

NOTA TÉCNICA MICROCEFALIA N.01/2016 atualizada**ORIENTAÇÕES PARA COLETA, ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS
PARA A INVESTIGAÇÃO DE MICROCEFALIA RELACIONADA À INFECÇÃO PELO ZIKA
VIRUS NO ESTADO DA BAHIA**

Visando orientar as Regionais de Saúde, municípios, unidades de saúde e outros locais que enviam materiais para o LACEN/BA, e tendo em vista o seu papel como Laboratório de Referência em Vigilância em Saúde Pública, seguem as informações e os procedimentos a serem adotados para investigação de casos de microcefalia relacionados ao vírus Zika na Bahia.

As informações contidas nesta Nota Técnica levaram em conta o “*Protocolo de Vigilância e resposta a ocorrência de Microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika*” versão 1.2 de 09/12/2015 da SVS/Ministério da Saúde.

Ressalta-se que: i) esta NT refere-se à casos de microcefalia relacionados ao vírus Zika; ii) práticas e rotinas aqui listados elencam atribuições do LACEN/BA; iii) as recomendações aqui expressas não devem interferir na rotina e fluxo da atenção básica para gestantes e recém-nascidos em geral; iv) a rotina de realização do TORCHS (Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes e SÍFILIS) das gestantes em geral não deve ser alterado.

Esta Nota Técnica substitui a NT LACEN nº 08/2015 publicada em 18/12/2015.

1. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL:**1.1 Para gestante com doença exantemática:**

- Sorologia, para coleta sanguínea realizada na fase aguda da doença exantemática nas gestantes ou logo após a detecção de microcefalia no feto, para:
 - Dengue
 - Chikungunya
 - Parvovírus B19
 - TORCH (Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus e Herpes)
- PCR, para coleta sanguínea realizada entre 0-3 dias de doença exantemática nas gestantes, para:
 - Zika (também poderá ser realizado com amostra de urina, coleta até 15 dias)
 - Dengue
 - Chikungunya

1.2 Para Recém-nascidos com microcefalia:

- Sorologia, para coleta sanguínea a ser realizada após o nascimento (preferencialmente até 72hs) para:
 - Dengue
 - Chikungunya
 - Parvovírus B19
 - TORCH (Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus e Herpes)
- PCR, coleta sanguínea ou de líquido a ser realizada após o nascimento (preferencialmente até 72hs), para:
 - Zika
 - Dengue
 - Chikungunya

1.3 Para Natimorto:

- PCR para Zika
- Histopatológico e Imuno-histoquímica para Zika

2. TIPOS DE AMOSTRAS PARA A INVESTIGAÇÃO LABORATORIAL:

- Sangue (soro sem hemólise): venoso ou de cordão umbilical
- Urina (até 15 dias de doença exantemática para PCR para Zika em gestantes)
- Visceras (apenas para natimorto): cérebro, fígado, coração, pulmão, rim e baço do natimorto

Não recomendamos a coleta de Líquido Cefalorraquidiano (LCR). Entretanto, se realizada por indicação médica, a amostra será recebida e analisada por PCR (volume mínimo de 1mL para recém-nascido, acondicionar em criotubo e conservar a -20°C)

3. VOLUME DAS AMOSTRAS:

- Soro - recém-nascido (3 mL) e Gestante (5 -10 mL)
- Urina - gestante (10 mL)
- Visceras de natimorto para PCR - 1 cm³ de cérebro, fígado, coração, pulmão, rim e baço.
- Visceras de natimorto para exame de Histopatologia e Imuno-histoquímica - 1 cm³ de cérebro, fígado, coração, pulmão, rim e baço

