

Monitoramento integrado de alterações no crescimento e desenvolvimento relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, da Semana Epidemiológica 45/2015 até a Semana Epidemiológica 02/2017

Introdução

Em 22 de outubro de 2015, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco notificou alteração na ocorrência de microcefalia à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS) e solicitou apoio para complementar as investigações iniciais de 26 casos da doença, recebidas de diversos serviços de saúde nas semanas anteriores à notificação. Por se tratar de evento raro, e comparando-se com o perfil clínico e epidemiológico dessa doença no Estado, concluiu-se que se tratava de evento de importância para a saúde pública estadual. Posteriormente, a partir do surgimento de novas evidências, o MS declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) por alteração do

padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil, por meio da [Portaria nº 1.813, de 11 de novembro de 2015](#). Desde então, uma série de ações foram realizadas pelo MS, em parceria com os estados e municípios, tanto no âmbito da vigilância como no da assistência à saúde. A Figura 1 apresenta marcos da ESPIN, especialmente relacionados ao monitoramento dos casos e gestão da emergência.

Entre as semanas epidemiológicas 46/2015 e 52/2016, o MS publicou semanalmente o Informe Epidemiológico do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública sobre Microcefalia (COES-Microcefalia), disponível no [site da SVS/MS](#). O informe tinha o objetivo de divulgar informações epidemiológicas referentes à microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central (SNC), previstas nas definições vigentes do protocolo de vigilância em saúde.

Este boletim tem como objetivos: (i) apresentar a situação epidemiológica dos casos e óbitos suspeitos de alterações no crescimento e desenvolvimento possivelmente relacionadas à infecção congênita notificados ao MS; e (ii) divulgar informações relacionadas à atenção à saúde dos recém-nascidos e crianças notificados, no âmbito da ESPIN. Nesta

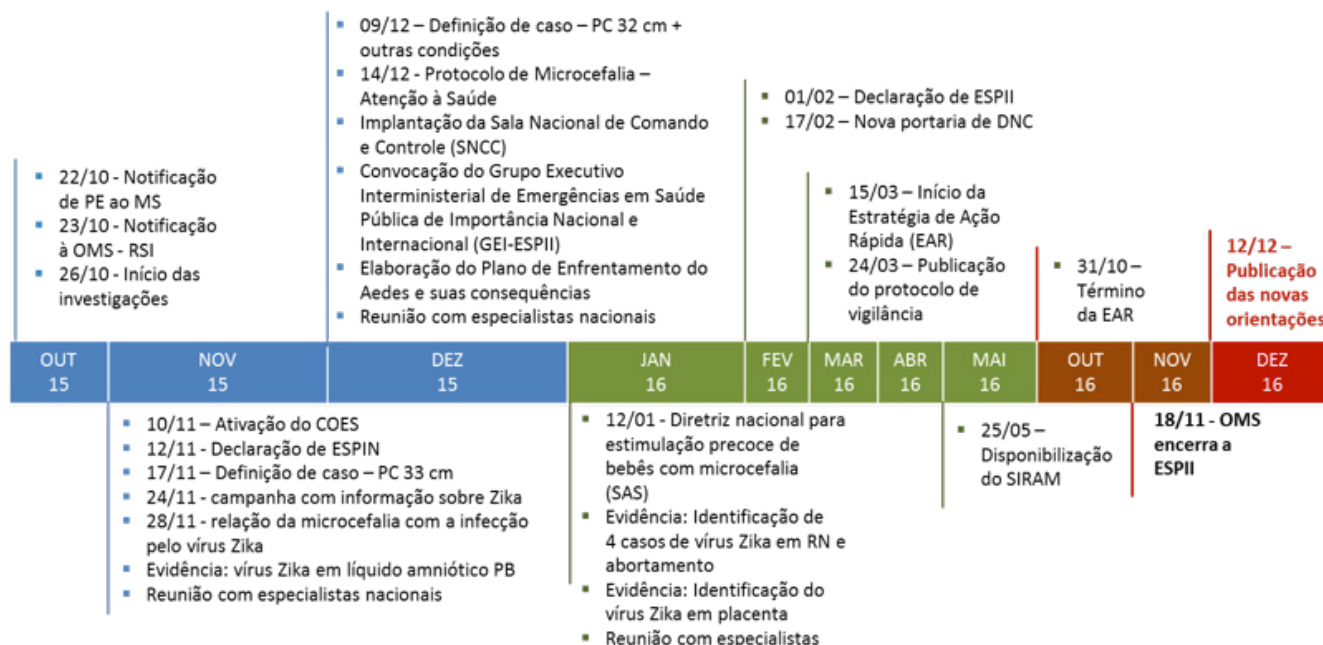


Figura 1 – Linha do tempo dos principais eventos relacionados à emergência de saúde pública de importância nacional por alteração do padrão de ocorrência de microcefalia no Brasil, 2015 e 2016

primeira edição, são apresentadas análises da situação epidemiológica referentes aos períodos de 2015-16 e 2017, bem como o balanço da Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia (EAR).

Situação epidemiológica

Os dados analisados para a produção deste boletim foram extraídos do Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP-Microcefalia), no dia 18 de janeiro de 2017, às 10h (horário de Brasília). Foram consideradas todas as notificações entre as semanas epidemiológicas 45/2015 e 2/2017 (8/11/2015 a 14/01/2017). A versão preliminar das tabelas e gráficos foi encaminhada previamente para as Secretarias Estaduais de Saúde, responsáveis pela validação das informações aqui apresentadas.

Foram considerados os casos e óbitos suspeitos de alterações no crescimento e desenvolvimento relacionados à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas. As notificações de 2015-2016 foram realizadas na vigência do “Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central”, cuja versão 2.1 foi publicada em 24 de março de 2016. Em 12 de dezembro de 2016, foi publicada a versão preliminar do documento “Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional”. Os serviços de vigilância e atenção

à saúde estão em processo de adoção das novas definições de caso, que passam a ser consideradas para os casos notificados em 2017, bem como para aqueles que se encontravam em investigação na semana epidemiológica (SE) 1 de 2017.

Notificações de recém-nascidos e crianças

A Tabela 1 apresenta a distribuição das notificações de recém-nascidos e crianças, segundo classificação final, no período de 2015-2016. Ao todo, foram notificados 10.232 casos suspeitos de recém-nascidos e crianças, dos quais 2.829 (27,7%) ainda permaneciam em investigação na SE 2/2017. Entre os casos notificados, 5.159 (50,4%) foram descartados, 2.205 (21,5%) foram confirmados e 39 (0,4%) foram classificados como prováveis para relação com infecção congênita durante a gestação. A maioria dos casos notificados concentra-se na região Nordeste do país (65,7%), seguindo-se as regiões Sudeste (20,6%) e Centro-Oeste (6,5%). Os cinco estados com maior número de casos notificados são Pernambuco (21,3%), Bahia (14,3%), Paraíba (9,0%), São Paulo (8,1%) e Rio de Janeiro (7,8%).

A Figura 2 apresenta o comparativo das notificações de recém-nascidos e crianças registradas nos anos de 2015 e 2016. Observa-se um pico de notificações no mês de novembro de 2015, com posterior redução até o mês de abril de 2016. Tem-se, então, uma estabilização no número mensal de notificações até o mês de agosto,

© 1969. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Comitê Editorial

Adeilson Loureiro Cavalcante, Sônia Maria Feitosa Brito, Maria Terezinha Villela de Almeida, Adele Schwartz Benzaken, Eduardo Hage Carmo, Elisete Duarte, Geraldo da Silva Ferreira, Daniela Buosi Rohlf, Márcia Beatriz Dieckmann Turcato, Maria de Fátima Marinho de Souza.

Equipe Editorial

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviço/SVS/MS: Marcio Henrique de Oliveira Garcia e Thereza de Lamare Franco Netto (Editores Científicos), Alessandra Viana Cardoso e Lúcia Rolim Santana de Freitas (Editoras Assistentes).

Colaboradores

Gabinete da Secretaria de Atenção à Saúde/MS: Mariana Bertol Leal

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/SAS/MS: Daniel Bruno Biagioni, Junia Valeria Quiroga da Cunha, Marise Oliveira e Silva Primo.

Coordenação Geral de Vigilância e Resposta/DEVIT/SVS/MS: Andressa Bolzan Degaut, Elionardo Andrade Resende, Giovanni Vinícius Araújo de França, Tiago Bahia Fontana.

Secretaria Executiva

Raíssa Christóforo (CGDEP/SVS)

Projeto gráfico e distribuição eletrônica

Núcleo de Comunicação/SVS

Diagramação

Thaísa Abreu Oliveira (CGDEP/SVS)

Revisão de texto

Maria Irene Lima Mariano (CGDEP/SVS)

Tabela 1 – Distribuição das notificações de recém-nascidos e crianças com alterações no crescimento e desenvolvimento possivelmente relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, segundo classificação final, da Semana Epidemiológica 45/2015 até a Semana Epidemiológica 52/2016, por região e Unidade da Federação, Brasil, 2015-2016

Região/Unidade da Federação	Casos acumulados 2015-2016					
	Casos notificados		Classificação final			
	n	%	Em investigação	Confirmado	Provável	Descartado
Centro-Oeste	660	6,5	188	129	-	343
Distrito Federal	71	0,7	7	13	-	51
Goiás	216	2,1	62	38	-	116
Mato Grosso	319	3,1	115	52	-	152
Mato Grosso do Sul	54	0,5	4	26	-	24
Nordeste	6.722	65,7	1.417	1.709	1	3.595
Alagoas	371	3,6	51	86	-	234
Bahia	1.460	14,3	545	420	-	495
Ceará	563	5,5	129	109	-	325
Maranhão	308	3,0	71	157	-	80
Paraíba	923	9,0	178	186	1	558
Pernambuco	2.176	21,3	269	399	-	1.508
Piauí	199	1,9	12	99	-	88
Rio Grande do Norte	456	4,5	106	126	-	224
Sergipe	266	2,6	56	127	-	83
Norte	515	5,0	225	79	-	211
Acre	52	0,5	13	2	-	37
Amapá	17	0,2	2	10	-	5
Amazonas	57	0,6	18	25	-	14
Pará	112	1,1	92	8	-	12
Rondônia	45	0,4	16	12	-	17
Roraima	32	0,3	6	12	-	14
Tocantins	200	2,0	78	10	-	112
Sudeste	2.111	20,6	962	264	37	848
Espírito Santo	218	2,1	75	23	5	115
Minas Gerais	265	2,6	224	18	-	23
Rio de Janeiro	798	7,8	358	170	-	270
São Paulo	830	8,1	305	53	32	440
Sul	224	2,2	37	24	1	162
Paraná	46	0,4	6	1	-	39
Rio Grande do Sul	167	1,6	31	18	-	118
Santa Catarina	11	0,1	-	5	1	5
Brasil	10.232	100,0	2.829	2.205	39	5.159

Fonte: Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP-Microcefalia).

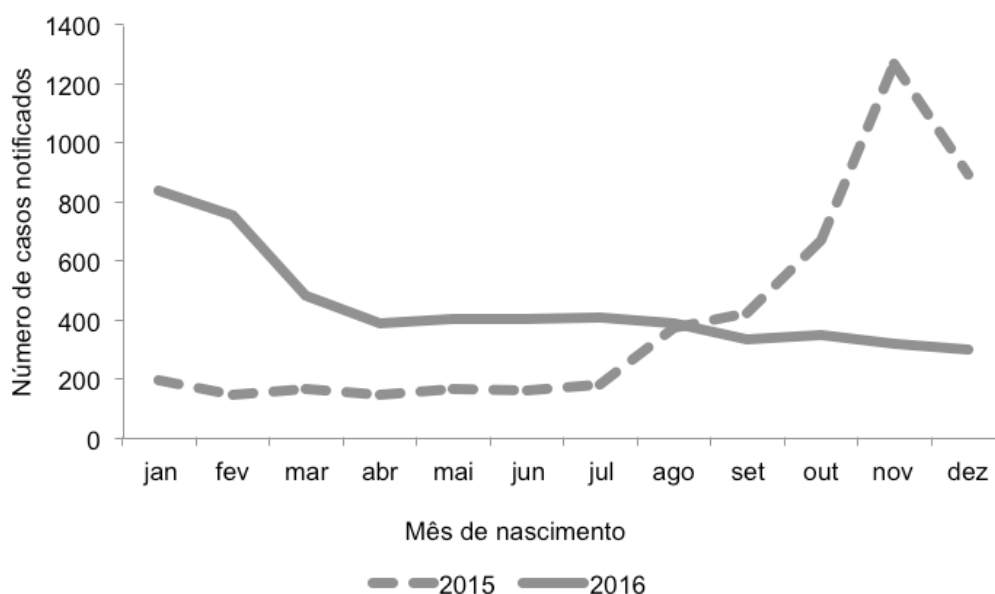
Nota: Os dados do RESP-Microcefalia são atualizados de forma contínua pelos gestores em cada estado. Assim, pode haver diferenças em relação aos dados publicados no *Informe Epidemiológico nº 57 do COES-Microcefalia*, referente à Semana Epidemiológica 52/2016 (25 a 31/12/2016).

Dados extraídos em 18/01/2017, às 10h (horário de Brasília).

Dados sujeitos a alteração.

quando volta a cair. O cumulativo de casos de recém-nascidos e crianças notificados por mês de notificação em 2015-2016 é apresentado na Figura 3, bem como o incremento percentual mensal. Observa-se um incremento substancial de casos

entre os meses de novembro e dezembro de 2015, com posterior redução em 2016 e manutenção de incrementos inferiores a 5% a partir de maio do mesmo ano. No último trimestre de 2016, foram registrados consecutivamente incrementos de 3%,



Fonte: Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP-Microcefalia).
Dados extraídos em 18/01/2017, às 10h (horário de Brasília).

Figura 2 – Notificações de recém-nascidos e crianças com alterações no crescimento e desenvolvimento possivelmente relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, por mês de nascimento, da Semana Epidemiológica 01/2015 até a Semana Epidemiológica 52/2016, Brasil, 2015-2016 (n=10.166)

indicando uma manutenção no número de casos novos notificados mensalmente.

A distribuição das notificações de recém-nascidos e crianças, segundo classificação final, nas semanas epidemiológicas 1 e 2 de 2017, são apresentadas na Tabela 2. Neste período, foram notificados 84 casos suspeitos de recém-nascidos e crianças, dos quais 75 (89,3%) se encontram em investigação. Entre os casos notificados, 8 foram descartados e 1 foi confirmado. A maioria dos casos notificados concentra-se na região Sudeste do país (44,0%), seguida das regiões Nordeste (38,1%) e Norte (9,5%). Os cinco estados com maior número de casos notificados são Minas Gerais (13 casos), São Paulo (12 casos), Pernambuco (11 casos), Rio de Janeiro (8 casos) e Alagoas (7 casos).

Notificações de fetos, abortos espontâneos e natimortos

A Tabela 3 apresenta a distribuição das notificações de fetos, abortos espontâneos e natimortos, total e por classificação final, no período de 2015-2016. Ao todo, foram notificados 664 casos suspeitos, dos quais 317 (47,8%) ainda permaneciam em investigação na SE 2/2017. Entre os casos notificados, 180 (27,1%) foram confirmados, 155 (23,3%) foram descartados e 12

(1,8%) foram classificados como prováveis para relação com infecção congênita durante a gestação. A maioria dos casos notificados concentra-se na região Nordeste do país (43,8%), seguida das regiões Sudeste (36,1%) e Centro-Oeste (8,7%). Os cinco estados com maior número de casos notificados são: São Paulo (86 casos), Pernambuco (81 casos), Ceará (79 casos), Rio de Janeiro (64 casos) e Bahia (61 casos).

A distribuição das notificações de fetos, abortos espontâneos e natimortos, segundo classificação final, nas SEs 1 e 2 de 2017, é apresentada na Tabela 4. Neste período, no Brasil foram notificados 9 casos suspeitos, e todos encontram-se em investigação. A maioria dos casos concentra-se na região Sudeste do país (7 casos), todos no Estado de Minas Gerais. Os demais casos foram notificados pelos estados de Mato Grosso (1 caso) e Alagoas (1 caso).

Óbito fetal e neonatal

A Tabela 5 apresenta a distribuição das notificações de óbitos fetais e neonatais no período de 2015-2016. Vale ressaltar que se trata de todos os casos que evoluíram para óbito, contabilizados entre os casos notificados. Ao todo, foram notificados 602 óbitos suspeitos, dos quais 259 (43,0%) ainda permaneciam em investigação na

SE 2/2017. Entre os casos notificados, 206 (34,2%) foram confirmados, 130 foram descartados (21,6%) e 7 (1,2%) foram classificados como prováveis para relação com infecção congênita durante a gestação. A maioria dos óbitos notificados concentra-se na região Nordeste do país (57,8%), seguida das regiões Sudeste (21,4%) e Norte (8,3%). Os cinco estados com maior número de casos notificados são Pernambuco (18,3%), Bahia (9,1%), Rio de Janeiro (9,1%), Ceará (8,3%) e São Paulo (6,5%). Nas SEs 1 e 2/2017, foram notificados dois óbitos, um no estado da Bahia e outro no Rio Grande do Sul, estando o primeiro classificado como confirmado, enquanto o segundo se encontra em investigação (dados não apresentados em tabela).

