



**Ata da 13ª Reunião
Comitê de Regulação de Atenção à Saúde –
COSAÚDE**

Reunião Zika Vírus

Data: 24/02/2016

Local: Edifício Sede ANS, Avenida Augusto Severo, n.º 84, 12º andar - Glória
Rio de Janeiro

Às quatorze horas do dia 24 de fevereiro de dois mil e dezesseis, no Edifício Sede da ANS, Avenida Augusto Severo, n.º 84, 12º andar, sala 1, Glória, Rio de Janeiro, realizou-se a 13ª Reunião do Comitê Permanente de Regulação de Atenção à Saúde – COSAÚDE. A reunião foi presidida por José Carlos de Souza Abrahão, Diretor Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar, Flávia Harumi Ramos Tanaka, Diretora-Adjunta da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos, Raquel Medeiros Lisbôa, Gerente-Geral da Gerência-Geral de Regulação Assistencial à Saúde e por Rochele Alberto Martins Santos, Gerente de Assistência à Saúde e contou com a presença dos membros a seguir: ALINE MONTE DE MESQUITA (ANS), ANA MARTINS (ANS), APARECIDA BRESSAN (ANS), CARLOS LUGARINHO (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS - UNIMED DO BRASIL), CRISTIANE JOURDAN (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DE GRUPO – ABRAMGE), CRISTINA GAMA (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS – FBH), DANIELE RODRIGUES (ANS), EDUARDO CHOW DE MARTINO TOSTES (NÚCLEO DE DEFESA DO CONSUMIDOR – NUDECON), EDUARDO VAZ (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA), FERNANDA LEMOS LIMA (ANS), EMÍLIO ZILLI (AMB), GIOVANNY FRAÇA (MINISTÉRIO DA SAÚDE), JANAÍNA NASCIMENTO FREIRE FERNANDES (UNIÃO GERAL DOS TRABALHADORES – UGT), JOÃO DE LUCENA GONÇALVES (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, HOSPITAIS, ESTABELECIMENTOS E SERVIÇOS – CNS), KÁTIA AUDI (ANS), LUCIANA SOUZA DA SILVEIRA (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DAS ADMINISTRADORAS DE BENEFÍCIOS – ANAB), MARCELO LIMA (SUL AMÉRICA / FENASAÚDE), MARIA ELISA CABANELAS PAZOS (AMIL / FENASAÚDE), MARIA INEZ PORDEUS GADELHA (MINISTÉRIO DA SAÚDE), MARIANA CARVALHO BARBOSA (AMIL / FENASAÚDE), MAURÍCIO ALCHORNE (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS – ANAHP), MAURÍCIO LOPES (SUL AMÉRICA / FENASAÚDE), MAURO BLINI (BRADESCO SAÚDE/FENASAÚDE), MÍRIAM LOPES (ANS), MIYUKI GOTO (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA – AMB), PATRÍCIA CARDOSO MACIEL TAVARES (NÚCLEO DE DEFESA DO CONSUMIDOR – NUDECON), POLYANNA CARLOS DA SILVA (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DEFESA DO CONSUMIDOR PROTESTE), RAFAEL VINHAS (ANS), ROBERTO DE OLIVEIRA VELLASCO (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS – FBH), ROBERTO VIANA (FENASAÚDE), TATIANA CALI DE OLIVEIRA (FENASAÚDE), VERA QUEIROZ S. DE SOUZA (FENASAÚDE), TEÓFILO RODRIGUES (ANS), VITOR PARIZ (SOCIEDADE BRASILEIRA DE

PATOLOGIA CLÍNICA/MEDICINA LABORATORIAL – SBPC/ML), conforme lista de presença anexa.

O Diretor Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar, José Carlos Abrahão iniciou a reunião agradecendo a presença de todos, em especial aos representantes do Ministério da Saúde, em um momento que lideranças do setor estão discutindo a situação da infecção pelo vírus da Zika, que está ocorrendo não só no Brasil, mas no mundo. Enfatizou que a preocupação da ANS é de proporcionar ao beneficiário a qualidade do serviço ofertado, promover a sustentabilidade do setor e principalmente esclarecer ao consumidor a situação correta referente a essa infecção. Destacou que devemos orientar de forma tranquila e segura à população, com qualidade técnica da informação. Ressaltou que a gestão da ANS é democrática, participativa para o sistema de saúde e que há um engajamento importante dos servidores da Agência na elucidação e participação nas campanhas em relação à Zika. Lembrou que já está agendada uma próxima reunião mais técnica sobre a Zika. Em seguida, Flavia Tanaka novamente agradece a presença de todos e destaca que este é um grupo importante, estratégico, de representação do setor. Espera que a reunião seja construtiva, colaborativa para o enfrentamento de uma situação crítica que o país está passando. Enfatizou que a discussão precisa ser realizada com critérios e responsabilidade para garantir a proteção da saúde do consumidor com segurança. Ressaltou que não é a primeira ação da ANS e que a Agência vem desde o início participando junto com o Ministério nas discussões referentes à Zika. O objetivo da reunião é engajar todo o setor, colocando todos em um ambiente de participação e colaboração. Em seguida, Raquel Lisboa, começou a sua apresentação, destacando a relevância do tema da reunião, uma vez que a OMS considerou a situação como uma emergência de saúde pública, de magnitude internacional. O intuito da ANS é trazer as informações mais atualizadas do Ministério da Saúde para o setor de saúde suplementar e que as ações sejam coordenadas, uma vez que o setor de saúde suplementar faz parte do sistema de saúde brasileiro. Neste sentido, a ANS precisa se alinhar com as orientações do Ministério da Saúde com a finalidade de manter as informações mais fidedignas para a sociedade, evitando sensacionalismos e pânico difundidos pela mídia. Os profissionais de saúde tem a responsabilidade de apresentar as informações verídicas e diminuir, os rumores e sensação de pânico que vem sendo criado para a sociedade brasileira. Continuou a apresentação dispondo dos dados do Manual da Organização Mundial de Saúde (OMS). Relatou que a infecção se disseminou recentemente e que o conhecimento da infecção ainda é muito incipiente. Ainda não há muita evidência acumulada de boa qualidade. Apresentou uma linha do tempo da infecção. O Zika foi descoberto na Uganda em 1947 em macacos. Em

humanos, a partir de 1948 com alguns surtos pela região da África e da Ásia. No Brasil, o primeiro relato foi em 2015. O ciclo de transmissão é urbano e a sintomatologia é semelhante a Febre Chikungunya e a Dengue, apesar de ser uma infecção mais branda. Assim como outras viroses, não há um tratamento específico. Em janeiro, o Brasil relatou à OMS, o aumento de Síndrome Guillain Barré em nível nacional e de microcefalia. Em 2014, a Polinésia Francesa também relatou a Zika e concomitantemente um aumento de malformações congênitas. Apesar desta forte associação que se aparece epidemiologicamente, outros países, como Cabo Verde, Colômbia, El Salvador e Panamá não relataram aumento da microcefalia. Em fevereiro de 2016, a OMS decretou estado de emergência em saúde pública de importância internacional. Isto porque a epidemia do vírus Zika poderia ocorrer globalmente, devido à tendência recente de alterações climáticas, o aquecimento global; a rápida urbanização, uma vez que o mosquito se localiza nas cidades, e a globalização. Informou que a presente apresentação foi embasada pelo relatório da OMS de fevereiro de 2016 e que a Diretora-Geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), Margaret Chan, se encontra no Brasil. Citou que a referida diretora destaca a amplitude geográfica da distribuição da doença, devido à distribuição ampla do mosquito, a falta de imunização dos seres humanos e a ausência de vacinas e tratamento específico, inclusive a ausência de testes diagnósticos específicos. Enumerou as recomendações da OMS, a saber: 1) manter a vigilância em saúde, 2) resposta ao surto envolvendo a comunidade, explicando o risco, com campanhas a nível nacional para reduzir a ansiedade, o estigma e dissipar rumores e equívocos culturais, 3) aumentar esforços para evitar a propagação do vetor, 4) aumentar e acelerar o desenvolvimento de pesquisa para o diagnóstico, vacina e a terapêutica. Neste sentido, a ANS vem tentando disseminar para o setor de saúde suplementar informações fidedignas. Desde outubro, informações da doença estão no portal da ANS com o link para o Ministério da Saúde com as recomendações mais atualizadas. O Hotsite com informações mais recentes estará no ar a partir de hoje. Raquel solicita aos presentes do COSAÚDE, a indicação de técnicos para a próxima reunião do dia 08 de março. Ressalvou que qualquer material técnico que possa contribuir para a próxima reunião seja enviado até o dia 04 de março pelo e-mail do COSAÚDE. A reunião terá como objetivo discutir a melhor forma de incorporação dos exames diagnósticos da Zika no Rol de Procedimentos de uma forma extraordinária. Em seguida, Maria Inez Gadelha, Diretora do Departamento de Atenção Especializada e Temática da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, iniciou a sua apresentação. Destacou que estamos em uma situação de contínua aprendizagem e também inusitada, assim como aconteceu nos anos de 80 com a Aids, com um desconhecimento geral. Lembrou que como naquela ocasião, sempre tem um

