

2015

**PROTOCOLO DE ATENÇÃO À SAÚDE E RESPOSTA À
OCORRÊNCIA DE MICROCEFALIA RELACIONADA À
INFECÇÃO PELO VÍRUS ZIKA**



**MINISTÉRIO DA
SAÚDE**

Secretaria de Atenção à Saúde

Versão I

14 de dezembro 2015

Ministério da Saúde

Secretaria Atenção à Saúde

**PROTOCOLO DE ATENÇÃO À SAÚDE E
RESPOSTA À OCORRÊNCIA DE
MICROCEFALIA RELACIONADA À INFECÇÃO
PELO VÍRUS ZIKA**

Brasília – DF

Versão 1

©2015 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Sem Derivações 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Tiragem: 1ª edição – 2015 – versão eletrônica

Elaboração:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde
- Departamento de Atenção Básica
- Departamento de Atenção Especializada e Temática
- Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência
- Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas

Distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas
SAF/SUL, Trecho 2, Lote 5/6, Bloco F, Torre II,
Edifício Premium, 1º andar, sala 106/107. CEP: 70.070-60
Site: <www.saude.gov.br/sas>
E-mail: dapes.sas@saude.gov.br

Produção

Núcleo de Comunicação/SAS

Organização

Cristiano Francisco
Diana Carmem Almeida Nunes de Oliveira
Diogo do Vale de Aguiar
Geize Rezende
Ione Maria Fonseca de Melo
Márcia Helena Leal
Maria Esther Vilela
Neli Muraki Ishikawa
Núbia Garcia Vianna
Olavo de Moura Fontoura
Renata de Souza Reis
Rhaila Cortes Barbosa
Tatiana Raquel Selbmann Coimbra
Thais Fonseca Veloso de Oliveira
Vânia Kelly Alves da Silva

Colaboradores

Consuelo Oliveira
Denise Bomfim Souza
Énia Maluf Amuí
Fernando Kok
Kátia Motta Galvão
Marcelo Valente
Roseli Calil
Sergio Marba
Wanderson Kleber de Oliveira

Revisão

Dirceu Klitzke
Haroldo Lupion Poleti
Maria Ester de Albuquerque
Maria Inez Pordeus Gadelha
Paulo Vicente Bonilha Almeida
Vera Lúcia Ferreira Mendes

Agradecimentos

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa
- Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde Estaduais e Municipais (CIEVS - SES e SMS)
- Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz/MS
- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - Conasems
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde - Conass
- Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública – CGLAB/SVS/MS
- Coordenação-Geral de Vigilância e Resposta às Emergências em Saúde Pública – CGVR/SVS/MS
- Coordenação-Geral do Programa de Controle de Dengue, Chikungunya e vírus Zika – GPNCD/SVS/MS

- Estudo Colaborativo Latino-Americano de Malformações Congênitas – Eclamc
- Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz/MS
- Instituto Evandro Chagas – IEC/SVS/MS
- Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira – IFF/Fiocruz/MS
- Secretaria Executiva – SE/MS
- Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco – SES/PE
- Sociedade Brasileira de Genética Médica – SBGM
- Sociedade Brasileira de Pediatria- SBP
- Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano- RBBL

Editora responsável

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria- Executiva

Sub-secretaria de Assuntos Administrativos

Coordenação-Geral de Documentação e Informação

Coordenação de Gestão Editorial

SIA, Trecho 4, lotes 540/610.

CEP: 71.200-040 – Brasília/DF

Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794

Site: <<http://editora.saude.gov.br>>E-mail: <editora.ms@saude.gov.br>

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

49p. : il.

Modo de acesso: www.saude.gov.br/svs

ISBN

1. Vírus Zika. 2. Plano. 3. Atenção à Saúde. I. Título.

CDU 616-002.5

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2014/0138**Títulos para indexação****Em inglês:** Protocol for health care and response to the occurrence of microcephaly related to Zika virus infection**Em espanhol:** Protocolo de atención a la salud y respuesta a la ocurrencia de casos de microcefalia relacionada com la infección por el virus Zika.

APRESENTAÇÃO

Este Protocolo visa a nortear os profissionais da atenção à saúde, por meio de orientações e diretrizes para as ações de prevenção da infecção pelo vírus Zika em mulheres em idade fértil e gestantes, para a atenção no pré-natal, parto e nascimento e para a assistência aos nascidos com microcefalia, em todo o território nacional.

Este instrumento só foi possível pelo empenho de profissionais das diversas áreas e departamentos do Ministério da Saúde, secretarias de saúde, pesquisadores e instituições em todo Brasil, que se uniram com o objetivo de direcionar as ações para o enfrentamento à microcefalia ligada ao vírus Zika.

Até o momento, foram consolidadas evidências que corroboram a decisão do Ministério da Saúde no reconhecimento da relação da microcefalia com o vírus Zika. Constatou-se que os primeiros meses de gestação das crianças que nasceram com microcefalia corresponderam ao período de maior circulação do vírus Zika na região Nordeste e que não há correlação com histórico de doença genética na família ou exames com padrão de outros processos infecciosos conhecidos.

Deve-se ressaltar que as informações e recomendações aqui presentes e agora divulgadas foram fundamentadas e estabelecidas a partir das discussões tidas entre as coordenações e secretarias do Ministério da Saúde, especialistas e representantes das Secretarias de Saúde de Estados, Municípios e do Distrito Federal.

Diante disto, destaca-se a importância do empenho de gestores, profissionais da saúde e população em geral quanto à notificação imediata, prevenção, acolhimento e cuidado na assistência dos casos de microcefalia ligadas ao vírus Zika, conforme orientações contidas neste Protocolo.

À luz do imperativo da continuidade dos estudos sobre os casos de microcefalia relacionados ao vírus Zika, ressalta-se que este Protocolo estará em constante revisão e reedição e que as informações e recomendações nele contidas poderão sofrer alterações no decorrer das elucidaciones científicas que se apresentarem.

Secretaria de Atenção à Saúde

SUMÁRIO

Introdução	8
1. Objetivo geral	9
1.1 Objetivos específicos	9
2. Manifestações clínicas da infecção pelo vírus zika e sua associação com microcefalia	10
3. Microcefalia	13
4. Atenção à saúde das mulheres	14
4.1 planejamento reprodutivo	14
4.2 acompanhamento pré-natal	15
4.3 atenção ao parto e nascimento	20
4.4 atenção ao puerpério	20
5. Atenção à saúde do recém-nascido (RN), lactente e criança com microcefalia	23
5.1 Atenção ao RN com microcefalia	23
5.1.1 Cuidados ao recém-nascido no momento do parto/nascimento	23
5.1.2 Aleitamento materno	23
5.1.3 Anamnese	24
5.1.4 Exame físico	24
5.1.5 Investigação	26
5.1.6 Investigação laboratorial	26
5.1.7 Exames de imagem.....	27
5.1.8 Triagens neonatais	28
5.1.9 Triagem auditiva neonatal (TAN).....	28
5.1.10 Triagem ocular neonatal (TON).....	29
5.1.11 Exame do fundo de olho (fundoscopia).....	29
5.1.12 Seguimento do recém-nascido.....	29
6. Estimulação precoce	32
7. Definições de casos	34
7.1 Definições de casos suspeitos durante a gestação	34
7.2 Definições de casos suspeitos no pós-parto	35
7.3 Definições de casos confirmados na gestação	36
7.4 Definições de casos confirmados no pós-parto	37
7.5 Critérios para exclusão de casos suspeitos com diagnóstico descartado	38
8. Investigação	39
9. Notificação.....	40
9.1 Registro de eventos de saúde pública referente às microcefalias	40
Fontes bibliográficas	41
Anexo 1 – Fluxograma para gestante com exantema	44

Anexo 2 – Fluxograma para atendimento do recém-nascido	45
Anexo 3 – Padrões de crescimento da OMS para crianças - perímetro cefálico por idade meninos (Z score-nascidos até 13 semanas).....	46
Anexo 4 – Padrões de crescimento da OMS para crianças - perímetro cefálico por idade meninas (Z score-nascidos até 13 semanas).....	47
Anexo 5 – Curva de Fenton para meninos	48
Anexo 6 - Curva de Fenton para meninas	49

INTRODUÇÃO

Em 22 de outubro de 2015, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE), na região Nordeste, comunicou à SVS/MS a observação, a partir de agosto de 2015, do aumento no número de casos de microcefalia. Essa situação despertara a atenção das autoridades de saúde do Estado e de especialistas, dando início a uma corrida para levantamento e verificação de dados e análise de causas possíveis.

Análise preliminar de dados nacionais do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) relativos aos meses de setembro e outubro 2015, comparados com uma série histórica de quatro anos, demonstraram também um aumento localizado na região Nordeste do Brasil. Esse comportamento foi evidenciado no Estado de Pernambuco e, em menor proporção, em outros estados dessa Região.

Frente ao evento inusitado de alteração do padrão da ocorrência de registros de microcefalia em recém-nascidos no País e considerando a microcefalia um agravo emergencial em saúde pública, que impacta na qualidade de vida das crianças e famílias e causa um possível aumento da mortalidade neonatal infantil, o Ministério da Saúde e as instituições envolvidas na resposta a esse evento elaboraram este Protocolo com orientações para a atenção à saúde das mulheres e assistência aos casos de microcefalia.

1. OBJETIVO GERAL

Orientar ações para a atenção às mulheres em idade fértil, gestantes e puérperas e recém-nascidos com microcefalia.

1.1 Objetivos específicos

- Orientar diretrizes assistenciais para o planejamento reprodutivo, pré-natal, parto, nascimento, puerpério e puericultura.
- Orientar a assistência para detecção e notificação de quadros sugestivos de microcefalia em recém-nascidos.
- Orientar o acompanhamento e reabilitação das crianças diagnosticadas com microcefalia, enfatizando a estimulação precoce.

2. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA INFECÇÃO PELO VÍRUS ZIKA E SUA ASSOCIAÇÃO COM MICROCEFALIA

No Brasil, dados do SINASC mostram que houve um aumento substancial na prevalência de microcefalia ao nascer, em 2015. Além disso, foram consolidadas evidências que corroboram o reconhecimento da relação entre a presença do vírus Zika e o aumento da ocorrência de casos de microcefalia no País.

Por ser uma doença pouco descrita, a caracterização clínica e história natural da infecção pelo vírus Zika se fundamentam em um número limitado de relatos de casos. De modo geral, estima-se que menos de 20% das infecções humanas resultem em manifestações clínicas, sendo, portanto, mais frequente a infecção assintomática.

A infecção pelo vírus Zika afeta todos os grupos etários e ambos os sexos e, à luz do conhecimento atual, é uma doença febril aguda, autolimitada na maioria dos casos, que leva a uma baixa necessidade de hospitalização e que, via de regra, não vinha sendo associada a complicações.

Quando sintomática, a infecção pelo vírus Zika pode cursar com febre baixa (ou, eventualmente, sem febre), exantema máculopapular, artralgia, mialgia, cefaleia, hiperemia conjuntival e, menos frequentemente, edema, odinofagia, tosse seca e alterações gastrointestinais, principalmente vômitos. Formas graves e atípicas são raras, mas, quando ocorrem, podem excepcionalmente evoluir para óbito.

Os sinais e sintomas ocasionados pelo vírus Zika, em comparação aos de outras doenças exantemáticas (dengue, chikungunya e sarampo), incluem um quadro exantemático mais acentuado e hiperemia conjuntival, sem alteração significativa na contagem de leucócitos e plaquetas. (ver Tabela 1)

Tabela 1 – Comparação da frequência dos principais sinais e sintomas ocasionados pela infecção pelos vírus da dengue, chikungunya e vírus Zika.

Sinais/Sintomas	Dengue	Zika	Chikungunya
Febre (duração)	Acima de 38°C (4 a 7 dias)	Sem febre ou subfebril ≤ 38°C (1-2 dias subfebril)	Febre alta > 38°C (2-3 dias)
Manchas na pele (Frequência)	Surge a partir do quarto dia 30-50% dos casos	Surge no primeiro ou segundo dia 90-100% dos casos	Surge 2-5 dia 50% dos casos
Dor nos músculos (Frequência)	+++/>+++	++/>+++	+/>+++
Dor na articulação (frequência)	+/>+++	++/>+++	+++/>+++
Intensidade da dor articular	Leve	Leve/Moderada	Moderada/Intensa
Edema da articulação	Raro	Frequente e leve intensidade	Frequente e de moderada a intenso
Conjuntivite	Raro	50-90% dos casos	30%
Cefaleia (Frequência e intensidade)	+++	++	++
Prurido	Leve	Moderada/Intensa	Leve
Hipertrofia ganglionar (frequência)	Leve	Intensa	Moderada
Discrasia hemorrágica (frequência)	Moderada	ausente	Leve
Acometimento Neurológico	Raro	Mais frequente que Dengue e Chikungunya	Raro (predominante em Neonatos)

Fonte: Carlos Brito – Professor da Universidade Federal de Pernambuco (atualização em dezembro/2015)

O tratamento recomendado para os casos sintomáticos de infecção pelo vírus Zika é baseado no uso de acetaminofeno (paracetamol) ou dipirona para o controle da febre e da dor. No caso de erupções pruriginosas, anti-histamínico pode ser prescrito.

Não se recomenda o uso de ácido acetilsalicílico e outros anti-inflamatórios, em função do risco aumentado de complicações hemorrágicas descritas nas infecções por outros flavivírus (gênero de vírus da família Flaviviridae).

Atualmente a incidência de casos de infecção pelo vírus Zika impõe 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.

3. MICROCEFALIA

A microcefalia é uma malformação congênita em que o cérebro não se desenvolve de maneira adequada. É caracterizada por um perímetro cefálico inferior ao esperado para a idade e sexo e, dependendo de sua etiologia, pode ser associada a malformações estruturais do cérebro ou ser secundária a causas diversas.

A ocorrência de microcefalia, por si só, não significa que ocorram alterações motoras ou mentais. Crianças com perímetro cefálico abaixo da média podem ser cognitivamente normais, sobretudo se a microcefalia for de origem familiar. Contudo, a maioria dos casos de microcefalia é acompanhada de alterações motoras e cognitivas que variam de acordo com o grau de acometimento cerebral. Em geral, as crianças apresentam atraso no desenvolvimento neuropsicomotor com acometimento motor e cognitivo relevante e, em alguns casos, as funções sensitivas (audição e visão) também são comprometidas. O comprometimento cognitivo ocorre em cerca de 90% dos casos.

A microcefalia pode ser classificada conforme o tempo do seu início:

- a. **Microcefalia congênita:** está presente ao nascimento e é às vezes chamada de "microcefalia primária"; porém, como este termo se refere a um fenótipo particular de microcefalia, deve-se usar preferencialmente "microcefalia congênita"; e
- b. **Microcefalia pós-natal:** refere-se à falha de crescimento normal do perímetro cefálico após o nascimento, ou seja, o cérebro é normal ao nascimento; por isso é também chamada de "microcefalia secundária".

4. ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES

4.1 Planejamento reprodutivo

As equipes de Atenção Básica e de Saúde da Família têm papel fundamental na promoção da saúde sexual e reprodutiva, pois elas planejam suas ações e atuam considerando os diferentes contextos e necessidades de saúde das comunidades nas quais estão inseridas.

As equipes de saúde devem reforçar as ações de oferta e ampliação do acesso aos métodos contraceptivos para a população, com atenção especial ao acompanhamento das mulheres de seu território que estão em idade fértil.

O Ministério da Saúde distribui para todos os municípios brasileiros, métodos contraceptivos para disponibilização gratuita nas Unidades Básicas de Saúde. São eles: preservativo masculino e feminino, pílula combinada, anticoncepcional injetável mensal e trimestral, dispositivo intra-uterino (DIU), diafragma, anticoncepção de emergência e mini-pílula. No entanto, a atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva vai além da oferta de métodos e técnicas para a concepção, e a anticoncepção inclui a oferta de informações e acompanhamento, sob o enfoque de direitos, em um contexto de escolha livre e informada.

Nesse contexto, é importante que aquelas mulheres ou casais que desejam engravidar recebam as orientações necessárias dos profissionais de saúde sobre a prevenção da infecção pelo vírus Zika e sobre os cuidados necessários para evitar essa infecção durante a gravidez, principalmente no primeiro trimestre.

Portanto, é necessário:

- Realizar ações de educação em saúde com mulheres e homens adultos, jovens e adolescentes, para garantir a oferta de informações e promover a discussão sobre saúde sexual e reprodutiva.
- Fazer a busca ativa a mulheres em idade fértil para identificação precoce das gestantes e início oportuno do acompanhamento pré-natal.
- Ofertar os métodos contraceptivos, conforme orientações do Ministério da Saúde encontradas no “Cadernos de Atenção Básica, n. 26– Saúde Sexual e Reprodutiva”, de 2010 (disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd26.pdf). Neste quesito, é importante atentar para o uso correto do método escolhido, principalmente no caso de pílula, anticoncepcionais injetáveis e diafragma, para garantir a sua eficácia, e

considerar o uso de método reversível de longa duração, como o DIU. Cabe lembrar que o uso de preservativos mantém sua indicação não só como método contraceptivo, mas também como preventivo de infecções sexualmente transmissíveis, e seu uso deve ser sempre estimulado.

- Ofertar aconselhamento pré-concepcional, para orientação e informação às mulheres que desejam engravidar sobre a atual situação dos casos de microcefalia no País e sua relação com o vírus Zika, além de reforçar a necessidade de combate ao vetor (o mosquito *Aedes aegypti*), prevenção à picada de mosquitos e medidas de proteção individual: utilização de telas em janelas e portas, uso contínuo de roupas compridas – calças e blusas – e, se portar roupas que deixem áreas do corpo expostas, uso de repelente.

- Garantir o acesso ao teste rápido de gravidez para detecção precoce da gravidez e início do acompanhamento pré-natal em tempo oportuno. Há particularidades no acolhimento das usuárias que buscam o teste rápido de gravidez que estão disponíveis no Guia Técnico: Teste Rápido de Gravidez na Atenção Básica (disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/teste_rapido_gravidez_guiia_tecnico.pdf). Destaca-se a oportunidade, em caso de resultado negativo e a mulher não querer engravidar, para oferecer planejamento reprodutivo.

4.2 Acompanhamento pré-natal

Introdução ao cuidado da mulher grávida

O acesso ao cuidado pré-natal na Atenção Básica é essencial para a qualidade de vida tanto da mãe quanto do bebê. Iniciar o pré-natal no primeiro trimestre (até a 12ª semana) da gestação é fundamental para identificar os fatores de risco e para o acompanhamento durante a gestação, favorecendo ações e intervenções adequadas que evitam complicações e protegem a saúde da mulher e da criança.

É recomendável a identificação precoce de todas as gestantes do território de atuação da equipe de saúde e o pronto início do acompanhamento pré-natal, visando às intervenções oportunas em todo o período gestacional, sejam elas preventivas ou terapêuticas.

Na Atenção Básica, é fundamental o envolvimento de toda a equipe para a assistência integral à gestante. Destaca-se o papel do Agente Comunitário de Saúde, o qual, durante o período gestacional, deverá realizar visitas domiciliares com maior periodicidade em sua área de abrangência, buscando com isso intensificar a orientação, identificar

precocemente condições que tornam vulnerável a saúde da mulher e da criança e aprimorar o vínculo de confiança entre si e a gestante.

É fundamental abordar a história de vida dessa mulher, seus sentimentos, medos, ansiedades e desejos. Nesta fase, além das transformações no corpo, há uma importante transição existencial. É um momento intenso de mudanças, descobertas, aprendizados e uma oportunidade para os profissionais da saúde investirem em estratégias de educação e cuidado em saúde, visando ao bem-estar da mulher e da criança, assim como o envolvimento do pai ou parceiro (quando houver) e família, desde que esse seja o desejo da mulher.

Tendo em vista o atual conhecimento acerca da fisiopatologia da infecção pelo vírus Zika, não há razões para que se altere a rotina de acompanhamento pré-natal preconizada pelo Ministério da Saúde (Anexo 1), e as gestações não são consideradas, por essa causa isolada, como sendo de alto risco.

Embora se considere essa gestação de baixo risco, é importante garantir o acesso à unidade de referência especializada, se houver necessidade. Caso a atenção básica, após a classificação de risco, identifique alguma alteração que indique encaminhar a gestante, a rede de serviços deverá ser acionada com intuito de priorizar o seu atendimento.

Dessa forma, mantém-se a recomendação de que a ultrassonografia obstétrica seja realizada preferencialmente no primeiro trimestre da gravidez, época em que a estimativa da idade gestacional é mais precisa. Para saber mais, acesse o “Protocolo da Atenção Básica - Saúde da Mulher” (disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf).

É compreensível, nesse cenário, que as mulheres e os profissionais anseiem por um diagnóstico certo, ainda durante a gestação, do acometimento ou não do feto pelo vírus. No entanto, é necessária a atenção dos profissionais da saúde para que não sejam tomadas condutas ou realizadas intervenções, como exames ultrassonográficos em série para identificação de microcefalia, que não mudam a condição nem o prognóstico nesses casos.

Nesse sentido, é importante que durante o acompanhamento da gestação, mantenha-se a atenção a outros agravos que podem acometer a saúde das gestantes e dos bebês e ao adequado tratamento deles, além da garantia de realização dos demais exames de rotina do pré-natal.

Desta forma, cabe aos gestores e às equipes de saúde:

- Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.
- Garantir o início do acompanhamento pré-natal em tempo oportuno e a realização das consultas conforme a rotina preconizada pelo Ministério da Saúde: mensal até a 28ª semana; quinzenal entre a 28ª e a 36ª semana; e semanal a partir da 36ª semana e até o nascimento do bebê.
- Promover a escuta ativa da gestante e acompanhante(s), considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico. Neste momento, atentar para o quadro clínico dos sinais e sintomas da infecção pelo vírus Zika.
- Realizar a busca ativa das gestantes faltantes às consultas agendadas, para que tenham o adequado acompanhamento pré-natal.
- Orientar a população sobre ações de prevenção e controle:
 - Evitar horários e lugares com presença de mosquitos;
 - Utilizar continuamente roupas que protejam partes expostas do corpo, como braços e pernas;
 - Alertar a gestante e acompanhante sobre medidas de controle, como controle vetorial (eliminar na casa possíveis criadouros do mosquito), limpeza dos terrenos, descarte apropriado do lixo e materiais e aproveitamento adequado da água;
 - Consultar o profissional da saúde sobre o uso de repelentes e verificar atentamente no rótulo a concentração do repelente e definição da frequência do uso para gestantes. Recomenda-se utilizar somente produtos que estão devidamente regularizados na ANVISA (os repelentes “naturais” à base de citronela, andiroba, óleo de cravo, entre outros, não possuem comprovação de eficácia nem a aprovação pela ANVISA até o momento);
 - Permanecer em locais com barreiras para entrada de insetos, preferencialmente locais com telas de proteção, mosquiteiros ou outras barreiras disponíveis;

- Solicitar todos os exames de pré-natal preconizados pelo Ministério da Saúde, inclusive a eletroforese de hemoglobina e os testes rápidos de sífilis e HIV, garantindo os resultados e tratamentos em tempo oportuno;
- Realizar vacinação de rotina das gestantes, conforme o calendário vacinal do Ministério da Saúde;
- Investigar e registrar na caderneta ou cartão da gestante, assim como no prontuário da mulher, a ocorrência de infecções, *rash* cutâneo, exantema ou febre, orientando-a a procurar o serviço de saúde caso apresente estes sinais e sintomas;
- Investigar e orientar sobre medicamentos utilizados, exposição a substâncias tóxicas e uso de tabaco, álcool outras drogas durante a gestação;
- Realizar práticas educativas, abordando principalmente o incentivo ao aleitamento materno, ao parto normal e aos hábitos saudáveis de vida; os cuidados com o recém-nascido; riscos do tabagismo, do uso de álcool e de outras drogas; e uso de medicamentos na gestação;
- Manter a atenção e classificação de risco durante o pré-natal de forma a identificar agravos e complicações, com encaminhamento ao pré-natal de alto risco conforme protocolo;
- Manter a suplementação de ácido fólico e sulfato ferroso conforme preconizado;
- Realizar visita domiciliar, incluindo orientações sobre os cuidados sanitários, tanto para as gestantes como para seus familiares;
- Observar o direito do(a) parceiro(a) ser acolhido(a), cuidado(a) e informado(a) sobre a realização de consultas, exames e acesso a informações antes, durante e depois da gestação;
- Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, bem sobre como conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal; e
- Esclarecer que a evidência de uma infecção exantemática, durante a gestação, não leva obrigatoriamente à ocorrência de microcefalia no feto. Caso a gestante apresente doença exantemática aguda (5 dias de exantema), e excluídas outras hipóteses de doenças infecciosas e causas não infecciosas, deve-se coletar material para exame (sangue e urina). Deve-se notificar o caso, conforme orientações do “Protocolo de Vigilância e Resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo Vírus Zika” (disponível em

<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/09/Microcefalia---Protocolo-de-vigil--ncia-e-resposta---vers--o-1---09dez2015-8h.pdf>).

Caso haja diagnóstico laboratorial conclusivo para vírus Zika, define-se como caso CONFIRMADO para gestante, sob risco de feto com microcefalia secundária a possível exposição ao vírus Zika.

Caso a ultrassonografia obstétrica da gestante mostre um feto com circunferência craniana (CC) aferida menor que dois desvios padrões (< 2 dp) abaixo da média para a idade gestacional, ou com alteração no sistema nervoso central (SNC) sugestiva de infecção congênita, este pode ser considerado um caso SUSPEITO de microcefalia relacionada ao vírus Zika na gestação.

A confirmação de microcefalia relacionada ao vírus Zika durante a gestação dá-se pelos seguintes critérios:

- Caso confirmado de feto com alterações pós-infecciosas no SNC relacionadas ao vírus Zika: Feto com alterações no SNC características de infecção congênita identificada por ultrassonografia E relato de exantema na mãe durante gestação E excluídas outras possíveis causas, infecciosas e não infecciosas.
- Caso confirmado de feto com microcefalia pós-infecciosa relacionada ao vírus Zika: Feto com microcefalia identificada por ultrassonografia, apresentando alterações no sistema nervoso central características de infecção congênita E relato de exantema na mãe durante gestação E excluídas as outras possíveis causas, infecciosas e não infecciosas.
- Caso confirmado de aborto espontâneo relacionado ao vírus Zika: Aborto espontâneo de gestante com relato de exantema durante a gestação, sem outras causas identificadas, com identificação do vírus Zika em tecido fetal/embrionário ou na mãe.

A equipe de saúde deve estar sensibilizada a acolher a gestante com caso suspeito e suas angústias, dúvidas e medos, por meio de uma escuta qualificada, sem julgamento nem preconceitos, que permita à mulher falar de sua intimidade com segurança.

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.

4.3 Atenção ao parto e nascimento

A atenção ao parto e nascimento não deve ser modificada exclusivamente em razão da suspeita ou confirmação de infecção pelo vírus Zika ou de microcefalia.

Durante o trabalho de parto, a mulher deve ter garantido o direito a acompanhante de sua livre escolha, a liberdade de movimentação e de escolher a posição mais confortável para parir e não deve permanecer em jejum prolongado ou ser submetida a intervenções desnecessárias ou de rotina. O cuidado deve ser prestado conforme diretrizes de boas práticas de atenção ao parto e nascimento, com ausculta dos batimentos cardíacos fetais e cuidados para garantir o bem-estar materno e fetal.

Assim, não há indicação de alteração da via de parto obstétrica, ou seja, a infecção pelo vírus Zika ou a microcefalia em si não são indicação de cirurgia cesariana. É importante destacar, ainda, que a cesariana desnecessária aumenta os riscos de complicações tanto para a mãe quanto para o bebê.

Os cuidados ao recém-nascido também devem seguir as recomendações do Ministério da Saúde de garantir o contato pele-a-pele, o clampeamento oportuno do cordão umbilical, a amamentação na primeira hora de vida e a realização de procedimentos de rotina somente após esse período.

4.4 Atenção ao puerpério

A gravidez e o parto podem ser eventos estressantes para a mulher e sua família, pois a mulher passa por mudanças biológicas, subjetivas, sociais e familiares, entrando em um estado especial, de sensibilidade exacerbada.

Quando uma 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.

Assim, 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, na visita domiciliar, nos momentos de vacinação na unidade básica de saúde e nas consultas de rotina.

A atuação preventiva no puerpério deve proporcionar à mãe o apoio de que ela necessita para enfrentar eventuais episódios de depressão ou outras formas de sofrimento psíquico.

Entre as medidas preventivas contra o sofrimento mental puerperal destacam-se o apoio emocional e físico durante a gravidez, o parto e o puerpério; o apoio da família, dos amigos e do companheiro; a discussão com o companheiro a respeito da importância de que a mulher se sinta amada e segura; e o encaminhamento da mãe com risco elevado de depressão pós-parto ou outros transtornos mentais aos serviços de saúde mental. Esclarecer sobre a microcefalia deixará a mãe e familiares fortalecidos para lidar melhor com a situação.

As equipes de saúde da família podem solicitar, caso necessário, o apoio matricial dos profissionais de saúde mental, por intermédio dos NASF, Equipes de Consultório na Rua e equipes de saúde mental do município. Alguns casos considerados mais graves, que precisem de um cuidado intensivo, devem ser encaminhados para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou outros serviços de referência em saúde mental do município ou da região de saúde.

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 e sinais de alerta e agendar a próxima consulta do bebê.

Para a mulher no pós-parto, verificar a Caderneta da Gestante e agendar consulta do puerpério, orientando para a importância da vacinação contra a rubéola e o planejamento familiar. Todos os bebês com confirmação de microcefalia 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.

5. ATENÇÃO À SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO (RN), LACTENTE E CRIANÇA COM MICROCEFALIA.

5.1 Atenção ao RN com Microcefalia

5.1.1 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-ampliar-reanimacao-neonatal-que-deve-ser-feita-com-sbp/attachment/portariams371-notatecnica_sas16-em-10junho2014-atendimento-rn-ao-nascimento/)

5.1.2 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. Estudos realizados na Polinésia Francesa não identificaram a replicação do vírus em amostras do leite, indicando a presença de fragmentos do vírus que não seriam capazes de produzir doença. No caso de identificação no sêmen, ocorreu apenas um caso descrito nos Estados Unidos da América e a doença não pode ser classificada como sexualmente transmissível, e também não há descrição de transmissão por saliva.

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:

“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.”

Da mesma forma, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), dos Estados Unidos da América, também recomenda a manutenção da amamentação nesta situação, conforme se pode ver em <http://www.cdc.gov/zika/transmission/index.html>.

5.1.3 Anamnese

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

5.1.4 Exame Físico

Realizar o exame físico do recém-nascido (Anexo 2), incluindo exame neurológico detalhado, conforme preconizado pela publicação “Atenção à Saúde do Recém-Nascido - Guia para Profissionais de Saúde” - volume 1, (disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf), com destaque para:

- Medição precisa do perímetro cefálico (Figura 1), 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 3) e para meninas (Anexo 4). Para o recém-nascido pré-termo, o perímetro cefálico menor que -2 desvios padrões, pela curva de Fenton para meninos (Anexo 5) e para meninas (Anexo 6).

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 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). 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-padrões também deve levantar a suspeita e levar à notificação do caso como deve ocorrer com qualquer lactente que se mantém em puericultura.

Figura 1 – Mensuração do perímetro cefálico



- 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).

5.1.5 *Investigação*

O objetivo principal da investigação é confirmar o diagnóstico de microcefalia congênita, afastando a possibilidade de um falso positivo (uma criança sadia com PC menor que o parâmetro definido), tendo em vista não existir tratamento específico para a infecção pelo vírus Zika, e nem mesmo para a microcefalia. Além disso, objetiva excluir outras etiologias para a microcefalia que tenham tratamento como, por exemplo, a toxoplasmose e a infecção pelo citomegalovírus.

5.1.6 *Investigação laboratorial*

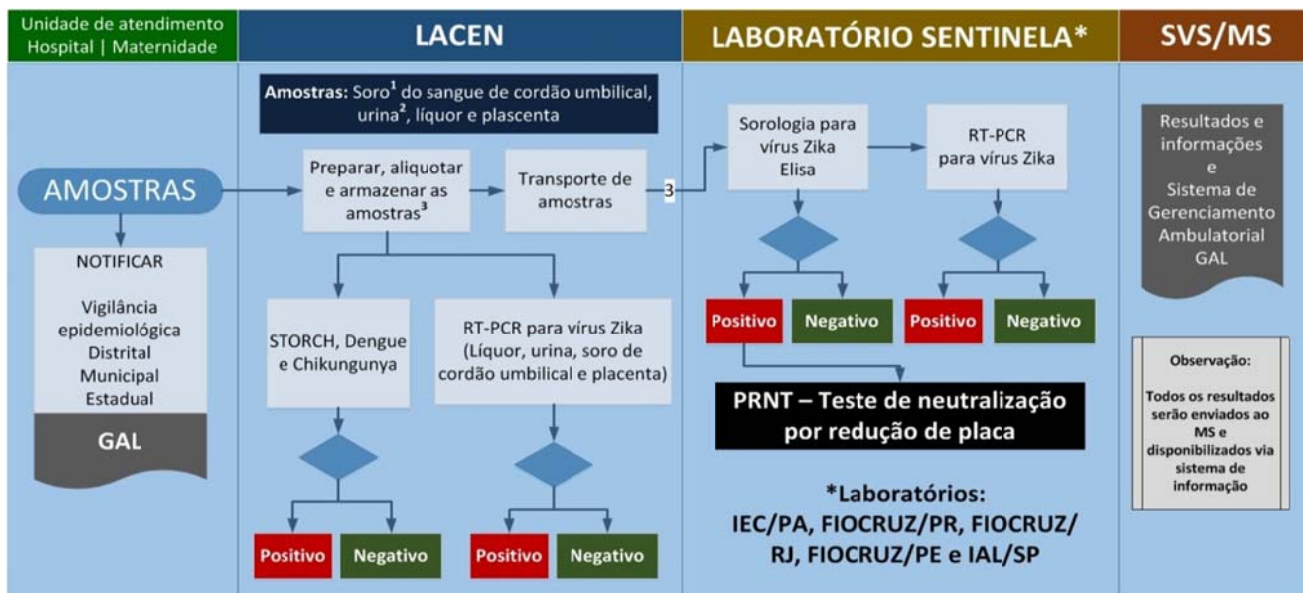
5.1.6.1 Triagem infecciosa (sorologias)

Para a triagem infecciosa, devem ser coletadas amostras de:

1. sangue do cordão umbilical (3 mL);
2. placenta (3 fragmentos de dimensões de 1cm³ cada);
3. líquido cefalorraquidiano do RN (1 mL); e
4. sangue da mãe (10 mL).

A Figura 2 mostra o algoritmo laboratorial para amostras de casos suspeitos de microcefalia relacionada com a infecção pelo vírus Zika, conforme o “Protocolo de vigilância em saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika” (disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/09/Microcefalia---Protocolo-de-vigil--ncia-e-resposta---vers--o-1----09dez2015-8h.pdf>)

Figura 2 - Algoritmo laboratorial para amostras de casos suspeitos de microcefalia relacionada com a infecção pelo vírus Zika



1. As amostras de soro devem ser submetidas às análises para Dengue, Chikungunya e STORCH (Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus e Herpes)
2. Nas amostras de urina será realizada apenas Biologia molecular
3. Lacen que não realizar RT-PCR para Zika vírus encaminhar ao Laboratório Sentinela de sua área.

Observação: em caso de aborto ou natimorto - Utilizar o mesmo procedimento da Biologia Molecular (PCR real time, Imunohistoquímico, Hibridização in situ) (cérebro e fígado e coração e pulmão e rim e baço - 1 cm³)

5.1.6.2 Exames laboratoriais inespecíficos

Hemograma completo, dosagens séricas de aminotransferases hepáticas (AST/TGO e ALT/TGP), uréia e creatinina e outros conforme as necessidades apresentadas pelo RN.

5.1.7 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

5.1.8 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. No caso da microcefalia, a mesma está relacionada a alterações do desenvolvimento neuropsicomotor e do comportamento que podem ser acompanhadas por problemas auditivos e visuais.

5.1.9 Triagem Auditiva Neonatal (TAN)

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), no máximo até o primeiro mês de vida, exceto quando a saúde da criança não permita a realização do exame.

A presença de microcefalia é um indicador de risco para perda auditiva (IRDA). Portanto, para as crianças com microcefalia, 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://bvsms.saude.gov.br/bvs/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.

5.1.10 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, nos Centros Especializados em Reabilitação - CER (com modalidade visual) 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 especializado em reabilitação (Centro Especializado em Reabilitação com modalidade visual ou Unidade de Reabilitação Visual) ou ainda em serviço especializados em oftalmologia, conforme as Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância (disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_saude_ocular_infancia.pdf).

5.1.11 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.

5.1.12 Seguimento do Recém-nascido

Todos os bebês com confirmação de microcefalia 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, Centro de Reabilitação em Medicina Física, Centro de Reabilitação Física – nível intermediário, Serviço de Reabilitação Intelectual); por fisioterapeuta, fonoaudiólogo ou terapeuta ocupacional do NASF ou vinculados às equipes da atenção básica; ou em Ambulatório de Seguimento de Recém-Nascido de Risco.

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 (Anexos 3 e 4).

Como os RN podem apresentar alterações ou complicações específicas (neurológicas, motoras ou respiratórias, entre outras.), o acompanhamento por diferentes especialistas em ambulatórios de especialidades será necessário, caso seja confirmado o comprometimento de funções.

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.

Gestores:

Cumpra às secretarias municipais e estadual de saúde, nas diversas unidades federativas, identificar e, se ainda insuficientes ou indisponíveis, contratar esses serviços e organizar uma rede de atenção às crianças nascidas com microcefalia, com especificação e divulgação das ações e serviços prestados nos respectivos estabelecimentos de saúde e estabelecimento de fluxos que aproximem essas ações e serviços o próximo possível da residência familiar, e indicar o serviço de Atenção Domiciliar para os casos definidos na Portaria GM/MS nº 963, de 27 de maio de 2013, que redefine as atribuições da atenção domiciliar no âmbito do SUS.

Casos de diagnóstico descartado de microcefaliarelacionada a infecção pelo vírus Zika devem receber os mesmos cuidados preconizados neste Protocolo.

6. 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 microcefalia e 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 os três anos de idade.

Esta é a fase em que 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:

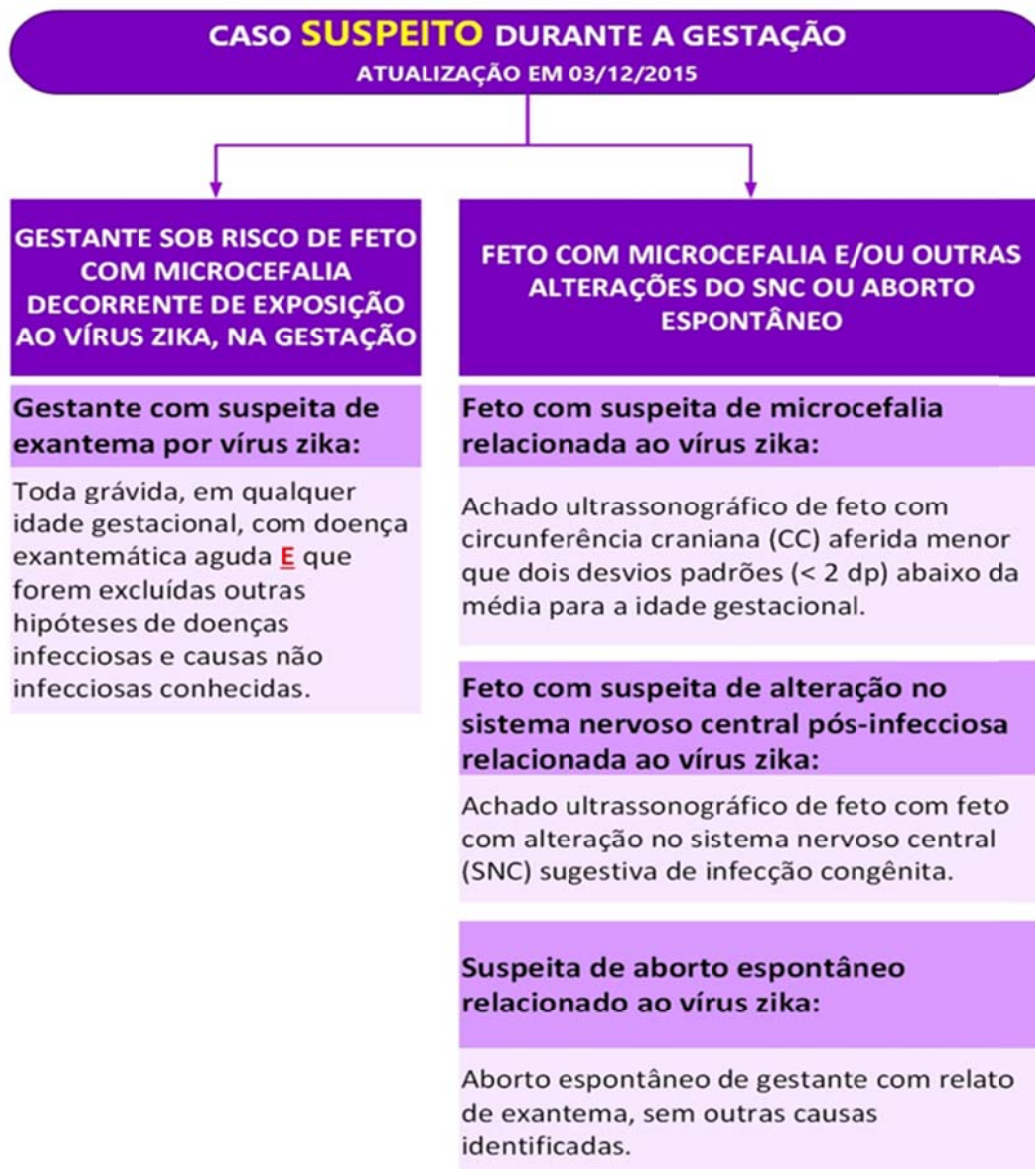
- 1- Maximizar o potencial de cada criança inserida no programa por meio da estimulação em âmbito ambulatorial e também em seu ambiente natural, estabelecendo o tipo, o ritmo e a velocidade dos estímulos e designando, na medida do possível, um perfil de reação;
- 2- Potencializar a contribuição dos pais 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://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menina_9ed.pdf) e masculino (Caderneta da Saúde da Criança Menino: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menino_9ed.pdf).

7. DEFINIÇÕES DE CASOS

A seguir, sistematizam-se as definições para a classificação dos casos de microcefalia relacionados com a infecção pelo vírus Zika, conforme o momento da gestação e do parto, e os critérios para a exclusão de casos suspeitos com diagnóstico descartado e de casos para vigilância de casos de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika.

7.1 Definições de casos suspeitos durante a gestação



7.2 Definições de casos suspeitos no pós-parto

CASO **SUSPEITO** NO PARTO OU PÓS-PARTO

ATUALIZAÇÃO EM 03/12/2015

RECÉM-NASCIDO COM MICROCEFALIA RELACIONADA AO ZIKA VÍRUS

Recém-nascido com suspeita de microcefalia relacionada ao vírus zika:

Nascido vivo com menos de 37 semanas de idade gestacional **E** perímetro cefálico abaixo do percentil 3, segundo curva de Fenton;

Recém-nascido com suspeita de microcefalia relacionada ao vírus zika:

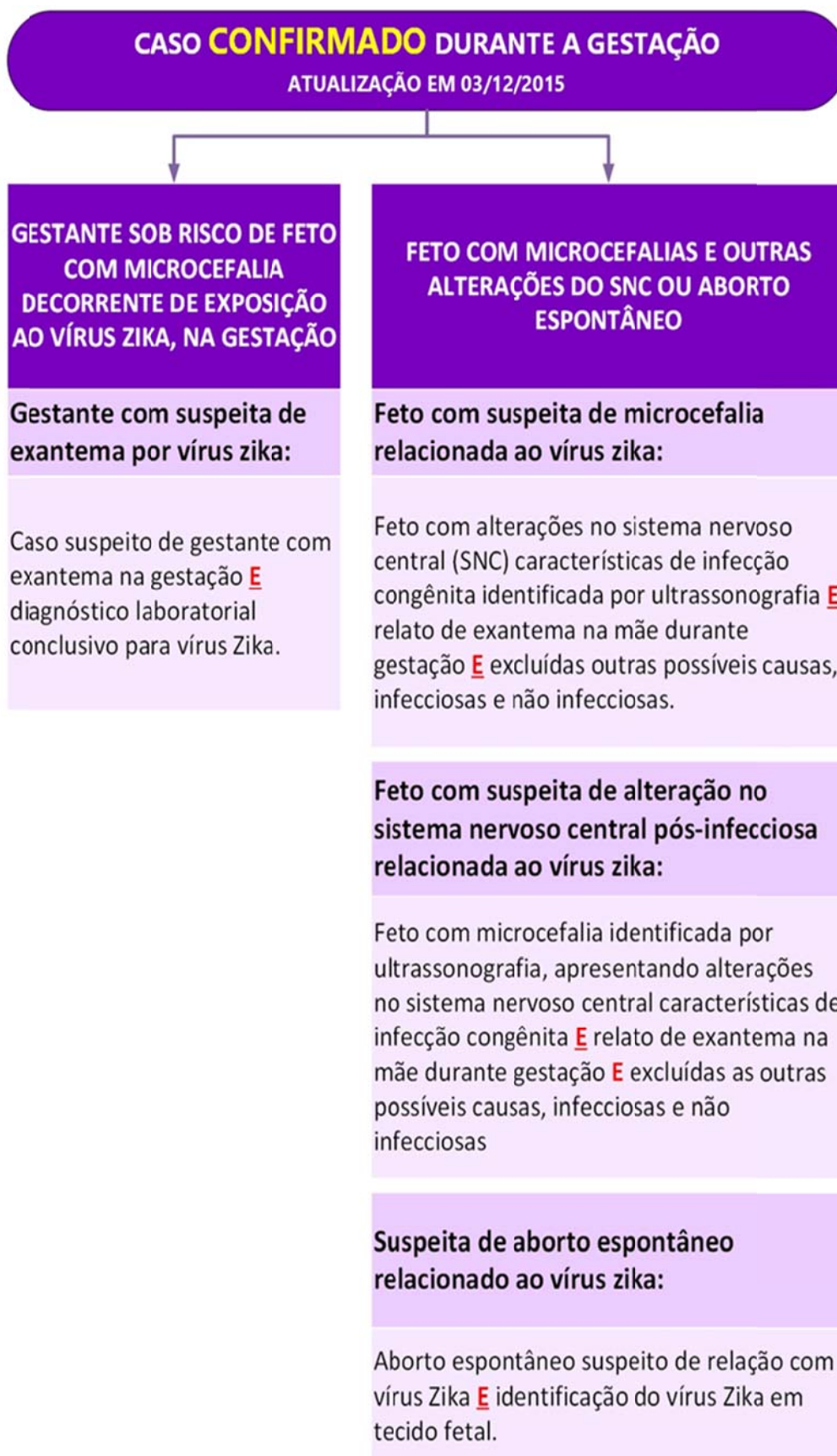
Nascido vivo com 37 semanas ou mais de idade gestacional **E** perímetro cefálico menor ou igual a 32 cm, segundo as referências da Organização Mundial da Saúde;

NATIMORTO COM MICROCEFALIA RELACIONADA AO VÍRUS ZIKA

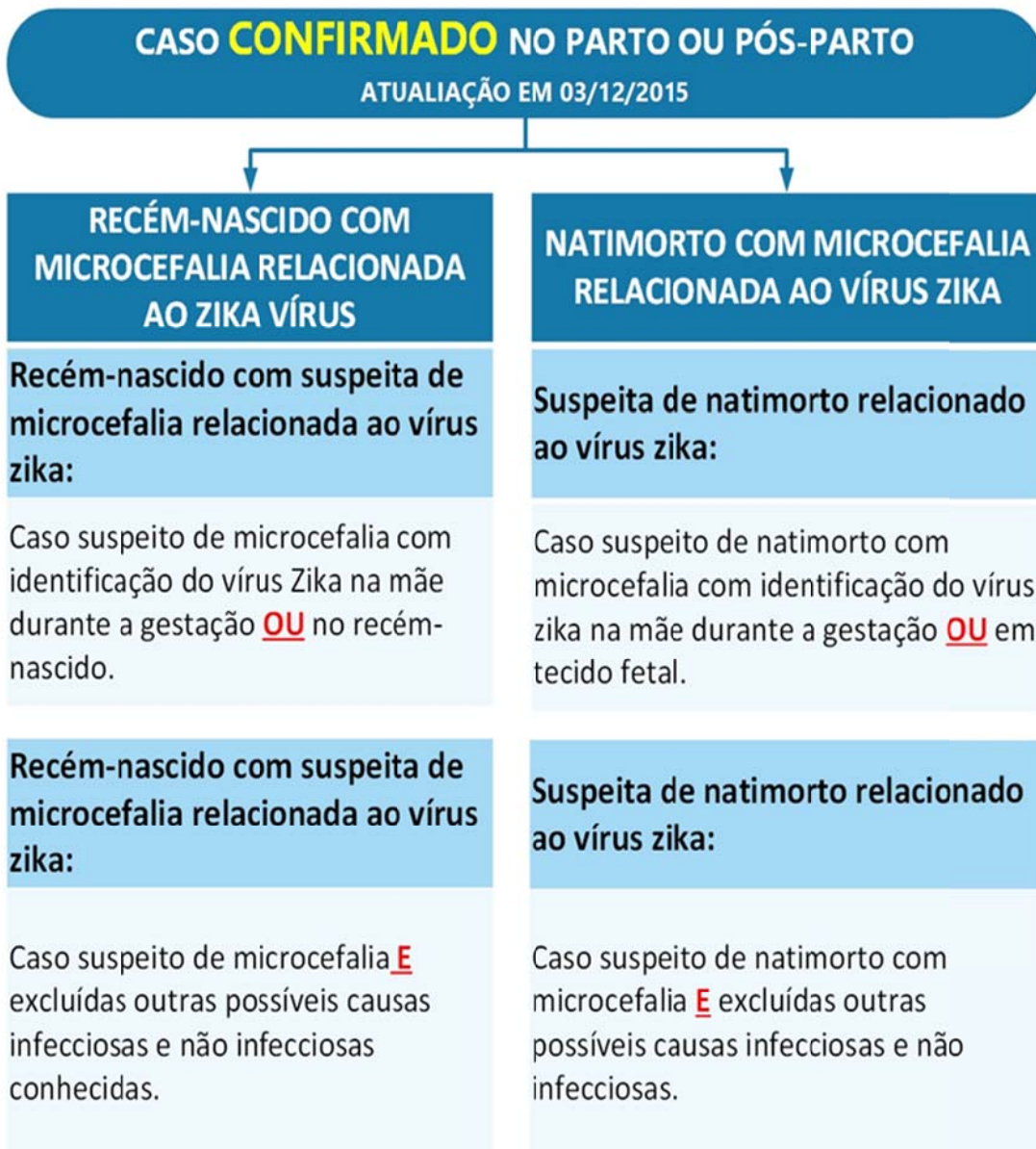
Suspeita de natimorto relacionado ao vírus zika:

Natimorto de qualquer idade gestacional **E** histórico de doença exantemática na mãe.

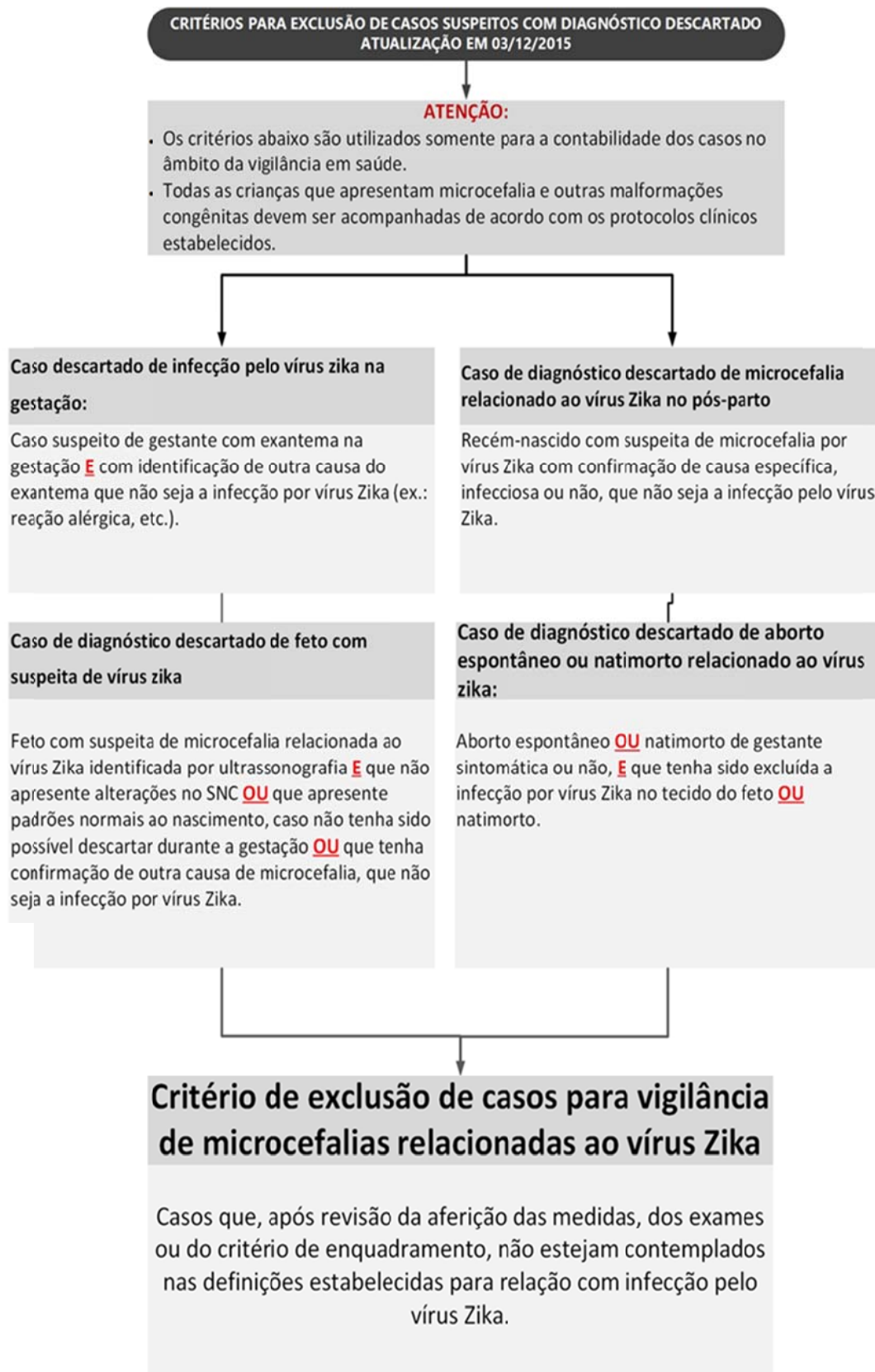
7.3 Definições de casos confirmados na gestação



7.4 Definições de casos confirmados no pós-parto



7.5 Critérios para exclusão de casos suspeitos com diagnóstico descartado



8. INVESTIGAÇÃO

Com o objetivo de avaliar a ocorrência e suas implicações para saúde coletiva, deve-se confirmar o diagnóstico e orientar sobre as medidas de controle.

Diante da ocorrência de um caso novo de doença transmissível, a equipe assistencial deve investigar e avaliar o caso estabelecendo o seu significado real para população, informando por meio do Registro de Eventos de Saúde Pública – RESP (disponível em www.resp.saude.gov.br).

Recomenda-se que seja realizada a investigação epidemiológica com a gestante/puérpera, para todos os casos suspeitos de microcefalia e que todos eles sejam notificados e investigados em tempo oportuno.

Quando há suspeita de outros casos ocorridos, impõe-se a busca ativa das mulheres em idade fértil, das gestantes e de recém-nascidos, visando ao conhecimento, intervenção(ões) necessária(s) e disseminação das medidas de controle.

Como critério, para priorizar os casos a serem investigados, deve-se selecionar as gestantes e puérperas que apresentarem histórico de exantema durante a gestação.

Ressalta-se que, durante a investigação, o profissional da saúde solicite os dados da caderneta da gestante e, se for o caso, também da caderneta da criança para consultar os dados sobre o acompanhamento pré-natal e o nascimento registrados.

Orienta-se, ainda, a coleta de dados referentes à investigação de casos de microcefalia a partir de registros de serviços de saúde, como, por exemplo, prontuário único multidisciplinar e laudos emitidos por serviço de diagnóstico, caso a gestante ou puérpera não apresente dados necessários no momento da investigação.

Para maiores informações referentes à investigação epidemiológica acessar o “*Protocolo de Vigilância e Resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo Vírus Zika*” (disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/09/Microcefalia---Protocolo-de-vigil-ncia-e-resposta---vers--o-1----09dez2015-8h.pdf>).

9. NOTIFICAÇÃO

Após suspeita de caso de infecção por vírus Zika, deve ser realizada a notificação no Sistema Nacional de Agravos e Notificação – SINAN e o registro oportuno de casos de microcefalia no Registro de Eventos de Saúde Pública - RESP (disponível em www.resp.saude.gov.br). É fundamental notificar, para ativar o processo de investigação, visando a confirmar os casos, bem como subsidiar as ações de atenção à saúde.

Considerando que o surto de microcefalia relacionada ao vírus Zika é um evento incomum e inesperado, podendo apresentar impacto grave sobre a saúde pública, que as ações investigativas precisam ser realizadas com urgência e que o SINASC apresenta um tempo de atualização dos nascimentos de até 90 dias, faz-se necessário que os casos suspeitos sejam notificados imediatamente às autoridades de saúde e registrados em um instrumento de registro rápido, elaborado para consolidação e caracterização da emergência, o RESP (www.resp.saude.gov.br).

9.1 Registro de eventos de saúde pública referente às microcefalias

Todos os casos suspeitos de microcefalia relacionada ao vírus Zika devem ser registrados *pelos serviços públicos e privados de saúde* no formulário de Registro de Eventos de Saúde Pública (RESP – Microcefalias), on-line e disponível em <http://www.resp.saude.gov.br/microcefalia#/painel>.

Este formulário é composto por uma série de perguntas relacionadas à gestante ou puérpera, recém-nascido ou lactente, e contém informações sobre a gestação e o parto, dados clínicos e epidemiológicos e locais de ocorrência do parto.

Importante

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

FONTES BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica - Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 186 p.:il. (Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf).

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo de Vigilância e Resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo Vírus Zika. (Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/09/Microcefalia---Protocolo-de-vigil-ncia-e-resposta---vers--o-1----09dez2015-8h.pdf>).

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica, n. 39 – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. (Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_39.pdf).

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, nº 33 – Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272p. (Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf).

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, nº 32 -Atenção ao pré-natal de baixo risco.1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 318 p.: il. (Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf).

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 28 - Volume I: Acolhimento à demanda espontânea/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 56 p.: il. (Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf).

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II: Acolhimento à demanda espontânea: queixas

mais comuns na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 290 p.: il. (Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_28.pdf).

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 26 - Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 300 p.: il. (Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad26.pdf).

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde(SUS). (Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html).

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Nota Técnica nº 16, de 16 de junho de 2014. Disponível em http://www.sbp.com.br/src/uploads/2014/08/PortariaMS371-NotaTecnica_SAS16-em-10junho2014-Atendimento-RN-ao-nascimento.pdf).

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia Técnico: Teste Rápido de Gravidez na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 16 p. (Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/teste_rapido_gravidez_guiatecnico.pdf).

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à Saúde do Recém-Nascido - Guia para profissionais de Saúde - volume 1 2. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 4 v.: il. (Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf).

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e Departamento de Atenção Especializada. (Diretrizes da atenção triagem auditiva neonatal. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 32 p.: il. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_triagem_auditiva_neonatal.pdf).

Ministério da Saúde. Caderneta da Saúde da Criança – Menina. (Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/menina_final.pdf).

Ministério da Saúde. Caderneta da Saúde da Criança Menino. (Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menino.pdf).

Organización Mundial de La Salud. Patrones de crecimiento infantil. Perímetro cefálico para la edad. (Disponível em [http://www.who.int/childgrowth/standards/hc_para_edad/es/Acesso em 06 de dezembro de 2015](http://www.who.int/childgrowth/standards/hc_para_edad/es/Acesso_em_06_de_dezembro_de_2015)).

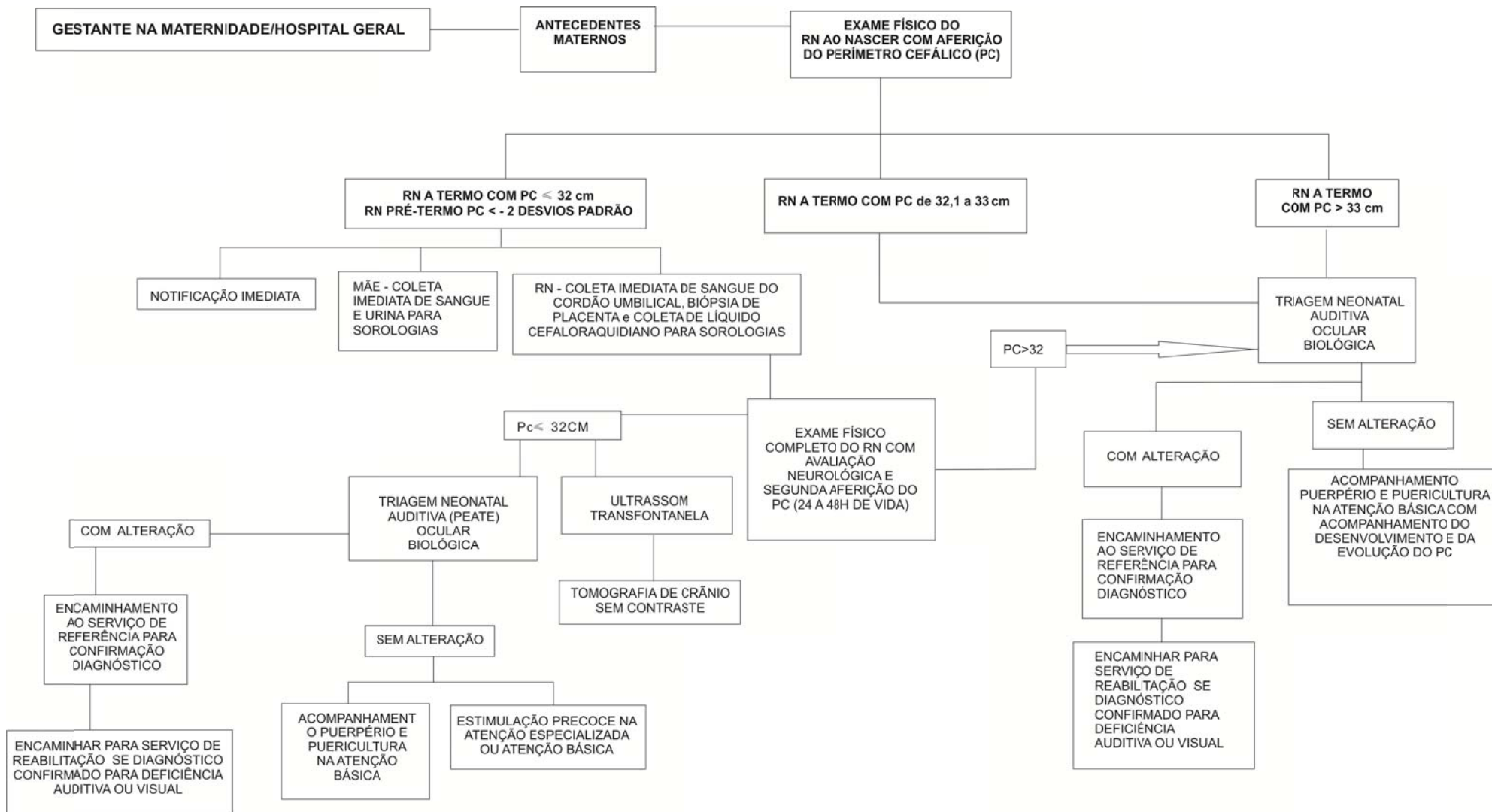
Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Epidemiológico para investigação de casos de microcefalia no estado de Pernambuco. Versão N° 02. Pernambuco: Secretaria Estadual de Saúde, 2015.42p. (Disponível em http://estaticog1.globo.com/2015/12/03/3293a8_cd11af48d2df47aeaf98b9dc1d757485.pdf).

Registro de Eventos de Saúde Pública - RESP – Microcefalias (Disponível em <http://www.resp.saude.gov.br/microcefalia#/painel>).

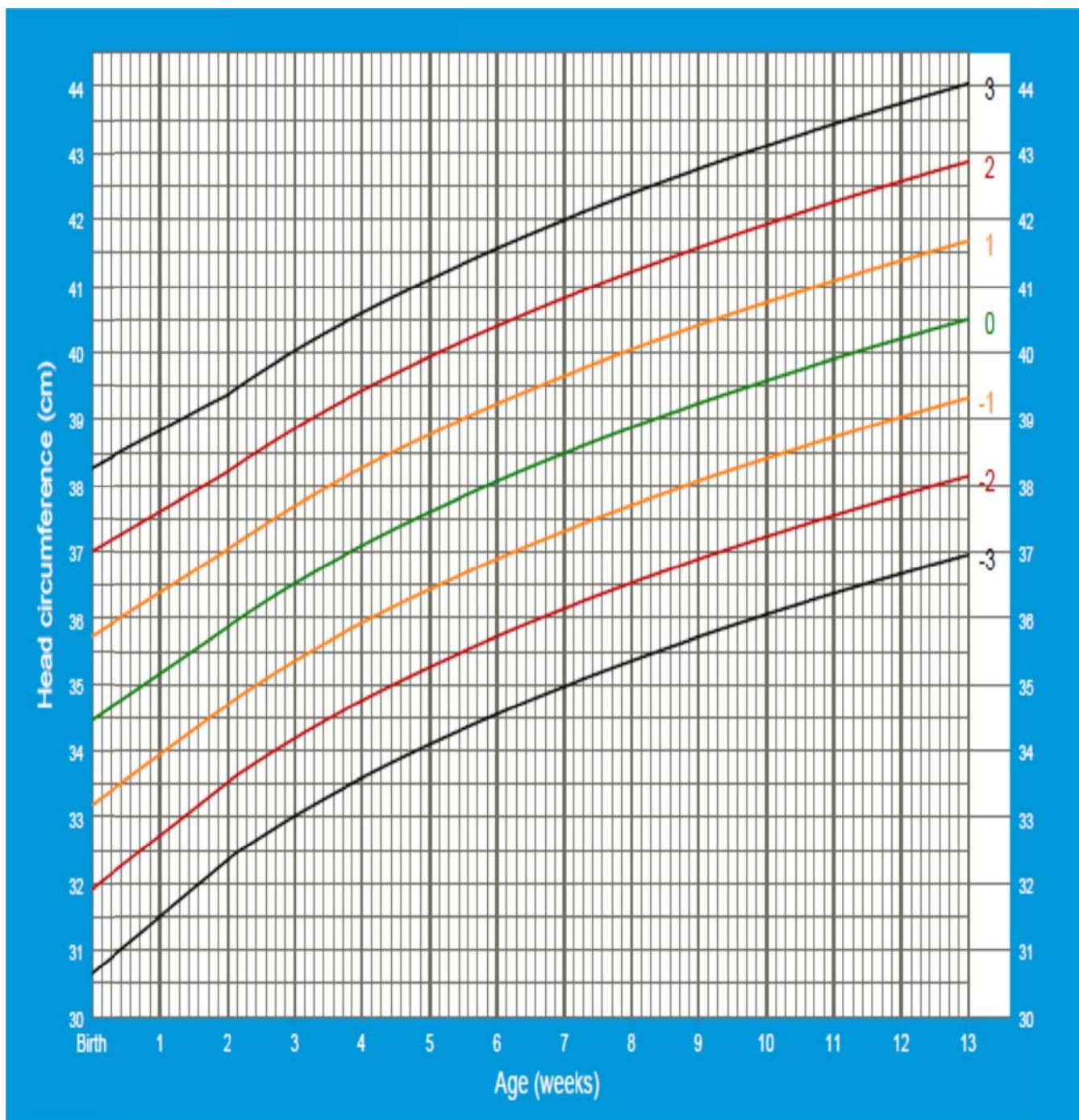
Anexo 1 – Fluxograma para gestante com exantema



Anexo 2 – Fluxograma para atendimento do recém-nascido



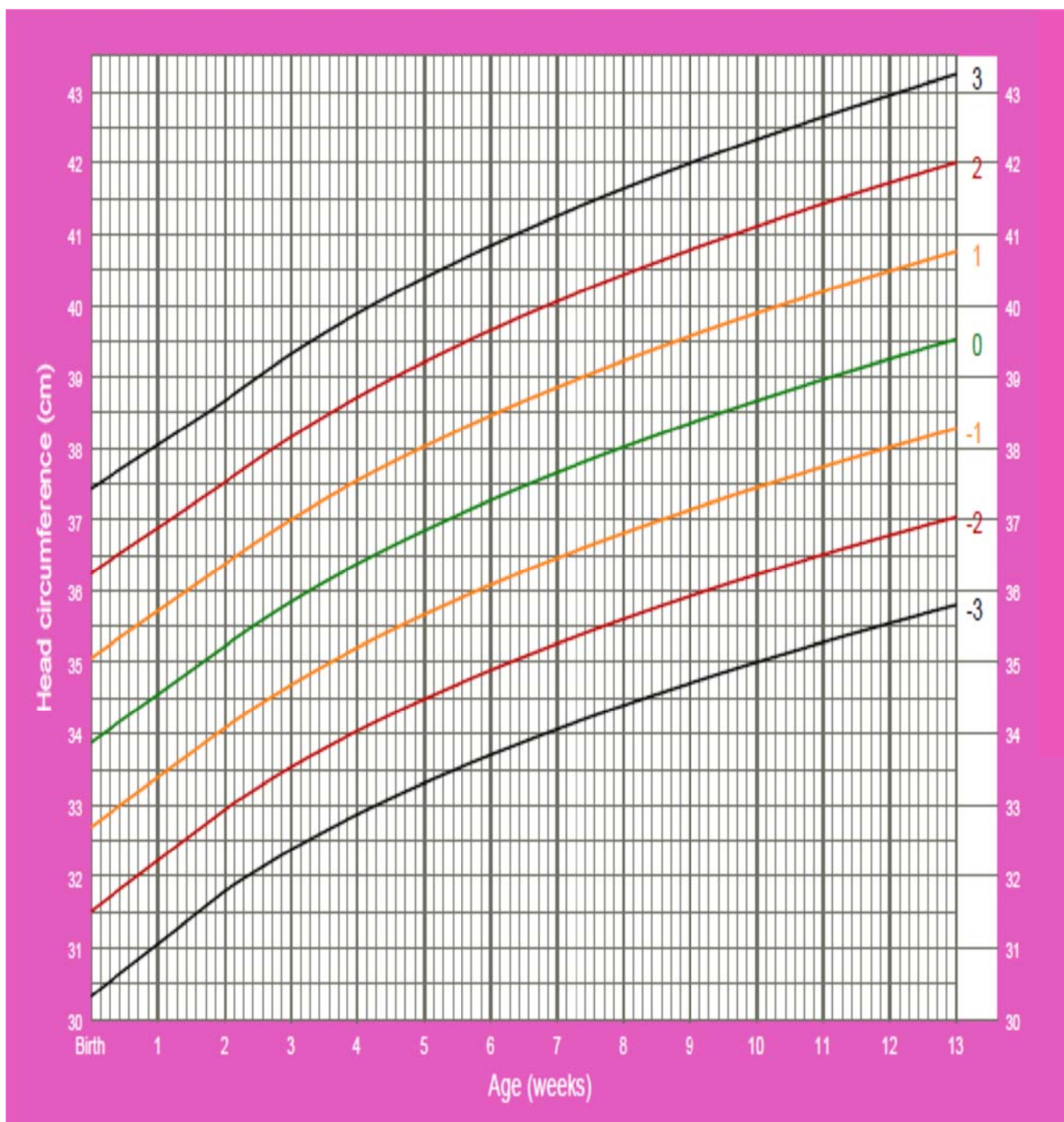
Anexo 3 – Padrões de crescimento da OMS para crianças - perímetro cefálico por idade meninos (Z score-nascidos até 13 semanas)



Fonte: WHO Child Growth Standards. (Disponível em:

http://www.who.int/childgrowth/standards/second_set/cht_hcfa_boys_z_0_13.pdf?ua=1

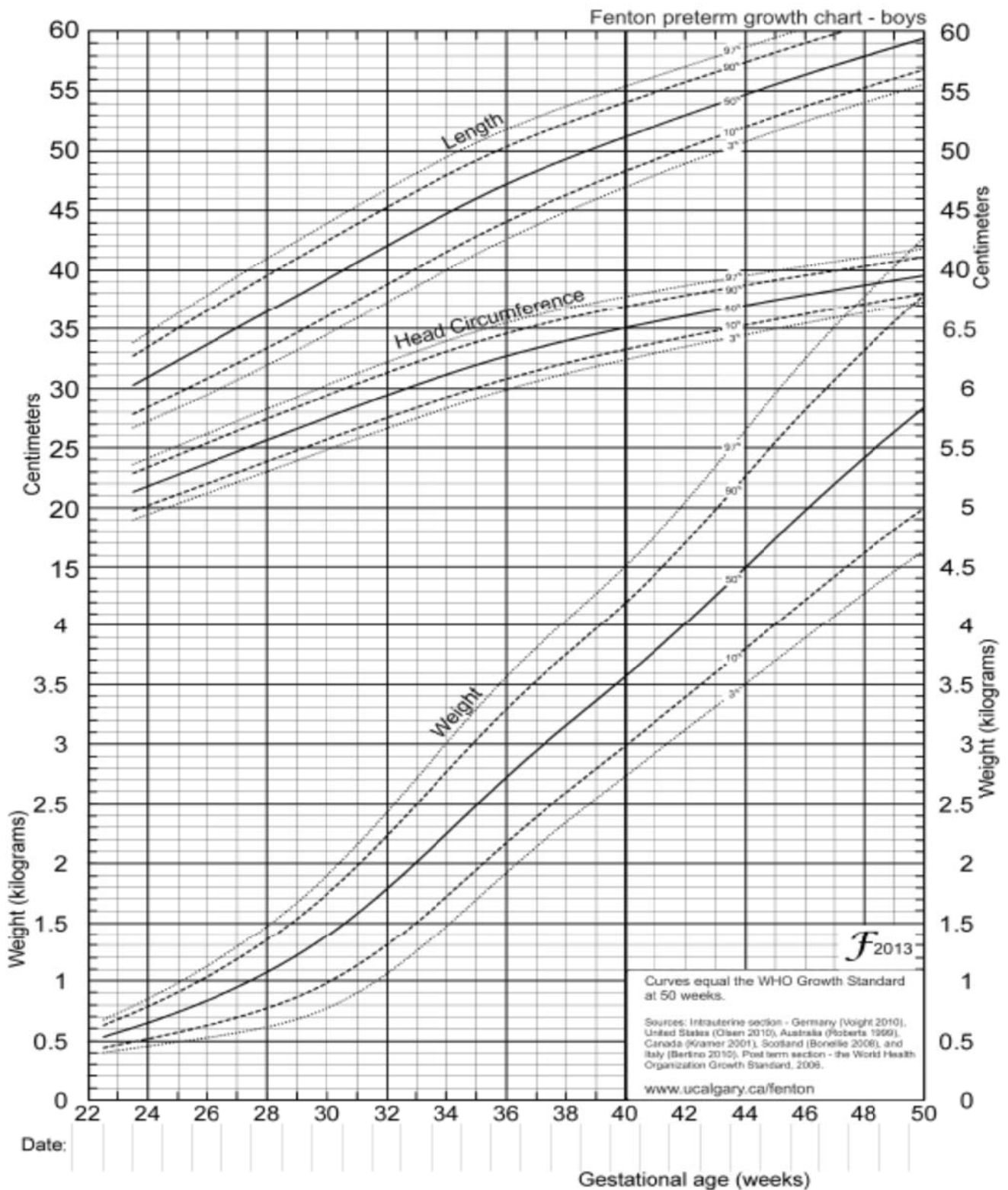
Anexo 4 – Padrões de crescimento da OMS para crianças - perímetro cefálico por idade meninas (Z score-nascidos até 13 semanas)



Fonte: WHO Child Growth Standards. (Disponível em:

http://www.who.int/childgrowth/standards/second_set/cht_hcfa_girls_z_0_13.pdf)

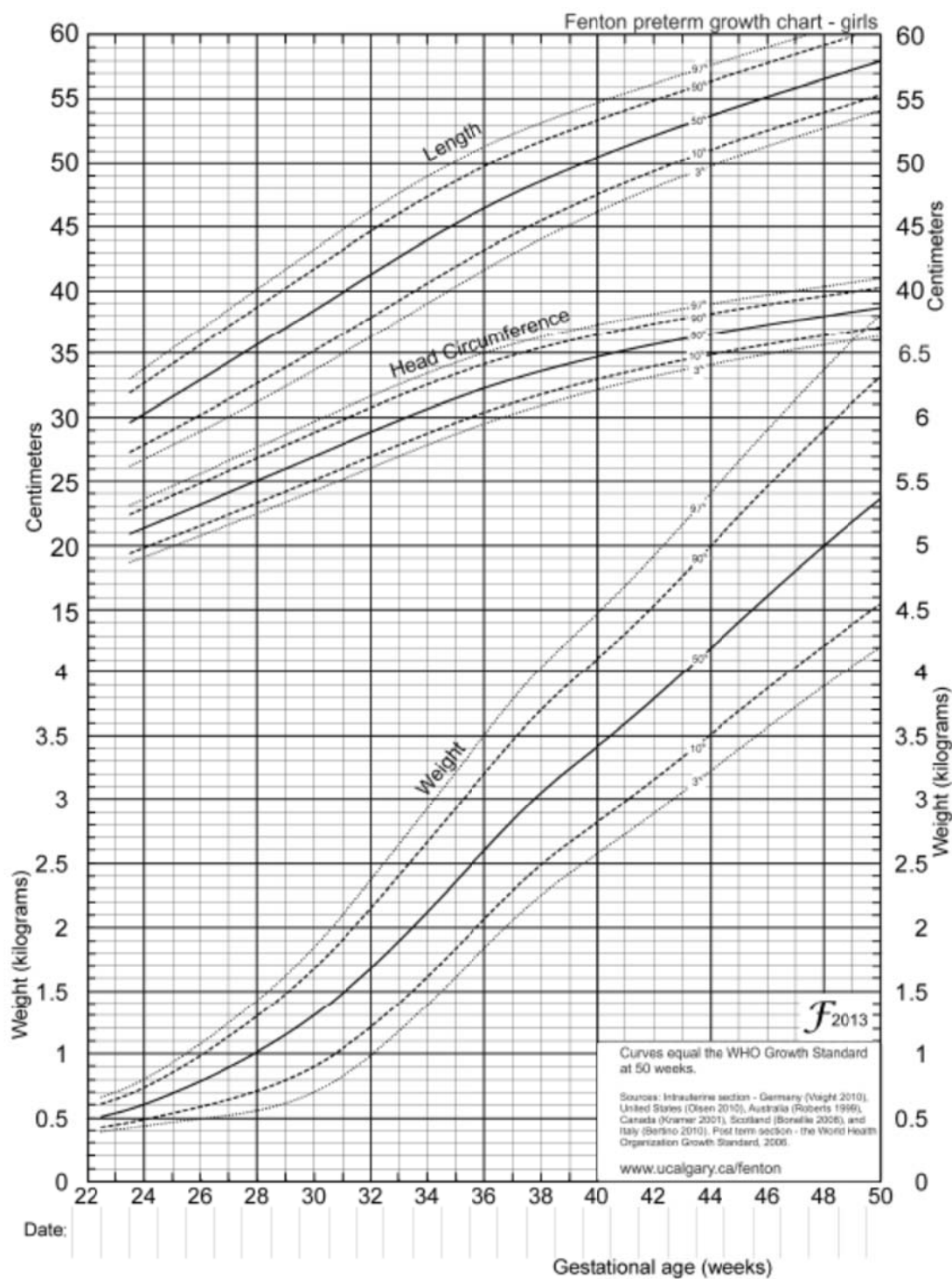
10. Anexo 5 – Curva de Fenton para meninos



Fonte: University of Calgary. (Disponível em:

<http://ucalgary.ca/fenton/files/fenton/fenton2013growthchartboys.pdf>

Anexo 6 - Curva de Fenton para meninas



Fonte: University of Calgary. (Disponível em:

<http://ucalgary.ca/fenton/files/fenton/fenton2013growthchartgirls.pdf>