



**GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

**PROTOCOLO PARA INVESTIGAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS CASOS DE
MICROCEFALIA NO ESTADO DA PARAÍBA**

**Versão Nº 01
João Pessoa – 2015**

Ricardo Vieira Coutinho

Governador da Paraíba

Ana Lígia Costa Feliciano

Vice - governador

Roberta Batista Abath

Secretaria Estadual de Saúde

Maura Vanessa Silva Sobreira

Secretaria Executiva Estadual de Saúde

Elaboração: Equipe técnica da Secretaria de Estado da Saúde e especialista da área.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DA PARAÍBA. **PROTOCOLO PARA INVESTIGAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS CASOS DE MICROCEFALIA NO ESTADO DA PARAÍBA.** Versão N° 01. Paraíba, Novembro de 2015. 1ª edição – Paraíba, 2015.

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a finalidade, diferentes definições e unidades de medida existentes podem orientar o diagnóstico para classificação das microcefalias. Esses parâmetros de avaliação podem tanto ser apresentados diretamente em **centímetros**, como calculados por meio de **percentis** ou **desvios padrão (DP)** estabelecidos por cada referência para uma determinada idade, sexo e idade gestacional no momento do parto.

Definições mais específicas como o Estudo Colaborativo Latino-Americano de Malformações congênitas (ECLAMC) - Manual operacional edição 2009 - sugerem que essa anomalia seja estabelecida a partir de uma circunferência occipitofrontal (COF) menor que **3 desvios-padrão (DP) abaixo da média**. Por outro lado, ações que exigem mais sensibilidade, principalmente com foco na detecção de casos, têm utilizado uma **COF 2 DP abaixo da média**, ou seja, **menor que o percentil 3**.

As **curvas de crescimento de Fenton para meninas e meninos** (Figuras 1 e 2) e as **curvas de crescimento da OMS** (Figuras 3 e 4) fornecem parâmetros similares utilizando percentis para o acompanhamento do crescimento infantil, respectivamente, da 20ª até 50ª semana de gestação e do nascimento até a 13ª semana de idade. A Curva da OMS também é a referência da Caderneta de Saúde da Criança do Ministério da Saúde.

Com base nesses critérios, visando, nesse momento, aumentar a sensibilidade para detecção de casos nas **notificações** de microcefalia as seguintes definições de caso para notificação devem ser adotadas:

1. GESTANTE

Com identificação de microcefalia durante a gestação (intraútero)

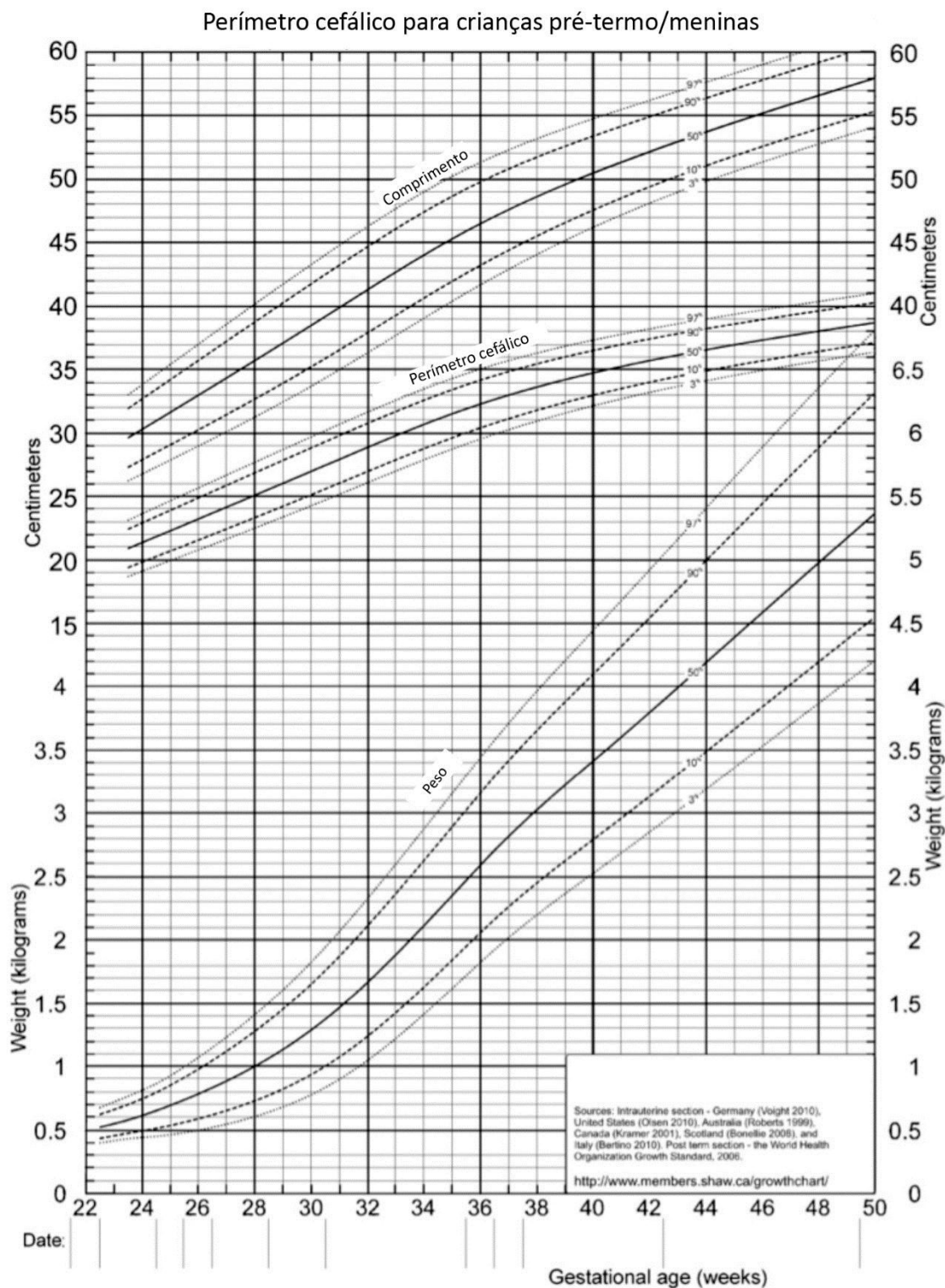
2. PÓS-PARTO

TERMO: recém-nascido, entre 37 e 42 semanas de gestação, com perímetro cefálico aferido ao nascimento igual ou menor que 33 cm, na curva da OMS.

OU

PRÉ-TERMO: recém-nascido, menor que 37 semanas de gestação, com perímetro cefálico aferido ao nascimento, menor ou igual que o percentil 3 (dois desvios padrão), na curva de Fenton..

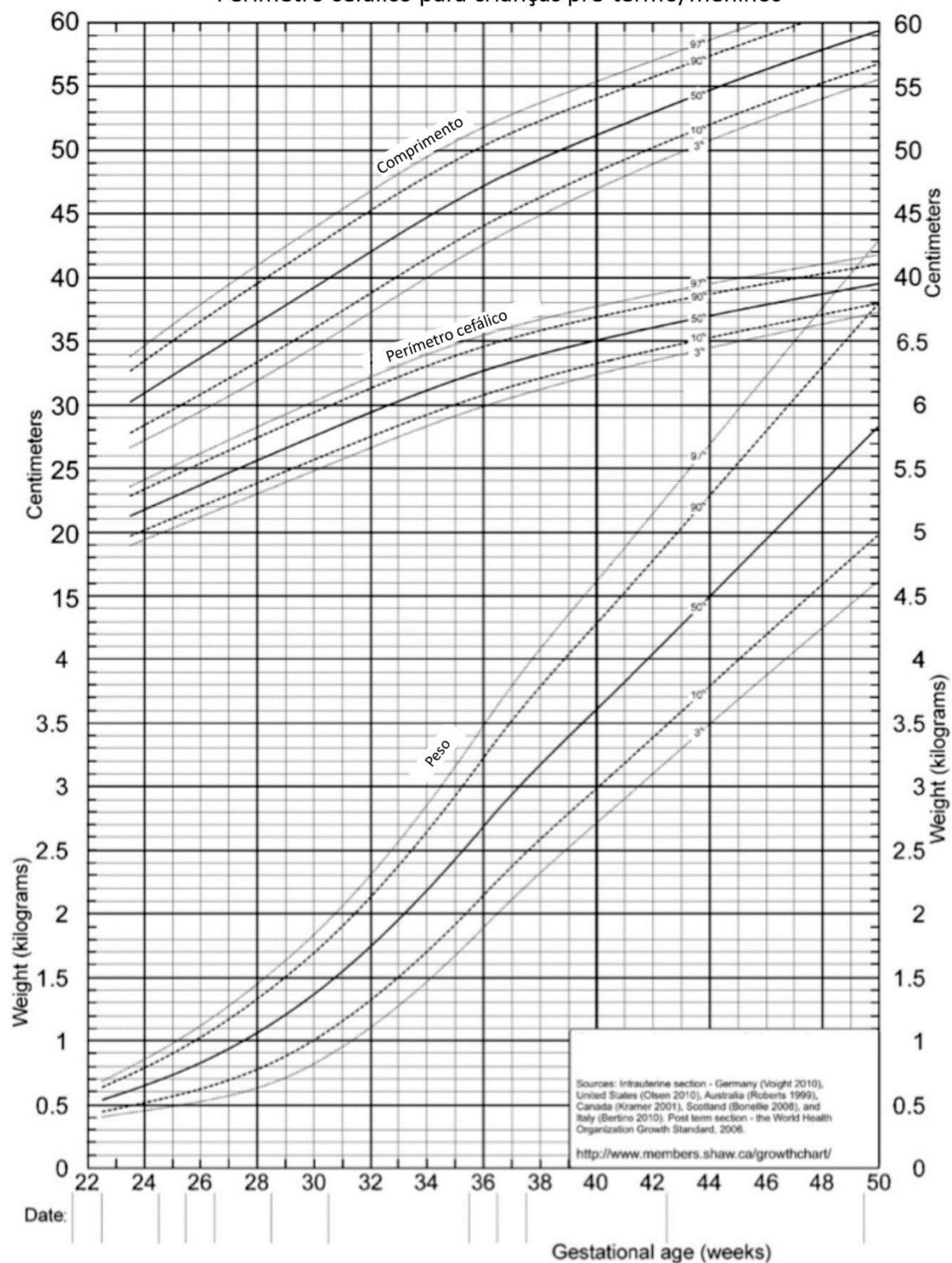
Figura 1. Curvas de crescimento de Fenton para crianças (pré-termo) para meninas



Fonte: Fenton, Tanis R and Kim, Jae H. **A systematic review and meta-analysis to revise the Fenton growth chart for preterm infants.** BMC Pediatr. 2013; 13: 59. Published online 2013 April 20. doi: 10.1186/1471-2431-13-59. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2431-13-59.pdf>

Figura 2. Curvas de crescimento de Fenton para crianças (pré-termo) para meninos.

Perímetro cefálico para crianças pré-termo/meninos

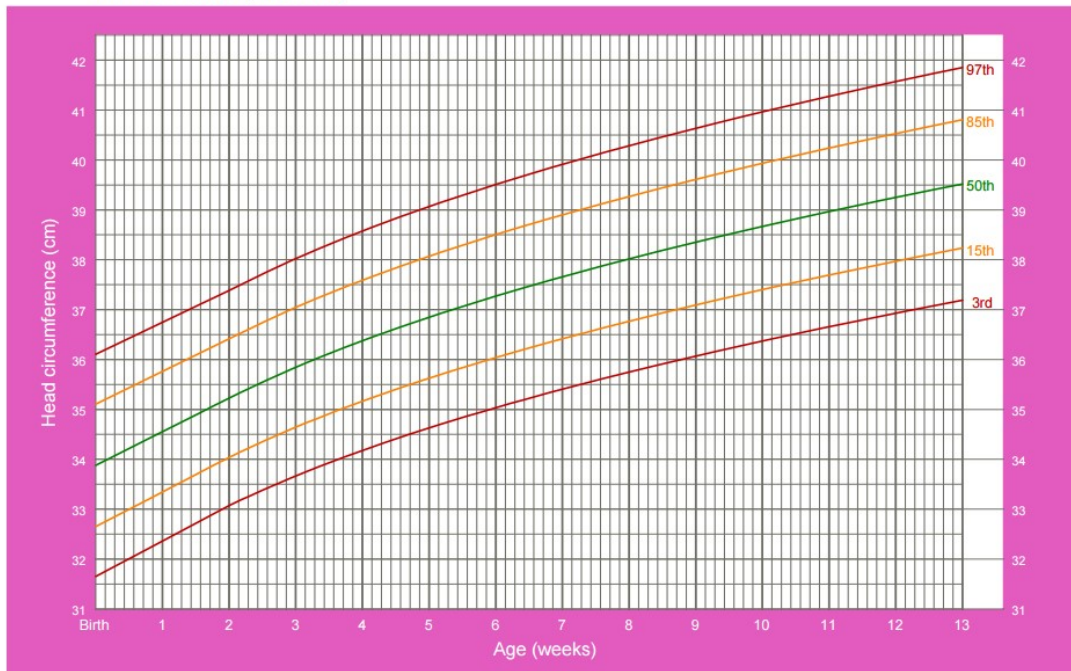


Fonte: Fenton, Tanis R and Kim, Jae H. **A systematic review and meta-analysis to revise the Fenton growth chart for preterm infants.** BMC Pediatr. 2013; 13: 59. Published online 2013 April 20. doi: 10.1186/1471-2431-13-59. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2431-13-59.pdf>

Figura 3. Curvas de crescimento da OMS para meninas do nascimento até 13 semanas, em percentis.

Head circumference-for-age GIRLS

Birth to 13 weeks (percentiles)

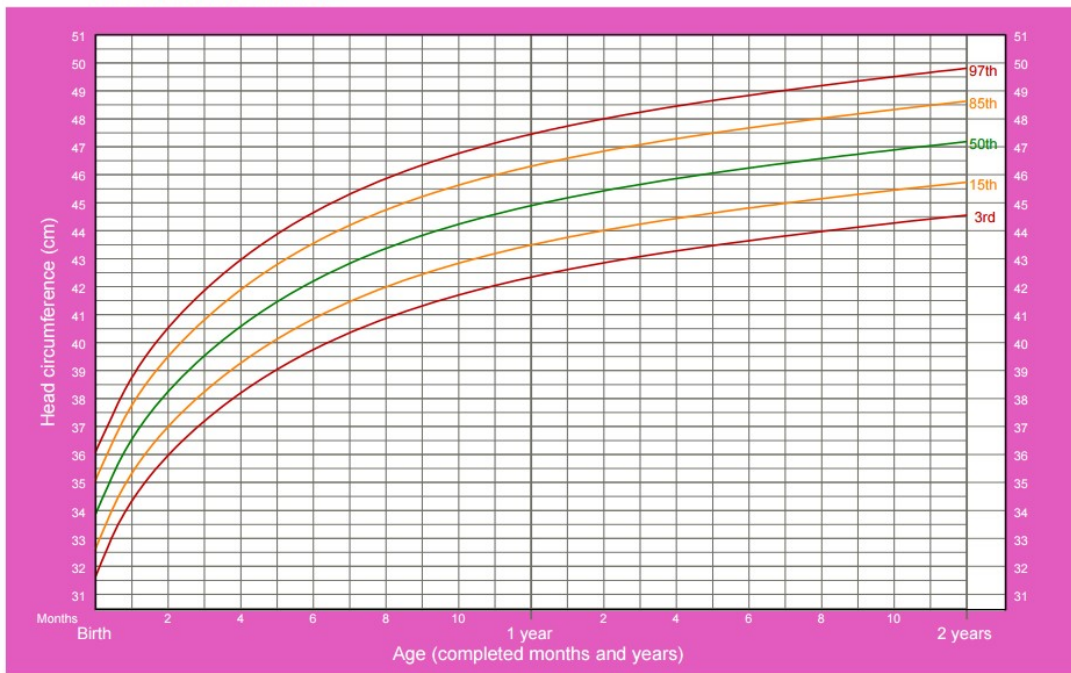


WHO Child Growth Standards

Figura 4. Curvas de crescimento da OMS para meninas do nascimento até 2 anos, em percentis.

Head circumference-for-age GIRLS

Birth to 2 years (percentiles)



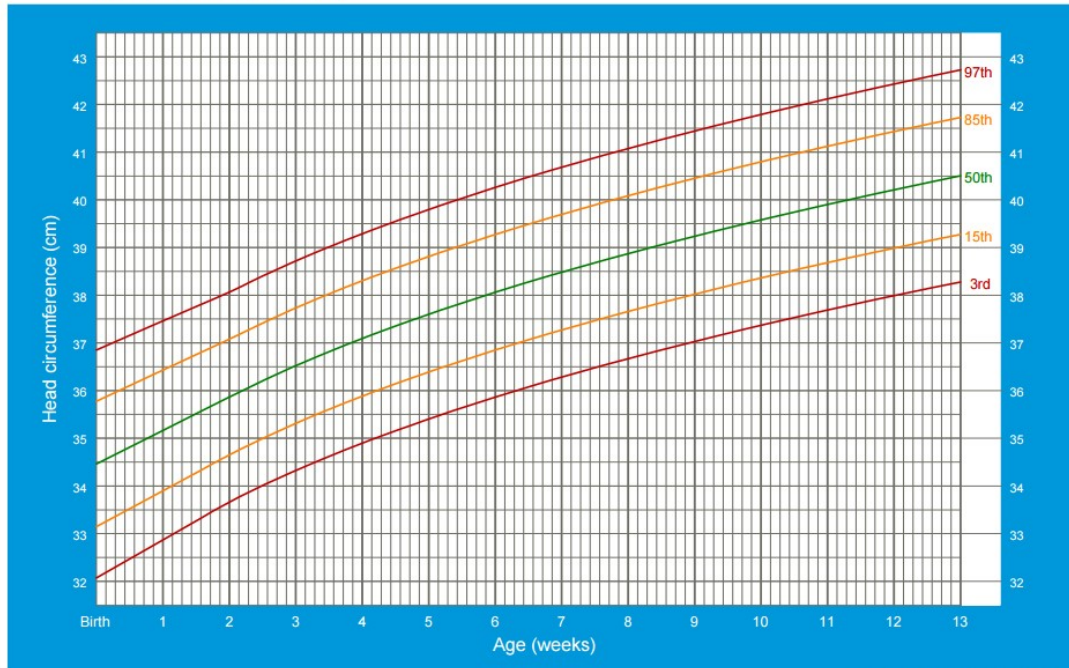
WHO Child Growth Standards

Fonte: OMS. Curvas de circunferência da cabeça por idade. http://www.who.int/childgrowth/standards/hc_for_age/en/

Figura 5. Curvas de crescimento da OMS para meninos do nascimento até 13 semanas, em percentis.

Head circumference-for-age BOYS

Birth to 13 weeks (percentiles)

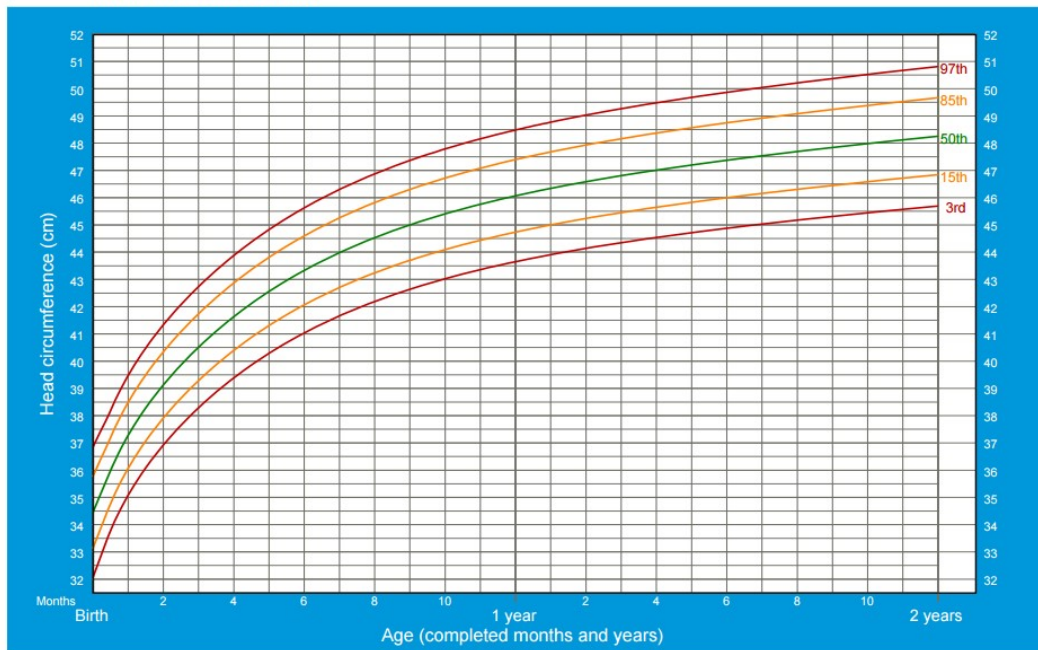


WHO Child Growth Standards

Figura 6. Curvas de crescimento da OMS para meninos do nascimento até 2 anos, em percentis.

Head circumference-for-age BOYS

Birth to 2 years (percentiles)



WHO Child Growth Standards

Fonte: OMS. Curvas de circunferência da cabeça por idade. http://www.who.int/childgrowth/standards/hc_for_age/en/

2. OBJETIVOS

- Estabelecer critérios de detecção de microcefalia no período gestacional e pós-natal;

- Instituir fluxo de atendimento, diagnóstico, vigilância e acompanhamento das gestantes com fetos com diagnóstico de microcefalia e dos recém-nascidos com microcefalia.

3. MANEJO CLÍNICO

O manejo clínico para atendimento, diagnóstico e acompanhamento das gestantes com fetos com diagnóstico de microcefalia e dos recém-nascidos com microcefalia, está dividido em 3 etapas, a citar:

- **Etapa 1:** Triagem a partir da anamnese e exame físico que será realizada no ambulatório dos serviços que compõe a rede de perinatologia do Estado (Quadro 1).

Quadro 1: Referência dos serviços para Etapa 1, por Região de Saúde.

SERVIÇO	CONTATO	MUNICÍPIO	REFERÊNCIAS
Hospital Edson Ramalho	(83) 3218-7952	João Pessoa	1ª Região de Saúde
Instituto Cândida Vargas	(83) 3015-1500	João Pessoa	1ª Região de Saúde
Maternidade Frei Damião	(83) 3215-6066/ 3215-6050	João Pessoa	1ª Região de Saúde
Hospital Universitário Lauro Wanderley	(83) 3216-7055	João Pessoa	1ª Região de Saúde
Hospital e Maternidade Flavio Ribeiro Coutinho	(83) 3229-1039	Santa Rita	1ª Região de Saúde
Hospital Regional de Guarabira	(83) 3271-4933/ 3271-4934	Guarabira	2ª Região de Saúde
Hospital Municipal de Esperança Dr. Manuel Cabral de Andrade	(83) 3361-3817	Esperança	3ª Região de Saúde
Hospital Regional Dr. Felipe Thiago Gomes	(83) 3371-2990/ 3371-2554	Picuí	4ª Região de Saúde
Hospital Regional Santa Filomena	(83) 3351-2177	Monteiro	5ª Região de Saúde
Maternidade Peregrino Filho	(83) 3421-5252	Patos	6ª Região de Saúde
Hospital Regional Dr. José Gomes da Silva	(83) 3451-3058	Itaporanga	7ª Região de Saúde
Hospital Regional Dr. Américo M de Vasconcelos	(83) 3441-2280	Catolé do Rocha	8ª Região de Saúde
Hospital Regional de Cajazeiras	(83) 3531-3563	Cajazeiras	9ª Região de Saúde
Hospital Materno Infantil Dr. Antônio de Paiva Gadelha	(83) 3522-6343	Sousa	10ª Região de Saúde
Hospital regional Dr. José Pereira Lima	(83) 3457-2585	Princesa Isabel	11ª Região de Saúde
Hospital Regional Sebastião Rodrigues de Melo	(83) 3281-2701/ 3281-2640	Itabaiana	12ª Região de Saúde
Hospital Distrital Sen. Ruy Carneiro	(83) 3431-2149	Pombal	13ª Região de Saúde
Hospital Geral de Mamanguape	(83) 3292-9050	Mamanguape	14ª Região de Saúde
Hospital Geral Dr. Patrício Leal Melo	(83) 3392-2991	Queimadas	15ª Região de Saúde
Instituto Saúde Elpídio de Almeida - ISEA	(83) 3310-6356	Campina Grande	16ª Região de Saúde

CLIPSI	(83) 2102-3100	Campina Grande	16ª Região de Saúde
Hospital da FAP	(83) 2102-0314	Campina Grande	16ª Região de Saúde

Os casos de gestantes, que no pré-natal apresentem suspeita de Microcefalia por meio de exames de imagem, devem ser referenciados as maternidades de gestação de alto risco da sua região para realização de acompanhamento do pré-natal de alto risco. Além disso, as gestantes que apresentem suspeitas de doenças exantemáticas febril devem ser encaminhadas pelas unidades de saúde da família as maternidades de referência, com objetivo de cadastramento, para seguimento prospectivo com realização de exames laboratoriais e de imagem.

- **Etapa 2:** Investigação diagnóstica da microcefalia que será realizada nos 5 serviços de referência, conforme descrito no quadro abaixo. Nos casos com confirmação diagnóstica, haverá o seguimento e acompanhamento das gestantes/fetos e dos recém-nascidos.

Quadro 2: Referência dos serviços para a Etapa 2, por macrorregião de saúde.

SERVIÇO	CONTATO	MUNICÍPIO	REFERÊNCIA
Maternidade Frei Damião	(83) 3215-6066/ 3215-6050	João Pessoa	1ª macrorregião
Maternidade Cândida Vargas	(83) 3015-1500	João Pessoa	1ª macrorregião
Hospital Universitário Lauro Wanderley	(83) 3216-7055	João Pessoa	1ª macrorregião
Instituto de Saúde Elpídio de Almeida	(83) 3310-6356	Campina Grande	2ª macrorregião
Maternidade Peregrino Filho	(83) 3421-5252	Patos	3ª e 4ª macrorregião

Etapa 3: Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dos recém-nascidos diagnosticados com microcefalia nas unidades de referência/ FOLLOWUP de acordo com o quadro abaixo.

Quadro 3: Referência dos serviços para a Etapa 3, por macrorregião de saúde.

SERVIÇO	CONTATO	MUNICÍPIO	REFERÊNCIA
---------	---------	-----------	------------

Maternidade Frei Damião	(83) 3215-6066/ 3215-6050	João Pessoa	1ª macrorregião
Maternidade Cândida Vargas	(83) 3015-1500	João Pessoa	1ª macrorregião
Hospital Universitário Lauro Wanderley	(83) 3216-7055	João Pessoa	1ª macrorregião
Instituto de Saúde Elpídio de Almeida	(83) 3310-6356	Campina Grande	2ª macrorregião
Maternidade Peregrino Filho	(83) 3421-5252	Patos	3ª e 4ª macrorregião

3.1 ETAPA 1 DO MANEJO CLÍNICO

a. ANAMNESE

- Antecedentes pré-natais e maternos (infecções intrauterinas, insuficiência placentária, controle pré-natal, número de abortos, doenças maternas subjacentes);
- Exposição a substâncias tóxicas com potencial teratogênico (drogas ilícitas, álcool, inseticidas, cosméticos, tabagismo, entre outras);
- Medicações utilizadas durante a gravidez;
- Exposição à radiação ionizante;
- Presença de rash cutâneo e outros sinais e sintomas sugestivos de infecção;
- Ultrassonografia gestacional (descrever os achados ultrassonográficos);
- Antecedentes familiares (transtornos genéticos, microcefalia);
- Cronologia das fases de desenvolvimento;
- Descrição do funcionamento atual e comportamento da criança.

b. EXAME FÍSICO

Durante a realização do exame físico da criança, deve-se considerar:

- Medição precisa e padrão de crescimento do perímetro cefálico;
- Comparação do perímetro cefálico com outros parâmetros do crescimento (Estatura);
- Presença de características dimórficas;
- Presença de anomalias congênitas que comprometem outros órgãos;
- Avaliação neurológica e do crescimento (descrever anormalidades)

Nesta etapa é necessário que todos os pacientes sejam referenciados com o encaminhamento do serviço de origem, portando os exames das mães (pré-natal) e dos recém-nascidos realizados na maternidade.

3.2 ETAPA 2: INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA

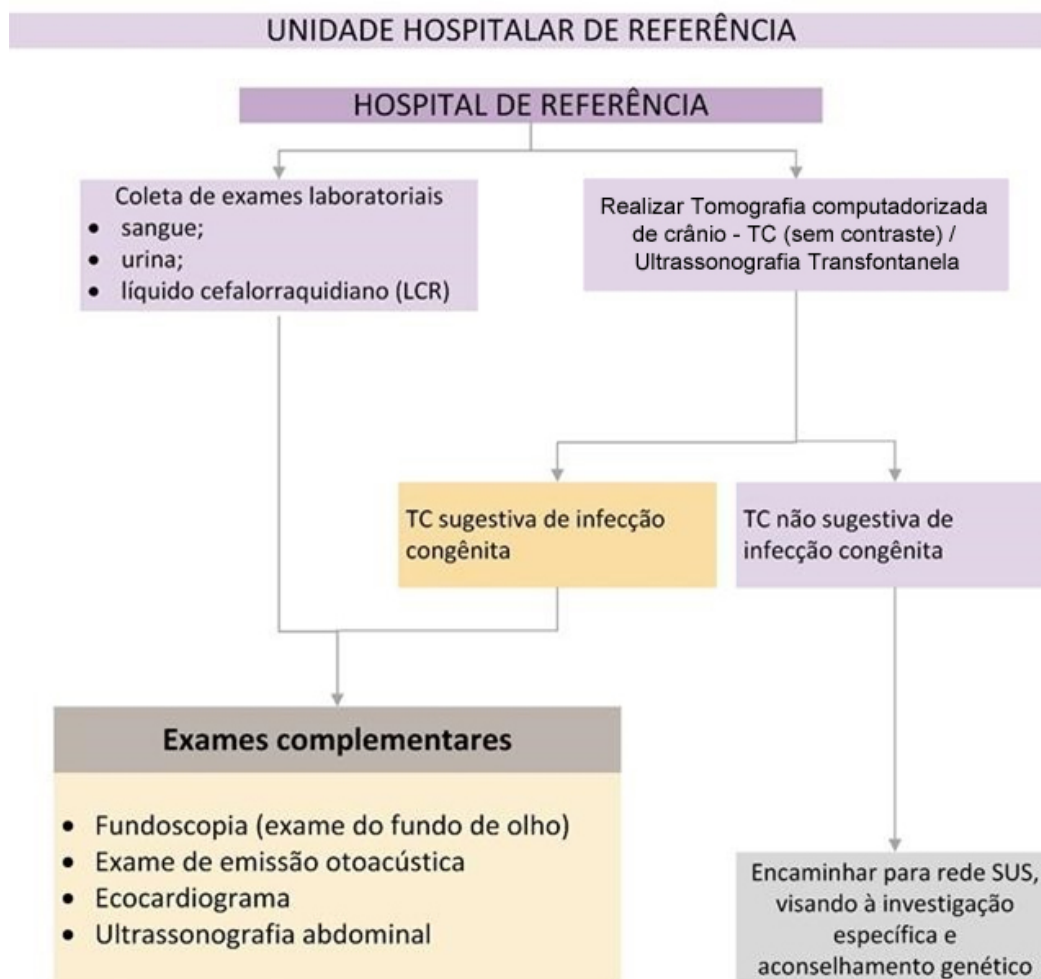
a. EXAMES ESSENCIAIS

- Ultrassonografia Transfontanela
- Tomografia de crânio computadorizada sem contraste;
- Coletar e conservar material:
 - Sorologia:
 - Zika vírus (SOROTECA);
 - Chikungunya;
 - Dengue;
 - Citomegalovírus;
 - Rubéola;
 - Toxoplasmose;
 - Parvovírus B19.
 - PCR:
 - LCR (Zika vírus, Flavivírus, Alphavírus, Chikungunya e Dengue)
 - Sangue (Herpes simples, Toxoplasmose e outros vírus)
 - Urina (Citomegalovírus)
- Avaliação oftalmológica com exame de fundo de olho;
- Exame de emissão otoacústica;

b. EXAMES GERAIS

- Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, ureia, creatinina e VDRL;
- Ultrassonografia de abdômen, conforme necessidade específica;
- Ecocardiograma; conforme necessidade específica;

Figura 7. Algoritmo - Fluxo de diagnóstico laboratorial na Unidade de Referência.



As amostras coletas de LCR, Sangue e Urina para auxiliar o diagnóstico de saúde pública (Zika vírus, Chikungunya, Dengue, Citomegalovírus, Rubéola, Toxoplasmose, Parvovírus B19, Herpes simples) deverão ser cadastradas no Gerenciamento de Ambiente laboratorial (GAL) e encaminhadas ao LACEN-PB acompanhadas da ficha de notificação.

4. COLETA, CONSERVAÇÃO E TRANSPORTE DAS AMOSTRAS.

De acordo com a fase 2 do manejo clínico, para o diagnóstico da microcefalia é necessário a realização de exames laboratoriais essenciais, como descritos no quadro abaixo.

Quadro 3. Exames para a investigação de microcefalia

EXAMES	INDICAÇÃO	ESPÉCIME CLÍNICA/ QUANTIDADE
--------	-----------	---------------------------------

Exames Complementares (Maternidades)	Hemograma, TGO, TGP, ureia, creatinina e VDRL	Recém-nascido	
Sorologia (Serviços de Saúde encaminhar ao LACEN-PB)	Zika vírus	Recém-nascido E Mãe	Sangue Recém-nascido (Mínimo 3 ml) Mãe (5 -10 ml)
	Chikungunya	Recém-nascido E Mãe	
	Dengue	Recém-nascido E Mãe	
	Citomegalovírus	Recém-nascido E/OU Mãe	
	Rubéola	Recém-nascido E/OU Mãe	
	Toxoplasmose	Recém-nascido E/OU Mãe	
	Parvovírus B19	Recém-nascido E/OU Mãe	
PCR (Serviços de Saúde encaminhar ao LACEN-PB)	Toxoplasmose	Recém-nascido	
	Herpes simples	Recém-nascido	
	Outros vírus: DEEP SEQUENCING	Recém-nascido	
	Citomegalovírus	Recém-nascido	Urina (mínimo 3 ml)
	Zika vírus	Recém-nascido	Líquido cefalorraquidiano (LCR) (mínimo de 1 ml)
	Flavivírus	Recém-nascido	
	Alphavírus	Recém-nascido	

Chikungunya	Recém-nascido
Dengue	Recém-nascido

4.1 SOROLOGIA

Para o diagnóstico sorológico, o soro obtido a partir de sangue total é utilizado em *enzyme-linked immunosorbent assay* (ELISA). Não se deve congelar o sangue total, pois a hemólise pode interferir no resultado do teste de sorologia.

Deve-se coletar o sangue sem anticoagulante, com seringa estéril descartável ou em tubo à vácuo com gel separador, realizando posteriormente a separação do soro sanguíneo. Acondicionar o soro obtido em tubos estéreis de plástico resistente com tampa de rosca.

Para evitar risco de hemólise, deve-se fazer a separação do soro antes de enviá-lo ao laboratório. Deixar o sangue na temperatura ambiente por 20 a 30 minutos para permitir a retração do coágulo, centrifugar a 1.500 rpm. durante 10 minutos. Para separar o soro, no caso em que não for disponibilizada uma centrífuga, deixar repousar na temperatura ambiente por 2 a 24 horas (se for para sorologia) ou na geladeira a 4° C (fora do congelador) por um período máximo de 6 horas (se for para isolamento viral). O soro, assim obtido, deve ser decantado ou aspirado com pipeta Pasteur. Os soros obtidos para realização de estudos sorológicos podem ficar em temperatura ambiente por 24 horas e, em seguida, conservados a -20° C (no freezer) até o momento do transporte ou da realização dos testes.

O envio dos soros deverá ser feito com os tubos envolvidos em plástico, colocados em caixa de isopor contendo gelo seco ou gelo comum. Recomenda-se colocar o gelo comum em sacos plásticos ou o uso de bobinas (placas, gelox etc.). Quando o tempo de permanência das amostras na unidade for inferior a 8 horas, estas devem estar armazenadas a temperatura de 2°C a 8°C e o seu transporte para o laboratório deve ser diário, em caixa com gelo. A quantidade de gelo ou gelox padronizado é de 1/3 do volume da caixa térmica.

Na etiqueta, deve constar o **nome do paciente por extenso, data da coleta**, número de protocolo em ordem numérica e nome da Unidade de Saúde. Ao fazer a identificação na etiqueta, usar caneta com tinta resistente ao meio de conservação (gelo) ou lápis.

Diante do contexto clínico, epidemiológico e laboratorial, recomenda-se o armazenamento das amostras e espécimes clínicos no Laboratório Central da Secretaria de Saúde Estadual (LACEN-PB) até que seja concluído o protocolo de investigação laboratorial nacional.

4.2 LÍQUIDO CEFALORRAQUIDIANO (LCR) E URINA

Armazenar em criotubos e manter/enviar em gelo seco ou nitrogênio líquido. O transporte deve ser feito em caixa térmica, com gelo seco e/ou reciclável. Os recipientes das amostras devem estar acondicionados em sacos plásticos individuais, bem vedados, para que, em caso de descongelamento ou vazamento, não haja risco de contaminação das demais amostras.

A caixa térmica deve conter uma quantidade de gelo reciclável suficiente para garantir uma temperatura mínima de 8°C, até chegar ao Lacen e/ou laboratório de referência nacional.

5. NOTIFICAÇÃO

A suspeita, notificação e registro oportuno de casos de microcefalia são fundamentais para ativar o processo de investigação, visando à identificação das prováveis causas, assim como o acompanhamento da evolução destes casos. Neste momento, não se recomenda a digitação no Sinan, para isso um instrumento de registro rápido foi elaborado para consolidação e caracterização da emergência.

Recomendamos que o registro dos casos identificados de microcefalia **a partir do dia 01 de agosto de 2015**, que se enquadram na definição de caso, seja realizado oportunamente no formulário de Registro de Eventos de Saúde Pública referente às microcefalias (RESP – Microcefalias), no endereço www.resp.saude.gov.br. Todos os casos notificados que cumprirem a definição de caso suspeito de microcefalia, deverão ser investigados para identificação oportuna da ocorrência de alteração do padrão de microcefalia em nascidos vivos no estado.



Reforça-se que a notificação imediata não isenta o profissional ou serviço de saúde de realizar o registro dessa notificação no SINASC, por meio da Declaração de Nascido Vivo.

Figura 8. Campos da DN para registro das anomalias congênitas.

O formulário é intitulado 'República Federativa do Brasil - Ministério da Saúde - 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE - Declaração de Nascido Vivo'. Ele contém campos para: Nome do Recém-nascido (RN), Data e hora do nascimento, Sexo (M - Masculino, F - Feminino), Tipo de parto (1 - Espontâneo, 2 - Cesáreo), e uma seção para 'Detectada alguma anomalia congênita?' com opções 'Sim' e 'Não'. Abaixo, há um campo rotulado 'VI' com o texto 'Descrever todas as anomalias congênitas observadas'.

Figura 9. Formulário de registro para preencher a mão antes de digitar (www.resp.saude.gov.br)

REGISTRO DE EVENTOS EM SAÚDE PÚBLICA - RESP
MICROCEFALIAS

  GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PÁTRIA EDUCADORA

NOTIFICAÇÃO DE OCORRÊNCIA DE MICROCEFALIA

DEFINIÇÃO:

- **TERMO:** recém-nascido, entre 37 e 42 semanas de gestação, com perímetro cefálico aferido ao nascimento igual ou menor que 33 cm.

OU

- **PRÉ-TERMO:** recém-nascido, menor que 37 semanas de gestação, com perímetro cefálico aferido ao nascimento, menor ou igual que o percentil 3 (dois desvios padrão).

1. DATA DA NOTIFICAÇÃO: ____/____/____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE OU PUÉRPERA

2. NOME DA MÃE: _____

3. NÚMERO DO PRONTUÁRIO: _____

4. TIPO DE DOCUMENTO: [] CPF [] CARTÃO SUS
[] CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG) [] SEM DOCUMENTO

5. NÚMERO DO CARTÃO SUS, CPF OU RG: _____

6. DATA DE NASCIMENTO DA MÃE: ____/____/____

7. IDADE DA MÃE: _____

8. UF DE RESIDÊNCIA: _____

9. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____

10. BAIRRO: _____

11. CEP: _____

12. LOGRADOURO (RUA, AVENIDA...): _____

13. NÚMERO: _____

14. PONTO DE REFERÊNCIA: _____

15. TELEFONE DDD: _____

16. TELEFONE: _____ - _____

IDENTIFICAÇÃO RECÉM-NASCIDO OU LACTENTE

17. NOME DO RN OU LACTENTE: _____

18. SEXO: [] 1. MASCULINO [] 2. FEMININO [] 3. INDETERMINADO [] 9. NÃO INFORMADO

19. DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

20. PESO (GRAMA): _____

21. COMPRIMENTO (CM): _____

22. NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO: _____

23. NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO: _____

GESTAÇÃO E PARTO

24. DETECÇÃO DE MICROCEFALIA NO PERÍODO: [] INTRAUTERINO [] PÓS-PARTO

25. IDADE GESTACIONAL NA DETECÇÃO DA MICROCEFALIA (EM SEMANAS): _____

26. CLASSIFICAÇÃO DO RN DE ACORDO COM A IDADE GESTACIONAL:
[] 1. PRÉ-TERMO [] 2. TERMO [] 3. PÓS-TERMO [] NÃO SE APLICA (AINDA GESTANTE)

27. TIPO DE GRAVIDEZ:
[] ÚNICA [] DUPLA [] TRIPLA [] >3

28. PERÍMETRO CEFÁLICO (CM) – TERMO: _____

29. PERÍMETRO CEFÁLICO (DESVIO PADRÃO) – PRÉ TERMO: _____

30. DIÂMETRO CEFÁLICO (CM) SE DETECTADO NO INTRAÚTERO: _____

DADOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DA MÃE		
31. APRESENTOU FEBRE DURANTE A GESTAÇÃO: [] SIM [] NÃO [] NÃO SABE	32. APRESENTOU EXANTEMA DURANTE A GESTAÇÃO: [] 1. SIM, NO 1º TRIMESTRE [] 2. SIM, NO 2º TRIMESTRE [] 3. SIM, NO 3º TRIMESTRE [] 4. SIM, MAS NÃO LEMBRA A DATA OU PERÍODO GESTACIONAL [] 5. NÃO APRESENTOU EXANTEMA [] NÃO SABE	
33. REALIZOU EXAME PARA, PELO MENOS, UM DOS STORCH (SÍFILIS, TOXOPLASMOSE, OUTROS RUBÉOLA, CITOMEGALOVÍRUS E HERPES VÍRUS) NA GESTAÇÃO OU PÓS-PARTO: [] 1. SIM [] 2. NÃO [] 3. NÃO SABE	34. REALIZOU EXAME PARA DENGUE, CHIKUNGUNYA OU ZIKA VÍRUS, NA GESTAÇÃO OU PÓS-PARTO: [] 1. SIM [] 2. NÃO [] 3. NÃO SABE	
LOCAL DE OCORRÊNCIA DO PARTO/MATERNIDADE		
35. CÓDIGO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (CNES):	36. UF:	37. MUNICÍPIO:
38. ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (HOSPITAL, MATERNIDADE ETC):		
39. ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO (RUA, TRAVESSA, AV, BAIRRO ETC.):		
40. TELEFONE DDD: _____	41. TELEFONE: _____ - _____	
DADOS DO NOTIFICADOR		
42. NOME DO NOTIFICADOR: _____		
43. E-MAIL: _____		
44. TELEFONE DDD: _____	45. TELEFONE: _____ - _____	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES		
INSTRUÇÃO: informe o resultado dos exames laboratoriais realizados para STORCH (sífilis, toxoplasmose, outras doenças infecciosas, rubéola, citomegalovírus ou herpes vírus); informe se foi testado para dengue, chikungunya ou zika vírus; se o médico suspeitou clinicamente de zika vírus ou outras infecções durante a gestação; se usou medicamentos durante a gestação - quais; se é usuária de drogas - quais e frequência; conclusão do laudo de exames de imagem (ultrassom, ressonância, tomografia) e informe se há presença de calcificações na imagem ou outra informação relevante.		
46. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES		

Figura 10. Formulário eletrônico para envio das informações (www.resp.saude.gov.br)

Portal
resp.desenvolvimento.saude.gov/microcefalia#/painel

RESP | Registro de Eventos em Saúde Pública

Investigação e resposta ao aumento de ocorrências de microcefalias no Brasil

Data da notificação
_ / _ / _

Dados para identificação da gestante ou puerpera
Informe os dados sobre a gestante ou puerpera para que a vigilância possa realizar a investigação com o instrumento detalhado. Esta é apenas uma comunicação inicial.

Nome da mãe: *	Número do prontuário	Tipo de documento: *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	-- Selecione --
Número do Cartão SUS, CPF ou RG: *	Data de Nascimento: *	Idade da mãe: *
Obs.: se não tiver documento coloque 0 em todo o campo	Obs.: se não souber coloque a data 31/12/2015	Obs.: se não tiver documento coloque 99 em todo o campo.
<input type="text"/>	_ / _ / _	<input type="text"/>
UF de residência: *	Município de residência: *	Bairro
-- Selecione --	-- Selecione --	<input type="text"/>
CEP	Logradouro (Rua, Avenida): *	Número: *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ponto de referência	Telefone de contato da mãe (fixo ou celular): *	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Identificação do feto recém-nascido ou lactante

6. ORIENTAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Considerando a possibilidade de associação da microcefalia com doenças infecciosas, ou outras causas, recomenda-se aos serviços e profissionais de saúde que informem a todas as gestantes e mulheres em idade fértil, com possibilidade de engravidar, que:

- É importante a atualização das vacinas de acordo com o calendário vacinal do Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde:
 - A rede pública do SUS oferece vacinas eficazes e gratuitas, verifique quais são recomendadas para sua faixa etária e idade gestacional;
 - É importante lembrar que as vacinas, geralmente, têm um período que varia entre 10 dias e 6 semanas, até atingir a proteção esperada. Por isso, devem ser aplicadas com a devida antecedência;
- Informe à gestante sobre uso de medicamentos com potencial teratogênico;
- Oriente sobre a necessidade de atenção sobre a natureza e a qualidade daquilo que se ingere (água, alimentos, medicamentos), consome ou tem contato, e o potencial desses produtos afetarem o desenvolvimento do bebê.
- Durante a gestação é necessário proteger-se das picadas de insetos:
 - Evite horários e lugares com presença de mosquitos;
 - Sempre que possível utilize roupas que protejam partes expostas do corpo;
 - Consulte o médico sobre o uso de repelentes e verifique atentamente no rótulo a concentração do repelente e definição da frequência do uso para gestantes (Os repelentes mais comuns, à base de DEET, são seguros para uso em gestantes);
 - Permanecer, principalmente, no período entre o anoitecer e o amanhecer, em locais com barreiras para entrada de insetos como: telas de proteção, mosquiteiros, ar-condicionado ou outras disponíveis.
- Se houver qualquer alteração no seu estado de saúde, principalmente no período até o 4º mês de gestação, ou na persistência de doença pré-existente nessa fase, comunique o fato aos profissionais de saúde (médicos obstetras, médico ultrassonografista e demais componentes da equipe de saúde) para que tomem as devidas providências para acompanhamento da gestação;

7. REFERÊNCIAS

1. Nota Informativa Nº 01/2015 – COES Microcefalias. Disponível em <https://www.saude.gov.br/svs>. Acesso em 18 de novembro de 2015.
2. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO. SECRETARIA EXECUTIVA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Protocolo Clínico e Epidemiológico para investigação de casos de microcefalia no estado de Pernambuco. Versão Nº 01. Pernambuco, Novembro de 2015. 1ª edição – Pernambuco, 2015

ANEXO



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial - GAL

Requisição de Exame

REQUISIÇÃO

01 N° Requisição: _____

02 Unidade de Saúde (ou outra fonte): _____ 03 CNES: _____

04 Município de Atendimento: _____ 05 UF: _____ 06 Código IBGE: _____

07 Nome do Profissional de Saúde: _____ 08 Registro Profissional/Matrícula: _____ 09 Assinatura: _____

10 Data de Solicitação: _____ 11 Data dos Primeiros Sintomas: _____ 12 Caso: 1 - Suspeito 2 - Comunicante 3 - Acompanhamento 9 - Ignorado 13 Tratamento: 1 - Dia 2 - Semana 3 - Mês 4 - Ano 9 - Ignorado Quantidade: _____

14 Etapa de Tratamento: 1 - Pré-tratamento 2 - Tratamento 3 - Retratamento 4 - Avaliação de Resposta 9 - Ignorado 15 Paciente Tomou Vacina? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 16 Data da última dose: _____

PACIENTE

17 Nome do Paciente: _____

18 Data de Nascimento: _____ 19 Idade: _____ 20 Sexo: M - Masculino F - Feminino I - Ignorado 21 Idade Gestacional: 1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Não Gestacional/Ignorado 5 - Não 6 - Não se Aplica 9 - Ignorado

22 Nome da Mãe: _____ 23 Documento 1: 1 - RG 2 - CPF 3 - CNH 4 - CNS 24 Documento 2: 1 - RG 2 - CPF 3 - CNH 4 - CNS

25 Logradouro (Rua, Avenida...): _____ 26 Número: _____

27 Complemento: _____ 28 Posto de Referência: _____ 29 Bairro: _____

30 Município de Residência: _____ 31 Código IBGE: _____ 32 UF: _____

33 CEP: _____ 34 DDD / Telefone: _____ 35 Zona: 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado 36 País (Se reside fora do Brasil): _____

AMOSTRA / EXAME

37 Exame Solicitado:	38 Material Enviado:	39 Amostras: (Única, 1°, 2°, 3°, 4°)	40 Data da coleta:	41 Usou medicamento antes da data da coleta? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado (Especifique):

SINAN

42 Agravado/Doença: _____ 43 CID 10: _____ 44 N° Notificação do SINAN: _____ 45 Data de Notificação: _____

46 Unidade de Saúde Notificante: _____ 47 CNES: _____

48 Município de Notificação: _____ 49 UF: _____ 50 Código IBGE: _____