4. COLETA, ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE DAS AMOSTRAS:

- O sangue deve ser coletado sem anticoagulante, com seringa estéril descartável ou tubo à vácuo com gel separador;
- Após coletadas as amostras, centrifugar e separar o soro transferindo para tubo plástico com tampa plástica;
- Identificar todas as amostras. Em caso de RN, identificar as amostras e fichas separadamente cada uma com sua codificação;
- As amostras de soro e/ou urina devem ser mantidas na geladeira (2 a 8°C) por até 6h e enviadas ao LACEN imediatamente. Na impossibilidade do envio imediato, conservar à -20°C (congelador) e providenciar o envio com a maior brevidade;
- Não se deve congelar o sangue total (sangue com coágulo), pois a hemólise pode interferir nos resultados das sorologias;
- Não enviar amostras hemolisadas;
- As possíveis amostras de urina devem ser acondicionadas em criotubos, para possibilitar a conservação em baixa temperatura;
- Para o acondicionamento das vísceras para a realização da **PCR**, utilizar frasco estéril sem **nenhum tipo de conservante** (seco), resistente à temperatura ultra baixa com tampa de rosca e boa vedação. Colocar o fragmento de cada víscera em frascos separados. Rotulá-los com o nome do paciente, data de coleta e tipo de víscera. **Conservar em freezer a -20° ou -70°C (preferencialmente) até o envio para o laboratório;**
- As amostras deverão ser enviadas em caixa térmica com gelo reciclável em quantidade suficiente para manter a temperatura das amostras refrigeradas até o recebimento no LACEN/BA;
- Não colocar papel ou papelão entre as amostras e o gelo, pois isso impede que a amostra atinja a temperatura adequada. Evitar o contato direto do gelo com a amostra, pode-se envolvê-la com plástico ou acondicioná-las em galerias;
- Amostras coletadas nos finais de semana e feriados manter congeladas à -20°C (congelador) e enviar no próximo dia útil;
- Para o acondicionamento das vísceras para a realização do exame **Histopatológico e Imuno-histoquímica**, utilizar frasco estéril, com tampa de rosca, contendo **formalina tamponada a 10%**. Manter em temperatura ambiente. Rotular o frasco com nome do paciente, data de coleta e tipo de amostra;
- **Para casos de microcefalia**, encaminhar amostras juntamente com **Ficha de Notificação do RESP** (vide Anexo A);
- Amostras e fichas devem vir com a mesma identificação: nome da mãe (nome completo) e RN de (nome da mãe) com microcefalia;

5. INFORMAÇÕES INERENTES

- As sorologias poderão ser executadas nos laboratórios de referência regional (LMRR, CERDEPS), vide relação no Apêndice A. Os PCR's e sorologias não implantadas nos LMRR/CERDEPS, serão realizados no LACEN/BA;
- Os municípios não mencionados no apêndice A, terão como referência o LACEN/BA;
- O sequenciamento poderá ser realizado em amostras positivas ou reagentes, em Laboratório de Referência indicado pelo CGLAB/Ministério da Saúde;
- Alíquotas das amostras relacionadas à investigação de Flavivirus, Alphavirus e outras investigações serão armazenadas em freezer -70°C do LACEN/BA e poderão ser encaminhadas para Laboratório de Referência indicado pelo CGLAB/Ministério da Saúde;
- A sorologia para Zika (IgM/IgG) poderá ser realizada quando houver implantação da técnica;
- Para casos de **gestantes** com sintomas de doença exantemática sugestiva de febre Zika deverão ser encaminhadas ao LACEN/BA preferencialmente no prazo de até 24hs da coleta, com a **ficha de notificação do SINAN** (vide Anexo B), contendo as informações das datas de início de sintomas, data da coleta, afim de realizar as investigações laboratoriais;
- O prazo oportuno para realização das coletas de amostras do Recém-Nascido deverá ser preferencialmente até 72hs após o nascimento;

Dúvidas sobre **coleta, acondicionamento e envio das amostras**, entrar em contato com a Coordenação de Atendimento – CAT/LACEN/BA

Coordenadora: Felicidade Pereira

Fones: (71) 3276-1721 / 3116-5057 / 3116-5080

E-mail: laen.atendimento@saude.ba.gov.br

Dúvidas sobre **resultados de exames**, entrar em contato com a Coordenação Laboratorial da Vigilância Epidemiológica – CLAVEP/LACEN/BA

Coordenador: Adriano Rebello

Fones: (71) 3276-1721 / 3116-5042

E-mail: laen.clavep@saude.ba.gov.br

Aprovo a Nota Técnica microcefalia 01/2016 LACEN/BA atualizada

Salvador, 20 de Janeiro de 2016.


Zuinara Pereira Gusmão Maia
Diretora

APÊNDICE A - Relação de Laboratórios de Referência Regional e seus municípios de abrangência

LMRR/CERDEPS	MUNICIPIOS DE ABRANGÊNCIA
SERRINHA	ÁGUA FRIA
	ARACI
	BARROCAS
	BIRITINGA
	CANSANÇÃO
	CONCEIÇÃO DO COITÉ
	EUCLIDES DA CUNHA
	LAMARÃO
	MONTE SANTO
	NORDESTINA
	QUEIMADAS
	QUIJINGUE
	RETIROLÂNDIA
	SANTALUZ
	SÃO DOMINGOS
	SERRINHA
	TEOFILÂNDIA
	TUCANO
	VALENTE
PORTO SEGURO	BELMONTE
	EUNÁPOLIS (D)
	GUARATINGA
	ITABELA
	ITAGIMIRIM
	ITAPEBI
	PORTO SEGURO
	SANTA CRUZ CABRÁLIA
TEIXEIRA DE FREITAS	ALCOBAÇA
	CARAVELAS
	IBIRAPUÃ
	ITAMARAJU
	ITANHÉM
	JUCURUÇU
	LAJEDÃO
	MEDEIROS NETO
	MUCURI
	NOVA VIÇOSA
	PRADO
	TEIXEIRA DE FREITAS
	VEREDA
PAULO AFONSO	ABARÉ
	CHORROCHÓ
	GLÓRIA
	JEREMOABO
	MACURURÉ
	PAULO AFONSO
	PEDRO ALEXANDRE
	RODELAS
IBOTIRAMA	SANTA BRÍGIDA
	BARRA
	BROTAS DE MACAÚBAS
	BURITIRAMA
	IBOTIRAMA

