congênicas	Peso < 1500g	Meningite bacteriana
SEPSE	Icterícia. Fototerapia? Período: _____	
Outras infecções	Ototóxicos. Qual? Período: _____	

**5 - Resultado PEATE**

Normal	Alterado ( ) OD ( ) OE	Conduta: _____
Reteste	Normal	Alterado ( ) OD ( ) OE
		Conduta: _____

Legenda de indicadores de risco para perda auditiva  
Coclear: Retrococlear:

Fisioterapeuta \_\_\_\_\_

Fonoaudióloga \_\_\_\_\_

Observações:



