



## **Panorama social, clínico e nutricional de crianças com microcefalia relacionada à Síndrome Congênita do vírus Zika**

Social, clinical and nutritional overview of children with microcephaly related to Congenital Zika virus Syndrome

Panorama social, clínico y nutricional de niños con microcefalia relacionada con el Síndrome Congénito por virus Zika

Isabella Advíncula Campos Silva<sup>1</sup>, Laís De Oliveira Batista Lourenço<sup>1</sup>, Thaís Lima Dias Borges<sup>1</sup>, Nívia Maria Rodrigues Arrais<sup>1</sup>, Karla Danielly Da Silva Ribeiro<sup>1</sup>, Bruna Zavarize Reis<sup>1</sup>, Márcia Marília Gomes Dantas Lopes<sup>1</sup>.

### **RESUMO**

**Objetivo:** Investigar o atual panorama socioeconômico, clínico, alimentar e antropométrico das crianças acometidas pela SCZ. **Métodos:** Foram recrutadas crianças com diagnóstico de microcefalia associada à SCZ, atendidas entre 2020 e 2022 em um ambulatório de nutrição de um hospital universitário. Coletou-se informações socioeconômicas da família, clínicas, alimentares e antropométricas das crianças. **Resultados:** Foram incluídas 38 crianças, sendo a maioria delas com renda mensal per capita abaixo da linha da pobreza (71,1%). Disfagia e constipação intestinal foram as condições clínicas mais prevalentes (42,1% e 44,7%, respectivamente). Na dimensão alimentar e nutricional, cerca de 50% delas não foram amamentadas exclusivamente até o 6º mês de vida, e apresentaram inadequação nos índices de peso (65,8%), estatura (44,8%) e IMC para a idade (69,0%). Foi observada relação entre a presença de desvios nutricionais com as variáveis socioeconômicas e clínicas ( $p < 0,05$ ). **Conclusão:** O estudo demonstrou um perfil familiar economicamente vulnerável e comprometimento clínico das crianças, em especial do trato gastrointestinal, além de expressiva presença de desvios nutricionais relacionadas a essas vulnerabilidades.

**Palavras-chave:** Doenças do sistema nervoso, Estado nutricional, Infecção por Zika vírus, Desenvolvimento infantil, Nutrição da criança.

### **ABSTRACT**

**Objective:** To investigate the current socioeconomic, clinical, dietary and anthropometric panorama of children affected by SCZ. **Methods:** Children diagnosed with microcephaly associated with SCZ, treated between 2020 and 2022 in a nutrition ambulatory of a university hospital, were recruited. Family socioeconomic, clinical, dietary and anthropometric information was collected from the children. **Results:** 38 children were included, most of them with per capita monthly income below the poverty line (71.1%). Dysphagia and constipation were the most prevalent clinical conditions (42.1% and 44.7%, respectively). In the food and nutritional dimension, around 50% of them were not exclusively breastfed until the 6th month of life, and presented inadequate weight (65.8%), height (44.8%) and BMI for age (69.0%). A relationship was observed between the presence of nutritional deviations and socioeconomic and clinical variables ( $p < 0.05$ ).

<sup>1</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal - RN.

**Conclusion:** The study demonstrated an economically vulnerable family profile and clinical impairment of children, especially the gastrointestinal tract, in addition to a significant presence of nutritional disorders related to these vulnerabilities.

**Keywords:** Nutritional status, Arbovirus infections, Zika virus infection, Child development, Child nutrition.

---

## RESUMEN

**Objetivo:** Investigar el panorama socioeconómico, clínico, nutricional y antropométrico actual de los niños afectados por SCZ. **Métodos:** Se reclutaron niños diagnosticados de microcefalia asociada a SCZ, tratados entre 2020 y 2022 en un ambulatorio de nutrición de un hospital universitario. Se recopiló información socioeconómica de los datos familiares, clínicos, dietéticos y antropométricos de los niños. **Resultados:** Se incluyeron 38 niños, la mayoría con un ingreso per cápita mensual inferior a la línea de pobreza (71,1%). La disfagia y el estreñimiento fueron las condiciones clínicas más prevalentes (42,1% y 44,7%, respectivamente). En la dimensión alimentaria y nutricional, alrededor del 50% no recibió lactancia materna exclusiva hasta el 6º mes de vida, y presentó índices de peso (65,8%), talla (44,8%) e IMC inadecuados para la edad (69,0%). Se observó relación entre la presencia de desviaciones nutricionales y variables socioeconómicas y clínicas ( $p < 0,05$ ). **Conclusión:** El estudio demostró un perfil familiar económicamente vulnerable y un deterioro clínico de los niños, especialmente del tracto gastrointestinal, además de una presencia significativa de desviaciones nutricionales relacionadas con estas vulnerabilidades.

**Palabras clave:** Estado nutricional, Infecciones por arbovirus, Infección por virus Zika, Desarrollo infantil, Nutrición infantil.

---

## INTRODUÇÃO

A microcefalia é uma malformação congênita em que o cérebro não se desenvolve de maneira adequada. Ela está diretamente relacionada com o risco de atraso no desenvolvimento e na incapacidade intelectual e física, convulsões, dificuldades na deglutição e alterações na motilidade do trato gastrointestinal (BRASIL, 2015).

O aumento de casos de nascidos vivos com microcefalia no Brasil associa-se diretamente à Síndrome Congênita do vírus Zika (SCZ), consequência da infecção do arbovírus em gestantes. A microcefalia pela SCZ apresentou seu maior nível de incidência durante a epidemia do vírus Zika (VZ) que acometeu o país em 2015 (BRASIL, 2017).

Dentre os achados clínicos associados à microcefalia pela SCZ, destaca-se a epilepsia, distúrbios cardíacos, comprometimento auditivo e visual, importante atraso no desenvolvimento motor e de linguagem e os prejuízos nutricionais (TEIXEIRA GA, et al., 2020; DEVAKUMAR D, et al., 2018; BRUNONI D, et al., 2016). O comprometimento nutricional das crianças parece ser afetado desde o aleitamento materno, sendo agravado com o passar da idade em razão das intercorrências clínicas. Ademais, a situação socioeconômica familiar também pode ser determinante na nutrição dessa população, uma vez que fatores como o poder aquisitivo e o conhecimento sobre alimentação influenciam na maneira como as crianças são alimentadas no início da vida (DOS SANTOSSFM, et al., 2019).

Além disso, nesse sentido, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (BUCHALLA CMA, 2003) reforça a interação de fatores biológicos, ambientais e pessoais como determinantes do estado de saúde dos indivíduos com ou sem deficiência. Logo, isso aponta para a necessidade de intervenções inclusivas que considerem a avaliação desses fatores para a assistência nutricional de crianças com microcefalia.

Após alguns anos, faz-se necessário conhecer o atual panorama socioeconômico e clínico das crianças acometidas pela SCZ permitindo a identificação de fatores promotores ou potencializadores de alterações nutricionais nesta fase de vida, possibilitando o aprimoramento das condutas clínicas e em nutrição para essa população, contribuindo para melhora do seu desenvolvimento e qualidade de vida. Portanto, o

presente estudo teve como objetivo investigar o panorama social, clínico e nutricional de crianças com microcefalia relacionada à SCZ.

## MÉTODOS

### Tipo de estudo, amostragem e aspectos éticos.

Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal, com crianças diagnosticadas com microcefalia associada à SCZ, aprovado pelo comitê de ética em pesquisa sob o número de parecer 6.039.651 e CAAE: 33237820.7.0000.5292. A amostra foi do tipo não probabilística por conveniência, e foram incluídas crianças com diagnóstico de SCZ e microcefalia segundo os critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS), ou seja, o perímetro cefálico inferior a -2 escores z para idade e sexo (BRASIL, 2015; DE ONIS M, 2006). A SCZ foi diagnosticada por meio de exames laboratoriais positivos para sorologias IgM e IgG para Zika nas mães e nas crianças, além de achados nos exames de imagem do sistema nervoso central das crianças. Foram excluídas as crianças com microcefalia resultantes de outras causas.

### Coleta e análise de dados

A coleta de dados foi realizada entre setembro de 2020 e julho de 2022, durante a primeira consulta nutricional ambulatorial, realizada na Unidade de Atenção à Saúde da Criança ou no ambulatório do Núcleo Integrado de Atendimento Nutricional do Departamento de Nutrição.

A avaliação do perfil socioeconômico das famílias foi feita através da coleta de informações sobre a renda familiar, recebimento de benefícios do governo, nível de escolaridade da mãe ou responsável e número de pessoas que residem em casa. A partir dos dados econômicos, foi calculada a renda per capita da família através da divisão entre a renda total e o número de moradores. Esses dados foram classificados de acordo com o salário-mínimo vigente na época, equivalente a R\$ 1.212,00.

Foram coletados dados a respeito da história clínica da criança desde o nascimento (tempo de nascimento e tipo de parto), época de confirmação da arbovirose materna e da microcefalia, presença de outras condições clínicas, sinais e sintomas de importância nutricional (constipação intestinal, disfagia, pele ressecada, refluxo, edema, palidez subcutânea) e uso de medicamentos e suplementos.

As crianças foram classificadas de acordo com os 5 níveis de função do Sistema de Classificação Motora Grossa (GMFCS). Esse sistema é utilizado para classificar crianças com paralisia cerebral em 5 níveis, de acordo com o movimento iniciado voluntariamente, com ênfase no sentar-se, em transferências e em mobilidade. O nível I abrange as crianças que andam sem limitações; o nível II, aquelas com limitações para equilibrar-se e andar longas distâncias. No nível III, a locomoção se dá com o auxílio de um dispositivo manual de mobilidade (andador, muletas, bengalas). No nível IV, as crianças geralmente são transportadas em uma cadeira de rodas manual ou motorizada. No nível V, há limitação grave no controle de cabeça e tronco, requerendo assistência física extensa (PALISANO R, et al., 1997).

As medidas de peso e comprimento foram mensuradas segundo as técnicas adotadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011). As crianças foram pesadas com o mínimo de roupa possível, em balança digital pediátrica Seca® (modelo 834). A estatura foi estimada utilizando-se a medida do comprimento da tíbia (STEVENSON R, 2005).

A partir das medidas de peso e estatura foram calculados os escores z dos índices antropométricos adotados para avaliar o estado nutricional (estatura para idade; peso para idade; peso para estatura; índice de massa corporal para idade) que, por sua vez, foram avaliados a partir das curvas da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2006).

Para a avaliação das práticas alimentares foram coletados, através da aplicação de um formulário de consulta próprio, dados sobre duração do aleitamento materno exclusivo, utilização de fórmulas infantis, aspectos da introdução alimentar como consistência e diversidade de alimentos. Além disso, foi aplicado dois recordatórios de 24 horas. Esse último foi avaliado qualitativamente para construir o perfil alimentar atual das crianças, considerando a via de alimentação, a consistência dos alimentos relatados e a presença de suplemento alimentar.

### **Análise estatística**

As variáveis foram apresentadas por frequências absolutas e relativas. Foi utilizado para análise dos dados o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 29.0. Para análise dos dados categóricos, foram aplicados os testes do Qui-quadrado e correlação V de Cramer.

### **RESULTADOS**

A amostra foi composta por 38 pacientes, com distribuição igual entre os sexos. A idade variou entre 35 e 80 meses, sendo a média de 68 meses. Em relação ao período perinatal, 81,6% nasceram a termo, sendo 68,4% via parto cesárea. A confirmação da arbovirose no pós-parto ocorreu em 44,8% das mães, e a microcefalia foi detectada em 68,4% das crianças também nesse período. Na amostra, 89,5% recebem o Benefício de Prestação Continuada.

Em relação ao desenvolvimento motor na infância, a maioria (97,3%) se encontrava no estágio V, de acordo com o GMFCS, ou seja, não possuía mobilidade independente. Referente à alimentação, suplementos hiperenergéticos estão presentes na dieta de 44,7% das crianças.

