

Gestão da gravidez no contexto do vírus Zika

Orientações provisórias

2 de Março de 2016

WHO/ZIKV/MOC/16.2



1. Introdução

1.1 Antecedentes

O vírus Zika é um flavivírus que se transmite, primordialmente, pelo mosquito *Aedes* infectado. Este vector também transmite os vírus da dengue e da chikungunya e é comum encontrá-lo nas zonas tropicais e subtropicais da África, Américas, Ásia e Pacífico. Embora o vírus Zika tenha sido identificado, pela primeira vez, em humanos, em 1952, muito poucos surtos foram documentados antes de 2015. A infecção humana é, muitas vezes, assintomática e os sintomas são, normalmente, ligeiros e auto-limitados. Embora as características normais da infecção humana não tenham mudado, a recente associação entre a infecção pelo vírus Zika, a potencial microcefalia congénita e a síndrome de Guillain-Barré, em algumas zonas afectadas¹, alcançou esta questão à categoria de Emergência de Saúde Pública de Dimensão Internacional¹⁻³.

1.2 Fundamentos e objectivos

O mosquito portador do vírus Zika prolifera em climas quentes e, particularmente, em zonas com más condições de vida. As mulheres grávidas que vivem ou viajam para essas zonas correm o risco, igual ao do resto das populações, de serem infectadas pelos vírus transportados por este vector. A infecção materna pelo vírus Zika pode passar despercebida, uma vez que muitas pessoas não desenvolvem sintomas. Embora a infecção pelo vírus Zika na gravidez seja, normalmente, uma doença ligeira, o registo de um aumento invulgar dos casos de microcefalia congénita, síndrome de Guillain-Barré e outras complicações neurológicas, nas zonas onde os surtos têm ocorrido^{1,2}, tem também aumentado significativamente as preocupações nas mulheres grávidas e suas famílias, assim como nos prestadores de cuidados de saúde e decisores políticos⁴.

Embora a associação entre a infecção pelo vírus Zika e a microcefalia fetal ainda esteja a ser investigada⁵, a transmissão da mãe para o feto durante a gravidez está documentada⁶⁻⁸. O isolamento laboratorial do vírus nos tecidos neurológicos de crianças pequenas com microcefalia contribuiu ainda mais para a suspeita de causalidade⁸. Também não é certo que a infecção pelo vírus Zika contribua para abortos espontâneos e nascimentos

mortos, embora o ARN do vírus Zika tenha sido detectado em produtos de concepção, após o aborto espontâneo, em mulheres infectadas.

A finalidade deste documento é apresentar orientações provisórias para intervenções destinadas a reduzir o risco de infecção pelo vírus Zika e para tratar potenciais complicações durante a gravidez. Estas orientações baseiam-se nas melhores evidências disponíveis da investigação e abrangem áreas prioritizadas por um grupo internacional e multidisciplinar de profissionais de saúde e outras partes interessadas. Especificamente, apresenta: orientações para evitar a infecção pelo vírus Zika; cuidados pré-natais e tratamento das mulheres com infecção; e cuidados durante a gravidez a todas as mulheres grávidas que vivam nas zonas afectadas, com o objectivo de otimizar os resultados da saúde nas mães e nos recém-nascidos. As orientações pretendem informar a elaboração de protocolos clínicos e políticas de saúde, a nível nacional e local, que se relacionem com a gravidez, no contexto da transmissão do vírus Zika. Não se destinam a constituir um guia prático abrangente para a prevenção e tratamento da infecção pelo vírus Zika.

1.3 Âmbito das orientações

Estas orientações são relevantes para todas as mulheres grávidas que residam em zonas de transmissão do vírus Zika e, particularmente, para as mulheres grávidas suspeitas de correrem risco ou que tenham sido diagnosticadas com infecção pelo vírus Zika. Não abrange as mulheres não grávidas, nem o tratamento e seguimento dos recém-nascidos.

1.4 Público-alvo

O principal público destas orientações são os profissionais de saúde que estejam a prestar cuidados directamente a mulheres grávidas, incluindo obstetras, clínicos gerais, parteiras e enfermeiras. As orientações podem igualmente ser úteis para os responsáveis pela elaboração de protocolos e políticas de saúde, a nível nacional e local, assim como para os directores de programas de saúde materna e infantil, especialmente nas regiões com aumento invulgar de resultados adversos no feto e no recém-nascido, suspeitos de estarem associados à infecção pelo vírus Zika.

2. Práticas recomendadas

2.1 Medidas preventivas

As medidas de prevenção da infecção para as mulheres grávidas são as mesmas que as recomendadas para a população em geral. Contudo, a importância das medidas preventivas deve ser realçada em cada contacto com uma mulher grávida. Os profissionais de saúde devem promover as seguintes medidas para as mulheres grávidas e suas famílias, assim como para a comunidade.

Controlo dos vectores: Devem ser tomadas medidas ambientais, para reduzir a densidade de vectores. Como o controlo do mosquito é a única medida que pode ter êxito na interrupção da transmissão de vírus como o Zika, dengue e chikungunya, devem fazer-se todos os esforços para identificar e destruir os potenciais locais de proliferação de mosquitos, nas casas e locais de trabalho^a.

Medidas de protecção pessoal: são recomendadas as seguintes intervenções para a população em geral e para as mulheres grávidas, em particular:

- Protecção da pele contra a exposição a mosquitos, usando vestuário que cubra a maior parte do corpo possível (e.g., mangas compridas, calças ou saias compridas)
- Uso de mosquiteiros de cama, mesmo quando se dorme durante o dia
- Uso de malhas/redes/painéis mosquiteiros nas janelas e portas
- Use de repelentes de insectos aprovados pelas autoridades locais (e.g. DEET ou repelentes de insectos à base de icaridina; até à data, são estes os repelentes que foram considerados seguros durante a gravidez). Os repelentes devem ser aplicados nas áreas expostas do corpo, e mesmo sobre as roupas, sempre que indicado, e reaplicado, conforme indicação do fabricante no rótulo do produto.
- O uso das medidas de protecção acima mencionadas pelos indivíduos infectados pelos vírus Zika, dengue e chikungunya deve ser encorajado, para evitar a propagação da infecção a pessoas não infectadas. Essas medidas devem ser implementadas, pelo menos, durante a primeira semana do início dos sintomas (fase virémica).
- Para evitar a potencial transmissão por via sexual do vírus Zika, os parceiros sexuais das mulheres grávidas, que vivam ou regressem de zonas com transmissão corrente do vírus Zika, devem usar as práticas sexuais mais seguras (incluindo o uso correcto e sistemático

de preservativos) ou abster-se de actividade sexual durante toda a gravidez.^b

2.2 Diagnóstico

Apresentação clínica: não existe qualquer diferença conhecida na apresentação clínica de mulheres grávidas e não grávidas infectadas pelo vírus Zika. A infecção pelo vírus Zika é assintomática na maioria dos casos. Nos casos sintomáticos, os sintomas aparecem, normalmente, alguns dias depois da picada de um mosquito infectado. A maioria das pessoas com a doença do vírus Zika desenvolve febre ligeira e erupções cutâneas. Outras poderão também apresentar conjuntivite, dores nas articulações, dor de cabeça, dores musculares e cansaço. Estes sintomas duram entre 2 a 7 dias e são, geralmente, ligeiros e auto-limitados.

Alguns países com transmissão activa do vírus Zika relataram um aumento da ocorrência de síndromes neurológicas, incluindo, mas não apenas, a síndrome de Guillain-Barré. Por isso, é razoável investigar a infecção pelo vírus Zika nas mulheres grávidas que apresentam complicações neurológicas.

Definição de casos da doença do vírus Zika: A OMS elaborou definições de casos provisórias da doença do vírus Zika, que podem ser acedidas em <http://www.who.int/csr/disease/zika/case-definition/en>.

Diagnóstico: Os passos de diagnóstico recomendados para as mulheres grávidas são os mesmos que os recomendados para a população em geral. O diagnóstico requer a detecção do vírus, usando a reacção em cadeia da polimerase por transcriptase reversa (RT-PCR) no soro materno, dentro de cinco dias após o início dos sintomas. O vírus Zika pode também ser detectado na urina, com o período de supressão durando até três semanas após o início dos sintomas. O vírus Zika também foi detectado na saliva, mas o período de supressão parece ser como no soro. A RT-PCR pode também identificar o ARN viral no líquido amniótico, embora a sensibilidade e a especificidade deste teste para detectar a infecção congénita seja, presentemente, incerta.

Podem igualmente fazer-se testes serológicos para diagnosticar a infecção pelo vírus Zika, com anticorpos IgM detectados através de ensaios de imunoabsorção enzimática (ELISA) ou imunofluorescência, a partir do quinto dia do início dos sintomas. Após a primeira infecção de uma pessoa por um flavivírus, as reacções cruzadas com outros vírus geneticamente relacionados em testes serológicos são mínimas. Contudo, o soro de indivíduos com história anterior de infecção por outros flavivírus apresenta uma maior probabilidade de reacções cruzadas. Considerando que uma substancial percentagem da

^a Outras informações sobre o controlo dos vectores podem ser encontradas em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/zika/en/>

^b Outras informações sobre prevenção da potencial transmissão por via sexual podem ser encontradas em <http://www.who.int/csr/resources/publications/zika/sexual-transmission-prevention/en/>

população que vive em zonas com transmissão corrente do vírus Zika, poderá ter tido contacto anterior com outros flavivírus (especialmente os da dengue e febre amarela, incluindo a sua vacina), são possíveis reacções cruzadas e resultados falsos positivos. Deve ter-se especial cuidado em garantir que qualquer teste serológico, que seja usado para orientar a gestão da gravidez, tenha sido validado por uma autoridade competente, nacional ou internacional.

2.3 Cuidados gerais e tratamento dos sintomas

Até à data, nenhuma vacina nem terapia específica foi desenvolvida para a infecção pelo vírus Zika.

Consequentemente, o tratamento destina-se a aliviar os sintomas, quando eles ocorrem.

Repouso e uso de medidas de protecção pessoal: As mulheres grávidas sintomáticas com infecção pelo vírus Zika devem ser aconselhadas a repousar e a usar as medidas de protecção pessoal acima mencionadas, para reduzir a probabilidade de transmissão do vírus a outras pessoas, particularmente durante a primeira semana da doença (fase virémica).

Febre: a febre deve ser tratada com medidas físicas de arrefecimento (e.g., panos húmidos, vestuário leve, banhos e duches) e acetaminofeno (paracetamol). O uso de aspirina ou outros agentes NSAID deve ser evitado, até que a infecção pelo vírus da dengue tenha sido excluída.

Dor de cabeça: a dor de cabeça deve ser também tratada com acetaminofeno, nas doses prescritas para o tratamento da febre.

Prurido: Embora não exista investigação que suporte ou refute a segurança dos produtos tópicos para erupções irritantes durante a gravidez, existe experiência clínica que sugere a sua segurança. O perfil de segurança do tratamento sistémico com agentes anti-histamínicos é também elevado. Podem usar-se aplicações tópicas, como loção de calamina, agentes aquosos à base de mentol ou loratidina oral.

Hidratação: as mulheres grávidas afectadas devem beber muitos líquidos, para evitar a desidratação através da transpiração, vómitos e outras perdas insensíveis que podem acompanhar a fase virémica.

2.4 Cuidados a prestar às mulheres grávidas que vivam em zonas com transmissão corrente do vírus Zika

O teste da infecção pelo vírus Zika é actualmente recomendado para as mulheres grávidas que apresentem história de sintomas ou sinais da doença do vírus Zika. Tendo em conta a potencial sobrecarga sobre os recursos sanitários locais actualmente disponíveis, a OMS não recomenda, nesta altura, que se faça o teste a todas as mulheres grávidas que vivam em zonas de transmissão do vírus Zika. Contudo, os

profissionais de saúde poderão efectuar uma ecografia no primeiro trimestre, se possível, a todas as mulheres que se apresentam para consulta pré-natal, a fim de estabelecer rigorosamente o tempo de gravidez e efectuar uma avaliação básica da morfologia do feto.

Todas as mulheres grávidas devem ser aconselhadas a apresentar-se nas suas consultas pré-natais agendadas, de acordo com as normas nacionais, e cumprir as recomendações dos seus prestadores de cuidados. As mulheres devem ser aconselhadas a apresentar-se imediatamente para tratamento e diagnóstico, se desenvolverem qualquer dos sintomas da infecção pelo vírus Zika acima descritos. Durante as consultas pré-natais, todas as mulheres devem receber informação sobre as medidas normais de protecção ambiental e pessoal anteriormente descritas. Devem ser efectuadas investigações de rotina para excluir sífilis, toxoplasmose, citomegalovírus, rubéola e herpes, que são igualmente causas conhecidas de infecção intrauterina e malformações congénitas.

O **Anexo 1** apresenta um gráfico de decisão para os cuidados a dispensar às mulheres grávidas que vivem em zonas de transmissão corrente do vírus Zika. Em cada consulta, todas as mulheres grávidas devem ser interrogadas sobre os sintomas e sinais de infecção pelo vírus Zika acima mencionados, desde a sua última consulta pré-natal. Se for a sua primeira consulta, devem ser interrogadas acerca da ocorrência desses sintomas durante a actual gravidez.

