

Monitoramento dos casos de microcefalias no Brasil até a Semana Epidemiológica 47

O objetivo deste *Boletim Epidemiológico* é documentar e divulgar informações atualizadas sobre a situação epidemiológica da microcefalia no Brasil, com foco na investigação e na resposta à alteração do padrão de ocorrência desta doença no país.

Situação epidemiológica atual

Até 28 de novembro de 2015, foram notificados à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) 1.248 casos suspeitos de microcefalia, identificados em 311 municípios, em 14 Unidades da Federação. Ressalta-se que todos os casos notificados são suspeitos e ainda precisam ser investigados e classificados. Entre o total de casos, foram notificados 7 óbitos suspeitos, sendo 5 no Rio Grande do Norte, 1 no Ceará e 1 no Piauí.

A distribuição dos casos notificados à SVS/MS até a semana epidemiológica (SE) 47/2015 encontra-se na Tabela 1, estratificada por número de municípios e Unidade da Federação de residência. Além das regiões Centro-Oeste e Nordeste, que já apresentavam casos na SE 46/2015, foram notificados 12 casos suspeitos na região Norte (Tocantins) e 13 no Sudeste (Rio de Janeiro).

Na Figura 1, é apresentada a distribuição espacial dos municípios com casos suspeitos de microcefalia notificados até a SE 47/2015, que totalizam 311. Observa-se uma concentração dos casos na região Nordeste, sendo que Recife e João Pessoa são os municípios que apresentam mais de 50 casos suspeitos notificados.

Sobre os óbitos

Três óbitos relacionados ao vírus Zika foram notificados ao Ministério da Saúde em 27 de novembro de 2015, pelo Instituto Evandro Chagas (IEC), Laboratório de Referência Nacional. As análises indicam que esse agente pode ter

contribuído para agravamento dos casos e óbitos. Estes são os primeiros casos de óbito relacionados ao vírus Zika no mundo, o que demonstra uma semelhança com a dengue.

Caso 1 – Recém-nascido

Recém-nascido em 18 de novembro de 2015, residente em Tejuçuoca/CE, região Nordeste do Brasil, pesando 945 gramas, estatura de 38cm e sem medida do perímetro cefálico ao nascimento. Evoluiu para óbito nos primeiros 5 minutos de vida. Em ultrassonografia realizada em 13 de novembro, apresentava perímetro cefálico de 19cm, com diagnóstico de microcefalia, anasarca fetal e polidraminia. Foi coletado material para pesquisa dos vírus da dengue, chikungunya e zika; o resultado foi positivo para vírus Zika em 28 de novembro de 2015.

Caso 2 – Adulto masculino sem registro de alteração neurológica

Paciente do sexo masculino com histórico de lúpus eritematoso sistêmico, artrite reumatoide, corticoterapia crônica e etilismo, que evoluiu para óbito com suspeita de dengue. Realizada a coleta de amostras de sangue e fragmentos de vísceras (cérebro, fígado, baço, rim, pulmão e coração), que foram encaminhadas para o IEC pelo Laboratório Central de Saúde Pública do Maranhão (Lacen/MA). Na investigação laboratorial, o resultado para dengue pelo teste reação em cadeia da polimerase de transcrição reversa (RT-PCR) em tempo real foi negativo; em seguida, foi realizada a pesquisa para arbovírus epidêmicos no Brasil (vírus Zika e chikungunya) e outros (vírus do Nilo Ocidental, vírus da Encefalite Saint Louis e vírus da febre amarela). O diagnóstico laboratorial final foi de infecção pelo vírus Zika, determinado pela técnica de RT-PCR. O genoma do vírus Zika foi detectado em amostra de sangue, cérebro, fígado, baço e pool de vísceras (rim, pulmão e coração). Também foi realizado o sequenciamento parcial do genoma viral, comprovando-se tal vírus.

