

Com base em minha expertise científica como Professora de Epidemiologia de Doenças Infeciosas da *London School of Hygiene and Tropical Medicine*, membro do *Microcephaly Epidemic Research Group*, sediado em Recife, e membro internacional da *Academia Brasileira de Ciências*, a Associação Nacional dos Defensores Públicos (Anadep) me solicitou um parecer analítico sobre a síndrome congênita do vírus Zika, para fins da ação a ser proposta perante o Supremo Tribunal Federal para proteger os direitos ao planejamento familiar, à proteção social da maternidade e da infância e à saúde em face da epidemia do vírus zika.

Este parecer se organiza em quatro sessões, além da conclusão. Ele responde à pergunta sobre “o que sabemos sobre a síndrome do Zika congênito e quais seus efeitos para o feto e para a saúde da mulher?”.

1. O caráter inédito da descoberta da síndrome congênita do Zika no Brasil

Embora o vírus Zika (ZIKV) seja conhecido desde 1947, quando foi isolado em macacos Rhesus na Floresta Zika, em Uganda, somente em 2015, no Brasil, se identificou a síndrome congênita do Zika, causada por infecção na mulher durante a gravidez. À época de sua descoberta, a síndrome foi inicialmente descrita como uma epidemia de “microcefalia”, tendo sido, posteriormente, descrita como uma síndrome congênita. Uma síndrome é congênita quando a infecção do feto ocorre durante a gravidez, havendo a transmissão vertical do agente patógeno da mulher grávida para o feto. A microcefalia é um dos sinais da síndrome, mas como parte de um todo; por isso, é importante não confundi-las. Comumente, refere-se à microcefalia como associada à infecção congênita do Zika, porém o correto é descrevê-la como um dos aspectos da síndrome congênita do Zika. Há casos, relatados na literatura médica, de recém-nascidos afetados pela síndrome congênita do Zika sem o sinal clínico da microcefalia, isto é, com perímetro cefálico regular.

Com a descoberta de que o vírus Zika pode causar uma síndrome congênita, virou-se uma página na história do conhecimento sobre o vírus da Zika no mundo. Em abril de 2015, o vírus da Zika foi identificado no Brasil como o agente de uma doença exantemática aguda que ocorria em muitas cidades na região Nordeste – isto é, uma doença viral com sintomas de exantema cutâneo (as manchas vermelhas na pele). Em

outubro do mesmo ano, em Recife, identificou-se um aumento inusitado de casos de microcefalia entre recém-nascidos. O país notificou a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) sobre esse surto, o que deu início a um rápido alerta para monitoramento, atenção médica e pesquisa. Naquele momento, pesquisadores e médicos brasileiros já suspeitavam que a infecção por vírus Zika durante a gravidez poderia ser a causa da epidemia de microcefalia. Em dezembro de 2015, a ciência começou a descrever as características da síndrome do Zika congênito.

O Brasil realizou um importante trabalho de pesquisa ao reconhecer a ligação causal entre a epidemia de microcefalia e o vírus da Zika. Ligação causal é uma descoberta importante para a ciência – é quando se pode afirmar que determinado agente causa uma doença. Muitos aspectos desta síndrome são novos à ciência médica: é a primeira pandemia que causa infecções congênitas, isto é, malformações no desenvolvimento do feto; e o primeiro flavivírus a causar infecções congênitas. A circulação dos flavivírus tem aumentado globalmente, e vírus desse tipo são abundantes no Brasil – o vírus da dengue, por exemplo, é um flavivírus. A epidemia de microcefalia e outras complicações neurológicas foi declarada como emergência de saúde pública de importância internacional pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1º de fevereiro de 2016. Em junho de 2016, a OMS atualizou seu plano estratégico, exigindo atenção especial a uma abordagem integrada com apoio às mulheres e meninas em idade fértil:

“O surto de vírus Zika nas Américas mostra como a doença que não causou surtos nas últimas seis décadas pode se transformar em uma emergência de saúde global. Em 2015, foram detectadas suspeitas de malformações congênitas e de outras complicações neurológicas nas Américas e elas foram relacionadas ao vírus Zika. Em um mundo interconectados, caracterizado por profunda mobilidade, o vírus Zika se espalhou dramaticamente pela América Central e do Sul e, mais recentemente, para outras regiões, incluindo a Ásia e a África. O seu perfil de risco foi modificado de ameaça leve para o de sérias consequências. Há, no momento, consenso científico de que o vírus Zika é a causa da microcefalia e da síndrome de Guillain-Barré.

Vários fatores levaram a esta situação que exige uma resposta colaborativa e harmônica para a resposta global, entre elas: a) o potencial de maior disseminação dada a distribuição do vetor competente; b) a falta de imunidade população, o que facilita a doença se espalhar rapidamente; c) a ausência de vacinas, tratamentos específicos e o teste diagnóstico rápido; d) desigualdades no acesso ao saneamento, à informação e serviços de saúde nas áreas afetadas.

[...] Os especialistas acreditam que se o vírus é capaz de causar graves anormalidades, tais como a microcefalia, é razoável que ele cause outros problemas neurológicos adicionais que serão aparentes quando a criança se desenvolver. Os esforços para o controle do mosquito apenas são

insuficientes para oferecer uma solução em curto prazo para prevenir a proliferação deste vírus, ao passo que o desenvolvimento da vacina irá levar, pelo menos, 36 meses.

Esta linhagem do vírus Zika e suas complicações representam um novo tipo de ameaça em saúde pública que exige uma estratégia única e integrada que ofereça no seu centro suporte para as mulheres e meninas em idade reprodutiva. A disseminação do vírus Zika trará consequências de saúde em longo prazo para as famílias, grupos e países; os sistemas de saúde terão o desafio de cuidar de crianças nascidas com essas complicações para os anos futuros”.¹

2. A história do vírus Zika

Nos cinquenta anos após o isolamento do vírus Zika, em 1947, só houve casos isolados e pequenos surtos em países da África e da Ásia; em outros países não se diagnosticaram casos, mas a presença de anticorpos na população indicava que o vírus havia circulado.² Em 2007, a situação mudou: o vírus passou a causar surtos e epidemias. Em 2007, houve um surto na ilha Yap, na Micronésia. Este surto foi muito bem investigado pelo CDC (Center for Disease Control and Prevention, dos Estados Unidos da América). A ilha Yap tem uma população de menos de 10.000 pessoas, e a investigação mostrou que quase 80% dos habitantes foram infectados.³ Em 2013, um segundo surto foi estudado na Polinésia Francesa. Durante este surto, identificou-se a complicação neurológica da síndrome de Guillain-Barré. Neste momento, ainda não se havia identificado a microcefalia nos fetos.⁴ Foi só depois da descoberta no Brasil da Síndrome Congênita do Zika que o Instituto Pasteur, em Paris, retornou aos dados coletados no período do surto e identificou um aumento de ocorrências de microcefalia

¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Zika strategic response plan*. WHO/ZIKV/SRF/16.3, jun. 2016. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246091/1/WHO-ZIKV-SRF-16.3-eng.pdf>>. Acesso em 09 ago. 2016.

² IOOS, S. et al. Current Zika virus epidemiology and recent epidemics. *Médecine et Maladies Infectieuses*, v. 44, n. 7, p. 302-307, 2014. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0399077X14001085>>. Acesso em 09 ago. 2016. e HAYES, E. B. Zika virus outside Africa. *Emerging Infectious Disease*, v. 15, n. 9, p. 1347-1350, set. 2009. Disponível em: <http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/15/9/09-0442_article>. Acesso em 09 ago. 2016.

³ DUFFY, M.R. et. al. Zika virus outbreak on Yap Island, Federated States of Micronesia. *The New England Journal of Medicine*, v. 360, n. 24, p. 2536-2543, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0805715#t=article>>. Acesso em 09 ago. 2016.

⁴ MALLET, H.P.; VIAL, A. L.; NUSSO, D.; Bilan de l'épidémie a virus zika em Polynesie Francaise, 2013-2014. *Bises* 13, p. 1-5, mai. 2015. Disponível em: <http://www.hygiene-publique.gov.pf/IMG/pdf/no13_-_mai_2015_-_zika.pdf>. Acesso em 09 ago. 2016.

e outras malformações neurológicas nos fetos de mães infectadas. O aumento tinha passado despercebido porque a maioria das mães tinha optado pela interrupção da gestação após o diagnóstico de alterações no feto. O aborto é legal na França e em seus territórios.⁵

Existem duas linhagens do vírus Zika: uma africana e outra que circula, desde 2007, nas ilhas do Pacífico e na América Latina. Um surto recente, em Cabo Verde, com microcefalias já identificadas, foi causado pela linhagem americana/asiática. Ainda é cedo para prever a dinâmica da circulação do vírus Zika. É certo que nas ilhas em que houve surtos prévios não houve ainda um segundo surto. A transmissão de infecções com frequência tem comportamento diferente em ilhas, onde as populações são isoladas pelo mar. E provável que a dinâmica seja diferente no Brasil, um país de população e território imensos, e onde as epidemias de Zika não são simultâneas.

O vírus Zika se assemelha ao vírus da dengue: um flavivírus transmitido pelo mesmo mosquito *Aedes* (embora a possibilidade de transmissão também por outros mosquitos não esteja ainda excluída). O mais provável é que a dinâmica do vírus Zika se tornará semelhante à do vírus da dengue, com transmissão sempre presente e esporádica, e com grandes surtos em diferentes regiões do país. Como o vírus da dengue, o vírus Zika respeitará sazonalidade, pois a transmissão por mosquitos reflete flutuações na frequência de mosquitos, mas, como a dengue, é pouco provável que desapareça entre as estações de pico.

3. Vírus zika: formas de transmissão, sintomas e diagnóstico

A principal forma de transmissão no Brasil – e nas áreas em que o *Aedes* está presente – é vetorial, com transmissão através do mosquito (o vetor) entre uma pessoa infectada e uma pessoa suscetível. A transmissão até agora aceita pela literatura científica é pelo mosquito *Aedes aegypti*, porém há indicações de que a transmissão possa ser feita por outros *Aedes*, e também pelo mosquito *Culex*, o qual é ainda mais abundante do que o *Aedes*. Além da transmissão por vetores, o vírus Zika pode ser

⁵ BESNARD, M. *et al.* Congenital cerebral malformations and dysfunction in fetuses and newborns following the 2013 to 2014 zika virus epidemic in French Polynesia. *Eurosurveillance*, v. 21, n. 13, mar. 2016. Disponível em: <<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=21429>>. Acesso em 09 ago. 2016.

transmitido sexualmente, tanto de homens a mulheres⁶ quanto de mulheres a homens.⁷ Existe ainda a possibilidade de transmissão através de transfusão de sangue de pessoas infectadas. Está em curso a investigação de um caso de possível transmissão de pessoa a pessoa sem envolvimento de atividade sexual ou transfusão de sangue.⁸

Os sintomas da infecção por vírus Zika, baseados em descrições dos sintomas nas mulheres grávidas, que foram mais bem estudadas, incluem exantema maculopapular descendente, prurido, dores articulares, conjuntivite (olhos vermelhos), linfonodos aumentados, e, em uma porcentagem menor, febre baixa, náusea e vômito.⁸ A síndrome de Guillain-Barré é uma doença que causa paralisia progressiva, normalmente por tempo limitado e por uma reação autoimune a uma infecção; ela aparece em por volta de 1 em 4 mil casos de Zika.⁹ Outras manifestações neurológicas severas aparecem ainda mais raramente.

