

Cuidados em relação ao recém-nascido com suspeita ou confirmação de transmissão vertical pelo OROV:

Epidemiologia

A Febre do Oropouche (FO) é uma doença causada por um arbovírus (vírus transmitido por artrópodes) do gênero *Orthobunyavirus*, da família Peribunyaviridae.

Há dois ciclos de transmissão descritos: silvestre e urbano. No ciclo silvestre, bichos-preguiça e primatas não-humanos (e possivelmente aves silvestres e roedores) atuam como hospedeiros. Há registros de isolamento do OROV em algumas espécies de mosquitos, como *Coquillettidia venezuelensis* e *Aedes serratus*. No entanto, o suposto vetor primário é o *Culicoides paraensis* (Diptera: Ceratopogonidae), conhecido como maruim ou mosquito-pólvora. No ciclo urbano, o homem é o hospedeiro principal, e o vetor primário também é o *C. paraensis*. Eventualmente, o mosquito *Culex quinquefasciatus* pode transmitir o vírus em ambientes urbanos.

Aspectos clínicos

O quadro clínico agudo evolui com febre de início súbito, cefaléia (dor de cabeça), mialgia (dor muscular) e artralgia (dor articular). Outros sintomas como tontura, dor retro-ocular, calafrios, fotofobia, náuseas e vômitos também são relatados. Casos com acometimento do sistema nervoso central (p. ex., meningite asséptica, meningoencefalite), especialmente em pacientes imunocomprometidos, e com manifestações hemorrágicas (petéquias, epistaxe, gengivorragia) podem ocorrer. Parte dos pacientes (estudos relatam até 60%) pode apresentar recidiva, com manifestação dos mesmos sintomas ou apenas febre, cefaleia e mialgia após 1 a 2 semanas a partir das manifestações agudas.

Os sintomas duram de 2 a 7 dias, com evolução benigna e sem sequelas, mesmo nos casos mais graves. Não há relatos de óbitos associados à infecção pelo OROV até então. A doença apresenta semelhança clínica com casos febris inespecíficos de outras arboviroses, como dengue, chikungunya e febre amarela, embora os aspectos epidemiológicos dessas arboviroses sejam distintos. Há relatos de casos de FO durante o curso de epidemias de dengue, quando o diagnóstico é dificultado pelo desconhecimento sobre a doença, pela semelhança entre os quadros clínicos de ambas as doenças, e pela elevada proporção de casos confirmados para dengue por critério clínico-epidemiológico.

Não existe tratamento específico. Os pacientes devem permanecer em repouso, com tratamento sintomático e acompanhamento médico.

Caso confirmado

Considera-se caso confirmado de febre do Oropouche, todo caso com diagnóstico laboratorial de infecção pelo OROV, preferencialmente por provas diretas (biologia molecular ou isolamento viral), e cujos aspectos clínicos e epidemiológicos (i.e., exposição em região endêmica ou com registro de surto/epidemia ou exposição a situação de risco em áreas periurbanas, de mata, rurais ou silvestres) sejam compatíveis com a ocorrência da doença. As detecções por meio de sorologia (ELISA IgM) devem ser avaliadas cuidadosamente, sobretudo em áreas com detecções isoladas e com altas incidência e prevalência de outras arboviroses.

Transmissão vertical

Com base em estudos, a possibilidade de transmissão do OROV da mãe infectada para o bebê durante a gestação é considerada desde os primeiros surtos identificados no Brasil, porém sem evidências científicas consistentes sobre a ocorrência da transmissão vertical e o efeito da infecção de OROV sobre teratogenia ou aborto.

Atualmente, a possível transmissão vertical do OROV está sendo investigada levando em consideração vários achados laboratoriais. Em um estudo retrospectivo realizado no Brasil, foi possível detectar a presença de anticorpos IgM contra OROV no soro e no LCR em quatro neonatos. Esses neonatos apresentaram microcefalia, no entanto, não foi possível estabelecer uma relação causal entre a infecção por OROV e as malformações neurológicas observadas. Por outro lado, o material genético de OROV foi identificado no sangue do cordão umbilical, placenta e vários órgãos de um óbito fetal ocorrido na 30ª semana de gestação, o que sustenta uma possível transmissão vertical do OROV.

Nesse sentido, algumas recomendações para vigilância laboratorial de OROV em gestantes, natimortos indicativos de infecção congênita e neonatos saudáveis e/ou com evidência de complicações ou malformações neurológicas estão listadas a seguir:

Diagnóstico laboratorial de OROV em gestantes

O diagnóstico de infecção por OROV em gestantes pode ser feito de acordo com os critérios descritos: amostra de soro para detecção de material genético viral (RT-PCR) ou detecção de IgM, dependendo da fase da infecção. No entanto, como a transmissão vertical está sendo estudada para OROV, é importante monitorar de perto a mãe e o recém-nascido.

O Diagnóstico laboratorial de OROV associado a natimortos indicativos de infecção congênita

1. Em casos de aborto espontâneo e natimorto, uma amostra de soro (se possível) para detecção de anticorpos IgM (ELISA) deve ser obtida e, em qualquer caso, uma amostra de tecido (de preferência do sistema nervoso) também deve ser obtida. Além disso, recomenda-se analisar amostras de soro da mãe em paralelo para determinação de anticorpos IgM.
2. Diagnóstico laboratorial de OROV em neonatos

Neonatos saudáveis de mães infectadas: Recomenda-se realizar a detecção do OROV (molecular e sorológico) em amostras de placenta coletadas no momento do parto, fluido do cordão umbilical e soro do recém-nascido e da mãe.

Neonatos com evidência de complicações neurológicas ou malformação: Além de realizar a detecção do OROV (molecular e sorológico) em amostras de placenta coletadas no momento do parto, fluido do cordão umbilical e soro do recém-nascido e da mãe, a detecção do vírus no LCR também é recomendado.

RECOMENDAÇÕES

Intensificar a vigilância dos desfechos da gestação e da avaliação e acompanhamento do bebê em mulheres com suspeita de arboviroses durante a gravidez, com coleta de amostras e preenchimento da ficha de notificação; dos casos de abortamento, óbito fetal e malformações neurológicas congênitas, com coleta de amostras de soro, sangue, sangue de cordão, líquido e tecidos para pesquisa de marcadores da infecção pelo OROV.

Como medidas de proteção para gestantes, vide link da AT Saúde da Mulher.

Cuidados em relação ao recém-nascido

- a. Com os conhecimentos disponíveis até o momento, as mesmas práticas de humanização, incentivo ao parto normal e amamentação devem ser aplicadas à gestante com infecção pelo OROV.
- b. Coletar material para diagnóstico de OROV no momento do **parto ou aborto** de:
- c. **todos os filhos de gestantes positivas para OROV, independentemente das condições do RN ao nascimento;**
- d. RN com alterações morfológicas, especialmente de SNC, detectadas durante a gestação ou ao nascimento;
- e. RN com microcefalia;

A coleta deve ser do **sangue umbilical, fragmentos da placenta, urina e líquido** (a critério médico) segundo o “Protocolo de Vigilância e Resposta à Ocorrência de Microcefalia e/ou Alterações do Sistema Nervoso Central (SNC)” MS 24/03/16.

As amostras do RN, deverão ser enviadas juntamente com a Ficha de Solicitação de Exame, com o campo 12 (suspeita clínica) identificado como **“RN com suspeita de infecção por OROV”**. No pedido identificar o nome da mãe para facilitar o pareamento com exames da mãe.

Nos casos descritos acima, realizar também o diagnóstico diferencial para outras infecções congênitas especialmente Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes (STORCH) e HIV no RN e na puerpera e para outras causas não infecciosas como síndromes genéticas, teratogênicas e traumáticas.

Conduta na alta hospitalar

Especial atenção deve ser dispensada à ocorrência de depressão pós-parto e as dificuldades de manutenção do vínculo entre a mãe e RN. Uma criança com problemas de saúde pode causar frustrações, anseios e medos. Pode haver tendência de negação e mesmo afastamento por parte da mãe e da família que podem causar danos à saúde do bebê. Assim, a equipe multiprofissional deve continuar seu trabalho de apoio e orientação a essa família, no período puerperal.

Todo recém-nascido com suspeita ou confirmação de transmissão vertical por OROV deve ser classificado como **RN de risco** e ter consulta agendada nos Centros Especializados em Reabilitação (CER) por meio do Mãe Paulista Digital e na UBS de referência, por meio das Apoiadoras do Mãe Paulistana (presentes em todas as maternidades SUS do MSP) antes da alta da maternidade.

Se identificado recém-nascido com microcefalia (CID: Q02), a maternidade realiza abertura da notificação SINAN, o médico encaminha para agendamento de consulta por meio da Central Mãe Paulistana Digital que agenda consulta no Hospital São Paulo no grupo Genética - Microcefalia (vaga no SIRESP).

Mesmo que a criança não apresente evidências físicas de síndrome congênita, pode apresentar alterações no desenvolvimento. Assim, é fundamental o acompanhamento multidisciplinar e o perímetro cefálico deve ser monitorado (medido em toda consulta de puericultura) utilizando-se as **curvas da OMS, da caderneta da criança**.

Deve-se também lembrar que essas crianças podem apresentar acometimento da visão e audição. A **triagem auditiva universal (TANU) deve ser realizada com Emissões Otoacústicas (EOA) e Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE)** uma vez que há descrição de que o OROV pode acometer o sistema nervoso. Deve ainda ser realizado o teste do **Reflexo Vermelho (RV)** e a avaliação de **fundo de olho**.

ATENÇÃO

Na alta hospitalar, todas as informações referentes ao RN e à puérpera devem ser repassadas para os serviços de atendimento no território.

Nos casos com Microcefalia e/ou anormalidades do sistema nervoso:

A **medida do perímetro cefálico** deve ser feita **após 24 horas de vida e até 6 dias e 23 horas (dentro da 1ª semana de vida)** e deve obedecer a técnica, tempo de nascimento e instrumentos de medição adequados (Protocolo de Vigilância e Resposta à Ocorrência de Microcefalia e/ou Alterações do Sistema Nervoso Central, MS 24/03/16).

A OMS e o MS classificam as microcefalias em:

- **Microcefalia leve:** RN com um perímetro cefálico (PC) **inferior a -2 desvios-padrão**, ou seja, mais de 2 desvios-padrão abaixo da média para idade gestacional e sexo.
- **Microcefalia grave:** RN com um perímetro cefálico **inferior a -3 desvios-padrão**, ou seja, mais de 3 desvios-padrão abaixo da média para idade gestacional e sexo.

No MSP, foi adotado como referência o Estudo Internacional de Crescimento Fetal e do Recém-nascido - Padrões para o século 21 – Intergrowth, uma Ferramenta para cálculo dos percentis e z-scores para peso, altura e perímetro cefálico correlacionado à idade gestacional ao nascimento.

Para maiores informações: <https://intergrowth21.tghn.org/>

Para cálculo manual direto: <http://intergrowth21.ndog.ox.ac.uk/pt/ManualEntry>

Para baixar manual de programa de cálculo direto sem acesso à internet:

https://intergrowth21.tghn.org/site_media/media/medialibrary/2015/08/Newborn_size_windows_app_user_guide_v1.5.pdf

Anormalidades do sistema nervoso:

Para detecção de anormalidades estruturais do cérebro, recomenda-se que o exame de **ultrassonografia transfontanela** seja realizado, quando o tamanho da fontanela for suficiente para este procedimento. A critério médico, a **Tomografia Computadorizada do Cérebro ou Ressonância Magnética** poderá ser realizada para auxiliar no diagnóstico.

Segundo a OMS (*Assessment of infants with microcephaly in the context of Zika vírus*, 04/03/16) e de acordo com o Protocolo de Vigilância e Resposta à Ocorrência de Microcefalia e/ou Alterações do Sistema Nervoso Central, MS 24/03/16, os RN com microcefalia que apresentem anormalidades estruturais do cérebro, diagnosticadas por exames de imagem ou anormalidades neurológicas ou de desenvolvimento, devem ser classificados como tendo:

“Microcefalia com anormalidade do cérebro”.

O MS informa, ainda, que serão considerados **sugestivos de infecção congênita, para fins de vigilância**, todos os casos que apresentarem alterações do SNC, definidas pela presença de pelo menos **um sinal maior** (exemplo: alterações ventriculares ou calcificações, principalmente as subcorticais, etc) ou **dois sinais menores** (alterações de fossa posterior), independentemente da medida do perímetro cefálico, circunferência craniana ou resultados laboratoriais. Todos os casos que se enquadrarem nessa condição, serão considerados **“confirmados por critério clínico-radiológico”** e poderão ser submetidos a investigações complementares e pesquisa etiológica.

Na Atenção Básica: a criança com infecção congênita pelo OROV deve ser considerada de risco e acompanhada na Atenção Básica com a seguinte periodicidade:

Risco	Faixa etária	Nº de consultas	Quando Médico	Quando Enfermeiro
Alto risco	1º ano de vida	12	1ª semana, 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10º e 12º mês	Compartilhado
	2º ano de vida	4	15º, 18º, 21º e 24º mês	Compartilhado
	A partir do 2º ano de vida	2	consultas semestrais	Compartilhado