

## CAPÍTULO 36

DOI: <https://doi.org/10.58871/conbrasca.v4.36>

### **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS RECÉM-NASCIDOS COM MICROCEFALIA NA PARAÍBA DE 2015 A 2022**

### **EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF NEWBORN BABIES WITH MICROCEPHALY IN PARAÍBA FROM 2015 TO 2022**

**POLLIANNA MARYS DE SOUZA E SILVA**

Servidora Pública/Fisioterapeuta dos  
Estados da Paraíba e do Rio Grande do Norte

**FLAVIA MICHELLE FERNANDES DA SILVA ATAÍDE**

Bacharela em Fisioterapia pelo  
Instituto Paraibano de Ensino Renovado Asper;  
Pós-Graduada em Fisioterapia Pediátrica e Neonatal/UNIPÊ;  
Pós-Graduada em Fisioterapia em Terapia Intensiva/UNIPÊ

**KARLA ELISA KAROLLYNNE CARDOSO LEMOS**

Bacharela em Fisioterapia pela Faculdade Maurício de Nassau;  
Pós-Graduada em Fisioterapia Pediátrica e Neonatal

**FABIANA VELOSO LIMA**

Mestre em Saúde da Família/UFPB;  
Enfermeira e Fisioterapeuta/Servidora Pública  
dos Municípios de João Pessoa e Recife

**ANA CAROLINA AGUIRRES BRAGA**

Bacharela em Fisioterapia pela  
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS);  
Pós-Graduada em Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica/PUCPR-ARTMED

### **RESUMO**

**Introdução:** A microcefalia é uma malformação congênita em recém-nascido (RN) que apresenta demarcação cefálica com medida igual ou inferior de 31,9 cm, para menino, e de 31,5 cm, para menina. No Brasil, no ano de 2015, foram registrados 1.761 neonatais vivos com microcefalia em 422 municípios, destes 316 residiam no Estado da Paraíba (PB). **Objetivo:** O presente estudo visou analisar o perfil dos RN com diagnóstico de microcefalia na Paraíba no período de 2015-2022. **Metodologia:** Trata-se de um estudo epidemiológico, documental, descritivo e retrospectivo, com uso de dados primários, obtidos por meio de consulta ao Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Foram empregadas as variáveis: duração da gestação, APGAR do primeiro e quinto minuto, tipo de parto, peso ao nascer e sexo do RN. As variáveis estão organizadas em tabelas utilizando recursos do programa Microsoft Excel 2010, e então computados e analisados por meio de estatística descritiva simples. **Resultados e Discussão:** No que diz respeito à incidência de recém-nascidos com diagnóstico de microcefalia

na Paraíba foram constatadas 253 crianças nos anos de 2015 a 2022, com maior pico em 2015, seguido de 2016. Quanto ao perfil dos RN, a maioria era do sexo feminino, com peso e idade gestacional adequados, nasceram de parto vaginal e tiveram apgar de 1 e 5 minuto maior que oito. **Considerações finais:** Observa-se o aumento da incidência de casos de microcefalia no mesmo ano que houve um surto de Zika vírus na Paraíba, o que pode estar relacionado, visto que é uma complicação esperada dessa arbovirose, como acomete mulheres no período gestacional. Outro ponto a destacar, é o perfil dos RN que não apresentaram outros fatores de risco, além da microcefalia, o que torna menos susceptíveis ao desenvolvimento de outras complicações.

**Palavras-chave:** microcefalia; Zika vírus; recém-nascido; desenvolvimento infantil.

## ABSTRACT

**Introduction:** Microcephaly is a congenital malformation in newborns (NB) who have a cephalic demarcation measuring equal to or less than 31.9 cm for a boy and 31.5 cm for a girl. In Brazil, in 2015, 1,761 live newborns with microcephaly were registered in 422 municipalities, of which 316 lived in the State of Paraíba (PB). **Objective:** The present study aimed to analyze the profile of newborns diagnosed with microcephaly in Paraíba in the period 2015-2022. **Methodology:** This is an epidemiological, documentary, descriptive and retrospective study, using primary data, obtained through consultation of the Live Birth Information System (SINASC). The following variables were used: duration of pregnancy, first and fifth minute APGAR, type of delivery, birth weight and sex of the newborn. The variables are organized in tables using resources from the Microsoft Excel 2010 program, and then computed and analyzed using simple descriptive statistics. **Results and Discussion:** With regard to the incidence of newborns diagnosed with microcephaly in Paraíba, 253 children were found in the years 2015 to 2022, with the highest peak in 2015, followed by 2016. Regarding the profile of the newborns, the majority were of the sex female, with adequate weight and gestational age, were born vaginally and had 1 and 5 minute apgar scores greater than eight. **Final considerations:** An increase in the incidence of microcephaly cases was observed in the same year that there was an outbreak of Zika virus in Paraíba, which may be related, as it is an expected complication of this arbovirus, as it affects women during pregnancy. Another point to highlight is the profile of newborns who did not present other risk factors, in addition to microcephaly, which makes them less susceptible to the development of other complications.

**Keywords:** microcephaly; Zika Virus; newborn; child development.

## 1 INTRODUÇÃO

A microcefalia é uma malformação congênita em recém-nascidos de ambos os sexos no qual o cérebro não se desenvolve de maneira adequada, ou seja, o perímetro cefálico dos mesmos é menor que dois desvios-padrão da média para idade e sexo (Herber, 2019).

Para o fechamento de diagnóstico, é necessário a realização de exames físicos e clínicos como tomografia do crânio e ressonância magnética, todos avaliam uma medida do perímetro cefálico (Herber, 2019). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a microcefalia é assinalada pela medida do crânio do recém-nascido (RN) ao nascer, em que a demarcação

cefálica apresente medida igual ou inferior de 31,9 cm, para menino, e de 31,5 cm, para menina (Félix, 2019).

A microcefalia está dividida em dois grupos: o primário e o secundário. O primário ocorre quando, ao nascimento, o RN possui característica padrão com contorno cefálico inferior a dois desvios-padrão (DP) de 31,9 cm e de 31,5 cm, em relação ao sexo e idade gestacional; já o secundário é caracterizado quando o neonato desenvolve a má formação cefálica depois do nascimento (Marinho, 2016). A medição do perímetro cefálico é significativa, pela ligação que tem com o crescimento cerebral da criança até os seus dois anos de idade (Brasil, 2016).

O quadro clínico da microcefalia é frequentemente acometido de alterações motoras e cognitivas que mudam de acordo com o grau de danos cerebrais. Cada criança pode desenvolver alterações distintas, de acordo com a localização e extensão do cérebro que foi atingido pela doença, logo a criança apresenta atraso no desenvolvimento (DNPM), alterações auditivas, cognitivas e visuais (Sá, 2016).

As anormalidades apresentadas nos neonatos, abrangendo as microcefalias, apresentam etiologias diferentes e multifatoriais. Essas anomalias podem ser originadas por cromossomos irregulares, exposição da gestante a agentes teratogênicos ambientais, doenças metabólicas na gestação, doenças infecciosas no período gestacional, tais como: toxoplasmose, sífilis, herpes ou rubéola, citomegalovírus e o vírus do Zika (Vargas, 2016).

Segundo Herling (2016), a transmissão pelo Zika vírus causa quadro de febre, cefaleia, mal-estar, edema, dores nas articulações, e se a mulher estiver gestante, esse vírus transpassa a barreira placentária e pode levar a quadros onde há um grau de significância do comprometimento do sistema nervoso central (SNC) do feto. Essa transmissão leva a um atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) da criança, que ocorre em um modo sequenciado, contínuo e relaciona-se com a idade gestacional que a mãe se encontrava durante a transmissão (Reis, 2015).

No Brasil, no ano de 2015 foram registrados 1.761 neonatais vivos com microcefalia em 422 municípios, no Estado da Paraíba com 316 neonatais com microcefalia, Pernambuco 804, Bahia 180, Rio Grande do Norte 106, Sergipe 96, Alagoas 81, Ceará 40, Maranhão 37, Piauí 36, Tocantins 29, Rio de Janeiro 23, Mato Grosso do Sul 9, Goiás 3 e Distrito Federal 1 caso (Reis, 2015). Devido a grande demanda de nascimentos de neonatos com diagnóstico de microcefalia, em 2015, a pesquisadora Dra. Celina Turchi, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) no Estado de Pernambuco, correlacionou a presença da microcefalia em recém-nascidos com o acometimento do vírus da Zika pela mãe (Oliveira, 2016).

O Ministério da Saúde apresenta em sua pesquisa dados das ocorrências e notificações

de pessoas que foram infectadas pelo mosquito *Aedes Aegypti*, transmissor da Dengue e vírus da Zika. Esses dados aumentaram na Paraíba a partir do ano de 2015. O Estado da Paraíba foi um dos nove Estados que exibiram aumento de mais de 200% com o vírus da dengue, passando de 3.336 casos em 2017, para 10.486 no mesmo período de 2018. Neste ano, a incidência da Dengue foi de 260,5 casos/100 mil habitantes (Oliveira, 2019).

A microcefalia já era endêmica no Brasil, através das infecções congênitas e alterações genéticas admitidas na região. Porém a partir do ano de 2015, deixou de ser endêmica e passou a ser considerada uma epidemia, ganhando espaço nos noticiários (Oliveira, 2019).

Diante da gravidade e evolução rápida do surto; das suas repercussões no âmbito pessoal, que enfrenta o acometimento de uma anormalidade cerebral, que pode cursar com atrasos de desenvolvimento leve a grave, ou mesmo com deficiências motoras e intelectuais graves; como também o comprometimento no sistema familiar, que exige uma reconfiguração de sua dinâmica, tornando seus membros vulneráveis do ponto de vista psicológico, econômico, social e cultural; mostra-se relevante o estudo e aprofundamento da referida temática.

Baseado no exposto surgiu o interesse em realizar o presente estudo que visa analisar o perfil dos neonatos nascidos com diagnóstico de microcefalia na Paraíba, de modo a contribuir para a discussão e planejamento de ações de prevenção e promoção de saúde aos familiares do portador de microcefalia.

## **2 METODOLOGIA**

O referido estudo trata-se de um estudo epidemiológico, documental, descritivo e retrospectivo, com uso de dados primários, obtidos por meio de consulta ao Repositório Institucional de Saúde do Estado da Paraíba, especificamente o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), localizado no endereço eletrônico <http://tabnet.saude.pb.gov.br/> tendo seu acesso no dia 05/11/2023.

A População deste estudo foi composta por todas as crianças nascidas com diagnóstico de microcefalia, registradas no SINASC, nos anos de 2015 a 2022, no Estado da Paraíba. Foram utilizadas as variáveis: número de consultas do pré-natal realizadas, duração da gestação, APGAR do primeiro e quinto minuto, tipo de parto, peso ao nascer e sexo do RN.

A partir dos dados obtidos, os mesmos foram organizados em tabelas utilizando recurso do programa Microsoft Excel 2010, e então computados e analisados por meio de estatística descritiva simples, para então serem apresentados em forma de tabelas para melhor compreensão dos mesmos.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) obtém as informações dos recém-nascidos vivos, por meio dos dados coletados a partir do nascimento, através da Declaração de Nascido Vivo (DNV); a mesma é obrigatória em qualquer região do Brasil. Esse registro, o Ministério da Saúde acompanha através do SINASC, que foi implantado desde 1990.

O presente estudo objetivou analisar o perfil dos neonatos nascidos vivos com diagnóstico de microcefalia, através das informações do Repositório Institucional de Saúde do Estado da Paraíba/SINASC, na qual foram identificadas 253 crianças que nasceram com microcefalia (esse diagnóstico é baseado na avaliação pós-nascimento, por meio da medição do perímetro cefálico do neonatal), no período de 2015 a 2022, na Paraíba, tendo um predomínio nos anos de 2015 e 2016, com 138 e 78 casos respectivamente.

A microcefalia passou a estar em evidência nas publicações periódicas a nível estadual e conseqüentemente a nível nacional, no ano de 2015, após epidemia do vírus Zika, transmitida através do mosquito *Aedes Aegypti*, principal transmissor do vírus.

Segundo Cruz (2016), em sua pesquisa no ano de 2015, o aumento surpreendente dos casos de RN com microcefalia, patologia pouco conhecida em sua biografia natural e nos seus aspectos epidemiológicos, fez inúmeras vítimas em nível nacional, principalmente no Estado de Pernambuco, onde o foco foi maior em comparação aos outros estados, e isso coincidiu com o surto do Zika vírus. Salge (2016) afirma em sua pesquisa, que o Brasil foi o pioneiro a descobrir a relação entre o vírus Zika em gestantes e o nascimento de neonatos nascidos-vivos com diagnóstico de microcefalia.

O tempo de gestação é de grande importância para avaliação da maturidade fetal ao nascimento e prognóstico para possíveis complicações neonatais. Constataram-se no SINASC, que a maioria das crianças (78,3%), que nasceram com diagnóstico de microcefalia, eram RN termos (37 a 41 semanas de idade gestacional), do sexo feminino (54,1%) e nasceram com peso adequado (2.500 a 3.999g) (65,6%). No que diz respeito ao tipo de parto, a maioria foram crianças que nasceram de parto vaginal (51,8%), contudo observa-se que nos anos de 2020 e 2021, houve um predomínio do parto cesariano (100,0% e 83,4% respectivamente), conforme tabela 1.

**Tabela 1** - Caracterização dos RN com microcefalia quanto ao tempo de gestação, tipo de parto, peso ao nascer e sexo, Paraíba, Brasil, 2015-2022.

Tempo de Gestação (Semanas)	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%

22-27	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4
28-31	2	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,8
32-36	20	14,5	10	12,8	1	14,3	3	37,5	2	33,4	1	25,0	2	33,4	2	33,4	41	16,2
37-41	108	78,3	66	84,6	6	85,7	4	50,0	4	66,6	2	50,0	4	66,6	4	66,6	198	78,3
42 e +	4	2,9	1	1,3	0	0,0	1	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	2,4
NI	3	2,2	1	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	5	1,9
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100</b>	<b>78</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>253</b>	<b>100</b>

Tipo de Parto	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Vaginal	74	53,6	41	52,6	5	71,4	4	50,0	3	50,0	0	0,0	1	16,6	3	50,0	131	51,8
Cesário	64	46,4	37	47,4	2	28,6	4	50,0	3	50,0	4	100,0	5	83,4	3	50,0	122	48,2
Ignorado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100</b>	<b>78</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>253</b>	<b>100</b>

Peso do RN	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
501 - 999	1	0,7	0	0,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,8
1000 - 1499	5	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	2,4
1500 - 2499	40	28,9	20	25,7	5	71,4	3	37,5	2	33,4	3	75,0	2	33,3	3	50,0	78	30,8
2500 - 2999	55	39,9	36	46,1	0	0,0	3	37,5	2	33,4	0	0,0	2	33,3	1	16,6	99	39,1
3000 - 3999	37	26,8	22	28,2	2	28,6	1	12,5	1	16,6	0	0,0	2	33,4	2	33,4	67	26,5
4000 - 4999	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100</b>	<b>78</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>253</b>	<b>100</b>

Sexo do RN	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino	70	50,7	32	41,0	2	28,6	3	37,5	1	16,6	1	25,0	4	66,7	2	33,4	115	45,5
Feminino	68	49,3	46	59,0	5	71,4	5	62,5	5	83,4	3	75,0	2	33,3	3	50,0	137	54,1
Ignorado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,6	1	0,4
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100</b>	<b>78</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>253</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2023.

**Legenda:** NI = Não informada.

O Repositório Institucional de Saúde do Estado da Paraíba informou que no ano de 2015, 78,3% dos neonatos com diagnóstico microcefalia nasceram com tempo de gestação termo (37 – 41 semanas), o que é um bom indicativo de prognóstico, visto que para Brunoni (2016), o tempo de desenvolvimento fetal influencia nas possíveis alterações associadas à microcefalia, ou seja, quanto menor o tempo de semanas maior a probabilidade de apresentar déficit intelectual, epilepsia, paralisia cerebral, atraso no desenvolvimento de linguagem e/ou motor, estrabismo, oftalmológicas, cardíacas, renais, do trato urinário, entre outras.

Nunes (2016) descreve que em média o peso dos RNs com microcefalia é geralmente baixo, visto que a cabeça do neonatal é responsável por aproximadamente sessenta por cento do peso do RN. Outro ponto importante é uma análise de proporcionalidade do perímetro cefálico em relação às outras medidas de crescimento do recém-nascido, como peso e comprimento, pois isso também é importante na definição da suspeita sobre a etiologia da microcefalia. Todavia os dados registrados em nossa pesquisa, não corroboram com o autor acima, visto que identificamos que a maioria dos RNs com microcefalia estava com peso adequado.

No que se refere à forma do nascimento dos bebês, identificamos prevalência do parto vaginal, contudo os números de partos cesarianos foram similares. O que corrobora com os autores Kilsztajn (2016), no qual informam que no Brasil exibe a maior taxa de parto cesariano do mundo, esses registros estão no Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente quando se tem uma gestação de risco, como no caso em questão (microcefalia).

No que diz respeito aos dados de recém-nascidos em relação ao sexo, a maioria era do sexo feminino, o que corrobora com outros estudos epidemiológicos, como o de Cabral (2017) no qual em Sergipe, no total de 97 crianças, 58 eram do sexo feminino.

Após o nascimento se faz o registro do TESTE DE APGAR, que é uma avaliação que indica a vitalidade fetal, sendo realizada assim que a criança é retirada do ventre, no primeiro e quinto minuto de vida do recém-nascido (RN), dessa forma a criança recebe uma nota de zero a dez, sendo a nota acima de sete, característico de boa vitalidade fetal. Estes dados estão catalogados entre os anos de 2015 a 2022, no qual se constatou uma boa vitalidade dos RNs no primeiro minuto, 71,9% encontrava-se com APGAR entre 8 a 10; já no quinto minuto, constata-se um percentual de 82,6, de acordo com a tabela abaixo:

**Tabela 2.** APGAR no 1º e 5º minuto de vida: casos confirmados de microcefalia, Paraíba, Brasil, 2015-2022.

APGAR 1º minuto	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0-2	6	4,4	3	3,9	2	28,6	2	25,0	3	50,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	17	6,8
3-5	9	6,5	6	7,7	0	0,0	1	12,5	0	0,0	0	0,0	1	16,7	1	16,7	18	7,2
6-7	15	10,9	7	8,9	2	28,6	2	25,0	0	0,0	1	25,0	4	66,6	2	33,3	33	13,0
8-10	107	77,5	61	78,2	2	28,6	3	37,5	3	50,0	2	50,0	1	16,7	3	50,0	182	71,9
NI	1	0,7	1	1,3	1	14,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	1,1
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100</b>	<b>78</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>253</b>	<b>100</b>

  

APGAR 5º minuto	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0-2	2	1,4	1	1,3	1	14,2	1	12,5	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	6	2,4
3-5	8	5,8	2	2,6	0	0,0	1	12,5	1	16,7	0	0,0	1	16,7	0	0,0	13	5,2
6-7	8	5,8	6	7,6	3	42,9	1	12,5	2	33,3	1	25,0	1	16,7	1	16,7	23	9,0
8-10	119	86,3	68	87,1	3	42,9	5	62,5	3	50,0	2	50,0	4	66,6	5	83,3	209	82,6
NI	1	0,7	1	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,8
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100</b>	<b>78</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>253</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Legenda: NI = Não informada.

Os estudos de Henriques (2016) corroboram com a tabela exposta acima descrevendo os benefícios da avaliação do APGAR afirmando que é um método eficaz e de rápida avaliação clínica dos neonatos, não só para apenas decorrência de asfixia pós-parto e sim de outros fatores debilitantes que podem desenvolver a criança pós-nascimento.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo alcançou seus objetivos ao analisar o perfil dos neonatos nascidos vivos com diagnóstico de microcefalia na Paraíba, através do banco de dados do Repositório



Institucional de Saúde do Estado da Paraíba, por meio das variáveis dos recém-nascido: sexo, peso ao nascer, índice de apgar, tipo de parto e idade gestacional do nascimento.

Os números expostos pelo repositório foram de 253 bebês com diagnóstico de microcefalia na Paraíba no recorte temporal de 2015 a 2022, no qual se observou um surto no ano de 2015, com 138 casos de nascido diagnosticado com microcefalia, após esse período houve um declínio no números de casos. O que pode sugerir uma relação entre a microcefalia e o surto de Zika vírus que se deu neste mesmo período, visto que essa arbovirose, uma vez acometida no período gestacional, pode evoluir com má formação fetal, especialmente a microcefalia.

