

CENTROS DE CONTROLE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Coordenadora: Kendria Hall,

4 de agosto de 2016

14 horas CT

Operadora: Bem-vindos e obrigada por aguardarem. Neste momento, todos os participantes estão em modo de escuta até a sessão de perguntas e respostas. Posteriormente, para fazer uma pergunta, você poderá pressionar Estrela 1 em seu telefone de teclas.

A conferência de hoje está sendo gravada. Se tiver alguma objeção, você pode desconectar neste momento. E agora, passo a palavra para Mark Davis, atual chefe da Força-Tarefa de Coordenação Estadual. Obrigada. Você pode começar.

Mark Davis: Obrigado (Candy), boa tarde a todos. Obrigado por participar de nossa conferência de hoje. Nós temos uma agenda bem cheia, mas prometo que vocês terão muitas oportunidades para perguntas e respostas no final. Temos muitos especialistas no assunto ao telefone e presentes aqui em Atlanta conosco.

Mas eu gostaria de prosseguir e começar rapidamente. Nosso gerente de

incidentes, Dr. Lyle Petersen, está aqui presente conosco e não dispõe de muito tempo. Portanto, gostaríamos que ele fizesse suas apresentações. Em seguida, voltarei com mais informações e ouviremos as outras equipes. Então, Dr. Petersen?

Dr. Lyle Petersen: Obrigado Mark, e boa tarde a todos que estão ao telefone. Eu gostaria de atualizá-los sobre o novo plano de resposta no Havaí e CONUS que já está publicado em nosso website e falar sobre sua relação com o surto atual na Flórida, no qual sei que muitos de vocês devem estar interessados. A versão atualizada de nosso plano de resposta surgiu como resultado de dois exercícios do pessoal-chave realizados com as jurisdições de alto risco, bem como diversas discussões com autoridades de saúde dos estados de alto risco, bem como da Association of State and Territorial Health Officials (ASTHO), do Council of State and Territorial Epidemiologists (CSTE), da North Atlantic Treaty Organization (NATO) e de outros grupos.

Portanto, as atualizações de destaque sobre a versão atual do plano de resposta incluem uma redução do número de fases de resposta: agora, nós temos, basicamente, três fases de transmissão: um caso suspeito de transmissão local, transmissão local confirmada e transmissão local confirmada para várias pessoas.

Nessa nova atualização, tentamos fornecer definições claras sobre cada uma dessas categorias e as respectivas respostas a essas categorias. O comentário que recebemos sobre a versão anterior é de que havia uma confusão especificamente a respeito da designação de área com transmissão de zika, então isso foi eliminado. Além disso, nós aprimoramos as orientações para cada uma dessas áreas geográficas para as intervenções e considerações sobre a emissão de orientações de viagem no cenário de transmissão local confirmada para várias pessoas. Isso não significa que toda a transmissão

local confirmada para várias pessoas precisa de orientações de viagem, mas sob determinadas condições, as quais abordarei mais adiante.

Nós também incluímos orientações atualizadas sobre testes laboratoriais que foram definidas na semana passada, bem como problemas relacionados a publicações de áreas de transmissão local. Em nossa orientação anterior, publicamos um mapa com casos únicos de transmissão local. Após discussões com muitos de vocês, isso foi eliminado, e estamos apenas publicando em nosso website links para os websites dos estados que podem ter transmissão local apenas para o interesse das pessoas, além de mostrar onde estão as áreas que podem ter orientações de viagem. Portanto, esse foi um comentário muito bom dos estados e reconhecemos isso. Fizemos alterações com base nesse comentário.

Não devemos esquecer que isso teve como base nossa compreensão a respeito da epidemiologia de doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti* nos estados contíguos, particularmente a dengue e, mais recentemente, a chikungunya. E a orientação está, de fato, baseada nas observações a seguir. Uma delas é que veremos milhares de importações de zika vírus. Ocorrerão algumas transmissões locais isoladas que não representam um grande risco para a comunidade.

Ocorrerá um pequeno número de surtos possivelmente focais e que envolvem um grande número de casos ou alguns casos em vez de centenas ou milhares, como vemos nas Américas tropicais. E podemos verificar que essa experiência com a dengue e chikungunya (pelo menos até agora, no início de agosto) parece ser o que está acontecendo com o zika vírus.

Até o momento, nos EUA, nós registramos 1.657 casos de zika vírus associados a viagens, os quais certamente representam uma pequena parcela

do que de fato está sendo importado para os Estados Unidos. Quatro em cada cinco pessoas não apresentam sintomas, e muitas destas pessoas apresentam sintomas leves e não procuram auxílio médico. Portanto, nós literalmente temos milhares e milhares de casos importados de zika. Apesar disso, nós temos somente 16 casos identificados de transmissão local e, até o momento, todos ocorreram no sul da Flórida.

A situação atual no sul da Flórida é que os casos que foram identificados ocorreram em quatro circunstâncias ou grupos. Dois deles foram eventos isolados independentes sem evidência de transmissão contínua na comunidade, conforme determinado por uma pesquisa na comunidade realizada em uma área de 150 metros ao redor da residência em questão.

E a pesquisa na comunidade envolveu um questionário fornecido a todas as famílias, de porta em porta, além de um teste PCR de urina. Uma amostra de urina foi coletada para o teste PCR. Portanto, não se trata de uma pesquisa de soro, mas de uma pesquisa de urina. E a pesquisa de urina foi realizada dessa forma porque não estávamos interessados necessariamente na transmissão que ocorreu no passado, mas na transmissão ativa que pode ser medida com mais precisão por meio do PCR de urina. É uma amostra simples de ser obtida e mede casos agudos de pessoas infectadas. Essa é uma estratégia que tem sido usada em vários casos na Flórida. Eu vou descrevê-los.

Nós temos dois casos isolados independentes sem nenhuma evidência de disseminação adicional na comunidade. Nós temos outro caso de transmissão local que está sendo avaliado no momento. Isso resulta em três casos. As 13 pessoas restantes fazem parte de um grupo. E esse grupo foi descoberto quando dois indivíduos com transmissão local que moravam em dois condados diferentes foram identificados como trabalhando em empresas muito próximas na área de Wynwood, em Miami.

Uma investigação mais aprofundada revelou casos adicionais associados a uma dessas empresas. Uma pesquisa na comunidade foi então realizada em uma área de 150 metros ao redor dessas duas empresas, e revelou mais indivíduos com PCRs de urina positivos, embora nenhum apresentasse sintomas. Com base nesses dados, identificamos que a transmissão na comunidade estava ativa e que, de acordo com nossas orientações, sugeria um ponto inicial de 1,5 km (1 milha) para instituição das intervenções. Esta área de 1,5 km (1 milha) de possível transmissão foi publicada pelo Departamento de Saúde da Flórida.

Amostras adicionais desta área de 1,5 km (pesquisas de urina adicionais) não apresentaram mais casos positivos de transmissão local. Sendo assim, o grupo atual parece estar bem concentrado em uma área com cerca de 150 metros de diâmetro. No entanto, estão sendo realizadas pesquisas adicionais na área de 1,5 km (1 milha), o que determinará se o surto está, de fato, limitado a esta área de 150 metros.

Então, a resposta basicamente seguiu as orientações.

- Esta área inicial de 1,5 km (1 milha) foi estabelecida como o ponto de partida para intervenções.
- O controle de mosquitos por meio de pulverização por equipamentos tipo mochila e montado em caminhões teve início imediatamente.
- Mensagens públicas foram divulgadas, além da distribuição maciça de DEET na área.
- A necessidade de orientações de viagem foi avaliada usando os critérios que constam nas orientações, e vários critérios foram cumpridos.
 - Um deles foi a contagem de mosquitos constantemente alta, apesar do controle de vetores intensivo.

- O controle de vetores durante várias semanas não apresentou reduções significativas nas populações de *Aedes aegypti* na área.
- Havia uma alta densidade de casos na área. A pesquisa de urina sugere que cerca de 13% dos indivíduos que forneceram amostras na área tiveram PCR de urina.

Isso indica que havia uma transmissão bem intensa ocorrendo nessa pequena área. Os casos permaneceram ativos por cerca de um mês na área (especificamente, mais de duas semanas) apesar do controle de vetores agressivo. Além disso, com base nessas informações, o governador e o chefe geral de serviços de saúde pública da Flórida foram consultados e decidiram emitir orientações de viagem para esta área de 1,5 km quadrados.

A Flórida posteriormente intensificou os esforços sobre o controle de vetores com pulverização aérea de Naled e BTI, iniciada esta manhã. A Flórida está avaliando a resistência a inseticidas a fim de determinar se isso contribuiu para a dificuldade de controlar o *Aedes aegypti* nessa área. Portanto, eu tenho diversas mensagens para transmitir sobre nossa situação atual.

- Uma delas é que, até o momento, o zika vírus parece se encaixar em um padrão epidemiológico que é consistente com a experiência que temos com a dengue e chikungunya.
- A segunda é que as orientações de resposta ajudaram a orientar a resposta da Flórida. Quando o surto em Wynwood, Miami, foi identificado, havia diversas opiniões diferentes sobre o que fazer, como por exemplo, se orientações de viagem deveriam ser emitidas ou não, a quantidade de orientações e muitas outras opiniões sobre o que deveria ser feito. Mas acredito que o plano de resposta do CONUS forneceu uma boa base para todas essas discussões.
- Finalmente, as pesquisas de urina parecem ser uma forma muito boa de avaliar a transmissão ativa na comunidade. Os gatilhos mais

indicados para iniciar pesquisas de urina ainda serão determinados. Não sabemos ao certo qual seria o resultado se apenas um caso de transmissão local fosse identificado.

Então, por exemplo, na situação atual da Flórida, em dois dos casos que aparentam ser eventos independentes onde houve apenas um caso identificado pela vigilância, a pesquisa de urina não identificou transmissão ativa adicional na comunidade. Enquanto na área de Wynwood tivemos dois casos que estavam associados a uma mesma área, a pesquisa de urina demonstrou transmissão adicional na comunidade.

E então, obviamente, pode haver muitos outros tipos isolados de transmissão local identificados. E outros, sob estas condições, porque uma avaliação mais aprofundada ainda será determinada. Sendo assim, eu encerro minha parte e abro para perguntas.

Mark Davis: Então (Candy), se você puder abrir as linhas para perguntas para o Dr. Petersen, discutiremos outros tópicos em alguns minutos.

Operadora: Obrigada. Neste momento, pressione Estrela 1 para fazer uma pergunta. Ative o som de sua linha e grave o seu nome para entrar. Para perguntas ou comentários, pressione Estrela 1. Se desejar cancelar a solicitação, você pode pressionar Estrela 2 a qualquer momento. Obrigada. Aguarde um momento para a sua primeira pergunta.

Mark Davis: Quero aproveitar a oportunidade enquanto (Candy) está vendo se vocês têm perguntas, apenas para que vocês saibam o que está por vir. Temos representantes da nossa equipe de investigações médicas aqui para falar sobre a equipe CERT e como ela é coordenada, a equipe de resposta de emergência do CDC.

Temos colegas dos nossos programas de controle de vetores que falarão, representantes dos programas de gravidez e defeitos congênitos, do nosso programa de segurança do sangue e nossa equipe de laboratório, além do nosso centro de comunicação conjunta. Também temos na linha colegas da nossa equipe de epi e migração global disponíveis para responder a perguntas posteriormente, quando chegarmos lá. Então, fiquem atento sobre o que está por vir. Então, (Candy) temos alguma pergunta?

Operadora: Temos. Obrigada. Estamos aguardando. Nossa primeira pergunta é de (Rachel Franco). Sua linha está aberta. Informe qual é a sua organização.

(Rachel Franco): Eu trabalho no Memorial Regional Hospital South em Hollywood, Flórida. E minha pergunta está relacionada ao mosquito *Aedes aegypti*. Ele é o principal responsável pela transmissão, ou a causa para chikungunya, dengue e febre amarela. O zika vírus, no entanto, é um vírus transmitido sexualmente. Isso está correto?

Dr. Lyle Petersen: O zika vírus é transmitido principalmente pelo mosquito *Aedes aegypti*. Sabemos que pode ocorrer a transmissão sexual do zika vírus. Sabemos que até agora temos cerca de uma dúzia de casos de transmissão sexual identificados nos estados contíguos, todos de viajantes que contraíram o zika vírus em uma área de transmissão ativa, digamos na América Central ou em algum lugar assim, que voltaram e transmitiram infecções sexualmente para seus parceiros sexuais aqui no território contíguo dos Estados Unidos.

O que sabemos é que a transmissão sexual representa a menor parcela das transmissões. Na maioria dos casos, a transmissão é causada/disseminada pelo *Aedes aegypti*. Sabemos que o vírus é transmitido da fêmea para o macho e do macho para a fêmea. Os dois casos podem ocorrer. Sabemos

que a transmissão sexual pode ocorrer de uma pessoa que não apresenta sintomas. O que não sabemos é por quanto tempo alguém permanece capaz de transmitir o vírus sexualmente.

(Rachel Franco): Certo, então ele pode ser transmitido não apenas pela relação sexual?

Dr. Lyle Petersen: O principal meio de transmissão é pela picada de mosquito.

(Rachel Franco): Certo.

Mark Davis: Obrigado pela pergunta. (Candy) temos mais alguma pergunta?

Operadora: Sim, obrigada. Temos outra pergunta de Lori. Sua linha está aberta. Informe qual é a sua organização.

Lori Forlano: Olá. Eu sou Lori Forlano do Departamento de Saúde da Virginia. Acho que tenho uma pergunta rápida. Quando você estava descrevendo suas atividades de resposta: a pulverização por equipamentos tipo mochila e montado em caminhões, as mensagens públicas; o terceiro item que você mencionou, eu não consegui entender muito bem. Eu entendi que você disse distribuição de DEET. É isso que você disse?

Dr. Lyle Petersen: Foi isso que eu disse.

Lori Forlano: Certo, obrigada.

Dr. Lyle Petersen: Obrigado. Próxima pergunta.

Operadora: Obrigada. A próxima pergunta é do Dr. Shah. Sua linha está aberta. Informe qual é a sua organização.

Dr. Umair Shah: Certo. Aqui é Umair Shah. Sou diretor executivo do Harris Public Health em Houston, Texas. Obrigado por esta chamada. Tenho uma pergunta rápida sobre a pulverização aérea. Como você sabe, muito de que falamos anteriormente sobre o *Aedes aegypti* é a pulverização realizada por equipamentos tipo mochila ou a pulverização direcionada. A pulverização aérea pegou alguns de nós de surpresa. E eu sei que você falou bem pouco sobre isso. Você pode apenas nos contar um pouco mais sobre a lógica da pulverização aérea, e você a considera como parte dessa resposta em relação a outras comunidades?

Dr. Lyle Petersen: Bem, eu acho que um dos... existem vários fatores que estão interligados. Primeiro, o que motivou a pulverização aérea é que esta é uma comunidade muito complicada. Há uma mistura de parques industriais. Há uma mistura de casas particulares. Há uma mistura de prédios altos e outros tipos de edifícios. É uma comunidade complexa.

O que aconteceu até agora é que a abordagem atual não foi capaz de controlar o *Aedes aegypti*. Existe um número médio a elevado de *Aedes aegypti* identificado nas armadilhas BGE na área. E assim, imagina-se, em primeiro lugar, que a pulverização aérea poderia conseguir uma distribuição um pouco mais ampla e mais uniforme do larvicida e do adulticida nas áreas de interesse. Eles estão cobrindo cerca de 25 quilômetros quadrados com adulticida e uma área de 5 quilômetros quadrados com larvicida em torno desta área. Portanto, pensava-se que seria possível obter uma redução bastante rápida.

Mas não. Acredito, como você apontou, que talvez não exista muita experiência com a pulverização aérea para controlar o *Aedes aegypti* na era moderna utilizando métodos de controle modernos. Mas existem alguns dados não publicados levantados por vários distritos de controle de mosquitos que demonstraram que esta combinação de um adulticida com um larvicida por pulverização aérea pode produzir uma redução constante de 92% a 98%.

Estes são dados não publicados. Bons dados, mas não publicados. E por esse motivo, pensamos que os funcionários de saúde da Flórida, consultando algumas das pessoas que de fato fizeram estes estudos, decidiram optar pela pulverização aérea. Monitoraremos o impacto com muito cuidado. Se encontrarmos um resultado semelhante em Miami, acho que será uma pequena virada no jogo em termos de como nós pensamos a respeito da pulverização aérea para o controle de *Aedes aegypti*.

Mark Davis: Ótimo. Obrigado. E obrigado pela pergunta, Dr. Shah. Então, vou esperar pelo Dr. Peterson e ver quanto tempo você tem. Eu sei que você tem uma chamada. Mas podemos ter mais uma ou duas perguntas?

Sim. Então (Candy) se houver outras... podemos responder a mais algumas perguntas.

Operadora: Sim, obrigada. A próxima pergunta é de Jen Brown. Sua linha está aberta. Informe qual é a sua organização.

Jen Brown: Olá. Aqui é Jen Brown do Departamento de Saúde do Estado de Indiana. Gostaria apenas de esclarecer um ponto. Nós temos falado nesta chamada sobre cerca de 16 casos. Se o número total de infecções inclui pessoas assintomáticas e sintomáticas, ou quando falamos de cerca de 16 casos

estamos falando apenas de pessoas sintomáticas com evidência laboratorial, e então há um número não revelado adicional de infecções assintomáticas?

Dr. Lyle Petersen: Não, 16 é o conjunto de infecções sintomáticas e assintomáticas. Isso inclui a pesquisa na comunidade de seis pessoas que tinham uma infecção sintomática. Mas deve-se observar que, em termos do número total de infecções nesta área, ele deve ser maior do que o número que temos, simplesmente porque não pesquisamos 100% das pessoas na área de Wynwood de 150 metros. E, portanto, se nós encontramos seis infecções assintomáticas na amostra, pode-se supor que há, na verdade, potencialmente mais infecções na comunidade.

Mark Davis: Obrigado pela pergunta, Jen. (Candy), próxima pergunta?

Operadora: Obrigada. A próxima pergunta é do assistente chefe Dunn. Sua linha está aberta. Informe qual é a sua organização.

Chefe Dunn: Departamento de polícia de Davie. Sim, uma das preocupações de que estamos falando aqui, e eu acho que você pode ter respondido, é que não sabemos por quanto tempo este vírus pode permanecer ativo dentro do corpo.

Dr. Lyle Petersen: Sim, essa é uma boa pergunta. Essa é, na verdade, uma pergunta muito intrigante cientificamente. O que sabemos é que em diferentes fluidos corporais e em diferentes tecidos o vírus pode permanecer por diferentes quantidades de tempo. Assim, por exemplo, no soro de um indivíduo: o vírus é somente encontrado no sangue por alguns dias e, possivelmente, uma semana. Se você realmente olhar para as células sanguíneas de alguém, é possível detectar pelo menos o material genético do vírus por um pouco mais de tempo.