Casos e óbitos por município

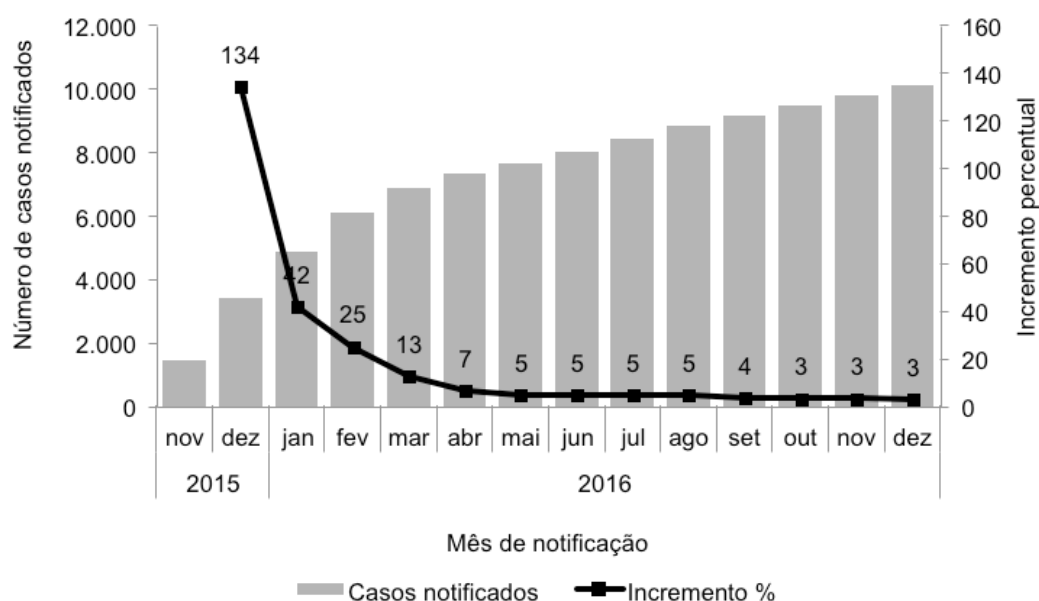
A Tabela 6 apresenta a distribuição dos municípios com casos e óbitos notificados no período de 2015-2016, por região e Unidade da Federação (UF), e a Figura 4 apresenta a distribuição espacial desses municípios. Quase um terço dos municípios brasileiros (33,2%) apresenta pelo menos um caso suspeito notificado. Porém, menos da metade desses apresenta casos confirmados (40,8%). A região Nordeste é a que apresenta maior número de municípios com casos e óbitos, notificados e

confirmados, sendo afetados 1.049 (58,5%) dos 1.794 municípios da região. Padrão semelhante se observa para os municípios com casos notificados em 2017, concentrando-se nas regiões Sudeste (30 municípios) e Nordeste (27 municípios) (Tabela 7).

A Figura 5 apresenta a distribuição espacial dos casos confirmados de recém-nascidos e crianças por 10 mil nascidos vivos, por município de residência da mãe. O cálculo dos casos confirmados por 10 mil nascidos vivos considerou, como denominador, a média de nascimentos por município no período de 2010-2014, extraídos do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc (CGIAE/DANTPS/SVS/MS). No ano de 2015, os municípios com elevada ocorrência de casos confirmados (>20 casos por 10 mil municípios) concentravam-se na região Nordeste, com alguns municípios isolados nos estados de Mato Grosso, Goiás, São Paulo, Tocantins, Amapá e Roraima. Em 2016, observa-se que houve uma maior dispersão dos casos, estando os municípios com maior ocorrência (/10 mil nascidos vivos) localizados nos estados de Mato Grosso, Paraíba, Piauí e Sergipe.

Balanco da Estratégia de Ação Rápida

Considerando-se o complexo cenário epidêmico e a demanda de esforço conjunto de todo o Sistema Único de Saúde (SUS) para identificação



Fonte: Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP-Microcefalia).
Dados extraídos em 18/01/2017, às 10h (horário de Brasília).

Figura 3 – Casos notificados de recém-nascidos e crianças com alterações no crescimento e desenvolvimento possivelmente relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas e incremento percentual de casos, por mês de notificação, de novembro de 2015 a dezembro de 2016, Brasil, 2015-2016 (n=10.123)

Tabela 2 – Distribuição dos casos notificados de recém-nascidos e crianças com alterações no crescimento e desenvolvimento possivelmente relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, segundo classificação final, nas semanas epidemiológicas 1 e 2, por região e Unidade da Federação, Brasil, 2017

Região/Unidade da Federação	Total de Casos acumulados 2017 (até a SE 02)					
	Casos notificados		Classificação final			
	n	%	Em investigação	Confirmado	Provável	Descartado
Centro-Oeste	5	6,0	5	-	-	-
Distrito Federal	-	-	-	-	-	-
Goiás	4	4,8	4	-	-	-
Mato Grosso	-	-	-	-	-	-
Mato Grosso do Sul	1	1,2	1	-	-	-
Nordeste	32	38,1	30	1	-	1
Alagoas	7	8,3	7	-	-	-
Bahia	5	6,0	3	1	-	1
Ceará	2	2,4	2	-	-	-
Maranhão	2	2,4	2	-	-	-
Paraíba	2	2,4	2	-	-	-
Pernambuco	11	13,1	11	-	-	-
Piauí	-	-	-	-	-	-
Rio Grande do Norte	1	1,2	1	-	-	-
Sergipe	2	2,4	2	-	-	-
Norte	8	9,5	8	-	-	-
Acre	-	-	-	-	-	-
Amapá	-	-	-	-	-	-
Amazonas	2	2,4	2	-	-	-
Pará	-	-	-	-	-	-
Rondônia	-	-	-	-	-	-
Roraima	-	-	-	-	-	-
Tocantins	6	7,1	6	-	-	-
Sudeste	37	44,0	30	-	-	7
Espírito Santo	4	4,8	4	-	-	-
Minas Gerais	13	15,5	10	-	-	3
Rio de Janeiro	8	9,5	8	-	-	-
São Paulo	12	14,3	8	-	-	4
Sul	2	2,4	2	-	-	-
Paraná	-	-	-	-	-	-
Rio Grande do Sul	2	2,4	2	-	-	-
Santa Catarina	-	-	-	-	-	-
Brasil	84	100,0	75	1	-	8

Fonte: Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP-Microcefalia).
Dados extraídos em 18/01/2017, às 10h (horário de Brasília).
Dados sujeitos a alteração.

da etiologia e adoção de medidas para controle da ocorrência de microcefalia, principalmente em alguns estados da região Nordeste, identificou-se a necessidade de se estabelecer um plano de resposta a esse cenário, com a criação de uma estratégia de acompanhamento e suporte às gestantes, puérperas, crianças e suas famílias.

Em fevereiro de 2016, a Instrução Operacional Conjunta nº 01-MS-MDSm estabeleceu procedimentos e rotinas conjuntas de atenção às famílias no âmbito do SUS e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no enfrentamento ao mosquito *Aedes aegypti* e na atenção às famílias com casos de crianças microcefálicas.

Dada a necessidade de esclarecer os casos suspeitos de microcefalia por meio de laudo médico e garantir o acesso assistencial a exames, consultas e tratamentos especializados, bem como o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na Atenção Básica à Saúde, foi publicada a Portaria Interministerial nº 405, de 15 de março de 2016, instituindo a Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção

à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia (EAR), destinando recursos financeiros federais adicionais aos já disponíveis nos tetos financeiros de estados e municípios de média e alta complexidade no formato de incentivo. O público-alvo inicial da EAR foram 4.976 crianças em todo o território nacional. Esse número, e a sua distribuição entre as UFs, foi definido considerando-se o somatório de casos de

Tabela 3 – Distribuição das notificações de fetos com alterações no sistema nervoso central, abortos espontâneos e natimortos possivelmente relacionados à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, total e por classificação final, da Semana Epidemiológica 45/2015 até a Semana Epidemiológica 52/2016, por região e Unidade da Federação, Brasil, 2015-2016