grupo que aparece e preocupa mais, e que a doença parece ser restrita a esse grupo específico. Hoje, as crianças são esse grupo que mais nos preocupamos, que são as vítimas maiores desta situação absurda que estamos vivendo. Adicionalmente, destacou três pontos importantes sobre esta disseminação da doença em nosso país. Primeiramente, a infecção se dissemina em um país de grande população, como o Brasil. A infecção só tinha ocorrido em países com pequena população e até de populações isoladas, como a Polinésia Francesa. Segundo, o país está saindo de uma situação de uma seca absurda, que se prolongou tanto no sudeste quanto no nordeste, as pessoas acumularam muito mais água dentro de casa, em reservatórios inadequados e desprotegidos. Em terceiro lugar, o fenômeno do *El Niño*, com ondas de calor favorecendo o vetor, *aedes aegypti*. Ressaltou que o mosquito é altamente adaptativo, mutante, acomodativo e que se antes havia um mito dele gostar de água parada e limpa, hoje o mosquito está presente em qualquer tipo de água, devido a sua adaptabilidade. Em 80% dos casos a infecção é assintomática e nos demais 20% a infecção é branda em relação aos sinais e sintomas quando comparada a Dengue e a Chikungunya. Esclareceu que há diferença entre os dados da vigilância epidemiológica, que tem a finalidade de vigilância de saúde pública e, os dados de casos, assistenciais, de microcefalia e de infecção por vírus Zika. Toda semana, a Secretaria de Vigilância em Saúde, divulga a quantidade de casos notificados. Ontem foi divulgado os 5.640 casos acumulados de novembro de 2015 a fevereiro de 2016 suspeitos de microcefalia ou qualquer outra anormalidade congênita ou não. Não significa que todos os casos são de microcefalia e muito menos de quadros de microcefalia associados ao vírus Zika. Do total de notificados, 583 foram confirmados para microcefalia e/ou alteração do SNC sugestivos de infecção congênita. Confirmados por meio de exames de ultrassonografia da transfontanela, tomografia, ou sangue do cordão umbilical dos bebês ou em casos de aborto, ou natimortos. Adicionalmente, 950 foram descartados, por apresentarem exames normais, por apresentar microcefalia e/ou malformações congênicas por causas não infecciosas ou por não se enquadrar nas definições de casos. Destacou que nos casos notificados, estão incluídos os casos informados por Pernambuco antes de 09/12/2015, que classificavam a microcefalia com o período cefálico menor que 33 cm, o que pode ter causado uma superestimação dos dados. Continuando a apresentação, informou que os casos suspeitos de microcefalia potencialmente associada à infecção pelo vírus Zika deverão ser notificados imediatamente às autoridades sanitárias e registrados no formulário de Registro de Eventos de Saúde Pública (RESP – Microcefalias), disponível no endereço eletrônico: www.resp.saude.gov.br. A notificação do caso suspeito de microcefalia no RESP não exclui a necessidade de se notificar o mesmo caso no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Emílio Zilli (AMB) e Eduardo Vaz (SBP) relataram a dificuldade no entendimento dos dados. Maria Inez ressaltou sobre o desafio da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) de conhecer onde estão os casos e se as crianças estão sendo atendidas. Ações do Ministério da Saúde: Decreto Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em novembro, muito antes da OMS. Este estado abriu condições legais para tomar atitudes necessárias. Foi acionado o Centro de Operações de Emergência em Saúde (COES). Envio de equipes do Ministério da Saúde aos estados. Mobilizados especialistas de diferentes áreas da Medicina: reconhecimento da relação entre microcefalia e vírus Zika (28/11/2015). Diálogo com órgãos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde e o Centro de Prevenção e Controle de Doenças dos Estados Unidos. Divulgadas orientações para gestores e profissionais de saúde sobre como notificar. Transparência: boletim epidemiológico semanal. Lançado o Plano Nacional de Enfrentamento ao Aedes e à Microcefalia, envolvendo 19 ministérios, outros órgãos do governo federal, estados e municípios. Publicação do Protocolo de Atendimento às Mulheres em Idade Fértil, Gestantes e Puérperas e Recém-Nascidos com Microcefalia. O Plano Nacional de Enfrentamento ao Aedes e à Microcefalia tem três eixos, a saber: Mobilização e combate ao mosquito *Aedes aegypti*, Atendimento às pessoas e Desenvolvimento Tecnológico, Educação e Pesquisa. A SAS publicou o Protocolo de Atenção à Saúde que tem como público alvo: mulheres em idade fértil, gestantes e nascidos com microcefalia. O protocolo tem como objetivos específicos: 1) Orientar diretrizes assistenciais para o planejamento reprodutivo, pré-natal, parto, nascimento, puerpério e puericultura; 2) Orientar a assistência para detecção e notificação de quadros sugestivos de microcefalia em recém-nascidos; e 3) Orientar o acompanhamento e reabilitação das crianças diagnosticadas com microcefalia, enfatizando a estimulação precoce. Destaca-se na atenção à saúde das mulheres, a garantia de acesso aos métodos contraceptivos, o aconselhamento pré-concepcional, para orientação às mulheres que desejam engravidar sobre a atual situação dos casos de microcefalia no país, ampliação da oferta do teste rápido de gravidez para detecção precoce da gravidez e início do acompanhamento pré-natal e orientação quanto às ações de prevenção e controle da Dengue, Chikungunya e Zika e em relação ao uso de repelente, mosquiteiro, ventilador, roupas compridas, telas de proteção contra a picada do mosquito. Em relação à gestante, manter os mesmos cuidados de proteção, realizar o pré-natal. Nos estados de PE, PB, RN se viu que a gravidez é normal, sem alteração no curso da gestação, o próprio parto se dá de forma natural, a maioria das crianças nascem com apgar normal, sugando adequadamente. Usar a caderneta da gestante. Em relação ao Parto e Nascimento se recomenda as Boas Práticas já estabelecidas para o Parto Normal e as indicações de cesariana não mudam. Entretanto, caso a criança nasça com

perímetro cefálico menor que 32 cm, orienta-se a coleta de material da criança, placenta e da mãe para exames. Em relação à amamentação, não houve alteração de recomendação, sendo exclusiva até o sexto mês. O atendimento ao recém-nascido, orienta-se realizar exame físico completo, incluindo exame neurológico detalhado, com destaque para medição cuidadosa do perímetro cefálico-PC. Este último exame deve ser confirmado em 24-48 horas. A definição da microcefalia foi definida da seguinte maneira: Recém-nascido a termo: considerar o valor de referência do perímetro cefálico ≤ 32 cm ao nascimento, conforme preconiza a OMS. Recém-nascido pré-termo: considera-se o perímetro cefálico menor que padrões percentil 3, pela curva de Fenton para meninas e para meninos. Os valores de perímetro cefálico entre 32,1 e 33 cm não serão classificados como microcefalia, porém devem ser adequadamente acompanhados em puericultura, com vigilância do desenvolvimento e da evolução do PC. A medição do perímetro deve ser realizada com uma fita métrica inelástica, sobre o ponto mais proeminente da parte posterior do crânio (occipital) e sobre as sobrancelhas. Se houver alguma proeminência frontal e for assim assimétrica, passar a fita métrica sobre a mais proeminente. Em relação aos exames de imagem, recomenda-se como primeira opção, a ultrassonografia transfontanela (US-TF) que pode ser realizada até o 6º mês. A tomografia de crânio, sem contraste, só será necessária no caso da US-TF mostrar que o recém-nascido apresenta a “moleira” fechada e para aqueles em que, após os exames laboratoriais e a US-TF, ainda persistir dúvida diagnóstica. A medida busca evitar que crianças sem alteração morfológica sejam submetidas desnecessariamente à tomografia. A tomografia computadorizada envolve alta carga de radiação (equivale a 70-100 radiografias) e exige sedação. Quanto à triagem infecciosa recomenda-se coletar sangue do cordão umbilical, placenta, quando indicado, no líquido cefalorraquidiano do recém-nascido e sangue da mãe. Exames laboratoriais inespecíficos: hemograma completo, dosagens séricas de aminotransferases hepáticas, ureia e creatinina e outros conforme necessidade do recém-nascido. Reforço das políticas públicas na triagem neonatal. O MS está trabalhando com as maternidades credenciadas do SUS para o exame de PEATE (Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico) para as crianças com microcefalia. Todas as crianças com a malformação congênita confirmada deverão integrar imediatamente o Programa de Estimulação Precoce. Apesar de haver muitos centros de reabilitação e profissionais capacitados no SUS, o acesso das crianças com malformação congênita é complicado, principalmente pela falta de comunicação, má gestão do sistema no encaminhamento e regulação, e na questão social. Sabe-se que uma estimulação precoce de 33 min, 2 vezes na semana, seria o suficiente, mas a família teria que ser treinada para continuar esta estimulação em casa. Desafio enorme para a SAS. No protocolo há um fluxograma para atendimento a gestante com exantema e

atendimento ao recém-nascido. O referido protocolo bem como outros materiais (Protocolo de Vigilância e Resposta à Ocorrência de Microcefalia, Diretrizes de Estimulação, Caderneta de Saúde da Criança, Vírus Zika - Informações ao Público) estão disponíveis no portal do Ministério da Saúde. Finalizando a apresentação, Maria Inez, destacou que os dados de atenção às crianças com microcefalia estão muito mal. Quando se busca nos estados, os dados de atenção, estes não correspondem nem ao próprio número que eles notificaram. A maioria dos estados não sabe onde estão grande parte das crianças notificadas com microcefalia e quando sabem, observa-se que estas crianças não estão sendo estimuladas precocemente. Semanalmente, a SAS está monitorando os estados, por meio das coordenações de saúde da criança e do aleitamento materno com apoio do gabinete da SAS. A ouvidoria começou uma busca ativa para todas as mulheres que estão no RESP. Há diferentes tipos de reação quando as mães são contactadas, algumas não querem se pronunciar ou não querem falar no assunto, ou dizem que estão sendo atendidas, mas a maioria é de número de telefones que não se encontram. O Ministério do Desenvolvimento Social também está com muitas dificuldades, devido ao número de telefone e endereço errados informados pelos pacientes. Outra ação da SAS importante é a visita aos estados. Essas visitas são realizadas com três áreas essenciais do MS e dos estados: Saúde da criança, da mulher e de pessoas com deficiência. Além das áreas de coordenação de regulação e atenção básica. Constatou-se que a maioria das crianças com microcefalia está entrando na fila da regulação normal, quando tem solicitação de exames, por exemplo. O objetivo da SAS nestas visitas é saber a quantidade de crianças com microcefalia, quem são estas crianças, onde estão sendo atendidas e em que estão sendo atendidas. Elisa (Amil/Fenasaúde) questionou se há alguma diferença na notificação de crianças no SUS e na Saúde Suplementar. Maria Inez respondeu que para o Ministério da Saúde não. A palestrante detalhou sobre o Sistema de Registro de Atendimento às Crianças com Microcefalia (SISAM). Destacou que o referido sistema estará disponível em meados do mês que vem. É um sistema baseado na *web*, de acesso restrito a profissionais e gestores da saúde, com capacidade de adaptação a diversos dispositivos e que servirá para registrar e analisar dados relacionados ao acompanhamento de crianças com diagnóstico de microcefalia, em serviços públicos e privados. Trata-se de sistema que pretende responder “quem, onde e em quê” as crianças com microcefalia estão sendo atendidas. Recebe *input* de dados do Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP), mas permite também que sejam incluídas crianças porventura não notificadas e, nesse sentido, atua como retroalimentador do RESP. Contém os seguintes blocos: dados da mãe; identificação da criança; dados da gestação e parto; dados clínicos; exames de imagem; triagens neonatais e registro de acompanhamento (para cada atendimento).

Outro profissional pode melhorar e qualificar o dado de um outro profissional. Ainda se discute se o sistema será compulsório e se haverá a remuneração por cada acompanhamento. Em seguida, Giovanni Vinícius Araújo de França iniciou sua apresentação mostrando uma linha do tempo e dos eventos que aconteceram desde os primeiros casos notificados no Brasil. Explicou que há controvérsias entre o início da circulação e a identificação do vírus. Acredita-se que este já estava circulando antes de sua identificação por PCR em abril de 2015. Considera-se o início do evento da microcefalia, em agosto de 2015. Em 22 de outubro de 2015, Pernambuco notificou ao Ministério da Saúde seu compilado de casos que sugeriam a associação entre a infecção por Zika e a microcefalia. A partir deste momento, o Ministério da Saúde encaminha equipes a Pernambuco para melhor investigação. Um dia depois, o Ministério da Saúde notificou a Organização Mundial de Saúde, no Âmbito do Regulamento Sanitário Internacional. Em 10 de novembro foi ativado o COES, Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública, com representantes de dentro do MS (SVS e SAS), Autarquias do MS, Sociedades Médicas, Fiocruz, etc. Em 17 de novembro, o Ministério da Saúde publicou uma Nota Técnica informativa, a Diretriz Nacional para Microcefalia, com o mesmo ponto de corte cefálico de 33 cm adotado por Pernambuco. Justificativa: Pernambuco tinha feito uma análise retrospectiva com crianças com problemas no SNC que não seriam classificadas se o ponto de corte não fosse 33. No mesmo dia, houve a confirmação do vírus da Zika em líquido amniótico de gestantes da Paraíba. Enfatizou que não se está falando em causalidade ainda. Com as evidências disponíveis hoje, ainda não se sabe se a microcefalia é causada pela infecção por Zika vírus. O que se sabe é que o Zika vírus foi identificado em fetos e no líquido amniótico. Foram realizadas coletivas de imprensa, campanhas contra o vetor, e também neste mesmo mês, a confirmação pelo Instituto Evandro Chagas (IEC) da relação entre microcefalia e a infecção pelo vírus Zika. Esta relação não veio só pelo líquido amniótico, mas também de um natimorto, cujas amostras de tecido foram identificadas o vírus. É diferente de causalidade. A partir dos acontecimentos de novembro, foram traçadas estratégias, a saber: Protocolos de Vigilância, de Atenção, Plano de Enfrentamento do *Aedes* e suas consequências, Convocação do Grupo Executivo Interministerial de Emergências em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional (GEI-ESPII). A SVS liderou a ação de delinear um protocolo nacional. Iniciou uma campanha para as gestantes. No início, as campanhas eram bem taxativas, que contribuiu para criar uma comoção. Hoje a possível relação da Zika com a microcefalia é falada de uma forma mais branda e suave. Divulgação do Protocolo de Assistência à Saúde. Implantação da Sala Nacional de Comando e Controle que foi uma estratégia do MS para centralização das decisões não só de combate ao vetor, mas

também como vigilância e atenção. Conversa, negociação e videoconferências com os estados, na tentativa de sensibilização destes e para uniformizar o conhecimento, principalmente no que tange a notificação. Houve estados que demoraram a notificar. Convocação do Grupo Executivo Interministerial de Emergências em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional (GEI-ESPII) trazendo vários ministérios em conjunto, inclusive à ANS. Foi uma forma de viabilizar também o Plano de enfrentamento e elaboração. Lançamento da Diretriz Nacional de Estimulação Precoce. Houve mais uma evidência de relação entre a Zika e a microcefalia. Estudo do CDC e a Universidade Federal do Rio Grande do Norte identificaram o vírus Zika em dois abortamentos e dois recém-nascidos. Também evidenciaram, além da associação entre o Zika vírus com microcefalias, também com outras alterações no SNC. Que poderia não ser só o Zika vírus, como outras infecções ou um conjunto de coexistência de infecções. Houve comprovação do Zika vírus na placenta também. Além de atravessar a barreira placentária e ser encontrado no líquido amniótico, o vírus também poderia continuar na placenta. Foram feitos ajustes nas definições operacionais na Versão 1.3 do Protocolo. A única mudança brusca foi a do perímetro cefálico para microcefalia de 33 cm para 32 cm. Explicou que um informe epidemiológico é publicado semanalmente, geralmente após a reunião do COES. Destacou que caso se assuma um decimal para medida do perímetro cefálico, pode causar uma confusão para quem mede. Dificuldade do MS em adotar determinadas definições, difíceis de serem implantadas nos serviços de saúde. Recentemente foi publicada a Portaria 204, de 17 de fevereiro de 2016, incluindo as doenças causadas pelo vírus Zika como notificação compulsória. Participante da reunião indagou se o CID específico para o Zika criado pela USP já poderia ser utilizado? Giovanni não recomendaria por enquanto. O SINAN ainda está preparando uma nota informativa para explicar. Desde o ano passado a OMS tem sido notificada. Por esse motivo, a OMS declarou emergência de saúde pública em nível internacional. Continua a reunião destacando que, desde que foram notificados por Pernambuco, o MS mantém um registro de informe epidemiológico que saem semanalmente, após a reunião do COES. O Informe mais recente foi o de ontem, disponível no portal da SVS. Há uma série de questões relacionadas a esse informe epidemiológico: mudanças nas definições, na forma de apresentar os dados, a classificação dos casos (investigados, confirmados e descartados) e os critérios para a confirmação de dados. É um processo de evolução, que vai mudando constantemente, se adaptando as demandas que surgem. Dificuldades nos casos em investigação, para que sejam confirmados ou descartados. Anteriormente o confirmado era restrito a confirmação laboratorial, o que era dificultado, uma vez que o PCR só consegue identificar o vírus no período de viremia. Outra possibilidade usar a sorologia, entretanto, tem reação cruzada. Não há disponibilidade dos testes em larga

escala, apesar do registro na Anvisa. Neste sentido, o Ministério se deu conta que não daria para confirmar todos os casos por meio de confirmação laboratorial. Boa parte dos casos poderia ser confirmados por exames de imagem sugestivos de infecção congênita. Neste sentido, hoje, os casos investigados e confirmados são oriundos da sorologia e por clínico radiográfico. Dos 5640 casos notificados, 583 foram investigados e confirmados de microcefalia ou alterações do SNC por infecção. Do total de casos confirmados, 67 foram por critério laboratorial específico para o Zika vírus. Dificuldade em realizar o exame nos locais ou o paciente não está mais no prazo de realizar o PCR. Os casos notificados estão distribuídos em 1101 municípios e os casos confirmados em 235 municípios. Até a sétima semana epidemiológica de 2016 foram notificados 120 óbitos, com 30 confirmações. Os casos de óbito, são em sua maioria, confirmados por PCR pois se dispõe de mais amostras de tecido para realizar o exame. Mauricio (ANAHP) está preocupado com a demanda que tem chegado aos hospitais para o diagnóstico. Raquel relembra que dia 08 de março será discutida a inclusão dos testes diagnósticos. Zilli relatou que as sociedades estão preocupadas com o diagnóstico e não só com a microcefalia. Destacou que enquanto todo mundo discute se microcefalia tem causalidade, a Zika continua infectando e, outras neutrofilias, como a síndrome de Guillain-Barré não está sendo diagnosticada. Enfatizou que estamos perdendo muito tempo e que o ponto zero tinha que ter sido há 3 semanas e que precisamos já definir por meio de uma DUT quem irá mais se beneficiar com o exame. Raquel lembrou que o conhecimento está ainda sendo construído e é por isso que estamos aqui em reunião. Explicou que os exames obtiveram registro somente semana passada. Giovanni destacou que o monitoramento de gestantes com exantema entrou no protocolo do Ministério da Saúde por uma boa vontade do Ministério em monitorar essas gestantes. Entretanto, teve um efeito contrário. Gerou uma expectativa das gestantes em relação ao diagnóstico do Zika vírus e ao desfecho desta gestação, se o feto teria ou não microcefalia. O grande problema é que os estudos estão ainda em uma fase muito preliminar. Saber se teve ou não infecção pelo Zika vírus não te dá sequer idéia do risco do feto desenvolver microcefalia. Desde que o Zika vírus foi identificado no país, o Ministério optou por realizar um modelo de vigilância sentinela, onde alguns laboratórios recebiam amostras de todos os estados, com limite de 10 a 20 exames por UF, para se ter noção da situação da circulação do vírus nos diferentes estados, e não para contar casos, principalmente pelo pequeno percentual de sintomáticos, e por não haver disponibilidade grande de kits e materiais para realizar o exame. Com a lógica da microcefalia e o advento da síndrome de Guillain-Barré associada ao Zika, houve uma pressão muito grande para que fossem notificados os casos suspeitos, o que se refletiu na publicação da portaria. O problema se adotar a vigilância universal, é não ter a

disponibilidade do exame para todos. Não tem porque confirmar pra todo mundo, uma vez que a doença tem um curso leve em boa parte das pessoas. Giovanni indaga qual seria a vantagem de usar um teste caro para confirmar uma doença que pode não ter nenhuma consequência? Ressaltou que para incorporação de novas tecnologias com um custo elevado, precisamos pelo menos saber a magnitude do risco de uma pessoa que tem Zika desenvolver uma síndrome neurológica ou uma gestante com exantema ter um feto com microcefalia, para traçar o custo-efetividade. Continuando a apresentação, apresentou um mapa de circulação do Zika vírus nas Américas. Informou que 29 países ou territórios tiveram confirmação de circulação autócrita do vírus. No Brasil, 22 unidades de federação tiveram confirmação laboratorial. Há algumas controvérsias, uma delas é Sergipe que está cercado de unidades ou estados com circulação do vírus. No modelo sentinela, o número de casos estimado, na melhor das estimativas, ainda foi pouco preciso, variando de 400.000 a 1.300.000. Esta estimativa pouco precisa foi uma das razões que tornou o Zika como notificação compulsória, no intuito de melhorar a informação e ter uma idéia da magnitude do problemas. Na portaria 204 entraram três novas categorias para notificação: Doença Aguda pelo Vírus Zika; Doença Aguda do Vírus Zika em Gestantes e; Óbito com Suspeita de Doença pelo Zika Vírus. Informou sobre o Plano de Enfrentamento da Emergência: governo federal chamou diversas áreas e setores, inclusive ANS, secretários municipais, dentre outros. Eixo de mobilização, cuidado e de desenvolvimento tecnológico de educação e pesquisa . Sala nacional de coordenação: ações de combate, militares, profissionais de saúde. 315 mil agentes comunitários que atuaram na ação de controle. Dia de mobilização Zika zero em 13 de fevereiro de 2016. 428 municípios envolvidos na mobilização. Quase 3 milhões de residências foram visitadas em um único dia, pouco mais de 10% dos imóveis estavam fechados ou recusaram a visita. No dia 19 para alunos e profissionais da educação. Publicação da cartilha e do hot site. Material disponível no site do Ministério. Como resultado da campanha e por haver domicílios fechados ou que recusavam a visita dos agentes, a Presidência lançou a Medida Provisória que dispõe sobre adoção de medida de vigilância quando identificada situação de eminente perigo a saúde pública pela presença do mosquito. Em relação ao cuidado, houve ampliação da capacidade de realização de exames para 20 mil análises por mês dos laboratórios de referência.

Assinaturas:

ALINE MONTE DE MESQUITA

ANA MARTINS

APARECIDA BRESSAN

CARLOS LUGARINHO

CRISTIANE JOURDAN

CRISTINA GAMA *Cristina Gama*

EDUARDO CHOW DE MARTINO TOSTES

EDUARDO VAZ

FERNANDA LEMOS LIMA

EMÍLIO ZILLI

GIOVANNY FRAÇA

JANAÍNA NASCIMENTO FREIRE FERNANDES

JOÃO DE LUCENA GONÇALVES

KÁTIA AUDI

LUCIANA SOUZA DA SILVEIRA

MARCELO LIMA

MARIA ELISA CABANELAS PAZOS

MARIA INEZ PORDEUS GADELHA

MARIANA CARVALHO BARBOSA *Mariana Carvalho Barbosa*

MAURÍCIO ALCHORNE

MAURÍCIO LOPES

MAURO BLINI

MÍRIAM LOPES

MIYUKI GOTO *Miyuki Goto*

PATRÍCIA CARDOSO MACIEL TAVARES

POLYANNA CARLOS DA SILVA

RAFAEL VINHAS

ROBERTO DE OLIVEIRA VELLASCO *R. de Oliveira Vellasco*

ROBERTO VIANA

TATIANA CALI DE OLIVEIRA *Tatiana Cali de Oliveira*

VERA QUEIROZ S. DE SOUZA

TEÓFILO RODRIGUES

VITOR PARIZ