Sobre a renda da família destas crianças, a maioria possui renda per capita inferior a meio salário-mínimo e a maior parte das genitoras concluiu o ensino básico. Quanto aos diagnósticos clínicos, metade das crianças possui dois ou mais diagnósticos relacionados ao sistema nervoso, sendo epilepsia o mais frequente (42,1%), além disso, 34,2% dos participantes fazem uso de dois ou mais medicamentos para essa doença. Também identificamos que quase metade das crianças apresentam disfagia e constipação intestinal (**Tabela 1**).

**Tabela 1** - Perfil socioeconômico e clínico das crianças acometidas por microcefalia pela SCZ (n=38).

Variável	N	%
<b>Renda per capita em salário-mínimo*</b>		
< ½ S.M	27	73,0
Entre ½ S.M e 1 S.M	9	24,3
> 1 S.M	1	2,7
<b>Escolaridade materna</b>		
Ensino médio	25	65,8
Ensino fundamental	9	23,7
Nível superior	4	10,5
<b>Diagnósticos clínicos</b>		
Neurológico	19	50
Osteomuscular	6	15,8
Respiratório	5	12,2
Endócrino	3	7,9
Dermatológico	2	5,3
<b>Classe de medicamentos utilizados</b>		
Antiepilético	13	34,2
Antiespástico	5	15,6
Antagonista dos receptores H <sup>2</sup>	4	12,5
Laxante	2	6,3
Outros	4	12,5
<b>Sinais e sintomas</b>		
Constipação intestinal	17	44,7
Disfagia	16	42,1
Pele ressecada	13	34,2
Edema	10	26,3
Lábios ressecados	7	18,4
Palidez	7	18,4
Outros	9	23,7
<b>Tempo de aleitamento materno exclusivo**</b>		
< 6 meses	7	18,4
≥ 6 meses	9	23,7
<b>Complemento ao aleitamento materno*</b>		
Fórmula infantil	17	73,9
Leite de vaca	2	8,7
Mingau	2	8,7
Outro tipo de alimento	2	8,7
<b>Introdução alimentar*</b>		
≥ 6 meses	24	73,0
< 6 meses	10	27,0
<b>Consistência dos alimentos na introdução alimentar</b>		
Líquida	7	18,4
Líquida-pastosa	21	55,3
Pastosa	9	23,7
Livre	1	2,6
<b>Consistência / via da dieta atual</b>		
Líquida / via oral	5	13,2
Líquida-pastoso / via oral	7	18,4
Pastosa / via oral	15	39,5
Livre / via oral	7	18,4
Via gastrostomia	4	10,5

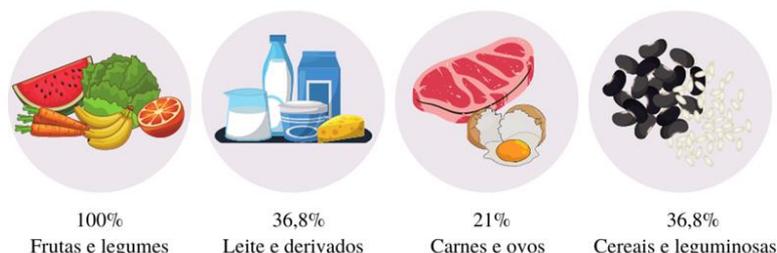
\*Dado ausente = 1; \*\* Dado ausente = 7.

Fonte: Silva IAC, et al., 2025.

Referentemente ao histórico de práticas alimentares, pouco mais da metade não receberam a amamentação exclusiva até os 6 meses de vida. Para as crianças que consumiam algum tipo de complemento ao leite materno antes da Introdução Alimentar (IA), a fórmula infantil foi a alternativa mais utilizada, variando também entre leite de vaca e mingau. Observamos que a IA foi iniciando antes do período recomendando em 27,0% da amostra. Ademais, foram utilizadas, majoritariamente, preparações nas consistências não recomendadas (líquida ou líquida-pastosa) (**Tabela 1**).

A **Figura 1** mostra os grupos alimentares presentes na IA. Sobre a dieta atual, constatamos uma baixa frequência de crianças consumindo alimentos na consistência livre. E em relação à oferta dietética por via alternativa, apenas 10,5% das crianças recebiam dieta via gastrostomia (**Tabela 1**).

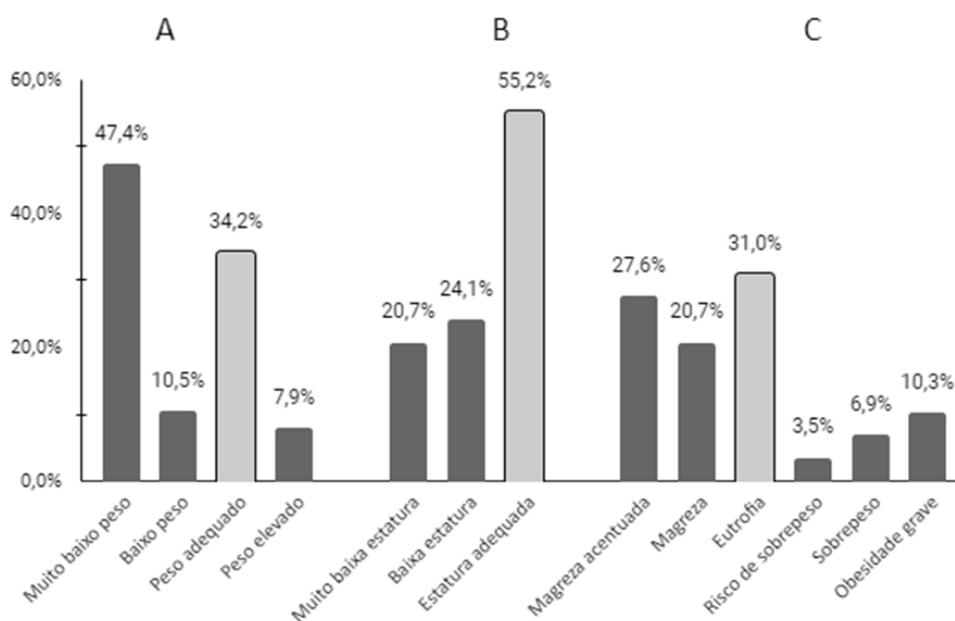
**Figura 1-** Frequência dos grupos alimentares presentes na introdução alimentar de crianças com microcefalia relacionada à SCZ.



Fonte: Silva IAC, et al., 2025.

No que se refere aos dados antropométricos, a **Figura 2** demonstra que parte considerável da população do estudo apresentou inadequação nos índices de peso para a idade (65,8%), estatura para a idade (44,8%) e IMC para a idade (69,0%), especialmente os déficits.

**Figura 2-** Percentual das classificações dos índices antropométricos peso para a idade (A), estatura para a idade (B), IMC para a idade (C) em crianças com microcefalia relacionada à SCZ, em porcentual (n= 38).



Fonte: Silva IAC, et al., 2025.

Além disso, observou-se uma relação moderada entre a não adequação dos índices antropométricos com as variáveis socioeconômicas e clínicas ( $p < 0,005$ ; V de Cramer = 0,423 para P/I, 0,459 para a E/I e 0,475 para IMC/I), conforme apresentado na **Tabela 2**.

**Tabela 2** - Relação entre a adequação dos índices antropométricos e as variáveis socioeconômicas e clínicas.

ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS	Número de casos					p-valor*
	< 1 salário-mínimo	Ensino básico incompleto	Constipação intestinal	Disfagia	Uso de antiepilépticos	
<b>ADEQUAÇÃO P/I</b>						
SIM	5	6	7	5	9	0.007
NÃO	6	11	10	11	20	
<b>ADEQUAÇÃO E/I</b>						
SIM	7	6	5	8	9	0.015
NÃO	5	6	5	5	12	
<b>ADEQUAÇÃO IMC/I</b>						
SIM	5	5	5	5	6	0.010
NÃO	6	9	9	9	15	

\* Teste de Qui-quadrado.

P/I – peso para idade; E/I – estatura para idade; IMC/I – índice de massa corporal para idade.

Fonte: Silva IAC, et al., 2025.

## DISCUSSÃO

Neste estudo identificamos famílias em vulnerabilidade social, crianças com diversas condições clínicas, uso de medicamentos e sinais e sintomas de impacto clínico e nutricional, além de hábitos alimentares em desacordo com as diretrizes e índices antropométricos não adequados, que se relacionaram com a escolaridade materna, sintomas do trato gastrointestinal e uso de antiepilépticos.

Considerando que a maior parte da população do estudo possui renda per capita inferior a meio salário-mínimo, é possível inferir que a pobreza pode ser um determinante social na epidemia da SCZ no Brasil, o que aponta uma deficiência de alcance das mulheres em idade reprodutiva e de baixa renda no que diz respeito à conscientização e/ou estratégias de prevenção da arbovirose e de suas consequências. Contudo, é importante considerar que o estudo foi realizado na rede pública de atenção à saúde, o que pode ter contribuído para a caracterização de vulnerabilidade social da população, uma vez que famílias com melhores condições socioeconômicas podem utilizar o sistema de saúde privado.

As principais alterações encontradas foram epilepsia e atraso no desenvolvimento da linguagem e/ou motor. No que diz respeito ao uso de medicamentos, a constatação do uso de mais de um tipo de medicamento antiepiléptico é consonante com os resultados obtidos por Gouvea LA et al. (2021), em que foi verificada a utilização de dois a três medicamentos por crianças com SCZ para o controle das crises epiléticas. Dentre os antiepilépticos utilizados, cabe destacar os que contêm ácido valpróico em sua composição. Embora haja boa tolerância em pacientes pediátricos, alguns efeitos adversos têm sido associados ao uso crônico dessa substância, como anorexia e recusa alimentar. Assim, a administração de determinados medicamentos pode ter impacto negativo sobre a alimentação das crianças (PENAGINI F, et al., 2015).

Além disso, a constipação intestinal, sintoma gastrointestinal mais prevalente na população estudada, pode estar associado ao comprometimento do estado nutricional, visto que o agravamento deste quadro leva à ocorrência de náuseas, dor abdominal, saciedade precoce e, conseqüentemente, diminuição da ingestão calórica (PENAGINI F, et al., 2015). A constipação intestinal comumente acomete crianças com diferentes graus de comprometimento neurológico. A utilização de medicamentos antiepilépticos, a baixa ingestão hídrica, de alimentos ricos em fibras e baixa motilidade intestinal característica dessa população contribuem para essa realidade. Também é possível constatar que disfagia e refluxo são frequentes, uma vez que o comprometimento cerebral da síndrome afeta as áreas responsáveis por funções motoras as quais impedem que os processos de mastigação, deglutição e sucção aconteçam normalmente (DO NASCIMENTO JUNIOR EN, et al., 2019). Assim, a nutrição adequada e especializada para as dificuldades impostas pela fisiopatologia da doença neurológica pode contribuir para atenuar esse quadro, tornando-se importante para o desenvolvimento infantil (FERREIRA ACFM, et al., 2019).

Em razão das inúmeras propriedades imprescindíveis para o desenvolvimento saudável da criança, além da proteção contra infecções e alergias, o leite materno é o alimento ideal nos primeiros anos de vida. A recomendação é que durante os 6 primeiros meses a criança seja amamentada de maneira exclusiva. A oferta de outros alimentos antes dos 6 meses pode comprometer a absorção de nutrientes importantes existentes no leite materno, além de aumentar o risco para o aparecimento de doenças (BRASIL, 2019). Observa-se nesse estudo que a maioria das crianças recebeu amamentação exclusiva por um período inferior a 6 meses de vida. Dos Santos SFM, et al. (2019) obtiveram resultados semelhantes, em que aproximadamente 78% das crianças também tiveram a amamentação exclusiva interrompida antes desse período. As doenças associadas à condição podem explicar esse resultado, pois é comum que distúrbios relacionados à sucção e/ou deglutição tenham início a partir do terceiro mês de idade nessa população, impossibilitando a prática do aleitamento materno exclusivo durante o período adequado (LEAL MC, et al., 2017).

O Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014) indica que o consumo de alimentos ultraprocessados deve ser evitado, uma vez que esses podem ser nutricionalmente inadequados, além das suas formas de produção, distribuição, comercialização e consumo afetarem de modo desfavorável a cultura e o meio ambiente. Entretanto, as adaptações necessárias na consistência da alimentação associadas ao baixo poder aquisitivo das famílias acarretam uma limitação significativa nos alimentos ofertados às crianças. Em vista disso, a baixa variedade de grupos alimentares nas dietas é uma realidade para parte considerável dessa população desde a fase da IA sendo também notável a utilização de suplementos alimentares hiper energéticos como estratégia para complementar a ingestão de macro e micronutrientes.

Em relação aos desvios nutricionais, é comum com o avanço da idade, sendo também diretamente proporcional ao comprometimento neurológico da criança, como sugere a relação proposta por Prata-Barbosa A, et al. (2019) e Aguiar RB, et al. (2022), que associam o comprometimento neurológico ao déficit no desenvolvimento pondero-estatural. Nesse sentido, as crianças apresentaram um perfil de inadequação nos três principais índices de avaliação do estado nutricional infantil. Entretanto, vale salientar que até o momento não existem curvas específicas para a avaliação do estado nutricional estas crianças, o que pode representar um viés na classificação.

Considerando isso, a ingestão inadequada de nutrientes causada pelas complicações associadas é um dos principais fatores que contribuem para um perfil nutricional caracterizado por baixo desenvolvimento para a idade. Benfer KA, et al. (2015) demonstraram que o consumo energético de crianças com paralisia cerebral é menor conforme mais grave o comprometimento neuromotor. O cuidado adequado frente às necessidades de crianças com deficiências múltiplas é de extrema importância em todas as redes de saúde, públicas ou privadas, entretanto percebe-se que não há linhas de cuidado bem definidas para o atendimento dessas crianças (CABRAL KMN, et al., 2024) dificultando avanços e tratamentos com orientações adequadas.

Assim, observamos que metade das crianças avaliadas possuem outros diagnósticos clínicos e a maioria apresenta importante comprometimento no trato gastrointestinal que dificulta a ingestão alimentar, acarretando uma piora do seu estado nutricional. Nesse sentido, constatou-se inadequação nos índices antropométricos de peso, estatura e IMC para a idade.

É importante refletir que o inadequado estado nutricional também pode comprometer tanto a adesão quanto a resultados positivos em outras terapias necessárias na reabilitação de crianças com microcefalia. Outrossim, isso corrobora para o seu desenvolvimento biopsicossocial. Oliveira JTSOT, et al. (2024) apontam que os desvios do estado nutricional de crianças com SCZ geram repercussões negativas na qualidade de vida e são considerados como um problema de saúde pública.

Dessa forma, tanto os fatores clínicos derivados da SCZ quanto os fatores socioambientais os quais dificultam a alimentação adequada corroboram para o atraso no desenvolvimento infantil, conforme foi observado no padrão de inadequação dos índices antropométricos. Há, atualmente, uma grande carência de recursos para pesquisas e atendimento público dessas crianças, os quais tiveram grande redução quando foi declarado o fim da epidemia de Zika em 2017 (SCOTT RP, 2024).

No entanto, considerando os riscos associados ao quadro de desnutrição, tais como carências de micronutrientes e piora da qualidade de vida, os resultados apresentados evidenciam a necessidade do cuidado especializado em nutrição para essa população, assim como a indispensabilidade da continuidade do cuidado integral, tendo em vista as sequelas resultantes da infecção.

## CONCLUSÃO

Os achados desse estudo evidenciam uma população com perfil socioeconômico de baixa renda, com presença de outros diagnósticos clínicos em sistemas diversos, polifarmácia e desvios no estado nutricional. Com relação às práticas alimentares, observamos que as crianças apresentaram dificuldades as quais acarretaram, desde a IA, na necessidade de uma alimentação com características específicas em consistência e variedade. Ainda, a população possui um perfil nutricional com predominância de déficits, segundo as curvas de crescimento OMS. Dessa maneira, é importante que os estudos abordando indivíduos acometidos com a SCZ continuem a ser desenvolvidos, para que as informações acerca do desenvolvimento dessa população sejam atualizadas conforme o avançar da faixa etária, objetivando atenuar as dificuldades inerentes a essa condição clínica, auxiliando no seu cuidado de maneira contínua.

## FINANCIAMENTO

Esta pesquisa recebeu financiamento do edital N° 03/2020 – Novos Pesquisadores, da Fundação Norte-Rio-Grandense de Pesquisa e Cultura - FUNPEC, em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

## REFERÊNCIAS

1. AGUIAR EB, et al. Anthropometric parameters of children with congenital Zika virus exposure in the first three years of life. *Viruses*,2022;14(5):876.
2. BENFER KA, et al. Food and fluid texture consumption in a population-based cohort of preschool children with cerebral palsy: Relationship to dietary intake. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 2015;57(11):1056-1063.
3. BUCHALLA CMA. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. *Acta fisiátrica*, 2003;10(1):29-31
4. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). WHO child growth standards - methods and development: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Geneva: WHO; 2006.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a População Brasileira. 2a edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
6. 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). Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
7. 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. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
9. 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*, 2016;21(10): 3297-3302.

10. CABRAL KMN; COÊLHO, BP.; MIRANDA, GM. Duarte. Síndrome congênita do Zika vírus: o papel da atenção primária e da rede de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2024;34(1): e34SP101.
11. DEVAKUMAR D. et al. Infectious causes of microcephaly: epidemiology, pathogenesis, diagnosis, and management. *The Lancet infectious diseases*, 2018; 18(1): e1-e13.
12. DO NASCIMENTO JUNIOR EN. et al. Perfil antropométrico e consumo alimentar de crianças com microcefalia. *Revista Interdisciplinar*, 2018;11(3): 75-83.
13. DOS SANTOS SFM. et al. Infants with microcephaly due to ZIKA virus exposure: nutritional status and food practices. *Nutrition Journal*, 2019;18(1):4.
14. DE ONIS M. WHO Child Growth Standards Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. *Methods and development*, 2006.
15. FERREIRA ACFM. et al. Constipation, antiepileptic drugs, and gingivitis in children and adolescents with cerebral palsy. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 2019;29(5): 635-641
16. GOUVEALA, et al. Complications and sequelae in patients with congenital microcephaly associated with Zika virus infection: Two-year follow-up. *Journal of Child Neurology*, 2021;36(7): 537-544.
17. LEAL M, et al. Characteristics of dysphagia in infants with microcephaly caused by congenital Zika virus infection, Brazil, 2015. *Emerging Infectious Diseases*, 2017;23(8): 1253-1259.
18. OLIVEIRA JTSOT. et al. Estado nutricional de crianças com microcefalia congênita transmitida pelo vírus Zika. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 2024;48(1): 185-196.
19. PALISANO R, et al. Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 1997;9(4): 214-223.
20. PENAGINI F, et al. Dietary intakes and nutritional issues in neurologically impaired children. *Nutrients*, 2015; 7(11): 9400-9415.
21. PRATA-BARBOSA A, et al. Repercussões da infecção por Zika sobre o crescimento. *Jornal de Pediatria*, 2019;95(S1):S30-S41.
22. SCOTT RP. Fim de emergências de saúde inacabadas e as redes de cuidados com a síndrome congênita do Zika vírus. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2024;34(1): e34SP110.
23. STEVENSON R. Beyond growth: gastrostomy feeding in children with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 2005;47(2):76.
24. TEIXEIRAGA, et al. Análise do conceito síndrome congênita pelo Zika vírus. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2020; 25(2):567-574.