

Surto de microcefalia no Brasil*

DOI: 10.5935/1415-2762.20150061

O Ministério da Saúde declarou, em novembro de 2015, estado de emergência sanitária nacional, devido a um surto, em Pernambuco, de neonatos com microcefalia, com o registro de 268 casos. O valor era muito superior à média do período 2010-2014: nove casos por ano. O número cresce de forma alarmante, sugerindo que poderá haver milhares de crianças afetadas. De acordo com o último Informe Epidemiológico sobre Microcefalia, até 19 de dezembro de 2015 foi notificado o total de 2.782 casos suspeitos de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika, identificados em 618 municípios distribuídos em 20 unidades da Federação. Entre o total de casos, foram notificados 40 óbitos suspeitos. As unidades da Federação com mais incrementos na prevalência de microcefalia ao nascer são Pernambuco, Sergipe, Paraíba, Maranhão e Piauí, variando de 11,8 a 27,4 vezes a média registrada para o período de 2000 a 2014. Em Minas Gerais, 55 casos suspeitos de microcefalia relacionada ao vírus Zika estão sendo investigados.

A microcefalia tem sido associada a uma série de fatores, desde a desnutrição da mãe e abuso de drogas até infecções durante a gestação, como rubéola, toxoplasmose e citomegalovírus, entre outras. Uma variedade de anormalidades e síndromes metabólicas e/ou genéticas, agressões ambientais e causas ainda desconhecidas podem afetar o desenvolvimento do cérebro e se associar à doença.

Embora as investigações não sejam conclusivas, a principal suspeita da causa do surto seria a infecção materna pelo *Zikavirus* transmitido pelo *Aedes aegypti*. O *Zikavirus* (ZIKAV) é um RNA-vírus, do gênero *Flavivirus*, família *Flaviviridae*. Até o momento, são conhecidas e descritas duas linhagens do vírus: uma africana e outra asiática. O principal modo de transmissão descrito do vírus é por vetores. No entanto, está descrita na literatura científica a ocorrência de transmissão ocupacional em laboratórios de pesquisa, perinatal e sexual, além da possibilidade de transmissão transfusional. Foram registrados casos dessa doença com confirmação laboratorial em 18 estados do Brasil, com maior incidência no Nordeste.

A febre pelo ZIKAV, na maioria dos casos, é autolimitada, com duração de 3-7 dias, geralmente sem complicações graves, não havendo registro de mortes. A taxa de hospitalização é baixa. Segundo a literatura, mais de 80% das pessoas infectadas não desenvolvem manifestações clínicas, porém, quando presentes, a doença se caracteriza pelo surgimento do exantema maculopapular pruriginoso, febre intermitente, hiperemia conjuntival não purulenta e sem prurido, artralgia, mialgia, dor de cabeça e, menos frequentemente, edema, dor de garganta, tosse, vômitos e hematospermia. Recentemente, foi observada possível correlação entre a infecção pelo ZIKAV e a ocorrência de síndrome de Guillain-Barré em locais com circulação simultânea do vírus da dengue.

O Ministério da Saúde divulgou a positividade em testes feitos no líquido amniótico de duas gestantes que tiveram contato com o ZIKAV e cujos recém-nascidos foram diagnosticados com microcefalia por exames de ultrassonografia. Os testes foram realizados pelo Laboratório de Flavivírus do Instituto Oswaldo Cruz (IOC-FIOCRUZ). Esse vírus é capaz de atravessar a barreira placentária e chegar até o líquido amniótico. Para confirmar a presença do vírus no líquido amniótico, as amostras coletadas nas gestantes foram submetidas ao método reação em cadeia da polimerase (PCR). Em seguida, foi feito um sequenciamento

parcial do genoma do vírus, o que permitiu identificar que se trata do ZIKAV originário da Ásia, e não da África.

Um dos problemas a serem enfrentados em relação ao surgimento de casos de ZIKAV no país é que, diferentemente do que ocorre com a dengue, por exemplo, ainda não há testes sorológicos amplamente disponíveis comercialmente para diagnosticar a doença.

As alterações laboratoriais associadas à infecção por ZIKAV incluem, durante o curso da doença, leucopenia, trombocitopenia e ligeira elevação da desidrogenase láctica sérica, gama-glutamyltransferase e de marcadores de atividade inflamatória (proteína C reativa, fibrinogênio e ferritina). O diagnóstico laboratorial específico de ZIKA baseia-se principalmente na detecção de RNA viral a partir de espécimes clínicos. O período virêmico não foi estabelecido, mas acredita-se que seja curto, o que permitiria, em tese, a detecção direta do vírus até 4-7 dias após o início dos sintomas, sendo, entretanto, ideal que o material a ser examinado seja coletado até o 4º dia da doença. Os ácidos nucleicos do vírus foram detectados em humanos entre um e 11 dias após o início dos sintomas e o vírus foi isolado em primata não humano até nove dias após inoculação experimental.

O surto mobiliza todos os pediatras em relação ao aumento da ocorrência de microcefalia, pois, independentemente da causa, a sua repercussão em crianças envolvidas e suas famílias será grande. As sequelas da doença ainda não são completamente conhecidas. Sabe-se que a maioria das crianças afetadas terá comprometimento auditivo, de visão e déficits neuropsicomotores de diferentes graus, podendo chegar a quadros de paralisia cerebral.

Diante desse quadro de extrema gravidade, temos acompanhado a formação de diversos grupos voluntários de profissionais da área da saúde, com o objetivo de realizar uma força tarefa para o combate da epidemia. Aqui em Minas a Sociedade Mineira de Pediatria participa dos trabalhos em parceria com o município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais, Ministério da Saúde e Universidade Federal de Minas Gerais. Profissionais de notório saber avaliam as melhores formas de abordagem dos recém-nascidos acometidos. A avaliação da criança com microcefalia inclui anamnese completa realizada com a família, histórico da gestação e exame físico. São necessários exames sorológicos da mãe e do neonato. Usualmente são solicitados exames por imagem, entre eles a tomografia computadorizada do encéfalo e/ou ressonância magnética e ultrassonografia transfontanelar, sendo que o melhor método e o momento ideal para a sua realização ainda são controversos. A abordagem interdisciplinar e o encaminhamento para especialista em Infectologia, Genética, Neurologia e Oftalmologia Pediátrica, entre outros profissionais, podem ser necessários para o diagnóstico e planejamento do seguimento da criança.

O Ministério da Saúde orienta que todos os casos de microcefalia sejam comunicados imediatamente por meio de um formulário *on-line*, que as gestantes sejam acompanhadas e compareçam às consultas de pré-natal e se submetam a todos os exames recomendados pelo médico. Recomenda às gestantes não consumirem bebidas alcoólicas ou qualquer outro tipo de drogas, não utilizarem medicamentos sem orientação médica e evitem contato com pessoas com febre ou infecções. Preconiza a adoção de medidas que possam reduzir o número de mosquitos transmissores de doença, com a eliminação de criadouros, e proteção da exposição de mosquitos, como manter portas e janelas fechadas ou teladas, usar calça e camisa de manga comprida e utilizar repelentes permitidos para gestantes.

O mais preocupante é que há pelo menos duas décadas enfrentamos as epidemias de dengue com essas estratégias sem qualquer sucesso. É imprescindível, diante do nosso fracasso, buscarmos novas estratégias para combater esse vetor, *Aedes aegypti*, principal transmissor das epidemias que assolam o nosso país. As formas de combate ao mosquito incluem o controle químico, bastante empregado no Brasil, e consiste no emprego de agentes químicos, com o intuito de destruir os vetores. Vários dos produtos empregados são tóxicos ao homem e podem desenvolver resistência nos vetores. O controle biológico consiste em

se lançar no meio outros organismos, que são predadores dos vetores ou que estabelecem uma competição com eles. É uma técnica cujo desenvolvimento ainda não está totalmente concluído, encontrando-se em fase de pesquisas. O controle ambiental significa o saneamento do meio de tal modo a criar condições adversas ao desenvolvimento de vetores. Além de ser uma medida com efeito de longo prazo, traz muitos outros benefícios à saúde, ao conforto da população e à atividade econômica. Segundo dados recentes do IBGE, 44% da população não têm esgotamento sanitário, o que é um direito humano essencial.

O país está em uma grave crise econômica, no entanto, necessitará disponibilizar meios para enfrentar esse urgente desafio, diante do risco de um desastre humanitário de proporções alarmantes e a ameaça de uma geração de crianças com graves sequelas.

**Publicado originalmente como:*

– *Comunicação Breve na edição suplementar 25/S6 da Revista Médica de Minas Gerais/Sociedade Mineira de Pediatria, conforme referência abaixo:*

Reis RP. Aumento dos casos de microcefalia no Brasil. Rev Med Minas Gerais. 2015 jul/dez; 25(Suppl.6): S88-S91.

– *Editorial na Revista Médica de Minas Gerais, volume 25, número 4, out./dez. 2015, conforme referência abaixo:*

Reis RP. O surto de microcefalia no Brasil. Rev Med Minas Gerais. 2015 out/dez; 25(4):463-5.

Referências

1. Boom JA. Microcephaly in infants and children: etiology and evaluation. [Citado em 2015 nov. 10]. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/microcephaly-in-infants-and-children-etiology-and-evaluation>.
2. Campos GS, Bandeira AC, Sardi SI. Zika virus outbreak, Bahia, Brazil [letter]. Emerg Infect Dis. 2015 Oct [date cited]. <http://dx.doi.org/10.3201/eid2110.150847>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde – sus. Microcefalia: Ministério da Saúde divulga boletim epidemiológico. [Citado em 2015 nov. 10]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/20805-ministerio-da-saude-divulga-boletim-epidemiologico>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia no Brasil. Protocolo de Vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika. Versão 1 Atualização 08/12/2015. [Citado em 2015 dez. 22]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/09/Microcefalia---Protocolo-de-vigil-ncia-e-resposta---vers--o-1---09dez2015-8h.pdf>

Raquel Pitchon dos Reis

Médica. Especialista em Pediatria, Alergia e Imunologia e Alergia e Imunologia Pediátrica. Presidente da Sociedade Mineira de Pediatria.
Belo Horizonte, MG – Brasil.
E-mail: pitchonreis@ig.com.br