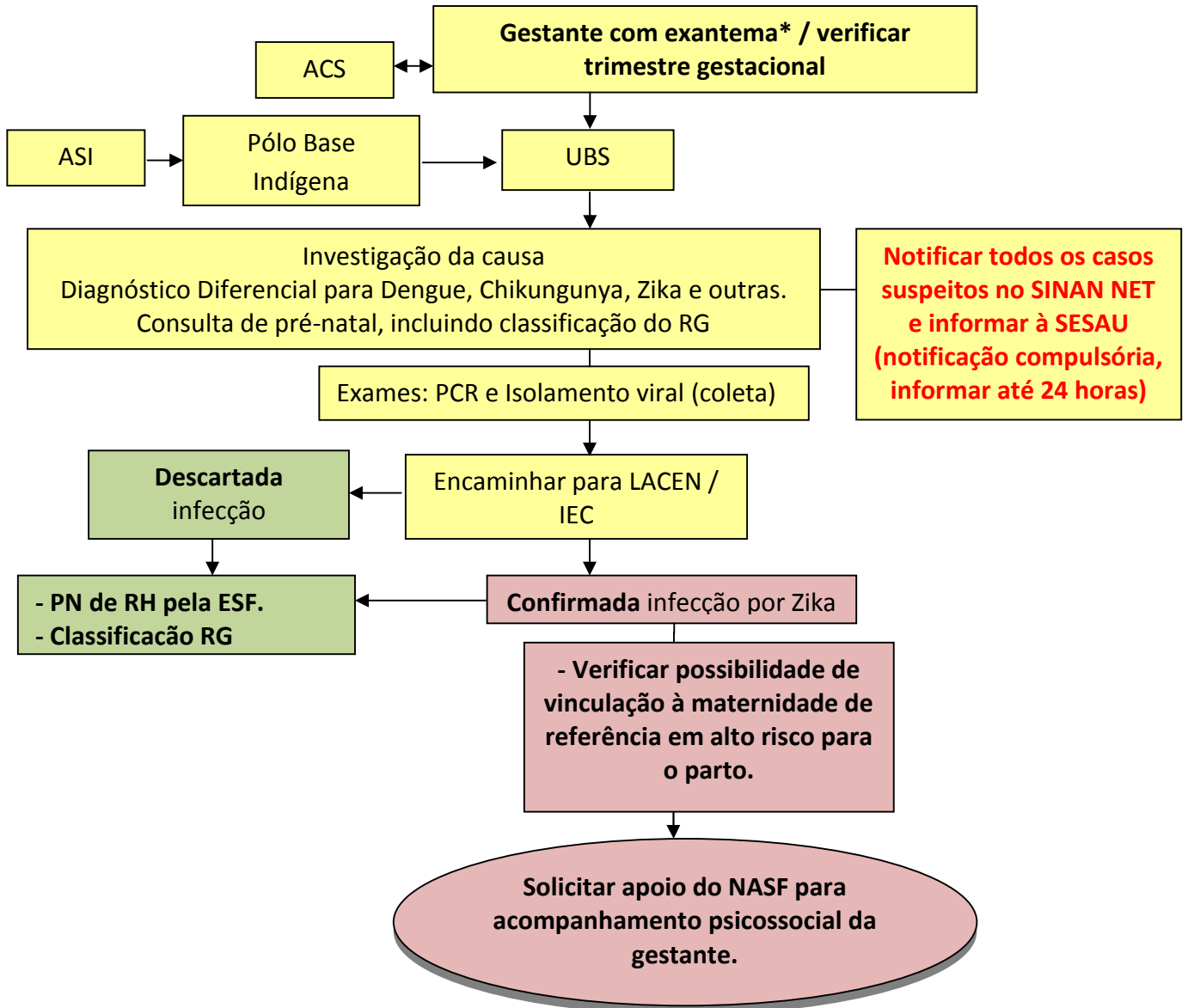


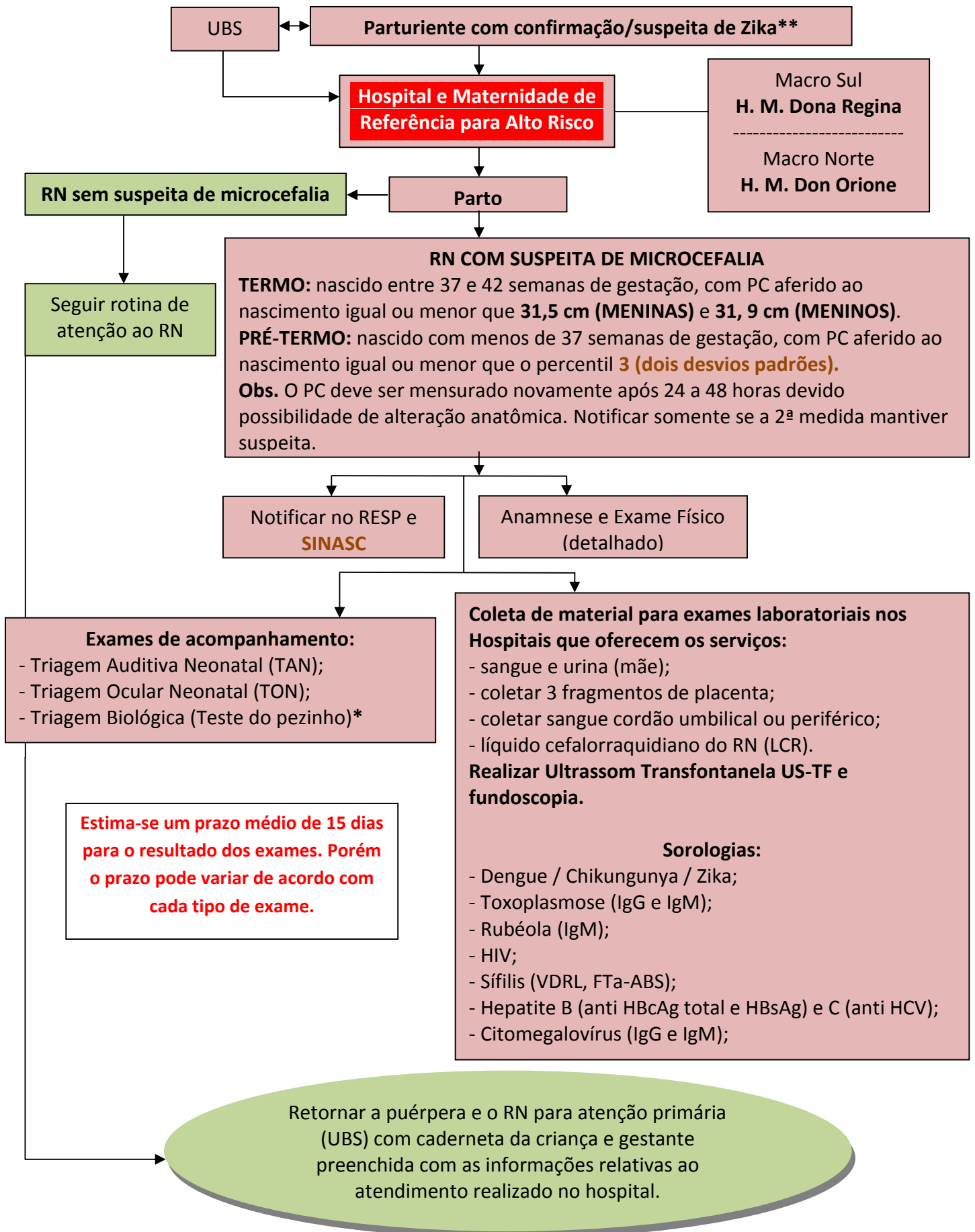
FLUXOGRAMA 1 – Diagnóstico e acompanhamento de zika na gestação



*Gestante com exantema

- ✓ No 1º trimestre de gestação: seguir o fluxo de investigação para em tempo oportuno ser feito o diagnóstico de Zika.
- ✓ No 2º ou 3º trimestre de gestação: seguir o fluxo de investigação e diagnóstico, vincular ao Hospital Maternidade de Referência para Alto Risco para a realização do parto, visto que o diagnóstico pode não ser feito em tempo oportuno (média de 90 dias).

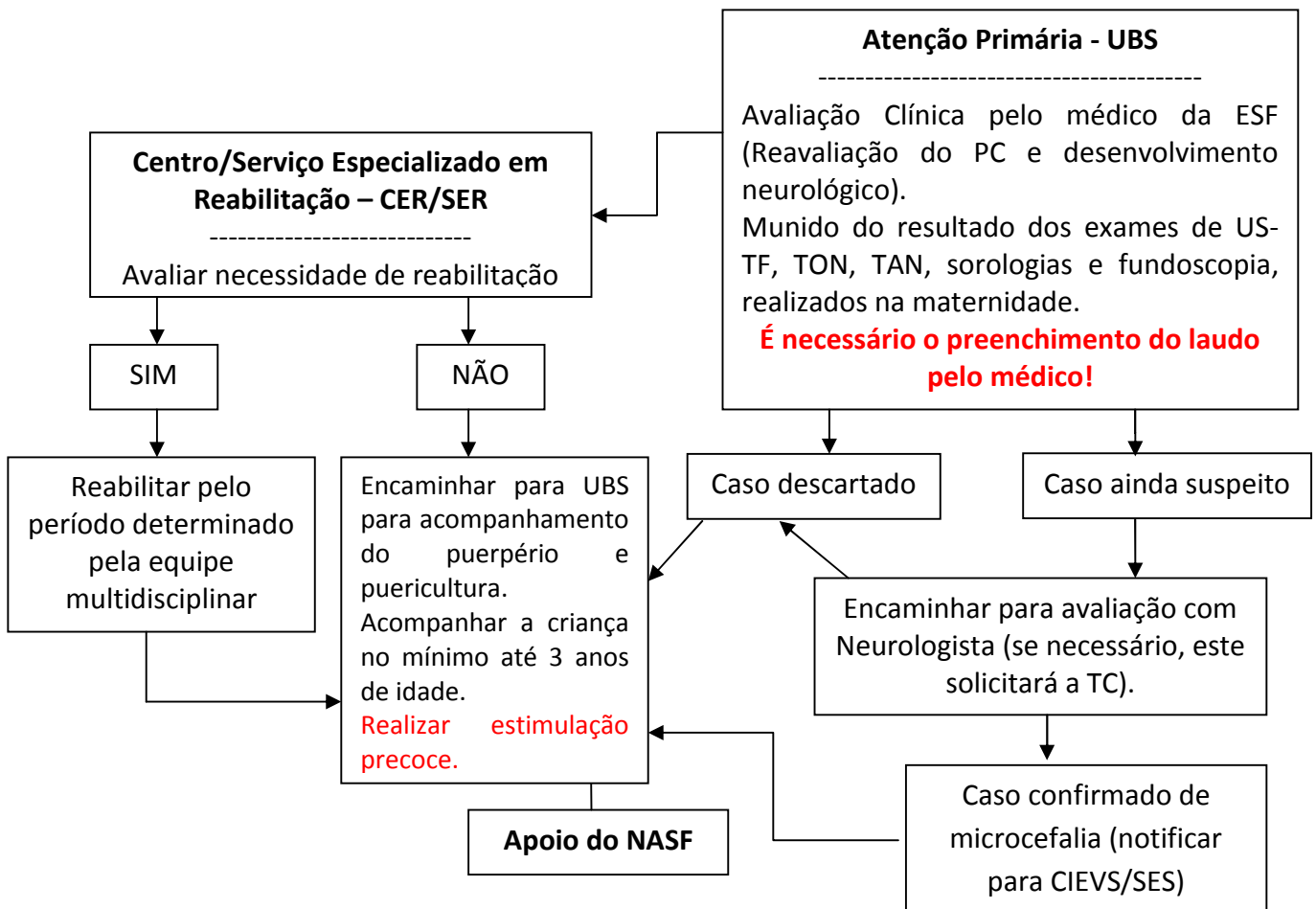
FLUXOGRAMA 2 – Diagnóstico e Acompanhamento do RN com suspeita de microcefalia



* Conforme Caderno de Atenção Básica nº 33, o teste do pezinho deve ser realizado entre o 3º e 7º dia.

** Verificar trimestre gestacional no quadro do fluxo 1 (anterior).

FLUXOGRAMA 2.1 Diagnóstico e Acompanhamento do RN com suspeita de microcefalia

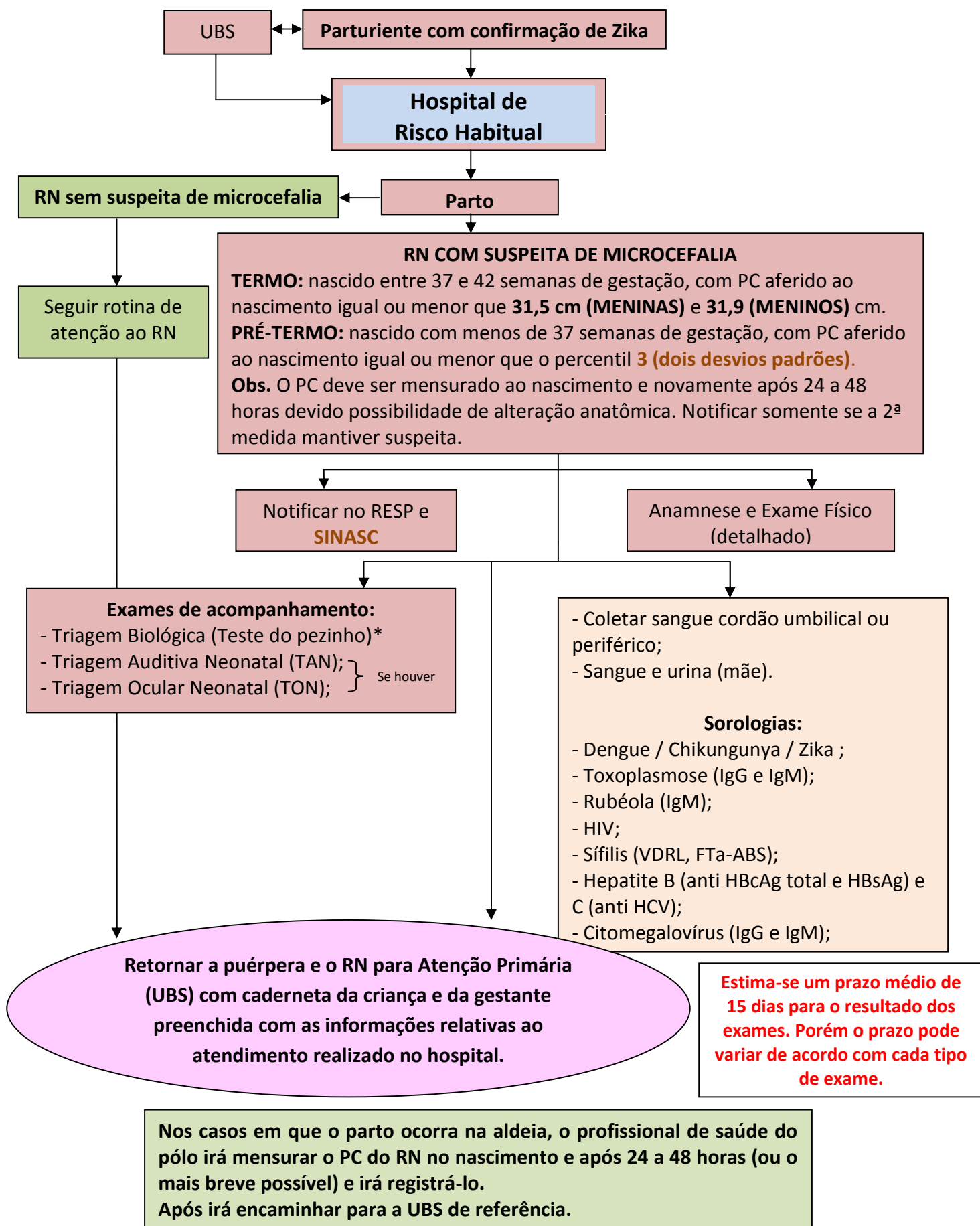


REALIZAR CONTRA-REFERÊNCIA!

PÓLOS DO CER/SER	
SER - Araguaína	3411-2938
CER II - APAE Colinas	3476-1471
SER - Porto Nacional	3363-8443/8441
CER II Palmas	3218-1750/1701

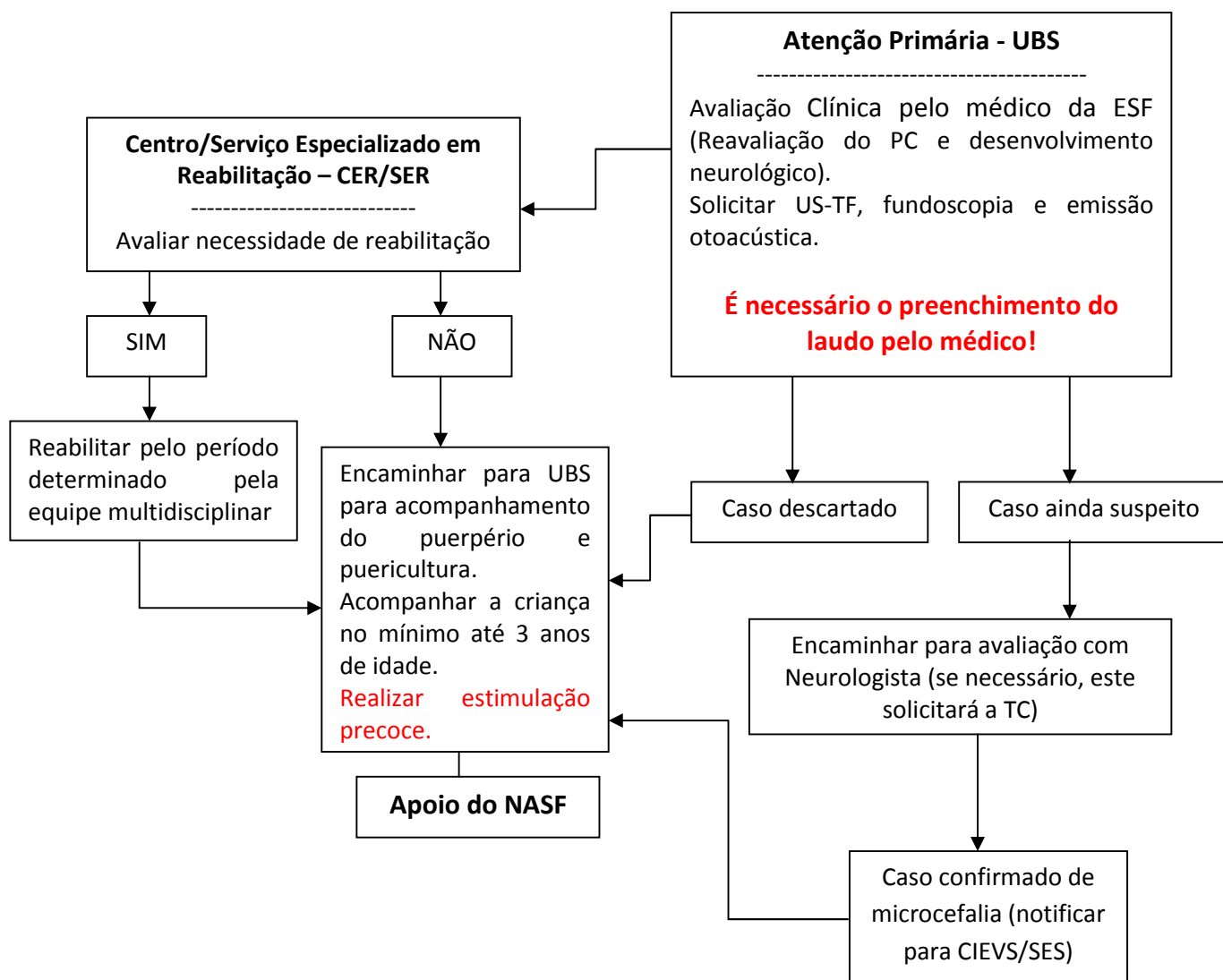
Nota: É de responsabilidade do município o transporte da puérpera e do RN/Criança para o ambulatório e CER.

FLUXOGRAMA 3 – Diagnóstico e Acompanhamento do RN com suspeita de microcefalia



* Conforme Caderno de Atenção Básica nº 33, o teste do pezinho deve ser realizado entre o 3º e 7º dia.

FLUXOGRAMA 3.1 – Diagnóstico e Acompanhamento do RN com suspeita de microcefalia



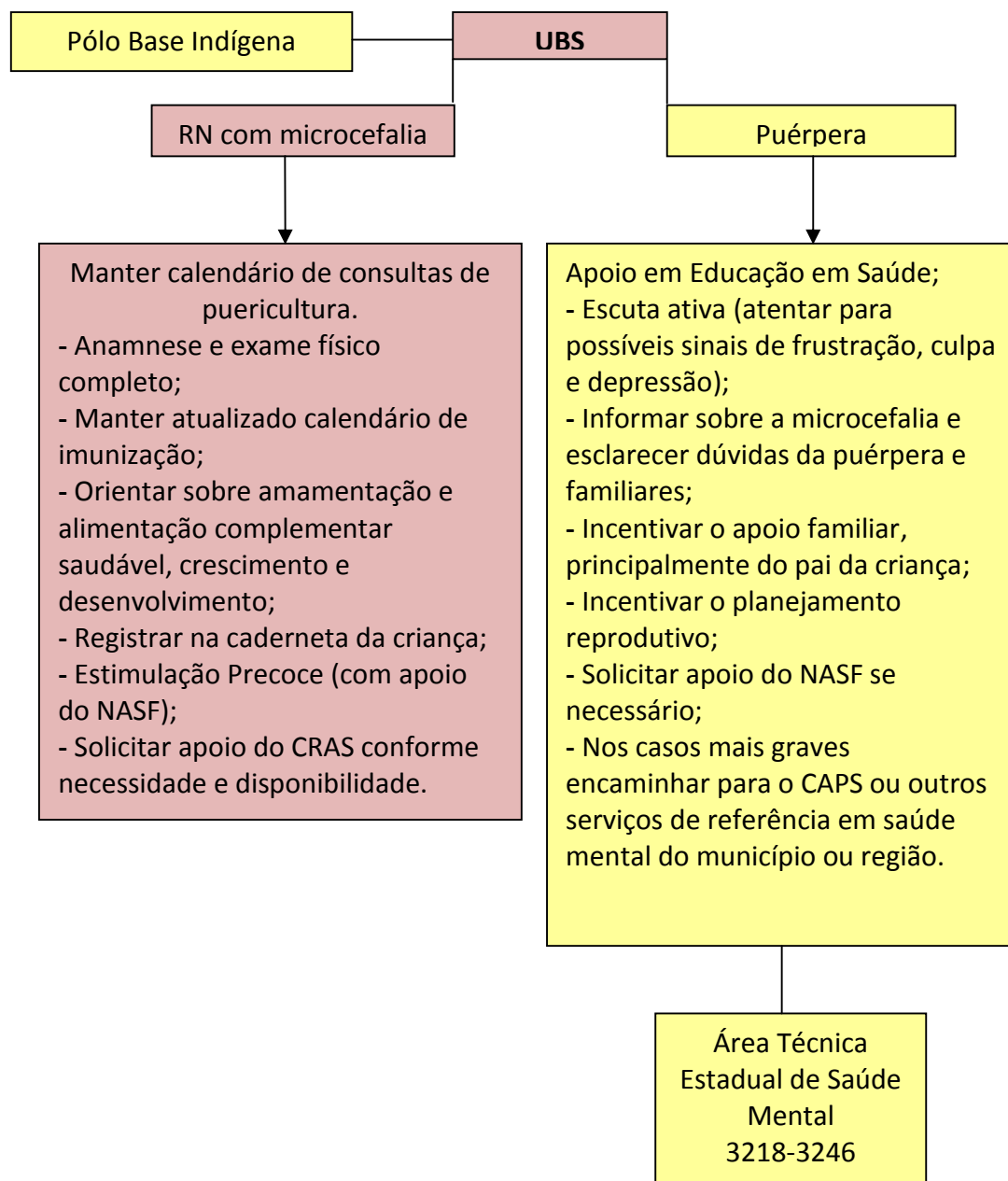
REALIZAR CONTRA-REFERÊNCIA!

PÓLOS DO CER/SER

SER - Araguaína	3411-2938
CER II - APAE Colinas	3476-1471
SER - Porto Nacional	3363-8443/8441
CER II Palmas	3218-1750/1701

Nota: É de responsabilidade do município o transporte da puérpera e do RN para o ambulatório e CER.

FLUXOGRAMA 4 – Acompanhamento do RN com microcefalia e da puérpera na UBS



Nota: É de responsabilidade do (a) Coordenador (a) da Atenção Básica o acompanhamento das crianças e envio de relatório para área técnica estadual de saúde da criança da SESAU.

FLUXOGRAMA 5 – REQUERIMENTO DE BPC PARA CRIANÇAS COM MICROCEFALIA NO INSS

Quais critérios para solicitar BPC?

- Diagnóstico confirmado e laudo médico da criança com microcefalia;
- Renda por pessoa do grupo familiar menor que $\frac{1}{4}$ do salário-mínimo;
- Documentos originais da criança como RG e CPF;
- Documentos originais do grupo familiar: RG, CPF, Carteira de Trabalho; Certidão de Casamento (se alguém for casado), Certidão de Nascimento, Comprovante de Renda (se tiver) e comprovante de endereço.

ETAPAS PARA REQUERIMENTO DE BPC

- 1)** Orientar o responsável pela criança a procura o Serviço Social do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) mais próximo de sua residência.
- 2)** Após preenchimento de Formulários Específicos do INSS para o requerimento o benefício será agendado por intermédio de ligação telefônica no 135, no site da previdência (www.previdencia.gov.br) ou na Agência da Previdência Social (INSS) mais próximo da residência. Deverá ser agendado na opção: Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência – Microcefalia.
- 3)** No dia e hora marcada o responsável e a criança devem comparecer no INSS para dar início ao processo de reconhecimento de direito entregando toda a documentação (documentos pessoais e formulários) para os Servidores Técnicos no balcão de atendimento.
- 4)** Após receber a documentação o Técnico do INSS providenciará o agendamento da Avaliação Social com a (o) Assistente Social e o agendamento da Perícia Médica com Médico (a) Perito.
- 5)** No dia e hora marcado o responsável e a criança devem comparecer para o atendimento da Avaliação Social e Perícia Médica. Para esses atendimentos **são indispensáveis os documentos pessoais RG e CPF do responsável e da criança, e laudo médico. Caso tenha exames e receitas médicas atuais poderá apresentar também.**
- 6)** Após 03 dias da realização da Perícia Médica, caso o Responsável não esteja pendente com documentação à ser entregue poderá solicitar o resultado do seu requerimento no CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), no telefone 135, ou no site da Previdência (www.previdencia.gov.br).
- 7)** Caso o Benefício seja concedido (deferido) o Responsável pela criança deverá ligar no telefone 135 para solicitar dados bancários e data de recebimento.
- 8)** Caso o Benefício seja negado (indeferido), o Responsável pela criança tem direito a protocolar Recurso contra a decisão em 30 dias, para isso deverá ligar no 135 e agendar horário para Recurso na Agência do INSS em que deu entrada no requerimento.

Importante:

- Organize toda a documentação necessária antes de dar início ao agendamento;
- Caso não possa comparecer no agendamento realize o reagendamento antes da data marcada, evitando transtornos como a perda da vaga e demora no próximo agendamento.

NOTA EXPLICATIVA

Ambulatórios de neurologia:

- **Palmas:** Referência para todas as regiões de saúde do estado do Tocantins. O Município solicitante deverá solicitar a consulta com o neurologista via Regulação Estadual (SISREG).

Centro/Serviço Especializado em Reabilitação:

- **SER de Araguaína:** Referência para os municípios da região de saúde do Bico do Papagaio e do Médio Norte Araguaia. O município solicitante deverá solicitar avaliação com ortopedista no SER Araguaína via Regulação Estadual – Araguaína.
- **SER de Porto Nacional:** Referência para os municípios da região de saúde do Amor Perfeito e Sudeste. O município solicitante deverá solicitar avaliação com ortopedista no SER Porto Nacional via Regulação Estadual – Palmas.
- **CER II Apae Colinas:** Referência para os municípios da região de saúde do Cerrado do Tocantins. O município solicitante deverá solicitar avaliação com neurologista ou psiquiatra no CER II Apae Colinas via Regulação Estadual – Araguaína.
- **CER II Palmas:** Referência para os municípios da região de saúde do Capim Dourado, Cantão e Ilha do Bananal. O município solicitante deverá solicitar avaliação com neurologista no CER II Palmas via Regulação Estadual – Palmas.

Exame Emissão Otoacústica:

- **CER II Apae Colinas:** Referência para os municípios da região de saúde do Cerrado do Tocantins, Médio Norte Araguaia e Bico do Papagaio. O município solicitante deverá entrar em contato no número 8501-0354 (OI), 8141-7417 (TIM), 9996-0206 (Vivo), 9285-2329 (claro) e agendar.
- **CER II Palmas:** Referência para os municípios da região de saúde do Capim Dourado, Cantão, Sudeste e Ilha do Bananal. O município solicitante deverá solicitar avaliação com otorrinolaringologista no CER II Palmas via Regulação Estadual – Palmas.

Exame Fundoscopia:

- **Augustinópolis:** Referência para os municípios do Bico do Papagaio, Médio Norte Araguaia e Cerrado do Tocantins. O município solicitante deverá entrar em contato no número (63) 9957-9346 e agendar.
- **Palmas:** Referência para os municípios da região de saúde do Capim Dourado, Cantão, Sudeste e Ilha do Bananal. O município solicitante deverá entrar em contato no número (63) 3218-7700 e agenda. É necessário estar com o documento de liberação do exame fornecido no Hospital e Maternidade Dona Regina.

Exame Ultrassom Transfontanela:

- **Palmas:** Referência para todas as regiões de saúde do estado do Tocantins. O município solicitante deverá entrar em contato no número (63) 3218-7737 e agendar. É necessária a solicitação do exame pelo pediatra ou neurologista.

Exame Tomografia:

- **Araguaína:** Referência para os municípios do Bico do Papagaio, Médio Norte Araguaia e Cerrado do Tocantins. O Município solicitante deverá solicitar o exame via Regulação Estadual - Araguaína (SISREG).
- **Palmas:** Referência para os municípios da região de saúde do Capim Dourado, Cantão, Sudeste e Ilha do Bananal. O Município solicitante deverá solicitar o exame via Regulação Estadual – Palmas (SISREG).

NOTIFICAÇÃO DOS CASOS DE ZIKA

(Nota Informativa nº 01/2016- Procedimentos para a Vigilância de casos suspeitos de Zika no Estado do Tocantins)

Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016 – Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo território nacional;

Periodicidade da notificação:

- Doença aguda pelo vírus zika é **semanal**;
- Doença aguda pelo vírus zika em **gestante será imediata (até 24h)** para Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Secretaria de Estado da Saúde (SES);
- Óbito suspeito de doença pelo vírus zika **será imediata (até 24h) para SMS, SES e MS.**

A notificação deverá ser realizada na Ficha de notificação /conclusão

- Sistema de Informação – **Sinan Net**
- Encerramento de casos em até **60 dias.**

ATENÇÃO

- **Fica revogada** a portaria 1.721 de 6 de junho de 2014, publicada no Diário Oficial da União, nº 108, Seção 1, do dia 09 de junho de 2014, p. 37 e o ofício circular nº 40 /GAB/SVS/MS, que dispõe sobre **a vigilância sentinela para vírus zika.**

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		3 Data da Notificação	
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos Primeiros Sintomas
Notificação Individual	8 Nome do Paciente			9 Data de Nascimento
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4-Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica			
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
	17 UF		18 Município de Residência	19 Distrito
Dados de Residência	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)	22 Código
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência	27 CEP
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)
	Conclusão			
	31 Data da Investigação		32 Classificação Final 1 - Confirmado 2 - Descartado	33 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico
	Local Provável da Fonte de Infecção			
34 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado		35 UF	36 País	
37 Município		Código (IBGE)	38 Distrito	
39 Bairro				
40 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		41 Evolução do Caso 1 - Cura 2 - Óbito pelo agravado notificado 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado		
42 Data do Óbito		43 Data do Encerramento		
Informações complementares e observações				
Observações adicionais				
Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome		Assinatura	
	Função			

Notificação Individual	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	
	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado	
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Esínio fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Esínio médio incompleto (antigo colégio ou 2º grau) 6-Esínio médio completo (antigo colégio ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica			
15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe		
17 UF	18 Município de Residência		Código (IBGE)	19 Distrito

Relatar nesse campo o trimestre gestacional e a sintomatologia detalhada!

Informações complementares e observações			
Observações adicionais			
Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Função	Assinatura
Notificação/conclusão		Sinan NET	SVS 27/09/2005

AMOSTRAS BIOLÓGICAS	COLETA	EXAMES	ARMAZENAMENTO	TRANSPORTE
SANGUE 1 Tubo – 10 ML DA MÃE 1 Tubo – 2.5ML DO RN	Colher o sangue em tubo com gel separador (tampa amarela). Centrifugar antes de enviar.	Pesquisa de anticorpos Sorologia PCR	Após centrifugação, conservar em geladeira, até o momento de envio ao laboratório (no máximo até 6 horas). Após o período de 6h, conservar em freezer a -20 °C ou 70 °C até o momento do envio ao laboratório.	Transporte entre 2 a 8°C, com gelo reciclável ou gelo seco, em caixas isotérmicas.
SANGUE DO CORDÃO UMBILICAL 1 Tubo – 3 ML	Colher o sangue em tubo em gel separador (tampa amarela). Centrifugar antes de enviar em tubo seco (tampa vermelha).	Pesquisa de anticorpos Sorologia PCR	Após a centrifugação, conservar em geladeira até o momento do envio ao laboratório (no máximo até 6hs após a coleta). Após o período de 6hs, conservar em freezer a 20 °C ou 70 °C até o momento do envio ao laboratório.	Transporte entre 2 a 8°C, com gelo reciclável ou gelo seco, em caixas isotérmicas.
LÍQUOR 1 Tubo – 1 ML DO RN	Colher em tubo de polipropileno estéril com tampa rosqueada (tipo criotubo ou Falcon).	Pesquisa de anticorpos Sorologia PCR	Conservar em geladeira, imediatamente após a coleta, até o momento do envio ao laboratório (no máximo até 6hs após a coleta) Após o período de 6hs, conservar em freezer a 20 °C ou 70 °C até o momento do envio ao laboratório.	Transporte entre 2 a 8°C, com gelo reciclável ou gelo seco, em caixas isotérmicas.
URINA GESTANTE COMEXANTEMA 1 Tubo – 10 ML	Após higiene íntima com água e sabão neutro, colher e enviar em frasco estéril, tipo Falcon.	PCR	Conservar em geladeira, imediatamente após a coleta, até o momento do envio ao laboratório (no máximo até 6hs após a coleta). Após o período de 6hs, conservar em freezer a 20 °C ou 70 °C até o momento do envio do laboratório.	Transporte entre 2 a 8°C, com gelo reciclável ou gelo seco, em caixas isotérmicas.

FRAGMENTO DE PLACENTA	Colher 3 fragmentos de placenta (1,0 cm ³ cada) em tubo de polipropileno estéril com tampa rosqueada tipo criotubo ou Falcon). Identificar o material (placenta) e rotular o frasco com o nome do RN e data de coleta.	PCR	Conservar em geladeira, imediatamente após a coleta, até o momento do envio ao laboratório (no máximo até 6hs após a coleta). Após o período de 6hs, conservar em freezer a 20 °C ou 70 °C até o momento do envio do laboratório.	Transporte entre 2 a 8°C, com gelo reciclável ou gelo seco, em caixas isotérmicas.
------------------------------	---	-----	---	--

Obs: Não encaminhar urina para o laboratório em coletor universal ou seringa. Rotular o tubo com o nome do paciente, data da coleta e tipo de amostra.

CONTATOS

Diretoria de Atenção Primária - DAP

3218-2732

Diretoria de Atenção Especializada - DAE

3218-1770

Gerencia de Dengue e Febre Amarela

3218-4882 / 3374