Independentemente de uma história de doença consistente com a infecção pelo vírus Zika, todas as mulheres que vivam em zonas com transmissão corrente do vírus Zika devem receber cuidados pré-natais de rotina e fazer uma ecografia para anomalias fetais, entre as 18 e as 20 semanas ou, o mais rapidamente possível, se a primeira consulta ocorrer após as 20 semanas. Deve prestar-se especial atenção ao sistema nervoso central do feto, para identificar quaisquer anomalias, incluindo a microcefalia e outras deformações intracranianas estruturais.

As mulheres com história de doença clínica que tenham teste negativo para a infecção pelo vírus Zika, mas não tenham evidência de microcefalia no feto ou anomalias cerebrais na ecografia, devem continuar a receber cuidados pré-natais de rotina. Recomenda-se uma segunda ecografia do feto no final do segundo ou no início do terceiro semestre, de preferência entre as 28 e as 30 semanas de gestação, para identificar microcefalia do feto e/ou outras anomalias cerebrais, quando são muito mais fáceis de detectar. Isto porque é possível que a mãe seja infectada e o feto seja afectado depois de um teste inicial negativo para o vírus Zika e de uma ecografia normal.

Se possível, deve fazer-se uma amniocentese nas mulheres com resultado negativo do teste do vírus Zika, mas com resultados anormais numa ecografia ao cérebro do feto, quer na ecografia das 18–20 semanas, quer na ecografia repetida às 28–30 semanas, para despistar anomalias genéticas e infecções congénitas, incluindo a infecção pelo vírus Zika. É de notar que a sensibilidade e a especificidade da amniocentese, para detectar a infecção congénita pelo vírus Zika, são actualmente incertas.

A ocorrência de um teste positivo para o vírus Zika no soro materno (ou espécime de amniocentese) e o resultado na ecografia de microcefalia fetal e/ou outras anomalias cerebrais deverão levantar a suspeita de anomalias fetais relacionadas com o vírus. Para as mulheres nesta categoria, podem usar-se a história e outras investigações, para determinar se as anomalias estão relacionadas com o vírus Zika ou outras possíveis causas, tais como infecções congénitas ou síndromes genéticas.

2.5 Avaliação pré-natal da microcefalia fetal e/ou outras anomalias cerebrais relacionadas com o vírus Zika

Para todas as mulheres grávidas que vivam em zonas com transmissão corrente do vírus Zika, são recomendados exames ecográficos, para identificar, monitorizar ou excluir anomalias cerebrais no feto, em particular a microcefalia. Todas as mulheres devem fazer uma ecografia às 18–20 semanas, para verificar se existem anomalias, efectuada por um prestador de cuidados de saúde com experiência no diagnóstico pré-natal por ecografia. Se possível, deve oferecer-se às mulheres a oportunidade de fazerem uma ecografia no primeiro trimestre, para determinar com rigor a idade gestacional, porque o exame ecográfico de anomalias fetais, muitas vezes, exige medições antropométrica com base na idade gestacional.

No contexto da transmissão do vírus Zika, a ecografia deve ser dirigida para identificar microcefalia fetal e/ou outras anomalias cerebrais, tais como ventriculomegalia, calcificações, sulcos e convoluções anormais, atrofia cerebral, disgenesia do corpo caloso, impossibilidade de visualizar diferentes porções do cérebro, microoftalmia, e calcificações oculares que tenham sido notificadas em gravidezes afectadas⁷. Embora ainda não seja muito claro o quadro completo das anomalias congénitas que pode resultar da infecção do feto pelo vírus Zika, os conhecimentos actuais sobre outras infecções congénitas (e.g., CMV, toxoplasmose e herpes) sugerem que os fetos infectados podem apresentar um espectro muito mais amplo da doença, que pode ir desde a ausência total de sintomas até ao envolvimento grave do cérebro e outros órgãos e mesmo morte intrauterina do feto. Por conseguinte, procurar a ocorrência precoce de subtis sinais

de anomalias no cérebro do feto, em associação com um teste positivo ou inconclusivo para o vírus Zika, poderá facilitar o diagnóstico e cuidados apropriados.

A microcefalia fetal é uma condição em que a cabeça do feto é significativamente mais pequena do que esperado para a idade gestacional e para o sexo, podendo estar associada a um desenvolvimento anormal do cérebro. Os profissionais de saúde e as mulheres grávidas devem estar cientes de que o diagnóstico desta condição por ecografia pré-natal não é linear e a maioria dos casos de microcefalia diagnosticados à nascença ou mais tarde poderão não ser identificados durante a gravidez⁹. Embora não haja uma referência quantitativa absoluta, aplica-se, normalmente, a circunferência da cabeça do feto a vários níveis abaixo da média da população de referência, para diagnosticar a microcefalia fetal, sendo maior a probabilidade do diagnóstico nas cabeças com a circunferência mais pequena^{10,11}.

Nos fetos que tenham uma circunferência de cabeça com dois desvios padrão abaixo da média para a idade gestacional, deve suspeitar-se de microcefalia, embora, na ausência de anomalias cerebrais graves, seja comum um desenvolvimento neuropsicológico normal, na maioria dos fetos afectados após o nascimento. Nos fetos com circunferência da cabeça três desvios padrão abaixo da média para a idade gestacional, a correlação entre a microcefalia e um desenvolvimento neurológico anormal é maior. Uma circunferência da cabeça com cinco desvios padrão abaixo da média para a idade gestacional é uma indicação de grande redução do tamanho intracranial, podendo ser feito um diagnóstico por ecografia com um grau de confiança razoável¹². Esses exames ecográficos quantitativos podem ser feitos por um ecografista com experiência básica de exames biométricos fetais, embora a identificação de anomalias cerebrais associadas possam requerer maior preparação. Como essas medidas estão relacionadas com as dimensões fetais médias para a idade gestacional, é fundamental assegurar que as gravidezes estão rigorosamente datadas e que se usa a curva apropriada de crescimento fetal de referência para a população, para evitar erros no diagnóstico.

Definição de casos de microcefalia fetal relacionada com o vírus Zika: Para facilitar a classificação de microcefalia fetal no contexto da actual transmissão do vírus Zika, o painel da OMS para as orientações provisórias adoptou a seguinte definição de casos de microcefalia fetal relacionada com o vírus Zika:

- Microcefalia fetal com uma ligação molecular ou epidemiológica ao vírus Zika, na ausência de outras condições que sejam conhecidas como causadoras de microcefalia.

Uma ligação molecular ou epidemiológica com o vírus Zika é definida como:

- A mulher grávida é um caso confirmado de doença do vírus Zika; **ou**
- A mulher grávida teve contacto sexual com um caso confirmado, ou história de sintomas ou sinais consistentes com a infecção pelo vírus Zika e residiu/viajou para uma zona com transmissão corrente do vírus Zika durante a gravidez; **ou**
- Presença do vírus Zika no líquido amniótico (identificado através de amniocentese e RT-PCR); **ou**
- Presença do vírus Zika no tecido do cérebro do feto (identificado post-mortem através de RT-PCR).

Outras causas conhecidas de microcefalia que devem ser excluídas são: outras infecções congénitas, toxoplasmose, rubéola, herpes, sífilis, citomegalovírus e VIH; exposição a medicamentos tóxicos, produtos químicos e radiação; anomalias genéticas, e.g., síndrome de Down; malnutrição do feto e insuficiência de placenta.

2.6 Cuidados a prestar às mulheres grávidas cujo feto apresente possível microcefalia e/ou outras anomalias cerebrais relacionadas com o vírus Zika

Quando os recursos existem, as mulheres grávidas com evidências ecográficas de microcefalia e/ou outras anomalias cerebrais suspeitas ou confirmadas devem ser encaminhadas para cuidados especializados, independentemente das causas subjacentes. Se as anomalias cerebrais foram confirmadas por ecografia e o teste do vírus Zika for positivo no soro materno ou na amniocentese, então é possível que as anomalias estejam relacionadas com o vírus Zika.

As circunferências da cabeça superiores a dois, três e cinco desvios padrão abaixo da média para a idade gestacional têm sido usadas como critérios de diagnóstico para a microcefalia fetal. Quanto mais pequena a circunferência da cabeça, maior a probabilidade de outras anomalias cerebrais e, conseqüentemente, mais provável um mau diagnóstico. Em tais situações, a mulher – e o seu companheiro, se ela o desejar – deverá receber cuidados e aconselhamento individualizados. Conforme a gravidade e a certeza das anomalias cerebrais do feto e prognóstico associado, esses cuidados poderão consistir em cuidados pré-natais especializados e seguimento por ecografias em série, para monitorizar os eventuais progressos das anomalias, ou num debate sobre os possíveis passos a seguir na gestão da gravidez. É importante assegurar que uma mulher grávida afectada receba informação fundamentada e rigorosa sobre o prognóstico das anomalias identificadas. A mulher – e o seu companheiro, se ela o desejar – deverá receber aconselhamento não impositivo, para que ela, em consulta com o seu prestador de cuidados de saúde, possa fazer uma escolha plenamente informada sobre os passos seguintes na gestão da sua gravidez.

As mulheres que levem a gravidez até ao fim devem receber cuidados e apoio apropriados para gerir a ansiedade, a tensão e o ambiente do parto. Os planos para os cuidados e o tratamento do bebé logo após o nascimento devem ser discutidos com os pais, em consulta com um pediatra ou um neurologista pediátrico, se possível.

As mulheres que pretendam interromper a gravidez devem receber informação rigorosa acerca das opções que lhes são permitidas por lei,¹³ incluindo redução de danos, quando os cuidados pretendidos não estiverem disponíveis.

Todas as mulheres, quaisquer que sejam as suas escolhas individuais relativamente à sua gravidez, devem ser tratadas com respeito e dignidade.

3. Elaboração das orientações

3.1 Agradecimentos

Estas orientações provisórias foram elaboradas pelo Departamento de Saúde Reprodutiva e Investigação da OMS (RHR) e Departamento da Saúde Materna, Neonatal, Infantil e dos Adolescentes, em colaboração como Escritório Regional da OMS para as Américas. O processo de elaboração das orientações foi gerido por um grupo director constituído por A. Metin Gülmezoglu, Olufemi Oladapo, Clara Menendez (WHO/RHR), Bremen De Mucio, Rodolfo Gomez (AMRO), e João Paulo Souza (Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil).

A OMS estende os seus sinceros agradecimentos a Reem Abu-Rustum (Center For Advanced Fetal Care, Tripoli, Lebanon), Melania Amorim (Instituto Paraibano de Pesquisa Professor Joaquim Amorim Neto, Brazil), Jose Guilherme Cecatti (Universidade de Campinas, Campinas, Brasil), Pisake Lumbiganon (Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand), Gustavo Malinger (Tel Aviv University, Tel Aviv, Israel), Isabelle Leparac-Goffart (Institut de Recherche Biomedicale des Armées, France), Raquel de Almeida Marques (Associação Artemis, Brasil), Rintaro Mori (National Center for Child Health and Development, Tokyo, Japão), Ganeshwaran Mochida (Boston Children's Hospital, Boston, EUA), Ashraf Nabhan (Ain Shams University, Egipto), Alfred Osofi (University of Nairobi, Nairobi, Quênia), Lawrence Platt (David Geffen School of Medicine, Los Angeles, EUA) e Fernando Bellissimo-Rodrigues (Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil), que integraram o grupo de elaboração das orientações (GDG). Veronika Tirado (Karolinska Institute, Suécia) efectuou uma rápida análise da literatura que foi apresentada na reunião técnica consultiva. Michelle Griffin (National Congenital Anomaly and Rare Disease Registration Service, Public Health England, UK) participou na reunião técnica consultiva e trabalhou com o grupo director na análise do projecto de orientações.

3.2 Métodos de elaboração das orientações

Estas orientações inspiram-se nas recomendações existentes da OMS e de outras organizações internacionais. O processo de elaboração das orientações consistiu no seguinte: identificação das questões prioritárias; rápida pesquisa da literatura e recolha de dados; avaliação e síntese das evidências disponíveis; e concordância sobre as recomendações. O grupo director utilizou as evidências disponíveis e as consultas com peritos para redigir as recomendações sobre práticas clínicas e um gráfico de decisão para os testes e os cuidados, no contexto da transmissão do vírus Zika. A OMS convocou uma consulta técnica virtual, no dia 16 de Fevereiro de 2016, em que o GDG analisou e aprovou as recomendações, com base nas evidências disponíveis e na opinião dos peritos.

3.3 Declaração de interesses

Todos os membros do GDG preencheram um formulário-padrão de Declaração de Interesses da OMS (DI), antes de participarem na reunião técnica consultiva ou em actividades relacionadas com a elaboração das orientações. Todas as informações das declarações recebidas foram tratadas caso a caso, de acordo com as orientações da OMS. Os participantes da reunião técnica consultiva também apresentaram as suas DI, antes da reunião, não tendo sido identificados quaisquer conflitos.

3.4 Data da revisão

Estas recomendações foram produzidas sob procedimentos de emergência da OMS e permanecerão válidas até Agosto de 2016. O Departamento da Saúde Reprodutiva e Investigação de Sede da OMS, em Genebra, será responsável por rever estas orientações, nessa altura, e por actualizá-las, conforme necessário. A OMS agradece perguntas e sugestões relativamente ao conteúdo destas orientações. As sugestões devem ser enviadas por e-mail para mpa-info@who.int.

4. Referências

- Schuler-Faccini L, Ribeiro EM, Feitosa IM, et al. Possible Association Between Zika virus infection and Microcephaly - Brazil, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2016; 65(3): 59-62.
- World Health Organization. WHO statement on the first meeting of the International Health Regulations (2005) (IHR 2005) Emergency Committee on Zika virus and observed increase in neurological disorders and neonatal malformations. 1 Feb 2016 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/1st-emergency-committee-zika/en/> (Acedido em 18 de Fevereiro de 2016).
- Gulland A. O vírus Zika is a global public health emergency, declares WHO. *BMJ* 2016; 352: i657.
- Ministério da Saúde (Brasil). Microcefalia - Ministério da Saúde divulga boletim epidemiológico 2015. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/20805-ministerio-da-saude-divulga-boletim-epidemiologico> (Acedido em 18 de Fevereiro de 2016).
- Tetro JA. Zika and microcephaly: causation, correlation, or coincidence? *Microbes Infect* 2016. doi: 10.1016/j.micinf.2015.12.010.
- Besnard M, Lastere S, Teissier A, Cao-Lormeau V, Musso D. Evidence of perinatal transmission of Zika virus, French Polynesia, December 2013 and February 2014. *Euro Surveill* 2014; 19 (13).
- Oliveira Melo AS, Malinge G, Ximenes R, Szejnfeld PO, Alves Sampaio S, Bispo de Filippis AM. Zika virus intrauterine infection causes fetal brain abnormality and microcephaly: tip of the iceberg? *Ultrasound Obstet Gynecol* 2016; 47 (1): 6-7.
- Mlakar J, Korva M, Tul N, et al. Zika virus Associated with Microcephaly. *N Engl J Med* 2016. doi: 10.1056/NEJMoa1600651.
- Leibovitz Z, Daniel-Spiegel E, Malinge G, et al. Microcephaly at birth - the accuracy of three references for fetal head circumference. How can we improve prediction? *Ultrasound Obstet Gynecol* 2015. doi: 10.1002/uog.15801.
- Chervenak FA, Jeanty P, Cantraine F, et al. The diagnosis of fetal microcephaly. *Am J Obstet Gynecol* 1984; 149(5): 512-7.
- Kurtz AB, Wapner RJ, Rubin CS, Cole-Beuglet C, Ross RD, Goldberg BB. Ultrasound criteria for in utero diagnosis of microcephaly. *J Clin Ultrasound* 1980; 8(1): 11-6.
- Pilu G MG. Microcephaly 2013. <http://www.visuog.com/Page/view.jsp?id=6499122244886988132> (acedido em 19 de Fevereiro de 2016).
- World Health Organization. Safe abortion: Technical & policy guidance for health systems. 2015. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe-abortion/sa-legal-policy-considerations/en/> (acedido em 19 de Fevereiro de 2016).

© Organização Mundial da Saúde 2016

Todos os direitos reservados. As publicações da Organização Mundial da Saúde estão disponíveis no *website* da OMS (www.who.int) ou podem ser compradas na WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel.: +41 22 791 3264; fax: + 41 22 791 4857; correio electrónico: bookorders@who.int).

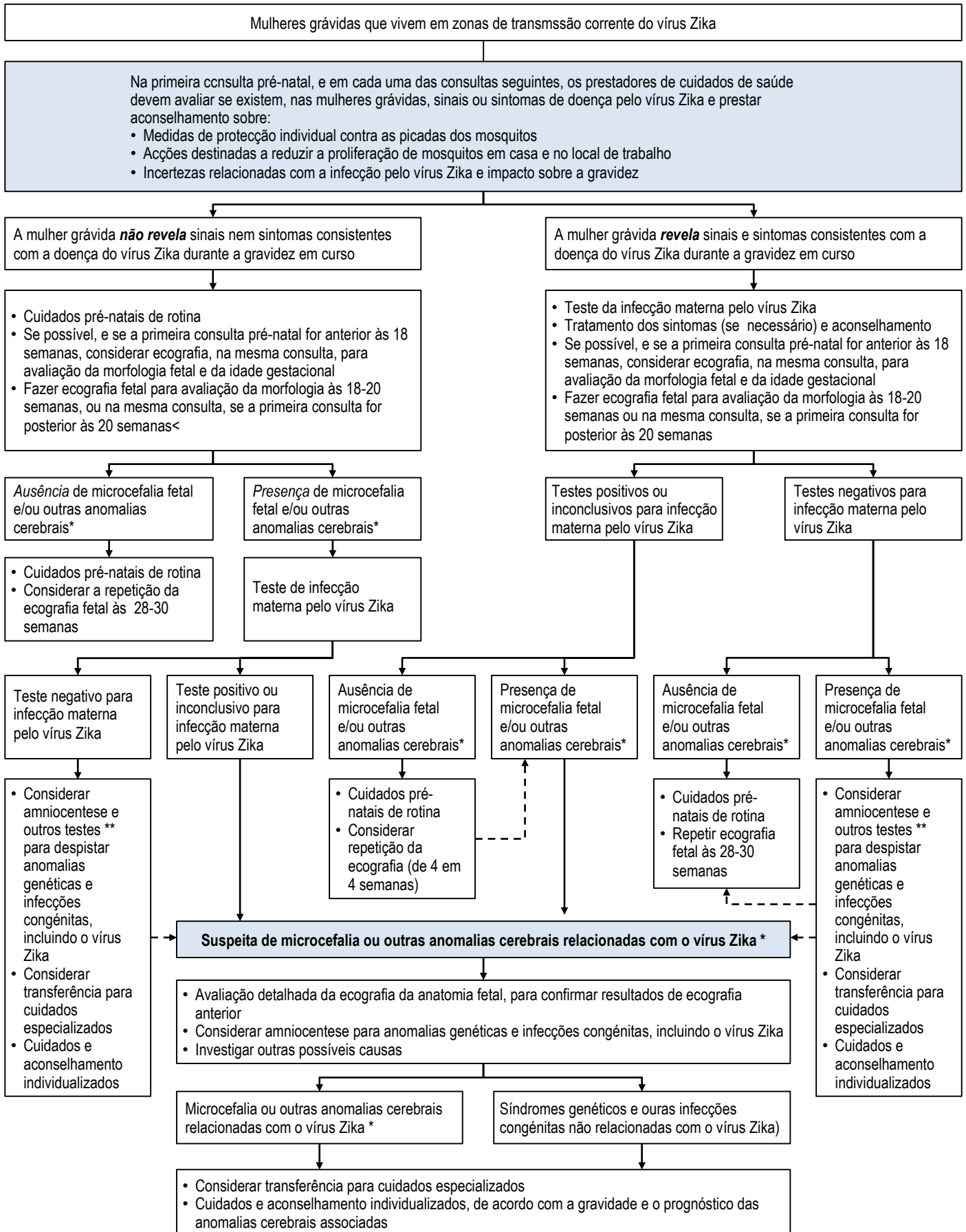
Os pedidos de autorização para reproduzir ou traduzir publicações da OMS, quer seja para venda ou para distribuição não comercial, devem ser enviados para WHO Press pelo *website* da OMS (www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

As designações utilizadas e a apresentação dos dados nesta publicação não implicam, da parte do Secretariado da Organização Mundial da Saúde, qualquer tomada de posição quanto ao estatuto jurídico dos países, territórios, cidades ou zonas, ou das suas autoridades, nem quanto à demarcação das suas fronteiras ou limites. As linhas pontilhadas nos mapas representam fronteiras aproximadas, sobre as quais é possível que ainda não exista total acordo.

A menção de determinadas empresas e de certos produtos comerciais não implica que essas empresas e produtos sejam aprovados ou recomendados pela Organização Mundial da Saúde, preferencialmente a outros, de natureza semelhante, que não sejam mencionados. Salvo erro ou omissão, as marcas registadas são indicadas por uma letra maiúscula inicial.

A Organização Mundial da Saúde tomou as devidas precauções para verificar a informação contida nesta publicação. Todavia, o material publicado é distribuído sem qualquer tipo de garantia, nem explícita nem implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso do referido material cabe exclusivamente ao leitor. Em caso algum, poderá a Organização Mundial da Saúde ser considerada responsável por prejuízos que decorram da sua utilização.

Anexo 1: Gráfico de decisão para os cuidados a dispensar às mulheres grávidas que vivem em zonas de transmissão corrente do vírus Zika.



* Inclui ventriculomegalia, calcificações, sulcos e convoluções anormais, atrofia cerebral, disgenesia calosa, impossibilidade de visualizar diferentes partes do cérebro, anomalias cerebrais, microopftalmia, calcificações oculares ou artrogripose.

** Sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e infecções por herpes simplex.