

Nota Técnica Conjunta¹ SESA nº03/2017 – Orientações Integradas de Vigilância e Atenção à Saúde relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas.

Considerando,

- A Nota Técnica SESA/SAS nº01 de 02/12/2015 que orienta às Equipes de Saúde sobre Microcefalia;
- O *Protocolo de Vigilância e Resposta à ocorrência de Microcefalia e suspeita de infecção congênita pelo vírus Zika no Estado do Paraná*, de 07/03/2016 da SESA/SVS;
- A Nota Técnica SESA/SAS nº 02 de 16/05/2016 que garante a atenção à saúde global e a proteção social da criança com microcefalia;
- O manual da MS/SVS de 10/05/2017 sobre *Orientações Integradas de Vigilância e Atenção à Saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional* disponível no endereço: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/12/orientacoes-integradas-vigilancia-atencao.pdf>;
- A Portaria MS nº 1.682 de 30/07/2017 que declara o encerramento da emergência em Saúde Pública de importância Nacional por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil e desativa o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública.

A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná elaborou a Nota Técnica Conjunta nº03/2017 SESA/SAS/SVS com o objetivo de divulgar os dados estaduais e estabelecer os procedimentos integrados da vigilância e da atenção à saúde na identificação no pré-natal, parto, puerpério e na puericultura de complicações relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas.

1. Infecções Congênitas

Até 2015, os patógenos mais frequentemente relacionados às infecções uterinas eram a bactéria *Treponema pallidum* que causa a sífilis (S), o protozoário *Toxoplasma gondii* que causa a toxoplasmose (TO) e o vírus da rubéola (R), citomegalovírus (C), vírus herpes simplex (H), compondo o acrônimo STORCH. Este foi ampliado para STORCH+ZIKA, no final do referido ano, devido à associação de malformações congênitas com a epidemia do vírus Zika no Brasil.

Quando a gestante é infectada pelo vírus Zika poderá ocorrer transmissão viral para o feto e resultar em aborto espontâneo, óbito fetal ou anomalias congênitas. Além da microcefalia congênita, pode ocorrer desproporção craniofacial, espasticidade, convulsões, irritabilidade, disfunção do tronco encefálico, como

1 – SAS /DAPS/ DVSCA/ DVASM/ DVPCD/ SVS/ DVDTV/ LACEN

problemas de deglutição, contraturas de membros, anormalidades auditivas e oculares, além de anomalias cerebrais detectadas por neuroimagem entre neonatos que foram expostos ao vírus Zika durante a gestação sendo denominado de **Síndrome Congênita do vírus Zika** (Pág. 15-16 *Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional*).

Assim, faz-se necessário o monitoramento integrado de malformações congênicas relacionadas às doenças transmissíveis durante a gestação.

2. O que deve ser notificado como **CASO SUSPEITO de Síndrome Congênita do vírus Zika?**

CASO SUSPEITO	CRITÉRIO ANTROPOMÉTRICO	CRITÉRIO CLÍNICO OU IMAGEM	CRITÉRIO LABORATORIAL
RECÉM- NASCIDO COM ATÉ 48 HORAS DE VIDA, que se enquadre em <u>um ou mais</u> dos seguintes critérios	-Perímetro cefálico < - 2 desvios-padrão, segundo a tabela Intergrowth. ¹	-Desproporção craniofacial. - Artrogripose. -Ecografia fetal com alteração do Sistema Nervoso Central (SNC). ²	-
RECÉM- NASCIDO APÓS AS PRIMEIRAS 48H DE VIDA ou CRIANÇA, que se enquadre em <u>um ou mais</u> dos seguintes critérios	PRÉ-TERMO (Idade gest. < 37sem) -Perímetro cefálico < - 2 desvios-padrão, segundo a tabela Intergrowth. ¹ A TERMO ou PÓS-TERMO (Idade gest. ≥37sem) -Perímetro cefálico < - 2 desvios-padrão, segundo a tabela OMS. ³	-Desproporção craniofacial. -Artrogripose. -Persistência de duas ou mais manifestações neurológicas, visuais ou auditivas ³ quando não houver outra causa conhecida. -Duas ou mais manifestações neurológicas, visuais ou auditivas ² , mesmo não persistentes, com histórico materno suspeito/confirmado para STORCH+Zika durante a gestação.	-
FETO com suspeita de síndrome congênita	-	-Exame de imagem com presença de calcificações cerebrais e/ou alterações ventriculares. -Exame de imagem com pelo menos dois dos sinais mais frequentes, segundo tabela de referência. ³	-Fetos submetidos à cirurgia fetal para correções de malformações congênicas com resultado laboratorial positivo ou reagente para STORCH+Zika.

1. Pág. 120-131: *Orientações Integradas de Vigilância e Atenção à Saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional*

2. Pág. 117-119: *Orientações Integradas de Vigilância e Atenção à Saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional*

3. Pág. 132-133: *Orientações Integradas de Vigilância e Atenção à Saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional*

3. O que deve ser notificado como **ÓBITO SUSPEITO de Síndrome Congênita do vírus Zika?**

ÓBITO SUSPEITO	CRITÉRIO ANTROPOMÉTRICO	CRITÉRIO CLÍNICO OU IMAGEM	CRITÉRIO LABORATORIAL
ABORTO ESPONTÂNEO até a 22ª semana gestacional	-	- Relato de exantema e/ou febre sem causa definida durante a gestação. -Ecografia fetal prévia ao abortamento apresentando alterações, conforme tabela de referência). ¹	-Gestante com resultado laboratorial positivo ou reagente para STORCH+Zika, realizado durante a gestação OU nas primeiras 48 h após o abortamento OU quando do atendimento médico para esta situação.
ÓBITO FETAL ou NATIMORTO	- Perímetro cefálico ≤ -2 desvios-padrão , segundo a tabela Intergrowth ² , obtido durante a gestação por meio de ecografia ou mensurado logo após o parto.	-Desproporção craniofacial. -Artrorribose. -Relato de exantema e/ou febre sem causa definida durante a gestação.	-Gestante com resultado laboratorial positivo ou reagente para STORCH+Zika, realizado durante a gestação OU nas primeiras 48 h após o parto.
ÓBITO NEONATAL PRECOCE (até o 7º dia de vida)	-	-Relato de exantema e/ou febre sem causa definida durante a gestação.	-Gestante com resultado laboratorial positivo ou reagente para STORCH+Zika, realizado durante a gestação OU nas primeiras 48 h após o parto.

1. Pág. 117-119: *Orientações Integradas de Vigilância e Atenção à Saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional.*
2. Pág. 120-131: *Orientações Integradas de Vigilância e Atenção à Saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional.*

4. Qual é o LOCAL de REGISTRO DAS NOTIFICAÇÕES?

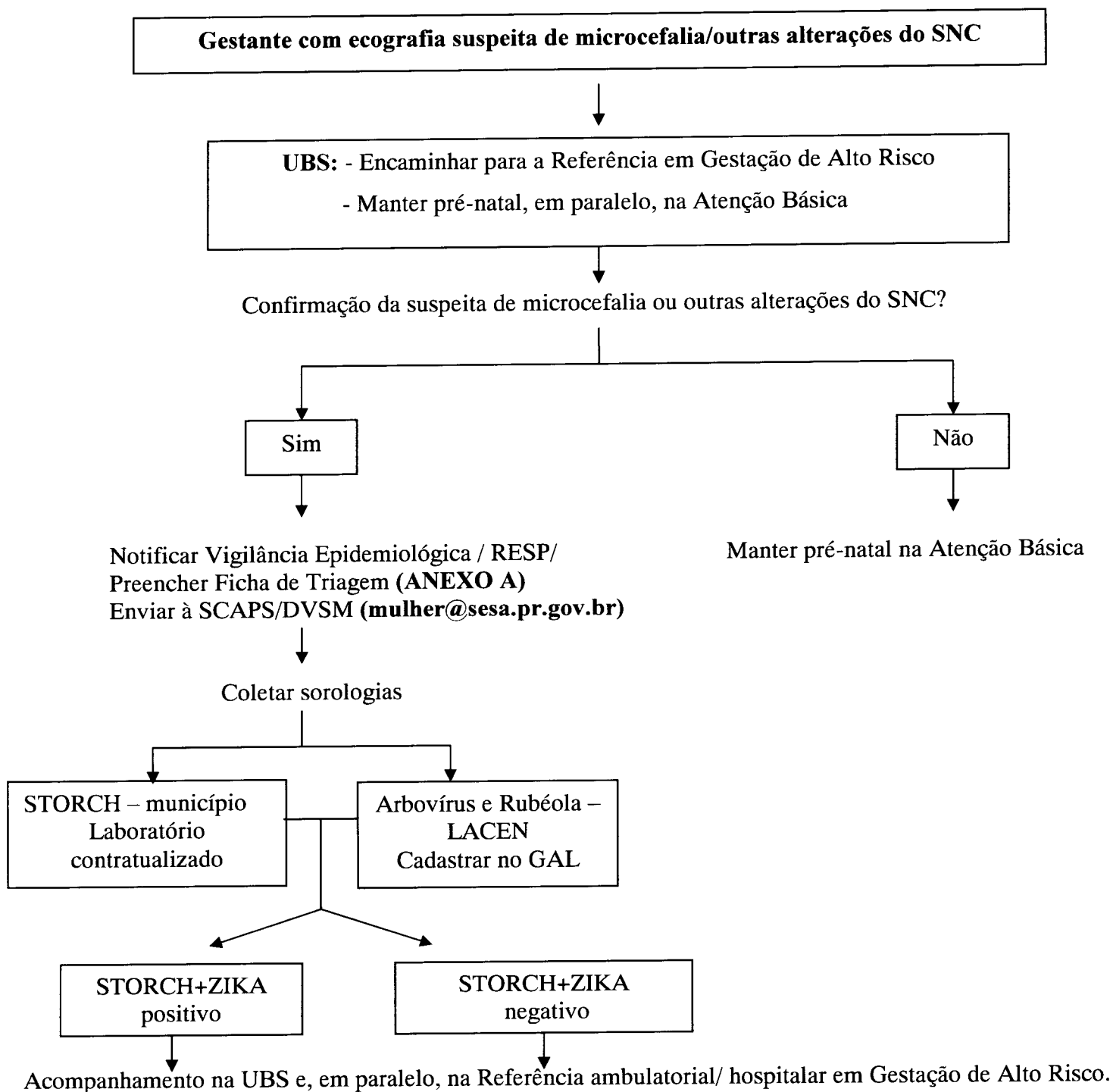
Todos os casos ou óbitos suspeitos deverão ser notificados no formulário eletrônico RESP (Registro de Eventos de Saúde Pública), disponível no endereço: <http://www.resp.saude.gov.br>.

5. Como será realizada a investigação de CASOS e ÓBITOS?

Todo o processo de investigação clínica e de imagem dos casos e óbitos suspeitos está contido no capítulo 4 (pág. 28-39) do Manual de *Orientações Integradas de Vigilância e Atenção à Saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional.*

Quanto à investigação laboratorial, o fluxo deverá ser seguido conforme as especificações de cada situação conforme quadros I, II, III (páginas 09-13) contidos no *Protocolo de Vigilância e Resposta à ocorrência de Microcefalia e suspeita de infecção congênita pelo vírus Zika no Estado do Paraná*, de 07/03/2016 da SVS/SESA. Obs.: As amostras biológicas encaminhadas para pesquisa no Lacen/PR deverão ser identificadas no cadastro do GAL: “**caso suspeito em Gestante**”.

7. Quais são os fluxos de investigação/atendimento para os casos suspeitos?



Recém-Nascido ou Criança com microcefalia/outras alterações do SNC

UBS/ Serviço de Saúde:

- Notificar RESP / Preencher a Ficha de Triagem (ANEXO A)
- Enviar à SCAPS/ DVSCA (crianca.adolescente@sesa.pr.gov.br)
- Encaminhar para o Ambulatório da Rede Mãe Paranaense ou Referência hospitalar

Macro Norte:
Hospital Universitário
de Londrina
(HU – UEL).

Macro Noroeste:
Hospital Universitário
de Maringá (HUM).

Macro Oeste:
Hospital Universitário
de Cascavel (HUOP).

Macro Leste:
- Hospital Infantil
Waldemar Monastier;
- Hospital Infantil
Pequeno Príncipe.

**UBS/ Serviço
de Referência**

- Anamnese e Exame Físico / -Triagem Neonatal
- Coletas de exames laboratoriais (STORCH município/ Arbovírus (LACEN)
- Exames de Imagem (Ecografia cerebral OU Tomografia de Crânio)
- Fundoscopia (Fundo de Olho)
- Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE/BERA)

Seguimento

**Atenção Especializada em
Ambulatório da Rede
Mãe Paranaense**

- Emissão de Laudo Médico Circunstanciado (LMC)

1ª via: Entregue ao responsável legal pela criança;
2ª via: Encaminhar à DVSCA (crianca.adolescente@sesa.pr.gov.br)

