



Manual Técnico



LABORATÓRIO
DE FORMAÇÃO DO TRABALHADOR
DE SAÚDE NO CONTEXTO DO
VÍRUS ZIKA

2018

manual técnico

LABORATÓRIO

de formação
do trabalhador
de saúde
no contexto
do **Vírus Zika**

- edição 2018 -

manual técnico

LABORATÓRIO

de formação
do trabalhador
de saúde
no contexto
do **Vírus Zika**

- edição 2018 -



FICHA TÉCNICA

Comitê Gestor: IPADS / JOHNSON & JOHNSON/ CONASEMS

Equipe Técnica:

Coordenador Geral: Thiago Lavras Trapé

Coordenador Clínico: André Ricardo Ribas Freitas

Diretora Executiva: Camila Nascimento Benvenuto

Apoio a Gestão: Renata Juliani Frascareli

Representante CONASEMS: Márcia Pinheiro

Representantes Johnson & Johnson: Camila Batista, Erika Alvarez Ewerton Nunes,
Wagner Orlandi

Consultores Técnicos: Ana Célia Nunes, Ana Paula de Medeiros Closs,
André Bueno, André Ricardo Ribas Freitas, Bruna Ricci Marini, Camila Nascimento Benvenuto, Denise Bomfim Souza , Fernando Aith, Giuliano Dimarzio, Maria Joana Passos Damásio, Patrícia Carla de Souza Della Barba, Suyenne Figueredo Bezerra de Menezes Vieira, Thiago Lavras Trapé

Fotos: ONG Abraço a Microcefalia

Foto da Capa: Joana Damásio, Gabi e Alice (Fotógrafa Natália Borges para ONG Abraço a Microcefalia)

Diagramação e Arte: Santa Causa Boas Ideias & Projetos

Apoio: Ministério da Saúde, COSEMS AMAZONAS, COSEMS BAHIA, COSEMS MARANHÃO, COSEMS PIAUÍ, COSEMS RIO GRANDE DO NORTE, ONG Abraço a Microcefalia. Sociedade Brasileira de Dengue e Arbovirose (SBDA), UNICEF e FIOCRUZ



This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/> or send a letter to Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.



Apresentação

O Manual Técnico do Projeto Zikalab - Laboratório de Formação do Profissional da Saúde no Contexto do Vírus Zika é um material construído por pessoas com reconhecido know-how nas áreas através de uma revisão cuidadosa e detalhada dos principais estudos e protocolos clínico-assistenciais relativo ao vírus Zika.

Na sua primeira versão, no ano de 2016, os estudos sobre o impacto do vírus surgiam de modo muito rápido, gerando mudanças sucessivas na compreensão da epidemia e balizando as ações dos serviços públicos de saúde. No momento temos uma realidade científica mais segura, com uma série de evidências sobre o tema, sem que isso esgote as novidades que continuam a surgir no campo científico.

O Manual é um material público e gratuito, que tem como objetivo facilitar o acesso a informação para qualquer pessoa interessada no tema mas, principalmente é referência do Projeto Zikalab, servindo para balizar os debates técnicos do curso oferecido aos profissionais da rede de atenção a saúde do Sistema Único de Saúde, por isso ele é dividido em módulos semelhantes ao processo formativo.

Salientamos que o sistema de saúde brasileiro é amplo e diverso, com responsabilidades federativas complementares e autonomia entre os entes federados. Por isso a organização dos sistemas locais de saúde são distintas e dizem respeito a múltiplas questões, que vão desde valores culturais, aspectos sociodemográficos, perfil de morbimortalidade, capacidade de financiamento e gestão, pontos de atenção presentes, ofertas assistenciais, etc. Este manual não tem a intenção e não deve substituir os protocolos já estabelecidos pelos entes governamentais (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais e saúde), mas servir como um material complementar que pode apoiar a definição e organização de linhas de cuidado e práticas no campos do vírus Zika e outras arboviroses.

Boa leitura!

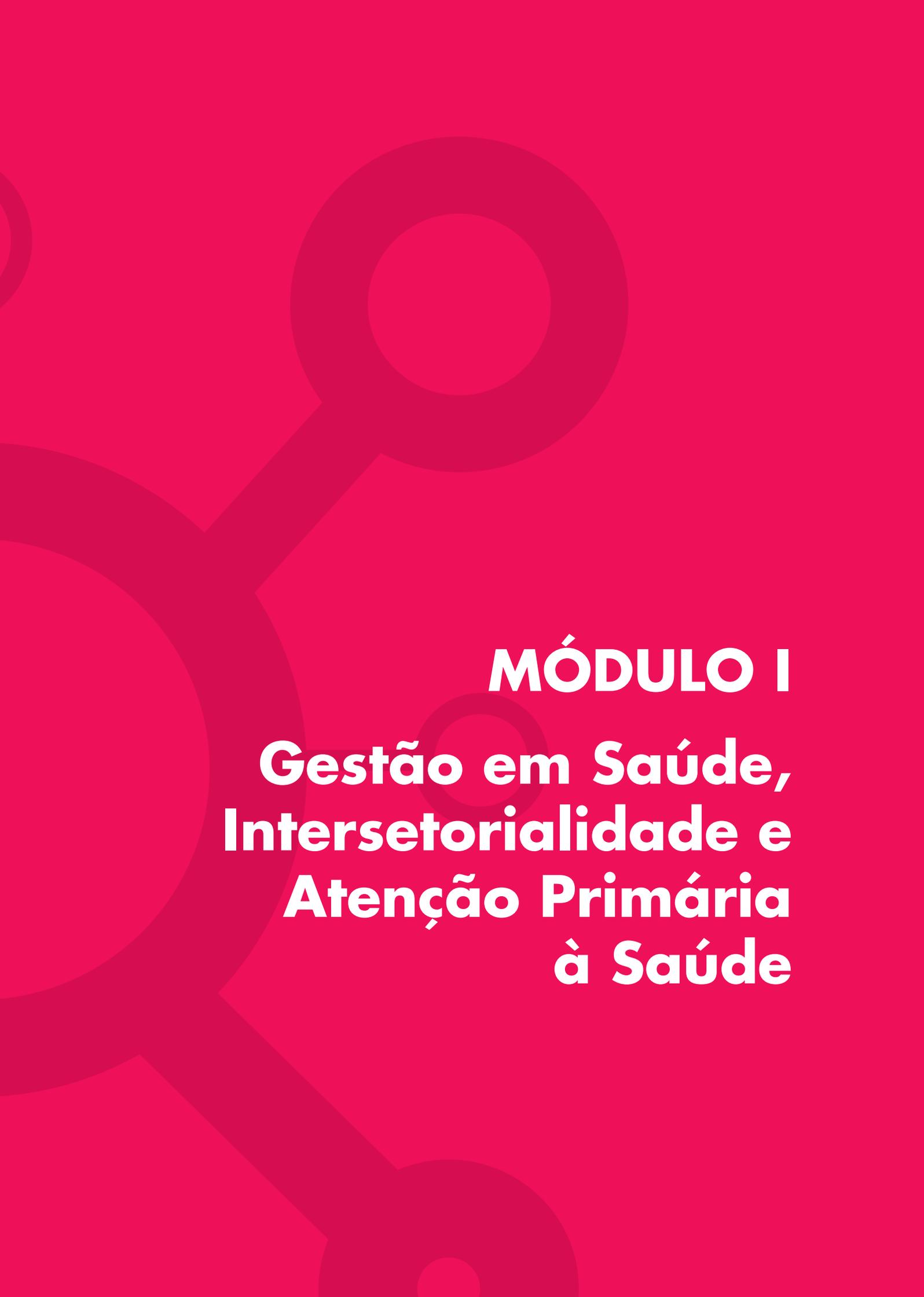
Prof. Dr. Thiago Lavras Trapé

Coordenador Geral do Projeto Zikalab

SUMÁRIO

FICHA TÉCNICA	04	Epidemiologia, clínica e prevenção ao vírus Zika	43
APRESENTAÇÃO	05	Dados Epidemiológicos	49
MÓDULO I - Gestão em Saúde, Intersetorialidade e Atenção Primária à Saúde	09	Aspectos Clínicos	52
Princípios e diretrizes do SUS	11	Outras arboviroses	54
Rede de atenção à saúde	19	Abordagem inicial do paciente com suspeita de arbovirose e manejo clínico	57
Linha de cuidado	23	Estratégias de controle do vetor e proteção individual	58
Política nacional de humanização	25	Atenção à saúde da mulher no contexto atual do vírus Zika	59
Gestão Participativa	27	MÓDULO III - Diagnóstico e vigilância epidemiológica do Recém-nascido (RN) com suspeita de Síndrome Congênita relacionada ao Vírus Zika	67
Clínica ampliada	31	Diagnóstico do recém-nascido (RN) com suspeita de Síndrome Congênita relacionada ao Vírus Zika	69
Ações intersetoriais	34	Diagnóstico etiológico	74
A Atenção Primária à Saúde e Sua Relevância no Enfrentamento às Arboviroses	36	A criança com Síndrome Congênita do Zika	75
MÓDULO II - Epidemiologia, clínica e prevenção ao Vírus Zika	41		

Vigilância da Síndrome Congênita associada ao vírus Zika	77	Desenvolvimento infantil	111
Sistemas de notificação	82	As diretrizes do Ministério da Saúde para a estimulação precoce	116
MÓDULO IV - Avaliação clínica e seguimento da criança com Síndrome Congênita relacionada ao Vírus Zika	85	A importância da estimulação precoce/ intervenção precoce	117
Avaliação clínica do recém-nascido	87	A participação da família	124
Vigilância do crescimento e desenvolvimento	91	Estimulação das funções	129
Marcos do Desenvolvimento da Criança de 0 a 3 Anos	94	Tecnologias assistivas	132
Atenção à saúde da criança	97	Lei brasileira de inclusão da pessoa com deficiência e o direito à saúde	136
Acompanhamento e monitoramento da criança na atenção primária à saúde	97	MICROCEFALIA E FAMÍLIAS: Desafios e superações - Por: Maria Joana Passos, Fundadora do Movimento Abraço a Microcefalia	145
Equipe multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial	101	ANEXO I - Projeto Redes de inclusão	153
Articulação das ações	101	ANEXO II - Rotinas e contextos naturais	159
MÓDULO V - Estimulação Precoce/ Intervenção Precoce	105	Bibliografia	169
Seguimento da criança com SCZ	107		



MÓDULO I
Gestão em Saúde,
Intersetorialidade e
Atenção Primária
à Saúde





Princípios e Diretrizes do SUS

A partir dos anos 70 presenciamos o aparecimento de vários movimentos sociais que produziram uma articulação de forças contrárias ao regime militar. Eles buscavam construir novos espaços públicos, lugares de resistência e de produção singular baseados em princípios democráticos. A luta por transformações sociais surge a partir de diferentes setores, dentre eles o campo da Saúde Pública com a Reforma Sanitária que, dentro da sua vertente política, tinha uma íntima ligação com a questão da ampliação dos direitos de cidadania e a democracia. O ideário da Reforma Sanitária mostra claramente a aproximação com os princípios do chamado Estado de Bem-Estar-Social (Welfare State) em contraposição à uma visão mais liberal ou neoliberal que defendia e defende a redução do papel do Estado e das Políticas Públicas Sociais na vida da população (Paiva e Teixeira, 2004).

Além do aspecto político a Reforma Sanitária apresenta também propostas teórico-técnicas visando a transformação do modelo de saúde pública. Seus idealizadores propõem mudanças nas concepções de saúde e consequente reorganização da atenção à saúde. Estas propostas podem ser sintetizadas no campo que emerge, denominado Saúde Coletiva. Vários autores sustentam que o termo Saúde Coletiva é uma invenção brasileira tendo como núcleo comum a crítica ao paradigma biomédico e a construção de um sistema de saúde universal. A Saúde Coletiva propõe novas formas de interpretar o

processo saúde-doença com a incorporação de aspectos subjetivos e das Ciências Sociais tendo alguns marcos conceituais importantes tais como: a interdisciplinaridade e o cruzamento entre diferentes saberes e práticas; a ênfase à integralidade, a superação do biologicismo e do modelo clínico hegemônico (centrado no saber e prática médica, na doença, nos procedimentos, no especialismo e na orientação hospitalar); a valorização do social e da subjetividade; a valorização do cuidado e não só da prescrição; o estímulo à participação e ao vínculo entre a população e os profissionais de saúde;

a atenção à saúde organizada a partir da lógica de linhas do cuidado e não da doença; a crítica à medicalização e ao “mercado da cura”; entre outros princípios (Carvalho e Ceccim, 2006).

Este processo vai culminar com eleições diretas e o estabelecimento da Assembleia Nacional Constituinte no final da década de 80. A Constituição de 1988, chamada de constituição cidadã, propõe um sistema de proteção social composto pela Previdência Social, Educação e pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Como pano de fundo neste cenário articulando o conjunto de leis e normas que constituem a base jurídica da política de saúde e do processo de organização do SUS no Brasil temos o artigo 196 da Constituição Federal (1988), que afirma:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (Brasil, 1988)

A Saúde ganha o estatuto de direito social e o SUS passa a ser considerado uma política de Estado.

A organização do SUS tem início com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde em 1990, visando dar uma resposta as necessidades de saúde da população através do desenvolvimento de políti-

cas, programas e serviços de saúde. A proposta tem o objetivo de organizar e operacionalizar a política pública de saúde compreendendo

“um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, incluindo o conjunto das organizações públicas de saúde existentes nos âmbitos municipal, estadual e nacional, e ainda os serviços privados de saúde que o integram funcionalmente para a prestação de serviços aos usuários do sistema, de forma complementar, quando tratados ou conveniados para tal fim.” (Vasconcelos e Pasche, 2006 pag 531).

Sua concepção está baseada em alguns princípios e algumas diretrizes que se articulam e se complementam com objetivo de garantir por um lado o bem estar social e de outro a racionalidade organizativa. Os Princípios e diretrizes estão intimamente relacionados com direitos conquistados historicamente pelo povo brasileiro reafirmando concepções sobre saúde doença, direitos sociais, os valores democráticos, humanista e federalista. (Matta, 2007).

Os Princípios doutrinários representam os valores e concepções que servem de base para o SUS, ou seja, sua base filosófica e ideológica. São eles: a Universalidade, a Integralidade, e a Equidade (Brasil, 1990)

- **Universalidade**

O princípio da Universalidade garante o direito à saúde a toda a população não fazendo qualquer tipo de discriminação. Todos os brasileiros passam a ter garantido o acesso aos serviços de saúde independente de vínculo trabalhista, previdenciário ou contribuição mensal. A universalidade não se resume ao direito à saúde que é garantido constitucionalmente, ela pressupõe além da universalidade às ações e serviços de saúde, a universalidade das condições de vida que possibilitem boas condições de saúde sem qualquer tipo de distinção de raça, sexo, religião, ou qualquer outra forma de discriminação (Vasconcelos e Pasche, 2006; Matta, 2007).

Para se conseguir a universalidade faz-se necessário um trabalho constante de construção no sentido de aumentar a cobertura dos serviços tornando-os mais acessíveis e ao mesmo tempo eliminar as barreiras jurídicas, econômicas, culturais e sociais que dificultam o acesso.

Um dos pontos fundamentais para a garantia da universalidade relaciona-se ao financiamento do Sistema. O Estado precisa dispor de um volume de recursos financeiros para investir na ampliação da infra-estrutura, compra de equipamentos e insumos, contratação e pagamento de pessoal, etc. Ao mesmo tempo é necessário um esforço para melhorar o gerenciamento destes recursos financeiros de modo sejam

utilizados na expansão e qualificação dos serviços públicos de saúde em todo o país. Consta-se que existe um sub-financiamento crônico do sistema que dificulta a universalização. (Soares e Santos, 2014)

Na questão sócio-cultural constata-se grandes dificuldades de comunicação entre profissionais dos serviços e usuários relacionadas a baixa escolaridade da população. Esta situação dificulta o entendimento e adesão dos usuários as propostas de prevenção e tratamento. Além do investimento na melhora do grau de escolaridade da população, faz-se necessário o desenvolvimento de tecnologias de educação e comunicação por parte dos profissionais de modo a transpor estas barreiras de comunicação. (Vasconcelos e Pasche, 2006; Matta, 2007).

- **Integralidade**

O princípio da Integralidade visa garantir que o processo saúde-doença seja pensado de maneira singular e complexa, isto é, cada sujeito é considerado um todo indivisível e integrante de uma comunidade. A atenção à saúde deve ser oferecida em suas várias dimensões como a promoção, a prevenção, a assistência e a reabilitação tanto do sujeito como do social. Neste princípio está presente também a preocupação com o indivíduo integral levando em conta aspectos biológicos, psíquicos e sociais do processo de adoecimento.

O princípio da Integralidade recusa o reducionismo biomédico apresentando elementos que proporcionam outra compreensão na determinação da saúde e da doença. Envolve o sujeito como um todo, suas relações sociais e o meio ambiente. Neste sentido os serviços de saúde devem se organizar para responder de maneira diversificada a diversidade de necessidades das pessoas e grupos sociais. Neste processo há necessidade de extrapolar o setor saúde propondo ações intersetoriais. (Vasconcelos e Pasche, 2006; Matta, 2007).

- Equidade

O princípio da Equidade tem relação direta com os conceitos de igualdade e justiça. Sua principal função é combater o problema das iniquidades sociais e econômicas presentes historicamente na sociedade brasileira.

Baseia-se na garantia de acesso e na oferta de ações e serviços de todos os níveis para todos os cidadãos conforme suas necessidades, priorizando os indivíduos e populações mais vulneráveis. A lógica é oferecer mais para quem mais precisa reconhecendo as diferenças nas condições de vida e nas necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender a diversidade. Em última instância tenta-se alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência superando as injustiças. Desta forma, há necessidade de realizar

esforços para a formulação e implementação de políticas específicas para o atendimento de populações com riscos diferenciados em função de características biológicas, econômicas, políticas e sociais como é o caso da população indígena, população negra, população LGBTT, dentre outras.

As diretrizes relacionam-se com as estratégias e os meios de organização do sistema para atingir os objetivos do SUS. As diretrizes organizativas são: A Descentralização, a Regionalização, a Hierarquização e a Participação da Comunidade (Vasconcelos e Pasche, 2006; Matta, 2007).

- Descentralização

A Descentralização propõe uma redistribuição das responsabilidades na gestão do sistema entre os vários níveis de governo através da transferência do poder de decisão sobre a política de saúde do nível federal (Ministério da Saúde) para os estados (Secretarias Estaduais de Saúde) e municípios (Secretarias Municipais de Saúde). A descentralização é político, administrativa e financeira e para que isto ocorra é necessário uma redefinição das funções e responsabilidades juntamente com a transferência de recursos financeiros, humanos e materiais para o controle das diversas instâncias governamentais.

Neste processo, houve uma clara eleição do nível municipal como base do sistema na medida que as definições

normativas indicaram que a prestação direta da maioria dos serviços seria de responsabilidade dos municípios. Este processo é chamado municipalização da saúde, sendo que os municípios possuem autonomia para organização do SUS em seu território, respeitando as competências complementares dos demais níveis de governo. Desta forma, O SUS se organiza através deste processo de integração interfederativa necessitando de processos de pactuação bastante complexos entre os gestores de cada nível. É importante destacar que a proposta de descentralização é coerente com a concepção de um Estado Federativo e obedece aos princípios constitucionais que devem ser assegurados e exercidos em cada esfera de governo. (Vasconcelos e Pasche, 2006; Matta, 2007).

Foram construídas instâncias de representação, monitoramento e pactuação político administrativa envolvendo as três esferas de governo no sentido de organizar este processo. Estas instâncias são:

- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems);
- Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass);
- Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que estabelece pactos entre os municípios com a coordenação da gestão estadual;
- Comissão Intergestores Tripartite

(CIT) que estabelece pactos entre representantes do Ministério da Saúde, do Conass e do Conasems. (Brasil, 1990)

O processo de formalização da gestão descentralizada está consolidado com a adesão de praticamente todos os municípios no entanto, o papel do governo federal ainda continua forte na indução de políticas e organização do modelo de atenção. Os Estados tem assumido um papel bastante burocrático.

- Regionalização

A Regionalização dos serviços relaciona-se com a delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde levando em conta a divisão político administrativa do país mas contemplando também a delimitação de espaços territoriais específicos para a organização das ações de saúde. Tem como objetivo a distribuição de forma mais racional e equânime os recursos assistenciais com base na distribuição da população levando em conta a integração das redes assistenciais garantindo uma atenção de qualidade e promovendo a economia de escala.

A Regionalização vai propor uma organização baseada no conceito de território que será determinado a partir de um conjunto de características geográficas, perfis populacionais, indicadores epidemiológicos, condições de vida e suporte social. As ações e a rede de serviços serão construídas a partir das necessidades de saúde da

população deste território. Esta forma de organização procura aproximar a gestão municipal da realidade local e tem como princípio que quanto mais perto da população, maior será a capacidade de identificação das necessidades de saúde e melhor será o acesso e a prestação de serviços para a população de determinado território. (Vasconcelos e Pasche, 2006; Matta, 2007).

- Hierarquização

A Hierarquização propõe a organização dos serviços de saúde segundo o grau de complexidade tecnológica crescente dentro de um território delimitado e definição da população que será atendida. O objetivo é construir uma rede que articula e estabelece fluxos assistenciais entre os serviços de modo a oferecer todas as modalidades de atendimento. O acesso dos usuários à rede de saúde deve ocorrer pelo nível primário de atenção (Atenção Primária à Saúde) que contará com profissionais generalistas estando capacitado para atender e resolver os principais problemas de saúde da população. Problemas mais complexos devem ser referenciados para os outros níveis do sistema que serão compostos por serviços mais especializados. Esta organização da rede de saúde de forma regionalizada e hierarquizada permite um mapeamento dos principais problemas de saúde da população da área delimitada e favorece o planejamento

e ações de vigilância epidemiológica e sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

Já existem estudos críticos aos modelos muito hierarquizados onde a ideia de organização piramidal é substituída por modelos mais flexíveis substituindo a hierarquia vertical da rede por relações mais horizontais com várias portas de entrada e fluxos reversos entre os diversos serviços. (Vasconcelos e Pasche, 2006; Matta, 2007).

- Participação da Comunidade

A Participação da Comunidade é a garantia constitucional de que a população participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução em todos os níveis de governo. Esta diretriz está ligada as origens do movimento sanitário que lutava pela abertura democrática e por um projeto de sociedade mais justa e participativa.

A Participação da Comunidade acontecerá nos diferentes momentos do processo: na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e no controle social sobre a execução, inclusive em suas dimensões financeiras e administrativas.

Ela será viabilizada através de suas entidades representativas que foram formalizadas como instâncias colegia-

das de participação popular em cada esfera de governo. São elas:

- Conselhos de Saúde - Estão presentes nos três níveis de governo representados pelo Conselho Nacional de Saúde, Conselho Estadual de Saúde e Conselho Municipal de Saúde. São instâncias representativas que estão organizadas de forma paritária sendo que na sua composição está previsto que metade das vagas é destinada a representantes de usuários e o restante de representantes da gestão, trabalhadores da saúde e prestadores privados. Os participantes dos conselhos são eleitos pelos seus pares para cumprir um mandato. Os Conselhos de Saúde se reúnem periodicamente, em caráter permanente e deliberativo e suas decisões devem ser homologadas pelo gestor do SUS em cada esfera de governo.

- Conferências de Saúde: são espaços de discussão e reflexão que tem como objetivo avaliar a situação de saúde em sua área de competência e propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde. Elas ocorrem nos diversos níveis de governo: Conferências Municipais de Saúde, Conferências Estaduais de Saúde e Conferência Nacional de Saúde. São eleitos representantes dos diversos segmentos sociais para a participação nas Conferências. A periodicidade de ocorrência é de 4 anos no entanto podem ser convocadas pelo poder Executivo ou extraordinariamente pelos próprios Conselhos de Saúde.

A existência de espaços de participação instituídos formalmente dentro da proposta do SUS é um grande indutor da participação da sociedade nos problemas sociais e de saúde. A ocupação destes espaços pela comunidade tem potência para a transformação social e contribui para a consolidação da democracia no país. (Vasconcelos e Pasche, 2006; Matta, 2007).

Nos últimos 30 anos, o processo de construção do SUS propiciou inegáveis avanços e conquistas na área da saúde para a sociedade brasileira. Ele incorporou um grande contingente de pessoas que estavam excluídas e sem qualquer assistência de saúde, possibilitou a oferta de um volume extraordinário de ações e procedimentos de saúde e contratou um imenso número de serviços e profissionais envolvidos em todo o território nacional para a Atenção à Saúde da população. No entanto, identificam-se diversas dificuldades e a necessidade de superar questões de caráter estrutural. São fragilidades perceptíveis no SUS: seu crônico subfinanciamento; fragilidades relacionadas ao seu modelo de gestão tripartite, que ainda se mostra insuficiente para apoiar a constituição de um sistema único num país com grande diversidade regional, necessidade de superar a má distribuição de equipamentos e profissionais; fragilidades relacionadas a seu modelo de atenção onde a fragmentação de ações e serviços de saúde comprometem a qualidade do cuidado ofertado além de propiciarem o desperdício recursos.





Rede de Atenção à Saúde (RAS)

A organização dos sistemas nacionais de saúde começou a ser esboçada e construída no início do século XX em alguns países da Europa e da América. O relatório Dawson é considerado um marco nesta construção na medida que recomendava a construção de sistemas públicos de saúde tendo a Atenção Primária a Saúde como porta de entrada e diretrizes como universalidade de acesso, equidade e integralidade na atenção. Estes sistemas desenvolveram-se e organizaram-se de forma hierarquizada, separados por níveis de atenção refletindo diferentes graus de densidade tecnológica incorporadas aos procedimentos desenvolvidos em cada nível. Esta organização sistêmica favoreceu a fragmentação e não conseguiu garantir a necessária continuidade do cuidado (Dawson, 1920; Kuschnir e Chorny, 2010).

A segunda metade do século XX teve como um dos seus eventos principais, no tocante à saúde, a chamada “Transição Epidemiológica” apresentando como uma de suas consequências, um aumento significativo na prevalência e incidência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Este aumento, associado à maior expectativa de vida, tem colocado a prova os sistemas de saúde de todo o mundo. O novo perfil epidemiológico obriga aos sistemas de saúde a inverter o modelo centrado na atenção dos casos agudos, com ações isoladas e pontuais, buscando a articulação entre os diversos pontos de atenção de uma rede, com centralidade no paciente e cuidado longitudinal,

tarefa que se mostra cada vez mais complexa. A cronificação dos casos, o aumento de pacientes pluripatológicos e a diversidade de ofertas criadas desde a rede ambulatorial até os serviços domiciliares e a alta complexidade hospitalar, impõem maior dificuldade em implantar um sistema integrado que tenha o usuário como centro e a atenção primária como organizadora e coordenadora da assistencial. (Mendes, 2011)

Constata-se que o Brasil enfrenta estas mesmas transformações seja no perfil demográfico que aponta para o envelhecimento da população mas também pelo significativo aumento das

condições crônicas em seu perfil de morbimortalidade. As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem as de maior magnitude no Brasil, correspondendo a 72% das causas de morte. As taxas de mortalidade por diabetes e câncer aumentaram na última década e atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas, com maior expressividade naqueles grupos vulneráveis, os idosos e os de baixa escolaridade e renda. No perfil de morbimortalidade dos brasileiros, as condições crônicas coexistem com doenças infectocontagiosas e também com um aumento expressivo da morbimortalidade por causas externas, caracterizando um quadro epidemiológico bastante complexo cujo enfrentamento exige profundas mudanças no SUS (Brasil, 2011).

A estrutura atual do SUS não está preparada para o manejo clínico das condições presentes nesse quadro de necessidades de nossa população, na medida que se apresenta como um sistema fragmentado, que dificulta o acesso, gera descontinuidade assistencial e compromete a integralidade da atenção ofertada. O grande desafio que se coloca está ligado a construção de um sistema mais integrado que, numa dimensão macro e respeitando a autonomia de gestão de cada município, consiga articular suas práticas em âmbito regional, na perspectiva de estruturação de Redes Atenção à Saúde que favoreçam o acesso com continuidade assistencial, integralidade da atenção e utilização racional dos re-

ursos existentes (OPAS/OMS, 2007).

Na perspectiva de integrar o sistema, a exemplo do que vem ocorrendo em vários países do mundo, a maioria dos países da América Latina incluindo o Brasil, desenvolveram o modelo/conceito de Redes de Atenção Integradas baseados na Atenção Primária à Saúde como sua principal estratégia.

O Ministério da Saúde tem buscado racionalizar, organizar e superar a fragmentação da atenção e da gestão no SUS através das Redes de Atenção à Saúde (RAS). A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece as diretrizes para sua organização no âmbito do SUS. A RAS é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Brasil, 2010).

A construção e a modelagem destas redes é uma tarefa bastante complexa pois necessita articular diferentes níveis de atenção, tendo a Atenção Primária como ordenadora da rede, incluindo especialidades e diferentes tipos de serviços. Estas ações envolvem capacidade técnica e vontade política dos gestores, pois exigem a interlocução entre os diferentes níveis de governo induzindo a organização ou reorganização de sistemas locais e regionais e também, a disponibilidade das unidades e equipes de profissionais para um trabalho articulado. A falta de articulação reduz a qualidade da assistência (Silva, 2011).

O modelo de RAS proposto pelo Ministério tem induzido os demais entes federativos no sentido de criar orientações e condições legais para criação das redes. O processo de integração busca superar o histórico processo de fragmentação que está na agenda do SUS desde sua formulação. A qualificação deste processo é antes de tudo multidimensional, ou seja, necessita de análises e reformas do sistema como um todo, inserindo uma nova lógica de trabalho através da criação de mecanismos de integração (Conill e Fausto, 2012; Brasil, 2006).

Assim, percebe-se que o processo de regionalização do sistema proposto desde a criação do SUS, passa a entrar no foco da agenda política da gestão em saúde e produzir normas orientadoras para sistema de saúde. A estruturação de redes de atenção à saúde de caráter regional apresenta-se como uma possibilidade para a integração do Sistema Único de Saúde. Constituem-se objetivos principais da regionalização definidos no Pacto pela Saúde a garantia do acesso, redução das desigualdades sociais e territoriais, a garantia da integralidade, a organização e gestão dos diferentes interesses locais (descentralização) e a racionalização de gastos e otimização de recursos (Brasil, 2006; Lavras, 2011).

O COAP, Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, define e regulamenta aspectos fundamentais para integração do sistema: região de saúde; porta de entrada; protocolos clínicos;

comissões intergestoras; articulação interfederativa; e atrela o financiamento a um modelo integrado e regionalizado de atenção, que busca induzir os pactos interfederativos e por conseguinte integrar o sistema (Brasil, 2006).

Neste processo de integração da “rede” é importante atentarmos tanto para o aspecto da estrutura organizacional como também para a dinâmica dos atores envolvidos. Quando nos propomos avaliar o grau de integração de um sistema devemos considerar não somente a articulação entre as unidades que o compõem, mas também os processos de integração das equipes e das práticas profissionais existentes nestes serviços (Hartz e Contandriopoulos, 2004).

Os mecanismos de integração assistencial no Brasil, quando comparados a sistemas universais de saúde em países como Espanha e Inglaterra, são ainda incipientes, em uma realidade sistêmica de subfinanciamento, atenção primária seletiva e descompasso no processo de descentralização da gestão entre os entes federados. Porém, já é possível notar diversas estratégias, relacionados a programas e serviços, mas ainda focados em municípios ou regiões de saúde. A adoção da Estratégia de Saúde da Família como modelo organizativo na Atenção Primária à Saúde vem apresentando impacto positivo na coordenação assistencial e conseqüentemente uma maior integração entre as equipes e entre serviços (Trapé, Campos e Gama, 2015)





Linha de Cuidado

A Linha de Cuidado é um instrumento de gestão que está em sintonia e complementa a proposta das Redes de Atenção à Saúde (RAS) com objetivo de dar visibilidade, integrar e facilitar a operacionalização de ações de saúde ligadas a determinado campo de saber, determinado período do ciclo de vida ou patologia específica numa determinada região de saúde. Ela propõe a articulação de um conjunto de saberes, tecnologias, recursos e práticas disponíveis visando à coordenação do cuidado ao longo do tempo tendo foco nas necessidades epidemiológicas de maior relevância. É uma proposta sistêmica que visa dar uma resposta global aos problemas no sentido de superar a fragmentação do cuidado (Brasil, 2010).

A Linha de Cuidado vai detalhar e descrever o conjunto de ações e atividades de cada unidade (ponto de atenção) que compõe o sistema, os profissionais que irão desenvolvê-las e os recursos necessários. Por outro lado, a partir de diretrizes clínicas e padronizações técnicas, vai indicar e descrever os diversos itinerários possíveis do usuário no sistema de saúde oferecendo um conjunto de informações relacionadas às atividades de promoção, prevenção, cura e reabilitação (Lavras, 2010; Pessoa, Santos e Torres, 2011)

Em consonância com a proposta de Redes de Atenção à Saúde, a Linha de Cuidado tem início na Atenção Primária que é a responsável pela coordenação

do cuidado e ordenamento da rede. Neste sentido trabalha com a pactuação e contratualização entre os diversos níveis do sistema aumentando a conectividade da Rede de Atenção.

As Linhas de Cuidado são construídas com base em alguns princípios como a abordagem integral do processo saúde – doença, ênfase nas ações educativas e no auto - cuidado, atuação multiprofissional e interdisciplinar, estímulo à formulação do Projeto Terapêutico Singular com monitoramento regular, estratificação de risco, determinação do fluxo do tratamento de forma flexível e multidirecional, entre outros (Malta e Merhy, 2010).

Elas são um importante instrumento de trabalho tanto na realização da assistência como na gestão. No plano da gestão elas orientam os gestores no planejamento, programação e avaliação do tipo de atendimento que deve ser oferecido, os procedimentos necessários (exames, terapias, etc) na prevenção e detecção precoce de doenças e quais os serviços devem ser oferecidos. Na assistência as linhas de cuidado servem de guia ou roteiro para orientar o profissional de saúde sobre os procedimentos mais efetivos para o controle da doença guardando coerência com o tipo de serviço em que trabalha. A estruturação das diferentes Linhas de Cuidado estimulará a revisão de conceitos e processos de trabalho nos diferentes serviços, contribuindo para transformações nas formas de cuidado.



Política Nacional de Humanização

A discussão a respeito do processo de humanização da saúde remonta às origens da Reforma Sanitária na década de 80. Ela caminha junto com a mudança na concepção de saúde, na medida que a ampliação do conceito de saúde vai incorporar tanto elementos ligados aos determinantes sociais da saúde como os aspectos subjetivos do processo saúde doença (Santos-Filho, 2007).

O movimento da Reforma Psiquiátrica também contribui para o aprofundamento e valorização do processo de humanização na medida em que as práticas violentas e desumanas presentes nos manicômios suscitou uma série de debates e posicionamentos em prol da humanização do setor. Os resultados deste processo no campo da Saúde Mental que de certa forma anteciparam o movimento mais geral da saúde, produziram uma valorização do conceito de Saúde Mental deslocando a ênfase do aspecto puramente biológico, introduzindo a singularidade e a subjetividade no centro das reflexões propiciando uma atenção multidisciplinar. Todas estas questões relativas ao questionamento do paradigma biomédico foram incorporadas ao Campo da Saúde Coletiva. (Reis, Marazina e Gallo, 2004)

Em 2003, é lançada a Política Nacional de Humanização (PNH) que tem como

objetivo geral colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde contribuindo para a reflexão e mudança nas formas de gestão e cuidado, assegurando a integralidade e promovendo estratégias para ampliar a condição de direitos e de cidadania das pessoas. A PNH propõe avanços nas ações interdisciplinares e transdisciplinares e estímulos na comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários visando a construção de processos coletivos de questionamento das relações de poder estabelecidas. Propõe também um novo olhar para o esforço dos sujeitos na produção da saúde valorizando a autonomia, o protagonismo, a co-responsabilidade e a vinculação entre as diversas instâncias tendo sempre como guia a dimensão da subjetividade e singularidade. (Benevides e Passos, 2005; Santos-Filho, 2007)

A PNH é considerada uma política transversal contendo um conjunto de

princípios e diretrizes que se traduzem em ações que vão impactar as práticas de saúde, os serviços, e as diversas instâncias do sistema de saúde sendo caracterizada como uma construção coletiva. Suas propostas vão no sentido de ultrapassar fronteiras presentes entre os diferentes núcleos de saber/poder dentro do campo da saúde.

Tem como princípios norteadores:

- Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização.
- Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos.
- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade.
- Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS.
- Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos.

(Brasil, 2004)

O processo de implementação da PNH está previsto para ser desenvolvido em vários eixos estratégicos que são: Ins-

tituições do SUS, Gestão do trabalho, Educação Permanente, Informação/ Comunicação, Atenção à Saúde, Financiamento e Gestão da PNH.

A proposta é tentar incluir a PNH nas políticas estaduais e municipais de saúde com aprovação dos gestores e conselhos de saúde. No plano da gestão visa a implementação de instâncias colegiadas e horizontalização das relações, transformando as linhas de poder, valorizando a participação dos atores, o trabalho em equipe, introduzindo a “comunicação lateral” e democratizando os processos decisórios através da co-responsabilização. No campo da formação prevê a inclusão da PNH nos currículos de graduação, pós graduação e extensão da área da saúde possibilitando vínculos com os Pólos de Educação Permanente. No campo da atenção encampa o conceito de clínica ampliada tentando favorecer a acessibilidade e fortalecer a integralidade (Brasil, 2004).



Gestão Participativa

O conceito de Gestão Participativa na área da saúde se insere num debate mais amplo a respeito do conceito de gestão e suas características atuais. A visão tradicional da gestão é muito hierarquizada, disciplinar e na maioria das vezes reduz a autonomia e criatividade do sujeito. É uma racionalidade gerencial que reduz o sujeito do trabalho a um objeto que deve seguir as determinações definidas pela direção ou por especialistas que pensam e planejam afastados do espaço onde se realiza o trabalho. Os resultados da gestão seriam garantidos por diversas instâncias de fiscalização e controle que estabeleceriam a produtividade esperada do trabalho do grupo ou do trabalhador individual. De maneira geral as organizações de saúde tentam se adequar a este modelo tradicional tendo como característica a centralização do poder sendo bastante hierarquizadas de forma que a comunicação ocorra somente entre os pares, dificultando os processos transversais e as trocas interdisciplinares (Campos, 2010)

No entanto, a área da saúde possui algumas características peculiares que dificultam a implementação de uma gestão mais tradicional. É um trabalho complexo que necessita cada vez mais de uma abordagem ampliada que leve em conta as características singulares dos sujeitos e a variabilidade de apresentações do processo saúde-doença. Estas características dificultam sobremaneira que haja alto grau de previsibilidade sendo necessário na maioria das vezes avaliações e decisões que fogem dos protocolos e regras pré-estabelecidas.

Assim, os profissionais de saúde acabam mantendo certa autonomia que dificulta o controle de suas ações pela gestão.

Identifica-se certa tensão entre as propostas de gestão nas organizações de saúde baseadas em procedimentos homogeneizados e controles rígidos e outras propostas de modelos de gestão que preservam certa autonomia dos profissionais. Esta discussão é muito intensa com relação à categoria médica (Campos, 2010).

A Gestão Participativa ganha força na área da saúde a partir da necessidade de refletir a respeito da gestão dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) que tem características democráticas e princípios que incentivam a participação tanto dos profissionais quanto da comunidade. Desta forma, uma gestão no modelo tradicional seria uma contradição e entraria em choque com os princípios do sistema. O SUS tem como um de seus princípios definidos na Constituição Federal a participação social, na perspectiva de democratizar a gestão da saúde. Podemos identificar três níveis nesta discussão sobre a gestão: o nível macro que relaciona-se com a gestão no sistema como um todo, o nível meso que trata da gestão dentro dos diversos serviços de saúde e o nível micro que está relacionado à gestão do processo de trabalho e da clínica isto é, o cuidado em saúde. (Brasil, 2009)

A participação social foi operacionalizada com a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que orienta sobre a formação dos Conselhos de Saúde nos âmbitos nacional, estadual e municipal regulamentando a participação de usuários e trabalhadores como representantes da população dentro do sistema de saúde. Esta mesma lei dispõe sobre as Conferências Nacionais de Saúde que são espaços estratégicos de participação social e as Comissões Intergestores Tripartite (CIT) de âmbito nacional e as Comissões Intergestores Bipartites (CIB) nos municípios e estados constituindo-se como espaços dos

gestores das três esferas de governo na negociação e definição de pactos de assuntos ligados à saúde. (Brasil, 1990)

Além destes espaços institucionais que propõe a participação, procurou-se construir uma nova racionalidade gerencial que valorizasse a autonomia tanto dos trabalhadores como dos usuários e inserisse as propostas ligadas à saúde coletiva dentro das preocupações dos atores do processo levando em conta à ética, a política e os direitos dos usuários.

Neste sentido, o modelo de gestão participativa é centrado no trabalho em equipe, na interdisciplinaridade, na construção coletiva e na criação de espaços coletivos onde serão incentivados a interação com troca de saberes, poderes e afetos entre os profissionais. Alguns conceitos e arranjos institucionais são propostos para favorecer este processo como o conceito de co-gestão, colegiado de gestão, o apoio matricial, equipe de referência, projeto terapêutico singular, etc (Brasil, 2009).

O conceito de co-gestão relaciona-se a inclusão de um número maior de sujeitos nos processos de gestão ampliando a diversidade de ideias e pontos de vista sobre os problemas, aprofundando as análises e as possibilidades de transformação da organização constituindo-se como um espaço de formulação de novos projetos. (Campos e Cunha, 2010)

Os colegiados de gestão são espaços coletivos e democráticos criados dentro do sistema e dos serviços de saúde nos quais existe participação tanto dos gestores como dos trabalhadores visando à criatividade na busca de soluções e o aumento da responsabilidade social dos atores.(Campos e Cunha, 2010)

A gestão participativa e democrática é um valioso instrumento de produção de mudanças nos modos de gestão e nas práticas de saúde, ampliando a implicação dos profissionais e elevando o grau de responsabilização, tornando o atendimento mais efetivo para os usuários e motivador para as equipes dos serviços.





Clínica Ampliada

O conceito de Clínica Ampliada visa resgatar a complexidade presente no contato entre profissional de saúde e o usuário do sistema de saúde, ao mesmo tempo em que propõe a desconstrução de uma concepção de clínica baseada unicamente no modelo biomédico incorporando outros saberes oriundos da Saúde Coletiva, da Psicologia, da Psicanálise, das Ciências Sociais, do Planejamento e Gestão, etc (Campos, 2007).

A clínica tradicional tem seu foco no sintoma e nas doenças, privilegiando os aspectos físicos e biológicos. Opera a partir de regularidades encontradas na pesquisa científica e propõe generalizações a respeito do complexo saúde-doença-intervenção. Foram desenvolvidas metodologias de padronização tais como protocolos, fluxogramas, cadeias de cuidado, sistemas de acreditação que objetivam simplificar e facilitar o exercício da clínica e aumentar o controle e a previsibilidade das intervenções. As propostas terapêuticas dão prioridade às intervenções medicamentosas e cirúrgicas. Identifica-se um processo de fragmentação do trabalho neste modelo clínico relacionado à multiplicação de especialidades e a existência de diversos serviços de apoio diagnósticos e terapêuticos que se comunicariam através de sistemas de referência e contra-referência ficando cada profissional responsável por um momento do tratamento não havendo, na maioria

das vezes, um profissional responsável pela condução do processo fazendo a integração das diversas intervenções. (Campos, 2007)

O conceito de Clínica Ampliada vai questionar este modelo não no sentido de abandoná-lo, mas de apontar suas limitações. O resgate da complexidade propõe a transformação do objeto de intervenção centrado tradicionalmente no doente e na doença, em um sujeito que possui corpo e mente, crenças, medos, desejos, que inclui a doença e o sofrimento atual, mas não se resume a ela. É o resultado da interação e tensão de forças internas e forças externas. Possui aspectos subjetivos e inconscientes que contribuirão tanto para o agravamento do problema como para sua resolução dependendo da maneira como serão integrados nas propostas terapêuticas. O objetivo é mudar a postura tradicional que compreende o doente como um objeto inerte que acataria de maneira

acrítica e sem restrições as diretrizes disciplinares e as prescrições dos profissionais de saúde(Cunha, 2005).

Este sujeito possui uma singularidade que tensionará a expectativa de regularidade presente na clínica tradicional. O saber estruturado e os protocolos para a abordagem e tratamento das diversas doenças podem facilitar a ação do profissional de saúde mas, por outro lado, podem dificultar a relação e a adesão do sujeito as propostas de tratamento. Assim, há necessidade de criação de uma metodologia de trabalho que possa conjugar a padronização de condutas diagnósticas e terapêuticas com a variabilidade de situações apresentadas pela clínica cotidiana.

A ampliação da clínica compreende também a análise de fatores de risco e proteção, a análise da vulnerabilidade incorporando o território do sujeito, sua situação socioeconômica, seu grau de escolaridade e outros aspectos ligados aos determinantes sociais da saúde. Desta maneira, compreende-se que o sujeito possui a dimensão individual e coletiva, isto é, o trabalho clínico deve levar em conta esta complexidade e dar relevância ao aspecto ético e político presente nas intervenções.

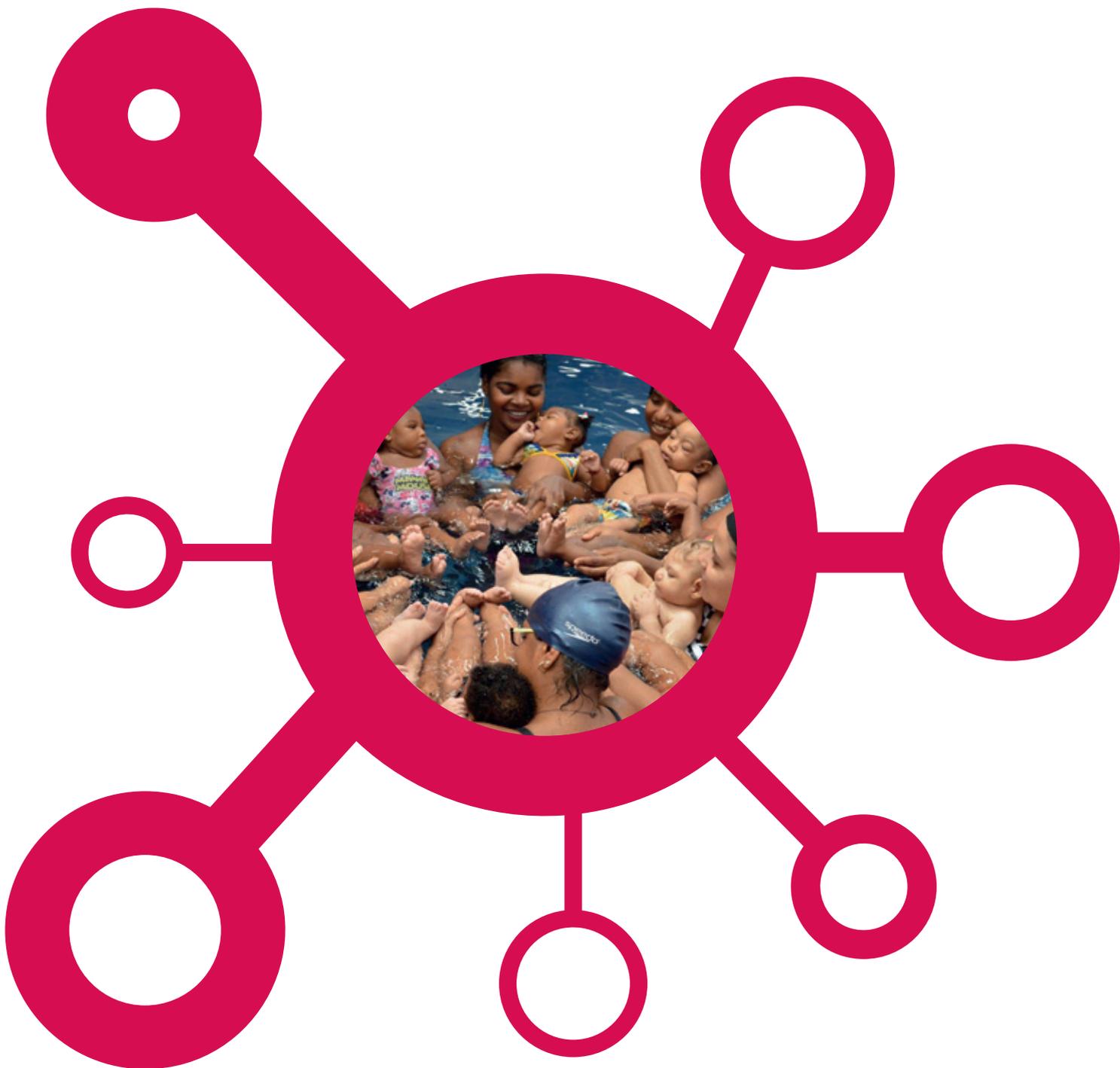
Visa também ampliar a finalidade do trabalho clínico, indo além da produção da saúde, aumentando a capacidade de intervenção do sujeito sobre si mesmo e sobre sua rede social, melhorando seu poder de negociação com relação aos sistemas nos quais está inserido, aprofundando sua compreensão sobre

o processo saúde-doença de modo que ele possa melhorar sua capacidade de autocuidado, contribuindo enfim para a ampliação do seu grau de autonomia.

O profissional de saúde também é questionado no sentido do reconhecimento da existência de determinantes tanto sociais quanto científicos que vão impedi-lo de ter mais liberdade e autonomia dificultando a ampliação da clínica. Neste sentido, o modelo biomédico hegemônico pode capturar o profissional na lógica impedindo a influência de outros saberes. O encontro clínico é sempre um encontro entre dois sujeitos.

Nesta visão a prática clínica não é monopólio dos médicos e outros profissionais de nível superior, ao contrário, reconhece que todos os profissionais podem produzir ações terapêuticas e, portanto fazer clínica. Esta ideia é fundamental para se pensar o trabalho em equipe multidisciplinar e para a discussão de projetos terapêuticos.

Como resultado teremos que as propostas de tratamento irão além da prescrição de medicamentos ocorrendo uma valorização da escuta e da palavra, da educação em saúde e do apoio psicossocial. Em alguns casos haverá necessidade de articulação dos diversos serviços de saúde e equipamentos pertencentes a outros setores no sentido de construção de propostas mais integradas de tratamento. O acolhimento, o vínculo e a responsabilização pelos casos estarão sempre presentes durante todo o processo (Brasil, 2008).





Ações Intersectoriais

Dentro da perspectiva de ampliação da clínica é necessário explicitarmos a tendência do setor saúde de atuar isoladamente e por outro lado as dificuldades que esta tendência traz. Na análise do processo saúde-doença, percebemos que o aparato biomédico tem seu modelo de atenção centrado principalmente no caso individual e mais especificamente nos sintomas apresentados pelo sujeito. Fica evidente que este modelo não consegue modificar os condicionantes e determinantes mais amplos do processo saúde-doença, sendo necessário pensar novas maneiras de produzir saúde levando-se em conta a singularidade, a complexidade e o ambiente sociocultural dos sujeitos.

O conceito de Promoção da Saúde e de Intersetorialidade são fundamentais neste processo de ampliação. A Promoção da Saúde relaciona-se com a maior participação da comunidade na melhoria da qualidade de vida e saúde através de um processo de capacitação e empoderamento. O objetivo é realizar mudanças nos determinantes de saúde relacionados tanto a fatores que estão sob controle do sujeito como condutas e estilos de vida, quanto a fatores externos relacionados ao território e ao meio ambiente. Faz-se necessário identificar os recursos pessoais e sociais que possam contribuir na direção de um conceito positivo de saúde relacionado ao bem-estar global. Assim, podemos entender a promoção da saúde como “resultado de um conjunto de fatores

sociais, econômicos, políticos e culturais, tanto coletivos quanto individuais, que se combinam de forma particular em cada sociedade e em conjunturas específicas, resultando em sociedades mais ou menos saudáveis.” (Pinto et al, 2012)

Dentro desta visão, o conceito de Intersetorialidade merece destaque na medida que propõe novas formas de construir políticas públicas reunindo vários setores e vários saberes ampliando o olhar sobre o objeto saúde proporcionando novas respostas aos problemas de saúde.

A intersetorialidade pode ser compreendida como a capacidade de estabelecer relações e parcerias entre o setor saúde

de e os demais setores da sociedade como educação, esporte, habitação, empresas privadas, organizações não-governamentais (ONGs), fundações, entidades religiosas, as três esferas de governo, organizações comunitárias, dentre outros, com o objetivo de alcançar resultados de saúde de uma maneira mais eficiente e efetiva ou sustentável do que poderia alcançar se o setor saúde trabalhasse isolado.

No atual contexto brasileiro onde a maioria dos usuários do SUS vivem em locais que tem carências básicas, o setor saúde, que trabalha com a porta aberta, acaba recebendo demandas que extrapolam sua possibilidade de ação. A articulação com outros setores faz-se necessária no sentido de oferecer um atendimento integral tendo como objetivo a transformação dos indicadores sociais e melhoria da qualidade de vida.

Para que a proposta da intersetorialidade avance faz-se necessário mudanças nos métodos de formação dos profissionais da saúde e das outras áreas, bem como mudanças na própria organização do serviços de saúde e em outros setores da sociedade. A organização da atenção e do cuidado deve propor intervenções em saúde ampliadas tendo como referência os problemas identificados, as necessidades e os determinantes e condicionantes de saúde. Para atingir os objetivos é necessário que sejam desenvolvidos mecanismos de mobilização e participação da comu-

nidade e dos movimentos sociais mais articulados num processo de construção de parcerias (Brasil, 2009).



A Atenção Primária à Saúde e Sua Relevância no Enfrentamento às Arboviroses

As doenças reconhecidas dentro do grupo das Arboviroses Dengue, Zika e Chikungunya têm apresentado aumento de incidência nos últimos anos e, notadamente com maior impacto na morbimortalidade, são motivos de constante preocupação de gestores, profissionais da saúde e da comunidade científica. De acordo com dados do boletim epidemiológico “Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika” da Secretaria de Vigilância em Saúde – (Ministério da Saúde, v. 49, n. 18, 2018), em 2016 foram registrados 216.207 casos prováveis de doença aguda pelo vírus Zika, em 2017 17.594 e em 2018, até a semana 14 eram 2.234 casos, sendo 677 (30,3%) casos confirmados (taxa de incidência de 1,1 caso/100 mil hab.) As regiões com maiores taxas de incidência são as regiões Centro-Oeste e Norte, com taxas de incidência de 4,5 casos/100 mil hab. e 1,9 caso/100 mil hab., respectivamente. Na maioria dos cenários epidemiológicos nacionais os dois principais diagnósticos diferenciais da doença aguda pelo vírus Zika serão a Dengue e Chikungunya. Ambas são doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*, e com quadros clínicos iniciais que podem se confundir. A infecção pelo vírus da dengue pode ser assintomática ou sintomática. Em todos os níveis de atenção à saúde, a definição de protocolos assistenciais bem como a estruturação de decisões baseadas nas melhores evidências que promovam acesso e qualidade estão em dinâmica revisão e serão debatidos nos capítulos posteriores.

Pensar a Rede de Atenção à Saúde (RAS) para o enfrentamento é vital para um país continental como o Brasil e outras nações que estejam vulneráveis às Arboviroses, sendo portanto imprescindível entender o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora deste cuidado. O Relatório Mundial de Saúde da Organização Mundial da Saúde de 2008 (OMS, 2008) já destaca o papel chave que a APS tem em qualquer sistema de saúde, sendo os que são FORTEMENTE ORDENADOS pela APS são mais efetivos, eficientes, equitativos e de maior e melhor qualidade (STARFIELD, 2005; MACINKO, 2003; OPAS, 2007; OMS, 2008)

Os referenciais teóricos e modelos explicativos das necessidades de saúde e dos determinantes sociais da saúde (DSS) corroboram para dar relevo à atuação das equipes de Atenção básica e da Estratégia de Saúde da Família em todo o país, principalmente neste enfrentamento às arboviroses. Não se fala aqui apenas do atendimento aos casos suspeitos e confirmados, mas à integralidade do cuidado enquanto ação em todos os níveis de prevenção, da primária à quaternária, como poderemos ver e refletir mais à frente.

A APS não é apenas um nível de atenção, mas também um modelo de gestão no processo saúde-doença-cuidado. A partir de seus atributos essenciais (Acesso ou Primeiro Contato, Coordenação, Integralidade e Continuidade) e derivados (Orientação Familiar, Orientação

Comunitária e Competência Cultural), pode-se fazer uma análise de seu escopo neste cuidado às arboviroses.

O **Acesso ou Primeiro Contato** implica tanto a acessibilidade, quanto o uso dos serviços pelos pacientes para cada problema novo ou para cada novo episódio do problema já existente, representa também a forma como o usuário percebe e utiliza o serviço. Notadamente quando se fala de unidades básicas de saúde, que herdaram uma história de programas verticalizados e prioritariamente com agenda voltada “aos programas hipertensos e diabéticos, pré natal e puericultura”, deixando muitas vezes a demanda espontânea a um estrangulamento e um “nó” que pode simplesmente comprometer o cuidado a estas doenças agudas e também com dificuldade em lidar com epidemias. Certamente que há necessidade de recursos, dispositivos e insumos mínimos para se lidar com qualquer aumento de atendimentos ou intervenções por parte da equipe, mas a valorização dos casos novos que estão no referencial de ACESSO proposto por Starfield (2002) deve contribuir para lidar com uma APS atenta “às necessidades”. O Acesso Avançado é uma das estratégias que tem dado às equipes condições estruturantes pelo menos na construção da agenda e do processo de trabalho de seus profissionais que podem garantir um acesso facilitado aos agravos relacionados na evolução natural das Arboviroses (BRASIL, 2014). Vale ainda ressaltar a acessibilidade em áreas rurais ou de populações das

águas e florestas, onde há a incidência de Arboviroses e a APS muitas vezes é a única porta de entrada.

Quando se fala de **INTEGRALIDADE** do cuidado, discutindo especificamente a atenção à Zika, Dengue e Chikungunya, faço relevância do entendimento do indivíduo, "indivisível", singular e sistemicamente envolvido em uma família e em sua comunidade, com acesso aos 3 níveis de atenção.

Mas indo além, propõe-se a incorporação de todos os níveis de prevenção para a pessoa-em-cuidado. A abordagem centrada na pessoa e seu Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) (STEWART, 2001) traz em um de seus 4 componentes essa tarefa de abordar sempre desde a promoção à saúde (**prevenção primária**), que no caso tem relação com as medidas preventivas quanto a criadouros e controle do vetor, uso de repelentes, educação em saúde quanto aos sinais de alerta e casos suspeitos, identificação das condições de saneamento e esgoto associadas à maior vulnerabilidade (incluindo a atenção aos resíduos líquidos e sólidos). Destaca-se também o planejamento familiar e a anticoncepção que passou a ter forte impacto na natalidade em 2016 devido à associação entre complicações neurológicas em fetos decorrente da infecção do vírus Zika em gestantes. Na **prevenção secundária**, a detecção precoce dos casos tanto em nível individual quanto coletivo, assim como dos casos complicados e

graves como na Dengue Hemorrágica ou complicações como a Microcefalia relacionada à Zika. Especial ênfase pode ser dada à **prevenção terciária**, relacionada às intervenções visando evitar a complicação dos agravos e da doença.

Na Chikungunya destaca-se a abordagem para evitar a dor crônica das articulações e na Zika, toda uma abordagem de suporte e estímulo às crianças com malformações e suas famílias. Por fim, quando se pensa na **prevenção quaternária** (NORMA e TESSER, 2009) evitando o excesso de intervenções desnecessárias, na abordagem aos pacientes com suspeita de Dengue, a suspensão de anticoagulantes e outras medicações que possam interagir ocasionando agravamento ou maior risco de sangramento dentre os casos confirmados. Interessante lembrarmos dos pacientes que estejam em condições de maior vulnerabilidade individual, como gestantes, idosos e portadores de doenças crônicas que precisarão desta abordagem centrada na pessoa, abrangente e integral.

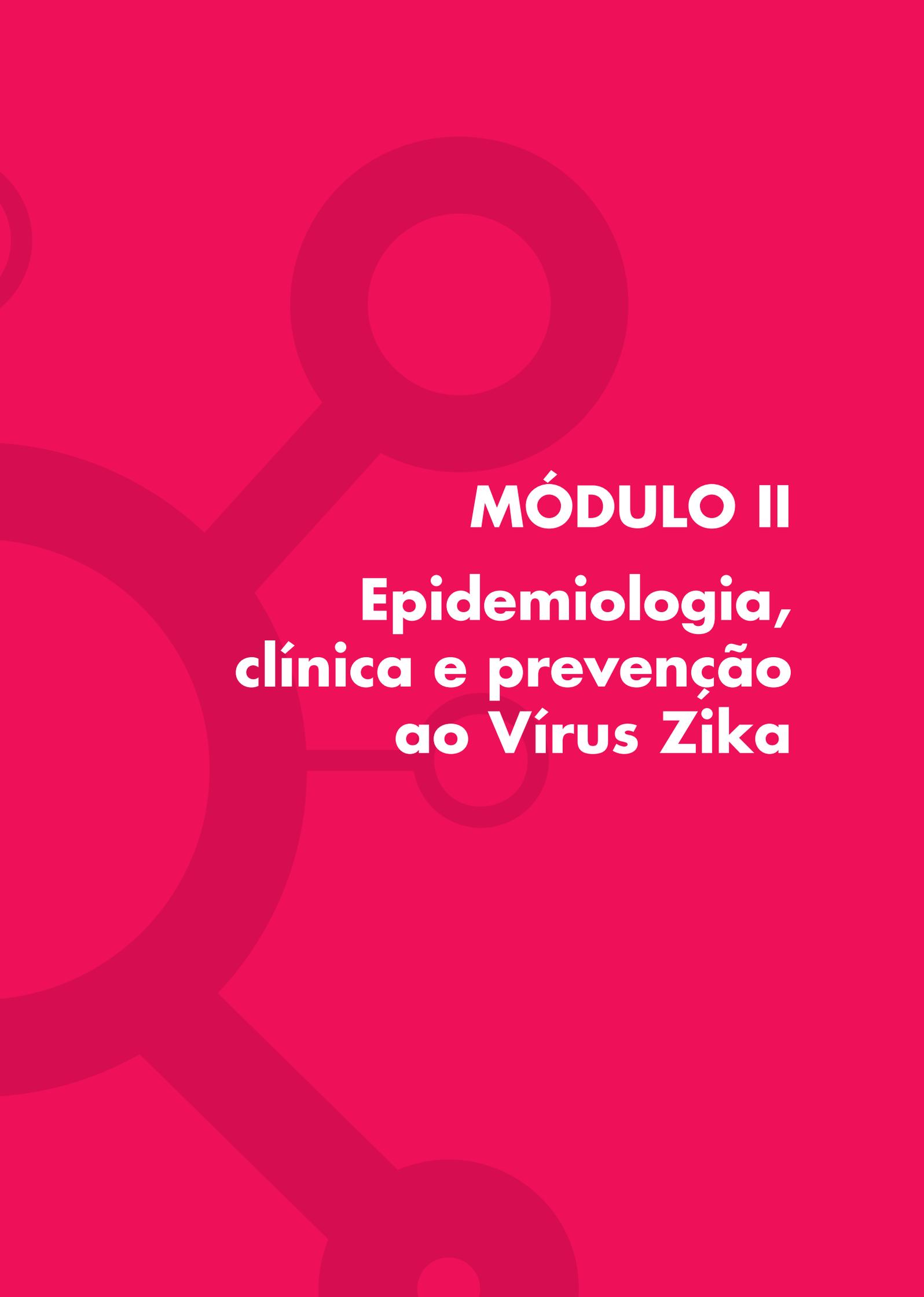
No tocante à **COORDENAÇÃO** do cuidado, é imprescindível retomar a importância de uma rede de atenção, articulada, interprofissional e com acesso aos especialistas focais, com a necessidade de tecnologias de informação para agilizar o acesso aos registros em saúde, resultados de exames que forneça as informações de maneira célere e evitando duplicidade de ações e

gastos e promovendo a integralidade do cuidado. O atributo **CONTINUIDADE** (ou longitudinalidade), tem-se a variável tempo a favor do cuidado, tanto por não se olhar o paciente de maneira pontual, já com uma relação médico-paciente muitas vezes constituída previamente, o que se torna uma ferramenta facilitadora do cuidado. Além da possibilidade de lidar com as complicações pós período de estado e convalescença no âmbito da APS e com uma equipe já com vínculo com esta pessoa e sua família.

Olhando para os atributos derivados, especificamente relacionada ao enfrentamento às Arboviroses, o papel da **Orientação Familiar e Comunitária**, com suas ferramentas de abordagem (Genograma e Ecomapa para citar algumas) se somam ao diagnóstico de saúde da comunidade, levantamento de prioridades e necessidades, visando o envolvimento da própria comunidade e o desenvolvimento de ações intersetoriais que sejam efetivas para o cuidado individual e coletivo. Certamente, situações como epidemias das Arboviroses demandam múltiplos olhares e participação social dos diversos atores envolvidos, com destaque aos conselhos locais de saúde das unidades de APS e outros movimentos sociais e lideranças comunitárias, já que muitas ações sobrepõem os limites que os dispositivos de saúde tem de governabilidade.

A **COMPETÊNCIA CULTURAL** (último atributo derivado) é fundamental na

abordagem às pessoas a partir de seus referenciais, simbolismos, crenças e valores, somando-se ao contexto e recursos disponibilizados, promovendo a adaptação do profissional de saúde e dos serviços de saúde, no intuito de facilitar a relação com as populações culturalmente diversas. O conjunto de tarefas e atributos inerentes à APS evidencia o relevante papel da equipe de APS, dos NASFs e demais recursos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no cumprimento deste enfrentamento às Arboviroses de maneira eficaz, eficiente e efetiva.



MÓDULO II

**Epidemiologia,
clínica e prevenção
ao Vírus Zika**





Epidemiologia, clínica e prevenção ao vírus Zika

O vírus Zika é um arbovírus do gênero Flavivírus (o mesmo gênero do vírus da dengue e da febre amarela). O nome ARBOVÍRUS (do inglês, ARthropod-BORne VIRUS) vem do fato de serem transmitidos por artrópodes, como os mosquitos. O vírus Zika é transmitido principalmente pelo mosquito *Aedes aegypti*. Existem outros arbovírus que não são do mesmo gênero, mas também são transmitidos pelo mesmo mosquito, como o caso do vírus chikungunya, que tem sido transmitido em várias regiões do país desde 2014. Existem arbovírus que são transmitidos por *Culex ssp* (o pernilongo comum) como vírus do Nilo Ocidental (também conhecido como West Nile). Estudos indicam que nem o vírus Zika, nem o vírus da dengue sejam transmitidos pelo pernilongo comum. Muitos arbovírus ocorrem entre os animais selvagens e os humanos geralmente são hospedeiros acidentais. Nas últimas décadas tem sido observado um aumento significativo na incidência das arboviroses e nas áreas com transmissão de arbovírus em todos os continentes. Os fatores que podem estar contribuindo para este fenômeno incluem o aumento do tráfego internacional de pessoas e produtos, desmatamento, invasão de novos habitats, urbanização rápida e desorganizada levando a alta concentração de vertebrados susceptíveis (humanos) e vetores (mosquitos). Também podem contribuir para a emergência dos arbovírus a mudança climática e a seleção de linhagens mais adaptadas aos vetores e/ou hospedeiros.

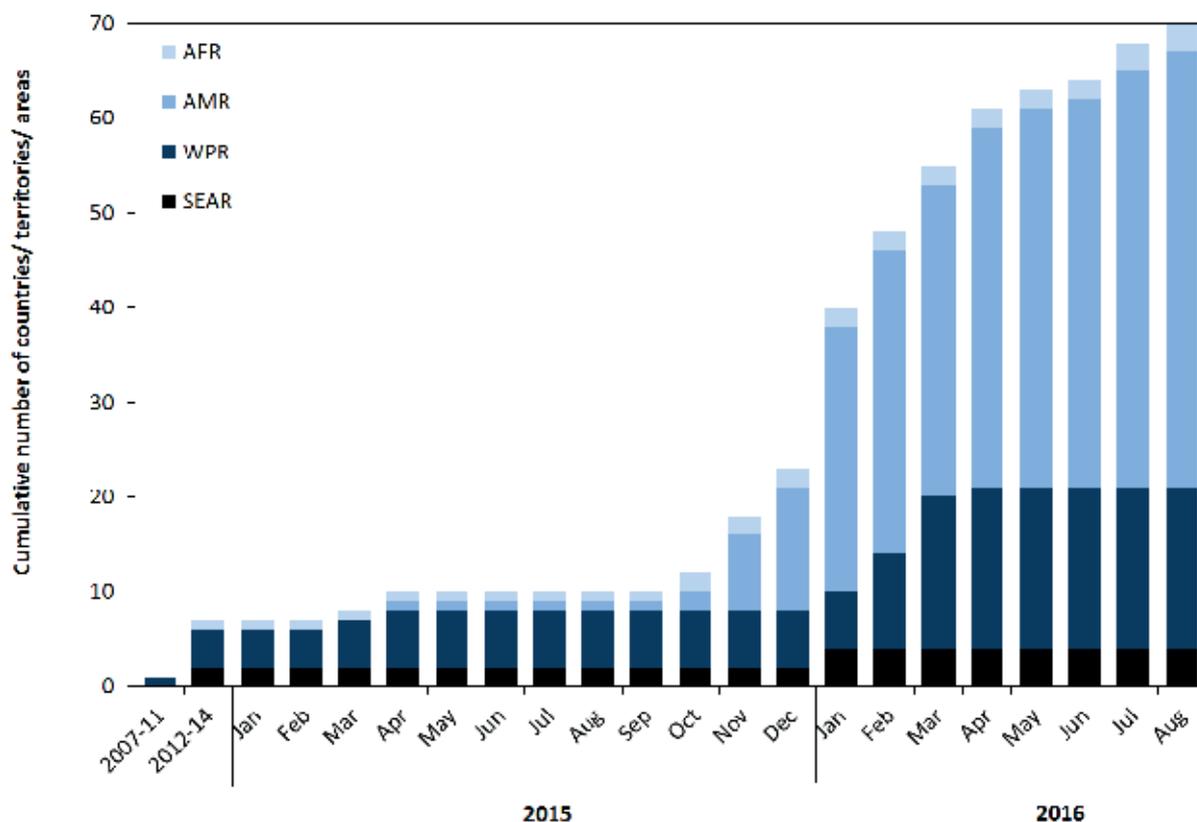
A principal forma de transmissão do vírus Zika é a picada do *Aedes aegypti*. Outra forma importante de transmissão é a sexual, que já foi confirmada de homem para mulher, de mulher para homem e de homem para homem e parece ser mais comum do que se esperava inicialmente. Já foi confirmada eliminação RNA do vírus pelo sêmen por até quase 9 meses após a infecção, entretanto o risco de transmissão sexual parece ser maior nos primeiros trinta dias. Existe ainda a transmissão vertical, que ocorre de mãe para filho durante a gestação ou parto, por transfusão sanguínea e por acidentes de laboratório. Embora tenha sido encontrado vírus no leite materno, urina e saliva, não há nenhum caso de transmissão através destes líquidos. Sendo assim, não há indicação de suspensão de amamentação quando a mãe está com sintomas de Zika. Apesar de ter sido aventada a hipótese de que o *Culex quinquefasciatus* (pernilongo comum) pudesse ser transmissor do vírus Zika, estudos demonstraram que isto não deve ocorrer de fato na natureza.

O vírus Zika foi isolado pela primeira vez em macacos rhesus de cativeiro em 1947, em Uganda, na Floresta Zika, e por isso recebeu esta denominação. Desde 1951 foram diagnosticados casos esporádicos de infecções pelo Zika em humanos com evidências sorológicas e com isolamento viral inicialmente em países da África e, posteriormente, na Ásia e Oceania. Até o ano de 2007 a doença mantinha um padrão de transmissão silvestre, ou

seja, era transmitido por mosquitos entre macacos nas matas e eventualmente ocorriam casos humanos. Até aquele ano, menos de 20 casos humanos eram conhecidos e nunca havia ocorrido transmissão fora das florestas, na ausência de macacos. Em 2007, na ilha de Yap, uma ilha no Oceano Pacífico pertencente aos Estados Federados da Micronésia, ocorreu o primeiro surto em áreas em que não houve macacos como fonte de transmissão. Mesmo sendo uma ilha pequena, com cerca de 7.000 habitantes, o que chamou a atenção foi a mudança no padrão de transmissão e a grande proporção de pessoas infectadas, estimadas em cerca de 73% através de um inquérito sorológico realizado logo após o surto. Nesta ocasião não houve nenhum caso grave identificado.

Em outubro de 2013, iniciou-se um surto na Polinésia Francesa, que levou 11% da população de cerca de 280.000 habitantes a procurar o serviço de saúde. Nesta ocasião foram descritos os primeiros casos de complicações neurológicas associadas à infecção pelo vírus Zika, dentre elas encefalite, meningoencefalite, parestesia, paralisia facial, mielite e síndrome de Guillain-Barré; nenhum dos casos foi a óbito. Desde então o vírus se difundiu para várias ilhas do Oceano Pacífico até ser identificado no Brasil e vários outros países das Américas. As figuras 1 e 2 mostram a rápida ampliação da área de transmissão do vírus Zika pelo mundo nos últimos anos.

Figura 2: Números de países em que houve transmissão confirmada do vírus Zika por região da Organização Mundial de Saúde (AFR, África; AMR, Américas, WPR; Região do Pacífico Oeste e SEAR, Região Sudeste da Ásia)



Extraído de: WHO, Situation Report - Zika Virus Microcephaly Guillain-Barré Syndrome, 25 August 2016

No Brasil, os primeiros casos de transmissão autóctone foram confirmados em abril de 2015, pela Universidade Federal da Bahia. Foram encaminhados àquela universidade 25 amostras de sangue vindas da região de Camaçari (BA), coletadas de pacientes com rash cutâneo pruriginoso associado a conjuntivite e artralgia, com resolução espontânea em até sete dias. As amostras foram submetidas a RT-PCR para pesquisa de vírus Zika, com resultados positivos em 8 delas. Em maio de 2015, a FIOCRUZ (PR), identificou positividade

em 8 de 21 amostras de sangue oriundas de Natal (RN), submetidas a RT-PCR para Zika vírus. Na mesma época, foi identificado um caso positivo na cidade de Sumaré-SP. Deste modo, a partir de abril de 2015, o Brasil evidenciava cientificamente a presença do vírus Zika em seu território.

Em outubro de 2015, o Ministério da Saúde recebeu as primeiras notificações de 26 casos de microcefalia da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, tendo notificado a Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre o aumento

da incidência desta condição no mesmo mês. Análise de dados do SINASC do ano de 2010, demonstrou uma incidência de microcefalia no Brasil, de 5,7 casos/100.000 nascidos vivos. Em novembro de 2015, a incidência aumentou para 99,7/100.000 nascidos vivos, decorrente do aumento de notificações dos casos da região nordeste do país. Neste momento, o Ministério da Saúde declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN).

Em 28/11/2015, o Ministério da Saúde estabeleceu pela primeira vez, a possibilidade da relação entre o aumento do número de casos de crianças nascidas com microcefalia e a infecção congênita pelo vírus Zika. Isto ocorreu após a detecção de Zika vírus no sangue e amostras de tecido de órgãos de um bebê nascido com microcefalia no Pará. O bebê foi a óbito após 5 minutos de vida, possibilitando a coleta de tecidos de vários órgãos para análise. A confirmação foi realizada pelo Instituto Evandro Chagas (laboratório referência de arboviroses). Outras evidências colaboravam com esta associação: presença de RNA do vírus identificado no líquido amniótico de duas gestantes com fetos com microcefalia diagnosticada no US durante o pré-natal; associação entre a data de gestação destas crianças e ao aumento do número de casos de Zika vírus no território brasileiro; identificação do vírus em natimortos com malformações do SNC; comprovação da capacidade do vírus em atravessar a barreira placentária.

No início de 2016 é convocado um Comitê de Emergência sobre o vírus Zika e aumento de distúrbios neurológicos e malformações neonatais, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional (RSI, 2005). Os especialistas concordaram que uma relação causal entre a infecção Zika durante a gravidez e microcefalia é fortemente suspeita, embora ainda não comprovada cientificamente. Todos concordaram também sobre a necessidade urgente de coordenar os esforços internacionais para investigar e entender melhor essa relação. A partir deste parecer é Declarada Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (OMS, 1/02/2016).

Em abril de 2016, o CDC (Centers for Disease Control and Prevention – EUA), reconheceu a relação entre Zika e ocorrência de microcefalia em bebês cujas mães foram infectadas pelo vírus durante a gestação. Este anúncio validou cientificamente as descobertas realizadas pelo Brasil até aquela data. Até maio de 2016, a ocorrência de microcefalia e outras malformações fetais relacionadas ao Zika foram relatadas no Brasil, Polinésia Francesa, Colômbia, Panamá, Martinica entre outros, totalizando 11 países incluindo casos dos Estados Unidos, Eslovênia e Espanha, cujas mães se infectaram na América Latina. Também relacionada à circulação do vírus Zika, 14 países ou territórios relataram aumento na incidência da Síndrome de Guillain-Barré e/ou confirmação laboratorial de

infecção por Zika vírus em pacientes estudados com a síndrome. Outras lesões neurológicas têm sido associadas ao Zika como mielite, meningoencefalite e neuropatias periféricas. Até o momento, as evidências indicam claramente que o vírus Zika está relacionado à ocorrência de microcefalias, mas a presença do vírus durante a gestação não leva inevitavelmente ao desenvolvimento de microcefalia no feto.

Pesquisadores que revisaram a epidemia ocorrida na Polinésia Francesa entre os anos de 2013-2014 e estimaram que o risco de microcefalia por infecção no primeiro trimestre de gestação foi de 0,95%. No entanto, em trabalho realizado no Rio de Janeiro, entre 72 gestantes com infecção pelo vírus Zika, 42 foram submetidas a US fetal, sendo encontrado nesta amostra específica, 29% de anomalias fetais (incluindo retardo de crescimento e alterações do SNC). Apesar das diferenças nos estudos, em relação as amostras, talvez as gestantes que apresentam rash cutâneo associado a PCR positivo, possam apresentar uma viremia mais intensa do que as que apenas apresentam exame laboratorial positivo, sem sintomas associados (FREITAS et al, 2016). Sendo assim, talvez a presença de sintomas durante a infecção aguda por Zika possa ser utilizado como um bom marcador para o risco de desenvolvimento de malformações associadas a infecção congênita por Zika.

Em junho de 2016, durante a Terceira reunião do Comitê de Emergência sobre o vírus Zika, houve concordância com o consenso científico internacional, alcançado desde a última reunião do Comitê, de que o vírus Zika é uma causa de microcefalia e Síndrome de Guillain-Barré, que a infecção pelo vírus Zika e sua síndrome congênita, assim como outros distúrbios neurológicos são motivos para uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (PHEIC). A partir deste momento, a OMS reconheceu não haver mais dúvidas sobre a responsabilidade do vírus Zika na etiologia das malformações congênitas, da síndrome de Guillain-Barré e outras lesões neurológicas.

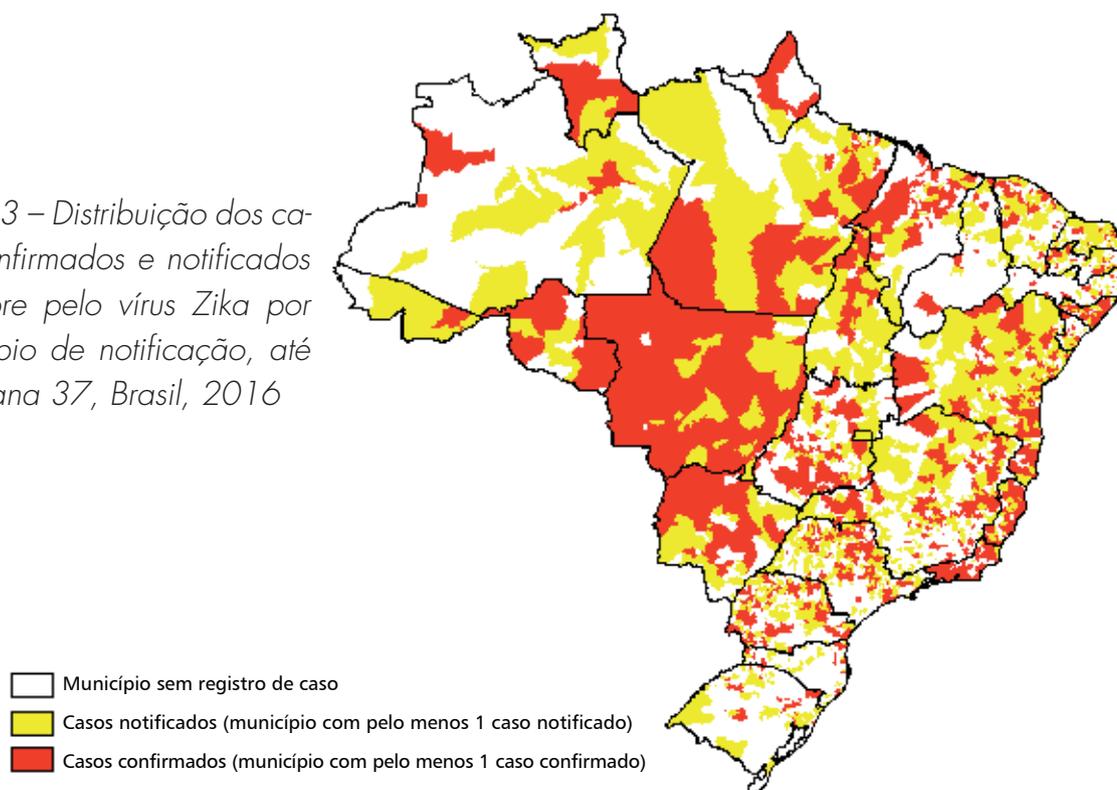
Em janeiro de 2018, foi publicado um estudo do tipo caso-controle realizado no Recife, em que a presença do vírus Zika foi comparada entre crianças com e sem microcefalia nascidas entre janeiro e novembro de 2016, observando-se uma chance 73 vezes maior das crianças com microcefalia terem exames positivos pra o vírus Zika, mesmo após ajustes para exposições a vacinas e larvicidas, demonstrando uma associação inequívoca entre microcefalia e infecção pelo vírus Zika.



Dados Epidemiológicos

Até o ano de 2016 o Zika já havia atingido todos os estados do Brasil (BRASIL, 2016), conforme pode ser observado na figura 3. De acordo com dados do boletim epidemiológico "Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika" da Secretaria de Vigilância em Saúde (Ministério da Saúde, Vol 49 N° 40, out - 2018), em 2016 foram registrados 216.207 casos prováveis de doença aguda pelo vírus Zika, em 2017 17.594 e em 2018, Em 2018, até a SE 36, foram registrados 7.208 casos prováveis de doença pelo vírus Zika no país, com taxa de incidência de 3,5 casos/100 mil hab, destes, 3.079 (42,7%) foram confirmados. A região Sudeste apresentou o maior número absoluto de casos prováveis 2.688 casos, seguida pelas regiões Nordeste com 2.043 casos; Centro-Oeste com 1.592 casos, Norte com 852 casos; e Sul com 33 casos; As regiões com maiores taxas de incidência são as regiões Centro-Oeste e Norte, com taxas de incidência de 4,5 casos/100 mil hab. e 1,9 caso/100 mil hab., respectivamente.

Figura 3 – Distribuição dos casos confirmados e notificados de febre pelo vírus Zika por município de notificação, até a semana 37, Brasil, 2016



Fonte: Sinan-NET (atualizado em 19/09/2016).
Dados sujeitos a alteração.

TABELA 1 - Distribuição das notificações de casos com alterações no crescimento e desenvolvimento possivelmente relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, segundo classificação final, entre as semanas epidemiológicas 45/2015 e 20/2018, por região e Unidade da Federação, Brasil, 2018

Região/Unidade da Federação	Casos suspeitos notificados		Classificação final					
	n	%	Em investigação	Confirmado	Provável	Descartado	Inconclusivo	Excluído/ Inativado ^a
Centro-Oeste	1.170	7,3	225	256	33	461	25	170
Distrito Federal	216	1,3	41	33	4	68	4	66
Goiás	445	2,8	69	113	8	174	15	66
Mato Grosso	439	2,7	113	79	19	189	4	35
Mato Grosso do Sul	70	0,4	2	31	2	30	2	3
Nordeste	9.570	59,7	1.174	2.048	272	4.294	273	1.509
Alagoas	641	4,0	64	100	34	277	33	133
Bahia	2.578	16,1	501	539	89	599	85	765
Ceará	810	5,1	33	163	74	423	54	63
Maranhão	493	3,1	5	183	46	190	7	62
Paraíba	1.146	7,1	187	207	27	585	1	139
Pernambuco	2.669	16,7	209	455	-	1.772	88	145
Piauí	290	1,8	12	115	-	105	-	58
Rio Grande do Norte	626	3,9	124	150	2	241	2	107
Sergipe	317	2,0	39	136	-	102	3	37
Norte	900	5,6	350	197	5	279	3	66
Acre	61	0,4	13	10	-	37	-	1
Amapá	28	0,2	5	16	-	6	-	1
Amazonas	133	0,8	9	71	4	34	3	12
Pará	145	0,9	108	22	-	5	-	10
Rondônia	132	0,8	41	31	1	51	-	8
Roraima	49	0,3	14	18	-	14	-	3
Tocantins	352	2,2	160	29	-	132	-	31
Sudeste	3.926	24,5	834	627	192	1.950	59	264
Espírito Santo	390	2,4	108	67	29	166	3	17
Minas Gerais	900	5,6	264	106	35	381	10	104
Rio de Janeiro	1.137	7,1	266	291	26	452	28	74
São Paulo	1.499	9,4	196	163	102	951	18	69
Sul	462	2,9	46	66	4	302	-	44
Paraná	68	0,4	2	10	-	51	-	5
Rio Grande do Sul	354	2,2	44	37	1	236	-	36
Santa Catarina	40	0,2	-	19	3	15	-	3
Brasil	16.028	100	2.629	3.194	506	7.286	360	2.053

Fonte: Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP-Microcefalia).
Dados extraídos em 28/05/2018 às 10h (horário de Brasília).

^aRegistro que não cumpre qualquer definição de caso para notificação, duplicado ou teste de digitação.

FONTE: Boletim Epidemiológico "Monitoramento integrado de alterações no crescimento e desenvolvimento relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas" da Secretaria de Vigilância em Saúde – (Ministério da Saúde, Vol 49, N° 29, jun, 2018)

Todos os estados da Brasil já tiveram casos de Zika com transmissão autóctone e casos de microcefalia (Síndrome Congênita relacionada à infecção pelo Zika, SCZ).

De fato, foi uma dispersão muito rápida pelo território nacional e outros países das Américas. As epidemias de Zika tendem a se espalhar por todas as áreas do país, com maior intensidade nas áreas tropicais, anteriormente afetadas pelo dengue.

Diferentemente do vírus da dengue o vírus Zika tem apenas um sorotipo conhecido e acredita-se que induza imunidade protetora duradoura como os demais flavivírus. Portanto, provavelmente as primeiras epidemias serão as mais intensas.

Pelo padrão epidemiológico que conhecemos do dengue, podemos supor que a maior parte dos casos de Zika ocorrerão no Brasil durante o primeiro semestre. Sendo assim espera-se que a maior parte dos nascimentos de crianças com SCZ ocorra no segundo semestre.



Aspectos clínicos

Clinicamente a doença pelo vírus Zika se caracteriza por exantema maculopapular (vermelhidão que aparece em 90% dos casos e dura em média 5 dias), febre baixa (65% dos casos, com duração de 3 dias), hiperemia (vermelhidão) ocular, sem secreção, sem coceira (ocorre em 65% dos pacientes com duração de 3 a 4 dias), dor nas articulações (65% dos casos com duração de 7 dias) e edema de mãos e pés.

Figura 4 - Manifestações cutâneas causadas pela infecção aguda pelo vírus Zika



Figura 5 - Hiperemia conjuntival e edema de mãos e pés causados pelo zika.



Extraído da palestra "Zika vírus no Brasil" (Carlos Brito, 2015)

O diagnóstico diferencial deve ser feito com dengue, chikungunya, rubéola, sarampo, outras doenças exantemáticas da infância e reações alérgicas. Para o diagnóstico laboratorial, o melhor exame para confirmar é a detecção de RNA viral por reação da transcriptase reversa, mais simplesmente chamada de RT-PCR (do inglês, *reverse transcription polymerase chain reaction*), que deve ser colhido no sangue até 5º dia de sintoma ou na urina até 15º dia de sintoma (na urina já foi identificado até o 30º dia de sintoma em alguns casos). Para casos em que não foi possível a realização de exames diretos é possível a realização de sorologia IgM após 5 dias de sintomas (preferencialmente após 10 dias). Sabemos que pode haver reação cruzada com outros flavivírus (ex: Dengue).

Tabela 2 – Principais manifestações clínicas causadas pelos arbovírus dengue, chikungunya e zika

Sinais/Sintomas	Dengue	Zika	Chikungunya
Febre (duração)	Acima de 38°C (4 a 7 dias)	Sem febre ou subfebril 38°C (1-2 dias subfebril)	Febre alta > 38°C (2-3 dias)
Manchas na pele (Frequência)	A partir do 4º dia (30-50% dos casos)	Surge no 1º ou 2º dia (90-100% dos casos)	Surge 2-5 dia (50% dos casos)
Dor nos músculos (Frequência)	+++ /+++	++ /+++	+ /+++
Dor na articulação (frequência)	+ /+++	++ /+++	+++ /+++
Intensidade da dor articular	Leve	Leve/Moderada	Moderada/Intensa
Edema da articulação	Raro	Frequente e leve intensidade	Frequente e de moderada a intenso
Conjuntivite	Raro	50-90% dos casos	30%
Dor de cabeça (Frequência e intensidade)	+++	++	++
Coceira	Leve	Moderada/Intensa	Leve
Hipertrófia ganglionar (frequência)	Leve	Intensa	Moderada
Discrasia hemorrágica (frequência)	Moderada	Ausente	Leve
Acometimento Neurológico	Raro	Mais frequente que Dengue e Chikungunya	Raro (predominante em Neonatos)

Fonte: Carlos Brito – Professor da Universidade Federal de Pernambuco

De acordo com o Ministério da Saúde a definição de caso suspeito para finalidade de vigilância epidemiológica é: “todo paciente que apresente exantema maculopapular pruriginoso acompanhado de DOIS ou mais dos seguintes sinais e sintomas:

- Febre baixa;
- Hiperemia conjuntival sem secreção e prurido;
- Poliartralgia;
- Edema periarticular.

O tratamento deve ser sintomático para os casos leves, nos casos febris que tiverem critérios clínicos para dengue deve ser feita hidratação e monitoramento adequados, como é feito nos casos de dengue. As principais complicações são as neurológicas como síndrome de Guillain-Barré, encefalite, meningoencefalite mielite e paralisia facial. Cada uma destas deve ter seu tratamento específico de acordo com a clínica.



Outras arboviroses

Na maioria dos cenários epidemiológicos nacionais os dois principais diagnósticos diferenciais da doença aguda pelo vírus Zika serão a dengue e chikungunya. Ambas são doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*, e com quadros clínicos iniciais que podem se confundir. A infecção pelo vírus da dengue pode ser assintomática ou sintomática. Quando sintomática, causa uma doença sistêmica e dinâmica, de amplo espectro clínico, variando desde formas oligossintomáticas até quadros graves, possíveis de evoluir a óbito. O quadro clínico inicial é a febre, com duração de dois a sete dias, geralmente alta (39° a 40°C), de início abrupto, associada à cefaleia, astenia, mialgia, artralgia e dor retro-orbitária. O exantema está presente em cerca de 20-30% dos casos, de início entre 3° a 5ª dia, predominantemente do tipo maculopapular, atingindo face, tronco e membros de forma aditiva, não poupando plantas dos pés e palmas das mãos, com ou sem prurido. Anorexia, náuseas e vômitos podem se fazer presentes. A diarreia está presente em um percentual significativo dos casos. Após a fase febril, grande parte dos pacientes recupera-se gradativamente, com melhora do estado geral e retorno do apetite.

Alguns pacientes podem evoluir para as formas graves, razão pela qual medidas diferenciadas de manejo clínico e observação devem ser adotadas imediatamente. Esta fase tem início com a defervescência da febre, entre o terceiro e o sétimo dia do início da doença, acompanhada do surgimento dos sinais de alarme e/ou gravidade. Os principais sinais de alarme para dengue são

a dor abdominal intensa e contínua, vômitos persistentes, acúmulo de líquido em serosas (ascite, derrame pleural), hipotensão postural ou lipotimia, hepatomegalia, sangramento de mucosa e ascensão progressiva do hematócrito. Os casos graves são caracterizados por sangramento grave, disfunção grave de órgãos ou extravasamento grave de plasma. O choque ocorre quando um volume crítico de plasma é perdido

pelo extravasamento plasmático, o que costuma ocorrer entre o 4º e o 5º dia, no intervalo de 3 a 7 dias de doença, geralmente precedido pelos sinais de alarme.

A chikungunya (CHIKV) pode se apresentar como doença febril aguda, subaguda ou crônica. A fase aguda caracteriza-se, principalmente, por início súbito de febre alta, cefaleia, mialgias e dor articular intensa. Pode haver exantema em mais de 50% dos casos, que, normalmente, é macular ou maculopapular, e em geral, surge do 2º ao 5º dia após o início da febre. Afeta principalmente o tronco e as extremidades, podendo atingir a face. O prurido está presente em 25% dos pacientes e pode ser generalizado, ou apenas localizado na região palmo-plantar. Podem haver formas agudas atípicas e graves podendo evoluir para óbito. Meningoencefalite, síndrome de Guillain-Barré, neurite óptica, uveíte, miocardite, insuficiência cardíaca, nefrite e insuficiência renal aguda são exemplos de manifestações atípicas.

Uma porcentagem variável de casos pode evoluir com artralgia crônica, podendo persistir por anos. A fase crônica é caracterizada pela persistência dos sintomas, principalmente dor articular, musculoesquelética e neuropática. O acometimento articular é persistente ou recidivante nas mesmas articulações atingidas durante a fase aguda, caracterizado por dor com ou sem edema, na presença ou ausência de

eritema, podendo levar a limitações de movimentos e deformidades. Outras manifestações descritas durante a fase crônica são: fadiga, cefaleia, prurido, alopecia, exantema, bursite, tenossinovite, disestesias, parestesias, dor neuropática, fenômeno de Raynaud, alterações cerebelares, distúrbios do sono, alterações da memória, déficit de atenção, alterações do humor, turvação visual e depressão. Alguns trabalhos descrevem que essa fase pode durar vários anos.





Abordagem inicial do paciente com suspeita de arbovirose e manejo clínico

Não há tratamento específico com antiviral para nenhuma destas arboviroses, de modo que o manejo clínico se faz essencialmente com sintomáticos e medidas de suporte, com atenção para identificação e tratamento precoce de possíveis complicações.

Em todos os casos deve-se procurar definir com precisão a data de início dos sintomas, procedência e histórico de deslocamentos recentes. Como em momento inicial, somente com os dados clínicos e epidemiológicos, é muito difícil a distinção entre estas arboviroses e outras doenças agudas. Deve-se pesquisar ativamente a presença de sinais de alarme, orientar de forma adequada a hidratação e verificar a necessidade de coleta de exames complementares, a depender da classificação de risco utilizada para dengue. Anti-inflamatórios e salicilatos são contraindicados neste momento devido ao risco adicional de sangramento. Outros analgésicos e antitérmicos como dipirona e paracetamol devem ser utilizados. Todos os casos suspeitos de dengue, Zika ou chikungunya devem ser notificados.

De forma sucinta, os pacientes sem comorbidades, não gestantes, entre 2 e 65 anos, com suspeita de dengue que não apresentem sinais de alarme, nem manifestações hemorrágicas e prova do laço negativa são classificados como “grupo A” e podem ser manejados com

hidratação oral e reavaliações ambulatoriais. Pacientes gestantes, com comorbidades ou menores que 2 e maiores que 65 anos constituem grupo de maior risco para complicações, devendo já ser classificados como “grupo B” juntamente com os pacientes que apresentem manifestação hemorrágica espontânea, como petéquias na pele, ou prova do laço positiva. Estes pacientes devem ser submetidos a coleta de hemograma para verificação principalmente do hematócrito e contagem de plaquetas e a depender dos resultados pode ser necessária observação no serviço de saúde para hidratação parenteral além da hidratação oral. Pacientes que apresentem qualquer sinal de alarme devem ser classificados como “grupo C” e necessitam de hidratação parenteral imediata, coleta de hemograma e outros exames complementares, permanecendo internados para observação por pelo menos 48 horas. Pacientes com sinais de choque, disfunções orgânicas ou sangramentos graves devem ser classificados como “grupo D” e manejados em ambiente de terapia intensiva com todo o suporte necessário.



Estratégias de controle do vetor e proteção individual

O controle do vetor deve ser feito de acordo com o perfil de cada localidade. Sabemos que o *Aedes aegypti* é um mosquito doméstico e que 90% dos criadouros ficam nos domicílios. Portanto, as principais estratégias de controle a serem adotadas são:

- A remoção de criadouros inservíveis (locais que acumulam água e que não tem utilidade, ex: copinhos plásticos ou latas). Se o morador for utilizar para reciclagem ele manter estes materiais em local coberto.
- Colocação de telas em caixas d'água e tambores usados como reservatórios
- Controle de criadouros e aplicação de larvicidas em pontos estratégicos (borracharias, ferros-velhos, recicladores...)
- Controle rigoroso do vetor em imóveis especiais (hospitais, clínicas, centros de saúde, rodoviárias...)
- Evitar toda forma de acúmulo de água e não permitir o contato do mosquito onde há necessidade de manter água parada
- O uso de inseticidas através de nebulizadores espaciais deve se restringir aos órgãos de saúde pública nas áreas de ocorrência de casos.

As medidas de proteção individual devem ser tomadas, principalmente pelas gestantes e incluem o uso de repelentes nas partes do corpo expostas. Estes repelentes devem ser à base de DEET, Icaridrina ou R3535 e registrados pela ANVISA. Repelentes naturais à base de citronela, andiroba, óleo de cravo, entre outros, não possuem comprovação de eficácia. Deve-se evitar áreas em que haja alta infestação de mosquitos e deve ser estimulada a colocação de tela nas portas e janelas. As gestantes devem utilizar preservativos durante toda a gestação, mesmo que o parceiro não esteja com sintomas.



Atenção à saúde da mulher no contexto atual do vírus Zika

O documento do Ministério da Saúde “**Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional**” (BRASIL, 2018), detalha as recomendações atuais para o cuidado à saúde e atendimento à gestante e à criança. O objetivo deste módulo é alertar os profissionais de saúde para os riscos de infecção de mulheres em idade fértil e facilitar o atendimento de casos suspeitos e a condução de casos de gestantes com **Síndrome Congênita associada à infecção pelo vírus Zika (SCZ)**, mas também mobilizar toda equipe de saúde para manter as orientações e as ações de prevenção e promoção da saúde para toda população.

CONDUTAS PRÉ-GESTACIONAIS

O planejamento e execução de ações de saúde num determinado território se dá através do conhecimento dos contextos e necessidades das pessoas contidas nele e cabe às equipes da Atenção Básica a promoção da saúde sexual e reprodutiva.

O planejamento reprodutivo deve ser realizado sob a ótica dos direitos sexuais respeitando o direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência, sempre respeitando a autonomia individual e o momento de vida, a exemplo

do limite da fase reprodutiva. Mulheres que tiverem planos de engravidar devem antes realizar aconselhamento pré-concepcional, para orientação e informação sobre a atual situação epidemiológica do vírus Zika no Brasil.

De acordo com as evidências atuais recomenda-se que as mulheres que tiveram suspeita ou confirmação de infecção aguda pelo vírus Zika devem aguardar pelo menos dois meses para engravidar. Os homens devem aguardar três meses fazer sexo com preservativos.

CONDUTAS PARA GESTANTES

ATENDIMENTO PRÉ-NATAL DE GESTANTE SEM MANIFESTAÇÃO CLÍNICA DE INFECÇÃO PELO VÍRUS ZIKA

A identificação precoce de todas as gestantes do território de atenção da equipe de saúde e o seguimento com início precoce do pré-natal é fundamental. Destaca-se o papel do agente comunitário de saúde que pode orientar e identificar precocemente, em sua área de abrangência, condições de vulnerabilidade na saúde da mulher e da criança.

Neste contexto, as gestantes devem ser orientadas quanto a:

- Medidas para evitar contato com o vetor: uso de roupas que protejam o máximo possível a superfície corporal, telas nas portas e janelas, mosquiteiros com tecido fino nas camas, uso de repelentes registrados pela ANVISA, à base de DEET, Icadirina ou IR3535. (Repelentes “naturais” à base de citronela, andiroba, óleo de cravo, entre outros, não possuem comprovação de eficácia e nem a aprovação pela ANVISA até o momento);
- Uso de preservativo durante toda gestação;
- Evitar o deslocamento para áreas de intensa circulação do vírus;
- Eliminar criadouros do *Aedes aegypti*;
- Proteger/cobrir adequadamente locais de armazenamento de água;
- Fazer o acompanhamento com consultas de pré-natal, realizando todos os exames recomendados;
- Não consumir bebida alcoólica, tabaco ou qualquer tipo de droga;
- Não utilizar medicamentos sem a orientação médica;
- Evitar contato com produtos químicos, substâncias tóxicas e radiação;
- Evitar contato com pessoas com febre, exantema cutâneo, ou sintomas respiratórios;
- Orientar a gestante que na ocorrência de doença exantemática deverá procurar imediatamente assistência médica.

ATENDIMENTO DA GESTANTE COM MANIFESTAÇÃO CLÍNICA DA INFECÇÃO PELO VÍRUS ZIKA

O marcador clínico para entrada da gestante no fluxo diagnóstico é o exantema, uma vez que se trata do sintoma mais frequente na doença aguda pelo vírus Zika. Outros sintomas frequentes são o prurido cutâneo, artralgia, hiperemia conjuntival, cefaleia e edema em extremidades. A infecção pelo vírus Zika é assintomática em 80% dos casos. Quando há sintomas, o quadro

clínico é igual ao das mulheres não gestantes, devendo, portanto, ser necessário o diagnóstico diferencial com outras arboviroses além de outras doenças e condições que podem causar exantema na gestação como: rubéola, sarampo, sífilis, herpes vírus, toxoplasmose, citomegalovírus e outras. Deve-se lembrar também das reações de hipersensibilidade à medicamentos, produtos químicos e cosméticos; além das pápulas pruriginosas da gravidez e o prurigo gestacional, todos estes sendo diagnósticos diferenciais.

FIGURA 1- Manifestações clínicas de infecção aguda pelo vírus Zika em gestantes brasileiras (A - exantema de face; B e D - hiperemia conjuntival; G - edema de pé).



Extraído de Brasil P, et al. Zika virus infection in pregnant women in Rio de Janeiro. *N Engl J Med*. 2016

Em caso de exantema na gestação o acolhimento deve ser precoce na maternidade, unidade básica de saúde ou no pronto atendimento. Aspectos clínicos-epidemiológicos da gestante com exantema devem ser avaliados: outros sinais e sintomas; deslocamento ou residência em áreas de circulação de vírus Zika; contato com casos de doenças exantemáticas; parceiro com

sintomas de infecção pelo vírus Zika ou história de deslocamento para áreas de circulação de vírus Zika; uso de medicamentos, álcool, tabaco, droga; data da última menstruação e data provável do parto; verificar sorologia para sífilis e toxoplasmose realizadas durante o pré-natal e coletar novas sorologias para as quais a gestante é susceptível.

A investigação do Zika vírus é obrigatória na gestante e deve ser feita através da técnica laboratorial de reação em cadeia da polimerase via transcriptase reversa – RT-PCR (até cinco dias de evolução: soro e urina; de cinco a quinze dias de evolução: somente na urina), e, em casos em que não for possível o diagnóstico pela técnica molecular, deve-se realizar a sorologia IgM após o quinto dia de doença.

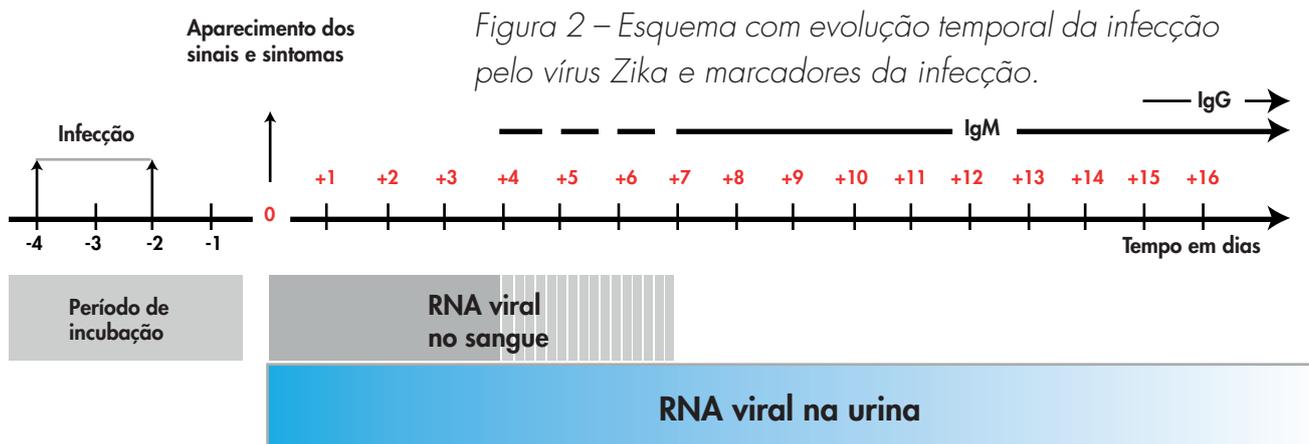
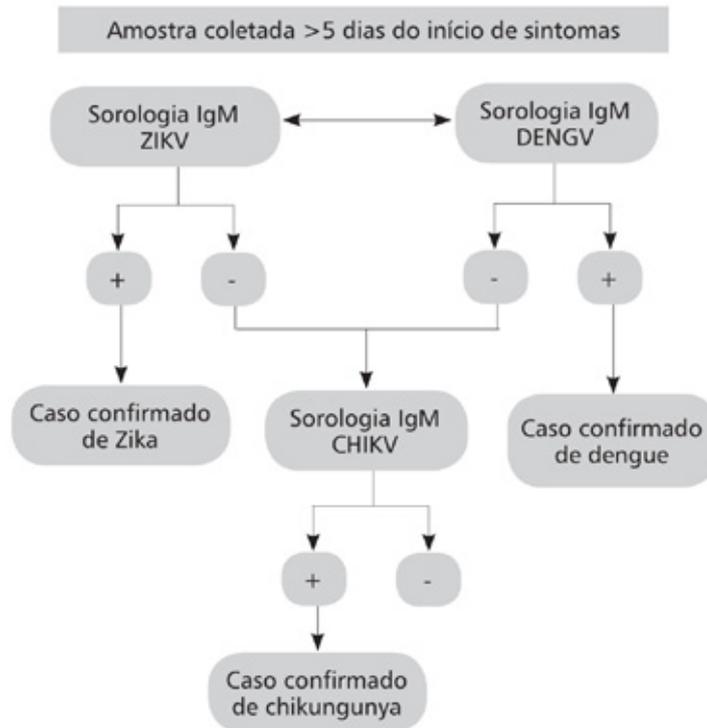


FIGURA 3: Proposta de algoritmo laboratorial para confirmação de infecção vírus Zika por métodos diretos

Fonte: Reunião para Proposta de Algoritmo de Investigação Laboratorial de Dengue/Ministério da Saúde, novembro de 2016.

FIGURA 4: Proposta de algoritmo laboratorial para confirmação de infecção vírus Zika por métodos indiretos



Fonte: Reunião para Proposta de Algoritmo de Investigação Laboratorial de Dengue/Ministério da Saúde, novembro de 2016.

Todos os casos suspeitos devem ser notificados no SINAN e no sistema municipal e/ou estadual, de acordo com a orientação da vigilância epidemiológica local, também deve ser anotada no cartão da gestante a data do surgimento do exantema e a data de realização do exame para detecção da infecção pelo vírus.

É fundamental uma articulação com a rede de assistência social local para eliminar as barreiras sociais e econômicas que impeçam o acompanhamento pré-natal dessas gestantes. Neste cenário é compreensível que as mulheres e os profissionais anseiem por um diagnóstico certo, ainda durante a gestação,

da ocorrência ou não de alterações associadas à SCZ, como a microcefalia.

ATENDIMENTO PRÉ-NATAL DA GESTANTE COM DIAGNÓSTICO DE ZIKA

O protocolo do pré-natal do Ministério da Saúde prevê a realização de uma ultrassonografia obstétrica, preferencialmente no primeiro trimestre gestacional. Outro exame de ultrassonografia obstétrica pode ser solicitado no terceiro trimestre para aumentar a sensibilidade do exame diagnóstico para alterações causadas pelo Zika vírus ou outras infecções congênitas (STORCH). A rea-

lização dos exames ultrassonográficos deverá seguir os protocolos e pactuações locais. É necessária a atenção dos profissionais da saúde para que não sejam tomadas condutas ou realizadas intervenções sem evidência científica consistente.

Tabela 1- Principais achados relacionados à síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika identificadas durante o pré-natal

Alterações neurológicas em exame de imagem	dismorfias faciais	Músculo-articulares	Outros
<ul style="list-style-type: none"> • Microcefalia (de acordo com as tabelas de referência) • Microencefalia • Alterações de fossa posterior: dimorfismo de vermis cerebelar • Ventriculomegalia (leve, moderado e grave – ex vacum) • Hidrocefalia • Calcificações cerebrais – disseminadas • Sinéquias • Disgenesia de corpo caloso • Esquizencefalia / porencefalia • Afilamento do córtex • Occipital proeminente 	<ul style="list-style-type: none"> • Desproporção craniofacial • Face plana • Microftalmia • Retrognatia • Hipotelorismo • Redundância de pele no couro cabeludo 	<ul style="list-style-type: none"> • Posição viciosa das mãos e dos pés (proxy de artrogripose) 	<ul style="list-style-type: none"> • Alteração do volume amniótico (polidrâmio)

Extraída de Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (BRASIL, 2017)

De acordo com a organização da rede loco-regional existem algumas estratégias que devem ser adotadas em relação ao atendimento das gestantes para pré-natal em serviços de maior complexidade. As definições de crité-

rios para encaminhamento da gestante para serviços de pré-natal de alto risco devem ser pactuadas regionalmente no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS), abaixo indicamos alguns critérios que têm sido adotados:

1. Encaminhar todos os casos de suspeita de infecção em gestante pelo vírus Zika ou outros STORCH;

2. Encaminhar todos os casos de alterações ultrassonográficas sugestivas de malformação congênita.

3. Encaminhar os casos em que houver outras complicações associadas, como por exemplo retardo de crescimento intrauterino.

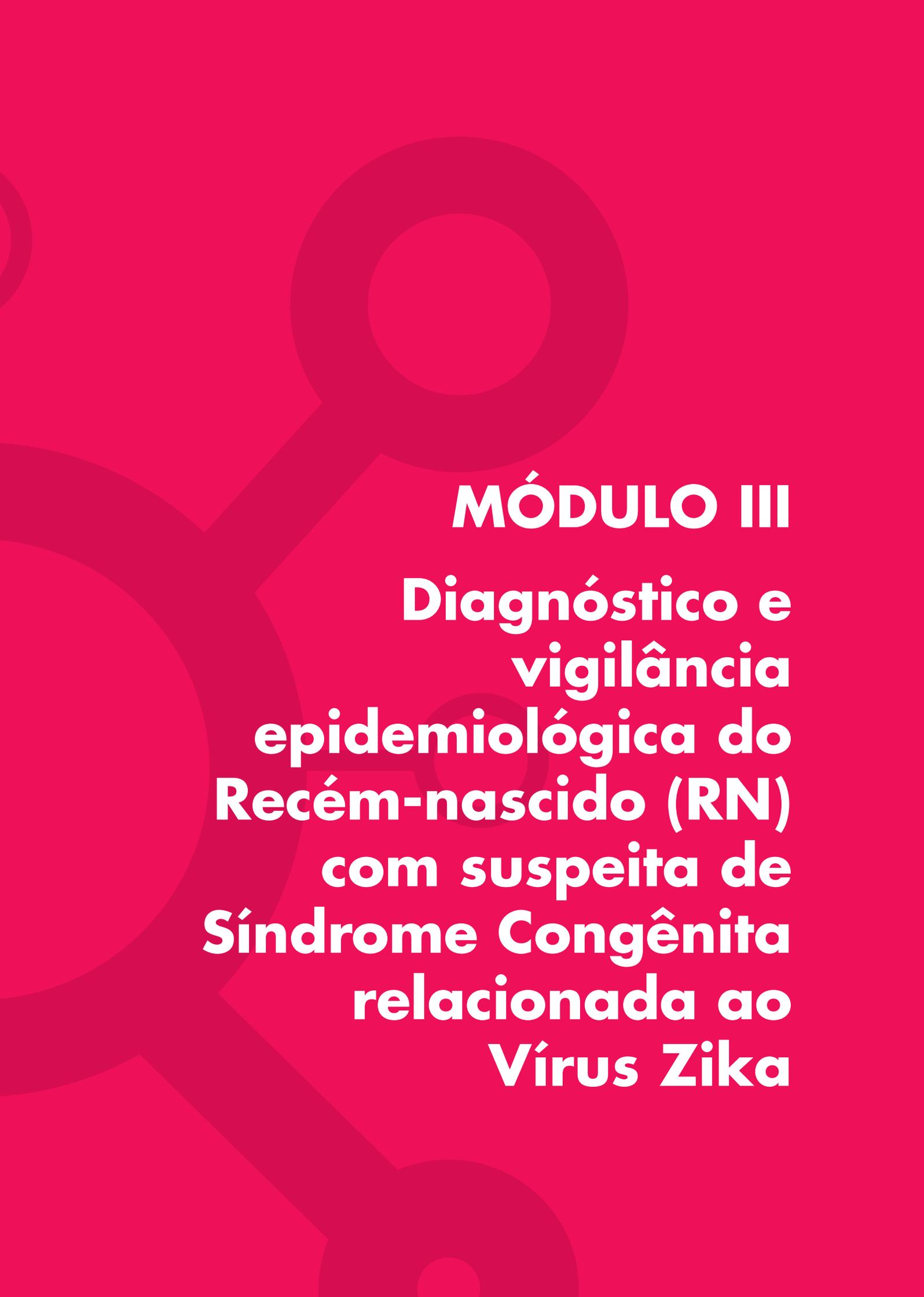
Os profissionais devem seguir as recomendações das Rede de Atenção à Saúde (RAS) considerando a oferta de serviços e o risco epidemiológico, clínico e social, sempre respeitando as pactuações feitas. Lembramos que apesar de utilizar as redes locais em todo esse processo a proposta é de que os estados e municípios organizarem suas redes para o cuidado integral de acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) (BRASIL, 2017). O Ministério da Saúde repassa recursos específicos para atenção à saúde e proteção social destas crianças para a Portaria Interministerial 405 de março de 2016 (Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia) e da portaria 3.502 de 19 de dezembro de 2017 do Ministério da Saúde (Estratégia de fortalecimento das ações de cuidado das crianças suspeitas ou confirmadas para Síndromes Congênitas).

ATENÇÃO AO PARTO E PUERPÉRIO

Vincular a gestante à maternidade de referência quando possível. Não há recomendação de alteração na via de parto em razão da SCZ, nem outras condutas diferenciadas no momento do parto. Dependendo da gravidade do caso é necessário lançar mão de estratégias para partos considerados de alto risco. Nestes casos a recepção neonatal deve ser feita por profissional treinado para a recepção de neonatos de alto risco.

Está indicada a amamentação normal, mesmo nos casos de mães com sintomas de Zika no momento do parto.

A atenção psicossocial da família, da gestante com vírus Zika e/ou diagnóstico de infecção congênita pelo Zika é muito importante. Assim, é fundamental a participação de equipe multiprofissional, grupos de gestante, matriciamento dos NASFs, avaliar a situação familiar, identificar situações de transtorno mental e stress familiar precocemente, ajudar a família na pactuação dos cuidados da criança com microcefalia após o parto.



MÓDULO III

**Diagnóstico e
vigilância
epidemiológica do
Recém-nascido (RN)
com suspeita de
Síndrome Congênita
relacionada ao
Vírus Zika**





Diagnóstico do recém-nascido (RN) com suspeita de Síndrome Congênita relacionada ao Vírus Zika

O documento do Ministério da Saúde “**Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional**” (BRASIL, 2017) traz as recomendações atuais sobre a investigação diagnóstica do RN com suspeita de Síndrome Congênita relacionada ao Zika (SCZ), neste capítulo destacamos alguns aspectos importantes desta investigação.

Para avaliação de um recém-nascido com suspeita de SCZ é fundamental uma anamnese bem feita, incluindo toda história do desenvolvimento intrauterino, dados da mãe e família. Abaixo estão os itens que não podem faltar, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017):

- Antecedentes maternos (infecções intrauterinas, insuficiência placentária, acompanhamento pré-natal, número de abortos prévios, doenças maternas pre-existentes, relato de exantema durante a gestação).
- Exposição a substâncias tóxicas com potencial teratogênico (drogas ilícitas, álcool, tabagismo, inseticidas e cosméticos, entre outras).
- Medicamento(s) utilizado(s) durante a gravidez.
- Exposição à radiação ionizante.
- Sinais e sintomas clínicos sugestivos de infecção, durante a gestação, pelo vírus Zika, sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes simplex, além da informação sobre resultados laboratoriais, incluindo em qual trimestre a infecção ocorreu.
- Suspeita clínica (sinais e sintomas) de infecção pelo vírus Zika; contato com fluídos corporais de pessoas com suspeita de infecção pelo vírus Zika; receptoras de sangue ou hemoderivados durante a gestação.
- Presença de exantema e/ou outros sinais e sintomas sugestivos de infecção.
- Antecedentes familiares (transtornos genéticos, microcefalia).
- Relato de atrasos ou aceleração dos marcos do desenvolvimento da criança

- Para complementação das informações da anamnese, é fundamental observar as informações da Caderneta da Gestante, da Caderneta de Saúde da Criança e do relatório de alta hospitalar.

A avaliação global do recém-nascido é muito importante, a descrição completa desta avaliação podem ser consultados no documento “**Atenção à Saúde do Recém-Nascido – Guia para Profissionais de Saúde – volume 1**” (BRASIL, 2011). Disponível para download em (http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_recem_nascido_%20guia_profissionais_saude_v1.pdf).

As alterações do exame físico do recém-nascido não se limitam à microcefalia, portanto, o exame físico cuidadoso pode trazer informações importantes que podem contribuir para o diagnóstico. A tabela 1 (abaixo) apresenta os principais achados de exame físico e complementar dos recém-nascidos e até um mês com SCZ.

Tabela 1 - Alterações mais comuns identificadas ao nascer e dentro do 1º mês de vida em crianças com SCZ

Alterações em exame de imagem	Alterações na visão ou audição	Alterações neurossensoriais	Achados clínicos dismorfológicos
<ul style="list-style-type: none"> • Calcificações cerebrais • Distúrbio do desenvolvimento cortical cerebral • Predomínio fronto parietais do espessamento cortical • Polimicrogiria • Simplificação do padrão de giração/sulcação cerebral • Ventriculomegalia/ Dilatação ventricular • Alteração do padrão de fossa posterior • Hipoplasia de tronco cerebral, cerebelo, corpo caloso 	<ul style="list-style-type: none"> • Alterações no mapeamento de retina • Lesão do epitélio retiniano, achados incomuns de pigmentação • Lesões circulares atróficas da retina • Alterações de Nervo Óptico (hipoplasia, atrofia parcial ou completa, aumento da escavação papilar) • Alteração da função visual • Avaliação da função auditiva • Emissões otoacústicas • BERA 	<ul style="list-style-type: none"> • Alterações do tônus muscular • Alteração de postura • Exagero dos reflexos primitivos • Hiperexcitabilidade • Hiperirritabilidade • Crises epilépticas • Dificuldade de sucção e deglutição • Disfagia • Alterações de fundoscopia (retina e nervo óptico) • Movimentos oculares anormais 	<ul style="list-style-type: none"> • Microcefalia (-2 dp) • Desproporção craniofacial • Deformidade articulares e de membros

Extraída de Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (BRASIL, 2017)

A medida do Perímetro Cefálico (PC) relaciona-se diretamente com o volume intracraniano e é um importante instrumento para monitorar o crescimento do cérebro da criança, abaixo apresentamos as recomendações previstas no documento Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (BRASIL, 2017).

Figura 1- Medida do perímetro cefálico com fita métrica.



Utilize uma fita métrica inelástica. Coloque sobre o ponto mais proeminente da parte posterior do crânio (occipital) e sobre as sombrancelhas. Se houver alguma proeminência frontal e for assimétrica, passar a fita métrica sobre a mais proeminente.

Ilustração: Filipe Alencar – NUCOM/GAB/SAS.

Extraído de Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (BRASIL, 2017)

Recém-nascido (RN) com até 48 horas de vida

Os RNs, seja pré-termo ou a termo, devem ter a circunferência da cabeça medida nas primeiras 24h de vida, utilizando como referência a tabela Intergrowth (anexos E e F das Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (BRASIL, 2017)), seguindo as orientações da figura. Caso a circunferência da cabeça não puder ser medida durante as primeiras 24 horas, deve ser medida até 48 horas de vida.

Criança após 48 horas de vida

Criança pré-termo (idade gestacional menor que 37 semanas de gestação ao nascer).

Nessa situação o PC deve ser medido e interpretado por meio da curva de crescimento da InterGrowth (anexos I e J das Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (BRASIL, 2017)), de acordo com a idade e sexo, até completar as 64 semanas de idade corrigida, ou seja, a idade gestacional no nascimento somada às semanas de vida da criança.

Criança a termo (idade gestacional maior ou igual a 37 semanas de gestação ao nascer)

O PC deve ser medido e interpretado por meio das curvas de crescimento da OMS (anexos G e H das Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (BRASIL, 2017)), de acordo com a idade e sexo.

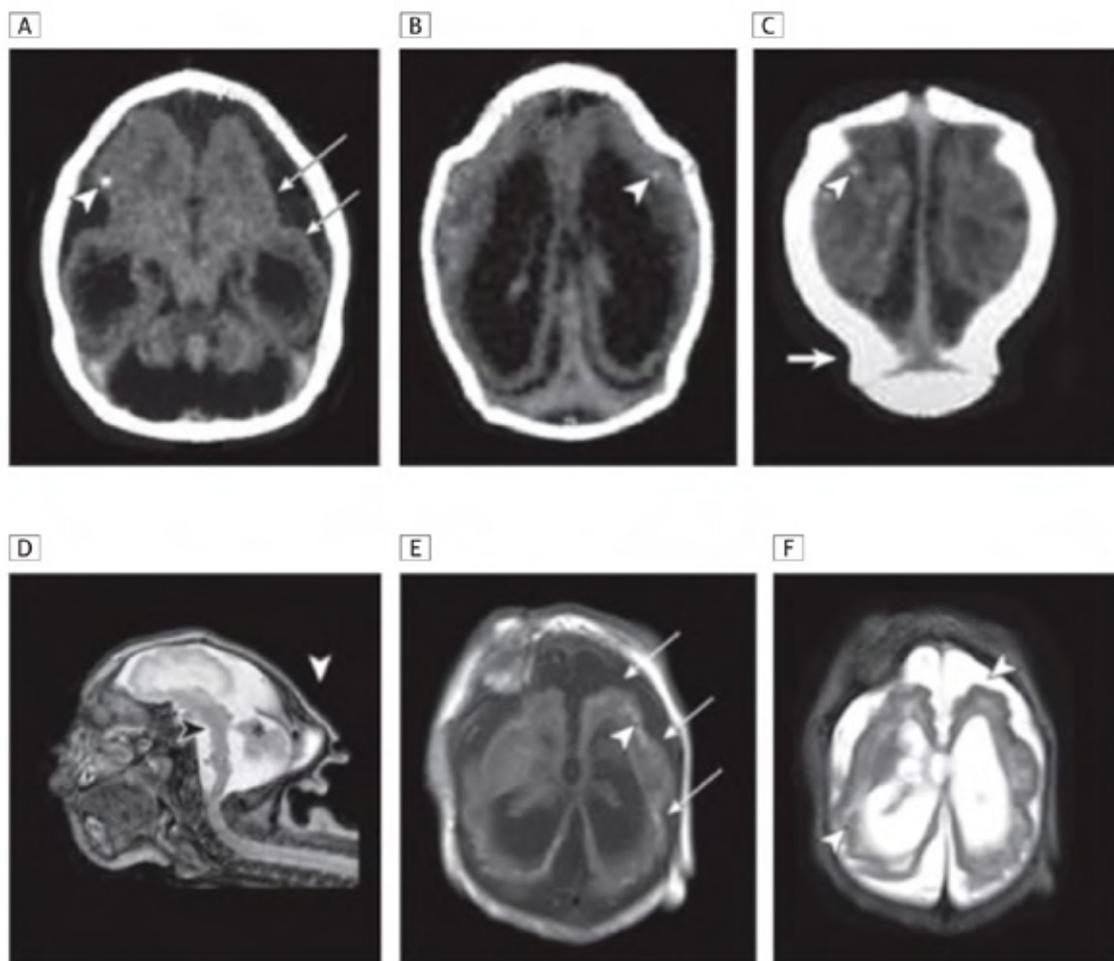
As crianças com microcefalia e outras anomalias congênitas devem realizar exames de imagem Ultrassonografia Transfontanela (indicado para crianças com fontanela, geralmente até os 6 meses de idade) ou Tomografia Computa-

dorizada ou Ressonância Magnética Nuclear de crânio (indicados para RN com fontanela que impossibilite ultrassonográfico e aqueles que persistam com dúvida diagnóstica). Os achados de neuroimagem podem sugerir o diagnóstico diferencial de agentes responsáveis por infecções congênitas que cursam com microcefalia (STORCH) e Zika. As principais alterações apresentadas nos exames de imagem de acordo com a etiologia são a apresentadas a seguir:

- **Citomegalovírus (CMV):** presença de lisencefalia, com córtex fino; calcificações periventriculares; pode apresentar ventriculomegalia; hipoplasia cerebelar; cistos em lobo temporal; alterações multifocais de substância branca
- **Toxoplasmose:** macro ou microcefalia; calcificações em gânglios da base ou periventriculares; presença de hidrocefalia; ventriculomegalia.
- **Rubéola:** calcificações periventriculares e em gânglios da base; ventriculomegalia; alterações na mielinização; cistos periventriculares e em gânglios da base; lesões predominantes em substância branca.
- **Herpes vírus:** ventriculomegalia; alterações multifocais em massa cinzenta e branca; múltiplos cistos cerebrais; encefalomalácia; áreas hemorrágicas.
- **Zika vírus:** lisencefalia; calcificações principalmente na junção cortical e subcortical; ventriculomegalia principalmente nos ventrículos laterais; alargamento de cisterna magna; alterações de corpo caloso; hipoplasia cerebelar.

Os achados característicos de SCZ que podem estar presentes nos exames de imagem, são apresentados no quadro 1 e na figura 2.

Figura 2 - Tomografia computadorizada de um RN (A, B e C) e imagem de ressonância magnética nuclear de outro RN (D, E e F) com SCZ (mostram calcificações pontuais dispersas nas letras A, B, C e E; aumento do espaço extra-axial e ventriculomegalia nas imagens A, B, C, D, E e F; desenvolvimento giroscópico pobre com poucos sulcos nas imagens A e E; desenvolvimento giral pobre com córtex irregular mais consistente com polimicrogiria na imagem F; cerebelo pequeno na imagem D e "prateleira" occipital causada pelo colapso do crânio nas imagens C e D)



Extraído de *Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (BRASIL, 2017)*



Diagnóstico etiológico

A microcefalia é um sinal clínico e não um diagnóstico etiológico, podendo se apresentar de forma isolada ou associada a outras malformações, tendo causa multifatorial (genéticas, infecciosas, entre outras) e início no período gestacional (congenita) ou mesmo depois do nascimento (microcefalia pós-natal). A microcefalia secundária à infecção pelo vírus zika é congênita, porém existem várias outras infecções que ocorrem durante a gestação que podem levar à microcefalia, como por exemplo a Sífilis, a Toxoplasmose, Rubéola, o Citomegalovirose e Herpes (conhecidas pelo acrônimo de STORCH), sendo de fato essencial investigar qual foi realmente a sua causa. Para fazer o diagnóstico diferencial todas as STORCH e o Zika devem ser investigados, o médico deve selecionar exames complementares específicos a fim de obter o diagnóstico final.

Os exames específicos para o diagnóstico de infecção pelo vírus Zika incluem o RT-qPCR, teste rápido (imunocromatográfico IgG/IgM) e sorologia ELISA IgM. Os exames devem ser realizados nos RNs de acordo com as recomendações abaixo.

RN até o 8º dia de vida

- teste rápido (sangue/soro)
- sorologia ELISA IgM antiZika (sangue/soro)
- RT-PCR (sangue/soro e urina)

RN após o 8º dia de vida e crianças até 3 anos de idade

- teste rápido (sangue/soro)
- sorologia ELISA IgM e/ou IgG antiZika
- RT-PCR no sangue e urina deverá ser realizado somente se a criança apresentar sintomas compatíveis com a infecção pelo vírus na fase aguda.



A criança com Síndrome Congênita do Zika

Em julho de 2016, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), em reunião internacional no Estado de Pernambuco, realizaram a caracterização preliminar da Síndrome Congênita do Zika, na tentativa de alertar para as demais manifestações da infecção congênita por Zika, além da microcefalia (quadro 1).

Como caracterização preliminar, foi descrito que a Síndrome Congênita do Zika pode manifestar-se na criança infectada durante a gestação através das seguintes alterações:

- Microcefalia (valores menores que 2DP da média para idade gestacional e sexo).
- Alterações no aspecto do crânio: protuberância occipital extensa, excesso de pele no couro cabeludo e desproporção craniofacial, na maioria dos casos bem acentuados.
- Alterações oftalmológicas: os distúrbios descritos até o momento, incluem microftalmia (tamanho menor do globo ocular), catarata congênita, deslocamento de cristalino, calcificações intraoculares, atrofia de nervo óptico, palidez macular, atrofia coriorretiniana e estrabismo uni ou bilateral. Ao exame físico, estas crianças poderão apresentar importante dificuldade na fixação

do olhar durante seu desenvolvimento.

- Alterações auditivas: geralmente perda auditiva neurossensorial, relacionadas a calcificações e malformações.
- Disfagia: Alteração do ato de deglutir o alimento (líquido a sólido) em alguma parte da via digestiva (da boca ao estômago), podendo apresentar desnutrição, desidratação, pneumonia por aspiração traqueobrônquica.
- Alterações ortopédicas: artrogripose, pé torto congênito, luxação congênita de quadril, em geral resultantes do acometimento neurológico intra-útero e não por lesões musculoesqueléticas primárias.
- Distúrbios neurológicos: hipertonia global grave, hiperreflexia, irritabilidade, hiperexcitabilidade, choro excessivo, crise convulsiva (geralmente em salvos espasmos, de difícil controle) e alterações de cognição.

O risco da ocorrência de Síndrome Congênita do Zika bem como a gravidade das alterações dependem do período gestacional em que ocorreu a infecção. O maior risco da ocorrência de microcefalia está associado a infecção no primeiro trimestre de gestação. Há descrição de crianças com grave comprometimento cerebral, mas sem microcefalia, pois o acúmulo de líquido nos ventrículos pode manter o volume cerebral, não comprometendo o tamanho do crânio, porém com grave dano neurológico.



Vigilância da Síndrome Congênita associada ao vírus Zika

O Ministério da Saúde publicou em 2017 o documento: **“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”**, que substitui manuais anteriores (*Vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central (SNC) versão 2.1* e o *protocolo de Atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia*) e traz as normas e procedimentos vigentes para vigilância da síndrome congênita associada ao vírus Zika bem como de outros agravos que podem estar associados à ocorrência de alterações no crescimento e desenvolvimento da criança.

Dessa forma, são reproduzidas essas definições, tanto para recém-nascidos como fetos e óbitos (abortamentos, óbito fetal/natimorto e óbito neonatal precoce)



CASO SUSPEITO DE SÍNDROME CONGÊNITA:

Recém-nascido com até 48 horas de vida

Deve ser notificado todo recém-nascido, nas primeiras 48 horas de vida, que se enquadre em um ou mais dos seguintes critérios:

Critério antropométrico:

- » Circunferência craniana menor que -2 desvios-padrão, segundo a tabela de InterGrowth (anexos E e F das Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (BRASIL, 2017), de acordo com a idade gestacional ao nascer e sexo.

Critério clínico:

- » Desproporção craniofacial (macro ou microcrania em relação à face).
- » Malformação articular dos membros (artrogripose).
- » USG com padrão alterado durante a gestação (anexo D das Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional - BRASIL, 2017).

Recém-nascido ou criança após as primeiras 48 horas de vida

Deve ser notificado todo recém-nascido ou criança que, após as primeiras 48 horas de vida, enquadre-se em um ou mais dos seguintes critérios:

Critério antropométrico

- » PRÉ-TERMO (idade gestacional menor que 37 semanas): circunferência craniana menor que -2 desvios-padrão, segundo a curva de crescimento da InterGrowth (anexos E e F das Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional - BRASIL, 2017), de acordo com a idade e sexo.
- » A TERMO OU PÓS-TERMO (idade gestacional igual ou maior que 37 semanas): circunferência craniana menor que -2 desvios-padrão, segundo a tabela da OMS, de acordo com a idade e sexo (anexos G e H das Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional - BRASIL, 2017).

Critério clínico

- » Desproporção craniofacial (macro ou microcrania em relação à face).
- » Malformação articular dos membros (artrogripose).

» Observação da persistência de duas ou mais manifestações neurológicas, visuais ou auditivas (anexo D das Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional - BRASIL, 2017) quando não houver outra causa conhecida, independente do histórico materno.

» Duas ou mais manifestações neurológicas, visuais ou auditivas (anexo D das Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional - BRASIL, 2017), mesmo não persistente, de mãe com histórico de suspeita/confirmação de STORCH+Zika durante a gestação.

» Alteração do crescimento/desenvolvimento neuropsicomotor (escala de Denver disponível na Caderneta da criança), sem causa definida, independentemente do histórico clínico de infecção na gestação

FETO COM SUSPEITA DE SÍNDROME CONGÊNITA

Deve ser notificado todo feto (a partir da 8ª semana até o nascimento) que, durante a gestação, apresente um ou mais dos seguintes critérios:

Critério de imagem ou clínico

- » Exame de imagem com presença de calcificações cerebrais.
- » Exame de imagem com presença de alterações ventriculares.
- » Exame de imagem com pelo menos dois dos sinais mais frequentes, segundo tabela de referência (anexo D das Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional - BRASIL, 2017).

Critério laboratorial

- » Fetos submetidos a cirurgia fetal para correções de malformações congênitas com resultado laboratorial positivo ou reagente para STORCH+Zika.

ÓBITO SUSPEITO DE SÍNDROME CONGÊNITA

Aborto espontâneo até a 22ª semana de gestação

Deve ser notificado todo aborto espontâneo que tenha ocorrido dentro das primeiras 22 semanas de gestação e que apresente um ou mais dos seguintes critérios:

- » Relato de exantema e/ou febre sem causa definida durante a gestação.
- » Quando a gestante apresentar resultado laboratorial positivo ou reagente para STORCH+Zika, realizado durante a gestação OU nas primeiras 48 horas após o abortamento OU quando do atendimento médico para esta situação.
- » Ultrassonografia fetal prévia ao abortamento apresentando alterações, conforme tabela de referência (anexo D das Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional - BRASIL, 2017).

Óbito fetal ou natimorto

Deve ser notificado todo óbito fetal (antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe) ou natimorto (que depois da separação não respirar, nem apresentar nenhum outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária), que apresente um ou mais dos seguintes critérios:

Critério antropométrico

- » Diâmetro ou circunferência craniana menor ou igual a -2 desvios-padrão para idade gestacional e sexo, de acordo com tabela do Intergrowth, obtido durante a gestação por meio de ultrassonografia ou mensurado logo após o parto.

Critério clínico

- » Desproporção craniofacial (macro ou microcrania em relação à face).
- » Malformação articular dos membros (artrogripose).
- » Relato de exantema e/ou febre sem causa definida durante a gestação.

Critério laboratorial

- » Quando a gestante ou mãe apresentar resultado laboratorial positivo ou reagente para STORCH+Zika, realizado durante a gestação ou dentro das primeiras 48 horas após o parto.

Óbito Neonatal Precoce

Deve ser notificado todo óbito neonatal precoce, ocorrido até o 7º dia de vida, que apresente um ou mais dos seguintes critérios:

- » Relato de exantema e/ou febre sem causa definida durante a gestação.
- » Quando a mãe apresentar resultado laboratorial positivo ou reagente para STORCH+Zika, realizado durante a gestação ou dentro das primeiras 48 horas após o parto.

Feto em risco de apresentar síndrome congênita

Deve ser notificado todo feto cuja gestante apresente resultado laboratorial positivo ou reagente para STORCH+Zika, realizado durante a gestação, e que não se enquadre na definição de caso de feto com suspeita de síndrome congênita



Sistemas de notificação

RESP - Registro de Eventos de Saúde Pública

Todos os casos e óbitos suspeitos de síndrome congênita e fetos em risco de apresentar síndrome congênita deverão ser registrados no formulário eletrônico RESP, disponível no endereço: <http://www.resp.saude.gov.br>

RESP | Registro de Eventos em Saúde Pública V. 1.12.1 Login Documentos

Monitoramento integrado de vigilância e atenção à saúde de condições relacionadas às infecções durante a gestação, identificadas no pré-natal, parto e puericultura.

Data da notificação: *
Obs.: Permite o registro de casos a partir de 01/01/2015

Notificação de: *
-- Selezione --
Segundo definição vigente nos protocolos disponíveis no site www.saude.gov.br

Dados para identificação da gestante ou puérpera
Informe os dados sobre a gestante ou puérpera para que a vigilância possa realizar a investigação com o instrumento detalhado.

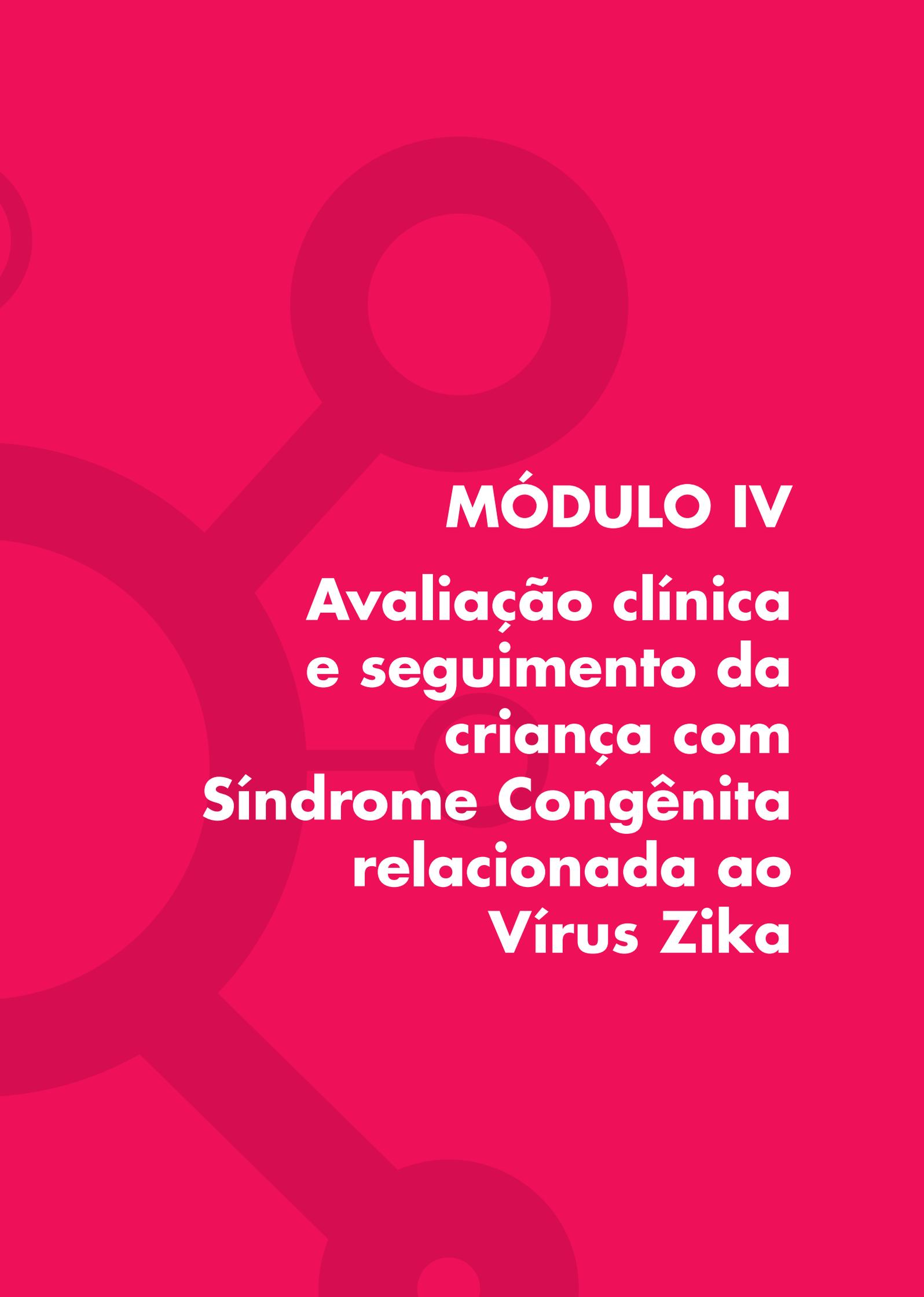
Nome da gestante/mãe: *	Número do Prontuário da gestante/mãe:	Tipo de documento: *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	-- Selezione --
Número do Cartão SUS, CPF ou RG: *	Data de Nascimento da gestante/mãe:	Idade da gestante/mãe: *
Obs.: se não tiver documento coloque 0 em todo o campo <input type="text"/>	Obs.: se não souber coloque a data 31/12/2015 <input type="text" value="__/__/__"/> <input type="button" value="📅"/>	Obs.: se não tiver documento coloque 99 em todo o campo. <input type="text"/>
Raça/cor da gestante/mãe: *	Dsei	Etnia
-- Selezione --	-- Selezione --	-- Selezione --
UF de residência da gestante/mãe: *	Município de Residência da gestante/mãe: *	Bairro:
-- Selezione --	-- Selezione --	<input type="text"/>
CEP:	Logradouro (Rua, Avenida): *	Número: *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ponto de referência:	DDD: *	Número de contato (fixo ou celular): *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SINASC - Sistema de Informação sobre nascidos vivos.

Orienta-se que para manter o padrão histórico de microcefalias no SINASC, sejam registrados apenas os casos em que o perímetro cefálico (PC) esteja abaixo do 3º desvio padrão das curvas apropriadas para idade e sexo, denominado pela OMS como “Microcefalia Severa”, conforme sempre foi orientado nos manuais do ECLAMC (Estudo Colaborativo Latino Americano de Malformações Congênitas). Caso tenha sido utilizado um ponto de corte de -2 desvios-padrão, especificar o critério utilizado. Quando a microcefalia estiver associada à anencefalia [Q00.-] ou encefalocele [Q01.-] informar apenas a anencefalia [Q00.-] ou encefalocele [Q01.-]. Todos os casos registrados no SINASC também devem ser registrados no RESP.

SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade

Registro da ocorrência de óbitos e natimortos.



MÓDULO IV
**Avaliação clínica
e seguimento da
criança com
Síndrome Congênita
relacionada ao
Vírus Zika**





Avaliação clínica do recém-nascido

AVALIAÇÃO FÍSICA E NEUROLÓGICA DO RN APÓS 12 HORAS DE VIDA

O cuidado ao recém-nascido no momento do parto deve seguir as recomendações do Ministério da Saúde, garantindo o contato pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida.

Conforme já descrito anteriormente, a medida de PC deve ser realizada com técnica correta, ao nascimento, e repetida com 24 a 48 horas de vida. As crianças que apresentarem microcefalia (de acordo com os critérios determinados pelo Ministério da Saúde) ou outras alterações clínicas como desproporção craniofacial, malformação articular em membros (artrogripose) devem ser notificadas como “caso suspeito para síndrome congênita” e iniciada a investigação.

Na coleta da história gestacional, tendo em vista o elevado número de casos de microcefalia ocorridos a partir de 2015, uma vez detectada a sua ocorrência, recomenda-se que todas as mães devem ser questionadas quanto à presença de sinais clínicos sugestivos de infecção por Zika na gestação (exantema pruriginoso, hiperemia ocular, artralgia, edema de mãos e pés), incluindo pesquisa do período gestacional de sua ocorrência. Os mesmos sinais devem ser questionados ao pai da criança, diante da possibilidade de transmissão sexual da doença. Deve também ser pesquisar o histórico de deslocamentos maternos para locais com maior incidência de Zika vírus durante a gestação.

A identificação de doenças de etiologia genética na família, como também o questionamento sobre condições de exposição ambiental a substâncias químicas durante a gestação ou ainda, infecções congênitas, como sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes vírus (STORCH), são informações relevantes, para exclusão de outras possíveis causas de microcefalia.

Após 12 horas de vida, deve ser realizada a avaliação neurológica do RN. O bebê deve ser avaliado preferencialmente em horário distinto ao das mamadas. O exame neurológico, neste momento, deve avaliar:

- Estado de alerta da criança (identificando a integridade de vários níveis do SNC)

- Tônus muscular: o RN a termo apresenta hipotonia cervical e hipertonia em flexão dos membros e movimenta-se ao ser manipulado.
- Presença de reflexos primitivos: cócleo-palpebral (bater palmas resulta no piscar de olhos); sucção (quando os lábios são tocados desencadeiam movimentos de sucção de lábios e língua); voracidade ou procura (a estimulação dos quatro pontos ao redor da boca, leva a criança a procurar as origem dos estímulos, ou seja, direciona a face para o lado estimulado); Preensão palmar e plantar (leve pressão com o dedo examinador na base dos dedos das mãos ou na base dos dedos dos pés estimula a flexão dos mesmos (preensão); marcha reflexa (segurando o bebê pelas axilas em posição ortostática, observa que a criança estende as pernas até então fletidas e executa a marcha ao ter o seu tronco inclinado um pouco para frente); fuga a asfixia (quando a criança é posicionada de barriga para baixo, observa-se que a mesma vira o rosto, para liberar as vias respiratórias); Moro (desencadeado por um estímulo brusco, como bater palmas, tocar o abdômen, estender e soltar os seus braços ou ainda suspender a criança com a cabeça bem alinhada ao corpo e soltar um pouco a mão que está segurando a cabeça, a criança responde com uma extensão-abdução de membros superiores, seguido de flexão-adução. Os reflexos devem sempre ser avaliados segundo a sua intensidade e simetria.

- É importante testar o reflexo de sucção para avaliar a capacidade de sucção do bebê e a presença de alterações de deglutição que podem levar à dificuldade de alimentação ou mesmo risco de macro aspiração pulmonar.

TRIAGEM NEONATAL

Todas as crianças nascidas em território nacional, independente da apresentação de evidências clínicas de infecção congênita ou de histórico de Zika durante a gestação, devem ser submetidas as seguintes triagens:

- Teste do Pezinho

Preconizado para todo RN nascido no nosso país, o exame feito a partir de sangue coletado do calcanhar do bebê (região ricamente vascularizada). Recomenda-se que o período ideal de coleta da primeira amostra esteja compreendido entre o 3º e o 5º dia de vida do bebê. Deve ser considerada como uma condição de exceção toda coleta realizada após o 28º dia de vida.



Fonte: Saúde é vital

- Teste da Orelhinha

Conhecido também como Teste de Emissões Otoacústicas (EOA), o teste da orelhinha é preconizado para todo RN em nosso país. Deve ser realizado antes da alta da Maternidade, se possível, entre o 3º e 5º dia de vida. Nas crianças com suspeita de infecção congênita, a avaliação auditiva deve ser realizada com o Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE) ou BERA (do inglês Brainstem Evoked Response Audiometry). A importância do PEATE se dá em razão de existirem perdas auditivas retrococleares que não são identificadas por meio do teste de emissões otoacústicas, ou seja, do teste da orelhinha.



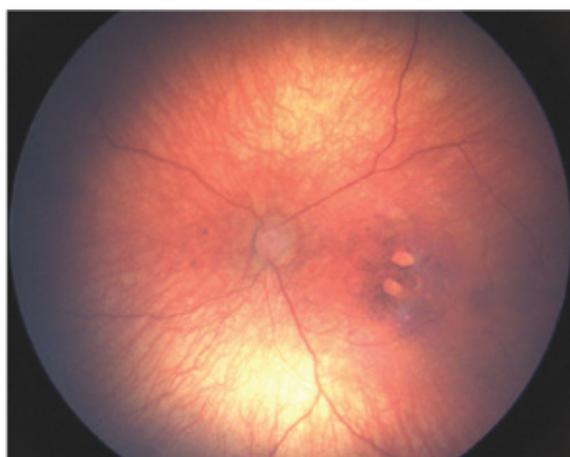
Fonte: Audiology

- Teste do Reflexo do Olho Vermelho

O teste do reflexo do olho vermelho, também chamado de “teste do olhinho” é preconizado para todo RN, nos primeiros dias de nascimento. As crianças com suspeita de SCZ, além desse teste, devem ser avaliadas por especialista, com o exame de fundo de olho.



Fonte: www.guiadobebe.com.br



Fonte: VENTURA, 2016

- Teste do coraçãozinho



Fonte: COOPED Ceará

Trata-se do teste para Cardiopatia Congênita Crítica, que inclusive foi assunto de uma nota técnica recente para padronização do fluxo de investigação (BRASIL, 2018), e deve ser realizado para triagem de cardiopatias congênitas, ainda na maternidade, entre 24h a 48h após o nascimento. Consiste em medir os batimentos cardíacos e a oxigenação do sangue do

recém-nascido com o auxílio de um oxímetro. Caso algum problema seja detectado, o bebê é encaminhado para fazer um ecocardiograma. Se alterado, é encaminhado para um centro de referência em cardiologia para tratamento.



Fonte: IGH Bahia

- Teste da linguinha

É um exame padronizado que tem como objetivo diagnosticar e indicar o tratamento precoce das limitações dos movimentos da língua causadas pela língua presa, que podem comprometer as funções de sugar, engolir, mastigar e falar. É um teste bastante simples, não dói e consiste em elevar a língua do bebê para verificar o frênulo, ou seja, se a língua está presa (CFF, 2014). Deve ser realizado por profissional qualificado, o mais precocemente possível, porém ainda não é realizado em todas as regiões do território nacional, apesar da Lei nº 13.002/2014, que obriga a existência da avaliação em todos os hospitais e maternidades do Brasil.

Fonte: <https://secom.to.gov.br/noticias/teste-da-linguinha-identifica-problemas-e-garante-eficacia-do-aleitamento-materno-195814/>



Vigilância do crescimento e desenvolvimento

Visão Geral Sobre o Desenvolvimento Infantil

As etapas do desenvolvimento infantil envolvem os aspectos físicos, cognitivos, emocionais, ambientais e sociais. O cuidado com este desenvolvimento deve se iniciar no pré-natal, para que a gestante se mantenha saudável e para que o feto se desenvolva de maneira adequada.

O desenvolvimento infantil é influenciado por diversos fatores: biológicos, genéticos, sociais e do meio ambiente. Situações adversas em qualquer um desses fatores podem gerar prejuízos para essa criança. A primeira condição, e uma das mais fundamentais para o desenvolvimento, é o afeto. Uma criança que não recebe afeto e amor da sua família dificilmente terá um bom desenvolvimento.

As experiências sociais e ambientais têm um impacto muito grande também para esse processo. Nesse caso, serviços de saúde precários, ausência ou escassez de recursos sociais e educacionais, violência, abuso, maus-tratos, problemas de saúde no eixo familiar, práticas inadequadas de cuidado são condições de risco para o desenvolvimento.

A Organização Pan-Americana de Saúde, na década 90, considerou uma importante iniciativa para os cuidados com o desenvolvimento infantil, a criação da estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Esse documento norteou a elaboração de políticas públicas, principalmente na área de atenção primária, e tem sido pauta prioritária do Ministério da Saúde, desde então.

Atualmente, se preconiza constituir esforços maiores na primeira infância, idade que vai do nascimento aos 6 anos. Várias instituições nacionais e internacionais, a exemplo, o MS, o UNICEF e a OPAS, entre outros, vem trabalhando para implementar e atualizar políticas de saúde neste sentido. Elaborar programas e ações de proteção e preservação da infância saudável

é uma maneira de prevenir doenças, diminuir a mortalidade infantil e promover cidadãos adultos mais saudáveis e felizes.

