



GOVERNO DO ESTADO  
**RIO GRANDE DO SUL**  
SECRETARIA DA SAÚDE

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE  
CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE

## **Nota Informativa Conjunta CEVS/DAPPS nº28/2024**

*Atualiza as recomendações nos casos de Síndromes Gripais (SG) bem como propõe outras medidas de imunização e prevenção para a população privada de liberdade*

**Porto Alegre, 20 de novembro de 2023.**

**Atualização em 20 de junho de 2024.**

### **1. DEFINIÇÕES**

**1.1) Síndrome Gripal (SG):** Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou gustativos.

Em idosos: deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

Na suspeita de covid-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.

**1.2) Testes Rápidos de Antígeno (TR-Ag):** Testes Rápidos de Antígeno (TR-Ag) são testes capazes de identificar uma infecção ativa, apresentam melhor sensibilidade nos primeiros dias de sintomas, quando a carga viral nas vias aéreas superiores costuma ser maior. Apresentam como vantagem o baixo custo e rápida execução frente ao padrão-ouro, reação da transcriptase reversa seguida pela reação em cadeia da polimerase, RT-PCR, sendo ferramentas importantes para quebrar cadeias de transmissão.

**1.3) Testes Moleculares (RT-PCR):** Os testes moleculares são aqueles que detectam a presença do RNA viral em amostras de secreção respiratória. Podem ser do tipo RT-PCR, RT-PCR “rápido” (exemplo GeneExpert) ou RT-LAMP (amplificação isotérmica mediada por loop com transcriptase reversa). O RT-PCR permanece sendo considerado o padrão ouro para o diagnóstico dos vírus respiratórios (SARS-CoV-2, vírus influenza e Vírus Sincicial Respiratório), devido a sua maior acurácia e maior janela de detecção, porém possui tempo de resposta mais longo, o que torna sua aplicabilidade limitada para isolar casos oportunamente.



GOVERNO DO ESTADO  
**RIO GRANDE DO SUL**  
SECRETARIA DA SAÚDE

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE  
CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE

#### 1.4) Período de coleta:

- sintomáticos: do 1º ao 7º dia após o início dos sintomas;
- assintomáticos que tenham tido contato com caso confirmado: a partir do 5º dia após o último contato;

**1.5) Surto de Síndrome Gripal:** Ocorrência de três ou mais casos com vínculo epidemiológico no período de 7 dias do último caso identificado em instituições de longa permanência (população albergada, bases militares, dormitórios coletivos, **unidades prisionais**, Instituições de Longa Permanência para Idosos)

## 2. SISTEMÁTICA DE TRIAGEM

Considerando o fim da declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) relacionada à pandemia de COVID-19, o fim da declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) relacionada ao surto de mpox, bem como a estratégia de elevação das coberturas vacinais de COVID-19 e Influenza para a população privada de liberdade, realizada em agosto de 2023, **recomenda-se que a necessidade de realização do período de triagem para ingressantes no sistema prisional seja avaliada de forma particular em cada unidade para fins de verificação quanto a viabilidade de implementação da sistemática de triagem.** Esta avaliação será orientada por critérios como a ocorrência de casos confirmados ou surtos de doenças infectocontagiosas, e, principalmente, **pelos percentuais de cobertura vacinal de COVID-19 e de Influenza da população prisional em cada unidade.**

A PPL é considerada população prioritária para vacinação e tem indicação de **receber, no ano de 2024, UMA dose da vacina COVID-19 monovalente XBB da fabricante Moderna e dose anual da vacina contra Influenza.** A meta considerada adequada e esperada de cobertura vacinal é de no mínimo 90% da população prisional local vacinada para COVID-19 e Influenza, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. O acompanhamento dos percentuais de cobertura vacinal pode ser realizado através do sistema de informação vigente utilizado pelo Programa de Imunizações. Para este acompanhamento, solicita-se o auxílio das equipes das Unidades Básicas de Saúde Prisional (UBSP), e, nos locais onde estas equipes não estão presentes, dos Núcleos Municipais de Imunizações. Consoante a reunião realizada em julho de 2023, para a preparação da estratégia de elevação das coberturas vacinais, os funcionários das unidades onde não há UBSP podem acessar o sistema de informação do Programa de Imunizações como observadores, mediante solicitação de usuário à Secretaria Municipal de Saúde.

Nas unidades onde houver a dispensa do período de triagem para os ingressantes,



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE  
CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE

orienta-se que haja algum tipo de rastreamento de sinais e sintomas indicativos de doenças infectocontagiosas (COVID-19, influenza, tuberculose, mpox, por exemplo), especialmente das SG. Este rastreamento pode ser feito por meio da aplicação de listas de verificação, questionários e/ou mutirões de saúde.

Se for implementada a sistemática de triagem, deverão ser separados os indivíduos sintomáticos dos assintomáticos no momento do ingresso. O período de triagem para ingressantes do sistema poderá ser reduzido de 10 para 05 dias mediante testagem com TR-Ag, quando houver disponibilidade de insumos, conforme as seguintes condutas:

- sintomáticos: se apresentar teste TR-Ag negativo no 5º dia do início da triagem e remissão dos sintomas respiratórios e afebril por pelo menos 24h sem uso de medicamentos antitérmicos.
- assintomáticos: se apresentar teste TR-Ag negativo no 5º dia do início da triagem e não desenvolver sintomas.

Quando o período de triagem for implementado, recomenda-se otimizá-lo para investigar outras doenças infectocontagiosas de interesse, tais como tuberculose, HIV, sífilis, hepatites virais, mpox, entre outras. Aos novos ingressantes, independentemente da realização ou não do período de triagem, deverá ser oportunizada atualização da carteira de vacinação, incluindo a vacina contra a COVID-19, a vacina contra a Influenza e a vacina antitetânica (dT), bem como a realização da primeira avaliação em saúde com a oferta dos testes rápidos, do acolhimento em saúde e dos encaminhamentos decorrentes desta primeira avaliação. Para todos ingressantes recomenda-se a utilização da “Ficha de Acolhimento da Atenção Primária Prisional” (anexo A) como instrumento de rotina para a avaliação em saúde da porta de entrada da PPL na unidade prisional. Este instrumento pode ser utilizado na sua completude ou adaptado de acordo com a realidade das rotinas de atendimento de cada unidade prisional.

### **3. ORIENTAÇÕES PARA TESTAGEM DE COVID-19 NA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE**

Além das recomendações de testagem para redução do período de triagem, orienta-se que, em situações de surto, ou seja, **quando forem identificados 3 ou mais casos de síndrome gripal (SG) na menor célula dentro da galeria/pavilhão**, devem ser coletadas até 3 amostras clínicas para RT-PCR (que analisa Covid-19, Influenza e VSR). Os demais casos sintomáticos que ocorram nesta galeria/pavilhão serão encerrados como confirmados por critério clínico-epidemiológico, não havendo a necessidade de testagem de todas as pessoas que se encontram nesta célula.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE  
CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE

Independentemente da ocorrência de surtos, as pessoas privadas de liberdade com SG que fizerem parte dos grupos de alto risco para desenvolvimento de formas graves de Covid-19 devem ser testadas por TR-Ag.

Estes grupos são:

- idosos;
- indígenas;
- pacientes com múltiplas comorbidades;
- imunocomprometidos;
- gestantes;

#### **4. MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE SURTOS DE SG NAS UNIDADES PRISIONAIS**

Permanecem vigentes as seguintes recomendações que visam a prevenção e contenção da transmissão de vírus respiratórios:

- monitorar o quadro clínico dos sintomáticos a fim de identificar precocemente sinais de agravamento da doença;
- novos ingressantes que estiverem assintomáticos e que venham de transferências de outro estabelecimento prisional não precisam realizar período de triagem ou testagem, desde que o estabelecimento de origem não tenha casos confirmados ou esteja em surto;
- a visitação deve ser suspensa na menor célula dentro da galeria/pavilhão em caso de surto de SG (influenza, COVID-19...);
- De acordo com o cenário epidemiológico atual, as visitas íntimas e sociais não ficam mais condicionadas à comprovação do esquema vacinal para Covid-19 atualizado da pessoa privada de liberdade e/ou do visitante;
- Manter as medidas sanitárias de higienização, desinfecção e limpeza de ambientes.

#### **5. OUTRAS MEDIDAS DE IMUNIZAÇÃO E PREVENÇÃO**

**Hepatite A:** é uma doença de transmissão fecal-oral por contato entre indivíduos ou por meio de água ou alimentos contaminados pelo vírus. A vacina é disponibilizada pelo Programa Nacional de Imunizações para crianças e para adultos com condições clínicas especiais.

- Pessoas privadas de liberdade que se enquadrem nas condições clínicas especiais possuem recomendação de vacinação para hepatite A, conforme orientações dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIEs). O esquema vacinal



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE  
CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE

nestas situações consiste em duas doses com intervalo de 6 meses.

**CONDIÇÕES CLÍNICAS ESPECIAIS:** hepatopatias crônicas de qualquer etiologia, inclusive portadores dos vírus das hepatites B e C (VHC); pessoas vivendo com HIV/aids; imunodepressão terapêutica ou por doença imunodepressora; doenças de depósito; fibrose cística (mucoviscidose); trissomias; candidatos a transplante de órgão sólido, cadastrados em programas de transplantes; transplantados de órgão sólido (TOS); transplante de células-tronco hematopoiéticas (THCT); doadores de órgão sólido ou de células-tronco hematopoiéticas (TCTH), cadastrados em programas de transplantes; hemoglobinopatias; asplenia anatômica ou funcional e doenças relacionadas.

- Especificamente no cenário de calamidade decorrente de enchentes, onde o contato com água e alimentos possivelmente contaminados e situações de abrigo aumentam o risco de infecção pela hepatite A, a aplicação da vacina para pacientes especiais poderá ser realizada dispensando avaliação prévia junto ao CRIE. Para isso, o estabelecimento prisional e a Secretaria Municipal de Saúde deverão realizar levantamento prévio de quantas doses serão necessárias para implementar a estratégia.
- Além da imunização, recomenda-se o reforço de orientações quanto a higiene adequada, desinfecção de objetos, bancadas e chão que tenham tido contato com a água da enchente, utilizando hipoclorito de sódio a 2,5% ou água sanitária.

**Tétano:** doença toxiinfeciosa, não contagiosa, causada pelo bacilo *Clostridium tetani*. A infecção ocorre pela contaminação de ferimentos superficiais ou profundos de qualquer natureza (ex: queimaduras, feridas puntiformes ou por armas brancas e de fogo, mordeduras, politraumatismos e fraturas expostas). O período compreendido entre o ferimento (provável porta de entrada do bacilo) e o primeiro sinal ou sintoma pode variar de 03 a 21 dias. Trata-se de agravo de notificação compulsória no Sinan Net.

- A suscetibilidade é universal e a prevenção é através da vacinação.
- A vacina dupla adulto (dT) está disponível para toda a população a partir dos 7 anos de idade; recomendam-se três doses e um reforço a cada dez anos, em indivíduos não **vacinados ou sem comprovação vacinal** para difteria e tétano, devem-se
- administrar três doses da dupla adulto (dT) com intervalo de 60 dias entre as doses, em um mínimo de 30 dias.
- Pessoas privadas de liberdade que não possuam comprovação vacinal de dT nos últimos dez anos devem receber o imunizante.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE  
CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE

- As inundações propiciam a disseminação e persistência do agente (*Clostridium tetani*) no ambiente (solo, água suja, destroços, galhos, poeira, objetos de madeira, vidro e metal).
- Sempre que houver lesão de pele/mucosa, deve-se além de lavar o local com água e sabão (conforme disponibilidade utilizar solução antisséptica/ água oxigenada), verificar o estado vacinal e procurar atendimento de saúde para avaliar a necessidade de utilização de vacina e/ou soro antitetânico (em casos de ferimentos profundos e histórico vacinal desconhecido, além da vacina antitetânica é necessária aplicação de soro antitetânico na ação de profilaxia contra o tétano).

**Leptospirose:** As chuvas ocorridas no Estado do Rio Grande do Sul aumentam o risco da população, exposta às enchentes, contrair leptospirose. A leptospirose é uma doença infecciosa febril aguda que é transmitida a partir da exposição direta ou indireta à urina de animais (principalmente ratos) infectados pela bactéria *Leptospira*; sua penetração ocorre a partir da pele com lesões, pele íntegra imersa por longos períodos em água contaminada ou por meio de mucosas. O período de incubação pode variar de 1 a 30 dias e normalmente ocorre entre 7 a 14 dias após ter entrado em contato com as águas de enchente ou esgoto.

**DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO DE LEPTOSPIROSE (no contexto das enchentes):**

Indivíduo que apresenta febre e mialgia, especialmente na região lombar e panturrilha, e que tenha tido contato físico com áreas alagadas, lama ou esgoto, ou tenha participado de limpeza de casa após enchente, ou, ainda que tenha tido contato/realizado limpeza nos abrigos de animais resgatados, no período de até 30 dias anteriores ao início dos sintomas.

- A antibioticoterapia está indicada em qualquer período da doença, mas sua eficácia costuma ser maior na 1ª semana do início dos sintomas. Na fase precoce, são utilizados Doxiciclina ou Amoxicilina; para a fase tardia, Penicilina cristalina, Penicilina G cristalina, Ampicilina, Ceftriaxona ou Cefotaxima.

Considerando o atual cenário de chuvas e cheias em várias regiões do estado, suspeitos oriundos de área de alagamento e com sintomas compatíveis com Leptospirose devem iniciar tratamento medicamentoso imediato e, se houver a possibilidade deve-se coletar exames inespecíficos, como hemograma com contagem de plaquetas, transaminases, bilirrubinas, potássio, ureia e creatinina



GOVERNO DO ESTADO  
**RIO GRANDE DO SUL**  
SECRETARIA DA SAÚDE

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE  
CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE

- Fluxos de notificação e coleta de amostra devem ser realizados conforme determina a Nota Técnica nº10/2024/DVE/CEVS - Leptospirose no contexto das enchentes, sendo que a notificação do agravo deve ocorrer na suspeita e no prazo de 24 h para a SMS (Portaria GM/MS nº 3.148/2024).

Tani Maria Schilling Ranieri  
Diretora do Centro Estadual de Vigilância em Saúde

Marilise Fraga de Souza  
Diretora do Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde



GOVERNO DO ESTADO  
**RIO GRANDE DO SUL**  
SECRETARIA DA SAÚDE

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE  
CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE

**Anexo A**

Ficha de Acolhimento da Atenção Primária Prisional

ATENDIMENTO		
<b>Responsável pelo atendimento:</b>		
Data: ___/___/____      Horário: ___:___      Data de entrada na Unidade: ___/___/____		
Transferência de outra Unidade Prisional: ( ) Não ( ) Sim Se sim, qual a procedência: _____		
IDENTIFICAÇÃO		
Nome Completo:		
Nome Social:		
Data de Nascimento: ___/___/____		Idade: _____ anos
CPF:	RG:	CNS:
Município de Nascimento:		UF:
Nacionalidade: ( ) Brasileira ( ) Naturalizado ( ) Estrangeiro. Qual país? _____		
Nome da mãe:		
Nome do pai:		( ) Desconhecido
Estado Civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) União Estável ( ) Outro: _____		
Endereço (Rua, Nº, Bairro e Cidade): _____ _____		
( ) Zona Rural ( ) Zona Urbana		
Situação de rua: ( ) Não ( ) Sim. Qual município? _____		
Raça/cor (AUTODECLARADA): ( ) Branco ( ) Preto ( ) Pardo ( ) Amarelo ( ) Indígena. Qual etnia? _____		
<b>Sexo Biológico (AUTODECLARADO)</b> ( ) Feminino ( ) Masculino ( ) Intersexo ( ) Não desejo informar	<b>Identidade de Gênero (AUTODECLARADA)</b> ( ) Homem ( ) Mulher ( ) Homem trans ( ) Mulher trans / Travesti ( ) Não binário ( ) Não desejo informar	<b>Orientação sexual (AUTODECLARADA)</b> ( ) Heterossexual ( ) Homossexual(gay/lésbic a) ( ) Bissexual ( ) Outra. Qual? ( ) Não desejo informar
CONTATOS		





GOVERNO DO ESTADO  
**RIO GRANDE DO SUL**  
SECRETARIA DA SAÚDE

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE  
CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE

<b>CONTATO 1 - Nome:</b>		
Essa pessoa é seu/sua: ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Irmão/Irmã ( ) Cônjuge ( ) Outro: _____		
Telefone com DDD: _____		
Endereço (Rua, Nº, Bairro e Cidade): _____		
<b>CONTATO 2 - Nome:</b>		
Essa pessoa é seu/sua: ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Irmão/Irmã ( ) Cônjuge ( ) Outro: _____		
Telefone com DDD: _____		
Endereço (Rua, Nº, Bairro e Cidade): _____		
<b>DADOS SOCIAIS E ECONÔMICOS</b>		
<b>Escolaridade:</b> ( ) Fundamental incompleto ( ) Fundamental completo ( ) Médio incompleto ( ) Médio completo ( ) Superior incompleto ( ) Superior completo	<b>Profissão/ ocupação/ fonte de renda:</b> _____ _____ _____ _____ _____	<b>A família recebe algum benefício atualmente?</b> ( ) Não ( ) Sim. Qual? _____ _____ _____
Possui filhos? ( ) Não ( ) Sim. Quantos: _____		
Idade: _____		
Possui outros dependentes? ( ) Não ( ) Sim. Quantos? _____		
<b>Encaminhamentos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ofertar encaminhamento para conhecer ou estudar no NEEJA: ( ) Não ( ) Sim</li><li>• Ofertar conversa com a Assistência Social: ( ) Não ( ) Sim</li></ul> _____		
<b>CONDIÇÕES DE SAÚDE</b>		
<b>Possui alguma deficiência:</b> ( ) Não ( ) Sim <b>Qual(is):</b> _____ _____ _____ ( ) não sabe responder	<b>Possui alergias ou intolerância alimentar:</b> ( ) Não ( ) Sim <b>Qual(is):</b> _____ _____ ( ) não sabe responder	<b>Realizou cirurgias:</b> ( ) Não ( ) Sim <b>Qual(is):</b> _____ _____ ( ) não sabe responder
<b>Condições crônicas:</b> <b>Hipertensão</b> ( ) Não ( ) Sim <b>Diabetes</b> ( ) Não ( ) Sim <b>HIV</b> ( ) Não ( ) Sim	<b>Histórico doenças infecciosas:</b> <b>Sífilis</b> ( ) Não ( ) Sim <b>HPV</b> ( ) Não ( ) Sim <b>Tuberculose</b> ( ) Não ( ) Sim	<b>Possui doença de pele:</b> ( ) Não ( ) Sim <b>Qual(is):</b> _____



GOVERNO DO ESTADO  
**RIO GRANDE DO SUL**  
SECRETARIA DA SAÚDE

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE  
CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE

<b>Autoimune</b> ( ) Não ( ) Sim <b>Outra:</b> _____ _____ _____ ( ) não sabe responder <b>Obs:</b> _____ _____ _____ _____	<b>Hepatite B</b> ( ) Não ( ) Sim <b>Hepatite C</b> ( ) Não ( ) Sim <b>Outra:</b> _____ _____ ( ) não sabe responder <b>Obs:</b> _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ ( ) não sabe responder <b>Obs:</b> _____ _____ _____ _____
<b>Usa medicamento contínuo:</b> ( ) Não ( ) Sim. Qual (is): _____ _____		
<b>Teve algum contato com água de enchente.</b> ( ) Não ( ) Sim Ano: _____ <b>Descrever quando foi e o tempo de exposição:</b> _____ <b>Encaminhamentos:</b> _____ _____		
<b>Tipo sanguíneo:</b> ( ) A+ ( ) A- ( ) B+ ( ) B- ( ) O+ ( ) O- ( ) AB+ ( ) AB- ( ) Não sabe <b>Encaminhamentos:</b> _____ _____ _____ _____ _____		
<b>SAÚDE DA MULHER</b>		
<b>Gestação no momento</b> ( ) Não sabe ( ) Não ( ) Sim. Qual a idade gestacional? _____	<b>Faz uso de método contraceptivo? Se sim, qual.</b> ( ) Não ( ) Ligadura de trompas ( ) Anticoncepcional oral ( ) Histerectomia ( ) DIU/ implante ( ) Anticoncepcional injetável	
<b>Já realizou exame preventivo/Papanicolau?</b> ( ) Não ( ) Sim. Qual foi o ano? _____ <b>Encaminhamentos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ofertar a continuidade ou início da utilização de método contraceptivo: ( ) Não ( ) Sim</li><li>• Ofertar consulta para realizar exame preventivo: ( ) Não ( ) Sim</li><li>• Encaminhar para pré-natal: ( ) Não ( ) Sim</li></ul> _____ _____		



GOVERNO DO ESTADO  
**RIO GRANDE DO SUL**  
SECRETARIA DA SAÚDE

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE  
CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE

**SAÚDE DO HOMEM**

**Já realizou exame preventivo para o câncer de próstata?**

( ) Não ( ) Sim. Qual foi o ano?  
\_\_\_\_\_

**Possui histórico de câncer de próstata na família?**

( ) Não ( ) Sim. Qual foi o familiar? \_\_\_\_\_

**Você realizou vasectomia?** ( ) Não ( ) Sim

**Sua parceria está gestante?**

( ) Não ( ) Sim. **Você está participando do pré-natal?** ( ) Não ( ) Sim

**Encaminhamentos:**

- **Ofertar encaminhamento para realizar vasectomia:** ( ) Não ( ) Sim
  - **Encaminhar para realizar pré-natal do parceiro:** ( ) Não ( ) Sim
- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SAÚDE MENTAL E USO DE SUBSTÂNCIAS**

**Possui vínculo com CAPS?**

( ) Não

( ) Sim. **Qual o nome e o município desse CAPS:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Possui transtorno mental:**

**Ansiedade** ( ) Não ( ) Sim

**Depressão** ( ) Não ( ) Sim

**Bipolaridade** ( ) Não ( ) Sim

**Esquizofrenia** ( ) Não ( ) Sim

**Autismo** ( ) Não ( ) Sim

**Outro:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

( ) não sabe responder

**Usa medicamento controlado:**

( ) Não

( ) Sim. **Qual:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

( ) não sabe responder

**Estava em acompanhamento em Saúde Mental no momento da prisão?**

( ) Não ( ) Sim. **Qual o motivo?**  
\_\_\_\_\_

**Faz uso de:**

**Álcool** ( ) Não ( ) Sim

**Cigarro** ( ) Não ( ) Sim

**Maconha** ( ) Não ( ) Sim

**Crack** ( ) Não ( ) Sim

**Cocaína** ( ) Não ( ) Sim

**Anfetaminas** ( ) Não ( ) Sim

**Drogas "k"** ( ) Não ( ) Sim

**Outra(s):** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Já realizou algum tratamento para cessar ou reduzir o uso?**

( ) Não

( ) Sim. **De qual substância?**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Gostaria de realizar algum tratamento para cessar ou reduzir o uso?**

( ) Não

( ) Sim. **De qual substância?**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



GOVERNO DO ESTADO  
**RIO GRANDE DO SUL**  
SECRETARIA DA SAÚDE

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE  
CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE

**Encaminhamentos:**

- **Ofertar consulta com a psicologia:** ( ) Não ( ) Sim
- **Ofertar consulta com psiquiatra:** ( ) Não ( ) Sim
- **Encaminhar para renovação de receitas:** ( ) Não ( ) Sim
- **Ofertar encaminhamento para grupos de apoio para cessar ou reduzir o uso (se existir):**  
( ) Não ( ) Sim

---

---

---

---

**SITUAÇÃO VACINAL**

- Recebeu a vacina da Covid-19 no último ano?** ( ) Não ( ) Sim ( ) Não sabe
- Recebeu a vacina da Influenza no último ano?** ( ) Não ( ) Sim ( ) Não sabe
- Recebeu a vacina do Tétano nos últimos 10 anos?** ( ) Não ( ) Sim ( ) Não sabe
- Recebeu a vacina da Hepatite B alguma vez na vida?** ( ) Não ( ) Sim ( ) Não sabe

**Encaminhamentos:**

- **Ofertar as vacinas disponíveis:**  
( ) Não ( ) Hepatite B ( ) Covid-19 ( ) Influenza  
( ) Febre Amarela ( ) Dupla Adulto (dT) ( ) Tríplice Viral (SRC)  
( ) Outra: \_\_\_\_\_
- **Ofertar cópia da carteira de vacinação:** ( ) Não ( ) Sim

---

---

---

---

**PRIMEIRO ATENDIMENTO CLÍNICO**

**ANTROPOMETRIA**

Peso: \_\_\_\_\_ kg  
Altura: \_\_\_\_\_ cm  
IMC: \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

**SINAIS VITAIS**

PA: \_\_\_\_\_ mmHg  
FC: \_\_\_\_\_ bpm  
SAT: \_\_\_\_\_ %  
Temp.: \_\_\_\_\_ °C

**Apresenta sintomas respiratórios?**

**Tosse** ( ) Não ( ) Sim  
**Coriza** ( ) Não ( ) Sim  
**Espirros** ( ) Não ( ) Sim  
**Febre** ( ) Não ( ) Sim  
**Calafrios** ( ) Não ( ) Sim

**Outros:** \_\_\_\_\_

**Data do início dos sintomas:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**OBS: em caso positivo, deve ser ofertado a coleta de escarro para Tuberculose e teste para Covid-19.**



GOVERNO DO ESTADO  
**RIO GRANDE DO SUL**  
SECRETARIA DA SAÚDE

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE  
CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE

**Apresenta lesões/ ferimentos no corpo?**

( ) Não ( ) Sim. Local(is): \_\_\_\_\_

Conduta: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**TESTES RÁPIDOS**

<b>HIV (1/2)</b>	Lote:	Validade:	( ) R ( ) NR ( ) Não realizado
<b>HIV (2/2)</b>	Lote:	Validade:	( ) R ( ) NR ( ) Não realizado
<b>Sífilis</b>	Lote:	Validade:	( ) R ( ) NR ( ) Não realizado
<b>Hepatite B</b>	Lote:	Validade:	( ) R ( ) NR ( ) Não realizado
<b>Hepatite C</b>	Lote:	Validade:	( ) R ( ) NR ( ) Não realizado
<b>Covid</b>	Lote:	Validade:	( ) R ( ) NR ( ) Não realizado

Teste de gravidez: ( ) Negativo ( ) Positivo ( ) Não realizado

Coleta de escarro: ( ) Sim ( ) Não

**Apresenta alguma outra queixa?**

( ) Não ( ) Sim. Qual(is): \_\_\_\_\_

Conduta: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Apresenta alguma queixa odontológica?**

( ) Não ( ) Sim. Qual(is): \_\_\_\_\_

Necessita avaliação imediata de dentista: ( ) Não ( ) Sim

Conduta: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ENCAMINHAMENTOS FINAIS:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assinatura do profissional

Assinatura do Paciente

Nota: Esta ficha de acolhimento da APS Prisional foi elaborada com base na consulta às fichas de primeira avaliação em saúde das unidades básicas de saúde prisional do Rio Grande do Sul, a partir de pesquisa realizadas pela Área Técnica de Saúde Prisional do DAPPS/SES/RS. Submetida à avaliação dos profissionais atuantes na área da saúde prisional e compilada em parceria com o Projeto de Extensão Quebrando barreiras: prevenir e cuidar das pessoas com Tuberculose e Hepatites C no sistema prisional da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC.