

## NOTA TÉCNICA Nº 16/2021 DAV/SESA

**Assunto:** Orientações Integradas de Vigilância e Atenção à Saúde relacionadas à Notificação de Microcefalia no RESP.

### 1. MICROCEFALIA

Algumas doenças transmissíveis, quando ocorrem durante a gestação, podem ser transmitidas para o feto pela placenta ou pelo canal do parto, podendo resultar em aborto espontâneo, óbito fetal ou anomalias congênitas, principalmente comprometendo o Sistema Nervoso Central (SNC).

Uma das alterações que podem ocorrer é a microcefalia, a qual é definida por um perímetro cefálico (PC) abaixo do padrão das curvas apropriadas para idade e sexo. Tais parâmetros são determinados usando tabelas de referência, sendo elas a Tabela Intergrowth para nascidos com menos de 37 semanas de gestação (pré-termo) e as curvas da Organização Mundial de Saúde (OMS) para recém-nascidos (RN) entre 37 e 42 semanas (termo).

Cabe salientar que a microcefalia é um sinal e não uma má formação. O PC reduzido prediz que houve alguma alteração no SNC, especialmente no cérebro, podendo ser uma condição isolada ou ocorrer em combinação com outras anomalias congênitas. RN com microcefalia estão em risco de atraso no desenvolvimento e incapacidade intelectual, podendo também desenvolver convulsões e incapacidades físicas, incluindo dificuldades auditivas e visuais.

Os patógenos mais frequentemente relacionados às infecções intra uterinas são a bactéria *Treponema pallidum* que causa a sífilis (S), o protozoário *Toxoplasma gondii* que causa a toxoplasmose (TO), os vírus da rubéola (R), citomegalovírus (C), vírus herpes simplex (H) e o vírus Zika (Z), compondo o acrônimo STORCH+Z.

O tempo de gestação no momento da infecção é um importante fator, entretanto, o SNC permanece suscetível a complicações durante toda a gestação, sendo necessário o monitoramento integrado entre atenção e vigilância em saúde.

**Importante:** Os casos suspeitos, prováveis ou confirmados de microcefalia devem ser notificados imediatamente no Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP).

### 2. VIGILÂNCIA DOS CASOS DE MICROCEFALIA

É fundamental a notificação de casos suspeitos de gestantes com exantema (independente da idade gestacional), de fetos e RN microcefálicos, além dos casos de abortamentos e natimortos associados a alterações de SNC, para ativar o processo de investigação, visando a confirmar os casos, bem como subsidiar as ações de vigilância e atenção à saúde.

#### 2.1 Notificação 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. As amostras biológicas encaminhadas para pesquisa no Lacen/PR deverão ser identificadas no momento do cadastro da amostra no Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) como “caso suspeito em gestante”.

## 2.2 Notificação da ocorrência de alteração de SNC em fetos, recém-nascidos, crianças, abortamentos e natimortos

### 2.2.1 Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP)

Os casos suspeitos, prováveis ou confirmados de microcefalia devem ser notificados imediatamente no Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP), um formulário online disponível no endereço: <http://resp.saude.gov.br/microcefalia#/painel>, o qual foi desenvolvido com a finalidade de registrar as emergências de saúde pública, tendo em vista que as ações de vigilância relacionadas a esses eventos precisam ser realizadas com urgência, permitindo assim a consolidação e caracterização da emergência.

Destaca-se que a notificação da ocorrência de microcefalia no referido sistema deverá ser realizada por unidades de saúde, ambulatórios especializados, hospitais e maternidades, consultórios ou clínicas da rede pública e privada. Para notificar, não é necessário possuir cadastro no RESP.

A notificação deve ser realizada pelo primeiro estabelecimento de saúde que identificar um caso suspeito, provável ou confirmado, podendo ocorrer no momento do pré-natal, nascimento ou puericultura. Sugere-se que o estabelecimento de saúde que realizar a notificação no RESP sinalize na Caderneta da Gestante ou da Criança que a notificação foi realizada.

Salientamos que o encerramento do caso deve ocorrer com prazo máximo de 180 dias após a notificação. Dúvidas sobre como utilizar o RESP podem ser sanadas ao consultar o Manual de Operação do RESP, disponível no endereço: [http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Resp/Manual\\_Operacao\\_RESP.pdf](http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Resp/Manual_Operacao_RESP.pdf).

Tabela 3: Orientações para preenchimento do tipo de notificação no RESP.