	IPUPIARA
	MORPARÁ
	MUQUEM DE SÃO FRANCISCO
	OLIVEIRA DOS BREJINHOS
	PARATINGA
BRUMADO	ARACATU
	BARRA DA ESTIVA
	BOQUIRA (D)
	BOTUPORÁ
	BRUMADO
	CATURAMA
	CONTENDAS DO SINCORÁ
	DOM BASÍLIO
	ÉRICO CARDOSO
	GUAJERU
	IBICOARA
	IBIPITANGA
	ITUAÇU
	JUSSIÁPE
	LIVRAMENTO DE NOSSA SENHORA
	MACAÚBAS
	MALHADA DE PEDRAS
	PARAMIRIM
	RIO DE CONTAS
	RIO DO PIRES
	TANHAÇU
GUANAMBI	CACULÉ
	CAETITÉ (D)
	CANDIBA
	CARINHANHA
	GUANAMBI
	IBIASSUCÉ
	IGAPORÁ
	IUIÚ
	JACARACI
	LAGOA REAL
	LICÍNIO DE ALMEIDA
	MALHADA
	MATINA
	MORTUGABA
	PALMAS DE MONTE ALTO
	PINDAÍ
	RIACHO DE SANTANA
	RIO DO ANTÔNIO
	SEBASTIÃO LARANJEIRAS
	TANQUE NOVO
	URANDI
VITÓRIA DA CONQUISTA	ANAGÉ
	BARRA DO CHOÇA
	BELO CAMPO
	BOM JESUS DA SERRA
	CAETANOS
	CÂNDIDO SALES
	CARAÍBAS
	CONDEÚBA
	CORDEIROS
	ENCRUZILHADA

	MAETINGA
	MIRANTE
	PIRIPÁ
	PLANALTO
	POÇÕES
	PRÉSIDENTE JÂNIO QUADROS
	RIBEIRÃO DO LARGO
	TREMEDAL
	VITÓRIA DA CONQUISTA
JEQUIÉ (CERDEPS)	AIQUARA
	APUAREMA
	BARRA DO ROCHA
	BOA NOVA
	BREJÕES
	CRAVOLÂNDIA
	DÁRIO MEIRA
	IBIRATAIA
	IPIAÚ
	IRAJUBA
	IRAMAIA
	ITAGI
	ITAGIBÁ
	ITAMARI
	ITAQUARA
	ITIRUÇU
	JAGUAQUARA
	JEQUIÉ
	JITAÚNA
	LAFAIETE COUTINHO
	LAJEDO DO TABOCAL
	MANOEL VITORINO
	MARACÁS
	PLANALTINO
	SANTA INÊS
BOM JESUS DA LAPA	BOM JESUS DA LAPA
	CANÁPOLIS
	COCOS
	CORIBE
	CORRENTINA
	FEIRA DA MATA
	JABORANDI
	SANTA MARIA DA VITÓRIA
	SANTANA
	SÃO FÉLIX DO CORIBE
	SERRA DO RAMALHO
	SERRA DOURADA
	SÍTIO DO MATO

FONTE: Portaria nº 42/2014/SESAB

ANEXO A – Ficha de notificação do RESP

REGISTRO DE EVENTOS EM SAÚDE PÚBLICA - RESP
MICROCEFALIAS



Ministério da
Saúde



NOTIFICAÇÃO DE OCORRÊNCIA DE MICROCEFALIA

1. DATA DA NOTIFICAÇÃO: ____/____/____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE OU PUÉRPERA

2. NOME DA MÃE: _____

3. NÚMERO DO PRONTUÁRIO: _____

4. TIPO DE DOCUMENTO: ☐ CPF ☐ CARTÃO SUS
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG) ☐ SEM DOCUMENTO

5. NÚMERO DO CARTÃO SUS, CPF OU RG: _____

6. DATA DE NASCIMENTO DA MÃE: ____/____/____

7. IDADE DA MÃE: _____

8. UF DE RESIDÊNCIA: _____

9. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____

10. BAIRRO: _____

11. CEP: _____

12. LOGRADOURO (RUA, AVENIDA...): _____

13. NÚMERO: _____

14. PONTO DE REFERÊNCIA: _____

15. TELEFONE DDD: _____

16. TELEFONE: _____ - _____

IDENTIFICAÇÃO RECÉM-NASCIDO OU LACTENTE

17. NOME DO RN OU LACTENTE: _____

18. SEXO: ☐ 1. MASCULINO ☐ 2. FEMININO ☐ 3. INDETERMINADO ☐ 9. NÃO INFORMADO

19. DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

20. PESO (GRAMA): _____

21. COMPRIMENTO (CM): _____

22. NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO: _____

23. NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO: _____

GESTAÇÃO E PARTO

24. DETECÇÃO DE MICROCEFALIA NO PERÍODO: ☐ INTRAUTERINO ☐ PÓS-PARTO

25. IDADE GESTACIONAL NA
DETECÇÃO DA MICROCEFALIA
(EM SEMANAS): _____

26. CLASSIFICAÇÃO DO RN DE ACORDO COM A IDADE GESTACIONAL:

☐ 1. PRÉ-TERMO ☐ 2. TERMO ☐ 3. PÓS-TERMO ☐ NÃO SE APLICA (AINDA GESTANTE)

27. TIPO DE GRAVIDEZ:

☐ ÚNICA ☐ DUPLA ☐ TRIPLA ☐ >3

28. PERÍMETRO CEFÁLICO (CM) –
TERMO: _____

29. PERÍMETRO CEFÁLICO (DESVIO
PADRÃO) – PRÉ TERMO: _____

30. DIÂMETRO CEFÁLICO (CM) SE DETECTADO NO INTRAÚTERO: _____

DADOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DA MÃE

31. APRESENTOU FEBRE
DURANTE A GESTAÇÃO:
☐ SIM ☐ NÃO
☐ NÃO SABE

32. APRESENTOU EXANTEMA DURANTE A GESTAÇÃO:
☐ 1. SIM, NO 1º TRIMESTRE ☐ 2. SIM, NO 2º TRIMESTRE ☐ 3. SIM, NO 3º TRIMESTRE ☐ 4.
SIM, MAS NÃO LEMBRA A DATA OU PERÍODO GESTACIONAL ☐ 5. NÃO APRESENTOU EXANTEMA ☐
☐ NÃO SABE

33. REALIZOU EXAME PARA, PELO MENOS, UM DOS STORCH (SÍFILIS,
TOXOPLASMOSE, OUTROS RUBÉOLA, CITOMEGALOVÍRUS E HERPES
VÍRUS) NA GESTAÇÃO OU PÓS-PARTO:
☐ 1. SIM ☐ 2. NÃO ☐ 3. NÃO SABE

34. REALIZOU EXAME PARA DENGUE,
CHIKUNGUNYA OU ZIKA VÍRUS, NA GESTAÇÃO
OU PÓS-PARTO:
☐ 1. SIM ☐ 2. NÃO ☐ 3. NÃO SABE

LOCAL DE OCORRÊNCIA DO PARTO/MATERNIDADE

35. CÓDIGO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (CNE): _____

36. UF: _____

37. MUNICÍPIO: _____

38. ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (HOSPITAL, MATERNIDADE ETC): _____

39. ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO (RUA, TRAVESSA, AV, BAIRRO ETC.): _____

40. TELEFONE DDD: _____

41. TELEFONE: _____ - _____

DADOS DO NOTIFICADOR

42. NOME DO NOTIFICADOR: _____

43. E-MAIL: _____

44. TELEFONE DDD: _____

45. TELEFONE: _____ - _____

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

INSTRUÇÃO: Informe o resultado dos exames laboratoriais realizados para STORCH (sífilis, toxoplasmose, outras doenças infecciosas, rubéola, citomegalovírus ou herpes vírus); informe se foi testado para dengue, chikungunya ou zika vírus; se o médico suspeitou clinicamente de zika vírus ou outras infecções durante a gestação; se usou medicamentos durante a gestação - quais; se é usuária de drogas - quais e frequência; conclusão do laudo de exames de imagem (ultrassom, ressonância, tomografia) e informe se há presença de calcificações na imagem ou outra informação relevante.

ANEXO B – Ficha de notificação/conclusão no SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO/CONCLUSÃO

Nº

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		3 Data da Notificação	
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	
	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica			
Dados de Residência	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)	
	24 Geo campo 1		25 Geo campo 2	
	26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
	30 País (se residente fora do Brasil)			
Conclusão				
Conclusão	31 Data da Investigação		32 Classificação Final 1 - Confirmado 2 - Descartado	
	33 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico			
	Local Provável da Fonte de Infecção			
	34 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado		35 UF 36 País	
	37 Município		38 Distrito	
	39 Bairro			
40 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		41 Evolução do Caso 1 - Cura 2 - Óbito pelo agravo notificado 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado		
42 Data do Óbito		43 Data do Encerramento		
Informações complementares e observações				
Observações adicionais				
Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome		Assinatura	
	Função			
Notificação/conclusão		Sinan NET		SVS 27/09/2005