



GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

**PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA
A GESTANTES COM SUSPEITA
DE ZIKA VÍRUS E BEBES COM
MICROCEFALIA
2015-2016**

Vitória - ES
2016



Paulo César Hartung Gomes
Governador do Estado do Espírito Santo

Ricardo Oliveira
Secretário de Estado da Saúde

Magnus Bicalho Thezolin
Subsecretário de Estado da Saúde para Assuntos de Regulação e
Organização da Atenção à Saúde

Fabiano Marily
Subsecretário de Estado para Assuntos de Gestão Hospitalar

José Hermínio Ribeiro
Subsecretário de Estado para Assuntos de Administração e de
Financiamento da Atenção à Saúde

Gilsa Aparecida Pimenta Rodrigues
Gerente de Vigilância em Saúde

Célia Márcia Birchler
Chefe do Núcleo Especial de Vigilância Epidemiológica

Márcio Ribeiro
Chefe do Núcleo de Normalização

Simone Barni
Coordenadora Estadual da Atenção Primária à Saúde

Gilton Luiz Almada
Coordenador do Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde



Equipe de Elaboração

Clemilda Soares Marques

Elisa Victória Costa Caetano

Gilton Luiz Almada

Karla Spandl Ardisson

Roberto da Costa Laperriere Júnior

Rosiane Ramos Catharino

Tânia Mara Ribeiro dos Santos

Equipe de Colaboradores

Ary Celio Oliveira

Cleanice Valle

Denise Braga Pires Falchetto

Eliane Pereira da Silva

Eric Gaigher

Gilton Luiz Almada

Jacqueline Oliveira Rueda

Luana Morati Campos

Mariângela Alochio Avellar

Raphael Rangel Almeida

Sheila Cristina de Souza Cruz

Tálib Moisés Moussallem

Theresa Cristina Cardoso da Silva



Sumário

1. CONTEXTUALIZAÇÃO	9
2. JUSTIFICATIVA	12
3. OBJETIVOS	12
3.1. Objetivo Geral.....	12
3.2. Objetivos Específicos.....	12
4. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO ZIKAV NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO.....	13
5. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.....	14
5.1. Objetivos.....	14
5.2. Definições de Casos	14
5.2.1. Gestante com possível infecção pelo vírus Zika durante a gestação	15
5.2.2. Feto com alterações do SNC possivelmente relacionada a infecção pelo vírus Zika durante a gestação	15
5.2.3. Aborto espontâneo decorrente de possível associação com infecção pelo vírus Zika, durante a gestação	16
5.2.4. Natimorto decorrente de possível infecção pelo vírus Zika durante a gestação	16
5.2.5. Recém-nascido vivo (RNV) com microcefalia possivelmente associada à infecção pelo vírus Zika, durante a gestação	17
5.4. Notificação.....	17
5.5. Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC)	19
6. INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA.....	20
6.1. Objetivos da Investigação Epidemiológica.....	20
6.2. Roteiro da investigação.....	21
6.3. Entrevistas com as Gestantes/Puérperas.....	21
7. SEGUIMENTO CLÍNICO	22
7.1 Gestantes com relato de quadro sugestivo de infecção pelo ZikaV em qualquer fase da gestação, com até oito dias de evolução	22
7.2. Gestantes com relato de quadro sugestivo de infecção pelo Zika Vírus, em qualquer fase da gestação, com mais de oito dias de evolução ou Gestantes com feto microcefálico identificado pela USG com ou sem relato de quadro sugestivo de infecção pelo Zika Vírus.....	26
7.3. Recém-nascido entre 37 e 42 semanas de gestação com perímetro cefálico igual ou menor que 32 cm OU Recém-nascido menor que 37 semanas de gestação com perímetro cefálico menor ou igual ao percentil 3 (dois desvios padrão)	29
7.4. Recém-nascido de mãe com relato de quadro sugestivo de infecção pelo Zika Vírus durante a gestação sem microcefalia OU Lactente nascido depois de junho/2015, com microcefalia ao nascimento independente da mãe ter ou não	



relato de quadro sugestivo de infecção pelo Zika Vírus durante a gestação OU Lactente que durante acompanhamento de puericultura apresentar redução da velocidade ou parada de crescimento do perímetro cefálico.	33
8. PROCEDIMENTOS PARA NATIMORTO E ABORTO DE GESTANTES COM RELATO QUADRO SUGESTIVO DE INFECÇÃO PELO ZIKAV	37
9. AMBULATÓRIOS DE SEGUIMENTO	37
10. ACOMPANHAMENTO DO RECÉM-NASCIDO	38
10.1 Atenção ao recém-nascido de mãe com suspeita e/ou confirmação de infecção pelo ZikaV na maternidade	38
10.2 Seguimento do Recém-nascido.....	43
10.3 Atendimento Integral da Criança	44
10.4 Estimulação Precoce	45
10.5 Acompanhamento familiar	46
10.6 Fluxo de atendimento no Estado do Espírito Santo	47
11. RESPONSÁVEIS TÉCNICOS DA SESA.....	48
1123. BIBLIOGRAFIA.....	51



LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos casos suspeitos de microcefalia notificados à SVS/MS até a semana epidemiológica 49, por número de municípios e Unidade da Federação de residência. Brasil, 2015.

Tabela 2 - Casos de Microcefalia notificados por ano, Brasil, 2010 a 2014

Tabela 3 **É** Tabela comparativa dos sintomas

Tabela 4 **É** Casos notificados e confirmados de ZikaV no Estado, até dia 15 de dezembro de 2015



LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APAE Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

APS Atenção Primária em Saúde

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CDC **Center of Disease Control and Prevention**

CDDI Central de Depósito e Distribuição de Inseticidas

CER **Centro Especializado em Reabilitação**

CIEVS Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde

CMV Citomegalovírus

COUBV Central de Operação de Ultra Baixo Volume

CRAS Centro de Referência de Assistência Social

CREAS Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CRFES Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo

DNPM Desenvolvimento Neuropsicomotor

EOAE Emissões Otoacústicas Evocadas

FIOCRUZ Fundação Osvaldo Cruz

GAL Gerenciador de Ambiente Laboratorial

GEVS Gerência de Vigilância em Saúde

HEINSG **Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória**

HIV **Vírus da Imunodeficiência Humana**

HUCAM Hospital Universitário Cassiano de Antônio de Moraes

IRDA Indicador de Risco para Perda Auditiva

Lacen Laboratório Central de Referência em Saúde Pública

MS Ministério da Saúde

NASF Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NEVE Núcleo Especial de Vigilância Epidemiológica

OMS Organização Mundial da Saúde

PC Perímetro cefálico

PEAT Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico

PESMS Programa de Educação em Saúde e Mobilização

RN **Recém-nascido**

RT-PCR Reação em cadeia da polimerase via transcriptase reversa

SE Semana Epidemiológica

SES-PE Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco

SESA Secretaria de Estado da Saúde



SEVS Secretaria de Vigilância em Saúde
SINAN Sistema de informação de agravo de notificação
SINASC Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SRS Superintendência Regional de Saúde
SUS Sistema Único de Saúde
SVO Serviço de Verificação de Óbito
TAN Triagem Auditiva Neonatal
TC Tomografia de crânio
TGO Transaminase GlutâmicoOxalacética
TGP TransaminaseGlutâmicoPirúvica
TON Triagem Ocular Neonatal
TRV Teste do Reflexo Vermelho
USG Ultrassonografia gestacional
USTF Ultrassonografia transfontanela
UVV Universidade de Vila Velha
VDRL Venereal Disease Research Laboratory
ZIKAV Zika vírus



1. CONTEXTUALIZAÇÃO

Em outubro de 2015 a Secretaria de Vigilância em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SEVS/SES-PE) foi notificada da ocorrência de 29 casos de microcefalia em recém-nascidos provenientes de diferentes unidades hospitalares, públicas e privadas, de referência no atendimento materno-infantil para o estado de Pernambuco, nascidas a partir de agosto desse ano.

Foram identificados de janeiro a setembro de 2015, na base de dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos da SES/PE (SINASC-PE), 22 recém-nascidos com registro de microcefalia (Código de Classificação Internacional de Doenças . CID 10: Q02). Esse achado caracteriza uma importante mudança no padrão de ocorrência dessa anomalia congênita, observando que, no período de 2005 a 2014, sua mediana era de nove registros por ano, com variação entre quatro e 16 casos.

Na tabela 1, descreve casos com diagnóstico para microcefalia relacionada ao ZikaV, dados da semana epidemiológica 49 de 2015, panorama do País.

Tabela 1 - Distribuição dos casos suspeitos de microcefalia notificados à SVS/MS até a semana epidemiológica 49, por número de municípios e Unidade da Federação de residência. Brasil, 2015.

UF	TOTAL DE MUNICIPIOS COM CASOS NOTIFICADOS	CASOS COM DIAGNÓSTICO PARA MICROCEFALIA RELACIONADA AO ZIKA VIRUS							
		TOTAL NOTIFICADO		EM INVESTIGAÇÃO		CONFIRMADOS		DESCARTADOS	
		CASOS	ÓBITOS	CASOS	ÓBITOS	CASOS	ÓBITOS	CASOS	ÓBITOS
Região Centro-Oeste									
Distrito Federal	1	2	0	2	0	0	0	0	0
Goiás	4	5	0	4	0	0	0	1	0
Mato Grosso	8	72	0	72	0	0	0	0	0
Mato Grosso do Sul	2	3	0	3	0	0	0	0	0
Região Nordeste									
Alagoas	41	107	0	107	0	0	0	0	0
Bahia	60	316	7	316	7	0	0	0	0
Ceará	30	79	1	79	0	0	1	0	0
Maranhão	24	63	1	56	1	0	0	7	0
Paraíba	64	371	4	322	4	19	0	30	0
Pernambuco	145	920	0	874	0	29	0	17	0
Piauí	15	39	1	39	1	0	0	0	0
Rio Grande do Norte	40	140	9	101	9	35	0	4	0
Sergipe	36	118	4	33	4	51	0	34	0
Região Norte									
Pará	2	3	0	3	0	0	0	0	0
Tocantins	24	50	0	43	0	0	0	7	0
Região Sudeste									
Espírito Santo	9	14	0	14	0	0	0	0	0
Minas Gerais	25	35	0	33	0	0	0	2	0
Rio de Janeiro	12	57	2	57	0	0	0	0	2
São Paulo	6	6	0	6	0	0	0	0	0
Região Sul									
Rio Grande do Sul	1	1	0	1	0	0	0	0	0
Total	549	2401	29	2165	26	134	1	102	2

Fonte: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/15/COES-Microcefalias---Informe-Epidemiol--gico---SE-49---15dez2015---10h.pdf>



Cerca de 70% das genitoras dos bebês acometidos relataram a ocorrência de um quadro exantemático durante os primeiros meses da gestação. Como se trata de um evento inusitado de graves repercussões foi iniciada exaustiva investigação pelas entidades competentes, o que levantou a hipótese de que a infecção pelo Zika Vírus (ZikaV) poderia ser a causa desse surto de microcefalia.

No dia 28 de novembro de 2015, foi divulgada pelo Ministério da Saúde a confirmação da presença do ZikaV em sangue e tecidos de um bebê com microcefalia e outras malformações que faleceu no Ceará. Esse dado, associado à identificação do vírus no líquido amniótico de duas gestantes com fetos microcefálicos e no líquido cefalorraquidiano de recém nascidos microcefálicos, reforçaram a relação causal da infecção pelo ZikaV com a microcefalia.

Essa é uma situação inédita e muito grave. De acordo com a terceira edição do informe epidemiológico do Ministério da Saúde (MS) sobre microcefalia, divulgado dia 30 de novembro, foram notificados 1.248 casos suspeitos de microcefalia, identificados em 311 municípios de 14 unidades da federação, conforme tabela 2. Ressalta-se que todos os casos notificados são suspeitos e ainda precisam ser investigados e classificados.

O estado de Pernambuco registra o maior número de casos (646), seguido pelo estado da Paraíba (248), Rio Grande do Norte (79), Sergipe (77), Alagoas (59), Bahia (37), Piauí (36), Ceará (25), Rio de Janeiro (13), Tocantins (12) Maranhão (12), Goiás (2), Mato Grosso do Sul (1) e Distrito Federal (1).

Tabela 2 - Casos de Microcefalia notificados por ano, Brasil, 2010 a 2014

UF	2010	2011	2012	2013	2014
Pernambuco	7	5	9	10	12
Paraíba	6	2	3	5	5
Rio Grande do Norte	2	2	4	0	1
Sergipe	3	1	2	0	2
Alagoas	3	7	2	3	2
Bahia	12	13	7	14	7
Piauí	1	0	4	4	6
Ceará	8	4	9	5	7
Maranhão	3	2	6	2	2
Tocantins	1	0	1	4	0
Rio de Janeiro	10	15	8	19	10
Goiás	3	4	3	2	3
Distrito Federal	3	3	1	2	2
MatoGrosso do Sul	0	0	1	3	0
Espírito Santo	2	4	5	4	3



Adaptado de <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/21019-ministerio-da-saude-divulga-novos-dados-de-microcefalia>

Sabe-se que o ZikaV é um arbovirus transmitido pelo mosquito *Aedes aegypti*, assim como o vírus da dengue e do chikungunya. Os primeiros casos confirmados no Brasil datam de abril/2015. Os sintomas aparecem após poucos dias de incubação e duram, em media, uma semana. Eles incluem: artralgia, edema de extremidades, febre baixa, cefaleia, dor retro-orbitária, vertigem, mialgia, sintomas gastrointestinais, hiperemia conjuntival e rash maculopapular que se inicia na face disseminando-se em direção aos membros, frequentemente pruriginoso, conforme tabela 3.

Devido à semelhança, por vezes é difícil realizar o diagnóstico diferencial com dengue e chikungunya. É importante salientar que 80% dos pacientes infectados desenvolvem quadros frustrados ou são assintomáticos.

Tabela 3 Tabela comparativa dos sintomas

Sintomas	Dengue (+++)	Chikungunya (+++)	Zika (+++)
Febre	+++	+++	++
Mialgia	+++	+	+
Artralgia	++	+++	+
Edema de extremidades	0	0	++
Rash maculopapular	++	++	+++
Dor retro-orbitária	++	+	++
Conjuntivite	0	+	+++
Linfadenopatias	++	++	+
Hepatomegalia	+(sinal de alarme)	+++	0
Leucopenia	+++	+++	0
Trombocitopenia	+++	+	0
Hemorragia	+	0	0

Fonte: Ministério da Saúde

As pesquisas sobre o tema devem continuar para esclarecer de forma pormenorizada como ocorre a transmissão desse vírus, quais as possíveis vias de transmissão, qual a sua atuação no organismo humano, como ocorre a infecção do feto e qual o período de maior vulnerabilidade para a gestante.

É nesse contexto que a Secretaria de estado da Saúde do Estado do Espírito Santo (SESA/ES) sugere esse protocolo de triagem e seguimento dos casos suspeitos entre as gestantes, assim como dos recém-nascidos e lactentes suspeitos de infecção congênita pelo ZikaV.

É importante ressaltar que, como se trata de uma situação inusitada, os protocolos podem sofrer alterações, o que torna mandatário a contínua atualização por parte da equipe de assistência.



Por fim, agora, mais do que nunca, deve-se reforçar a mobilização nacional no combate ao mosquito *A. aegypti*, responsável pela disseminação dessas doenças. O sucesso dessa medida exige uma ação integrada entre a União, os Estados, os Municípios e toda a sociedade brasileira.

2. JUSTIFICATIVA

Considerando que estamos diante de uma doença inédita, potencialmente grave para fetos durante a gestação e de proporções ainda não conhecidas, faz-se necessário que os serviços de saúde se preparem para triar, diagnosticar, acompanhar e reabilitar os pacientes vítima de tal agravo.

O documento ora apresentado visa propor diretrizes para a organização dos serviços de saúde com o objetivo de auxiliar e orientar os gestores e a equipe da assistência nesse momento epidêmico.

A atual versão foi elaborada a partir de reuniões dos profissionais e colaboradores da SESA a partir da avaliação do contexto atual e de publicações do Ministério da Saúde.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Monitorar gestantes suspeitas de infecção pelo Zika Vírus e fetos, nascidos vivos e natimortos com microcefalia.

3.2. Objetivos Específicos

- Intensificar as ações de prevenção e controle do ZikaV.
- Promover assistência adequada aos pacientes, garantindo acesso ao atendimento, bem como o diagnóstico e manejo clínico adequado por profissionais de saúde capacitados, identificando-se e corrigindo-se possíveis falhas em todos os níveis de assistência.
- Detectar, o mais precoce possível, os casos suspeitos através da ampliação do acesso a Atenção Primária à saúde, com garantia de retorno para reavaliação.
- Organizar fluxo de atendimento.
- Aprimorar e dar continuidade ao trabalho executado pela vigilância epidemiológica garantindo a notificação e investigação oportuna dos casos.
- Realizar capacitação dos profissionais de saúde para o manejo adequado do agravo conforme protocolo com orientações mais recentes do MS, em todos os pontos de atenção da rede.



- Fortalecer a articulação entre as áreas e serviços envolvidos no enfrentamento da Zika, além da articulação intersetorial.

4. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO ZIKAV NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

No estado do Espírito Santo, os dados consolidados até dia 15 dezembro, sobre a infecção pelo vírus, são:

Tabela 4 É Casos notificados de ZikaV e microcefalia no Estado até dia 07 de janeiro, 2016.

Municípios	SRS	Zika					Microcefalia
		Not	Conf Lab	Conf CI-Ep	Inv	Desc	Not
Alegre	S	1	-	-	1	-	-
Alto Rio Novo	C	1	0	0	1	0	1
Aracruz	C	5	0	0	5	0	4
Cachoeiro de Itapemirim	S	8	0	0	7	1	3
Cariacica	M	91	1	0	87	0	8
Colatina	C	1	0	0	1	0	1
Domingos Martins	M	1	0	0	1	0	1
Guarapari	M	15	0	0	15	0	2
Ibatiba	M	1	0	0	1	0	-
Iconha	S	1	0	0	1	0	-
Itaguaçu	M	4	0	0	4	0	-
Itapemirim	S	1	0	0	1	0	-
Itarana	M	4	0	0	4	0	-
Jerônimo Monteiro	S	1	0	0	1	0	-
Laranja da Terra	M	19	0	0	19	0	-
Linhares	C	2	0	0	2	0	-
Montanha	N	1	0	0	1	0	1
Presidente Kennedy	S	12	0	0	12	0	-
Rio Bananal	C	1	0	0	1	0	-
Santa Maria de Jetibá	M	6	0	0	6	0	-
São Gabriel da Palha	C	7	-	-	7	-	-
São Mateus	N	4	0	0	4	0	1
Serra	M	68	0	0	68	0	7
Venda N. Do Imigrante	M	1	0	0	1	0	-
Viana	M	6	0	0	6	0	-
Vila velha	M	150	1	149	0	0	-
Vitória	M	668	8	660	0	0	4
TOTAL DE CASOS		1075	10	809	252	0	35

Fonte: Lacen/ES, Sinan Net, planilhas de Vitória.



5. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

5.1. Objetivos

- Monitorar a situação epidemiológica das complicações, envolvendo gestantes e recém-nascidos, potencialmente associadas à infecção pelo vírus Zika no Estado.
- Detectar oportunamente a ocorrência de casos graves e óbitos potencialmente relacionados à infecção pelo vírus Zika.
- Identificar grupos e fatores/condições de risco para complicações pela infecção pelo vírus Zika.
- Orientar a utilização das medidas de prevenção e controle disponíveis.
- Elaborar e divulgar informações epidemiológicas.

5.2. Definições de Casos

A partir da publicação desse protocolo, as vigilâncias dos municípios deverão realizar a detecção de casos de:

- gestante com possível infecção pelo vírus Zika durante a gestação.
- feto com alterações do SNC possivelmente relacionada a infecção pelo vírus Zika durante a gestação.
- aborto espontâneo decorrente de possível associação com infecção pelo vírus Zika, durante a gestação
- natimorto decorrente de possível infecção pelo vírus Zika durante a gestação
- recém-nascido vivo (RNV) com microcefalia possivelmente associada a infecção pelo vírus Zika, durante a gestação

Essas definições foram baseadas em evidências científicas, na literatura internacional, em parâmetros da Organização Mundial da Saúde (OMS), em análise das curvas de sensibilidade e especificidades dos casos registrados até o momento e teve apoio de especialistas nas diversas áreas médicas, da Sociedade Brasileira de Genética Médica, com o suporte da equipe do SIAT (Sistema Nacional de Informação sobre Agentes Teratogênicos).

Essa modificação foi solicitada na tentativa de adequar o protocolo para avaliação de recém-nascidos com microcefalia aos parâmetros da literatura internacional que define microcefalia como -2 desvios-padrão e microcefalia grave como -3 desvios-padrão (3,5-7).



O ideal seria que sempre fosse usado o gráfico de perímetro cefálico de acordo com a idade gestacional e sexo do paciente, mas sabemos que isso não acontece na prática dos berçários, então para recém-nascidos a termo foi solicitado fixar o ponto de corte em 32 cm, o que é percentil 2.6 para meninos e 5.6 para meninas, tanto no gráfico de PC adotado pela OMS quanto pelo CDC, ou seja, um ponto de corte mais adequado (aproximando a definição internacional de microcefalia).

No caso de usar 33 cm, isso é percentil 12,5 para recém-nascidos meninos e percentil 23 para meninas, o que é completamente normal para um RN a termo, ou seja, muitas crianças serão triadas desnecessariamente (e isso inclui a exposição de criança normal a radiação de uma tomografia computadorizada), além de angústia desnecessária aos pais, devido a um ponto de corte adotado no início das investigações.

É claro que a medida do PC deve ser acompanhada mensalmente após o nascimento e qualquer desaceleração do PC que coloque a medida da criança com PC abaixo de -2 desvios-padrão também devem levantar a suspeita e notificação do caso como deve ocorrer com qualquer lactente que mantém puericultura.

Considerando que microcefalia, independente da causa já é uma condição confirmada, as crianças devem ser acolhidas e acompanhadas de acordo com o que está sendo estabelecido neste documento.

5.2.1. Gestante com possível infecção pelo vírus Zika durante a gestação

- **Caso suspeito**
 - Toda grávida, em qualquer idade gestacional, com doença exantemática aguda, excluídas outras hipóteses de doenças infecciosas e causas não infecciosas conhecidas.
- **Caso confirmado**
 - Toda grávida, em qualquer idade gestacional, com doença exantemática aguda, excluídas outras hipóteses de doenças infecciosas e causas não infecciosas conhecidas, com diagnóstico laboratorial conclusivo para vírus Zika
- **Caso de diagnóstico descartado para vigilância**
 - Caso registrado de grávida, em qualquer idade gestacional, suspeita de infecção pelo vírus Zika, com identificação da origem do exantema que não seja a infecção por vírus Zika.

5.2.2. Feto com alterações do SNC possivelmente relacionada a infecção pelo vírus Zika durante a gestação

- **Caso suspeito**
 - Achado ultrassonográfico de feto com circunferência craniana (CC) aferida menor



que dois desvios padrões (< 2 dp) abaixo da média para a idade gestacional acompanhada ou não de outras alterações do Sistema Nervoso Central (SNC).

- Achado ultrassonográfico de feto com alteração SNC sugestivo de infecção congênita.
- **Caso confirmado**
 - Achado ultrassonográfico de feto com circunferência craniana (CC) aferida menor que dois desvios padrões (< 2 dp) abaixo da média para a idade gestacional acompanhada ou não de outras alterações do SNC, excluídas outras possíveis causas infecciosas e não infecciosas ou com diagnóstico laboratorial conclusivo para vírus Zika.
 - Achado ultrassonográfico de feto com alteração no sistema nervoso central (SNC) sugestivo de infecção congênita, com relato de exantema na mãe durante a gestação, excluídas outras possíveis causas infecciosas e não infecciosas ou com diagnóstico laboratorial conclusivo para vírus Zika.
- **Caso de diagnóstico descartado para vigilância**
 - Caso registrado de feto com suspeita de alterações do SNC que na investigação não apresente informações de alterações no SNC; **OU**
 - Caso registrado de feto com suspeita de alterações do SNC que apresente padrões normais ao nascimento, caso não tenha sido possível descartar durante a gestação; **OU**
 - Caso registrado de feto com suspeita de alterações do SNC que tenha confirmação de outra causa de microcefalia, que não seja a infecção por vírus Zika.

5.2.3. Aborto espontâneo decorrente de possível associação com infecção pelo vírus Zika, durante a gestação

- **Caso suspeito**
 - Aborto espontâneo de gestante com relato de exantema durante a gestação, sem outras causas identificadas.
- **Caso confirmado**
 - Aborto espontâneo de gestante com relato de exantema durante a gestação, sem outras causas identificadas, com identificação do vírus Zika em tecido fetal ou na mãe.
- **Caso de diagnóstico descartado para vigilância**
 - Caso registrado de aborto espontâneo de gestante com relato de exantema durante a gestação, com outras causas identificadas, sendo excluída a infecção por vírus Zika na mãe e no tecido fetal.

5.3.4. Natimorto decorrente de possível infecção pelo vírus Zika durante a gestação

- **Caso suspeito**
 - Natimorto de qualquer idade gestacional, de gestantes com relato de doença exantemática durante a gestação.



- **Caso confirmado**

- Natimorto de qualquer idade gestacional, apresentando microcefalia ou outras alterações do SNC, de gestantes com relato de doença exantemática durante a gestação, com identificação do vírus Zika na mãe ou no tecido fetal.

- **Caso de diagnóstico descartado para vigilância**

- Caso registrado de natimorto de qualquer idade gestacional, de gestante com relato de doença exantemática durante a gestação, com identificação de outras possíveis causas infecciosas e não infecciosas na mãe ou no tecido fetal, sendo excluída a infecção por vírus Zika na mãe e no tecido fetal.

5.3.5. Recém-nascido vivo (RNV) com microcefalia possivelmente associada à infecção pelo vírus Zika, durante a gestação

- **Caso suspeito**

- Recém-nascido vivo com menos de 37 semanas de idade gestacional, apresentando medida do perímetro cefálico abaixo do percentil 3, segundo a curva de Fenton, para o sexo.
- Recém-nascido vivo com 37 semanas ou mais de idade gestacional, apresentando medida do perímetro cefálico menor ou igual a 32 cm, segundo as referências da OMS, para o sexo.

- **Caso confirmado**

- Recém-nascido vivo de qualquer idade gestacional, classificado como caso suspeito de microcefalia possivelmente associada com infecção pelo vírus Zika, em que tenha sido identificado o vírus Zika em amostras do RNV ou da mãe (durante a gestação). OU
- Recém-nascido vivo de qualquer idade gestacional, classificado como caso suspeito de microcefalia possivelmente associada com infecção pelo vírus Zika, com microcefalia diagnosticada por qualquer método de imagem, **excluídas outras possíveis causas conhecidas.**

- **Caso de diagnóstico descartado para vigilância**

- Caso registrado de recém-nascido vivo de qualquer idade gestacional, classificado como caso suspeito de microcefalia possivelmente associada com infecção pelo vírus Zika, com confirmação de causa específica, infecciosa ou não, que não seja a infecção pelo vírus Zika no recém-nascido e na mãe.

5.4. Notificação

A suspeita precoce, notificação adequada e registro oportuno de casos de microcefalia relacionados ao vírus Zika é fundamental para desencadear o processo de investigação, visando classificar os casos notificados (confirmar ou descartar), bem como subsidiar as ações de atenção à saúde e descrição dessa nova doença.



Considerando que o surto de microcefalia relacionada ao vírus Zika é um evento, até então, incomum/inesperado, que se trata de uma Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional, dado o seu potencial impacto em âmbito nacional, recomenda-se que todas as ações devem ser desencadeadas e conduzidas em caráter de urgência e que o SINASC apresenta um tempo de atualização dos nascimentos de até 90 dias, faz-se necessário que os casos suspeitos de microcefalia potencialmente relacionada à infecção pelo vírus Zika e gestantes com exantema sejam **notificados imediatamente às autoridades de saúde** no instrumento de registro específico, elaborado pela Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo com o objetivo de possibilitar a análise, consolidação e caracterização do evento.

Recomenda-se que todos os casos suspeitos de microcefalia relacionada ao vírus Zika e gestantes com exantema sejam notificados pelos serviços públicos e privados de saúde nos formulários específicos, online e disponível no endereço eletrônico www.saude.es.gov.br (novo site), no final da home da SESA . %Acesso rápido+(Figura 1).

Figura 1 - Formulários eletrônicos para as notificações



Neste momento, não há orientação de digitação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

A partir da notificação dos casos suspeitos no site, as informações serão incluídas em um banco de dados único.

É importante destacar que o referido banco de dados com as respectivas notificações não compõe um sistema de informação e não substituem a investigação. Os dados poderão ser utilizados para melhor compreender a magnitude do evento de saúde pública no Estado e



subsidiar os gestores quanto aos aspectos logísticos e operacionais da etapa de investigação dos casos. Esta deverá ser realizada utilizando-se outro formulário.

5.5. Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC)

O SINASC é o sistema de informação oficial para registro de todos os casos identificados no pós-parto. O Ministério da Saúde implantou o SINASC a partir de 1990, com o objetivo principal de fornecer informações sobre as características dos nascidos vivos, fundamentais para o estabelecimento de indicadores de saúde específicos.

Aos gestores do SINASC, orienta-se que:

- Não retenham arquivos de transferência (AT) do Sinasc gerados por municípios na SESA.
- Lancem no Sisnet todos os AT que tenham recebido dos municípios e os que venham a receber.
- Sabe-se que a SESA trabalha com cronograma de envio para o nível Estadual, mas neste momento, pedi-se que priorizem a agilidade.
- Intensifiquem o trabalho de aprimoramento do preenchimento das variáveis sobre anomalia congênita presentes na DN (campo 6 e 41), orientando os profissionais dos serviços a comunicarem todas as anomalias observadas em cada recém-nascido que apresente múltiplas anomalias, e aos digitadores, que digitem no Sinasc todas as anomalias informadas na DN, sem priorização e sem tentar substituir múltiplas anomalias em diagnósticos sindrômicos.

5.5.1. Declaração de Nascido Vivo

A Declaração de Nascido Vivo é um documento padrão de uso obrigatório em todo o território nacional para a coleta dos dados sobre nascidos vivos e considerado documento hábil para a lavratura da Certidão de Nascimento pelo Cartório de Registro Civil (Art. 11 da Portaria nº116 MS/SVS/2009 e Art. 51 da Lei nº 6.015/1973), figura 3..

Figura 2 - Identificação do recém-nascido na Declaração de Nascido Vivo

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Nascido Vivo **30-67352501-7**

Número do Cartão Nacional de Saúde do RN
700 0068 7032 8700

1 Nome do Recém-nascido (RN)

2 Data e hora do nascimento
2 Data Hora

3 Sexo
 M - Masculino 1 - Ignorado
 F - Feminino

4 Raça cor do Recém-nascido
1 Branca 3 Amarela 5 Indígena
2 Preta 4 Parda

4 Peso ao nascer em gramas

5 Índice de Apgar
1º minuto 5º minuto

6 Detectada alguma anomalia congênita?
Caso afirmativo, usar o bloco anomalia congênita para descrevê-las
1 Sim 2 Não 3 Ignorado



As variáveis sobre anomalias congênitas na DN devem ser informadas seguindo as orientações do manual de preenchimento que serão destacadas a seguir.

Campo 6 (Bloco I): "Detectada alguma anomalia congênita? "

Assinalar com um "X" a quadrícula correspondente. Caso exista alguma anomalia congênita detectável no momento do nascimento, informar sua presença neste campo e fazer uma descrição completa no campo 41 do Bloco VI (Anomalia congênita).

Campo 41 (Bloco VI): "Descrever todas as anomalias congênitas observadas"

Este bloco, com apenas um campo e de natureza descritiva, será preenchido quando o campo 6 do Bloco I tiver assinalada a opção "1. Sim". Nele serão informadas as anomalias congênitas verificadas pelo responsável pelo parto.

41 Descrever todas as anomalias congênitas observadas

Compete ao médico diagnosticar as anomalias congênitas. Deve ser estimulado o registro de todas as anomalias observadas, sem hierarquia ou tentativa de agrupá-las em síndromes.

Orienta-se priorizar a descrição e desestimular o uso de códigos, exceto se codificado por neonatologistas, pediatras ou geneticistas. A codificação qualificada das anomalias descritas deverá ser realizada preferencialmente em um segundo momento por pessoas capacitadas para esta função. Portanto, quanto mais bem descrita(s), melhor será o trabalho de codificação.

Importante

A notificação do caso suspeito de microcefalia no site da SESA não exclui a necessidade de se registrar o mesmo caso no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

6. INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

6.1. Objetivos da Investigação Epidemiológica



Geral

Avaliar e descrever o perfil clínico e epidemiológico dos casos de microcefalia, conforme definição de caso adotada.

Específicos

- Descrever os casos segundo características de tempo lugar e pessoa.
- Classificar os casos de acordo com o diagnóstico.
- Levantar hipóteses.
- Propor recomendações.

6.2. Roteiro da investigação

É importante lembrar que as variáveis contidas no formulário de notificação e SINASC precisam ser complementadas.

Por isso, recomenda-se que seja realizada a investigação domiciliar/hospitalar com a gestante/puérpera, para todos os casos suspeitos de microcefalia, utilizando-se o instrumento padronizado.

O questionário adotado na investigação do surto em Pernambuco será utilizado para investigação dos casos suspeitos (Anexo 7) no Espírito Santo. O mesmo foi adaptado a partir dos instrumentos utilizados pelo Estudo Colaborativo Latino-americano de Malformações Congênitas (ECLAMC).

Como se trata de agravo inusitado, sem padrão epidemiológico plenamente conhecido e sem descrição na literatura, recomenda-se que todos os casos suspeitos sejam investigados.

O critério para priorizar os casos a serem investigados é selecionar as gestantes/puérperas que apresentem ou apresentaram histórico de exantema durante a gestação.

6.3. Entrevistas com as Gestantes/Puérperas

É importante que o entrevistador solicite os dados da Caderneta da Gestante e, se for o caso, a Caderneta da Criança para consultar os dados sobre o pré-natal e nascimento registrados nesses documentos. Outros documentos de registro também são válidos para consulta das informações, desde que tenham sido preenchidos por profissionais de saúde ou emitidos por estabelecimentos de saúde como, por exemplo, cartões de gestante de consultórios particulares, laudos de resultados de exames clínicos e de imagem.



Orienta-se a coleta dos dados a partir de registros de serviços de saúde, como por exemplo, prontuários médicos, laudos em serviços de diagnóstico, caso a gestante/puérpera não tenha os dados necessários para preenchimento do questionário de investigação.

7. SEGUIMENTO CLÍNICO

7.1 Gestantes com relato de quadro sugestivo de infecção pelo ZikaV em qualquer fase da gestação, com até oito dias de evolução

Gestantes que apresentarem sinais e sintomas sugestivos de infecção pelo ZikaV com até oito dias de evolução devem procurar imediatamente atendimento médico na Unidade Básica de Saúde.

Deverão ser realizados anamnese e exame físico completos pelo médico assistente a fim de se aventarem outras hipóteses para diagnóstico diferencial . doenças genéticas, abuso de substâncias, exposição à radiação ionizante, utilização de agentes teratogênicos, infecções em geral.

O caso suspeito DEVERÁ ser notificado ao Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS/ES), na página da Secretaria de Estado da Saúde do estado do Espírito Santo (SESA/ES), www.saude.es.gov.br, no ícone %GESTANTE COM EXANTEMA+. Preencher o FormSUS e gravar. O CIEVS/ES encaminhará, em até 24h (dias úteis), as notificações para as Regionais de Saúde que repassarão aos respectivos municípios para iniciar o processo de investigação. O passo a passo para realizar a notificação se encontra no item 8.

Como o quadro tem até oito dias de evolução, no momento da avaliação, devem-se solicitar os seguintes exames complementares:

- RT-PCR para ZikaV:
 - até cinco dias de evolução, pesquisar no soro ou na urina.
 - de cinco a oito dias de evolução, pesquisar somente na urina.
- Sorologias (IgM / IgG), que devem ser feitas em duas coletas. A primeira após três a cinco dias do início dos sintomas e, a segunda, após três a quatro semanas desde a primeira coleta.



Essas sorologias são para pesquisa de ZikaV, chikungunya, dengue, parvovirus B19, herpes simples, citomegalovírus (CMV), rubéola e toxoplasmose. Com relação a esses três últimos quadros (CMV, rubéola e toxoplasmose), sua pesquisa só deve ser solicitada se a mãe ainda não as tiver ou se, no caso de já as ter realizado, elas indicarem susceptibilidade à infecção ou apresentarem resultado indeterminado. No caso específico da rubéola, se a gestante comprovar a vacinação, não é necessário coletar também.

- Dentre os exames habituais do Pré-Natal, destaca-se que, se ainda não tiverem sido realizados sorologias para HIV e VDRL, os mesmos deverão ser realizados nas gestantes e, mediante resultados positivos, serem tomadas as medidas de rotina.

Para maiores informações e detalhamento sobre procedimentos para coleta, conservação e transporte de amostras (ANEXOS 2.1 e 2.2). É importante salientar que ao se solicitar a sorologia para DENGUE e ZIKAV, deve-se preencher as fichas de notificação/investigação (ANEXO 3).

Toda amostra deverá ser encaminhada ao Lacen, previamente cadastrada no Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), devidamente identificada e acompanhada da Ficha de Investigação Epidemiológica (ANEXO 3), adequadamente preenchida, inclusive com história clínico - epidemiológica da paciente.

Lembrar que a coleta, acondicionamento e transporte adequados das amostras são fundamentais para o êxito dos procedimentos laboratoriais.

- Ultrassonografia gestacional (USG) . Se a gestante já tiver exame prévio, a USG deve ser feita após duas a três semanas do quadro sugestivo de infecção pelo ZikaV. Se não tiver, deve ser feito o mais rapidamente possível. Sugere-se o acompanhamento com a realização de dois a quatro exames, entre 12 e 36 semanas de idade gestacional, de preferência nas seguintes semanas: 12, 16, 24 e 36.

A gestante deve continuar o seu acompanhamento usual no serviço de Pré-Natal da Unidade Básica de Saúde até receber os resultados dos exames.



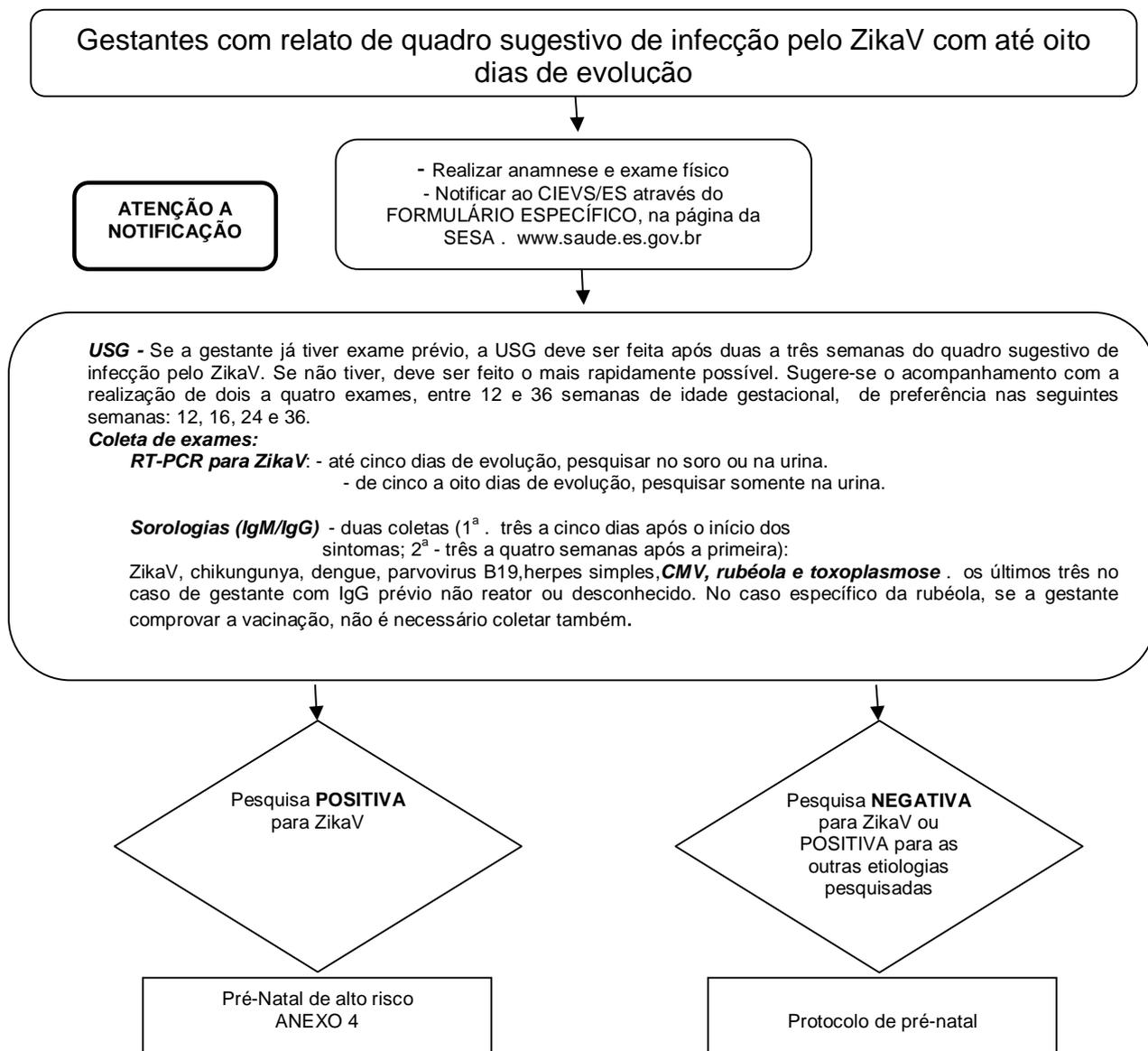
Se os exames evidenciarem infecção pelo ZikaV, a gestante deve ser referenciada para o ambulatório de Pré-Natal de alto risco de acordo com a distribuição por região de saúde já estabelecida (ANEXO 4).

Se os exames evidenciarem infecção por outro agente (chikungunya, dengue, parvovirus B19, herpes, CMV, rubéola ou toxoplasmose) ou forem negativos para qualquer infecção, a gestante deverá permanecer no protocolo de Pré-Natal da Unidade Básica de Saúde.

Obs.: Devido ao caráter inusitado dessa doença, optou-se por encaminhar para os serviços de alto risco para melhor avaliação e controle dessas gestantes.



Figura 3
Fluxograma 01 - SEGUIMENTO DE CASO SUSPEITO





7.2. Gestantes com relato de quadro sugestivo de infecção pelo Zika Vírus, em qualquer fase da gestação, com mais de oito dias de evolução ou Gestantes com feto microcefálico identificado pela USG com ou sem relato de quadro sugestivo de infecção pelo Zika Vírus

Gestantes que apresentem sinais e sintomas sugestivos de infecção pelo ZikaV com mais de oito dias de evolução ou se apresentarem feto com microcefalia em USG devem procurar imediatamente atendimento médico na Unidade Básica de Saúde.

Deverão ser realizados anamnese e exame físico completos pelo médico assistente a fim de se aventarem outras hipóteses para o diagnóstico diferencial . doenças genéticas, abuso de substâncias, exposição a radiação ionizante, utilização de agentes teratogênicos, infecções em geral.

O caso suspeito DEVERÁ ser notificado ao Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS/ES), na página da Secretaria de Estado da Saúde do estado do Espírito Santo (SESA/ES), www.saude.es.gov.br, no formulário específico para cada caso %GESTANTE COM EXANTEMA+ ou %MICROCEFALIA+. Preencher o FormSUS e gravar. O CIEVS/ES encaminhará, em até 24h (dias úteis), as notificações para as Regionais de Saúde que repassarão aos respectivos municípios para iniciar o processo de investigação. O passo a asso se encontra no item 8.

Deve solicitar os seguintes exames:

- Sorologias (IgM/ IgG), que devem ser feitas em duas coletas. A primeira, o mais rapidamente possível e, a segunda, após três a quatro semanas da primeira coleta. Essas sorologias são para pesquisa de ZikaV, chikungunya, dengue, parvovirus B19, herpes simples, citomegalovírus (CMV), rubéola e toxoplasmose. Com relação a esses três últimos quadros (CMV, rubéola e toxoplasmose), sua pesquisa só deve ser solicitada se a mãe ainda não as tiver ou se, em caso positivo, elas indicarem susceptibilidade a infecção ou apresentarem resultado indeterminado. No caso específico da rubéola, se a gestante comprovar a vacinação, não é necessário coletar também.
- Dentre os exames habituais do Pré-Natal, destaca-se que, se ainda não tiverem sido realizados sorologias para HIV e VDRL, os mesmos deverão ser realizados nas gestantes e, mediante resultados positivos, serem tomadas as medidas de rotina.



Para maiores informações e detalhamento sobre procedimentos para coleta, conservação e transporte de amostras (ANEXOS 2.1 e 2.2). É importante salientar que ao se solicitar a sorologia para DENGUE e ZIKAV, deve-se preencher as fichas de notificação/investigação (ANEXO 3).

Toda amostra deverá ser encaminhada ao Lacen, previamente cadastrada no Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), devidamente identificada e acompanhada da Ficha de Investigação Epidemiológica (ANEXO 3), adequadamente preenchida, inclusive com história clínico - epidemiológica da paciente.

Lembrar que coleta, acondicionamento e transporte adequados das amostras são fundamentais para o êxito dos procedimentos laboratoriais.

- Ultrassonografia gestacional (USG) . Se a gestante já tiver exame prévio, a USG deve ser feita após duas a três semanas do quadro sugestivo de infecção pelo ZikaV. Se não tiver, deve ser feito o mais rapidamente possível. Sugere-se o acompanhamento com a realização de dois a quatro exames, entre 12 e 36 semanas de idade gestacional, de preferência nas seguintes semanas: 12, 16, 24 e 36.

A gestante deve continuar o seu acompanhamento usual no serviço de Pré-Natal da Unidade Básica de Saúde até receber os resultados dos exames.

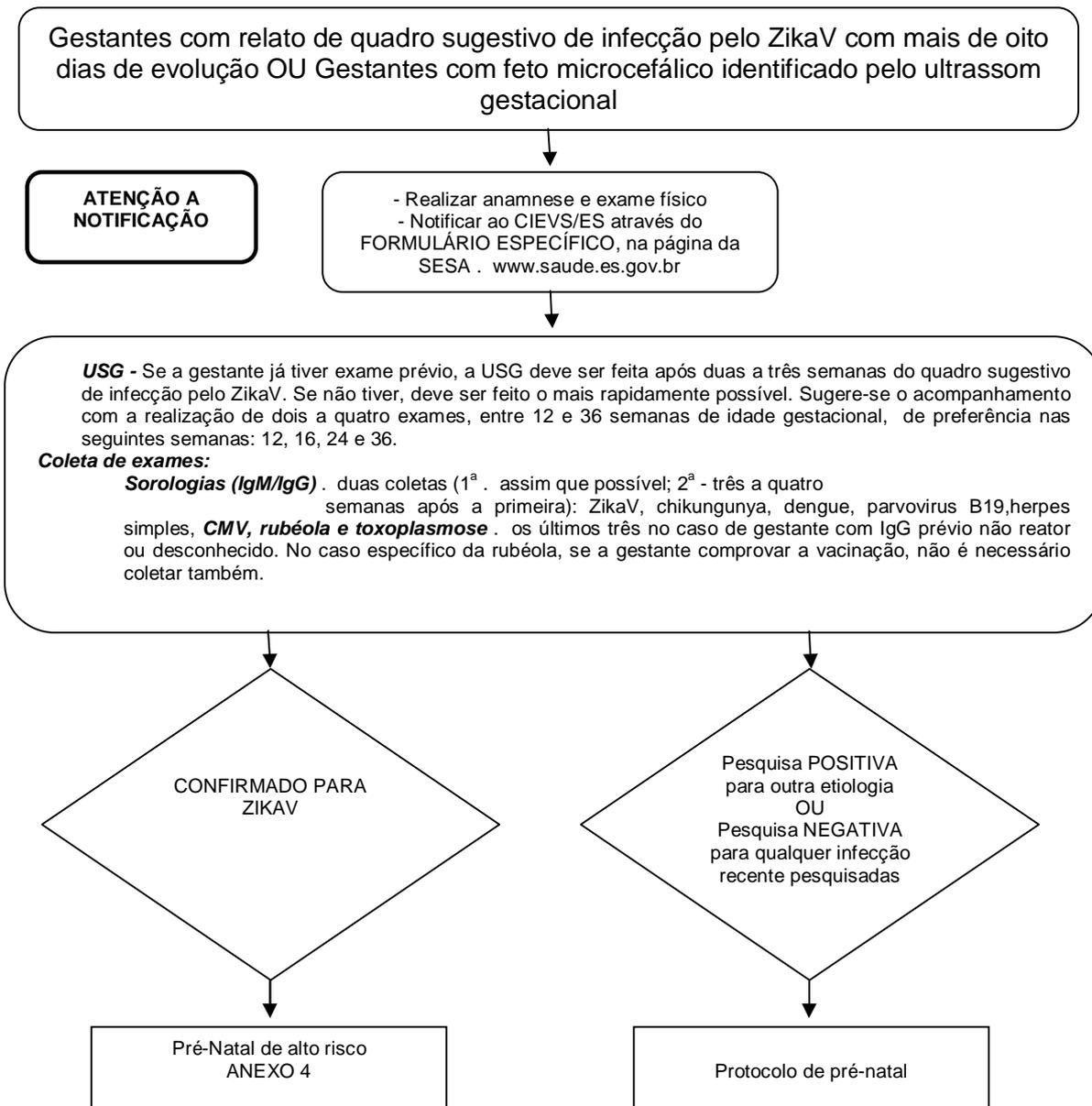
Se os exames evidenciarem infecção pelo ZikaV, a gestante deve ser referenciada para o ambulatório de Pré-Natal de alto risco de acordo com a distribuição por região de saúde já estabelecida (ANEXO 4).

Se os exames evidenciarem infecção por outro agente (chikungunya, dengue, parvovirus B19, herpes simples, CMV, rubéola ou toxoplasmose) ou forem negativos para qualquer infecção, a gestante deve permanecer no protocolo de Pré-Natal da Unidade Básica de Saúde.

Obs.: devido ao caráter inusitado dessa epidemia, optou-se por encaminhar para os serviços de alto risco para melhor avaliação e controle dessas gestantes.



Figura 4
Fluxograma 02 - SEGUIMENTO DE CASO SUSPEITO





7.3. Recém-nascido entre 37 e 42 semanas de gestação com perímetro cefálico igual ou menor que 32 cm OU Recém-nascido menor que 37 semanas de gestação com perímetro cefálico menor ou igual ao percentil 3 (dois desvios padrão)

Nas maternidades, a assistência e busca ativa de casos suspeitos entre os recém-nascidos deve ser constante.

Recém-nascidos a termo (entre 37 e 42 semanas de idade gestacional) que apresentarem PC igual ou menor a 32 cm ou RN pré-termo (menores que 37 semanas de idade gestacional) com PC menor ou igual ao percentil 3 (dois desvios padrão) de acordo com a curva para a sua idade e sexo (ANEXO 5.1 e 5.2), devem ser investigados.

Deverão ser realizados anamnese e exame físico completos pelo médico assistente a fim de se aventarem outras hipóteses para diagnóstico diferencial . doenças genéticas, abuso de substâncias pela mãe, exposição a radiação ionizante, utilização de agentes teratogênicos, infecções em geral.

O caso suspeito DEVERÁ ser notificado ao Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS/ES), na página da Secretaria de Estado da Saúde do estado do Espírito Santo (SESA/ES), www.saude.es.gov.br, no ícone **NOTIFIQUE AQUI+**. Preencher o FormSUS e gravar. O CIEVS/ES encaminhará, em até 24h (dias úteis), as notificações para as Regionais de Saúde que repassarão aos respectivos municípios para iniciar o processo de investigação. O passo a passo para notificação se encontra no item 8.

Além da notificação acima citada, deve-se relatar na Declaração de Nascidos Vivos que foi detectada anomalia congênita (parte I, campo 6) e descrevê-la (parte VI, campo 41).

Então, solicitam-se os exames:

- Exames de biologia molecular:
 - Coleta-se líquido, sangue periférico do recém nascido ou sangue do cordão umbilical para realizar exame de RT-PCR para ZikaV.
 - Coleta-se fragmentos da placenta (3 cm³) para realizar exame de RT-PCR para ZikaV.
 - Exames de sorologias (IgM / IgG):
 - Coleta-se líquido do recém-nascido para realizar exame de reação imunológica para ZikaV.



- Coleta-se sangue do recém-nascido e da mãe para realizar exame de sorologias para ZikaV, chikungunya, dengue, parvovirus B19, herpes simples, citomegalovírus (CMV), rubéola e toxoplasmose. Com relação a esses três últimos agentes (CMV, rubéola e toxoplasmose), sua pesquisa só deve ser solicitada se a mãe ainda não os tiver ou se, no caso de já os ter realizado, eles indicarem susceptibilidade à infecção ou apresentarem resultado indeterminado. No caso específico da rubéola, se a mãe comprovar a vacinação, não é necessário coletar também.
- Dentre os exames habituais do Pré-Natal, destaca-se que, se a mãe não tiver realizado sorologias para HIV e VDRL, os mesmos deverão ser realizados e, mediante resultados positivos, serem tomadas as medidas de rotina.

Para maiores informações e detalhamento sobre procedimentos para coleta, conservação e transporte de amostras (ANEXOS 2.1 e 2.2). É importante salientar que ao se solicitar a sorologia para DENGUE e ZIKAV, deve-se preencher as fichas de notificação/investigação (ANEXO 3).

Toda amostra deverá ser encaminhada ao Lacen, previamente cadastrada no Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), devidamente identificada e acompanhada da Ficha de Investigação Epidemiológica (ANEXO 3), adequadamente preenchida, inclusive com história clínico - epidemiológica da paciente.

Lembrar que a coleta, acondicionamento e transporte adequados das amostras são fundamentais para o êxito dos procedimentos laboratoriais.

- Outros exames:
 - Ultrassonografia transfontanela (USTF), como primeira opção de exame de imagem, sempre que disponível, considerando que a tomografia computadorizada envolve alta carga de radiação (equivalente a 70-100 exames radiográficos) e que sua realização em RN com frequência exige sedação;
 - Tomografia de crânio (TC), sem contraste, para RN cujo tamanho da fontanela impossibilite a USTF e para aqueles em que, após os exames laboratoriais e a USTF, ainda persista dúvida diagnóstica. Através desse



exame pode-se avaliar a presença de calcificações e outras alterações morfológicas que podem estar presentes.

- Hemograma, TGO, TGP, ureia, creatinina.
- Ecocardiograma.
- Avaliação oftalmológica com exame de fundo de olho.
- Exame de emissão otoacústica.
- Ultrassonografia de abdomen.

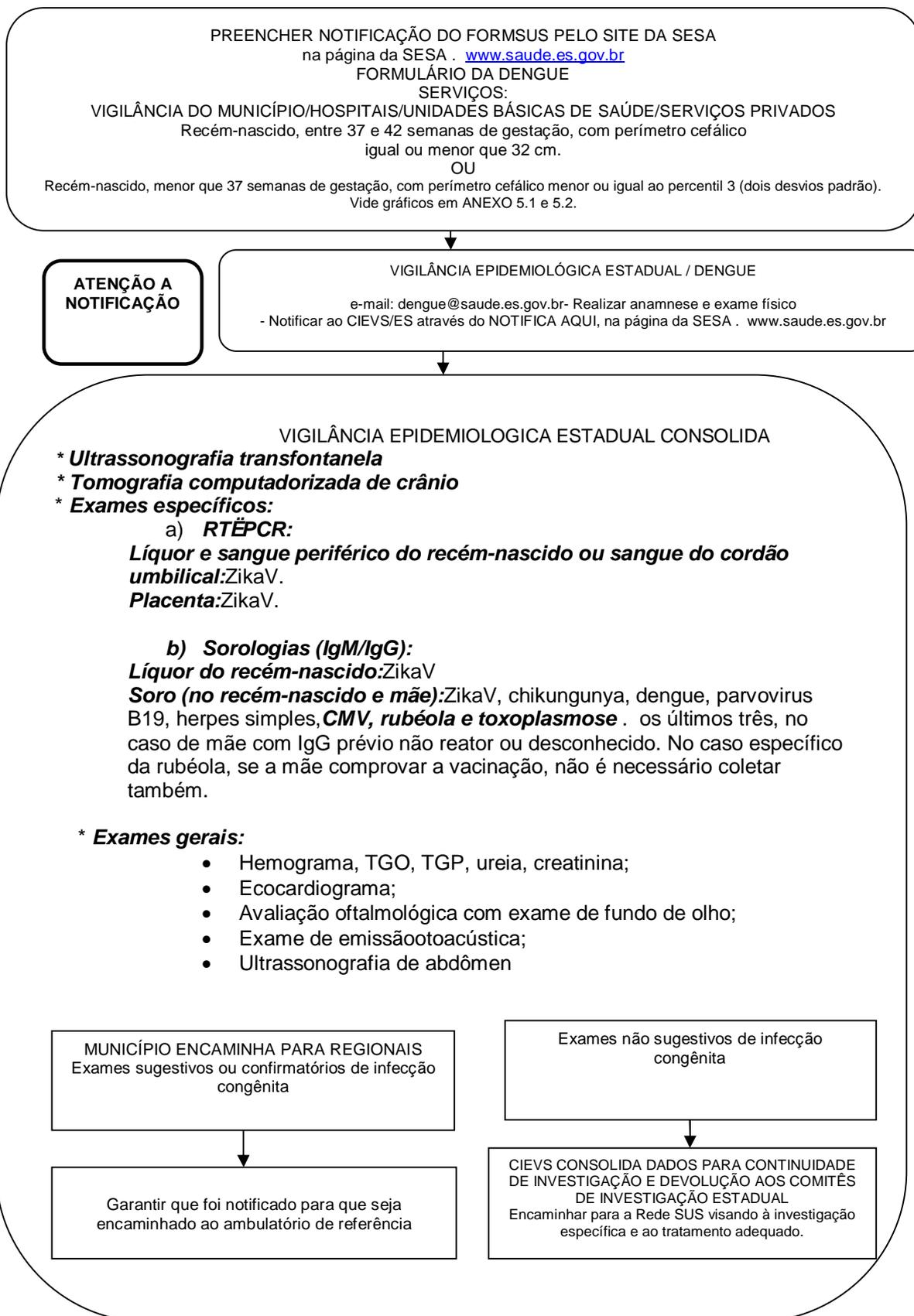
As crianças com microcefalia conforme definição de casos suspeitos serão encaminhadas ao Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória (HEINSG), para o ambulatório de Neurologia Pediátrica, via notificação . ou seja, após notificação do caso, a consulta de avaliação neurológica será agendada através da referência do município/ e ou maternidade diretamente com o setor de agendamento do HEINSG (Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória) Tel. AMBULATÓRIO DE NEUROPEDIATRIA . Enfermeiro Flávio tel. 3636 7590/999267282.

É importante salientar que essas crianças deverão também manter o acompanhamento pediátrico na Unidade Básica de Saúde, contra-referência.

Se os resultados dos exames afastarem a possibilidade de infecção congênita, o recém-nascido deve ser encaminhado para a Rede SUS como habitualmente já é realizado pelos serviços de saúde.



Figura 5 Fluxograma 03 - SEGUIMENTO DE CASO SUSPEITO





7.4. Recém-nascido de mãe com relato de quadro sugestivo de infecção pelo Zika Vírus durante a gestação sem microcefalia OU Lactente nascido depois de junho/2015, com microcefalia ao nascimento independente da mãe ter ou não relato de quadro sugestivo de infecção pelo Zika Vírus durante a gestação OU Lactente que durante acompanhamento de puericultura apresentar redução da velocidade ou parada de crescimento do perímetro cefálico.

Nas maternidades, a assistência e busca ativa de casos suspeitos entre os recém-nascidos deve ser constante.

Nos casos dos recém-nascidos (RN) que não apresentem microcefalia, mas a mãe relata ter apresentado quadro sugestivo de infecção pelo ZikaV durante a gestação, é necessário avaliação. Sabe-se que, como em outras infecções congênitas, se a mãe entrar em contato com o agente etiológico em fase tardia da gestação, o bebê pode desenvolver a infecção e nascer com perímetro cefálico (PC) normal.

Bebês que nasceram após junho de 2015, com microcefalia já observada ao nascimento, também são casos suspeitos, independente da mãe relatar ou não quadro sugestivo de infecção durante a gestação.

Considera-se microcefálico o RN a termo (entre 37 e 42 semanas de idade gestacional) que apresenta PC igual ou menor que 32 cm ou RN pré-termo (menor que 37 semanas de idade gestacional) com PC menor ou igual ao percentil 3 (dois desvios padrão) de acordo com a curva para a sua idade e sexo (ANEXO 5.1 e 5.2).

Lactente nascido após junho de 2015, que durante acompanhamento de puericultura apresente redução da velocidade ou parada de crescimento do perímetro cefálico, também necessita de avaliação. Nas consultas de puericultura, nas Unidades Básicas de Saúde, é de extrema importância que seja feita a aferição do perímetro cefálico e registro no gráfico da Caderneta da Criança para acompanhamento. Somente dessa forma será possível identificar a redução da velocidade ou parada de crescimento do perímetro cefálico.

As crianças com microcefalia conforme definição de caso suspeito serão encaminhadas ao Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória (HEINSG), para o ambulatório de Neurologia Pediátrica, via notificação . ou seja, após notificação do caso, a consulta de avaliação neurológica será agendada através da referência do município/ e ou maternidade diretamente com o setor de agendamento do HEINSG (Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória) Tel. AMBULATÓRIO DE NEUROPEDIATRIA . Enfermeiro Flávio tel. 3636 7590/ 999267282.



É importante salientar que essas crianças deverão também manter o acompanhamento pediátrico na Unidade Básica de Saúde, contra-referência, sendo 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 (não esquecendo de prévia notificação)

Deverão ser realizados anamnese e exame físico completos a fim de aventar outras hipóteses para diagnóstico diferencial . doenças genéticas, abuso de substâncias pela mãe, exposição a radiação ionizante, utilização de agentes teratogênicos, infecções em geral.

O caso suspeito DEVERÁ ser notificado ao Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS/ES), na página da Secretaria de Estado da Saúde do estado do Espírito Santo (SESA/ES), www.saude.es.gov.br, no ícone %MICROCEFALIA+. Preencher o FormSUS e gravar. O CIEVS/ES encaminhará, em até 24h (dias úteis), as notificações para as Regionais de Saúde que repassarão aos respectivos municípios para iniciar o processo de investigação. O passo a passo para notificação se encontra no item 8.

Então, solicita-se:

- Tomografia de crânio sem contraste. Se esse exame demonstrar alterações sugestivas de infecção congênita, solicitam-se os seguintes exames:
- Exames de sorologias (IgM / IgG):
 - Coleta-se sangue do lactente e da mãe para realizar exame de sorologias para ZikaV, chikungunya, dengue, parvovirus B19, herpes simples, citomegalovírus (CMV), rubéola e toxoplasmose. Com relação a esses três últimos agentes (CMV, rubéola e toxoplasma), sua pesquisa só deve ser solicitada se a mãe não as tiver ou se, no caso de já as ter realizado, as mesmas indicarem susceptibilidade à infecção ou apresentarem resultado indeterminado. No caso específico da rubéola, se a mãe comprovar a vacinação, não é necessário coletar também.



- Se a mãe não tiver realizado sorologias para HIV e VDRL, durante o Pré-Natal, os mesmos deverão ser realizados e, mediante resultados positivos, serem tomadas as medidas de rotina.

Para maiores informações e detalhamento sobre procedimentos para coleta, conservação e transporte de amostras (ANEXOS 2.1 e 2.2). É importante salientar que ao se solicitar a sorologia para DENGUE e ZIKAV, deve-se preencher as fichas de notificação/investigação (ANEXO 3).

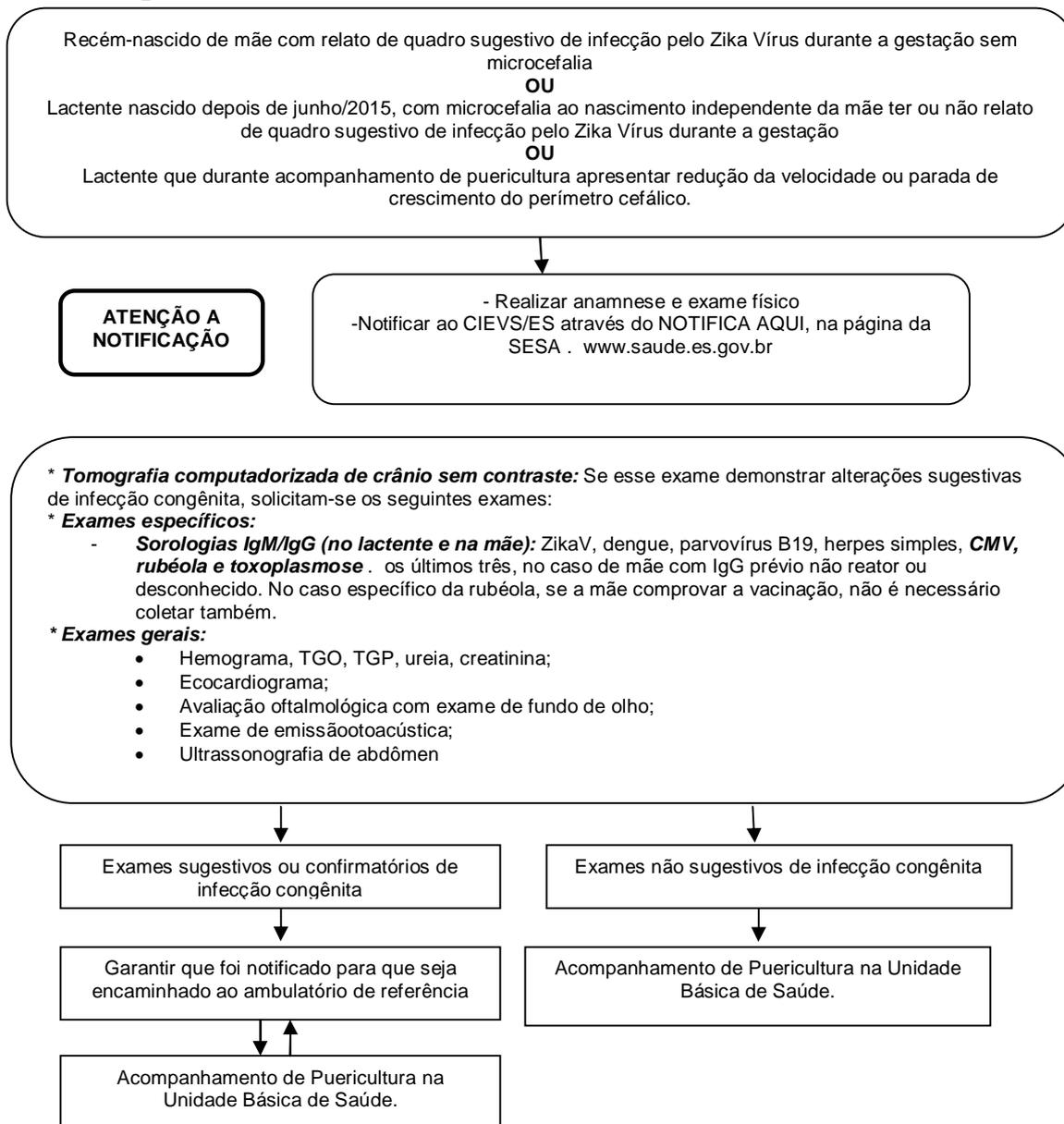
Toda amostra deverá ser encaminhada ao Lacen, previamente cadastrada no Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), devidamente identificada e acompanhada da Ficha de Investigação Epidemiológica (ANEXO 3), adequadamente preenchida, inclusive com história clínico - epidemiológica da paciente.

Lembrar que coleta, acondicionamento e transporte adequados das amostras são fundamentais para o êxito dos procedimentos laboratoriais.

- Outros exames:
 - Hemograma, TGO, TGP, ureia, creatinina.
 - Ecocardiograma.
 - Avaliação oftalmológica com exame de fundo de olho.
 - Exame de emissão otoacústica.
 - Ultrassonografia de abdomen.



Figura 6
Fluxograma 04 - SEGUIMENTO DE CASO SUSPEITO





8. PROCEDIMENTOS PARA NATIMORTO E ABORTO DE GESTANTES COM RELATO QUADRO SUGESTIVO DE INFECÇÃO PELO ZIKAV

Nos casos de aborto e natimorto de gestantes com relato de quadro sugestivo de infecção pelo ZikaV, orienta-se encaminhar para o Serviço de Verificação de Óbito (SVO).

Mediante esses casos, recomenda-se:

- O caso suspeito DEVERÁ ser notificado ao Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS/ES), na página da Secretaria de Estado da Saúde do estado do Espírito Santo (SESA/ES), www.saude.es.gov.br, no ícone %NOTIFIQUE AQUI+. Preencher o FormSUS e gravar. O CIEVS/ES encaminhará, em até 24h (dias úteis), as notificações para as Regionais de Saúde que repassarão aos respectivos municípios para iniciar o processo de investigação. O passo a passo para notificação se encontra no item 8.
- Encaminhar para serviço de verificação de óbito (SVO), mediante autorização de familiar de primeiro grau, com a finalidade de investigação etiológica. As placentas também precisam ser encaminhadas para auxiliar no diagnóstico.
- Cabe ao SVO coletar fragmentos de cérebro, fígado, coração, pulmão, rim e baço do natimorto para realização de exame de RT-PCR para ZikaV e histopatológico com imunohistoquímica.

Para maiores informações e detalhamento sobre procedimentos para coleta, conservação e transporte de amostras (ANEXO 2.3).

Toda amostra deverá ser encaminhada ao Lacen, previamente cadastrada no Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), devidamente identificada e acompanhada da Ficha de Investigação Epidemiológica (ANEXO 3), adequadamente preenchida, inclusive com história clínico - epidemiológica da paciente.

Lembrar que a coleta, acondicionamento e transporte adequados das amostras são fundamentais para o êxito dos procedimentos laboratoriais

9. AMBULATÓRIOS DE SEGUIMENTO

As gestantes que forem caracterizadas elegíveis para o seguimento no pré-natal de alto risco devem ser encaminhadas aos serviços, de acordo com a distribuição regional habitual do Estado, como consta no ANEXO 4.

Obs.: Devido ao caráter inusitado dessa epidemia, optou-se por encaminhar para os serviços de alto risco para melhor avaliação e controle dessas gestantes.



As crianças com microcefalia, conforme definição de caso suspeito, serão encaminhadas ao Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória (HEINSG), para o ambulatório de Neurologia Pediátrica, via notificação . ou seja, após notificação do caso, a consulta de avaliação neurológica será agendada através da referência do município. É importante salientar que essas crianças deverão também manter o acompanhamento pediátrico na Unidade Básica de Saúde, contra-referência.

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.

10. ACOMPANHAMENTO DO RECÉM-NASCIDO

10.1 Atenção ao recém-nascido de mãe com suspeita e/ou confirmação de infecção pelo ZikaV na maternidade

a) Cuidados ao recém-nascido no momento do parto/nascimento

Devem ser seguidas as recomendações do Ministério da Saúde de garantir o contato pele-a-pele, o clampeamento do cordão umbilical em tempo oportuno (após cessados os batimentos, que se verifica, geralmente, em 1 a 3 minutos do nascimento), a amamentação na primeira hora de vida e a realização de procedimentos de rotina somente após esse período. Nos casos de necessidade de reanimação neonatal, seguir as orientações da Portaria SAS/MS nº 371, de 7 de maio de 2014, e da Nota Técnica nº 16, de 16 de junho de 2014 (disponível em http://www.sbp.com.br/arquivo/ministerio-da-saude-decide-ampliarreanimacao-neonatal-que-deve-ser-feita-com-sbp/attachment/portariams371-notatecnica_sas16-em-10junho2014-atendimento-rn-ao-nascimento/)

Quando a criança nasce, ocorrem mudanças na vida da mãe e da sua família e surge a necessidade de adaptação à chegada do novo ser. Quando o bebê nasce com algum problema de saúde, em alguns momentos isso pode gerar frustração nos pais, que imaginavam uma criança e nasceu outra diferente, além de culpa e comportamentos excessivos de zelo e cuidado dos pais, que buscam reparar tal sentimento.

b) Aleitamento Materno

As condutas assistenciais em aleitamento materno orientadas pelo Ministério da Saúde são baseadas nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), que



preconiza o aleitamento materno contínuo até os dois anos ou mais, sendo exclusivo nos primeiros seis meses de vida.

O aleitamento materno é a estratégia isolada que mais previne mortes infantis, além de promover a saúde física, mental e psíquica da criança e da mulher que amamenta.

Vale ressaltar que a identificação do vírus Zika na urina, leite materno, saliva e sêmen pode ter efeito prático apenas no diagnóstico da doença, não se demonstrando que essas vias sejam importantes para a transmissão do vírus para outra pessoa.

Assim, o Ministério da Saúde está de acordo com o posicionamento do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira . FIOCRUZ, em 02/12/2015.

c) Anamnese

Além da anamnese padrão preconizada para os recém-nascidos, deve-se atentar aos questionamentos abaixo

- Antecedentes maternos (infecções intrauterinas, insuficiência placentária, controle pré-natal, número de abortos prévios, doenças maternas pré-existent);
- Exposição da mãe a substâncias tóxicas com potencial teratogênico (drogas ilícitas, álcool, tabagismo, inseticidas e cosméticos, entre outras);
- Medicamento(s) utilizado(s) durante a gravidez;
- Exposição materna à radiação ionizante;
- Presença de *rash* cutâneo e outros sinais e sintomas sugestivos de infecção durante a gestação;
- Ultrassonografia gestacional (descrever os achados ultrassonográficos);
- Antecedentes familiares (transtornos genéticos, microcefalia);

d) Exame Físico

Realizar o exame físico do recém-nascido, incluindo exame neurológico detalhado, conforme preconizado pela publicação %Atenção à Saúde do Recém-Nascido - Guia para Profissionais de Saúde+- volume 1, (disponível em

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf), com

destaque para:

- Medição precisa do perímetro cefálico, adotando como valor de referência para definição de microcefalia para o recém-nascido a termo o perímetro cefálico ≥ 32 cm ao nascimento, conforme a curvas da OMS para meninos (Anexo 5.4) e para meninas (Anexo 5.3). Para o recém-nascido pré-termo, o perímetro cefálico menor



que -2 desvios padrões, pela curva de Fenton para meninos (Anexo 5.2) e para meninas (Anexo 5.1) .

Considerando-se que a maioria dos RN de parto normal apresenta suturas cavalgadas (superpostas), pode ocorrer que o PC esteja transitoriamente abaixo do parâmetro de corte. Assim, orienta-se que a medição seja refeita com 24-48h de vida, sendo que, no caso desta segunda medição estar acima do parâmetro de corte, a criança deve ser excluída da continuidade da investigação de microcefalia, necessitando ser acompanhada clinicamente quanto a evolução do PC e avaliação do desenvolvimento. O ideal seria que sempre fosse usado o gráfico de perímetro cefálico de acordo com a idade gestacional e sexo do paciente, mas sabe-se que isso não acontece na prática dos berçários; então, para recém-nascidos a termo foi estabelecido fixar o ponto de corte em 32 cm, o que PE percentil 2,6 para meninos e 5,6 para meninas, tanto no gráfico do PC adotado pela OMS quanto pelo CDC, ou seja, um ponto de corte mais adequado (aproximando a definição internacional de microcefalia). É claro que a medida do PC deve ser acompanhada mensalmente após o nascimento e qualquer desaceleração do PC deve levantar a suspeita e levar à notificação do caso como deve ocorrer com qualquer lactente que se mantém em puericultura.

Lembrar que a comparação do perímetro cefálico com outros parâmetros do crescimento (microcefalia acompanhada de peso e comprimento também baixos, mas proporcionais, fala a favor de criança sadia).

- Presença de características dismórficas;
- Presença de anomalias congênitas que comprometem outro(s) órgão(s);
- Avaliação neurológica do RN (descrever anormalidades).

e) Investigação

O objetivo principal da investigação é confirmar o diagnóstico de infecção pelo ZikaV no recém-nascido cuja mãe teve suspeita de infecção durante a gestação. Entre os recém-nascidos com microcefalia, essa investigação se faz primordial devido a gama de diagnósticos diferenciais que vão desde outras infecções congênitas, quadros genéticos, microcefalia familiar, entre outros.

Obs.: realizar a notificação de todos os casos suspeitos, de acordo com o item 8 do protocolo.

f) Investigação laboratorial



Triagem infecciosa (sorologias)

Para a triagem infecciosa (Anexos 2.1 e 2.2), devem ser coletadas amostras de:

1. sangue do cordão umbilical;
2. placenta;
3. líquido cefalorraquidiano do RN;
4. sangue da mãe (10 ml).

Exames a serem realizados na Unidade de nascimento:

1. STORCH (Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus e Herpes) e HIV 1 e
2. Hemograma completo;
3. Dosagens séricas de aminotransferases hepáticas (TGO e TGP);
4. Uréia, creatinina;
5. E outros conforme as necessidades apresentadas pelo RN.

g) Exames de imagem

Os achados são inespecíficos de uma encefalite com destruição cerebral e microcefalia por perda tecidual, com imagens de calcificações, dilatação ventricular, atrofia cerebral, lisencefalia, entre outras.

Os seguintes exames são indicados:

Ultrassonografia transfontanela (US-TF), como primeira opção de exame de imagem, sempre que disponível, considerando que a tomografia computadorizada envolve alta carga de radiação (equivalente a 70-100 exames radiográficos) e que sua realização em RN com frequência exige sedação;

Tomografia de crânio (TCC), sem contraste, para RN cujo tamanho da fontanela impossibilite a US-TF e para aqueles em que, após os exames laboratoriais e a US-TF, ainda persista dúvida diagnóstica.

Ressalte-se que a alta do RN não deve ser adiada por causa de realização de exame de imagem, podendo ele ser agendado para realização ambulatorial.

Serão excluídos para finalidade de vigilância os casos que, após revisão da aferição das medidas do perímetro cefálico, dos resultados dos exames ou dos critérios de inclusão, não cumprem as definições estabelecidas para relação com infecção pelo ZikaV.



h) Triagens Neonatais

A Triagem Neonatal (testes do pezinho, orelhinha e olhinho) deve ser realizada, possibilitando a detecção precoce de algumas doenças ou condições nos primeiros dias de vida.

A TAN, também conhecida como "Teste da Orelhinha", deve ser realizada, preferencialmente, nos primeiros dias de vida (24h a 48h), ainda na maternidade. Caso o estabelecimento de saúde não tenha o equipamento para realizar o Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE), deve-se encaminhar o bebê para um serviço de referência mais próximo (Centro Especializado em Reabilitação com modalidade auditiva ou Centro de Reabilitação Auditiva na Alta Complexidade - CREFES, HUCAM e UVV), no máximo até o primeiro mês de vida, exceto quando a saúde da criança não permita a realização do exame.

A presença de suspeita de infecção congênita pelo ZikaV é um indicador de risco para perda auditiva (IRDA). Portanto, para os recém-nascidos com suspeita de infecção congênita pelo ZikaV, deve-se realizar o PEATE como primeira escolha devido a maior prevalência de perdas auditivas retrococleares não identificáveis por meio do exame de Emissões Otoacústicas Evocadas (EOAE). No caso de falha neste teste, o reteste deverá ser feito no período de até 30 dias após, preferencialmente no mesmo local de realização do teste anterior. No caso de falha no reteste, a criança deverá ser encaminhada imediatamente para a avaliação diagnóstica otorrinolaringológica e audiológica.

Não deverá ser realizada a TAN naquelas crianças que apresentem malformação na orelha (mesmo que unilateral). Estas deverão ser encaminhadas diretamente para um serviço de referência para a realização de diagnóstico otorrinolaringológico e audiológico, conforme as Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal (disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/diretrizes_atencao_triagem_auditiva_neonatal.pdf).

Se diagnosticada a perda auditiva, a criança deverá ser encaminhada para a reabilitação em serviço de referência em reabilitação auditiva: Centro Especializado em Reabilitação - CER (com modalidade auditiva) ou Centro de Reabilitação Auditiva na Alta Complexidade (CREFES, HUCAM e UVV).



i) Triagem Ocular Neonatal (TON)

A Triagem Ocular Neonatal (TON), ou Teste do Olhinho, faz parte do exame físico do recém-nascido ainda na **maternidade**, contemplando a inspeção e Teste do Reflexo Vermelho (TRV) da retina, por meio de fecho de luz. Estes exames visam à identificação em tempo oportuno de agravos que levam à opacificação do cristalino, com diagnósticos presuntivos de retinoblastoma, catarata congênita e outros transtornos oculares congênitos e hereditários.

O TRV pode ser realizado nas maternidades e nos serviços especializados em oftalmologia.

Uma vez detectada qualquer alteração no teste do olhinho, o neonato deverá ser encaminhado para a realização do diagnóstico em serviço do Hospital Universitário (HUCAM).

j) Exame do Fundo de Olho (fundoscopia)

Deve-se proceder ao exame do fundo de olho para auxiliar no diagnóstico diferencial de infecções congênitas, como sífilis, toxoplasmose e citomegalovírus, que pode ser realizado após a alta da criança, caso o serviço de nascimento do recém-nascido não tenha oftalmologista, para realização do exame, encaminhar a criança ao HEINSG e HUCAM.

10.2 Seguimento do Recém-nascido

Todos os bebês com suspeita e/ou diagnóstico de alteração de desenvolvimento neuropsicomotor, secundário a infecção pelo ZikaV, devem manter as consultas de Puericultura na Atenção Básica, conforme o **Cadernos de Atenção Básica nº 33: Saúde da Criança . Crescimento e Desenvolvimento+** (disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf).

Além de ser acompanhados por meio da puericultura, também devem ser encaminhados para estimulação precoce em serviço de reabilitação (Centro Especializado de Reabilitação e Centro de Reabilitação em Medicina Física, Centro de Reabilitação Física . nível intermediário CREFES, APAE e fisioterapeuta, fonoaudiólogo ou terapeuta ocupacional do NASF ou vinculados às equipes da atenção básica.

Recém-nascidos com 37 ou mais semanas de gestação e perímetro cefálico entre 32,1 e 33 cm também deverão ter puericultura de rotina, com especial atenção a seu



desenvolvimento. Estas crianças estão entre -1 e -2 desvios padrões segundo a curva de perímetro cefálico da OMS.

Como os RN podem apresentar alterações neurológicas, motoras ou respiratórias, entre outras, o acompanhamento por diferentes especialistas em ambulatórios de especialidades de referência será necessário nesses casos.

A vinculação com a Unidade Básica de Saúde é fundamental para este acompanhamento, mesmo que a criança necessite ser acompanhada em serviço especializado. O atendimento na Atenção Básica e na Atenção Especializada, **de forma compartilhada**, faz com que essas crianças sejam mais bem assistidas e as famílias amparadas. No SUS, estão disponíveis serviços de atenção básica, serviços especializados de reabilitação, de exame e diagnóstico e hospitalares, além de órteses e próteses e meio auxiliar de locomoção nos casos em que se aplicar.

É importante salientar para a equipe das Unidades Básicas de Saúde que os casos dos recém-nascidos que não apresentem microcefalia, mas a mãe relata ter apresentado quadro sugestivo de infecção pelo ZikaV durante a gestação, é necessária avaliação.

Além disso, bebês que nasceram após junho de 2015, com microcefalia já observada ao nascimento, também são casos suspeitos, independente da mãe relatar ou não quadro sugestivo de infecção durante a gestação. E lactentes nascidos no período supracitado, que durante acompanhamento de puericultura apresentem redução da velocidade ou parada de crescimento do perímetro cefálico, também necessitam de avaliação.

Portanto, quando esses pacientes forem identificados por algum profissional da equipe da UBS, ele o deve notificar e solicitar os exames padronizados no protocolo (organograma 4).

10.3 Atendimento Integral da Criança

A equipe de saúde tem um papel importante no atendimento à puérpera, ao seu bebê e aos familiares, fornecendo informações para esclarecer dúvidas e anseios, apoiando a família e devendo também observar problemas na relação dos pais com os bebês, a comunicação entre mãe e bebê durante a amamentação, como a mãe e os cuidadores se comportam quando a criança está mais agitada e chorosa. E, em caso de microcefalia, o crescimento e o desenvolvimento da criança devem ser observados por toda a equipe de Atenção Primária, na visita domiciliar, nos momentos de vacinação na unidade básica de saúde e nas consultas de rotina.



É importante ressaltar que muitas situações de morbidade e mortalidade materna e neonatal acontecem na primeira semana após o parto. Nesse sentido, é imprescindível a realização de **visita domiciliar** à mulher, ao recém-nascido e à família pelo **agente comunitário de saúde** ou **qualquer outro profissional da equipe**, para avaliar as necessidades, orientar as soluções e fortalecer o vínculo entre o serviço de saúde e a família.

Os profissionais e os serviços devem estar atentos e preparados para aproveitar a oportunidade de contato com a mulher e o recém-nascido, preferencialmente **entre o terceiro e quinto dia de vida** (*5º Dia de Saúde Integral*), com o objetivo de consultar o bebê e ver a Caderneta de Saúde da Criança, verificando se foram aplicadas as vacinas contra Tuberculose e Hepatite B e realizadas as triagens neonatais (testes do pezinho, olhinho e orelhinha); apoiar e incentivar o aleitamento materno; orientar sobre os cuidados com o bebê.

Todos os bebês devem manter as consultas de Puericultura na Atenção Básica, conforme o preconizado no **Cadernos de Atenção Básica 33: Saúde da Criança - Crescimento e Desenvolvimento+** (disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf),

paralelamente à estimulação precoce e sinais de alerta e agendar a próxima consulta do bebê.

10.4 Estimulação Precoce

O desenvolvimento infantil é um processo multidimensional que se inicia com o nascimento e que engloba o crescimento físico e a maturação neurológica, comportamental, cognitiva, social e afetiva da criança.

Crianças com prejuízos do desenvolvimento neuropsicomotor se beneficiam de Programa de Estimulação Precoce, que objetiva estimular a criança e ampliar suas competências, abordando os estímulos que interferem na sua maturação, para favorecer o desenvolvimento motor e cognitivo. A criança deve ser inserida nesse programa, que deve ter seu início tão logo o bebê esteja clinicamente estável e se estender até quando for necessário (NASF, APAE e CREFES).

Até os três anos, o cérebro se desenvolve mais rapidamente, constituindo uma oportunidade para o estabelecimento das funções que repercutirão em uma maior independência e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida no futuro.



É imprescindível o envolvimento dos pais e familiares no programa, considerando que o ambiente social é o mais rico em estímulos para a criança.

A equipe deve informar a família sobre a doença e seus desdobramentos, orientando-os a utilizar momentos como o banho, vestuário, alimentação, autocuidado e, principalmente, as brincadeiras para estimular.

São objetivos gerais de um Programa de Estimulação Precoce:

- 1- Maximizar o potencial de cada criança inserida no programa por meio da estimulação em âmbito ambulatorial e também em seu ambiente natural, estabelecendo o tipo, o ritmo e a velocidade dos estímulos e designando, na medida do possível, um perfil de reação;
- 2- Potencializar a contribuição dos pais ou responsáveis, de modo que eles interajam com a criança de forma a estabelecer mutualidade precoce na comunicação e afeto, prevenindo o advento de distúrbios emocionais e doenças cinestésicas;
- 3- Promover um ambiente favorável para o desempenho de atividades que são necessárias para o desenvolvimento da criança;
- 4- Oferecer orientações aos pais e à comunidade quanto às possibilidades de acompanhamento desde o período neonatal até a fase escolar da criança;
- 5- Promover um modelo de atuação multiprofissional e interdisciplinar; e
- 6- Disseminar informações incentivando e auxiliando a criação de programas de estimulação precoce.

Os marcos do desenvolvimento infantil são referência para a avaliação do Desenvolvimento Neuropsicomotor - DNPM de crianças e indicam o tratamento em caso de alteração. Os marcos estão disponibilizados na Caderneta da Saúde da Criança, que possui versões para o sexo feminino (Caderneta da Saúde da Criança . Menina:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menina_9ed.pdf) e masculino (Caderneta da Saúde da Criança Menino:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menino_9ed.pdf).

10.5 Acompanhamento familiar

Quando necessário, as equipes de Saúde da Família podem solicitar o apoio matricial dos profissionais de saúde mental, por intermédio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou de outros profissionais de saúde mental do município.

Os profissionais do NASF podem auxiliar as equipes de Saúde da Família na atenção integral durante o pré-natal, participando de discussões de casos, momentos de educação



permanente, consultas conjuntas, reunião de grupos e visitas domiciliares, entre outras funções. Podem auxiliar também na identificação, no acolhimento e no atendimento às gestantes que apresentam sofrimento emocional ou mental durante a gestação. As equipes de consultório na rua poderão auxiliar na identificação de gestantes e acionar os outros pontos da rede de atenção à saúde para esse apoio.

Da mesma forma, a família da criança com seqüelas decorrentes da infecção congênita pelo ZikaV deve ser acompanhada por equipe multiprofissional (psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, terapia ocupacional), nos serviços como NASF, CAPS, CRAS e CREAS regionais.

Esse acompanhamento será realizado no município de residência da família ou em um centro de referência regional.

A Unidade de Saúde do município deverá fazer o acompanhamento do recém-nascido e da família. Entende-se que o NASF, não sendo porta aberta, estará como monitoramento das ações de estimulação precoce, quando estes estiverem em seus quadros profissionais afins à assistência necessária para as crianças com microcefalia (anexo 8, município com Nasf).

OBS.: Esse acompanhamento acontecerá nos NASF que dispuserem de serviços de estimulação precoce, nas APAE regionais ou no CREFES.

10.6 Fluxo de atendimento no Estado do Espírito Santo

O 1º atendimento será realizado com pediatra referência do município, capacitado em ZikaV, imediatamente após a alta hospitalar.

O pediatra avaliará se a criança possui todos os exames indicados no protocolo (Organograma 4) e a notificação do caso suspeito, que deveriam ser realizados ainda na maternidade. Caso não tenham sido realizados, os exames deverão ser solicitados e a notificação realizada.

Diagnóstico de infecção por Zika vírus descartado, encaminhar para acompanhamento de puericultura no município de referência (**médico pediatra da UBS**) do território da criança, de acordo com cronograma para atendimento à criança na APS, com as consultas extras necessárias a serem determinadas pelo pediatra assistente



Confirmada a suspeita, o recém-nascido será encaminhado para ambulatório com neuropediatra em serviço de referência (HEINSG). A consulta será agendada via CIEVS/ES após a notificação do caso.

O neuropediatra encaminhará, de acordo com a necessidade, o recém-nascido para avaliação e acompanhamento por outros profissionais, como já citado acima.

11. RESPONSÁVEIS TÉCNICOS DA SESA

1. Gerente de Vigilância em Saúde (GEVS) - (27) 36368274/8281

- Gilsa Aparecida Pimenta Rodrigues - gilsarodrigues@saude.es.gov.br

2. Núcleo Especial de Vigilância Epidemiológica (NEVE) - (27) 36368210

- Célia Márcia Birchler (Chefe) - epidemiologia@saude.es.gov.br
- Roberto da C. Laperriere Junior . robertojunior@saude.es.gov.br
- Tálib Moysés Moussallem . talibmoussallem.sesa@gmail.com
- Theresa Cristina Cardoso . theresacardoso@saude.es.gov.br
- Luana Morati Campos . luanacampos@saude.es.gov.br

3. Núcleo de Normalização (NEN)

- Márcio Ribeiro (Chefe) . marcioribeiro@saude.es.gov.br
- Eliane Silva - Rede Cegonha . redcegonha@saude.es.gov.br
- Edna Vaccare . Saúde da Criança . crianca@saude.es.gov.br
- Rosiane Catharino . Saúde da Criança . crianca@saude.es.gov.br
- Ary Célio Oliveira - Saúde da Mulher . aryoliveira@saude.es.gov.br

4. Atenção Primária em Saúde (APS) - (27) 3345-6113

- Simone Barni . simonebarni@saude.es.gov.br
- Tânia Mara Ribeiro dos Santos . tamararibeiro@saude.es.gov.br

5. Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS/ES) - (27) 36368202



- Gilton Luiz Almada (Coordenador) . giltonalmada@saude.es.gov.br
- Clemilda Soares Marques . clemildamarques@saude.es.gov.br
- Karla Spandl Ardisson . karlaardisson@saude.es.gov.br
- Nubia Carla Araujo Mota Santos- nubiacarla@saude.es.gov.br

6. Gerente de Regulação e Assistência (GERA) - (27) 36368238/8240

- Maria Gorette Casagrande . mariacasagrande@saude.es.gov.br

7. Superintendência Regional de Saúde Metropolitana - (27)3636-2709

- Orlei Amaral Cardoso . orleicardoso@saude.es.gov.br
- Hellen da Rós Soares . hellensoares@saude.es.gov.br
- Ricardo da Silva Ribeiro . rsribeiro77.srsv@gmail.com
- Maria Angélica Callegario . mariaangelicavieira@saude.es.gov.br
- Patricia Dornelas Bassani . patriciabassani@saude.es.gov.br

8. Superintendência Regional de Saúde Sul - (28) 3155-5921

- Marilanes Buquerone Salrti . marilanessalrti@saude.es.gov.br
- Micheline do Nascimento Pitanga . michelinepitanga@saude.es.gov.br
- Edilaine Thouzo . srsci.dengue@saude.es.gov.br
- Luciana Lacorte Cazoto . srsci.dengue@saude.es.gov.br
- Carlos Roberto Rosa- srsv.gabinete@saude.es.gov.br

9. Superintendência Regional de Saúde Central - (27) 37211945

- Júlio César Costa Cazotte- juliocazotte@saude.es.gov.br
- Luciane Régia Pinheiro Cardozo-
- Daliana M. Dagustinho . dalianadagustinho@saude.es.gov.br

10. Superintendência Regional de Saúde Norte - (27) 37679665

- Marllus Cavalcanti . marlluscavalcanti@saude.es.gov.br
- Morena Liberato . morenaliberato@saude.es.gov.br



- Jean Matachon . jeanmatachon@saude.es.gov.br

11.Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN) - (27)36368409

- Anézia Lima Chaves Ribeiro (Chefe) . lagen@saude.es.gov.br
- Sarah Perpétuo de Castro Pires . sarahpires@saude.es.gov.br
- Silvia de Cássia M Correia . lagen.imunologia3@saude.es.gov.br
- Joaquim Batista F. Filho . lagen.isolamentoviral@saude.es.gov.br
- Mariana Azevedo . lagen.isolamentoviral@saude.es.gov.br

12.Laboratório descentralizado Ë VITÓRIA - (27) 33245158

- Maria Izabel Trommer . imunologialcm.semus@gmail.com

13.Laboratório descentralizado Ë C. DE ITAPEMIRIM - (28) 31555396

- Fabiana Rafael Sturiao Ramos . fasturiao@yahoo.com.br
- Andréia Oliveira Miranda . andreaolimi@gmail.com

14.Laboratório descentralizado Ë LINHARES - (27) 33721953

- Fernanda Felício Campos . lab.dengue@gmail.com

15.Laboratório descentralizado Ë COLATINA - (27) 31777141

- FranciellyValani . franciellyv2@gmail.com
- Ivete Maria GobettSelvaticce . simone.sepulchro@gmail.com

16.Laboratório descentralizado Ë BAIXO GUANDÚ - (27) 37321366

- Laysa Mariana M Schwambach . laysammoraes@hotmail.com
- Lúcia Helena Demuner . luciahelenademuner@hotmail.com

17.COUBV Ë Guarapari - (27) 3161-1013

- Antonio Lauro Pereira Faria - coubv@saude.es.gov.br

18.CDDI Ë Cariacica - (27) 3254-4101

- Delton Porfirodelton.pp@hotmail.com



12. BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. . Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. COES Microcefalias. Informe epidemiológico. No 2/ 2015. Semana Epidemiológica 47 (22 - 28/11/2015). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/novembro/30/COES-Microcefalias---Informe-Epidemiol--gico---SE-47---30nov2015.pdf>

Ioos S., Mallet H.-P., Goffart I.L. *et al.* Current ZikaV epidemiology and recent epidemics. *Médecine et maladies infectieuses* 44 (2014) 302. 307

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Padrões de Crescimento da OMS para crianças - circunferência da cabeça por idade. Disponível em:

<http://www.who.int/childgrowth/standards/hc_for_age/en/> Acessado em 06/12/2015

PERNAMBUCO. 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 N° 02. Pernambuco: Secretaria Estadual de Saúde, 2015.42p.

Stefani G.P., Pastorino A.C., Castro A.P.B.M., *et al.* Insect repellents: recommendations for use in children. *Rev Paul Pediatr* 2009;27(1):81-9.

UNIVERSITY OF CALGARY FENTON PRETERM GROWTH CHART. Canadá, 2013. Site: <<http://www.ucalgary.ca/fenton/2013chart>> Acessado em 06/12/2015



ANEXO 1 REPELENTE

O Ministério da Saúde recomenda as gestantes à utilização do repelente tópico. A Gerência Geral de Cosméticos (GGCOS/ Anvisa) faz considerações quanto ao uso de repelentes de insetos durante a gravidez, lembrando que a Resolução vigente RDC N° 19, de 10 de Abril de 2013, estabelece os requisitos técnicos mínimos relativos à segurança, à eficácia e à rotulagem para a concessão de registro de produtos cosméticos repelentes de insetos.

AÇÕES DA ASSISTENCIA PARA DISTRIBUIÇÃO DOS REPELENTE A GESTANTE

Nota técnica 001/2016

OBJETO:

Distribuição de Repelentes para gestante

OBJETIVO:

Agir como coadjuvante na proteção da gestante devido a incidência de casos de infecção pelo vírus Zika impondo a intensificação do cuidado da gestante durante o acompanhamento pré-natal, devido a uma possível associação com os casos atuais de microcefalia em recém-nascidos diagnosticados no país, sendo o modo mais importante de transmissão por meio da picada do mosquito *Aedes aegypti*.

JUSTIFICATIVA:

Contextualização

O vírus Zika é um arbovírus do gênero *Flavivirus* do gênero *Flavivirus*, família *Flaviviridae*. Até o momento, são conhecidas e descritas duas linhagens do vírus: uma Africana e outra Asiática. Esta última é a linhagem identificada no Brasil e estudos publicados 25 de novembro indicam adaptação genética da linhagem asiática

O modo mais importante de transmissão do vírus Zika é por meio da picada do mosquito *Aedes aegypti*, mesmo transmissor da dengue e chikungunya e o principal vetor urbano das três doenças . O *Aedes albopictus* também apresenta potencial de



transmissão do vírus Zika e devido a ampla distribuição, o combate ao vetor se configura a principal arma com a disseminação dessas doenças . Em relação às demais vias de transmissão, a identificação do vírus em líquido amniótico é que tem a maior importância devido ao risco de dano ao embrião.

Em 22 de outubro de 2015, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco notificou e solicitou apoio do Ministério da Saúde para complementar as investigações iniciais de 26 casos de microcefalia recebida de diversos serviços de saúde, nas semanas anteriores à notificação. Por se tratar de evento raro e comparando com o perfil clínico e epidemiológico dessa doença no estado, concluiu-se que se tratava de evento de importância para a saúde pública estadual.

O Ministério da Saúde reconheceu a relação entre o aumento na prevalência de microcefalias no Brasil com a infecção pelo vírus Zika durante a gestação. No dia seguinte, 29 de outubro, mudou a classificação desse evento, no âmbito do RSI, para potencial Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) .

Associação com microcefalia.

O Estado do Espírito Santo também reconhece em seu território estado de emergência em saúde.

A ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES

Durante a gestação é necessário proteger-se de picadas de insetos: evitar horários e lugares com presença de mosquitos; sempre que possível utilizar roupas que protejam o corpo; consultar o médico sobre o uso de repelentes e verificar atentamente no rótulo, a concentração do repelente e definição da frequência do uso para gestantes

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

***Garantir acesso aos métodos contraceptivos**



- *Reforçar o aconselhamento pré-concepcional, para orientação às mulheres que desejam engravidar sobre a atual situação dos casos de microcefalia no país
- *Ampliar a oferta do teste rápido de gravidez para detecção precoce da gravidez e início do acompanhamento pré-natal
- *Orientação quanto às ações de prevenção e controle da Dengue, Chikungunya e Zika
- *Orientar para a proteção contra a picada do mosquito: mosquiteiro, ventilador, roupas compridas, telas de proteção e uso de repelente**
- *O agente comunitário de saúde deverá realizar visitas domiciliares com maior periodicidade, intensificando orientações às mulheres, gestantes e crianças
- * Intensificar a busca ativa de mulheres no início da gestação para que possam iniciar o pré-natal ainda no 1º trimestre
- *Intensificar a busca ativa das gestantes faltantes ao pré-natal

- *Manter a recomendação de que a ultrassonografia obstétrica seja realizada preferencialmente no 1º trimestre
- *Realizar vacinação de rotina das gestantes, conforme o calendário vacinal do Ministério da Saúde
- *Orientar a procurar o serviço de saúde em caso de exantema/rash cutâneo (manchas vermelhas na pele) e febre (notificação)
- *A equipe Saúde da Família deve estar sensibilizada a acolher a gestante com caso suspeito de Zika e suas angústias, dúvidas e medos, com o apoio dos profissionais de saúde mental do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)
- *Investigar e registrar na caderneta ou cartão da gestante, assim como no prontuário da mulher, a ocorrência de infecções, rash cutâneo (manchas), exantema ou febre, orientando-a a procurar o serviço de saúde, caso apresente esses sinais e sintomas



Repelentes

Frente às dúvidas surgidas recentemente sobre o uso de repelentes de insetos de uso tópico em gestantes, considerando a relação que possivelmente há entre o Zika vírus e os casos de microcefalia diagnosticados no país, a Anvisa esclarece: não há, dentro das normas da Agência, qualquer impedimento para a utilização destes produtos por mulheres grávidas, desde que estejam devidamente registrados na Anvisa e que sejam seguidas as instruções de uso descritas no rótulo.

Estudos conduzidos em humanos durante o segundo e o terceiro trimestres de gestação, e em animais durante o primeiro trimestre, indicam que o uso tópico de repelentes à base de n,n-Dietil-meta-toluamida (DEET) por gestantes é seguro.

No entanto, tais produtos não devem ser usados em crianças menores de dois anos. Em crianças entre dois e 12 anos, a concentração deve ser no máximo 10% e a aplicação deve se restringir a três vezes por dia. Concentrações superiores a 10% são permitidas para maiores de 12 anos.

Uso de repelentes durante a gravidez

O Ministério da Saúde recomenda às gestantes a utilização do repelente tópico. A Gerência Geral de Cosméticos (GGCOS/ Anvisa) faz considerações quanto ao uso de repelentes de insetos durante a gravidez, lembrando que a Resolução vigente RDC Nº 19, de 10 de Abril de 2013, estabelece os requisitos técnicos mínimos relativos à segurança, à eficácia e à rotulagem para a concessão de registro de produtos cosméticos repelentes de insetos.

1- Para comprovação de segurança de repelentes de insetos, são exigidos, no mínimo, estudos de irritação cutânea primária e acumulada, de sensibilização cutânea e de fotossensibilização, que devem ser realizados no produto acabado.

2- Como comprovação de eficácia, são apresentados, no registro, estudos de eficácia do produto acabado, efetuados de acordo com as diretrizes da Agência de Proteção



Ambiental dos Estados Unidos da América (EPA), da Organização Mundial de Saúde (OMS) ou outras metodologias validadas e reconhecidas internacionalmente. Entretanto, até a presente data, nenhum outro teste diferente da metodologia EPA foi apresentado.

3- A norma estabelece ainda condições específicas para uso da substância N,N-DIETILMETA-TOLUAMIDA ou N,N-DIETIL-3- METILBENZAMIDA (DEET). Produtos a base de DEET não devem ser usados em crianças menores de dois anos e, em crianças entre dois e 12 anos, a concentração dever ser no máximo 10% e a aplicação deve se restringir a três por dia. Concentrações superiores a 10% são permitidas para maiores de 12 anos. Apesar da RDC Nº 19/2013 contemplar critérios de uso apenas para o DEET, outros ativos repelentes podem ser utilizados. Estes ingredientes são reconhecidamente seguros para uso em produtos cosméticos conforme compêndios de ingredientes cosméticos internacionais.

4- Além do DEET, no Brasil, são utilizadas em cosméticos as substâncias repelentes Hydroxyethyl isobutyl piperidine carboxylate (Icaridin ou Picaridin) e Ethyl butylacetylaminopropionate (EBAAP ou IR3535), além de óleos essenciais como Citronela, Andiroba e outros. Entretanto, um número restrito de repelentes registrados apresenta óleos naturais em sua formulação.

5- A norma vigente não contempla nenhuma recomendação ou restrição de uso em gestantes.

6- Estudos, disponíveis na literatura, conduzidos em humanos durante o segundo e o terceiro trimestre de gestação e em animais durante o primeiro trimestre, indicam que o uso tópico de repelentes à base de DEET por gestantes não apresenta riscos.

7- A literatura consultada também atesta a segurança de uso de repelentes à base de Ethyl butylacetylaminopropionate (EBAAP ou IR3535) em gestantes.

8- Nos Estados Unidos, os produtos repelentes são regularizados pela EPA (United States Environmental Protection Agency). As seguintes substâncias foram avaliadas nos produtos regularizados pela EPA: Catnip oil, Óleo de citronela; DEET; IR 3535 (3-[N-Butyl-Nacetyl]-



aminopropionic acid, ethyl ester); Picaridin; p-Menthane-3,8-diol e 2- undecanone ou methyl nonyl ketone. Portanto, os ativos utilizados no Brasil estão contidos dentre os utilizados nos Estados Unidos.

9- O CDC (Centers for Disease Control e Prevention), também nos Estados Unidos, considera e recomenda o uso de produtos repelentes por gestantes uma vez que a EPA não estabelece - Página 2 de 2 - nenhuma restrição nesse sentido. Entretanto, destaca que as recomendações de uso da rotulagem devem ser consideradas, além de promover orientações adicionais conforme material de divulgação consultado.

10- Diante do exposto, concluímos que produtos repelentes podem ser utilizados por gestantes considerando a possível relação entre o Zika vírus e os casos de microcefalia diagnosticados no país.

Justificativa para uso repelentes durante a gestação

1-Produtos repelentes podem ser utilizados por gestantes (conforme referido no texto)

2- A possível relação entre o Zika vírus e os casos de microcefalia diagnosticados no país sendo o modo mais importante de transmissão do vírus Zika é por meio da picada do mosquito *Aedes aegypti*.

3-A projeção de infecções pelo vírus Zika em estados com confirmação laboratorial para 2015 em que estima-se no Espírito Santo a variação limite mínimo em 6.481 e limite máximo 34.190

4- Durante a gestação é necessário proteger-se de picadas de insetos: evitar horários e lugares com presença de mosquitos; sempre que possível utilizar roupas que protejam o corpo; consultar o médico sobre o uso de repelentes e verificar atentamente no rótulo, a concentração do repelente e definição da frequência do uso para gestantes

DISTRIBUIÇÃO DOS REPELENTES:



1 Ë OS REPELENTES SERÃO ENTREGUES AS SUPERINTENDENCIAS REGIONAIS DE SAÚDE, AOS REPRESENTANTES REGIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E OU REDE MATERNO INFANTIL, EM PACOTES POR MUNICÍPIO CONFORME NUMERO DE GESTANTES PROGRAMADA/ANO DESCRITO A SEGUIR:

Região/Município	2014	Total	ESTIMATIVA MENSAL
000001 1 - NORTE			
320016 Água Doce do Norte	132	132	11
320090 Barra de São Francisco	627	627	52
320100 Boa Esperança	198	198	17
320160 Conceição da Barra	412	412	34
320210 Ecoporanga	323	323	27
320305 Jaguaré	518	518	43
320350 Montanha	276	276	23
320360 Mucurici	94	94	8
320390 Nova Venécia	674	674	56
320405 Pedro Canário	387	387	32
320410 Pinheiros	367	367	31
320425 Ponto Belo	88	88	7
320490 São Mateus	1.836	1.836	153
320515 Vila Pavão	114	114	10
000002 2 - CENTRAL			
320013 Águia Branca	127	127	11
320035 Alto Rio Novo	102	102	9



320060 Aracruz	1.524	1.524	127
320080 Baixo Guandu	399	399	33
320150 Colatina	1.533	1.533	128
320225 Governador Lindenberg	113	113	9
320250 Ibiraçu	163	163	14
320313 João Neiva	207	207	17
320320 Linhares	2.667	2.667	222
320330 Mantenópolis	170	170	14
320335 Marilândia	114	114	10
320400 Pancas	222	222	19
320435 Rio Bananal	245	245	20
320465 São Domingos do Norte	91	91	8
320470 São Gabriel da Palha	454	454	38
320495 São Roque do Canaã	97	97	8
320501 Sooretama	455	455	38
320517 Vila Valério	152	152	13
000003 3 - METROPOLITANA			
320010 Afonso Cláudio	382	382	32
320115 Brejetuba	172	172	14
320130 Cariacica	6.339	6.339	528
320170 Conceição do Castelo	179	179	15



320190 Domingos Martins	474	474	40
320220 Fundão	241	241	20
320240 Guarapari	1.759	1.759	147
320245 Ibatiba	342	342	29
320270 Itaguaçu	152	152	13
320290 Itarana	101	101	8
320316 Laranja da Terra	95	95	8
320334 Marechal Floriano	249	249	21
320450 Santa Leopoldina	127	127	11
320455 Santa Maria de Jetibá	545	545	45
320460 Santa Teresa	284	284	24
320500 Serra	8.250	8.250	688
320506 Venda Nova do Imigrante	335	335	28
320510 Viana	1.128	1.128	94
320520 Vila Velha	6.462	6.462	539
320530 Vitória	4.804	4.804	400
000004 4 - SUL			
320020 Alegre	418	418	35
320030 Alfredo Chaves	125	125	10
320040 Anchieta	453	453	38
320050 Apiacá	99	99	8



320070 Atilio Vivacqua	165	165	14
320110 Bom Jesus do Norte	116	116	10
320120 Cachoeiro de Itapemirim	2.919	2.919	243
320140 Castelo	470	470	39
320180 Divino de São Lourenço	58	58	5
320200 Dores do Rio Preto	64	64	5
320230 Guaçuí	454	454	38
320255 Ibitirama	144	144	12
320260 Iconha	142	142	12
320265 Irupi	165	165	14
320280 Itapemirim	562	562	47
320300 Iúna	381	381	32
320310 Jerônimo Monteiro	126	126	11
320332 Marataizes	556	556	46
320340 Mimoso do Sul	302	302	25
320370 Muniz Freire	248	248	21
320380 Muqui	196	196	16
320420 Piúma	326	326	27
320430 Presidente Kennedy	142	142	12
320440 Rio Novo do Sul	151	151	13
320480 São José do Calçado	157	157	13



320503 Vargem Alta	265	265	22
TOTAL DE REPELENTES		56.505	4.709

Fonte: SINASC 2014.

2 É AS REGIONAIS E MUNICÍPIOS RECEBERÃO AS REMESSAS DO PRODUTO DE ACORDO COM O CRONOGRAMA A SER DEFINIDO PELA SESA.

3 É PARA ESTABELECEMOS A BASE DE CÁLCULO DO QUANTITATIVO ESTIMATIVO POR MUNICÍPIO/Nº DE GESTANTE ANO FOI UTILIZADO O SISTEMA DE INFORMAÇÃO SINASC/2014.

4 É A DISTRIBUIÇÃO DOS REPELENTES AOS MUNICÍPIOS SE DARÁ ATRAVÉS DAS SUPERINTENDÊNCIAS REGIONAIS DE SAÚDE OBEDECENDO A LOGÍSTICA DE RETIRADA PELO MUNICÍPIO.

5 É NO ATO DO RECEBIMENTO O RESPONSÁVEL DO MUNICÍPIO ASSINARÁ RECIBO DE ENTREGA E CONJUNTAMENTE SERÁ ENCAMINHADO MODELO DE PLANILHA OBJETIVANDO O MONITORAMENTO DA DISPENSAÇÃO DE REPELENTES AS GESTANTES (RECOMENDAMOS AOS MUNICÍPIOS DISPONIBILIZAREM COPIA PARA AS UNIDADES DE REFERÊNCIA À ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL PARA MONITORAMENTO DA DISTRIBUIÇÃO). (formulário em Anexo)

6 É AINDA DURANTE O ATO DE RECEBIMENTO OS MUNICÍPIOS RECEBERÃO UM FORMULÁRIO PARA O CONSOLIDADO A FIM DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DO RECEBIMENTO. (formulário em Anexo). OS FORMULÁRIOS DEVERÃO SER ENCAMINHADOS MENSALMENTE ÀS SUPERINTENDÊNCIAS REGIONAIS DE SAÚDE E ENTREGUES AOS REPRESENTANTES REGIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E OU REDE MATERNO INFANTIL QUE ESTARÃO CONSOLIDANDO E REPASSANDO A INFORMAÇÃO À EQUIPE DA REDE ESTADUAL MATERNO INFANTIL.

8 É OS MUNICÍPIOS DISTRIBUIRÃO SUAS COTAS ÀS UNIDADES BÁSICAS QUE REALIZAM A ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL E É IMPRESCINDÍVEL QUE REALIZEM A BUSCA ATIVA E ACOMPANHAMENTO SISTEMÁTICO DAS GESTANTES.

9 É RECOMENDAMOS SEREM DISTRIBUÍDOS 01 (UM) FRASCO PARA CADA GESTANTE MÊS, E ESSA AÇÃO DEVERÁ SER REGISTRADA EM PRONTUÁRIO E CADERNETA DA GESTANTE. EM CASOS EXCEPCIONAIS, PODERÁ SER DISPONIBILIZADO UM QUANTITATIVO A MAIOR PARA GESTANTE DESDE QUE DEVIDAMENTE JUSTIFICADO PELO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELO PRÉ-NATAL.

10 - AS REGIONAIS REALIZARÃO AS ENTREGAS POSTERIORES A PARTIR DO RECEBIMENTO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS DOS MUNICÍPIOS CONFORME CALENDÁRIO PRE-ESTABELECIDO PELA SESA.



ANEXO 2.1

LACEN É LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA LABORATÓRIO DE VIROLOGIA

Procedimentos para Coleta, Conservação e Transporte de Amostras de Gestantes e Recém Natos com Microcefalia

Método Diagnóstico	Amostras Procedimento de Coleta	Quantidade (volume)	Acondicionamento e Conservação	Transporte
Sorologia	<p>Soro</p> <p>Coletar assepticamente em tubo plástico estéril, sem anticoagulante, 10 ml de sangue da mãe e 2 a 5 ml no caso do Recém-Nascido</p> <p>Aguardar sua coagulação, centrifugar a 3.000rpm por 10 minutos</p>	<p><u>Mãe</u> 2 a 3 ml</p> <p><u>Para o RN</u> 1 a 2 ml</p>	<p>Separar o soro em tubo plástico estéril, hermeticamente fechado e identificado com nome do paciente, data da coleta e tipo de amostra</p> <p>Conservar em Freezer -20°C até o momento do envio ao LACEN</p>	Em caixa isotérmica com gelo reciclável
	<p>Soro obtido a partir do sangue do cordão umbilical</p> <p>Coletar 3 ml sangue, sem anticoagulante, no momento do nascimento</p> <p>Aguardar sua coagulação, centrifugar a 3.000rpm por 10 minutos</p>	1 a 2 ml	<p>Separar o soro em tubo plástico estéril, hermeticamente fechado e identificado com nome do paciente, data da coleta e tipo de amostra</p> <p>Conservar em Freezer -20°C até o momento do envio ao LACEN</p>	Em caixa isotérmica com gelo reciclável



	<p>Líquor</p> <p>Coletar amostra do recém-nascido no momento do nascimento</p>	1 ml	<p>Acondicionar o líquido em tubo plástico estéril, hermeticamente fechado e identificado com nome do paciente, data da coleta e tipo de amostra</p> <p>Conservar em Freezer -20°C até o momento do envio ao LACEN</p>	Em caixa isotérmica com gelo reciclável
Biologia Molecular RT-PCR	<p>Sangue / Soro</p> <p>Coletar assepticamente em tubo plástico estéril, sem anticoagulante, 10 ml de sangue da mãe e 2 a 5 ml no caso do recém-nascido</p>	<p><u>Mãe</u> 2 a 3 ml</p> <p><u>Para o RN</u> 1 a 2 ml</p>	<p>Acondicionar o sangue/soro em tubo plástico estéril, hermeticamente fechado e identificado com nome do paciente, data da coleta e tipo de amostra</p> <p>Conservar em Freezer -70°C até o momento do envio ao LACEN</p>	<p>Nitrogênio líquido ou gelo seco até 24h após a coleta ou em caixa isotérmica com Gelo reciclável (transportar imediatamente) até no máximo 6h após a coleta</p>
	<p>Líquor</p> <p>Coletar amostra do recém-nascido no momento do nascimento</p>	1 ml	<p>Acondicionar o líquido em tubo plástico estéril, hermeticamente fechado e identificado com nome do paciente, data da coleta e tipo de amostra</p> <p>Conservar em Freezer -70°C até o momento do envio ao LACEN</p>	<p>Nitrogênio líquido ou gelo seco até 24h após a coleta ou em caixa isotérmica com Gelo reciclável (transportar imediatamente) até no máximo 6h após a coleta</p>
	<p>Sangue Cordão Umbilical</p> <p>Coletar o sangue, sem anticoagulante, no momento do nascimento</p>	3 ml	<p>Acondicionar o sangue em tubo plástico estéril, hermeticamente fechado e identificado com nome do paciente, data da coleta e tipo de amostra</p> <p>Conservar em Freezer -70°C até o momento do envio ao LACEN</p>	<p>Nitrogênio líquido ou gelo seco até 24h após a coleta. ou em caixa isotérmica com Gelo reciclável (transportar imediatamente) até no máximo 6h após a coleta</p>



	<p>Urina (apenas para gestante com exantema, até oito dias após o início dos sintomas)</p>	10 ml	<p>Acondicionar em recipiente plástico estéril, com tampa de rosca e boa vedação. Rotular com nome do paciente, data da coleta e tipo de amostra.</p> <p>Conservar em Freezer -70°C até o momento do envio ao LACEN</p>	<p>Nitrogênio líquido ou gelo seco até 24h após a coleta ou em caixa isotérmica com Gelo reciclável (transportar imediatamente) até no máximo 6h após a coleta</p>
	<p>Placenta Coletar no momento do nascimento</p>	Três fragmentos da placenta (1cm ³ cada)	<p>Acondicionar em recipiente plástico estéril, com tampa de rosca. Rotular com nome do paciente, data da coleta e tipo de amostra.</p> <p>Conservar em Freezer -70°C até o momento do envio ao LACEN</p>	<p>Nitrogênio líquido ou gelo seco até 24h após a coleta. ou em caixa isotérmica com Gelo reciclável (transportar imediatamente) até no máximo 6h após a coleta</p>



ANEXO 2.2
LACEN É LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA
LABORATÓRIO DE VIROLOGIA

	GESTANTE SEM EXANTEMA COM FETO MICROCEFÁLICO	GESTANTE COM EXANTEMA COM OU SEM FETO MICROCEFÁLICO	RECÉM-NASCIDO COM MICROFEFALIA
SOROLOGIA			
Amostra (volume)	Soro (2 a 3 ml)	Soro (2 a 3 ml)	Soro (1 a 2 ml) Líquor (1 ml)
Número e Período de coleta	Duas coletas 1ª coleta: Momento da confirmação da microcefalia do feto 2ª coleta: três a quatro semanas após a 1ª coleta	Duas coletas 1ª coleta: três a cinco dias após o início dos sintomas 2ª coleta: três a quatro semanas após a 1ª coleta	Uma coleta Momento do nascimento
BIOLOGIA MOLECULAR			
Amostra (volume)	Soro (2 a 3 ml)	Soro (2 a 3 ml) Urina (10 ml)	Soro (1 a 2 ml) Sangue cordão umbilical (3 ml) Líquor (1ml) Placenta (fragmentos de 1 cm ³)
Número e Período de coleta	Uma coleta Momento da confirmação da microcefalia do feto	Soro: até cinco dias após os sintomas Urina: até 8 dias após os sintomas	Uma coleta Momento do nascimento

Observações:

- Toda amostra deverá ser enviada previamente cadastrada no GAL . Gerenciador de Ambiente Laboratorial, devidamente identificada e acompanhada da Ficha de Investigação Epidemiológica, adequadamente preenchida, que servirá de orientação



quanto aos exames indicados. Sempre que possível, anexar resultados de outros exames laboratoriais;

- Lembrar que coleta, acondicionamento e transporte adequados das amostras são fundamentais para o êxito dos procedimentos laboratoriais.



ANEXO 2.3

LACEN É LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA LABORATÓRIO DE VIROLOGIA

Procedimentos para Coleta, Conservação e Transporte de Amostras para investigação laboratorial de Natimorto suspeito de Microcefalia

Método Diagnóstico	Amostra Procedimento de Coleta	Quantidade	Conservação	Transporte
Biologia Molecular RT-PCR	Coletar fragmentos de cérebro, fígado, coração, pulmão, rim e baço do natimorto	Fragmentos de 1 cm ³ de cada tecido	Acondicionar em recipiente plástico estéril, com tampa de rosca e boa vedação, sem nenhum tipo de conservante. Colocar os fragmentos de cada víscera em recipientes separados. Rotular com o nome do paciente, data da coleta e a identificação da víscera. Conservar em Freezer -70°C até o momento do envio ao LACEN	Nitrogênio líquido ou gelo seco até 24h após a coleta ou em caixa isotérmica com Gelo reciclável (transportar imediatamente) até no máximo 6h após a coleta
Histopatológico Imunohistoquímica	Coletar fragmentos de cérebro, fígado, coração, pulmão, rim e baço do natimorto	Fragmentos de 1 cm ³ de cada tecido	Acondicionar em recipiente plástico estéril, com tampa de rosca e boa vedação, contendo formalina tamponada 10% Conservar em temperatura ambiente até o momento do envio ao LACEN	Transportar em temperatura ambiente em caixa de transporte de amostra biológica SEM GELO

Observações:

- Toda amostra deverá ser enviada previamente cadastrada no GAL . Gerenciador de Ambiente Laboratorial, devidamente identificada e acompanhada da Ficha de Investigação Epidemiológica, adequadamente preenchida, inclusive com história clínico - epidemiológica do paciente;
- Lembrar que a coleta, acondicionamento e transporte adequados das amostras são fundamentais para o êxito dos procedimentos laboratoriais.



ANEXO 3



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo
SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÕES
SINAN

FICHA DE NOTIFICAÇÃO
ZIKA

Nº

CASO SUSPEITO: paciente com exantema maculopapular pruriginoso acompanhado de pelo menos **DOIS** dos seguintes sinais ou sintomas: febre baixa, hiperemia conjuntival (olhos vermelhos) sem secreção e sem coceira, artralgia (dores em articulações), dores musculares e edema periarticular.

Dados Gerais

1. Tipo de Notificação: 2 – individual 2. Agravado/doença: ZIKA 3. Data da notificação: ___/___/___
4. UF: ES 5. Município de Notificação: 6. Unidade de Saúde: Código (CID10): A928
7. DIS: ___/___/___ Código (IBGE): 320530
Código:

Notificação Individual

8. Nome do paciente: 9. Data de nascimento: ___/___/___
10. Idade: 11. Sexo: 12. Gestante: 13. Raça/Cor: 14. Escolaridade:
15. Cartão SUS: 16. Nome da Mãe:

Dados de residência

17. UF: 18. Município: Cód (IBGE): 19. Distrito: 20. Bairro:
21. Logradouro: 22. Número: 23. Complemento: 24. Geo campo 1:
Geo campo 2: 25. Ponto de Referência: 27. CEP:
28. Telefone/Celular: (___) _____ - _____ / (___) _____ - _____ 29. Zona: 1- Urbana 30. País:

Investigação/Conclusão

31. Data da investigação: ___/___/___ 32. Ocupação: 33. Exantema maculopapular pruriginoso – Data:
34. Sinais e Sintomas:

Dados Laboratoriais

Isolamento Viral:
35. Data da Coleta: ___/___/___ 36. Resultado: ___ 1- Reagente 2- Não Reagente 3- Inconclusivo 4- Não Realizável
RT-PCR
37. Data da Coleta: ___/___/___ 38. Resultado: ___ 1- Reagente 2- Não Reagente 3- Inconclusivo 4- Não Realizável

Local Provável de infecção (no período de 15 dias)

39. O caso é autóctone do município de residência? ___ 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado 40. UF: 41. País:
42. Município: IBGE: 43. Distrito:
44. Bairro: 45. Doença Relacionada ao Trabalho: ___ 1-Sim 2-Não
46. Evolução do Caso: ___ 1-Cura 2-Óbito por dengue 3-Óbito por outras causas 4-Óbito em investigação 9-Ignorado
47. Data do óbito: ___/___/___ 48. Data do Encerramento: ___/___/___

Hospitalização

49. Ocorreu Hospitalização? ___ 1-Sim 2-Não 9- Ignorado 50. Data da investigação: ___/___/___ 51. UF: ___
52. Município do hospital: Código (IBGE): 53. Nome do Hospital:
Código: 54. Telefone: (___) _____ - _____

Informações complementares e observações

Observações:

Investigador

Município/Unidade de Saúde: Cód Unid. de Saúde:
Nome:
Função:

Assinatura: _____



SINAN

República Federativa do Brasil SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
Ministério da Saúde FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE

Nº

CASO SUSPEITO: pessoa que viva ou tenha viajado nos últimos 14 dias para área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha presença de *Ae. aegypti* que apresenta febre, usualmente entre 2 e 7 dias, e apresente duas ou mais das seguintes manifestações: náuseas, vômitos, exantema, mialgias, artralgia, cefaléia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravado/doença DENGUE		Código (CID10) A 90		3 Data da Notificação		
	4 UF	5 Município de Notificação			Código (IBGE)				
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código		7 Data dos Primeiros Sintomas		
	8 Nome do Paciente							9 Data de Nascimento	
Notificação Individual	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado		12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5- Não 6- Não se aplica 9- Ignorado		13 Raça/Cor 1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9- Ignorado		
	14 Escolaridade 0- Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica								
	15 Número do Cartão SUS				16 Nome da mãe				
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência		Código (IBGE)		19 Distrito			
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)			Código			
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1				
	25 Geo campo 2			26 Ponto de Referência		27 CEP			
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)				
	Dados laboratoriais e conclusão								
	Dados laboratoriais	31 Data da Investigação		32 Ocupação					
33 Data da Coleta		34 Resultado 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado		35 Data da Coleta		36 Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado			
37 Data da coleta		38 Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado		39 Data da Coleta		40 Resultado 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado			
41 Sorotipo 1 - DEN 1 2- DEN 2 3- DEN 3 4- DEN 4		42 Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado		43 Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado					
44 Classificação 5- Descartado 11- Dengue com sinais de alarme 10- Dengue 12- Dengue Grave				45 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratório 3 - Em Investigação 2 - Clínico-Epidemiológico					
Local Provável de Infecção (no período de 15 dias)									
Conclusão	46 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado							47 UF	48 País
	49 Município		Código (IBGE)		50 Distrito		51 Bairro		
	52 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				53 Evolução do Caso 1-Cura 2- Óbito por dengue 3- Óbito por outras causas 4- Óbito em investigação 9- Ignorado				
	54 Data do Óbito		55 Data do Encerramento						

Dengue

Sinan Online

SVS 11/12/2013



ANEXO 4

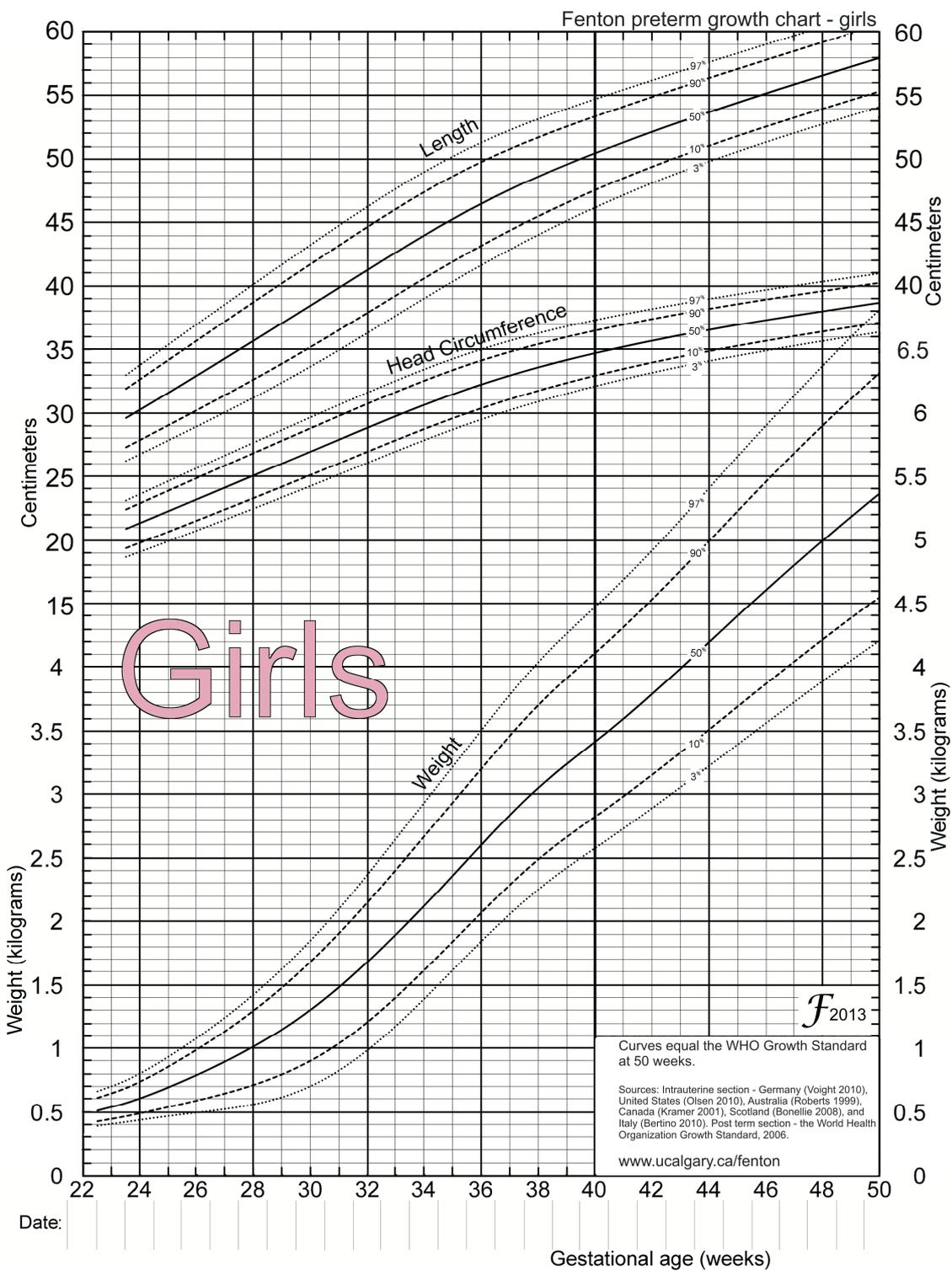
AMBULATÓRIOS DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA A GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

REGIÕES DE SAÚDE	MUNICÍPIO	SERVIÇO DE REFERENCIA AMBULATORIAL ALTO RISCO
Norte	Água Doce do Norte Barra de São Francisco Boa Esperança Conceição da Barra Ecoporanga Jaguaré Montanha Mucurici Nova Venécia Pedro Canário Pinheiros Ponto Belo São Mateus Vila Pavão	Maternidade São José
Central	Águia Branca Alto Rio Novo Aracruz Baixo Guandu Colatina Governador Lindemberg Ibiraçu João Neiva Linhares Marilândia Mantenópolis Pancas Rio Bananal São Domingos do Norte São Gabriel da Palha São Roque do Canaã Sooretama Vila Valério	Hospital São José



Metropolitana	Afonso Cláudio Brejetuba Cariacica Conceição do Castelo Domingos Martins Fundão Ibatiba Itaguaçu Itarana Laranja da Terra Marechal Floriano Santa Leopoldina Santa Maria de Jetibá Santa Teresa Serra Venda Nova do Imigrante Viana	Santa Casa de Misericórdia de Vitória
	Guarapari Vila Velha	HIMABA
	Vitória	HUCAM
Sul	Alegre Alfredo Chaves Anchieta Apiacá Atílio Vivacqua Bom Jesus do Norte Cachoeiro de Itapemerim Castelo Divino de São Lourenço Dores do Rio Preto Guaçu Ibitirana Iconha Irupi Itapemerim Lúna Jerônimo Monteiro Marataízes Mimoso do Sul Muniz Freire Muqui Piúma Presidente Kennedy Rio Novo do Sul São José do Calçado Vargem Alta	SRSCI

AS MATERNIDADES DE REFERENCIA PARA RISCO HABITUAL E GESTAÇÃO DE ALTO RISCO PERMANECEM AS MESMAS CONFORME JÁ ACORDADO NA REDE CEGONHA.



ANEXO 5.1 GRÁFICO PARA ACOMPANHAMENTO DE PERÍMETRO CEFÁLICO

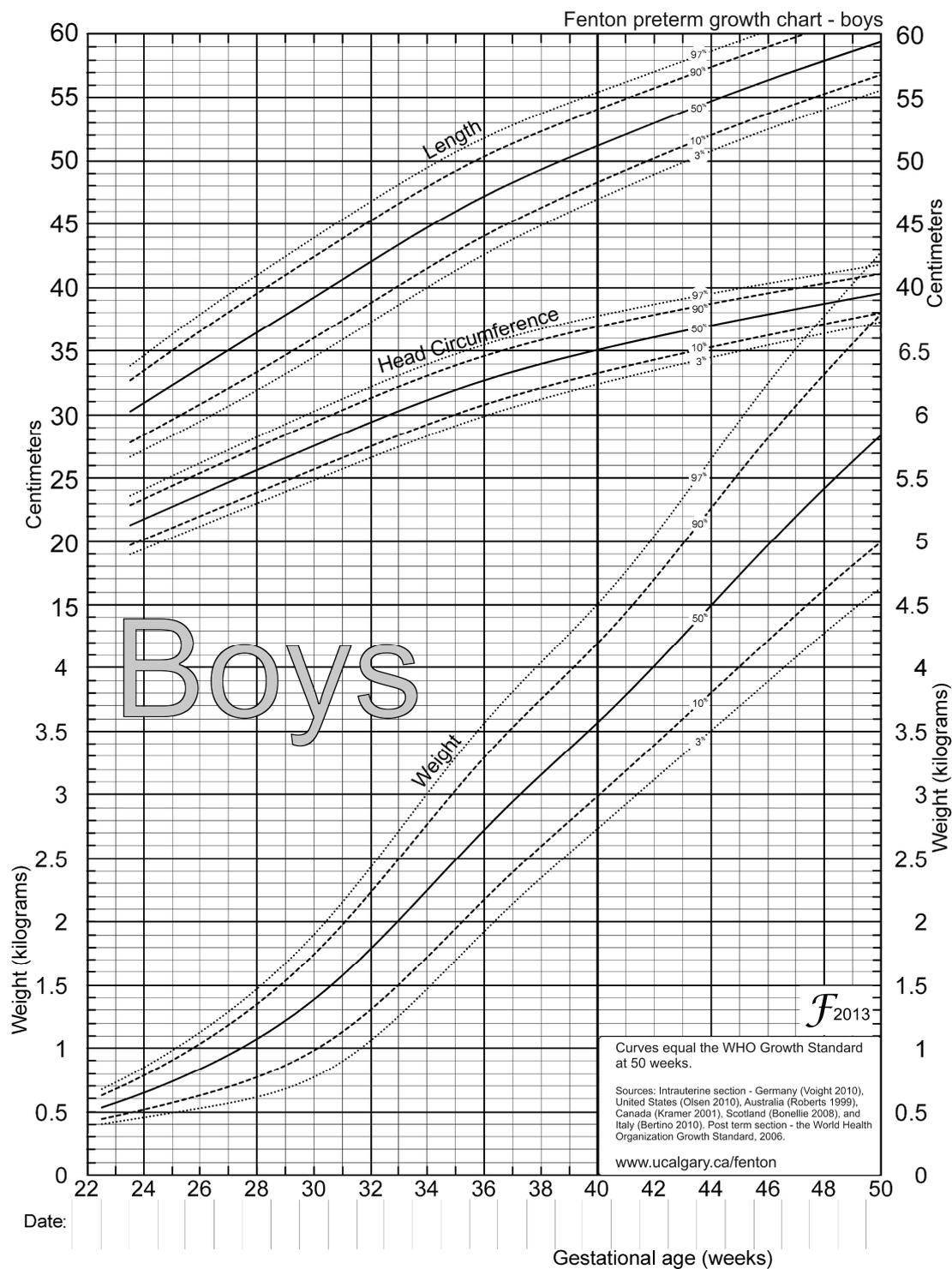


M NASCIDO PRÉ-TERMO - MENINAS (CURVA DE FENTON)

<http://www.ucalgary.ca/fenton/2013chart>
ANEXO 5.2



GRÁFICO PARA ACOMPANHAMENTO DE PERÍMETRO CEFÁLICO PARA O RECÊM NASCIDO PRÉ-TERMO - MENINOS (CURVA DE FENTON)

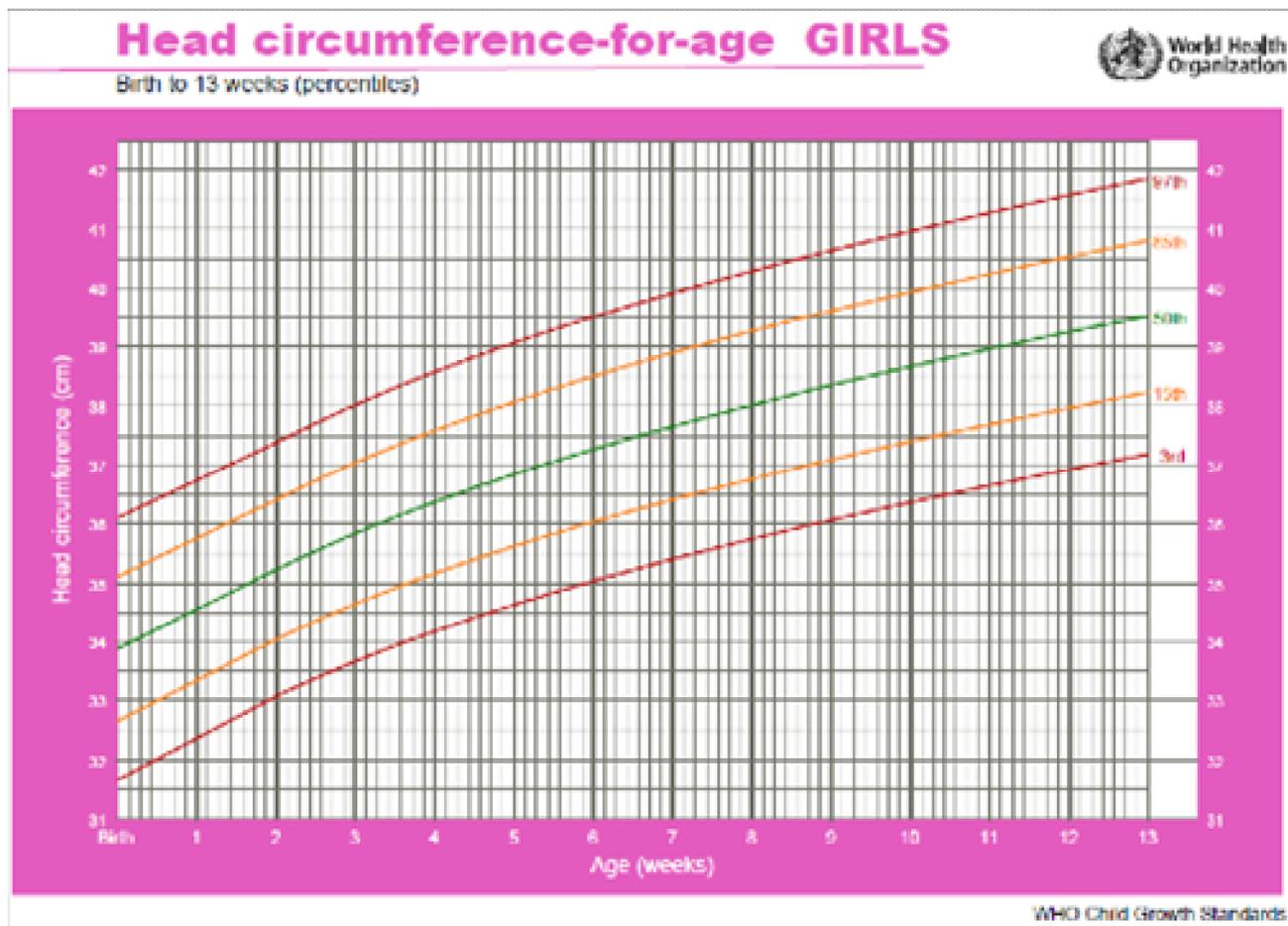


<http://www.ucalgary.ca/fenton/2013chart>

ANEXO 5.3



GRÁFICO PARA ACOMPANHAMENTO DE PERÍMETRO CEFÁLICO PARA O RECÉM NASCIDO TERMO - MENINAS (OMS)



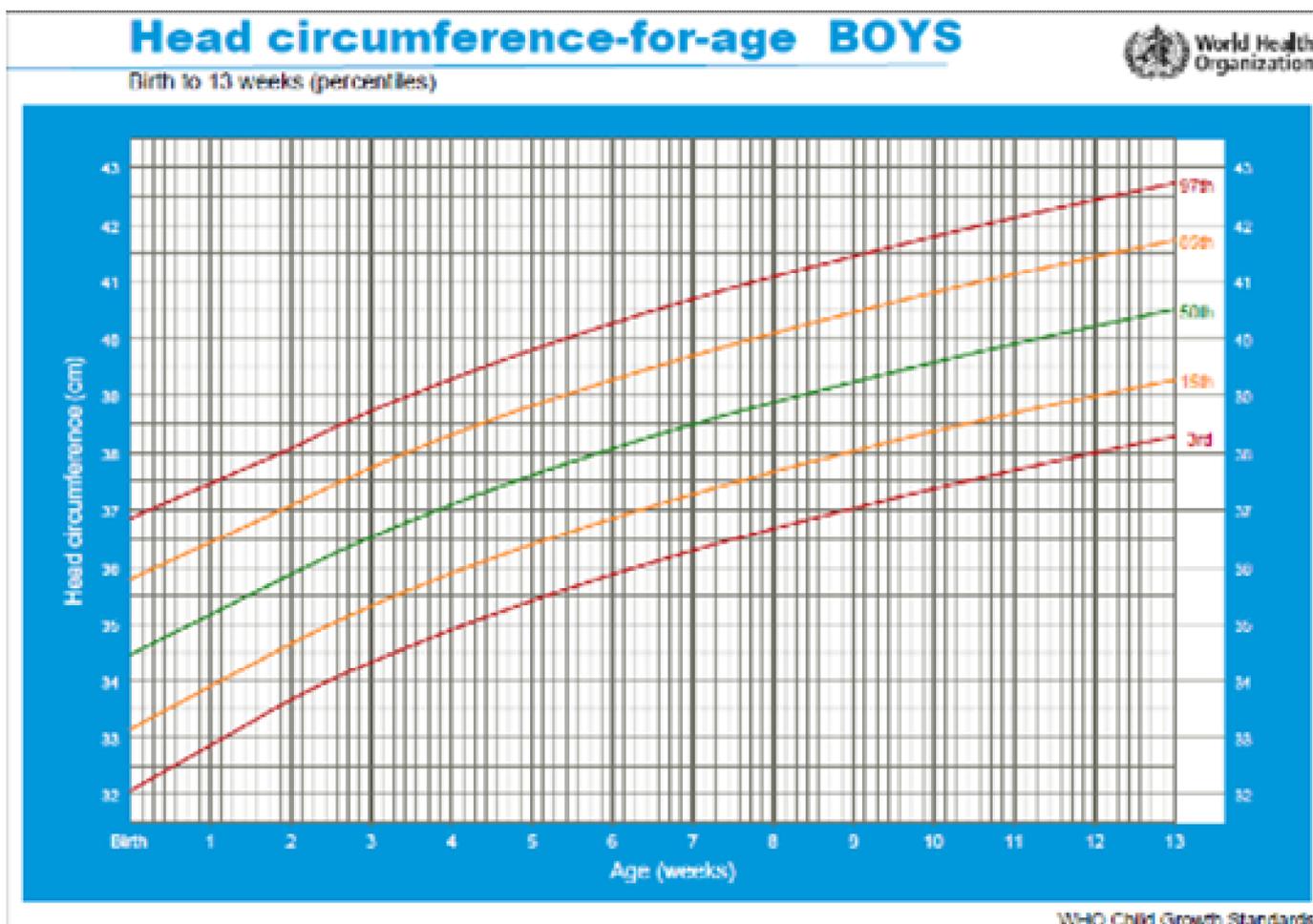
Fonte:

http://www.who.int/childgrowth/standards/second_set/cht_hcfa_girls_p_0_13pdf?ua=1
http://www.who.int/childgrowth/standards/hc_for_age/en/



ANEXO 5.4

GRÁFICO PARA ACOMPANHAMENTO DE PERÍMETRO CEFÁLICO PARA O RECÉM NASCIDO TERMO - MENINOS (OMS)



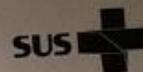
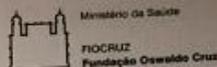
Fonte:

http://www.who.int/childgrowth/standards/second_set/cht_hcfa_boys_p_0_13.pdf?ua=1

http://www.who.int/childgrowth/standards/hc_for_age/en/



ANEXO 6



COMUNICADO

À luz dos conhecimentos científicos atuais, não dispomos de evidências para alterar as condutas assistenciais e técnicas no que concerne ao aleitamento materno e aos Bancos de Leite Humano frente ao cenário epidemiológico do Vírus Zika.

Rio de Janeiro, 2 de dezembro de 2015.

Dr. Carlos Mauricio de Paulo Maciel

Diretor do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente
Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz)

Dr. João Aprígio Guerra de Almeida

Coordenador da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano e Secretário Executivo da
Rede Global de Bancos de Leite Humano (IFF/Fiocruz)

Av. Rui Barbosa, 716 – Flamengo - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22250-020
Tel.: (0xx21) 2554-1700 – Fax.: (0xx21) 2553-8094
<http://www.iff.fiocruz.br>



ANEXO 7

Questionário de investigação para microcefalia

Dados do Serviço de Saúde

Tipo: Hospital público Hospital particular Hospital filantrópico Domicílio Outros.
Se outros, especificar: _____

Identificação do serviço de saúde: _____

Município de ocorrência: _____

Prontuário: _____

Dados do recém-nascido

Informações gerais

Data da ocorrência do parto: ___ / ___ / _____

Sexo: Masculino Feminino Indeterminado

Idade gestacional: _____ semanas ____ dias

Classificação quanto à idade gestacional: Pré-termo Termo Pós-termo

Gemelar: Sim Não. Se sim, especificar: 1º Gemelar 2º Gemelar 3º Gemelar

Tipo de parto: Normal (Vaginal) Fórceps Cesáreo

Ocorreu dano perinatal? Sim Não - Se sim, qual: Anóxico Isquêmico hemorrágico
 traumático outros, especificar: _____

Exame físico ao nascer

Peso (g):	Estatura (cm):	Perímetro cefálico (cm):	Perímetro torácico (cm):
Índice de Apgar:	1º min:	5º min:	10º min:

Presença de outras malformações: Sim Não

Se sim, especificar:

Aparelho circulatório

Órgãos genitais

Aparelho respiratório

Aparelho osteomuscular

Aparelho digestivo

Descreva a malformação encontrada: _____

Houve outros achados clínicos? Sim Não - Se sim, especificar:

icterícia

choro ao manuseio

anemia

hidropsia

esplenomegalia

rinite muco-sanguinolenta

alterações ósseas

hepatomegalia



- lesões cutâneas
- pseudoparalisia
- petéquias

- plaquetopenia
- convulsões
- outras, especificar: _____



Exames inespecíficos

Hemograma (considerar o primeiro): Sim Não - Data da realização: ___ / ___ / ___

Hb (mg/dl)	Ht (%)	Leucócitos (mm ³)	Bastonetes (%)	Segmentados (%)	Monócitos (%)	Linfócitos (%)	Plaquetas (mm ³)	Glicose (mg/dl)

Punção liquórica: Sim Não - Data da realização: ___ / ___ / ___

Aspecto: Límpido Purulento Hemorrágico Turvo Xantocrômico Outros Ignorado

Exames etiológicos

Atenção! Preencher os resultados conforme a legenda:

[1] Reagente/Positivo [2] Não reagente/Negativo [3] Inconclusivo [4] Não realizado

Agente	Amostra	Data da coleta	IGM	IGG	PCR
Rubéola	Soro do RN				
	Líquor				
	Urina				
Agente	Amostra	Data da coleta	IGM	IGG	PCR
Citomegalovírus	Soro do RN				
	Líquor				
	Urina				
Agente	Amostra	Data da coleta	IGM	IGG	PCR
Herpes vírus	Soro do RN				
	Líquor				
	Urina				
Agente	Amostra	Data da coleta	IGM	IGG	PCR
Parvovírus	Soro do RN				
	Líquor				
	Urina				
Agente	Amostra	Data da coleta	IGM	IGG	PCR
Toxoplasmose	Soro do RN				
	Líquor				
	Urina				
Agente	Amostra	Data da coleta	IGM	IGG	PCR
Sífilis	Soro do RN				
	Líquor				
	Urina				
Agente	Amostra	Data da coleta	IGM	IGG	PCR
HIV	Soro do RN				
Agente	Amostra	Data da coleta	IGM	IGG	PCR
Zika vírus	Soro do RN				
	Líquor				
	Urina				
Agente	Amostra	Data da coleta	IGM	IGG	PCR
Chikungunya	Soro do RN				
	Líquor				
	Urina				
Agente	Amostra	Data da coleta	IGM	IGG	PCR
Dengue	Soro do RN				
	Líquor				



	Urina				
--	-------	--	--	--	--



Exames de imagem

Tomografia craniana: Sim Não Aguardando

Se sim, data da realização: __ / __ / ____

Resultado: Normal calcificações lisencefalia atrofia cerebral ventriculomegalia
 suturas calcificadas outras, especificar: _____

Ressonância magnética craniana: Sim Não Aguardando

Se sim, data da realização: __ / __ / ____

Resultado: Normal calcificações lisencefalia atrofia cerebral ventriculomegalia
 suturas calcificadas outras, especificar: _____

Ultrassom transfontanela: Sim Não Aguardando

Se sim, data da realização: __ / __ / ____

Resultado: Normal calcificações lisencefalia atrofia cerebral ventriculomegalia
 suturas calcificadas outras, especificar: _____

Ultrassom abdominal: Sim Não Aguardando

Se sim, data da realização: __ / __ / ____

Foi encontrada alguma alteração: Sim Não - Se sim, especificar: _____

Ecocardiograma: Sim Não Aguardando

Se sim, data da realização: __ / __ / ____

Foi encontrada alguma alteração: Sim Não - Se sim, especificar: _____

Outros exames realizados

Fundo do olho: Sim Não - Se sim, data da realização: __ / __ / ____

Foi encontrada alguma alteração: Sim Não - Se sim, especificar: _____

Teste da orelhinha: Sim Não - Se sim, data da realização: __ / __ / ____

Foi encontrada alguma alteração: Sim Não - Se sim, especificar: _____

Entrevista com a mãe

Identificação e dados sociodemográficos

Nome: _____

Data de nascimento: __ / __ / ____ **Idade:** ____ anos

Raça/Cor: Branca Preta Amarela Parda Indígena (Etnia: _____)

Ignorado

Escolaridade (considerar o maior nível completo): Sem escolaridade Fundamental I



Fundamental II Médio Superior Ignorado

Estado civil: Solteira Casada Viúva Separada/Divorciada União estável Ignorado

Ocupação: _____

Quantas pessoas moram na sua casa: _____

Qual é a renda familiar mensal: _____ reais

Endereço atual

Estado: _____ **Município:** _____

Logradouro: _____

Número: _____ **Complemento** _____ **Bairro:** _____

Telefones: _____

Ponto de referência: _____

Morou em outro endereço durante a gestação? Sim Não

Se sim:

Estado: _____ **Município:** _____

Logradouro: _____

Número: _____ **Complemento** _____ **Bairro:** _____

Viajou durante a gestação? Sim Não - Se sim:

Data da Ida: ___/___/___ **Data da Volta:** ___/___/___ **País:** _____ **Estado:** _____

Município: _____

Data da Ida: ___/___/___ **Data da Volta:** ___/___/___ **País:** _____ **Estado:** _____

Município: _____

Antecedentes

Há algum grau de parentesco com o seu companheiro? Sim Não

Se sim, qual: _____

Você possui alguma malformação congênita? Sim Não

Se sim, qual (is): _____

Há alguém na sua família, ou na do seu companheiro, que nasceu com microcefalia?

Sim Não

Você fazia uso de algum medicamento de uso contínuo? Sim Não

Se sim, Especificar: _____

Teve diagnóstico de alguma doença pré-existente? Sim Não - Se sim, qual (is):

Diabetes Outras doenças metabólicas Hipertensão arterial sistêmica Cardiopatia crônica

Doença renal crônica Pneumopatias crônicas Hemoglobinopatia Câncer Doença auto-imune Doença neuroléptica Outras, especificar _____



Teve diagnóstico ou recebeu tratamento para alguma doença sexualmente transmissível?

Sim Não

Se sim, qual (is): HIV Sífilis Gonorreia Clamídia Hepatites B e/ou C Herpes simples

Outras, especificar: _____

Histórico obstétrico/ginecológico

Primeira gestação? Sim Não - Se sim, pular para dados da gestação. Se não, continuar:

Quantas vezes você já engravidou (considerar abortos e natimortos)? _____

Quantos filhos nasceram vivos? _____

Quantos filhos nasceram mortos? _____

Já teve algum aborto? Sim Não - Se sim, quantos: _____

Algun destes nasceu com alguma malformação congênita? Sim Não - Se sim, qual (is):

Qual é a data de nascimento do seu último filho? ___ / ___ / ___

Durante a gestação

Teve contato com pesticidas? Sim Não

Se sim, especificar: _____

Teve contato com agrotóxicos? Sim Não

Se sim, especificar: _____

Teve contato com algum produto químico? Sim Não

Se sim, especificar: _____

Realizou algum exame de raio-X? Sim Não - Se sim: 1º trimestre 2º trimestre 3º trimestre

Você fez uso de algum destes medicamentos?

Acido fólico: Sim Não - Se sim, data que iniciou o tratamento: ___ / ___ / ____

Ferro: Sim Não - Se sim, data que iniciou o tratamento: ___ / ___ / ____

Outros: Sim Não Se sim: Quais:

Medicamento 1: _____

Data que iniciou o tratamento: ___ / ___ / ____

Medicamento 2: _____

Data que iniciou o tratamento: ___ / ___ / ____

Medicamento 3: _____

Data que iniciou o tratamento: ___ / ___ / ____

Medicamento 4: _____



Data que iniciou o tratamento: __ / __ / ____



Você teve manchas vermelhas no corpo durante a gestação? Sim Não . Se sim, continuar:

1º. Trimestre []	2º. Trimestre []	3º. Trimestre []
<p>Data do início do exantema: ___ / ___ / ___ Durou por quantos dias? _____ Iniciou aonde? <input type="checkbox"/> Cabeça/pescoço <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Difuso por todo corpo Ela se espalhou? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, para onde? <input type="checkbox"/> Cabeça/pescoço <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Difuso por todo corpo Teve algum dos seguintes sinais e sintomas? <input type="checkbox"/> Febre - se sim, qual temperatura? _____ <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Coriza <input type="checkbox"/> Cefaleia <input type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Artralgia - se sim, quanto tempo? _____ <input type="checkbox"/> Linfadenopatia <input type="checkbox"/> Hiperemia conjuntival <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dor retroorbital <input type="checkbox"/> Outros, especificar: _____ Se teve outros sintomas, o rash surgiu: <input type="checkbox"/> Primeiro <input type="checkbox"/> Logo após <input type="checkbox"/> Dias após os outros sintomas Teve atendimento médico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual hipótese diagnóstica? _____ Tomou remédio? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual? _____</p>	<p>Data do início do exantema: ___ / ___ / ___ Durou por quantos dias? _____ Iniciou aonde? <input type="checkbox"/> Cabeça/pescoço <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Difuso por todo corpo Ela se espalhou? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, para onde? <input type="checkbox"/> Cabeça/pescoço <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Difuso por todo corpo Teve algum dos seguintes sinais e sintomas? <input type="checkbox"/> Febre - se sim, qual temperatura? _____ <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Coriza <input type="checkbox"/> Cefaleia <input type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Artralgia - se sim, quanto tempo? _____ <input type="checkbox"/> Linfadenopatia <input type="checkbox"/> Hiperemia conjuntival <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dor retroorbital <input type="checkbox"/> Outros, especificar: _____ Se teve outros sintomas, o rash surgiu: <input type="checkbox"/> Primeiro <input type="checkbox"/> Logo após <input type="checkbox"/> Dias após os outros sintomas Teve atendimento médico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual hipótese diagnóstica? _____ Tomou remédio? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual? _____</p>	<p>Data do início do exantema: ___ / ___ / ___ Durou por quantos dias? _____ Iniciou aonde? <input type="checkbox"/> Cabeça/pescoço <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Difuso por todo corpo Ela se espalhou? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, para onde? <input type="checkbox"/> Cabeça/pescoço <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Difuso por todo corpo Teve algum dos seguintes sinais e sintomas? <input type="checkbox"/> Febre - se sim, qual temperatura? _____ <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Coriza <input type="checkbox"/> Cefaleia <input type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Artralgia - se sim, quanto tempo? _____ <input type="checkbox"/> Linfadenopatia <input type="checkbox"/> Hiperemia conjuntival <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dor retroorbital <input type="checkbox"/> Outros, especificar: _____ Se teve outros sintomas, o rash surgiu: <input type="checkbox"/> Primeiro <input type="checkbox"/> Logo após <input type="checkbox"/> Dias após os outros sintomas Teve atendimento médico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual hipótese diagnóstica? _____ Tomou remédio? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual? _____</p>



Hábitos durante a gestação

Álcool

Fez uso de bebida alcoólica durante a gestação?

Sim Não -Se não, pular para tabagismo. Se sim, continuar.

Com que frequência você utilizava bebidas alcoólicas por semana?

Uma duas três quatro cinco seis sete ou mais

Quantas doses ou drinks você costumava tomar nesses dias?

Uma duas três ou mais

Com que frequência tomava mais que três doses ou drinks na mesma ocasião?

Nunca mensalmente ou menos Mensalmente Semanalmente Diariamente Ignorada

Tabagismo

Em relação ao cigarro, você diria que:

Nunca fumei

Fumei de 10 a 20 cigarros por dia

Fumei no passado, mas na gestação não

Fumei mais de 20 cigarros por dia

Fumei de menos que 10 cigarros por dia

Não soube responder

Se fumante, há quantos anos fuma diariamente? _____

Se ex-fumante, parou de fumar há quanto tempo? _____ dias semanas meses anos

Drogas ilícitas

Agora nos vamos falar sobre o uso de substâncias estimulantes ou calmantes. Alguma vez você usou:

Maconha - Nunca Nenhuma vez no último ano antes de ficar grávida uma vez por mês pelo menos mais ou menos uma vez por semana todos os dias

Cocaína cheirada - Nunca Nenhuma vez no último ano antes de ficar grávida uma vez por mês pelo menos mais ou menos uma vez por semana todos os dias

Qualquer droga injetável - Nunca Nenhuma vez no último ano antes de ficar grávida uma vez por mês pelo menos mais ou menos uma vez por semana todos os dias

Crack - Nunca Nenhuma vez no último ano antes de ficar grávida uma vez por mês pelo menos mais ou menos uma vez por semana todos os dias

Lança-perfume, loló, cola, éter, solventes, esmalte, tinta, clorofórmio - Nunca Nenhuma vez no último ano antes de ficar grávida uma vez por mês pelo menos mais ou menos uma vez por semana todos os dias

LSD - Nunca Nenhuma vez no último ano antes de ficar grávida uma vez por mês pelo menos mais ou menos uma vez por semana todos os dias

Ecstasy - Nunca Nenhuma vez no último ano antes de ficar grávida uma vez por mês pelo menos mais ou menos uma vez por semana todos os dias

Anfetamina ou remédios para emagrecer - Nunca Nenhuma vez no último ano antes de ficar grávida uma



vez por mês pelo menos [] mais ou menos uma vez por semana [] todos os dias



Dados do pré-natal (cartão da gestante e outros registros)

Realizou pré-natal: Sim Não. Se sim, continuar:

Unidade de saúde que realizou pré-natal: _____

Município de realização do pré-natal: _____

Número de consultas: 1º trimestre: _____ 2º trimestre: _____ 3º trimestre: _____ Total: _____

Data da primeira consulta: ___/___/_____ Idade gestacional no momento da 1ª consulta: _____ semanas

Peso no início da gestação (kg): _____ Peso no final da gestação (kg): _____ Altura (m): _____

Histórico vacinal

Imunobiológico	Tomou vacina?	Nº Doses	Data 1ª Dose	Data 2ª Dose	Data 3ª Dose
Influenza	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
dT	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
DTPa					
Hepatite B	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Tríplice viral	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				

Desenvolveu alguma complicação durante a gestação? Sim Não - Se sim, qual:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Infecção do trato urinário | <input type="checkbox"/> Insuficiência do colo uterino |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Hiperemese gravídica |
| <input type="checkbox"/> Diabetes gestacional | <input type="checkbox"/> Anomalias anatômicas do útero |
| <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial sistêmica gestacional | <input type="checkbox"/> Deslocamento de placenta |
| <input type="checkbox"/> Pré-eclampsia | <input type="checkbox"/> Crescimento intrauterino restrito |
| <input type="checkbox"/> Placenta prévia <input type="checkbox"/> Oligoidrâmnio | <input type="checkbox"/> Incisura |
| <input type="checkbox"/> Polidrâmnio | |
| <input type="checkbox"/> Outras - Especificar _____ | |

Exames de ultrassonografia

Data realização	Idade gestacional	Perímetro cefálico (cm)	Microcefalia	Calcificações	Ventriculomegalia	Outros achados
/ /	Semanas		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
/ /	Semanas		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
/ /	Semanas		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
/ /	Semanas		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
/ /	Semanas		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
/ /	Semanas		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	



Exames realizados



Exame	1º Trimestre			2º trimestre			3º trimestre		
	Realizado	Data	Resultado	Realizado	Data	Resultado	Realizado	Data	Resultado
Hemoglobina	Sim () Não ()	__/__/__	____(d/dL)	Sim () Não ()	__/__/__	____(d/dL)	Sim () Não ()	__/__/__	____(d/dL)
Hematócrito	Sim () Não ()	__/__/__	____(%)	Sim () Não ()	__/__/__	____(%)	Sim () Não ()	__/__/__	____(%)
Glicose	Sim () Não ()	__/__/__	____(mg/dL)	Sim () Não ()	__/__/__	____(mg/dL)	Sim () Não ()	__/__/__	____(mg/dL)
Anti-HIV	Sim () Não ()	__/__/__	() Reagente () Não reagente () Inconclusivo	Sim () Não ()	__/__/__	() Reagente () Não reagente () Inconclusivo	Sim () Não ()	__/__/__	() Reagente () Não reagente () Inconclusivo
Rubéola	Sim () Não ()	__/__/__	() IgM reagente () IgM não reagente () Inconclusivo () IgG reagente () IgG não reagente () Inconclusivo	Sim () Não ()	__/__/__	() IgM reagente () IgM não reagente () Inconclusivo () IgG reagente () IgG não reagente	Sim () Não ()	__/__/__	() IgM reagente () IgM não reagente () Inconclusivo () IgG reagente () IgG não reagente
HBsAg	Sim () Não ()	__/__/__	() Reagente () Não reagente () Inconclusivo	Sim () Não ()	__/__/__	() Reagente () Não reagente () Inconclusivo	Sim () Não ()	__/__/__	() Reagente () Não reagente () Inconclusivo
Anti-HCV	Sim () Não ()	__/__/__	() Reagente () Não reagente () Inconclusivo	Sim () Não ()	__/__/__	() Reagente () Não reagente () Inconclusivo	Sim () Não ()	__/__/__	() Reagente () Não reagente () Inconclusivo
Toxoplasmose	Sim () Não ()	__/__/__	() IgM reagente () IgM não reagente () Inconclusivo () IgG reagente () IgG não reagente () Inconclusivo	Sim () Não ()	__/__/__	() IgM reagente () IgM não reagente () Inconclusivo () IgG reagente () IgG não reagente	Sim () Não ()	__/__/__	() IgM reagente () IgM não reagente () Inconclusivo () IgG reagente () IgG não reagente
Sífilis (VDRL)	Sim () Não ()	__/__/__	() Reagente () Não reagente () Inconclusivo	Sim () Não ()	__/__/__	() Reagente () Não reagente () Inconclusivo	Sim () Não ()	__/__/__	() Reagente () Não reagente () Inconclusivo
Exame	1º Trimestre			2º trimestre			3º trimestre		
	Realizado	Data	Resultado	Realizado	Data	Resultado	Realizado	Data	Resultado



Citomegaloví- rus	Sim () Não ()	___/___/___	() IgM reagente () IgM não reagente () Inconclusivo () IgG reagente () IgG não reagente () Inconclusivo	Sim () Não ()	___/___/___	() IgM reagente () IgM não reagente () Inconclusivo () IgG reagente () IgG não reagente	Sim () Não ()	___/___/___	() IgM reagente () IgM não reagente () Inconclusivo () IgG reagente () IgG não reagente
Herpes simples	Sim () Não ()	___/___/___	() IgM reagente () IgM não reagente () Inconclusivo () IgG reagente () IgG não reagente () Inconclusivo	Sim () Não ()	___/___/___	() IgM reagente () IgM não reagente () Inconclusivo () IgG reagente () IgG não reagente	Sim () Não ()	___/___/___	() IgM reagente () IgM não reagente () Inconclusivo () IgG reagente () IgG não reagente
Outros	Sim () Não ()	___/___/___	() IgM reagente () IgM não reagente () Inconclusivo () IgG reagente () IgG não reagente () Inconclusivo	Sim () Não ()	___/___/___	() IgM reagente () IgM não reagente () Inconclusivo () IgG reagente () IgG não reagente	Sim () Não ()	___/___/___	() IgM reagente () IgM não reagente () Inconclusivo () IgG reagente () IgG não reagente
Outros	Sim () Não ()	___/___/___	() IgM reagente () IgM não reagente () Inconclusivo () IgG reagente () IgG não reagente () Inconclusivo	Sim () Não ()	___/___/___	() IgM reagente () IgM não reagente () Inconclusivo () IgG reagente () IgG não reagente	Sim () Não ()	___/___/___	() IgM reagente () IgM não reagente () Inconclusivo () IgG reagente () IgG não reagente





Diagnóstico laboratorial de alguma doença infecciosa? Sim Não . Se sim, qual:

1º. Trimestre []	2º. Trimestre []	3º. Trimestre []
<input type="checkbox"/> Toxoplasmose	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose
<input type="checkbox"/> Rubéola	<input type="checkbox"/> Rubéola	<input type="checkbox"/> Rubéola
<input type="checkbox"/> Citomegalovírus	<input type="checkbox"/> Citomegalovírus	<input type="checkbox"/> Citomegalovírus
<input type="checkbox"/> Sífilis	<input type="checkbox"/> Sífilis	<input type="checkbox"/> Sífilis
<input type="checkbox"/> Herpes simples	<input type="checkbox"/> Herpes simples	<input type="checkbox"/> Herpes simples
<input type="checkbox"/> Parvovírus	<input type="checkbox"/> Parvovírus	<input type="checkbox"/> Parvovírus
<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> HIV
<input type="checkbox"/> Dengue	<input type="checkbox"/> Dengue	<input type="checkbox"/> Dengue
<input type="checkbox"/> Chikungunya	<input type="checkbox"/> Chikungunya	<input type="checkbox"/> Chikungunya
<input type="checkbox"/> Zika vírus	<input type="checkbox"/> Zika vírus	<input type="checkbox"/> Zika vírus
<input type="checkbox"/> Outras. Especificar:	<input type="checkbox"/> Outras. Especificar:	<input type="checkbox"/> Outras. Especificar:

Se sífilis reagente:

1) Título 1: _____, recebeu tratamento: Sim Não

Se sim, data do início do tratamento: __/__/____, parceiro tratado concomitante: Sim Não

2) Título 1: _____, recebeu tratamento: Sim Não

Se sim, data do início do tratamento: __/__/____, parceiro tratado concomitante: Sim Não

3) Título 1: _____, recebeu tratamento: Sim Não

Se sim, data do início do tratamento: __/__/____, parceiro tratado concomitante: Sim Não

Encerramento do caso

Investigação concluída? Sim Não.

Se não, especificar: Recusa Perda Em investigação

Classificação final: Suspeito provável confirmado descartado inconclusivo

Etiologia provável: infecciosa genética/cromossômica ambiental (fármacos, toxicológicas, radiações ionizantes, outras) inconclusiva.

Se infecciosa, qual HD relacionada:

Evolução: alta óbito Ignorado - **Data da evolução:**

__/__/____

Observações



Dados do investigador

Início da investigação: ___/___/___

Nome _____ do

investigador: _____

Fim da investigação: ___/___/___

Nome _____ do

investigador: _____



ANEXO 8

MUNICÍPIOS QUE CONTEMPLAM NASF (Núcleo de Apoio ao Saúde da Família)

Água Doce do Norte	1
Boa Esperança	2
Conceição da Barra	1
Nova Venécia	1
Baixo Guandu	1
Colatina	2
Marilândia	1
São Domingos do Norte	1
Brejetuba	1
Santa Teresa	1
Vitória	4
Alfredo Chaves	1
Anchieta	1
Apiacá	1
Atílio Vivácqua	1
Castelo	1
Divino de São Lourenço	1
Dores do Rio Preto	1
Guaçuí	1
Mimoso do Sul	1
Muniz Freire	1
Muqui	1
Presidente Kennedy	1