

Informativo Epidemiológico

Novembro de 2015 a dezembro de 2019



Subsecretaria de Vigilância à Saúde | Secretaria de Saúde do Distrito Federal

Síndromes Congênitas Infeciosas (STORCH + SCZ) Cievs/Gecamp/Divep/SVS/SES-DF, 2020

Introdução

No final do ano de 2014, casos de doença exantemática aguda foram registrados em alguns estados da Região Nordeste. Em abril de 2015 foi possível isolar o Zika vírus em espécimes clínicos de alguns pacientes residentes na cidade de Camaçari-BA¹. As características filogenéticas do vírus remetiam à linhagem asiática, semelhante àquela circulante na Polinésia Francesa durante um surto que ocorreu no ano de 2013². Considerando o quadro clínico apresentado pelos pacientes à época, bem como os relatos do surto na Polinésia Francesa, havia a percepção de que se tratava de uma condição “benigna”, autolimitada, sem relato de complicações de maior relevância.

Em outubro de 2015, a Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco notificou ao Ministério da Saúde a ocorrência de elevação súbita no número de recém-nascidos com microcefalia e alterações neurológicas evidenciadas por ultrassonografia, detectadas por neuropediatras no Estado³. O Ministério da Saúde foi notificado e deu-se início a uma série de investigações que culminaram com a proposição da relação causal entre a infecção pelo vírus Zika no período gestacional e a ocorrência de alterações no sistema nervoso central dos fetos expostos à infecção congênita⁴. Tal proposição fundamentou-se, entre outros achados, no isolamento do vírus em líquido amniótico de gestantes com histórico de exantema durante a gestação e cujos fetos apresentavam microcefalia; no isolamento do vírus em fluidos e tecidos de natimortos e recém-nascidos com microcefalia e outros defeitos congênitos; e em estudos epidemiológicos que evidenciaram associação entre infecção pelo vírus Zika durante a gestação e o desenvolvimento de anomalias congênitas em fetos e recém-nascidos⁵⁻⁸.

Resposta à emergência de saúde pública

Em resposta ao alerta inicial, em novembro de 2015, o Ministério da Saúde decretou a situação como Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN). Em fevereiro de 2016, a Organização Mundial da Saúde declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). A ESPII foi encerrada em novembro de 2016 e a ESPIN foi encerrada em maio de 2017.

Para orientação das ações a serem desenvolvidas pela Vigilância em Saúde, o Ministério da Saúde elaborou um protocolo, que continha os principais conceitos, parâmetros e normas para resposta à epidemia, publicado em 24 de março de 2016. Os objetivos estabelecidos para a vigilância do evento, foram: descrever o padrão epidemiológico de ocorrência de microcefalias e/ou alterações do sistema nervoso central relacionadas as infecções congênitas no território nacional; garantir a notificação dos casos suspeitos no sistema para Registro de Eventos de Saúde Pública - RESP; identificar os casos notificados que apresentam alterações típicas sugestivas de infecção congênita para que a Vigilância em Saúde possa monitorar o padrão epidemiológico dos casos de microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central (SNC) relacionadas às infecções congênitas; investigar os casos de infecções congênitas por STORCH (Sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes simplex) + SCZ (Síndrome Congênita por Zika); descrever as características das complicações relacionadas à infecção pelo vírus Zika na gestação e no pós-parto; orientar a utilização das medidas de prevenção e controle disponíveis; elaborar e divulgar informações epidemiológicas⁹.

Uma das estratégias fundamentais adotadas foi a elaboração de uma base de dados nacional específica para registro e monitoramento dos casos detectados, conforme estabelecido no protocolo do Ministério da Saúde, denominado Registro de Eventos de Saúde Pública - RESP. Essa base de dados permite a inserção de dados desde as unidades notificadoras no nível municipal e estadual e a sua atualização conforme acompanhamento dos casos pela rede de atenção.

Em 2017, foi publicado um novo documento intitulado "Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional"¹⁰. Desde então, este documento é referência para o monitoramento integrado de vigilância e atenção à saúde dos casos de Síndrome Congênita Associada à Infecção pelo vírus Zika ou STORCH (sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes simplex), servindo como instrumento de notificação, investigação e classificação final dos casos em todo o território nacional, bem como documento orientador para organização das ofertas de cuidado.

No âmbito do DF, foi publicada, em fevereiro de 2016, a Portaria nº 25, que instituiu o Comitê Técnico Operacional para o Enfrentamento das Microcefalias Relacionadas ao vírus Zika, com participação direta da equipe do Cievs/Gecamp, e outras áreas técnicas da SES/DF, além de especialistas convidados¹¹. A partir da instituição do Comitê as ações de detecção, monitoramento e atenção aos casos foram organizadas de acordo com as competências de cada área da vigilância em saúde e da atenção, incluindo as unidades de saúde. A equipe do Cievs/Gecamp ficou responsável por realizar a investigação epidemiológica dos casos suspeitos e sua inserção no RESP. As equipes da Atenção à Saúde responsabilizam-se pelo acompanhamento clínico, encaminhando os casos suspeitos para exames de imagem, avaliação por especialistas e investigação laboratorial e o Laboratório Central de Saúde Pública do Distrito Federal (Lacen/DF) pela realização dos exames sorológicos e PCR, enquanto que o teste rápido para Zika (disponível na rede a partir de 2017) foi realizado nas unidades de saúde.

A investigação dos casos era realizada na maternidade ou no domicílio da mãe e da criança, sempre pela mesma equipe do Cievs/Gecamp, utilizando um questionário padronizado. Essa mesma equipe era responsável pela inserção e atualização dos dados no RESP. Os dados do acompanhamento da criança pelas unidades de saúde, dos exames de imagem e laboratoriais eram coletados pela equipe, com os profissionais responsáveis por cada atividade de coleta dessas informações. Os casos eram ainda discutidos no Comitê para classificação final.

O presente Informativo tem o objetivo de descrever e analisar os casos suspeitos de síndrome congênita de origem infecciosa registrados no Distrito Federal, no período de 2015 a 2019.

Metodologia

Os dados analisados para a produção deste Informativo foram extraídos do formulário eletrônico RESP, em 14 de janeiro de 2020. Esses dados estão produzidos em um programa de Excel, com variáveis padronizadas pelo Ministério da Saúde e utilizados em todo o país.

Nas análises, foram considerados os casos e óbitos de recém-nascidos (RN) e crianças, residentes no Distrito Federal e notificados com quadro compatível de alterações congênitas de origem infecciosa, por infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, para o período de novembro de 2015 a dezembro de 2019. Foram incluídos casos detectados ao nascimento, bem como casos detectados durante a evolução do crescimento e desenvolvimento da criança. Para as notificações de 2015-2016 foram consideradas as definições de protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central, de 24 de março de 2016. Para os anos de 2017 a 2019, foram consideradas as definições do protocolo publicado em 2017.

Análise dos dados do RESP

Entre novembro de 2015 e dezembro de 2019, 348 casos com alterações possivelmente relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas foram registrados no RESP e tiveram investigação completada até dezembro de 2019. Desses, 162 (46,5%) foram excluídos, após criteriosa investigação, por não atenderem às definições de casos vigentes, 109 (31,3%) foram descartados, pois embora atendessem a definição inicial de caso, foi afastada uma possível etiologia infecciosa e 77 (22,1%) atendiam a definição de caso suspeito de síndrome congênita infecciosa. Dentre esses, 38 (48,3%) foram confirmados (casos notificados com alterações estabelecidas no protocolo vigente), 15 (19,5%) foram classificados como prováveis (filhos de mães com sintomas durante a gestação sem agente etiológico definido e que apresentam alterações sugestivas de infecção congênita estabelecidas no protocolo vigente); 24 (31,2%) foram classificados como inconclusivos (casos notificados em que não foi possível realizar a investigação e as informações disponíveis não permitiam classificá-lo em outra categoria).

Dentre os casos confirmados, foi possível a classificação como Síndrome Congênita por Zika para 13 (34,2%) casos e como síndrome congênita associada à infecção por algum



STORCH para 11 (28,9%) casos. Dentre os casos confirmados com diagnóstico de STORCH, foram diagnosticadas as seguintes etiologias: oito por citomegalovírus, dois por toxoplasmose, um por coinfeção toxoplasmose + sífilis. Além disso, outros 14 (36,8%) foram confirmados, porém não foi possível a definição da etiologia.

Com relação aos tipos de alterações congênicas encontradas no momento da notificação dos casos confirmados, 14 apresentaram microcefalia isoladamente, sete microcefalia com alterações do SNC, quatro apresentaram microcefalia com outras alterações congênicas, oito apresentaram alterações congênicas sem microcefalia, cinco casos estão com essa informação ignorada.

Entre os casos confirmados, 25 (62,5%) são do sexo feminino e 12 (35%) do sexo masculino. Em um caso (2,5%) não foi possível obter essa informação.

A maioria dos casos notificados reside na Região de Saúde Sudoeste, região mais populosa do DF, seguido das regiões Oeste e Centro-Sul.

Na distribuição dos casos notificados (número máximo de 67 em 2017) e confirmados (número máximo de 16 em 2016) por ano, observa-se um aumento nos anos de 2016 e 2017, com redução nos últimos dois anos.

Discussão

No Distrito Federal, a epidemia de Zika e as anomalias congênicas associadas à infecção tiveram um relevante impacto na saúde da população e na organização do sistema de saúde para seu enfrentamento. Embora o número de casos registrados tenha sido pequeno, quando comparado a outros estados, a gravidade do quadro apresentado, com maior impacto em populações e famílias mais vulneráveis, gerando toda a reestruturação da vida dessas famílias, evidenciou a alta relevância desse problema de saúde.

Por outro lado, a organização dos serviços para o enfrentamento da emergência de saúde pública possibilitou a maior visibilidade não somente para o problema já endêmico das arboviroses e suas graves consequências, como também para a detecção e organização da atenção a síndromes congênicas por outros agentes etiológicos.

O padrão observado nas características dos casos de síndrome congênita de natureza infecciosa evidenciou que a infecção congênita pelo vírus Zika esteve associada a 54% dos casos com confirmação laboratorial, enquanto que dentre os demais agentes infecciosos houve maior confirmação pelo citomegalovírus. A elevada proporção de infecção pelo vírus Zika seria esperada, na medida em que essa análise trata de dados ocorridos durante uma epidemia¹².

Chama a atenção que há somente um registro de coinfeção por sífilis congênita e toxoplasmose no RESP do Distrito Federal, em um período em que houve desabastecimento de penicilina em todo o país, o que pode ter contribuído para um aumento no número de casos da doença.

Considerações finais e

Desafios para o Sistema de Saúde do DF

Após quatro anos da Declaração de Emergência em Saúde Pública pelo aumento da ocorrência de crianças nascidas com microcefalia e outras alterações congênicas, ainda existem perguntas sem respostas e a necessidade do monitoramento constante. As pesquisas que estão em andamento buscam responder essas perguntas e auxiliar na caracterização dessa nova doença, na identificação do comportamento epidemiológico, assim como no aprimoramento e elaboração de novas políticas de saúde.

Ao longo dos meses, verificou-se que a microcefalia era um dos sinais mais frequentes, e, a partir de um trabalho articulado e integrado com diversos pesquisadores e centros de pesquisa, foi descrita a SCZ, sendo caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas presentes^{13, 14, 15, 16}. Em nível federal, as recomendações das ações a serem desenvolvidas e as políticas foram constantemente modificadas, de acordo com as novas evidências. A própria notificação tardia de crianças foi recomendada pelo Ministério posteriormente quando se percebeu que alguns sinais e sintomas não eram facilmente identificados ou desenvolvidos logo após o nascimento. Por isso, todos os profissionais de saúde e os serviços precisaram ficar mais atentos para a suspeita de um possível diagnóstico. Esse processo favoreceu a integração das ações de atenção e vigilância, visto que os profissionais do cuidado tiveram seu papel investigador aguçado e possibilitaram que as equipes se integrassem para que a investigação epidemiológica e o diagnóstico clínico pudessem ser realizados simultaneamente.

A partir disso, podem ser propostos alguns desafios para o sistema de saúde do DF:

- Acompanhamento dos casos de recém-nascidos de mãe com história de infecção pelo vírus Zika na gestação.
- Demanda crescente de atendimento em todos os níveis de atenção e acompanhamento de longo prazo para os casos identificados, não apenas os associados à infecção pelo vírus Zika, mas de todos os casos de microcefalias e malformações congênicas de outras etiologias, considerando o impacto do evento para a sociedade, marcadamente para as famílias.



- Atualização de fluxos e protocolos para atendimento aos casos suspeitos de síndrome STORCH + SCZ, independentemente de sua etiologia.
- Potencialização da integração da vigilância com a assistência para atendimento dos casos suspeitos e confirmados.
- Articulação para a publicação de novo Comitê Técnico para Enfrentamento das Síndromes Congênitas de Origem Infecçiosa, visando a maior integração intersetorial entre os atores envolvidos no processo de estabelecimento de fluxos de monitoramento e acompanhamento dos casos notificados.
- Desenvolvimento das diferentes frentes de trabalho: combate ao vetor, vigilância epidemiológica e cuidado.

Referências

1. Campos GS, Bandeira AC, Sardi SI. Zika virus outbreak, Bahia, Brazil. *Emerg Infect Dis*. 2015 Oct;21(10):1885–6.
2. Baronti C, Piorkowski G, Charrel RN, Boubis L, Leparç-Goffart I, de Lamballerie X. Complete coding sequence of Zika virus from a French Polynesia outbreak in 2013. *Genome Announc*. 2014 Jun 5;2(3):e00500-14-e00500-14.
3. Oliveira WK de, Coelho GE, França GVA de. Boletim epidemiológico - situação epidemiológica de ocorrência de microcefalias no Brasil, 2015. 2015;46(34):1–3.
4. Kleber de Oliveira W, Cortez-Escalante J, De Oliveira WTGH, do Carmo GMI, Henriques CMP, Coelho GE, et al. Increase in reported prevalence of microcephaly in infants born to women living in areas with confirmed Zika virus transmission during the first trimester of pregnancy - Brazil, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2016 Mar 11;65(9):242–7.
5. Mlakar J, Korva M, Tul N, Popović M, Poljšak-Prijatelj M, Mraz J, et al. Zika Virus Associated with Microcephaly. *N Engl J Med*. 2016 Mar 10;374(10):951–8.
6. Brasil P, Pereira JP, Moreira ME, et al. Zika virus infection in pregnant women in Rio de Janeiro. *N Engl J Med* 2016; 375: 2321–34.
7. Franca GVA, Schuler-Faccini L, Oliveira WK, et al. Congenital Zika virus syndrome in Brazil: a case series of the first 1501 livebirths with complete investigation. *Lancet* 2016; 388: 891–97.
8. de Araujo TVB, Rodrigues LC, de Alencar Ximenes RA, et al. Association between Zika virus infection and microcephaly in Brazil, January to May, 2016: preliminary report of a case-control study. *Lancet Infect Dis* 2016; 16: 1356–63.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika. 2015.
10. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 158 p. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/12/orientacoes-integradas-vigilancia-atencao.pdf>. Acesso em: 16/01/2020
11. Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. Portaria Nº 25, de 29 de fevereiro de 2016. Disponível em: http://www.sinj.df.gov.br/SINJ/Norma/1e12275a0e954c399e61a75d35bdca49/Portaria_25_29_02_2016.html. Acesso em: 16/01/2020
12. Oliveira WK, de França GVA, Carmo EH, Duncan BB, Kuchenbecker RS, Schmidt MI. Infection-related microcephaly after the 2015 and 2016 Zika virus outbreaks in Brazil: a surveillance-based analysis. *Lancet*. 2017 Aug;390(10097):861–70.
13. Van der Linden V, Filho ELR, Lins OG, van der Linden A, Aragão M de FVV, Brainer-Lima AM, et al. Congenital Zika syndrome with arthrogryposis: retrospective case series study. *BMJ*. 2016;354:i3899.
14. Ventura C V, Maia M, Ventura B V, Linden V Van Der, Araújo EB, Ramos RC, et al. Ophthalmological findings in infants with microcephaly and presumable intra-uterus Zika virus infection. *Arq Bras Oftalmol*. 2016 Feb;79(1):1–3.
15. Sarno M, Sacramento GA, Khouri R, do Rosário MS, Costa F, Archanjo G, et al. Zika Virus infection and stillbirths: a case of hydrops fetalis, hydranencephaly and fetal demise. *PLoS Negl Trop Dis*. 2016 Feb;10(2):e0004517.
16. Del Campo M, Feitosa IML, Ribeiro EM et al. The phenotypic spectrum of congenital Zika syndrome. *Am J Med Genet*. 2017;173:841–857



Subsecretaria de Vigilância à Saúde – SVS

Divino Valério Martins – Subsecretário

Diretoria de Vigilância Epidemiológica – Divep

Cássio Roberto Leonel Peterka – Diretor

Gerência de Epidemiologia de Campo – Gecamp

Meyre Hellen Ribeiro e Silva Batista – Gerente

Elaboração :

Eduardo Hage, Jandira Silva, Meyre Hellen Batista, Teresa Cristina Segatto

Revisão e colaboração:

Ricardo Gadelha de Abreu – Epidemiologista - Diretoria de Vigilância Epidemiológica – Divep

Endereço:

SGAN Qd. 601 Lotes O e P – Asa Norte – Brasília/DF

E-mails:

cievsdf@gmail.com; notificadf@gmail.com



Figuras e Tabelas

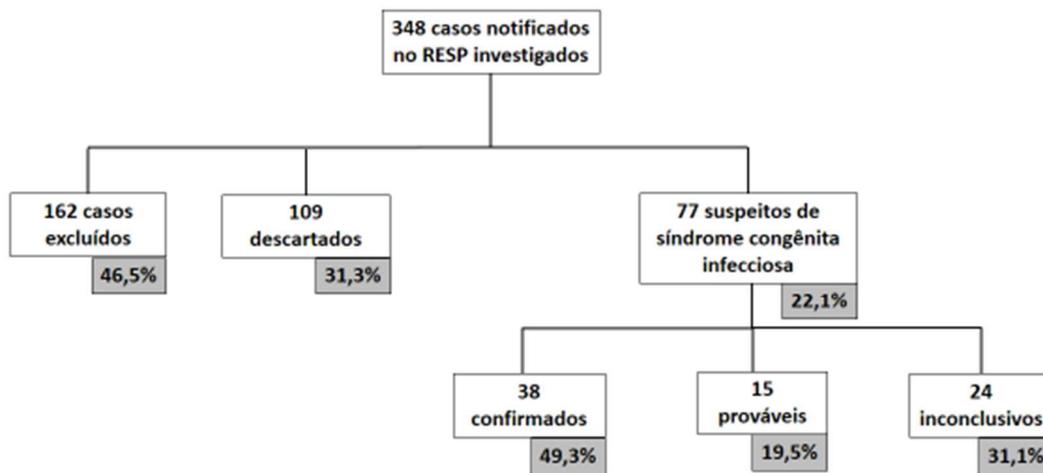
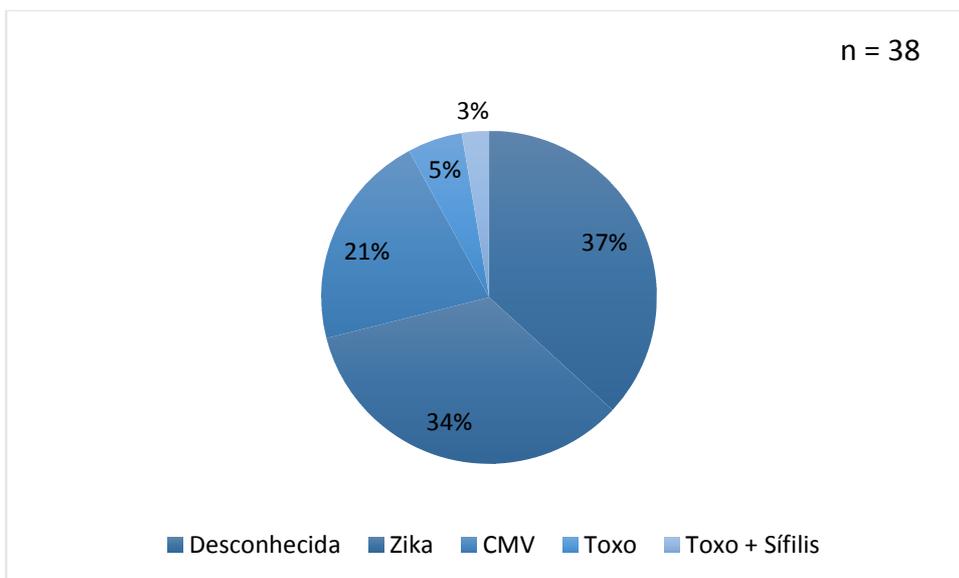


Figura 1 – Distribuição do total de casos suspeitos de síndrome congênita infecciosa investigados por classificação final. Distrito Federal, novembro de 2015 a dezembro de 2019.



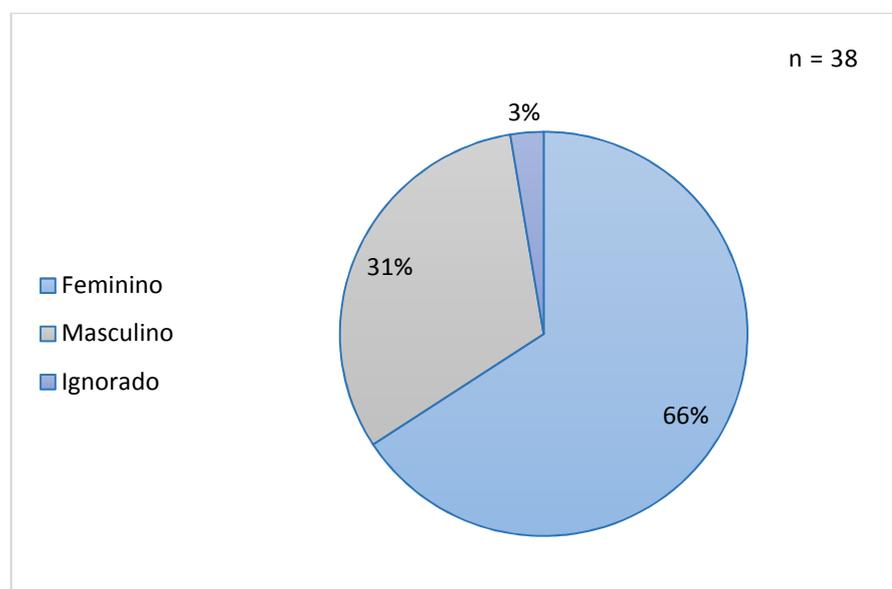
Fonte: RESP. SVS/DIVEP/GECAMP/CIEVS.

Figura 2 – Proporção dos casos confirmados de síndrome congênita infecciosa, segundo a etiologia. Distrito Federal, novembro de 2015 a dezembro de 2019.

Tabela 1 – Tipos de alterações congênitas encontradas nos casos confirmados de síndrome congênita infecciosa. Distrito Federal, novembro de 2015 a dezembro de 2019.

Alterações Congênitas Encontradas	N	%
Microcefalia	14	36,8
Microcefalia com Alterações do SNC	07	18,4
Microcefalia com Outras Alterações	04	10,5
Alterações Congênitas sem Microcefalia	08	21
Ignorado	05	13,2
Total	38	100

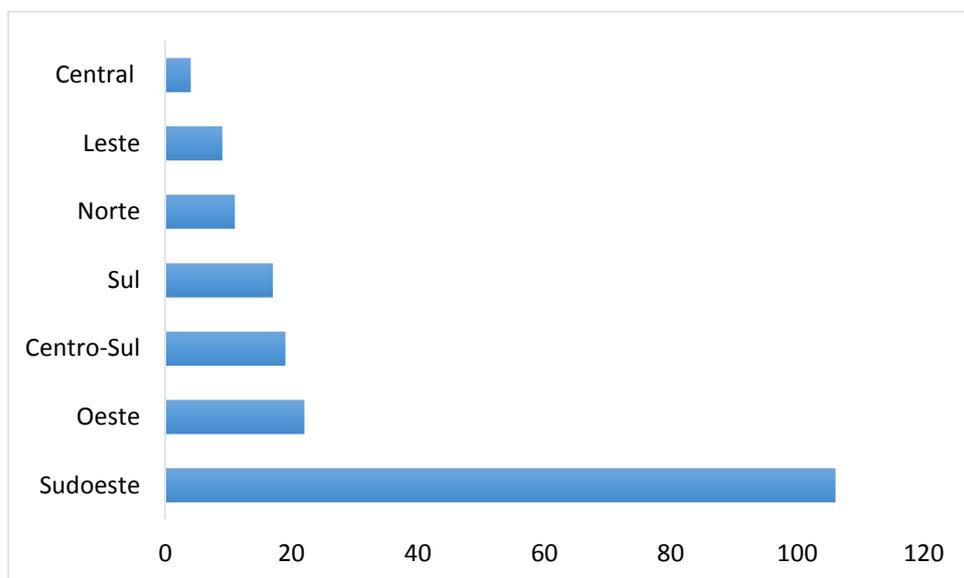
Fonte: RESP. SVS/DIVEP/GECAMP/CIEVS.



Fonte: RESP. SVS/DIVEP/GECAMP/CIEVS.

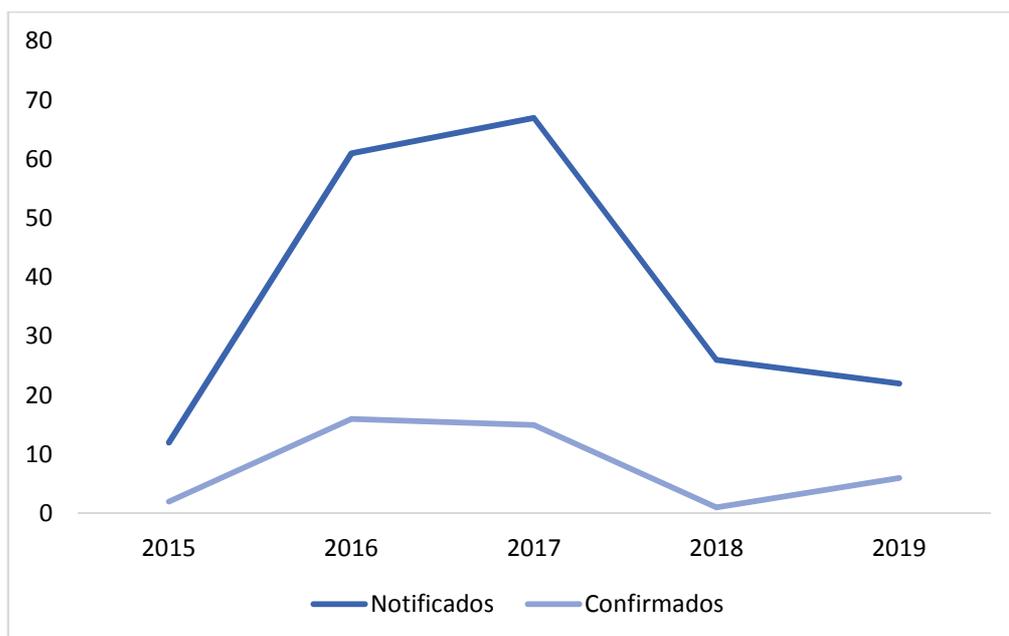
Figura 2 – Proporção de casos confirmados de síndrome congênita de origem infecciosa por sexo. Distrito Federal, novembro de 2015 a dezembro de 2019.





Fonte: RESP. SVS/DIVEP/GECAMP/CIEVS.

Figura 3 – Distribuição dos casos suspeitos de síndrome congênita infecciosa por região de saúde de residência. Distrito Federal, novembro de 2015 a dezembro de 2019.



Fonte: RESP. SVS/DIVEP/GECAMP/CIEVS.

Figura 4 – Distribuição dos casos notificados e confirmados de síndrome congênita de origem infecciosa por ano de notificação. Distrito Federal, novembro de 2015 a dezembro de 2019.

