

PROTOCOLO DE ATENÇÃO À SAÚDE E RESPOSTA À OCORRÊNCIA DE MICROCEFALIA

versão 3

Plano Nacional de
Enfrentamento à Microcefalia



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 3.0 – 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
Jornalista Responsável Tiago Souza DRT 8120/05-23
Ilustração e capa: Felipe Alencar
Fotos capa: Radilson Carlos Gomes

Organização:

Cristiano Francisco da Silva
Diana Carmem Almeida Nunes de Oliveira
Diogo do Vale de Aguiar
Dirceu Klitzke
Fernanda Ramos Monteiro
Geize Rezende
Gilvani Pereira Granjeiro
Haroldo Lupion Poletti
Ione Maria Fonseca de Melo
Jacirene Gonçalves Lima Franco
Márcia Helena Leal
Maria Esther de Albuquerque Vilela
Maria de Lourdes Magalhães
Neli Muraki Ishikawa
Núbia Garcia Vianna
Olavo de Moura Fontoura
Paulo Vicente Bonilha Almeida
Renata de Souza Reis
Rhaila Cortes Barbosa
Tatiana Raquel Selbmann Coimbra
Thais Fonseca Veloso de Oliveira
Vânia Kelly Alves da Silva
Vera Lúcia Ferreira Mendes

Colaboração

Ana Paula da Cruz
Angelita Herrmann
Cícero Ayrton Brito Sampaio
Consuelo Oliveira
Denise Bomfim Souza

Ênia Maluf Amuí
Fernando Kok
Kátia Motta Galvão Gomes
Juliano Mattos Rodrigues
Marcelo Valente
Michelle Leite da Silva
Roseli Calil
Sergio Marba
Wanderson Kleber de Oliveira

Revisão desta edição:

Cristiano Francisco da Silva
Diogo do Vale de Aguiar
Ione Maria Fonseca de Melo
Kátia M. Galvão Gomes
Maria Inez Pordeus Gadelha
Renata de Souza Reis
Sônia Maria Lievori do Rêgo Pereira
Tatiana Raquel Selbmann Coimbra

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

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

CDU 616-022

Catálogo 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

Sumário

Apresentação	5
1 Introdução.....	6
2 Objetivo geral	7
2.1 Objetivos específicos.....	7
Definição de Caso	7
3 Considerações Gerais sobre as Manifestações Clínicas da Infecção pelo vírus Zika	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	19
6 Atenção à saúde do recém-nascido (RN), lactente e criança com microcefalia	21
6.1 Cuidados no momento do parto/nascimento	21
6.2 Aleitamento materno.....	21
6.3 Anamnese.....	22
6.4 Exame Físico	22
6.5 Exames Complementares	25
6.6 Investigação laboratorial	25
6.7 Exames de imagem.....	25
7 Triagens neonatais.....	26
7.1 Triagem auditiva neonatal (TAN).....	26
7.2 Triagem ocular neonatal (TON).....	27
7.3 Exame do fundo de olho (fundoscopia).....	27
8 Alta do recém-nascido.....	28
9 Segmento do recém-nascido	28
10 Estimulação precoce	29
11 Assistência Social	31
REFERÊNCIA	33

BIBLIOGRAFIA.....	33
ANEXOS	36
Anexo A – Fluxograma para atendimento do recém-nascido.....	36
Anexo B - Intergrowth - Valores de referência para perímetro cefálico em recém-nascido pre termo para meninos	37
Anexo C - Intergrowth - Valores de referência para perímetro cefálico em recém-nascido pre termo para meninas.....	39
Anexo D - OMS - Valores de referência para perímetro cefálico em recém-nascidos a termo para meninos	41
Anexo E - OMS - Valores de referência para perímetro cefálico em recém-nascidos a termo para meninas.....	41
Anexo F - Laudo Médico Circunstanciado	41

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 a população em geral, de saúde sexual e saúde reprodutiva - atenção às mulheres grávidas e puérperas - e de 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 ligação da microcefalia com o vírus Zika, pela constatação que os primeiros meses de gestação de crianças nascidas com microcefalia corresponderam ao período de maior circulação do vírus Zika na região Nordeste.

Deve-se ressaltar que as informações e recomendações aqui presentes foram fundamentadas e estabelecidas a partir das discussões tidas entre as secretarias e coordenações do Ministério da Saúde, os especialistas e os representantes das secretarias de saúde de estados, dos municípios e do Distrito Federal.

Destaca-se a importância do empenho de gestores, profissionais da saúde e população em geral quanto à notificação, à prevenção, ao acolhimento e à assistência aos casos de microcefalia relacionada ou não 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 Secretaria de Vigilância em Saúde (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 o 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, demonstrou 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 os profissionais da saúde, com foco em saúde sexual e saúde reprodutiva - atenção às mulheres grávidas e puérperas – e assistência aos 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 o diagnóstico e o cuidado de crianças com microcefalia com ou sem alterações do sistema nervoso central.
- Orientar a estimulação precoce e a reabilitação das crianças com microcefalia com ou sem alterações do sistema nervoso central.

Definição de caso:

Do ponto de vista da atenção à saúde e deste Protocolo, define-se como caso a criança nascida viva com microcefalia devido a qualquer causa, primária ou secundária, com ou sem alterações do sistema nervoso central.

3 Considerações Gerais sobre as Manifestações Clínicas da Infecção pelo Vírus Zika

No Brasil, dados do Sinasc mostram que houve um aumento substancial na prevalência de microcefalia ao nascer no ano de 2015. Além disso, foram consolidadas evidências que corroboram o reconhecimento da relação entre a infecção pelo 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 máculo-papular, 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 (como dengue e chikungunya), incluem um quadro exantemático mais acentuado e hiperemia conjuntival, sem alteração significativa na contagem de leucócitos e plaquetas (ver Tabela 1).

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).

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 38°C (1 a 2 dias subfebril)	Febre alta >38°C (2 a 3 dias)
Manchas na pele (Frequência)	Surge a partir do quarto dia em 30% - 50% dos casos	Surge no primeiro ou segundo dia em 90%-100% dos casos	Surge em 2-5 dias em 50% dos casos
Dor nos músculos (Frequência)	+++/>+++	++/>+++	+/>+++
Dor na articulação (Frequência)	+/>+++	++/>+++	+++/>+++
Intensidade da dos articular	Leve	Leve/Moderada	Moderada/Intensa
Edema dee articulação	Raro	Frequente e de 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).

