

Positividade sorológica em recém-nascidos.

POSITIVIDADE SOROLÓGICA DE DENGUE EM RECÉM-NASCIDOS.

Rebecca G. Ferraz.¹

1. Pesquisadora, estudante de medicina da Universidade Federal da Paraíba.

<http://lattes.cnpq.br/0269141226045886>.

rebagf@gmail.com

Jória V. Guerreiro.²

2. Orientadora, professora Doutora do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal da

Paraíba. <http://lattes.cnpq.br/4247204481976633>.

joria2005@yahoo.com.br

Daniel de A. Batista³

3. Colaborador, nutricionista, sanitarista na Gerência de Vigilância Epidemiológica da secretaria municipal de João Pessoa-PB.

<http://lattes.cnpq.br/5010838311981921>

danbjpa@yahoo.com.br

Contato para correspondência pré-publicação:

Rebecca Gomes Ferraz.

Rua João Raposo Filho, nº128, bairro Brisamar, João Pessoa – PB. Cep: 58033300.

Telefone: 83 – 32440882. Celular: 83 – 98899-8940.

Positividade sorológica em recém-nascidos.

Declaração de conflito de interesse: Nada a declarar.

Contagem total de palavras: 2981.

Positividade sorológica em recém-nascidos.

Resumo

Objetivo: Relatar cinco casos de dengue em recém-nascidos (RN), ocorridos entre 2011 e 2014, em um serviço público de saúde de atenção terciária em João Pessoa. **Métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, retrospectivo no qual foram utilizados fonte secundária - resultados sorológicos prévios e prontuários. Tamanho da amostra: Dos registros de investigação sorológica de dengue em pacientes com menos de 30 dias de uma maternidade de 2011 a 2014 foram selecionados aleatoriamente 5 casos positivos. **Resultados:** Neste relato, cinco RN tiveram sorologia IgM positiva para dengue, dentre eles apenas um nasceu prematuro; peso ao nascer entre 2200 e 3645g, em geral Apgar acima de 8 no 1º e 5º minutos, com exceção do caso 2 o qual não foi avaliado Apgar, pois o parto foi domiciliar e o RN C.S.P que nasceu com Apgar 3/7. Dos cinco casos, um apresentou características que sugestivas de que a infecção por dengue gravou o quadro clínico do RN, ocasionando o seu óbito. Os demais pacientes receberam alta sem os cuidados de observação ambulatorial necessários. Além disso, não foram feitas as notificações compulsórias dos casos. **Discussão:** A dengue se apresenta em espectros diferentes, no entanto, apresenta maior probabilidade de agravamento em gestantes e neonatos. Dessa forma, faz-se necessária uma investigação clínico-epidemiológica de modo sistemático, o que ressalta a importância de mais estudos sobre o tema a fim de possibilitar tratamento/suporte mais eficaz.

Palavras-chave: 1- Dengue; 2- recém-nascidos ; 3 - transmissão vertical.

Abstract

Objective: To report five cases of dengue in newborns (NB) that occurred between 2011 and 2014, in a public health service for tertiary care. **Methods:** This was a descriptive, retrospective epidemiological study in which they used secondary source - prior serological results and medical records.

Positividade sorológica em recém-nascidos.

Sample size: Of the serological investigation records of dengue in patients with less than 30 days of maternity 2011-2014 were randomly selected five positive cases. **Results:** In this report, five RN's had positive IgM serology for dengue, among them only one was born prematurely; birth weight between 2200 and 3645g, Apgar at above 8 general on 1st and 5th minutes, except for case 2 which has not been evaluated Apgar because the delivery was home and case 4 born with Apgar 3/7 . Of the five cases, one has characteristics that suggest that infection with dengue recorded the clinical RN, causing his death. The remaining patients were discharged without the necessary care outpatient observation. Moreover, notifications of cases have been made. **Discussion:** Dengue presents different spectra, however, is more likely to increase in pregnancy and neonates. Thus a clinical and epidemiological research in a systematic way is needed, which underscores the importance of further studies on the subject to enable treatment / more efficient support.

Key-words: 1- dengue; 2- newborns ; 3 – vertical transmission.

Introdução

A dengue é uma doença causada por arbovírus - pertencentes à família Flaviridae e ao gênero Flavivírus - e transmitida ao homem por picada de mosquito. O principal gênero é o *Aedes*, sendo *aegypti* a principal espécie transmissora e responsável pela manutenção do ciclo endêmico-epidêmico dessa afecção nos centros urbanos. É classificada em quatro sorotipos antígenicamente distintos, DENV-1 a DENV-4 (Brasil, 2002).¹

A transmissão se dá pela picada do mosquito fêmea do *Aedes aegypti*, contaminada pelo vírus (RICE, 1986; BRASIL, 2014).² O ser humano é reservatório vertebrado do vírus, no entanto, não há transmissão pessoa-pessoa, por contato com secreções ou por meio de água ou alimento contaminado, mas há possibilidade da transmissão vertical da doença.³

A doença continua sendo considerada um problema de saúde pública em mais de 100 países que compõem as zonas de clima tropical e subtropical. Com rápida propagação, houve um aumento de 30 vezes na incidência dessa doença nos últimos 50 anos (WHO, 2012).⁴

Positividade sorológica em recém-nascidos.

É uma doença febril e se manifesta com espectros diferentes: desde uma infecção assintomática a quadros mais graves associados às manifestações hemorrágicas. O quadro clínico é de febre - geralmente alta (39 a 40°C) e de início abrupto - e cefaléia, podendo haver ainda mialgias, artralrias, dor retro-orbitária, com presença ou não de exantema e/ou prurido, geralmente após a febre (BRASIL, 2013).⁵ Esse quadro se confunde com outras infecções virais e síndromes febris o que culmina no subdiagnóstico da doença e, às vezes, manejo incorreto que pode ocasionar iatrogenias.

No manejo do binômio mãe-bebê existe ainda uma maior probabilidade de erro diagnóstico, pois a mãe pode se apresentar sem sintomas e o quadro clínico do se confundir com sepse neonatal (MAROUN et al., 2008).⁶ Somado a isso, existem poucos estudos realizados sobre o tema (ARGOLO, 2010).⁷ O guia de vigilância epidemiológica do Ministério da Saúde brasileiro, só passa a incluir a transmissão vertical a partir da edição de 2009. Nesse material são citados casos na Malásia e Tailândia (BRASIL, 2009).⁸

Em outubro de 2014 o Levantamento Rápido do Índice de Infestação pelo *Aedes aegypti* (LIRAA) revelou que 2% dos municípios brasileiros estão em situação de risco para a ocorrência de epidemias de dengue, outros 9,5% em alerta e 14,5% das cidades com índice satisfatório.⁹

Na Paraíba, a capital João Pessoa encontra-se em situação satisfatória (índice 0,7%), no entanto, o estado possui mais de 20 cidades em situação de risco - com índices que chegam a 12% - e outras, como Campina Grande, que possuem 2,9% dos imóveis com larvas do mosquito, estando em estado de alerta.¹⁰

Dessa maneira, as maternidades da capital que recebem gestantes de todo o estado precisam estar aptas a realizar o diagnóstico de dengue na mãe e no RN. A maternidade Frei Damião, localizada em João Pessoa/PB, tem solicitado sorologia para dengue junto à rotina sorológica de TORCHS (toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, hepatites e sífilis). Essas são doenças bem documentadas em relação à transmissão vertical e, por isso, justifica-se a triagem diagnóstica. No caso da dengue ainda faltam mais estudos que certifiquem a necessidade da solicitação de testes

Positividade sorológica em recém-nascidos.

diagnósticos.

O presente estudo reuniu as sorologias solicitadas ao Laboratório Central de Saúde Pública da Paraíba (LACEN/PB) - situado em João Pessoa - pela Maternidade Frei Damião, nos anos de 2011 a 2014, correlacionando aos prontuários dos pacientes da referida maternidade, para avaliar se a positividade da sorologia implica ou não na observação de alguns sinais e sintomas comuns nos RN estudados. Foram selecionados cinco casos aleatoriamente, dentre os casos de sorologia positiva, para serem relatados.

Métodos

Estudo epidemiológico descritivo e retrospectivo, que utilizou fonte secundária - resultados sorológicos das testagens de dengue e prontuários - em RN com menos de 30 dias. Os dados são dos anos 2011 a 2014 da Maternidade Frei Damião e do LACEN/PB. Foram encontrados 62 registros de testagem sorológica para dengue, destes, 20 com IgM reagente para Dengue realizados pelo método de ELISA (enzyme-linked immunosorbent assay), sendo selecionados através de amostra aleatória simples 5 casos para este relato. O trabalho foi submetido ao Comitê de ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley, sendo aprovado com parecer número 1.203.357. Os dados foram analisados e cruzados mediante uma análise estatística descritiva, utilizando técnica de observação indireta, nos programas EPI-INFO - versão 2000, e Microsoft Excel - versão 2003.

Relato dos casos

Foram estudados cinco RN, sendo quatro deles nascidos a termo (RNT) e um pré-termo (RNPT), peso ao nascer entre 2200 e 3645g, em geral Apgar acima de 8 no 1º e 5º minutos, com exceção do RN A.C.S.S - no qual não foi avaliado Apgar, pois o parto foi domiciliar - e o RN C.S.P

Positividade sorológica em recém-nascidos.

que nasceu com Apgar 3/7, conforme pode ser melhor observado na tabela 1.

Tabela 1. Idade gestacional, sexo, peso e Apgar dos cinco RN. Maternidade Frei Damião, 2011 - 2014.

RN	Idade gestacional	Sexo	Peso	APGAR
RN J.O.C.	39 semanas – termo	Masculino	3335g	10/10
RN A.C.S.S.	34sem 4d - pré-termo	Feminino	2235g	Parto domiciliar
RN M.E.A.O.	41 semanas – termo	Feminino	3645g	9/10
RN C.S.P.	40 semanas – termo	Feminino	3195g	3/7
RN G.C.A.S.	39sem 5d – termo	Masculino	3420g	8/9

Positividade sorológica em recém-nascidos.

Caso 1

O RN J.O.C., sexo masculino, foi segunda gestação materna, parto cesário indicado devido a cesárea anterior e amniorrexe prematura. Tipagem sanguínea materna e do RN: B+, mãe nega intercorrências na gestação, apenas uma leucorréia não tratada. Na internação se apresenta sem sintomas, porém tem exames alterados do segundo trimestre da gestação: HbsAg (reagente); Rubéola (IgG e IgM) reagentes. Outros exames realizados são: VDRL e HIV não reagentes. Ao nascimento, RNT, APGAR 10/10, pesando 3335g, estatura 48,5cm, com risco de infecção neonatal e transmissão vertical de TORCHS. Foi solicitado hemograma e PCR e sorologias para TORCHS que vieram sem alterações. Realizou imunoglobulina humana e a vacina para Hepatite B, nas primeiras 12h de vida, e foi encaminhado ao alojamento conjunto, onde evoluiu sem intercorrências e teve alta em 48h. Não houve pedido de sorologia de dengue para o RN, no entanto, junto à realização das sorologias de TORCHS foi feito Dengue IgM, pelo método de ELISA (*enzyme-linked immunosorbent assay*). Nesse caso não foi solicitada sorologia materna.

Caso 2

O RN A.C.S.S, sexo feminino, terceira gestação materna, nasceu em parto eutócico no dia 09/12/2012, realizado em domicílio, portanto RN não possui verificação de APGAR. Tipagem sanguínea materna: AB + e do RN: A+. Durante a gestação, a mãe utilizou cefalexina - para o tratamento de infecção do trato urinário - quatro vezes ao dia por sete dias. Apresentou-se sem sintomas, porém VDRL reagente: 1/2 e teste rápido HIV reagente. Gestante descobriu infecção por Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV) no terceiro trimestre dessa gestação. Ao nascimento, RNT, 34 semanas e 4 dias, pesando 2235g, com risco de infecção neonatal e transmissão vertical de TORCHS e HIV. Foram solicitados hemograma, PCR, hemocultura, cultura de líquido, VDRL e sorologias para Herpes Vírus e TORCHS. O hemograma não mostrou alteração e a dosagem do

Positividade sorológica em recém-nascidos.

PCR foi negativa. As culturas não obtiveram crescimento bacteriano. O resultado do VDRL foi não reagente. As sorologias de Toxoplasmose, Rubéola, Herpes Vírus e CMV tiveram todas como resultado: IgG positivo e IgM negativo. O rastreio de hepatite B e C foram não reagentes (coletaram: HbsAg, Anti-Hbc total e Anti-HcV). O RN necessitou de cuidados de Unidade de Terapia Intensiva neonatal (UTIneo) devido a desconforto respiratório precoce, onde iniciou terapia antiretroviral com AZT. Evolui bem sendo encaminhado aos cuidados do setor Canguru, devido à prematuridade, de onde recebe alta, quando alcança os critérios exigidos pelo setor, com orientações para acompanhamento ambulatorial no serviço do Hospital Universitário da Universidade Federal da Paraíba ou do Complexo Hospitalar Clementino Fraga. Esses dois serviços possuem acompanhamento de crianças com risco de transmissão vertical de HIV. Não consta registro de solicitação em prontuário, porém, junto a realização das sorologias de TORCHS, foi feito Dengue IgM com resultado reagente e Sarampo IgM não reagente.

Caso 3

O RN M.E.A.O., sexo feminino, segunda gestação materna. Mãe realizou 11 consultas no pré-natal. Tipagem sanguínea materna: A+, e do RN: A+. Houve amniorrexe prematura, mas trabalho de parto evoluiu para parto eutócico. Exame físico na sala de parto sem alterações, RNT, APGAR 9/10, pesando 3645g, capurro somático: 41 semanas. O RN apresentava-se sem sintomas, mas mãe possuía sorologia positiva IgM e IgG para Toxoplasmose, Rubéola e CMV. Devido ao risco de transmissão vertical de TORCHS foi solicitado sorologias mas os resultados não saem antes das 48h programadas para alta do RN que evoluiu sem intercorrências. Mãe e RN recebem alta para casa e retorno para acompanhamento ambulatorial para vistas dos resultados das sorologias e puericultura. Consta no banco de dados do LACEN/PB os resultados: Toxoplasmose, Rubéola e CMV (IgG + /IgM -). Não consta registro de solicitação em prontuário, porém junto a realização das sorologias de TORCHS foi feito Dengue IgM com resultado reagente e Sarampo IgM não reagente.

Positividade sorológica em recém-nascidos.

Caso 4

RN C.S.P., sexo feminino, tipagem sanguínea materna: AB+ e do RN: AB+. O parto foi cesáreo realizado em uma Maternidade do município de Cabedelo – Paraíba. Ao nascimento RN apresentou quadro de bradicardia e cianose, o APGAR em sala de parto foi 3/7, necessitando de UTIneo e portanto sendo encaminhado para o serviço da maternidade Frei Damião. Na sala de parto o exame físico foi: RN com estado geral grave, necessitando de manobras de reanimação (O₂ sob máscara sem melhora; intubação orotraqueal), murmúrio vesicular rude com roncos, pesando 3195g, adequado para idade gestacional (AIG). Na história gestacional mãe referiu infecção do trato urinário (ITU) no terceiro trimestre tratada com amoxicilina por sete dias e urocultura de controle negativa. As sorologias materna para HIV e VDRL foram não reagentes. Levantou-se as seguintes hipóteses diagnósticas: Taquipnéia transitória do recém-nascido (TTRN); pneumonia; Sepsis precoce; ITU materna; infecção neonatal. Foram solicitados alguns exames: hemograma (RODWEL de distribuição irregular, com uma plaquetopenia de 34000/mm³); PCR: 96mg/dL; sorologias para toxoplasmose, rubéola e CMV IgG reagentes e IgM não reagentes. Não consta registro de solicitação em prontuário porém junto a realização dos outros exames laboratoriais foi feito Dengue IgM com resultado reagentes e Sarampo IgM não reagentes. RN permaneceu internado do dia do nascimento 10/02/2013 até o dia 01/03/13. Durante o internamento foi aventada a mais as hipóteses de: hipóxia neonatal, hipertensão pulmonar sem TTRN, infecção neonatal, cianose de extremidades a esclarecer, comunicação intraventricular. Realizou-se mais um exame complementar, o Ecocardiograma, que revelou: canal arterial persistente; miocardiopatia de VE importante; insuficiência mitral moderada; insuficiência aórtica discreta; forame oval pérvio; hipertensão pulmonar; fração de ejeção = 0,40. Realiza também USG de abdômen que se apresenta sem alterações: exame dentro dos limites da normalidade E ainda de exames de imagem realiza uma USG transfontanelar com resultado: parênquima com textura normal, sem sinais de hemorragias, anatomia cerebral normal Dois esquemas de antibiótico foram utilizados, primeiro penicilina

Positividade sorológica em recém-nascidos.

associada a gentamicina, e após febre e piora do quadro substituíram para vancomicina e meropenem. No quarto dia de internação hospitalar auscultaram sopro cardíaco sistólico 3+/6+, verificaram uma perfusão lentificada, mesmo em uso de drogas vasoativas (dobutamina, e dopamina). Devido à insuficiência cardíaca congestiva iniciou-se furosemida e trocou-se dobutamina por Milrinona 0,5mg/kg/min. Dia 21/02/13, RN com 11 dias de vida, notou-se ao exame físico hepatoesplenomegalia, bexigoma, icterícia +/4+ zona II, e resultado de exame laboratorial alterado: BT=18,4 (BD: 15,3/BI:3,1). Dia 21/02/13, permanece em uso de drogas vasoativas, evoluindo com as seguintes alterações hematológicas: hemograma: Hg= 13,7; VCM = 100; HT=40,8%;Leuco= 14800;Plaquetas = 9000/mm³. Paciente permanece em estado geral grave, regurgitando, iniciam então investigação de colestase. Registram em prontuário que a Milrinona pode causar plaquetopenia e retiram a medicação substituindo pela Dobutamina. Dia 25/02/13 foi feita nova coleta de exames: Hg=14,9; Ht = 43%; VCM= 94%;HCM=33%;CHCM=35; RDW= 19%; Plaqu= 16000;PCR = 96; Uréia=151;Creatinina= 0,5;TGO= 308; TGP=83; Gama-GT= 79; reticulócitos =2,1%. Dia 26/02 ocorre infusão de plaquetas, 10ml/kg e coleta de TORCHS, VDRL e Parvovírus B19. Dia 01/03/13 o RN apresenta bradicardia severa (< 40 bpm) e evolui para parada cardiorrespiratória. Foram feitas as medidas de reanimação (VPP + MCE + adrelina), mas após mais de 15 min de manobras RN foi a óbito às 04:45h do dia 01/03/13.

Caso 5

O RN G.C.A.S., sexo masculino, foi a quarta gestação materna, nasceu de parto cesáreo indicado devido a cesárea anterior e interatividade. A tipagem sanguínea materna e do RN: A+. Durante a gestação não houve intercorrências segundo a mãe e apresentava-se sem sintomas no momento da internação. Foram feitas 7 consultas de pré-natal porém não realizou os exames de rotina gestacionais. Na maternidade dosaram VDRL e HIV, ambos com resultados não reagentes. Ao nascimento RNT, APGAR 08/09, necessitou de aspiração de vias aéreas, pesou 3420g, estatura 49,5cm, perímetro cefálico de 35cm, AIG, bom estado geral, capurro somático = 39 s 5d, com risco

Positividade sorológica em recém-nascidos.

de infecção neonatal. Foi solicitado hemograma e PCR e sorologias para TORCHS que vieram sem indícios de infecção. Foi encaminhado ao alojamento conjunto onde evoluiu sem intercorrências e teve alta com 48h. Não houve pedido de sorologia de dengue para o RN, no entanto junto à realização das sorologias de TORCHS foi feito Dengue IgM, pelo método de ELISA (*enzyme-linked immunosorbent assay*) de resultado positivo. Nesse caso também não foi solicitado sorologia materna.

Positividade sorológica em recém-nascidos.

Discussão

A dengue continua sendo uma doença endêmica que em determinados momentos apresenta comportamento epidêmico e de grande morbidade. A infecção pelos vírus da dengue pode causar doença em neonatos, mesmo durante uma infecção assintomática das gestantes e os desfechos descritos na literatura variaram desde casos assintomáticos até a morte dos conceptos.¹¹

A infecção durante a gestação é risco para a mãe e para o bebê.¹² Alguns países tropicais já publicaram estudos sobre o tema. Na Guiana Francesa, estudaram uma série de 53 gestantes expostas ao vírus da dengue durante a gravidez e relataram cinco casos de óbito fetal/perinatal, além de aumento na prematuridade e incidência de dengue grave entre as gestantes. No Sri Lanka, em uma série de 26 grávidas hospitalizadas com dengue, observaram um aborto concomitante com os sintomas agudos da dengue e um parto prematuro; nesse caso, a mulher desenvolveu febre hemorrágica da dengue (FHD) no primeiro trimestre de gestação. Na Malásia, foi descrita a ocorrência de um óbito fetal, possivelmente em virtude de FHD durante a gravidez. No México, foi relatado um caso de ameaça de aborto subsequente à infecção por dengue na gestação. No Sudão, descreveram 78 casos, dentre os quais 17 óbitos maternos ocorreram em virtude de hemorragia e falência múltipla de órgãos. Em Cuba, há relatos de quatro casos de RN com IgM positivo, mas sem sintomas nem gravidade. Na Colômbia, há relato de um caso de dengue grave materno-fetal.^{6,8,12,13}

Essa doença viral exantemática se apresenta muito similar a outras doenças e, no período gestacional, com sinais e sintomas que se confundem com a gestação habitual ou doenças comuns da gestação. No Brasil, em 2009, Alvarenga e colaboradores relataram dois óbitos maternos por síndrome da angústia respiratória aguda e ressaltaram que os sintomas nas gestantes podem ser confundidos, por exemplo, a dor abdominal, sinal de gravidade na dengue, com contrações uterinas do trabalho de parto; a hemólise, elevação de enzimas hepáticas e plaquetas baixas com sinais de pré-eclâmpsia.¹²

Outro caso brasileiro foi relatado em 2008, de um RNT que apresentou *rash* cutâneo,

Positividade sorológica em recém-nascidos.

hipoatividade e febre no quinto dia de vida. Deu entrada na UTI com um quadro de sepse neonatal e passou por um série de exames. O hemograma evidenciava plaquetopenia (38.000 plaquetas). A mãe apresentou quadro clínico compatível com dengue três dias antes do parto, mas não foi rastreada para confirmação do diagnóstico na vigência da doença. Devido ao quadro do RN, levantou-se a hipótese de dengue materno-fetal, sendo então colhidos exames de IgM para dengue da mãe e do RN, realizados pelo método ELISA, sendo positivos em ambos.⁶

A transmissão vertical de dengue tem sido apontada como possível causa de óbito fetal/perinatal, principalmente na vigência de doença grave e/ou de sua ocorrência no primeiro trimestre da gestação. O mecanismo que leva ao óbito fetal/perinatal é desconhecido. Porém, acredita-se que as alterações vasculares ocorridas principalmente na dengue grave sejam responsáveis pelas complicações, que são: aumento da permeabilidade vascular, extravasamento plasmático, comprometimento da circulação feto-placentária.

Dos cinco casos, relatados neste artigo, nenhum apresentou prematuridade. Houve predominância do sexo feminino, 60% (n=3). O caso nº 2 teve baixo peso ao nascer (<2500g) e prematuridade, duas alterações que constam em trabalhos que apontam a infecção pelo vírus da dengue. Não há registro em prontuários de sintomatologia materna.

O caso nº 4 é o único com Apgar inferior a 7 no 1º minuto (APGAR 3/7), que ao nascer necessitou de manobras de reanimação neonatal; recebeu cuidados de UTI, apresentou-se com muitas suspeitas diagnósticas e um quadro clínico grave. Necessitou de exames de imagem complementares. Destes, o ecocardiograma foi o que apresentou importantes alterações. O RN fez uso de dois esquemas de antibióticos, contudo não apresentou melhora do quadro. No quarto dia de internação hospitalar, evoluiu com sopro cardíaco sistólico e perfusão lentificada, mesmo sob o uso de drogas vasoativas. Desenvolveu um quadro de insuficiência cardíaca congestiva, hepatoesplenomegalia, icterícia, bexigoma, plaquetopenia e elevação de enzimas hepáticas. Em novo hemograma realizado, verificou-se plaquetopenia, abaixo de 20.000mm³. Paciente com doença cardíaca de base, mas que pode ter tido agravamento do quadro com descompensação da

Positividade sorológica em recém-nascidos.

insuficiência cardíaca devido à infecção pelo vírus da dengue.

Os casos nº 3 e 5, mesmo sem intercorrências, deveriam ter sido acompanhados ambulatorialmente por, pelo menos, mais duas semanas, conforme recomenda a literatura.

Na literatura há registro de mal formação do tubo neural associada a infecção pelo vírus da dengue, mas não houve nenhum caso nesse relato.⁷

A transmissão vertical por dengue tem sido subdiagnosticada e subnotificada, não podendo ser excluída do diagnóstico de neonatos. Foram notificados, em João pessoa, de 2011 a 2014, 81 casos de Dengue em menores de 30 dias, sendo 88,8% de RN com menos de 14 dias de vida. Os cinco casos aqui citados não foram incluídos na notificação. Acredita-se que isso se ocorreu devido ao fato da sorologia não ter sido solicitada por parte da equipe responsável pelo caso.

A doença se apresenta em espectros diferentes, no entanto, há maior probabilidade de gravidade em gestantes e neonatos. O rastreio da dengue tem sido feito de forma irregular e sem critérios específicos. Dessa forma, faz-se necessária a discussão e formulação de um protocolo de investigação clínico-epidemiológica de modo sistemático em gestantes e RN. Ampliando assim as possibilidades de realização de estudos sobre o tema, para viabilizar a melhora do tratamento/suporte desses pacientes.

Positividade sorológica em recém-nascidos.

Referências bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Dengue: aspectos epidemiológicos, diagnóstico e tratamento / Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde. – Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2002. 20p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos, nº 176).
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.
3. Sharma JB, Gulati N. Potential relationship between dengue fever and neural tube defects in a northern district of India. *Int J Gynaecol Obstet.* 1992;39:291-5.
4. World Health Organization 2012. Global Strategy for Dengue Prevention and Control 2012-2020.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria Técnica de Gestão. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Diretoria Técnica de Gestão. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.
6. Maroun SL, Marliere RC, Barcellus RC, Barbosa CN, Ramos JR, Moreira ME. Case report: vertical dengue infection. *J Pediatr (Rio J).* 2008;84(6):556-559. Artigo submetido em 07.04.08, aceito em 25.06.08. doi:10.2223/JPED.1826.
7. Argolo, Angela Ferreira Lopes de Teive. Prevalência de infecção pelos vírus dengue em parturientes e neonatos, Goiânia-Goiás, 2009-2010 [dissertação de mestrado] / Angela Ferreira Lopes de Teive e Argolo, 2010.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 7. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

Positividade sorológica em recém-nascidos.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis Plano de Contingência Nacional para Epidemias de Dengue / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

10. Portal da Saúde [Internet]. R: Dengue: LIRAA aponta 340 municípios em situação de risco. Brasil: Ministério da Saúde; 2015 [citado 2015 Out 28].Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/17034-dengue-liraa-aponta-340-municipios-em-situacao-de-risco>.

11. Pouliot SH, Xiong X, Harville E, Paz-Soldan V, Tomashek KM, Breart G, Buekens P: Maternal dengue and pregnancy outcomes: a systematic review. *Obstet Gynecol Surv* 2010, 65:107-18

12. Alvarenga, C.F., V.G. Silami, P. Brasil, M.E.H. Boechat and J. Coelho *et al.* 2009. Dengue during Pregnancy: A Study of Thirteen Cases. *Am. J. Infect. Dis.*, 5: 288-293.

13. Mota Anne Karin Madureira da, Miranda Filho Adalberto Luiz, Saraceni Valéria, Koifman Sergio. Mortalidade materna e incidência de dengue na Região Sudeste do Brasil: estudo ecológico no período 2001-2005. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2012 June [cited 2015 Oct 19]; 28(6): 1057-1066. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000600005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000600005>.

14. Salgado Doris Martha, Rodríguez Jairo Antonio, Lozano Liliana del Pilar, Zabaleta Tatiana Esther. Dengue perinatal. *Biomédica* [serial on the Internet]. 2013 Sep [cited 2015 Oct 19]; 33(Suppl 1): 14-21. Available from:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572013000500003&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v33i0.1449>.

15. World Health Organization 2009. Dengue: Guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control.

16. Viana Dione Viero, Ignotti Eliane. A ocorrência da dengue e variações meteorológicas no Brasil: revisão sistemática. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2013 June [cited 2015 Sep 29]; 16(2):

Positividade sorológica em recém-nascidos.

240-256. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2013000200240&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X201300020000>.

17. Vilar DC Aspectos clínicos e epidemiológicos do dengue hemorrágico no Ceará, no período de 1994 a 2006. Dissertação (Mestrado). Ceará (Brazil): Escola Nacional de Saúde Pública; 2008.

18. López Barroso Reinaldo, Deulofeu Betancourt Isabel, Fayad Saeta Yamile, Macias Navarro Meidys María. Convalecencia de mujeres que sufrieron dengue serotipo 3 durante el embarazo. Rev Cubana Med Trop [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2015 Oct 19] ; 63(3): 206-210.

Disponibile en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602011000300002&lng=es.