Tipo de notificação no RESP	Quando notificar?
Feto em risco	Todo feto cuja gestante apresente resultado laboratorial positivo ou reagente para <b>STORCH+Zika</b> , realizado durante a gestação, e que não se enquadre na definição de caso de feto com suspeita de síndrome congênita.
Feto suspeito	<p>Todo feto (a partir da 8ª semana até o nascimento) que, durante a gestação, apresente um ou mais dos seguintes critérios:</p> <p><b>Critério de imagem ou clínico:</b>            Exame de imagem com presença de calcificações cerebrais;            Exame de imagem com presença de alterações ventriculares;            Exame de imagem com, pelo menos, dois dos sinais mais frequentes*</p> <p><b>Critério laboratorial:</b>            Fetos submetidos a cirurgia fetal para correções de malformações congênitas com resultado laboratorial positivo ou reagente para <b>STORCH+Zika</b>, realizado durante a gestação.</p>
Aborto espontâneo (até 22ª semana de gestação)	Todo aborto espontâneo que tenha ocorrido dentro das primeiras 22 semanas de gestação e que apresente um ou mais dos seguintes critérios:

<b>Aborto espontâneo (até 22ª semana de gestação)</b>	<p>Relato de exantema e/ou febre sem causa definida durante a gestação; Quando a gestante apresentar resultado laboratorial positivo ou reagente para STORCH+Z, realizado durante a gestação OU nas primeiras 48 horas após o abortamento OU quando do atendimento médico para esta situação; Ultrassonografia fetal prévia ao abortamento apresentando alterações.</p>
<b>Óbito fetal/natimorto</b>	<p>Todo <b>óbito fetal (antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe) ou natimorto (que depois da separação não respirar, nem apresentar nenhum outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária)</b>, que apresente um ou mais dos seguintes critérios:</p> <p><b>Critério antropométrico:</b> Diâmetro ou circunferência craniana menor ou igual a -2 desvios-padrão para idade gestacional e sexo, de acordo com tabela do Intergrowth, obtido durante a gestação por meio de ultrassonografia ou mensurado logo após o parto.</p> <p><b>Critério clínico:</b> Desproporção craniofacial (macro ou microcrania em relação à face). Malformação articular dos membros (artrogripose). Relato de exantema e/ou febre sem causa definida durante a gestação.</p> <p><b>Critério laboratorial:</b> Quando a gestante ou mãe apresentar resultado laboratorial positivo ou reagente para STORCH+Z, realizado durante a gestação ou dentro das primeiras 48 horas após o parto.</p>
<b>Recém-nascido</b>	<p>Todo <b>recém-nascido nas primeiras 48 horas de vida</b> que se enquadre em um ou mais dos seguintes critérios:</p> <p><b>Critério antropométrico:</b> Circunferência craniana menor que -2 desvios-padrão, segundo a tabela de InterGrowth, de acordo com a idade gestacional ao nascer e sexo.</p> <p><b>Critério clínico:</b> Desproporção craniofacial (macro ou microcrania em relação à face). Malformação articular dos membros (artrogripose). Ultrassonografia (USG) com padrão alterado durante a gestação.</p>
<b>Criança</b>	<p><b>Após as primeiras 48 horas de vida</b>, desde que se enquadre em um ou mais dos seguintes critérios:</p> <p><b>Critério antropométrico:</b> PRÉ-TERMO (idade gestacional menor que 37 semanas): circunferência craniana menor que -2 desvios-padrão, segundo a curva de crescimento da InterGrowth, de acordo com a idade e sexo; A TERMO OU PÓS-TERMO (idade gestacional igual ou maior que 37</p>

<b>Criança</b>	<p>semanas): circunferência craniana menor que -2 desvios-padrão, segundo a tabela da OMS, de acordo com a idade e sexo.</p> <p><b>Critério clínico:</b>          Desproporção craniofacial (macro ou microcrania em relação à face);          Malformação articular dos membros (artrogripose);          Observação da persistência de duas ou mais manifestações neurológicas, visuais ou auditivas quando não houver outra causa conhecida, independente do histórico materno;          Duas ou mais manifestações neurológicas, visuais ou auditivas, mesmo não persistente, de mãe com histórico de suspeita/confirmação de STORCH+Z durante a gestação;          Alteração do crescimento/desenvolvimento neuropsicomotor (escala de Denver disponível na Caderneta da Criança), sem causa definida, independentemente do histórico clínico de infecção na gestação.</p>
----------------	--

\*Microcefalia (de acordo com as tabelas de referência); Microencefalia; Alterações de fossa posterior: dimorfismo de vermis cerebelar; Ventriculomegalia (leve, moderado e grave – ex vacum); Hidrocefalia; Calcificações cerebrais – disseminadas; Sinéquias; Disgenesia de corpo caloso; Esquizencefalia/porencefalia; Afilamento do córtex; Occipital proeminente.

### 2.2.2 Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC)

A notificação do caso suspeito de microcefalia no RESP não exclui a necessidade de notificar no Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC). Esse sistema permite o registro de informações dos nascidos vivos (NV), gestantes e do parto.

No SINASC, devem ser registrados apenas os casos em que o PC esteja abaixo do 3º desvio padrão das curvas apropriadas para idade e sexo, e as equipes de saúde devem utilizar a Declaração de Nascido Vivo (DNV), por meio dos campos 6 e 4, pois quando devidamente preenchidos, permitem-nos conhecer e medir a frequência e a natureza desses eventos.

Nos casos de recém-nascidos vivos apresentando microcefalia, ou outras alterações neurológicas, a 1ª via da DNV (branca) deverá ser encaminhada para a Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) no prazo máximo de 24 horas, a contar do momento do nascimento da criança.

### 3. DEFINIÇÕES DE CASO

**a) Feto com alterações do SNC durante a gestação (da 8ª semana de gestação até o nascimento):**

Caso suspeito	<p>Presença de pelo menos, um dos seguintes critérios referentes às alterações do SNC, identificadas em exames ultrassonográficos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presença de calcificações cerebrais E/OU</li> <li>- Presença de alterações ventriculares E/OU</li> <li>- Pelo menos dois dos seguintes sinais de alterações de fossa posterior: hipoplasia de cerebelo, hipoplasia do vermis cerebelar, alargamento da fossa posterior maior que 10 mm e agenesia/hipoplasia de corpo caloso.</li> </ul>
Caso confirmado	<p><b>Por critério clínico-radiológico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Caso confirmado como sugestivo de infecção congênita por critério</li> </ul>

Caso confirmado	<p>clínico-radiológico, que não for descartado pelos critérios descritos abaixo.</p> <p><b>Por critério clínico-laboratorial:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Sugestivo de infecção congênita por STORCH</u>: caso que apresente resultado laboratorial específico para sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus ou herpes simplex, a partir de amostras de sangue da gestante.</li> <li>- <u>Sugestivo de infecção congênita pelo vírus Zika</u>: caso que apresente resultado sorológico reagente<sup>1</sup> para a presença de anticorpos contra o vírus Zika, a partir de amostras de sangue da gestante.</li> </ul>
Caso descartado	<p>Todos os casos notificados no RESP que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Não atenderem a definição de caso para notificação;</li> <li>- For comprovada que a causa da alteração do SNC seja de origem não infecciosa;</li> <li>- Registro duplicado.</li> </ul>

**b) Abortamentos sugestivos de infecção congênita:**

Caso suspeito	<p>Aborto de gestante (perda fetal ocorrida até 22 semanas de gestação) com suspeita clínica e/ou resultado laboratorial compatível com doença exantemática aguda durante a gestação.</p>
Caso confirmado	<p><b>Sugestivo de infecção congênita por STORCH:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Caso que apresentar resultado laboratorial específico para sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus ou herpes simplex a partir de amostras de sangue ou urina da gestante.</li> </ul> <p><b>Sugestivo de infecção congênita pelo vírus Zika:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Caso que apresentar resultado laboratorial específico para vírus Zika a partir de amostras de sangue da gestante ou de tecido do aborto.</li> </ul>
Caso descartado	<p>Todos os casos notificados no RESP que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentarem resultado negativo ou inconclusivo para STORCH+Z ou outra causa infecciosa;</li> <li>- Não atenderem a definição de caso para notificação;</li> <li>- Casos notificados em que não seja possível investigar laboratorialmente;</li> <li>- Registro duplicado.</li> </ul>

**c) Natimorto sugestivo de infecção congênita**

Caso suspeito	<p>Natimorto de gestante com suspeita clínica E/OU resultado laboratorial compatível com doença exantemática aguda durante a gestação, que</p>
---------------	--

<sup>1</sup> Devido às limitações analíticas dos testes sorológicos disponíveis, o diagnóstico somente será conclusivo se não apresentar reações cruzadas entre diferentes vírus.

Caso suspeito	presente: - Medida do perímetro cefálico menor ou igual a -2 desvios-padrão, para idade gestacional e sexo, de acordo com Tabela do Intergrowth (anexo 1), quando possível ser mensurado OU - Anomalias congênicas do SNC (encefalocele, espinha bífida fechada, espinha bífida aberta, anencefalia ou craniorraquisquise) além de malformações estruturais graves, como a artrogripose múltipla congênita (AMC).
Caso confirmado	<b>Sugestivo de infecção congênita por STORCH:</b> - Caso notificado que apresentar resultado laboratorial específico para sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus ou herpes simplex a partir de amostras de sangue ou urina da gestante/puérpera.  <b>Sugestivo de infecção congênita pelo vírus Zika:</b> - Caso notificado que apresentar resultado laboratorial específico para vírus Zika a partir de amostras de sangue da gestante/puérpera ou de tecido do natimorto.
Caso provável	Caso notificado, cuja mãe apresentou exantema durante a gravidez, em que não seja possível investigar laboratorialmente.
Caso descartado	Todos os casos notificados no RESP que: - Não atenderem a definição de caso notificado, confirmado ou provável; - Registro duplicado.

**d) Recém-nascido com microcefalia:**

Caso suspeito	- RN com menos de 37 semanas de idade gestacional, apresentando medida do perímetro cefálico menor que -2 desvios-padrão, segundo a tabela do Intergrowth, para a idade gestacional e sexo (disponível na caderneta da criança)  - RN com 37 semanas ou mais de idade gestacional, apresentando medida do perímetro cefálico menor ou igual a 31,5 centímetros para meninas e 31,9 para meninos, equivalente a menor que -2 desvios-padrão para a idade do neonato e sexo, segundo a tabela da OMS (disponível na caderneta da criança)
Caso confirmado	<b>Por exame de imagem:</b> - <u>Sugestiva de estar relacionada à infecção congênita:</u> caso que apresente alterações sugestivas de infecção congênita por qualquer método de imagem (conforme anexo), sem resultados laboratoriais.  <b>Por critério laboratorial:</b> - <u>Sugestiva de estar relacionada à infecção congênita por STORCH:</u> caso notificado como microcefalia E que apresente diagnóstico

Caso confirmado	laboratorial específico e conclusivo para sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus ou herpes simplex, identificado em amostras do RN e/ou da mãe. - <u>Sugestiva de estar relacionada à infecção por vírus Zika</u> : caso notificado como microcefalia E que apresente diagnóstico laboratorial específico e conclusivo para Zika vírus, identificado em amostras do RN e/ou da mãe.
Caso provável	- Caso notificado, cuja mãe apresentou exantema durante a gravidez E que o RN apresente alterações sugestivas de infecção congênita por qualquer método de imagem E exames laboratoriais para STORCH negativos em amostras do RN e/ou da mãe.
Caso descartado	Casos notificados no RESP que: - RN que não foi enquadrado em nenhuma das quatro categorias acima; OU - Que apresenta microcefalia sem alterações comumente relacionadas à infecção congênita, observadas por qualquer método de imagem; OU - Que apresente medida do perímetro cefálico acima da média para idade e sexo, em segunda mensuração, sem presença de alterações do SNC; OU - Não atenderem a definição de caso para notificação; OU - Caso notificado e que não seja possível realizar a investigação clínica e epidemiológica; OU - Que seja pequeno para idade gestacional do tipo simétrico (PIG simétrico), sem presença de alterações do SNC; OU - Registro duplicado.

## 4. INVESTIGAÇÃO E DIAGNÓSTICO

### 4.1 Clínico

A aferição do PC deve ser realizada após o nascimento do RN, nas primeiras 24 horas de vida, utilizando como referência a tabela Intergrowth ou OMS, conforme idade gestacional (IG). Caso não seja possível verificar o PC durante as primeiras 24 horas, deverá ser medida em até 48 horas de vida.

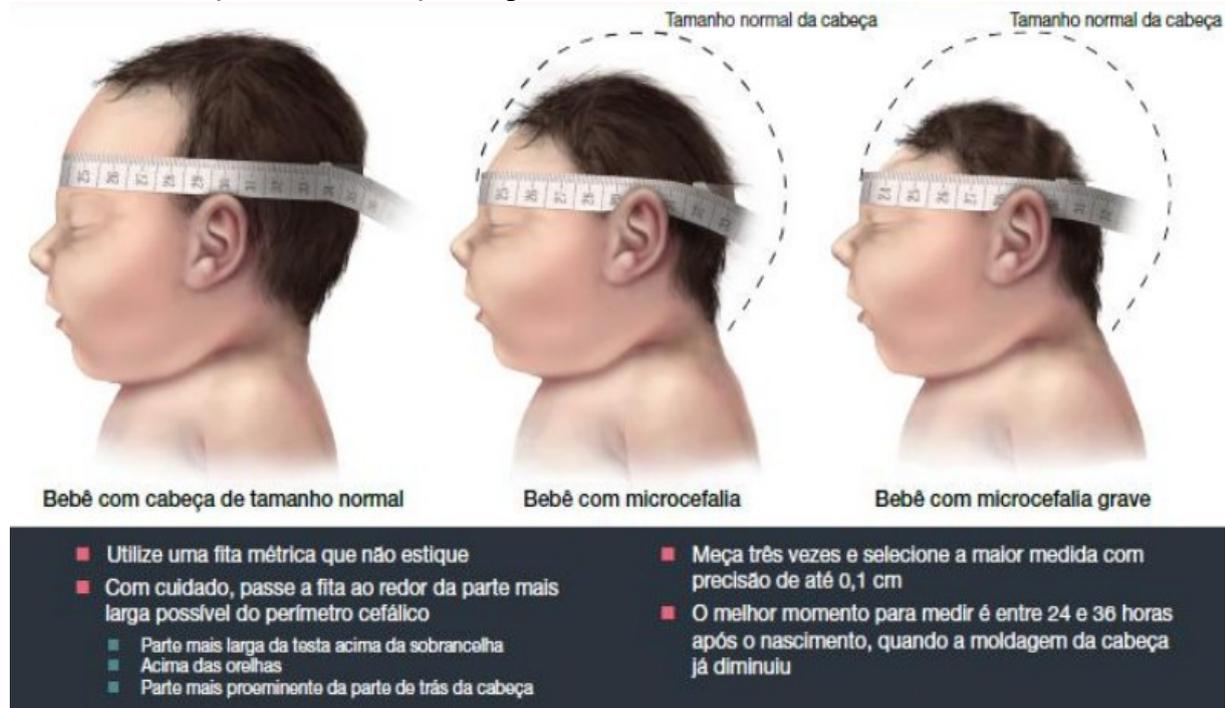
Este período é um dos principais momentos para identificar possíveis anomalias congênitas. A medida deve ser realizada com fita métrica inextensível, ao redor da cabeça do RN, da esquerda para a direita, passando pelo osso frontal e proeminência occipital.

Crianças que nasceram via parto normal podem apresentar suturas cavalgadas (superpostas), e por esse motivo o PC pode apresentar-se transitariamente abaixo do parâmetro de corte. Nesses casos, recomenda-se que a medida de referência para notificação de microcefalia seja realizada somente a partir de 24 horas após o nascimento. Deste modo, evita-se que crianças sem alterações sejam inseridas para investigação desnecessariamente (falso-positivos).

Destaca-se que o valor do PC pode variar de acordo com a IG no momento do nascimento, e deve ser acompanhado até os cinco anos de idade. Os RNs com o tamanho do

crânio um pouco abaixo da medida de referência, não necessariamente, terão malformações. A confirmação do diagnóstico de microcefalia e da sua associação a outras infecções só pode ser feita após a realização de exames complementares, como ultrassonografia transfontanela e tomografia de crânio.

Recomendações sobre aferição do perímetro cefálico em recém-nascidos, OMS, 2016.



#### 4.2 Laboratorial

A investigação laboratorial deve levar em consideração os achados clínicos e epidemiológicos, por meio do diagnóstico diferencial das infecções por STORCH+Z. Dessa forma, os casos que preencherem a definição de caso suspeito devem seguir as instruções para testes laboratoriais conforme as tabelas 1 e 2.

A execução dos exames é de responsabilidade municipal, através de seus laboratórios próprios ou terceirizados. O Laboratório Central do Estado (Lacen/PR) receberá as amostras em casos de divergências ou confirmatórios, seguindo orientações gerais e fluxos de cada doença conforme o Manual de Coleta e Envio de Amostras Biológicas, disponível em: <http://www.lacen.saude.pr.gov.br/>.

Tabela 1: Instruções para testes laboratoriais em gestantes com suspeita de infecção por STORCH+Z.

	Gestante com feto microcefálico/alterações do SNC relacionada à STORCH+Z	Gestante com exantema agudo ou referido	
Período de coleta	Quando da suspeita	Até o 5º dia do início dos sintomas	Após o 10º dia do início dos sintomas
Método	Sorologia	RT-PCR	Sorologia
Pesquisa	STORCH+Z, HIV, Epstein Barr, Dengue, Chikungunya	Zika, Dengue, Chikungunya, Sarampo e Rubéola	STORCH+Z, HIV, Epstein Barr, Dengue, Chikungunya, Sarampo, Parvovírus B19
Material	Soro	Plasma, urina e secreção nasofaringe e orofaringe	Soro
Volume	Utilizar 6 tubos (0,5 ml de soro/tubo)	Plasma: 5ml Urina: 10 ml <sup>2</sup> Secreção nasofaringe e orofaringe: não aplicável <sup>3</sup>	Utilizar 6 tubos (0,5 ml de soro/tubo)

<sup>2</sup> Amostras de urina podem ser utilizadas para confirmar a infecção viral por Zika até 15 dias após o início do exantema.

<sup>3</sup> Coletar três swabs, um da orofaringe e dois de nasofaringe, sendo um de cada narina e utilizando um swab de rayon para cada sítio.

Tabela 2: Instruções para testes laboratoriais em crianças com suspeita de infecção por STORCH+Z.

	Aborto espontâneo ou natimorto com suspeita clínica e/ou laboratorial de STORCH+Z		Recém-nascido com microcefalia / alterações do SNC relacionada à infecção congênita (STORCH+Z)		Feto em risco de apresentar Síndrome Congênita	
<b>Período de coleta</b>	No momento do nascimento		No momento do nascimento		No momento do nascimento	
<b>Método</b>	Sorologia	Histopatológico e Imunohistoquímico	Sorologia	Histopatológico e Imunohistoquímico	Sorologia	Histopatológico e Imunohistoquímico
<b>Pesquisa</b>	STORCH+Z, HIV, Epstein Barr, Dengue, Chikungunya, Sarampo, Parvovírus B19	Zika	STORCH+Z, HIV, Epstein Barr, Dengue, Chikungunya	Zika	STORCH+Z, HIV, Epstein Barr, Dengue, Chikungunya	Zika
<b>Amostra</b>	Soro da gestante	Tecidos/ Fragmentos de vísceras e Placenta	Soro da mãe e Soro do RN	Placenta	Soro do RN	Placenta
<b>Volume</b>	6 tubos (0,5 ml de soro/tubo)	1 cm <sup>3</sup> de fragmentos de vísceras <sup>4</sup> e 3 fragmentos de 1cm <sup>3</sup> de placenta	6 tubos (0,5 ml de soro/tubo) para mãe	3 fragmentos de 1cm <sup>3</sup> de placenta	6 tubos (0,5 ml de soro/tubo)	3 fragmentos de 1cm <sup>3</sup> de placenta

#### 4.3 Por imagem

Os exames de imagem são importantes para confirmação diagnóstica, e poderão auxiliar na determinação da causa subjacente da microcefalia e outras alterações do SNC.

No período gestacional a ultrassonografia obstétrica é recomendada para identificação de fetos com microcefalia, sendo preconizada no primeiro trimestre da gestação como rotina do pré-natal. De acordo com as orientações e recomendações da FEBRASGO sobre a infecção pelo vírus zika em gestantes e microcefalia, o protocolo ultrassonográfico mínimo deve considerar pelo menos três exames USG, o primeiro, em torno da 12<sup>a</sup> semana de gravidez (entre 10 a 14 semanas); o segundo deverá ser morfológico, realizado em torno da 22a semana (entre 18 a 24 semanas); e o terceiro, em torno da 32<sup>a</sup> semana (entre 28 a 34 semanas).

No caso dos RNs e crianças com suspeita ou confirmação de microcefalia e outras anomalias congênicas são indicados:

- **Ultrassonografia Transfontanela (US-TF):** Indicada para crianças com fontanela aberta, o que se verifica geralmente até os 6 meses de idade. A US-TF é a primeira opção de exame de imagem, uma vez 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.

<sup>4</sup> Tecido/Fragmento de vísceras: cérebro, fígado, coração, pulmão, rim e baço

- **Tomografia Computadorizada de Crânio (TCC):** Sem contraste, para RN cujo tamanho da fontanela impossibilite a US-TF e para aqueles em que, após a US-TF, ainda persista dúvida diagnóstica.

## 6. ATENÇÃO À SAÚDE NOS CASOS DE MICROCEFALIA

No Paraná, o acompanhamento dos casos de microcefalia no Sistema Único de Saúde (SUS) é realizado pela Atenção Primária à Saúde (APS), de forma compartilhada com a Atenção Especializada (ambulatórios especializados, centros de reabilitação, hospitais), os Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, além de órteses e próteses, nos casos que se fizerem necessários.

Se for identificada no período gestacional, a gestante será acompanhada de forma compartilhada entre a APS e Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), levando em consideração a estratificação de risco gestacional proposta pela Linha de Cuidado Materno Infantil da SESA PR. A gestante deverá ser preparada pela equipe de saúde que assiste o pré-natal, no que tange aos cuidados com o RN, a importância da estimulação precoce e aspectos psicológicos e de vínculo materno.

Caso seja identificada logo após o nascimento, deve-se garantir o contato pele-a-pele, o clampeamento do cordão umbilical em tempo oportuno, a amamentação na primeira hora de vida e a realização de procedimentos de rotina somente após esse período, observando a condição clínica e estabilidade do RN e da puérpera.

O RN com microcefalia deverá ser manejado de acordo com os protocolos já existentes para qualquer outra criança em relação aos exames de Triagem Neonatal. A microcefalia isoladamente, não indica internamento prolongado para o bebê desde que ele esteja em condições de alta. A realização dos exames poderá ocorrer na investigação ambulatorial, desde que se apresente em condições de alta.

Todos os RN com microcefalia devem receber avaliação e acompanhamento regular durante a infância, incluindo o exame neurológico em toda consulta de puericultura, com a verificação e interpretação do perímetro cefálico, utilizando as tabelas da Intergrowth (para pré-termos até 64 semanas de idade gestacional corrigida) e da OMS (para a termo e pós-termo) disponíveis na Caderneta de Saúde da Criança.

Salienta-se que não há tratamento específico para a microcefalia, sendo que o cuidado integral e articulado entre os serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS possibilitará a conquista de uma maior funcionalidade das crianças portadoras de microcefalia. A transição do cuidado entre o estabelecimento de nascimento à APS, por meio de resumo de alta qualificado, subsidiará o acolhimento inicial da mãe e bebê na Unidade de Saúde de referência.

Os profissionais de saúde devem identificar as crianças que apresentam alteração no desenvolvimento neurológico, psicológico e motor, e promover ações de suporte, além de instrumentalizar a mãe ou responsável sobre as medidas de estimulação precoce. Como cada criança desenvolve complicações diferentes – entre elas respiratórias, neurológicas e motoras – diferentes terapias poderão ser indicadas.

É atribuição da APS o acompanhamento longitudinal dessas crianças, que inicia no pré-natal, e segue-se por meio da visita puerperal, imunização, consultas de crescimento e desenvolvimento, proporcionando a identificação precoce de situações que exigem intervenções, além de realizar a coordenação do cuidado destas na RAS.

O encaminhamento à Atenção Especializada dependerá das condições e das necessidades da criança, identificadas no Plano Terapêutico Singular (PTS) elaborado pela

equipe da APS. Salienta-se que todos os bebês com anomalias congênitas e/ou alterações do SNC devem manter as consultas de puericultura na APS – conforme preconizado na Estratificação de Risco da criança – mesmo que sejam acompanhados pela atenção especializada.

O seguimento e monitoramento (Anexo A) da criança com alteração do SNC deverá ser realizado até os **5 anos** de idade. Já crianças sem alteração do SNC e filhos de gestantes com confirmação para Zika Vírus devem ser monitoradas até os **3 anos** de idade. Maiores informações sobre a atenção aos casos de Microcefalia podem ser sanadas no Manual de *Orientações Integradas de Vigilância e Atenção à Saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (2017)*, disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes\\_integradas\\_vigilancia\\_atencao\\_emergencia\\_saude\\_publica.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_integradas_vigilancia_atencao_emergencia_saude_publica.pdf)

**Importante:** Os casos classificados como “provável”, “inconclusivos” ou “descartados” pela Vigilância em Saúde devem ser avaliados e acompanhados com atenção na puericultura da APS.

## 6.1 Estimulação precoce

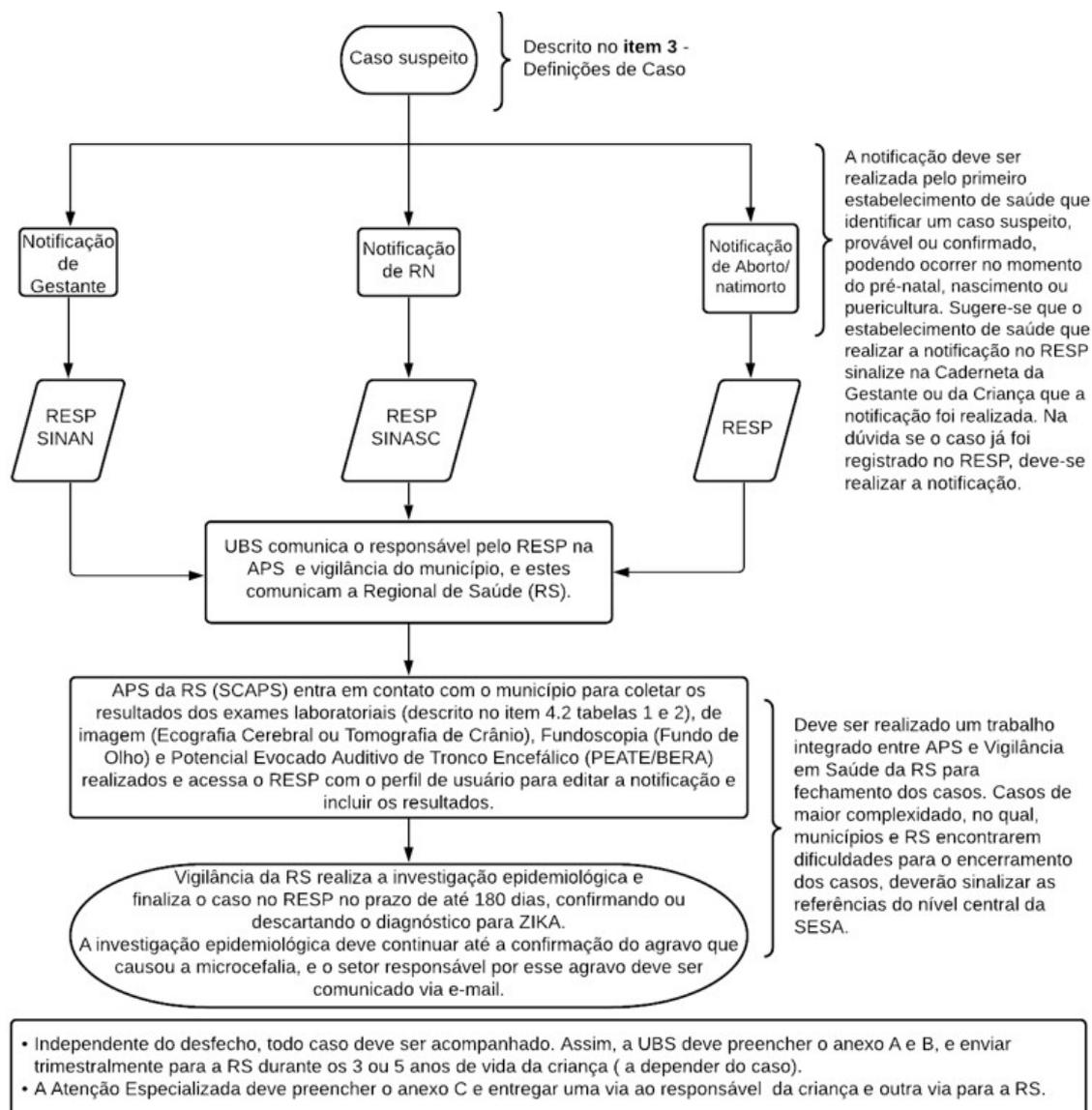
Em Dezembro de 2015, o Ministério da Saúde lançou a “Diretriz de Estimulação Precoce de Crianças de zero a 3 anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor Decorrente de Microcefalia” com o objetivo de orientar às equipes multiprofissionais para o cuidado de crianças, entre zero e 3 anos de idade, voltadas às ações de estimulação precoce do desenvolvimento neuropsicomotor, principalmente em casos decorrentes da microcefalia. Tais orientações dirigem-se aos profissionais da APS e Atenção Especializada (Atenção Domiciliar, Hospitalar, Ambulatórios de Especialidades, e Centros Especializados em Reabilitação).

Toda criança precisa de estímulos para se desenvolver, sendo essencial o oferecimento de incentivo e ambiente propício e necessário para o desenvolvimento de capacidades inatas. A Estimulação Infantil, nos primeiros anos de vida de uma criança, são fundamentais para seu desenvolvimento — isto porque, nesse período, em especial nos primeiros mil dias, que identificamos algum atraso neuropsicomotor. Os pilares de um desenvolvimento cerebral saudável na primeira infância são saúde, nutrição, cuidados responsivos, segurança, proteção e aprendizagem.

Quando falamos, no entanto, de bebês com síndromes ou atrasos no desenvolvimento, se torna essencial para o prognóstico a estimulação precoce, um processo mais direcionado, estruturado e acompanhado por equipes multiprofissionais, para o cuidado de crianças entre 0 e 3 anos de idade.

O tratamento deve ser uma ação conjunta com profissionais da APS e da Especializada, isso trará um melhor desenvolvimento, principalmente naquelas que apresentam alguma deficiência, tendo assim um futuro com mais autonomia e inclusão social.

## 7. MONITORAMENTO INTEGRADO DA VIGILÂNCIA E ATENÇÃO À SAÚDE AOS CASOS SUSPEITOS DE ALTERAÇÕES DE SNC



Com a publicação desta nota, revoga-se a NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 08/2020 LACEN/DAV/SESA, e a partir dessa data deverão ser observadas as orientações elencadas neste documento.

Curitiba, 18 de outubro de 2021.

*(Assinado Eletronicamente)*

**Maria Goretti David Lopes**

Diretora de Atenção e Vigilância em Saúde



## ANEXO B

### RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO ESTIMULAÇÃO PRECOCE

**Orientações gerais:**

Encaminhar relatório (via e-mail) trimestral para a Regional de Saúde de sua referência durante o primeiro ano até o terceiro ano de vida.

Referencial teórico de apoio: “Diretriz de Estimulação Precoce: crianças de zero a três anos com atraso no desenvolvimento psicomotor”. Link de acesso:

<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/novembro/26/Diretrizes-de-estimulacao-precoce.pdf>

<b>Unidade de Saúde do paciente:</b>	<b>Telefone: ( )</b>
<b>Município:</b>	<b>RS:</b>
<b>Número DNV:</b>	<b>Data de nascimento:</b>
<b>Data da 1ª consulta com o(a) paciente:</b>	
<b>Confirmação de infecção congênita pelo vírus:</b> <input type="checkbox"/> sífilis <input type="checkbox"/> toxoplasmose <input type="checkbox"/> rubéola <input type="checkbox"/> citomegalovírus <input type="checkbox"/> herpes simplex <input type="checkbox"/> Zika <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Hepatites Virais	
<b>Diagnóstico do(a) paciente (CID):</b>	
<b>Profissionais que realizam o acompanhamento do(a) paciente e frequência:</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Fisioterapeuta</b> , frequência do atendimento: <input type="checkbox"/> maior que uma vez na semana <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> mensal	
<input type="checkbox"/> <b>Psicólogo</b> , frequência do atendimento: <input type="checkbox"/> maior que uma vez na semana <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> mensal	
<input type="checkbox"/> <b>Terapeuta Ocupacional</b> , frequência do atendimento: <input type="checkbox"/> maior que uma vez na semana <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> mensal	
<input type="checkbox"/> <b>Fonoaudiólogo</b> , frequência do atendimento: <input type="checkbox"/> maior que uma vez na semana <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> mensal	
<input type="checkbox"/> <b>Nutricionista</b> , frequência do atendimento: <input type="checkbox"/> maior que uma vez na semana <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> mensal	
<input type="checkbox"/> <b>médico</b> , especificar especialidade:	
<b>Profissional de referência para contato:</b>	
Data: ___ / ___ / _____ Profissional que preencheu relatório:	

**ANEXO C**
  
**LAUDO MÉDICO CIRCUNSTANCIADO (LMC)**

DADOS PESSOAIS	
Identificação da Mãe	Nome
	Documento de Identidade (tipo e número)
Identificação da Criança	Nome
	Número da Declaração de Nascido Vivo
	Data de Nascimento
	Sexo
DESCRIÇÃO DOS ACHADOS DO EXAME FÍSICO, INCLUINDO O EXAME NEUROLÓGICO.	
RESULTADO DA ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELAR OU TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO COMPATÍVEL COM O DIAGNÓSTICO DE MICROCEFALIA E ACHADOS ENCEFÁLICOS ANORMAIS	
RESULTADOS DE OUTROS EXAMES COMPLEMENTARES DISPONÍVEIS	
CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA DE MICROCEFALIA COM REPERCUSSÃO NEUROPSICOMOTORA	

Anexar cópia do documento de identidade da mãe e do laudo do exame de imagem confirmatório de microcefalia.

Declaro que li e conferi os dados e que as informações estão corretas.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Estabelecimento de Saúde

\_\_\_\_\_  
Assinatura e CRM (Responsável Médico pelo Estabelecimento de Saúde Emissor)