



NOTA TÉCNICA Nº 07/2019 DIVEP/SUVISA/SESAB

Assunto: Orientações para os estabelecimentos de Saúde quanto ao encerramento de casos de Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZV) e outras Etiologias.

Considerando que a Bahia é o estado que apresenta o maior percentual de casos notificados de SCZV e outras etiologias no Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP) sem encerramento, totalizando 483 casos em investigação no período de 2015 a 2019, orienta-se aos estabelecimentos de saúde que, ao receberem uma criança para acompanhamento com suspeita de SCZV e outras etiologias, será necessário consultar se a mesma está notificada no RESP. Caso não esteja, notificar pelo link <http://www.resp.saude.gov.br/microcefalia#/painel>

Ressaltamos que é imprescindível o encaminhamento **para o e-mail da vigilância epidemiológica municipal** o relatório de quaisquer desses profissionais (médico, fisioterapeuta, enfermeiro, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional ou assistente social), que acompanhe a criança, descrevendo a atual situação de saúde (se apresenta desenvolvimento neuropsicomotor com ou sem anormalidades, se apresenta desproporção craniofacial ou não, se apresenta deformidades em membros ou não, entre outros sinais e sintomas que remetam à suspeição de SCZV) **e/ou**,

- **laudo de exames de imagem** (ultrassonografia de transfontanela, ultrassonografia obstétrica, tomografia computadorizada de crânio, ressonância magnética);
- **exames laboratoriais** (sorologias para Zika ou STORCH da mãe quando gestante ou do recém-nascido);
- **exames auditivos** (BERA, teste da orelhinha);
- **exames visuais** (fundoscopia e teste do olhinho).

Para o adequado monitoramento de todos os casos de SCZV e outras etiologias, é necessário que sejam realizadas **busca ativa** para identificação de todas as crianças que ainda não foram avaliadas e/ou não estão sendo acompanhadas.

Em caso de óbito, encaminhar a cópia da **Declaração de óbito** para e-mail da Vigilância Epidemiológica Municipal.

Se óbito menor de ano ou fetal encaminhar ficha de **Investigação do Óbito**.

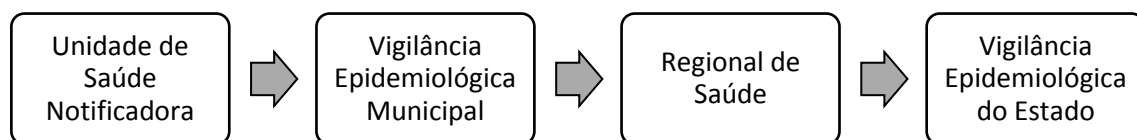


Para os casos em que, após **três tentativas** não for possível encontrar familiares/responsável legal da criança, a autoridade sanitária deve assinar o **Termo de Recusa/Inconclusão** específico (anexo 1).

Para os casos em que houver recusa dos familiares/responsável legal da criança no prosseguimento da investigação, estes devem assinar o **Termo de Recusa** específico (anexo 2).

FLUXOGRAMA DAS NOTIFICAÇÕES DOS CASOS DE SCZV

Reiteramos que toda notificação dos casos suspeitos para SCZV e outras etiologias, devem seguir o seguinte fluxo de informações:



Contatos

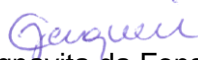
Coordenação de Doenças de Transmissão Vetorial: Tel.: (71) 3116-0044

E-mail: divep.codtv@saude.ba.gov.br

GT Arboviroses: Tel.: (71) 3116-0047; 3116-0029

E-mail: divep.arboviroses@saude.ba.gov.br

Salvador- BA, 12 de julho de 2019.


Jeane Magnavita da Fonseca Cerqueira
Diretora


Gabriel Muricy Cunha
Coordenador CODTV



**ANEXO 1 - TERMO DE RECUSA/INCONCLUSÃO DO CASO PARA AUTORIDADE
SANITÁRIA**

Eu, _____, autoridade sanitária do município de _____, (UF), inscrito no CPF sob o nº _____ e no RG nº _____, declaro que a criança _____, CPF sob o nº _____ e CNS sob o nº _____, foi procurada no mínimo três vezes pelas equipes da saúde e/ou assistência social para a realização do diagnóstico referente à notificação feita no RESP e a família ou responsável legal pela criança se recusou a realizar o conjunto de exames necessários para a conclusão do diagnóstico, sendo que foi informado os direitos e os deveres da família, os riscos e as eventuais sequelas a que a criança estará sujeito pela não realização do atendimento. Usando dos direitos a que a lei me garante, como autoridade sanitária, declaro que o caso notificado referente à criança citada estará sendo classificado como INCONCLUSIVO por falta de evidências e de condições de investigação.

_____, ____/____/____

Local e data

Assinatura – autoridade sanitária

Assinatura – testemunha participante das equipes da saúde e/ou assistência social que realizaram a busca ativa



ANEXO 2 - TERMO DE RECUSA PARA FAMÍLIA

Eu, _____, de nacionalidade, _____, estado civil _____, profissão _____, inscrito no CPF sob o nº _____ e no RG nº _____, residente e domiciliado à _____ na qualidade de responsável legal da criança, _____, CPF sob o nº _____ e CNS sob o nº _____, declaro que fui devidamente informado pela equipe de saúde da Unidade _____, e/ou equipe do Centro de Referência de Assistência Social – CRAS, _____, sobre o atendimento _____, a que a criança deve ser submetida, os benefícios existentes na rede de proteção social, os direitos e deveres da família, os riscos e eventuais sequelas a que a criança estará sujeito pela não realização do atendimento.

Usando dos direitos a que a lei me garante, não autorizo o atendimento indicado, assumindo pessoal e individualmente todas as consequências e responsabilidade da minha recusa.

_____, ____/____/____

Local e data

Assinatura