



PREFEITURA DE
**POÇOS DE
CALDAS**

PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇOS DE CALDAS
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Coordenação da Atenção Básica



PROTOCOLO MUNICIPAL:
SEGUIMENTO E SOLICITAÇÃO DE EXAMES PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Poços de Caldas

2023

Sérgio Antônio Carvalho de Azevedo – Prefeito

Júlio César Freitas – Vice-Prefeito

Thiago de Paula Mariano – Secretário Municipal de Saúde

Welles Meire Cava – Diretora de Programas de Saúde

Carlos Eduardo Almeida – Secretário Adjunto Municipal de Saúde

Camila Ferreira Bacelar Donato – Coordenadora da Atenção Básica

Elaboração:

Alícia Borges de Oliveira

Breno Magalhães Sousa

Camila de Andrade e Silva

Catarina Cassago de Assis

Débora Lilian Roveron

Lucca Fonseca Poiatti

Isabela Martins

Marcelo Piovezan

Raphisa Abrahão Gebrim

Sarah Souza Santos

Yzodara Dandara Duarte Ramos

Colaboração:

Artur Torres Araújo

Camila Ferreira Bacelar Donato

Cristina Campos Bittencourt Junqueira

Daiana Clélia de Carvalho Morais

Dianna Oliveira Tricoli Andrade

Elisa Rodrigues Montaldi



Heloísa de Moura Lessa Barroso

Miriam de Fátima Cioffi Ayes

Tatiana Cristina Bastos Ferreira



PREFEITURA DE
**POÇOS DE
CALDAS**

1 INTRODUÇÃO

O diagnóstico é realizado em indivíduos que apresentam sinais e sintomas de uma doença, enquanto o rastreamento é realizado em indivíduos saudáveis, com o objetivo de identificar precocemente a presença de uma doença em estágio inicial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O rastreamento é feito por meio de exames ou testes aplicados em pessoas sadias, o que pode proporcionar benefícios relevantes, frente aos riscos e danos previsíveis e imprevisíveis da intervenção. Tanto o rastreamento quanto o diagnóstico podem utilizar vários métodos e exames, e um exame positivo no rastreamento não implica em um diagnóstico, mas sim na seleção de pessoas com maior probabilidade de apresentar a doença em questão. Por outro lado, o diagnóstico é baseado na apresentação clínica e nos resultados de exames em indivíduos que já apresentam sintomas ou sinais de uma doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

É frequente que os profissionais da área da saúde adotem práticas que considerem eficazes porque as aprenderam durante seus estudos ou com especialistas influentes, mesmo que essas práticas não sejam respaldadas por evidências científicas comprovadas. Isso é um dos motivos pelos quais existem tantas abordagens diferentes entre eles. O uso da medicina baseada em evidências requer a compreensão dos seguintes princípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Sempre que possível, os profissionais da saúde devem basear-se em informações provenientes de estudos sistemáticos, reprodutíveis e imparciais, a fim de aumentar a confiabilidade do prognóstico, da eficácia dos tratamentos e da utilidade dos testes de diagnóstico. A compreensão da fisiopatologia é necessária, mas não suficiente para a prática clínica. É necessário ter conhecimento de certas regras de evidência para avaliar e aplicar de maneira eficaz a literatura médica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Em busca de uma definição para assistência, aceita-se o conceito de abordagens que visam prevenir, reduzir ou solucionar as questões identificadas nas fases anteriores do processo da doença, sempre estabelecendo metas em conjunto com indivíduos e o coletivo. É essencial enfatizar que qualquer tratamento se baseia principalmente na educação em saúde e no estabelecimento de um relacionamento colaborativo com a equipe médica, pois esses são os elementos-chave para o sucesso do processo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).



2 SAÚDE DO ADULTO

2.1 Dislipidemia

O perfil lipídico (Quadro 1) deve ser avaliado sempre no contexto da avaliação do Risco Cardiovascular (RCV). Para classificá-lo, sugere-se o escore de risco global (ERG) de Framingham.

Quadro 1 - Indicação, exames de rastreio e seguimento da dislipidemia

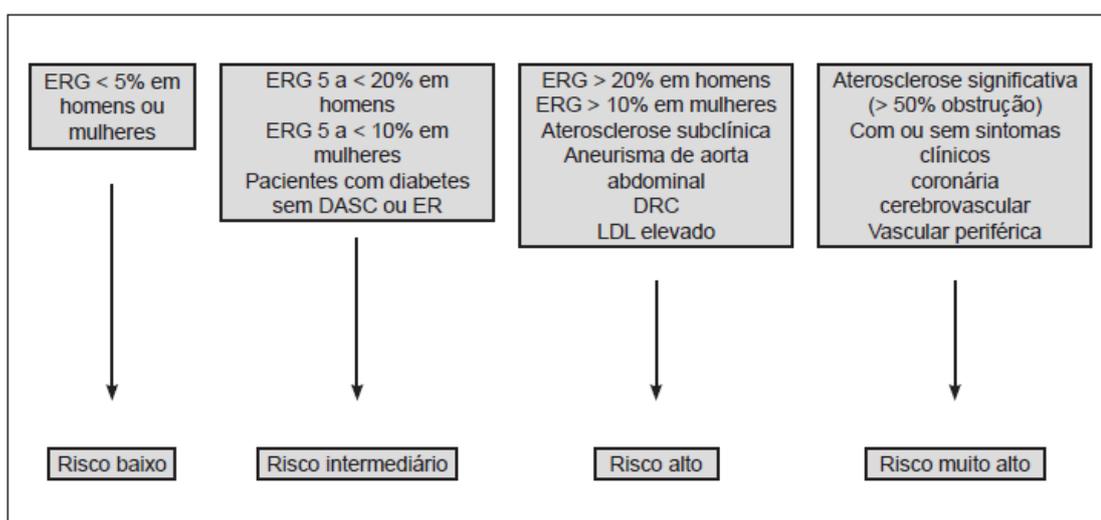
Indicações de rastreio	<p>Homem: a partir dos 35 anos;</p> <p>Mulher: a partir de 45 anos;</p> <p>Justificativas para demais solicitações: homens com idade entre 20 e 35 anos e mulheres com idade entre 20 e 45 anos com fator de risco para doença coronariana: diabetes, história prévia de doença coronariana ou doença aterosclerótica não coronariana (ex: aneurisma de aorta abdominal, doença arterial periférica, estenose de artéria carótida), história familiar de doença cardiovascular (DCV) em homens abaixo dos 50 e mulheres abaixo dos 60 anos de idade, tabagismo, hipertensão e obesidade (IMC)*.</p> <p><i>Exemplo: Paciente do sexo feminino, 30 anos, com IAM há 1 mês.</i></p>
Rastreio (exames)	Colesterol total, HDL, LDL e triglicérides.
Seguimento	Estratificar o paciente em RCV baixo, intermediário, alto risco e muito alto. Repetir em intervalos de 5 anos em pacientes com baixo risco; e considerar individualização do acompanhamento em intervalos de 6 a 12 meses, em paciente com risco intermediário e alto.



Seguimento (exames)	<p>Se CT e LDL alterados, realizar exames a cada seis meses ou anualmente*.</p> <p><i>Exemplo: Paciente do sexo feminino, 30 anos, com LDL de 300 mg/dL há 6 meses.</i></p>
Orientação para solicitação de exames	<p>Os exames marcados com asterisco (*) deverão ser OBRI-GATORIAMENTE justificados nas solicitações de exames no PEC, através de “solicitar exame comum”, seguido por “adicionar observação” e “salvar”.</p>

Fonte: Elaborada pelos autores (2023)

Quadro 2 - Escore de Framingham



Fonte: Atualização da prevenção da diretriz de risco cardiovascular da Sociedade brasileira de Cardiologia - 2019

2.2 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

Devido à sua natureza muitas vezes assintomática, a hipertensão arterial (HA) tende a progredir com alterações estruturais e/ou funcionais nos órgãos-alvo, como o coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos. A HA é o principal fator de risco modificável e está associada de forma independente, linear e contínua a DCV, doença renal crônica (DRC) e morte prematura. Além disso, está relacionada a fatores de risco metabólicos para doenças do sistema car-



díaco, circulatório e renal, tais como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e Diabetes Mellitus (DM) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2020).

O rastreamento deve ser realizado através da verificação de pressão arterial (PA) para todo adulto com 18 anos ou mais de idade, quando vier à Estratégia de Saúde da Família (ESF) para consulta, atividades educativas, procedimentos, entre outros, bem como naqueles sem registro no prontuário de ao menos uma verificação da PA nos últimos dois anos (Quadro 3).

De acordo com a média dos dois valores pressóricos obtidos, a PA deverá ser novamente verificada:

- A cada dois anos, se PA menor que 120/80 mmHg (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013);
- A cada ano, se PA entre 120-139/80-89 mmHg nas pessoas sem outros fatores de risco para doença cardiovascular (DCV) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013);
- Em mais dois momentos em um intervalo de 1-2 semanas, se PA maior ou igual a 140/90 mmHg ou PA entre 120-139/80-89 mmHg na presença de outros fatores de risco para doença cardiovascular (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Quadro 3 - Rastreamento para HAS

Indicações de rastreio	Idade: todos pacientes maiores de 18 anos, a cada dois anos; Comorbidades: Obesos ou pacientes com RCV elevado em toda oportunidade.
Diagnóstico	A fim de diagnosticar a HAS, é necessário calcular a média da pressão arterial (PA), a qual deve ser igual ou superior a 140/90 mmHg. Essa média deve ser obtida em pelo menos três dias diferentes, com um intervalo mínimo de uma semana entre as medições. Em outras palavras, é necessário somar as medidas do primeiro dia com as duas medidas subsequentes e, em seguida, dividir esse valor por três para obter a média.
Rastreio	Aferição da PA conforme indicações;
	Albuminúria: também conhecida como relação proteinúria/creatininúria ou albuminúria/creatininúria, é um exame relevante para indivíduos hipertensos com diabetes, síndrome metabólica ou que



<p>Exames complementares em populações indicadas</p>	<p>apresentem dois ou mais fatores de risco. Esse exame demonstrou ter capacidade de prever eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Valores normais para esse exame é inferior a 30 mg/g de creatinina*;</p> <p>Radiografia de tórax: recomendada para monitorar pacientes hipertensos quando há suspeita clínica de envolvimento cardíaco e/ou pulmonar, ou quando é necessário avaliar hipertensos com comprometimento da aorta quando o ecocardiograma não está disponível*;</p> <p>Ecocardiograma: mais sensível do que o eletrocardiograma para diagnosticar a hipertrofia do ventrículo esquerdo (HVE) e fornece informações valiosas sobre a avaliação das formas geométricas de hipertrofia, tamanho do átrio esquerdo e funções sistólica e diastólica. É recomendado quando houver indicações de HVE no eletrocardiograma ou em pacientes com suspeita clínica de insuficiência cardíaca*;</p> <p>Ultrassonografia das artérias carótidas: recomendada quando há presença de sopro carotídeo, sinais de doença cerebrovascular ou doença aterosclerótica em outros territórios*;</p> <p>Teste ergométrico: recomendado quando há suspeita de doença coronariana estável, presença de diabetes melito ou histórico familiar de doença coronariana em pacientes com pressão arterial sob controle*;</p> <p>Hemoglobina glicada: indicada quando os níveis de glicose em jejum são superiores a 99 mg/dL, quando há histórico familiar ou diagnóstico prévio de diabetes tipo 2 e obesidade*.</p> <p><i>Exemplo: Paciente com obesidade (IMC = 40 kg/m²).</i></p>
<p>Seguimento (exames)</p>	<p>Eletrocardiograma;</p> <p>Dosagem de glicose;</p> <p>Dosagem de colesterol total;</p>



	<p>Dosagem de colesterol HDL;</p> <p>Dosagem de colesterol LDL;</p> <p>Dosagem de triglicérides;</p> <p>Dosagem de creatinina;</p> <p>EAS;</p> <p>Dosagem de potássio;</p> <p>Dosagem de ácido úrico;</p> <p>Fundoscopia anual em hipertensos estágio 2 ou maior.</p>
Seguimento	<p>Aferição da PA em toda consulta;</p> <p>Anualmente para exames de rotina*.</p>
Orientação para solicitação de exames	<p>Os exames marcados com asterisco (*) deverão ser OBRIGATORIAMENTE justificados nas solicitações de exames no PEC, através de “solicitar exame comum”, seguido por “adicionar observação” e “salvar”.</p>

Fonte: Sociedade Brasileira De Hipertensão, 2020; Ministério Da Saúde, 2013.

2.3 Diabetes Mellitus

Quadro 4 - Rastreamento para Diabetes Mellitus

Indicações de rastreio	<p>Idade: a partir de 45 anos (universal);</p> <p>Comorbidades: Sobrepeso ou obesidade (IMC);</p> <p>Fatores de risco:</p> <p>História familiar de DM2 em parente de primeiro grau;</p> <p>Etnias de alto risco (afrodescendentes, hispânicos ou indígenas);</p> <p>História de doença cardiovascular;</p> <p>Hipertensão arterial;</p> <p>HDL < 25 mg/dl;</p> <p>Síndrome dos ovários policísticos;</p>
-------------------------------	--



	<p>Sedentarismo;</p> <p>Presença de acantose nigricans;</p> <p>Paciente com pré-diabetes;</p> <p>História de diabetes gestacional;</p> <p>Indivíduos com HIV, doença periodontal e esteatose hepática;</p> <p>Endocrinopatias e doenças pancreáticas.</p>
Rastreio (exames)	<p>Glicemia plasmática de jejum maior ou igual a 126mg/dl;</p> <p>É necessário que dois exames estejam alterados. Se somente um exame estiver alterado, este deverá ser repetido para confirmação. Sugere-se que este segundo exame seja a dosagem de hemoglobina glicada ou TOTG.</p>
Seguimento	<p>Intervalo mínimo de 3 anos, sendo que intervalos mais curtos podem ser adotados quando ocorrer ganho de peso acelerado ou mudança nos fatores de risco. Adultos com exames normais, porém mais de um fator de risco, deve-se considerar repetir o rastreamento laboratorial em intervalo de 12 meses.</p>
Seguimento (exames)	<p>HbA1c trimestral (fora da meta);</p> <p>HbA1c semestral (dentro da meta);</p> <p>Colesterol total e frações anual ou 3 meses após iniciar estatinas;</p> <p>Creatinina anual;</p> <p>Potássio anual para paciente em uso de anti hipertensivo;</p> <p>EAS anual;</p> <p>Dosagem de microalbuminúria na urina (anual).</p>
Complicação: Doença Renal do Diabete	<p>Primeiro rastreamento logo após o diagnóstico de DM2 e após cinco anos em pessoas com DM1, a partir dos 11 anos de idade;</p> <p>Dosagem da albumina urinária ou relação albumina/creatinina em amostra aleatória de urina, junto com o cálculo da TFG</p>



	<p>estimada pela CKD-EPI a partir da creatinina sérica;</p> <p>Rastreamento: anual.</p>
Complicação: Neuropatia Diabética	<p>Primeiro rastreamento logo após o diagnóstico de DM2 e após cinco anos em pessoas com DM1, com reavaliação anual;</p> <p>Exame físico detalhado e realizar rastreio do pé diabético.</p>
Complicação: Retinopatia Diabética	<p>Primeiro rastreamento logo após o diagnóstico de DM2 e após cinco anos em pessoas com DM;</p> <p>Avaliação oftalmológica inicial com pupilas dilatadas, realizada pelo especialista, contando, ao menos, com exame de retinografia ou mapeamento de retina e biomicroscopia de fundo;</p> <p>Na ausência ou em casos leves, realizar acompanhamento anual;</p> <p>Em casos moderados ou graves, recomenda-se maior frequência de revisões.</p>
Complicações macrovasculares	<p>Ultrassonografia com doppler de carótidas e vértebras anualmente;</p> <p>Eletrocardiograma anual.</p>

Fonte: Ministério da Saúde (2010, 2013); SBD (2023).

2.4 Tabagismo

Recomendado o rastreamento em todos os adultos, incluídas as gestantes, em todos os encontros com profissionais de saúde, por meio da abordagem breve com cinco passos (“Os cinco A’s”) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010):

- Aborde quanto ao uso de tabaco;



- Aconselhe a abandonar o tabagismo por meio de uma mensagem clara e personalizada;
- Avalie a disposição em parar de fumar (grau motivacional para mudança de hábito);
- Assista-o(a) a parar;
- Arranje condições para o seguimento e suporte do paciente.

O tabagismo é o principal fator de risco para o câncer de pulmão. Em cerca de 85% dos casos diagnosticados, o câncer de pulmão está associado ao consumo de derivados de tabaco. O risco aumenta de acordo com a quantidade do consumo e a duração do tabagismo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Apesar de não haver rastreamento eficaz para população em geral, o rastreamento se mostrou eficaz na redução da mortalidade em grupos de alto risco. Recomenda-se, então:

Ressalta-se que, independentemente dos resultados desses ensaios clínicos, a estratégia mais eficaz de controle do câncer de pulmão continua sendo a prevenção primária com as ações de controle do tabagismo, como a prevenção da iniciação e a promoção da cessação em fumantes atuais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

2.5 Álcool

Na anamnese deve-se perguntar o padrão atual do consumo (quantidade, frequência e repercussões na vida da pessoa), além de investigar história pregressa e família . Na Atenção Primária, recomenda-se a utilização do teste CAGE (*feeling the need to Cut down, Annoyed by criticism, Guilty about drinking, and need for an Eye-opener in the morning*): (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

1. Você já sentiu a necessidade de parar de beber?
2. Você já se sentiu chateado por receber críticas que os outros fazem pelo seu modo de beber?
3. Você já se sentiu culpado sobre seu jeito de beber?
4. Você já teve que beber para iniciar o dia e “firmar o pulso”?

Se duas ou mais respostas afirmativas: rastreamento positivo ⇒ aconselhar e acompanhar, programando a intervenção de acordo com o estágio que se encontra o usuário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

De modo geral, os testes laboratoriais para o diagnóstico do abuso de álcool têm sua utilidade limitada. Aproximadamente 90% dos alcoolistas apresentam macrocitose, uma alte-



ração que pode ser causada pela ingestão regular de 80g/dia de álcool. Outra alteração comumente observada é o aumento do GGT, que é um indicador precoce da disfunção hepática. A doença hepática alcoólica pode apresentar várias alterações laboratoriais. Em pessoas com hepatite alcoólica, a elevação desproporcional da relação AST/TGO em comparação com a relação ALT/TGP é o padrão mais comum de alteração hepática. Essa relação é geralmente superior a 2,0, valor que raramente é visto em outras formas de doença hepática (GUSSO; LOPES; DIAS, 2018).

Deve-se solicitar, portanto, hemograma, GGT, TGO e TGP apenas para paciente com características de abuso no consumo de álcool (GUSSO; LOPES; DIAS, 2018).

2.6 Obesidade

É necessário reconhecer o estado de peso do paciente para prevenir a obesidade ou sobrepeso, ou tratá-los no caso de já estarem presentes no paciente obeso.

A forma mais convencional de medir a massa corporal é através do peso isolado ou peso ajustado em relação à altura. No entanto, recentemente, a distribuição de gordura tem sido considerada como um indicador mais preciso da saúde. A melhor abordagem para avaliação clínica provavelmente é combinar a medida da massa corporal com a distribuição de gordura. É importante destacar que não existe uma avaliação perfeita para determinar sobrepeso e obesidade, uma vez que esses fatores podem variar dependendo de fatores genéticos e étnicos (ABESO, 2016).

Recomendado o rastreamento de todos os pacientes adultos e crianças maiores de 06 anos, durante consulta de exame periódico de saúde, através do cálculo do índice de massa corpórea (IMC). É rápido, fácil e com baixo custo (IMC) não consegue diferenciar entre a massa de gordura e a massa magra, o que pode resultar em uma medição menos precisa em pessoas mais velhas, devido à perda de massa magra e à diminuição do peso, ou superestimar em indivíduos com muita massa muscular. Além disso, o IMC não leva em conta a distribuição da gordura corporal (ABESO, 2016). Interpreta-se o IMC da seguinte forma:

- IMC 25-29,9 - sobrepeso;
- IMC 30-34,9 - obesidade grau I;
- IMC 35-39,9 - obesidade grau II;
- IMC > 40 - obesidade grau III.

A medida da relação entre a circunferência abdominal e a circunferência do quadril (RCQ) era anteriormente a forma mais comum de avaliação da obesidade central, mas há



cerca de 20 anos se reconheceu que essa medida pode ser menos válida em termos relativos. No entanto, em populações brasileiras, a RCQ demonstrou estar associada a riscos de comorbidades. A medida da circunferência abdominal é um melhor reflexo do conteúdo de gordura visceral e também está fortemente associada à gordura corporal total. Vários locais e padrões foram sugeridos para avaliar a circunferência abdominal, mas recomenda-se que o paciente esteja em posição supina, inspirando profundamente e realizando a medição no maior perímetro abdominal entre a última costela e a crista ilíaca, de acordo com as recomendações da OMS. A I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica recomenda medir a circunferência abdominal no ponto médio entre o rebordo costal inferior e a crista ilíaca. Para medir a circunferência do quadril, deve-se utilizar uma fita métrica passando sobre os trocânteres maiores no seu maior diâmetro (ABESO,2016).

Aumento de risco para eventos cardiovasculares:

- Mulheres com RCQ > 88 cm;
- Homens com RCQ > 102 cm.

2.7 Câncer de cólon e reto

Quadro 5 - Rastreamento do câncer de cólon e reto

Indicação de rastreamento	Idade: entre 50 e 75 anos.
Rastreamento (exames)	<p>Sangue oculto nas fezes: necessário restringir a alimentação de carne vermelha, rabanete, brócolis, couve-flor, melão, espinafre, banana, tomate; evitar medicamentos ou suplementos alimentares que contenham ferro e suplementos de vitamina C nos três dias anteriores à coleta, a fim de evitar resultados falsos-positivos. Primeiro teste a ser realizado - devido ao baixo custo e poder de triagem;</p> <p>Se o exame de sangue oculto nas fezes for positivo, deve-se solicitar outro exame para seguimento;</p> <p>Periodicidade: Anual</p>



	<p>Colonoscopia: procedimento que possibilita a visualização do cólon e do reto. Em comparação a outros métodos de rastreamento, requer uma frequência menor. Além disso, o rastreamento e a confirmação diagnóstica de resultados positivos podem ser feitos durante o mesmo exame, permitindo a remoção de lesões, como pólipos;</p> <p>Periodicidade: Se sangue oculto positivo, a cada 10 anos, se não houver fatores de risco</p> <p>Retossigmoidoscopia: procedimento que possibilita a visualização do sigmoide e do reto, que são partes finais do intestino grosso. Pode ser realizada de forma rígida, sendo mais adequada para o exame retal, ou flexível, permitindo alcançar a porção inferior do cólon.</p> <p>Periodicidade: Se sangue oculto positivo, a cada 05 anos, se não houver fatores de risco.</p>
<p>Seguimento</p>	<p>De um a dois anos, porém diante da falta de comprovação de custo-efetividade e sustentabilidade, é recomendado dar prioridade a estratégias de diagnóstico precoce e abordagem personalizada em casos de alto risco.</p>

Fonte: Ministério da Saúde (2021).

O Ministério da Saúde é **contra** o rastreio de rotina para câncer de cólon e reto em pacientes com idade entre 76 e 85 anos, podendo considerar o rastreamento individualmente. Na população acima de 85 anos é contraindicado o rastreamento, visto que nesta população os danos superam os benefícios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

3 SAÚDE DA CRIANÇA

3.1 Puericultura

Toda criança nascida no Brasil tem o direito a receber gratuitamente a Caderneta de Saúde da Criança a ser preenchida e orientada por um profissional antes da alta hospitalar e

acompanhada até os 9 anos de idade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). Toda criança tem direito, ainda, a realizar os testes do pezinho, coraçãozinho, orelhinha, linguinha e olhinho (Quadro 6), que definem, em conjunto, a triagem neonatal.

3.2 Triagem neonatal

Quadro 6 - Indicações e seguimento dos testes de triagem neonatal

Indicação de rastreamento	Recém-nascidos (RN) do 3º ao 5º dia de vida, não ultrapassando sete dias após o nascimento, a ser realizada pela enfermagem na atenção básica.
Exames (rastreamento)	<p>Teste do pezinho: realizado em ambiente ambulatorial, entre o 3º e o 5º dia de vida. Tria hipotireoidismo congênito, hiperplasia adrenal congênita, deficiência de biotinidase, fenilcetonúria, deficiência de biotinidase, doença falciforme e outras hemoglobinopatias;</p> <p>Teste do coraçãozinho: realizado em ambiente hospitalar, entre 24 e 48 horas de vida em RN com IG > 34 semanas;</p> <p>Teste da orelhinha: realizado em ambiente hospitalar, idealmente no primeiro mês de vida, através de emissão otoacústica evocada - EOAE;</p> <p>Teste da linguinha: realizado em ambiente hospitalar, entre 24 e 48 horas de vida, através da avaliação do frênulo lingual;</p> <p>Teste do olhinho (reflexo vermelho): realizado em ambiente ambulatorial, por médicos ou enfermeiros com treinamento e habilitação técnica, idealmente na primeira consulta do RN na atenção básica e repetido aos 4, 6, 12 meses e 24 meses.</p>
	<p>Teste do pezinho: os resultados considerados alterados devem ser comunicados ao responsável pela coleta no ponto de origem da amostra.</p> <p>Teste do coraçãozinho: repetir oximetria e, se alterada, realizar</p>



Seguimento	<p>ecocardiograma; encaminhar, se possível, a um centro de referência em cardiopatias para tratamento e acompanhamento;</p> <p>Teste da orelhinha: encaminhar para avaliação com fonoaudiólogo e otorrinolaringologista;</p> <p>Teste da linguinha: avaliar necessidade de intervenção a ser realizada por médico habilitado ou dentista;</p> <p>Teste do olho: encaminhar o RN ao oftalmologista.</p>
-------------------	---

Fonte: Elaborada pelos autores (2023).

3.3 Exames laboratoriais na puericultura

Os exames laboratoriais devem ser realizados por **médico** ou **enfermeiro** na atenção básica, conforme orientação do Ministério da Saúde e deverão ser solicitados conforme orientação (Quadro 7).

Quadro 7 - Indicações de exames laboratoriais na puericultura

Exames	Exames e justificativas
Hemograma	<p>Solicitar APENAS se: clínica e/ou fatores de risco para anemia. NÃO realizar de rotina. Avaliar hemoglobina de acordo com faixa etária, não valor absoluto. A SBP recomenda realizar hemograma para todas as crianças aos 12 meses de vida, com ou sem anemia;</p> <p>Justificativas para solicitação: em crianças que não realizaram suplementação adequada de sulfato ferroso e diante do rastreamento sistemático para crianças em risco, conforme figura 1*.</p> <p><i>Exemplo:</i> criança do sexo feminino, 15 meses, prematura ao nascimento.</p>
	<p>Solicitar APENAS se: anemia evidenciada por hemograma prévio. Detecta previamente fase de depleção do ferro; A SBP recomenda realizar dosagem de ferritina para todas as crianças aos 12</p>



<p>Ferritina e reticulócitos</p>	<p>meses de vida, com ou sem anemia;</p> <p>Justificativas para solicitação: em crianças entre 6 meses a 5 anos de idade com Hb < 11,5 g/dl* e Ht < 33%.</p> <p><i>Exemplo:</i> criança do sexo masculino, 1 ano, com HB = 10 e HT = 28%.</p>
<p>Ferro sérico, transferrina, zincoprotoporfirina eritrocitária, capacidade total de ligação de ferro e ferro</p>	<p>Solicitar APENAS se: diagnóstico diferencial ou casos não resolvidos com o tratamento habitual;</p> <p>Justificativas para solicitação: ferritina deve ter valores abaixo de 30µg/dl*. Valores inferiores a 15µg/dl indicam deficiência grave e valores intermediários devem ser avaliados após suplementação com ferro.</p> <p><i>Exemplo:</i> criança do sexo masculino, 1 ano, com HB = 10, HT = 28% e ferritina = 26.</p>
<p>Urina I e urocultura</p> <p>Urina I e urocultura</p>	<p>Solicitar APENAS se: clínica e/ou fatores de risco para ITU e sintomáticas. NÃO realizar de rotina;</p> <p>Justificativas para solicitação: febre, irritabilidade, vômito, diarreia e desaceleração do crescimento pondero estatural, hipoatividade, disúria, estrangúria, polaciúria, distensão abdominal ou urgência miccional.</p> <p><i>Exemplo:</i> criança do sexo feminino, 1 ano, com disúria e febre.</p>
<p>Parasitológico de fezes</p>	<p>Solicitar APENAS se: clínica e/ou fatores epidemiológicos para parasitose intestinal. NÃO realizar de rotina;</p> <p>Justificativas para solicitação: apatia, dores abdominais, inapetência, restrição de crescimento, perda de peso e epidemiologia prevalente de parasitoses intestinais.</p>



	<i>Exemplo:</i> criança do sexo feminino, 5 anos, com dor abdominal e perda de peso.
Lipidograma	<p>Solicitar APENAS se: crianças maiores que 24 meses de acordo com a indicação;</p> <p>Justificativas para solicitação: Recomenda-se pesquisar o perfil lipídico (colesterol total, HDL, LDL, triglicerídeos)* em crianças entre 2 e 8 anos de idade cujos pais ou avós apresentaram doença cardiovascular precoce (antes de 55 anos para homens e 65 anos para mulheres), cujos pais tenham níveis de colesterol total acima de 240 mg/dl ou crianças que apresentem outros fatores de risco cardiovascular, como hipertensão, diabetes melito, tabagismo passivo ou obesidade (IMC). Nessas situações, o rastreamento deve ser realizado a cada 3 a 5 anos. Em crianças entre 9 e 11 anos, recomenda-se triagem universal, independente do risco.</p> <p><i>Exemplo:</i> triagem em criança do sexo feminino, 9 anos.</p>
Orientação de solicitação	Os exames marcados com asterisco (*) deverão ser OBRIGATORIAMENTE justificados nas solicitações de exames no PEC: solicitar exame comum > adicionar observação > salvar.

Fonte: Elaborada pelos autores (2023).

A recomendação da SBP (Sociedade Brasileira de Pediatria) é realizar a investigação laboratorial da deficiência de ferro (Figura 1), com ou sem anemia, aos 12 meses de vida para todas as crianças, considerando a alta prevalência de anemia (33-53%) nas crianças brasileiras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

3.4 Rastreamentos na puericultura

Os rastreamentos indicados na atenção primária incluem a triagem neonatal e o IMC (peso, em kg, dividido sobre a altura, em metros, ao quadrado), para cálculo da obesidade em



todas as crianças maiores de 6 anos. Se o IMC estiver entre 25-29.9 é classificado como sobrepeso e IMC > 30 é classificado como obesidade, sendo subclassificado em: grau I (IMC 30-34,9), grau II (IMC: 35-39,9) e grau III > 40 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

4 SAÚDE DA GESTANTE

Quadro 8 - Exames e indicações de rastreamento e período na gestação

Indicação de rastreamento	Toda gestante em acompanhamento de pré-natal de risco habitual na atenção primária.
Rastreio (exames)	<p>1º trimestre: Hemograma; eletroforese de hemoglobina; Tipagem sanguínea e Rh; Glicemia jejum; Teste rápido para sífilis e HIV, hepatite B e C; Toxoplasmose IgM e IgG; Exame de urina e urocultura; Outros, se indicados: citopatológico de colo de útero, parasitológico de fezes, Ultrassonografia obstétrica (até 13ª semana);</p> <p>2º trimestre: TOTG entre 24-28 semanas; coombs indireto se Rh negativo (a partir da 24ª semana); ultrassonografia obstétrica (entre 18-22 semanas); toxoplasmose IgM e IgG se não reagente no primeiro trimestre as 28ª semanas de gestação; teste rápido para sífilis e HIV, hepatite B e C a partir das 28ª semanas de gestação. Citopatológico (a partir das 12ª semana de gestação).</p> <p>3º trimestre: Hemograma; glicemia de jejum; coombs indireto se Rh negativo; ; toxoplasmose se IgM e IgG se não reagente nos outros trimestres as 36ª semanas de gestação; Urina e urocultura; SWAB para Estreptococo grupo B (entre 35ª a 37ª semanas de gestação); teste rápido para sífilis e HIV, hepatite B e C a partir das 36ª semanas de gestação; ultrassonografia obstétrica, se houver suspeita de alteração do crescimento fetal.</p>
Período	Realizar os exames de acordo com a idade gestacional.

Fonte: Ministério da Saúde (2012).

Quadro 9 - Exames e indicações de seguimento de exames na gestação



Indicação	Toda gestante em acompanhamento de pré-natal de risco habitual com alterações laboratoriais.
Anemia gestacional	Hemoglobina entre 08 g/dl e 11 g/dl: conduta e repetir Hb em 60 dias; Hemoglobina menor que 08 g/dl: referenciar ao pré-natal especializado;
Eritroblastose fetal	Se coombs positivo: referenciar ao pré-natal especializado; Se coombs negativo: pedir novas amostras de coombs indireto na 24a semana de gestação e a cada quatro semanas após.
Sepse neonatal	Cultura de estreptococos do grupo B: Se cultura positiva: anotar no cartão da gestante e orientar que o tratamento será realizado intraparto, se preencher os critérios para tratamento intraparto; Se cultura negativa: anotar no cartão da gestante e orientar sobre possibilidade de infecção durante o restante da gestação.
Toxoplasmose	IgM positivo: referenciar ao pré-natal especializado.
Síndrome hipertensivas gestacionais	Aferir PA em consultas com profissionais de saúde: Se PAS \geq 160 mmHg e/ou PAD \geq 110 mmHg, procurar porta de urgências obstétricas; Se PA sistólica \geq 140 mmHg e/ou PA diastólica \geq 90 mmHg, realizar nova mensuração com intervalo de 4 horas; Se confirmado hipertensão na gestação, realizar investigação de proteinúria na urina de 24 h.
Diabetes gestacional	Considerar Diabetes mellitus na gestação, se glicemia de jejum se apresentar entre \geq 92 mg/ dl, em QUALQUER idade gestacional, após confirmação do segundo exame; Considerar Diabetes mellitus na gestação se TOTG com 75 g de glicose anidro, realizado entre 24 e 28 semanas de idade gestacio-



	<p>nal, for \geq a 92 mg/dL no jejum; \geq a 180 mg/dL na primeira hora; \geq a 153 mg/dL na segunda hora;</p> <p>Considerar Diabetes mellitus prévio à gestação, se glicemia de jejum \geq 126 mg/dl no início do pré-natal.</p>
ISTs	<p>HIV: se TR positivo, encaminhar ao serviço de IST para teste confirmatório;</p> <p>HBsAG: se positivo, solicitar HBeAG e transaminases (ALT/TGP e AST/TGO). Se HBsAG e HBeAG reagentes, encaminhar ao pré-natal especializado;</p> <p>HCV: se positivo, o tratamento na gestação é contraindicado;</p> <p>TR reagente: notificar, pedir VDRL, testar parceiro.</p>

Fonte: Ministério da Saúde (2012).

5 SAÚDE DA MULHER

Verificar a situação do exame de Papanicolaou (citopatológico de câncer de colo de útero) e do câncer de mama na faixa estipulada, ressaltando que outros exames se tornam desnecessários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

5.1 Rastreamento do câncer de colo de útero

Quadro 10 - Indicação, exame e período de rastreamento do câncer de colo de útero

Indicação	Pessoa com útero e vida sexual ativa (cis ou trans) de 25 a 64 anos.
Rastreio (exame)	Coleta de esfregaço de colo de útero para citopatologia (médico/enfermeira).
Período	Citopatológico de colo de útero a cada três anos, após dois exames normais consecutivos no intervalo de um ano.



Fonte: Ministério da Saúde (2021).

Quadro 11 - Indicação, exame e período de seguimento do câncer de colo de útero

Indicação	Resultados da citologia alterados.
Repetir em 6 meses	Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS) - possivelmente não neoplásicas - ≥ 30 anos; Lesão de baixo grau (LSIL) - ≥ 25 anos;
Repetir em 12 meses	Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS) - possivelmente não neoplásicas - Entre 25 e 29 anos;
Repetir em 3 anos	Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS) - possivelmente não neoplásicas - < 25 anos; Lesão de baixo grau (LSIL) - < 25 anos;
Encaminhar para colposcopia	Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS) - não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H); Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC) - possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau; Células atípicas de origem indefinida (AOI) - possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau; Lesão de alto grau (HSIL); Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão; Carcinoma escamoso invasor; Adenocarcinoma in situ (AIS) ou invasor;

Fonte: Elaborada pelos autores (2023).



5.2 Rastreamento do câncer de mama

Quadro 12 - Indicação e período de rastreamento do câncer de mama

Indicações	<p>Rastreamento habitual: 50 a 69 anos de idade;</p> <p>Rastreamento precoce (alto risco): 35 a 69 anos de idade.</p> <p>Mulheres e homens com mutação ou parentes de 1º grau (materno ou paterno) com mutação comprovada dos genes BRCA 1/2, ou com síndromes genéticas como Li-Fraumeni, Cowden e outras;</p> <p>Mulheres com história familiar de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com CA de mama em idade < 50 anos; ou familiar de primeiro grau com diagnóstico de câncer de mama bilateral; ou familiar de primeiro grau com de CA de ovário, em qualquer faixa etária; ou familiar homem com diagnóstico de câncer de mama, independentemente da idade;</p> <p>Mulheres com história pessoal de câncer de mama invasor ou hiperplasia ductal ou lobular atípica, atipia epitelial plana ou carcinoma ductal <i>in situ</i>;</p> <p>Mulheres com história de radiação torácica (radioterapia supradiaphragmática prévia) antes dos 30 anos.</p>
Período	<p>Rastreamento habitual: mamografia a cada dois anos;</p> <p>Rastreamento precoce (alto risco): mamografia anual.</p>

Fonte: Ministério da Saúde (2010, 2011, 2015).

O Ministério da Saúde recomenda contra o rastreamento com mamografia em mulheres com menos de 50 anos (recomendação contrária forte: os possíveis danos claramente superam os possíveis benefícios) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, 2011, 2015).



5.4 Seguimento do rastreamento do câncer de mama

Quadro 13 - Classificação, interpretação, risco e recomendações pelo BI-RADS

BI-RADS	Interpretação	Risco de câncer	Recomendações
0	Exame inconclusivo	Indeterminado	Correlação com outros métodos de imagem (MMG anterior e solicitar USG).
1	Exame negativo	0%	Rotina de rastreamento conforme a faixa etária.
2	Achado tipicamente benigno	0%	Rotina de rastreamento conforme a faixa etária, fora de risco.
3	Achado provavelmente benigno	< 2%	Controle radiológico por 3 anos, com repetição do exame a cada seis meses no primeiro ano e anual nos dois anos seguintes, ou encaminhar para unidade de referência.
4	Achado suspeito	2% a 95%	Encaminhar para unidade de referência (Mastologista)
5	Achado altamente suspeito	> 95%	Encaminhar para unidade de referência (Mastologista)
6	Achados cuja malignidade já está comprovada	100%	Encaminhar para unidade de referência (Junta Reguladora).

Fonte: Ministério da Saúde, 2015.



5.5 Menopausa e Climatério

O climatério corresponde à transição da mulher do ciclo reprodutivo para o não reprodutivo, ocorrendo habitualmente entre os 40 e 65 anos.

A menopausa, marco do período climatérico, é a interrupção permanente da menstruação e o diagnóstico é feito de forma retroativa, após 12 meses consecutivos de amenorreia, ocorrendo geralmente entre os 48 e 50 anos de idade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

O diagnóstico do Climatério e/ou Menopausa é clínico. Contudo, quando decidido pela Terapia Hormonal (TH) alguns exames complementares são necessários para se afastar fatores de risco (GUSSO; LOPES; DIAS, 2018).

Quadro 14 - Indicações, exames e período de rastreamento para seguimento de fatores de risco que contraindicam TH

Indicação	Mulher em climatério, com sintomas importantes e que tenha optado por TH. Quando encaminhar para ambulatório de climatério? (Vide memorando 60/2022 sobre fluxo do Ambulatório de Climatério e Menopausa do Centro de Especialidades da Saúde da Mulher e da Criança).
------------------	--

Fonte: Baccaro et. al (2022); Ministério da Saúde (2016).

6 SAÚDE DO HOMEM

Os dois maiores fatores causadores de mortalidade em homens são as mortes cardiovasculares e por causas externas (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, 2008). Por esta razão, não deve-se reduzir a saúde do homem a problemas relacionados à próstata e potência sexual (Caderno de Atenção Básica - Rastreamento, 2008).

Não há recomendações para rastreio do câncer de próstata a todos os pacientes, sendo necessária a solicitação de exames apenas se sintomas característicos de doença prostática. O Ministério da Saúde é **contra** o rastreio do câncer de próstata em homens com mais de 75 anos, visto que nesta população os danos superam os benefícios.



Quadro 16 - Rastreios de doenças e indicações em homens

Doença	Indicação
Dislipidemia	A partir dos 35 anos.
Hipertensão Arterial	A partir dos 35 anos.
Diabetes Melitos	A partir de 45 anos

Fonte: Elaborada pelos autores (2023).

7 SAÚDE DO IDOSO

Os idosos devem sofrer intervenções entre 60 e 75 anos, apenas. Acima dos 75 anos, os rastreamentos devem cessar e a melhoria da qualidade de vida deve ser o foco (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

7.1 Osteoporose

Quadro 17 - Indicação, exame e período de solicitação de densitometria óssea para osteoporose

Indicações	Mulher com idade igual ou superior a 65 anos, independente de fatores de risco; Homem com idade igual ou superior a 70 anos, independente de fatores de risco; Mulheres na pós-menopausa; Homens com idade entre 50 e 69 anos, com fatores de risco para fratura; Mulher na perimenopausa, se houver fatores de risco específicos associados a um risco aumentado de fratura, tais como baixo peso corporal, fratura prévia por pequeno trauma ou uso de medicamentos de risco bem definido; Adultos que sofreram fratura após 50 anos; Indivíduos com anormalidades vertebrais radiológicas;
-------------------	---



	Adultos com condições associadas à baixa massa óssea ou perda óssea.
Exames solicitados	Densitometria de colo do fêmur, terço médio do rádio e coluna lombar.
Período	A depender do resultado da DMO.

Fonte: Elaborada pelos autores (2023).

8 INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

8.1 Rastreamento de IST's

Quadro 18 - Indicação, período e rastreamento de doenças classificadas como IST's

Indicação	Período			
	HIV	Sífilis	Clamídia e gonococo	Hepatite B/C
Adolescentes e jovens (≤ 30 anos)	Anual		Ver frequência conforme outros subgrupos populacionais ou práticas sexuais.	
Gestantes	Na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no 1º trimestre da gestação); No início do 3º trimestre (28ª semana); No momento do parto, ou em caso de aborto/natimorto, independentemente de exames anteriores;	Na primeira consulta do pré-natal; Gestantes ≤ 30 anos;	Hepatite B: na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no primeiro trimestre); Hepatite C: na primeira consulta do pré-natal;	



	Em caso de aborto/ natimorto, testar para sífilis, independentemente de exames anteriores.			
Gays e HSH	Semestral		Ver frequência conforme outros subgrupos populacionais ou práticas sexuais.	Semestral a anual.
Profissionais do sexo				
Travestis/ Transexuais				
Pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas				
Pessoas com diagnóstico de IST	No momento do diagnóstico e 4 a 6 semanas após o diagnóstico de IST.	No momento do diagnóstico.	No momento do diagnóstico.	
Pessoas com diagnóstico de hepatites virais	No momento do diagnóstico.	-	-	-
Pessoas com diagnóstico de tuberculose	No momento do diagnóstico.	-	-	-
Pessoas vivendo com HIV	-	Semestral	No momento do diagnóstico.	Semestral a anual.
Pessoas com prática sexual anal receptiva (passiva) sem uso de preser-	Semestral			Semestral a anual.



vativos				
Pessoas privadas de liberdade	Anual	Semestral	-	Semestral a anual.
Violência sexual	No atendimento inicial; 4 a 6 semanas após exposição e 3 meses após a exposição	No atendimento inicial de 4 a 6 semanas após a exposição.		Hepatite B: no atendimento inicial e de acordo com a profilaxia pós-exposição instituída; Hepatite C: no atendimento inicial, 4 a 6 semanas e 4 a 6 meses
Violência sexual				
Pessoas em uso de PrEP	Em cada visita ao serviço.	Trimestral	Semestral	Trimestral
Pessoas com indicação de PEP	No atendimento inicial; 4 a 6 semanas após exposição e 3 meses após a exposição.	No atendimento inicial de 4 a 6 semanas após a exposição.	No atendimento inicial de 4 a 6 semanas após exposição (exceto nos casos de acidente com material biológico).	Hepatite B: no atendimento inicial e de acordo com a profilaxia pós-exposição instituída; Hepatite C: no atendimento inicial, 4 a 6 semanas e 4 a 6 meses.

Fonte: Ministério da Saúde (2022).

9 TESTES UTILIZADOS



- **HIV:** preferencialmente com teste rápido – TR;
- **Sífilis:** preferencialmente com TR para sífilis;
- **Clamídia e gonococo:** detecção de clamídia e gonococo por biologia molecular. Pesquisa de acordo com a prática sexual: urina (uretral), amostras endocervicais, secreção genital. Para amostras extragenitais (anais e faríngeas), utilizar testes com validação para tais sítios de coleta;

- **Hepatite B:** preferencialmente com teste rápido. Realizar o rastreamento em indivíduos suscetíveis à hepatite B. Pessoa suscetível é aquela que possui HbsAg (TR ou imunoensaio laboratorial) não reagente e que não possui registro de esquema vacinal completo com 3 doses aplicadas adequadamente, ou, se indicada avaliação de soroconversão, não apresentou soroconversão para anti-HBs após dois esquemas vacinais completos (não respondedores). Recomenda-se vacinar toda pessoa suscetível. Para mais informações sobre grupos que necessitam de esquemas especiais de vacinação (ex.: PVHIV), consultar o PCDT para Hepatite B e coinfeções;

- Caso a gestante não tenha realizado rastreio no pré-natal, deve proceder à testagem rápida para hepatite B no momento do parto. A vacina para hepatite B é segura durante a gestação em qualquer idade gestacional, e as mulheres suscetíveis devem ser vacinadas;

- Em caso de HbsAg (TR ou imunoensaio laboratorial) não reagente em indivíduos suscetíveis, iniciar ou completar o esquema vacinal para hepatite B e avaliar a indicação de IGHAHB. O anti-HBs deve ser realizado preferencialmente de 1 a 2 meses após a última dose da vacina (ou em até 6 meses) e, nos casos em que a IGHAHB foi aplicada, pelo menos 6 meses após a última dose de IGHAHB. Resultados positivos para HbsAg devem ser conduzidos conforme orientações do PCDT para Hepatite B e Coinfeções.

- **Hepatite C:** preferencialmente com TR;



10 SEGUIMENTO DA SÍFILIS

10.1 Sífilis no adulto

Quadro 19 - Indicação, exames e período do seguimento de sífilis no adulto

Indicação	População pós-tratamento.
Exames solicitados	Testes não treponêmicos.
Período	Gestante - mensalmente; Restante da população - a cada 3 meses, até o 12º mês de acompanhamento (3, 6, 9 e 12 meses).

Fonte: Ministério da Saúde (2022).

10.2 Sífilis congênita

Quadro 20 - Indicação, exames e período do seguimento de sífilis congênita

Indicação	Crianças expostas à sífilis.
Exames solicitados	Testes não treponêmicos.
Período	Na maternidade ou casa de parto (coletar amostra de sangue periférico do RN e da mãe pareados para comparação); Seguimento: realizar com 1, 3, 6, 12, 18 meses de idade. Interromper o seguimento laboratorial após 2 testes não reagentes consecutivos.
Observação: o teste treponêmico pode ser realizado a partir de 18 meses de idade.	

Fonte: Ministério da Saúde (2022).



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABESO. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade**. 4. ed. São Paulo: [s. n.], 2016.
- BACCARO, Luiz Francisco Cintra *et al.* Propedêutica mínima no climatério. **FEMINA**, [s. l.], v. 50, ed. 5, p. 263-271, 2022.
- BALLEYGUIER, Corinne *et al.* BIRADS classification in mammography. **Eur J Radiol**, Epub, v. 61, ed. 2, 2007.
- BARROSO, Weimar Kunz Sebba *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arq Bras Cardiol**, [s. l.], v. 116, ed. 3, p. 516-658, 2021.
- GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**. 2. ed. [S. l.]: Artmed, 2018. v. 1 e 2. ISBN 9788582715352.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno de Atenção Primária: Rastreamento**. 29. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Estratégias para o cuidado das pessoas com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. **Programa Nacional da Triagem Neonatal**. Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/sangue/programa-nacional-da-triagem-neonatal>. Acesso em: 16 maio 2023.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde da Criança**. Brasília, [s.d.] Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca>. Acesso em: 16 maio 2023.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dislipidemia: prevenção de eventos cardiovasculares e Pancreatite**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.



MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de ciência, tecnologia, inovação e insumos estratégicos em saúde. **Relatório de Recomendação: Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas: Osteoporose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. **Protocolos de encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada: Ginecologia**. 23. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. v. 4.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Deteção Precoce do Câncer**. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇOS DE CALDAS (Poços de Caldas). Núcleo de Apoio à Atenção Primária. **Guia Municipal de Puericultura**. Poços de Caldas: [s. n.], 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇOS DE CALDAS (Poços de Caldas). Núcleo de Apoio à Atenção Primária. **Guia Municipal de Puericultura**. Poços de Caldas: [s. n.], 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇOS DE CALDAS (Poços de Caldas). Núcleo de Apoio à Atenção Primária. **Guia Municipal do Pré Natal de Risco Habitual para Atenção Primária**. Poços de Caldas: [s. n.], 2018.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (Belo Horizonte). **Manual de Exames Laboratoriais da rede SUS-BH**. [S. l.]: Gerência de Comunicação Social, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Departamento de Hipertensão Arterial. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - 2020. **Arq Bras Cardiol**, [s. l.], v. 116, ed. 3, p. 516-658, 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 2019;113(4):787-891. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. Arq.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes**. [S. l.]: Marcello Bertoluci, 2023. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/>. Acesso em: 16 maio 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamentos de Nutrologia e Hematologia-Hemoterapia. **Consenso sobre anemia ferropriva: mais que uma doença, uma urgência médica!**. 2. ed. [S. l.: s. n.], 2021.