Atualmente, a incidência de casos de infecção pelo vírus zika impõe a intensificação do cuidado à mulher grávida durante o acompanhamento pré-natal, devido à possível associação com casos atuais de microcefalia em recém-nascidos. É importante incluir a atenção ao pai/parceiro no acompanhamento pré-natal, estimulando-o a participar desses momentos.

4 Microcefalia

A microcefalia é caracterizada por um perímetro cefálico (PC) 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”.

ATENÇÃO

A assistência às crianças com perímetro cefálico (PC) reduzido deve ser prestada independentemente da causa da microcefalia e dos critérios para definição de caso com a finalidade de vigilância epidemiológica.

5 Atenção à saúde das mulheres

Na atual situação de aumento do número de casos de microcefalia, associados ou não à infecção pelo vírus Zika, as equipes de saúde devem considerar o combate ao mosquito *Aedes aegypti* como ação prioritária no seu campo de atuação.

No âmbito da atenção à saúde, além das ações de educação em 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 mulheres grávidas e no período pós-parto, além da assistência aos recém-nascidos suspeitos de microcefalia.

É importante ressaltar que, embora neste momento haja uma atenção especial às mulheres grávidas 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. O pai/parceiro deve também ser um aliado aos cuidados que beneficiam as ações de prevenção e eliminação do mosquito.

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 distribuiu, 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 e o acompanhamento das mulheres de seu território que estão em idade fértil, considerando a corresponsabilização do homem pelo planejamento reprodutivo.

No entanto, nesse contexto, é importante que aquelas mulheres ou casais que desejam ter filhos recebam as orientações necessárias dos profissionais da 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, adolescentes e idosos garantindo 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 *Cadernos 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_guiatecnico.pdf). Destaca-se a oportunidade, em caso de resultado negativo e a mulher não querer engravidar, para oferecer planejamento reprodutivo ao casal.
- Identificar situações oportunas para uso de anticoncepção de emergência(AE), também conhecida como pílula do dia seguinte. O objetivo da AE é prevenir a gravidez inoportuna ou indesejada após relação sexual ocorrida em até cinco dias que, por alguma razão, foi desprotegida. Entre as principais indicações de AE, está a relação sexual sem uso de método anticonceptivo, falha conhecida ou presumida do método em uso de rotina, uso inadequado do anticonceptivo, ou por razão de violência sexual. Todas as mulheres em idade reprodutiva e com risco de gravidez indesejada devem ter garantia de acesso à informação e ao uso da AE. Para mais informações acessar o guia *Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde disponível em*: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anticoncepcao_emergencia_perguntas_respostas_2ed.pdf

Planejamento reprodutivo

A atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva vai além da oferta de métodos e técnicas para a concepção e contracepção e 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 o 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 contraceptivo, 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, do homem 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.

A articulação com a rede de assistência social local também é de suma importância para eliminar as barreiras sociais e econômicas que impedem o acompanhamento pré-natal dessas gestantes.

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, 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 o *Cadernos 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 pela 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 ou exames laboratoriais que não mudam a condição nem o prognóstico nesses casos.

Nesse sentido, é importante que, durante o acompanhamento da gestação, mantenha-se a atenção também 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 da gravidez; 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 os 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 um 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 um serviço de saúde adequado 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. O pai/parceiro também deve ser convidado para participar das atividades educativas, onde as dúvidas poderão ser esclarecidas e assim incentivar o exercício da paternidade ativa e consciente.
- 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 que o pai/parceiro esteja participando das consultas durante o acompanhamento pré-natal e que possa fazer o acompanhamento do pré-natal do parceiro.
- Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico e sobre os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.

- Informar o pai/parceiro de seus direitos, como a licença paternidade garantida pela constituição Federal e, recentemente, pela Lei MS nº 13.257, de 08 de março de 2016, que estende essa licença para funcionários de empresas cidadãs para 20 dias.
- Identificar situações de sofrimento emocional/mental ou de vulnerabilidade e realizar os tratamentos e encaminhamentos necessários.

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 (5 dias de exantema), e excluídas outras hipóteses de doenças infecciosas e causas não infecciosas, deve-se coletar material para exames (sangue e urina). Deve-se notificar o caso, conforme orientações do *“Protocolo de Vigilância e Resposta à ocorrência de microcefalia e/ou alterações no sistema nervoso central”* (para mais informações sobre notificação e definição de caso, acessar o referido protocolo, disponível em: <http://combateaedes.saude.gov.br/> ou <http://combateaedes.saude.gov.br/images/sala-de-situacao/Microcefalia-Protocolo-de-vigilancia-e-resposta-10mar2016-18h.pdf>).

Caso tenha sido realizada ultrassonografia obstétrica que apresente achado sugestivo para microcefalia ou alteração no sistema nervoso central (SNC) do feto, a equipe de saúde deve estar sensibilizada para acolher a gestante 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.

As equipes de Saúde da Família podem solicitar o apoio clínico 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 e pais/parceiros 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.

Também é importante a adequada identificação de vulnerabilidade social e o encaminhamento para acolhimento e atendimento da mulher em um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).

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. 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 operação 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 clameamento oportuno do cordão umbilical e a amamentação na primeira hora de vida.

Procedimentos necessários, como a medição do perímetro cefálico do bebê e, se há microcefalia, a coleta de material da mãe e do bebê para exames, devem ser realizados logo ao nascimento, mantendo a criança no 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. **É também importante a adequada identificação de vulnerabilidade social e o encaminhamento para acolhimento e atendimento da mulher em um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).**

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 verificar as informações registradas na *Caderneta de Saúde da Criança* quanto à evolução do seu crescimento e desenvolvimento, assim como atualizar as informações que estiverem incompletas, observando se foram aplicadas as vacinas BCG e contra hepatite B, orientando e encaminhando para vacinar se o recém-nascido não recebeu estas vacinas, e se foram realizadas as triagens neonatais (testes do pezinho, olho e orelhinha) e providenciar o agendamento na falta de qualquer dessas triagens; apoiar e incentivar o aleitamento materno; orientar sobre os cuidados com o bebê e sinais de alerta de doenças graves e agendar a próxima consulta do bebê. É importante observar como o pai/parceiro se comporta diante desse contexto e estimulá-lo nos cuidados com a criança.

Todos os bebês com confirmação de microcefalia com ou sem alterações do sistema nervoso central devem manter as consultas de Puericultura na Atenção Básica, conforme preconizado no *Cadernos de Atenção Básica Nº33: Saúde da Criança – Crescimento e Desenvolvimento* (http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf) e na Caderneta de Saúde da Criança, além de, paralelamente, manter-se sob estimulação precoce, seja pela própria equipe de Atenção Básica/Nasf, seja em serviço de reabilitação.

É importante ressaltar que o acompanhamento da criança pela equipe de atenção básica é imprescindível, mesmo que a criança esteja sendo acompanhada em outros pontos de atenção das redes da Saúde ou de Assistência Social.

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

6.1. Cuidados no momento do parto/nascimento

Medição imediata do perímetro cefálico (PC), logo ao nascer (vide 6.1.4; Figura 1 e o vídeo tutorial em: <https://youtu.be/4TnJxdDrAHg>). Em caso de microcefalia, coletar imediatamente os materiais para exames (vide item 6.5 Exames Complementares, 6.5.1.2 Exames laboratoriais Específicos e Anexo A).

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).

6.2 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.

Estudos realizados na Polinésia Francesa não identificaram a replicação do vírus em amostras do leite, indicando a presença de fragmentos do vírus que não seriam capazes de produzir doença.

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>>.

6.3 Anamnese

- Antecedentes maternos (infecções intrauterinas, insuficiência placentária, acompanhamento pré-natal, número de abortos prévios, doenças maternas pré-existent).
- 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 obstétrica (descrever os achados ultrassonográficos).
- Antecedentes familiares (transtornos genéticos, microcefalia).

6.4 Exame Físico

Realizar o exame físico do recém-nascido incluindo exame neurológico detalhado, conforme preconizado em *Atenção à Saúde do Recém-Nascido - Guia para Profissionais de Saúde – volume 1* (disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf), com destaque para medição precisa do perímetro cefálico (PC) (Figura 1 e <https://youtu.be/4TnJxdDrAHg>) - adotar como valor de referência para definição de microcefalia:

- Recém-nascido com menos de 37 semanas de idade gestacional com medida do PC menor que -2 desvios-padrão, segundo a tabela do *Intergrowth* para idade gestacional e sexo (anexos B e C)
- Recém-nascido com 37 semanas ou mais de idade gestacional com medida do PC menor ou igual a 31,5 cm para meninas e 31,9 cm para meninos e equivalente a menor que -2 desvios-padrão para idade a idade gestacional e sexo, segundo a tabela da OMS (anexos D e E).

A comparação do PC com outros parâmetros do crescimento que demonstre microcefalia acompanhada de peso e comprimento também baixos, mas proporcionais, fala a favor de criança na faixa da normalidade.

Recém-nascidos com um PC inferior a -2 desvios-padrão, ou seja, mais de 2 desvios-padrão abaixo da média para a idade gestacional e sexo, apresentam microcefalia. Aqueles com um PC inferior a -3 desvios-padrão, isto é, mais do que 3 desvios-padrão abaixo da média, devem ser considerados como tendo microcefalia grave.

Considerando-se que a maioria dos recém-nascidos de parto normal apresenta suturas cavalgadas (superpostas), pode ocorrer que o PC esteja transitoriamente abaixo do valor referencial para a idade gestacional e sexo. Assim, orienta-se que a medição seja refeita entre 24 horas e 48 horas de vida, sendo que, caso a nova medida esteja acima do valor referencial, a criança deve ser excluída da necessidade de se continuar a avaliação diagnóstica de microcefalia, porém permanece necessitando ser acompanhada clinicamente quanto à evolução do PC e à avaliação do crescimento e desenvolvimento. O PC dessas crianças deve ser medido semanalmente até o primeiro mês de vida, para verificar se evolui de forma compatível com a idade e sexo. Lembrar que a medida do PC deve ser acompanhada mensalmente após o primeiro mês de vida, e qualquer desaceleração do PC que o coloque abaixo de -2 desvios-padrão, pela curva da OMS, também deve levantar a suspeita de microcefalia e levar à notificação do caso, como deve ocorrer com qualquer lactente que se mantém em Puericultura.

Figura 1 – Mensuração do perímetro cefálico



O exame físico de recém-nascido também deve incluir:

- Verificação da presença de características dismórficas e de anomalias congênitas que comprometem outro(s) órgão(s).
- Avaliação neurológica do RN, com a descrição de anormalidades encontradas.

Exame neurológico do Recém-Nascido

Quando se inicia o exame físico geral do RN, inicia-se, simultaneamente, a avaliação neurológica, 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. RN a termo apresenta-se com hipertonía em flexão dos membros, com postura semelhante a fetal. Consegue inclusive manter a cabeça no mesmo nível que o corpo por alguns segundos quando levantado pelos braços. Movimenta-se ativamente ao ser manipulado.

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, o que torna 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 artelhos. 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)

6.5 Exames complementares

Os exames complementares são indicados para definir a causa de microcefalia e se é acompanhada de alterações neurológicas. Além disso, objetiva identificar causas da microcefalia que tenham tratamento como, por exemplo, toxoplasmose, sífilis e infecção pelo citomegalovírus.

6.5.1 Exames Laboratoriais

6.5.1.1 Exames laboratoriais inespecíficos

Hemograma completo, dosagens séricas de aminotransferases hepáticas (AST/TGO e ALT/TGP), bilirrubinas, desidrogenas e láctica, proteína C reativa, ferritina, ureia e creatinina e outros, conforme as necessidades apresentadas pelo RN.

6.5.1.2 Exames laboratoriais específicos

Para o diagnóstico específico de vírus Zika, ver as orientações dadas no *Protocolo de Vigilância e Resposta à ocorrência de Microcefalia e/ou Alterações do Sistema Nervoso Central (SNC)* no sítio eletrônico do Ministério da Saúde no portal com as Orientações Gerais de Prevenção e Combate a Dengue, Chikungunya e Zika (<http://combateaedes.saude.gov.br/> ou em <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/22/microcefalia-protocolo-de-vigilancia-e-resposta-v1-3-22jan2016.pdf>).

6.5.2 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 e lisencefalia, entre outros.

Os seguintes exames são indicados para crianças nascidas com microcefalia:

- Ultrassonografia Transfontanela (US-TF), indicada para crianças com fontanela aberta, o que se verifica geralmente até os 6 meses de idade.
- 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.
- 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.

Ressalte-se que nem a alta do RN nem o encaminhamento para estimulação precoce devem ser adiados por causa de realização de exame de imagem, podendo ele ser agendado para realização ambulatorial.

ATENÇÃO

Os casos de microcefalia excluídos por não se enquadrarem nos critérios de vigilância epidemiológica deverão permanecer sob os cuidados assistenciais preconizados neste Protocolo de Atenção à Saúde.

7. 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. A microcefalia relaciona-se com alterações do desenvolvimento neuropsicomotor e do comportamento que podem ser acompanhadas por problemas auditivos e visuais.

O Programa Nacional de Triagem Neonatal, desenvolvido desde 2001 pelo Ministério da Saúde em parceria com as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, organiza a realização do “Teste do Pezinho” e o encaminhamento das crianças com exames alterados para os serviços de referência estabelecidos no âmbito desse Programa. Recém-nascidos com microcefalia também devem ser submetidos a esse teste.

7.1 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), e preferencialmente 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, 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.

7.2 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 (ectoscopia) e o teste do reflexo vermelho (TRV), que se faz pela incidência de feixe de luz dirigido sobre os olhos da criança e, com isso, observa-se a área pupilar, que nos bebês normais emite um brilho laranja avermelhado. O TRV visa à triagem em tempo oportuno de agravos que levam à opacificação do cristalino, com diagnósticos presuntivos de retinopatia da prematuridade, retinoblastoma, catarata congênita, glaucoma congênito, persistência de vítreo hiperplásico primário e outros transtornos oculares congênitos e hereditários.

O TRV pode ser realizado nas maternidades, nas Unidades Básicas de Saúde, nos Centros Especializados em Reabilitação (CER com modalidade visual) ou nos serviços especializados em Oftalmologia. Uma vez detectada qualquer alteração no “Teste do Olhinho”, o bebê deverá ser encaminhado para 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).

7.3 Exame do fundo de olho (fundoscopia)

Deve-se proceder ao exame do fundo de olho, que pode ser realizado após a alta da criança da maternidade, para auxiliar no diagnóstico diferencial de infecções congênitas, como sífilis, toxoplasmose e citomegalovírus, bem como a identificação de outras alterações não detectadas na Triagem Ocular Neonatal, como retinopatia e outros transtornos oculares congênitos e hereditários.

8. Alta do recém-nascido

No momento da alta hospitalar, dever ser realizada nova medida do PC e, caso continue compatível com microcefalia, notificar no Sistema Nacional de Agravos e Notificação (Sinan) e registrar os casos de microcefalia no Registro de Eventos de Saúde Pública (Resp), disponível em: www.resp.saude.gov.br. Para a alta do recém-nascido, os profissionais da saúde devem registrar na Caderneta de Saúde da Criança as informações relativas ao cuidado prestado ao recém-nascido, com destaque para a nova medida do PC e exame neurológico, bem como exames laboratoriais e de imagem, triagens neonatais e exame do fundo de olho, se realizados.

Transcrever no espaço destinado a Anotações um relatório sucinto das condições de saúde do RN sob suspeita ou com microcefalia, orientar a família quanto ao agendamento na Atenção Básica para acompanhamento de puericultura, encaminhar para estimulação precoce e orientar para comparecer a um CRAS, para acompanhamento com vistas ao apoio e proteção social da criança e da família.

A notificação do caso de microcefalia no Resp e no Sinan não exclui a necessidade de se notificar o mesmo caso no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

9. 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 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.

Meninos com PC de 32 a 33 cm e meninas com 31,6 a 33 cm que foram classificados ao nascimento como tendo microcefalia devem ter atenção especial às consultas de puericultura, com relação aos seus crescimento e desenvolvimento.

Recorda-se que o exame neurológico deve ser realizado em toda consulta de puericultura (ver antes e em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf) e Link do vídeo).

Caso o recém-nascido apresente alterações ou complicações específicas (neurológicas, motoras, auditivas, visuais, respiratórias ou metabólicas, entre outras), o encaminhamento para avaliação e acompanhamento por diferentes profissionais em ambulatório de especialidades e serviço de reabilitação será necessário, mantendo-se a estimulação precoce.

A vinculação com a Unidade Básica de Saúde é fundamental para este acompanhamento, mesmo que a criança necessite ser acompanhada também 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 exame e diagnóstico, de reabilitação e hospitalares, além de órteses e próteses e meio auxiliar de locomoção nos casos em que se aplicar. Casos de diagnóstico descartado pela Vigilância em Saúde de microcefalia por não ser relacionada a infecção congênita devem receber os mesmos cuidados preconizados neste Protocolo.

11 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://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menina_9ed.pdf) e masculino (Caderneta da Saúde da Criança Menino: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menino_9ed.pdf).

A diretriz do Ministério da Saúde para a Estimulação Precoce de crianças de 0 a 3 anos, está disponível no portal com as Orientações Gerais de Prevenção e Combate a Dengue, Chikungunya e Zika (<http://combateaedes.saude.gov.br/> ou <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/13/Diretrizes-de-Estimulacao-Precoce.pdf>).

Gestores:

Cumpra às secretarias municipais e estaduais de saúde, nas diversas unidades federativas, identificar e, se ainda insuficientes ou indisponíveis, contratar os serviços necessários 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 especificação de fluxos que aproximem essas ações e serviços o mais 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.

Também, articular as ações e serviços do SUS com os do SUAS, de modo a harmonizar e integrar, potencializando, assim, as respectivas ações e serviços.

Compete aos gestores estaduais do SUS, em pactuação com os gestores municipais nas respectivas Comissões Intergestores Bipartites (CIB), definir qual(is) estabelecimento(s) de saúde será(ão) autorizado(s) a emitir o laudo médico circunstanciado de casos com diagnóstico conclusivo de microcefalia com repercussão neuropsicomotora, visando à instrução eventual do processo, no SUAS, de concessão do BPC para as crianças, em conformidade com o Decreto nº 8.691, de 14 de março de 2016.

10. Assistência Social

As crianças e suas famílias também contam com o apoio da rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) para o acompanhamento sistemático, garantindo assim a proteção social e reduzindo a vulnerabilidade. A articulação entre o SUS e o SUAS tem sido promovida e facilitada por atos administrativos, como portaria interministerial e instrução operacional conjunta, nos quais o Ministério da Saúde e o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome assumem procedimentos que harmonizam, integram e, assim, potencializam as respectivas ações e serviços.

É papel das equipes de Atenção Básica e também dos serviços de saúde encaminhar ao CRAS as famílias que tenham crianças com microcefalia, para inclusão nos serviços socioassistenciais e orientação quanto aos benefícios assistenciais, inclusive sobre a possibilidade de requerer ao INSS o Benefício de Prestação Continuada (BPC), quando atendidos os critérios estabelecidos.

O laudo médico deverá ser emitido de acordo com o modelo disponível no sítio eletrônico www.saude.gov.br/sas (Anexo F) e deverá ser emitido em duas vias e assinado pelo responsável médico do estabelecimento autorizado, sendo uma via entregue a um responsável legal pela criança e a outra encaminhada ao respectivo gestor estadual do SUS, para a atualização do caso nos dados da vigilância epidemiológica e arquivamento para outras finalidades que se apresentem.

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 e Ministério do Desenvolvimento Social e de Combate à Fome. Portaria Interministerial Nº 405, de 15 de março de 2016.

_____. 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. **Cadernos de Atenção Básica, 39**. Brasília, 2014. v. 1.. 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/abcd26.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/PortariaMS371NotaTecnica_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_guiatecnico.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 nº371**, 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 e/ou alterações do sistema nervoso central (SNC)**. Brasília, 2016. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/09/Microcefalia--Protocolo-de-vigilancia-e-resposta---vers--o-1----09dez2015-8h.pdf>>. Acesso em: 16 de março 2016.

LOPEZ-CAMELO JS, ORIOLI IM. **Latin American Collaborative Study of Congenital Malformations (ECLAMC)**. Final document. December 30th, 2015 - V.3. 13p.

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.

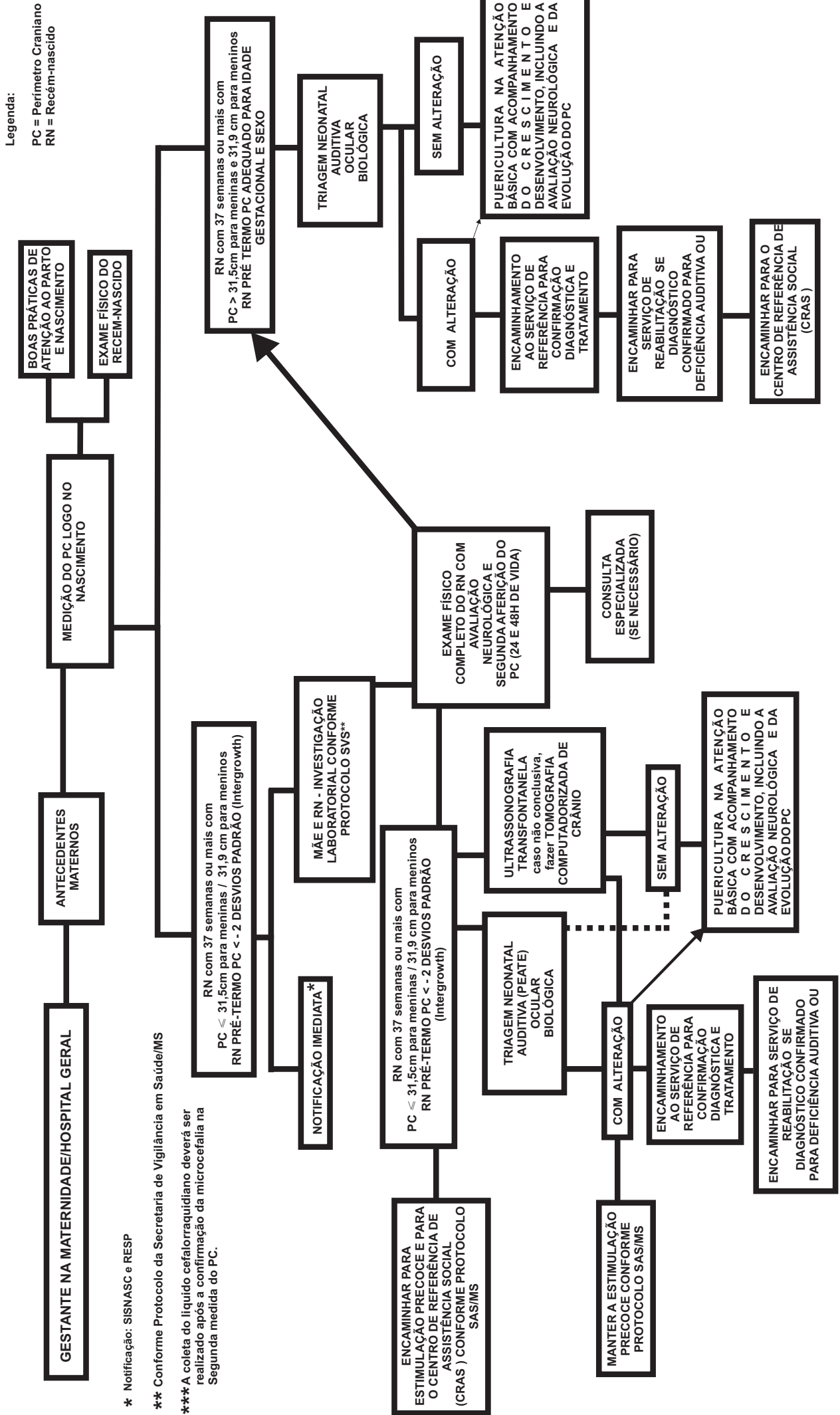
VILLAR J, ISMAIL LC, VICTORA CG et al. **International standards for newborn weight, length, and head circumference by gestational age and sex: the Newborn Cross-Sectional Study of the INTERGROWTH-21st Project**. IN: www.thelancet.com Vol 384 September 6, 2014.

VILLAR J, GIULIANI F, FENTON TR, OHUMA E, ISMAIL LC, KENNEDY SH. **INTERGROWTH-21st very preterm size at birth reference charts**. Correspondence. IN: www.thelancet.com Published online February 18, 2016 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00384](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00384).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Assessment of infants with microcephaly in the context of Zika vírus**. Interim guidance. 25 February 2016. WHO/ZIKV/

MOC/16.3. World Health Organization 2016. 2p.

ANEXOS Anexo A – Fluxograma para atendimento do recém-nascido



* Notificação: SINASC e RESP

** Conforme Protocolo da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS

*** A coleta do líquido cefalorraquidiano deverá ser realizado após a confirmação da microcefalia na Segunda medida do PC.

Anexos

Anexo B. INTEGROWTH - Valores de referência para perímetro cefálico em recém-nascidos pré-termo – para meninos

PERÍMETRO CEFÁLICO (MENINOS)

Idade gestacional (meses + semanas)	INTERGROWTH - Z SCORES (DESVIO-PADRÃO) – PARA MENINOS						
	-3	-2	-1	0	1	2	3
24+0	17,66	19,22	20,78	22,34	23,90	25,46	27,02
24+1	17,79	19,35	20,91	22,47	24,03	25,59	27,15
24+2	17,92	19,47	21,03	22,59	24,15	25,71	27,27
24+3	18,04	19,60	21,16	22,72	24,28	25,84	27,40
24+4	18,17	19,73	21,29	22,85	24,41	25,97	27,53
24+5	18,30	19,86	21,42	22,98	24,54	26,10	27,66
24+6	18,42	19,98	21,54	23,10	24,66	26,22	27,78
25+0	18,55	20,11	21,67	23,23	24,79	26,35	27,91
25+1	18,68	20,24	21,80	23,36	24,92	26,48	28,04
25+2	18,80	20,36	21,92	23,48	25,04	26,60	28,16
25+3	18,93	20,49	22,05	23,61	25,17	26,73	28,29
25+4	19,06	20,62	22,18	23,74	25,30	26,86	28,42
25+5	19,18	20,74	22,30	23,86	25,42	26,98	28,54
25+6	19,31	20,87	22,43	23,99	25,55	27,11	28,67
26+0	19,44	21,00	22,56	24,12	25,68	27,24	28,80
26+1	19,56	21,12	22,68	24,24	25,80	27,36	28,92
26+2	19,69	21,25	22,81	24,37	25,93	27,49	29,05
26+3	19,82	21,38	22,94	24,50	26,06	27,62	29,18
26+4	19,94	21,50	23,06	24,62	26,18	27,74	29,30
26+5	20,07	21,63	23,19	24,75	26,31	27,87	29,43
26+6	20,20	21,76	23,32	24,88	26,44	28,00	29,56
27+0	20,32	21,88	23,44	25,00	26,56	28,12	29,68
27+1	20,45	22,01	23,57	25,13	26,69	28,25	29,81
27+2	20,58	22,14	23,70	25,26	26,82	28,38	29,94
27+3	20,70	22,26	23,82	25,38	26,94	28,50	30,06
27+4	20,83	22,39	23,95	25,51	27,07	28,63	30,19
27+5	20,96	22,52	24,08	25,64	27,20	28,76	30,32
27+6	21,09	22,65	24,21	25,77	27,33	28,88	30,44
28+0	21,21	22,77	24,33	25,89	27,45	29,01	30,57
28+1	21,34	22,90	24,46	26,02	27,58	29,14	30,70
28+2	21,47	23,03	24,59	26,15	27,71	29,27	30,83
28+3	21,59	23,15	24,71	26,27	27,83	29,39	30,95
28+4	21,72	23,28	24,84	26,40	27,96	29,52	31,08
28+5	21,85	23,41	24,97	26,53	28,09	29,65	31,21
28+6	21,97	23,53	25,09	26,65	28,21	29,77	31,33

Idade gestacional (meses + semanas)	INTERGROWTH - Z SCORES (DESVIO-PADRÃO) – PARA MENINOS						
	-3	-2	-1	0	1	2	3
29+0	22,10	23,66	25,22	26,78	28,34	29,90	31,46
29+1	22,23	23,79	25,35	26,91	28,47	30,03	31,59
29+2	22,35	23,91	25,47	27,03	28,59	30,15	31,71
29+3	22,48	24,04	25,60	27,16	28,72	30,28	31,84
29+4	22,61	24,17	25,73	27,29	28,85	30,41	31,97
29+5	22,73	24,29	25,85	27,41	28,97	30,53	32,09
29+6	22,86	24,42	25,98	27,54	29,10	30,66	32,22
30+0	22,99	24,55	26,11	27,67	29,23	30,79	32,35
30+1	23,11	24,67	26,23	27,79	29,35	30,91	32,47
30+2	23,24	24,80	26,36	27,92	29,48	31,04	32,60
30+3	23,37	24,93	26,49	28,05	29,61	31,17	32,73
30+4	23,49	25,05	26,61	28,17	29,73	31,29	32,85
30+5	23,62	25,18	26,74	28,30	29,86	31,42	32,98
30+6	23,75	25,31	26,87	28,43	29,99	31,55	33,11
31+0	23,87	25,43	26,99	28,55	30,11	31,67	33,23
31+1	24,00	25,56	27,12	28,68	30,24	31,80	33,36
31+2	24,13	25,69	27,25	28,81	30,37	31,93	33,49
31+3	24,26	25,82	27,38	28,94	30,50	32,06	33,62
31+4	24,38	25,94	27,50	29,06	30,62	32,18	33,74
31+5	24,51	26,07	27,63	29,19	30,75	32,31	33,87
31+6	24,64	26,20	27,76	29,32	30,88	32,44	34,00
32+0	24,76	26,32	27,88	29,44	31,00	32,56	34,12
32+1	24,89	26,45	28,01	29,57	31,13	32,69	34,25
32+2	25,02	26,58	28,14	29,70	31,26	32,82	34,38
32+3	25,14	26,70	28,26	29,82	31,38	32,94	34,50
32+4	25,27	26,83	28,39	29,95	31,51	33,07	34,63
32+5	25,40	26,96	28,52	30,08	31,64	33,20	34,76
32+6	25,52	27,08	28,64	30,20	31,76	33,32	34,88
33+0	26,46	28,07	29,50	30,88	32,29	33,81	35,52
33+1	26,57	28,17	29,60	30,97	32,37	33,88	35,58
33+2	26,68	28,27	29,69	31,05	32,45	33,95	35,64
33+3	26,79	28,37	29,78	31,14	32,53	34,02	35,70
33+4	26,89	28,47	29,88	31,22	32,61	34,09	35,76
33+5	27,00	28,57	29,97	31,31	32,68	34,16	35,83
33+6	27,10	28,66	30,06	31,39	32,76	34,23	35,89
34+0	27,21	28,76	30,14	31,47	32,83	34,30	35,95
34+1	27,31	28,85	30,23	31,55	32,91	34,36	36,00
34+2	27,41	28,94	30,32	31,63	32,98	34,43	36,06
34+3	27,51	29,04	30,40	31,71	33,05	34,50	36,12
34+4	27,60	29,13	30,49	31,79	33,13	34,56	36,18
34+5	27,70	29,22	30,57	31,87	33,20	34,63	36,24
34+6	27,80	29,31	30,65	31,94	33,27	34,69	36,29
35+0	27,89	29,39	30,74	32,02	33,34	34,76	36,35
35+1	27,99	29,48	30,82	32,10	33,41	34,82	36,41
35+2	28,08	29,57	30,90	32,17	33,48	34,88	36,46
35+3	28,17	29,65	30,98	32,24	33,55	34,94	36,52
35+4	28,26	29,74	31,06	32,32	33,62	35,01	36,57
35+5	28,35	29,82	31,14	32,39	33,68	35,07	36,63
35+6	28,44	29,90	31,21	32,46	33,75	35,13	36,68
36+0	28,53	29,99	31,29	32,53	33,82	35,19	36,74
36+1	28,62	30,07	31,36	32,61	33,88	35,25	36,79
36+2	28,70	30,15	31,44	32,68	33,95	35,31	36,85
36+3	28,79	30,23	31,51	32,75	34,01	35,37	36,90
36+4	28,87	30,31	31,59	32,81	34,07	35,43	36,95
36+5	28,96	30,38	31,66	32,88	34,14	35,48	37,00
36+6	29,04	30,46	31,73	32,95	34,20	35,54	37,05

Fonte: Projeto INTERGROWTH-21st.

Disponível em:

•<http://intergrowth21.ndog.ox.ac.uk/pt>.

•http://intergrowth21.ndog.ox.ac.uk/Preterm/Very_preterm_size_at_birth/

Anexo C. INTEGROWTH - Valores de referência para perímetro cefálico em recém-nascidos pré-termo – para meninas

PERÍMETRO CEFÁLICO (MENINAS)

Idade gestacional (meses + semanas)	INTERGROWTH - Z SCORES (DESVIO-PADRÃO) – PARA MENINAS						
	-3	-2	-1	0	1	2	3
24+0	17,41	18,97	20,53	22,09	23,65	25,21	26,77
24+1	17,54	19,10	20,66	22,22	23,78	25,34	26,90
24+2	17,66	19,22	20,78	22,34	23,90	25,46	27,02
24+3	17,79	19,35	20,91	22,47	24,03	25,59	27,15
24+4	17,92	19,48	21,04	22,60	24,16	25,72	27,28
24+5	18,04	19,60	21,16	22,72	24,28	25,84	27,40
24+6	18,17	19,73	21,29	22,85	24,41	25,97	27,53
25+0	18,30	19,86	21,42	22,98	24,54	26,10	27,66
25+1	18,42	19,98	21,54	23,10	24,66	26,22	27,78
25+2	18,55	20,11	21,67	23,23	24,79	26,35	27,91
25+3	18,68	20,24	21,80	23,36	24,92	26,48	28,04
25+4	18,80	20,36	21,92	23,48	25,04	26,60	28,16
25+5	18,93	20,49	22,05	23,61	25,17	26,73	28,29
25+6	19,06	20,62	22,18	23,74	25,30	26,86	28,42
26+0	19,19	20,75	22,31	23,87	25,43	26,99	28,55
26+1	19,31	20,87	22,43	23,99	25,55	27,11	28,67
26+2	19,44	21,00	22,56	24,12	25,68	27,24	28,80
26+3	19,57	21,13	22,69	24,25	25,81	27,37	28,93
26+4	19,69	21,25	22,81	24,37	25,93	27,49	29,05
26+5	19,82	21,38	22,94	24,50	26,06	27,62	29,18
26+6	19,95	21,51	23,07	24,63	26,19	27,75	29,31
27+0	20,07	21,63	23,19	24,75	26,31	27,87	29,43
27+1	20,20	21,76	23,32	24,88	26,44	28,00	29,56
27+2	20,33	21,89	23,45	25,01	26,57	28,13	29,69
27+3	20,45	22,01	23,57	25,13	26,69	28,25	29,81
27+4	20,58	22,14	23,70	25,26	26,82	28,38	29,94
27+5	20,71	22,27	23,83	25,39	26,95	28,51	30,07
27+6	20,83	22,39	23,95	25,51	27,07	28,63	30,19
28+0	20,96	22,52	24,08	25,64	27,20	28,76	30,32
28+1	21,09	22,65	24,21	25,77	27,33	28,89	30,45
28+2	21,21	22,77	24,33	25,89	27,45	29,01	30,57
28+3	21,34	22,90	24,46	26,02	27,58	29,14	30,70
28+4	21,47	23,03	24,59	26,15	27,71	29,27	30,83
28+5	21,59	23,15	24,71	26,27	27,83	29,39	30,95
28+6	21,72	23,28	24,84	26,40	27,96	29,52	31,08
29+0	21,85	23,41	24,97	26,53	28,09	29,65	31,21
29+1	21,98	23,54	25,09	26,65	28,21	29,77	31,33
29+2	22,10	23,66	25,22	26,78	28,34	29,90	31,46
29+3	22,23	23,79	25,35	26,91	28,47	30,03	31,59
29+4	22,36	23,92	25,48	27,04	28,60	30,16	31,72