O acompanhamento do desenvolvimento infantil possibilita também identificar precocemente crianças que apresentam algum tipo de comprometimento cognitivo, sensorial ou motor e, com os estímulos adequados, minimizar os possíveis agravos de saúde. É possível afirmar que “A otimização dos primeiros anos da vida das crianças é o melhor investimento que poderíamos fazer como sociedade para se assegurar de seu futuro sucesso” (MONTREAL, 2016).

A chamada, primeiríssima infância, idade que vai do 0 aos 3 anos é considerada importantíssima sob a ótica das janelas de oportunidades para o desenvolvimento. Acredita-se que é neste período que a criança apresenta a maior plasticidade cerebral e, com isso, maiores possibilidades de desenvolvimento.

Devido a esses inúmeros fatores que compõe as condições para o desenvolvimento é muito importante que as ações e programas para estimular o desenvolvimento da criança sejam integrados e inter-relacionados. Propor, por exemplo, programas de acompanhamento pré, peri e pós-natal adequados são muito importantes; porém, é preciso que haja um acompanhamento socioassistencial da família para garantir que essas ações tenham continuidade. Em

2015, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. Esse documento norteia a criação de políticas públicas de atenção ao cuidado na primeira infância e preconiza aspectos importantes na formulação dos programas. O documento se estrutura em 7 eixos estratégicos que deverão ser observados na criação de programas de atenção à primeira infância, que são:

- I - Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido: consiste na melhoria do acesso, cobertura, qualidade e humanização da atenção obstétrica e neonatal, integrando as ações do pré-natal e acompanhamento da criança na atenção básica com aquelas desenvolvidas nas maternidades, conformando-se uma rede articulada de atenção;
- II - Aleitamento materno e alimentação complementar saudável: estratégia ancorada na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, iniciando na gestação, considerando-se as vantagens da amamentação para a criança, a mãe, a família e a sociedade, bem como a importância de estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis;
- III - Promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral: consiste na vigilância e estímulo do pleno crescimento e desenvolvimento da criança, em especial do “Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI)”, pela atenção básica à saúde, conforme as

orientações da “Caderneta de Saúde da Criança”, incluindo ações de apoio às famílias para o fortalecimento de vínculos familiares;

- IV - Atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas: consiste em estratégia para o diagnóstico precoce e a qualificação do manejo de doenças prevalentes na infância e ações de prevenção de doenças crônicas e de cuidado dos casos diagnosticados, com o fomento da atenção e internação domiciliar sempre que possível;

- V - Atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz: consiste em articular um conjunto de ações e estratégias da rede de saúde para a prevenção de violências, acidentes e promoção da cultura de paz, além de organizar metodologias de apoio aos serviços especializados e processos formativos para a qualificação da aten-

ção à criança em situação de violência de natureza sexual, física e psicológica, negligência e/ou abandono, visando à implementação de linhas de cuidado na Rede de Atenção à Saúde e na rede de proteção social do território.

- VI - Atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade: consiste na articulação de um conjunto de estratégias intrasetoriais e intersetoriais, para inclusão dessas crianças nas redes temáticas de atenção à saúde, mediante a identificação de situação de vulnerabilidade e risco de agravos e adoecimento, reconhecendo as especificidades deste público para uma atenção resolutiva;

- VII - Vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno: que consiste na contribuição para o monitoramento e investigação da mortalidade infantil e fetal e possibilita a avaliação das medidas necessárias para a prevenção de óbitos evitáveis.

O objetivo do documento é promover a criação dessas redes no âmbito dos estados e municípios capilarizando e ampliando o alcance do atendimento, principalmente para as regiões mais carentes de serviços. Para o País, o impacto não é só na qualidade de vida dos cidadãos, mas econômico também, pois promover e oferecer bons programas de estímulo a um desenvolvimento infantil saudável são mais eficazes e mais baratos do que tratar as consequências e comprometimentos gerados por atrasos e agravos no desenvolvimento, no futuro.

Marcos do Desenvolvimento da Criança de 0 a 3 Anos

Para facilitar o acompanhamento do desenvolvimento da criança, existem algumas referências importantes, que ajudam nessa avaliação – os marcos do desenvolvimento.

Os marcos são linhas de direção, que orientam a respeito do que se espera de habilidade em cada fase do desenvolvimento e alertam para a necessidade de intervenção precoce e encaminhamentos para a atenção especializada.

No entanto, vale lembrar que cada criança é única e tem um tempo diferente de desenvolvimento, ou seja, seu próprio ritmo e que os prematuros podem demorar mais para atingir esses marcos, sendo necessário levar em consideração a sua idade corrigida.

O Ministério da Saúde disponibiliza à população alguns instrumentos para o acompanhamento da saúde da criança. Dentre estes, destaca-se a Caderneta de Saúde da Criança (CSC) que reúne o registro e orientações sobre os mais importantes eventos relacionados a saúde infantil. Além do cartão de vacina, a CSC apresenta o registro da história obstétrica e neonatal, informações sobre amamentação, saúde bucal, visual e auditiva, prevenção de acidentes e violência doméstica, e entre outras, o acompanhamento do desenvolvimento infantil.

Desde 2015 uma nova versão da CSC vem sendo construída e há pretensão de ser editada no ano em curso. Esta versão incorpora à saúde algumas informações sobre a assistência social e educação, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Em relação a esta nova proposta da CSC, disponível na internet (<http://primeirainfancia.org.br/proposta-de-nova-caderneta-de-saude-da-crianca-esta-disponivel-para-consulta-publica-e-sugestoes/>) as idades chaves e os marcos do desenvolvimento estão definidos da seguinte maneira:

0 - 1 mês

Apresenta sinais de desconforto (chora e resmunga); reage ao som, hipotonia axial, pernas e braços fletidos (hipertonia fisiológica) com a cabeça lateralizada; mãos fechadas, em prono eleva o queixo sem virar a cabeça para os lados; presença de reflexos primitivos; acuidade visual muito baixa, porém observa um rosto de forma evidente a uma distância de 20 a 30 cm.

1 - 2 meses

Fixa o olhar no rosto da mãe ou examinador, sorri quando estimulada, emite sons (inicia vocalização), abre as mãos, movimenta os membros (esperneia alternadamente), começa a seguir o objeto na linha média. Reflexos primitivos ainda presentes.

2 - 4 meses

Responde ativamente ao contato social; segura objetos (por alguns segundos); emite sons (balbúcia) e ri alto; flexiona a cabeça quando tracionado para sentar; controla a cabeça, de bruços levanta a cabeça e os ombros apoiando-se nos antebraços. Desaparecimento dos reflexos primitivos (3-4 m), exceto preensão plantar (7-8 m).

4 - 6 meses

Busca ativa de objetos (alcance); quando se oferece um objeto ela segura e leva os objetos a boca; pivoteia; muda de posição (rola); localiza o som. Inicia a coordenação mão-pé (padrão flexor em supino). Reação de Landau (Fase I). Presença de atasia e abasia (5m).

6 - 9 meses

Brinca de esconde achou; transfere objetos de uma mão para outra; come alguma coisa sozinho; senta sem apoio; engatinha; dar os braços; nível de acuidade visual próximo a do adulto; duplica sílabas (sai aquele inesperado ma-mã). Começa a se reconhecer no espelho; fase de angústia (8 m).

9 - 12 meses

Limita alguns gestos (ex: bater palmas, dar tchau); inicia a pinça (polpas do indicador e do polegar); produz jargão e pode falar uma palavra com sentido; aponta para as coisas que deseja; passa de gato para a posição de pé, anda com apoio (ou lateralmente). Inger os mesmos alimentos que os demais familiares.

12- 15 meses

Mostra o que quer; diz uma ou mais palavras (que não seja o nome de membros da família), executa gestos a pedido, coloca blocos na caneca, identifica dois objetos, brinca de cores, anda sem apoio.

15 - 18 meses

Quer comer sozinha, usa garfo ou colher; constrói torre de dois cubos; fala três ou mais palavras; anda para trás; obedece a ordens simples; identifica uma ou mais partes do corpo; rabisca.

18 - 24 meses

Tira roupa; constrói torre de três cubos; aponta duas de um grupo de cinco figuras; mostra várias partes do corpo; corre, chuta bola para frente, sobe degraus com apoio, inicia controle de esfíncter.

24 -30 meses

Veste-se com supervisão; constrói torre de seis cubos; forma frases com duas ou mais palavras indicando uma ação; faz encaixe; pula com ambos os pés; escova os dentes com ajuda; busca objetos quando solicitado, anda de triciclo.

30 -36 meses

Brinca com outras crianças; imita linha vertical; reconhece duas ações (aponta a figura, por exemplo: quem fala? quem mia?); arremessa a bola acima da cabeça; sobe escada alternando os pés; inicia a fase do "por quê?"; imita atividades domésticas.

CSD ATUAL



PROPOSTA DA NOVA CSC



Fonte: <http://primeirainfancia.org.br/proposta-de-nova-caderneta-de-saude-da-crianca-esta-disponivel-para-consulta-publica-e-sugestoes/>

Atenção à saúde da criança

Puericultura é a arte de promover e proteger a saúde da criança, através de uma atenção integral, compreendendo a criança como um ser em desenvolvimento com suas particularidades.

O acompanhamento da criança nos seus primeiros anos de vida é de muita importância, principalmente na atual situação epidemiológica do país. A infecção pelo vírus

Zika é sintomática em apenas 20% dos casos, impossibilitando o diagnóstico da infecção em grande parte das gestantes e, além disso, já temos descrição na literatura de casos de SCZ que não apresentaram microcefalia ao nascimento.

Deste modo, o acompanhamento atento da criança no primeiro ano de vida, é importantíssimo para a detecção de alterações no desenvolvimento neuropsicomotor e sensorial que possam ocorrer em decorrência de infecção congênita pelo vírus Zika, não detectada ao nascimento.

Acompanhamento e monitoramento da criança na atenção primária à saúde

Toda criança, com suspeita ou diagnóstico definitivo de infecção congênita associada ao vírus Zika, deve ser acompanhada por Equipe de Saúde da Família, para realização de puericultura na Unidade Básica mais próxima de sua residência.

O programa de Puericultura Compartilhada é um dos instrumentos utilizados para o acompanhamento da saúde das crianças e tem como propósito acompanhar o crescimento, desenvolvimento e

o processo de constituição psíquica da criança, observar a cobertura vacinal, estimular a prática do aleitamento materno, orientar a introdução da alimentação complementar e prevenir doenças.

Esta proposta permite que a criança seja assistida em suas necessidades básicas por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, e que sua família seja melhor acolhida e acompanhada para um maior envolvimento, estabelecendo-se relações de confiança entre a família e o serviço, que permitem facilitar o entendimento da doença, sua evolução e a assistência que deve ser instituída. Assim, esta atenção integral e integrada promove uma assistência mais eficaz, resolutiva e de qualidade.

É na Unidade Básica, que cada criança com SCZ e sua família poderão ser atendidas com singularidade, através da sua inclusão em um Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS é uma diretriz do Ministério da Saúde para atendimentos de casos mais complexos na Unidade Básica, onde propostas de condutas terapêuticas são discutidas coletivamente por uma equipe multidisciplinar na própria unidade. Por estas razões, mesmo que a criança esteja sendo acompanhada em outros serviços especializados, é imprescindível o seu seguimento na rede básica.

A Unidade Básica de referência deve ser responsável para encaminhar a família ao CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), para avaliar possibilidade do recebimento do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Este benefício garante o pagamento de salário mínimo mensal para o cidadão com deficiência física, visual, auditiva e intelectual de longo prazo e que o

impossibilite de participar da sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. Para ter direito, é necessário que a renda por pessoa do grupo familiar seja menor que um mínimo vigente (BRASIL, 2016).

Segundo o Protocolo de acompanhamento da Saúde da Criança, do Ministério da Saúde, são preconizadas pelo menos sete consultas durante o primeiro ano de vida, sendo que este número pode aumentar de acordo com as necessidades da criança. No entanto, sugerimos que as crianças confirmadas ou com suspeita de SCZ sejam avaliadas mensalmente, em unidade básica, pela Equipe da Saúde da Família.

Os profissionais responsáveis pela puericultura da criança, devem realizar periodicamente as seguintes ações:

- medidas do PC, com técnica adequada e comparação com padrões de referência já citados anteriormente. A criança que nasce com microcefalia deve ter o PC avaliado semanalmente no primeiro mês de vida e, posteriormente, uma vez ao mês no primeiro ano de vida;
- avaliação periódica do peso e estatura da criança, e comparação com curvas de referência para idade e sexo da OMS. O pediatra deve estar atento ao desenvolvimento pômbero-estatural inadequado da criança, que pode estar relacionado a dificuldade de alimentação, devido a distúrbios de sucção e deglutição secundários às alterações

neurológicas. Estes distúrbios podem ainda colocar a criança em situações de risco, como engasgos e aspiração pulmonar de alimentos;

- orientar e indicar as vacinas do Programa Nacional de Imunização (PNI) normalmente;
- identificação e acompanhamento de alterações visuais e auditivas. Na suspeita ou presença de problemas, as crianças devem ser encaminhadas para serviços médicos especializados de oftalmologia e otorrinolaringologia, respectivamente;
- promover e estimular a continuidade do Aleitamento Materno;
- avaliação e acompanhamento do desenvolvimento da criança no primeiro ano de vida;
- detectar a ocorrência de crises convulsivas, encaminhando as crianças para atendimento especializado com neuropediatra;
- encaminhar a criança com SCZ para os serviços de estimulação precoce e reabilitação de sua referência. Estas crianças deverão ser acompanhadas

por grupo multiprofissional, composto por fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos entre outros, de acordo com suas necessidades. O encaminhamento precoce aos serviços de reabilitação é imprescindível para que estas crianças possam ser estimuladas, e assim desenvolverem ao máximo suas potencialidades, minimizando as consequências das lesões neurológicas que possuem. A estimulação precoce associada à plasticidade do SNC permite que novos circuitos neurológicos sejam formados nestas crianças, beneficiando o seu desenvolvimento e o seu processo de aprendizagem.

O envolvimento da família neste programa de intervenção precoce é fundamental. Além de afeto e amor, a estimulação em casa são os principais elementos para otimizar o processo de desenvolvimento da criança. Quando no tratamento as responsabilidades são compartilhadas entre pais e profissionais, as chances de sucesso são maiores.



Equipe multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial

O Programa de Estimulação Precoce/Intervenção Precoce segue um modelo de equipe multiprofissional que trabalha sob uma lógica interdisciplinar e intersetorial. Para isso devem ser identificados os serviços da Rede de Atenção à Saúde da região e definir as atribuições de cada equipe. O programa, portanto, deve ser articulado com a Rede de Atenção à Saúde, em especial, a Atenção Básica, e a Rede de Ensino, os Centros de Referência da Assistência Social, entre outros, conforme a necessidade.

A equipe que acompanha o programa deve ter flexibilidade para estar adequada à necessidade de atendimento da criança e sua família, que deve ser personalizada. O trabalho em rede com a interligação das áreas de saúde, educação e assistência social é fundamental para efetividade do processo. Os membros da equipe devem participar dos processos de avaliação, conforme as suas especialidades, elaborar plano individual de assistência e relatórios que irão integrar um parecer conjunto.

Articulação das ações

O programa deve considerar a participação de vários profissionais: médicos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, pedagogo, entre outros. Cada equipe de trabalho deve ter bem definido os seus objetivos para o desenvolvimento das atividades propostas. Porém, dentre os objetivos de um Programa de Estimulação Precoce/Intervenção precoce, podemos destacar:

- realizar um trabalho multiprofissional e interdisciplinar;
 - maximizar o potencial neuropsicosensoriomotor de cada criança, respeitando seu ritmo;
 - potencializar a contribuição dos pais e responsáveis;
 - oferecer orientações aos pais e comunidade de forma clara e objetiva.
- Segundo o Ministério da Saúde, as atividades de estimulação precoce/intervenção precoce acontecerão em

O Ministério da Saúde em seu lançamento do protocolo de atenção à Saúde para Microcefalia destacou que “todas as crianças com a malformação congênita confirmada deverão integrar o Programa de Estimulação Precoce, desde o nascimento até os três anos de idade” (BRASIL, 2016).

serviços de reabilitação:

- Centro Especializado de Reabilitação (CER): na reabilitação, na estimulação precoce/ intervenção precoce, bem como na oferta adequada de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção.
- Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): no atendimento individual, ou em outras possibilidades, como os grupos terapêuticos e a visita domiciliar fomentando ações conjuntas com as Equipes de Saúde da Família.
- Ambulatórios de Seguimento de Recém-Nascidos das Maternidades.

Cabe destacar que a criança deve ser incluída na rede de ensino, pois a creche ou a escola é sem dúvida um ambiente importante para o seu desenvolvimento contínuo. Ao ingressar na creche ou escola a criança e a família vão necessitar de um tempo para a adaptação, devendo ser consideradas suas características, necessidades e suas rotinas. A comunidade escolar envolvida também passa por esse processo de adaptação. Neste processo, os professores, cuidadores e demais profissionais precisam conhecer o perfil da criança e da família, as preferências, as

principais necessidades e dificuldades, para desta forma poder agir com mais tranquilidade e segurança (UNICEF, 2017).

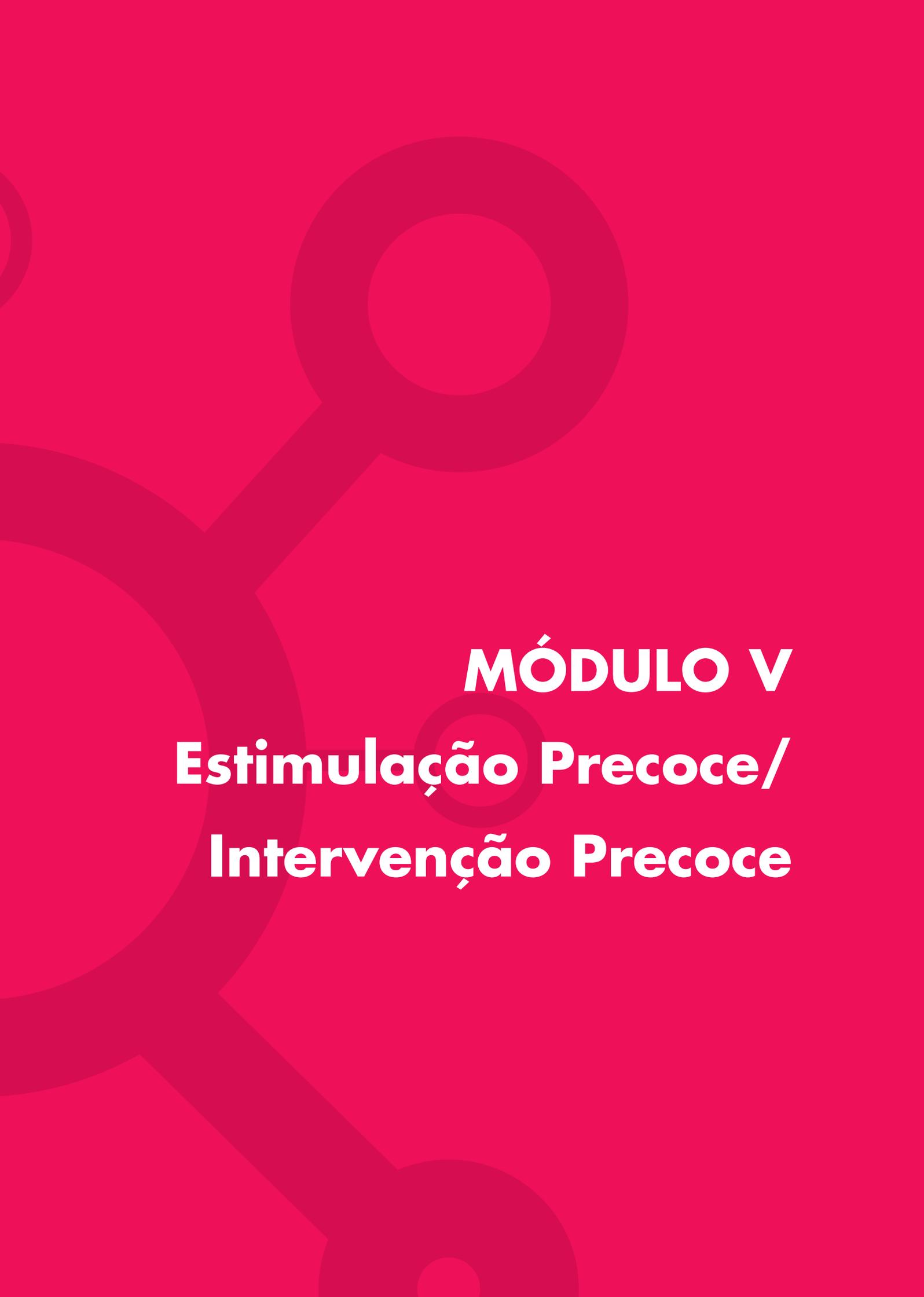
Com relação a assistência social, cabe salientar a importância de a família receber instruções sobre o processo de concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC), a família precisa receber orientações da equipe sobre a documentação necessária para dar entrada nesse processo junto ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Além dos benefícios socioassistenciais, a família precisa ser informada sobre os direitos da pessoa com deficiência.

Tendo em vista o agravamento da situação de vulnerabilidade das famílias, o Conselho Nacional de Assistência Social publicou a Resolução nº 10, em julho de 2016, para que em casos de crianças com microcefalia ou outras deficiências igualmente graves, seja considerado como critério a renda per capita de 1 salário mínimo, ao invés de um quarto do salário, que é o adotado em geral para concessão do benefício (BRASIL, 2016).

A ação operacional conjunta entre Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS)

deve seguir a orientação da “Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social às Crianças com Microcefalia”, lançada pelo Governo Federal em 15 de março de 2016, que assegura:

A articulação e integração entre SUS e SUAS tem papel fundamental para a promoção e garantia da integralidade da atenção à saúde e da proteção social a essas crianças e suas famílias, bem como a garantia do seu direito de viver com dignidade. Por isso é fundamental que o Estado garanta uma adequada atenção à saúde e proteção social para o pleno desenvolvimento da criança (BRASIL, 2016).

A stylized graphic of a human figure in a light blue color, composed of thick lines and circles, set against a dark blue background. The figure is positioned on the left side of the page, with its head at the top and its legs extending downwards. The text is centered over the figure's torso.

MÓDULO V
**Estimulação Precoce/
Intervenção Precoce**





Seguimento da criança com SCZ

CONCEITOS DE DEFICIÊNCIA

Segundo o Ministério da Saúde, entre novembro de 2015 e maio de 2018, o Ministério da Saúde (MS) foi notificado sobre 16.028 casos suspeitos de alterações no crescimento e desenvolvimento, possivelmente relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, com 3.194 (19,9%) confirmados.

Os dados do IBGE de 2010 indicam que cerca de 45 milhões de pessoas, quase um quarto da população brasileira têm algum tipo de deficiência (física, auditiva, visual, intelectual ou múltipla). O censo revelou ainda que os dados de deficiência variam de acordo com a região do País. Nordeste e Norte têm as maiores proporções (26,6% e 23,40% respectivamente) de pessoas que afirmam ter pelo menos uma das deficiências investigadas pelos técnicos. Portanto, o entendimento do conceito de deficiência para os profissionais que irão atuar na linha de frente do tratamento e estimulação dessas crianças que estão nascendo é fundamental.

A Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência foi incorporada à legislação brasileira em 2008, com poder de emenda constitucional. Um dos grandes avanços do documento foi trazer no conceito de deficiência uma definição com o olhar social. O documento trouxe à tona a consciência que a barreira para a participação da pessoa com deficiência está presente na sociedade e não no indivíduo. Esse conceito foi recentemente reforçado pela Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146/2015) que entrou em vigor em janeiro de 2016 e se tornou um marco legal na garantia de direitos para às pessoas com deficiência.

Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas. (BRASIL, 2008)

Durante muitos anos e até hoje ainda percebemos resquícios do chamado modelo médico, no entendimento da deficiência. A principal característica desse modelo é considerar que a exclusão da pessoa com deficiência é motivada pela sua limitação, seja ela física, cognitiva ou sensorial e não pela falta de acessibilidade do meio em que ela vive. Esse modelo além de trazer o conceito de que a deficiência é um problema a ser combatido com tratamentos e busca pela “normalização”, também tira a responsabilidade da sociedade de promover a inclusão e passa o ônus desse processo para a pessoa com deficiência e sua família.

Por esse motivo, o modelo social foi uma conquista para a pessoa com deficiência e para toda a sociedade. As limitações da pessoa existem e fazem parte do indivíduo, porém, isso não reflete o seu todo. Com os avanços de tecnologia e da ciência, muitas limitações podem ser praticamente sanadas com a oferta dos recursos adequados. Esse entendimento facilita a introdução de conceitos como equiparação de oportunidades e respeito a diversidade. Uma sociedade que respeita e valoriza sua diversidade é mais justa, coerente e inclusiva para qualquer cidadão, com ou sem deficiência.

No cenário da assistência à saúde, em relação a infecção pelo vírus Zika, abre-se espaço para discussão de uma enorme gama de tópicos correlatos, tais como: o combate ao mosquito transmissor, o *Aedes aegypti*; a susceptibilidade imune da população brasileira à infecção pelo Zika, já que se trata de um vírus novo no país; os efeitos da infecção pelo Zika no sistema nervoso central; a possibilidade (ou a impossibilidade) do desenvolvimento de vacinas e/ou fármacos que previnam ou revertam o desenvolvimento da microcefalia e afins. Contudo, uma vez não prevenida e a inexistência de tratamento específico para a microcefalia, algumas medidas para reduzir os sintomas da doença, como a intervenção precoce, que consiste numa série de ações (identificação de riscos, diagnósticos, orientações e ações de reabilitação) se torna crucial para minimizar as dificuldades evidenciadas ao longo do desenvolvimento da criança e para dar apoio a família.

Neste contexto, estimular o desenvolvimento das crianças a SZC ou STORCH e apoiar as famílias nesse trabalho conjunto, deve ser feito sempre com foco no respeito e promoção das potencialidades, capacidade de desenvolvimento e principalmente na sua autonomia. A própria Convenção, em seu artigo 7, dedica três incisos para firmar o compromisso com o direito da criança com deficiência sobre sua participação e opinião naquilo que lhe diz respeito.

O conceito de modelo social para a deficiência engloba o respeito, a diversidade e a equiparação de oportunidades e deve ser traduzido nas práticas do dia-dia, tratamentos de saúde, reabilitação, na intervenção precoce e no suporte social às famílias. Para a família ter o entendimento, o mais cedo possível, que o seu filho é uma pessoa com potenciais, que com os recursos necessários ele pode se desenvolver e construir um planejamento de vida. Isso é fundamental para criar alicerces mais sólidos e mudar o olhar para esse indivíduo dentro e fora do contexto familiar.

O módulo aborda aspectos sobre o desenvolvimento da criança e a importância da estimulação precoce. O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS) deve ser planejado ou construído a partir da criança, na sua condição de indivíduo capaz e com foco na conquista da sua autonomia.

Cada PTS deve ser integrados e desenhados com premissas como: respeitar a equiparação de oportunidades, a inclusão, a independência, os direitos e a vontade da criança e valorizar os recursos de tecnologia como ferramenta. Sem esquecer que a família é parte essencial nesse processo.

O Cuidado à saúde da criança, por meio do acompanhamento do desenvolvimento infantil nos primeiros anos de vida é tarefa essencial para a promoção à saúde, prevenção de agravos e a identificação de atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor. Este acompanhamento nos dá maior garantia de acesso, o mais cedo possível, à avaliação, diagnóstico diferencial,

tratamento e reabilitação, inclusive a estimulação precoce, das crianças que necessitem de cuidados especializados. Um cuidado integral e articulado entre os serviços da atenção básica e especializada da Rede de Atenção a Saúde (RAS) do SUS possibilitará a conquista de uma maior funcionalidade das crianças que apresentem alguma deficiência, permitindo assim um futuro com mais autonomia e inclusão social.

As várias políticas do Ministério da Saúde que estão envolvidas: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC); Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência e da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência; e a Política Nacional de Atenção Básica; devem ser implementadas nas regiões de saúde a partir da lógica de Atenção em Redes de Cuidado, ou seja, de modo a articular os diversos serviços, garantindo adequado acolhimento, diagnóstico e tratamento.

As ações e serviços de saúde dos Estados e Municípios, portanto, devem ser organizados numa relação integrada, dinâmica e horizontal. Todos os serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS) têm papel estratégico no cuidado à infância, pois é justamente na capacidade de articulação entre eles que se dá a garantia do acesso e da integralidade do cuidado à saúde. Para isso, os fluxos e a comunicação entre esses devem ser pactuados pela gestão e compreendidos pelos profissionais de saúde.

No caso específico das crianças afetadas pela SZC, fica ainda mais evidente a necessidade da articulação entre os Centros Especializados em Reabilitação e a Atenção Básica para o acompanhamento qualificado e conjunto dessas crianças, sobretudo quando considerada toda a complexidade ainda pouco conhecida da SZC.

◊ acolhimento e o cuidado a essas crianças e a suas famílias são essenciais para que se conquiste o maior ganho funcional possível nos primeiros anos de vida, fase em que a formação de habilidades primordiais e a plasticidade neuronal estão fortemente presentes, proporcionando amplitude e flexibilidade para progressão do desenvolvimento nas áreas motoras, cognitiva e de linguagem (MARIA-MENGEL; LINHARES, 2007).



Desenvolvimento infantil

O desenvolvimento infantil pode ser definido como um processo multi-dimensional e integral, que se inicia com a concepção e que engloba o crescimento físico, a maturação neurológica, o desenvolvimento comportamental, sensorial, cognitivo e de linguagem, assim como as relações socioafetivas. Tem como efeito tornar a criança capaz de responder às suas necessidades e as do seu meio, considerando seu contexto de vida (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2005). Illingworth (2013) aponta a necessidade de conhecimento do desenvolvimento infantil típico, que servirá de base para comparação com alterações e doenças relacionadas. O autor destaca, ainda, a importância em conhecer os indicadores de risco que possam aumentar a probabilidade de transtornos no desenvolvimento da criança.

Entre as condições biológicas de risco para o desenvolvimento infantil estão:

- prematuridade,
- asfixia perinatal,
- hemorragia periventricular,
- displasia broncopulmonar,
- distúrbios bioquímicos e hematológicos (hipoglicemia, policitemia e hiperbilerrubinemia),
- malformações congênitas,
- infecções congênitas ou perinatais (Zika, Toxoplasmose, Sífilis, Rubéola, Herpes, HIV, Citomagalovírus),
- restrição ao crescimento uterino e mães usuárias de drogas (RESEGUE; PUCCINI; SILVA, 2007).

Em geral, as lesões não progressivas que ocorreram no Sistema Nervoso Central (SNC) fetal ou infantil em desenvolvimento resultam em um grupo de distúrbios permanentes, entre outras, aquelas relativas ao desenvolvimento e à postura, caracterizado por alterações sensoriomotoras, que por sua vez, afetam a aquisição das habilidades e marcos do desenvolvimento neuropsicomotor. Os distúrbios motores são frequentemente acompanhados de distúrbios de sensação, percepção, cognição, comunicação e comportamento e por epilepsia. (PANTELADIS et al., 2015; ROSENBAUM et al., 2007; BAX et al., 2005)

Estudos recentes têm apontado que, além da microcefalia, diversas são condições

associadas à Síndrome Congênita do Vírus Zika, entre elas, desproporção craniofacial, hipertonia/espasticidade, hiperreflexia, irritabilidade com choro intermitente, convulsões, disfunção do tronco cerebral, incluindo dificuldades de alimentação (disfagia), artrogripose, alterações neuromotoras, auditivas e oculares. Estes estudos revelaram ainda achados como calcificações cerebrais, lisencefalia, distúrbios corticais e ventriculomegalia e hipoplasia cerebelar foram observados ao exame de imagem (ARAGÃO et al., 2016; BESNARD et al., 2016; DINIZ, 2016; MIRANDA-FILHO et al., 2016; VENTURA et al., 2016a; 2016b).

Considerando que ainda não se tem conhecimento pleno sobre todas as manifestações da síndrome, recomenda-se uma vigilância rigorosa do crescimento e do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) das crianças com e sem alterações aparentes para que tratamentos de suporte sejam iniciados o mais rápido possível, e para que esforços no campo da reabilitação ou outros cuidados especializados sejam garantidos, quando necessários.

A Organização Pan-Americana de Saúde, ainda na década 90, determinou um marco para os cuidados com o desenvolvimento infantil a partir da criação da estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Esse documento norteia, até o momento, a elaboração de políticas públicas, principalmente na área de atenção primária, e tem sido pauta prioritária do Ministério da Saúde desde então.

Atualmente se preconiza constituir esforços maiores na primeira infância, idade que vai do nascimento aos 6 anos. O Brasil tem atualmente 24 milhões de crianças nesta faixa etária, o que representa 13% da população. Elaborar programas e ações de proteção e preservação da infância saudável é uma maneira de prevenir doenças, diminuir a mortalidade infantil e promover cidadãos adultos mais saudáveis e felizes.

O acompanhamento do desenvolvimento infantil possibilita também identificar precocemente crianças que apresentam algum tipo de comprometimento cognitivo, sensorial ou motor e, com os estímulos adequados, minimizar os possíveis agravos de saúde nessas crianças.

A expressão “primeiríssima infância” define o período de idade que vai do 0 aos 3 anos é considerada um período de grande importância sob a ótica do estímulo para o desenvolvimento infantil, pois pesquisas mostram que é neste período que a criança apresenta a maior neuroplasticidade cerebral e com isso maiores possibilidades de desenvolvimento, e janela terapêutica de melhor prognóstico ao desenvolvimento.

O AIDIP é uma metodologia cujos objetivos são de prevenir, detectar e oferecer intervenções e tratamentos no momento adequado, e os marcos do desenvolvimento infantil que auxiliam profissionais da área de saúde a identificar comprometimento na criança o mais precocemente possível.

Quadro 1: VERIFICAR O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA MENOR DE 2 MESES DE IDADE

(sempre que não houver uma classificação grave que necessite referir ao hospital)

<p>PERGUNTAR: Realizou pré-natal? • Houve algum problema durante a gestação, parto ou nascimento de seu filho? • Nasceu prematuro? • Quanto pesou ao nascer? • Seu filho já teve alguma doença grave como meningite, traumatismo craniano ou convulsões? • A senhora e o pai da criança são parentes? • Existe algum caso de deficiência na família? • O que a senhora acha do desenvolvimento de seu filho?</p> <p>FAÇA PERGUNTAS ADICIONAIS: • Existem outros fatores de risco como violência doméstica, depressão materna, drogas, alcoolismo e etc.</p> <p>OBSERVE E DETERMINE: • <input type="radio"/> Perímetro cefálico • Presença de alterações fenotípicas</p>	<p>OBSERVAR:</p> <p>MENOR DE 1 MÊS • Reflexo de Moro • Reflexo cocleopalpebral • Reflexo de sucção • Braços e pernas flexionados • Mãos fechadas</p> <p>1 MÊS A < 2 MESES • Vocaliza • Esperneia alternadamente • Abre as mãos • Sorriso social</p>
--	---

LEMBRE-SE:

Se a mãe disse que seu filho tem algum problema no desenvolvimento, fique mais atento na avaliação desta criança.

CLASSIFICAR O DESENVOLVIMENTO

- :: Ausência de um ou mais reflexos/ posturas/ habilidades para sua faixa etária; ou
- :: Perímetro cefálico <p10 ou >p 90; ou
- :: Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas
- :: Reflexos/posturas/habilidades presentes para sua faixa etária;

PROVÁVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO

- :: Referir para avaliação neuropsicomotora

- :: Perímetro cefálico entre p 10 e p 90;
- :: Ausência ou presença de menos que 3 alterações fenotípicas;
- :: Existe um ou mais fatores de risco

DESENVOLVIMENTO NORMAL COM FATORES DE RISCO

- :: Orientar a mãe sobre a estimulação de seu filho
- :: Marcar consulta de retorno em 15 dias
- :: Informar a mãe sobre os sinais de alerta para retornar antes de 15 dias

- :: Reflexos/posturas/habilidades presentes para sua faixa etária;
- :: Perímetro cefálico entre p 10 e p 90;
- :: Ausência ou presença de menos que 3 alterações fenotípicas;
- :: Não existem fatores de risco

DESENVOLVIMENTO NORMAL

- :: Elogiar a mãe
- :: Orientar a mãe para que continue estimulando seu filho
- :: Retornar para acompanhamento conforme a rotina do serviço de saúde
- :: Informar a mãe sobre os sinais de alerta para retornar antes

Quadro 2: VERIFICAR O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA DE 2 MESES A 2 ANOS DE IDADE

(sempre que não houver uma classificação grave que necessite referir ao hospital)

<p>PERGUNTAR: Realizou pré-natal?</p> <ul style="list-style-type: none">Houve algum problema durante a gestação, parto ou nascimento de seu filho?Nasceu prematuro?Quanto pesou ao nascer?Seu filho já teve alguma doença grave como meningite, traumatismo craniano ou convulsões?A senhora e o pai da criança são parentes?Existe algum caso de deficiência na família?O que a senhora acha do desenvolvimento de seu filho? <p>FAÇA PERGUNTAS ADICIONAIS:</p> <ul style="list-style-type: none">Existem outros fatores de risco como violência doméstica, depressão materna, drogas, alcoolismo e etc. <p>OBSERVE E DETERMINE:</p> <ul style="list-style-type: none">○ Perímetro cefálico● Presença de alterações fenotípicas	<p>OBSERVAR:</p> <p>2 meses</p> <ul style="list-style-type: none">Ficha o olhar o rosto do examinadorSegue objeto na linha médiaReage ao somEleva a cabeça <p>4 meses</p> <ul style="list-style-type: none">Responde ao examinadorSegura objetosEmite sonsSustenta a cabeça <p>6 meses</p> <ul style="list-style-type: none">Alcança um brinquedoLeva objetos a bocaLocaliza o somRola <p>9 meses</p> <ul style="list-style-type: none">Brinca de esconde achouTransfere objetos de uma mão para outraDuplica sílabasSenta sem apoio	<p>12 meses</p> <ul style="list-style-type: none">Limita gestos (ex: bater palmas)Segura pequenos objetos com a ponta dos dedos em forma de pinçaProduce JargãoAnda com apoio <p>15 meses</p> <ul style="list-style-type: none">Executa gestos a pedidoColoca cubos na canecaProduce uma palavraAnda sem apoio <p>18 meses</p> <ul style="list-style-type: none">Identifica 2 objetosRabisca espontaneamenteProduce três palavrasAnda para trás <p>24 meses</p> <ul style="list-style-type: none">Tira roupaConstrói torre com 3 cubosAponta duas figurasChuta a bola
--	---	---

LEMBRE-SE:

Se a mãe disse que seu filho tem algum problema no desenvolvimento, fique mais atento na avaliação desta criança.

