

ARTIGO ORIGINAL

PERFIL DE GESTANTES CONFIRMADAS PARA ZIKA VÍRUS E ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE PALMAS, TOCANTINS, 2016**PROFILE OF CONFIRMED PREGNANT WOMEN FOR ZIKA VIRUS AND PRENATAL CARE IN THE PRIMARY HEALTH CARE OF PALMAS, TOCANTINS, 2016**

Juliana da Silva Vanderlei¹, Eliane Patrícia Lino Pereira Franchi², Nábia Souza Gomes³, Alice Kelly Reis de Oliveira⁴, Lorena Dias Monteiro⁵.

 **ACESSO LIVRE**

Citação: Vanderlei JS, Franchi EPLP, Gomes NS, Oliveira AKR, Monteiro LD (2018) Perfil de gestantes confirmadas para Zika Vírus e assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde de Palmas, Tocantins, 2016. *Revista de Patologia do Tocantins*, 5(3): 12-17.

Instituição: ¹Enfermeira. Residência em Saúde Coletiva. Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas/FESP. ²Enfermeira. Doutora em Doenças Tropicais. Professora da Universidade Federal do Tocantins – UFT, Campus Palmas. Pesquisadora Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas/FESP. ³Biomédica. Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, Tocantins, Brasil. E-mail: ⁴Enfermeira. Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas/FESP. ⁵Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Professora do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos – ITPAC/Palmas. Pesquisadora da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas/FESP.

Autor correspondente: Eliane Patrícia Lino Pereira Franchi;
fliane24@yahoo.com.br

Editor: Guedes V. R. Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Brasil.

Publicado: 09 de setembro de 2018.

Direitos Autorais: © 2018 Vanderlei et al. Este é um artigo de acesso aberto que permite o uso, a distribuição e a reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Conflito de interesses: os autores declararam que não existem conflitos de interesses.

RESUMO

Objetivo: descrever a assistência pré-natal e perfil das gestantes confirmadas para zika vírus na atenção primária à saúde de Palmas, Tocantins no ano de 2016. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, com dados obtidos do SINAN, SISPRENATAL e SINASC. Foram confirmadas 63 gestantes com a infecção por Zika vírus por exame laboratorial. **Resultados:** A média de idade das gestantes foi de 26 anos. Os casos confirmados foram notificados predominantemente nas unidades de pronto atendimento (41,27%) e no hospital materno de referência (47,62%). Houve predomínio de gestantes pardas (61,90%), sem ensino médio completo (73,02%), em união estável (47,62%) e jovens (58,73%), que foram atendidas em quase totalidade nos serviços públicos de atenção secundária e terciária. **Conclusão:** Os resultados deste estudo mostraram a necessidade de melhoria para a assistência pré-natal às gestantes positivas na atenção primária e trouxe evidências do caráter da vulnerabilidade social da infecção pelo Zika vírus na capital do Tocantins.

Palavras-chave: Cuidado Pré-Natal; Epidemiologia; Zika vírus; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: describe the prenatal care and profile of confirmed pregnant women for zika virus in the primary health care of Palmas city, Tocantins, in the year 2016. **Methods:** This is a descriptive study, with data obtained from SINAN, SISPRENATAL and SINASC. Sixty-three pregnant women with Zika virus infection were confirmed by laboratory examination. **Results:** The mean age of pregnant women was 26 years. The confirmed cases were predominantly reported in the emergency care units (41.27%) and in the maternal reference hospital (47.62%). There was a predominance of brown pregnant women (61.90%), without complete secondary education (73.02%), in a stable union (47.62%) and young women (58.73%), who were attended almost entirely in public services of secondary and tertiary care. **Conclusion:** The results of this study showed the need for improvement for prenatal care to positive pregnant women in primary care and brought evidence of the social vulnerability of the Zika virus infection in the capital of Tocantins.

Keywords: Prenatal care; Epidemiology; Zika virus; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

Em fevereiro de 2016 a Organização Mundial da Saúde (OMS) em meio ao aparecimento de casos de microcefalia e outras desordens de ordem neurológica, em áreas afetadas pela infecção pelo Zika vírus, como a síndrome de Guillain-Barré, declara estado de emergência em saúde pública, a nível internacional.¹ Situação ao qual o Brasil já havia aderido três meses antes, devido as características desconhecidas do acontecimento. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) respondeu de forma rápida ao enfrentamento da epidemia que se espalhou nas Américas, após sua confirmação inicial no Brasil em maio de 2015.²

No país, casos de doenças exantemáticas têm sido reportados desde o final de 2014.³ Em abril de 2015 foi detectada a circulação autóctone do Zika vírus, cujo principal vetor é o mosquito *Aedes Aegypti*.⁴ Só no ano de 2016 foram registrados 17.000 casos prováveis de gestantes com a infecção no Brasil, sendo 11.052 confirmados por critério clínico epidemiológico ou laboratorial.⁵ No Tocantins foram notificados 417 casos em gestantes em 2016. Destes, 114 casos foram confirmados por critério clínico epidemiológico ou laboratorial.⁶

A principal complicação relacionada à infecção pelo Zika vírus incide sobre as gestantes, devido ao seu potencial de desencadear malformações fetais. Isso foi constatado quando se identificou alterações no padrão epidemiológico de ocorrências de microcefalia em alguns estados do Nordeste, em especial Pernambuco, relacionado à infecção pelo Zika vírus.⁷ Nesse contexto, fica evidente que a população com maior risco são as gestantes, justamente em razão das consequências neurológicas da infecção pelo Zika vírus nos recém-nascidos, principalmente nos três primeiros meses de gravidez, período em que o feto está em formação. Evidências mostram que o vírus pode ser transmitido a qualquer tempo durante o parto.⁸

Em relação a microcefalia, até dezembro de 2016, 10.867 casos foram notificados, incluindo recém-nascidos, crianças, natimortos, abortamentos ou fetos. Desses casos, 3.183 (29,3%) estavam em investigação e 7.684 (70,7%) foram investigados e classificados. Dos investigados, 2.366 foram confirmados com Zika vírus, 49 casos prováveis e 5.269 descartados. No Tocantins, 224 casos foram notificados com microcefalia, desses, 20 foram confirmados e os demais estavam em investigação ou foram descartados.⁹

Diante desse cenário epidemiológico da infecção pelo Zika vírus e da transcendência da doença é imprescindível que durante a gestação os profissionais de saúde realizem uma assistência pré-natal com padrão de qualidade conforme preconiza os protocolos e ainda oportunize a suspeição e investigação de casos pela infecção do Zika vírus.⁵ Tendo em vista a necessidade de estudos sobre o tema, o objetivo deste trabalho foi descrever o perfil das gestantes confirmadas para Zika vírus e a assistência pré-natal na atenção primária à saúde de Palmas, capital do Tocantins.

MÉTODO

O estudo foi realizado no município de Palmas, capital do Tocantins, Norte do Brasil. A capital apresentou uma

população estimada de 279.856 habitantes em 2016. A cobertura da população pelas Equipes de Saúde da Família foi de 100% no mesmo ano.

Trata-se de um estudo descritivo com dados obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), alimentado pelas fichas de notificações compulsórias para Zika vírus, que consistem em um formulário padronizado com informações sociodemográficas e clínicas preenchidas por profissionais de saúde. Foram utilizados dados do sistema de informação SISPRENATAL que permite cadastrar a gestante, monitorar e avaliar a atenção ao pré-natal e ao puerpério prestadas pelos serviços de saúde a cada gestante e recém-nascido, desde o primeiro atendimento na Unidade Básica de Saúde até o atendimento hospitalar de alto risco. Contribui, ainda, para identificar fatores que caracterizam a gravidez de risco, com o objetivo de promover a segurança da saúde da mãe e da criança, e auxilia na identificação de complicações responsáveis pelas principais causas de **morbidade e mortalidade** materna e perinatal.¹⁰ Também foram utilizados dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), o qual disponibiliza informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados em todo território nacional pela declaração de nascidos vivos.¹⁰

Foram incluídas todas as gestantes confirmadas por critério laboratorial para infecção por Zika vírus no ano de 2016. A população foi definida de acordo com os parâmetros de positividade de gestantes residentes em Palmas com cadastros registrados ou não no SISPRENATAL. Foram excluídos os casos com duplicidades de registros, identificados a partir da análise do SINAN.

As variáveis selecionadas do SINAN: unidade de atendimento/notificação, idade, idade gestacional, raça/cor, território/endereço de residência, e sinais e sintomas da gestante.

A variável selecionada do SISPRENATAL: número de consultas de pré-natal.

As variáveis selecionadas do SINASC: estado civil, escolaridade, semanas de gestação, número de filhos vivos, tipo de parto, sexo, peso do recém-nascido, índice de Apgar no 1º e 5º minuto.

Os resultados foram categorizados e analisados pelo programa Stata/SE versão 11.2. Os gráficos foram analisados e representados em planilhas do programa Excel.

Esta pesquisa foi avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP/ULBRA, e obteve aprovação sob parecer nº 2.258.786, bem como aprovação da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas, sob parecer nº 45-07/2017 e foi realizado em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

RESULTADOS

Em 2016 foram notificadas 287 gestantes para Zika vírus e 63 (22,0%) foram confirmadas com a infecção por exame laboratorial. A média de idade das gestantes foi de 26 anos, com idade mínima de 16 e máxima de 38 anos. Mais de 70% das gestantes residiam nas regiões do extremo Sul e Norte do município (**Figura 1**).

Figura 1 – Georreferenciamento de gestante positivas para zika vírus segundo local de residência no município de Palmas, Tocantins, 2016.



Fonte: SINAN, SEMUS PALMAS, 2016.

Predominaram as gestantes positivas para Zika vírus da cor parda (n: 39; 61,90%) com escolaridade entre 8 e 11 anos de estudo (n: 40; 63,49%), faixa etária entre 20 e 29 anos (n: 37; 58,73%), união estável (n: 30; 47,62%) e que não tinha nenhum filho (n: 30; 47,62%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica das gestantes positivas para Zika vírus residentes em Palmas, Tocantins, 2016.

Variáveis	N (63)	% (100)
Raça/cor		
Branca	12	19,05
Amarela	4	6,35
Parda	39	61,90
Ignorada	8	12,70
Escolaridade anos de estudos		
1 a 3 anos	1	1,59
4 a 7 anos	5	7,94
8 a 11 anos	40	63,49
12 e mais	17	26,98
Faixa etária		
< 20 anos	7	11,11
20 – 29 anos	37	58,73
30 – 39 anos	19	30,16
Estado civil		
Solteira	10	15,87
Casada	17	26,98
Separada	1	1,59
União estável	30	47,62
Ignorada	5	7,94
Número de filhos		
Nenhum	30	47,62
Um filho	13	20,63
Dois filhos	11	17,46

Três filhos	4	6,35
Quatro filhos	1	1,59
Não cadastrada	4	6,35

Fonte: SINAN; SINASC, SEMUS, 2017.

Os registros de notificações foram mais frequentes no Hospital e Maternidade Dona Regina (n: 30; 47,62%) e nas UPAs (n: 26; 41,26%). A maioria dos exames para confirmação da infecção pelo Zika vírus foram liberados entre 5 e 7 meses após a coleta (41,27%). Quase 45% das gestantes estavam no 3º trimestre de gestação, e dessas, 84,13%, apresentavam idade gestacional entre 37 e 41 semanas. Aproximadamente, 70,0% das gestantes receberam mais de 7 consultas, e o parto cesárea ocorreu para mais da metade (52,38%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Ocorrência de registros de gestantes positivas para zika vírus segundo local de notificação, tempo de liberação do exame, variáveis gestacionais e de assistência ao pré-natal em Palmas, Tocantins, 2016.

Variáveis	N (63)	% (100)
Unidade de notificação		
Centro de Saúde Alto Bonito	1	1,59
Unimed	6	9,52
UPA Norte	9	14,29
UPA Sul	17	26,98
Hospital e Maternidade Dona Regina	30	47,62
Tempo em meses para liberação do resultado do exame		
< 1 mês	7	11,11
2 a 4 meses	8	12,70
5 a 7 meses	26	41,27
> 8 meses	22	34,92
Trimestre de gestação		
1º trimestre	11	17,46
2º trimestre	24	38,10
3º trimestre	28	44,44
Quantidade de consultas		
0	2	3,17
1	1	1,59
4 a 6	18	28,40
7 e +	44	69,84
Tipo de parto		
Cesária	33	52,38
Vaginal	26	41,27
Não cadastrada	4	6,35

Fonte: SINAN; SINASC; SISPRENATAL; SEMUS, 2017.

Os recém-nascidos das gestantes positivas para Zika vírus foram em maior proporção do sexo feminino (53,97%). O APGAR foi classificado em 9 para 68,25% dos recém-nascidos no 1º minuto, e no 5º minuto foi de 61,90%. Quase 8% dos recém-nascidos apresentaram baixo peso (<2,5 Kg) (Tabela 3).

Tabela 3 – Características de nascimento dos recém-nascidos de gestantes positivas para Zika vírus residentes em Palmas, Tocantins, 2016.

Variáveis	N (63)	% (100)
Sexo RN		
Feminino	34	53,97
Masculino	25	39,68
Não cadastrada	4	6,35
Apgar RN 1° minuto		
5	1	1,59
6	1	1,59
7	8	12,70
8	6	9,52
9	43	68,25
Não cadastrada	4	6,35
Apgar RN 5° minuto		
7	1	1,59
8	3	4,76
9	16	25,40
10	39	61,90
Não cadastrada	4	6,35
Peso RN		
<2,5	5	7,94
2,5 a 3,0	14	22,22
>3,0	40	63,49
Não cadastrada	4	6,35

Fonte: SINASC – SEMUS, PALMAS, 2017.

Os sinais e sintomas mais comuns apresentados pelas gestantes confirmadas para zika vírus foram cefaleia (60,3%), exantema (58,8%), prurido (55,6%), mialgia (26,9%) e artralgia (23,8%).

Tabela 4 – Descrição dos sinais clínicos relatados pelas gestantes positivas para zika vírus no momento da notificação, Palmas, Tocantins, 2016.

Variáveis	N (63)	% (100)
Queixas relacionadas		
Cefaleia		
Sim	25	39,7%
Não	38	60,3%
Exantema		
Sim	37	58,8%
Não	26	41,2%
Prurido		
Sim	35	55,6%
Não	28	44,4%
Febre		
Sim	13	20,6%
Não	50	79,4%
Dor retro orbital		
Sim	15	23,8%
Não	48	76,2%
Conjuntivite		
Sim	06	9,5%
Não	57	90,5%
Mialgia		
Sim	17	26,9%
Não	46	73,1%
Artralgia		

Sim	15	23,8%
Não	48	76,2%
Diarreia		
Sim	04	6,3%
Não	59	93,7%
Astenia		
Sim	04	6,3%
Não	59	93,7%
Náuseas /vômitos		
Sim	05	7,9%
Não	58	92,1%

Fonte: SINAN, SEMUS PALMAS, 2016.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo mostraram que a infecção de gestantes por Zika vírus foram mais frequentes nas zonas periféricas da capital, extremo Sul e Norte. Os casos confirmados ocorreram predominantemente nas UPAs e no hospital materno de referência. Mais de 50% desses casos residiam em regiões geográficas opostas e distantes do local de notificação, ou seja, do diagnóstico. Houve predomínio de gestantes pardas, sem o ensino médio completo, em união estável e jovens, que foram atendidas em quase totalidade nos serviços públicos de atenção secundária e terciária da rede de saúde, colocando evidências do caráter da vulnerabilidade social da infecção pelo Zika vírus na capital do estado do Tocantins.

Devido a característica de fácil transmissão, o Zika vírus pode acometer indivíduos de qualquer classe social, econômica, ou étnica – cultural. Contudo, é fato constatado que as populações marginalizadas das cidades, ou seja, aquelas que possuem acesso limitado aos serviços públicos, tendem a reproduzir negativamente eventos que submetem esses grupos populacionais a epidemias, como a febre pelo Zika vírus.¹¹

O estudo demonstra que o diagnóstico de infecção pelo Zika ocorreu, sua grande maioria (>90%), pelo SUS. O fato do sistema público de saúde ter uma vigilância atenta, e a notificação compulsória ser sistematizada na rotina do trabalhador, isto é, quem procura o serviço tem maior chance de ser notificado. Por outro lado, os serviços privados não possuem essa característica, mesmo sendo uma prerrogativa a ser cumprida, e pode explicar o baixo número de notificações em gestantes de diferentes classes sociais. Nossos dados sobre a maior ocorrência de infecção dentre gestantes pardas e sem ensino médio completo, corroboram com os outros estudos nacionais quanto a definição de cor/raça, anos de estudo e tipo de serviço de atendimento para os casos de gestantes com infecção pelo Zika vírus.¹²

De forma adicional, chama atenção o fato de mais de 90% das gestantes positivas para infecção por Zika vírus foram notificadas nos serviços de atenção secundária e terciária. O esperado é que gestantes que apresentem quaisquer manifestações clínicas agudas, procure atendimento em uma unidade de atenção primária, de preferência, aquela que faz o acompanhamento de pré-natal, não necessitando deslocar-se para outros serviços. Segundo a Portaria 2436/2017,¹³ que trata sobre a Política Nacional de Atenção Básica, a atenção primária é a porta de entrada do usuário e possui equipe

multiprofissional com disponibilidade de Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) para oferta de assistência integral e resolutiva passando pelo pré-natal, parto e puerpério.

Apesar da maioria das gestantes apresentarem um número elevado de consultas de pré-natal, algumas gestantes quase 5% das gestantes apresentaram uma ou nenhuma consulta pré-natal e outras 25% tiveram entre 4 e 6 consultas, situação que não condiz com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), e assemelha-se com a realidade encontrada em Pelotas no Rio Grande do Sul, sugerindo que os fatores socioeconômicos estão associados com a não realização do pré-natal, prejudicando o acompanhamento e monitoramento das gestantes com Zika vírus.¹⁴

Diante da transcendência da infecção pelo Zika vírus para o binômio mãe-filho espera-se que as gestantes realizem 100% de consultas preconizadas. Portanto, para desencadear o processo de investigação das doenças e intervir nas dificuldades enfrentadas, os profissionais de saúde devem se capacitar, suspeitar precocemente, notificar, e registrar os casos.⁸

No Brasil, o MS recomenda que o pré-natal deve ser realizado com no mínimo seis consultas, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação, sendo mensal até a 28ª semana, quinzenal entre a 28ª a 36ª semana, e semanal a partir da 36ª semana, as consultas devem ser realizadas até o nascimento do bebê. Outra recomendação importante é de que a ultrassonografia obstétrica seja realizada preferencialmente no primeiro trimestre da gravidez, época em que a estimativa da idade gestacional é mais precisa.¹⁵

Diante de uma emergência de saúde pública, um dos problemas dos serviços foi com relação ao tempo para liberação do resultado dos exames. Os resultados demonstram que, aproximadamente, 77% dos exames delongaram mais de 5 meses para liberação dos resultados. No caso da infecção pelo Zika vírus, esse tempo influencia diretamente na conduta a ser adotada com a gestante, pois com a confirmação rápida do caso é possível identificar e promover a triagem de malformações congênitas e oportunizar medidas terapêuticas. Há que se considerar que os serviços não estavam preparados para essa emergência visto ser uma doença nova no Brasil, e, somente no ano de 2017 o exame de confirmação foi disponibilizado na rede sem a necessidade de encaminhamento para centros de referências de outros estados.¹⁶

Em Palmas, quase 45% das gestantes estavam no terceiro trimestre quando apresentaram os sinais síndromicos, diferente do cenário encontrado em outro estudo, em que mais da metade das gestantes apresentaram infecção no segundo trimestre de gestação.^{5,17} A recomendação do MS é que as gestantes adotem medidas para a prevenção da infecção no primeiro trimestre de gestação, uma vez que é nesse período que ocorre a formação do feto. Ressalte-se, que há riscos tanto no segundo como no terceiro trimestre, porém, em menor grau.^{8,15}

Apesar das limitações das informações disponíveis, os resultados mostram ainda que a maioria dos recém-nascidos das gestantes positivas para Zika apresentaram um índice de Apgar no 1º e 5º minutos com bons parâmetros em quase 100% dos casos, mostrando assim que as crianças nasceram

com achados normais e nenhuma foi notificada com microcefalia ao nascimento. Quanto ao tipo de parto, prevaleceu a cesariana, e deve-se considerar que a atenção ao parto e nascimento não devem ser modificadas por causa da suspeita, confirmação e ocorrências das infecções pelo Zika vírus, ressaltando que o parto cesáreo pode aumentar os riscos de complicações. Nesse contexto, a equipe tem um papel importante na orientação quanto a importância do parto normal e seus benefícios, em especial a equipe da atenção primária.¹⁸

Quanto aos sinais e sintomas apresentados pelas gestantes, a maioria foi exantema e prurido, ou seja, condizente com os padrões síndromicos apresentados na literatura e coincidiu com os dados de pesquisa realizada no Rio de Janeiro.¹⁷

Em suma, quanto ao percurso das políticas para o enfrentamento desse agravo em 18 de novembro de 2016, houve um retrocesso diante da necessidade de se manter o alerta acesso e ainda de garantir atenção integral para crianças nascidas com microcefalia. O fato é que a organização mundial da saúde declarou que o surto do Zika vírus e suas complicações não simbolizam mais uma emergência de saúde pública internacional (o Brasil manteve a emergência nacional), sendo que, o ministério da saúde anunciou o fim da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, em 11 de maio de 2017, pelo fato do Brasil não preencher mais os quesitos exigidos para manter o estado de emergência.¹⁹

O término da emergência Nacional para Zika ocorre 18 meses após o país decretar Emergência em Saúde Pública por parte dos órgãos governamentais. O agravo não é mais inesperado, pois há conhecimentos científicos que comprovem a relação do Zika com alterações neurológicas, continuará tendo incentivos a estudos, pesquisas, vigilância e assistência às vítimas. Contudo, há que se ter cautela para um evento muito novo e ainda em descoberta quanto às suas transcendências, portanto a vigilância deve ser rigorosa na perspectiva de poder se tornar um problema negligenciado.⁹

No estado do Tocantins, a gestante confirmada para Zika deve dar continuidade as consultas de pré-natal e ser acompanhadas pela Estratégia de Saúde da Família, de forma que possam estar vinculadas aos serviços do NASF para acompanhamento psicossocial e a maternidade de referência para o parto de alto risco.²⁰

Levando em consideração a fisiopatologia do Zika vírus, o Ministério da Saúde não considerou necessário alterar a rotina de acompanhamento de pré-natal preconizada, portanto, não considera as gestantes como sendo de alto risco, por essa causa isolada. No entanto, é necessário que a Atenção Primária à Saúde esteja atenta quanto ao seu papel no envolvimento de toda a equipe de saúde para assistência integral e qualificada às gestantes. É importante destacar a importância do acompanhamento domiciliar pelo Agente Comunitário de Saúde, que deve acontecer de forma periódica em sua área de abrangência orientando sobre as condições que tornam vulnerável a saúde da criança e da mulher, podendo dessa forma reconhecer as gestantes faltosas às consultas e as que não iniciaram o pré-natal.¹⁸

Os resultados deste estudo mostraram a necessidade de melhoria para a assistência pré-natal às gestantes positivas, e trouxe evidências do caráter da vulnerabilidade social da infecção pelo Zika vírus na capital do Tocantins.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization. WHO statement on the first meeting of the International Health Regulations (IHR 2005). Emergency Committee on Zika virus and observed increase in neurological disorders and neonatal malformations. [Accessed 2016 feb 5]. Available from: <http://www.who.int/media-centre/news/statements/2016/1st-emergency-committee-zika/en/>.
- Organização Mundial de Saúde. Doença do vírus Zika, 2016. [acesso 2017 mai 29]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/zika/pt/>.
- Secretaria do Estado da Saúde. Coordenação de Vigilância e Saúde- COVISA. Prefeitura Municipal de São Paulo. Protocolo para vigilância e assistência de casos suspeitos ou confirmados de doença aguda pelo vírus zika e suas complicações: na população geral, em gestantes, puérperas e recém-nascidos. São Paulo, p. 59, set. 2016. [acesso 2017 mai 29]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/protocolo_zika_novembro_1478887643.pdf.
- Campos GS, Bandeira AC, Sardi SI. Zika Virus Outbreak, Bahia, Brazil. *Emerg Infect Dis*. 2015; 21:1885-1886. <https://dx.doi.org/10.3201/eid2110.150847>
- Brasil. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico**: Zika vírus: perfil epidemiológico em mulheres, 47. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 7 p. [acesso 2017 jun 10]. Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/novembro/15/2016_031-Mulheres_publicacao.pdf.
- Governo do Estado do Tocantins. Secretaria do Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância, Promoção e Proteção à Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica das Doenças Vektoriais e Zoonoses. Gerência de Vigilância Epidemiológica das Arboviroses e Zika: Relatório do Monitoramento (1ª a 52ª semana epidemiológica de 2016).
- Falcão M, Bandeira AC, Luz K, Chebabo A, Brigido H, Lobo I, et al. Guia de manejo da infecção pelo vírus zika. Sociedade brasileira de infectologia. 2016. 25p. [acesso 2017 jun 10]. Disponível em: http://sierj.org.br/artigos/Guia_Manejo_Zika_SBI.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. **Zika: Abordagem clínica na atenção básica**. 2016. [acesso 2017 jun 10]. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/cursos/zika>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública sobre Microcefalias. Informe Epidemiológico nº 57 – Semana Epidemiológica (SE) 52/2016 (25 a 31/12/2016). Monitoramento dos Casos de Microcefalia no Brasil. p. 3. 2017. [acesso 2017 nov 12]. Disponível em: http://www.combateaedes.saude.gov.br/images/pdf/Informe-Epidemiologico-n57-SE-52_2016-09jan2017.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS. Brasília, DF, 2018. [acesso 2018 fev 2]. Disponível em: <http://www.datasus.saude.gov.br>.
- Carvalho, LP. Vírus Zika e Direitos reprodutivos: entre as políticas transnacionais, as nacionais e as ações locais. **Cadernos de Gênero e Diversidade**. 2017; 3:134-157.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância em saúde. Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 52. 2017;48(3):11. [acesso 2018 fev 2]. Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/05/2017_002-Dengue%20SE52_corrigido.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria Nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Brasília, DF, 2017.
- Rosa CQ, Silveira DS, Costa JSD. Factors associated with lack of prenatal care in a large municipality. *Revista de Saúde Pública*. 2014;48:977-984.
- Cruz RSBL, Batista-Filho M, Caminha MFC, Souza ES. Protocolos de atenção pré-natal à gestante com infecção por Zika e crianças com microcefalia: justificativa de abordagem nutricional. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 2016;16: S95-S102.
- Organização Pan-Americana da Saúde -OPAS. Organização Mundial de Saúde-OMS. O ano em que o vírus zika evoluiu de uma emergência para um desafio de saúde pública em longo prazo, 2016. [acesso 2017 nov 11]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5326:o-ano-em-que-o-virus-zika-evoluiu-de-uma-emergencia-para-um-desafio-de-saude-publica-em-longo-prazo&Itemid=812
- Brasil P, Pereira JP, Moreira EM, Nogueira RMR, Damasceno L, Wakimoto M, et al. . Zika Virus Infection in Pregnant Women in Rio de Janeiro. **New England Journal Of Medicine**. 2016; 375: 2321-2334.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Protocolo de Atenção à Saúde e à Ocorrência de Microcefalia Relacionada à Infecção pelo Vírus Zika. Nacional de Enfrentamento à microcefalia no Brasil. Brasília – DF, Versão preliminar, p 46, 2015. [acesso 2017 nov 11]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/PROTOCOLO%20DE%20ATENDIMENTO%20PARA%20MICROCEFALIA.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde declara fim da emergência nacional para zika. 2017. [acesso 2017 dez 9]. Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/maio/11/11.05.2017_Coletiva%20Zika.pdf.
- Governo do Estado do Tocantins. Secretaria de Estado da Saúde. Nota informativa nº 001/2016: Nota informativa da vigilância de casos suspeitos de Zika nº 001/2016/SESAU/SVPPS/DVEDVZ/GDFA. Palmas: SESAU, 2016. 13 p. [acesso 2017 dez 9]. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/296775/>