



MANUAL DE OPERAÇÃO

REGISTRO DE EVENTOS EM
SAÚDE PÚBLICA - RESP-MICROCEFALIA
VERSÃO 2.0

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	3
1.1. PÚBLICO ALVO	3
2. INFRAESTRUTURA NECESSÁRIA PARA ACESSO AO RESP-MICROCEFALIA e BI-RESP	4
2.1. ACESSO À INTERNET	4
2.2. ESTAÇÃO DE TRABALHO	4
2.3. PROGRAMAS	4
2.4. NAVEGADOR	4
3. NOTIFICAÇÃO DOS CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS PARA SCZ	4
4. CADASTRO NO SCPA E SOLICITAÇÃO DE ACESSO AO RESP-MICROCEFALIA	15
5. EDIÇÃO E ENCERRAMENTO DE CASOS NO RESP-MICROCEFALIA	18
5.1. USUÁRIOS E GESTORES	18
6. GESTÃO DOS ACESSOS NO RESP-MICROCEFALIA	21
6.1. GESTORES	21
7. EXPORTAÇÃO DO BANCO DE DADOS DO RESP-MICROCEFALIA POR MEIO DO BI-RESP	23
8. PROTEÇÃO DOS DADOS	26
ANEXO 1 - FORMULÁRIO DO RESP-MICROCEFALIA PARA IMPRESSÃO.	27

1 INTRODUÇÃO

Em 11 de novembro de 2015, o Ministério da Saúde declarou, por meio da Portaria 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. Este 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 online nacional para o registro dos casos, denominado Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP-Microcefalia), disponível no link: resp.saude.gov.br/microcefalia#/painel. Atualmente, este conjunto de alterações é chamado de Síndrome Congênita associada à infecção pelo vírus Zika (SCZ). Desta 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 “Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional” (<https://bit.ly/2NlqR3m>) 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 destes casos.

O Ministério da Saúde mantém a vigilância ativa dos casos suspeitos desta doença, pois muito embora o período considerado de emergência (entre 2015 a 2017) tenha sido encerrado, novos casos de SCZ continuam ocorrendo no país. Neste sentido, os dados gerados pela vigilância devem auxiliar no desenho das prioridades de saúde pública para implementação de medidas de prevenção e controle eficazes, através 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 online 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, edição, classificação final e encerramento dos casos notificados; (4) orientar os usuários quanto à utilização do BI-RESP e plataformas TabNet e Tabwin para obtenção dos dados do RESP-Microcefalia.

1.1. PÚBLICO ALVO

Esse 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).

2 INFRAESTRUTURA NECESSÁRIA PARA ACESSO AO RESP-MICROCEFALIA e BI-RESP

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

2.1. 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.

2.2. ESTAÇÃO DE TRABALHO

Microcomputador com CPU Pentium IV 2 GHz ou superior.

Sistema Operacional Windows XP/Professional ou mais recente – 1 GB de memória.

2.3. PROGRAMAS

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

Adobe Reader.

Microsoft Office Excel.

2.4. NAVEGADOR

Internet Explorer – versão 8.0 ou superior

Mozilla Firefox – versão 20 ou superior

Google Chrome – versão 24 ou superior

3 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 “Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional”, disponível no endereço eletrônico: <https://bit.ly/2NIqR3m>.

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.saude.gov.br/microcefalia#/painel (Figura 1). O Anexo 1 representa 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.

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

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

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

- **Data da notificação** (campo obrigatório): preencher a data do registro do caso no formulário eletrônico. Obs.: Permite o registro de casos a partir de 01/01/2015.

- **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).

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: *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	-- Selecione --
Número do Cartão SUS, CPF ou RG: *	Data de Nascimento da gestante/mãe:	Idade da gestante/mãe: *
Obs.: se não tiver documento coloque 0 em todo o campo <input type="text"/>	Obs.: se não souber coloque a data 31/12/2015 <input type="text"/>	Obs.: se não tiver documento coloque 99 em todo o campo. <input type="text"/>
Raça/cor da gestante/mãe: *	Dsei:	Etnia
-- Selecione --	-- Selecione --	-- Selecione --
UF de residência da gestante/mãe: *	Município de Residência da gestante/mãe: *	Bairro:
-- Selecione --	-- Selecione --	<input type="text"/>
CEP:	Logradouro (Rua, Avenida): *	Número: *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ponto de referência:	DDD: *	Número de contato (fixo ou celular): *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

- **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 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 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 abaixo)

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

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

Figura 4. Bloco 2 – Dado de identificação do nascido vivo.

