

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



Versão Preliminar

Brasília – DF
2016



2016 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.
A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <<http://editora.saude.gov.br>>.

Tiragem: Versão preliminar – 2016 – Versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas
SAF/SUL, Trecho 2, lotes 5/6, bloco F, Torre II, Edifício Premium,
1º andar, salas 106/107
CEP: 70070-600 – Brasília/DF
Site: www.saude.gov.br/sas
E-mail: dapes.sas@saude.gov.br

Departamento de Atenção Básica
Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede, 9º andar, Gabinete
CEP: 70058-900 – Brasília/DF

Departamento de Atenção Especializada e Temática
Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede, 9º andar, Gabinete
CEP: 70058-900 – Brasília/DF

Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência
Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede, 9º andar, Gabinete
CEP: 70058-900 – Brasília/DF

Produção:

Núcleo de Comunicação/SAS

Organização:

Cristiano Francisco da Silva
Diana Carmem Almeida Nunes de Oliveira
Diogo do Vale de Aguiar
Fernanda Ramos Monteiro
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

Colaboração:

Consuelo Oliveira
Denise Bomfim Souza
Enia Maluf Amui
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 – Eclamec
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
Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano – RBBL
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco – SES/PE
Secretaria Executiva – SE/MS
Sociedade Brasileira de Genética Médica – SBGM
Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP

Editora responsável

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Documentação e Informação
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, Trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794
Fax: (61) 3233-9558
Site: <http://editora.saude.gov.br>
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:

Normalização: Daniela Ferreira Barros da Silva
Revisão: Tatiane Souza

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 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
45 p : il.

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

CDU 616-022

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2016/0073

Título para indexação:

Health care protocol and response to the occurrence of microcephaly related to infection by zika virus

Sumário

Apresentação	5
1 Introdução.....	6
2 Objetivo geral	7
2.1 Objetivos específicos.....	7
3 Manifestações clínicas da infecção pelo vírus zika e sua associação com microcefalia	8
4 Microcefalia.....	10
5 Atenção à saúde das mulheres	11
5.1 Planejamento reprodutivo	11
5.2 Acompanhamento pré-natal.....	13
5.3 Atenção ao parto e nascimento	18
5.4 Atenção ao puerpério	18
6 Atenção à saúde do recém-nascido (RN), lactente e criança com microcefalia	21
6.1 Atenção ao RN com microcefalia	21
6.1.1 Cuidados ao recém-nascido no momento do parto/nascimento	21
6.1.2 Aleitamento materno	21
6.1.3 Anamnese	22
6.1.4 Exame Físico	22
6.1.5 Investigação	24
6.1.6 Investigação laboratorial	24
6.1.7 Exames de imagem	25
6.1.8 Triagens neonatais	26
6.1.9 Triagem auditiva neonatal (TAN)	26
6.1.10 Triagem ocular neonatal (TON).....	27
6.1.11 Exame do fundo de olho (fundoscopia)	27
6.1.12 Seguimento do recém-nascido	27
7 Estimulação precoce.....	29
8 Definições de casos.....	31
8.1 Definições de casos suspeitos durante a gestação	31
8.2 Definições de casos suspeitos no pós-parto.....	32
8.3 Definições de casos confirmados na gestação	33

8.4 Definições de casos confirmados no pós-parto	34
8.5 Critérios para exclusão de casos suspeitos com diagnóstico descartado.....	35
9 Investigação	36
10 Notificação	37
10.1 Registro de eventos de saúde pública referente às microcefalias	37
REFERÊNCIA	38
BIBLIOGRAFIA	38
ANEXOS	40
Anexo A – Fluxograma para gestante com exantema	40
Anexo B – Fluxograma para atendimento do recém-nascido	41
Anexo C – Padrões de crescimento da OMS para crianças – perímetro cefálico por idade meninos (Z score-nascidos até 13 semanas)	42
Anexo D – Padrões de crescimento da OMS para crianças – perímetro cefálico por idade meninas (Z score-nascidos até 13 semanas).....	43
Anexo E – Curva de Fenton para meninos.....	44
Anexo F – Curva de Fenton para meninas	45

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 para população em geral, com foco em mulheres em idade fértil e gestantes, para a atenção no pré-natal, no parto e no 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, os especialistas e os representantes das secretarias de saúde de estados, dos 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, à prevenção, ao acolhimento e ao 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 elucidações científicas que se apresentarem.

Secretaria de Atenção à Saúde

1 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.

Considerando as possíveis evoluções no decorrer do acompanhamento dos casos de microcefalia no País e das pesquisas que estão sendo realizadas, o Ministério da Saúde disponibiliza um *e-mail* para contribuições, visando à melhoria deste Protocolo em suas futuras versões: <protocolos.sas@saude.gov.br>.

2 Objetivo geral

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

2.1 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 a reabilitação das crianças diagnosticadas com microcefalia, enfatizando a estimulação precoce.

3 Manifestações clínicas da infecção pelo vírus zika e sua associação com microcefalia

No Brasil, dados do Sinasc mostram que houve 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 a história natural da infecção pelo vírus zika fundamentam-se 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, zika e chikungunya), 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 S 38°C (1-2 dias sufebril)	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)	+++/>+++	++/>+++	+/>+++

continua

Sinais/Sintomas	Dengue	Zika	Chikungunya
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	40%
Defaleia (Frequência e intensidade)	+++	++	++
Prurido	LEve	Intensa	Moderada
Hipertrofia ganglionar (Frequência)	Leve	Intensa	Moderada
Doscrasia 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.

4 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”.
- 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”.

5 Atenção à saúde das mulheres

Na atual situação de aumento do número de casos de microcefalia, agora também associados à infecção pelo vírus zika, as equipes de saúde devem considerar o combate ao mosquito *Aedes aegypti* como ações prioritárias no seu campo de atuação.

No âmbito da atenção à saúde, devem-se ampliar as ações de atenção à saúde sexual e reprodutiva, a oferta de métodos contraceptivos, as visitas domiciliares para orientação à população e o acompanhamento das gestantes, puérperas e recém-nascidos suspeitos de microcefalia.

É importante ressaltar que, embora neste momento haja uma atenção especial às gestantes para evitar a infecção pelo vírus zika, a equipe de saúde deve manter as orientações e as ações de promoção da saúde e prevenção para toda a população, já que cabe a todos a responsabilidade sobre as medidas de controle, como eliminação de possíveis criadouros do mosquito, limpeza dos terrenos, descarte apropriado do lixo e materiais e utilização adequada da água, além da proteção individual.

5.1 Planejamento reprodutivo

As equipes de Atenção Básica e de Saúde da Família têm papel fundamental na promoção da saúde sexual e reprodutiva, pois a partir do conhecimento dos diferentes contextos e necessidades de saúde das pessoas dos territórios nos quais estão inseridas essas equipes planejam e executam suas ações.

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 intrauterino (DIU), diafragma, anticoncepção de emergência e minipílula. 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.

No entanto, 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 saúde sexual e reprodutiva da população.

- Fazer a busca ativa de mulheres grávidas ainda sem diagnóstico de gestação para início oportuno do acompanhamento pré-natal.
- Ofertar os métodos contraceptivos, conforme orientações do Ministério da Saúde encontradas no *Caderno de Atenção Básica, Nº 26 – Saúde Sexual e Reprodutiva*, de 2010 (: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad26.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. Uma boa opção é considerar o uso de método reversível de longa duração, como o DIU, que apresenta boa eficácia e poucas contraindicações. Cabe lembrar que o uso de preservativos deve ser sempre estimulado não só como método contraceptivo, mas também para a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis/HIV/aids.
- 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 de roupas compridas – calças e blusas – sempre que possível e, se usar 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* (: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/teste_rapido_gravidez_guia_tecnico.pdf). Destaca-se a oportunidade, em caso de resultado negativo e a mulher não querer engravidar, para oferecer planejamento reprodutivo ao casal.

Planejamento reprodutivo

A atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva vai além da oferta de métodos e técnicas para a concepção e contracepção, mas envolve também a disponibilização de orientações e informações, respeitando a autonomia e o direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência. Essas ações também devem envolver o direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez, de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e HIV/aids, assim como acesso a exames, testes rápidos de HIV e sífilis, profilaxia pós-exposição (PEP), diagnóstico e tratamento de IST/HIV/aids em tempo oportuno.

Adolescentes e jovens também são sujeitos desses direitos e devem receber atenção diferenciada pelas equipes de saúde. Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, constituem-se direitos fundamentais do(a) adolescente a privacidade, a preservação do sigilo e o consentimento informado. Assim, os(as) adolescentes têm o direito de ter privacidade durante a consulta, com atendimento em espaço reservado e apropriado, e de ter assegurada a confidencialidade.

Além disso, é de extrema importância ampliar o acesso dos homens adultos e adolescentes aos serviços de saúde, especialmente estimulando sua participação nas ações de planejamento reprodutivo, pois o homem exerce papel importante tanto na escolha quanto no uso de algum método, independente de ser ele ou sua parceira que faça uso do mesmo.

5.2 Acompanhamento pré-natal

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 da gestação (preferencialmente até a 12ª semana) 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 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 A), e as gestações não são consideradas, por essa causa isolada, como sendo de alto risco.

Embora se considere essa gestação como de baixo risco, é importante estar atento para as orientações, condutas e a classificação de risco no pré-natal, conforme *Caderno de Atenção Básica Nº 32 – Atenção ao pré-natal de baixo risco* (http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf). Identificada alguma alteração que indique encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco, a rede de serviços deverá ser acionada com intuito de priorizar o seu atendimento.

Assim, 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* (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 e da presença ou não de microcefalia. 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.

Dessa 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 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. Nesse 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 identificar o motivo da ausência na consulta e garantir 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 utilização adequada 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 usar somente produtos que estão devidamente regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (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, a sorologia para toxoplasmose 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 usados, exposição a substâncias tóxicas e uso de tabaco, álcool e 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 do Ministério da Saúde.
- 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 e sobre os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.
- 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 (cinco 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* (www.saude.gov.br/combateaedes).

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, o médico pode considerar 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 SNC 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.

5.3 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 (conforme Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005), 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.

Não há indicação de alteração da via de parto obstétrica, ou seja, a infecção pelo vírus zika ou a microcefalia em si não são indicações 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 protocolo específico do Ministério da Saúde de garantir o contato pele a pele, o clampeamento oportuno do cordão umbilical, a amamentação na primeira hora de vida.

Procedimentos necessários, como a medição do perímetro cefálico do bebê e a coleta de material para exames, devem ser realizados durante essa primeira hora, mantendo a criança do colo da mãe. (vide item 6)

Assim, a realização dos demais procedimentos de rotina deverá ocorrer somente após a primeira hora de vida. 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 (http://www.sbp.com.br/arquivo/ministerio-da-saude-decide-ampliar-reanimacao-neonatal-que-deve-ser-feita-comsbp/attachment/portariams371-notatecnica_sas16-em-10junho2014-atendimento-rn-ao-nascimento/).

5.4 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 os 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.

Para a mulher no pós-parto, é importante verificar a Caderneta da Gestante e agendar consulta do puerpério, orientando para a importância da vacinação contra a rubéola, para o planejamento reprodutivo e outros cuidados preconizados para a saúde da mulher.

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.

Todos os bebês com confirmação de microcefalia devem manter as consultas de Puericultura na Atenção Básica, conforme preconizado no *Caderno de Atenção Básica Nº 33: Saúde da Criança – Crescimento e Desenvolvimento* (http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf), paralelamente à estimulação precoce.

6 Atenção à saúde do recém-nascido (RN), lactente e criança com microcefalia

6.1 Atenção ao RN com microcefalia

6.1.1 Cuidados ao recém-nascido no momento do parto/nascimento

Medição imediata do perímetro cefálico (PC), logo ao nascer. Em caso de microcefalia, coletar imediatamente os materiais para exames (vide item 6.1.6 Investigação laboratorial/ 6.1.6.1 Triagem infecciosa – sorologias).

Devem ser seguidas as recomendações do Ministério da Saúde, de boas práticas de atenção ao parto/nascimento: contato pele a pele, clampeamento do cordão umbilical em tempo oportuno (após cessadas as pulsações do cordão, aproximadamente 1 a 3 minutos após o parto) e a amamentação na primeira hora de vida (vide item 5.3).

6.1.2 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 2 anos ou mais, sendo exclusivo nos primeiros 6 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, no leite materno, na saliva e no 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 de 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 2/12/2015:

“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.” (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2015)

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>>.

6.1.3 Anamnese

- Antecedentes maternos (infecções intrauterinas, insuficiência placentária, controle pré-natal, número de abortos prévios, doenças maternas preexistentes).
- 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).

6.1.4 Exame Físico

Realizar o exame físico do recém-nascido (Anexo B), incluindo exame neurológico detalhado, conforme preconizado pela publicação *Atenção à Saúde do Recém-Nascido - Guia para Profissionais de Saúde* – volume 1, (disponível em http://bvsms.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 as curvas da OMS para meninos (Anexo C) e para meninas (Anexo D). Para o recém-nascido pré-termo, o perímetro cefálico menor que padrões percentil 3, pela curva de Fenton para meninos (Anexo E) e para meninas (Anexo F).

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 h a 48 h 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 à evolução do PC e à avaliação do desenvolvimento. Lembrar-se de 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, pela curva da OMS, também deve levantar a suspeita e levar à notificação do caso, como deve ocorrer com qualquer lactente que se mantém em puericultura.

Exame neurológico do RN

Quando se inicia o exame físico geral do RN, inicia-se, simultaneamente, a avaliação neurológica, pois postura, movimentação espontânea, resposta ao manuseio e choro são parâmetros importantes dessa avaliação.

Deve-se evitar a realização do exame neurológico nas primeiras 12 horas de vida, para minimizar a influência do estresse do parto, que pode mascarar algumas respostas normais, dando falsa impressão de comprometimento.

Durante o exame, deve-se atentar para o estado de alerta da criança, que reflete a integridade de vários níveis do sistema nervoso central. Como o exame sofre grande influência do estado de sono/vigília, é importante aguardar a criança despertar para uma adequada avaliação.

O tônus em flexão é relacionado à idade gestacional. RNs a termo apresentam-se com hipertonía em flexão dos membros, com postura semelhante a fetal. Conseguem inclusive manter a cabeça no mesmo nível que o corpo por alguns segundos quando levantados pelos braços. Movimentam-se ativamente ao serem manipulados.

Os reflexos primitivos característicos do RN devem ser avaliados, pois podem trazer informações importantes sobre seu estado de saúde. O desaparecimento desses reflexos durante o curso normal de maturação do sistema neuromuscular ocorre nos primeiros 6 meses de vida e é atribuído ao desenvolvimento de mecanismos corticais inibitórios.

Os reflexos primitivos que habitualmente devem ser avaliados no RN são os seguintes:

Sucção. A sucção reflexa manifesta-se quando os lábios da criança são tocados por algum objeto, desencadeando-se movimentos de sucção dos lábios e da língua. Somente após 32 a 34 semanas de gestação e que o bebê desenvolve sincronia entre respiração, sucção e deglutição, tornando a alimentação por via oral difícil em RN prematuro.

Voracidade. O reflexo da voracidade ou de procura manifesta-se quando é tocada a bochecha perto da boca, fazendo com que a criança desloque a face e a boca para o lado do estímulo. Este reflexo não deve ser procurado logo após a amamentação, pois a resposta ao estímulo pode ser débil ou não ocorrer. Está presente no bebê até os 3 meses de idade.

Preensão. A preensão palmo plantar obtém-se com leve pressão do dedo do examinador na palma das mãos da criança e abaixo dos dedos do pé.

Marcha. A marcha reflexa e o apoio plantar podem ser pesquisados segurando-se a criança pelas axilas em posição ortostática. Ao contato das plantas do pé com a superfície, a criança estende as pernas até então fletidas. Caso a criança seja inclinada para frente, inicia-se a marcha reflexa.

Fuga à asfixia. O reflexo de fuga à asfixia é avaliado colocando-se a criança em decúbito ventral no leito, com a face voltada para o colchão. Em alguns segundos o RN deverá virar o rosto liberando o nariz para respirar adequadamente.

Cutâneo-plantar. O reflexo cutâneo-plantar em extensão é obtido fazendo-se estímulo contínuo da planta do pé, a partir do calcâneo no sentido dos arcos. Os dedos adquirem postura em extensão.

Moro. O reflexo de Moro é um dos mais importantes a serem avaliados, devido a grande quantidade de informações que pode trazer. É desencadeado por algum estímulo brusco como bater palmas, estirar bruscamente o lençol onde a criança está deitada ou soltar os braços semiesticados quando se faz a avaliação da preensão palmar. O reflexo consiste em uma resposta de extensão-abdução dos membros superiores (eventualmente dos inferiores), ou seja, na primeira fase os braços ficam estendidos e abertos, com abertura dos dedos da mão, e em seguida de flexão-adução dos braços, com retorno a posição original. Tem início a partir de 28 semanas de gestação e costuma desaparecer por volta dos 6 meses de idade. A assimetria ou a ausência do reflexo pode indicar lesões nervosas, musculares ou ósseas, que devem ser avaliadas.

(http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf)

Figura 1 – Mensuração do perímetro cefálico



Utilize uma fita métrica inelástica. Coloque a mesma sobre o ponto mais proeminente da parte posterior do crânio (occipital) e sobre as sombrancelhas. Se houver alguma proeminência frontal e for assimétrica, passar a fita métrica sobre a mais proeminente.

Fonte: Ilustração de Felipe Alencar – Nucom/Gab/SAS.

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

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

6.1.5 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.

6.1.6 Investigação laboratorial

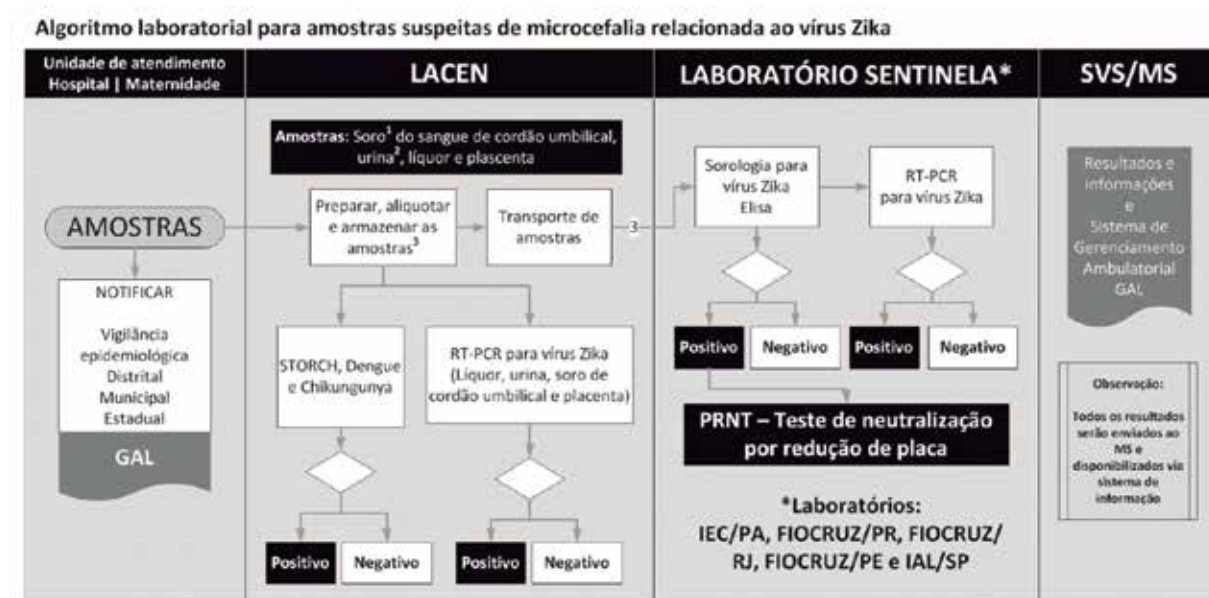
6.1.6.1 Triagem infecciosa (sorologias)

Para a triagem infecciosa, devem ser coletadas amostras de:

1. Sangue do cordão umbilical (3 mL).
2. Placenta (3 fragmentos de dimensões de 1 cm³ cada).
3. Líquido cefalorraquidiano do RN (1 mL).
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* (www.saude.gov.br/combateaesdes).

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. As amostras de urina serão coletadas apenas em gestantes para realização de diagnóstico por RT-PCR.
3. Lacen que não realizar RT-PCR para Zika vírus, encaminhar ao Laboratório Sentinela de sua área.

Observação: em caso de aborto ou natimorto, coletar 1cm³ de cérebro e fígado e coração e pulmão e rim e baço para realização de RT-PCR e imuno-histoquímico.

Fonte: Nucom/SVS.

6.1.6.2 Exames laboratoriais inespecíficos

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

6.1.7 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 cumpram as definições estabelecidas para relação com infecção pelo vírus zika.

6.1.8 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, ela está relacionada a alterações do desenvolvimento neuropsicomotor e do comportamento que podem ser acompanhadas por problemas auditivos e visuais.

6.1.9 Triagem auditiva neonatal (TAN)

A TAN, também conhecida como “Teste da Orelhinha”, deve ser realizada, preferencialmente, nos primeiros dias de vida (24 h a 48 h), 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).

Caso 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.

6.1.10 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 serviços 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).

6.1.11 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.

6.1.12 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 cm 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 C e D).

Como os RNs 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:

Cumprem às secretarias municipais e estaduais 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 MS/GM nº 963, de 27 de maio de 2013, que redefine as atribuições da atenção domiciliar no âmbito do SUS.

Casos de diagnóstico descartado de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus zika devem receber os mesmos cuidados preconizados neste Protocolo.

7 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 beneficiam-se 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 3 anos de idade.

Esta é a fase em que o cérebro se desenvolve mais rapidamente, constituindo oportunidade para o estabelecimento das funções que repercutirão em 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 à 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 modelo de atuação multiprofissional e interdisciplinar.

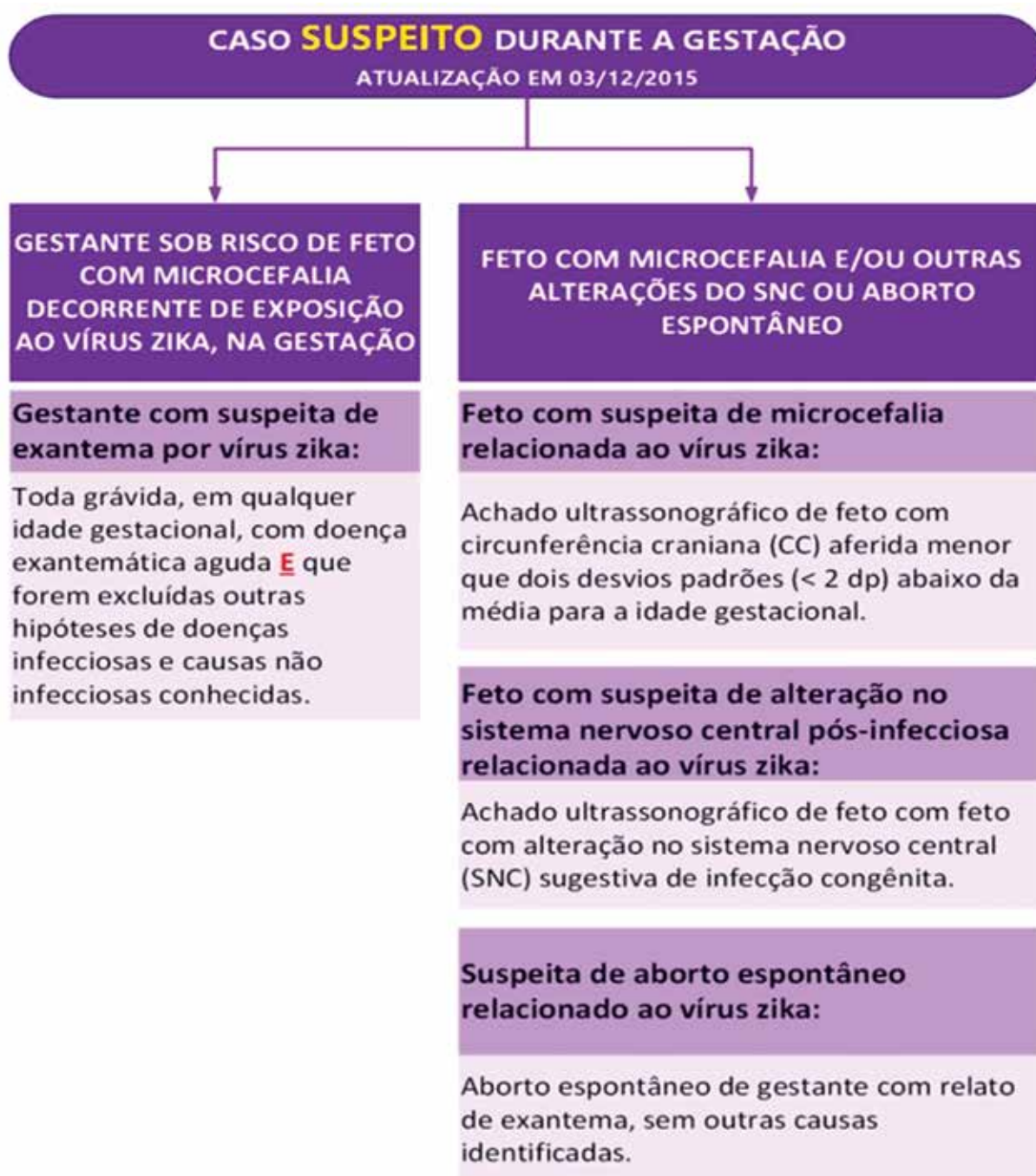
6. Disseminar informações incentivando e auxiliando a criação de programas de estimulação precoce.

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).

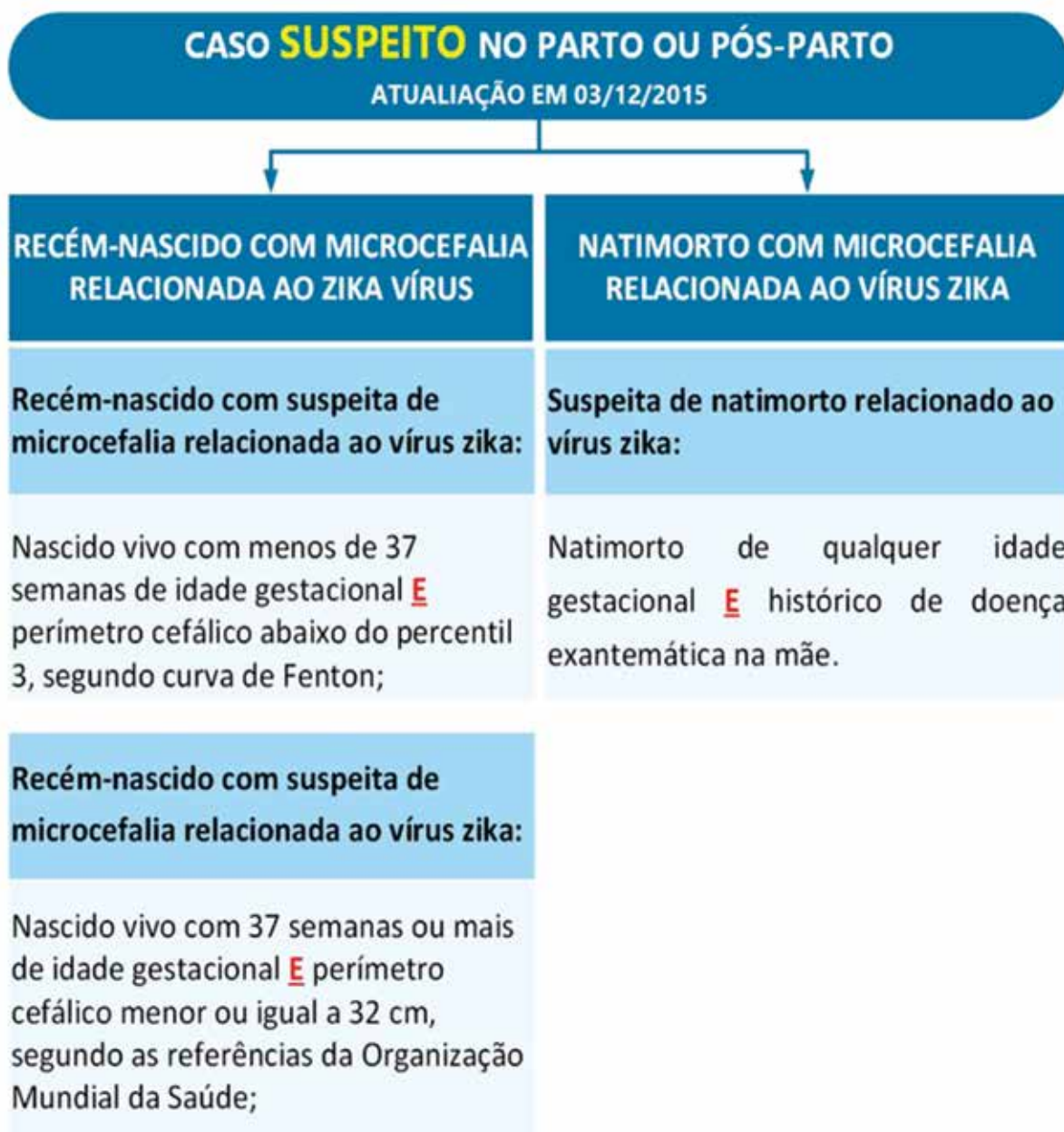
8 Definições de casos

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.

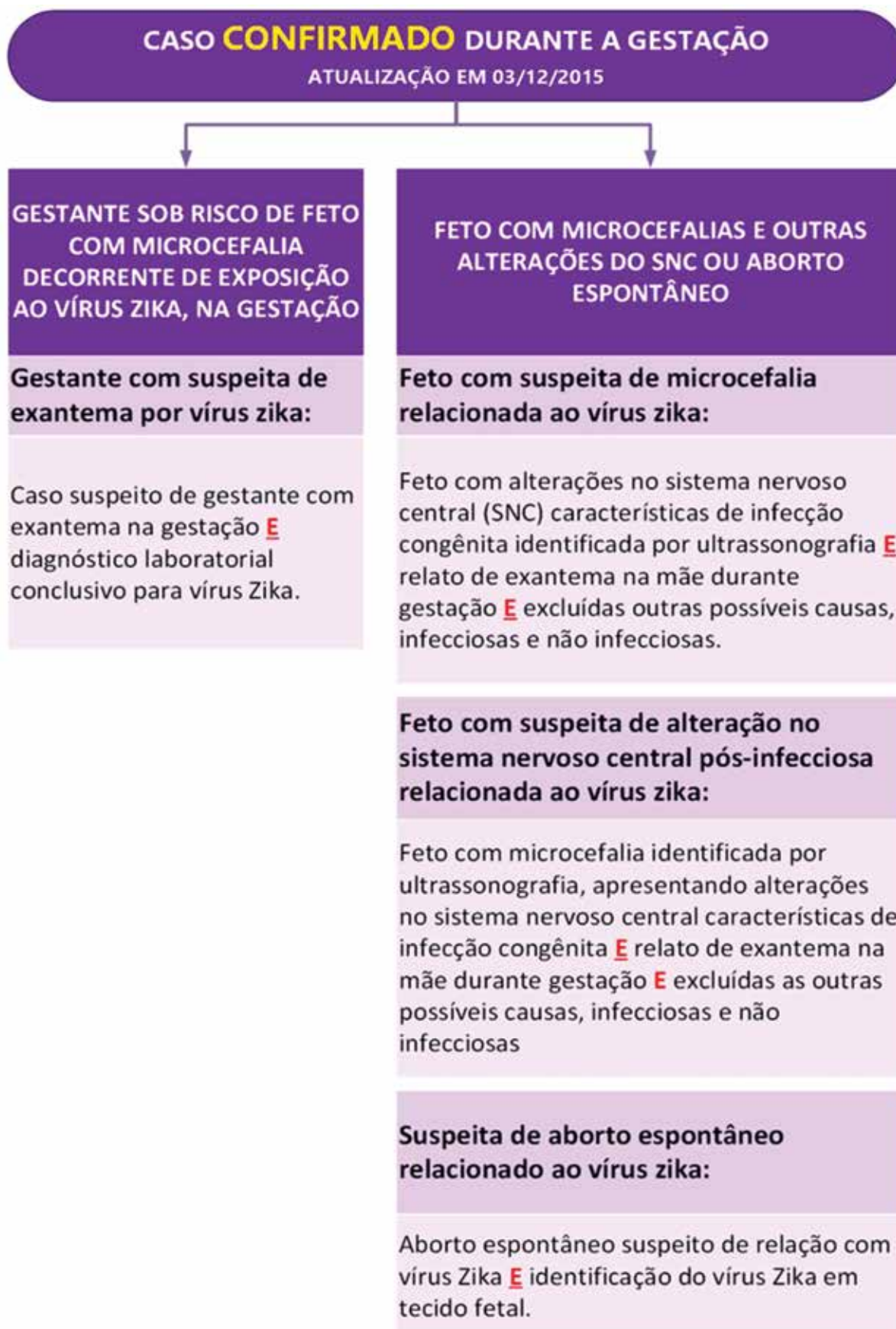
8.1 Definições de casos suspeitos durante a gestação



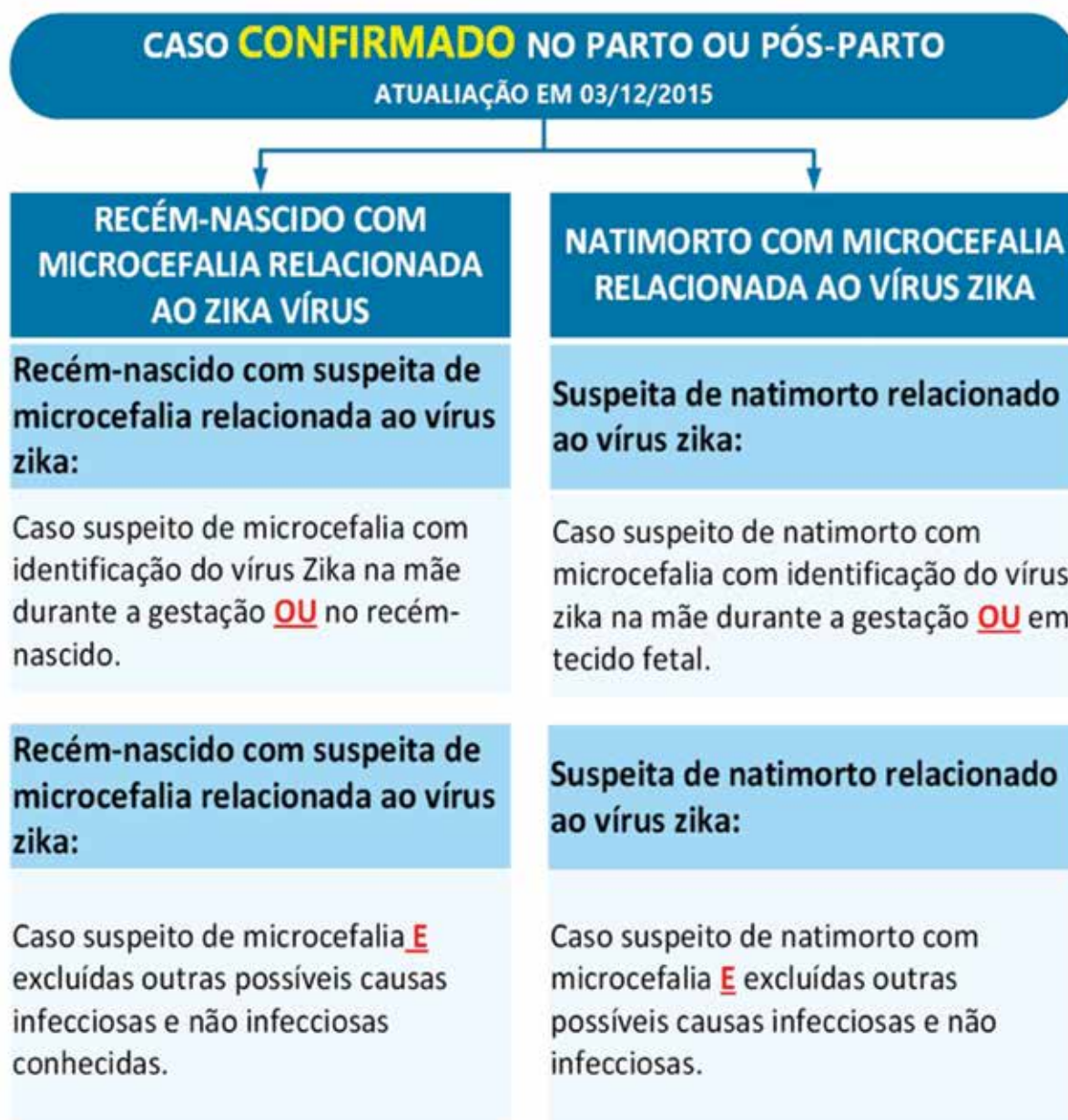
8.2 Definições de casos suspeitos no pós-parto



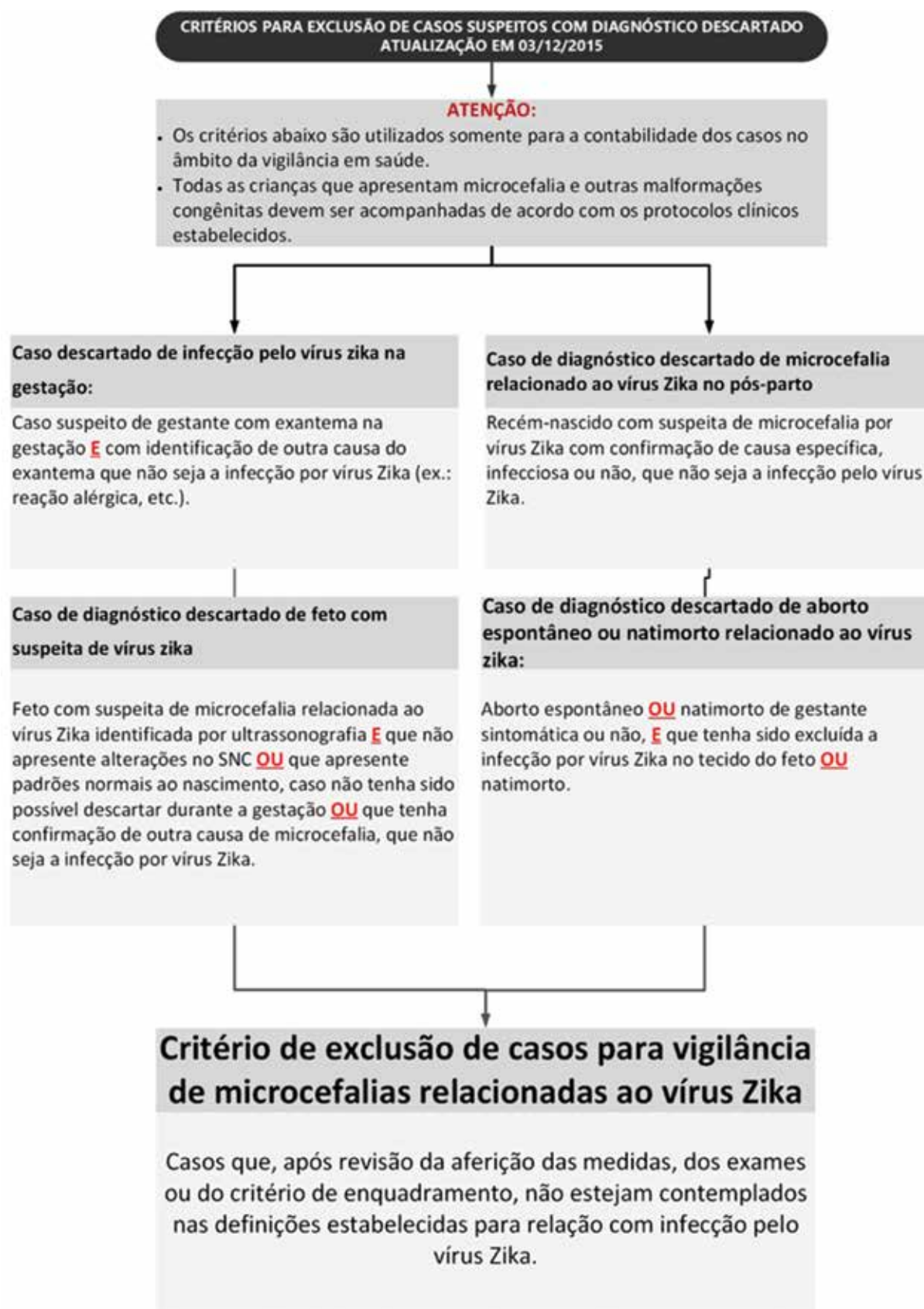
8.3 Definições de casos confirmados na gestação



8.4 Definições de casos confirmados no pós-parto



8.5 Critérios para exclusão de casos suspeitos com diagnóstico descartado



9 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, à(s) intervenção(ões) necessária(s) e à disseminação das medidas de controle.

Como critério, para priorizar os casos a serem investigados devem-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 mais 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>).

10 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 a 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).

10.1 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>.

Esse formulário é composto por uma série de perguntas relacionadas à gestante ou puérpera, ao recém-nascido ou à 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).

REFERÊNCIA

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. **Comunicado**. Rio de Janeiro, 2 dez. 2015. 1 f.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Saúde da Criança**: menina. 10. ed. Brasília, 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/menina_final.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Caderneta da Saúde da Criança**: menino. 8. ed. Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menino.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Registro de Eventos de Saúde Pública. **Microcefalias**. Brasília, [2015]. Disponível em: <<http://www.resp.saude.gov.br/microcefalia#/painel>>. Acesso em: 16 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, 2014. v. 1. (Cadernos de Atenção Básica, 39). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_39.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: crescimento e desenvolvimento. Brasília, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, 33). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1. ed. rev. Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, 32). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, 2011. v. 1. (Cadernos de Atenção Básica, 28). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília, 2012. v. 2. (Cadernos de Atenção Básica, 28). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_28.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, 26). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad26.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Nota Técnica nº 16, de 16 de junho de 2014.** Normatização técnica para a capacitação de profissionais médicos e de enfermagem em reanimação neonatal para atenção ao recém-nascido no momento do nascimento em estabelecimentos de saúde no âmbito do SUS. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/src/uploads/2014/08/PortariaMS371-NotaTecnica_SAS16-em-10junho2014-Atendimento-RN-ao-nascimento.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia técnico:** Teste Rápido de Gravidez na Atenção Básica. Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/teste_rapido_gravidez_guia_tecnico.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à Saúde do Recém-Nascido:** guia para profissionais de Saúde. 2. ed. atual. Brasília, 2014. v. 1. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Departamento de Atenção Especializada. **Diretrizes da atenção triagem auditiva neonatal.** Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_triagem_auditiva_neonatal.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2015.

_____. 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). Brasília, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html>. Acesso em: 16 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde; INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA. **Protocolos da Atenção Básica:** Saúde da Mulher. Brasília, 2015. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo de Vigilância e Resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo Vírus Zika.** Brasília, 2015. 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>>. Acesso em: 16 dez. 2015.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Patrones de crecimiento infantil:** perímetro cefálico para la edad. [S.l.], [2015]. Disponível em: <http://www.who.int/childgrowth/standards/hc_para_edad/es/>. Acesso em: 6 dez. 2015.

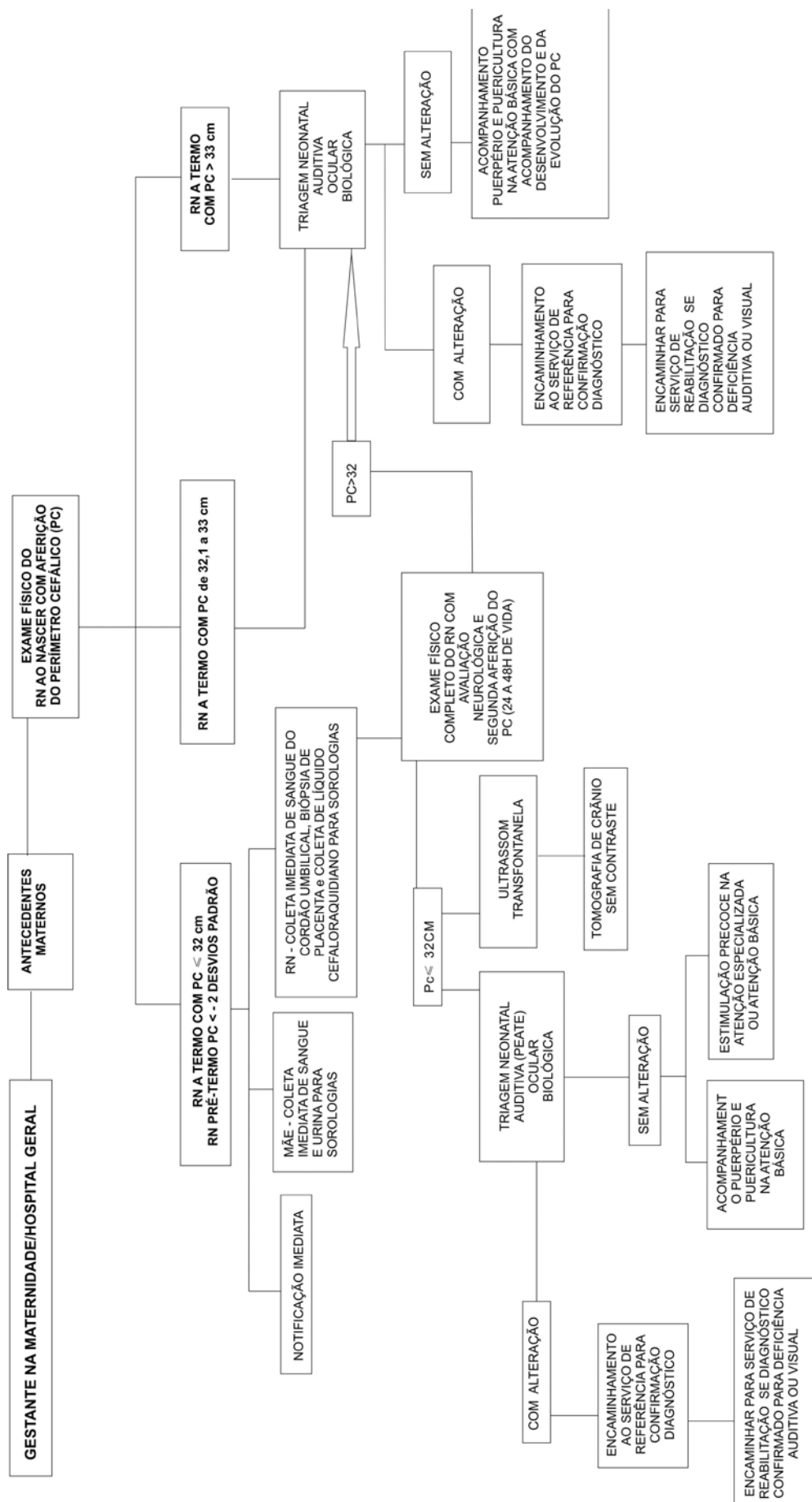
PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria-Executiva de Vigilância em Saúde. **Protocolo clínico e epidemiológico para investigação de casos de microcefalia no estado de Pernambuco.** Versão n. 2. [Recife]: Secretaria Estadual de Saúde, 2015. Disponível em: <http://estaticog1.globo.com/2015/12/03/3293a8_cd11af48d2df47aeaf98b9dc1d757485.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2015.

ANEXOS

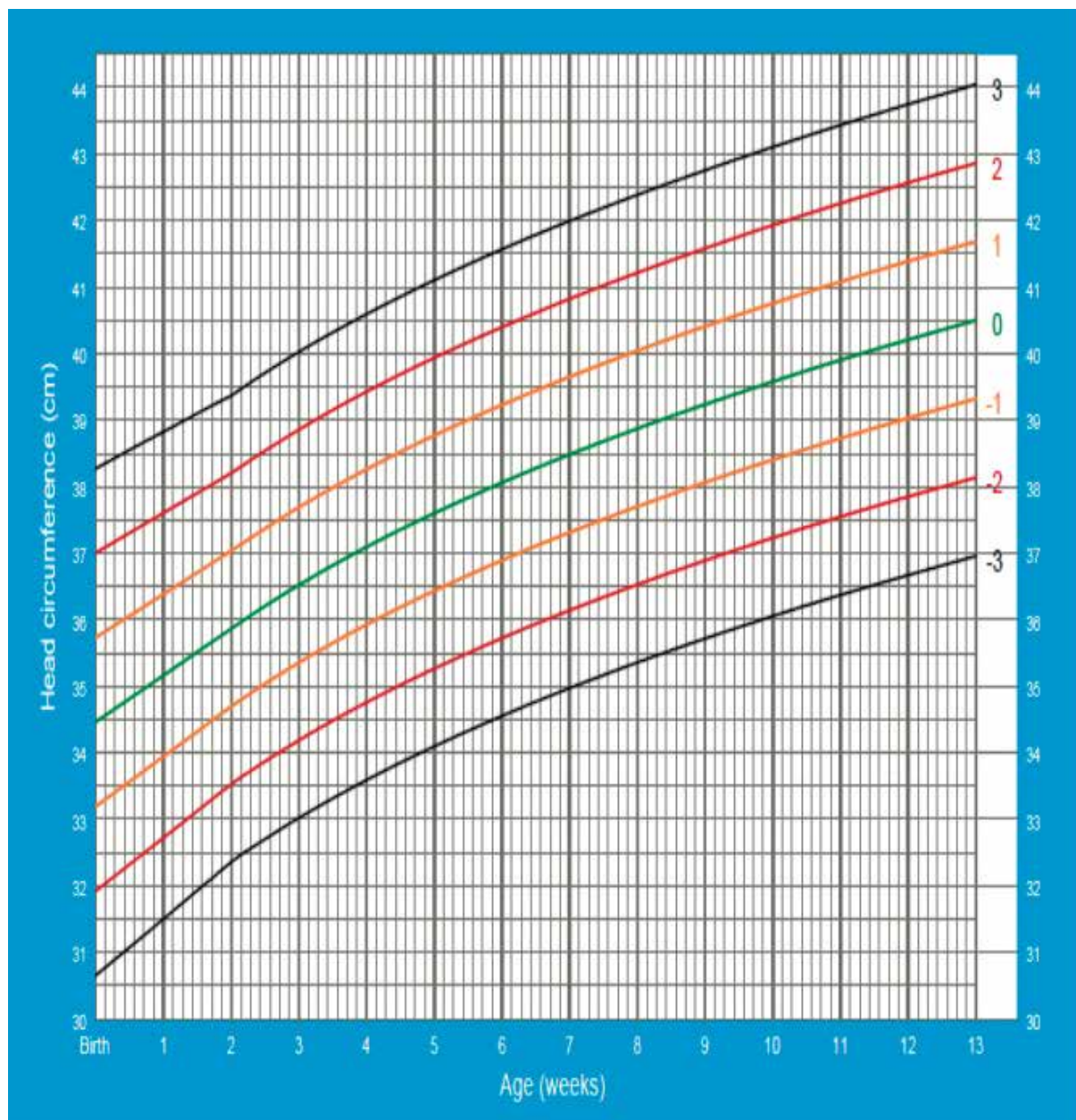
Anexo A – Fluxograma para gestante com exantema



Anexo B – Fluxograma para atendimento do recém-nascido

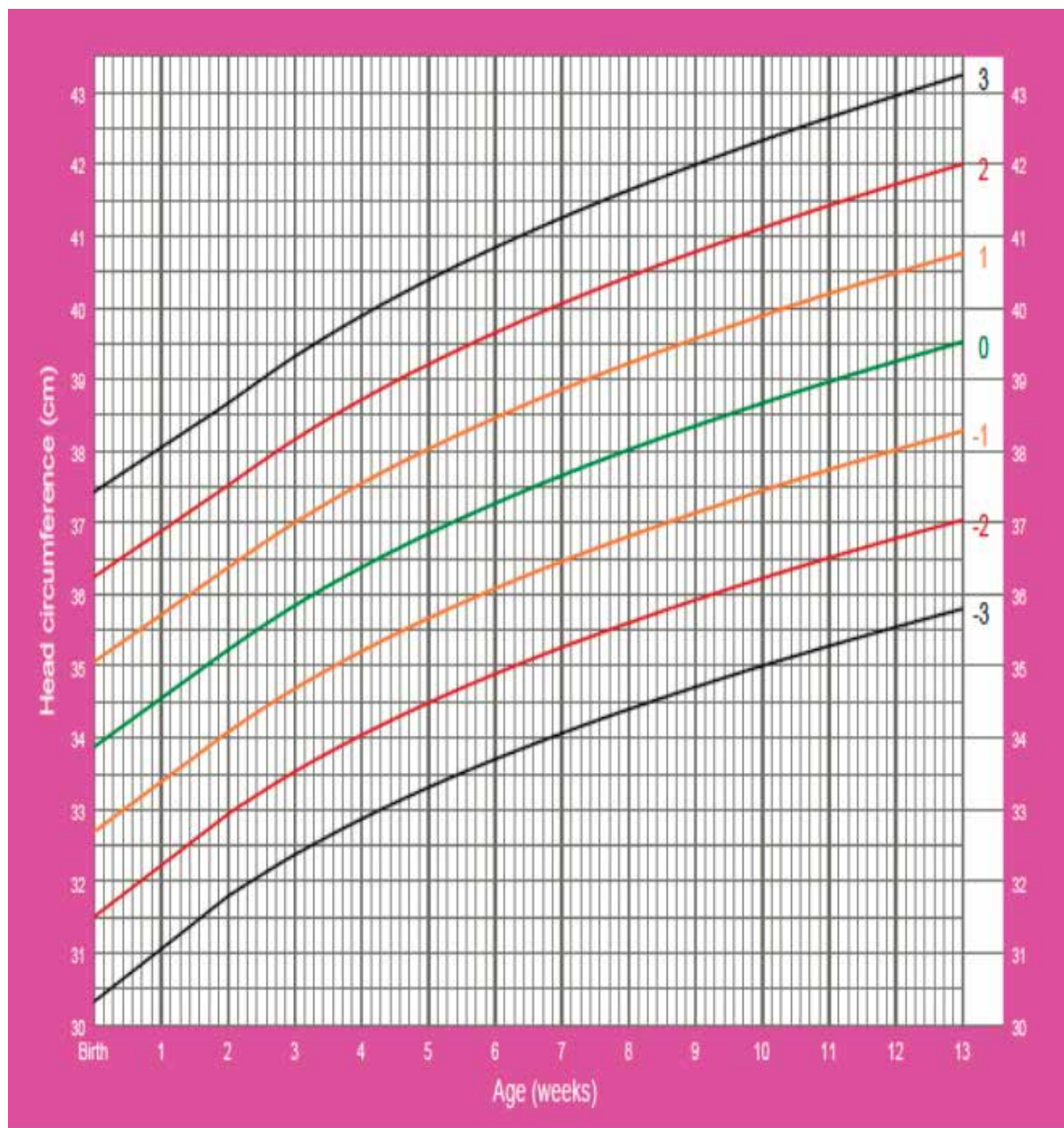


Anexo C – Padrões de crescimento da OMS para crianças –
perímetro cefálico por idade meninos (Z score-nascidos
até 13 semanas)



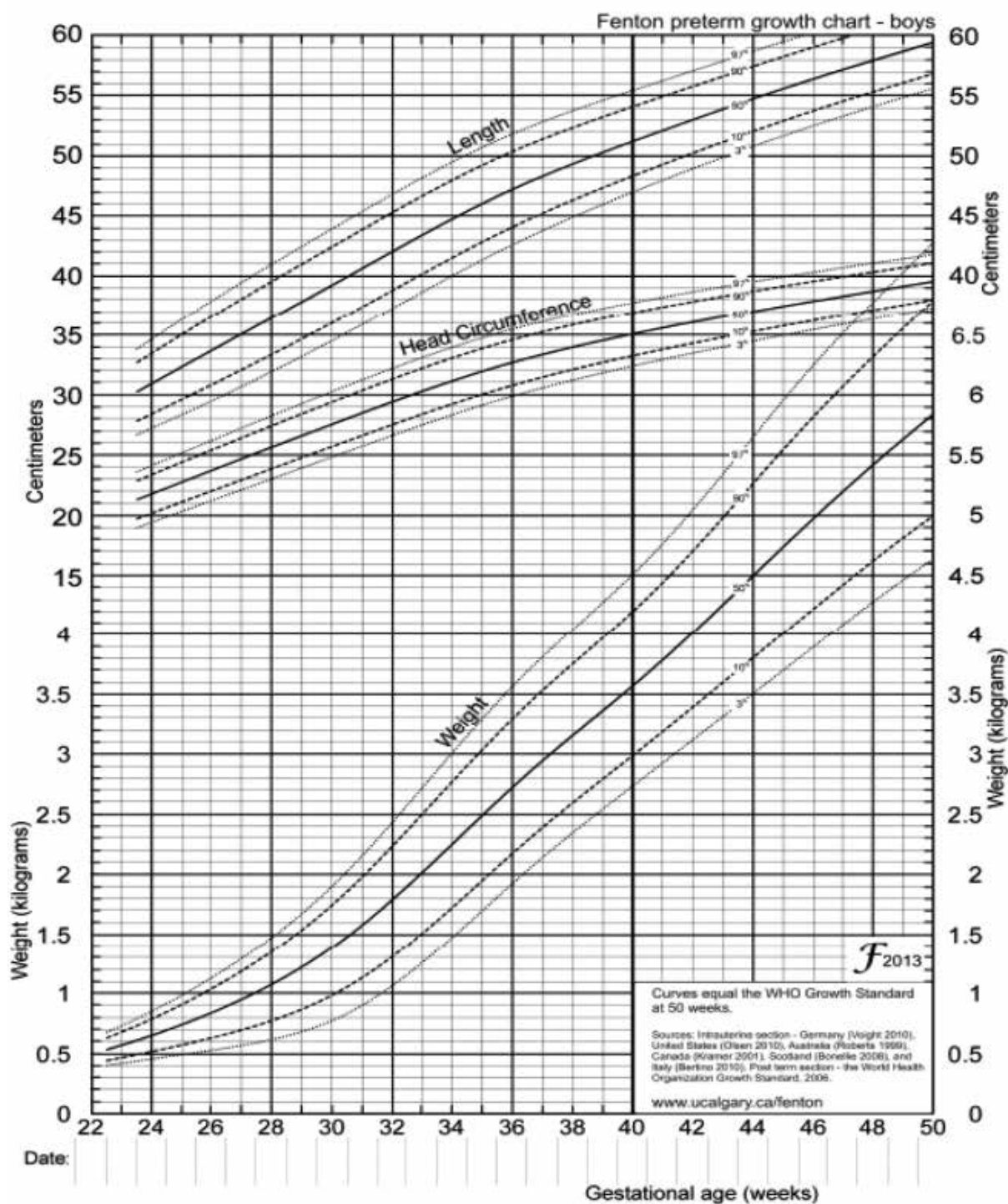
Fonte: WHO Child Growth Standards. (Disponível em: http://www.who.int/childgrowth/standards/second_set/cht_hcfa_boys_z_0_13.pdf?ua=1)

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



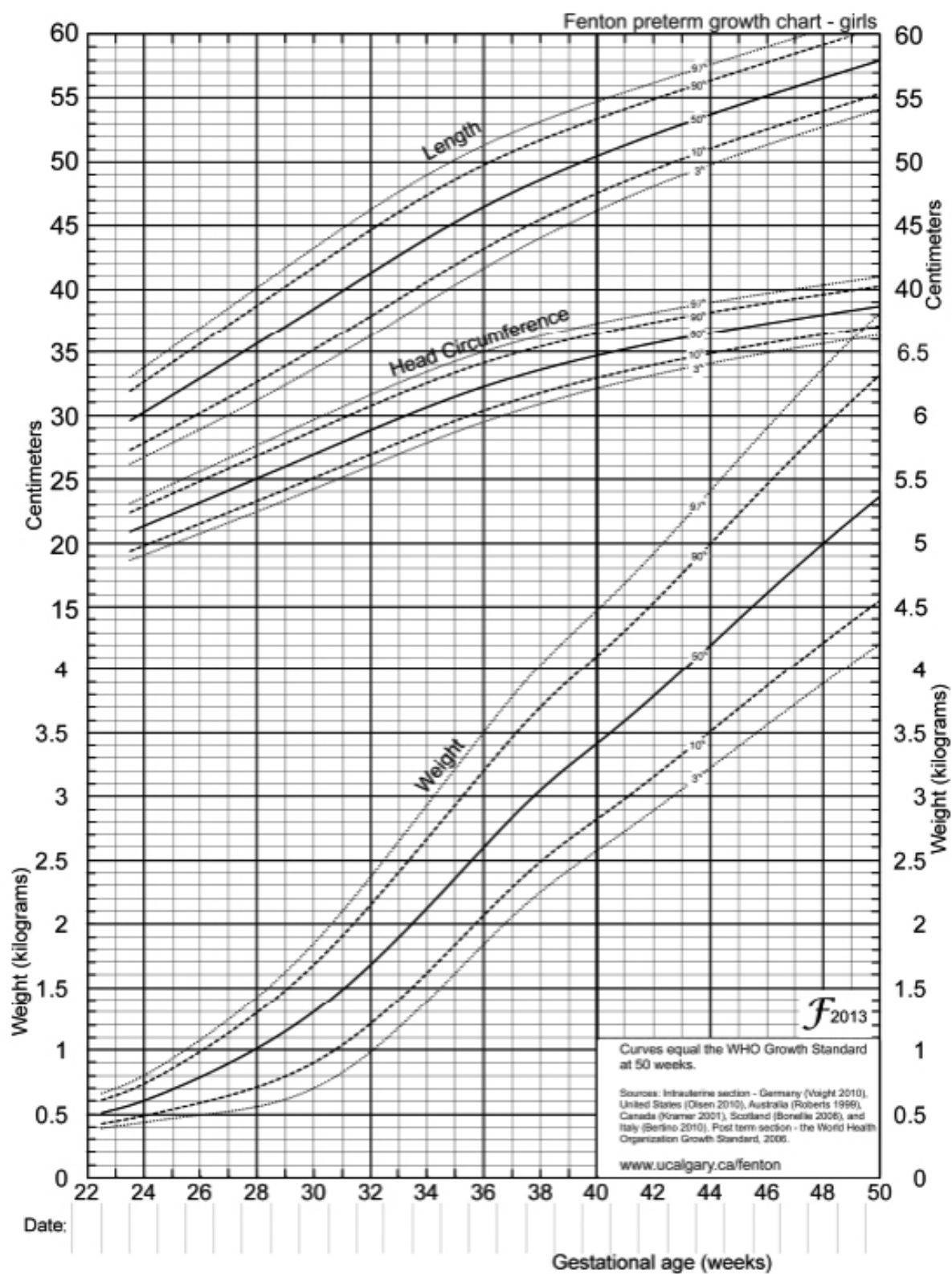
Fonte: WHO Child Growth Standards. (Disponível em: http://www.who.int/childgrowth/standards/second_set/cht_hcfa_girls_z_0_13.pdf)

Anexo E – Curva de Fenton para meninos



Fonte: University of Calgary. (Disponível em: <http://ucalgary.ca/fenton/files/fenton/fenton2013growthchartboys.pdf>)

Anexo F – Curva de Fenton para meninas



Fonte: University of Calgary. (Disponível em: <http://ucalgary.ca/fenton/files/fenton/fenton2013growthchartgirls.pdf>)



Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério da
Saúde