Idade gestacional (meses + semanas)	INTERGROWTH - Z SCORES (DESVIO-PADRÃO) – PARA MENINAS						
	-3	-2	-1	0	1	2	3
29+5	22,48	24,04	25,60	27,16	28,72	30,28	31,84
29+6	22,61	24,17	25,73	27,29	28,85	30,41	31,97
30+0	22,74	24,30	25,86	27,42	28,98	30,54	32,10
30+1	22,86	24,42	25,98	27,54	29,10	30,66	32,22
30+2	22,99	24,55	26,11	27,67	29,23	30,79	32,35
30+3	23,12	24,68	26,24	27,80	29,36	30,92	32,48
30+4	23,24	24,80	26,36	27,92	29,48	31,04	32,60
30+5	23,37	24,93	26,49	28,05	29,61	31,17	32,73
30+6	23,50	25,06	26,62	28,18	29,74	31,30	32,86
31+0	23,62	25,18	26,74	28,30	29,86	31,42	32,98
31+1	23,75	25,31	26,87	28,43	29,99	31,55	33,11
31+2	23,88	25,44	27,00	28,56	30,12	31,68	33,24
31+3	24,00	25,56	27,12	28,68	30,24	31,80	33,36
31+4	24,13	25,69	27,25	28,81	30,37	31,93	33,49
31+5	24,26	25,82	27,38	28,94	30,50	32,06	33,62
31+6	24,38	25,94	27,50	29,06	30,62	32,18	33,74
32+0	24,51	26,07	27,63	29,19	30,75	32,31	33,87
32+1	24,64	26,20	27,76	29,32	30,88	32,44	34,00
32+2	24,76	26,32	27,88	29,44	31,00	32,56	34,12
32+3	24,89	26,45	28,01	29,57	31,13	32,69	34,25
32+4	25,02	26,58	28,14	29,70	31,26	32,82	34,38
32+5	25,15	26,71	28,27	29,83	31,39	32,95	34,50
32+6	25,27	26,83	28,39	29,95	31,51	33,07	34,63
33+0	26,15	27,75	29,14	30,46	31,83	33,33	35,07
33+1	26,27	27,86	29,24	30,55	31,92	33,41	35,14
33+2	26,38	27,96	29,34	30,64	32,00	33,48	35,20
33+3	26,49	28,07	29,44	30,73	32,08	33,55	35,27
33+4	26,61	28,17	29,53	30,82	32,16	33,63	35,33
33+5	26,71	28,27	29,62	30,91	32,24	33,70	35,39
33+6	26,82	28,37	29,72	30,99	32,32	33,77	35,45
34+0	26,93	28,47	29,81	31,08	32,39	33,84	35,51
34+1	27,04	28,57	29,90	31,16	32,47	33,90	35,57
34+2	27,14	28,66	29,99	31,24	32,55	33,97	35,63
34+3	27,24	28,76	30,07	31,32	32,62	34,04	35,69
34+4	27,34	28,85	30,16	31,40	32,69	34,11	35,75
34+5	27,44	28,94	30,25	31,48	32,77	34,17	35,80
34+6	27,54	29,03	30,33	31,56	32,84	34,23	35,86
35+0	27,63	29,12	30,41	31,64	32,91	34,30	35,91
35+1	27,73	29,21	30,49	31,71	32,98	34,36	35,97
35+2	27,82	29,29	30,57	31,79	33,04	34,42	36,02
35+3	27,92	29,38	30,65	31,86	33,11	34,48	36,08
35+4	28,01	29,46	30,73	31,93	33,18	34,54	36,13
35+5	28,10	29,55	30,81	32,00	33,24	34,60	36,18
35+6	28,19	29,63	30,88	32,07	33,31	34,66	36,23
36+0	28,27	29,71	30,96	32,14	33,37	34,72	36,28
36+1	28,36	29,79	31,03	32,21	33,44	34,78	36,33
36+2	28,44	29,87	31,11	32,28	33,50	34,83	36,38
36+3	28,53	29,94	31,18	32,35	33,56	34,89	36,43
36+4	28,61	30,02	31,25	32,41	33,62	34,94	36,48
36+5	28,69	30,10	31,32	32,48	33,68	35,00	36,53
36+6	28,77	30,17	31,39	32,54	33,74	35,05	36,58

Fonte: Projeto INTERGROWTH-21st.

Disponível em:

☞ <http://intergrowth21.ndog.ox.ac.uk/pt>.

☞ http://intergrowth21.ndog.ox.ac.uk/Preterm/Very_preterm_size_at_birth/

Anexo D. OMS - Valores de referência para perímetro cefálico em recém-nascidos a termo – para meninos

Semanas de vida	OMS - Perímetro Cefálico (cm) - MENINOS						
	-3 DP	-2 DP	-1 DP	0	+1 DP	+2 DP	+3 DP
0	30,7	31,9	33,2	34,5	35,7	37,0	38,3
1	31,5	32,7	33,9	35,2	36,4	37,6	38,8
2	32,4	33,5	34,7	35,9	37,0	38,2	39,4
3	33,0	34,2	35,4	36,5	37,7	38,9	40,0
4	33,6	34,8	35,9	37,1	38,3	39,4	40,6
5	34,1	35,3	36,4	37,6	38,8	39,9	41,1
6	34,6	35,7	36,9	38,1	39,2	40,4	41,6
7	35,0	36,1	37,3	38,5	39,7	40,8	42,0
8	35,4	36,5	37,7	38,9	40,0	41,2	42,4
9	35,7	36,9	38,1	39,2	40,4	41,6	42,8
10	36,1	37,2	38,4	39,6	40,8	41,9	43,1
11	36,4	37,5	38,7	39,9	41,1	42,3	43,4
12	36,7	37,9	39,0	40,2	41,4	42,6	43,7
13	37,0	38,1	39,3	40,5	41,7	42,9	44,0

Fonte: OMS. Perímetro cefálico por idade. Disponível em: http://www.who.int/childgrowth/standards/hc_for_age/en/

Anexo E. OMS - Valores de referência para perímetro cefálico em recém-nascidos a termo – para meninas

Semana	Perímetro Cefálico (cm) - MENINAS						
	-3 DP	-2 DP	-1 DP	0	+1 DP	+2 DP	+3 DP
0	30,3	31,	32,7	33,9	35,1	36,2	37,4
1	31,1	32,2	33,4	34,6	35,7	36,9	38,1
2	31,8	32,9	34,1	35,2	36,4	37,5	38,7
3	32,4	33,5	34,7	35,8	37,0	38,2	39,3
4	32,9	34,0	35,2	36,4	37,5	38,7	39,9
5	33,3	34,5	35,7	36,8	38,0	39,2	40,4
6	33,7	34,9	36,1	37,3	38,5	39,6	40,8
7	34,1	35,3	36,5	37,7	38,9	40,1	41,3
8	34,4	35,6	36,8	38,0	39,2	40,4	41,6
9	34,7	35,9	37,1	38,4	39,6	40,8	42,0
10	35,0	36,2	37,4	38,7	39,9	41,1	42,3
11	35,3	36,5	37,7	39,0	40,2	41,4	42,7
12	35,5	36,8	38,0	39,3	40,5	41,7	43,0
13	35,8	37,0	38,3	39,5	40,8	42,0	43,2

Fonte: OMS. Perímetro cefálico por idade. Disponível em: http://www.who.int/childgrowth/standards/hc_for_age/en/

LAUDO MÉDICO CIRCUNSTANCIADO

PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 405, de 15 de março de 2016.

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)

Nota: Emitir em duas vias. Entregar uma via ao responsável legal pela criança e encaminhar a outra ao respectivo Gestor Estadual do SUS.