- **Nome do recém-nascido ou lactente** (campo obrigatório): preencher com o nome completo do recém-nascido (RN) ou da 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).

O formulário, intitulado "Gestação e Parto", contém os seguintes campos:

- Tipos de alteração congênita:** Menu suspenso com a opção "-- Selecione --".
- Quando foi detectada a alteração congênita:** Menu suspenso com a opção "-- Selecione --".
- Idade gestacional na detecção da microcefalia (em semanas):** Campo de texto com o texto "Obs.: pode ser ainda na gestação ou momento do parto. Caso não tenha microcefalia digite '99'".
- Tipo de gravidez:** Menu suspenso com a opção "-- Selecione --".
- Classificação do nascido vivo ou natimorto:** Menu suspenso com a opção "-- Selecione --".
- Perímetro cefálico (PC) (em centímetros com uma casa decimal):** Campo de texto com o texto "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):** Campo de data com o formato " / /".
- Circunferência Craniana (se detectado no intraútero) em centímetros incluindo a decimal (exemplo: 28,9):** Campo de texto com o texto "Deixar em branco, caso não tenha realizado exame de imagem durante a gestação".

Figura 5. Bloco 3 – Gestação e Parto.

- **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 (Perímetro Cefálico):** 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 abaixo 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).

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.
-- Selecione --

Apresentou exantema durante a gestação, informe o primeiro período da ocorrência: * -- Selecione --
Marque outros sinais/sintomas que apresentou durante a gestação: -- Selecione --

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.
-- Selecione --

Resultado de exames para Sífilis: * -- Selecione --
Resultado de exames para Toxoplasmose: * -- Selecione --
Histórico de infecção recente por outros arbovírus: * -- Selecione --

Possui histórico de malformação congênita na família: * -- Selecione --

Realizou exame para Citomegalovírus: * -- Selecione --
Resultado do exame para Citomegalovírus: * -- Selecione --

Realizou exame para Herpes Vírus: * -- Selecione --
Resultado do exame de Herpes vírus: * -- Selecione --

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

Resultado para Sorologia IgM para Zika Vírus: * -- Selecione --
Resultado do teste rápido Sorologia IgM para Zika vírus: * -- Selecione --
Resultado de PCR para Zika vírus: * -- Selecione --

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

- **Data provável de início de sintomas:** preencher a data em que iniciaram os sintomas relacionados abaixo, 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 1 trimestre; Sim, no 2 trimestre; Sim, no 3 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 (selecione 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, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, e Herpes vírus. Se tiver realizado o exame, informe os resultados no

bloco “Observações”, encontrado abaixo 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 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 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 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 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 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).

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

-- Seleccione --

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- **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, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus e Herpes vírus. Se tiver realizado o exame, informe os resultados no bloco “Observações”, encontrado abaixo no formulário.

Selecionar entre Reagente/Positivo; Não reagente/Negativo; Indetectável/Indeterminado; Não realizado; Ignorado para os exames abaixo listados (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.

- **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).

- **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.

Local de ocorrência
Dados do estabelecimento de saúde.

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

UF: * -- Selecione --
Município: * -- Selecione --

Estabelecimento de saúde: *
Obs.: local de ocorrência do parto ou maternidade.

Endereço do estabelecimento (logradouro e número): *
DDD:
Número de contato (fixo ou celular):

Figura 9. Bloco 7 – Local de ocorrência.

BLOCO 8 – OBSERVAÇÕES

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

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

Figura 10. Bloco 8 – Observações.

- Registrar informações, como: sintomatologia inespecífica, relatos de familiares e da gestante/mãe, prontuário médico, relato de profissionais da assistência, resultado dos exames laboratoriais realizados (Ex: 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).

Evolução

Óbito: Não

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

Data de Óbito

Óbito neonatal precoce

Figura 11. Bloco 9 – Evolução.

- 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).

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 (fixo ou celular):*

g3ll

c

Salvar

Figura 12. Bloco 10 – Notificador.

- **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.

4 CADASTRO NO SCPA E SOLICITAÇÃO DE ACESSO AO RESP-MICROCEFALIA

Para visualização e edição de casos notificados através 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.

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 e estaduais.

*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, o mesmo deve fazer uma solicitação através 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.

4.1. NOVOS USUÁRIOS SEM CADASTRO NO SCPA

Caso o usuário não tenha cadastro no SCPA, será necessário acessar o seguinte endereço eletrônico: <https://scpa.saude.gov.br/usuario/novo>. Após preenchimento e validação dos dados pessoais nas etapas 1 – Dados Pessoais, 2 – Validar Dados e 3 – Complementar Dados do cadastro no SCPA, solicite acesso ao RESP-Microcefalia na etapa 4 – Solicitar Acesso (Figura 13).

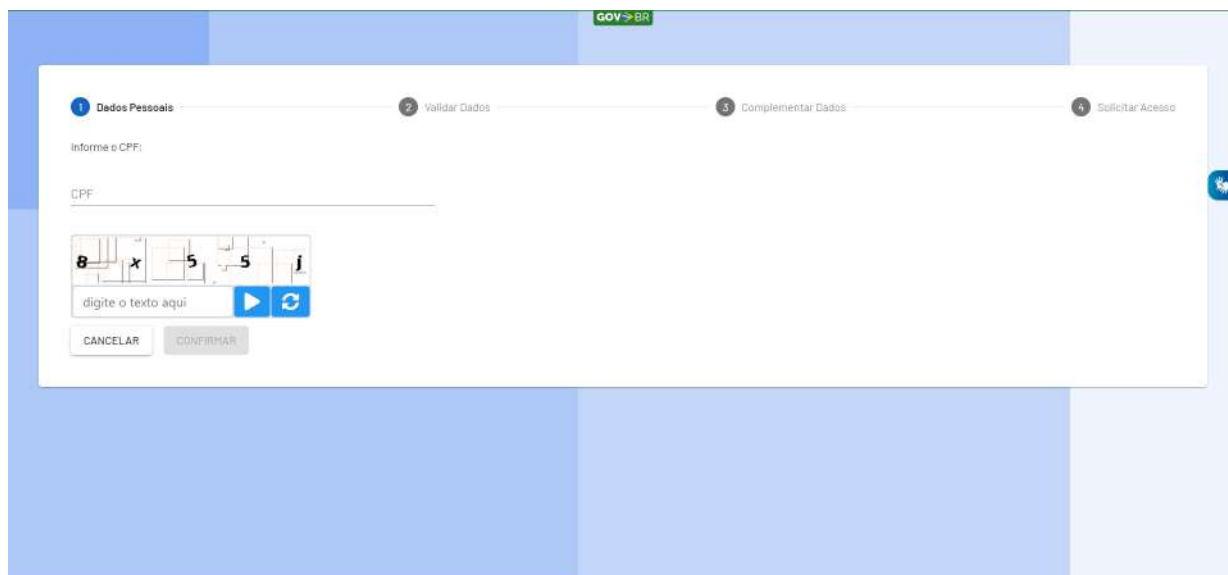


Figura 13. Cadastro no SCPA.

Posteriormente, o usuário deve seguir os seguintes passos para a solicitação de acesso ao RESP (Figura 14):

- 1 - Digite "RESP" no campo "Filtrar" (destacado em vermelho na Figura 14).
- 2 - Selecione o sistema "RESP" mostrado abaixo do campo de filtragem.
- 3 - Após selecionar o sistema "RESP", selecione o tipo de perfil de acesso que deseja, descreva brevemente o porquê da solicitação e solicite acesso.

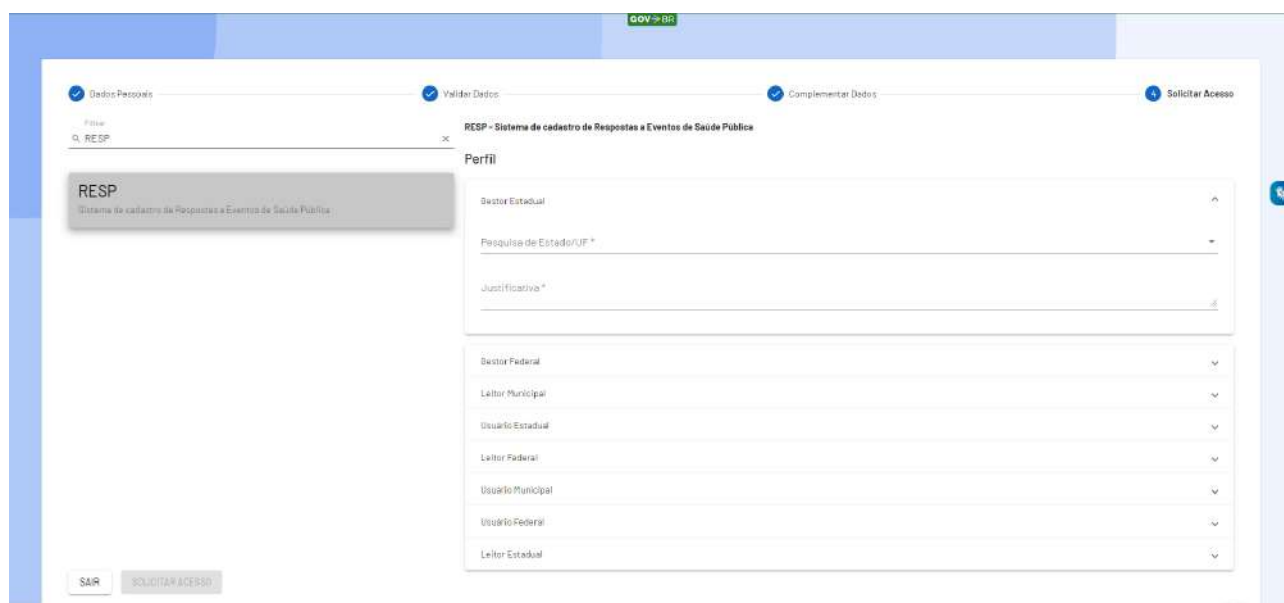


Figura 14. Solicitação de acesso ao RESP-Microcefalia por meio do SCPA.

4.2. USUÁRIOS COM CADASTRO NO SCPA QUE PRECISEM MUDAR DE PERFIL 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, através 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.

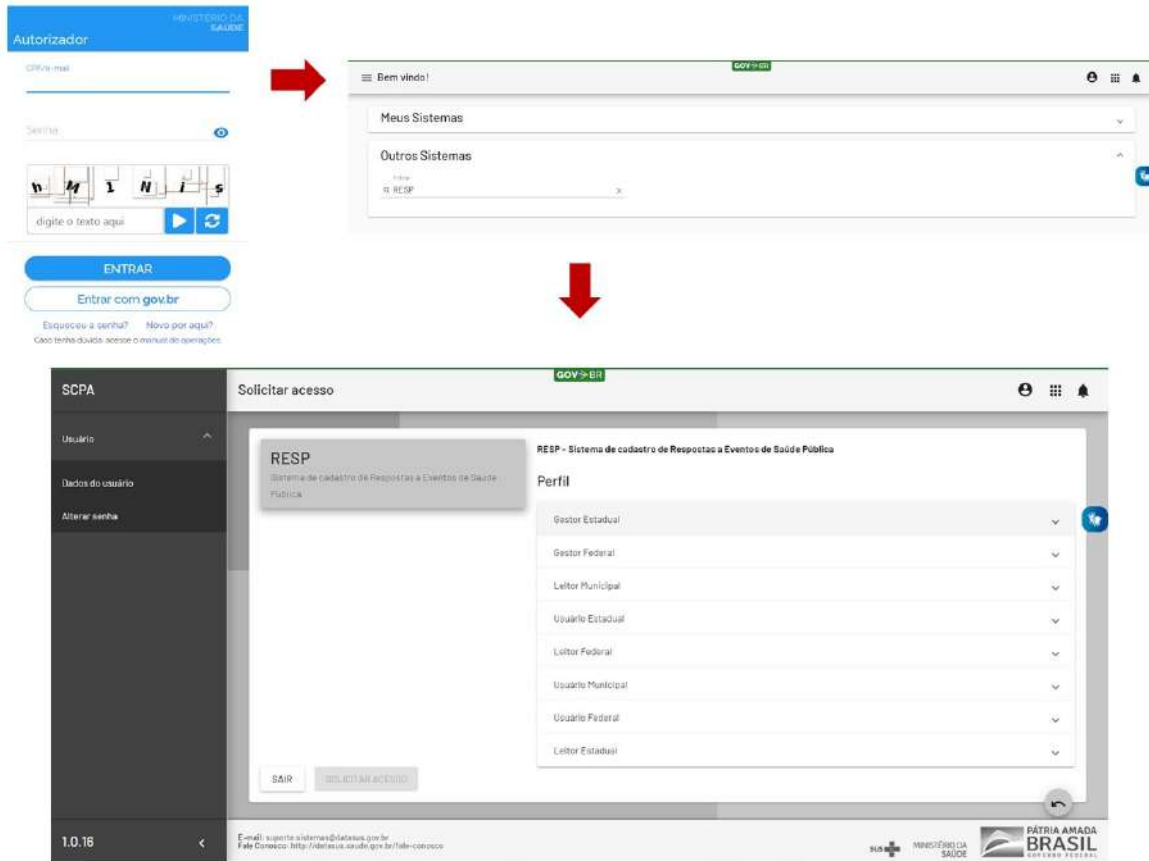


Figura 15. Solicitação de acesso ao RESP para usuários já cadastrados no SCPA.

5 EDIÇÃO E ENCERRAMENTO DE CASOS NO RESP-MICROCEFALIA

5.1. USUÁRIOS E GESTORES:

A visualização, edição e 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: www.resp.saude.gov.br/microcefalia#/login (Figura 16).

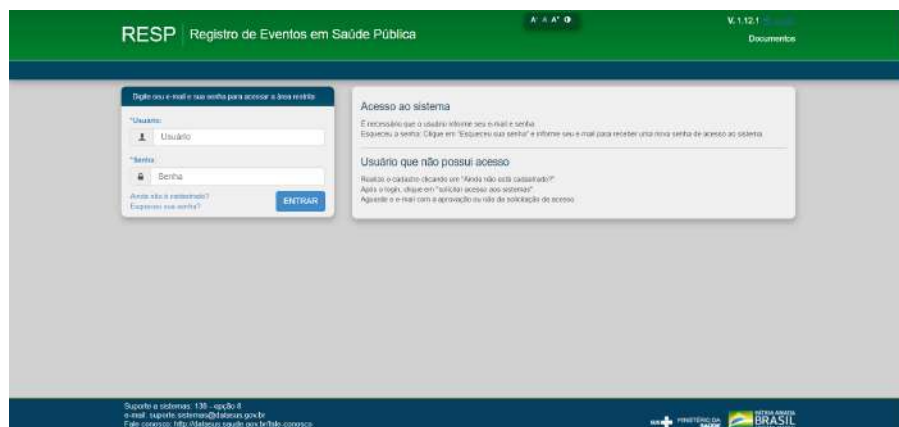


Figura 16. Tela de login no RESP-Microcefalia.

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, localização geográfica, número

da notificação, critério de confirmação, nome da gestante/mãe, nome do recém-nascido, classificação final ou status do caso, caso deseje. Após a seleção dos filtros desejados, o usuário deve clicar em “Pesquisar” (Figura 17).

The screenshot shows the 'Manter Casos de microcefalia' (Maintain Microcephaly Cases) interface. It features a search form with the following fields:


- Estabelecimento de saúde: [Text input]
- Município: [Dropdown menu: -- Selezione --]
- Critério de confirmação: [Dropdown menu: -- Selezione --]
- Classificação Final: [Dropdown menu: -- Selezione --]
- UF: [Dropdown menu: -- Selezione --]
- Número da ficha: [Text input]
- Nome da gestante/mãe: [Text input]
- Status do caso: [Dropdown menu: -- Selezione --]
- Notificação de: [Dropdown menu: -- Selezione --]
- Nome do recém nascido: [Text input]


A 'Pesquisar' (Search) button is located at the bottom right of the form. The page header includes 'RESP Registro de Eventos em Saúde Pública', version 'V. 1.12.1', and a 'Sair' (Logout) link. The footer contains support information and logos for 'PRATICA DE SAÚDE' and 'FÉTERA AMADA BRASIL'.


Figura 17. Consulta de casos no RESP-Microcefalia.

A partir desta 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).

Número da ficha	UF	Município	Nome da gestante/mãe	Nome do recém nascido	Notificação	Classificação	Status	Ações
					2 - Recém Nascido	1 - Confirmado	ATIVO	  
					2 - Recém Nascido	1 - Confirmado	ATIVO	  
					2 - Recém Nascido	1 - Confirmado	ATIVO	  
					2 - Recém Nascido	1 - Confirmado	ATIVO	  
					2 - Recém Nascido	2 - Provável	ATIVO	  
					2 - Recém Nascido	2 - Provável	ATIVO	  
					2 - Recém Nascido	3 - Descartado	ATIVO	  
					2 - Recém Nascido	3 - Descartado	INATIVO	 
					2 - Recém Nascido	5 - Sem Classificação	INATIVO	 
					2 - Recém Nascido	5 - Sem Classificação	INATIVO	 

Exibindo de 1 a 10 de 1271

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

5.1.1. 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. Estes 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).



Gestão de dados		
Classificação Final: *	Etiologia:	Critério de confirmação:
1 - Confirmado	Vírus Zika	1 selecionado(s)
Sistema de informação que foram registrados:	Dados registrados no informe Nacional:	
1 selecionado(s)	Sim	

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

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”.

6 GESTÃO DOS ACESSOS NO RESP-MICROCEFALIA

6.1. GESTORES:

A autorização das solicitações de acesso ao RESP-Microcefalia se dá através da página do SCPA – Sistema, no endereço eletrônico scpaweb-sistema.saude.gov.br/datasus-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 – Sistema (Figura 20).

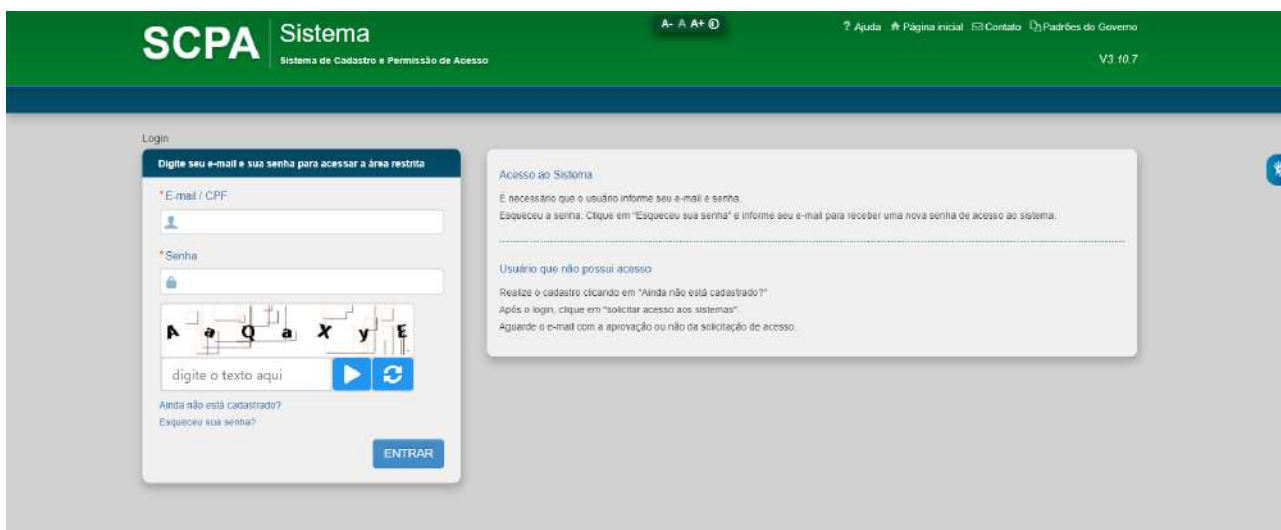


Figura 20. Tela de acesso ao SCPA–Sistema.

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

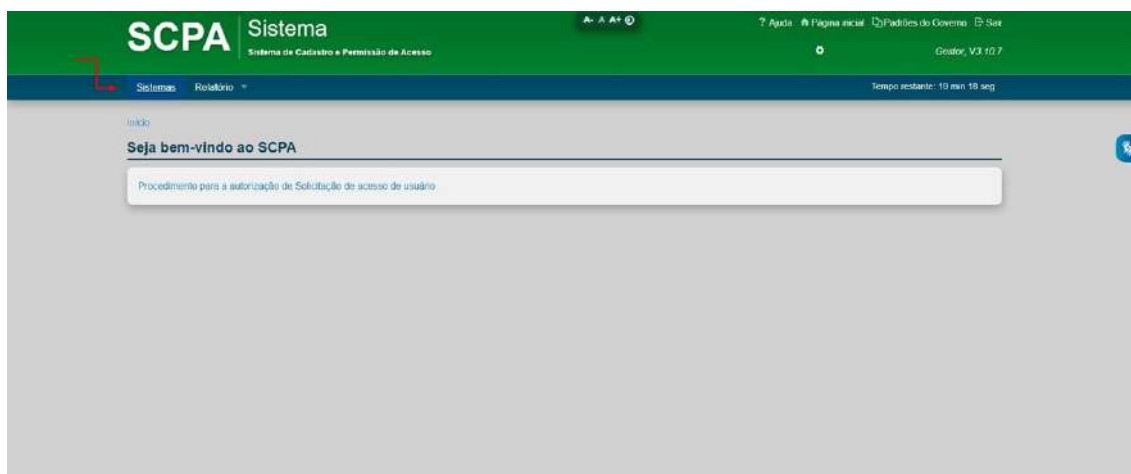


Figura 21. Tela inicial do SCPA- Sistema.


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.

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”.

Sistema

Sigla: RESP Sistema: Sistema de cadastro de Respostas a Eventos de Saúde Pública

Pesquisa

Nome do Usuário: CPF:

E-mail: Número Cartão Nacional de Saúde:

Perfil: Esferas:

Descrição da Esfera: Participação:

Mostrar: 10

<input type="checkbox"/>	Nome	Participação	Perfil	Esfera	Descrição da Esfera	Opções
<input type="checkbox"/>		Sim	Usuário Estadual	Esfera Estadual	PR - PARANA/	<input type="button" value="✎"/> <input type="button" value="✖"/>
<input type="checkbox"/>		Não	Usuário Estadual	Esfera Estadual	MG - MINAS GERAIS/	<input type="button" value="✎"/> <input type="button" value="✖"/>

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

O gestor deve verificar todas as solicitações de acesso pendentes e aceitá-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).

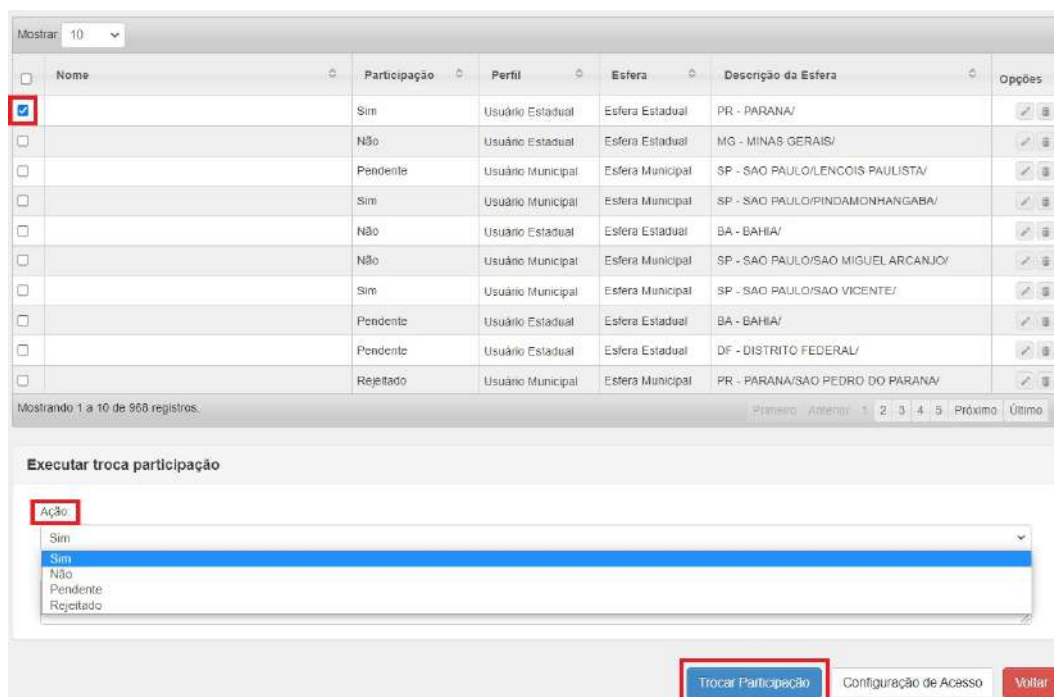


Figura 24. Gestão do acesso dos usuários ao RESP-Microcefalia.

7 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, através 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 através 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.

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



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

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)”.

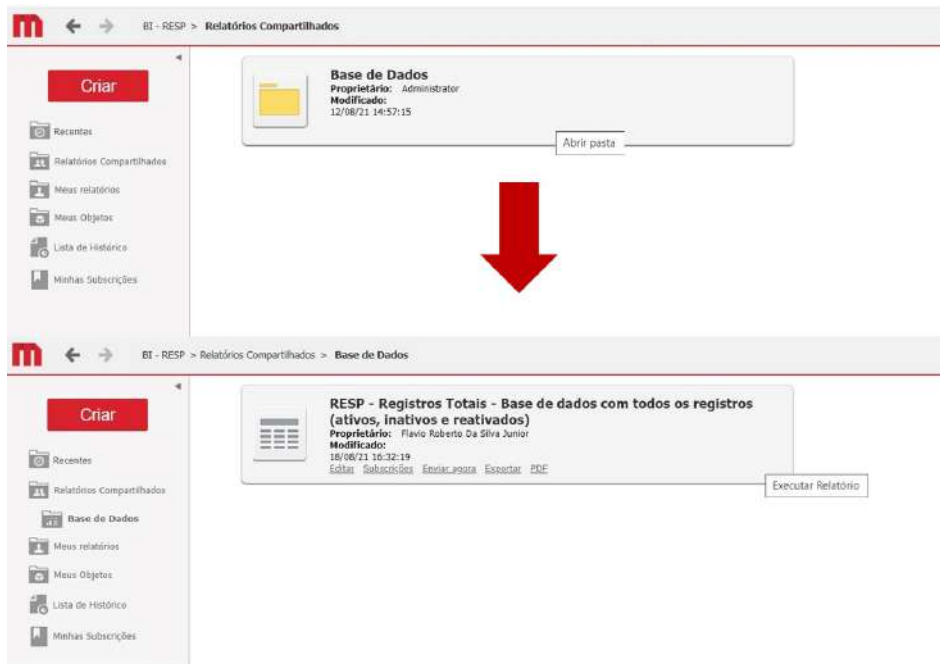


Figura 27. Pasta “Base de Dados” e pasta “RESP – Registros totais – Base de dados com todos os registros (ativos, inativos e reativados)”

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).

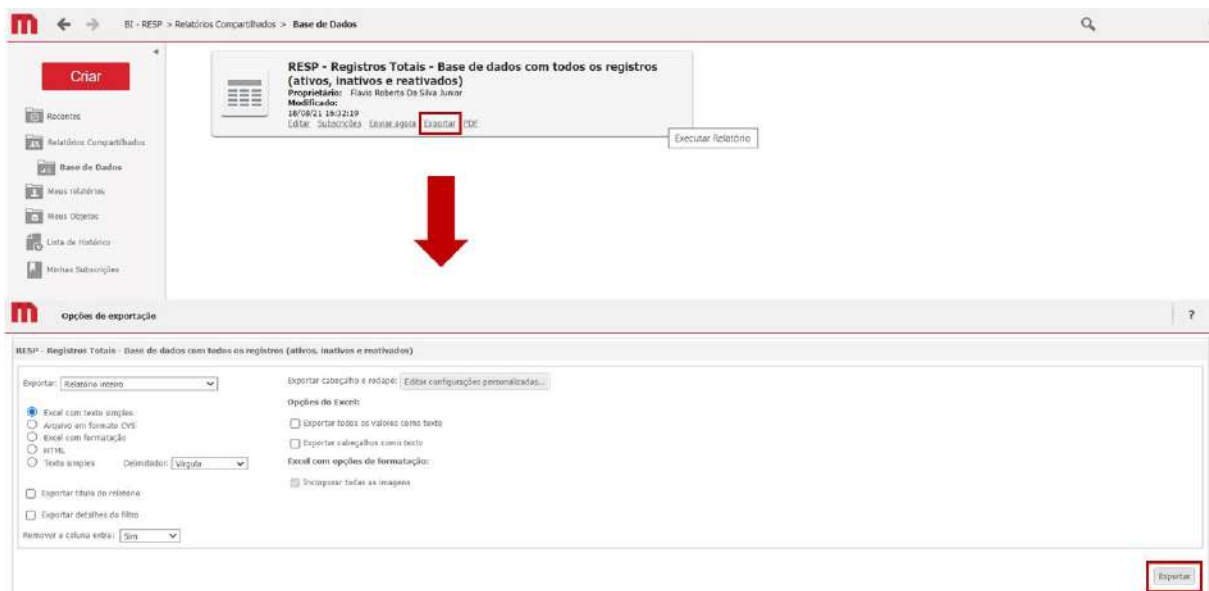


Figura 28. Exportação do banco de dados do RESP-Microcefalia.

8 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. Neste sentido, é importante ressaltar sua responsabilidade, com base no que trata a Lei nº 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 1 - Formulário do RESP-Microcefalia para impressão.

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 (*):

- 1. Criança
- 2. Recém Nascido
- 3. Óbito Fetal / Natimorto
- 4. Aborto Espontâneo
- 5. Feto Suspeito
- 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 (*):

Número do Prontuário da gestante/mãe:

Tipo de documento (*):

- Cartão SUS (preferencialmente)
- CPF
- RG
- Sem documento de identificação

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 no campo.

Raça/cor da gestante/mãe (*):

- Branca
- Preta
- Amarela
- Parda
- Indígena
- Sem Informação

Dsei

Etnia

UF de residência da gestante/mãe (*):

Município de Residência (*):

Bairro:

CEP:

Logradouro (Rua, Avenida) (*):

Número (*):

Ponto de referência:

DDD (*):

Número de contato (fixo ou celular) (*):

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 congênitas
 Alterações congênitas 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 (*):

ELABORAÇÃO E REVISÃO TÉCNICA:

Ana Cláudia Medeiros-de-Souza, Augusto César Cardoso-dos-Santos, Giovanni Vinícius Araújo de França, João Matheus Bremm, Julia do Amaral Gomes, Marli Souza Rocha, Ruanna Sandrelly de Miranda Alves, Valdelaine Etelvina Miranda de Araujo

DIAGRAMAÇÃO E NORMALIZAÇÃO:

Eduardo Caixeta Albuquerque

CONTATO:

CGIAE/DASNT/SVS/MS

anomaliascongenitas@saude.gov.br

(61) 3315-7704 / 7716 / 7708