Em relação à caracterização dos recém-nascidos, constatou-se que a maioria era do sexo feminino, com peso e idade gestacional adequados, nasceram de parto vaginal e tiveram apgar de 1 e 5 minuto maior que oito. O que pode-se perceber que apesar da microcefalia, os referidos RN não apresentaram outros riscos, como baixo peso e prematuridade, que pudessem os deixar mais susceptíveis a outros adoecimentos.

Ao realizar o presente artigo, notou-se a carência de bibliografias com traçados de perfil de neonatos com diagnóstico de microcefalia no Estado da Paraíba. Desse modo, torna-se sugestivo maior aprofundamento nas literaturas visando contribuir para a discussão e planejamento de ações de prevenção e promoção de saúde aos familiares do portador de microcefalia, como também na prevenção das arboviroses, principalmente o Zika vírus.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de estimulação precoce**: Crianças de zero a 3 anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor Decorrente de Microcefalia. Brasília, DF, 2016.

BRUNONI, D. *et al.* Microcefalia e outras manifestações relacionadas ao vírus Zika: impacto nas crianças, nas famílias e nas equipes de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 3297-3302, 2016.

CABRAL, Cibelle Mendes et al. Descrição clínico-epidemiológica dos nascidos vivos com microcefalia no estado de Sergipe, 2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, p. 245-254, 2017.

CRUZ, R. S. B. L. *et al.* Protocolos de atenção pré-natal à gestante com infecção por Zika e crianças com microcefalia: justificativa de abordagem nutricional. **Rev Bras de Saúde Materno Infantil**, v. 16, p. S95-S102, 2016.

FÉLIX, V. P. S. R.; FARIAS, A. M. Microcefalia e dinâmica familiar: a percepção do pai frente à deficiência do filho. **Cad Saúde Pública**, v. 34, p. 209-316, 2019.

HENRIQUES, C. M. P.; DUARTE, E.; GARCIA, L. P. Desafios para o enfrentamento da epidemia de microcefalia. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 25, n. 1, p.7-10, 2016.

HERBER, S. *et al.* Prevalence and causes of congenital microcephaly in the absence of a Zika virus outbreak in southern Brazil. **Jornal de Pediatria (Versão em Português)**. v. 95, n.5, p. 6002-6006, 2019.

HERLING, J. D. *et al.* Infecção por Zika Vírus e nascimento de crianças com microcefalia: revisão de literatura. **Rev Ciência e Estudos Acad Med**, v. 1, n. 05, 2016.

KILSZTAJN, S. *et al.* Vitalidade do recém-nascido por tipo de parto no Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p. 1886-1892,2016.

MARINHO, F. Microcefalia no Brasil: prevalência e caracterização dos casos a partir do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), v. 25, n. 4, p. 701-712, 2016.

NUNES, M. L. *et al.* Microcefalia e vírus Zika: um olhar clínico e epidemiológico do surto em vigênciano Brasil. **J. Pediatr.** v. 92, n. 3, 2016.

OLIVEIRA, C. S.; VASCONCELOS, P. F. C. Microcefalia e vírus zika. **Jornal de pediatria**, v. 92, n. 2, p. 103-105, 2016.

OLIVEIRA, P. S. *et al.* Experiências de pais de crianças nascidas com microcefalia, no contexto da epidemia de Zika, a partir da comunicação do diagnóstico. **Cad Saúde Pública**. v. 35, n.12, p .226-618, 2019.

REIS, R. P. *et al.* Aumento dos casos de microcefalia no Brasil. **Rev Med Minas Gerais**, v. 25, n. Supl 6, p. S88-S91, 2015.

SÁ, F. E.; CARDOSO, K. V. V.; DE MOURA JUCÁ, R. V. B. Microcefalia e vírus zika: do padrão epidemiológico à intervenção precoce. **Fisioterapia & Saúde Funcional**, v. 5, n. 1, p. 2-5, 2016.

SALGE, A. K. M. *et al.* Infecção pelo vírus Zika na gestação e microcefalia em recém-nascidos: revisão integrativa de literatura. **Rev Eletr Enf [Internet]**. v. 18. 2016.

VARGAS, A. *et al.* Características dos primeiros casos de microcefalia possivelmente relacionados ao vírus Zika notificados na Região Metropolitana de Recife, Pernambuco. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, p. 691-700, 2016.