Na urina, ele realmente persiste por mais tempo do que no soro. É por isso que

estamos fazendo pesquisas de urina em vez de pesquisas de soro. Mas, em certos fluidos como o sêmen, que são imunologicamente protegidos, sabemos atualmente que o vírus pode permanecer ali e ser detectado durante pelo menos 60 dias ou mais. Simplesmente não sabemos exatamente por quanto tempo, em média, o vírus permanece na pessoa. Isso é o que estamos tentando descobrir. E é por isso que estas transmissões sexuais podem ocorrer várias semanas após a pessoa ter efetivamente se recuperado, uma vez que o vírus permanece no sêmen por algum tempo.

Keith Dunn: Obrigado.

Mark Davis: Obrigado, chefe. (Candy) mais uma talvez.

Operadora: Obrigada. A próxima pergunta é de Christina Floyd. Sua linha está aberta. Informe qual é a sua organização.

Christina Floyd: Olá, Christina Floyd do Departamento de Saúde da Comunidade Tribal de Gila River. Eu sou a diretora do departamento de saúde aqui. Tenho somente uma pergunta rápida. No que diz respeito às comunidades tribais, estamos no sul do Arizona e temos uma grande população. Estamos a apenas três horas mais ou menos da fronteira.

E eu estava realmente um pouco curiosa sobre sua implementação dos testes de amostragem de urina. Obviamente, sei que é em uma área urbana, mas você tem alguma sugestão para as comunidades tribais implementarem algumas das coisas que você fez, assim como a comunicação, os testes e finalmente o exame de urina?

Dr. Lyle Petersen: Sim, essa é realmente uma pergunta muito boa. E está relacionada à forma como você detecta a transmissão do zika vírus na comunidade. O que

sabemos a partir da experiência com outros vírus que se disseminam como o zika vírus pelo *Aedes aegypti*, é que a melhor maneira de detectar a transmissão do vírus na comunidade é realmente encontrar casos humanos. É muito mais sensível do que, digamos, testando mosquitos.

No entanto, uma vez que você encontra casos humanos em uma comunidade, procurando na urina associada ao caso, é possível detectar a transmissão ativa na comunidade na qual você pode querer instituir intervenções. Então, nós não recomendamos algo como fazer uma pesquisa de urina na ausência de casos humanos identificados.

Mark Davis: Certo. Ótimo. Obrigado. Essa foi uma pergunta muito boa. Então, com a permissão de todos, deixarei o Dr. Peterson ir. Como já enfatizado, temos representantes de muitas forças-tarefa e caso ainda tenham alguma pergunta, espero que nossos representantes possam respondê-las para vocês. Caso contrário, vamos certamente reservá-las e encontrar as respostas para levar para a toda a comunidade. Então, obrigado Lyle pela sua apresentação hoje e por todas as suas boas perguntas.

Então, como eu disse, temos colegas de diversas equipes. Começaremos com a Dra. Maleeka Glover representando a equipe de investigações médicas. Ela falará um pouco sobre o processo para estas equipes CERT e o processo de coordenação para essa solicitação. Maleeka?

Dra. Maleeka Glover: Olá! Boa tarde! Pode me ouvir?

Mark Davis: Sim, senhora.

Dra. Maleeka Glover: Certo. Boa tarde a todos. O CDC está disponível para apoiar esta

etapa da atividade que auxilia os estados a responder aos casos transmitidos de infecção por zika vírus localmente em uma jurisdição. Quando um caso suspeito ou confirmado de transmissão local for identificado, o CDC acessará a jurisdição estadual ou tribal para determinar a necessidade de assistência na ativação da estrutura de gestão de ocorrências no estado ou a necessidade de posicionamento de uma equipe de resposta de emergência do CDC ou CERT. Também incentivamos os estados e as jurisdições tribais a entrarem em contato com o CDC o mais breve possível quando identificarem uma transmissão local para discutir a necessidade de assistência com antecedência.

As CERTs estão prontas para serem posicionadas e podem fornecer assistência técnica e epidemiológica, comunicação de riscos, controle de vetores, além de apoio logístico. Exemplos de tipos de assistência fornecida por uma CERT mediante solicitação das autoridades de saúde estaduais, locais ou tribais podem incluir:

- Assistência na investigação de casos conhecidos ou casos suspeitos de transmissão local.
- Trabalhar com os programas de controle de vetores locais em torno da implementação de medidas locais para reduzir o risco de transmissão.
- Atender às necessidades de pessoal, conforme permitirem os recursos de departamentos de saúde locais ou estaduais para aprimorar a vigilância.
- Somos capazes de fornecer treinamento no local, além de auxílio com orientações para laboratório.
- Temos a capacidade de aprimorar ou implementar, se ausente, a vigilância de mosquitos.
- Também somos capazes de fornecer auxílio de comunicação, de mídia de pesquisa e assistência técnica para materiais focados no público e podemos apoiar o departamento de saúde local e a equipe a instituir uma campanha de comunicação de riscos localmente.

Também temos SMEs na equipe CERT para facilitar a divulgação para comunidades médicas locais para testar ou comunicar casos suspeitos. Eles podem fornecer informações de prevenção claras e acionáveis aos pacientes

Podemos fornecer apoio relacionado a problemas na gravidez e defeitos congênitos para a população em risco.

Portanto, de modo geral, para solicitar uma equipe CERT: se soubermos de algo ou estivermos em constante comunicação com a jurisdição estadual ou tribal, podemos entrar em contato com o estado. O estado pode entrar em contato conosco. Também estamos disponíveis no EOC 24 horas por dia, 7 dias por semana. O estado pode enviar um e-mail ou ligar para o EOC. E então, a solicitação chegará ao gerente de incidentes e a mim, e discutiremos e avaliaremos as necessidades do estado e determinaremos exatamente quem precisa estar em campo.

Os membros da CERT não precisam ser posicionados em sua totalidade. Enviamos equipes CERT com duas, três e cinco pessoas. Tivemos dois posicionamentos de CERT bem-sucedidos: um em Utah e, atualmente, temos uma equipe CERT na Flórida. Portanto, nós realmente estamos aqui para fornecer apoio ao estado, novamente mediante a solicitação do estado. Nós nunca posicionaríamos uma equipe CERT em um estado ou jurisdição local ou tribal sem essa solicitação e sem aprovação. Mas também estamos aqui para fornecer apoio da perspectiva da Epi, gravidez, defeitos congênitos, laboratórios, comunicações e apoio ao controle de vetores. E esse apoio também pode ser fornecido à distância, caso o estado não considere que precisam ter necessariamente alguém no local.

Portanto, eu reafirmo que estamos disponíveis 24 horas por dia, 7 dias por

semana. Nós incentivamos os estados a entrarem em contato o quanto antes no caso de qualquer suspeita de transmissão local ou transmissão confirmada e caso haja alguma indicação de que esse suporte, mesmo sendo um suporte técnico à distância, seja necessário. No caso de dúvidas, terei prazer em responder imediatamente ou após as outras apresentações.

Mark Davis: Sim, muito obrigado, Maleeka. Acho que deixaremos as perguntas para depois das apresentações só para garantir que não perderemos tempo. E então, teremos o prazer de responder a algumas das perguntas. E me esqueci de mencionar isso antes de passar a palavra a Maleeka, me desculpem. Caso tenham alguma dúvida e não puderem permanecer ao telefone ou quiserem ter certeza de que receberemos sua pergunta, é possível enviar sua pergunta por e-mail para o endereço preparedness@cdc.gov. Basta digitar preparedness@cdc.gov

Nós apresentaremos sua pergunta aqui e a compartilharemos com nossos palestrantes ao telefone e com os que estão presentes. Agora, passamos a palavra para nossa especialista em controle de vetores Dra. Janet McAllister, que deve estar em Fort Collins, Colorado. Portanto, Janet, a palavra é sua.

Janet McAllister: Sim, espero que consigam me ouvir. Eu só gostaria de destacar ou fornecer algumas atualizações sobre alguns pontos que estamos analisando no momento. Um contrato acaba de ser firmado com a American Mosquito Control Association para que forneçam treinamento sobre as práticas de controle de vetores nos EUA. Temos também um contrato de emergência que foi colocado em prática para fornecer alguns serviços relacionados ao controle de vetores, caso os recursos locais tenham sido esgotados quando a transmissão local do zika for detectada na área. Portanto, temos esses dois recursos no total.

Estamos desenvolvendo algumas orientações sobre vigilância e testes de resistência a inseticidas que estão sendo autorizadas internamente e serão publicadas no website em breve. Portanto, confira o website do zika para obter as informações que serão divulgadas em breve.

Também estamos desenvolvendo um banco de dados nacional para os estados que receberam financiamento do ELC para vigilância adicional relacionada ao *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*, além de testes de resistência a inseticidas, para comunicarem seus dados de volta ao CDC. Então, isso também está sendo desenvolvido. E como vocês sabem, mas só como um lembrete a todos, verifiquem a página da web quando esses projetos forem concluídos. Eles serão divulgados no website. Isso é tudo o que tenho para comunicar.

Mark Davis: Obrigado pela contribuição, Janet. E se você puder aguardar as perguntas, mais tarde pode haver algumas para você. Agora, passo a palavra para a Dra. Peggy Honein, líder da nossa equipe de gravidez e defeitos congênitos, para falar sobre as últimas atualizações sobre orientação clínica. Peggy?

Peggy Honein: Obrigada, Mark. Eu sou Peggy Honein, colíder da força-tarefa de gravidez e defeitos congênitos para resposta ao zika vírus do CDC. Acredito que todos vocês sabem, continuamos nossa parceira com os departamentos de saúde estaduais, locais e territoriais para prevenir a infecção por zika vírus durante a gravidez, monitorar as consequências da infecção por zika vírus e planejar os serviços necessários para as famílias afetadas. Em 1º de agosto, o CDC emitiu um alerta de saúde recomendando que mulheres grávidas evitassem viagens não essenciais para áreas de transmissão ativa do zika vírus identificadas pelo Departamento de Saúde da Flórida.

E esta confirmação de transmissão ativa do zika vírus no território contíguo dos Estados Unidos destacou a importância de todos os especialistas estarem

familiarizados com as orientações para mulheres grávidas. E hoje, eu gostaria de fornecer um breve resumo sobre estas orientações, que foram divulgadas em 25 de julho através do MMWR.

As recomendações revisadas expandem os testes de PCR para detectar sinais do zika vírus no sangue ou na urina, com o objetivo de fornecer um diagnóstico definitivo para mais mulheres grávidas infectadas pelo zika vírus. As orientações atualizadas também incluem recomendações de gestão clínica para auxiliar os profissionais de saúde a cuidarem de suas pacientes grávidas infectadas, ou possivelmente infectadas, pelo zika vírus.

Estas orientações destacam que todas as gestantes devem ser avaliadas quanto à possível exposição ao zika vírus em cada visita de consulta pré-natal. Isso significa que as mulheres grávidas devem ser questionadas se viajaram ou viveram em uma área com transmissão ativa do zika vírus em qualquer momento durante sua gravidez, e se o seu parceiro sexual viajou ou viveu em uma área com transmissão ativa do zika vírus.

O tipo de teste recomendado varia de acordo com o momento em que uma mulher consulta um profissional de saúde em relação ao início de seus sintomas ou após sua última possível exposição ao zika vírus. As novas informações indicaram que algumas gestantes infectadas apresentam o RNA do zika vírus no sangue por mais tempo do que imaginávamos anteriormente. Sendo assim, mudamos a recomendação anterior de testes dentro de sete dias. A orientação atualizada amplia este período para os testes de PCR para testes dentro de 14 dias do início dos sintomas.

A orientação também inclui uma nova recomendação para testar a presença de zika vírus pelo PCR no sangue e urina de algumas gestantes que não apresentam sintomas, se elas foram testadas no prazo de duas semanas de sua última

exposição em uma área de transmissão ativa do zika vírus.

Os resultados dos testes para anticorpos são mais difíceis de interpretar devido à reatividade cruzada com outros flavivírus. Sendo assim, este teste pode não fornecer um diagnóstico definitivo do zika, mas em vez disso, muitas vezes leva a um diagnóstico de uma infecção por um flavivírus não especificado. A nova orientação também especifica alguns testes de reflexo ou acompanhamento automático para alguns cenários. Resumindo, as gestantes que apresentam sintomas que são avaliadas menos de duas semanas após o início dos sintomas devem receber testes PCR de soro e urina para o zika vírus.

Gestantes que apresentam sintomas que são avaliadas dentro de 2 a 12 semanas após o início dos sintomas devem primeiramente receber o teste de anticorpos IgM para o zika vírus. Se o resultado do teste de anticorpos IgM for positivo ou duvidoso, elas devem receber automaticamente testes PCR de soro e urina.

Para gestantes que não apresentam sintomas com um risco permanente para a possível exposição que são avaliadas menos de duas semanas após a sua última possível exposição deverá ser realizado o teste PCR. Se o resultado do PCR for negativo, um teste de anticorpos IgM do zika vírus deve ser realizado de 2 a 12 semanas após sua exposição.

Gestantes que não apresentam sintomas com risco limitado de possível exposição que são avaliadas de 2 a 12 semanas após sua última exposição devem receber primeiramente o teste de anticorpos IgM para o zika vírus. Se o resultado dos anticorpos for positivo ou duvidoso, deve ser realizado o PCR de soro e urina.

E finalmente, gestantes que não apresentam sintomas que estão em uma área com risco contínuo para possível transmissão do zika vírus, ou que vivem em uma área que tem transmissão ativa do zika vírus neste momento, devem receber o teste de anticorpos IgM para zika vírus como parte de sua rotina de cuidados obstétricos uma vez durante o primeiro trimestre e uma vez durante o segundo trimestre. Se os resultados do teste de anticorpos IgM forem positivos ou duvidosos, elas devem fazer o teste de reação pelo PCR.

Além da orientação sobre testes, também estamos muito satisfeitos em anunciar a provisão de apoio aos nossos parceiros do departamento de saúde estadual, local e territorial por meio do acordo de cooperação para doenças infecciosas Epidemiology and Laboratory Capacity (ELC).

Esses fundos foram disponibilizados aos estados, cidades e territórios para apoiar os esforços de proteger os cidadãos americanos da doença do zika vírus e resultados adversos para a saúde que podem resultar da infecção pelo zika vírus, incluindo defeitos congênitos graves. Sessenta e uma jurisdições receberam este financiamento para ajudá-las a participar do registo de gravidez com zika nos EUA.

Também liberamos financiamento para apoiar a vigilância rápida de defeitos congênitos que podem estar relacionados a infecções por zika vírus durante a gravidez. E esses fundos foram concedidos a 40 estados diferentes até este momento. Terei prazer em tirar dúvidas relacionadas a estes assuntos ao final das outras apresentações. Muito obrigada pelo seu interesse.

Mark Davis: Muito obrigado, Peggy, pelas informações e relatórios detalhados. Todas as informações estão disponíveis on-line no website do CDC sobre o zika para que vocês possam obter os detalhes por escrito. Muito obrigado.

Agora, passamos a palavra para nossa equipe de segurança do sangue. Dra. Michelle Chevalier falará a respeito da triagem e notificações dos centros de coleta de sangue. Michelle?

Dra. Michelle Chevalier: Boa tarde a todos! Então, hoje eu apresentarei apenas uma breve atualização sobre a triagem de sangue e tecidos no território contíguo dos Estados Unidos, começando em 3 de abril na triagem de doadores de sangue em andamento em Porto Rico. Até 30 de julho, aproximadamente 22.000 doações de sangue foram examinadas com relação à infecção por zika vírus. Cento e setenta e nove ou 0,8% de todas as doações tiveram resultado positivo para a infecção pelo zika vírus. Todas as doações com resultado positivo foram removidas do banco de sangue. No território contíguo dos Estados Unidos, a triagem de doadores de sangue teve início no Texas, em 23 de maio, e permanece em andamento no Mississippi, Alabama, Geórgia, Flórida e Carolina do Sul desde 20 de junho.

Até 30 de julho, mais de 86.000 unidades foram examinadas com relação à infecção pelo zika vírus. Em 29 de julho, a transmissão local ativa foi relatada pelo Departamento de Saúde da Flórida no condado de Miami-Dade. E diversos centros de coleta de sangue da região iniciaram a triagem para o RNA do zika vírus. Em 27 de julho, a FDA emitiu uma recomendação para reforçar as coletas de sangue no condado de Miami-Dade. E assim, cada unidade individual de sangue coletado pode ser examinada com relação ao RNA do zika vírus usando um teste disponível de triagem de doadores.

O plano CONUS incentiva fortemente os departamentos de saúde a iniciarem, se ainda não tiverem feito, o contato com os centros de coleta de sangue dentro de sua jurisdição para estabelecer uma linha de comunicação e iniciar o planejamento. Os departamentos de saúde devem notificar

imediatamente o CDC e os centros de coleta de sangue locais se houver dois ou mais casos confirmados de transmissão local do zika e em pessoas que não são membros da mesma família, com início de sintomas ou datas de exposição estimadas dentro de um intervalo de 45 dias.

Por sua vez, os centros de coleta de sangue devem notificar imediatamente os departamentos de saúde sobre doadores de sangue com resultado positivo para o zika. O CDC acomodará as áreas geográficas de risco de transmissão por mosquitos em seu site para garantir a acessibilidade das informações para os centros de coleta de sangue. Os departamentos de saúde podem identificar centros de coleta de sangue dentro de sua jurisdição, visitando o site da AABB e usando o recurso "Onde doar sangue", procurando o banco de dados de registro de sangue da FDA ou entrando em contato com o CDC.

Mais informações e orientação sobre questões de segurança do sangue relacionadas com zika podem ser acessadas no website do CDC, no link "Blood and Tissue Collection Centers" (centros de coleta de sangue e tecido). E (centros de coleta de sangue e tecido no CONUS podem encontrar) uma lista atualizada das áreas geográficas com risco de transmissão local do zika em <http://cdc.gov/zika/areasatrisk>. Isso é tudo por hoje.

Mark Davis: Obrigado, Michelle. Muito obrigado. E temos uma atualização da nossa equipe de laboratório, Dra. Julie Villanueva. Julie?

Dra. Julie Villanueva: Obrigada, Mark, muito obrigada e agradeço a todos vocês por estarem ao telefone hoje. Realizamos uma teleconferência na terça-feira desta semana, em parceria com a APHL, para falar sobre diversos problemas laboratoriais relacionados ao zika. Destacamos a recente atualização no website do CDC, além das recentes MMWRs contendo a orientação atualizada para teste de diagnóstico em mulheres grávidas e a atualização nas orientações sobre

transmissão sexual.

Avaliamos a nova orientação para testes laboratoriais encontradas no website do CDC, que está alinhada com as recentes publicações que mencionei. E recebemos uma descrição muito boa do MMWR da nossa equipe de gravidez e defeitos congênitos pela Dra. Honein. E eu vou destacar algumas mudanças apenas para enfatizá-las.

Primeiramente, o período de testes rRT-PCR em tempo real foi estendido de menos de uma semana para menos de duas semanas no início do sistema. E isso não é só para as mulheres grávidas que apresentam sintomas, mas é para todos os pacientes que apresentam sintomas. Mas recomendamos a coleta de soro e urina para testes de rRT-PCR em tempo real.

Incluimos uma nova recomendação para implementar os testes de rRT-PCR em tempo real de soro e urina específicos para zika entre mulheres grávidas que não apresentam sintomas nas primeiras duas semanas de possível exposição. Incluimos uma nova recomendação para testes de rRT-PCR em tempo real após uma mulher grávida que não apresenta sintomas ter um teste de anticorpos IgM para zika com resultado positivo ou duvidoso. E isso, porque algumas mulheres demonstraram ter viremia prolongada além do período agudo, o período de dias agudos. Esse teste em tempo real de rRT-PCR positivo proporcionaria o diagnóstico definitivo.

Todos os detalhes dos algoritmos são encontrados novamente no site do CDC, bem como links para todos os MMWR recentes. Gostaríamos de lembrá-lo que os testes de amostras nos Estados Unidos para determinar uma possível infecção pelo zika vírus devem ser limitados às amostras coletadas de pacientes que atendam aos critérios clínicos e epidemiológicos do CDC para testes. Novamente, esta informação está disponível no site do CDC. E nós

incentivamos você a continuar a acessar o site do CDC, uma vez que esses dados e informações são atualizados frequentemente.

Também discutimos na reunião desta semana a colaboração do CDC com quatro laboratórios comerciais para nos trazer o ensaio MAC-ELISA para zika. Essas discussões estão em curso há algum tempo. Este é um processo que é novo para o CDC. Não fizemos isso antes, mas há uma ótima razão por que quisemos que esses laboratórios comerciais contassem com o MAC-ELISA para zika. Trata-se do único ensaio de anticorpos para zika que recebeu um EUA da FDA.

E estamos preocupados, assim como você. Ouvimos as perguntas feitas por você sobre a capacidade desses laboratórios de realizarem ambos os testes. Então, essas são razões importantes pelas quais queríamos que laboratórios comerciais tivessem um teste de anticorpos disponível.

Assim, as discussões com os laboratórios estão em andamento. Ainda estamos finalizando os processos de relatórios, planos para confirmar os resultados de MAC-ELISA positivos pelo teste de utilização do produto, bem como a solicitação de exames. E eu gostaria de mencionar a solicitação de exames porque conseguimos fazer uma pergunta sobre a solicitação dos laboratórios comerciais.

E assim, estamos trabalhando muito estreitamente com esses laboratórios para desenvolver algoritmos de teste específicos para os testes moleculares e sorológicos para zika, conforme descrito em nossos algoritmos. Queremos ter certeza de que a solicitação de teste possa ser tão simples quanto possível para os médicos. Entendemos que o algoritmo é complicado. Gostaríamos que o teste de reação ocorresse no laboratório comercial, sem que o médico tenha de ser o responsável por solicitar vários testes.

Por isso, estamos trabalhando para resolver esse problema e esperamos que seja resolvido o mais rapidamente possível e daremos essa informação quando tiver sido concluído.

Obrigado.

Mark Davis: Ótimo. Obrigado, Julie. Muito obrigado. Chegamos ao fim de nossas apresentações formais. Vamos abrir a linha para as perguntas em um minuto. E estamos recebendo algumas perguntas na nossa caixa de e-mail de preparação. Gostaria de lembrá-los dessa oportunidade. É simplesmente o endereço preparedness@cdc.gov. Se não recebermos a pergunta pelo telefone, certamente vamos dar uma resposta para você mais tarde.

Uma das outras coisas que gostaríamos de fazer quando tivermos a oportunidade é compartilhar o que consideramos ser algumas das melhores práticas que aprendemos de todo o país. E nas conversas desta semana com o pessoal do Texas, aprendemos sobre algumas coisas que eles estão fazendo e um pouco do que os outros estados podem fazer. Nós não tínhamos ouvido falar sobre isso. Gostaríamos de conhecer essas informações, se você puder nos contar.

Mas no Texas, aparentemente, é permitido, no âmbito das regras do Medicaid daquele estado, que mulheres grávidas e mulheres em idade fértil recebam repelentes regularmente, com uma receita de seus médicos. Pensamos que, por mais difícil que seja diminuir a quantidade de mosquitos em uma grande área ou em uma comunidade, proteger uma única pessoa é algo muito mais fácil de fazer. E certamente queremos enfatizar essa abordagem para a prevenção o máximo possível.

Por isso acho que é muito encorajador que o Texas tenha aberto seu programa Medicaid para mulheres que estão grávidas e/ou em idade fértil obterem este repelente para protegerem a si mesmas e a seus potenciais filhos.

Então, era isso que eu queria dizer. Pode ser algo sobre o que você queira falar com os agentes de saúde do seu próprio estado, seus programas Medicaid. Mas se é isso que você está fazendo, seria uma informação útil para nós. Talvez você possa também enviar uma nota para o e-mail preparedness@cdc.gov, e isso nos ajudaria a ter uma noção de quem mais pode estar fazendo isso em todo o país.

Então neste momento eu acho que (Candy), se você não se importa, vamos seguir em frente e abrir a linha de telefone para perguntas, e vamos reproduzir algumas das perguntas que recebemos pelo sistema de e-mail. Obrigado.

Operadora: Obrigada. Neste momento, como um lembrete para pergunta, pressione Estrela 1. Ative o som de sua linha e grave o seu nome. Para perguntas ou comentários, pressione Estrela 1. Se você deseja desfazer a sua solicitação, pode pressionar Estrela 2. Obrigada.

Nossa próxima pergunta é de Dottie Merki. Sua linha está aberta. Informe qual é a sua organização.

Dottie Merki: Obrigada. Sou Dottie Merki, do Riverside County Environmental Health. A minha pergunta tem a ver com a questão do vetor, talvez por isso seja para a Janet. Há alguma pesquisa que mostre que não há transmissão vertical dentro da amostra *Aedes aegypti* para o vírus?

Janet McAllister: Sim. Existem alguns estudos em curso para investigar isso. Eu não vi nenhum resultado sobre isso. Não achamos que vai haver uma grande rodada de infecção de mosquitos, mesmo se isso ocorrer.

Dottie Merki: Ok, obrigada.

Mark Davis: Ok, e Janet, enquanto estamos com você no telefone... você deve ter visto no seu e-mail que estamos tentando lhe enviar aqueles em Fort Collins. Mas recebemos uma pergunta do Dr. Englender, de Cincinnati. Você viu aquela? E se não viu, fico feliz em lê-la para você.

Janet McAllister: Não, mas nós temos tido problemas de conectividade o dia todo, por isso...

Mark Davis: Tudo bem. Então vamos para uma “dupla”, pois acho que ambas são para você. A primeira do Dr. Englender: quais seriam as atividades apropriadas de vigilância e controle de mosquitos dentro e em torno da casa de uma pessoa virêmica em um local com *albopictus* abundante, mas sem *aegypti*? Está ocorrendo a transmissão do *albopictus* ou é apenas uma possibilidade teórica? Essa é a primeira. Você entendeu?

Janet McAllister: Sim, entendi. Assim, do que entendemos do *albopictus*, sabemos que ele pode provocar surtos. Tem sido documentado que ele provoca surtos, mas não é uma ocorrência muito comum. Dito isto, você ainda precisa se preocupar com o *albopictus*.

A maneira de controlar o *albopictus* é muito parecida com a maneira de controlar o *Aedes aegypti*, por meio de saneamento, limpeza dos locais de reprodução em uma área de 150 metros em torno da casa do caso, fazendo um pouco de pulverização na área, fazendo tratamentos residuais orientados em quintais, aplicando larvicidas em áreas que não podem ser limpas e drenadas,

certamente também por meio de divulgação para as pessoas que vivem na área, para que possam limpar seus quintais, mantê-los limpos, e também usar repelentes e todas as outras mensagens que normalmente enviamos ao público quando o assunto é o controle do mosquito.

Mark Davis: Ok, obrigado. Então, enquanto você permanece aqui, vou fazer a segunda pergunta, que veio de Eileen Simak, do Wisconsin. Se alguém contrai zika de um mosquito e outra espécie de mosquito pica a pessoa infectada, esse mosquito pode transmitir o zika para outra pessoa?

Janet McAllister: Você pode repetir a primeira parte? Então, se...

Mark Davis: Então, se alguém contrai zika de um mosquito...

Janet McAllister: Certo.

Mark Davis: ... da espécie *Aedes* de mosquito e outras espécies de mosquitos – presumivelmente *Culex* ou um mosquito parecido – pica a pessoa infectada, esse mosquito pode...

Janet McAllister: Ok. Sim, entendi. Entendi. Bem, os únicos dois vetores conhecidos que temos nos EUA são *Aedes aegypti*, que é o vetor principal, e *Aedes albopictus*, que é o vetor secundário. Para esses mosquitos ficarem infectados, eles têm de picar alguém enquanto eles estão criando o que chamamos de viremia, quando há quantidade suficiente do vírus em circulação no sangue que é recolhido na refeição sanguínea. E então o vírus tem de incubar naquele mosquito por cerca de sete a dez dias antes que a picada desse mosquito em outra pessoa possa infectá-la.

Agora, tem havido relatos do Brasil na imprensa de que o *Culex* pode estar

envolvido na transmissão. Não lemos o artigo científico original desse estudo. Houve duas publicações recentes que mostram que o Culex não pode ser um vetor que, embora esse mosquito possa fazer uma refeição sanguínea infectada, o período de incubação dentro do mosquito na saliva não é concluído e ele não fica infectado com o zika vírus. Então, no momento, não achamos que haja outros vetores nos Estados Unidos.

Mark Davis: Excelente. Obrigado, Janet. Então (Candy) vamos passar para outra pergunta do telefone, se possível.

Operadora: Obrigada. Temos uma pergunta de Steve Mulligan. Sua linha está aberta. Informe qual é a sua organização.

Steve Mulligan: Ok, obrigado. Meu nome é Steve Mulligan. Sou gerente distrital do Distrito de Redução de Mosquitos Consolidada de Selma, Califórnia. E antes de tudo, obrigado, Janet, por abordar essa questão do Culex, que está sendo noticiada aqui na Califórnia. E sim, isso não foi demonstrado, por isso agradecemos essa resposta. Vou abordar algo da apresentação de Lyle. A resposta lá parece indicar um pouco de preocupação com as aplicações aéreas. E acho que a aplicação aérea é uma escolha lógica para cobrir uma área mais ampla e oferecer melhor penetração das barreiras do terreno, nas quais as aplicações terrestres ocorrem com mais frequência.

A minha pergunta tem a ver com a falta de sucesso ou o pouco sucesso das aplicações ULV terrestres e nas questões que examinamos de acordo com as condições meteorológicas. Eles tiveram boas condições durante aquele período? E quais foram os níveis de susceptibilidade e quais os produtos que eles usaram? Na Califórnia, nas minhas áreas onde temos alto nível, temos resistência aos piretroides. E eu me pergunto o que eles estavam usando lá e quais eram as condições?

Mark Davis: Janet, você pode resolver isso?

Janet McAllister: Sim, posso responder, Steve. Então, eles utilizado permetrina nos programa deles há algum tempo e mudaram para o produto Sumitrina (praletrina). Eu não sei quais eram as condições meteorológicas para a pulverização que eles fizeram ou quando eles a realizaram. Sei que estamos recolhendo mosquitos neste momento e fazendo teste de suscetibilidade com eles. Assim, teremos uma ideia de se a falha de controle tem algo a ver com resistência a inseticidas ou com o programa operacional deles e como eles estão empregando o inseticida.

Steve Mulligan: Muito obrigado. E também se eles estão aplicando... se eles estão usando por via aérea, vão aplicar Naled, que é organofosforado, e assim o potencial pode ser mais eficaz, então.

Janet McAllister: Sim, isso é o que eles estão usando por via aérea. É Naled, que não é um piretroide.

Steve Mulligan: Sim, é um mosquito difícil de lidar. Obrigado, Janet.

Mark Davis: Agradeço pela pergunta, Steve. (Candy), mais perguntas?

Operadora: Obrigada. Nossa próxima pergunta é de (Nina). Sua linha está aberta. Informe qual é a sua organização.

Nina Dacko: Oi. Aqui é Nina Dacko, do condado de Tarrant. Oi, Janet. Eu conversei com você, não há muito tempo.

Janet McAllister: Oi, Nina.

Nina Dacko: Tudo bem. Então, minha pergunta é realmente pertinente – acho que isso provavelmente varia de acordo com o local–, mas o que é realmente considerado um número alto de *Aedes aegypti* ou *Aedes albopictus* nas armadilhas BG colocadas nos locais e em torno dos locais de casos contraídos localmente?

Janet McAllister: Então, o número de *aegypti* que eles estão vendo na área varia de cerca de 10 por armadilha até 50 por armadilha, por noite.

Nina Dacko: Ok, obrigada. Eu estava apenas pensando como comparação com o que estamos vendo aqui no condado de Tarrant. Também notei que o Dr. Petersen mencionou que eles aplicavam BTI, e também Naled, na pulverização aérea. E estou supondo, mas gostaria de perguntar, o BTI é em formato granular?

Janet McAllister: Não, é... é o produto da WG, o VectoBac WG, o que o tornaria um grânulo molhável, acho que é isso o que WG significa. (*Significa grânulo dispersível em água*)

Nina Dacko: Certo.

Janet McAllister: Mas é aplicado como líquido.

Nina Dacko: Certo. E agora mais uma breve pergunta. Tem o uso de ovitrampas de grávidas infiltradas (autocida) que estava ocorrendo em Porto Rico. Fiquei curiosa para saber se isso estava sendo usado na área de Miami-Dade, ou em qualquer outro lugar, ou se estava obtendo algum sucesso?

Janet McAllister: Bem, a armadilha AGO não está sendo usada em Miami. Existem algumas discussões. Temos uma Seção 18 para a armadilha In2Care, que

tecnicamente não é uma armadilha. É um dispositivo em que o mosquito fêmea pega uma pequena quantidade de larvicida quando entra para colocar seus ovos e ela também é infectada com um fungo.

Então ela deixa o dispositivo e deposita o inseticida em outros locais onde ela pode estar depositando seus ovos. E o fungo que a infecta vai matá-la em cerca de três dias. Então, novamente, há alguma discussão sobre o uso da Seção 18 para implantar isso nas armadilhas na área de Miami.

Nina Dacko: Excelente, obrigada.

Janet McAllister: E isso é algo que está disponível. O CDC tem essa Seção 18 para as armadilhas In2Care disponíveis para uso quando a transmissão local por mosquitos foi detectada como uma opção de controle.

Nina Dacko: Certo. Muito obrigada mesmo, Janet. Você por acaso saberia dizer se o fungo era *Beauveria bassiana*?

Janet McAllister: Sim, é sim.

Nina Dacko: Obrigada.

Janet McAllister: Obrigada.

Mark Davis: Ok, obrigado, Nina, por essa pergunta. Vamos dar uma olhada na pergunta que recebemos por e-mail de Ben Robison, do Departamento de Saúde de Ohio. É uma pergunta sobre defeitos congênitos, por isso vamos deixar Peggy respondê-la.

Peggy Honein: Tudo bem. A pergunta é sobre alguém ter mencionado que, se o teste de anticorpos IGM é positivo ou duvidoso, devem ser realizados testes PCR de soro e urina. E querem saber se isso foi uma atualização das recomendações, o que está correto. Portanto, se o teste inicial é o teste de anticorpos IGM e você recebe um resultado positivo ou duvidoso, isso se reflete no PCR. Se o resultado do PCR é negativo, então o PRNT é usado como teste de confirmação. De modo que se trata de uma mudança na recomendação anterior. Isso era o que eu queria esclarecer.

Mulher: Grávida.

Peggy Honein: Para pacientes grávidas, sim.

Mark Davis: Ótimo, obrigado. Você quer responder a pergunta logo após esta, Peggy? É sobre...

Peggy Honein: Claro. A próxima pergunta vem de (Caitlin Sherman), do Hospital Infantil de Los Angeles. Qual a percentagem de mulheres com zika durante a gravidez cujos bebês terão microcefalia? Não sabemos a resposta para essa pergunta. Acho que, com base nos dados disponíveis até agora, pensamos que a resposta é provavelmente entre 1% e 13% das mulheres com infecções no início da gravidez. Há alguns dados do Brasil, embora sugerindo que pode haver um risco mais elevado e um risco fora desse período de gravidez. Por isso, estamos trabalhando duro para entender melhor a magnitude desse risco.

E depois o restante da pergunta é sobre complicações e número de anos. Portanto, a expectativa é que a infecção durante a gravidez represente um risco para o feto. Se as mulheres não estão grávidas, mas pensam em engravidar, e elas têm sintomas de doença do zika vírus ou foram expostas

a uma possível infecção pelo vírus, recomendamos que aguardem pelo menos oito semanas antes de ficarem grávidas.

Mark Davis: Então eu vou bancar um pouco o advogado do diabo aqui. A pergunta continua, e diz: o resultado será sempre microcefalia? – o que, obviamente, não podemos responder. Mas o vírus, tanto quanto sabemos, seria transmitido pelo sistema da mulher, em algum momento, e, além disso, ela – até onde sabemos – não teria que se preocupar?

Peggy Honein: Consideramos que haverá imunidade de longa duração da infecção e que não haveria um risco no futuro, após o período das nossas recomendações. Por isso a espera de oito semanas para as mulheres que são sintomáticas ou assintomáticas, e para os homens sintomáticos com a doença do zika vírus a espera é de seis meses para engravidar.

Mark Davis: Ok, ótimo. Obrigado. Acho que é um fato científico desconhecido importante, a mensagem sobre comunicação. E eu digo isso porque o diretor do JIC, John O'Connor, acaba de chegar. E não sei se você vai fazer alguma apresentação, mas você está disponível para responder a perguntas ou quer falar?

John O'Connor: Claro, posso dizer algumas poucas palavras.

Mark Davis: Vá em frente.

John O'Connor: Vou falar um pouco. Lamento pelo atraso. Estávamos participando de uma reunião surpresa com a EPA. Mas no que diz respeito ao plano de resposta provisória atualizado, ele realmente não mudou muito. O objetivo permanece o mesmo: preparar-se e comunicar imediatamente

para abordar as preocupações sobre a transmissão do zika.

Temos um monte de informações no plano do CONUS sobre como desenvolver mensagens e quais seriam as estratégias. Além do lançamento do plano revisado do CONUS, publicamos o ZCART, o kit de ferramentas de ação comunitária de resposta ao zika, que é uma espécie de modelo. É, de fato, o resultado do que foi discutido durante as Cúpulas ZAP em Atlanta. E é realmente um modelo para ajudar os estados e as comunidades locais a criar os seus próprios planos de comunicação. Além disso, o ZCART é uma coleção de cerca de 18 ou 19 materiais que podem ser baixados de um site do CDC protegido por senha. Então, inclui comunicados de imprensa, pontos de discussão e fichas técnicas sobre diversos temas e pode ser usado como está impresso ou pode ser renomeado com o logotipo do estado ou local – da melhor maneira para as pessoas se comunicarem com as populações locais.

Temos também uma campanha nacional de prevenção do zika. E estamos bastante ativos em Porto Rico. Podemos usar esses fundos de campanha para fazer as coisas como colocar mensagens em quadros de avisos eletrônicos, anúncios ao público, colocar anúncios em jornais e fazer muito em mídias sociais. Isso nos dá um pouco de flexibilidade em termos de como podemos fornecer recursos para estados e comunidades locais para ajudar. E estamos fazendo isso na Flórida agora.

Mark Davis: Excelente. Obrigado, John. E ele estará disponível no restante da reunião para tirar dúvidas.

Ainda temos cerca de 20 minutos até o fim. Estamos recebendo um monte de perguntas por e-mail, o que é maravilhoso. Vamos responder o máximo possível delas. Mas, Candy, se você quiser pegar mais uma ou duas do telefone, nós a responderemos.

Operadora: Tudo bem, obrigada. A próxima pergunta é de Kris Bryant. Sua linha está aberta. Informe qual é a sua organização.

Kris Bryant, MD: Sou da Universidade de Louisville, em Louisville, Kentucky. Minha pergunta é sobre a triagem de mulheres grávidas. Então o CDC atualizou as recomendações que dizem que todas as mulheres nos EUA devem ser avaliadas quanto a possível exposição em toda consulta pré-natal. Assim, precisamos perguntar sobre o histórico de viagens, histórico de viagens de parceiros sexuais e sintomas. Dada a lista de lugares onde há transmissão do zika, você tem alguma sugestão sobre como operacionalizar essa eficiência no consultório do obstetra?

Janet McAllister: Claro. Acho que podemos trabalhar nas formas e ferramentas de comunicação que podem ajudar nisso. Acho que a principal razão para tornar essa orientação mais direta é que estávamos preocupados por nossa orientação anterior ter se baseado em mulheres grávidas que consultaram seus profissionais de saúde espontaneamente e relataram a possível exposição, e percebemos que seria muito importante, em razão dos vários modos de transmissão e das amplas áreas onde isso pode ocorrer, avaliar cuidadosamente essa exposição, de modo que, conforme o caso, o teste pudesse ser solicitado.

Portanto, temos algumas ferramentas disponíveis agora, mas eu certamente poderia procurar por itens adicionais que possam ser úteis para os profissionais de saúde para essa triagem. John, você tem algum comentário?

John O'Connor: Podemos trabalhar com vocês no desenvolvimento de algo que pode ser fácil de usar, nesse sentido.

Kris Bryant: Obrigada.

Mark Davis: Ok, mais uma pergunta pelo telefone, Candy?

Operadora: Obrigada. A próxima pergunta é de Gary Wheeler. Sua linha está aberta. Informe qual é a sua organização.

Gary Wheeler: Eu sou do Departamento de Saúde do Arkansas. Os comentários feitos sobre Wynwood ser uma mistura industrial de residenciais – perdão, uma mistura de propriedades industriais e residenciais – sugere a possibilidade do transporte físico de mosquitos em materiais de embalagem, pneus etc. Gostaria de saber se ocorreu alguma investigação para saber mais sobre isso. E, por outro lado, existe uma densidade específica de viajantes que tiveram testes positivos na área de Wynwood?

Mark Davis: Obrigado, Gary. Essa é uma pergunta muito boa. Estamos com Erin Staples ao telefone, da nossa equipe de EPI. Esta parece uma boa pergunta para a Erin. Quer tentar responder essa pergunta?

Dra. Erin Staples: Sim. O que entendemos sobre essa área é que era uma espécie de mistura de propriedades industriais e residenciais é que existe de fato uma empresa com um grande número de visitantes que vêm de fora do país para fazer negócios lá. Então, é mais provável, em vez de um vetor sendo transmitido, mas eu também posso pedir o comentário de Janet sobre isso, que uma pessoa infectada entrou na área, com alguma ligação com essa empresa ou mesmo apenas para fazer uma visita, pois é uma parte muito movimentada da cidade, onde há diversos lugares para comer ao ar livre, entre outras coisas. Então, é, novamente, mais provável que o visitante fosse alguém que tinha o vírus no sangue, que foi responsável potencialmente por infectar os mosquitos locais, e eu não posso descartar que um vetor foi introduzido. Mas, de novo, é um pouco menos provável, eu acho. Então, desculpe, pode repetir a sua segunda

pergunta?

Gary Wheeler: Não, essa era a pergunta. Mas, prosseguindo, nós realmente não ouvimos falar muito sobre o que está acontecendo do Departamento de Transporte ou outras coisas em termos de fumigação ou outras coisas em portos e outras áreas em que os mosquitos possam ser introduzidos. Gostaria de saber se você pode comentar sobre isso.

Dra. Erin Staples: Acho que eu deixar essa para Janet, para ela comentar sobre eventuais atividades de controle de vetores que aumentaram e que podem estar concentradas na importação.

Janet McAllister: Sim. Não estou ciente de qualquer aumento do controle de vetores acontecendo no porto de Miami. Certamente é um local que está longe de..., como Erin descreveu, tem uma grande quantidade de pessoas que viaja por lá, mas, aparentemente, não muitas propriedades. E não tenho conhecimento de outros lugares que estejam fazendo alguma coisa.
Há provavelmente mais vigilância, talvez uma procura pelos mosquitos, mas, do que sei, não há uma série de atividades de controle de vetores por especialistas acontecendo na área dos portos.

Gary Wheeler: Obrigado.

Mark Davis: Obrigado pela pergunta. Então, temos duas perguntas que vieram por e-mail e eu acho que podem ter uma aplicação boa e ampla, não só no caso das respostas às perguntas, mas em termos de passar a mensagem outra vez, o que considero que é realmente uma grande parte da resposta. A primeira pergunta veio de Steve Herschenshorn, da Gestão de Emergências do Condado de Broward. E vou pedir novamente para a Erin, da equipe de EPI, para responder a esta, se possível. Após a infecção, uma vez que o zika vírus não

está mais presente na pessoa, essa pessoa pode ser novamente infectada ou ela se torna imune?

Dra. Erin Staples: Certo. Felizmente, Peggy já respondeu essa para nós. Acreditamos, uma vez que você é infectado e cria uma reação imune eficaz para a infecção, que você não vai ser infectado novamente, que você terá imunidade ao longo da vida.

Mark Davis: Ótimo. Obrigado por esclarecer isso. E agora uma segunda pergunta, de Sara Reilly, na Virgínia. E vou voltar a Lisa Rotz, da nossa Equipe de Migração Global, que lida muito com a questão de viagens. A pergunta é: para fins de análise de dados e aprovação de testes, se algum dos 50 estados dos EUA for declarado área de transmissão ativa do zika vírus, existem planos para ter um mapa em separado no site do CDC apenas para os estados dos EUA? Os estados serão adicionados individualmente ao mapa-múndi atual?

Lisa Rotz: Obrigada. Acho que a maneira como vou abordar essa pergunta é uma espécie de conversa, falar um pouco sobre as diferenças em relação ao site da saúde para viagem e, em seguida, o site doméstico sobre zika do CDC, porque eles são um pouco diferentes. O site de saúde para viagem e os mapas que temos lá realmente são a face visível em relação a áreas de transmissão do zika, onde examinamos outros países que têm atividades do zika. E isso é mesmo uma espécie de foco do site de saúde para viagem.

O que reconhecemos, obviamente, é que agora que temos atividade nos EUA, existe a necessidade de ter visibilidade sobre isso. Então, vamos nos certificar de fazer o link para aquele site, que as pessoas, naturalmente, consultam, de modo que onde houver áreas com zika no site dos EUA ou no site doméstico do CDC, lá estaremos fazendo o link para departamentos de estado com seus mapas e coisas do tipo. E, à medida que diferentes áreas

nos EUA crescerem, acho que vamos criar um mapa baseado nos EUA lá, falando sobre estados específicos e, em seguida, detalhar áreas nos 50 estados em relação à atividade que será vinculada lá com o restante da informação sobre o que está acontecendo com o zika nos EUA.

Mark Davis: Excelente. Obrigado, Lisa. Candy, vamos pegar mais uma pergunta por telefone.

Operadora: Obrigada. Nossa próxima pergunta é de Bernadette Albanese. Sua linha está aberta. Informe qual é a sua organização.

Bernadette Albanese: Olá. Obrigada. Aqui é Bernadette Albanese, do Departamento de Saúde de Tri-County, em Denver. Esta pergunta remete ao caso do registro de gravidez e defeitos congênitos e tem a ver com uma pergunta anterior. Estamos tentando ver quais as informações adicionais que você tem para compartilhar sobre o risco de resultados adversos que você compartilhou – acho que 3% a 13% no geral, muito preliminar. Existe alguma diferenciação de acordo com o risco por trimestre que você pode refinar? É a primeira pergunta.

Em que período da gravidez você acha que pode haver efeitos teratogênicos? Bem lá no início, imediatamente após a concepção, ou, mais provável, durante, de algum modo, as fases posteriores do desenvolvimento fetal? E existe ainda o caso de mulheres que foram infectadas, digamos mais cedo na gravidez, que têm um ultrassom fetal normal inicial, ainda poderem acabar com microcefalia ou outros defeitos congênitos que seriam detectados nos ultrassons posteriores?

Peggy Honein: Bem, obrigada pelas perguntas. Vou tentar respondê-las e, depois, avise-me se eu deixei alguma coisa de fora. Bem, quanto à infecção poder ser um risco

no início da gravidez, nós realmente não sabemos, em relação ao zika. Mas no caso de outras infecções virais que podem prejudicar o feto, isso pode acontecer no início do período periconcepcional, logo antes da gravidez ou no início da gravidez. Então, isso é parte da razão para a orientação de esperar para engravidar após a exposição ou infecção, porque achamos que esse período no início da gravidez pode representar um risco para o feto.

Quanto ao risco por trimestre para os resultados mais graves – efeitos cerebrais muito graves que se manifestam como microcefalia severa e calcificações intracranianas – parece que há mais desses casos associados à infecção no início da gravidez, ou seja, no primeiro trimestre ou no início do segundo trimestre. Mas é realmente cedo demais para entendermos ao certo como o risco varia de acordo com o trimestre.

Além disso, há pelo menos um relatório preocupante do Brasil de mulheres que tiveram infecções durante o terceiro trimestre e deram à luz bebês com perímetro cefálico normal, mas que em alguns casos tinham calcificações intracranianas ou outros sinais de anormalidades cerebrais e cujo crescimento cefálico pós-natal não foi normal. Portanto, ainda não temos compreensão de todos os resultados adversos associados com a infecção pelo zika vírus durante a gravidez. Porém, nos preocupamos que possa haver risco para o feto com exposições a qualquer momento durante a gravidez.

Quanto à questão sobre ultrassons normais no início, acredito que há dois fatores a serem considerados. Um deles é a capacidade limitada do ultrassom para a detecção de anormalidades. E o segundo é quando as anormalidades acontecem.

Acreditamos que, após uma infecção por zika vírus durante a gravidez, há provavelmente um período de alguns dias ou semanas até que o vírus cause

danos suficientes ao cérebro para que se tornem visíveis. Portanto, uma ultrassonografia precoce normal pode ocorrer porque o dano ainda não ocorreu ou porque a gravidez está muito no início para que possamos vê-lo. Assim, há certamente relatos de ultrassonografias antes das 20 semanas que mostram resultados aparentemente normais quando depois há um resultado cerebral grave.

Bernadette Albanese: Ok, obrigada. Uma pergunta rápida relacionada: há algo que sugira que a infecção logo após a concepção (ou seja, ainda em algum dos estágios embrionários) teria maior probabilidade de resultar em um aborto espontâneo em vez de um feto muito anormal com defeitos congênitos?

Peggy Honein: Sabe, a resposta curta é que não sabemos. Quero dizer, o pensamento em relação a teratologia, de modo geral, é que muitas vezes é o caso de exposições a agentes teratogênicos. Mas com relação ao zika, nós realmente não sabemos.

Mark Davis: Obrigado pela resposta Peggy, e obrigado pela pergunta, Bernadette. Espero termos respondido às suas dúvidas sobre o tema. Vamos continuar, Candy, se tivemos outra pergunta por telefone.

Operadora: Obrigada. Nossa próxima pergunta é da Dra. Anne Bailowitz. Sua linha está aberta. Informe qual é a sua organização.

Anne Bailowitz: Sim, olá. Sou da Academia Americana de Pediatria, seção de Maryland, Comitê de Doenças Infecciosas. Apenas uma questão operacional para a Dra. Glover, se ela ainda estiver presente. Quando suas equipes CERT estão em operação, quando são ativadas, tenho curiosidade de saber como elas colaboram com o corpo de reserva médica, como os que existem em vários estados?

Mark Davis: Maleeka, você ainda está aí? Você pode ficar em mudo antes de eu sair da linha. Então, vamos analisar essa pergunta. É uma pergunta muito boa, Anne, e vamos tentar – como fazemos com todas as perguntas – encontrar uma boa maneira de publicar as respostas no website ou por meio de algum tipo de distribuição. Não tenho certeza. Mas é uma boa pergunta sobre os corpos de reserva médica, então vamos dar um retorno para você.

Anne Bailowitz: Ótimo, obrigada.

Mark Davis: De nada. Candy, você pode me dizer quantas perguntas temos na fila apenas para que eu saiba como equilibrar a carga?

Operadora: Obrigada. Temos mais uma pergunta na fila.

Mark Davis: Ah, então vamos ouvi-la.

Operadora: Obrigada. Temos Tina Johnson na linha. Sua linha está aberta. Informe qual é a sua organização.

Jauntina Johnson: Olá. Quem fala é a Dra. Juantina Johnson, do Centro de Saúde Choctaw, da tribo de índios Choctaw do Mississippi. Minha pergunta é em relação aos próprios mosquitos. Vimos algumas informações em noticiários sobre a criação de mosquitos geneticamente modificados para tentar controlar o surto atual e que eles teriam sido liberados em alguns dos outros países. Você poderia comentar sobre a questão e sobre o que se pensa da liberação desses mosquitos geneticamente modificados?

Janet McAllister: Sim, aqui quem fala é Janet. Quanto aos mosquitos geneticamente

modificados, o que eles fazem é basicamente liberar machos que se reproduzem com as fêmeas locais. E os filhotes morrem antes que possam atingir a idade adulta. Portanto, a técnica é baseada no macho estéril, com a esterilização dos machos que acasalarão com as fêmeas de modo que não sejam produzidos filhotes. Esse tipo de estratégia para insetos já foi usada com sucesso para vários insetos com importância para a medicina e para a agricultura.

Então, a teoria subjacente ao funcionamento da técnica já foi em grande medida comprovada como método eficaz na redução de populações de mosquitos. Evidentemente, você precisa liberar continuamente os machos modificados no ambiente com todas essas técnicas de machos estéreis. E elas funcionam melhor quando a população está em um nível baixo. Assim, elas funcionam melhor no início da temporada ou depois da realização de algum outro controle para reduzir a população inicial.

Então, dito isso, é uma ferramenta nova e promissora. A única diferença neste caso é que eles são geneticamente modificados para obter esse efeito de esterilização, enquanto outras estratégias experimentais que estão em andamento obtêm o efeito esterilizante por meio da infecção pelo parasita *Wolbachia* ou pela irradiação dos machos para torná-los estéreis.

Jauntina Johnson: OK, obrigada.

Janet McAllister: Estão me pedindo para salientar que os mosquitos acasalam apenas uma vez. Então, só precisam encontrar um desses machos modificados...

Dra. Jauntina Johnson: OK.

Janet McAllister: ... em toda a sua vida.

Mark Davis: Muito obrigado, Janet, pela informação. Temos uma pergunta on-line sobre o teste de placentas e Peggy vai respondê-la.

Peggy Honein: Certo. Eu queria apenas informar que o site foi reorganizado. E esperamos que esteja mais fácil para as pessoas encontrarem as informações. Acreditamos que sim, para o CDC, e agradecemos por suas opiniões. Mas, quanto à pergunta sobre quais amostras testar, incluindo amostras para teste de placenta, ao acessar o website sobre o zika e entrar na seção para profissionais de saúde, você encontrará um link chamado “Coleta e envio de amostras no momento do nascimento”.

E há uma grande tabela que fornece os detalhes exatos sobre o tamanho que os pedaços de placenta devem ter, como você deve manipulá-los, como enviá-los, como obter instruções e pré-aprovação antes de enviá-los ao CDC. Então, acho que a tabela responderá a todas as perguntas detalhadas sobre o envio de amostras.

Mark Davis: Obrigado. Se pudermos retornar um pouco, também tivemos uma pergunta, de Laredo, Texas, sobre o formulário de pesquisa que foi utilizado na Flórida. E gostaríamos de orientá-lo ao Departamento de Saúde da Flórida para obter essa informação. Estou certo de que se você procurar on-line, conseguirá encontrar a informação. Se não for possível, por favor, escreva para preparedness@cdc.gov e nós o encaminharemos ao contato. Nós não podemos compartilhar isso, mas agradecemos pelo envio da pergunta. Candy, chegou mais alguma pergunta na linha?

Operadora: Não temos nenhuma pergunta neste momento.

Mark Davis: Ótimo. Bem, também está acabando o nosso tempo aqui. Recebemos

excelentes perguntas hoje e não apenas pelo telefone, mas também por e-mail. Acho que vamos parar por enquanto e encerrar as ligações por hoje. Mas publicaremos respostas para as perguntas de alguma forma e em algum local. E continue consultando nosso website do CDC. Ele está sempre mudando. Estamos sempre atualizando as informações.

Se pudermos encontrar uma boa maneira de responder especificamente a estas perguntas no site, talvez possamos acrescentar uma seção de perguntas e respostas. Talvez haja uma seção de perguntas e respostas. Não estou certo de que possamos continuar esta conversa por lá. Se não for possível, entraremos em contato com você por algum meio de comunicação, talvez por meio das organizações parceiras e de seus boletins de notícias, por meio de nossas atualizações de sexta-feira, por meio da Força-Tarefa de Coordenação Estadual e da Divisão de Prontidão Estadual e Local, se você estiver na lista de comunicação.

Mas acho que vamos parar por aqui. Agradecemos muito por seu tempo, interesse e atenção hoje. E obrigado por todo o trabalho duro que vocês estão fazendo. Sabemos que muito do que fazemos aqui às vezes parece um pouco teórico demais. É um trabalho muito minucioso, como podemos – como você pode imaginar.

Mas, sabemos que no mundo lá fora, nas comunidades e em todo o país, vocês estão fazendo um trabalho muito árduo e muito bom. Queremos agradecer por isso e certamente esperamos que esta temporada de mosquitos não tenha todo o impacto que poderia ter.

Vamos torcer pelo melhor resultado possível. Mais uma vez, obrigado pelo seu tempo. Vamos terminar a chamada por hoje. Obrigado mais uma vez.

Operadora: Obrigada pela sua participação. Isso conclui a conferência de hoje. Você pode desligar neste momento.

FIM