

ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES DE ZIKA VÍRUS NA GESTAÇÃO NO PERÍODO DE 2022 A 2025

ANALYSIS OF ZIKA VIRUS NOTIFICATIONS IN PREGNANCY FROM 2022 TO 2025

 <https://doi.org/10.63330/aurumpub.036-014>

Josimara Brunyelly Ximenes de Sousa

Graduada em Farmácia pela Universidade de Tecnologia do Piauí, Pós-graduada em prescrição Farmacêutica e Farmácia Clínica, atualmente graduanda em Medicina pela Universidad Nacional de La Rioja-UNLAR

E-mail: joseximenes1@gmail.com

Lattes: <https://lattes.cnpq.br/7179059472103502>

RESUMO

Introdução: O vírus Zika é transmitido pelo mosquito *Aedes aegypti*, chegou ao Brasil entre 2013 e 2014. Em gestantes, a infecção representa risco significativo de malformações congênitas, como microcefalia, e de alterações no desenvolvimento do feto. A identificação precoce da infecção e o acompanhamento contínuo durante o pré-natal são fundamentais para prevenir complicações e orientar intervenções. A Atenção Básica, é fundamental para identificar fatores de risco, orientar as gestantes, prevenir complicações e monitorar crianças com possíveis sequelas da Síndrome Congênita do Zika, tornando a vigilância epidemiológica e o cuidado essenciais. **Objetivo:** Analisar a ocorrência de infecção pelo vírus Zika em gestantes no Brasil entre 2022 e 2025, além de identificar os possíveis desfechos relacionados à Síndrome Congênita do Zika em recém-nascidos. **Metodologia:** Realizou-se um estudo epidemiológico descritivo retrospectivo, com dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação entre 2022 e 2025, analisando casos confirmados e suspeitos de infecção em gestantes em todas as regiões do Brasil. **Resultados e Discussão:** Foram notificados 11.956 casos de gestantes, com maior incidência no Nordeste e concentração variável entre os trimestres gestacionais. Fatores climáticos, sociais e econômicos influenciam a distribuição do vírus, enquanto regiões com clima menos favorável ao vetor e melhores indicadores socioeconômicos apresentaram menor ocorrência. A infecção pode afetar o feto em qualquer fase da gestação, sendo crítico o acompanhamento adequado e a qualidade do registro das notificações. **Conclusão:** A infecção pelo Zika representa risco significativo para gestantes e recém-nascidos, exigindo prevenção ativa, vigilância epidemiológica, acompanhamento contínuo e integração entre políticas de saúde.

Palavras-chave: Atenção Básica; Gestantes; Notificação; Zika Vírus.

ABSTRACT

Introduction: The Zika virus, transmitted by the *Aedes aegypti* mosquito, arrived in Brazil between 2013 and 2014. In pregnant women, the infection represents a significant risk of congenital malformations, such as microcephaly, and alterations in fetal development. Early identification of the infection and continuous monitoring during prenatal care are fundamental to preventing complications and guiding interventions. Primary care is fundamental for identifying risk factors, guiding pregnant women, preventing complications, and monitoring children with possible sequelae of Congenital Zika Syndrome, making epidemiological surveillance and care essential. **Objective:** To analyze the occurrence of Zika virus infection in pregnant women in Brazil between 2022 and 2025, as well as to identify possible outcomes related to Congenital Zika Syndrome in newborns. **Methodology:** A retrospective descriptive epidemiological study was conducted using secondary data from the Notifiable Diseases Information System between 2022 and 2025, analyzing confirmed and suspected cases of infection in pregnant women in all regions of Brazil. **Results and Discussion:** 11,956 cases of Zika virus infection were reported among pregnant women, with the highest incidence in the Northeast region and varying concentrations across gestational trimesters. Climatic, social, and economic factors influence the distribution of the virus, while regions with less favorable climates for the vector and better socioeconomic indicators showed lower occurrence. The infection can affect the fetus at any stage of gestation, making adequate monitoring and quality of notification records critical. **Conclusion:** Zika infection represents a significant risk for pregnant women and newborns, requiring active prevention, epidemiological surveillance, continuous monitoring, and integration between health policies.

Keywords: Primary Care; Pregnant Women; Notification; Zika Virus.

1 INTRODUÇÃO

O vírus foi identificado e isolado pela primeira vez em uma floresta denominada Zika, na Uganda, em 1947, motivo pelo qual foi nomeado. O vírus foi encontrado em macacos Rhesus utilizados em uma pesquisa sobre a febre amarela. Três anos após essa descoberta, em 1950, durante uma epidemia na Nigéria, surgiram os primeiros casos de zika em humanos no país. A disseminação da doença fora da África e Ásia ocorreu em 2007, durante um surto do vírus na Ilha de Yap, nos Estados Federativos da Micronésia, com sintomas como erupção cutânea, conjuntivite e artralgia, que tinham semelhança com a dengue, mas na verdade eram ocasionados pelo zika vírus, fato que se mostrou evidente após a coleta do sangue dos pacientes, em que não se via nenhum vírus relacionado à dengue. No Brasil, o vírus chegou entre os anos de 2013 e 2014 e afetou principalmente a região Nordeste, a qual teve, inclusive, maior número de casos de zika associados a microcefalia em recém-nascidos, além do aumento da síndrome de Guillain-Barré,

uma doença autoimune rara que ocasiona inflamação nos nervos periféricos do corpo(Ribeiro; Sousa, 2026).

Em outubro de 2015, foi observado no Brasil um aumento inesperado do número de casos de nascidos vivos com microcefalia, inicialmente em Pernambuco e posteriormente em outros estados da região Nordeste. A microcefalia é uma malformação congênita caracterizada pelo perímetro cefálico reduzido para a idade gestacional, acompanhada por alterações no sistema nervoso central. O crescimento inesperado de nascimentos com esse quadro ocorreu após registro da ocorrência da febre pelo vírus Zika na mesma região.Trata-se de uma doença febril aguda que causa manchas avermelhadas na pele, mas que, na maioria dos casos, evolui para cura. Sua transmissão ocorre principalmente por meio da picada do mosquito *Aedes aegypti*, o mesmo transmissor da dengue, da febre Chikungunya e da febre amarela urbana (Garcia, 2018).

As arboviroses são transmitidas pelo mosquito do gênero *Aedes*, especialmente e são consideradas um dos principais problemas de saúde pública no mundo, o vírus Zika (ZIKV) se mostrou potencialmente teratogênico, estando associado a casos graves de malformações congênitas (Brasil, 2024).

Nesse cenário, o acesso ao pré-natal na Atenção Básica é essencial para a saúde da mãe e do bebê, sendo recomendado iniciar o acompanhamento até a 12ª semana de gestação. Esse cuidado permite identificar fatores de risco, prevenir complicações e promover intervenções adequadas. A assistência deve envolver toda a equipe de saúde, visando orientar, acompanhar e identificar precocemente situações de vulnerabilidade, dessas gestantes(Brasil, 2017).

O Ministério da Saúde reconheceu a relação entre o vírus zika e a ocorrência de casos de crianças com microcefalias e de óbitos, no final de 2015, a partir do aumento do número de casos notificados em alguns estados, sinalizando a importância de intensificar o acompanhamento dessas crianças e suas famílias na Atenção Básica (AB). A AB tem papel fundamental neste contexto, o qual se estende desde a orientação para evitar e acabar com os criadouros do mosquito *Aedes aegypti* até o acompanhamento dos casos de crianças com alterações do desenvolvimento neuropsicomotor relacionadas ao vírus zika(Brasil, 2016).

O objetivo deste trabalho é analisar as notificações de infecção pelo vírus Zika em gestantes no Brasil, no período de 2022 a 2025, bem como analisar os possíveis desfechos relacionados à Síndrome Congênita do Zika (SCZ) em recém-nascidos. Além de demonstrar a importância do acompanhamento contínuo de gestantes e recém-nascidos na Atenção Básica.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo retrospectivo, com análise de dados secundários, que teve como objetivo caracterizar a ocorrência de infecção pelo vírus Zika em gestantes no Brasil, no período de 2022 a 2025. Os dados foram obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação

(SINAN), base oficial do Ministério da Saúde para registro de doenças de notificação compulsória, incluindo todas as gestantes com infecção confirmada ou suspeita pelo vírus, em todas as regiões do país. Para o embasamento e interpretação dos achados, foram revisados diversos estudos nacionais a respeito do tema, permitindo contextualizar os resultados observados no Brasil em relação à literatura científica já existente e reforçando a importância do monitoramento contínuo das gestantes.

2.1 A GESTANTE COM INFECÇÃO POR ZIKA

As gestantes são consideradas população de risco para a infecção pelo vírus Zika, especialmente no primeiro trimestre, quando ocorre a formação fetal. No segundo trimestre, o risco de malformações existe, embora seja menor, e no terceiro trimestre, os riscos estão significativamente reduzidos, já que o feto está formado. Mesmo assim, a infecção provoca grande preocupação entre as gestantes, principalmente pelo medo de que o bebê desenvolva microcefalia. Essa apreensão é intensificada pela falta de orientações médicas claras e pela informação veiculada na mídia, levando-as a viver com angústia e ansiedade. Os achados do estudo mostram que as gestantes se preocupam mais com a saúde do bebê do que com o próprio bem-estar, frequentemente associando a infecção automaticamente à má-formação e ao desafio de cuidar de uma criança nessas condições (Souza et al., 2018).

A gestante com suspeita de Zika que realiza o pré-natal de risco habitual na Atenção Básica terá sua vinculação definida de acordo com sua condição gestacional, antecedentes patológicos e história de parto. No entanto, caso haja suspeita de microcefalia fetal verificada pelo exame de ultrassom obstétrico, orienta-se sua vinculação à maternidade de referência Secundária, considerando a necessidade de avaliação pediátrica e suporte para possíveis complicações, bem como maior possibilidade de realização de exames que permitam uma avaliação mais precisa da extensão das lesões encefálicas, caso ocorram (Bahia, 2016).

O risco de infecção pelo Zika vírus é semelhante para grávidas e para a população em geral. Entretanto, fatores associados à carga viral, especialmente em relação à resposta imunológica, estão diretamente ligados aos comprometimentos neurológicos já identificados em diversos casos de gestantes, sendo encontrados até mesmo no líquido amniótico. Portanto, uma das maiores preocupações com o Zika vírus é o acometimento em gestantes devido a complicações fetais decorrentes da infecção durante esse período, principalmente no primeiro trimestre, cuja principal consequência é a incidência de microcefalia congênita (Gama, et al., 2023).

Além de compreender os efeitos da infecção durante a gestação, é essencial acompanhar a notificação dos casos, pois ela fornece dados cruciais para a vigilância epidemiológica e para estratégias de prevenção.

2.2 NOTIFICAÇÃO

A Portaria nº 204, de 28 de fevereiro de 2016, estabelece a Notificação Compulsória de infecções por vírus Zika em gestantes e de síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika, incluindo-as na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública. Nos serviços de saúde públicos e privados, esses casos devem ser notificados obrigatoriamente. É dever legal de médicos, profissionais de saúde e responsáveis pelos serviços de saúde comunicar, imediatamente, qualquer suspeita ou confirmação dessas doenças e agravos. A notificação deve ser realizada em até 24 horas.

Estes dados desempenham um papel importante no monitoramento epidemiológico, na detecção de surtos e epidemias, na alocação apropriada de recursos e na implementação de estratégias preventivas para conter a propagação da doença (Brasil, 2024).

2.3 TRANSMISSÃO

Segundo Dutra e Dal Pont (2024), o vírus é transmitido principalmente de forma vetorial, perinatal e sexual. Ademais, alguns estudos investigam a transmissão por transplante de órgãos, saliva, lágrima e por transfusão de sangue e hemoderivados. A transmissão do Zika vírus por mosquitos(vetorial) continua sendo a via mais comum de infecção, isto deve-se ao fato do mosquito picar diversas pessoas durante todo o dia, transmitindo o vírus a pessoas não infectadas.

Os autores afirmam ainda que a transmissão vertical, de mãe para o filho, do vírus foi relatada pela primeira vez em 2013 na Polinésia Francesa. Mulheres sintomáticas na 38ª semana de gestação apresentaram o vírus no soro, leite materno, na saliva e na urina. Após o nascimento dos bebês, foram realizados testes até o terceiro dia de vida, na qual detectaram o vírus em seus soro e urina. Isto sugere, que o vírus pode ser transmitido através da placenta ou durante o parto, fato que preocupa, pois há um elevado número de casos de microcefalia em recém-nascidos de mães com infecção por ZIKV durante a gestação.

2.4 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A infecção pelo vírus Zika pode ocasionar um espectro clínico que varia de manifestação inaparente, sem a percepção da apresentação de sinais ou sintomas, passando por um quadro clínico com manifestações brandas. Na maioria das vezes, a doença é autolimitada, durando aproximadamente de 4 a 7 dias, podendo estar acompanhada das seguintes manifestações mais comuns: exantema maculopapular, febre, artralgia, conjuntivite não purulenta, cefaléia, mialgia e prurido. Além dessas manifestações, também foram descritos casos de síndrome de Guillain-Barré e outras manifestações neurológicas. Na literatura há referência de poucos casos apresentando icterícia, constipação e hematúria. Quando infectada, mesmo não apresentando sinais e sintomas aparentes da doença, uma gestante poderá transmitir o vírus para o feto, podendo ocasionar desde o aborto espontâneo, óbito fetal ou anomalias congênitas(Brasil, 2017).

2.5 SÍNDROME CONGÊNITA DO ZIKA (SCZ)

A síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika (SCZ) compreende um conjunto de sinais e sintomas apresentados por crianças nascidas de mães infectadas por esse vírus durante a gestação (Pereira et al., 2025).

A microcefalia é uma malformação congênita em que o cérebro não se desenvolve de maneira adequada. É caracterizada por um perímetro cefálico inferior ao esperado para a idade e sexo e, dependendo de sua etiologia, pode ser associada a malformações estruturais do cérebro ou ser secundária a causas diversas. Em geral, as crianças apresentam atraso no desenvolvimento neuropsicomotor com acometimento motor e cognitivo relevante e, em alguns casos, as funções sensitivas (audição e visão) também são comprometidas. O comprometimento cognitivo ocorre em cerca de 90% dos casos. A microcefalia pode ser congênita ou pós natal, que é a falha de crescimento normal do perímetro cefálico após o nascimento (Brasil, 2016).

A microcefalia causada pela SCZ apresenta um caráter singular em comparação às formadas por outros tipos de infecções congênicas. Possui como característica um padrão de formato “em gaveta”, na qual a calota craniana é colapsada, com suturas invertidas e ossos predominantes na região. Os bebês que possuem a SCZ podem desenvolver a microcefalia após o nascimento ou não a apresentar, no qual os que já nascem com microcefalia apresentam malformações e anormalidades mais graves, seguidos pelos que a desenvolveram pós-natal e pelos que não possuem. Quando comparados os achados em recém-nascidos acometidos pela SCZ, não são encontradas diferenças significativas, apenas entre os que nasceram sem microcefalia com os que a desenvolveram no pós-natal (Campos et al., 2021).

Ademais, uma série de manifestações, incluindo desproporção craniofacial, espasticidade, convulsões, irritabilidade, disfunção do tronco encefálico, como problemas de deglutição, contraturas de membros, anormalidades auditivas e oculares, e anomalias cerebrais detectadas por neuroimagem têm sido relatadas entre neonatos que foram expostos ao vírus Zika durante a gestação. Os achados de neuroimagem incluem calcificações corticais, subcorticais, malformações corticais, padrão simplificado de giro, alterações migratórias, hipoplasia do tronco cerebral, cerebelo e ventriculomegalia. Embora a microcefalia congênita seja o achado inicial para o reconhecimento da síndrome, algumas dessas manifestações neurológicas ocorreram sem a microcefalia associada e só se tornaram evidentes após o nascimento (Brasil, 2017).

2.6 DIAGNOSTICO

Diante da suspeita de infecção durante o período gestacional, o caso deve ser notificado obrigatoriamente, e a investigação deve ocorrer preferencialmente por critérios laboratoriais específicos. Uma vez confirmado, realiza-se o seguimento, que consiste na detecção da partícula viral por biologia

molecular (reação em cadeia da polimerase via transcriptase reversa – RT-qPCR), considerado o padrão ouro, ou pela detecção de anticorpos por sorologia (imunoglobulinas classe M ou G), com o objetivo de auxiliar posteriormente no diagnóstico de síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika do feto ou recém-nascido (Pereira et al., 2025).

Para tanto, é necessária uma avaliação clínica-epidemiológica criteriosa, pois ela orientará o tipo de amostra e o método diagnóstico mais adequado. Além disso, a complexidade do diagnóstico se deve tanto à ocorrência de outros arbovírus no país quanto à curta duração do período virêmico. O RNA viral é detectável inicialmente em várias amostras, mas seus níveis diminuem à medida que surgem anticorpos IgM, entretanto, em alguns casos, o RNA pode persistir por períodos mais longos em determinados tipos de amostras (Brasil, 2017).

Assim, as amostras devem ser processadas simultaneamente para dengue, chikungunya e Zika no Laboratório Central de Referência do estado (Lacen), onde atualmente estão disponíveis sorologia e biologia molecular (RT-PCR). Estados sem rotina de exame implantada devem encaminhar amostras para o laboratório de referência de sua rede. Além disso, amostras negativas podem ser enviadas aos Laboratórios de Referência Regional (LRR) para testes complementares, como isolamento viral, sequenciamento genético e inibição da hemaglutinação (IH). Cabe destacar que o Instituto Evandro Chagas, no Pará (IEC-PA), atua como Laboratório de Referência Nacional (LRN), fornecendo suporte técnico a todos os laboratórios da rede nacional (Brasil, 2017).

Para confirmar a síndrome congênita associada ao vírus Zika, é indicado o exame STORCH (sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes) em gestantes cujo feto apresente características sugestivas da síndrome, a fim de diferenciá-la de outras infecções congênitas que também afetam o sistema nervoso central (Campos et al., 2021).

Visando otimizar o diagnóstico laboratorial, testes rápidos de imunocromatografia qualitativa (IgM/IgG) estão sendo incorporados à rotina para triagem inicial, sendo que amostras positivas devem ser confirmadas por ensaios imunoenzimáticos (ELISA) ou outros ensaios imunológicos (Brasil, 2017).

Além disso, exames radiológicos contribuem para a avaliação estrutural do cérebro fetal e para o diagnóstico diferencial, permitindo identificar bebês com desenvolvimento neurológico normal e, ao mesmo tempo, possibilitando intervenções precoces nos casos com alterações, o que melhora o prognóstico cognitivo e motor (Campos et al., 2021).

Por fim, crianças com malformações congênitas ou alterações do sistema nervoso central devem ter seu diagnóstico garantido e receber acompanhamento longitudinal na Atenção Básica, em ambulatórios especializados, unidades hospitalares e serviços de reabilitação (Brasil, 2017).

2.7 TRATAMENTO

O tratamento recomendado para os casos sintomáticos de infecção pelo vírus zika é baseado no uso de acetaminofeno (paracetamol) ou dipirona para o controle da febre e da dor. No caso de erupções pruriginosas, anti-histamínico pode ser prescrito. Não se recomenda o uso de ácido acetilsalicílico e outros anti-inflamatórios, em função do risco aumentado de complicações hemorrágicas descritas nas infecções por outros flavivírus (gênero de vírus da família Flaviviridae)(Brasil.2016).

Infelizmente, não existe tratamento para a microcefalia fetal. No entanto, deve ser lembrado que esta gestante continua precisando de cuidados pré-natais e de suporte psicoterápico. A interação entre obstetras e profissionais do comportamento é fundamental para estas mulheres (Febrasgo,2016).

2.8 PREVENÇÃO

A profilaxia da infecção pelo ZIKA baseia-se, prioritariamente, no controle do vetor, sendo a eliminação do mosquito *Aedes aegypti* a medida mais eficaz. Quando essa estratégia não é plenamente efetiva, recomenda-se a adoção de medidas individuais de proteção, como evitar a exposição a ambientes com casos suspeitos, reduzir deslocamentos para áreas de alta incidência e impedir a entrada do vetor nas residências, por meio do uso de telas em janelas, especialmente em áreas com focos do mosquito. Adicionalmente, recomenda-se o uso de repelentes ambientais e corporais, aplicados sobre toda a área exposta da pele, sendo o repelente a última camada após o uso de cosméticos habituais. Considerando a possibilidade de transmissão sexual do ZIKV e sua permanência no sêmen por até 62 dias após a infecção, orienta-se o uso sistemático de preservativos por pelo menos 60 dias quando o parceiro tiver permanecido em áreas de risco, apresentado sintomas sugestivos ou confirmado infecção pelo vírus(Febrasgo, 2016).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

É importante ressaltar que questões sociais interferem sobremaneira na qualidade de vida e no desenvolvimento da criança e do ambiente familiar. Assim, as condições materiais concretas da família e do suporte possível para o cuidado e acompanhamento da criança são também objeto de atenção e intervenção dos profissionais que irão acompanhá-las, a fim de contribuir para o acesso às políticas de proteção social e programas sociais que possam favorecer uma melhor condição de vida. Desse modo, as condições sociais de vulnerabilidade que perpassam a dinâmica familiar devem ser discutidas em equipe, com o objetivo de ampliar o acesso da família ao maior número de recursos possíveis (Brasil, 2016).

No Brasil, a circulação do vírus foi confirmada laboratorialmente em abril de 2015, em amostras de pacientes do município de Camaçari, Bahia. Em maio foram confirmados casos por laboratório em Natal/RN, Sumaré e Campinas/SP, Maceió/AL e Belém/PA. Atualmente, há registro de circulação do vírus Zika em todas as Unidades Federadas do Brasil. Em 2015, foram confirmados laboratorialmente três óbitos

por Zika no Brasil, nos municípios de Benevides (PA), São Luís (MA) e Serrinha (RN)(Ministerio Da Saúde, 2016).

Nesse contexto, no âmbito da saúde pública, destaca-se a importância da vigilância epidemiológica frente às doenças que impactam diretamente a população materno-infantil. No Brasil, a circulação do vírus foi confirmada laboratorialmente em abril de 2015, em amostras de pacientes do município de Camaçari, Bahia. Em maio, foram confirmados casos em Natal/RN, Sumaré e Campinas/SP, Maceió/AL e Belém/PA. Atualmente, há registro de circulação do vírus Zika em todas as Unidades Federadas do Brasil. Em 2015, foram confirmados laboratorialmente três óbitos por Zika no Brasil (Ministério Da Saúde, 2016)

Além disso, com base nesse fortalecimento da vigilância, conforme evidenciado no quadro de notificações referente ao período de 2022 a 2025, foram notificados 11956 casos de gestantes com suspeita o infectadas com Zika, com isso, é possível analisar a distribuição dos casos de infecção pelo vírus da em gestantes ao longo dos três trimestres de gravidez. Esses dados contribuem para uma compreensão mais detalhada do impacto da infecção em diferentes fases gestacionais, além de subsidiar a formulação de estratégias de prevenção, controle e assistência materno-infantil.

ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES DE ZIKA VÍRUS NA GESTAÇÃO NO PERÍODO DE 2022 A 2025

Tabela 1: Notificações registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação em pacientes Gestantes com Zika Vírus no período de 2022 à 2025 em todas as Regiões do Brasil.

REGIÃO	TRIMESTRE DE GESTAÇÃO	2022	IDADE GESTACIONAL IGNORADA	2023	IDADE GESTACIONAL IGNORADA	2024	IDADE GESTACIONAL IGNORADA	2025	IDADE GESTACIONAL IGNORADA
Nordeste	1	400	75	89	27	179	44	102	24
	2	560		132		346		170	
	3	495		133		307		151	
Sudeste	1	211	5	267	75	548	33	377	13
	2	290		458		739		498	
	3	264		797		690		550	
Norte	1	54	13	68	12	65	9	42	5
	2	100		90		99		53	
	3	76		91		116		78	
Centro -oeste	1	51	5	103	15	168	14	123	7
	2	81		111		179		186	
	3	85		115		208		154	
Sul	1	16	1	17	1	14	-	21	-
	2	34		30		21		32	
	3	28		42		28		46	
Total		2844		2673		3807		2632	

Fonte: Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Observa-se que, no total, foram registrados 2.844 casos em 2022, 2.673 em 2023, 3.807 em 2024 e 2.632 em 2025. Nesse contexto, nota-se um aumento expressivo no número de notificações em 2024, seguido de redução em 2025, ainda que este último dado possa estar sujeito à incompletude, considerando o encerramento parcial do ano epidemiológico.

No que se refere à distribuição regional, a análise por região evidencia que o Nordeste concentra os maiores números absolutos ao longo de todo o período analisado, seguido pelas regiões Sudeste e Centro-Oeste. As regiões Norte e Sul apresentam quantitativos inferiores, com destaque para a Região Sul, que mantém os menores registros em todos os anos avaliados. O fato do Nordeste ser um dos estados com

maior número de notificações, pode ser devido aos fatores climáticos propício para a proliferação do vetor, assim como os fatores socioeconômicos desta região.

Em relação à distribuição por trimestre gestacional, verifica-se ocorrência de casos em todos os períodos da gestação, com variações regionais. Em algumas regiões, observa-se maior concentração de notificações no segundo e terceiro trimestres, enquanto em outras há distribuição mais homogênea entre os três períodos. Além disso, o registro de casos com “idade gestacional ignorada” também se mostra relevante, especialmente em determinados anos e regiões, o que pode impactar a análise mais precisa do risco conforme o período gestacional.

No que diz respeito aos aspectos clínicos, o tipo de infecção é um fator importante, pois certas infecções virais parecem causar uma doença mais grave no feto do que na mãe, como tem sido observado com o vírus Zika. Em contrapartida, outras infecções, que podem ser graves na mãe, causam apenas manifestações clínicas menores no feto ou no recém nascido. Adicionando o tempo de gestação no momento da infecção também é um fator importante, pois parece que o feto seria mais gravemente afetado pela infecção por alguns vírus no início da gestação, enquanto que a infecção por outros agentes poderia causar danos independentemente de quando a mãe se infecta. Embora o período embrionário seja considerado o de maior risco para múltiplas complicações decorrentes de processo infeccioso, sabe-se que o sistema nervoso central permanece suscetível a complicações durante toda a gestação, além de afetar outros órgãos e sistemas (Brasil, 2017).

A ocorrência de casos em todos os trimestres gestacionais apresenta relevância epidemiológica significativa, uma vez que a infecção pelo vírus da Zika pode acarretar desfechos adversos em qualquer fase da gestação, sendo o primeiro trimestre amplamente descrito na literatura como o período de maior risco para o desenvolvimento de alterações congênitas no feto. Nesse contexto, a proporção expressiva de registros com idade gestacional ignorada, especialmente na Região Nordeste, evidencia fragilidades na qualidade do preenchimento das fichas de notificação e, possivelmente, lacunas no acompanhamento pré-natal dessas gestantes.

Ademais, a ausência de informações precisas acerca do momento da infecção durante a gravidez dificulta a adequada estratificação do risco fetal e o monitoramento clínico oportuno, podendo comprometer a adoção de medidas preventivas e de vigilância. Tal cenário pode contribuir para o aumento da probabilidade de desfechos adversos ao nascimento, sobretudo em contextos de maior vulnerabilidade assistencial.

No que se refere à distribuição temporal e regional dos casos, as razões para as diferenças na ocorrência de microcefalia ao longo do tempo e em diferentes regiões ainda não estão completamente elucidadas. Além disso, o crescimento da prevalência de microcefalia na região Nordeste do Brasil foi bastante superior ao observado em outros países atingidos pela epidemia do vírus Zika. Uma explicação é

o critério adotado para a definição de microcefalia, que foi inicialmente mais sensível para permitir a detecção do maior número de casos. Outra explicação possível é a existência de condições ambientais e sociais propícias para a propagação do vírus Zika e a infecção de gestantes na região Nordeste. Possivelmente, a intensidade da epidemia do vírus Zika, as ações de controle do *Aedes aegypti* e a adoção de medidas de proteção individuais ou domiciliares (repelentes, roupas compridas, telas e mosquiteiros), especialmente para proteção de gestantes, podem estar implicadas na menor ocorrência de microcefalia durante a segunda onda de propagação do vírus Zika (Garcia, 2018).

Em contraste, os baixos números de casos notificados na Região Sul devem-se, em parte, ao clima mais frio, que não é tão propício à proliferação do vetor *Aedes aegypti*. Somado a isso, a região apresenta, em média, melhores indicadores de saneamento, educação e renda em comparação com outras regiões do país, o que pode impactar positivamente a saúde pública e a qualidade de vida da população. Por fim, a redução vista em 2025 pode indicar tendência de declínio na circulação viral, porém também deve ser interpretada com cautela, considerando possíveis atrasos na consolidação dos dados. Dessa forma, os achados reforçam a necessidade de manutenção das ações de vigilância, qualificação do registro das informações e fortalecimento das estratégias de prevenção e controle vetorial, especialmente nas regiões com maior carga de casos.

De acordo com Campos et al. (2021), a soma das condições que prevalecem à instalação do vírus no Brasil, como a presença dos vetores, o clima tropical, o fato de ser um destino turístico e a existência de centros urbanos e periféricos com aglomeração populacional e infraestrutura precária, favorece a circulação e a proliferação do vírus no país. Diante desse cenário epidemiológico, torna-se imprescindível o fortalecimento das estratégias de vigilância e cuidado no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Nesse contexto, a Atenção Básica tem como uma de suas atribuições o acompanhamento do desenvolvimento das crianças que possam vir a nascer com alguma sequela da infecção por Zika. Para tanto, a longitudinalidade do cuidado pressupõe a responsabilização compartilhada entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os resultados das intervenções em saúde. Assim, é responsabilidade sanitária das equipes de Atenção Básica atentar-se à vigilância e ao cuidado no pré-natal, na visita puerperal, na imunização e nas consultas de crescimento e desenvolvimento, entre outras ações, favorecendo o vínculo e a identificação precoce de situações que necessitam de acompanhamento regular e sistemático (Brasil, 2017).

4 CONCLUSÃO

A infecção pelo vírus Zika representa um importante desafio para a saúde pública, principalmente em gestantes, devido ao risco de ocorrência de malformações congênitas graves, como a microcefalia e outras manifestações da Síndrome Congênita do Zika (SCZ). Nesse contexto, o impacto do vírus vai além

da gestação, afetando o desenvolvimento neuropsicomotor e cognitivo das crianças, bem como a dinâmica familiar e o bem-estar das mães, especialmente em contextos de vulnerabilidade social.

Diante desse cenário, o monitoramento epidemiológico, o diagnóstico precoce e o acompanhamento contínuo na Atenção Básica são essenciais para reduzir os efeitos adversos da infecção. Além disso, a prevenção, baseada no controle do vetor *Aedes aegypti*, no uso de repelentes e medidas de proteção individual, continua sendo a estratégia mais eficaz para minimizar a propagação do vírus.

Além disso, os dados epidemiológicos no Brasil demonstram maior incidência na região Nordeste, evidenciando a importância de ações regionais de vigilância e promoção da saúde, adaptadas às condições socioeconômicas e ambientais locais. Por fim, o enfrentamento do Zika vírus exige integração entre políticas de saúde, suporte psicossocial e educação em saúde, a fim de garantir que gestantes, crianças e famílias tenham acesso a cuidados adequados e a um acompanhamento contínuo, promovendo melhores desfechos materno-infantis.

REFERÊNCIAS

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Protocolo de atenção à gestante com suspeita de Zika e à criança com microcefalia. Versão 1. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 17 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia sobre a estimulação precoce na Atenção Básica: contribuições para abordagem do desenvolvimento neuropsicomotor pelas equipes de Atenção Básica, Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), no contexto da microcefalia. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 34 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus zika [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. Guia prático de arboviroses urbanas: Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. 84 p.: il. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_arboviroses_urbanas_aps.pdf

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 [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância em saúde: volume 2 [recurso eletrônico]. 6. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. 3 v.: il. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_v2_6edrev.pdf. Acesso em: 13 fev. 2026.

CAMPOS, Daniel Melo de Oliveira; SILVA, Maria Karolayne da; AZEVEDO, Arthur Antunes Coimbra; OLIVEIRA, Jonas Ivan Nobre. Avanços sobre o Zika vírus pós-pandemia: uma revisão de literatura. Revista Médica de Minas Gerais, v. 31, e-31208, 2021.

DUTRA, Jéssica Daiane da Rosa; DAL PONT, Hugo. Zika vírus e suas formas de transmissão: uma revisão integrativa. Revista Inova Saúde, Criciúma, v. 13, n. 2, 2024. ISSN 2317-2460.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Orientações e recomendações da FEBRASGO sobre a infecção pelo vírus zika em gestantes e microcefalia. São Paulo: FEBRASGO, 2016.

FIGUEREDO DA GAMA, Michele; MENDES, Nayla Carolynne Santos; MOREIRA, Nelson; FERREIRA, Cleiciane Lopes; ALMEIDA, Anne Cristine Gomes de. Impactos da infecção pelo Zika Vírus na gestação = Impacts of Zika Virus infection in pregnancy = Impactos de la infección por el Virus del Zika en el embarazo. Research, Society and Development, v. 12, n. 6, e11212642139, 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i6.42139>.

GARCIA, Leila Posenato. Epidemia do vírus Zika e microcefalia no Brasil: emergência, evolução e enfrentamento. Brasília; Rio de Janeiro: Ipea, 2018. (Texto para Discussão). ISSN 1415-4765.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo de investigação de óbitos por arbovírus urbanos no Brasil – dengue, chikungunya e zika. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

PEREIRA, A.C.N.; CASTRO, P.H.M; ROMEIRO, R.V.; AQUINO, A.C.O.; SEIXAS, J.A.; SILVEIRA, F.A. Avaliação da correlação entre casos de infecção pelo Zika vírus em gestantes e a síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika no Brasil. Revista Saber Digital, v. 18, n. 3, e20251809, set./dez., 2025.

RIBEIRO, Maria Gabrielle Marques; SOUSA, Camila Campêlo de. Prevalência e caracterização epidemiológica da doença Zika em gestantes no estado do Maranhão. Revista Interdisciplinar de Promoção à Saúde (RIPS), v. 9, 2026, e-20215. Disponível em: <https://doi.org/10.17058/f2ztfm91>. Acesso em: 13 fev. 2026