CLASSIFICAR O DESENVOLVIMENTO

- Perímetro cefálico <10 ou >90; ou
- Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas
- Ausência de um ou mais reflexos/ posturas/ habilidades para sua faixa etária;

PROVÁVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO

- Referir para avaliação neuropsicomotora

- Ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária

POSSÍVEL ATRASO DE DESENVOLVIMENTO

- Orientar a mãe sobre a estimulação de seu filho
- Marcar consulta de retorno em 30 dias
- Informar a mãe sobre os sinais de alerta para retornar antes de 30 dias

- Todos os marcos para a sua faixa etária
- estão presentes mas existem um ou mais fatores de risco

DESENVOLVIMENTO NORMAL COM FATORES DE RISCO

- Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes

DESENVOLVIMENTO NORMAL

- Elogiar a mãe
- Orientar a mãe para que continue estimulando seu filho
- Retornar para acompanhamento conforme a rotina do serviço de saúde
- Informar a mãe sobre os sinais de alerta para retornar antes

A literatura especializada que trata do desenvolvimento no período da infância descreve que ele não é o resultado estrito de uma adequada maturação do sistema nervoso central (SNC). O desenvolvimento infantil típico também resulta de vários outros fatores: biológicos, relacionais, afetivos, simbólicos, contextuais e ambientais. Essa pluralidade de fatores e dimensões envolvidas com o desenvolvimento infantil se expressa nas vivências e nos comportamentos dos bebês e das crianças, nos modos como agem, reagem e interagem com objetos, pessoas, situações e ambientes. Pode-se dizer que a aquisição de marcos de desenvolvimento pelas crianças depende do funcionamento do SNC e de outras dimensões do funcionamento orgânico, bem como da carga e da qualidade dos estímulos e das relações que a criança vivencia.

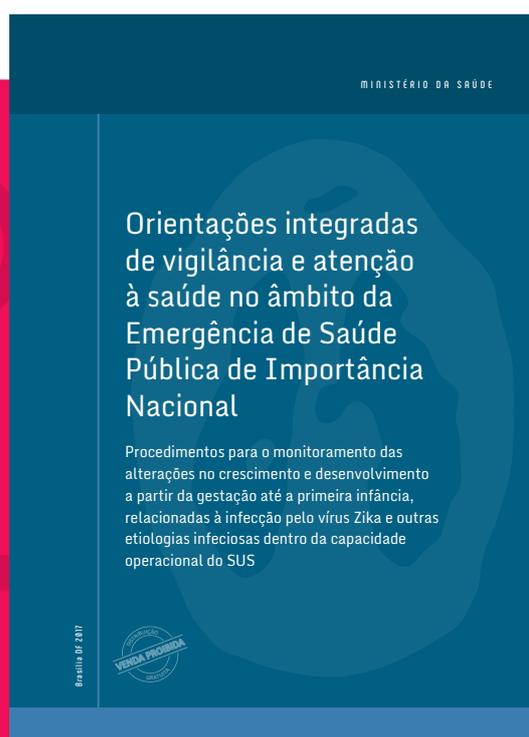
A primeira condição e uma das mais fundamentais para o desenvolvimento é o afeto. Uma criança que não recebe afeto e amor da sua família dificilmente terá um bom desenvolvimento. As experiências sociais e ambientais tem um impacto muito grande também para esse processo. Nesse caso, serviços de saúde precários, ausência ou escassez de recursos sociais e educacionais, violência, abuso, maus-tratos, problemas de saúde no eixo familiar, práticas inadequadas de cuidado são condições de risco para o desenvolvimento. Esses inúmeros fatores que compõe as condições para o um adequado desenvolvimento é muito importante para que as ações e programas de estimulação do desenvolvimento da criança sejam integrados e inter-relacionados.



As diretrizes do Ministério da Saúde para a estimulação precoce

A Atenção Básica como ordenadora e coordenadora do cuidado integral à criança com SCZ tem a missão de encaminhar para os serviços de estimulação precoce e reabilitação de sua referência. Estas crianças deverão ser acompanhadas por grupo multiprofissional, composto por fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos entre outros, de acordo com suas necessidades. O encaminhamento precoce aos serviços de reabilitação é imprescindível para que estas crianças possam ser estimuladas, e assim desenvolverem ao máximo suas potencialidades, minimizando as consequências das lesões neurológicas que possuem. A estimulação precoce associada à plasticidade do SNC permite que novos circuitos neurológicos sejam formados nestas crianças, beneficiando o seu desenvolvimento e o seu processo de aprendizagem.

Leitura Recomendada: "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" [recurso disponível Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.





A importância da estimulação precoce/ intervenção precoce

A substituição do termo “estimulação precoce” por “intervenção precoce” vem sendo assumida por um número cada vez maior de profissionais de reabilitação, pois define de maneira mais eficiente o conjunto de ações de intervenção (identificação de riscos, diagnósticos, orientações e ações de reabilitação) que devem ocorrer o mais cedo possível. Esta intervenção que visa minimizar as alterações do desenvolvimento e oti-

mizar o processo de reabilitação poderá promover um futuro com mais autonomia e inclusão social.

O programa de intervenção precoce deve estar integrado e desenhado com algumas premissas, tais como: respeitar a equiparação de oportunidades, a inclusão, a independência, os direitos e a vontade da criança e valorizar os recursos de tecnologia como ferramenta.

O envolvimento da família neste programa de estimulação precoce é fundamental. O vínculo afetivo e a estimulação no ambiente domiciliar são os principais elementos para otimizar o processo de desenvolvimento da criança, quando as responsabilidades são compartilhadas entre pais e profissionais e as chances de sucesso são maiores.

O emprego de programas de estimulação precoce podem prevenir ou atenuar os possíveis atrasos ou defasagens no processo evolutivo infantil. Mais de cinquenta por cento de crianças com deficiência poderiam atingir o desenvolvimento normal, desde que se adotassem, efetivamente, medidas de prevenção. Dentre as que se destacam, estão aquelas referentes à estimulação precoce. (MEC, SEESP, 1995)

A Organização Mundial de Saúde OMS apontou a estimulação precoce dentre as estratégias para o desenvolvimento do potencial de crianças afetadas pelo Vírus Zika na publicação “Zika Strategic Response Plan”, lançada em 2016.

As estratégias mencionadas são configurar uma rede com os seguintes serviços:

- serviços de reabilitação,
- estimulação precoce/ intervenção precoce,
- assistência e proteção social,
- suporte psicológico e
- cuidados especializados de saúde e educação.

O documento da OMS também reforçou que os serviços sociais e de saúde precisam desenvolver urgentemente mecanismos intersetoriais incluindo: “suportes não clínicos e de redução do estigma para as famílias e crianças afetadas, atendimento educacional especializado de longo prazo e medidas de proteção social.” (WHO, 2016).

Nesse mesmo sentido, a estimulação precoce/ intervenção precoce também consta na Portaria Interministerial nº 405/2016, como parte dos objetivos da Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia, no âmbito do SUS, orientando como fazer os encaminhamentos aos serviços assistenciais mais adequados para prover a assistência na estimulação precoce, conforme os protocolos assistenciais estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

O Programa de Estimulação Precoce envolve um conjunto de ações interdisciplinares com técnicas e recursos terapêuticos adequados para bebês e crianças com diagnósticos de doenças ou síndromes que, caso não tenha intervenção e acompanhamento, podem afetar seu desenvolvimento:

- motor,
- cognitivo,
- linguístico,
- social.

Nesse contexto, os profissionais de saúde devem identificar, durante o acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, as crianças que apresentam comprometimentos, orientar os seus responsáveis sobre a estimulação precoce e encaminhar para o serviço especializado, conforme indica o “Protocolo de Vigilância e Resposta à Ocorrência de Microcefalia e/ou al-

terações do Sistema Nervoso Central”, do Ministério da Saúde.

O Governo, junto com a sociedade, tem um importante papel nesse trabalho, que implica na formulação de políticas públicas que possam permitir o acesso da população às terapias de estimulação.

O foco dos programas de estimulação precoce/ intervenção precoce devem ser voltados para:

- o melhor desenvolvimento

- atuação em sequelas do desenvolvimento neuropsicomotor
- contribuir na socialização
- contribuir no vínculo mãe/bebê
- contribuir na compreensão e no acolhimento familiar dessas crianças.
- orientar pais e familiares sobre posicionamento adequado para alimentação, banho, nas brincadeiras e atividades do dia a dia.

Além disso, é importante ressaltar que, se realizado no momento adequado, o Programa de Estimulação Precoce pode trazer inúmeros benefícios, como:

- ampliação das competências das crianças
- redução das suas limitações
- estabelecimento de funções motoras
- preparação para realização de atividades práticas
- concretização de uma vida saudável e plena
- desenvolvimento nas áreas sensoriais, cognitivas, do equilíbrio corporal e da linguagem.

As estratégias desenvolvidas na Estimulação Precoce devem compreender não apenas as deficiências, mas também a sua interação social, para alcançar resultados melhores como a plena in-

clusão e a participação em todos os aspectos da vida, como previsto na Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU).

Algumas premissas devem ser consideradas para que os benefícios sejam possíveis:

- envolvimento dos pais e familiares é essencial no programa;

A equipe deve ser transparente a todo momento sobre a condição e desenvolvimento da criança;

Convivência acolhedora com adultos e membros da família;

- O programa deve ser planejado, organizado, estruturado e ao mesmo tempo motivador, com foco sempre no desenvolvimento da criança;

- A família deve ser instruída para realizar a estimulação no dia a dia em atividades como: banho, vestuário, alimentação, autocuidado e brincadeira.

O início do programa deve acontecer na fase que o cérebro se desenvolve mais rapidamente, entre o nascimento e os 3 anos de idade, que é um período crítico para o desenvolvimento de habilidades pela maior neuroplasticidade. A intervenção precoce é justificada pelo processo de maturação do sistema nervoso central no período e pela capacidade de conexões e aprendizado do indivíduo durante essa fase.

Um efetivo programa de estimulação do desenvolvimento da criança deve ter seu início no período que engloba desde a concepção até os três anos de idade. Esta é a fase em que o cérebro se desenvolve mais rapidamente, constituindo uma janela de oportunidades para o estabelecimento das fundações que repercutirão em uma boa saúde e produtividade no futuro (UNICEF, 2015).

O Ministério da Saúde publicou, em 2016, as Diretrizes de Estimulação Precoce para Crianças de zero a 3 anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor, promovendo orientações específicas aos profissionais de saúde quanto ao acompanhamento e ao monitoramento do desenvolvimento infantil, bem como para orientar profissionais da reabilitação (fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, entre outros), que atuam em diferentes pontos de atenção da RAS, para realização de estimulação precoce, matriciamento às equipes de saúde e orientação às famílias de crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente Síndrome da Zika Congênita ou mesmo outras condições que demandem um cuidado semelhante.

A atenção básica tem como uma das suas atribuições o acompanhamento do desenvolvimento das crianças de seu território. Assim, é de responsabilidade sanitária das equipes de Atenção Básica atentar-se à vigilância e o cuidado, no pré-natal, visita puerperal, imunização, consultas de crescimento e desenvolvimento etc, favorecendo o vínculo e a identificação precoce de situações que necessitam ser acompanhadas de forma regular e sistemática.

Nessas situações, o fato da criança e a família serem também acompanhadas por outros serviços não reduz ou elimina a responsabilidade das equipes de Atenção Básica, reforçando o seu papel no acompanhamento conjunto dos casos de seu território. É importante também considerar interfaces com outros equipamentos do território, não somente da saúde (serviços da assistência social, escolas, creches, projetos de economia solidária, entre outros).

As equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) devem atuar de maneira integrada e complementar às AB/ESF como o objetivo de ampliar o escopo das ações contribuindo dessa forma para a integralidade e resolutividade do cuidado, a partir das necessidades identificadas. Nesse sentido, o NASF e as AB/ESF assumem responsabilidade compartilhada no cuidado às crianças desde o pré-natal até a reabilitação.

Os profissionais do NASF ou outros profissionais da reabilitação vinculados às equipes de atenção básica, podem atuar diretamente na avaliação e no atendimento às crianças (por exemplo, na estimulação precoce), qualificando os encaminhamentos, quando pertinentes, aos serviços especializados de reabilitação. Nesse sentido, é fundamental que as equipes de Atenção Básica/Saúde da Família, do NASF e dos serviços especializados de reabilitação trabalhem de modo integrado, sob a lógica de rede, garantindo um cuidado integral e qualificado a estas crianças e suas famílias.

A capilaridade da Atenção Básica é central na capacidade de promover o acolhimento, orientação, acompanhamento e continuidade do cuidado às crianças com atrasos no desenvolvimento e suas famílias, promovendo a busca ativa dessas crianças e suas famílias e o desenvolvimento de ações Interse-

Outras publicações do Ministério da Saúde relacionadas à avaliação e acompanhamento do desenvolvimento infantil na Atenção Básica, Apoio Psicossocial e Orientação às famílias no contexto da Síndrome da Zika Congênita poderão ser acessadas no portal do Ministério da Saúde <www.saude.gov.br>.

riais, com destaque para as ações de proteção social desenvolvidas pelos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS).

As AB/ESF deverão ainda oferecer às famílias apoio psicossocial sempre que necessário acolhendo as angústias, dúvidas e medos por meio de uma escuta qualificada. As AB/ESF poderão necessitar do apoio matricial de profissionais de saúde mental, por intermédio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), dos CAPS ou mesmo de outros profissionais e serviços do município. Os casos mais graves de sofrimento psíquico ou outros transtornos mentais que excedam sua capacidade de atenção devem ser referenciados para os CAPS ou outros serviços especializados.

O cuidado às crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor nos Serviços Especializados em Reabilitação, que trata de serem serviços de referência de cuidado e proteção das crianças, familiares e acompanhantes nos processos de estimulação precoce, reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomias e múltiplas deficiências. Estes serviços devem:

1. produzir, em conjunto com o usuário, seus familiares e acompanhantes, e de forma matricial na rede de atenção, um Projeto Terapêutico Singular, baseado em avaliações multidisciplinares das necessidades e capacidades funcionais de cada criança, incluindo

dispositivos e tecnologias assistivas, e com foco na produção da autonomia e o máximo de independência em diferentes aspectos da vida;

2. garantir que a indicação de dispositivos assistivos devem ser criteriosamente escolhidos, bem adaptados e adequados ao ambiente físico e social, garantindo o uso seguro e eficiente;

3. melhorar a funcionalidade e promover a inclusão social das pessoas com deficiência em seu ambiente social, através de medidas de prevenção da perda funcional, de redução do ritmo da perda funcional, da melhora ou recuperação da função; da compensação da função perdida; e da manutenção da função atual;

4. estabelecer fluxos e práticas de cuidado à saúde contínua, coordenada e articulada entre os diferentes pontos de atenção da rede de cuidados às pessoas com deficiência em cada território;

5. realizar ações de apoio clínico-assistencial na Atenção Básica, no âmbito da Região de Saúde de seus usuários, compartilhando a responsabilidade com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde;

6. articular-se com a Rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) da Região de Saúde a que pertença, para acompanhamento compartilhado de casos, quando necessário;

7. articular-se com a Rede de Ensino da Região de Saúde a que pertença, para identificar crianças e adolescentes com deficiência e avaliar suas necessidades; dar apoio e orientação aos educadores, às famílias e à comunidade escolar, visando à adequação do ambiente escolar às especificidades das pessoas com deficiência.

8. sempre que necessário, o transporte sanitário poderá ser utilizado pelas famílias de crianças que não apresentem condições de mobilidade e acessibilidade autônoma aos meios de transporte convencional ou que manifestem grandes restrições ao acesso e uso de equipamentos urbanos. Este tipo de serviço pode ser prestado através dos furgões adaptados vinculados aos Centros Especializados em Reabilitação – CER, que se caracteriza por ofertar embarque em suas residências ou em locais próximos a sua residência e desembarque nos CER, garantido dessa forma o acesso ao tratamento. Os fluxos, bem como os horários e rotas serão definidos pelos gestores locais.

As equipes de Saúde deverão atentar para o encaminhamento da criança com a Síndrome da Zika Congênita para acompanhamento nos serviços de assistência social, como os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), com vistas ao apoio e proteção à criança e à sua família. As equipes dos CRAS irão identificar as barreiras e construir alternativas para superar as situações que dificultam o acesso e o acompanhamento no processo de esti-

mulação precoce e outros cuidados de saúde dessas crianças, bem como orientarão as famílias quanto aos benefícios assistenciais e sobre a possibilidade de requerer o Benefício de Prestação Continuada (BPC) , quando atenderem aos critérios estabelecidos.

O BPC é um benefício da Política de Assistência Social, individual, não vitalício e intransferível, que garante a transferência mensal de 1 (um) salário mínimo à pessoa com deficiência, cuja família não apresente condições de prover a própria manutenção. Este benefício pode ser indicado para as crianças com Síndrome da Zika Congênita cuja família se enquadre nos pré-requisitos, ou seja, ficar comprovado que a família tenha renda familiar per capita inferior a um quarto de salário mínimo.

Além da comprovação da renda, é necessária a realização de uma avaliação médica e social completa, considerando a deficiência não só como alterações nas funções e nas estruturas do corpo, mas também os fatores ambientais, sociais e pessoais envolvidos e seu impacto na limitação do desempenho de atividades e a restrição da participação social.

O Programa de Estimulação Precoce requer alguns tópicos essenciais para a boa execução do programa:

1. A Participação da Família;
2. Equipe Multidisciplinar;
3. Técnicas de Estimulação das Funções;
4. Kit de Materiais;



A participação da família

A família transmite sua cultura, seus valores e atitudes, os seus conhecimentos e habilidades para a vida, assim como oferece suporte emocional, social, educacional e financeiro para as crianças. Quando há uma criança com deficiência, o papel dos membros familiares torna-se ainda mais importante, mais responsivo, pois a criança necessita de um maior envolvimento em seus cuidados e em sua estimulação. (APUD: YAEGASHI; MIRANDA; KOMAGRONE, 2001)

O envolvimento da família no processo de desenvolvimento da criança é fundamental. O afeto e amor são os principais elementos para o processo de desenvolvimento. Uma criança que se sente amada é uma criança mais segura para enfrentar o mundo e mais disponível para os aprendizados. Quando o programa é definido tendo como eixo central a família e as responsabilidades são compartilhadas entre pais e profissionais, as chances de sucesso são maiores.

A participação da família no processo de estimulação da criança, principalmente as crianças com deficiência, só traz benefícios. Ao envolver os familiares nas propostas de intervenção precoce e estímulo é possível aumentar o alcance e incluir no cotidiano da criança atividades que irão ajudá-la em seu desenvolvimento. Esse estímulo vai

favorecer a criação de vínculos afetivos e ajudar a família, muitas vezes, a aceitar melhor e superar a dor do nascimento de uma criança com deficiência, por exemplo.

O próprio ambiente familiar precisa ser estimulador, cada troca de posição, troca de roupa, oferta de brinquedos, banho, deve ser acompanhados de estímulos verbais e táteis. Sempre que possível à criança deve estar perto dos pais, cuidadores, irmãos, enquanto estiverem trabalhando, conversando, se alimentando ou brincando. Ela precisa participar da dinâmica da casa. (BRASIL, 2016)

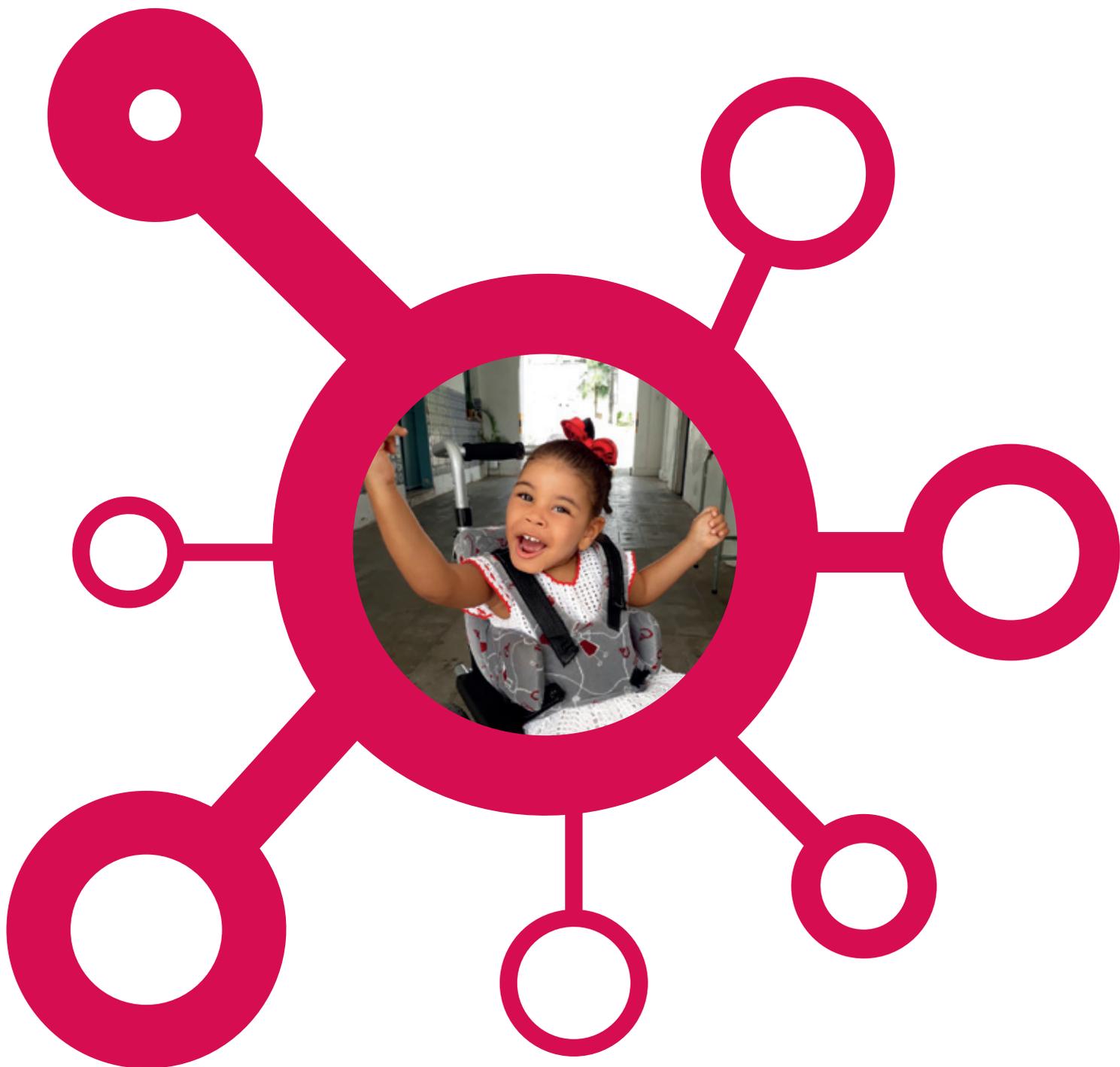
Os pais ao se depararem com um filho com deficiência, muitas vezes apresentam sentimentos como negação, culpa, raiva, medo, vergonha ou outros tipos de sentimentos que são naturais e devem ser acompanhados por profissionais

que vão oferecer suporte a essa família. O objetivo é restabelecer a confiança para que essa criança receba o apoio necessário, mas acima de tudo seja vista como indivíduo que tem limitações, mas também potenciais como qualquer outra criança. É importante evitar nesses pais sentimentos que levem à discriminação ou a superproteção que podem prejudicar a socialização do seu filho.

Por isso, associado ao programa de estimulação precoce é fundamental o suporte social. Muitos familiares abandonam ou não fazem um acompanhamento adequado também devido a problemas no eixo familiar como desemprego, doenças, condições inadequadas da habitação, violência doméstica ou outro. É necessário esse olhar holístico para garantir que o contexto familiar permita esse investimento e suporte à criança, a longo prazo.

É fundamental para um processo de independência e fortalecimento da pessoa com deficiência haver algum tipo de apoio à sua família, sobretudo às que não são devidamente estruturadas. Ao longo dos anos, o peso da exclusão vai comprometendo mais a renda e a paciência, o que pode desmotivar os familiares e travar um processo de evolução emocional, de enfrentamento do desafio sensorial ou físico imposto". (MARQUES, 2016)

O programa de estimulação que conjuga esforços junto aos familiares precisa prever a capacitação desses familiares, principalmente aquele responsável pelos principais cuidados com a criança. É preciso prepará-los para uma interação positiva, que assuma as responsabilidades com as imunizações, cuidados com uma nutrição adequada e compromisso com os tratamentos e intervenções que serão necessários ao longo do seu desenvolvimento. É importante que esse planejamento de médio e longo prazo seja construído junto com a família, considerando questões como suas condições de sobrevivência e vulnerabilidades.





O Programa de Estimulação Precoce segue um modelo de equipe multiprofissional que trabalha sob uma lógica interdisciplinar. Para isso devem ser identificados os serviços da Rede de Atenção à Saúde na região e definir as atribuições de cada equipe. O programa deve ser articulado com a Atenção Básica, a rede de ensino e com os centros de referência da assistência social, dentre outros, conforme a necessidade.

A equipe que acompanha o programa deve ter flexibilidade para estar adequada à necessidade de atendimento, que é personalizada. O trabalho em rede com a interligação das áreas de educação, assistência social e saúde é fundamental para efetividade do processo. Os membros da equipe devem participar dos processos de avaliação, conforme as suas especialidades, elaborar relatórios individuais que irão integrar um parecer conjunto.

O programa deve considerar portanto a participação de:

- médico;
- fonoaudiólogos;
- fisioterapeutas;
- terapeutas ocupacionais;
- psicólogos;
- assistente social;
- professor com formação em psicologia, pedagogia ou educação física.

Assim como as atribuições de cada equipe, também devem ser definidos objetivos claros para o desenvolvimento do trabalho. Dentre os objetivos de um Programa de Estimulação Precoce, podemos destacar:

- realizar um trabalho multiprofissional e interdisciplinar.
- maximizar o potencial de cada criança, respeitando seu ritmo.
- potencializar a contribuição dos pais e responsáveis.
- oferecer orientações aos pais e comunidade.



Estimulação das funções

Estimulação Auditiva

Possibilita o desenvolvimento da linguagem, da fala, da sociabilidade, do psiquismo e do processo educacional. A audição é estimulada por meio das habilidades auditivas: detecção, localização da fonte sonora, discriminação, reconhecimento, compreensão, atenção seletiva, e memória auditiva.

Em qualquer suspeita de comprometimento auditivo, a criança deve ser encaminhada para avaliação audiológica para diagnóstico do fonoaudiólogo.

Recursos: instrumentos musicais (chocalhos, pandeiros, sinos, tambor, prato, agogô, triângulo, etc.), vozes, aparelho de som e cd, brinquedos sonoros, musicais de corda, pianos, canções, aplicativos, livros de historinhas, entre outros.

Estimulações: Falar com a criança durante as rotinas; chamar a criança pelo nome; ir para as laterais sem que ela perceba e chamá-la pelo nome ou utilizar instrumento para que detecte e o localize (importante não dar pista visual); dizer sempre o que está fazendo com ela; nomear objetos e partes do corpo; cantarolar; repetir os sons que ela produz; apresentar sons em dife-

rentes volumes, tipos e frequências, em distâncias e posições diferentes, fora do seu campo de visão; contar histórias; usar aparelho de som com música forte a qual pode sentir a vibração do som ao colocar as mãos; utilizar as mãos da criança para perceber os diferentes sons da fala ao tocar a face e a laringe (pescoço) da mãe, cuidador, ou terapeuta; entre outros.

Estimulação Visual

Possibilita o desenvolvimento da autoestima, da independência e da integração social, além de estimular a visão funcional e prevenir deficiências associadas, decorrentes da condição da visão.

Toda criança com a SCZ deve ser encaminhada para avaliação oftalmológica. No caso de perda visual, baixa visão ou cegueira, a criança deve ser acompanhada por centros especializados para treinos de orientação e mobilidade, indicação de uso de tecnologias assistivas para sua autonomia e inclusão social.

Recursos: Lanternas, objetos luminosos, mobiles; objetos de vários formatos e de cores intensas e contrastantes; aplicativos para estimulação de bebês; tapetes coloridos; brinquedos; espelhos; utensílios domésticos, entre outros.

Estimulações: Olho no olho; apresentar os objetos aproximando-os dos olhos da criança e em movimento, dentro e fora do campo visual estimulando-a a pega-los e manuseá-los; usar jogos de luzes; apresentação do corpo e de suas partes através do espelho.

Estimulação Tátil

A estimulação tátil deve ser ofertada precocemente. É através desta experiência sensorial que a criança desperta sua curiosidade, favorecendo o desenvolvimento da atenção (BRASIL, 2016).

Recursos: tecidos com texturas diferentes, buchas de duas faces, pompons de lã; plásticos; madeiras; objetos de borracha; bola de cravo; brinquedos de vibração; escovas com cerdas macias; materiais de uso diário como cereais, água e areia; bichinhos de pelúcia e outros.

Estimulações: Passar após as rotinas de higiene diferentes texturas no corpo para consciência corporal e tonificação dos músculos; nas sessões de tratamento apresentar a criança texturas e temperaturas diferentes para discriminação tátil.

Estimulação Olfativa e Gustativa

Estimular o olfato e o paladar, reconhecer diferentes odores e sabores. Dentre os sentidos, o olfato e a gustação são altamente específicos, pois a capacidade de percepção dos odores

e sabores variam de um indivíduo para outro, além de o mesmo odor ou sabor provocar reações diversas, prazerosas ou não, em diferentes pessoas.

Recursos: Café, temperos, cravo da Índia, camomila; flores; sachês; chocolate; comidas caseiras, frutas, verduras.

Estimulações: Apresentar as narinas diferentes odores, em diferentes distâncias; deixar que a criança sinta o cheiro de cada uma das substâncias, ressaltando as que tem aspecto semelhante, mas cheiro diferente; apresentar separadamente cada ingrediente para cheirar e depois provar; oferecer a crianças sabores variados, como doce, salgado, amargo e azedo e etc.

Estimulação da função motora

Possibilita o desenvolvimento e/ou adequação da motricidade, do tônus muscular dos reflexos e reações primitivas.

Quanto mais tarde iniciar a estimulação, mais defasado será o desenvolvimento motor. Existem diversas técnicas de estimulação precoce/ intervenção precoce para bebês com microcefalia. É preciso buscar a mais adequada ao quadro neuropsicomotor do bebê.

O excesso de estímulos também não é benéfico, por isso precisa ser orientado e bem dosado. Recursos: Tapetes; mesas, tablados, bolas, rolos, espelhos, tabua de equilíbrio, cunhas, calças para posicionamento, entre outros.

Estimulações: alongamentos; mobilizações, mudanças de decúbitos; inibição de padrões patológicos; estimulação de reações de retificação e equilíbrio; estimulação proprioceptiva; estimulação de coordenações sensório-motoras; estimulação do controle cefálico, do rolar, do sentar, do engatinhar, do agachar e ajoelhar, do andar e explorar o ambiente.

Estimulação da função manual

Possibilita o uso da função manual que envolve questões como: alcance, preensão e manipulação (movimentos digitais e exploração tátil). É através do uso funcional das mãos que a criança explora o mundo, se desenvolve e realiza as atividades de vida diária.

Nos casos de deformidades, deve avaliar a possibilidade de confecção de órtese de posicionamento e órtese abduzora de polegar ou outras, que favoreçam a abertura da mão e as funções que possibilitam pegar objetos.

Recursos: brinquedos diversos, encaixes, argolas, argila, massa de modelar, meleca; lápis, tintas, vasilhas com diferentes elementos, entre outros.

Estimulações: levar mãos a boca e as diferentes partes do corpo para consciência corporal, bater palmas, dar tchau, estimular a pinça, explorar formatos, tamanhos, espessuras e texturas diversas; alcançar objetos em distâncias diferentes; estimular o rabiscar e o pintar com as mãos.

Estimulação das habilidades cognitivas e sociais

Possibilita o desenvolvimento das relações e conexões entre as funcionalidades: sensorial, perceptiva, motora, linguística, intelectual e psicológica.

A estimulação neste caso envolve atividades para o desenvolvimento da socioafetividade e da cognição da criança de forma evolutiva, de acordo com a sua idade e suas potencialidades.

Dentre os objetivos da estimulação, estão questões como: vínculo afetivo, autoconhecimento, socialização, autonomia, reconhecimento e percepção sensorial.

Recursos: Pessoas; brinquedos de formas e tamanhos diferentes, vibratórios, luminosos, sonoros; educativos e interativos; jogos de encaixe; espelho; objetos de uso cotidiano.

Estimulações: brincadeiras no colo; cantar, conversar, manter contato visual, treinar reconhecimento das partes do corpo, fazer caretas, estimular imitações, deixar a criança desvendar os espaços, interagir com móvel, interagir com espelho e com objetos variados, convívio com crianças da mesma idade e outras pessoas.

Estimulação da linguagem

Possibilita o desenvolvimento na organização das percepções, na aquisição e estruturação de informações, na aprendizagem e nas interações sociais.

Sempre de uma forma lúdica e motivadora, a estimulação da linguagem acontece a partir das atividades de vida diária, do brincar, da contação de história e sempre que houver comunicação, diálogos e conversas.

Recursos: Voz, brinquedos sonoros; livros com gravuras; fotos da família; canções infantis;

Estimulações: brincadeiras com diferentes entonações e modulações da voz humana; repetir os sons produzidos para desenvolver a capacidade de imitação de estímulos auditivos; conversar; devolver as palavras ditas de maneira correta e em forma de frase; exercícios de sucção/deglutição/mastigação; soltar beijos, encher bochechas; explorar no dia a dia dizer os nome dos objetos, sua função e utilidades entre outros.

Estimulação da motricidade orofacial

Possibilita o desenvolvimento da motricidade oral. Para isso é importante o acompanhamento da promoção e eficiência do aleitamento materno, das habilidades e funções da respiração e deglutição. O objetivo da estimulação precoce/ intervenção precoce é promover o aleitamento materno otimizando as condições de força, mobilidade sensibilidade, e coordenação entre as funções de sucção, respiração e deglutição.

Recursos: seringa; estetoscópio, canu-

dos, mordedor; bicos; espátula; escovas; colheres (talheres); gazes, copos adaptáveis, cotonete estéril (swab), língua de sogra; apito; luva (de vinil); alimentos variados como frutas, carne de macia a dura; bandagem elástica terapêutica.

Estimulações: Eliciar ou inibir os reflexos primitivos a depender da idade cronológica do bebê. Adequar a postura (tronco elevado) para a alimentação com maior segurança. Favorecer movimento adequado de língua para a deglutição e posterior mastigação. Estimular sucção nutritiva e não-nutritiva; treinar deglutição de forma direta ou indireta; explorar os estímulos táteis, olfativos, térmicos, gustativos e proprioceptivos. Trabalhar a transição da consistência alimentar. Realizar manobras de elevação laríngea, de deglutição, e de limpeza de via aérea. Exercitar lábios, língua e músculos da face (exemplo: fechamento labial com auxílio dos dedos, soltar beijos, estalar língua, soprar).



Tecnologias assistivas

Nas estratégias adotadas no programa de estimulação precoce/intervenção precoce, um aliado importante a ser considerado é o uso de tecnologias assistivas, que são recursos, apoios e serviços que ajudam a minimizar limitações apresentadas pelo sujeito durante o desempenho de qualquer atividade.

O termo “tecnologia assistiva (TA)” passou a ser adotado pela legislação brasileira recentemente com a Lei Brasileira da Inclusão da Pessoa com Deficiência, de nº 13.146/2015 consiste em todo o arsenal de recursos e serviços que contribuem para proporcionar ou ampliar habilidades funcionais de pessoas com deficiência.

Seu uso é bastante personalizado, tendo em vista sempre as potencialidades de cada pessoa com o objetivo de maximizar a autonomia, a independência, a mobilidade e a qualidade de vida e podem variar de um par de óculos, um simples lápis adaptado para facilitar seu manuseio, uma simples bengala a um complexo sistema computadorizado.

A Tecnologia Assistiva é fruto da aplicação de avanços tecnológicos em áreas já estabelecidas. É uma disciplina de domínio de profissionais de várias áreas do conhecimento, que interagem para restaurar a função humana.

Exemplos de tecnologias assistivas apontados nas diretrizes do MS

- Órteses para membro superiores e inferiores;
- Meios auxiliares (cadeira de rodas, almofadas, assentos, estabilizadores ortostáticos e outros recursos de adequação postural; andador);
- Adequação em bicicletas, balanços, brinquedos de playground adaptados;
- Pranchas para comunicação com letras ou imagens, aplicativos de comunicação para tablets, mouses adaptados com o uso dos olhos e outras adaptações;
- Lentes, lupas, softwares, leitores de tela, bengalas para limitações de visão;
- Recursos para as atividades de vida diária, pensando em: alimentação, autocuidado, banho, vestuário, transferências, escrita e desenho,
- entre outros.

Ao longo do desenvolvimento da criança e até a idade adulta as tecnologias assistivas terão um papel fundamental para auxiliar na elaboração de diversas tarefas: domésticas, escolares, laborais e de lazer. São instrumentos fundamentais para a conquista da autonomia da pessoa com deficiência. É importante que a família e os profissionais estimulem desde cedo a busca por esses recursos complementares a estimulação precoce/ intervenção precoce.

Comunicação Alternativa (CA)

A CA, ampliada ou suplementar auxilia as pessoas com dificuldades comunicativas mediante alguma deficiência, a se expressarem de forma ativa e eficiente.

A comunicação precisa ser desenvolvida independente do grau de comprometimento da linguagem verbal e não verbal, e esta deve ser planejada conforme a necessidade e rotina diárias da criança. Muitas vezes, os estímulos visuais oferecidos por meio de cartões com as categorias de animais, de higiene, alimentação, entre outros, fotos de familiares, pranchas com cores, desenhos que ilustram frases, entre outros, favorecem ao surgimento da fala, que embora tardia e restrita torna-se relevante para uma melhor comunicação.

Por mais que a criança não demonstre intenção comunicativa, deve-se conversar, cantar, nomear objetos, animais e pessoas, estimular a imitação com apoio dos recursos da Comunicação

que complementar ou substituirá sua fala. Faz-se importante observar o movimento dos olhos da criança, a qual pode utilizar-se de rastreo visual para responder sua preferência, ou às perguntas diante das opções para escolha apresentadas, como por exemplo: Você gosta mais de azul ou amarelo?

A equipe de reabilitação deve ter o treinamento apropriado, ter responsabilidade pela correta prescrição e fazer o acompanhamento do uso destes recursos de forma a garantir eficácia do dispositivo considerando as necessidades, capacidades, contextos econômico e social da criança e seus familiares.

Segundo Winnicott, o brincar tem importância para o desenvolvimento emocional e das relações afetivas entre a criança e a família, pois a partir dessas interações inicia-se a formação de símbolos e significados muito importante para a criança com atraso no desenvolvimento;

O processo de intervenção envolve todas as rotinas diárias desde o nascimento, e isso inclui também as brincadeiras. São esses momentos de diversão, tanto no lar como nos espaços de reabilitação e de educação, que aceleram o trabalho de estimulação precoce.

Além de estimular a criatividade, a diversão e a descontração, o brincar é essencial no desenvolvimento de habilidades motoras, perceptivas e cognitivas. Brincar é coisa séria e aparece como pressuposto no trabalho

de Estimulação Precoce/ Intervenção precoce. É um direito previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente, que deve ser respeitado e aproveitado como um potente instrumento para esse desenvolvimento.

Segundo as diretrizes do Ministério da Saúde, o brincar também é meio para alcançar objetivos da estimulação precoce/ intervenção precoce, e dentre as contribuições destaca:

- Desenvolvimento da habilidade motora fina;
- Controle postural;
- Desenvolvimento de conceitos;
- Oportunidade de descobrir novas fronteiras de desenvolvimento;
- Ensaio de papéis sociais e ocupacionais;
- Exploração dos sentidos do mundo em que vive;
- Desenvolvimento de habilidades perceptuais e intelectuais;
- Aquisição de linguagem e integração de habilidades cognitivas;

Ao brincar a criança inicia sua interação com o mundo, um processo que envolve experimentação, relacionamento e comunicação. Com as novas tecnologias, muitas brincadeiras surgem a cada dia, mas também muitas brincadeiras são transmitidas de geração em geração. O aprendizado dessas brincadeiras

ajuda a estabelecer conexões entre gerações e contribui para o conhecimento e perpetuação dos valores regionais, culturais e sociais.

Existem brinquedos para todas as idades, e os comportamentos ao brincar variam conforme a faixa etária da criança. As diretrizes de estimulação precoce do Ministério da Saúde apresentam um quadro de tipos de brincadeiras, conforme faixa de idade, considerando o interesse e comportamento em cada faixa etária:

- **Até 1 ano e meio** - fase de descoberta do corpo e do ambiente: os brinquedos e brincadeiras sugeridos são aqueles que eles podem manipular, escutar e deslocar.

- » móbile, brinquedos musicais e para morder, quadro de atividades, esconde-esconde, entre outros.

- **Entre 1 ano e meio e 3 anos** - fase de exploração: o principal interesse da criança é explorar, fazer de conta, estar com outras crianças e afirmar-se.

- » Bolas, triciclo, instrumentos musicais, massinha, escorregador, balanço, entre outros.

- **Entre 3 e 6 anos** - fase de brincar por excelência, quando o comportamento passa a ser mais imaginativo e o interesse maior é socializar e colaborar:

- » Livros de história, fantasias, fantoches, miniaturas, gravador, canções e alguns jogos simples são bem vindos.

O terapeuta ocupacional tem papel importante na adaptação do brinquedo e brincadeiras às condições neuropsicomotoras da criança. As brincadeiras devem ser acessíveis, universais, respeitando a diversidade e possibilitando a participação de todas as crianças, sem nenhum tipo de discriminação.

Confiram algumas dicas para que as sejam brincadeiras inclusivas:

- Saiba que não existe receita para isso.
- Não tenha receio em arriscar. O objetivo é que todos se divirtam.
- Aproveite a oportunidade e brinque também.
- Não se prenda a regras, seja criativo e inove nas adaptações necessárias.
- Estimule também a produção do brinquedo.
- Encontre soluções que sejam resolutivas e que superem obstáculos.
- Saiba separar e distinguir deficiência de doença.
- Sempre procure interagir com a criança, a envolva nas conversas e atividades.
- Estimule as capacidade, qualidades e vocações que identificar.
- Respeite o nível de tolerância e de concentração, o tempo de aprendizado e a forma de expressão da criança.
- Procure sempre recursos que a motivem a aprender.
- Utilize recursos que estimulem outros sentidos nas atividades.
- Jamais subestime as suas capacidades.
- Estimule o uso do braile para crianças com limitações visuais.
- Seja claro e objetivo nas orientações.



Lei brasileira de inclusão da pessoa com deficiência e o direito à saúde

1. INTRODUÇÃO

O Brasil incorporou em sua organização jurídica e social a ideia de Estado Democrático de Direito. A Constituição de 1988 protege, em seu Art. 5º, os direitos individuais e coletivos, afirmando que *“todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”*.

Ao mesmo tempo em que reconhece e protege os direitos individuais civis e políticos, o Estado de Direito brasileiro protege os direitos sociais, ao reconhecer, na Constituição de 1988, que *“são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”*.

Como dispõe a Constituição Federal em seu artigo 196, um dos deveres do Estado para a garantia do Direito à Saúde é a redução dos riscos de doenças e outros agravos à saúde. Trata-se de tarefa de extrema complexidade, já que a própria noção do risco, ou especificamente do risco sanitário, depende de

uma série de variáveis, destacando-se as variáveis ambientais, econômicas, culturais, sociais, morais e políticas.

No Estado Democrático de Direito Brasileiro, o direito sanitário vem crescendo justamente para responder às recorrentes demandas da sociedade pela redução ou eliminação dos riscos à saúde. O aumento das epidemias relacionadas às arboviroses no Brasil, notadamente a Dengue, o Zika e a Chikungunya, demonstra claramente a importância que a ação estatal no campo da vigilância em saúde possui.

De acordo com a Constituição, o SUS configura, no Brasil, uma Política de Estado, que deve ser aprimorada e desenvolvida por todo e qualquer governo

que ocupe transitoriamente o Poder. Os diferentes governos até podem (e devem) criar políticas específicas que visem a melhoria e o incremento do SUS, mas será considerada inconstitucional toda política pública que visar acabar ou reduzir com o sistema público universal de saúde no Brasil.

Para melhor explicar os contornos do dever estatal de proteger o Direito à saúde, a Constituição Federal prevê que as ações e serviços de saúde são de relevância pública cabendo ao Poder Público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle. No que se refere à execução das ações e serviços de saúde, deve ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (C.F., Art. 197). A execução direta de ações e serviços de saúde pelo Estado é feita através de diferentes instituições jurídicas dos três níveis de governo federativo: União, Estados e Municípios.

Cada ente federativo desenvolve suas ações e serviços públicos de saúde por meio de seus órgãos e instituições, tais como Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Autarquias hospitalares, Autarquias Especiais (Agências Reguladoras), Fundações, Empresas Públicas, Sociedades de Economia Mista, etc.

Conforme estabelecido em diferentes instrumentos normativos, notadamente nas Normas Operacionais Básicas do

SUS (NOB/2002), aprovada pela Portaria MS/GM 2203, de 1996, estabelece que **compete aos Municípios a organização e prestação de serviços de atenção básica à saúde, sendo o principal ente federativo responsável pela atenção primária à saúde, incluindo serviços de assistência, vigilância e promoção da saúde.**

A vigilância em saúde rege-se pelo conjunto normativo constitucional e legal que reconhece a saúde como direito fundamental e que estipula as diferentes responsabilidades pela garantia deste direito. Tem como fundamento um princípio jurídico de extrema relevância ordenadora de todo o direito sanitário brasileiro: o princípio da **segurança sanitária.**

2. A VIGILÂNCIA EM SAÚDE E O PRINCÍPIO CONSTITUCIONAL DA SEGURANÇA SANITÁRIA

O princípio da segurança sanitária foi consagrado pela Constituição de 1988 que, em seu artigo 200, ao estabelecer as competências do Sistema Único de Saúde, listou diversas atribuições relacionadas a este princípio.

O princípio da segurança sanitária foi reconhecido pela Constituição Federal seja através da recorrente menção do dever do Estado de desenvolver políticas preventivas de saúde (CF, Arts. 196, 197, 198, II e 200) seja pelo fato que, entre as atribuições expressamente previstas pela Constituição para o SUS,

verificamos um enfoque bastante significativo às competências de controle, fiscalização, vigilância e prevenção.

A vigilância em saúde deve englobar os riscos sanitários existentes em bens, produtos e serviços, assim como os riscos ambientais, atmosféricos, vetoriais e outros riscos que, tenham ou não a ver com a atividade humana especificamente, podem resultar em graves danos à saúde individual e coletiva. Trata-se de uma ação de vigilância calcada na prevenção dos riscos conhecidos e na precaução com relação aos riscos incertos e desconhecidos, que podem aparecer em decorrência das características que cercam a vida do ser humano no globo terrestre (um novo vírus, um terremoto, uma enchente).

A segurança sanitária também é garantida por políticas multisetoriais que lidam com alguns dos fatores determinantes da saúde, responsáveis por resolverem questões associadas ao saneamento básico, meio ambiente, habitação, transporte, entre outras. A proteção da saúde exige uma vigilância cada vez mais forte sobre a poluição existente nos rios, sobre a poluição do meio ambiente urbano ou rural, sobre a poluição sonora, sobre o controle de vetores epidemiológicos, sobre a poluição visual, enfim, a proteção da saúde exige que se evite ao máximo a degradação das características físicas ou químicas dos ecossistemas e o Direito sanitário contribui sobremaneira nesse sentido.

A Lei 8.080/90 dispõe em seu artigo 3º: "A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social".

3. ORGANIZAÇÃO JURÍDICO-NORMATIVA DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO BRASIL PARA O CONTROLE DO ZIKA VÍRUS

A vigilância em saúde, por ter seu foco no risco, exige uma visão global que considere a possibilidade do risco estar em qualquer lugar e apresentar-se das mais diversas formas. Englobam-se, portanto, no âmbito de competências da vigilância em saúde, a vigilância das mais diversas atividades humanas, tais como os atos médicos (clínicos, cirúrgicos, terapêuticos, etc.); os movimentos populacionais de fronteiras; a produção, comercialização, dispensação e consumo de medicamentos; o meio ambiente do trabalho; o uso de equipamentos de saúde em estabeleci-

mentos de saúde (máquinas, material cirúrgico, materiais descartáveis, etc.); o uso de drogas pela população; a violência; enfim, a vigilância sobre todos os fenômenos, ações, procedimentos, produtos e substâncias de interesse à saúde.

A Constituição Federal prevê, em seus dispositivos, a existência da vigilância sanitária (Art. 200, I e II), a vigilância epidemiológica (Art. 200, II) e a vigilância relacionada ao meio ambiente (Art. 200, VIII) e a vigilância relacionada com a saúde do trabalhador (incluído o meio ambiente do trabalho) (Art. 200, II e VIII). Esta lógica especializada vem desde a década de 1970, com as Leis 6.437/1977 (vigilância sanitária) e 6.259/1975 (vigilância epidemiológica).

A Lei Orgânica da Saúde – LOS (Lei Federal 8.080/90), por sua vez, prevê que União, Estados, Distrito Federal e Municípios devem organizar os seus sistemas de vigilância em saúde, por meio de uma rede de serviços públicos capaz de detectar os riscos de doenças e agravos à saúde, compreender as medidas sanitárias necessárias de serem adotadas e executar as medidas cabíveis para a eliminação ou controle dos riscos (Lei 8.080/90, Arts. 6º, I, 'a' a 'd'; 13, III; 16, III, 'c' e 'd'; VI e VII e parágrafo único; 17, IV e XIII; 18, IV e IX).

Além disso, a organização do Brasil em Estado de Direito prevê um sistema jurí-

dico onde vigoram direitos fundamentais que protegem as liberdades individuais dos cidadãos contra medidas arbitrárias do Estado. Nesse sentido, os direitos de ir e vir, uso e disposição do próprio corpo, inviolabilidade do domicílio, privacidade, intimidade, integridade física, dentre outros, convivem com o direito à saúde e devem com ele se equilibrar. Quaisquer medidas estatais voltadas à proteção da saúde e que limitem as liberdades individuais devem estar previstas em lei, em respeito ao princípio da legalidade previsto no Art. 5º, II, da Constituição Federal.

Nesse sentido, o Decreto Federal 7616, de 17 de novembro de 2011, dispõe sobre a declaração de emergência pública de importância nacional e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde – FN-SUS, importantes instrumentos de controle de riscos sanitários mais graves. Na esteira desse Decreto, e com o agravamento dos riscos epidêmicos no Brasil, foi aprovada a Lei 13.301, de 27 de junho de 2016, dispondo sobre a adoção de medidas de vigilância em saúde quando verificada situação de iminente perigo à saúde pública pela presença do mosquito transmissor do vírus da dengue, do vírus **chikungunya** e do vírus da **zika**. **Esta lei ainda** alterou a Lei no 6.437, de 20 de agosto de 1977, agravando a pena para a infração sanitária relacionada à manutenção de foco de mosquitos ou à desobediência de cumprimento das determinações da autoridade sanitária para o controle dos focos de mosquitos.

O Art. 1º desta lei prevê que, na situação de iminente perigo à saúde pública pela presença do mosquito transmissor do vírus da dengue, do vírus chikungunya e do vírus da zika, a autoridade máxima do Sistema Único de Saúde - SUS de âmbito federal, estadual, distrital e municipal fica autorizada a determinar e executar as medidas necessárias ao controle das doenças causadas pelos referidos vírus, nos termos da **Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990**, e demais normas aplicáveis, enquanto perdurar a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN.

A lei estabelece que, entre as medidas que podem ser determinadas e executadas para a contenção das doenças causadas pelos vírus de que trata o caput, destacam-se: I - instituição, em âmbito nacional, do dia de sábado como destinado a atividades de limpeza nos imóveis, com identificação e eliminação de focos de mosquitos vetores, com ampla mobilização da comunidade; II - realização de campanhas educativas e de orientação à população, em especial às mulheres em idade fértil e gestantes, divulgadas em todos os meios de comunicação, incluindo programas radiofônicos estatais; III - realização de visitas ampla e antecipadamente comunicadas a todos os imóveis públicos e particulares, ainda que com posse precária, para eliminação do mosquito e de seus criadouros, em área identificada como potencial possuidora de focos de transmissão; IV - ingresso forçado em imóveis públicos e particulares, no caso

de situação de abandono, ausência ou recusa de pessoa que possa permitir o acesso de agente público, regularmente designado e identificado, quando se mostre essencial para a contenção das doenças.

Vê-se que as medidas de saúde pública podem, com efeito, invadir a esfera da liberdade individual de forma bastante agressiva. No entanto, esta invasão, no âmbito do Estado Democrático de Direito, será sempre permitida quando feita nos termos da lei e em defesa do interesse público, no caso, a proteção da saúde pública contra riscos à saúde identificados na sociedade. Trata-se, como se pode perceber, de assunto delicado que somente um amplo debate social pode oferecer um tratamento adequado, definindo-se, por meio de lei, quais são as regras e os procedimentos que o Estado deve adotar nos casos de riscos à saúde pública.

Este tema é ainda mais importante quando verificamos a possibilidade de existência de emergências em saúde pública que podem exigir das autoridades sanitárias ação imediata e eficaz. Os casos recentes de gripe aviária, gripe suína, ebola, dengue, Zika, ou outros vírus letais, nos mostram que a adoção de regras jurídicas democráticas sobre como pode e deve o Estado agir nestes casos é fundamental para que se ofereça à população uma adequada proteção da saúde.

Especificamente para as arboviroses, mas também aplicável a qualquer risco à saúde com potencial de disseminação, a Lei 13.301, de 2016, previu em seu Art. 4º que a medida sanitária de ingresso forçado nas residências aplica-se sempre que se verificar a existência de outras doenças com potencial de proliferação ou de disseminação ou agravos que representem grave risco ou ameaça à saúde pública, condicionada à declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN.

A Lei 13.301/2016 também instituiu, em seu Art. 7º, o Programa Nacional de Apoio ao Combate às Doenças Transmitidas pelo Aedes - PRONAEDES, com o objetivo de garantir o financiamento de projetos de combate à proliferação do mosquito transmissor do vírus da dengue, do vírus chikungunya e do vírus da zika.

Além disso, a referida Lei institui importantes benefícios para pacientes que tiverem sequelas relacionadas ao Zika vírus, notadamente a Prestação Temporária Contínua e a Licença Maternidade estendida:

Art. 18. Fará jus ao benefício de prestação continuada temporário, a que se refere o art. 20 da Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993, pelo prazo máximo de três anos, na condição de pessoa com deficiência, a criança vítima de microcefalia em decorrência de sequelas neurológicas decorrentes de doenças transmitidas pelo Aedes aegypti.

§ 2º O benefício será concedido após a cessação do gozo do salário-maternidade originado pelo nascimento da criança vítima de microcefalia.

§ 3º A licença-maternidade prevista no art. 392 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943, será de cento e oitenta dias no caso das mães de crianças acometidas por sequelas neurológicas decorrentes de doenças transmitidas pelo Aedes aegypti, assegurado, nesse período, o recebimento de salário-maternidade previsto no art. 71 da Lei no 8.213, de 24 de julho de 1991.

§ 4º O disposto no § 3º aplica-se, no que couber, à segurada especial, contribuinte individual, facultativa e trabalhadora avulsa.



4. LEI BRASILEIRA DE INCLUSÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA E O DIREITO À SAÚDE

Também deve ser destacada, com relação ao controle do Zika vírus e de suas consequências sanitárias no Brasil, a Lei 13.146, de 2015, que aprova A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência – LBI (Estatuto da Pessoa com Deficiência) no Brasil. Considerando que o Zika vírus pode produzir sequelas importantes nas pessoas, sobretudo em bebês – com destaque para a microcefalia -, esta lei vem proteger essas pessoas e oferece importantes garantias que devem ser prestadas pelo Estado para as pessoas com deficiência derivada do Zika vírus.

Assim, dentre outras importantes garantias, a Lei 13.146 dispõe que toda pessoa com deficiência tem direito à igualdade de oportunidades com as demais pessoas e não sofrerá nenhuma espécie de discriminação. De acordo com a Lei, a pessoa com deficiência será protegida de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, tortura, crueldade, opressão e tratamento desumano ou degradante, e a deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa, inclusive para casar-se, exercer direitos reprodutivos e de família.

A lei dispõe ainda que é dever do Estado, da sociedade e da família assegurar à pessoa com deficiência, com prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à sexualidade, à paternidade e à maternidade, à

alimentação, à habitação, à educação, à profissionalização, ao trabalho, à previdência social, à habilitação e à reabilitação, ao transporte, à acessibilidade, à cultura, ao desporto, ao turismo, ao lazer, à informação, à comunicação, aos avanços científicos e tecnológicos, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária, entre outros decorrentes da Constituição Federal, da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo e das leis e de outras normas que garantam seu bem-estar pessoal, social e econômico.

No que se refere especificamente ao direito à saúde, É assegurada atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade, por intermédio do SUS, garantido acesso universal e igualitário.

Vale destacar que o Art. 4º da LBI prevê que as ações e os serviços de saúde pública destinados à pessoa com deficiência devem assegurar:

- Diagnóstico e intervenção precoces, realizados por equipe multidisciplinar;
- Serviços de habilitação e de reabilitação sempre que necessários, para qualquer tipo de deficiência, inclusive para a manutenção da melhor condição de saúde e qualidade de vida;
- Atendimento domiciliar multidisciplinar, tratamento ambulatorial e internação;
- Campanhas de vacinação;
- Atendimento psicológico, inclusive para seus familiares e atendentes pessoais;
- Respeito à especificidade, à identidade de gênero e à orientação sexual da pessoa com deficiência;
- Atenção sexual e reprodutiva, incluindo o direito à fertilização assistida;
- Informação adequada e acessível à pessoa com deficiência e a seus familiares sobre sua condição de saúde;
- Serviços projetados para prevenir a ocorrência e o desenvolvimento de deficiências e agravos adicionais;
- Promoção de estratégias de capacitação permanente das equipes que atuam no SUS, em todos os níveis de atenção, no atendimento à pessoa com

deficiência, bem como orientação a seus atendentes pessoais;

- Oferta de órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção, medicamentos, insumos e fórmulas nutricionais, conforme as normas vigentes do Ministério da Saúde.

Ainda, segundo o art. 19, compete ao SUS desenvolver ações destinadas à:

- Prevenção de deficiências por causas evitáveis, inclusive por meio de acompanhamento da gravidez, do parto e do puerpério, com garantia de parto humanizado e seguro;
- Promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, vigilância alimentar e nutricional, prevenção e cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição da mulher e da criança
- Aprimoramento e expansão dos programas de imunização e de triagem neonatal;
- Identificação e controle da gestante de alto risco.

Como se vê, o Estado brasileiro possui deveres relacionados à vigilância em saúde, incluso a redução dos riscos de doenças e outros agravos decorrentes das arboviroses. Com relação ao Zika vírus, à dengue e à chikungunya, percebe-se uma atenção especial em termos deveres estatais e direitos para os pacientes.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado pela Constituição Federal gerou uma série de consequências jurídicas que devem ser encaradas com a atenção e enfrentadas com coragem e amplo debate público. Ao obrigar o Estado a adotar políticas públicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos à saúde, a Constituição brasileira exige a organização de uma rede de serviços públicos capaz de identificar os agravos existentes em nossa sociedade e adotar as medidas de saúde pública necessárias para seu controle ou eliminação. Este dever, inscrito no âmbito do princípio da segurança sanitária, pode ser resumido no dever de vigilância em saúde do Estado brasileiro, a ser garantido mediante uma rede de serviços públicos vinculados ao Sistema Único de Saúde.



MICROCEFALIA E FAMÍLIAS: Desafios e superações

*Por: Maria Joana Passos
Fundadora do Movimento Abraço a Microcefalia*

Minha filha nasceu com microcefalia. A partir dessa experiência, também pude conhecer várias mães que tiveram filhos e filhas com microcefalia. Antes de começar a falar de como foi receber a notícia, é importante situar do que significa, em linhas gerais, a gestação. Estar grávida é uma experiência singular, e a chegada de um bebê na vida de uma família representa, muitas vezes, a realização de um sonho de casal. O nascimento de um filho proporciona a entrada em um grande laboratório, que nos lança a viver uma experiência diferente a cada dia. Nessa direção, os instrumentos que embasam as nossas ações são os nossos sentimentos, as nossas expectativas e a nossa coragem. Durante a gestação, nós mulheres, junto com a nossa família, vivenciamos um conjunto de sentimentos e emoções marcados por momentos de alegria, mas também de insegurança em relação à saúde do bebê (prematuridade, morte, malformações, deficiências), o que prevalece são as expectativas de que o parto ocorra com tranquilidade e que o filho chegue repleto de saúde. A cada consulta do pré-natal, entramos em contato com uma novidade relacionada ao crescimento do bebê. E tudo se torna diferente quando nós, famílias, somos surpreendidas com a notícia de que algo está errado com esse processo de desenvolvimento. O profissional de saúde fica como o portador dessa notícia que tanto nos frustra, nos amedronta, nos questiona sobre o por que isso tinha que ter acontecido com o nosso bebê, quais foram os erros que nós cometemos. Sim, sabemos que o nascimento de um bebê já se configura como um momento revelador de várias surpresas. Mas ao recebermos a notícia de que estamos gestando um bebê com microcefalia, o universo de incertezas, de impotência e de fragilidade se agudiza.

Nesse processo, a participação do profissional de saúde é fundamental, pois é ele quem vai fazer toda avaliação e acompanhamento, desde a gestação até o parto. O seu preparo emocional e técnico é basilar ao comunicar possíveis problemas que o bebê poderá vir a apresentar. No caso do Virus Zika e da microcefalia, infelizmente, a qualidade da comunicação ainda está muito precária e profissionais presentes nos hospitais e maternidades, sejam eles públicos ou privados, ainda carecem de capacitação para viabilizar um atendimento mais acolhedor diante de uma situação adversa. São muitas as incertezas sobre as sequelas que o Virus Zika causa no cérebro de um feto, e a falta de preparo da equipe no momento de dar a notícia e acaba por transmitir insegurança para a mãe, dificultando assim o seu processo de gestação e de acolhimento das crianças. A depender da qualidade da relação construída entre a mãe e a equipe, ela pode vir a se fortalecer para lidar com todas as consequências do processo de adoecimento ou pode se acometida por danos emocionais gravíssimos.

A partir das experiências que temos compartilhado, temos observado que, quanto melhor a qualidade da orientação dada pela equipe à família, mais a criança com a microcefalia poderá desenvolver suas potencialidades ao longo da vida. Em casos em que o diagnóstico é dado de forma incorreta, a família pode viver situações de tensão que poderão alterar profundamente seu

futuro, influenciando assim na aceitação ou rejeição da criança. Muitas vezes, obstetras, pediatras e enfermeiros que acompanham mãe e filho priorizam a técnica, e atuam de forma desarticulada com esse contexto de dores, dúvidas e novas descobertas e não se dão conta do trauma que podem causar.

Em todos os centros de referência e em contatos que temos feito com profissionais, temos percebido que há uma grande preocupação em realizar pesquisas para desvendar esse mundo tão desconhecido. No entanto, sabemos que é uma tarefa muito difícil, mas os profissionais de saúde precisam encontrar meios de atrelar a pesquisa sobre o vírus Zika à qualidade do seu atendimento às mães, bebês e famílias, uma vez que se trata de um campo totalmente desconhecido em todas as esferas. Não é possível se utilizar de um pseudo saber para ditar como será o desenvolvimento dessas crianças, ou até se terão vida longa. É importante lembrar que, desde o momento da notícia, estão diante dos olhos das equipes de saúde famílias de um recém-nascido, que têm as mesmas necessidades básicas de qualquer criança.

Pensamos que o esforço deverá ser em muitas direções e passam inclusive sobre as pré-concepções existentes sobre o nascimento de uma criança com deficiência, com força de vontade e muita honestidade. Esse é apenas o primeiro ponto de partida para desvelar o mundo de uma criança que demanda uma rotina diferenciada.

O grande desafio para os profissionais neste momento é proporcionar a nós, pais, um processo de adaptação que tenha uma conotação positiva, conduzindo a situação de uma forma que traga mais satisfação e menos frustração. Esquecer um pouco as questões científicas e diagnósticos prontos e incentivar os pais a acreditarem que seus filhos podem ter uma vida normal dentro de suas possibilidades. Incentivá-los acreditar que o poder da amorosidade é capaz de superar qualquer dificuldade. E a dificuldade, a depender da forma que é vista, pode ser transformadora da realidade de outras pessoas que viverão experiências semelhantes às nossas.

É muito importante dizer que os pais irão experimentar com seus filhos a grande novidade de conviver com um mundo diferente, com uma rotina diferente e lhes apresentará uma infinidade de formas diferentes de viver e de responder às perguntas que surgem no dia a dia.

A família, por ser o primeiro grupo no qual o indivíduo é inserido, tem um papel de fundamental importância no desenvolvimento do mesmo. É no meio familiar que são passados para as crianças a sua cultura, os seus valores e as suas atitudes, os seus conhecimentos e as suas habilidades para a vida. A família também oferece suporte emocional, social, educacional e financeiro para as crianças. Nesse ambiente familiar, é importante que exista harmonia, afeto, proteção, segurança e sobretudo, o amor para que a família consiga

enfrentar as dificuldades ou conflitos apresentados por algum dos membros.

Quando se trata de uma pessoa com deficiência, a atenção à família deve ser redobrada, pois a forma que ela lida com a situação é a base para o desenvolvimento e inclusão dessa criança na sociedade.

Em geral, no momento que as ficam sabendo da deficiência da criança, em muitos casos no final da gestação, ou até no nascimento, ficam assustadas e apavoradas. É difícil saber como ajudar a família neste momento difícil. Cada uma reage de uma forma. Algumas podem sentir uma grande tristeza ou um sentimento forte de superproteção em relação ao bebê. Podem ainda se sentir constrangidas ou anestesiadas, sem conseguir reagir ao que está acontecendo. Sentimentos de negação, culpa, raiva, medo, vergonha e rejeição são comuns e devem ser acompanhados por profissionais que vão oferecer suporte a essa família. E, claro, os diversos membros de uma família podem reagir de formas diferentes. Isso é normal e comum quando se recebe a notícia de que tem um filho ou uma filha com deficiência. Muitas vezes, depois se dá conta de que rejeitou não propriamente a criança, mas sim a deficiência.

Daí a necessidade de olhar para a família, pois é fundamental que esteja fortalecida para seguir em frente, mudar a rotina, acreditar e envolvê-la nos cuidados e tratamentos de estimulação da criança. É importante restabelecer a

confiança para que essa criança receba o apoio necessário, mas acima de tudo, para que seja vista como indivíduo que tem limitações, mas também potenciais, como qualquer outra criança. É importante evitar provocar nesses pais sentimentos que levem à discriminação ou a superproteção, ambas das quais podem prejudicar a socialização do filho ou filha. Pode ser que uma família abandona as terapias, ou não faz um acompanhamento adequado, por exemplo, devido a problemas no eixo familiar como desemprego, doenças, condições inadequadas da habitação, violência doméstica, entre outros. Por isso, o suporte social é um componente fundamental de um programa de Intervenção Precoce.

No caso das crianças acometidas pela Síndrome Congênita do Zika Virus (SCZV) é ainda mais importante esse suporte, pois se trata de uma síndrome nova, sem estudos anteriores. Portanto, houve (e ainda há) muito desconhecimento sobre as condições específicas das crianças afetadas, o que pode levar a uma angústia ainda maior nas famílias. E, embora o mosquito *Aedes aegypti* em si não discrimine, bem se sabe que as famílias que foram afetadas em maiores números no Brasil são as que já vivem em situações de precariedade social e ambiental. O suporte social é importante para toda família com uma criança com deficiência, mas é ainda mais imprescindível para aquelas famílias que se encontram em situações de pobreza.

O afeto e amor são os principais elementos para o processo de desenvolvimento. Uma criança que se sente amada é uma criança mais segura para enfrentar o mundo e mais disponível para os aprendizados. Sendo assim, um programa de estimulação individual de sucesso deve ser definido tendo como eixo central a família, avaliando seu bem estar e compartilhando as responsabilidades entre pais e profissionais, incluindo atividades de acordo com a cultura e o cotidiano desta família.

Esse estímulo vai favorecer a criação de vínculos afetivos e, muitas vezes, ajudar a família a aceitar melhor e superar a dor dos diagnósticos que vai receber ao longo da vida da criança. O próprio ambiente familiar precisa ser estimulador: cada troca de posição, troca de roupa, brincadeira com irmãos e banho deve ser acompanhado de estímulos verbais, táteis, visuais e sensoriais. Sempre que possível, a criança deve estar perto dos pais, irmãos e/ou cuidadores enquanto estiverem trabalhando, conversando, estudando, se alimentando ou brincando. Ela precisa participar da dinâmica da casa, passear na rua, estar com outras crianças e ser integrada e incluída na sociedade. É neste sentido que a inclusão começa dentro da própria família.

A inclusão representa um ato de igualdade entre os diferentes indivíduos que habitam determinada sociedade. Esta ação permite que todos tenham o direito de integrar e participar das várias dimensões de seu ambiente, sem

sofrer qualquer tipo de discriminação ou preconceito. Para que esse ideal de inclusão se realize, é necessário unir vários atores que são interligados entre si, mas que, em muitos casos, não dialogam um com o outro, ou não pensam além da sua própria área de atuação ao fim de agregar à totalidade do tratamento. Precisa-se, assim, da integralidade.

Essa integralidade começa pelo profissional de saúde, que acompanha e orienta a família, identificando estratégias e formas que a criança pode realizar as mesmas atividades das outras dentro de suas limitações e individualidade. Esse profissional deve ter a sensibilidade de enxergar além da deficiência para orientar às famílias sobre as estratégias e os diagnósticos que vão aparecendo ao longo da vida. Em seguida, vem a família, parte mais importante, onde começa a inclusão, através da aceitação da deficiência, das atividades diárias em família, das experiências que proporciona às crianças. É a partir desse ambiente que a criança tem contato com a sociedade e escola.

As escolas devem entender e aceitar que as pessoas são diferentes, que cada um tem um potencial a ser explorado e que existem várias formas de se comunicar, de aprender e se relacionar sem julgamentos. É importante a escola conhecer como são as crianças com SCZV no geral, assim como cada uma na sua particularidade, além da história

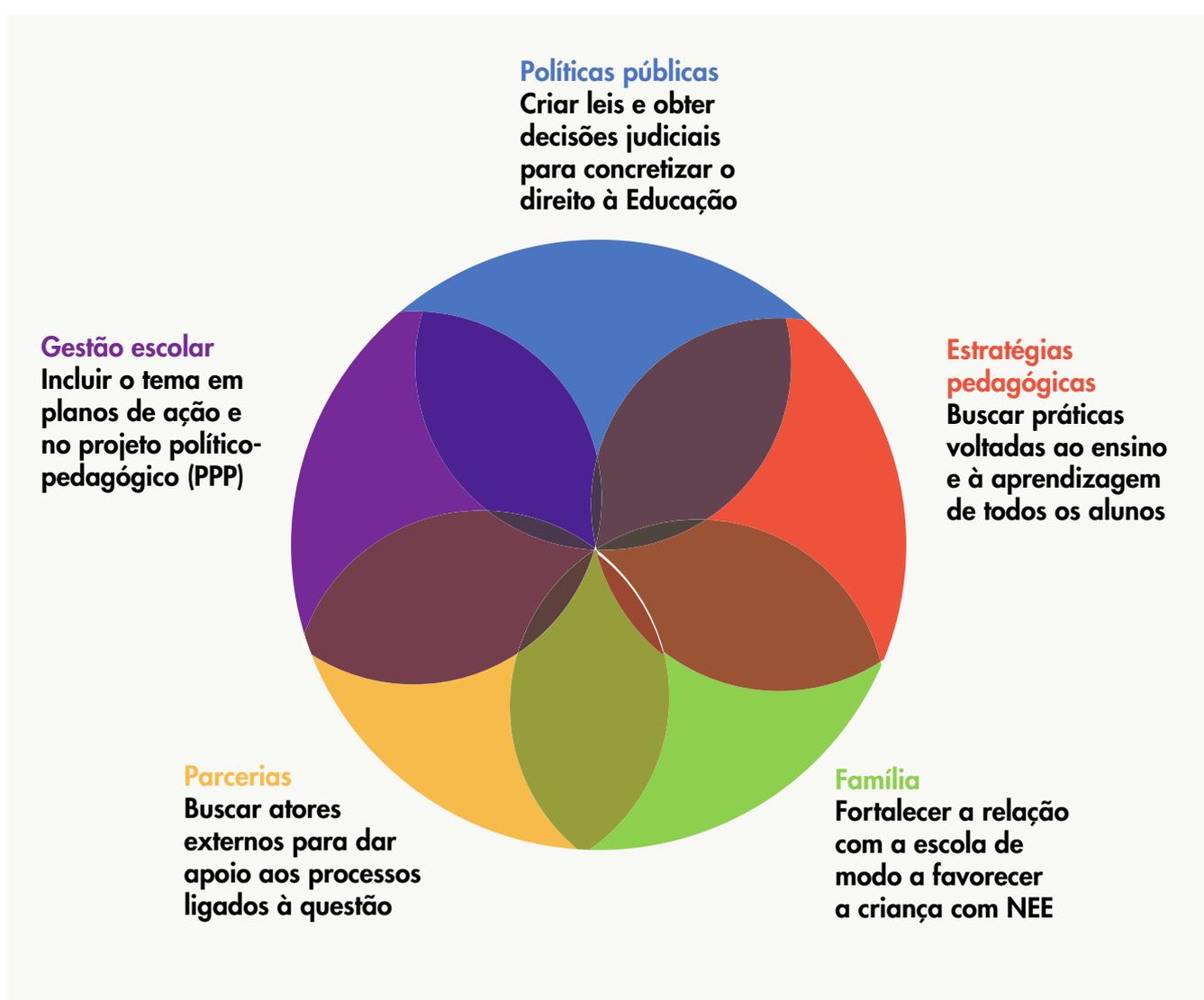
e a situação de cada família. As escolas têm a obrigação de atender todas as crianças, sem exceção, devendo ser aberta, pluralista, democrática e de qualidade. Portanto, deve manter as suas portas abertas às pessoas com necessidades educativas especiais e atender todas as demandas de adaptações, Assistentes de Desenvolvimento Infantil, dentre outras especificidades.

A escola deverá propor alternativas e soluções, instrumentalizando-se de todas as formas para lidar com as diferenças. É imprescindível que a escola envolva e sensibilize as outras famílias de crianças sem deficiência sobre a aceitação do diferente e desconhecido, comunicando às outras crianças os benefícios de conviver com as crianças com deficiência, e aprender no dia a dia a ser mais tolerantes e solidárias com o próximo.

As crianças com deficiência, estimuladas pelos outros alunos, alcançam progressos muito superiores aos que teriam em escolas especializadas, onde estariam “protegidas” desse contato e, portanto, segregadas. Dessa forma, ao participar das atividades regulares, as crianças com deficiência desempenham maior quantidade de tarefas do que antes, e aprendem mais com o amigo que tem uma habilidade maior. A criança dita “típica”, de contrapartida, desenvolve características que não seriam desenvolvidas se ela não se encontrasse nessa situação, na qual ela ajuda o outro.

Enfim, alunos, professores, técnicos, especialistas, agentes do poder público e comunidade, todos e todas devem assumir o desafio da superação de limites, construindo novas competências referenciadas no paradigma da escola inclusiva.

Para ilustrar, trago um diagrama com o envolvimento dos 5 atores que devem estar interligados para uma inclusão eficiente.



Fonte: Instituto Rodrigo Mendes





ANEXO I
Projeto
Redes de inclusão

PROJETO REDES DE INCLUSÃO

INICIATIVA



Formulada | 81.99934.2828 | Fotos: © UNICEF/BRZ/Paulo Rossi e © FAV/João Carlos Lacarda



PARCEIROS



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



SECRETARIA DE SAÚDE



KIT MULTISSENSORIAL

Orientações para utilização no ambiente domiciliar

10 PASSOS PARA REALIZAR AS ATIVIDADES EM CASA:

- 1 Escolha um ambiente limpo e tranquilo.
- 2 Coloque o tapete e os objetos.
- 3 Verifique se todos os objetos estão limpos.
- 4 Posicione a criança de forma adequada e com segurança, conforme orientação da equipe multiprofissional.
- 5 Chame a criança pelo nome e responda aos seus sinais.
- 6 Coloque o seu rosto de frente para o da criança e ajude-a a encontrar os seus olhos, sempre que possível.
- 7 Utilize um objeto de cada vez, dizendo o nome e a cor de cada um.
- 8 Mude de objeto quando a criança não demonstrar interesse.
- 9 Aguarde a resposta da criança com paciência. É importante respeitar o ritmo dela.
- 10 Envolver os irmãos e outros membros da família nas atividades, sempre que possível.

ATENÇÃO!

- Tenha paciência. Às vezes a criança pode estar cansada ou irritada.
- Respeite o momento de descanso da criança.

IMPORTANTE

Os profissionais dos serviços de saúde onde a criança é acompanhada estão preparados a orientar as famílias e cuidadores nas dificuldades de utilização dos objetos, como também em novas maneiras de estimular o desenvolvimento da criança.

Aproveite todas as oportunidades com a criança e assim ela sentirá o seu carinho e o seu amor!

Use palavras positivas. Converse com a criança e diga sempre o quanto ela é importante para você.

1 TAPETE SENSORIAL

Indicado na estimulação do desenvolvimento motor, visual e tátil.



- Posicione o tapete de frente para a criança. Utilize o lado preto e branco.
- Mostre e fale para a criança os nomes das cores do tapete (preto e branco).
- Coloque a criança em cima do tapete.
- Comece as atividades, ajudando a criança a passar a mão no tapete.
- Vire o tapete para o lado liso.
- Coloque os objetos ao centro do tapete.
- Ajude a criança a pegar os objetos, sentir a textura e observar os detalhes.
- Mostre e movimente os objetos lentamente, um de cada vez.
- Movimente os objetos para cima e para baixo, de um lado e do outro.
- Deixe a criança brincar com os objetos.

IMPORTANTE: Utilize os dois lados do tapete. O lado liso é indicado para evitar a distração da criança. Favorece a visualização das cores e detalhes dos objetos do kit.

2 ROLO

Indicado na estimulação do desenvolvimento motor.



- Coloque o rolo sobre o tapete. Utilize o lado liso.
- Apoie os antebraços e cotovelos da criança em cima do rolo.
- Utilize a placa ou mamãe sacode para estimular a criança a levantar a cabeça.
- Posicione a criança na postura de cavalinho em cima do rolo, com cuidado para a criança não cair.
- Apoie os pés da criança no tapete sensorial.
- Coloque a criança com a barriga apoiada no rolo e com as mãos à frente do rolo.

Fazendo os objetos do Kit Multissensorial

ATENÇÃO! Não deixe a criança sozinha durante a realização dos exercícios.

3 e 4 PLACAS COM LISTRAS E MAMÃE SACODE

Indicadas na estimulação do desenvolvimento motor e visual.



- Prepare a criança e converse sobre a atividade.
- Mostre os objetos (placas e mamãe sacode) um de cada vez.
- Mostre primeiro o lado da placa de maior contraste (preto e branco).
- Posicione-se de frente para a criança. Movimente a placa lentamente para cima e para baixo, e de um lado para o outro.
- Repita os movimentos com o lado da placa com contraste colorido.
- Faça movimentos lentos com o mamãe sacode, um de cada vez. Inicie da direita para a esquerda e da esquerda para a direita.
- Mude as distâncias entre a criança e os objetos e repita os movimentos.
- Utilize a lanterna para iluminar os objetos.
- Incentive a criança a tocar e brincar com os objetos.

5 LANTERNA, BOLAS E COPOS COLORIDOS

Indicados na estimulação do desenvolvimento visual e motor.



- Utilize a lanterna dentro do copo e em seguida aponte para o rosto da criança. Movimente para cima e para baixo, e de um lado para o outro.
- Repita os movimentos com as bolas, uma de cada vez. Tenha cuidado para não apontar a luz diretamente para o

rosto da criança (posicione a bola entre a lanterna e o rosto da criança)

- Estimule a criança a brincar com as bolas e copos.
- Utilize a lanterna também para iluminar os objetos que a criança possui.

ATENÇÃO! A lanterna NUNCA deverá ser colocada diretamente nos olhos da criança.

6 ESPONJA / ESCOVA

Indicada na estimulação do desenvolvimento da percepção de texturas diferentes no rosto.



- Passe suavemente o lado da esponja no rosto da criança com bastante cuidado para não machucar.
 - Na bochecha, faça o movimento de baixo para cima.
 - Nos lábios, passe de cima para baixo e de baixo para cima.
- Repita os movimentos com delicadeza com o lado da escova.
- Lave o material com sabão neutro, deixe secar e guarde em local limpo.

IMPORTANTE: O uso adequado faz com que a criança perceba mais rapidamente a saliva no rosto, ajuda a engolir e a fechar a boca.

7 CHOCALHOS E LATA DE ENCAIXE

Indicada na estimulação do desenvolvimento auditivo, visual e motor.



- Balance o chocalho próximo as orelhas da criança.
- Espere a reação da criança ao som e veja se ela acompanha os movimentos do chocalho.



ANEXO II

Rotinas e contextos naturais

A promoção do desenvolvimento infantil com base nas rotinas e contextos naturais

Estudos têm demonstrado que intervenções implementadas exclusivamente em ambientes clínicos e com pouca participação familiar representam uma quantidade de experiências muito pequena para garantir um resultado efetivo em termos de ganhos para o desenvolvimento infantil (CARVALHO et al, 2016; DUNST, 2010). Nesse sentido, no âmbito das abordagens recomendadas internacionalmente para a Intervenção Precoce, os contextos naturais têm emergido como foco do investimento profissional com vistas à ampliação das oportunidades de aprendizagem e do desenvolvimento.

Esse processo de transição reflete o aprofundamento da compreensão de como as atividades desenvolvidas rotineiramente pelas crianças junto com suas famílias e\ou outros cuidadores podem produzir aprendizagens mais significativas e duradouras do que as desenvolvidas em contextos artificiais, com adultos desconhecidos, utilizando materiais e atividades que podem não ser de seu conhecimento ou acesso no dia-a-dia (BRONFENBRENNER, 1996).

Segundo Dunst e Bruder (1999), os contextos naturais são aqueles que proporcionam múltiplas experiências e incluem a família, a vida na comunidade, a creche ou jardim de infância, ou seja, todos os espaços nos quais a criança participa durante o dia ou a semana (CARVALHO et al, 2016). Tais contextos são, por sua vez, permeados pelas rotinas, que auxiliam no estabelecimento de ritmo e previsibilidade às experiências, sendo estes, componentes fundamentais para o desenvolvimento e a consolidação da aprendizagem (ALMEIDA et al, 2011).

Partindo-se desses pressupostos, pode-se inferir que o desenvolvimento e a aprendizagem ocorrem naturalmente ao passo que a criança interage com diferentes espaços, objetos e pessoas em seu cotidiano. Contudo, crianças com deficiência podem ter dificuldades em explorar esses contextos em todo o seu potencial, quer por aspectos relacionados à sua própria condição ou por fatores como a insegurança, desconhecimento ou falta de apoio aos seus familiares e cuidadores. Nesse sentido, assim como apontado por Almeida et al (2011), mais do que conhecer as rotinas, é necessário que todos os envolvidos no cuidado da criança “percebam a relevância

da utilização de atividades, que para eles são triviais (banho, alimentação, troca de fralda, banho, ...), (...) como promotoras do desenvolvimento” (p.85).

Dessa forma, para se planejarem intervenções efetivamente baseadas nos contextos naturais e nas rotinas, é necessário que o profissional apoie a família e demais cuidadores na identificação das oportunidades de aprendizagem presentes em cada atividade da qual a criança participa, no levantamento de barreiras e dificuldades e na elaboração de estratégias que possam ser implementadas para a promoção do desenvolvimento nesses contextos, respeitando as prioridades estabelecidas pela família (ALMEIDA ET AL, 2011; CARVALHO ET AL, 2016).

O quadro abaixo ilustra alguns exemplos de oportunidades de aprendizagem que podem surgir no contexto de crianças entre zero (0) e vinte e quatro (24) meses de idade e estratégias que podem ser implementadas pela família para potencializar as experiências proporcionadas por elas.

Quadro 01: Exemplos de atividades e estratégias para incrementar o desenvolvimento e aprendizagem em ambientes naturais

ESTRATÉGIAS PARA INCREMENTAR O DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM EM AMBIENTES NATURAIS		
DURANTE O BRINCAR EM CASA		
FAIXA ETÁRIA	ASPECTOS ESTIMULADOS	ESTRATÉGIAS PARA AMPLIAR AS OPORTUNIDADES DE APRENDIZAGEM
0 a 6 meses	Favorecer a percepção, coordenação motora grossa e a interação com o ambiente (estímulos visuais e auditivos)	<p>Nos momentos de brincadeira livre entre os familiares e a criança, quando estiverem sentados no chão da sala ou durante o banho:</p> <p>-Brincadeiras livres na sala: proporcionar contato com brinquedos que emitam sons (músicas ou ruídos emitidos mediante ação como apertar uma tecla) e demais estímulos táteis (como vibração ou superfícies de diferentes materiais) e visuais (como luzes coloridas de baixa intensidade).</p> <p>Obs. Deve-se evitar o estímulo com luzes se a criança apresentar histórico de crises convulsivas e/ou ataques de epilepsia.</p> <p>-A hora do banho pode ser utilizada para proporcionar o contato e manuseio de brinquedos plásticos e emborrachados pela criança, assim como é um momento adequado para ler uma historinha para criança (livros de banho).</p>

0 a 6 meses	Favorecer o uso funcional das mãos	-Oferecer brinquedos para a criança deitada de barriga para cima e aproximá-los dela na direção do tórax, estimulando-a a pegá-los e manuseá-los com as duas mãos. Dar preferência à brinquedos finos e leves, que a criança consiga pegar, como mordedores de borracha, chocalhos leves.
0 a 6 meses	Favorecer o vínculo, o reconhecimento e a interação com as pessoas (na hora de alimentar a criança ou na hora de dormir:)	-Conversar com a criança, sorrir, cantar, sempre olhando-a nos olhos e observando se ela corresponde ao olhar. -Acalentar a criança no colo e, se possível promover momentos de interação pele a pele -Realizar a amamentação em um ambiente tranquilo, evitando, sempre que possível, fazer outras atividades ao mesmo tempo.
6 a 12 meses	Favorecer aquisições motoras e a mobilidade independente da criança	-Colocar a criança para brincar em diferentes posições: deitada, sentada e em pé. Para o brincar em pé, pode ser utilizada uma mesa, cadeira ou sofá que seja compatível com a altura da criança e permita o apoio dela com os braços, para estabilização. Podem ser colocados brinquedos em cima dessa superfície, interagindo com a criança para que possa manuseá-los na postura em pé, mantendo o seu interesse em interagir com os recursos para que possa experimentar a posição em pé e fortalecer as musculaturas das pernas, tronco e pescoço.
	Favorecer as habilidades de interação e comunicação	-Quando estiver brincando, chamar a criança pelo nome, parabenizá-la quando ela olha. -Criar jogos de interação simples, brincadeiras que a criança demonstre satisfação em realizar. -Brincar junto, estar junto e utilizar qualquer situação para criar oportunidades para interação verbal e visual.
	Favorecer a percepção da interação com o ambiente e das relações de causa e efeito	-Brincar de esconder o rosto com uma fralda e pedir para a criança puxar para deixar o rosto novamente à mostra, fazendo festa quando ela o faz, pode ser uma estratégia de estimulação das habilidade cognitivas, de interação e de coordenação motora. -Utilizar brinquedos que empilham (blocos, copos, cones). Empilhar e derrubar. Deixar a criança derrubar, a princípio, o que você empilhar e também deixá-la empilhar sozinha. Parabenizá-la quando ela realizar algo que você estava esperando que fizesse (como derrubar os blocos que você empilhou ou quando conseguir empilhar os blocos sozinha).

DURANTE A TROCA DE ROUPA

FAIXA ETÁRIA	ASPECTOS ESTIMULADOS	SUGESTÕES DE OPORTUNIDADES DE APRENDIZAGEM
0 a 6 meses	Favorecer atitudes colaborativas da criança durante o vestir e o despir, que permita o oferecimento de cuidados pela família	<p>-Utilizar o momento de vestir e despir para interagir com a criança, olhá-las nos olhos, tocá-la e conversar com ela.</p> <p>-Posicionar a criança em superfície adequada que facilite a troca de roupa pelo familiar. Crianças que possuem limitações ou sintomas como espasticidade e hipertonia são beneficiadas com o posicionamento de braços no colo do familiar que realiza a troca de roupa</p>
6 a 12 meses	Favorecer atitudes colaborativas da criança durante o vestir e o despir, que permita o oferecimento de cuidados pela família	<p>-Conversar com a criança, enquanto ocorre o vestir e o despir, para que ela compreenda que está sendo vestida ou despida, ao mesmo tempo em que visualiza o ato de vestir ou despir.</p> <p>-Nomear as partes do corpo que estão sendo vestidas, pedindo à criança que dê a perna, o pé, o braço e assim sucessivamente. A partir dos 10 meses, essa tarefa pode ser realizada em frente ao espelho para que ela visualize e comece a reconhecer em si mesma as partes do corpo que estão sendo envolvidas na atividade. Se a criança apresentar limitações em relação ao equilíbrio na postura em pé ou controle de tronco, o familiar pode colocá-la sentada e apoiá-la com seu próprio corpo.</p>

DURANTE AS REFEIÇÕES

FAIXA ETÁRIA	ASPECTOS ESTIMULADOS	ESTRATÉGIAS PARA AMPLIAR AS OPORTUNIDADES DE APRENDIZAGEM
6 a 12 meses	Apreender as rotinas envolvidas na alimentação	<p>-Estimular a criança a segurar objetos e alimentos com as próprias mãos e levá-los até a boca e sustentá-los (mamadeira ou o copo de transição, bolachas, frutas). Inicialmente será necessário a ajuda do cuidador/familiar).</p> <p>- Permitir que a criança mexa com as mãos em alimentos contidos nos pratos. Pratos de plásticos com ventosas e proteção para pisos e mesas podem facilitar a realização dessa atividade.</p> <p>-Servir um remédio na colher ou conta-gotas na frente da criança, para que ela abra a boca e o aceite.</p>

12 a 24 meses	Realizar alimentação colaborativa e, posteriormente, autônoma; favorecer a participação da criança nos momentos de refeição com a família	<p>-Permitir à criança o manuseio do garfo, as experimentações em fazer a colherada e levá-la até a boca para experimentar comer a própria comida.</p> <p>-Permitir à criança o manuseio do copo e tentativas de levá-lo até a boca.</p> <p>-Conversar com a criança e apontar opções na refeição para que a criança experimente escolher o alimento de sua preferência, repetindo os nomes dos alimentos em voz alta.</p> <p>-Estimular a criança a servir água do bebedouro em um copo</p> <p>-Estimular a criança a pedir água ou alimento</p> <p>-Estimular a criança a realizar os procedimentos envolvidos em cada desejo (por exemplo, ir à cozinha quando quiser beber água).</p> <p>OBS: Crianças com dificuldade ou atraso na linguagem e fala podem participar dessas atividades por meio de um livro de figuras e/ou fotografias impressas (PECs). O cuidador/familiar deve estimular a criança a manifestar seu interesse apontando para o livro de figuras. Em alguns casos poderá ser necessário ajuda profissional (Terapeutas Ocupacionais e Fonoaudiólogos) no processo de inserção do livro de figuras na rotina da criança e da família.</p>
---------------	---	--

DURANTE O BRINCAR AO AR LIVRE

FAIXA ETÁRIA	ASPECTOS ESTIMULADOS	ESTRATÉGIAS PARA AMPLIAR AS OPORTUNIDADES DE APRENDIZAGEM
6 a 12 meses	Favorecer aquisições funcionais e mobilidade independente	<p>-Oferecer à criança possibilidades de compartilhar brinquedos e brincadeiras com outras crianças</p> <p>-Oferecer à criança espaços diversos para sentar, deitar e rolar no chão, experimentar texturas diferentes: grama, E.V.A., acolchoado, lajotas frias, tapetes macios ou rugosos, piscina de bolinhas</p>
12 a 24 meses	Favorecer a funcionalidade e as interações sociais	<p>-Oferecer à criança espaço livre para experimentar correr e cair, levantar e recomeçar</p> <p>-Oferecer à criança a possibilidade de brincar com animais de estimação e plantas de parques e praças</p> <p>-Proporcionar à criança oportunidade para entrar em contato com novos desafios físicos (subir escadas, escalar, atravessar pontes, descer escorregadores, pular, mergulhar)</p> <p>-Proporcionar à criança oportunidade para ajudar os outros, solicitar ajuda e ser ajudado</p>

DURANTE O USO DO BANHEIRO

FAIXA ETÁRIA	ASPECTOS ESTIMULADOS	ESTRATÉGIAS PARA AMPLIAR AS OPORTUNIDADES DE APRENDIZAGEM
0 a 6 meses	Compreender a rotina envolvida no banho e nos cuidados com a higiene de modo geral	-A família pode desenvolver um ritual para rotinas, por exemplo: na atividade do banho molhar primeiro os pés da criança na banheira ou bacia ou chuveiro, depois as pernas, depois os braços, depois o tronco e, por último, a cabeça. Manter um padrão para que a criança compreenda os procedimentos e os associe ao momento do banho. OBS: As rotinas podem começar desde muito cedo, isso ajuda a criança a se organizar emocionalmente.
6 a 12 meses	Interagir durante o banho e responder às oportunidades de interação	-Favorecer a interação da criança por meio de brincadeiras, como: encher e esvaziar de água de recipientes inquebráveis; manusear brinquedos emborrachados, cantar determinada música associada à momento do banho (como se enxugar); - Aos 12 meses deve-se iniciar a criança no ensino sobre o manuseio dos recipientes de shampoo e sabonete e sobre o reconhecimento de cores e objetos do banheiro de cada familiar (como as escovas de dentes). OBS: Aos 12 meses a criança pode ser capaz de reconhecer algumas cores, porém ainda não tem habilidade de diferenciá-las (por exemplo, pode confundir verde com azul, etc...).

DURANTE AS COMPRAS

FAIXA ETÁRIA	ASPECTOS ESTIMULADOS	ESTRATÉGIAS PARA AMPLIAR AS OPORTUNIDADES DE APRENDIZAGEM
6 a 12 meses	Aprender a se comportar e interagir e nos ambientes que os pais realizam compras	-A partir dos 10 meses pode-se estimular a criança a manusear e reconhecer produtos que a família compra. -Estimular a criança a cumprimentar as pessoas presentes nos ambientes frequentados para as compras.
12 a 24 meses	Frequentar ambientes onde a família realiza compras	-Estimular a criança a cumprimentar os funcionários da loja. -Estimular a criança a atender a comandos simples de pegar um produto e a aprender nomes das frutas e legumes, identificando produtos pelo nome.

DURANTE UM PASSEIO DE CARRO OU DE ÔNIBUS

FAIXA ETÁRIA	ASPECTOS ESTIMULADOS	ESTRATÉGIAS PARA AMPLIAR AS OPORTUNIDADES DE APRENDIZAGEM
6 a 12 meses	Estimular interação e comunicação, favorecer a percepção do ambiente ao redor	-Olhar pela janela e, a partir dos 10 meses, identificar objetos conhecidos, com auxílio verbal da família: parques, praças, cachorros, entre outros objetos que façam parte da rotina da criança.
	Desenvolver rotina relacionada à atividade de transporte; estimular a orientação temporal	-Estimular a criança a conseguir ficar sentado na cadeirinha durante todo o trajeto de carro ou no colo de um familiar durante o trajeto de ônibus. -Estimular a criança a compreender o tempo de espera até o momento da chegada em um lugar, conversar com a criança, apontar os ambientes que passam pela janela do veículo.
12 a 24 meses	Estimular interação e comunicação, favorecer a percepção do ambiente ao redor	- Estimular a cantar 2 ou 3 palavras das frases de músicas conhecidas. -Estimular a criança a reconhecer cores.
	Estimular a orientação espacial	-Aprender a identificar lugares conhecidos (igreja, escola, praça, parque preferido, casa da vovó).

Como demonstrado por esse quadro ilustrativo, atividades simples da rotina da criança, como tomar banho ou fazer um passeio, podem tornar-se importantes fontes de experiência para aquisições de habilidades e promoção de seu desenvolvimento. Contudo, cabe ressaltar que tais atividades e estratégias não devem ser empregadas de forma prescritiva e generalizada, uma vez que aquelas que são adequadas para uma criança podem não ser para outra, assim como são diferentes as prioridades de cada família.

A esse respeito, Almeida et al (2011) pontuam ainda que as estratégias e o uso das atividades deve ser suficientemente flexível para se adequar às mudanças que ocorrem constantemente nas rotinas das pessoas, sejam de forma abrupta ou gradual. Assim, torna-se indispensável o acompanhamento e reavaliação do plano desenvolvido em conjunto com a família, garantindo que as atividades se adequem aos seus hábitos e contextos e que sejam escolhidas por ela de forma consciente.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, I.C. et al. Práticas de intervenção precoce baseadas nas rotinas: Um projecto de formação e investigação. *Análise Psicológica*, v. 1, n. 29, 2011. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312011000100006. Acesso em: out. 2018.
- BRONFENBRENNER, U. *A Ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 267 p.
- CARVALHO, L. et al. *Práticas recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: Um guia para profissionais*. Coimbra: Associação Nacional de Intervenção Precoce, 2016. 355 p.
- DUNST, C.J. Family and Community Life as the Contexts for Supporting and Strengthening Child Learning and Development. In: *National Congress on Early Intervention with Young Children and Their Families*, 8., 2010, Aveiro. Disponível em: http://www.puckett.org/presentations/FamilyCommunityLife_11_2010.pdf. Acesso em : jan. 2017.
- DUNST, C.J.; BRUDER, M.B. Family and Community Activity Settings, Natural Learning Environments, and Children's Learning Opportunities. *Children's Learning Opportunities Report*, v.1, n.2, 1999. Disponível em:< <http://www.uconnuidd.org/pdfs/EverydayActSett2006.PDF>>. Acesso em: mai. 2016.



BIBLIOGRAFIA



Referências bibliográficas

AGRISANI, R.M.G. et al. **Triagem auditiva neonatal com emissões otoacústicas e reflexo cócleo-palpebral: estudo da sensibilidade e especificidade.** Rev. CEFAC. Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 844-852, out.2012. [acesso em: 05 de maio de 2108] Disponível em: www.scielo.br/pdf/rcefac/v14n5/213-10.pdf

ARAGÃO, M. F. V. et al. **Clinical features and neuroimaging (CT and MRI) findings in presumed Zika virus related congenital infection and microcephaly: retrospective case series study.** The BMJ, London, 353:i1901, 2016.

ARAÚJO, T. V. B. et al. **Association between Zika virus infection and microcephaly in Brazil, January to May, 2016: preliminary report of a case-control study.** The Lancet, London, p. 1-8, sep. 2016.

BENEVIDES, R.; Passos, E. **A humanização como dimensão pública das políticas de saúde.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 10, n. 3, p. 561-571, Sept. 2005.

BRASIL P, PEREIRA JPJR et al. **-Zika virus infection in pregnant women in Rio de Janeiro- preliminar report.** N Eng J Med 2016; published online March 4 .DOI: 10.1056/NEJ-Moa1602412.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico: criança.** Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Caderneta de Saúde da Criança.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização HumanizaSUS: **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS /** – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Novas possibilidades de organizar o Acesso e a Agenda na Atenção Primária à Saúde. Cartilha Acesso Avançado, 2014.** Disponível em: http://arquivos.leonardof.med.br/SaudeCuritiba_CartilhaAcessoAvancado_2014-06-05.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº399, de 22 de fevereiro de 2006.** A portaria expressa e define as prioridades em saúde no país e orienta a organização e gestão do sistema.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola.** Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e cogestão.** Ministério da Saúde, 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde.** Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Coordenação de Integração Programática.** Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Secretaria da Mulher, Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher e com a Comissão de Seguridade Social e Família. **Audiência pública para “debater o tema vírus Zika e Microcefalia.** Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cpd/audiencias-publicas/audiencia-publicas-2016/15-06-2016-zika-virus-e-microcefalia>>. Acesso em: jul. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. **Resolução nº 10, de 14 de julho de 2016. Recomenda que o Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário considere a situação das famílias com crianças vítimas de infecção congênita por Vírus Zika e/ou Microcefalia no processo de regulamentação da Lei nº 13.301, de 27 de junho de 2016, flexibilizando o atual critério de renda per capita adotado na concessão do Benefício de**

Prestação Continuada - BPC. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 de julho de 2016. Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=326357>>. Acesso em: ago. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica Nº 7/2018-CGSCAM/DAPES/SAS/MS**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à 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 : Ministério da Saúde, 2017. [acesso em 2 abr 2018]. disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/12/orientacoes-integradas-vigilancia-atencao.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018. [acesso em 2 ago 2018]. disponível em: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde: promovendo o desenvolvimento na primeira infância.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. [acesso em 2 ago 2018]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf

BRASIL. **Decreto Legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008. Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 de julho de 2008. [acesso em: jul. 2016] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Congresso/DLG/DLG-186-2008.htm.

BRASIL. **Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 de agosto de 2009. [acesso em: jul. 2016] Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm>..

BRASIL. **Lei 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 07 de julho de 2015. [acesso em 2 jul. 2016] Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm>..

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura MEC/UNESCO. **Diretrizes educacionais sobre estimulação precoce: o portador de necessidades educativas especiais** - Secretaria de Educação Especial - BRASÍLIA: MEC, SEESP, 1995. [acesso 2 em: jul. 2016] Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001344/134413porb.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Portaria Interministerial nº 405, de 15 de março de 2016. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia** [acesso em 2 jul. 2016]. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/23/PORTARIA-INTERMINISTERIAL-N-405-MS-e-MDS-de-15.03.2016.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Instrução Operacional Conjunta nº 2, de 31 de março de 2016**. [acesso 2 em: jul. 2016] Disponível em: http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/11.04.16_IV.pdf>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. COES-MICROCEFALIAS (Centro de Operação de Emergências em Saúde Pública sobre Microcefalias) **Informe Epidemiológico 38 SE 31/2016**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde "Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika. **Boletim Epidemiológico, Vol 47, Nº 34 – 2016**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus zika, **Boletim Epidemiológico Vol 49 Nº 40, out – 2018**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Monitoramento integrado de alterações no crescimento e desenvolvimento relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas". **Boletim Epidemiológico, Vol 49, Nº 29, jun, 2018)**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.130, de 05 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 06 de agosto de 2015 [acesso em 2 jul. 2016]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de atendimento: mulheres em idade fértil, gestantes, puérperas e bebês com microcefalia**. [acesso em 2 jul. 2016] Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/14/Protocolo-de-Atendimento.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à pessoa com paralisia cerebral** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. [acesso em 2 jul. 2016] Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_paralisia_cerebral.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. [acesso em 2 jul. 2016] Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/public/media/ZgUINSpZiwm-br3/20066922000062091226.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 42 p : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central (SNC)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. [acesso em 2 jul. 2016] Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/24/Microcefalia-Protocolo-vigilancia-resposta-versao2.1.pdf>>.

CAMPOS GWS, DOMITTI AC. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. Cad Saúde Pública. 2007; 23(2): 399-407.

CAMPOS GWS; AMARAL, MA. **A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, Aug. 2007

CAMPOS GWS. **Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde**. Ciênc Saúde Coletiva. 4(2): 393-403, 1999.

CAMPOS, GWS. **Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes práticas. Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-30, 2000.

CARVALHO, Y.M. E CECCIM, R.B. **Formação e Educação em Saúde: Aprendizados com a Saúde Coletiva**. In. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006.

CAUCHEMEZ S, BESNARD M, BOMPARD P et al. **Association between Zika virus and microcephaly in French Polynesia, 2013-2015; a retrospective study**. Lancet 2016; 387:2125-32

CONILL, EM; FAUSTO, MCR. **Integração dos profissionais em redes regionalizadas de serviços: sobre conceitos, estratégias e alguns impasses**. Tempus Actas de Saúde Coletiva. v. 6, n. 2. 2012.

CULJA TM, DARLING SE, et al – **Clinical and Imaging Finding in an Infant with Zika embryopathy.** Clin Infect Dis (2016) doi:10.1093 First published on line May 18, 2016

CUNHA GT. **A construção da clínica ampliada na atenção básica.** São Paulo: Hucitec; 2005.

EICKMANN SH, CARVALHO MDCG, RAMOS RCF et al. **Síndrome de Infecção Congênita por vírus Zika.** Cad. Saúde Pública vol 32 número 7 Rio de Janeiro 2016

ELIZABETH L. **Nutrition and brain development in early life.** Nutrition Reviews Vol. 72(4):267–284, 2014.

ERTEM, I. O. et al. **A guide for monitoring child development in low and middle-income countries.** Pediatrics, USA, v. 121, n. 3, p. 581-9, 2008.

FERNANDES LC, VASCONCELOS GC. **Baixa visão – Habilitação e reabilitação.** In: Nehemy M, Passos E. Oftalmologia na prática clínica. Belo Horizonte: Folium, 2015.

FERNANDES M et al. The INTERGROWTH-21st. **Project Neurodevelopment Package: a novel method for the multi-dimensional assessment of neurodevelopment in pre-school age children.** PLoS One, v. 11, n. 9: e113360, 2014.

FRANÇA GVA, FACCINI LS, OLIVEIRA WK et al – **Congenital Zika virus Syndrome in Brazil: a case series of the first 1501 livebirths with complete investigation** The Lancet. published on line June 29, 2016 disponível em: [https://dx.doi.org/10.1016/50140.6736\(16\)30902-3](https://dx.doi.org/10.1016/50140.6736(16)30902-3)

FRANKENBURG, W. K. et al. **The Denver II: a major revision and restandardization of the Denver Developmental Screening Test.** Pediatrics, USA, n. 89, p. 91-97, 1992.

FREITAS BP, DIAS J R O, PRAZERES J et al . **Ocular Findings in Infants with Microcephaly Associated with Zika Virus Congenital Infection in Salvador.** JAMA Ophthalmol.2016;134 (5)529-535

FREITAS ARR, NAPIMOGA MH, DONALISIO MR. **Could clinical symptoms be a predictor of complications in Zika virus infection?** The Lancet Vol 388 July 23,2016

GESELL, A., AMATRUDA C. S. **Diagnóstico do desenvolvimento: avaliação do desenvolvimento neuropsicológico no lactente e na criança pequena: o normal e o patológico.** 4th ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2000.

UNICEF (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA). **Orientação às famílias e aos cuidadores de crianças com alterações no desenvolvimento. Projeto Redes de Inclusão.** Brasília, julho de 2017. [acesso em 2 abr. 2018] Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/orientacoes_crianças_com_alteracoes_no_desenvolvimento.pf

UNICEF (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA). **Metodologia para multiplicadores. Estimulação de crianças com alterações no desenvolvimento no ambiente domiciliar e escolar. Curso para a qualificação de profissionais de saúde, educação e assistência social. Projeto Redes de Inclusão.** Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Brasília, julho de 2017.

FURKIM, A.M.; WOLF, A. E. **Avaliação clínica e instrumental da deglutição.** In: REHDER, M.I.; BRANCO, A. Disfonia e disfagia: interface, atualização e prática clínica. Rio de Janeiro: Revinter, 2011, p 39-51.

HARTZ, Z.M.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. **Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema sem muros.** *Cadernos de Saúde Pública.* v. 20, n. supl. 2, p. 331-336.2004.

HAZINA, PORETTI A, MARTELLI C M T et al. **Computed T Findings in Microcephaly Associated with Zika Virus.** *N Engl J Med* 374:22 –June 2016.

JOHANSSON MA, TERON LM et al. **Zika and the Risk of Microcephaly.** *N Engl J Med* 2016; 375:1- 4 July 7, 2016

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A.H. **Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate.** *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 15, núm. 5, pp. 2307-2316. 2010.

LAMARE, GADELHA, Thereza de, Maria Ines Pordeus. **Estratégias de Ação Rápida de enfrentamento a zika e microcefalia. Audiência pública para “debater o tema Vírus Zika e Microcefalia.** Junho de 2016. [acesso em 2 jul. 2016] Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cpd/documentos/apresentacao-maria-inez-e-thereza-de-lamare/view>>.

LAVRAS, C.C.C. **Descentralização, regionalização e estruturação das redes regionais de atenção à saúde no SUS.** In Ibanez, N et al (org). *Política e Gestão Pública em Saúde.* São Paulo: Hucitec, 2011

LIANG, Q et al. **Zika virus NS4A and NS4B desregulate Akt-mTOR signaling in Human Fetal Neural Stem Cells to Inhibit Neurogenesis and Induce Autophagy.** *Stem Cell* 5909(16) 30214- 4 disponível em: <http://www.cell.com/cell-stem-cell/fulltext/S1934->

MACINKO, J, et al. **The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998.** *Health Service Resident*, v. 38, n. 3, p. 831-865, jun. 2003.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. **O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis.** *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.14, n.34, p.593-605, 2010.

MATTA, G.C. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde in Matta, G. C. e Pontes, A.L.M. (orgs) **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINISTERIO DE SALUD DE LA GRAN BRETANA. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines, 1920**. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 1964.

MONTREAL, UNIVERSIDADE DE. **ENCICLOPÉDIA SOBRE O DESENVOLVIMENTO NA PRIMEIRA INFÂNCIA**. produção do Centro de Excelência para o Desenvolvimento na Primeira Infância - CEDJE e Rede Estratégica de Conhecimentos sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância - RSC-DJE da Universidade de Montreal e na Universidade de Laval (Quebec, Canadá) [online]. Disponível em: <<http://www.encyclopedia-crianca.com/>>. Acesso em: jul.2016

MOREIRA, M (org) - **O Recém-Nascido de Alto Risco: teoria e prática do cuidar**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004; [acesso em 2 ago. 2016] Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/wcgvd/pdf/moreira-9788575412374.pdf>

NORMAN, AH, et al. **Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde**. Cadernos de Saúde Pública, v. 25, n. 9, p. 2012-2020, set. 2009.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários - Agora mais que nunca**. Genebra: OMS, 2008.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD/Organización Mundial de la Salud. **La renovación de la atención primaria de salud em las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud**. Washington, D.C.: OPS. (2007)

PAIVA, C.H.A.; TEIXEIRA, L.A. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. p.15-35, 2014.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Epidemiological Alert: Neurological syndrome, congenital malformations, and zika virus infection. Implications for public health in the Americas** - 1 December 2015. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/index>.

PESSOA, LR, et al. **Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde**. Rio de Janeiro, Ensp, 2011.

PINTO et al. **Promoção da saúde e intersetorialidade: um processo em construção** Reme – Rev. Min. Enferm.;16(4): 487-493, out./dez., 2012

PUCCINI, F.R.S. **Anatomofisiologia da sucção e deglutição do bebê em computação gráfica 3D como instrumento educacional**. 2016. 69 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Odontologia de Bauru, São Paulo, 2016.

REIS, AOA. **A humanização na saúde como instância libertadora**. Saude soc., São Paulo, v. 13, n. 3, p. 36-43, dez. 2004.

SAMPAIO, J. **O NASF Como Dispositivo da Gestão: Limites e Possibilidades**. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. v. 16, n. 3, p. 317-324. 2012.

SANTOS-FILHO, S.B. **Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 12, n. 4, p. 999-1010, Aug. 2007.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual de orientação ao gestor para implantação da linha de cuidado da gestante e da puérpera**. / organizado por T.Lago, K. Calife, C. Lavras – São Paulo: SES/SP, 2010

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Linhas de Cuidado**. SES/SP.

SILVA, S.F. **Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil)**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 16, n. 6, p. 2753-2762, June 2011 .

SOARES, A., SANTOS N. R. **Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 18-25, jan-mar 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Perfil do Médico de Família e Comunidade – Definição Iberoamericana**. 2010. Disponível em: http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/perfil_mfc.pdf

STAPLES JE, DZIUBAN EJ, FISCHER M et al. **Interim Guidelines for Evaluation and testing of Infants with Possible Congenital Zika Virus Infection United States**, 2016. Morbidity and Mortality Weekly Report 2016;65(3):63-67

STARFIELD, B et al. **Contribution of Primary Care to Health Systems and Health, The Milbank Quarterly – A multidisciplinary Journal of Populations Health and health Policy**, v. 83, n. 3, p. 457-502, set. 2005.

STEWART, M. **Towards a global definition of patient centred care: the patient should be the judge of patient centred care.** BMJ: British Medical Journal, v. 322, n. 7284, fev. 2001.

TRAPÉ, T.L., ONOCKO CAMPOS, R.T. GAMA, C.A.P. **Mental Health Network: A Narrative Review Study Of The Integration Assistance Mechanisms At The Brazilian National Health System.** International Journal of Health Sciences, Vol. 3(3), September 2015.

VASCONCELOS, C.M E PASCHE, D.F. **O Sistema único de Saúde** in Campos G.W.S., Minayo M.C.S., Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho Y.M., (orgs). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006.

VENTURA C, MAIA M, VENTURA BV et al. **Ophthalmological findings in infants with microcephaly and presumable intra uterus zika infection.** Arq.Bras.Oftalmol.vol 79 número 1 Jan/Feb 2016

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Zika Strategic Response Plan.** Revised for july 2016 - december 2017. Updated 30 June 2016. [acesso em: jul. 2018] Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246091/1/WHO-ZIKV-SRF-16.3-eng.pdf>>..

Este manual técnico faz parte do projeto ZIKALAB - Laboratório de Formação do Trabalhador de Saúde no contexto do Vírus Zika. Ele foi desenvolvido como material de apoio para a formação de centenas de profissionais da saúde pública no enfrentamento do vírus Zika, por meio de inovações nos processos de educação em saúde. O projeto tem foco no ciclo materno-infantil e atua junto às equipes do Sistema Único de Saúde, capacitando profissionais para ações desde o planejamento, organização dos serviços, práticas de prevenção, aspectos clínicos e o cuidado em gestantes e bebês com Zika, microcefalia e a Síndrome da Zika Congênita, nos territórios mais atingidos do país.

Tenha uma boa leitura!

Comitê Gestor



<http://ipads.org.br/zikalab/>

