



NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 020/2015/FVS-AM/SEMSA MANAUS

ASSUNTO: NOTIFICAÇÃO IMEDIATA DE MICROCEFALIA PELAS MATERNIDADES.

1. **CONSIDERANDO** que o Ministério da Saúde notificou a ocorrência de 399 casos de microcefalia em recém nascidos de sete (7) Estados da região Nordeste;
2. **CONSIDERANDO** que a microcefalia não é um agravo novo e que se trata de uma malformação congênita, em que o cérebro não se desenvolve de maneira adequada, sendo que a média de casos informados no Amazonas, nos últimos 5 anos, pelo sistema SINASC é de **três** casos ao ano, variando de um a cinco casos;
3. **CONSIDERANDO** que o aumento desta ocorrência pode ser explicado por diversos motivos, tanto por infecções congênitas (aquelas transmitidas pela mãe ao filho durante a gravidez), quanto por outras causas não infecciosas especialmente no primeiro trimestre da gravidez, período crucial para o desenvolvimento do cérebro do bebê;
4. **CONSIDERANDO AINDA**, a necessidade de detecção precoce dos casos de **Microcefalia**, e por se tratar de um evento inusitado (alteração do padrão da ocorrência de registros de microcefalia em recém-nascidos).
5. **Diante do exposto**, a FVS-AM e a SEMSA Manaus, em parceria com as instituições envolvidas na resposta a esse evento, estabelecem o **Monitoramento** para apoio à investigação clínica e epidemiológica e acompanhamento dos casos de microcefalia.

6. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

6.1 DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO

- Todo Recém-nascido, entre 37 e 42 semanas de gestação, com perímetro cefálico aferido ao nascimento igual ou menor que 33 cm, OU
- Recém-nascido, menor que 37 semanas de gestação, com perímetro cefálico aferido ao nascimento, menor ou igual que o percentil 3 (dois desvios padrão).

6.2 FLUXO DE INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA

MATERNIDADE

Notificar imediatamente ao CIEVS–Manaus, todos os casos que atendam a definição descrita acima, **CIEVS Manaus**: 3216-7737, 3214-7711 ou 98118-4361 (Marinéia Ferreira);

Preencher a ficha de Notificação de Ocorrência de Microcefalia (anexa);

Coletar exames laboratoriais (sangue e urina) e tomografia computadorizada sem contraste do recém-nascido e da puérpera, coletar sangue (soro); e,

Encaminhar os recém-nascidos estáveis com microcefalia, conforme definição de caso suspeito, para os Ambulatórios de seguimento do bebê de risco, para acompanhamento.

Manaus, 24 de novembro de 2015


Dr. Bernardino Cláudio de Albuquerque
Diretor-Presidente da FVS-AM


Dr. Homero de Miranda Leão Neto
Secretário Municipal de Saúde de Manaus

Figura 10. Formulário de registro para preencher a mão antes de digitar (www.resp.saude.gov.br)

REGISTRO DE EVENTOS EM SAÚDE PÚBLICA - RESP | SUS | Ministério da Saúde | BRASIL
MICROCEFALIAS

NOTIFICAÇÃO DE OCORRÊNCIA DE MICROCEFALIA

DEFINIÇÃO:

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

OU

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

1. DATA DA NOTIFICAÇÃO: ____/____/____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE OU PUÉRPERA

2. NOME DA MÃE: _____

3. NÚMERO DO PRONTUÁRIO: _____

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

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

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

7. IDADE DA MÃE: _____

8. UF DE RESIDÊNCIA: _____

9. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____

10. BAIRRO: _____

11. CEP: _____

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

13. NÚMERO: _____

14. PONTO DE REFERÊNCIA: _____

15. TELEFONE DDD: _____

16. TELEFONE: _____ - _____

IDENTIFICAÇÃO RECÉM-NASCIDO OU LACTENTE

17. NOME DO RN OU LACTENTE: _____

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

19. DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

20. PESO (GRAMA): _____

21. COMPRIMENTO (CM): _____

22. NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO: _____

23. NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO: _____

GESTAÇÃO E PARTO

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

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

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

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

28. PERÍMETRO CEFÁLICO (CM) – TERMO: _____

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

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

DADOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DA MÃE

31. APRESENTOU FEBRE DURANTE A GESTAÇÃO:
[] SIM [] NÃO
[] NÃO SABE
32. APRESENTOU EXANTEMA DURANTE A GESTAÇÃO:
[] 1. SIM, NO 1º TRIMESTRE [] 2. SIM, NO 2º TRIMESTRE [] 3. SIM, NO 3º TRIMESTRE [] 4. SIM, MAS NÃO LEMBRA A DATA OU PERÍODO GESTACIONAL [] 5. NÃO APRESENTOU EXANTEMA [] NÃO SABE
33. REALIZOU EXAME PARA, PELO MENOS, UM DOS STORCH (SÍFILIS, TOXOPLASMOSE, OUTROS RUBÉOLA, CITOMEGALOVÍRUS E HERPES VÍRUS) NA GESTAÇÃO OU PÓS-PARTO:
[] 1. SIM [] 2. NÃO [] 3. NÃO SABE
34. REALIZOU EXAME PARA DENGUE, CHIKUNGUNYA OU ZIKA VÍRUS, NA GESTAÇÃO OU PÓS-PARTO:
[] 1. SIM [] 2. NÃO [] 3. NÃO SABE

LOCAL DE OCORRÊNCIA DO PARTO/MATERNIDADE

35. CÓDIGO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (CNES): _____ 36. UF: _____ 37. MUNICÍPIO: _____
38. ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (HOSPITAL, MATERNIDADE ETC):

39. ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO (RUA, TRAVESSA, AV, BAIRRO ETC.):

40. TELEFONE DDD: _____ 41. TELEFONE: _____ - _____

DADOS DO NOTIFICADOR

42. NOME DO NOTIFICADOR: _____
43. E-MAIL: _____
44. TELEFONE DDD: _____ 45. TELEFONE: _____ - _____

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

INSTRUÇÃO: informe o resultado dos exames laboratoriais realizados para STORCH (sífilis, toxoplasmoze, outras doenças infecciosas, rubéola, citomegalovirus ou herpes virus); informe se foi testado para dengue, chikungunya ou zika virus; se o médico suspeitou clinicamente de zika virus ou outras infecções durante a gestação; se usou medicamentos durante a gestação - quais; se é usuária de drogas - quais e frequência; conclusão do laudo de exames de imagem (ultrassom, ressonância, tomografia) e informe se há presença de calcificações na imagem ou outra informação relevante.

46. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES