



RESP-MICROCEFALIA

MANUAL DE INSTRUÇÕES



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância
de Doenças Não Transmissíveis

RESP-MICROCEFALIA

Manual de instruções

Brasília DF 2022



2022 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: bvsm.s.saude.gov.br.

Tiragem: 1ª edição – 2022 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informação:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis

Coordenação-Geral de Informações e Análises

Epidemiológicas

SRTVN, Quadra 701, via W5 Norte, Edifício PO 700, 6º andar

CEP: 70719-040 – Brasília/DF

Site: www.saude.gov.br

E-mail: cgiae@saude.gov.br

Editores gerais:

Arnaldo Correia de Medeiros – SVS/MS

Giovanny Vinícius Araújo de França – Daent/SVS

Marli Souza Rocha – Cgiae/Daent/SVS

Colaboração:

Ana Cláudia Medeiros de Souza – Cgiae/Daent/SVS

Augusto César Cardoso dos Santos – Daent/SVS

João Matheus Bremm – Cgiae/Daent/SVS

Julia do Amaral Gomes – Cgiae/Daent/SVS

Ruanna Sandrely de Miranda Alves – Cgiae/Daent/SVS

Valdelaine Etelvina Miranda de Araujo – Cgiae/Daent/SVS

Diagramação:

Fred Lobo – Área editorial/Necom/GAB/SVS

Normalização:

Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

Revisão:

Fábio Alves Lopes – Editora MS/CGDI

Tatiane Souza – Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis.

RESP-Microcefalia : manual de instruções [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. 48 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/resp_microcefalia_manual_instrucoes.pdf

ISBN 978-65-5993-279-5

1. Microcefalia. 2. Registro. 3. Saúde pública. I. Título.

CDU 616-007

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2022/0288

Título para indexação:

RESP-Microcefalia: instruction manual

| | |
|---|-----------|
| APRESENTAÇÃO | 5 |
| INTRODUÇÃO | 7 |
| INFRAESTRUTURA NECESSÁRIA PARA ACESSO AO RESP-MICROCEFALIA e BI-RESP | 9 |
| Acesso à internet | 9 |
| Estação de trabalho | 9 |
| Programas | 9 |
| Navegador | 9 |
| NOTIFICAÇÃO DOS CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS PARA SCZ | 11 |
| CADASTRO NO SCPA E SOLICITAÇÃO DE ACESSO AO RESP-MICROCEFALIA | 25 |
| Novos usuários sem cadastro no SCPA | 26 |
| Solicitação de autorização no RESP-Microcefalia | 27 |
| EDIÇÃO E ENCERRAMENTO DE CASOS NO RESP-MICROCEFALIA | 29 |
| Usuários e gestores | 29 |
| Edição dos dados registrados | 31 |

| | |
|--|-----------|
| GESTÃO DOS ACESSOS NO RESP-MICROCEFALIA | 33 |
| Gestores | 33 |
| EXPORTAÇÃO DO BANCO DE DADOS DO RESP-MICROCEFALIA POR MEIO DO BI-RESP | 37 |
| PROTEÇÃO DOS DADOS | 41 |
| ANEXO | 42 |
| Anexo A – Formulário do RESP-Microcefalia para impressão | 43 |

APRESENTAÇÃO

O Ministério da Saúde (MS), por meio da Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas, do Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, da Secretaria de Vigilância em Saúde (Cgiae/Daent/SVS), apresenta o *Manual de Instruções do Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP-Microcefalia)*.

O RESP-Microcefalia corresponde a um formulário eletrônico disponibilizado pelo MS em 19 de novembro de 2015, poucos dias após o Brasil declarar a Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (Espin) em decorrência da alteração no padrão de ocorrência de microcefalia – um tipo de anomalia congênita que corresponde à redução do perímetro cefálico do bebê, considerando o sexo e a idade gestacional. O formulário eletrônico foi o instrumento oficial adotado para o registro de casos de microcefalia e outras alterações no sistema nervoso central, inicialmente de etiologia desconhecida, no contexto da Espin. A partir desse registro, foi possível realizar o monitoramento epidemiológico e orientar o enfrentamento das condições relacionadas às infecções durante a gestação, identificadas no pré-natal, no parto e na puericultura, como também promover a integração das ações de vigilância e atenção à saúde.

No contexto da Espin, evidenciou-se que a microcefalia e as demais alterações observadas, na verdade, estavam associadas à infecção intrauterina pelo vírus Zika, um arbovírus transmitido por mosquitos do gênero *Aedes*. Tal conjunto de alterações passou a compor uma nova entidade patológica conhecida como síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika (SCZ). Mesmo com a redução considerável no número de casos da doença a partir de 2017 e com o encerramento oficial da Espin em julho daquele ano, o MS manteve ativa a vigilância de casos suspeitos de SCZ e o RESP-Microcefalia permaneceu sendo o instrumento oficial para subsidiar as ações de saúde pública que rodeiam a temática.

No período pós-emergência, tornou-se ainda mais evidente que era preciso seguir monitorando não apenas novos casos de SCZ, mas também o conjunto das anomalias congênitas de diferentes etiologias, tendo em vista que elas figuram entre as principais causas de morbimortalidade infantil no Brasil. Destarte, a vigilância epidemiológica de SCZ passou a integrar o escopo da vigilância de anomalias congênitas, implementada pela Cgiae/Daent/SVS em 2019.

Assim, este Manual compila as orientações vigentes para a operação do RESP-Microcefalia, descreve aspectos relacionados ao preenchimento da ficha de notificação, perfis de usuários, edição e classificação final dos casos, exportação de dados por meio do *Business Intelligence* (BI-RESP) e um alerta para a necessidade de proteção de dados. O uso apropriado e oportuno dos instrumentos oficiais de monitoramento epidemiológico permite a continuidade das ações no campo da vigilância em saúde, que objetivam compreender e reduzir os impactos da SCZ e das anomalias congênitas, em geral, na saúde da população brasileira.

**Secretaria de Vigilância em Saúde
Ministério da Saúde**

INTRODUÇÃO

Em 11 de novembro de 2015, o Ministério da Saúde declarou, por meio da Portaria n.º 1.813, situação de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin) em decorrência da alteração do padrão de ocorrência de microcefalia e outras alterações do sistema nervoso central (SNC) associadas à infecção congênita pelo vírus Zika (ZIKV) no Brasil. Esse é um mecanismo previsto para casos de emergências em saúde pública que demandem o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública, com o objetivo de conferir maior agilidade às investigações.

Diante da necessidade dos casos suspeitos de microcefalia e outras alterações do SNC serem notificados imediatamente ao Ministério da Saúde, foi construído, em parceria com o DataSUS, um formulário on-line nacional para o registro dos casos, denominado Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP-Microcefalia), disponível no link: www.resp.saude.gov.br/microcefalia#/painel. Atualmente, esse conjunto de alterações é chamado de síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika (SCZ). Desda forma, o formulário do RESP-Microcefalia tem como objetivos permitir o monitoramento e investigação dos casos suspeitos de SCZ no País e detectar precocemente a ocorrência de surtos e epidemias. O documento *Guia de Vigilância em Saúde – 5ª edição* (Capítulo 7 – Síndrome Congênita associada à infecção pelo vírus Zika, disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf) é a referência em todo o Brasil para as definições de casos suspeitos a serem notificados no RESP-Microcefalia, bem para a investigação e classificação final desses casos.

O Ministério da Saúde mantém a vigilância ativa dos casos suspeitos dessa doença, pois muito embora o período considerado de emergência (entre 2015 a 2017) tenha sido encerrado, novos casos de SCZ continuam ocorrendo no País. Nesse sentido, os dados gerados pela vigilância devem auxiliar no desenho das prioridades de saúde pública para implementação de medidas de prevenção e controle eficazes, por meio de mudança de política baseada em evidências.

A fim de permitir a exportação dos dados do RESP-Microcefalia, foi desenvolvida uma ferramenta utilizando os conceitos de *Business Intelligence* (BI), ou Inteligência de Negócios, chamada de BI-RESP, disponível no link: <http://dw.saude.gov.br/>.

Com base nisso, este manual tem como objetivos: 1) orientar os profissionais de saúde quanto ao correto preenchimento dos dados que serão inseridos no formulário on-line do RESP-Microcefalia para a notificação dos casos suspeitos de SCZ; 2) orientar quanto ao cadastramento e habilitação/deshabilitação de usuários no sistema;

3) descrever as atividades relacionadas à investigação, à edição, à classificação final e ao encerramento dos casos notificados e; 4) orientar os usuários quanto à utilização do BI-RESP e plataformas TabNet e Tabwin para obtenção dos dados do RESP-Microcefalia.

Este manual é destinado aos técnicos que atuam na vigilância da SCZ no:

- ▶ Ministério da Saúde.
- ▶ Unidades Federadas (Secretarias Estaduais de Saúde e Regionais de Saúde).
- ▶ Municípios (Secretarias Municipais de Saúde, Distritos Sanitários e Unidades de Saúde).

INFRAESTRUTURA NECESSÁRIA PARA ACESSO AO RESP-MICROCEFALIA E BI-RESP

Para garantir o desempenho adequado é necessário possuir as configurações mínimas descritas a seguir.

Acesso à internet

Para acessar o RESP-Microcefalia e BI-RESP, o computador ou a rede de computadores precisa ter os seguintes requisitos mínimos:

- ▶ Velocidade mínima recomendada para um computador: banda larga entre 300 kbps a 600 kbps.
- ▶ Velocidade mínima recomendada para mais de um computador conectado em rede: banda larga superior a 600 kbps.

Estação de trabalho

- ▶ Microcomputador com CPU Pentium IV 2 GHz ou superior.
- ▶ Sistema Operacional Windows XP/Professional ou mais recente – 1 GB de memória.

Programas

Os seguintes programas devem estar instalados na estação de trabalho para que seja possível visualizar relatórios e arquivos:

- ▶ Adobe Reader
- ▶ Microsoft Office Excel

Navegador

- ▶ Internet Explorer – versão 8.0 ou superior
- ▶ Mozilla Firefox – versão 20 ou superior
- ▶ Google Chrome – versão 24 ou superior



NOTIFICAÇÃO DOS CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS PARA SCZ

Atualmente, o documento que descreve os casos suspeitos que devem ser notificados no RESP-Microcefalia é o *Guia de Vigilância em Saúde – 5ª edição* (Capítulo 7 – Síndrome Congênita associada à infecção pelo vírus Zika, disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf).

A notificação dos casos suspeitos para SCZ (feto, recém-nascido, criança, óbito fetal, aborto ou natimorto) deve ser feita por meio do formulário eletrônico do RESP-Microcefalia, que se encontra no endereço eletrônico: www.resp.sau.gov.br/microcefalia#/painel (Figura 1). O Anexo apresenta o formulário do RESP-Microcefalia em uma versão para impressão. O formulário eletrônico é de acesso livre, ou seja, qualquer pessoa pode notificar um caso suspeito para SCZ.

Figura 1 Tela inicial do formulário RESP-Microcefalia

RESP | Registro de Eventos em Saúde Pública

V. 1.12.1 Login

Documentos

Monitoramento integrado de vigilância e atenção à saúde de condições relacionadas às infecções durante a gestação, identificadas no pré-natal, parto e puericultura.

Data da notificação: *
Obs.: Permite o registro de casos a partir de 01/01/2015

Notificação de: *
-- Selezione --
Segundo definição vigente nos protocolos disponíveis no site www.sau.gov.br

Dados para identificação da gestante ou puérpera
Informe os dados sobre a gestante ou puérpera para que a vigilância possa realizar a investigação com o instrumento detalhado.

Nome da gestante/mãe: *
Número do Prontuário da gestante/mãe:
Tipo de documento: *
-- Selezione --

Número do Cartão SUS, CPF ou RG: *
Obs.: se não tiver documento coloque 0 em todo o campo.
Data de Nascimento da gestante/mãe:
Obs.: se não souber coloque a data 31/12/2015
Idade da gestante/mãe: *
Obs.: se não tiver documento coloque 99 em todo o campo.

Raça/cor da gestante/mãe: *
-- Selezione --
Dsei
-- Selezione --
Etnia
-- Selezione --

UF de residência da gestante/mãe: *
-- Selezione --
Município de Residência da gestante/mãe: *
-- Selezione --
Bairro:

CEP:
Logradouro (Rua, Avenida): *
Número: *

Fonte: RESP-Microcefalia (2022).

Instruções de preenchimento

Deverão ser preenchidos os campos referentes à notificação (Figura 2).

Figura 2 Campos “Data de notificação” e “Notificação de”

A imagem mostra a interface do sistema RESP (Registro de Eventos em Saúde Pública). No topo, há o logotipo 'RESP' e o texto 'Registro de Eventos em Saúde Pública'. À direita, estão as informações de versão 'V. 1.12.1' e o link 'Login'. Abaixo, há um menu 'Documentos'. O conteúdo principal é um formulário com o título 'Monitoramento integrado de vigilância e atenção à saúde de condições relacionadas às infecções durante a gestação, identificadas no pré-natal, parto e puericultura'. O formulário contém dois campos principais: 'Data da notificação' com uma data de observação 'Obs.: Permite o registro de casos a partir de 01/01/2015' e um ícone de calendário; e 'Notificação de' com uma lista suspensa aberta mostrando opções: '1 - Criança', '2 - Recém-Nascido', '3 - Óbito Fetal/ Natimorto', '4 - Aborto Espontâneo', '5 - Feto Suspeito' e '6 - Feto em risco'. Abaixo desses campos, há o texto 'Dados para identificação da gestante ou puérpera' e a instrução 'Informe os dados sobre a gestante ou puérpera para que a vigilância possa realizar a investigação com o instrumento detalhado.'

Fonte: RESP-Microcefalia (2022).

- **Data da notificação** (campo obrigatório): preencher a data do registro do caso no formulário eletrônico. Obs.: permite o registro de casos a partir de 1º de janeiro de 2015.
- **Notificação de** (campo obrigatório): preencher o tipo de notificação (selecionar entre: 1. Criança; 2. Recém-Nascido; 3. Óbito Fetal/ Natimorto; 4. Aborto espontâneo; 5. Feto suspeito; 6. Feto em risco).

Bloco 1 • Dados para identificação da gestante ou puérpera

Informe os dados sobre a gestante ou puérpera para que a vigilância possa realizar a investigação com o instrumento detalhado:

→ Deverão ser preenchidos os campos de identificação da gestante/mãe (Figura 3).

Figura 3 Bloco 1 – Dados para identificação da gestante ou puérpera

A imagem mostra o formulário 'Dados para identificação da gestante ou puérpera'. No topo, há o título e a instrução 'Informe os dados sobre a gestante ou puérpera para que a vigilância possa realizar a investigação com o instrumento detalhado.'. O formulário é dividido em campos organizados em uma grade. Os campos incluem: 'Nome da gestante/mãe', 'Número do Prontuário da gestante/mãe', 'Tipo de documento', 'Número do Cartão SUS, CPF ou RG', 'Data de Nascimento da gestante/mãe', 'Idade da gestante/mãe', 'Raça/cor da gestante/mãe', 'Dsei', 'Etnia', 'UF de residência da gestante/mãe', 'Município de Residência da gestante/mãe', 'Bairro', 'CEP', 'Logradouro (Rua, Avenida)', 'Número', 'Ponto de referência', 'DDD' e 'Número de contato (fixo ou celular)'. Cada campo obrigatório é precedido por um asterisco vermelho. Alguns campos possuem ícones de calendário para a seleção de datas.

Fonte: RESP-Microcefalia (2022).

- **Nome da gestante/mãe** (campo obrigatório): preencher o nome completo da gestante/mãe.
- **Número do prontuário da gestante/mãe**: preencher o número do prontuário médico da gestante/mãe.
- **Tipo de documento** (campo obrigatório): preencher o tipo do documento de identificação da gestante/mãe (selecionar entre: Cartão SUS, preferencialmente; CPF; Carteira de identidade (RG); Sem documento de identificação).
- **Número do Cartão SUS, CPF ou RG**: preencher o número do documento. Obs.: se não tiver documento coloque o numeral 0 em todo o campo.
- **Data de nascimento da gestante/mãe**: preencher a data de nascimento da gestante/mãe.
- **Idade da gestante/mãe** (campo obrigatório): preencher a idade da gestante/mãe. Obs.: se não tiver documento coloque 99 em todo o campo.
- **Raça/cor da gestante/mãe** (campo obrigatório): preencher a raça/cor da gestante/mãe (selecionar entre: Branca; Preta; Amarela; Parda; Indígena; Sem informação).
- **Dsei**: se indígena, informar o Dsei.
- **Etnia**: preencher etnia, em caso de indígenas.
- **UF de residência da gestante/mãe** (campo obrigatório): preencher a sigla da unidade da Federação (UF) de residência da gestante/mãe.
- **Município de residência da gestante/mãe** (campo obrigatório): preencher o nome do município de residência da gestante/mãe.
- **Bairro**: preencher com o nome do bairro ou distrito de residência da gestante/mãe.
- **CEP**: preencher o código de endereçamento postal correspondente ao endereço de residência da gestante/mãe.
- **Logradouro (Rua, Avenida)** (campo obrigatório): preencher o endereço completo de residência da gestante/mãe.
- **Número** (campo obrigatório): preencher o número do endereço de residência da gestante/mãe e o seu complemento, quando houver.
- **Ponto de referência**: preencher o campo citando um ponto de referência para a identificação do endereço da gestante/mãe.

- **DDD** (campo obrigatório): preencher o número do DDD de contato da gestante/mãe.
- **Número de contato (fixo ou celular)** (campo obrigatório): preencher o telefone de contato da gestante/mãe.

Bloco 2 • Identificação do nascido vivo

Campos exclusivos para registro de nascido vivo. Se gestante, selecione não se aplica (NA) para as questões a seguir:

→ Deverão ser preenchidos os campos de identificação do recém-nascido (Figura 4).

Figura 4 Bloco 2 – Dados de identificação do nascido vivo

Identificação do nascido vivo

Campos exclusivos para registro de nascido vivo. Se gestante, selecione não se aplica (NA) para as questões abaixo.

Nome do recém-nascido ou lactente: *
 Obs.: se não nasceu ou não tiver nome, marcar opção ao lado (checkbox)

Sexo: *
 Obs.: se não nasceu selecione "IGNORADO"

Data de Nascimento:

Peso (em gramas)

Comprimento (em centímetros)

Número da declaração de nascido vivo - DNV

Fonte: RESP-Microcefalia (2022).

- **Nome do recém-nascido ou lactente** (campo obrigatório): preencher com o nome completo do recém-nascido (RN) ou do lactente. Obs.: nos casos que o RN não nasceu ainda ou não tiver nome, marcar a opção ao lado – *checkbox* e o campo será preenchido como "RN de *undefined*" automaticamente.
- **Sexo** (campo obrigatório): preencher o sexo do RN. Obs.: se não nasceu, selecione Ignorado.
- **Data de nascimento**: preencher a data de nascimento do RN.
- **Peso (em gramas)**: preencher o valor do peso (em gramas) do RN.
- **Comprimento (em centímetros)**: preencher o valor do comprimento (em centímetros) do RN.
- **Número da Declaração de Nascido Vivo (DNV)**: preencher o número do registro de nascido vivo presente na DNV.

Bloco 3 • Gestação e parto

Informações sobre a identificação da microcefalia durante a gestação ou no pós-parto:

→ Deverão ser preenchidas informações sobre a gestação e o parto (Figura 5).

Figura 5 Bloco 3 – Gestação e parto

O formulário, intitulado "Gestação e Parto", contém o seguinte conteúdo:

- Títulos:** "Gestação e Parto" e "Informações sobre a identificação da microcefalia durante a gestação ou no pós-parto."
- Campos de seleção:** "Tipos de alteração congênita:*" e "Quando foi detectada a alteração congênita:*" (ambos com menu suspenso "-- Seleccione --").
- Campos de texto:** "Idade gestacional na detecção da microcefalia (em semanas):*" (com observação: "Obs.: pode ser ainda na gestação ou momento do parto. Caso não tenha microcefalia digite '99'") e "Tipo de gravidez:*" (com menu suspenso "-- Seleccione --").
- Campos de seleção:** "Classificação do nascido vivo ou natimorto: *" (com menu suspenso "-- Seleccione --").
- Campos de texto:** "Perímetro cefálico (PC) (em centímetros com uma casa decimal)" (com observação: "Registre o perímetro cefálico incluindo a decimal (exemplo: 31.5). Obs.: se não tiver a informação colocar 99.9"), "Data de medição do PC (Perímetro Cefálico)" (com campo de data) e "Circunferência Craniana (se detectado no intraútero) em centímetros incluindo a decimal (exemplo: 28,5)" (com observação: "Deixar em branco, caso não tenha realizado exame de imagem durante a gestação").

Fonte: RESP-Microcefalia (2022).

- **Tipos de alteração congênita** (campo obrigatório): podem ser selecionadas uma ou múltiplas alterações congênicas apresentadas pelo caso suspeito (selecionar entre: Microcefalia apenas; Microcefalia com alteração do SNC; Microcefalia com alterações congênicas; Alterações congênicas sem microcefalia; Deficiência neurológica; Deficiência auditiva; Deficiência visual; Ignorado).
- **Quando foi detectada a alteração congênita** (campo obrigatório): preencher o momento em que foi detectada a alteração congênita (selecionar entre: Intrauterino (na gestação); Pós-parto; Não detectada microcefalia; Ignorado).
- **Idade gestacional na detecção da microcefalia (em semanas)** (campo obrigatório): preencher com a idade gestacional (em semanas) em que foi detectada a microcefalia, podendo ser durante a gestação ou no momento do parto. Caso não tenha microcefalia, digite "99".
- **Tipo de gravidez** (campo obrigatório): preencher o tipo de gestação (selecionar entre: Única; Dupla; Tripla ou mais; Ignorado).
- **Classificação do nascido vivo ou natimorto** (campo obrigatório): preencher de acordo com a idade gestacional no momento do parto. Esse dado é muito importante na relação com o perímetro cefálico e identificação da microcefalia. Selecionar entre: Pré-termo (menor que 37 semanas);

A termo (Idade gestacional entre 37 e 41 semanas e 6 dias); Pós-termo (Idade gestacional igual ou maior que 42 semanas); Não se aplica (ainda gestante).

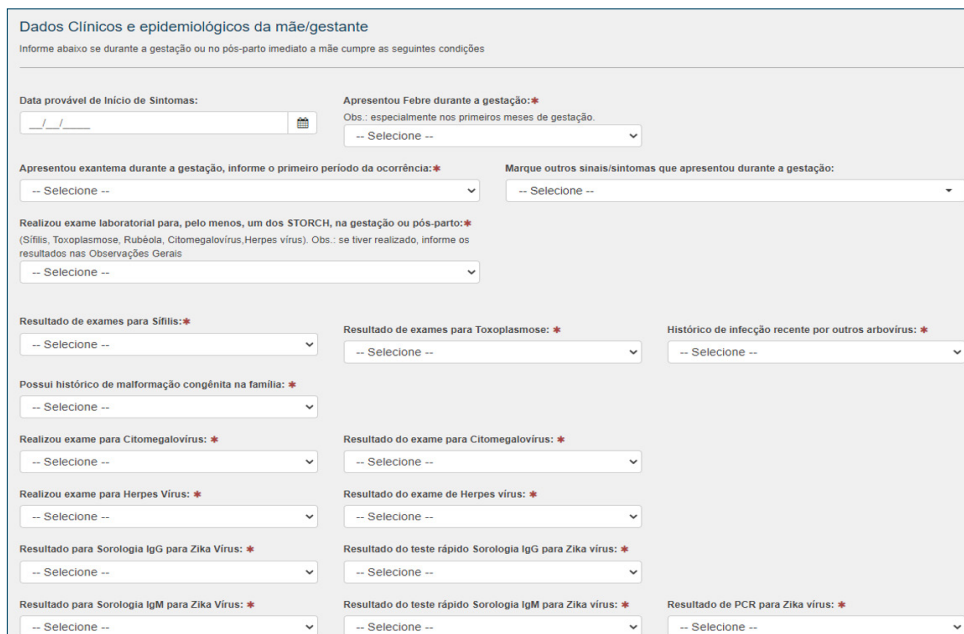
- **Perímetro cefálico (PC) (em centímetros ou com uma casa decimal):** preencher o valor aferido do perímetro cefálico no momento do parto em centímetros, com, pelo menos, uma casa decimal (exemplo: 31,5). Obs.: se não tiver a informação, colocar 99,9.
- **Data de medição do PC:** preencher a data de realização da medição do PC.
- **Circunferência craniana (se detectado no intraútero) em centímetros incluindo a decimal (exemplo: 28,5):** preencher a medida da circunferência craniana identificada durante exame de imagem no pré-natal. Deixar em branco, caso não tenha realizado exame de imagem durante a gestação.

Bloco 4 • Dados clínicos e epidemiológicos da mãe/gestante

Informe, a seguir, se durante a gestação ou no pós-parto imediato a mãe cumpre as seguintes condições:

→ Deverão ser preenchidas informações sobre a mãe/gestante (Figura 6).

FIGURA 6 Bloco 4 – Dados clínicos e epidemiológicos da mãe/gestante



Dados Clínicos e epidemiológicos da mãe/gestante

Informe abaixo se durante a gestação ou no pós-parto imediato a mãe cumpre as seguintes condições

Data provável de Início de Sintomas:

Apresentou Febre durante a gestação: *
Obs.: especialmente nos primeiros meses de gestação.

Apresentou exantema durante a gestação, informe o primeiro período da ocorrência: *

Marque outros sinais/sintomas que apresentou durante a gestação:

Realizou exame laboratorial para, pelo menos, um dos STORCH, na gestação ou pós-parto: *
(Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes vírus). Obs.: se tiver realizado, informe os resultados nas Observações Gerais

Resultado de exames para Sífilis: *

Resultado de exames para Toxoplasmose: *

Histórico de infecção recente por outros arbovírus: *

Possui histórico de malformação congênita na família: *

Realizou exame para Citomegalovírus: *

Resultado do exame para Citomegalovírus: *

Realizou exame para Herpes Vírus: *

Resultado do exame de Herpes vírus: *

Resultado para Sorologia IgG para Zika Vírus: *

Resultado do teste rápido Sorologia IgG para Zika vírus: *

Resultado para Sorologia IgM para Zika Vírus: *

Resultado do teste rápido Sorologia IgM para Zika vírus: *

Resultado de PCR para Zika vírus: *

Fonte: RESP-Microcefalia (2022).

- **Data provável de início dos sintomas:** preencher a data em que iniciaram os sintomas relacionados a seguir, podendo ser durante a gestação ou logo após o parto.
- **Apresentou febre durante a gestação** (campo obrigatório): selecionar a opção referente à apresentação ou não de febre durante a gestação ou se não sabe. Obs.: especialmente nos primeiros meses de gestação.
- **Apresentou exantema durante a gestação, informe o primeiro período da ocorrência** (campo obrigatório): selecionar a opção referente a apresentação ou não de exantema durante a gestação, e o trimestre da gestação que o exantema ocorreu (selecione entre: Sim, no 1º trimestre; Sim, no 2º trimestre; Sim, no 3º trimestre; Sim, mas não lembra a data ou período gestacional; Não apresentou exantema; Não sabe).
- **Marque outros sinais/sintomas que apresentou durante a gestação:** selecionar uma ou múltiplas opções relacionadas aos sinais e sintomas da gestante/mãe (selecionar entre: Prurido; Hiperemia conjuntival (Conjuntivite não purulenta); Dor em articulação; Dor muscular; Edema em articulações; Cefaleia; Hipertrofia ganglionar; Acometimento neurológico).
- **Realizou exame laboratorial para, pelo menos, um dos STORCH, na gestação ou pós-parto** (campo obrigatório): selecionar a opção adequada referente a realização ou não do exame ou não sabe. Obs.: STORCH é o acrônimo que representa as infecções sífilis (S), toxoplasmose (TO), rubéola (R), citomegalovírus (C), e herpes vírus (H). Se tiver realizado o exame, informe os resultados no bloco “Observações”, encontrado a seguir no formulário.
- **Resultado de exames para sífilis** (campo obrigatório): selecionar a opção adequada de acordo com o resultado do exame (selecionar entre: Reagente/Positivo; Não reagente/Negativo; Indetectável/Indeterminado; Não realizado; Ignorado).
- **Resultado de exames para toxoplasmose** (campo obrigatório): selecionar a opção adequada de acordo com o resultado do exame (selecionar entre: Reagente/Positivo; Não reagente/Negativo; Indetectável/Indeterminado; Não realizado; Ignorado).
- **Histórico de infecção recente por outros arbovírus** (campo obrigatório): selecionar caso a mãe/gestante tenha tido outras doenças causadas por arbovírus (selecionar entre: Dengue, Chikungunya, Dengue e Chikungunya; Sem histórico de doença; Não sabe; Ignorado).
- **Possui histórico para malformação congênita na família** (campo obrigatório): selecionar caso haja ou não (Selecionar entre: Sim; Não; Não sabe; Ignorado).
- **Realizou exame para citomegalovírus** (campo obrigatório): selecionar a opção adequada referente a realização ou não do exame.

- **Resultado do exame para citomegalovírus** (campo obrigatório): selecionar a opção adequada de acordo com o resultado do exame (selecionar entre: Reagente/Positivo; Não reagente/Negativo; Indetectável/Indeterminado; Não realizado; Ignorado).
- **Realizou exame para herpes vírus** (campo obrigatório): selecionar a opção adequada referente a realização ou não do exame.
- **Resultado do exame para herpes vírus** (campo obrigatório): selecionar a opção adequada de acordo com o resultado do exame (selecionar entre: Reagente/Positivo; Não reagente/Negativo; Indetectável/Indeterminado; Não realizado; Ignorado).
- **Resultado para Sorologia IgG para Zika vírus** (campo obrigatório): selecionar a opção adequada de acordo com o resultado do exame para o vírus Zika (selecionar entre: Reagente/Positivo; Não reagente/Negativo; Indetectável/Indeterminado; Não realizado; Ignorado).
- **Resultado para Sorologia IgM para Zika vírus** (campo obrigatório): selecionar a opção adequada de acordo com o resultado do exame para o vírus Zika (selecionar entre: Reagente/Positivo; Não reagente/Negativo; Indetectável/Indeterminado; Não realizado; Ignorado).
- **Resultado do teste rápido Sorologia IgG para Zika vírus** (campo obrigatório): selecionar a opção adequada de acordo com o resultado do exame para o vírus Zika (selecionar entre: Reagente/Positivo; Não reagente/Negativo; Indetectável/Indeterminado; Não realizado; Ignorado).
- **Resultado do teste rápido Sorologia IgM para Zika vírus** (campo obrigatório): selecionar a opção adequada de acordo com o resultado do exame para o vírus Zika (selecionar entre: Reagente/Positivo; Não reagente/Negativo; Indetectável/Indeterminado; Não realizado; Ignorado).
- **Resultado de PCR para Zika vírus** (campo obrigatório): selecionar a opção adequada de acordo com o resultado do exame para o vírus Zika (selecionar entre: Reagente/Positivo; Não reagente/Negativo; Indetectável/Indeterminado; Não realizado; Ignorado).

Bloco 5 • Dados clínicos e epidemiológicos do recém-nascido

→ Deverão ser preenchidas informações sobre o recém-nascido (Figura 7).

Figura 7 Bloco 5 – Dados clínicos e epidemiológicos do recém-nascido

Dados Clínicos e epidemiológicos do recém-nascido

Realizou exame laboratorial para, pelo menos, um dos STORCH, na gestação ou pós-parto: *
(Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes vírus). Obs.: se tiver realizado, informe os resultados nas Observações Gerais

-- Selezione --

Resultado de exames para Sífilis: * -- Selezione --

Resultado de exames para Toxoplasmose: * -- Selezione --

Resultado do exame para Citomegalovírus: * -- Selezione --

Resultado do exame de Herpes vírus: * -- Selezione --

Resultado para Sorologia IgG para Zika Vírus: * -- Selezione --

Resultado do teste rápido Sorologia IgG para Zika vírus: * -- Selezione --

Resultado para Sorologia IgM para Zika Vírus: * -- Selezione --

Resultado do teste rápido Sorologia IgM para Zika vírus: * -- Selezione --

Resultado de PCR para Zika vírus: * -- Selezione --

Fonte: RESP-Microcefalia (2022).

- **Realizou exame laboratorial para, pelo menos, um dos STORCH, na gestação ou pós-parto** (campo obrigatório): deve ser selecionada a opção adequada referente à realização ou não do exame ou se não sabe. Obs.: STORCH é o acrônimo que representa as infecções sífilis (S), toxoplasmose (TO), rubéola (R), citomegalovírus (C), e herpes vírus (H). Se tiver realizado o exame, informe os resultados no bloco “Observações”, encontrado a seguir no formulário.

Selecionar entre Reagente/Positivo; Não reagente/Negativo; Indetectável/Indeterminado; Não realizado; Ignorado para os exames listados a seguir (campos obrigatórios):

- **Resultado de exames para sífilis**
- **Resultado de exames para toxoplasmose**
- **Resultado do exame para citomegalovírus**
- **Resultado do exame de herpes vírus**
- **Resultado para sorologia IgG para Zika vírus**
- **Resultado para sorologia IgM para Zika vírus**
- **Resultado do teste rápido sorologia IgG para Zika vírus**
- **Resultado do teste rápido sorologia IgM para Zika vírus**
- **Resultado de PCR para Zika vírus**

Bloco 6 • Exames de imagem

→ Deverão ser preenchidas informações sobre os exames de imagem realizados (Figura 8).

Figura 8 Bloco 6 – Exames de imagem

O formulário, intitulado "Exames de Imagem", contém quatro seções principais:

- Dados da Ultrassonografia (na gestação):** Possui um menu suspenso com o texto "-- Selezione --" e um campo de data rotulado "Data da Ultrassonografia".
- Descrição:** Um campo de texto para "Descreva as demais informações relativas à Ultrassonografia", com um limite de "Total de caracteres restantes: 8000".
- Dados da Ultrassonografia Transfontanela:** Possui um menu suspenso com o texto "-- Selezione --" e um campo de data rotulado "Data da Ultrassonografia Transfontanela".
- Descrição:** Um campo de texto para "Descreva as demais informações relativas à Ultrassonografia Transfontanela", com um limite de "Total de caracteres restantes: 8000".
- Dados da Tomografia Computadorizada:** Possui um menu suspenso com o texto "-- Selezione --" e um campo de data rotulado "Data da Tomografia Computadorizada".
- Descrição:** Um campo de texto para "Descreva as demais informações relativas à Tomografia", com um limite de "Total de caracteres restantes: 8000".
- Dados da Ressonância Magnética:** Possui um menu suspenso com o texto "-- Selezione --" e um campo de data rotulado "Data da Ressonância Magnética".
- Descrição:** Um campo de texto para "Descreva as demais informações relativas à Ressonância", com um limite de "Total de caracteres restantes: 8000".

Fonte: RESP-Microcefalia (2022).

- **Dados da ultrassonografia (na gestação)** (campo obrigatório): selecionar se a mãe realizou ou não ultrassonografia durante a gestação e o resultado do exame (selecionar entre: Não realizado; Realizado – Resultado normal; Realizado – Resultado alterado, sugestivo de infecção congênita; Realizado – Resultado alterado, com outras alterações; Realizado – Resultado indeterminado; Ignorado).
- **Data da ultrassonografia:** selecionar a data da realização da ultrassonografia durante a gestação.
- **Descreva as demais informações referentes à ultrassonografia:** descrever todas as informações do laudo do exame de ultrassonografia.

- **Dados da ultrassonografia transfontanela** (campo obrigatório): selecionar a opção de realização ou não do exame e o resultado (selecionar entre: Não realizado; Realizado – Resultado normal; Realizado – Resultado alterado, sugestivo de infecção congênita; Realizado – Resultado alterado, com outras alterações; Realizado – Resultado indeterminado; Ignorado).
- **Data da ultrassonografia transfontanela:** selecionar a data da realização do exame.
- **Descreva as demais informações referentes à ultrassonografia transfontanela:** descrever todas as informações do laudo do exame.
- **Dados da tomografia computadorizada** (campo obrigatório): selecionar a opção de realização ou não do exame e o resultado (selecionar entre: Não realizado; Realizado – Resultado normal; Realizado – Resultado alterado, sugestivo de infecção congênita; Realizado – Resultado alterado, com outras alterações; Realizado – Resultado indeterminado; Ignorado).
- **Data da tomografia computadorizada:** preencher a data da realização do exame.
- **Descreva as demais informações referentes à tomografia computadorizada:** descrever todas as informações do laudo do exame.
- **Dados da ressonância magnética** (campo obrigatório): selecionar a opção de realização ou não do exame (selecionar entre: Não realizado; Realizado – Resultado normal; Realizado – Resultado alterado, sugestivo de infecção congênita; Realizado – Resultado alterado, com outras alterações; Realizado – Resultado indeterminado; Ignorado).
- **Data da ressonância magnética:** preencher a data da realização do exame.
- **Descreva as demais informações referentes à ressonância magnética:** descrever todas as informações do laudo do exame.

Bloco 7 • Local de ocorrência

Dados do estabelecimento de saúde:

→ Deverão ser preenchidas informações sobre o local de ocorrência do parto (Figura 9).

Figura 9 Bloco 7 – Local de ocorrência

Local de ocorrência

Dados do estabelecimento de saúde.

Código do estabelecimento de saúde (CNES)
Obs.: se não souber, deixe em branco.

UF:*

Município:*

Estabelecimento de saúde:*

Obs.: local de ocorrência do parto ou maternidade

Endereço do estabelecimento (logradouro e número):*

DDD:

Número de contato (fixo ou celular):

Fonte: RESP-Microcefalia (2022).

- **Código do estabelecimento de saúde (Cnes):** preencher o número do código do estabelecimento de saúde onde ocorreu o parto ou no local de assistência ao recém-nascido ou criança. Caso não saiba ou não tenha, deixar em branco.
- **UF do estabelecimento de saúde** (campo obrigatório): preencher a UF do local do parto.
- **Município do estabelecimento de saúde** (campo obrigatório): preencher o município do local do parto.
- **Estabelecimento de saúde** (campo obrigatório): preencher o nome do local onde ocorreu o parto. O local do parto pode ser serviço de saúde ou outros locais. Obs.: local de ocorrência do parto ou maternidade.
- **Endereço do estabelecimento (logradouro e número)** (campo obrigatório): preencher o endereço completo do local onde ocorreu o parto.
- **DDD:** preencher o número do DDD do contato telefônico do local onde ocorreu o parto.
- **Número de contato (fixo ou celular):** preencher o número do telefone do local onde ocorreu o parto.

Bloco 8 • Observações

→ Deverão ser preenchidas todas as informações referentes ao caso, que são consideradas pertinentes para investigação e classificação final (Figura 10).

Figura 10 Bloco 8 – Observações

Observações

Observações

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.

Total de caracteres restantes: 6000

Fonte: RESP-Microcefalia (2022).

- Registrar informações, como: sintomatologia inespecífica, relatos de familiares e da gestante/mãe, prontuário médico, relato de profissionais da assistência, resultado dos exames laboratoriais realizados (exemplo: STORCH – sífilis, toxoplasmose, outras doenças infecciosas, rubéola, citomegalovírus ou herpes vírus – e outros); informe se foi testado para dengue, chikungunya ou Zika vírus; se o médico suspeitou clinicamente de vírus Zika 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.

Bloco 9 • Evolução

→ Deve-se informar a evolução do caso (Figura 11).

Figura 11 Bloco 9 – Evolução

Evolução

Óbito: -- Seleccione --

Número da Declaração de Óbito - DO
Deixar em branco, caso ainda esteja na gestação

Data de Óbito

Óbito neonatal precoce

Fonte: RESP-Microcefalia (2022).

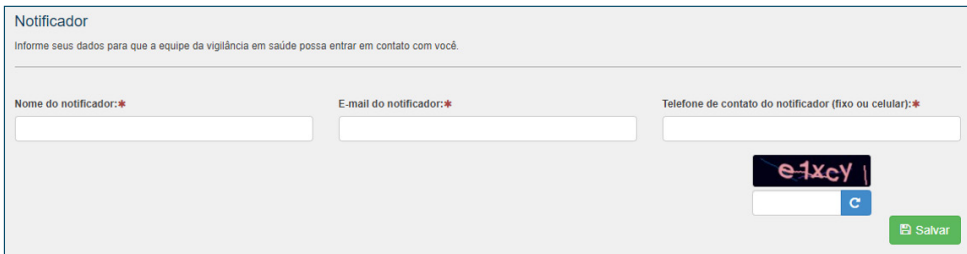
- Preencher se o recém-nascido ou feto evoluiu ou não para o óbito e, se sim, o número de registro da Declaração de Óbito (DO) e a data do óbito.

Bloco 10 • Notificador

Informe seus dados para que a equipe da vigilância em saúde possa entrar em contato com você:

→ Deverão ser preenchidas as informações do notificador (Figura 12).

Figura 12 Bloco 10 – Notificador



O formulário, intitulado "Notificador", contém o seguinte texto de instrução: "Informe seus dados para que a equipe da vigilância em saúde possa entrar em contato com você." Abaixo, há três campos de entrada rotulados como "Nome do notificador:*", "E-mail do notificador:*" e "Telefone de contato do notificador (fixo ou celular):*". À direita dos campos, há um ícone de Captcha com o código "e-1xcy" e um botão "c". No canto inferior direito, há um botão verde "Salvar".

Fonte: RESP-Microcefalia (2022).

- **Nome do notificador** (campo obrigatório): preencher o nome completo do notificador.
- **E-mail do notificador** (campo obrigatório): preencher o e-mail de contato do notificador.
- **Telefone de contato do notificador (fixo ou celular)** (campo obrigatório): preencher o número do telefone de contato do notificador, com DDD.
- **Captcha**: é obrigatório a digitação do Captcha antes de clicar no botão salvar.
- **Botão “Salvar”**: antes de clicar no botão salvar, verifique todo o preenchimento do registro e principalmente, se preencheu todos os campos obrigatórios.

CADASTRO NO SCPA E SOLICITAÇÃO DE ACESSO AO RESP-MICROCEFALIA

Para visualização e edição de casos notificados por meio do formulário eletrônico do RESP-Microcefalia, e para a gestão das autorizações desses usuários dentro do Sistema de Cadastro de Permissão de Acesso (SCPA), existem três tipos básicos de perfis de acesso ao RESP-Microcefalia: gestor, usuário e leitor. De maneira complementar aos perfis de acesso, existem as esferas de atuação, que delimitam o acesso do usuário em relação ao município, ao estado ou à Federação. O Quadro 1 demonstra os diferentes tipos de perfil de acesso com suas respectivas esferas de atuação.

Quadro 1 Perfis de acesso ao Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP-Microcefalia)

| PERFIL | PERMISSÕES |
|--------------------------|---|
| Leitor municipal | Permite que o usuário municipal tenha acesso ao sistema para VISUALIZAR os casos referentes ao próprio município. |
| Leitor estadual | Permite que o usuário estadual tenha acesso ao sistema para VISUALIZAR os casos referentes ao próprio estado. |
| Leitor federal | Permite que o usuário federal tenha acesso ao sistema para VISUALIZAR os casos de todas as unidades federadas. |
| Usuário municipal | Permite que o usuário municipal tenha acesso ao sistema para VISUALIZAR, EDITAR e ENCERRAR* os casos referentes ao próprio município. |
| Usuário estadual | Permite que o usuário estadual tenha acesso ao sistema para VISUALIZAR, EDITAR e ENCERRAR* os casos referentes ao próprio estado. |
| Usuário federal | Permite que o usuário federal tenha acesso ao sistema para VISUALIZAR, EDITAR e ENCERRAR* os casos de todas as unidades federadas. |
| Gestor estadual | Permite que o usuário estadual tenha acesso ao sistema para VISUALIZAR, EDITAR e ENCERRAR* os casos referentes ao próprio estado, bem como AUTORIZAR/DESAUTORIZAR o acesso dos leitores e usuários municipais e estaduais. |
| Gestor federal | Permite que o usuário federal tenha acesso ao sistema para VISUALIZAR, EDITAR e ENCERRAR* os casos de todas as unidades federadas, bem como AUTORIZAR/DESAUTORIZAR o acesso dos leitores e usuários municipais, estaduais e federais. |

Fonte: RESP-Microcefalia (2022).

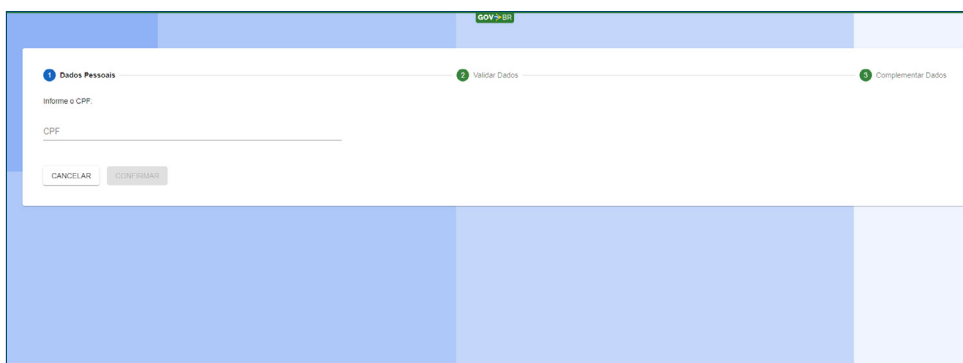
*ENCERRAR significa determinar a classificação final do caso.

Para que um usuário tenha acesso aos perfis de gestor, usuário ou leitor no sistema RESP-Microcefalia, ele deve fazer uma solicitação por meio do SCPA, assim como ocorre com outros sistemas web do Ministério da Saúde (MS). O SCPA é um pré-requisito para acesso aos sistemas WEB do MS e nele são realizados o cadastramento e a solicitação de acesso dos usuários ao RESP-Microcefalia.

Novos usuários sem cadastro no SCPA

Caso o usuário não tenha cadastro no SCPA, será necessário realizar o cadastro por meio do seguinte endereço eletrônico: <https://scpa.saude.gov.br/usuario/novo> (Figura 13).

Figura 13 Cadastro no SCPA

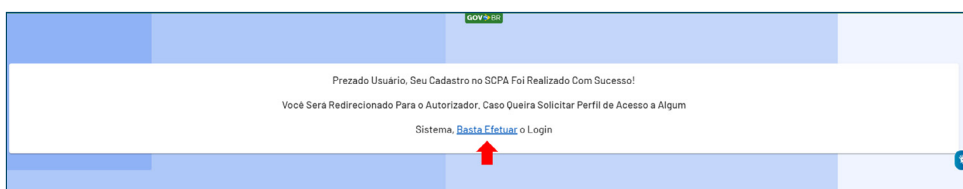


A imagem mostra a interface de usuário para o cadastro no SCPA. No topo, há uma barra de progresso com três etapas: 1. Dados Pessoais (ativa), 2. Validar Dados e 3. Complementar Dados. Abaixo, há um formulário com o título "Informe o CPF:" e um campo de entrada para o CPF. Na base do formulário, há dois botões: "CANCELAR" e "CONFIRMAR".

Fonte: SCPA (2022).

Após preenchimento e validação dos dados pessoais nas etapas 1 – Dados Pessoais, 2 – Validar Dados e 3 – Complementar Dados do cadastro no SCPA, o cadastro do usuário no SCPA estará concluído e ele poderá solicitar acesso ao RESP-Microcefalia efetuando login no site do SCPA. Ao clicar em “Basta Efetuar”, indicado pela seta vermelha, o usuário será redirecionado para a área de login do SCPA (Figura 14).

Figura 14 Tela de conclusão de cadastro no SCPA

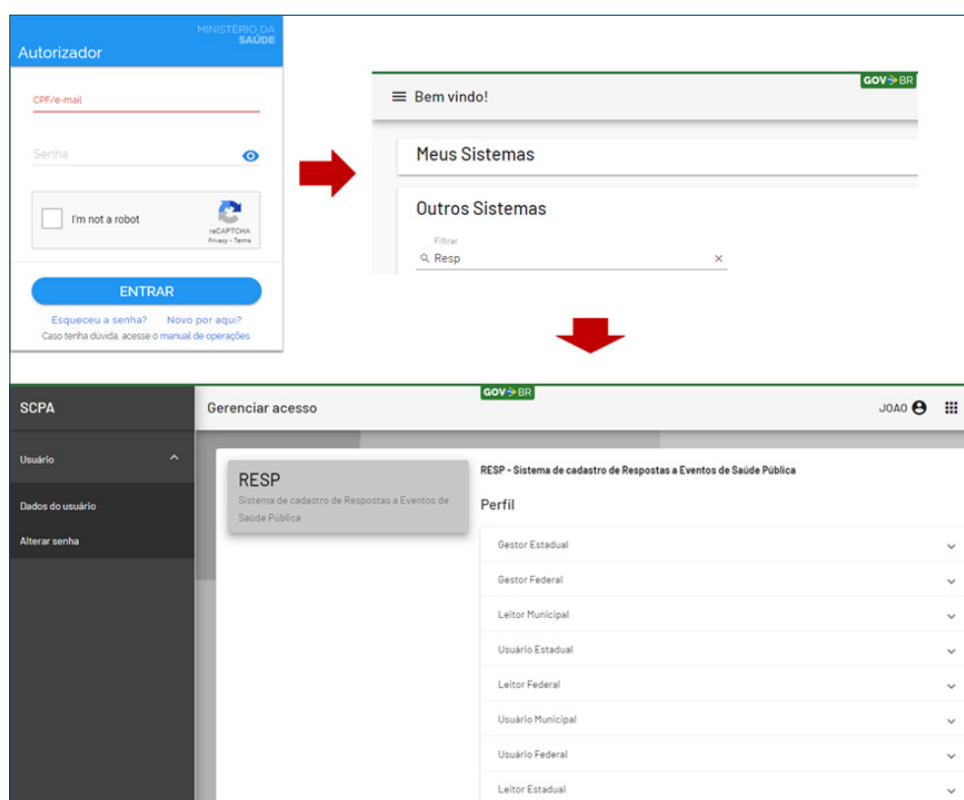


Fonte: SCPA (2022).

Solicitação de autorização no RESP-Microcefalia

Usuários já cadastrados no SCPA devem solicitar o acesso ao RESP-Microcefalia seguindo os passos da Figura 15. Para isso, basta o usuário acessar o sistema SCPA com login e senha previamente cadastrados, por meio do endereço eletrônico: <https://scpa.saude.gov.br/>, localizar o Resp no menu “Meus Sistemas” (caso já tenha um perfil de acesso ao Resp e queira solicitar um novo perfil) ou “Outros sistemas” (caso não tenha um perfil de acesso ao Resp) e solicitar acesso ao perfil desejado, justificando o pedido.

Figura 15 Solicitação de acesso ao RESP-Microcefalia para usuários já cadastrados no SCPA



Fonte: SCPA (2022).



EDIÇÃO E ENCERRAMENTO DE CASOS NO RESP-MICROCEFALIA

Usuários e gestores

A visualização, a edição e o encerramento de casos notificados por meio do formulário eletrônico do RESP-Microcefalia podem ser feitos por usuários previamente autorizados, conforme descrito no Quadro 1, no endereço eletrônico: <http://www.resp.saude.gov.br/microcefalia#/login> (Figura 16).

Figura 16 Tela de login no RESP-Microcefalia

RESP Registro de Eventos em Saúde Pública V. 1.12.1 Login Documentos

Digite seu e-mail e sua senha para acessar a área restrita

*Usuário:
Usuário

*Senha:
Senha

Ainda não é cadastrado?
Esqueceu sua senha?

ENTRAR

Acesso ao sistema
É necessário que o usuário informe seu e-mail e senha.
Esqueceu a senha: Clique em "Esqueceu sua senha" e informe seu e-mail para receber uma nova senha de acesso ao sistema.

Usuário que não possui acesso
Realize o cadastro clicando em "Ainda não está cadastrado?"
Após o login, clique em "solicitar acesso aos sistemas".
Aguarde o e-mail com a aprovação ou não da solicitação de acesso.

Suporte a sistemas: 136 - opção 8
e-mail: suporte.sistemas@datasus.gov.br
Fale conosco: <http://datasus.saude.gov.br/fale-conosco>

SUS MINISTÉRIO DA SAÚDE PÁTRIA AMADA BRASIL

Fonte: RESP-Microcefalia (2022).


Após efetuar o login, o usuário poderá consultar os casos dentro de sua esfera de atuação, aplicando filtros de acordo com o estabelecimento de saúde, a localização geográfica, o número da notificação, o critério de confirmação, o nome da gestante/mãe, o nome do recém-nascido, a classificação final ou o status do caso, se desejar. Após a seleção dos filtros desejados, o usuário deve clicar em "Pesquisar" (Figura 17).


Figura 17 Consulta de casos no RESP-Microcefalia


The screenshot displays the 'RESP | Registro de Eventos em Saúde Pública' interface. At the top right, it shows the version 'V. 1.12.1', a 'Sair' button, and the user 'JOAO MATHEUS BREMM, Gestor Federal'. A 'Tempo restante: 29:30' indicator is also present. The main section is titled 'Manter Casos de microcefalia' and contains a search form with the following fields: 'Estabelecimento de saúde:' (text input), 'UF:' (dropdown menu), 'Município:' (dropdown menu), 'Número da ficha:' (text input), 'Notificação de:' (dropdown menu), 'Critério de confirmação:' (dropdown menu), 'Nome da gestante/mãe:' (text input), 'Nome do recém nascido:' (text input), 'Classificação Final:' (dropdown menu), and 'Status do caso:' (dropdown menu). A 'Pesquisar' button is located at the bottom right of the form.

Fonte: RESP-Microcefalia (2022).

A partir dessa busca, todos os casos que se enquadrem nos critérios preestabelecidos na filtragem aparecerão (Figura 18).

Para inativar um caso basta clicar no ícone  e inserir uma justificativa para que o status do registro seja inativado.

Para reativar um caso inativo, basta clicar no ícone  e inserir uma justificativa para que o status do registro seja reativado.

O ícone  é utilizado para a exportação, em formato PDF, dos dados inseridos no RESP-Microcefalia referentes a cada caso.


Por fim, ao clicar no ícone  é possível realizar a edição e o encerramento do caso notificado (Figura 18).

Figura 18 Opções disponíveis para inativação, reativação, edição ou exportação dos registros


| Número da ficha | UF | Município | Nome da gestante/mãe | Nome do recém nascido | Notificação | Classificação | Status | Ações |
|-----------------|----|-----------|----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|-----------|---|
| | | | | | 1 - Criança | 3 - Descartado | ATIVO |    |
| | | | | | 2 - Recém Nascido | 1 - Confirmado | ATIVO |    |
| | | | | | 2 - Recém Nascido | 3 - Descartado | ATIVO |    |
| | | | | | 2 - Recém Nascido | 3 - Descartado | ATIVO |    |
| | | | | | 2 - Recém Nascido | 3 - Descartado | ATIVO |    |
| | | | | | 4 - Aborto Espontâneo | 3 - Descartado | ATIVO |    |
| | | | | | 5 - Feto Suspeito | 3 - Descartado | ATIVO |    |
| | | | | | 5 - Feto Suspeito | 3 - Descartado | ATIVO |    |
| | | | | | 5 - Feto Suspeito | 4 - Investigação | INATIVO |   |
| | | | | | 5 - Feto Suspeito | 3 - Descartado | REATIVADO |    |

Exibindo de 1 a 10 de 123

« 1 2 3 4 5 6 7 ... 13 »

Fonte: RESP-Microcefalia (2022).

Edição dos dados registrados

Ao clicar no ícone , para cada caso, aparecerão todos os campos do formulário eletrônico do RESP-Microcefalia, os quais foram preenchidos no momento da notificação. Esses campos poderão ser então editados.

Além dos blocos e variáveis presentes no formulário eletrônico, aparecerá também um bloco chamado “Gestão de dados”, com variáveis relacionadas à classificação final do caso (Figura 19).

Figura 19 Bloco “Gestão de Dados” no RESP-Microcefalia

Gestão de dados

Classificação Final: * Critério de confirmação:

-- Selezione -- -- Selezione --

Sistema de informação que foram registrados: Dados registrados no informe Nacional:

-- Selezione -- -- Selezione --

Fonte: RESP-Microcefalia (2022).

Bloco 11 • Gestão de dados

→ Deverão ser preenchidas informações relacionadas à investigação e classificação final do caso.

- **Classificação Final** (campo obrigatório): todos os casos notificados no formulário eletrônico do RESP-Microcefalia recebem, automaticamente, a classificação final de “Sem classificação”. Durante a investigação, o caso deve ser classificado como “Em investigação”. Após a investigação do caso, deve ser selecionada uma classificação final apropriada para o caso (selecionar entre: Confirmado; Provável; Descartado; Inconclusivo; Excluído).
- **Etiologia**: deve ser selecionada a etiologia da infecção, especialmente quando o caso receber a classificação final de confirmado (selecionar entre: etiologia desconhecida; vírus Zika; STORCH; coinfeção (STORCH + Zika).
- **Critério de confirmação**: selecionar uma ou múltiplas opções relacionadas com o critério de confirmação do caso selecionar entre: Laboratorial (Zika); Laboratorial (Dengue); Laboratorial (Chikungunya); Laboratorial (STORCH); Laboratorial (outros); Imagem (ultrassom/tomografia/ressonância); Clínico-epidemiológico).
- **Sistema de informação que foram registrados**: selecionar uma ou múltiplas opções relacionadas aos sistemas de informação onde o caso foi registrado.
- **Dados registrados no informe nacional**: selecionar entre as opções sim ou não.

Ao realizar qualquer alteração no registro é necessário **SALVAR** para que as novas informações e edições sejam gravadas. Logo em seguida aparecerá a mensagem de “Operação efetuada com sucesso”.

GESTÃO DOS ACESSOS NO RESP-MICROCEFALIA

Gestores

A autorização das solicitações de acesso ao RESP-Microcefalia se dá por meio da página do SCPA – Sistema, no endereço eletrônico: <https://scpaweb-sistema.saude.gov.br/datusus-scpaweb-sistema/>. Nesse módulo do SCPA, somente usuários com perfil de gestor, previamente autorizados, têm acesso. Cada gestor pode visualizar e editar as informações dos casos de sua respectiva esfera de atuação, bem como fazer a gestão das solicitações de acesso ao RESP-Microcefalia. Para realizar a gestão do acesso dos usuários, primeiramente, o gestor deve fazer login no SCPA (Figura 20).

Figura 20 Tela de acesso ao SCPA – Sistema

SCPA Sistema
Sistema de Cadastro e Permissão de Acesso

A- A+ ⓘ ? Ajuda Página inicial Contato Padrões do Governo V3.11.1

Login

Digite seu e-mail e sua senha para acessar a área restrita

*E-mail / CPF

*Senha

digite o texto aqui

Ainda não está cadastrado?
Esqueceu sua senha?

ENTRAR

Acesso ao Sistema

É necessário que o usuário informe seu e-mail e senha.
Esqueceu a senha. Clique em "Esqueceu sua senha" e informe seu e-mail para receber uma nova senha de acesso ao sistema.

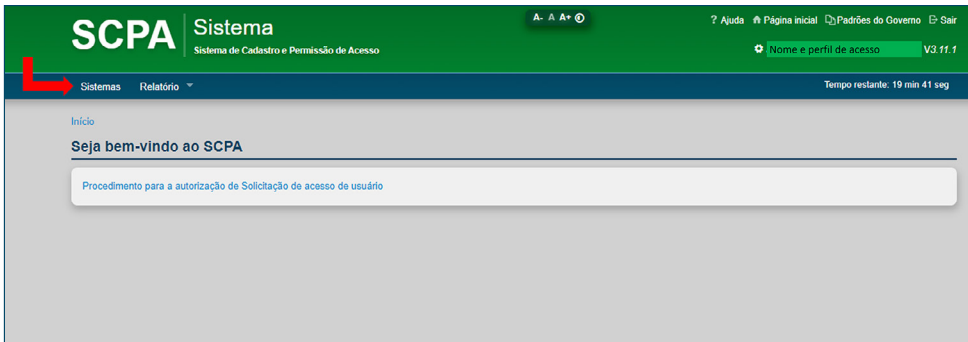
Usuário que não possui acesso

Realize o cadastro clicando em "Ainda não está cadastrado?"
Após o login, clique em "solicitar acesso aos sistemas".
Aguarde o e-mail com a aprovação ou não da solicitação de acesso.

Fonte: SCPA (2022).

Feito o login, o gestor então deve clicar na opção “Sistemas”, como indicado pela seta vermelha na Figura 21.

Figura 21 Tela inicial do SCPA – Sistema



Fonte: SCPA (2022).


Dentro da aba “Sistemas”, o gestor deve clicar no ícone  (usuários do sistema) para visualizar as solicitações de acesso ao RESP-Microcefalia, conforme indicado pela seta vermelha na Figura 22.

Figura 22 Seleção do RESP-Microcefalia para acesso



Fonte: SCPA (2022).

Após clicar no ícone de “usuários do sistema”, abrirá uma tela na qual é possível identificar o nome dos solicitantes, seguido da “Participação”, que corresponde à situação da solicitação no momento (Figura 23):

- ▶ Participação “Sim”: solicitação já liberada, o solicitante já tem acesso ao sistema.
- ▶ Participação “Pendente”: solicitação ainda pendente.
- ▶ Participação “Não autorizada”: solicitação não autorizada.
- ▶ Participação “Rejeitada”: solicitação rejeitada.

Observação: no formulário, onde se lê o título “Pesquisa” é possível restringir os itens na listagem, basta preencher o(s) campo(s) desejado(s) e clicar no botão “Pesquisar”.

Figura 23 Status dos usuários que solicitam acesso ao RESP-Microcefalia

The screenshot shows the SCPA Sistema interface. The header includes the logo 'SCPA Sistema' and the subtitle 'Sistema de Cadastro e Permissão de Acesso'. The main content area is titled 'Usuário do Sistema' and contains a search form with the following fields: 'Nome do Usuário', 'E-mail', 'CPF', 'Número Cartão Nacional de Saúde', 'Perfil' (dropdown), 'Esferas' (dropdown), and 'Participação' (dropdown). Below the search form is a table with the following columns: 'Mostrar' (set to 10), 'Nome', 'Participação', 'Perfil', 'Esfera', 'Descrição da Esfera', and 'Opções'. The table contains three rows of data:

| Mostrar | Nome | Participação | Perfil | Esfera | Descrição da Esfera | Opções |
|---------|--|--------------|-------------------|------------------|----------------------------------|---|
| 10 | <input type="checkbox"/> NOME DO USUÁRIO | Sim | Usuário Estadual | Esfera Estadual | PR - PARANA/ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> NOME DO USUÁRIO | Não | Usuário Estadual | Esfera Estadual | MG - MINAS GERAIS/ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> NOME DO USUÁRIO | Pendente | Usuário Municipal | Esfera Municipal | SP - SAO PAULO/LENCOIS PAULISTA/ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Fonte: SCPA (2022).

O gestor deve verificar todas as solicitações de acesso pendentes e aceita-las ou rejeitá-las. Para definir a participação, marque um ou mais usuários na lista e em “Ação” escolha a participação que deseja (Figura 24):

- ▶ Sim – autorizar.
- ▶ Não – não autorizar.
- ▶ Pendente – solicitação de acesso permanece pendente.
- ▶ Rejeitado – autorização rejeitada.

Após escolher o tipo de participação do(s) usuário(s), o gestor deve descrever uma breve justificativa e clicar em **Trocar Participação** (Figura 24).

Figura 24 Gestão do acesso dos usuários ao RESP-Microcefalia

Mostrar 10

| <input type="checkbox"/> | Nome | Participação | Perfil | Esfera | Descrição da Esfera | Opções |
|-------------------------------------|-----------------|--------------|-------------------|------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | NOME DO USUÁRIO | Sim | Usuário Estadual | Esfera Estadual | PR - PARANA | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | NOME DO USUÁRIO | Não | Usuário Estadual | Esfera Estadual | MG - MINAS GERAIS | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | NOME DO USUÁRIO | Pendente | Usuário Municipal | Esfera Municipal | SP - SAO PAULO/LENCOIS PAULISTA | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | NOME DO USUÁRIO | Sim | Usuário Municipal | Esfera Municipal | SP - SAO PAULO/PINDAMONHANGABA | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | NOME DO USUÁRIO | Sim | Gestor Estadual | Esfera Estadual | SP - SAO PAULO | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | NOME DO USUÁRIO | Não | Usuário Estadual | Esfera Estadual | BA - BAHIA | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | NOME DO USUÁRIO | Não | Usuário Municipal | Esfera Municipal | SP - SAO PAULO/SAO MIGUEL/ARCANJO | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | NOME DO USUÁRIO | Sim | Usuário Municipal | Esfera Municipal | SP - SAO PAULO/SAO VICENTE | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | NOME DO USUÁRIO | Rejeitado | Usuário Estadual | Esfera Estadual | BA - BAHIA | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | NOME DO USUÁRIO | Pendente | Usuário Estadual | Esfera Estadual | DF - DISTRITO FEDERAL | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Mostrando 1 a 10 de 954 registros. Primeiro Anterior 1 2 3 4 5 Próximo Último

Executar troca participação

Ação:

- Sim
- Sim**
- Não
- Pendente
- Rejeitado

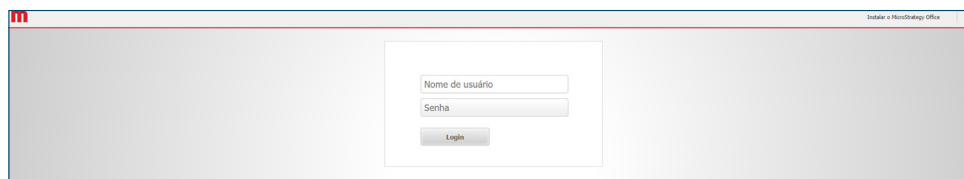
Fonte: SCPA (2022).

EXPORTAÇÃO DO BANCO DE DADOS DO RESP-MICROCEFALIA POR MEIO DO BI-RESP

O banco de dados contendo as informações referentes às notificações de casos no RESP-Microcefalia pode ser baixado, por usuários previamente autorizados, por meio da plataforma BI-RESP. Para isso, o usuário deve acessar o endereço eletrônico: <http://dw.saude.gov.br/> e fazer o login (Figura 25).

Observação: profissionais responsáveis pela vigilância epidemiológica em cada estado que desejem acessar o banco de dados do RESP-Microcefalia por meio do BI-RESP devem encaminhar sua solicitação para o e-mail: anomaliascongenitas@saude.gov.br. Profissionais responsáveis pela vigilância epidemiológica em cada município devem encaminhar sua solicitação para o representante estadual da vigilância da SCZ.

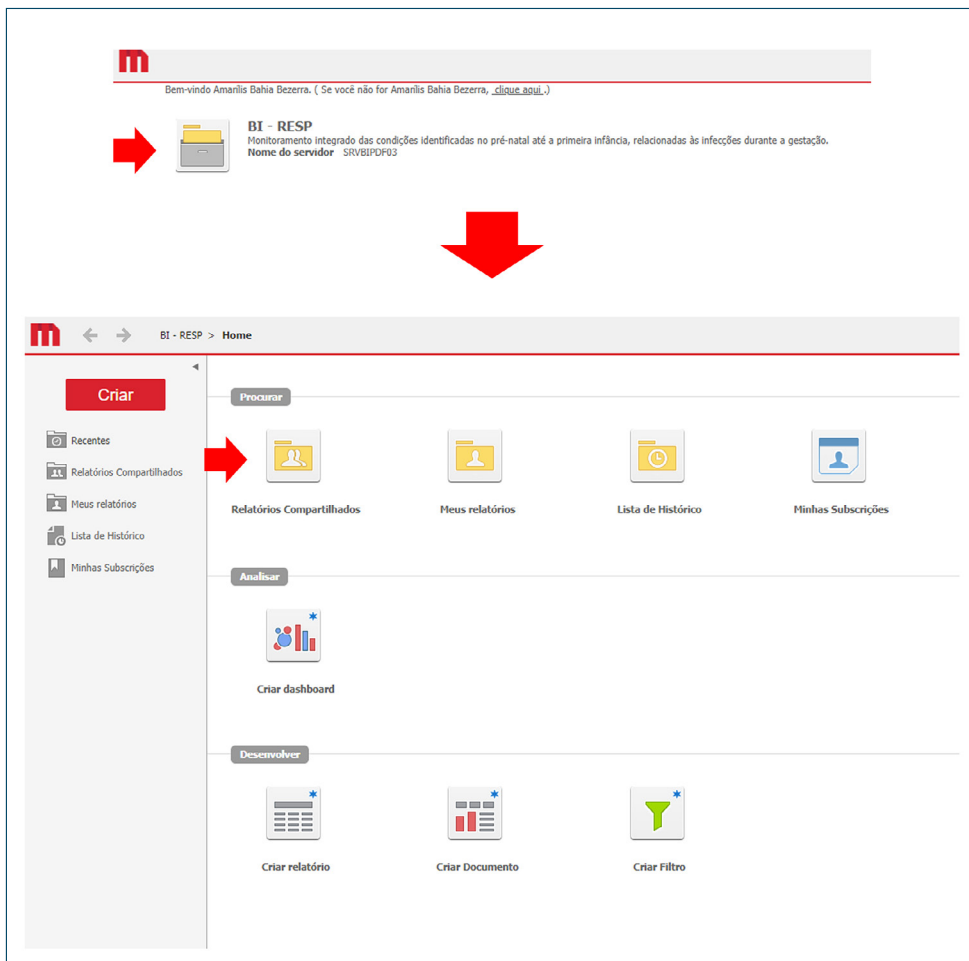
Figura 25 Tela de login no BI-RESP

A imagem mostra a interface de login do sistema BI-RESP. No topo, há uma barra com o logo 'm' à esquerda e o texto 'Iniciar o Microcefaly Office' à direita. O corpo principal da tela é cinza e contém um formulário centralizado com dois campos de entrada: 'Nome de usuário' e 'Senha'. Abaixo dos campos, há um botão cinza com o texto 'Login'.

Fonte: BI-RESP (2022).

Após login, o usuário deve clicar na opção “BI-RESP” e abrir a opção “Relatórios Compartilhados” (Figura 26).

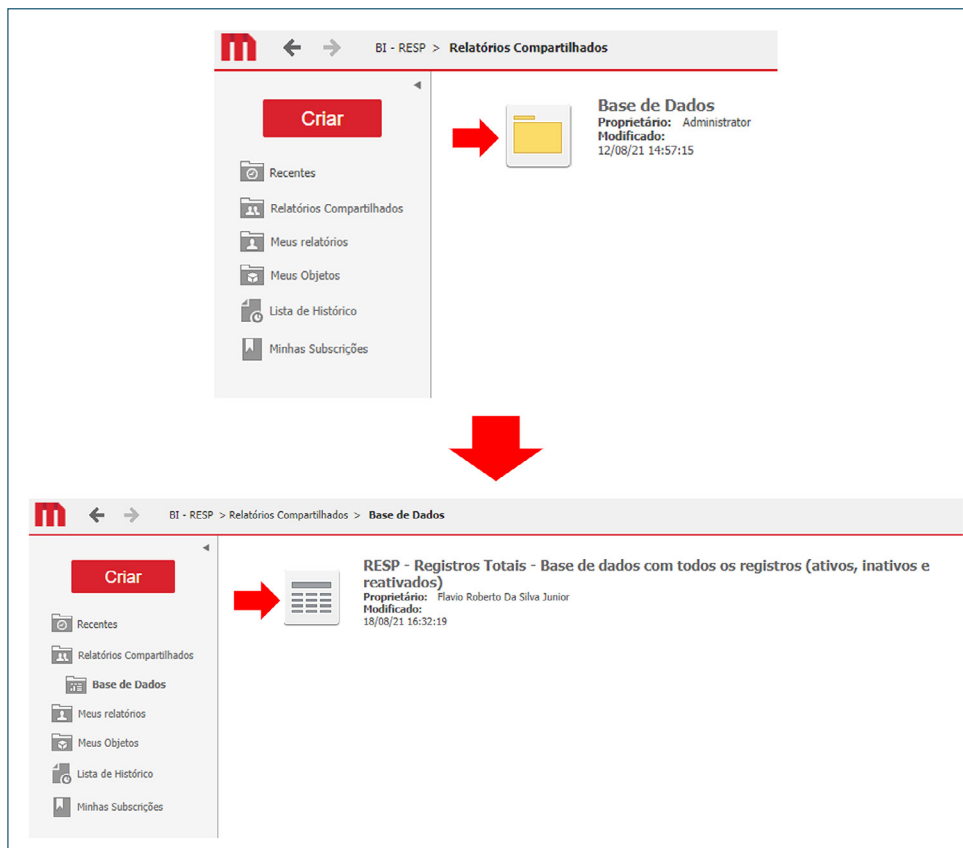
Figura 26 Pasta “BI-RESP” e pasta “Relatórios Compartilhados”



Fonte: BI-RESP (2022).

Após, o usuário deve clicar na opção “Base de Dados” e abrir a opção “Resp – Registros totais – Base de dados com todos os registros (ativos, inativos e reativados)” (Figura 27).

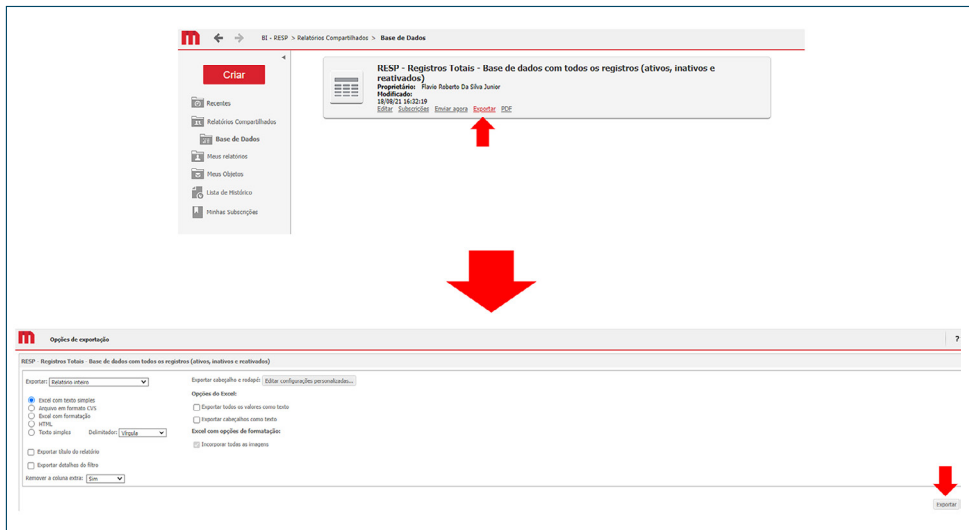
Figura 27 Pasta “Base de Dados” e pasta “RESP – Registros totais – Base de dados com todos os registros (ativos, inativos e reativados)”



Fonte: BI-RESP (2022).

Para realizar a exportação da base de dados do RESP-Microcefalia, o usuário deve posicionar o cursor do mouse em “Exportar” e clicar (Figura 28). Aparecerá então uma tela na qual o usuário deverá selecionar o formato do arquivo que será exportado e, após selecionar, clicar em “Exportar” para baixar a base de dados selecionada (Figura 28).

Figura 28 Exportação do banco de dados do RESP-Microcefalia



Fonte: BI-RESP (2022).

PROTEÇÃO DOS DADOS

É importante salientar que todos os leitores, usuários e gestores autorizados a acessar o RESP-Microcefalia poderão visualizar dados sensíveis e pessoais referentes aos casos notificados. Nesse sentido, é importante ressaltar sua responsabilidade, com base no que trata a Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018 (a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais ou LGPD), que dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural.

ANEXO





Anexo A | Formulário do RESP-Microcefalia para impressão

| RESP Registro de Eventos em Saúde Pública | | V. 1.12.1 Login |
|--|---|-----------------|
| | | Documentos |
| Todos os campos de preenchimento obrigatório no formulário online estarão sinalizados com um asterisco (*). | | |
| Data da notificação (*): ____/____/____ Obs.: Permite o registro de casos a partir de 01/01/2015 | | |
| Notificação de (*): <input type="checkbox"/> 1. Criança <input type="checkbox"/> 2. Recém Nascido <input type="checkbox"/> 3. Óbito Fetal / Natimorto <input type="checkbox"/> 4. Aborto Espontâneo <input type="checkbox"/> 5. Feto Suspeito <input type="checkbox"/> 6. Feto em risco | | |
| Segundo definição vigente no documento "Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional" (https://bit.ly/2NlqR3m). | | |
| Dados para identificação da gestante ou puérpera Informe os dados sobre a gestante ou puérpera para que a vigilância possa realizar a investigação com o instrumento detalhado. | | |
| Nome da gestante/mãe (*): <input type="text"/> | Número do Prontuário da gestante/mãe: <input type="text"/> | |
| Tipo de documento (*): <input type="checkbox"/> Cartão SUS (preferencialmente) <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> Sem documento de identificação | Número do Cartão SUS, CPF ou RG (*): Obs.: se não tiver documento coloque 0 em todo o campo <input type="text"/> | |
| Data de Nascimento da gestante/mãe: Obs.: se não souber coloque a data 31/12/2015 <input type="text"/> | Idade da gestante/mãe (*): Obs.: se não tiver documento coloque 99 no campo. <input type="text"/> | |
| Raça/cor da gestante/mãe (*): <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Sem Informação | Dsei <input type="text"/> | |
| UF de residência da gestante/mãe (*): <input type="text"/> | Etnia <input type="text"/> | |
| Bairro: <input type="text"/> | Município de Residência (*): <input type="text"/> | |
| Logradouro (Rua, Avenida) (*): <input type="text"/> | CEP: <input type="text"/> | |
| Ponto de referência: <input type="text"/> | Número (*): <input type="text"/> | |
| DDD (*): <input type="text"/> | Número de contato (fixo ou celular) (*): <input type="text"/> | |

Identificação do nascido vivo

Campos exclusivos para registro de nascido vivo. Se gestante, selecione não se aplica (NA) para as questões abaixo.

Nome do recém-nascido ou lactente (*):

Obs.: se não nasceu ou não tiver nome, marcar opção ao lado (checkbox)

Sexo (*):

Obs: se não nasceu selecione "ignorado"

- Masculino
 Feminino
 Indeterminado
 Ignorado

Data de Nascimento (*):

Peso (em gramas)

Comprimento (em centímetros)

Número da declaração de nascido vivo

Gestação e Parto

Informações sobre a identificação da microcefalia durante a gestação ou no pós-parto.

Tipos de alteração congênita (*):

Obs.: É possível marcar mais de uma opção.

- Microcefalia apenas
 Microcefalia com alteração do SNC
 Microcefalia com outras alterações congênicas
 Alterações congênicas sem microcefalia
 Deficiência neurológica
 Deficiência auditiva
 Deficiência visual
 Ignorado

Quando foi detectada a alteração congênita (*):

- Intrauterino (na gestação)
 Pós-parto
 Não detectada microcefalia
 Ignorado

Idade gestacional na detecção da microcefalia (em semanas) (*):

Obs.: pode ser ainda na gestação ou momento do parto. Caso não tenha microcefalia digite "99"

Tipo de gravidez (*):

- Única
 Dupla
 Tripla ou mais
 Ignorado

Classificação do nascido vivo ou natimorto (*):

- Pré-termo (menor que 37 semanas de gestação)
 A termo (idade gestacional entre 37 e 41 semanas e 6 dias)
 Pós-termo (idade gestacional igual ou maior que 42 semanas)
 Não se aplica (ainda gestante)

Perímetro cefálico (PC) (em centímetros com uma casa decimal):

Registre o perímetro cefálico incluindo a decimal (exemplo: 31,5). Obs.: se não tiver a informação colocar 99,9.

Data de medição do PC (Perímetro Cefálico):

Circunferência Craniana (se detectado no intraútero) em centímetros incluindo a decimal (exemplo: 28,5)

Deixar em branco, caso não tenha realizado exame de imagem durante a gestação

Dados Clínicos e epidemiológicos da mãe/gestante

Informe abaixo se durante a gestação ou no pós-parto imediato a mãe cumpre as seguintes condições.

Data provável de Início de Sintomas:

Apresentou febre durante a gestação (*):

Obs.: especialmente nos primeiros meses de gestação.

- Sim
 Não
 Não sabe

Apresentou exantema durante a gestação, informe o primeiro período da ocorrência (*):

- Sim, no 1º trimestre
- Sim, no 2º trimestre
- Sim, no 3º trimestre
- Sim, mas não lembra a data ou período gestacional
- Não apresentou exantema
- Não sabe

Marque outros sinais/sintomas que apresentou durante a gestação:

Obs.: É possível marcar mais de uma opção.

- Prurido
- Hiperemia conjuntival (conjuntivite não purulenta)
- Dor em articulação
- Dor muscular
- Edema em articulações
- Cefaléia
- Hipertrofia ganglionar
- Acometimento neurológico

Realizou exame laboratorial para, pelo menos, um dos STORCH, na gestação ou pós-parto (*):

(Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes vírus). Obs.: se tiver realizado, informe os resultados nas Observações Gerais

- Sim
- Não
- Não sabe

Resultado de exames para

Sífilis (*):

- Reagente / Positivo
- Não reagente / Negativo
- Indetectável / Indeterminado
- Não realizado
- Ignorado

Resultado de exames para

Toxoplasmose (*):

- Reagente / Positivo
- Não reagente / Negativo
- Indetectável / Indeterminado
- Não realizado
- Ignorado

Histórico de infecção recente

por outros arbovírus (*):

- Dengue
- Chikungunya
- Dengue e Chikungunya
- Sem histórico de doença
- Não sabe
- Ignorado

Possui histórico de malformação congênita na família (*):

- Sim
- Não
- Não sabe
- Ignorado

Realizou exame para Citomegalovírus (*):

- Sim
- Não

Resultado do exame para Citomegalovírus (*):

- Reagente / Positivo
- Não reagente / Negativo
- Indetectável / Indeterminado
- Não realizado
- Ignorado

Realizou exame para Herpes Vírus (*):

- Sim
- Não

Resultado do exame de Herpes vírus (*):

- Reagente / Positivo
- Não reagente / Negativo
- Indetectável / Indeterminado
- Não realizado
- Ignorado

Resultado para Sorologia IgG para Zika Vírus (*):

- Reagente / Positivo
- Não reagente / Negativo
- Indetectável / Indeterminado
- Não realizado
- Ignorado

Resultado do teste rápido Sorologia IgG para Zika vírus (*):

- Reagente / Positivo
- Não reagente / Negativo
- Indetectável / Indeterminado
- Não realizado
- Ignorado

Resultado para Sorologia IgM para Zika Vírus (*):

- Reagente / Positivo
- Não reagente / Negativo
- Indetectável / Indeterminado
- Não realizado
- Ignorado

Resultado do teste rápido Sorologia IgM para Zika vírus (*):

- Reagente / Positivo
- Não reagente / Negativo
- Indetectável / Indeterminado
- Não realizado
- Ignorado

Resultado de PCR para Zika vírus (*):

- Reagente / Positivo
- Não reagente / Negativo
- Indetectável / Indeterminado
- Não realizado
- Ignorado

Dados Clínicos e epidemiológicos do recém-nascido

Realizou exame laboratorial para, pelo menos, um dos STORCH, na gestação ou pós-parto (*):

(Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes vírus). Obs.: se tiver realizado, informe os resultados nas Observações Gerais

- Sim
- Não
- Não sabe

Resultado de exames para Sífilis (*):

- Reagente / Positivo
- Não reagente / Negativo
- Indetectável / Indeterminado
- Não realizado
- Ignorado

Resultado de exames para Toxoplasmose (*):

- Reagente / Positivo
- Não reagente / Negativo
- Indetectável / Indeterminado
- Não realizado
- Ignorado

Resultado do exame para Citomegalovírus (*):

- Reagente / Positivo
- Não reagente / Negativo
- Indetectável / Indeterminado
- Não realizado
- Ignorado

Resultado do exame de Herpes vírus (*):

- Reagente / Positivo
- Não reagente / Negativo
- Indetectável / Indeterminado
- Não realizado
- Ignorado

Resultado para Sorologia IgG para Zika Vírus (*):

- Reagente / Positivo
- Não reagente / Negativo
- Indetectável / Indeterminado
- Não realizado
- Ignorado

Resultado do teste rápido Sorologia IgG para Zika vírus (*):

- Reagente / Positivo
- Não reagente / Negativo
- Indetectável / Indeterminado
- Não realizado
- Ignorado

Resultado para Sorologia IgM para Zika Vírus (*):

- Reagente / Positivo
- Não reagente / Negativo
- Indetectável / Indeterminado
- Não realizado
- Ignorado

Resultado do teste rápido Sorologia IgM para Zika vírus (*):

- Reagente / Positivo
- Não reagente / Negativo
- Indetectável / Indeterminado
- Não realizado
- Ignorado

Resultado de PCR para Zika vírus (*):

- Reagente / Positivo
- Não reagente / Negativo
- Indetectável / Indeterminado
- Não realizado
- Ignorado

Exames de Imagem

Dados da Ultrassonografia (na gestação) (*):

- Não realizado
- Realizado – resultado normal
- Realizado – resultado alterado, sugestivo de infecção congênita
- Realizado – resultado alterado, com outras alterações
- Realizado – resultado indeterminado
- Ignorado

Data da Ultrassonografia:

Descreva as demais informações relativas à Ultrassonografia:

Dados da Ultrassonografia Transfontanela (*):

- Não realizado
- Realizado – resultado normal
- Realizado – resultado alterado, sugestivo de infecção congênita
- Realizado – resultado alterado, com outras alterações
- Realizado – resultado indeterminado
- Ignorado

Data da Ultrassonografia Transfontanela:

Descreva as demais informações relativas à Ultrassonografia Transfontanela:

Dados da Tomografia Computadorizada (*):

- Não realizado
- Realizado – resultado normal
- Realizado – resultado alterado, sugestivo de infecção congênita
- Realizado – resultado alterado, com outras alterações
- Realizado – resultado indeterminado
- Ignorado

Data da Tomografia Computadorizada:

Descreva as demais informações relativas à Tomografia:

Dados da Ressonância Magnética (*):

- Não realizado
- Realizado – resultado normal
- Realizado – resultado alterado, sugestivo de infecção congênita
- Realizado – resultado alterado, com outras alterações
- Realizado – resultado indeterminado
- Ignorado

Data da Ressonância Magnética:

Descreva as demais informações relativas à Ressonância:

Local de ocorrência

Dados do estabelecimento de saúde.

Código do estabelecimento de saúde (CNES)

Obs.: se não souber, deixe em branco.

UF (*):

Município (*):

Estabelecimento de saúde (*):

Obs.: local de ocorrência do parto ou maternidade

Endereço do estabelecimento (logradouro e número) (*):

DDD:

Número de contato (fixo ou celular):

Observações

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.

Evolução

Óbito:

() Sim
() Não

Número da Declaração de Óbito:

Deixar em branco, caso ainda esteja na gestação:

Data de Óbito (*):

Óbito neonatal precoce:

() Sim
() Não

Notificador

Informe seus dados para que a equipe da vigilância em saúde possa entrar em contato com você.

Nome do notificador (*):

E-mail do notificador (*):

Telefone de contato do notificador (*):



Conte-nos o que pensa sobre esta publicação.
Clique aqui e responda a pesquisa.

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsm.sau.gov.br

DISQUE SAÚDE **136**



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