Atenção Básica

- Puericultura
- NASF
- Ponto de Atenção em Reabilitação
Intelectual

- Consolidar dados de Puericultura
no Instrumento de Monitoramento
(ANEXO B)
- Envio mensal p/ SCAPS

Ponto de Atenção Reabilitação Intelectual

- Relatório de estimulação precoce (ANEXO C)
- Envio mensal p/ SCAPS

8. Como realizar o CUIDADO INTEGRAL à saúde dos casos notificados?

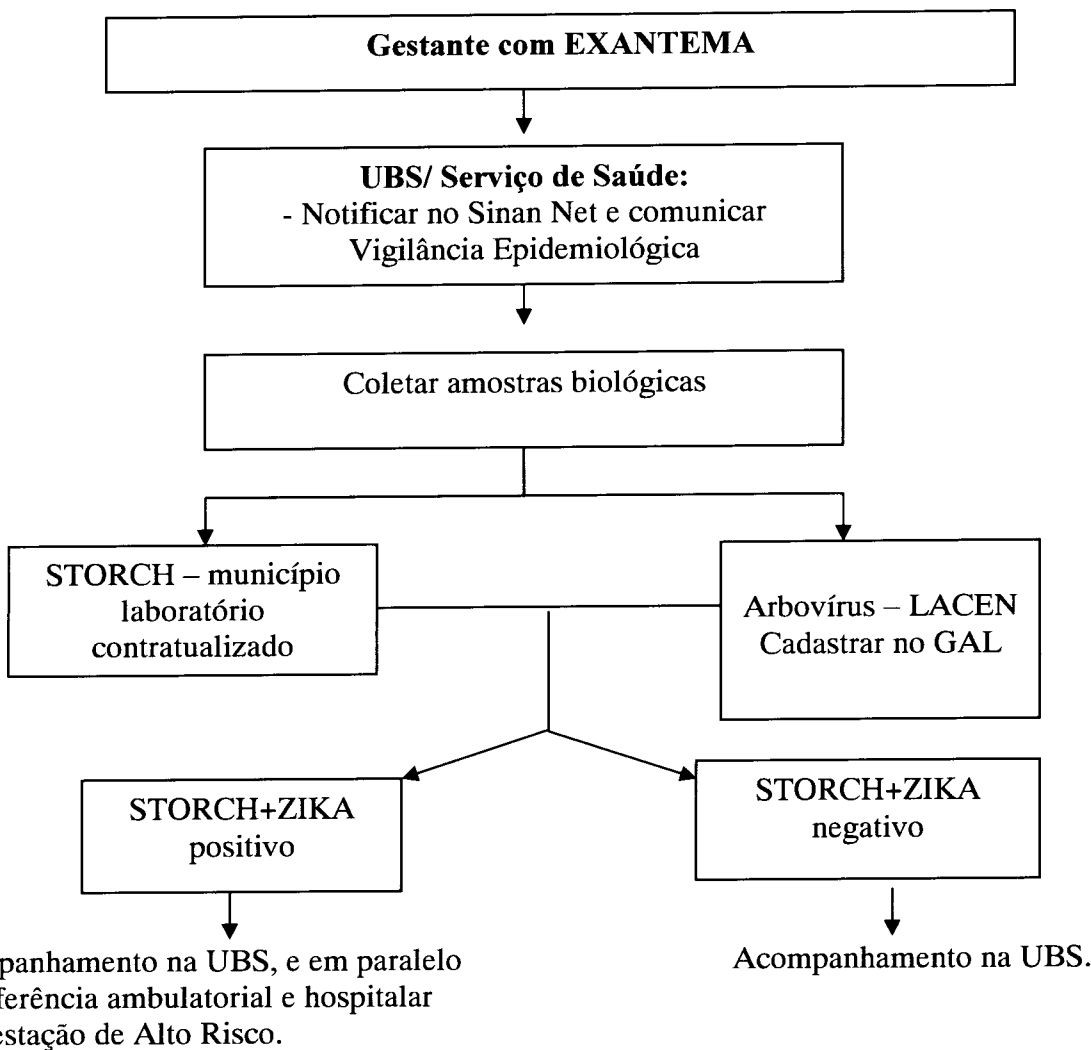
Na Atenção Básica é fundamental a assistência integral das gestantes e crianças notificadas, descrita no capítulo 9 (páginas 66-93) das *Orientações Integradas de Vigilância e Atenção à Saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional*.

A Divisão de Saúde da Criança e Adolescente (DVSCA) comunicará à Divisão da Pessoa com Deficiência (DVPCD) que informará à Regional de Saúde para que a criança seja atendida prioritariamente por um estabelecimento de estimulação precoce, com relatório mensal do seguimento do caso (ANEXO C).

O seguimento e monitoramento da criança com alteração do SNC deverá ser realizado até os 5 anos de idade.

9. Qual é o fluxo nas situações de GESTANTE com EXANTEMA?

A notificação das gestantes deverá ser realizada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan Net), conforme CID A92.8.



Preencher a ficha de triagem (ANEXO A) e encaminhar ao SCAPS/ DVASM (mulher@sesa.pr.gov.br)

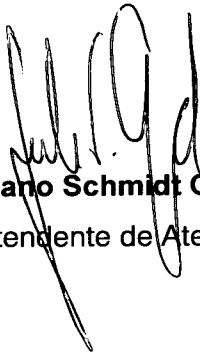
A notificação de fetos em risco está em consonância com as recomendações da OMS que prevê o monitoramento de crianças cujas mães tenham apresentado Zika durante a gestação.

FETO em risco de apresentar síndrome congênita

Gestante com resultado laboratorial positivo ou reagente para STORCH-Z, realizado durante a gestação e que não se enquadre na definição de caso de feto com suspeita de síndrome congênita.

No âmbito da Atenção Básica, recomenda-se que o monitoramento seja iniciado ainda durante a gestação, assim que houver a confirmação da infecção pelo vírus Zika na gestante, e a continuação dele até, pelo menos, os 3 anos de vida da criança. Nesse período, caso haja alguma alteração que se enquadre nas definições de caso vigentes, ele deverá ser notificado novamente, passando a ser considerado como caso suspeito de síndrome congênita.

Curitiba, 28 de novembro de 2017.



Juliano Schmidt Gevaerd

Superintendente de Atenção à Saúde



Júlia Valéria Ferreira Cordellini

Superintendente de Vigilância em Saúde

ANEXO A



TRIAGEM DE GESTANTES EXPOSTAS AO ZIKA VÍRUS OU FETO/RN COM ALTERAÇÃO DO SNC

Data da notificação ___/___/___ RS/Município: _____ Sinan Net/RESP: _____

Serviço Saúde: _____ Nome Notif: _____

Tel/e-mail notif: () _____ Data da análise do questionário: _____

DETECÇÃO DA MICROCEFALIA () Intra-útero () Pós-parto () Outros

DADOS DA GESTANTE Nome: _____

DN: ___/___/___ IDADE _____ End.: _____ Mun: _____

Tel: () _____ G ___ P ___ C ___ A ___ DUM: ___/___/___ DPP: ___/___/___

Doenças pré-existentes: não () sim () quais: _____

Álcool/Tabaco/Drogas ilícitas: não () sim () quais: _____

Viagem durante a gestação: não () sim () ida ___/___/___ volta ___/___/___ Destino _____

História de Exantema: não () sim () em ___/___/___ detalhar _____

Outros sinais/sintomas: não () sim () quais: _____ em ___/___/___

Uso de Medicamentos na gestação: não () sim () quais: _____

ULTRASSONOGRÁFIAS GESTACIONAIS:

	DATA DO EXAME USG	IG USG (semanas)	CIRCUNF. CRANIANA (mm)	MICROCEFALIA	CALCIFICAÇÕES	OUTROS ACHADOS/OBS
1ª	___/___/___			não () sim ()	não () sim ()	
2ª	___/___/___			não () sim ()	não () sim ()	
3ª	___/___/___			não () sim ()	não () sim ()	

*Se IG USG entre 10-14 semanas, incluir no campo OBS o valor do CCN (circunferência cabeça-nádegas em mm).

SOROLOGIAS MATERNAS:

Exames	1º Trimestre		2º Trimestre		3º Trimestre		Treatmentos/ Observações
	Resultado/	Data	Resultado/	Data	Resultado/	Data	
VDRL		(/ /)		(/ /)		(/ /)	
HIV		(/ /)		(/ /)		(/ /)	
Toxo	IgM	IgG (/ /)	IgM	IgG (/ /)	IgM	IgG (/ /)	
Rubéola	IgM	IgG (/ /)	IgM	IgG (/ /)	IgM	IgG (/ /)	
CMV	IgM	IgG (/ /)	IgM	IgG (/ /)	IgM	IgG (/ /)	
Outros:		(/ /)		(/ /)		(/ /)	

Evolução da Gestação: Nascido Vivo () Aborto () Natimorto ()

DADOS DO RN DN: ___/___/___ Parto Vaginal () Cesárea () Motivo: _____

Sexo: () M () F IG (idade gestacional): ___ sem P: ___g(P/DP___) E: ___cm(P/DP___) 1º PC "D" dia: ___cm(P/DP___)

2º PC ___dia(s): ___cm(P/DP___) 3º PC ___meses: ___cm(P/DP___) 4º PC ___meses: ___cm(P/DP___)

Malformações não () sim () qual(is): _____

Teste do Olhinho/Oftalmologia: _____

Teste de Orelhinha/BERA: _____

Exames (TAC/USG-crânio) _____

INVESTIGAÇÃO DE INFECÇÃO POR VÍRUS ZIKA? não () sim () Descrever amostras e resultados:

	Material	DATA DA COLETA	EXAME/RESULTADO
Gestante	SORO	___/___/___	
	PLACENTA	___/___/___	
	URINA	___/___/___	
	OUTROS	___/___/___	
RN/Aborto Natimorto	SANGUE DE CORDÃO UMBILICAL	___/___/___	
	SORO	___/___/___	
	LCR	___/___/___	
	URINA	___/___/___	
	OUTROS	___/___/___	

CONCLUSÃO: () DESCARTADO / DIAGNÓSTICO CONCLUSIVO: _____

() CONFIRMADO / ENCAMINHAMENTO: _____

() EM INVESTIGAÇÃO

ANEXO B

**INSTRUMENTO DE MONITORAMENTO DE CRIANÇAS COM MICROCEFALIA E/OU OUTRAS
ALTERAÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL**

Esta planilha deverá ser preenchida mensalmente pela UBS e encaminhada à SCAPS/RS até o **20º dia útil do mês subsequente**, que fará a consolidação e enviará à DVSCA, **até o último dia útil do mês.**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DIVISÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE



RS	IDENTIFICAÇÃO MÃE		IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA				RESULTADO TRIAGEM NEONATAL (N-normal, A-alterado, NR-não realizado)						DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR (N-normal para idade, A-atraso)				DADOS ANTROPOMÉTRICOS					
	Nome completo	Nome	DNV	MUNICÍPIO	Data de Nascimento/IC	Olfinho	Orelhinas	Comportamento	Perímetro	DATA DA CONSULTA	Normal	Atraso	Atraso	PESO	ESTATURA	PERÍMETRO CEFÁLICO						
ENCAMINHAMENTOS CONFORME O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA (SE NECESSÁRIOS)																						
ALIMENTAÇÃO		Leite Materno	ESTIMULAÇÃO PRECOCE (SIM OU NÃO)		AVALIAÇÃO ESPECIALIZADA (Neurologista, Oftalmologista, Otorrinolaringologista, Genetista...)		ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CRAS, CREAS) (SIM OU NÃO)		FUNDOSCÓPIA		HÉRA		ESG-Cérebro		TAC-Cérebro		CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA, ÓBITO (data e causa)...		EXAMES LABORATORIAIS		OBSERVAÇÕES	
		Leite Artificial	Alimentação Complementar		Normal / Alterado / Realizado		Normal / Alterado / Realizado		Normal / Alterado / Realizado		Normal / Alterado / Realizado		Normal / Alterado / Realizado		Normal / Alterado / Realizado		Normal / Alterado / Realizado					

ANEXO C

**RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO
ESTIMULAÇÃO PRECOCE**

PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde

Serviço:	Telefone: ()
Município:	RS:
Nome do(a) paciente:	Data de nascimento:
Nome da mãe:	
Data da 1ª consulta com o(a) paciente:	
Diagnóstico do(a) paciente (CID):	
Confirmação de infecção congênita pelo vírus ZIKA: () Sim () Não	
Unidade de Saúde do paciente:	
Telefone:	
Profissional de referência para contato:	
Profissionais que realizam o acompanhamento do(a) paciente:	
Plano de Tratamento Estimulação Precoce	
Frequência semanal de atendimento por profissional:	
Fisioterapeuta:	
Psicólogo:	
Terapeuta Ocupacional:	
Fonoaudiólogo:	
Outro, qual:	
Número de comparecimentos do paciente:	Número de faltas:
Busca ativa realizada frente às faltas: () Sim () Não	
Descrição da evolução do(a) paciente no último mês:	
Data: ___ / ___ / ____ Profissional que preencheu relatório:	

*Encaminhar Relatório (via e-mail) mensalmente para a Regional de Saúde de sua referência.