Região/Unidade da Federação	Casos acumulados 2015-2016					
	Casos notificados		Classificação final			
	n	%	Em investigação	Confirmado	Provável	Descartado
Centro-Oeste	58	8,7	30	17	-	11
Distrito Federal	-	-	-	-	-	-
Goiás	24	3,6	10	10	-	4
Mato Grosso	32	4,8	20	5	-	7
Mato Grosso do Sul	2	0,3	-	2	-	-
Nordeste	291	43,8	125	108	5	53
Alagoas	6	0,9	1	4	-	1
Bahia	61	9,2	39	15	3	4
Ceará	79	11,9	23	43	-	13
Maranhão	20	3,0	2	12	-	6
Paraíba	12	1,8	1	7	2	2
Pernambuco	81	12,2	54	9	-	18
Piauí	2	0,3	1	1	-	-
Rio Grande do Norte	26	3,9	2	16	-	8
Sergipe	4	0,6	2	1	-	1
Norte	36	5,4	12	15	-	9
Acre	-	-	-	-	-	-
Amapá	1	0,2	-	1	-	-
Amazonas	6	0,9	3	3	-	-
Pará	3	0,5	3	-	-	-
Rondônia	1	0,2	1	-	-	-
Roraima	1	0,2	-	1	-	-
Tocantins	24	3,6	5	10	-	9
Sudeste	240	36,1	138	37	7	58
Espírito Santo	47	7,1	23	13	4	7
Minas Gerais	43	6,5	41	1	-	1
Rio de Janeiro	64	9,6	39	10	-	15
São Paulo	86	13,0	35	13	3	35
Sul	39	5,9	12	3	-	24
Paraná	10	1,5	2	2	-	6
Rio Grande do Sul	23	3,5	9	-	-	14
Santa Catarina	6	0,9	1	1	-	4
Brasil	664	100,0	317	180	12	155

Fonte: Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP-Microcefalia).

Nota: Os dados do RESP-Microcefalia são atualizados de forma contínua pelos gestores em cada estado. Assim, pode haver diferenças em relação aos dados publicados no *Informe Epidemiológico* nº 57 do COES-Microcefalia, referente à Semana Epidemiológica 52/2016 (25 a 31/12/2016).

Dados extraídos em 18/01/2017, às 10h (horário de Brasília).

Dados sujeitos a alteração.

Tabela 4 – Distribuição das notificações de fetos com alterações no sistema nervoso central, abortos espontâneos e natimortos possivelmente relacionados à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, total e por classificação final, nas Semanas Epidemiológicas 1 e 2, por região e Unidade da Federação, Brasil, 2017

Região/Unidade da Federação	Casos acumulados 2017 (até a SE 02)					
	Casos notificados		Classificação final			
	n	%	Em investigação	Confirmado	Provável	Descartado
Centro-Oeste	1	11,1	1	-	-	-
Distrito Federal	-	-	-	-	-	-
Goiás	-	-	-	-	-	-
Mato Grosso	1	11,1	1	-	-	-
Mato Grosso do Sul	-	-	-	-	-	-
Nordeste	1	11,1	1	-	-	-
Alagoas	1	11,1	1	-	-	-
Bahia	-	-	-	-	-	-
Ceará	-	-	-	-	-	-
Maranhão	-	-	-	-	-	-
Paraíba	-	-	-	-	-	-
Pernambuco	-	-	-	-	-	-
Piauí	-	-	-	-	-	-
Rio Grande do Norte	-	-	-	-	-	-
Sergipe	-	-	-	-	-	-
Norte	-	-	-	-	-	-
Acre	-	-	-	-	-	-
Amapá	-	-	-	-	-	-
Amazonas	-	-	-	-	-	-
Pará	-	-	-	-	-	-
Rondônia	-	-	-	-	-	-
Roraima	-	-	-	-	-	-
Tocantins	-	-	-	-	-	-
Sudeste	7	77,8	7	-	-	-
Espírito Santo	-	-	-	-	-	-
Minas Gerais	7	77,8	7	-	-	-
Rio de Janeiro	-	-	-	-	-	-
São Paulo	-	-	-	-	-	-
Sul	-	-	-	-	-	-
Paraná	-	-	-	-	-	-
Rio Grande do Sul	-	-	-	-	-	-
Santa Catarina	-	-	-	-	-	-
Brasil	9	100,0	9	-	-	-

Fonte: Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP-Microcefalia).
Dados extraídos em 18/01/2017, às 10h (horário de Brasília).
Dados sujeitos a alteração.

microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central “em investigação” e casos “confirmados”, de 2015 a 2016, constantes do Informe Epidemiológico nº 16.

Os objetivos principais da EAR foram: (i) esclarecer, no menor tempo e com o menor esforço das famílias, o diagnóstico de todos os casos suspeitos, otimizando o uso da capacidade instalada de saúde pública disponível; e (ii) orientar a continuidade da atenção à saúde de todas as

crianças com diagnóstico conclusivo ou excluído. Foram objetivos específicos da EAR: identificar e localizar os casos suspeitos de microcefalia notificados como “em investigação” e “investigados e confirmados”; prover a confirmação ou exclusão de diagnóstico dos casos notificados como em investigação; prover a assistência adequada para todos os casos com diagnóstico definido, na puericultura, estimulação precoce e atenção especializada neurológica, oftalmológica, auditiva

Tabela 5 – Distribuição dos óbitos fetais e neonatais possivelmente relacionados à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, total e por classificação final, da Semana Epidemiológica 45/2015 até a Semana Epidemiológica 52/2016, por região e Unidade da Federação, Brasil, 2015-2016

Região/Unidade da Federação	Óbitos acumulados 2015-2016					
	Óbitos notificados		Classificação final			
	n	%	Em investigação	Confirmado	Provável	Descartado
Centro-Oeste	48	8,0	22	15	-	11
Distrito Federal	3	0,5	1	1	-	1
Goiás	17	2,8	8	4	-	5
Mato Grosso	25	4,2	13	8	-	4
Mato Grosso do Sul	3	0,5	-	2	-	1
Nordeste	348	57,8	167	139	4	38
Alagoas	18	3,0	10	6	-	2
Bahia	55	9,1	17	35	1	2
Ceará	50	8,3	21	25	-	4
Maranhão	21	3,5	4	10	-	7
Paraíba	28	4,7	-	16	3	9
Pernambuco	110	18,3	99	9	-	2
Piauí	14	2,3	-	8	-	6
Rio Grande do Norte	38	6,3	11	23	-	4
Sergipe	14	2,3	5	7	-	2
Norte	50	8,3	16	24	-	10
Acre	4	0,7	2	1	-	1
Amapá	4	0,7	1	3	-	-
Amazonas	3	0,5	2	1	-	-
Pará	9	1,5	9	-	-	-
Rondônia	7	1,2	-	5	-	2
Roraima	2	0,3	-	2	-	-
Tocantins	21	3,5	2	12	-	7
Sudeste	129	21,4	53	26	3	47
Espírito Santo	19	3,2	5	7	3	4
Minas Gerais	16	2,7	12	2	-	2
Rio de Janeiro	55	9,1	21	13	-	21
São Paulo	39	6,5	15	4	-	20
Sul	27	4,5	1	2	-	24
Paraná	6	1,0	1	1	-	4
Rio Grande do Sul	20	3,3	-	-	-	20
Santa Catarina	1	0,2	-	1	-	-
Brasil	602	100,0	259	206	7	130

Fonte: Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP-Microcefalia).

Nota: Os dados do RESP-Microcefalia são atualizados de forma contínua pelos gestores em cada estado. Assim, pode haver diferenças em relação aos dados publicados no *Informe Epidemiológico nº 57 do COES-Microcefalia*, referente à Semana Epidemiológica 52/2016 (25 a 31/12/2016).

Dados extraídos em 18/01/2017, às 10h (horário de Brasília).

Dados sujeitos a alteração.

e outras necessárias, conforme os protocolos assistenciais estabelecidos pelo MS; e prover o apoio e a proteção social aos casos de crianças suspeitas ou confirmadas e suas famílias.

Em março de 2016, a Instrução Operacional Conjunta nº 01-MS-MDSn orientou, operacionalmente e de forma complementar à Portaria Interministerial, os gestores do SUS e do SUAS para promover o desenvolvimento das ações

necessárias à implementação da EAR e o alcance de seus objetivos.

A EAR foi um dispositivo importante para apoiar as Unidades da Federação (UFs) na organização de uma resposta mais eficiente na organização da rede assistencial, viabilizando maior agilidade no diagnóstico e encaminhamento adequado das crianças. Desde o início da EAR, 22 estados realizaram reuniões das Comissões Intergestores

Bipartites (CIBs) para tratar do conteúdo da referida Portaria, bem como para chegar às melhores estratégias de atenção de acordo com os objetivos propostos, definindo responsabilidades de estados e municípios, divisão do incentivo financeiro quando acordado e serviços de saúde de referência para emissão do laudo circunstanciado.

A vigência original da EAR foi de 15 de março a 31 de maio de 2016. Contudo, visando

a continuidade das ações e concretização dos resultados esperados, julgou-se necessário uma prorrogação de sessenta dias (Portaria Interministerial nº 1.115, de 3 de junho de 2016) e em outubro houve uma segunda prorrogação de noventa dias a contar de 31 de julho de 2016. (Portaria Interministerial nº 2.209 de 26 de outubro de 2016). Sendo assim a vigência total da EAR foi de 15 de março a 31 de outubro de 2016.

Tabela 6 – Distribuição dos municípios com casos e óbitos possivelmente relacionados à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, notificados e confirmados, da Semana Epidemiológica 45/2015 até a Semana Epidemiológica 52/2016, por região e Unidade da Federação, Brasil, 2015-2016

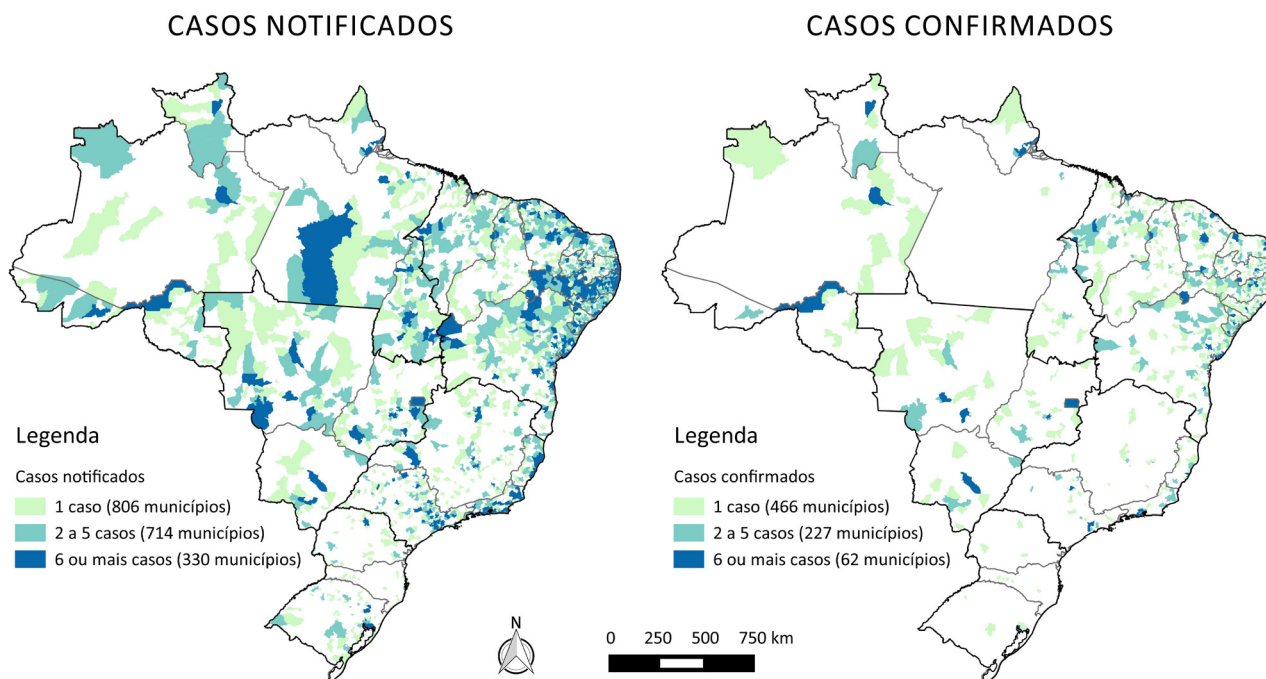
Região/Unidade da Federação	Dados acumulados 2015-2016			
	Municípios com casos		Municípios com óbitos	
	Notificados (n)	Confirmados (n)	Notificados (n)	Confirmados (n)
Centro-Oeste	129	53	26	8
Distrito Federal	1	1	1	1
Goiás	52	22	12	2
Mato Grosso	57	18	12	4
Mato Grosso do Sul	19	12	1	1
Nordeste	1.049	569	200	87
Alagoas	76	40	16	5
Bahia	215	100	28	17
Ceará	116	56	26	15
Maranhão	97	61	17	7
Paraíba	144	72	19	13
Pernambuco	177	106	57	9
Piauí	77	44	10	5
Rio Grande do Norte	91	47	18	11
Sergipe	56	43	9	5
Norte	170	40	34	16
Acre	10	1	2	1
Amapá	4	4	2	2
Amazonas	15	10	3	1
Pará	46	3	9	
Rondônia	15	6	6	4
Roraima	9	4	1	1
Tocantins	71	12	11	7
Sudeste	381	74	62	11
Espírito Santo	35	12	8	4
Minas Gerais	116	16	13	2
Rio de Janeiro	60	20	19	2
São Paulo	170	26	22	3
Sul	121	19	20	2
Paraná	37	3	5	1
Rio Grande do Sul	68	10	14	
Santa Catarina	16	6	1	1
Brasil	1.850	755	342	124

Fonte: Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP-Microcefalia).

Nota: Os dados do RESP-Microcefalia são atualizados de forma contínua pelos gestores em cada estado. Assim, pode haver diferenças em relação aos dados publicados no *Informe Epidemiológico* nº 57 do COES-Microcefalia, referente à Semana Epidemiológica 52/2016 (25 a 31/12/2016).

Dados extraídos em 18/01/2017, às 10h (horário de Brasília).

Dados sujeitos a alteração.



Fonte: Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP-Microcefalia).

Nota: Os dados do RESP-Microcefalia são atualizados de forma contínua pelos gestores em cada estado. Assim, pode haver diferenças em relação aos dados publicados no *Informe Epidemiológico* nº 57 do COES-Microcefalia, referente à Semana Epidemiológica 52/2016 (25 a 31/12/2016). Dados extraídos em 18/01/2017, às 10h (horário de Brasília). Dados sujeitos a alteração.

Figura 4 – Municípios com casos notificados e confirmados possivelmente relacionados à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, da Semana Epidemiológica 45/2015 até a Semana Epidemiológica 52/2016, Brasil, 2015-2016

Dentre as ações desenvolvidas no âmbito da EAR, inclui-se a realização de videoconferências com as Coordenações de Saúde da Criança, da Mulher, Saúde da Pessoa com Deficiência, da Atenção Básica e da Vigilância em Saúde de todas as UF's e suas capitais com objetivo de promover a celeridade das medidas de prevenção e de cuidado e apoio à organização de redes e definições de fluxos assistenciais. Entre outras atividades, também foram realizadas 18 visitas técnicas em todos os estados da região nordeste e aos estados de Tocantins, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás, Espírito Santo e Minas Gerais. Uma listagem mais abrangente das ações desenvolvidas está apresentada na última seção deste Boletim.

A seguir são apresentadas informações sobre as notificações e cuidados dos casos acompanhados pelos estados no âmbito da EAR.

Identificação e acompanhamento de casos no âmbito da EAR

O monitoramento dos casos acompanhados pela EAR foi realizado por meio de planilhas preenchidas semanalmente pelas Secretarias Estaduais de Saúde, informando ao MS

classificação dos casos identificados quanto ao diagnóstico de microcefalia bem como a atenção à saúde das crianças. O registro de crianças nas planilhas encaminhadas pelas UF's se deu independente da causa da microcefalia. Ou seja, esse registro diferencia da notificação presente no Informe Epidemiológico, regularmente publicado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) entre 2015 e 2016.

A situação dos casos identificados pelas planilhas foi classificada em três categorias básicas: confirmados, descartados ou em investigação. É importante enfatizar que a EAR dedicou-se à microcefalia, portanto essas categorias se referem ao diagnóstico de microcefalia independente da causa dessa anomalia; portanto, independente da relação da microcefalia com causas infecciosas. Assim, os casos confirmados são crianças com diagnóstico positivo de microcefalia seguindo os protocolos vigentes de mensuração e avaliação do perímetro cefálico e exames de imagem (ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética); casos descartados são crianças com diagnóstico negativo à microcefalia; casos em investigação aguardam diagnóstico.

Tabela 7 – Distribuição dos municípios com casos e óbitos possivelmente relacionados à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, notificados e confirmados, nas Semanas Epidemiológicas 1 e 2, por região e Unidade da Federação, Brasil, 2017

Região/Unidade da Federação	Dados acumulados 2017 (até a SE 02)			
	Municípios com casos		Municípios com óbitos	
	Notificados (n)	Confirmados (n)	Notificados (n)	Confirmados (n)
Centro-Oeste	6	-	-	-
Distrito Federal	-	-	-	-
Goiás	4	-	-	-
Mato Grosso	1	-	-	-
Mato Grosso do Sul	1	-	-	-
Nordeste	27	1	1	1
Alagoas	7	-	-	-
Bahia	3	1	1	1
Ceará	2	-	-	-
Maranhão	2	-	-	-
Paraíba	2	-	-	-
Pernambuco	8	-	-	-
Piauí	-	-	-	-
Rio Grande do Norte	1	-	-	-
Sergipe	2	-	-	-
Norte	7	-	-	-
Acre	-	-	-	-
Amapá	-	-	-	-
Amazonas	1	-	-	-
Pará	-	-	-	-
Rondônia	-	-	-	-
Roraima	-	-	-	-
Tocantins	6	-	-	-
Sudeste	30	-	-	-
Espírito Santo	3	-	-	-
Minas Gerais	12	-	-	-
Rio de Janeiro	3	-	-	-
São Paulo	12	-	-	-
Sul	2	-	1	-
Paraná	-	-	-	-
Rio Grande do Sul	2	-	1	-
Santa Catarina	-	-	-	-
Brasil	72	1	2	1

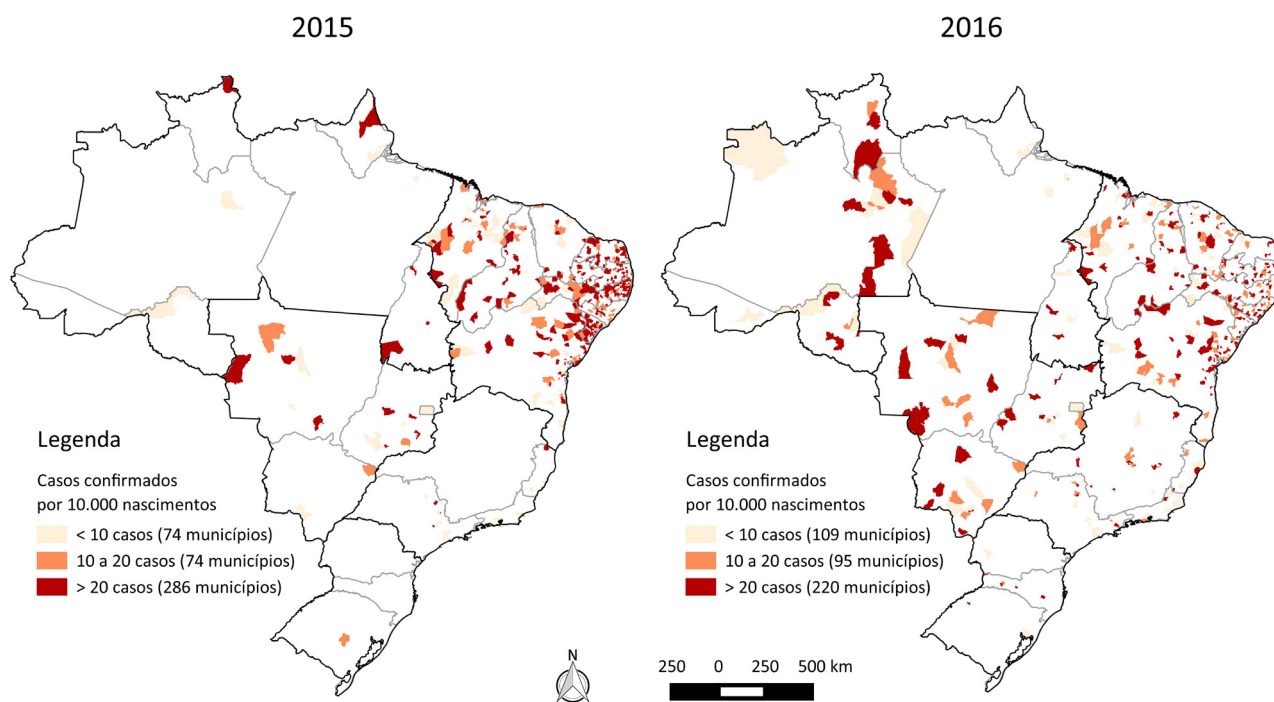
Fonte: Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP-Microcefalia).
Dados extraídos em 18/01/2017, às 10h (horário de Brasília).
Dados sujeitos a alteração.

Vigente entre março e outubro de 2016, a EAR registrou em seu monitoramento 9.770 casos com suspeita de microcefalia até 11 de novembro de 2016. A descrição apresentada neste balanço da EAR, salvo menção contrária, faz referência a dados de 11 de novembro de 2016.

No total de casos identificados pela EAR, 2.347 (24,0%) casos foram diagnosticados com microcefalia, 4.401 (45,0%) descartados e 3.022 (30,9%) permaneciam em investigação na data de referência (Tabela 8).

Os casos identificados se concentraram na região Nordeste (67,7%), seguido pelas regiões Sudeste (20,2%), Centro-Oeste (5,1%), Norte (5,0%) e Sul (2,0%). Na região Nordeste, destacaram-se os estados de Pernambuco, com 2.163, Bahia, 1.387 e Paraíba, com 920 casos. Juntos, os três estados referidos concentraram 45,8% do total de casos registrados na EAR.

Os casos confirmados com microcefalia estavam concentrados na região Nordeste (73,7%). Os estados com maior concentração dos casos



Fonte: Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP-Microcefalia).

Nota: O cálculo dos casos confirmados por 10 mil nascidos vivos considerou, como denominador, a média de nascimentos por município no período de 2010-2014, extraídos do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc (CGIAE/DANTPS/SVS/MS).

Dados extraídos em 18/01/2017, às 10h (horário de Brasília).

Dados sujeitos a alteração.

Figura 5 – Casos confirmados (/10 mil nascidos vivos) de recém-nascidos e crianças com alterações no crescimento e desenvolvimento possivelmente relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, por município de residência da mãe, Brasil, 2015 e 2016

confirmados foram Pernambuco, com 392 e Bahia, com 335 casos. Destaca-se também, o estado do Rio de Janeiro, com 234 casos confirmados. Os três estados concentraram, conjuntamente, 40,9% do total de casos confirmados.

A maioria dos casos descartados também concentraram-se na região Nordeste (72,1%). Os estados com maior concentração de casos descartados foram Pernambuco, 1.423, e Bahia, com 350 casos, sendo que juntos, concentraram 1.773 (40,3%) dos casos descartados.

Segundo a Portaria Ministerial que institui a EAR, todos os casos suspeitos devem ser, obrigatoriamente, investigados e ter seu diagnóstico esclarecido, devendo receber o encaminhamento pertinente nos serviços de saúde. No que concerne aos casos em investigação, mais uma vez a região Nordeste concentrou (56,8%) desses casos, com destaque para os estados da Bahia, com 702 e Pernambuco, com 348 casos. Na região Sudeste destacaram-se os estados de São Paulo com 422 e Rio de Janeiro, com 335 casos em investigação. Ressalta-se que esses quatro estados juntos concentraram (59,8%) dos casos do país em investigação.

Considerando os 9.770 casos com suspeita de microcefalia registrados na EAR, aproximadamente dois terços (69,1%) foram esclarecidos (confirmados e descartados) e um terço (30,9%) permaneceu em investigação (Figura 6).

Do total de casos identificados na região Nordeste, 74,1% foram esclarecidos (sendo 26,1% confirmados e 47,9% descartados). Verificou-se que o percentual de casos em investigação nesta região foi abaixo do percentual de casos em investigação do país (25,9% contra 30,9%). Dentre os estados com maior número de casos identificados da região, Pernambuco registrou 83,9% de casos esclarecidos e a Bahia, 49,4%. Nestes dois estados, os percentuais de casos que permaneciam em investigação ao final da EAR eram de 16,1% e 50,6%, respectivamente.

Considerando os casos identificados nas demais regiões, merecem destaque as regiões Sul e a Centro-Oeste que apresentaram elevados percentuais de casos esclarecidos – 81,2% e 70,9%, respectivamente. Esses percentuais foram superiores ao percentual de casos esclarecidos do país (69,1%). Já a proporção de casos descartados dessas duas

Tabela 8 – Distribuição dos casos com suspeita ou diagnóstico de microcefalia, avaliados na Estratégia de Ação Rápida, total e por classificação final, por região e Unidade da Federação, Brasil, março a outubro de 2016

Região/Unidade da Federação	Identificados		Confirmados		Descartados		Em investigação	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Centro-Oeste	502	5,1	122	5,2	234	5,3	146	4,8
Distrito Federal	14	0,1	10	0,4	1	0,0	3	0,1
Goiás	218	2,2	39	1,7	104	2,4	75	2,5
Mato Grosso	221	2,3	53	2,3	109	2,5	59	2,0
Mato Grosso do Sul	49	0,5	20	0,9	20	0,5	9	0,3
Nordeste	6.619	67,7	1.730	73,7	3.172	72,1	1.717	56,8
Alagoas	355	3,6	101	4,3	200	4,5	54	1,8
Bahia	1.387	14,2	335	14,3	350	8,0	702	23,2
Ceará	534	5,5	150	6,4	260	5,9	124	4,1
Maranhão	345	3,5	222	9,5	60	1,4	63	2,1
Paraíba	920	9,4	181	7,7	553	12,6	186	6,2
Pernambuco	2.163	22,1	392	16,7	1.423	32,3	348	11,5
Piauí	190	1,9	101	4,3	64	1,5	25	0,8
Rio Grande do Norte	469	4,8	135	5,8	205	4,7	129	4,3
Sergipe	256	2,6	113	4,8	57	1,3	86	2,8
Norte	486	5,0	133	5,7	185	4,2	168	5,6
Acre	37	0,4	4	0,2	16	0,4	17	0,6
Amapá	16	0,2	10	0,4	3	0,1	3	0,1
Amazonas	45	0,5	25	1,1	15	0,3	6	0,2
Pará	105	1,1	51	2,2	11	0,2	43	1,4
Rondônia	30	0,3	9	0,4	11	0,2	10	0,3
Roraima	32	0,3	13	0,6	14	0,3	4	0,1
Tocantins	221	2,3	21	0,9	115	2,6	85	2,8
Sudeste	1.972	20,2	325	13,8	692	15,7	955	31,6
Espírito Santo	239	2,4	24	1,0	80	1,8	135	4,5
Minas Gerais	195	2,0	49	2,1	83	1,9	63	2,1
Rio de Janeiro	804	8,2	234	10,0	235	5,3	335	11,1
São Paulo	734	7,5	18	0,8	294	6,7	422	14,0
Sul	191	2,0	37	1,6	118	2,7	36	1,2
Paraná	34	0,3	11	0,5	22	0,5	1	0,0
Santa Catarina	13	0,1	5	0,2	7	0,2	1	0,0
Rio Grande do Sul	144	1,5	21	0,9	89	2,0	34	1,1
Brasil	9.770	100,0	2.347	100,0	4.401	100,0	3.022	100,0

Fonte: Estratégia de Ação Rápida – DAPES/SAS/MS.

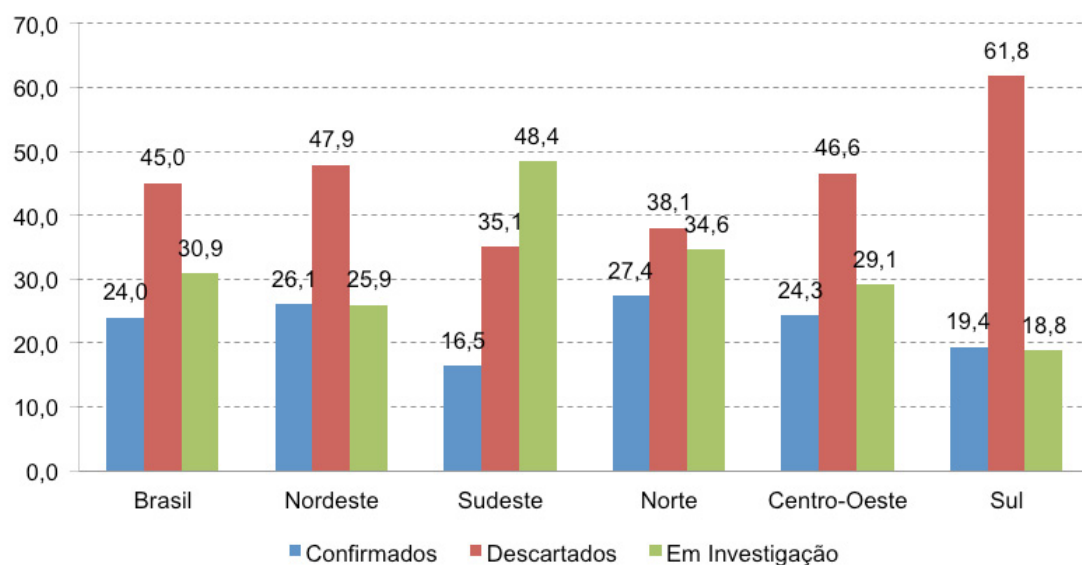
regiões foram de 61,8% e 46,6%, respectivamente. As regiões Sudeste e Norte apresentaram proporção de casos em investigação superior à nacional, respectivamente, 48,4% e 34,6%.

Atenção à saúde das crianças identificadas no âmbito da EAR

Aspecto fundamental da EAR por se tratar do encaminhamento dos casos identificados para os devidos cuidados em saúde, na rede de assistência do SUS, buscando reduzir ao máximo o comprometimento do desenvolvimento das

funções psíquicas e motoras da criança. A Portaria que regulamenta a EAR salienta a importância dos serviços de puericultura, estimulação precoce da criança e atendimento em Atenção Especializada, monitoradas mensalmente por meio de informações colhidas pelas Secretarias Estaduais em Saúde (Tabela 9).

Dos 2.327 casos confirmados de microcefalia, 1.702 (72,6%) receberam atendimento em puericultura. As crianças atendidas pela rede de saúde pública estiveram concentradas na região Nordeste, com 1.261 (53,7%) casos atendidos



Fonte: Estratégia de Ação Rápida – DAPES/SAS/MS.

Figura 6 – Distribuição percentual de casos suspeitos ou diagnosticados de microcefalia avaliados na Estratégia de Ação Rápida, segundo a classificação final, por região, Brasil, novembro de 2016

em puericultura. Destacam-se os estados de Pernambuco, com 282, Maranhão, 200, e Bahia, com 183 casos atendidos. Os três estados concentraram (39,2%) dos casos atendidos em puericultura no país.

Atendimentos em estimulação precoce foram realizados em 1.524 (64,9%) dos casos confirmados para microcefalia. A região Nordeste concentrou os atendimentos, com 1.149 (49,0%) casos. Destaque para os estados da Bahia, com 231, Maranhão, 212, e Pernambuco, com 177 casos atendidos. Os três estados concentraram 40,7% dos casos atendidos em atenção precoce no país.

Atendimentos em Atenção Especializada ocorreram em 1.898 (80,9%) dos casos confirmados para microcefalia. A região Nordeste concentrou os atendimentos, com 1.466 (62,5%) casos. Destaque, novamente, para os estados de Pernambuco, com 391, Bahia, com 238, e Maranhão, com 219 casos atendidos. Os três estados totalizaram 44,6% dos casos atendidos em Atenção Especializada no país.

Dos casos confirmados, pouco mais da metade das crianças (55,9%) receberam atendimento nos três serviços em saúde (puericultura, estimulação precoce e atendimento em atenção especializada).

Atividades desenvolvidas pelo Ministério da Saúde no âmbito da EAR

- Realizadas videoconferências com as coordenações de Saúde da Criança, da Mulher, Saúde da Pessoa com Deficiência, da Atenção

Básica e da Vigilância em Saúde das 26 UF's e o DF, bem como das capitais, com o objetivo de promover a celeridade das medidas de prevenção, cuidado e apoio à organização de redes nas definições de fluxos assistenciais. (a partir do dia 7 de janeiro de 2016 e ao longo de toda a vigência da EAR, em curso).

- Realizadas 18 visitas técnicas em todos os estados da região Nordeste e nos Estados do Tocantins, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás, Espírito Santo e Minas Gerais. Nestas visitas, foram identificados os seguintes pontos críticos: a) As informações acerca do atendimento às crianças com microcefalia ainda eram bastante frágeis e requeriam alinhamento entre vigilância e assistência, para melhor acompanhamento dos casos; b) Centralização do cuidado em serviços de atenção especializada nas capitais; e c) Necessidade de orientação para inclusão imediata da criança na estimulação precoce, mesmo sem confirmação via exame de imagem (entre 16 de fevereiro e 11 de março de 2016, subsidiando a preparação da EAR).
- Foram realizadas 5.541 teleconsultorias para apoio aos profissionais no atendimento das crianças com microcefalia - Organização do apoio do Telessaúde (até março de 2016).
- Contato da Ouvidoria do SUS com famílias de crianças com microcefalia do banco de dados do RESP para verificar o acesso aos exames

Tabela 9 – Distribuição dos casos confirmados de microcefalia avaliados na Estratégia de Ação Rápida, segundo atendimento em puericultura, estimulação precoce e atendimento especializado, por região e Unidade da Federação, Brasil, março a outubro de 2016

Região/Unidade da Federação	Confirmados para microcefalia		Atendidos em Puericultura		Atendidos em Estimulação Precoce		Atendimento Especializado	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Centro-Oeste	122	5,2	101	5,9	85	5,6	98	5,2
Distrito Federal	10	0,4	10	0,6	10	0,7	10	0,5
Goiás	39	1,7	26	1,5	19	1,2	22	1,2
Mato Grosso	53	2,3	45	2,6	37	2,4	46	2,4
Mato Grosso do Sul	20	0,9	20	1,2	19	1,2	20	1,1
Nordeste	1.730	73,7	1.261	74,1	1.149	75,4	1.466	77,2
Alagoas	101	4,3	52	3,1	89	5,8	38	2,0
Bahia	335	14,3	183	10,8	231	15,2	238	12,5
Ceará	150	6,4	114	6,7	98	6,4	105	5,5
Maranhão	222	9,5	200	11,8	212	13,9	219	11,5
Paraíba	181	7,7	128	7,5	126	8,3	171	9,0
Pernambuco	392	16,7	282	16,6	177	11,6	391	20,6
Piauí	101	4,3	96	5,6	60	3,9	101	5,3
Rio Grande do Norte	135	5,8	98	5,8	88	5,8	96	5,1
Sergipe	113	4,8	108	6,3	68	4,5	107	5,6
Norte	133	5,7	89	5,2	78	5,1	82	4,3
Acre	4	0,2	4	0,2	3	0,2	4	0,2
Amapá	10	0,4	8	0,5	6	0,4	8	0,4
Amazonas	25	1,1	18	1,1	15	1,0	17	0,9
Pará	51	2,2	35	2,1	35	2,3	38	2,0
Rondônia	9	0,4	7	0,4	8	0,5	6	0,3
Roraima	13	0,6	11	0,6	8	0,5	4	0,2
Tocantins	21	0,9	6	0,4	3	0,2	5	0,3
Sudeste	325	13,8	226	13,3	197	12,9	236	12,4
Espírito Santo	24	1,0	12	0,7	10	0,7	12	0,6
Minas Gerais	49	2,1	43	2,5	33	2,2	39	2,1
Rio de Janeiro	234	10,0	156	9,2	138	9,1	168	8,9
São Paulo	18	0,8	15	0,9	16	1,0	17	0,9
Sul	37	1,6	25	1,5	15	1,0	16	0,8
Paraná	11	0,5	7	0,4	5	0,3	5	0,3
Santa Catarina	5	0,2	2	0,1	2	0,1	3	0,2
Rio Grande do Sul	21	0,9	16	0,9	8	0,5	8	0,4
Brasil	2.347	100,0	1.702	100,0	1.524	100,0	1.898	100,0

Fonte: Estratégia de Ação Rápida – DAPES/SAS/MS.

- diagnósticos (DAPES/SAS/MS) (fevereiro e março/2016);
- Publicada a Portaria Interministerial nº 405, de 15 de março de 2016, que instituiu a Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia (EAR)i;
- Publicadas Portaria Interministerial nº 1.115, de 3 de junho de 2016j e a Portaria Interministerial nº 2.209 de 26 de outubro de 2016 que, juntas, prorrogaram o prazo final da EAR até o dia 31 de outubro de 2016k;
- Reuniões das CIBs realizadas em 22 estados para tratar do conteúdo da Portaria bem como para definir as melhores estratégias de atenção de acordo com os objetivos propostos, definindo responsabilidades de estados e municípios, divisão do incentivo financeiro quando acordado e serviços de saúde de referência para emissão do laudo circunstanciado (a partir de 15 de março).
- Publicadas instruções no DOU de 11 de abril de 2016, seção 11/04/2016 – Instrução Operacional Conjunta nº 01-MS-MDSm, de 25 de fevereiro

de 2016; e instrução Operacional Conjunta nº 02-MS-MDS, de 31 de março de 2016n.

- Formado o Grupo de Interesse Especial “Enfrentamento ao *Aedes aegypti* e doenças causadas pelo vetor SIG – ZDC”, composto pelo MS, Ministério da Educação (MEC), Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), e RNP/RUTE para enfrentamento aos agravos relacionados ao Zika, Dengue e Chikungunya. A primeira atividade realizada no dia 10 de maio de 2016 envolveu mais de 50 pessoas. E, para dar continuidade nessas atividades que visam a elaboração de diretrizes para o cuidado especializado de crianças com microcefalia e outras alterações no sistema nervoso central, esta iniciativa será integrada a Rede Nacional de Especialistas em Zika e Doenças Correlatas (RENEZIKA).
- Análise integrada da vigilância e atenção à saúde dos casos de microcefalia (11 de maio de 2016).
- Além do instrumento de monitoramento e acompanhamento das crianças e do seu processo de cuidado, foi elaborado o SIRAM - Sistema de Registro de Atendimento às Crianças com Microcefalia – com vistas à utilização no acompanhamento do atendimento das crianças diagnosticadas com a doença, de forma permanente. A plataforma foi disponibilizada a partir do dia 25 de maio de 2016 para uso em todo o território nacional.
- Publicação da Portaria Nº 779, de 20 de abril de 2016. Institui o Sistema de Registro de Atendimento às Crianças com Microcefalia. Diário Oficial da União, Brasília, 22 de abril de 2016.
- Ofertados treinamentos presenciais para a utilização do SIRAM em oito estados da Região Nordeste (Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas e Sergipe) e em seis estados da Região Norte (Roraima, Amazonas, Acre, Amapá, Pará e Tocantins). Ao todo, mais de 900 profissionais foram treinados para a utilização da ferramenta.
- Oferta de serviços especializados para confirmação diagnóstica, avaliações complementares e emissão de laudo médico circunstanciado (concessão do Benefício de Prestação Continuada – BPC). Em maio de 2016 foram iniciados serviços em nove hospitais universitários da Rede EBSERH do Nordeste (em Alagoas, Bahia, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Sergipe) e acesso na rede SUS

para realização de exames de imagem e avaliações pediátrica, oftalmológica, auditiva e neurológica.

Principais documentos no âmbito da Situação de Emergência Nacional elaborados/publicados pelo Ministério da Saúde

- Portaria nº 1.813, de 11 de novembro de 2015 - Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil.
- Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia Relacionada à Infecção pelo Vírus Zika. Ministério da Saúde, Brasília, 14 de dezembro de 2015.
- Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia e Diretrizes de Estimulação Precoce para crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de Microcefalia. Ministério da Saúde, Brasília, janeiro de 2016.
- Portaria Interministerial nº 405, de 15 de março de 2016. Institui a Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia (EAR). Diário Oficial da União, Brasília, 16 de março de 2016.
- Portaria Interministerial nº 1.115, de 3 de junho de 2016. Prorroga os prazos estabelecidos na Portaria Interministerial MS/MDS no 405, de 15 de março de 2016, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia. Diário Oficial da União, Brasília, 16 de março de 2016.
- Portaria Interministerial nº 2.209 de 26 de outubro de 2016. Dispõe sobre a prorrogação do prazo da Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia, instituída pela Portaria Interministerial no 405/MS/MDSA, de 15 de março de 2016. Diário Oficial da União, Brasília, 16 de março de 2016.
- Protocolo de Vigilância e Resposta à Ocorrência de Microcefalia e/ou Alterações no Sistema Nervoso Central (SNC). Ministério da Saúde, Brasília, 24 de março de 2016.
- Instrução Operacional Conjunta nº 01- MS-MDS, de 25 de fevereiro de 2016. Visa nortear

os gestores, profissionais e conselheiros do SUAS e SUS por meio de orientações e diretrizes para as ações de prevenção da infecção pelo vírus Zika em mulheres em idade fértil e gestantes, e para a assistência aos casos suspeitos e às crianças com microcefalia, em todo o território nacional. Diário Oficial da União, Brasília, 11 de abril de 2016 .

- Instrução Operacional Conjunta nº 02 - MS-MDS, de 31 de março de 2016. Tem por objetivo orientar, do ponto de vista operacional e complementar à Portaria Interministerial, os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) para o desenvolvimento das ações necessárias para a implementação da Estratégia de Ação Rápida e o alcance de seus objetivos. Diário Oficial da União, Brasília, 11 de abril de 2016 .
- Portaria Nº 779, de 20 de abril de 2016. Institui o Sistema de Registro de Atendimento às Crianças com Microcefalia. Diário Oficial da União, Brasília, 22 de abril de 2016 .
- Errata à Portaria Nº 779, de 20 de abril de 2016. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de maio de 2016 .
- Orientações Integradas de Vigilância e Atenção à Saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional: Procedimentos para o monitoramento das alterações no crescimento e desenvolvimento a partir da gestação até a primeira infância, relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas dentro da capacidade operacional do SUS. Ministério da Saúde, Brasília, 12 de dezembro de 2016 (versão 1.0).