Tabela 1 – Distribuição dos casos suspeitos de microcefalia notificados à SVS/MS até a semana epidemiológica 47, por número de municípios e Unidade da Federação de residência, Brasil, 2015

Unidade da Federação	Total de municípios (n) ^a	Municípios com casos suspeitos		Casos suspeitos notificados		Óbitos suspeitos (n)
		n	%	n	%	
Centro-Oeste						
Distrito Federal	1	1	100	1	0,1	-
Goiás	246	2	0,8	2	0,2	-
Mato Grosso do Sul	78	1	1,3	1	0,1	-
Nordeste						
Alagoas	102	21	20,6	59	4,7	-
Bahia	417	9	2,2	37	3	-
Ceará	184	9	4,9	25	2	1
Maranhão	217	3	1,4	12	1	-
Paraíba	223	50	22,4	248	19,9	-
Pernambuco	185	131	70,8	646	51,8	-
Piauí	224	9	4	36	2,9	1
Rio Grande do Norte	167	28	16,8	79	6,3	5
Sergipe	75	32	42,7	77	6,2	-
Norte						
Tocantins	139	6	4,3	12	1	-
Sudeste						
Rio de Janeiro	92	9	9,8	13	1	-
Total	2.350	311	-	1.248	100	7

^aTotal de municípios por Unidade da Federação. Fonte: IBGE (2013).
Fonte: Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde (atualizado em 28/11/2015).
Dados sujeitos a alteração.

© 1969. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Comitê Editorial

Antônio Carlos Figueiredo Nardi, Sônia Maria Feitosa Brito, Alexandre Fonseca Santos, Cláudio Maierovitch Pessanha Henriques, Deborah Carvalho Malta, Elisete Duarte, Fábio Caldas de Mesquita, Geraldo da Silva Ferreira, Gilberto Alfredo Pucca Jr., Márcia Beatriz Dieckmann Turcato, Marcos da Silveira Franco, Maria de Fátima Marinho de Souza.

Equipe Editorial

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviço/SVS/MS: Giovanini Evelim Coelho e Wanderson Kleber de Oliveira (Editores Científicos) e Izabel Lucena Gadioli (Editora Assistente).

Colaboradores

Alexander Vargas (CGVR/DEVIT/SVS), Eduardo Saad (CGVR/DEVIT/SVS), Elizabeth David dos Santos (CGVR/DEVIT/SVS), Flávia Caselli Pacheco (CGVR/DEVIT/SVS), Giovanni Vinícius Araújo de França (CGVR/DEVIT/SVS), Greice Madeleine Ikeda do Carmo (CGVR/DEVIT/SVS), Isabela Ornelas Pereira (CGPNCD/DEVIT/SVS), Jader Percio (CGVR/DEVIT/SVS), Jaqueline Martins (CGPNCD/DEVIT/SVS), João Roberto Cavalcante Sampaio (CGVR/DEVIT/SVS), Juliana Souza da Silva (CGPNCD/DEVIT/SVS), Lívia Carla Vinhal (CGPNCD/DEVIT/SVS), Marcelo Yoshito Wada (CGVR/DEVIT/SVS), Maria Luiza Lawinsky Lodi (CGVR/DEVIT/SVS), Marília Lavocat Nunes (CGVR/DEVIT/SVS), Matheus de Paula Cerroni (CGPNCD/DEVIT/SVS), Patricia Miyuki Ohara (CGVR/DEVIT/SVS), Priscila Leal Leite (CGPNCD/DEVIT/SVS), Robson Bruniera de Oliveira (CGVR/DEVIT/SVS), Suely Nilsa Guedes de Sousa Esashika (CGVR/DEVIT/SVS).

Secretaria Executiva

Raíssa Christófaró (CGDEP/SVS)

Projeto gráfico e distribuição eletrônica

Núcleo de Comunicação/SVS

Diagramação

Thaís Abreu Oliveira (CGDEP/SVS)

Revisão de texto

Maria Irene Lima Mariano (CGDEP/SVS)

Caso 3 – Adolescente feminino sem registro de alteração neurológica

Paciente do sexo feminino, 16 anos, do município de Benevides/PA, região Norte, com suspeita inicial de dengue, notificada em 6 de outubro de 2015, e início dos sintomas em 29 de setembro de 2015, apresentando cefaleia, náuseas e petéquias. Foi coletada amostra apenas de soro para realização de exame para dengue, com sete dias de início de sintomas (recebimento da amostra na 2ª quinzena de novembro pelo IEC). O diagnóstico laboratorial final foi de infecção pelo vírus Zika, detectada pela técnica de RT-PCR, confirmada e repetida. Novos testes para dengue e chikungunya estão sendo realizados. A coleta de sangue foi realizada sete dias após o início dos sintomas, em 29 de setembro.

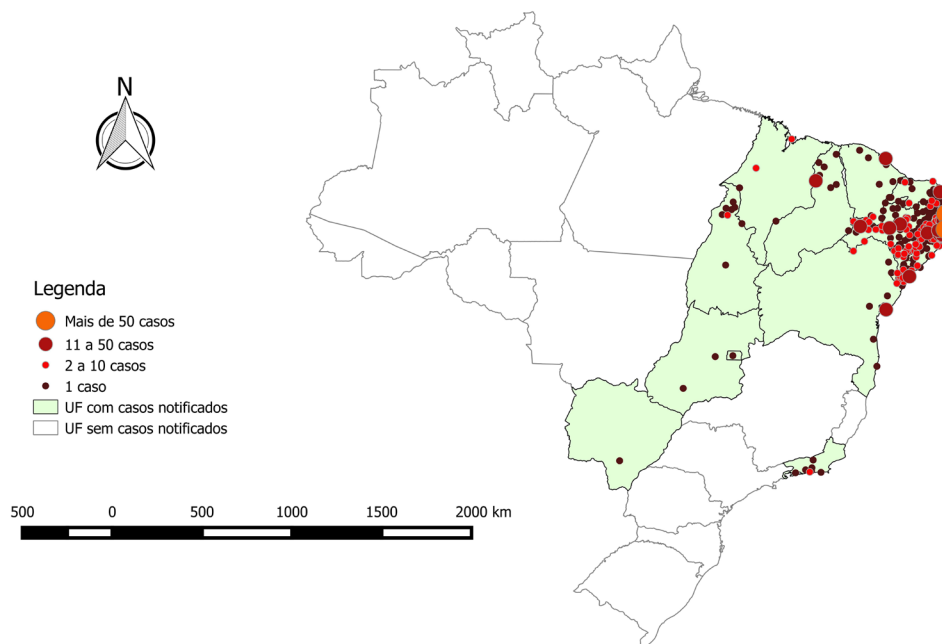
Todos os achados estão sendo divulgados conforme são conhecidos, com o propósito de se dar transparência sobre a situação atual, assim como emitir orientações para a população e para a rede pública. O Ministério da Saúde está se aprofundando na análise dos casos, além de acompanhar outras análises que vêm sendo conduzidas pelos seus órgãos de pesquisa e análise laboratorial. O protocolo inicial para o atendimento de possível agravamento da

infecção pelo vírus Zika será o mesmo utilizado para situações mais graves de dengue (mais informações podem ser obtidas no endereço eletrônico: j.mp/dengue_manejo).

Países com confirmação de circulação de vírus Zika

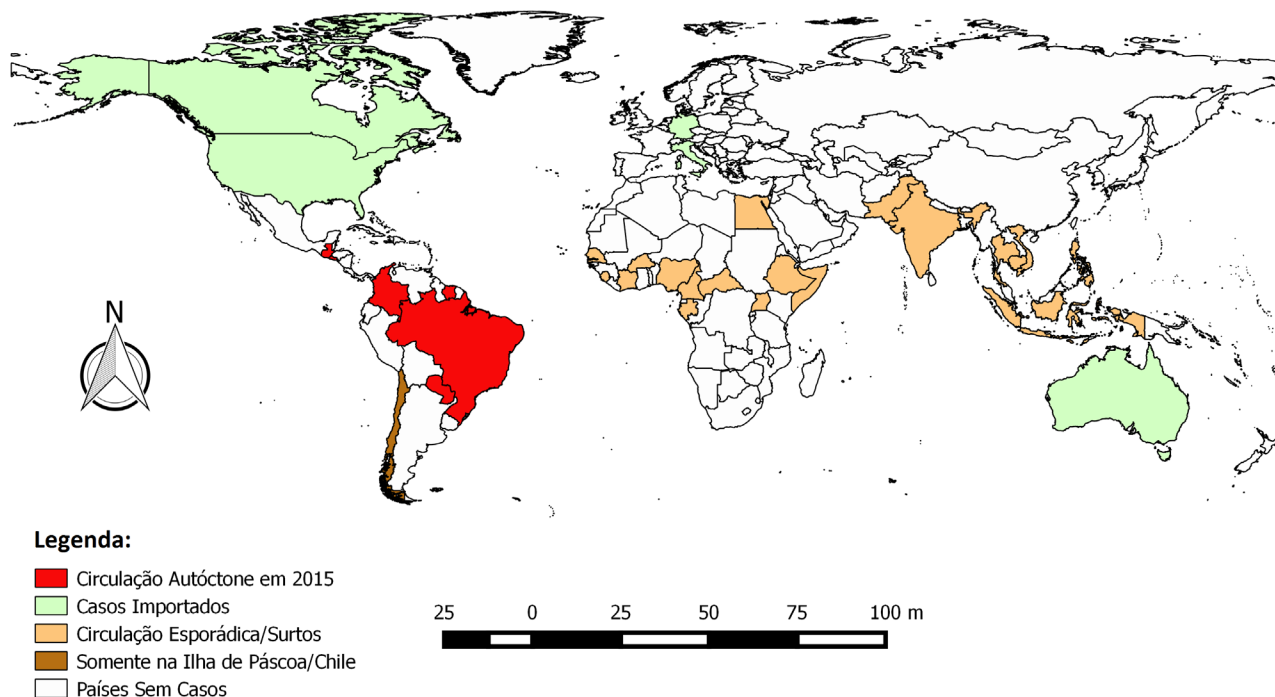
O vírus Zika é considerado endêmico no Leste e Oeste do continente africano. Evidências sorológicas em humanos sugerem que, a partir do ano de 1966, o vírus tenha se disseminado para o continente asiático. Há registro de circulação esporádica na África (Nigéria, Tanzânia, Egito, África Central, Serra Leoa, Gabão, Senegal, Costa do Marfim, Camarões, Etiópia, Quênia, Somália e Burkina Faso), Ásia (Malásia, Índia, Paquistão, Filipinas, Tailândia, Vietnã, Camboja, Índia, Indonésia) e Oceania (Micronésia, Polinésia Francesa, Nova Caledônia/França e Ilhas Cook).

Casos importados de febre pelo vírus Zika foram descritos no Canadá, Alemanha, Itália, Japão, Estados Unidos e Austrália. O Brasil está entre os países que apresentaram circulação autóctone em 2015, juntamente com outros países das Américas do Sul (Paraguai, Colômbia e Suriname) e Central (Guatemala) (Figura 2).



Fonte: Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde (atualizado em 28/11/2015).
Dados sujeitos a alteração.

Figura 1 – Distribuição espacial dos 311 municípios com casos suspeitos de microcefalia notificados até a semana epidemiológica 47, Brasil, 2015



Fonte: artigos e sites oficiais (2009-2015).
Atualizado em 27/11/2015.

Figura 2 – Distribuição dos países com confirmação de ocorrência de Zika vírus em 2015

Recomendações

O Ministério da Saúde recomenda às gestantes a utilização do repelente tópic, considerando a possível relação entre a infecção pelo vírus Zika e os casos de microcefalia diagnosticados no país. Estudos disponíveis na literatura, conduzidos em gestantes durante o segundo e o terceiro trimestres de gestação e em animais durante o primeiro trimestre, indicam que o uso tópic de repelentes à base de DEET por gestantes não apresenta riscos (mais informações podem ser obtidas no endereço eletrônico j.mp/nota_repelentes).

Quanto ao uso de repelentes ambientais, a utilização correta dos saneantes regularizados

na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) submete a população apenas aos riscos ambientais ocasionados pelo possível contato com as substâncias químicas presentes nas formulações. Tais riscos estão devidamente gerenciados pelas avaliações físico-químicas e toxicológicas que a Anvisa faz para a aprovação de princípios ativos e produtos formulados. Cabe destacar que esses produtos não devem ser utilizados diretamente em seres humanos, mas em superfícies inanimadas e/ou ambientes, sendo seguidas sempre, com atenção, as orientações do fabricante (mais informações podem ser obtidas no endereço eletrônico j.mp/nota_saneantes).