



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO À SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR
CENTRO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE – CIEVS MINAS

NOTA TÉCNICA N. 01/2016/CIEVS-MINAS/SUB.VPS/SES-MG

ORIENTAÇÕES PARA NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO DE MICROCEFALIA E /OU ALTERAÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL (SNC) NA GESTAÇÃO, PARTO E PÓS- PARTO

OBJETIVO: Atualizar procedimentos técnicos para notificação/investigação da microcefalia e/ou alterações do SNC na gestação, parto e pós-parto em Minas Gerais.

As informações contidas nesta Nota Técnica alteram algumas orientações do Manual Técnico de Atenção à Saúde e Resposta aos Casos de Infecção pelo Vírus Zika em Gestantes, Fetos e Recém-Nascidos, versão 1.0, março/2016, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

NOTIFICAÇÃO

Notificar, **DE FORMA IMEDIATA**, caso suspeito de microcefalia e/ou alteração do SNC na gestação, parto e pós-parto*, relacionados às infecções congênicas (Z STORCH: vírus Zika, sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes vírus) de acordo com a portaria GM/MS nº 204 de 17 de fevereiro 2016 (ESPIN: evento de saúde pública de importância nacional).

*Definições operacionais para notificação/investigação estão no Protocolo de Vigilância e Resposta a Ocorrência de Microcefalia e/ou Alterações do SNC, MS/SVS versão 2, 10/03/2016.p 19 a 23.

O QUE NOTIFICAR

- ✓ Feto com alteração no SNC sugestiva de infecção congênita
- ✓ Microcefalia
- ✓ Criança com alteração do SNC sugestivo de infecção congênita
- ✓ Natimorto com suspeita de infecção congênita
- ✓ Abortamentos sugestivos de infecção congênita

OBS: NÃO REGISTRAR GESTANTES NO RESP E NÃO REGISTRAR RECÉM NASCIDOS NO SINAN

ONDE NOTIFICAR

A notificação compulsória será realizada pelos profissionais de saúde, serviços públicos e privados que prestam assistência ao paciente.

Deverá ser preenchido o **Formulário RESP (Registro de Eventos em Saúde Pública)**, disponível no endereço eletrônico <http://resp.saude.gov.br/microcefalia#/painel>.

PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO RESP

O Formulário RESP é composto de informações de identificação da gestante e RN, gestação e parto, dados clínicos e epidemiológicos, exames de imagem, local de ocorrência e observações importantes do evento e identificação do notificador. **Os campos com asterisco (*) são de preenchimento obrigatório.**



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO À SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR
CENTRO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE – CIEVS MINAS

Uma cópia do RESP, gerada ao término do preenchimento e formato PDF, deverá ser salva e encaminhada à autoridade de saúde municipal, **de forma imediata** (em até 24 horas) pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente.

Com a cópia do RESP deverão ser enviados (digitalizados):

- ✓ Resultados de exames da gestante: STORCH no pré-natal: sífilis (inclusive teste rápido no parto), rubéola, toxoplasmose, citomegalovírus (CMV) e herpes vírus. São considerados imprescindíveis os exames de sífilis, toxoplasmose e CMV.
- ✓ Resultado de exames para Zika, Dengue e Chickungunya
- ✓ Resultados de Ultrassonografias gestacionais
- ✓ Resultados de exames do recém-nascido: STORCH e exames de imagem.

A autoridade de saúde municipal deverá encaminhar cópia do RESP e das informações adicionais à instância regional de saúde de sua jurisdição (GRS/SRS) e ao Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS-MINAS) em até 24 (vinte e quatro) horas, a partir do recebimento da notificação do caso, de acordo com o estabelecido na portaria GM/MS nº 204 de 17 de fevereiro 2016.

NOTIFICAÇÃO AO CIEVS-MINAS: notifica.se@saude.mg.gov.br

REFERÊNCIAS:

- Formulário RESP. Disponível em: <http://www.resp.saude.gov.br/microcefalia#/painel>. Acesso em 24 de outubro de 2016.
- Protocolo de Vigilância e Resposta à Ocorrência de Microcefalia e/ou Alterações do Sistema Nervoso Central (SNC). Disponível em: <http://combateaedes.saude.gov.br/images/sala-de-situacao/Microcefalia-Protocolo-de-vigilancia-e-resposta-10mar2016-18h.pdf>. Acesso em 24 de outubro de 2016.
- Manual Técnico de Atenção à Saúde e Resposta aos Casos de Infecção pelo Vírus Zika em Gestantes, Fetos e Recém-Nascidos, versão 1.0, março/2016, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/page/1573-acoes-assistenciais-educacionais-e-de-vigilancia-zika>. Acesso em 24 de outubro de 2016.
- CIEVS MINAS – Centro de informações Estratégicas em Vigilância em Saúde – Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.
- Portaria 204 de 17 de fevereiro de 2016. Disponível em: http://bvsmg.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html. Acesso em 24 de outubro de 2016.



FLUXOGRAMA PARA NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO DE CASO DE MICROCEFALIA E/OU ALTERAÇÃO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL (SNC) NO RECÉM NASCIDO , GESTAÇÃO, PARTO E PÓS-PARTO



Legenda

- Z STORCH: Zika, Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes vírus
- USTF: Ultrassom Transfontanela; TCC: tomografia

FORNE: CIEVS- MINAS 2016



Registro de casos de Microcefalia e/ou alteração do sistema nervoso central (SNC)

Data da notificação *

Notificação de * :

Segundo definição vigente nos protocolos disponíveis no site www.saude.gov.br

Dados para identificação da gestante ou puérpera

Informe os dados sobre a gestante ou puérpera para que a vigilância possa realizar a investigação com o instrumento detalhado.

Nome da gestante/mãe: *

Número do Prontuário da gestante/mãe:

Tipo de documento: *

Número do Cartão SUS, CPF ou RG * : Obs.: se não tiver documento coloque 0 em todo o campo

Data de Nascimento da gestante/mãe: Obs.: se não souber coloque a data 31/12/2015

Idade da gestante/mãe: Obs. * : se não tiver documento coloque 99 em todo o campo.

Raça/cor da gestante/mãe * :

Dsei

Etnia

UF de residência da gestante/mãe * :

Município de Residência da gestante/mãe * :

Bairro:

CEP:

Logradouro (Rua, Avenida) * :

Número * :

Ponto de referência:



DDD * :

Número de contato (fixo ou celular):

Identificação do nascido vivo

Campos exclusivos para registro de nascido vivo. Se gestante, selecione não se aplica (NA) para as questões abaixo.

Nome do recém-nascido ou lactente * :

Obs.: se não nasceu ou não tiver nome, marcar opção ao lado (checkbox)

Sexo * :

Obs: se não nasceu selecione "IGNORADO"

Data de Nascimento:

Peso (em gramas)

Comprimento (em centímetros)

Número da declaração de nascido vivo - DNV

Gestação e Parto

Informações sobre a identificação da microcefalia durante a gestação ou no pós-parto.

Tipos de alteração congênita * :

-- Selecione -- Quando foi detectada a alteração congênita * :

Idade gestacional na detecção da microcefalia (em semanas) * :

Obs.: pode ser ainda na gestação ou momento do parto. Caso não tenha microcefalia digite "99"

Tipo de gravidez * :

Classificação do nascido vivo ou natimorto * :

Perímetro cefálico (PC) (em centímetros com uma casa decimal) Registre o perímetro cefálico incluindo a decimal (exemplo: 31,5). Obs.: se não tiver a informação colocar 99,9.



Circunferência Craniana (se detectado no intraútero) em centímetros incluindo a decimal (exemplo: 28,5) Deixar em branco, caso não tenha realizado exame de imagem durante a gestação

Dados Clínicos e epidemiológicos da mãe/gestante

Informe abaixo se durante a gestação ou no pós-parto imediato a mãe cumpre as seguintes condições

Data provável de Início de Sintomas:

Apresentou Febre durante a gestação * :

Obs.: especialmente nos primeiros meses de gestação.

Apresentou exantema durante a gestação, informe o primeiro período da ocorrência * :

Marque outros sinais/sintomas que apresentou durante a gestação:

-- Selecione -- Realizou exame laboratorial para, pelo menos, um dos STORCH, na gestação ou pós-parto * :

(Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes vírus). Obs.: se tiver realizado, informe os resultados nas

Observações Gerais

Resultado de exames para Sífilis * :

Resultado de exames para Toxoplasmose * :

Histórico de infecção recente por outros arbovírus * :

Realizou exame para vírus Zika * :

Para vírus Zika vírus pode ser confirmação clínico-epidemiológica realizada pelo médico assistente

Resultado de exames para vírus Zika * :

Possui histórico de malformação congênita na família * :

Exames de Imagem

Dados da Ultrassonografia (na gestação) * :

Data da Ultrassonografia



Descreva as demais informações relativas à Ultrassonografia

Dados da Ultrassonografia Transfontanela *:

Data da Ultrassonografia Transfontanela

Descreva as demais informações relativas à Ultrassonografia Transfontanela

Dados da Tomografia Computadorizada *:

Data da Tomografia Computadorizada

Descreva as demais informações relativas à Tomografia

Dados da Ressonância Magnética *:

Data da Ressonância Magnética

Descreva as demais informações relativas à Ressonância

Local de ocorrência

Dados do estabelecimento de saúde.

Código do estabelecimento de saúde (CNES)Obs.; se não souber, deixe em branco.

UF *:

Município *:

Estabelecimento de saúde *:



Obs.: local de ocorrência do parto ou maternidade

Endereço do estabelecimento (logradouro e número)*:

DDD:

Número de contato (fixo ou celular):

Observações

Observações: instrução: informe o resultado dos exames laboratoriais realizados para storch (sífilis, toxoplasmose, outras doenças infecciosas, rubéola, citomegalovírus ou herpes vírus); informe se foi testado para dengue, chikungunya ou zika vírus; se o médico suspeitou clinicamente de zika vírus ou outras infecções durante a gestação; se usou medicamentos durante a gestação - quais; se é usuária de drogas - quais e frequência; conclusão do laudo de exames de imagem (ultrassom, ressonância, tomografia) e informe se há presença de calcificações na imagem ou

outra informação relevante.

Evolução

Óbito:

Número da Declaração de Óbito - Deixar em branco, caso ainda esteja na gestação

Data de Óbito

Notificador

Informe seus dados para que a equipe da vigilância em saúde possa entrar em contato com você.

Nome do notificador*:

E-mail do notificador*:

Telefone de contato do notificador (fixo ou celular)*:

Salvar