O diagnóstico laboratorial da infecção por vírus Zika pode ser feito de maneiras diferentes, usando exame de sangue, urina, saliva ou sêmen, e buscando o vírus ou fragmentos do vírus, ou anticorpos que a pessoa produziu em reação à infecção. A recomendação corrente no Brasil é a coleta de sangue ou urina enquanto a pessoa ainda tem os sintomas, para identificação do RNA do vírus (usando o teste rt-PCR) ou exame de sangue para anticorpos contra o Zika. Recomendações para diagnóstico foram feitas

⁶ D'ORTENZIO, E. *et al.* Evidence of sexual transmission of Zika vírus. *N Engl J Med*, n. 374, p. 2195-2198. Jun. 2016. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc1604449#t=article>>. Acesso em 09 ago. 2016.

⁷ DAVIDSON, A. *et al.* Suspected Female-to-Male Sexual Transmission of Zika Virus - New York City, 2016. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, v. 65, n. 28, p. 716-717, jul. 2016. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27442327>>. Acesso em 09 ago. 2016.

⁸ BRASIL, P. Zika Virus Infection in Pregnant Women in Rio de Janeiro — Preliminary Report. *The New England Journal of Medicine*, mar. 2016. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1602412>>. Acesso em 09 ago. 2016.

⁹ CAO-LORMEAU, VM *et al.* Guillain-Barré Syndrome outbreak caused by Zika virus infection in French Polynesia. *The Lancet*, v. 387, p. 1531-1539, 2016. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(16\)00562-6.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(16)00562-6.pdf)>. Acesso em 09 ago. 2016.

pelo governo brasileiro,¹⁰ pelo CDC dos Estados Unidos¹¹ e pela OMS.¹² Além disso, é comum, em epidemias, que o diagnóstico da maioria dos casos ocorra clinicamente, sem necessidade de comprovação laboratorial.

4. A síndrome congênita do Zika e as consequências às famílias afetadas

Os médicos e cientistas brasileiros começaram a descrever as características da síndrome nas crianças com microcefalia logo que os primeiros casos foram identificados, publicando seus achados na literatura científica após revisão por pares. A grande maioria dos artigos descreve a síndrome nas crianças identificadas por causa da microcefalia; mas já existem artigos descrevendo manifestações em crianças sem microcefalia. A descrição completa da síndrome congênita do Zika será feita quando os grupos de mulheres grávidas com Zika que estão sob acompanhamento forem ao fim da gestação e os médicos e cientistas descreverem as características dos neonatos.

Existem hoje em torno de trinta artigos científicos publicados descrevendo aspectos da síndrome. Como a epidemia é muito maior no Brasil, a grande maioria do conhecimento se baseia em recém-nascidos de mulheres infectadas no Brasil, mas existem também artigos descrevendo a síndrome congênita do Zika na Polinésia Francesa e na Colômbia.¹³ Uma revisão sistemática, analisando e resumindo estas publicações, está sendo feita pela OMS juntamente com a Opas.

As descrições da síndrome são muito consistentes: morte fetal, anormalidades do cérebro com ou sem microcefalia, déficit visual e auditivo. As lesões neurológicas, investigadas através de imagem radiológica do cérebro, indicam que as lesões são

¹⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central (SNC)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/09/Microcefalia---Protocolo-de-vigilancia-e-resposta---vers--o-1----09dez2015-8h.pdf>>. Acesso em 09 ago. 2016.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Clinical Guidance for Healthcare Providers Caring for Pregnant Women. 25. jul. 2016. Disponível em <<http://www.cdc.gov/zika/hc-providers/pregnant-woman.html>>. Acesso em 09 ago. 2016.

¹² WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Laboratory testing for Zika virus infection - Interim guidance*. WHO/ZIKV/LAB/16.1. 23. mar. 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/csr/resources/publications/zika/laboratory-testing/en/>>. Acesso em 09 ago. 2016.

¹³ PACHECO, O. M. D. *et al.* Zika Virus Disease in Colombia – Preliminary Report. *The New England Journal of Medicine*, 15. Jun. 2016. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1604037#t=article>>. Acesso em 09 ago. 2016.

predominantemente no córtex (responsável por memória, atenção, percepção, pensamento, linguagem, consciência, alerta); no recém-nascido, se manifestam com irritabilidade e choro muito frequente, falta de contato visual, hipertonia e espasmos infantis. Uma consequência mais rara da hipertonia, ainda durante a gravidez, é que os membros podem não se desenvolver regularmente, e, ao nascimento, podem estar deslocados (artrogripose e displasia da articulação do quadril). Nas imagens radiológicas do cérebro são comuns calcificações corticais e subcorticais (em que os neurônios são substituídos por material calcificado), com giros simplificados (lisencefalia, paquigiria, atrofia cortical), hipoplasia do tronco cerebral, hipoplasia do cerebelo, mielinização atrasada e ventriculomegalia.¹⁴

Os achados de pesquisa foram descritos em neonatos ao nascimento ou logo após o nascimento. Como em outras síndromes congênicas é esperado que crianças aparentemente sem alterações ao nascimento desenvolvam sintomas no decorrer da infância, e crianças com anomalias ao nascimento podem desenvolver novas complicações. Como a epidemia de síndrome congênita do Zika é muito recente, a informação sobre a história natural é ainda muito limitada. O conhecimento sobre a evolução das crianças com a síndrome só será completo quando as crianças sobreviventes ficarem mais velhas. Algumas crianças têm sido observadas

¹⁴ Por exemplo, uma seleção de artigos inclui: ARAGÃO, MF. V. *et al.* Clinical features and neuroimaging (CT and MRI) findings in presumed Zika virus related congenital infection and microcephaly: retrospective case series study. *Bmj*, p. 1–10, 2016. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/353/bmj.i1901>>. Acesso em 09 ago. 2016; FRANÇA, Giovanni V. A. *et al.* Congenital Zika virus syndrome in Brazil: a case series of the first 1501 livebirths with complete investigation. *The Lancet*, p. 1–7, 2016. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(16\)30902-3.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(16)30902-3.pdf)>. Acesso em 09 ago. 2016; MIRANDA II, H. A. *et al.* Expanded Spectrum of Congenital Ocular Findings in Microcephaly with Presumed Zika Infection. *Ophthalmology*, v. 123, n. 8, p.1788-1794, ago. 2016. Disponível em: <[http://www.aaojournal.org/article/S0161-6420\(16\)30277-9/pdf](http://www.aaojournal.org/article/S0161-6420(16)30277-9/pdf)>. Acesso em 09 ago. 2016; MARTINES, R. B. *et al.* Pathology of congenital Zika syndrome in Brazil: a case series. *The Lancet*, publicado online em 29 jul. 2016. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)30883-2/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30883-2/abstract)>. Acesso em 09 ago. 2016; MIRANDA-FILHO, Demócrito de Barros *et al.* Initial description of the presumed congenital Zika syndrome. *American Journal of Public Health*, v. 106, n. 4, p. 598–600, 2016. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/297722518_Initial_Description_of_the_Presumed_Congenital_Zika_Syndrome>. Acesso em 09 ago. 2016; ARAÚJO, J. S. S. *et al.* Microcephaly in northeast Brazil: a review of 16 208 births between 2012 and 2015. *Bulletin of the World Health Organization*. 4 fev. 2016. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/online_first/16-170639.pdf>. Acesso em 09 ago. 2016; VALENTINE, G; MARQUEZ, L.; PAMMI, M. Zika Virus-Associated Microcephaly and Eye Lesions in the Newborn. *Journal of the Pediatric Infectious Diseases Society*, publicado online em 1 jun. 2016. Disponível em: <<http://jpid.oxfordjournals.org/content/early/2016/07/11/jpid.piw037>>. Acesso em 09 ago. 2016.

sistematicamente, e a seguir relato informações que provêm de entrevistas com médicos e não foram ainda publicadas na literatura científica.

Os fatores mais marcantes são, mais uma vez, neurológicos, e incluem uma frequência crescente de epilepsia e de dificuldades em alimentação (disfagia) que podem requerer alimentação por sonda, com o risco aumentado de pneumonia por aspiração; atraso – que pode ser muito severo – no desenvolvimento motor e cognitivo; diagnóstico tardio de deficiência visual e auditiva. A irritabilidade das crianças, com choro extremamente frequente, pode requerer medicação. Já foram descritos achados de recém-nascidos aparentemente sem alterações, porém com calcificações cerebrais. Em semelhança a outras síndromes de infecções congênicas, espera-se que crianças aparentemente sem alterações ao nascimento mostrem atraso de desenvolvimento motor e cognitivo.

Há mais informações sobre as mulheres que estavam grávidas durante a epidemia de Zika na Polinésia Francesa. Uma revisão de todos os prontuários de mulheres grávidas durante o período identificou 19 casos com sintomas consistentes com a síndrome congênita do Zika, diagnosticados na realização do ultrassom fetal ou após o nascimento: 8 diagnosticados com microcefalia, 6 com lesões cerebrais sem microcefalia, e 5 com imagem radiológica do cérebro normal mas com disfunção do tronco cerebral. Há informações sobre a evolução de 8 fetos que nasceram (ou seja, não houve nem óbito fetal nem aborto): 4 têm epilepsia, 5 têm perturbações cardíacas, 1 apresenta perda visual e 1 tem perda auditiva. Todas as crianças têm dificuldade de deglutição; 5 tiveram uma sonda gástrica colocada para permitir alimentação; o acompanhamento dos casos não foi completo, mas é sabido que dois foram a óbito.¹⁵

No Brasil, o número de crianças certamente é muito maior, e isto permitirá uma descrição mais detalhada da síndrome; porém a epidemia aqui é mais recente. Nem toda mulher que teve infecção por vírus Zika na gravidez terá um feto com síndrome congênita do Zika. A taxa de risco ainda não é conhecida, porque ainda não houve o acompanhamento até o fim da gestação em nenhum grupo de mulheres com Zika documentada durante a gravidez. Assim, não foi possível estabelecer o espectro total da síndrome ou o risco de um feto ser afetado pela infecção materna. Uma informação

¹⁵ BESNARD, M. *et al.* Congenital cerebral malformations and dysfunction in fetuses and newborns following the 2013 to 2014 zika virus epidemic in French Polynesia. *Eurosurveillance*, v. 21, n. 13, mar. 2016. Disponível em: <<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=21429>>. Acesso em 09 ago. 2016.

preliminar baseou-se a análise de exames de ultrassom de 42 mulheres com confirmação laboratorial de vírus Zika durante a gravidez. Anormalidades fetais foram encontradas no ultrassom de 12 das 42 mulheres (29%), e incluíram morte fetal (2 fetos), retardo do crescimento intrauterino com ou sem microcefalia (5 fetos), calcificações no cérebro (7 fetos), e anomalias no volume amniótico ou na artéria do cordão umbilical (7 fetos). Até a data da publicação do estudo, das 42 mulheres, 8 já tinham dado à luz, e exames de todos os recém-nascidos confirmaram os diagnósticos feitos por meio de análise do ultrassom.¹⁶

Nem todas as manifestações da síndrome podem ser diagnosticadas a partir do ultrassom intrauterino – por exemplo, as deficiências visuais ou auditivas só serão diagnosticadas após o nascimento. Outras manifestações continuam a ser descritas, e estamos ainda no processo de estabelecer o espectro completo da síndrome congênita do Zika. Até que o risco e o espectro sejam descritos, mulheres grávidas infectadas com Zika vivem, durante toda a sua gravidez, com a perspectiva de um risco não conhecido, mas real. Quais são as necessidades de apoio às crianças afetadas e suas famílias, e às pessoas que querem adiar a gravidez?

Embora pesquisas já tenham sido planejadas com o objetivo de estabelecer o impacto nas famílias e o tipo de apoio (médico, de fisioterapia, financeiro) requerido para as famílias afetadas e para as famílias que desejam adiar a gravidez, nós ainda não temos resposta. Ainda não sabemos o que é necessário para manejar as crises das crianças afetadas, os serviços de saúde para estimulação precoce, ou o apoio psicológico e financeiro às famílias. No momento, existem somente relatos pessoais, descrevendo como algumas crianças choram quase continuamente, como muitas precisam de atenção permanente, com conseqüente tensão familiar, cansaço, perda de emprego, diminuição da renda familiar, alguns relatos de separação do casal ou de crianças postas para adoção. As recomendações feitas para apoio tanto no Brasil quanto internacionalmente são centradas na necessidade de mulheres e meninas de idade fértil, e das crianças nascidas de mães infectadas.

¹⁶ BRASIL, P. Zika Virus Infection in Pregnant Women in Rio de Janeiro — Preliminary Report. *The New England Journal of Medicine*, mar. 2016. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1602412>>. Acesso em 09 ago. 2016.

5. Conclusão

Eu gostaria de concluir este parecer com a recomendação feita pela OMS. A recomendação da OMS prevê acesso a serviços de qualidade à saúde reprodutiva e sexual a todas as mulheres e adolescentes em idade fértil, incluindo acesso à contracepção (incluindo contracepção de emergência), atenção médica de boa qualidade no pré-natal e no parto, serviços de aborto seguros (nos países em que é legal) com atenção médica pós-aborto; estratégias para dar apoio ao impacto psicológico e econômico às complicações, incluindo apoio psicológico e de saúde mental às crianças afetadas pela síndrome congênita.

Aqui retomo as recomendações da OMS com comentários baseados em minha expertise. Uma atenção médica deve incluir: manutenção de especialista para lidar com aspectos neurológicos como epilepsia, irritabilidade, atenção clínica para lidar com disfagia e dificuldade de alimentação (incluindo colocação de sonda alimentar, manutenção da sonda e complicações como pneumonia por aspiração); estimulação precoce (que não vai reverter a lesão cerebral mas tentar ajudar a criança afetada a ter o proveito máximo das funções cerebrais restantes); e ações relacionadas a deficiências auditiva e visual.

Em relação às consequências não médicas, a OMS faz também recomendações para diminuir o estigma e compensar a diminuição de renda e aumento da pobreza (consequentes ao encargo familiar de cuidados de crianças com deficiências que podem ser severas e possivelmente por muitos anos); remover barreiras (financeiras ou outras) ao acesso à atenção médica.

E como não se sabe o espectro todo da síndrome, nem sua evolução, é ainda mais difícil prever as necessidades ao correr dos anos. As crianças com microcefalia e manifestações neurológicas severas, incluindo epilepsia severa, podem desenvolver atrasos motores ou intelectuais que requeiram atenção e cuidados complexos por toda a vida. Mas, por enquanto, nós não sabemos nem qual é o grau requerido de apoio nem a expectativa de vida.

A OMS recomenda que serviços de saúde e social desenvolvam repostas intersetoriais que incluam apoio e redução de estigma às famílias afetadas, proteção social, serviços de reabilitação, estimulação precoce, apoio psicossocial, além de atenção médica especializada e educação especial às crianças que tenham um desenvolvimento cognitivo suficiente para ir a uma escola. Medidas de proteção social

serão necessárias às famílias que tiveram uma perda de renda catastrófica por causa da responsabilidade pelo cuidado da criança afetada.

Todas estas medidas devem ser planejadas para o futuro imediato, mas também a longo prazo, e é preciso dar ênfase à divulgação de informação sobre o acesso, qualidade e efetividade destas medidas e dos serviços relacionados à síndrome congênita do Zika. Os serviços de saúde precisarão se reconfigurar para garantir acesso rápido, eficiente e o mais próximo possível à residência das famílias afetadas.



Laura Rodrigues
London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM).