

Estado de São Paulo

Seção I

Palácio dos Bandeirantes
Av. Morumbi, 4.500 - Morumbi - CEP 05698-900 - Fone: 3745-3344

Nº 40 – DOE - 03/03/16 - seção 1 - p.42

Saúde
GABINETE DO SECRETÁRIO

Resolução SS nº 19, de 1-3-2016

Institui, o Protocolo de Diagnóstico, Tratamento e Seguimento da Triagem Ocular - Teste do Olhinho - Teste do Reflexo Vermelho no Estado de São Paulo, a ser realizado em todos os estabelecimentos de Saúde da Rede, vinculados ou não ao Sistema Único de Saúde e dá providências correlatas.

O Secretário de Estado da Saúde, considerando que:

- a Lei Estadual nº 12.551, de 05 de março de 2007, que dispõe sobre a obrigatoriedade da realização de exame gratuito do Teste do Reflexo Vermelho (TRV) nas maternidades e estabelecimentos hospitalares congêneres do Estado;
- o Programa Nacional de Triagem Neonatal (Ministério da Saúde) prevê uma nova Portaria que contemplará a Triagem Auditiva e Ocular (Consulta Pública nº 18, de 20 de setembro de 2013 que trata da reformulação do Programa Nacional de Triagem Neonatal do SUS que passará a contemplar a Triagem Neonatal Ocular – TNO);
- a Secretaria de Estado da Saúde – SES, instituiu através da Resolução SS nº 118, de 13 de novembro de 2013, o Grupo de Trabalho – GT, composto por Oftalmologistas dos Hospitais Universitários, integrantes de Serviços de Oftalmologia Pediátrica, com objetivo de organizar a Triagem Ocular;
- o referido Grupo, por meio da Faculdade de Medicina de Botucatu, da Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”/FMB-UNESP, em conjunto com a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – FMRP/USP, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas – FCM/UNICAMP, Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - FCMSCSP e Coordenadoria Estadual do Programa Nacional de Triagem Neonatal do Estado de São Paulo, aprovaram através da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo / Programa de Pesquisa para o SUS - FAPESP/PPSUS, o "Projeto de Implantação de Linha de Cuidado para Crianças com Alteração do Exame do Olhinho no Estado de São Paulo” (processo FAPESP nº 2014/50111-6 <http://www.fapesp.br/8742>);

- os Oftalmologistas que compõem o GT representam seis Hospitais Universitários, localizados estrategicamente no estado de São Paulo, fato que contribuirá decisivamente para adesão ao Programa pelos usuários, permitindo o diagnóstico precoce, terapêutica adequada e oportuna e reabilitação visual para todas as crianças com doenças tratáveis, que tenham Reflexo Vermelho alterado de todos os municípios do estado de São Paulo;
- o Decreto nº 7.508/2011 que prevê redes temáticas específicas para garantir a integralidade da atenção;
- o Programa de Prevenção à Cegueira Infantil é um trabalho das Unidades das Redes de Atenção à Saúde numa ação conjunta entre as Maternidades e Hospitais que fazem partos (públicos e privados), Unidades Básicas de Saúde – UBS's, Ambulatórios Médicos de Especialidades – AME's e os Serviços de Saúde designados pelos Departamentos Regionais de Saúde – DRS's, que desempenharão a função estabelecida no protocolo clínico/assistencial, utilizando como referências os serviços especializados (AME's) e os hospitais de referência terciária (HU), com vagas reguladas para garantia de acesso pela Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS);
- que a prevenção da cegueira causada pelas patologias a serem diagnosticadas pela Triagem Ocular tem desfecho favorável se as ações terapêuticas forem realizadas até a sexta semana de vida das crianças.

Resolve:

Artigo 1º - Aprovar o Protocolo Clínico para o Diagnóstico, Tratamento e Seguimento da Triagem Ocular Neonatal – Teste do Olhinho – Teste do Reflexo Vermelho (TNN – TRV), (Anexo I), que fica fazendo parte integrante da presente Resolução.

Artigo 2º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

ANEXO I

(a que se reporta a Resolução SS -)

NOTA TÉCNICA

PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEGUIMENTO DA TRIAGEM OCULAR DO ESTADO DE SÃO PAULO – TESTE DO OLHINHO – TESTE DO REFLEXO VERMELHO (TRV) NA TRIAGEM NEONATAL

1. Introdução

A **Triagem Neonatal (TNN)** é uma estratégia preventiva em Saúde Pública, que possibilita a eliminação ou amortização das sequelas associadas a cada uma das doenças diagnosticadas no período neonatal.

O **Teste do Reflexo Vermelho (TVR)** ou, como é conhecido popularmente **Teste do Olhinho**, assim como o Teste do Pezinho que detecta doenças genéticas, congênicas e metabólicas na primeira semana da vida, permite diagnosticar uma patologia ocular congênita já no segundo dia da vida de uma criança.

Esse teste faz parte do exame físico completo do recém-nascido incluindo os olhos, aos quais todos têm direito, antes da alta da maternidade. O mesmo exame físico completo deve ser feito, na primeira consulta pelo médico na Unidade Básica de Saúde ou pelo médico da escolha da família. Já a confirmação do diagnóstico de uma patologia ocular deverá ser feita por um Médico Oftalmologista.

O intervalo de tempo ideal entre o nascimento, TRV na maternidade, diagnóstico confirmatório e a ação terapêutica, para que consigamos prevenir a cegueira num bebê com reflexo vermelho alterado, é muito curto. Temos seis semanas de intervalo para que tudo seja feito.

Em nosso meio, entre 5,5 a 12,0%, de todas as causas de deficiência visual é secundária à Catarata Congênita. Essa doença pode levar a cegueira irreversível se não tratada adequada e oportunamente. A apresentação de maior risco para cegueira é a Catarata Congênita (CC) bilateral. A conduta terapêutica para essa forma de CC é cirúrgica nos casos em que a dimensão, localização e intensidade da opacidade do cristalino justifiquem a baixa da visão.

O sucesso do Programa em pauta só acontecerá se os bebês de risco para cegueira chegarem ao Serviço de Referência Especializado em Catarata Congênita (SRECC), entre quatro e cinco semanas de vida, no máximo. Essa é a razão pela qual o TRV deve ser feito na maternidade e o bebê de risco para cegueira deverá ser encaminhado diretamente para a confirmação do diagnóstico, o mais rapidamente possível.

A prevenção da cegueira causada pela CC é o principal indicador de qualidade e sucesso desse Programa, arrastando consigo, todas as demais patologias oculares congênicas passíveis de serem selecionadas pelo TRV, produzindo os melhores desfechos terapêuticos em cada uma delas, individualmente.

2. Diagnóstico

O método de realização do TRV é não invasivo e muito simples. Utiliza-se apenas um oftalmoscópio, que é um equipamento portátil, de baixo custo, para a realização da oftalmoscopia direta. Esse procedimento é extremamente barato, rápido e indolor. O exame consiste na resposta ocular obtida quando um feixe de luz ilumina o olho do bebê. Para que este reflexo possa ser visto pelo examinador é necessário que o eixo óptico esteja livre, isto é, sem nenhum obstáculo mecânico à entrada e à saída da luz pela pupila. A passagem livre da luz significa que a criança não tem nenhum

impedimento anatômico para o desenvolvimento da visão, ou seja, que as principais estruturas internas do olho (córnea, câmara anterior, íris, pupila, cristalino, humor vítreo e retina) estão transparentes, permitindo que a retina seja atingida de forma natural pela luz.

O procedimento é baseado no mesmo efeito que deixa o reflexo dos olhos vermelhos em fotografias (“olho de gato”). Mas, ao invés de usar uma máquina fotográfica, o examinador utiliza a luz do oftalmoscópio, dirigindo-a para os olhos, numa distância de 30 a 45 cm do rosto do bebê a ser avaliado. A resposta normal a esse reflexo ocular é o olho vermelho, laranja ou amarelo devido à vascularização da coróide (camada altamente vascularizada que fica atrás da retina do olho). Se os olhos ou um olho não refletir homoganeamente a cor vermelha ou o cristalino for branco opaco (leucocoria), esse padrão de resposta ao TRV selecionará bebês suspeitos de uma doença oftalmológica.

A luz emitida pelo oftalmoscópio tem um padrão específico de comprimento, intensidade e frequência, padronizados para avaliação do TRV. Portanto, lanternas comuns e ou outras fontes luminosas, não poderão ser usadas para realização do TRV, por ora. No futuro, acreditamos que o desenvolvimento de um aplicativo associado a câmaras fotográficas dos telefones celulares, poderá emitir um feixe luminoso, com o mesmo padrão do oftalmoscópio, universalizando o processo seletivo do TRV para toda a população. Pessoas de qualquer idade poderão realizar esse exame, em si ou em outras pessoas.

Diversas outras doenças serão selecionadas pelo TRV e confirmadas através de diagnóstico diferencial das leucocorias. São elas: Retinopatia da Prematuridade, Glaucoma Congênito, Retinoblastoma, Doença de Coats (teleangectasia vascular da retina), Persistência Primária do Vítreo Hiperplásico – PVPH, Descolamento de Retina, Hemorragia Vítreo, Uveíte (Toxoplasmose, Toxocaríase), Leucoma e até mesmo altas Ametropias. Há uma associação entre CC e outras doenças genéticas, sendo que as mais frequentes são: Galactosemia, Síndrome de Lowe (Síndrome Cérebro-óculo-renal) e Síndrome de Down.

A CC unilateral é uma causa importante de Ambliopia e Estrabismo. A palavra Ambliopia vem do grego e literalmente significa “visão embaçada”. Ambliopia é um termo não específico que se refere à visão deficiente. Ela é induzida por privação de estímulos luminosos, que são importantes para o desenvolvimento do córtex cerebral visual. Uma discrepância entre a informação visual recebida pelo órgão cerebral, advinda de cada olho, resulta no desenvolvimento corticocerebral anormal. De nada adianta um olho anatomicamente perfeito, se o cérebro “não enxerga” aquilo que o olho vê.

Além disso, uma das formas de apresentação de CC unilateral pode ao nascimento, mostrar-se como uma lesão puntiforme no cristalino e produzir um resultado de TRV normal ao nascimento (resultado falso-negativo), mas poderá ser diagnosticada durante o crescimento da criança e ser submetida ao tratamento, se necessário.

O Retinoblastoma é a segunda patologia mais importante selecionada pelo TRV. Há um alto risco de morte infantil, causada por essa patologia, se ela não for diagnosticada precocemente e tratada adequadamente, pois esse é o tumor ocular maligno mais frequente, entre as crianças pequenas. O tratamento adequado permite a cura dessa doença.

A Retinopatia da Prematuridade (RP) é uma doença vasoproliferativa da retina. Uns dos fatores de riscos relatados na literatura é o uso prolongado e necessário do oxigênio, utilizado de rotina, como suporte de vida nas complicações clínicas do período neonatal. Há uma relação direta entre o aumento da frequência e/ou gravidade da RP, com baixo peso ao nascimento e prematuridade. Recém-nascidos, com peso de nascimento inferior a 1.000 g, têm risco aumentado em desenvolver essa doença de 15 vezes mais, quando comparado com os que nascem com peso de 2.500 g. Bebês com idade gestacional

menor do que 30 semanas tem seis vezes mais risco de desenvolver RP do que os nascidos com mais de 30 semanas.

O TRV não é o melhor método para a detecção precoce da RP. Ele só selecionará, tardiamente, as formas mais graves dessa patologia, não prevenindo a cegueira. A idade gestacional e o peso ao nascimento são melhores parâmetros de seleção de risco para essa patologia. As ações terapêuticas e a necessidade de procedimentos de suporte de vida prolongam o tempo de internação hospitalar, relegando a triagem ocular para um segundo momento na vida desses bebês. Mas, todos os bebês prematuros devem obrigatoriamente realizar o TRV antes da alta hospitalar. O objetivo nesses casos é a seleção das formas mais graves de RP para início precoce do treinamento adaptativo para visão subnormal e cegueira, quando essa doença gerar tal desfecho.

Para que sejam instituídas terapêuticas para a prevenção de cegueira causada pela RP sugerimos que seja criado um protocolo específico para o tratamento dessa doença, pois o TRV somente será alterado nas formas mais graves dela, onde o tratamento apresenta pior prognóstico. O protocolo deverá levar em consideração os fatores de risco mais importantes para o aparecimento da RP, que são: peso abaixo de 1.000g, idade gestacional abaixo de 30 semanas e uso de oxigênio após o nascimento.

Segundo a Sociedade Brasileira de Visão Subnormal, a visão subnormal caracteriza-se como o comprometimento significativo da visão que não pode ser corrigido com uso de óculos convencionais, lentes de contato e nem mesmo com intervenção cirúrgica. Trata-se de uma perda parcial da visão que pode ocorrer devido às doenças congênitas, lesões, envelhecimento ou como resultado do agravamento de doenças oftalmológicas.

O Glaucoma Congênito é uma afecção rara. Ele tem como etiologia uma malformação do ângulo da câmara anterior que dificulta a drenagem do humor aquoso e, assim, leva a um aumento da pressão intraocular. O aumento dessa pressão pode provocar edema e opacificação da córnea causando alteração do reflexo vermelho, podendo levar ao diagnóstico precoce da doença quando o TRV é realizado.

A CC pode também estar associada à persistência do vítreo primário hiperplásico, caracterizado por uma placa de tecido fibrovascular atrás do cristalino com processos ciliares alongados se estendendo até ele. Na evolução do quadro, pode haver progressão para o Glaucoma.

Resumindo, as principais doenças que podem ser detectadas no Teste do Olhinho são:

1. Catarata Congênita;
2. Glaucoma Congênito;
3. Retinoblastoma;
4. Retinopatia da Prematuridade.

3. Realização do TRV Confirmatório

O exame confirmatório deve ser realizado nos Serviços de Referência para Reteste (SRR) por Médico Oftalmologista. O TRV confirmatório requer a dilatação prévia da pupila do bebê. Para tal utilizam-se colírios, que são compostos por substâncias que induzem a dilatação da pupila e atuam inibindo a reabsorção da noradrenalina na sinapse nervosa. A noradrenalina é um neurotransmissor do sistema nervoso central (SNC) que causa dilatação da pupila. No parecer nº 7, de 21 de fevereiro de 2013, emitido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e aprovado pela Câmara Técnica de Oftalmologia desse conselho, foi recomendando o uso da Tropicamida como uma medicação eficaz e segura para a realização do “teste do olhinho” em recém-natos, observadas suas contraindicações e efeitos colaterais farmacológicos, descritos no uso desse medicamento.

Incidência

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2009), no Brasil, a incidência de cegueira é de 150 a 180 crianças por 1.000.000 de habitantes e de 600 a 720 crianças com visão subnormal por 1.000.000 de habitantes. Pelo menos, 60% das causas de cegueira ou de

grave seqüela visual infantil poderão ser prevenidas ou tratadas se forem diagnosticadas precocemente.

Tratamento

A CC é a causa mais comum de cegueira tratável em crianças e, por isso, preveni-la é o principal objetivo do tratamento.

Há diferenças significativas entre o tratamento da Catarata Senil e a CC. Na Catarata Senil, retira-se o cristalino opalescente e coloca-se uma lente no olho afetado e o adulto poderá encerrar aí o tratamento, para essa doença. Na CC, mesmo com retirada do cristalino doente, nem sempre é possível instalar, durante esse procedimento, outra lente imediatamente. A decisão sobre afacia ou implante primário de lente intraocular deve ser individualizada, assim como a correção com lente de contato ou óculos.

Há crianças que só colocarão a lente substituta definitiva do cristalino doente, entre 5 e 6 anos de idade. Mas, independentemente da idade, todas essas crianças deverão ser assistidas por um programa de reabilitação visual, principalmente entre zero e 12 anos de idade, necessitando de reavaliações oftalmológicas periódicas, pela vida toda. Quando for colocada a lente definitiva, não haverá necessidade da troca da lente por causa do crescimento da criança. O tratamento da CC é prolongado, necessitando de correções refrativas periódicas e maiores cuidados quanto às possíveis complicações pós-operatórias.

O segundo objetivo do acompanhamento oftalmológico/reabilitação é diminuir as seqüelas da Ambliopia, que é de difícil manejo, principalmente em casos de CC unilaterais, que requer prescrição óptica e uso de oclusores oculares no olho dominante. A adesão ao tratamento oclusivo é fundamental para o prognóstico visual, sendo determinado de acordo com a idade da criança e a lateralidade da catarata.

Na presença de baixa visão está indicada a avaliação específica em Serviços de Visão Subnormal e a estimulação das funções visuais básicas. Esses serviços já fazem parte dos SRECC, integrantes desse Programa, ou poderão ser referenciados por eles para o acompanhamento conjunto das pessoas selecionadas pela TNN, por toda a vida delas.

A reabilitação visual requer um trabalho conjunto/integrado/interativo de uma equipe multidisciplinar capacitada, para a conquista de uma boa adesão familiar ao tratamento preconizado por esse protocolo. Essa adesão é fundamental para o sucesso final desse programa, ou seja, a conquista da visão, para cada uma das crianças assistidas por ele.

4. Conclusão

Os primeiros três meses de vida são críticos para o desenvolvimento visual normal. Uma alteração ocular, não diagnosticada e não tratada oportuna e adequadamente, nessa etapa da vida pode levar à cegueira e/ou a baixa visão. O tratamento adequado pode mudar o prognóstico visual dessas crianças para sempre.

Quando realizamos procedimentos na Triagem Neonatal, entendemos que é tão, ou mais, importante do que selecionar crianças de risco para doenças diagnosticadas por eles, também podermos garantir para a maioria da população, que seus filhos, não têm doenças graves, genéticas, congênitas, crônicas e incuráveis. Patologias que poderiam prejudicar o futuro deles e de suas famílias. Principalmente, aquelas doenças que causam deficiências e/ou dependências e comprometem o pleno desenvolvimento das habilidades sensoriais como a cegueira.

É importantíssimo lembrarmos que o TRV deve ser realizado na maternidade e nos casos de exceção, na primeira consulta do recém-nascido na Atenção Básica, assim como por todos os médicos pediatras que seguem crianças pequenas na sua clínica privada, na área da Saúde Suplementar e nas Unidades Básicas de Saúde. O TRV deve ser repetido **na consulta médica dos 4, 6, 12 meses e 2 anos de idade da criança**. A CC unilateral pode apresentar inicialmente, uma lesão puntiforme no cristalino e produzir um resultado de TRV normal ao nascimento (resultado falso-negativo), mas

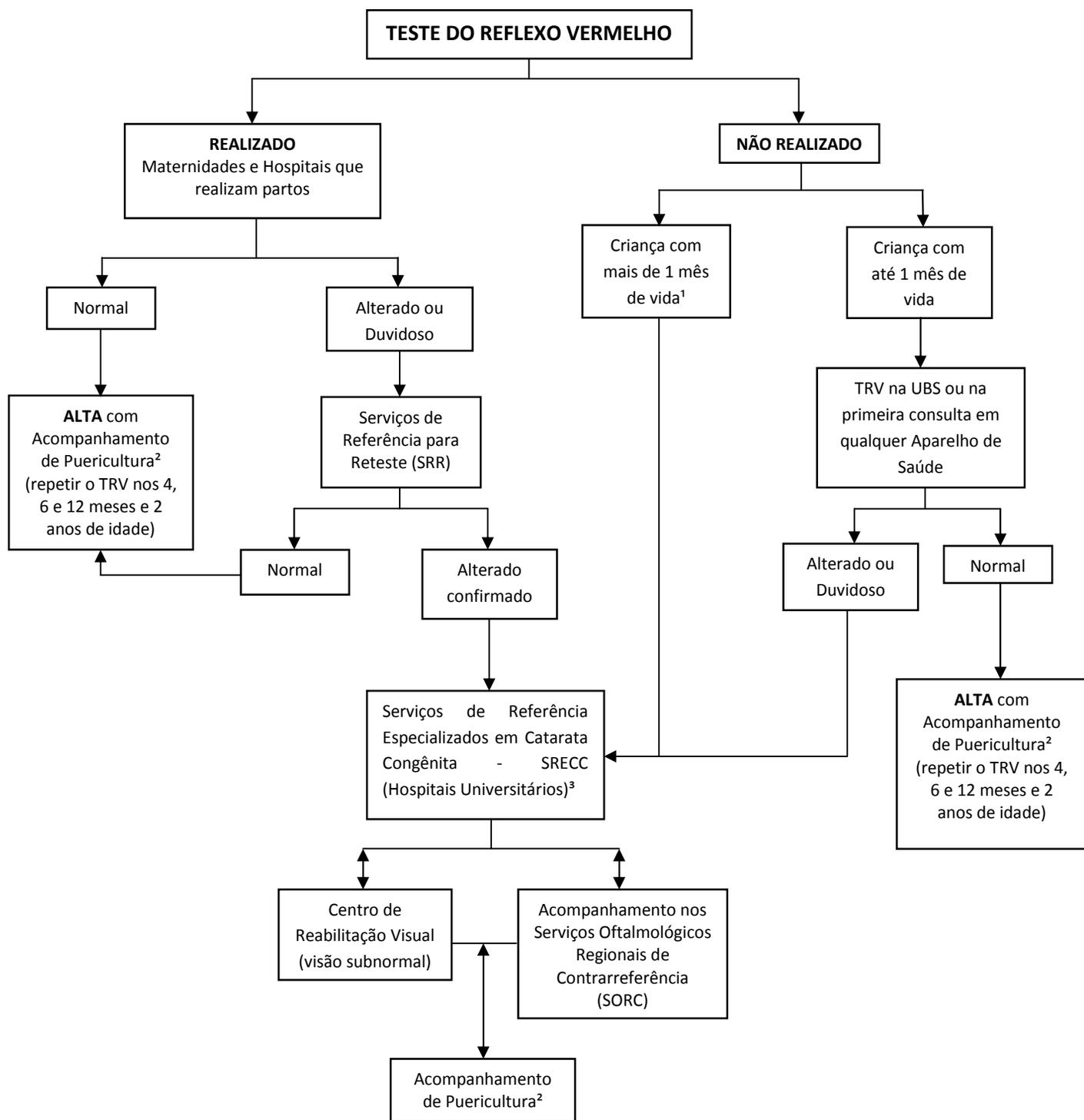
poderá ser diagnosticada durante o crescimento da criança e ser submetida ao tratamento como sucesso.

O Programa da Triagem Ocular do estado de São Paulo instituirá uma Rede Assistencial de Triagem Neonatal Ocular, garantido acesso a todos os recém-nascidos no estado, desde a seleção dos suspeitos de doença ocular ao nascimento, confirmação dos diagnósticos antes de seis semanas de vida, ações terapêuticas adequadas para essa fase da vida, reabilitação visual, seguimento e acompanhamento.

5. Referências Bibliográficas

- a. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS. Divulgação e treinamento do teste do reflexo vermelho em recém-nascidos como estratégia política em defesa da saúde ocular infantil no Ceará (Autores vinculados à Universidade Federal do Ceará).— 2009; 24 pp. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2009/pedro_magalhaes.pdf. Acesso em: 12 ago 2014.
- b. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 650, de 05 de outubro de 2011. Disponível em: <http://brasilsus.com.br/legislacoes/sas/109933-650.html>. Acesso em: 12 ago 2014.
- c. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Cadernos de Atenção Básica. 2012; (33):65. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf. Acesso em: 12 ago 2014.
- d. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de, à, Atenção Básica. Rastreamento. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Primária. 2010; (29):60. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf. Acesso em: 12 ago 2014.

ANEXO II
FLUXO ASSISTENCIAL DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO À CEGUEIRA
INFANTIL



¹ Primeira consulta no SRECC até seis semanas de vida nos casos de TRV alterado/duvidoso ou não realizado até um mês de vida. ² Puericultura realizada na UBS mais próxima do domicílio da criança ou no Ambulatório/Pediatra da Saúde Suplementar escolhido pelos pais e/ou responsáveis por ela. ³ Os pacientes do SRECC nunca recebem alta, pois ficarão em seguimento e acompanhamento conjunto com o SORC, Centro de Reabilitação e Puericultura.

ANEXO III

NORMAS E RECOMENDAÇÕES PARA OS SERVIÇOS

Ações que devem ser desenvolvidas pelos serviços que prestarão assistência nos diferentes pontos de atenção da rede assistencial (nível primário, secundário e terciário) e nos sistemas de apoio, norteadas pelo Programa de Triagem Ocular do estado de São Paulo.

Responsabilidades

1. Maternidades e/ou hospitais onde partos são realizados (origem)

- a. O TRV deve ser realizado em qualquer momento antes da alta hospitalar, preferencialmente, entre 24 e 48h de vida do recém-nascido (RN);
- b. Vigiar se todos os bebês realizaram o TVR antes da alta hospitalar;
- c. Resultado do Exame: o resultado do exame será classificado como normal, alterado ou duvidoso (ANEXO IV e V).
- d. Uma cópia do resultado do exame deverá ser anexada ao prontuário médico da criança e uma cópia deverá ser entregue para mãe e/ou responsável pela criança no momento da alta hospitalar, que a apresentará na primeira consulta de Puericultura na UBS, próxima de seu domicílio;
- e. Exame não realizado: caso o exame não seja realizado na maternidade, assim mesmo deverá ser emitido um laudo, assinalando a razão da não realização do procedimento, ou seja, informar o motivo;
- f. Exame normal: para todos os bebês com TRV normal, a mãe e/ou responsável pela criança deverá ser orientada para seguimento de Puericultura na Unidade Básica mais próxima do seu domicílio ou médico da escolha da família, reforçando a necessidade da apresentação do laudo do TVR na primeira consulta;
- g. Exame alterado ou duvidoso: para os bebês cujo resultado do exame foi classificado como alterado ou duvidoso, a mãe e/ou responsável pela criança deverá ser encaminhada para o Serviço de Referência para Reteste (SRR)– destino 1, preferencialmente na mesma semana da alta hospitalar;
- h. Agendamento de exame confirmatório: os seguintes dados cadastrais da criança e da mãe deverão ser alocados no sistema de informação – SI “lincado” na Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS) – SESSP, onde haverá um campo específico para o registro do resultado do exame realizado na maternidade:
 - Número da Declaração de Nascidos Vivos (DNV), com número e dígito em campos separados;
 - Nome completo da mãe (sem abreviaturas);
 - Data do nascimento;
 - Código IBGE do município;
 - Nome da Instituição;
 - CNES da Instituição;

- i. Todas as maternidades terão acesso através da agenda “OFTALMO – REFLEXO VERMELHO” da CROSS;
- j. O médico responsável pelo exame deverá informar a mãe, familiar e/ou pessoa responsável legal pela criança sobre o resultado do TRV, assim como, reforçar a necessidade do exame confirmatório deixando claro o possível risco de cegueira, nos casos selecionados, como alterado ou duvidoso;
- k. A maternidade deverá informar a mãe e/ou responsável pela criança verbalmente e por escrito, no momento da alta hospitalar, o dia/hora/endereço do local onde será realizado o exame confirmatório - Reteste;
- l. Cada maternidade terá uma unidade de referência pré-estabelecida, tanto para realização do Exame Confirmatório – Reteste, como para o Serviço de Referência Especializado em Catarata Congênita (SRECC), de acordo com o fluxo regional organizado por cada Departamento Regional de Saúde – SES/SP, conforme pactuado nas respectivas Comissões Intergestores Regionais, de acordo com o município do endereço do local de nascimento de cada criança, em razão de tempo decorrido;
- m. Todas as crianças com até um mês de vida que, excepcionalmente, não tenham realizado o exame na maternidade deverão ser encaminhadas a UBS mais próxima do seu domicílio ou em qualquer outro Aparelho de Saúde para realizar o TRV. Caso o resultado seja alterado e/ou duvidoso, a criança deve ser encaminhada diretamente para o SRECC, do território da maternidade, via CROSS;
- n. Todas as crianças com mais de um mês de vida que excepcionalmente não tenham realizado o exame na maternidade deverão ser encaminhadas diretamente para o SRECC, do território da maternidade, através da CROSS;
- o. Cada maternidade deverá designar um serviço de apoio para o desenvolvimento de parceria/apoio/para assistência. Esses serviços auxiliarão a captação de bebês faltosos para exames confirmatórios, nos casos os quais o Serviço de Busca Ativa dos Serviços de Reteste não conseguir localizar a família e/ou responsável legal pela criança, nos moldes operacionais de apoio prestado para a Busca Ativa dos Laboratórios do Teste do Pezinho – Serviços de Referência de Triagem Neonatal;
- p. Anualmente, cada maternidade deverá fornecer, até a primeira quinzena de fevereiro, o número de nascidos vivos para o seu respectivo Departamento Regional de Saúde, que deverão, por sua vez, compilar as informações recebidas e encaminhá-las via e-mail triagemneonatal@saude.sp.gov.br, na segunda quinzena de fevereiro.

2. Serviços de Referência para Reteste (SRR) – destino 1

- a. Organizar e garantir o acesso preferencial do bebê com TRV alterado e/ou duvidoso e seu responsável ao atendimento no SRR;
- b. Abrir agenda diária, disponibilizando 2 (duas) consultas por dia útil da semana ou 10 consultas por semana sob a denominação “OFTALMO – REFLEXO VERMELHO”, o ano todo;
- c. O TRV deverá ser realizado por oftalmologista sob midríase medicamentosa, a fim de confirmar ou não os testes encaminhados como alterado ou duvidoso (e excepcionalmente não realizados) pelas maternidades. O resultado do exame

será normal ou alterado e os exames alterados serão classificados topograficamente como: alteração corneada, cristalina ou de polo posterior.

- d. O resultado do exame será colocado no SI, em um campo designado ao SRR, na agenda da CROSS – OFTALMO REFLEXO VERMELHO;
- e. Resultado do Exame Ocular Confirmatório: uma cópia do resultado do exame deverá ser anexada ao prontuário médico da criança e uma cópia deverá ser entregue para mãe e/ou responsável pela criança no momento da alta;
- f. Exame Ocular Confirmatório Normal: os pais ou responsáveis legais deverão ser orientados para que o bebê faça seguimento de Puericultura na Unidade Básica ou médico da escolha da família, mais próxima do domicílio da família, reforçando a necessidade da apresentação do **laudo do exame confirmatório** na primeira consulta, pós-exame confirmatório;
- g. Exame Ocular Confirmatório Alterado: crianças com exame alterado serão encaminhadas para os SRECC–Hospitais Universitários de Referência (destino 2);
- h. Agendamento da consulta no SRECC: o SRR deverá agendar consulta na agenda OFTALMO – REFLEXO VERMELHO, através da CROSS, garantindo o prazo máximo para o atendimento nos SRECC– Hospital Universitário de Referência de 15 dias entre a data do exame confirmatório e o próximo destino, sempre que possível, respeitando o prazo máximo de seis semanas de vida da criança;
- i. Resultado do Exame Ocular Confirmatório + Pedido de Consulta: os pais ou responsáveis legais deverão ser orientados, verbalmente e por escrito, reforçando sobre a necessidade da avaliação no SRECC e sobre o risco potencial de cegueira. No pedido de consulta deverá constar o endereço do Hospital Universitário, dia, hora e nome do profissional responsável pelo SRECC e por esse atendimento;
- j. Excepcionalmente, no caso de não haver vagas na agenda OFTALMO REFLEXO VERMELHO da CROSS no SRECC, deve-se notificar a Coordenação Estadual da TNN, triagemneonatal@saude.sp.gov.br ou (11)3066-8001, para que seja garantida a assistência ao bebê doente, nos prazos ideais preconizados pelo Programa, mesmo que em outro SRECC– Hospital Universitário de Referência do Programa, fora da região do domicílio da criança.

3. Serviço de Referência Especializado em Catarata Congênita (SRECC) – Hospital Universitário de Referência (destino 2)

- a. Organizar e garantir o acesso preferencial do bebê com TRV alterado e seu responsável;
- b. O SRECC atenderá um conjunto de SRR, estabelecidos regionalmente por cada Departamento Regional de Saúde – SESSP, e receberá as crianças com TVR confirmadamente alterados;
- c. O diagnóstico e a terapêutica indicada para cada caso deverão ser registrados no SI, em um campo designado aos SRECC, na agenda da CROSS – OFTALMO REFLEXO VERMELHO;
- d. Resultado do Exame Ocular Diagnóstico: uma cópia do resultado do exame deverá ser anexada ao prontuário médico da criança e uma cópia deverá ser entregue para mãe e/ou responsável pela criança;

- e. Exame Ocular Diagnóstico Normal: todos os bebês com TRV normal deverão ser orientados para seguimento e acompanhamento de Puericultura na Unidade Básica ou médico da escolha da família, mais próxima do domicílio da família e/ou do seu responsável legal, reforçando a necessidade da apresentação do **laudo do exame confirmatório definitivo**, na primeira consulta após esse atendimento;
- f. Exame Ocular Diagnóstico – Doença Confirmada: o seguimento e acompanhamento deverão ser realizados no Hospital Universitário que, por sua vez, promoverá tratamento personalizado para cada criança. O responsável pela criança deverá portar em mãos um relatório de toda a avaliação realizada, com as orientações para seguimento e acompanhamento conjunto da criança com a UBS mais próxima do domicílio ou médico da escolha da família;
- g. Reabilitação Visual: os SRECC – Hospital Universitário de Referência poderão referenciar um Centro de Reabilitação Visual da Rede da Pessoa com Deficiência, que está em construção, mais próximo do domicílio da família, para que nele se realize a reabilitação visual das crianças desse Programa, desde que, esse Aparelho da Saúde preencha os pré-requisitos necessários para cumprir a agenda de tratamento necessária para cada criança. O SRECC deverá prestar apoio matricial para esse Centro de Reabilitação Visual e reavaliar, de acordo com o projeto terapêutico individualizado e os resultados a serem obtidos em cada caso;
- h. Busca Ativa dos Faltosos: deverá informar ao SRR do seu território, os bebês que faltaram na primeira consulta, de acordo com a posição de falta no algoritmo do Programa, reforçando o prazo ideal preconizado pelo Programa e agendando de novo uma consulta, no menor prazo possível;
- i. Falha de Adesão ao Seguimento, Acompanhamento e Tratamento: é de responsabilidade do SRECC fazer a busca ativa dos bebês que faltarem a partir da segunda consulta, de acordo com a posição de falta no algoritmo do Programa, reforçando o prazo ideal preconizado pelo Programa e agendando nova consulta no menor prazo possível;
- j. Falta de vagas: excepcionalmente, no caso de não haver vagas para o cumprimento do projeto terapêutico individualizado para cada caso no SRECC ou no Centro de Reabilitação Visual, o responsável pelo SRECC deverá notificar a Coordenação Estadual da TNN, triagemneonatal@saude.sp.gov.br ou (11) 3066-8001, para que seja garantida a assistência ao bebê doente, mesmo que em outro SRECC – Hospital Universitário de Referência do Programa, fora da região do domicílio da criança.

4. Serviço Oftalmológico Regional de Contrarreferência (SORC)

Em prol de uma melhor adesão ao tratamento de todas as patologias que necessitarem de correções refrativas periódicas com uso de óculos ou lentes de contato, serão estabelecidos os Serviços Oftalmológicos Regional de Contrarreferência (SORC) para esse Programa.

Eles são equipamentos da rede assistencial complementar do TRV, existentes próximos ao domicílio das pessoas, para onde serão encaminhadas pelos SRECC para assistência às patologias da TRV, cujo diagnóstico de suas patologias oculares foram feitos pelo

Programa do TRV. Eles têm por objetivo dar suporte ao tratamento a longo prazo regionalmente, principalmente para aqueles pacientes cujo domicílio é distante do SRECC.

O SORC deverá ser de atendimento ambulatorial e, sempre que necessário, poderá contar com o apoio matricial e segunda opinião médica e de toda a equipe multiprofissional do SRECC.

O médico responsável pelo SORC deverá notificar o profissional responsável pelo SRECC, de sua área de cobertura, toda vez que a pessoa cadastrada no SRECC faltar a duas consultas seguidas agendadas ao longo de sua vida, para as correções refrativas periódicas. É da responsabilidade do SRECC a captação do faltoso e agendamento de uma nova consulta nesse serviço, mesmo com a necessidade de submeter esse usuário ao deslocamento geográfico, para essa nova avaliação.

5. Central de Regulação (CROSS)

- a. Garantir a operacionalização da agenda OFTALMO – REFLEXO VERMELHO;
- b. Monitorar o preenchimento do SI da origem ao destino 1 e 2;

6. Responsabilidades da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

a. Departamentos Regionais de Saúde (DRS)

- Designar um Profissional da Saúde do DRS para acompanhar o Programa de Prevenção à Cegueira Infantil e realizar as medidas necessárias estabelecidas nesta Resolução;
- Receber as notificações e tomar as medidas específicas cabíveis para cada caso;
- Compilar os números de nascidos vivos fornecidos pelas maternidades e encaminhar para a Coordenação Estadual da TNN, conforme estabelecido nesta Resolução.

b. Coordenação Estadual do Programa Nacional de Triagem Neonatal de São Paulo

- Receber as notificações e tomar as medidas específicas cabíveis para cada caso;
- Elaborar o relatório anual do Programa de Prevenção à Cegueira Infantil do Estado de São Paulo com base nos indicadores de monitoramento preconizados nesta Resolução;
- Publicar o relatório anual do Programa de Prevenção à Cegueira Infantil do Estado de São Paulo no Diário Oficial até o final do mês de maio, de cada ano, a partir da implantação desse programa.

Algoritmo de captação de usuários não aderentes ao Programa – Busca Ativa dos faltosos

São descritas as condutas operacionais adotadas por todos os protagonistas desse programa, nos diferentes pontos de atenção da rede assistencial, para a captação de usuários faltosos, de acordo com a posição da falta a consulta no algoritmo do Programa:

1. Primeira consulta/SRR – Deverá convocar/comunicar-se diretamente com a família e/ou o responsável legal da criança, que ela faltou na primeira consulta no SRR, informando o prazo ideal preconizado pelo Programa e agendando nova consulta, no menor prazo possível;
2. Segunda consulta/SRR – Deverá informar a maternidade de origem e o Departamento Regional de Saúde do domicílio da família e/ou responsável pela criança que ela faltou na segunda consulta no SRR, solicitando uma visita domiciliar, para avaliação dos fatores impeditivos familiares, para a adesão ao programa, informando o prazo ideal preconizado por esse protocolo e agendando nova consulta, no menor tempo possível;
3. Terceira consulta/SRECC – Hospital Universitário de Referência – O SRECC deverá informar o SRR de origem da criança sobre a falta a essa consulta. A Busca Ativa do SRR deverá notificar o Departamento Regional de Saúde do domicílio da família e/ou do responsável pela criança que ela faltou na terceira consulta no SRECC, solicitando uma visita domiciliar para avaliação dos fatores impeditivos familiares, para a adesão ao programa, informando o prazo ideal preconizado pelo Programa e que a criança já foi selecionada como **doente com risco de cegueira** e agendando nova consulta nesse local, no menor tempo possível;
4. Quarta consulta/SRECC – Hospital Universitário de Referência – Notificar a Coordenação Estadual da TNN, triagemneonatal@saude.sp.gov.br ou (11)3066-8001, para que seja garantida a assistência ao bebê doente. A Coordenação da TNN – SP, juntamente com um Profissional da Saúde, designado pelo Departamento Regional de Saúde do domicílio da criança, decidirão pelo atendimento das necessidades/barreiras apresentadas pela família e/ou seu responsável legal, impeditivas da adesão ao Programa. Esgotadas todas as tratativas de conversação e negociação junto à família e/ou responsável legal da criança, será solicitada intervenção favorável ao Programa para o Conselho Tutelar/Vara da Infância e Juventude, do município de origem da família e ou responsável legal dessa criança, para garantirmos os direitos legais da criança sob o risco de cegueira, como previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/90, atualizada com a Lei nº 12.010/09).

Diretrizes Gerais do Programa

1. Qualquer Aparelho de Saúde deverá checar se o TRV foi realizado na maternidade, durante o primeiro atendimento da criança pós-alta da maternidade. Deverá ser levada em conta a apresentação do resultado do TRV por escrito. Se for constatado que o bebê não realizou o TRV, esse exame deverá ser agendado via CROSS no SRR mais próximo do domicílio da família e/ou responsável pela criança, respeitando o algoritmo descrito no ANEXO II. Na dúvida, notificar a Coordenação Estadual do Programa via triagemneonatal@saude.sp.gov.br, enviando os seguintes dados cadastrais: nome da mãe, nome da criança, data de

- nascimento, maternidade de nascimento, código IBGE do município, nome da Instituição, CNES da Instituição; endereço e telefone da família ou responsável pela criança, para contato direto com o responsável pela criança e para que seja monitorada a realização do TRV e seu resultado final;
2. Todas as ações devem ser realizadas num intervalo de tempo menor ou igual a 30 dias de vida da maternidade/hospitais para os SRR e 45 dias de vida nos SRR para os SRECC;
 3. Se uma criança nascer em um hospital que possui Serviço de Oftalmologia, esse serviço local poderá realizar o reteste das crianças com TRV alterado e/ou duvidoso realizado pelos médicos da maternidade local, desde que assuma as responsabilidades preconizadas pelo Programa como um SRR (destino 1);
 4. Todas as crianças que necessitem de internação hospitalar, após o nascimento, por um período maior que duas semanas e com até 45 dias de vida, deverão ser encaminhadas para o SRR na primeira semana após a alta, caso não tenham realizado o TRV, ou caso o TRV realizado seja alterado ou duvidoso, nesse período. Aquelas crianças que apresentarem leucocoria deverão ir diretamente ao SRECC.

Indicadores de qualificação do Programa e informações necessárias

1. Indicadores de monitoramento

Esses indicadores deverão ser monitorados pelos SRR via Sistema de Informação da CROSS.

Devem ser coletadas as seguintes informações:

- a. Das crianças encaminhadas com TRV duvidoso/maternidade:
 - Número de crianças com TRV confirmatório normal;
 - Número de crianças com resultado do TRV confirmatório alterado em um olho ou ambos os olhos;
- b. Das crianças encaminhadas com TRV alterado/maternidade:
 - Número de crianças com TRV normal;
 - Número de crianças com resultado do TRV alterado em um ou ambos os olhos.

1º INDICADOR: Indicador de necessidade de recapacitação no TRV –Indicador da necessidade de recapacitação/maternidade

Número total de TRV confirmatório por mês

_____ X 100

< 30%

Número total de TRV alterado + TRV duvidoso de cada
maternidade por mês

Monitorar o preenchimento do SI das maternidades identificando a relação entre o número total de crianças encaminhadas para o SRR por cada maternidade e o número de resultados falso-positivos¹(confirmar se maior que 30%), **trimestralmente**. Esse será o indicador de necessidade de recapitação do TRV desse Aparelho de Saúde, na metodologia preconizada pelo Programa.

Ação a ser desencadeada – Notificar a Coordenação Estadual da TNN via triagemneonatal@saude.sp.gov.br ou (11)3066-8001, no prazo máximo de 30 dias, sobre o indicador de necessidade de recapitação do TRV, para cada maternidade. A Coordenação, juntamente com os SRECC – Hospitais Universitários de Referência, promoverá/organizará um novo treinamento do TRV. Encaminhar nome, endereço e CNES da maternidade, local ou regional, nos casos onde mais de uma maternidade de uma mesma região necessitar dessa ação, e o resultado do indicador de necessidade de recapitação para a operacionalização do treinamento.

2º INDICADOR: Indicador de falha de adesão ao Programa pela maternidade

Número total TRV alterado + TRV duvidoso de cada maternidade por mês zero

Ação a ser desencadeada – Notificar a Coordenação Estadual da TNN via triagemneonatal@saude.sp.gov.br ou (11)3066-8001, no prazo máximo de 30 dias, sobre as maternidades que não agendaram nenhuma consulta no SRR por um período de 30 dias. Isso servirá para identificar as maternidades que não aderiram ao Programa Estadual de Triagem Ocular de São Paulo. A Coordenação da TNN – SP, juntamente com um Profissional da Saúde, designado pelo Departamento Regional de Saúde do domicílio da maternidade, decidirão pelo atendimento das necessidades/barreiras apresentadas pela maternidade não aderente, impeditivas da adesão ao Programa. A Coordenação, juntamente com o SRECC – Hospitais Universitários de Referência promoverá/organizará um novo treinamento do TRV no local ou regional, nos casos, se mais de uma maternidade de uma mesma cidade ou região necessitar dessa ação.

3º INDICADOR: Indicador de cobertura do TRV

Número total de nascidos vivos por maternidade por 3 meses

_____ X 100 < 90%

Número total de TRV por 3 meses

Ação a ser desencadeada – Notificar a Coordenação Estadual da TNN via triagemneonatal@saude.sp.gov.br ou (11)3066-8001, no prazo máximo de 30 dias, sobre as maternidades que realizaram o TRV em menos do que 90% dos nascidos vivos no local. Isso servirá para identificar as maternidades que não aderiram ao Programa Estadual de Triagem Ocular de São Paulo. A Coordenação da TNN – SP, juntamente com um Profissional da Saúde, designado pelo Departamento Regional de Saúde do

¹ Resultado de exame falso-positivo = TRV normal cujo TRV foi classificado como alterado e/ou duvidoso pela maternidade.

domicílio da maternidade, decidirão pelo atendimento das necessidades/barreiras apresentadas pela maternidade não aderente, impeditivas da adesão ao programa, para atingirmos cobertura dos 100% dos nascidos vivos em cada município.

2. Relatório Anual do Programa

Entre os meses de janeiro a março de cada ano, cada SRECC – Hospital Universitário de Referência deverá emitir um Relatório Anual com as seguintes informações, obtidas **via Sistema de Informação da CROSS**:

a. Diagnóstico Topográfico:

- Número de crianças com alteração corneana em um olho;
- Número de crianças com alteração corneana em ambos os olhos;
- Número de crianças com alteração cristalíniana em um olho;
- Número de crianças com alteração cristalíniana em ambos os olhos;
- Número de crianças com alteração de segmento posterior em um olho;
- Número de crianças com alteração de segmento posterior em ambos os olhos;
- Número de crianças com alteração corneana em um olho e cristalíniana em outro;
- Número de crianças com alteração corneana em um olho e segmento posterior em outro;
- Número de crianças com alteração cristalíniana em um olho e segmento posterior em outro.

b. Diagnóstico por patologia:

- Número de crianças com catarata congênita em um olho;
- Número de crianças com catarata congênita em ambos os olhos;
- Número de crianças com catarata congênita associada à malformação congênita do humor vítreo em um olho;
- Número de crianças com catarata congênita associada à malformação congênita do humor vítreo em ambos os olhos;
- Número de crianças com catarata congênita associada à malformação congênita do humor vítreo em um olho e catarata congênita em outro;
- Número de crianças com catarata congênita em um olho e outra alteração em outro (especificar a alteração);
- Número de crianças com catarata congênita associada à malformação congênita do humor vítreo em um olho e outra alteração em outro (especificar a alteração);
- Número de crianças com outras alterações em um olho (especificar a alteração);
- Número de crianças com outras alterações em ambos os olhos (especificar a alteração).

c. Conduta terapêutica:

- Número de crianças encaminhadas para tratamento;

- Número de crianças que receberam alta com orientação, em casos de doenças que não possuem tratamento;
- Outras (especificar).

Ação a ser desencadeada – Encaminhar esse relatório para a Coordenação Estadual da TNN via triagemneonatal@saude.sp.gov.br, até o prazo máximo de 31 de março de cada ano. Será produzido um relatório anual do Programa de Prevenção à Cegueira Infantil do Estado de São Paulo, incluindo os indicadores de monitoramento desse Programa. Esse relatório será publicado no Diário Oficial até o final do mês de maio.

ANEXO IV

**MODELO DA CARTA DO RESULTADO DO TESTE DO REFLEXO
VERMELHO NORMAL**



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Coordenadoria Estadual do Programa Nacional de Triagem Neonatal de São Paulo

São Paulo, ____ de _____ de 201__

Ao Médico(a) Pediatra,

Informamos que o RN _____ realizou o Teste do Reflexo Vermelho (TRV) no dia ____ / ____ / ____.

Baseando-se no **Protocolo de Diagnóstico, Tratamento e Seguimento da Triagem Ocular** – Teste do Olhinho – Teste do Reflexo Vermelho do Estado de São Paulo concluímos que o **TRV** dessa criança está com

RESULTADO NORMAL

O Teste do Reflexo Vermelho normal não garante que a criança não tenha nenhuma alteração visual. Apenas garante que ela não tem ao nascimento as doenças oculares que alteram o reflexo vermelho. Estas doenças podem se desenvolver após o primeiro exame, por isso é importante que seja realizado novamente, nas consultas dos 4, 6, 12 meses e 2 anos de idade da criança. Lesões oculares pequenas e incipientes podem não ser detectadas ao nascimento, mas com o crescimento da criança elas poderão ser detectadas pelo Teste do Reflexo Vermelho.

Agradecemos o seu apoio e atenção! Em caso de dúvidas, ou se seu paciente apresentar TRV alterado e/ou duvidoso após o período neonatal faça contato com a Coordenadoria do Programa Estadual de Triagem Neonatal de São Paulo.

À disposição,

Coordenadoria Estadual do Programa Nacional de Triagem Neonatal de São Paulo /
Fone: (11)3066-8001 / e-mail: triagemneonatal@saude.sp.gov.br

Nome do Médico _____

Assinatura _____

CRM (ou carimbo) _____

ANEXO V
(a que se reporta a Resolução SS)

MODELO DA CARTA DO RESULTADO DO TESTE DO REFLEXO VERMELHO ALTERADO E/OU DUVIDOSO OU NÃO REALIZADO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Coordenação Estadual do Programa Nacional de Triagem Neonatal de São Paulo

São Paulo, ____ de _____ de 201__

Ao Médico(a) Oftalmologista,

Informamos que o RN _____ realizou o Teste do Reflexo Vermelho (TRV) no dia ____/____/_____.

Baseando-se no **Protocolo de Diagnóstico, Tratamento e Seguimento da Triagem Ocular** – Teste do Olhinho – Teste do Reflexo Vermelho do Estado de São Paulo concluímos que o **TRV** dessa criança está com

RESULTADO

ALTERADO	
DUVIDOSO	
NÃO REALIZADO	

Observações: _____

Nome do médico: _____

Assinatura: _____

CRM (ou carimbo): _____

Esclarecimentos aos pais e/ou pessoa(s) responsável(is) por essa criança

O Teste do Reflexo vermelho (TRV) é um exame muito simples, mas muito importante para o seu filho! Esse exame consiste na resposta ocular obtida quando um feixe de luz ilumina o olho do seu bebê. Para que este reflexo possa ser visto pelo examinador é necessário que não haja nenhum obstáculo mecânico à entrada e à saída da luz pela pupila. A passagem livre da luz significa que a criança não tem nenhum impedimento físico para o desenvolvimento da visão, ou seja, que as principais estruturas internas do olho (córnea, câmara anterior, íris, pupila, cristalino, humor vítreo e retina) estão transparentes, permitindo que a retina seja atingida de forma natural pela luz.

O procedimento é baseado no mesmo efeito que deixa os olhos vermelhos em fotografias (“olho de gato”). Mas, ao invés de usar uma máquina fotográfica, o examinador utilizou a luz do oftalmoscópio, dirigindo-a para os olhos, numa distância de 30 a 45 cm do rosto do bebê. A resposta normal a esse reflexo ocular é o olho vermelho, laranja ou amarelo devido à vascularização da coroide (camada altamente

vascularizada que fica atrás da retina do olho). Caso os olhos ou um olho não reflita homogeneamente algumas das cores acima citadas, ou o olho for esbranquiçado (leucocoria), esse padrão de resposta ao exame indicará os bebês suspeitos de uma doença ocular.

A luz emitida pelo oftalmoscópio tem um padrão específico de comprimento, intensidade e frequência, padronizado para avaliação do TRV. Portanto, outras lanternas e luzes não poderão ser usadas para essa avaliação ocular.

O primeiro mês de vida é importantíssimo para o desenvolvimento da visão normal da sua criança. Uma alteração ocular, não diagnosticada e não tratada oportuna e adequadamente, pode levar à cegueira e/ou a baixa visão. O tratamento adequado pode mudar o prognóstico visual da sua criança para sempre.

A confirmação ou a exclusão de uma doença ocular deve ser feita por um Médico Oftalmologista.

Agradeceríamos muito se o (a) senhor (a) seguisse as orientações do Programa Estadual de Prevenção à Cegueira na Infância do Programa Estadual de Triagem Neonatal do Estado de São Paulo!

Agradecemos o seu apoio e atenção!

À disposição,

Coordenadoria Estadual do Programa Nacional de Triagem Neonatal de São Paulo /
Fone: (11)3066-8001 / e-mail: triagemneonatal@saude.sp.gov.br

ANEXO VI
(a que se reporta a Resolução SS)

SERVÍCIOS DE REFERÊNCIA PARA RETESTE (SRR) POR
DEPARTAMENTOS REGIONAIS DE SAÚDE (DRS)

DRS I – GRANDE SÃO PAULO	AME Heliópolis AME Itapevi AME Jardim dos Prados AME Maria Zélia AME Mauá AME Mogi das Cruzes AME Santo André AME Taboão da Serra AME Zona Leste AME Carapicuíba
DRS II – ARAÇATUBA	AME Araçatuba AME Andradina
DRS III – ARARAQUARA	AME Hospital Estadual Américo Brasiliense Hospital de Olhos Lions Manoel Dante Buscardi
DRS IV – BAIXADA SANTISTA	AME Praia Grande AME Santos
DRS V – BARRETOS	AME Cirúrgico de Barretos
DRS VI – BAURU	AME Bauru AME Promissão Núcleo de Gestão Assistencial de Jaú Serviço de Oftalmologia Sanitária de Botucatu Centro de Saúde I de Avaré
DRS VII – CAMPINAS	AME Jundiaí AME Atibaia AME Santa Bárbara D'Oeste Policlínica Campinas Instituto Penido Burnier de Campinas
DRS VIII – FRANCA	AME de Franca AME de Ituverava
DRS IX – MARÍLIA	AME de Ourinhos AME de Assis AME de Tupã
DRS X – PIRACICABA	AME Piracicaba AME Limeira AME Rio Claro
DRS XI – PRESIDENTE PRUDENTE	AME Dracena AME Presidente Prudente
DRS XII – REGISTRO	AME Pariquera-Açu Hospital São João
DRS XIII – RIBEIRÃO PRETO	Hospital Estadual de Ribeirão Preto

DRS XIV – SÃO JOÃO DA BOA VISTA	AME São João da Boa Vista AME de Mogi Guaçu CONDERG – Hospital Regional de Divinolândia
DRS XV – SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	AME Catanduva AME Fernandópolis AME Jales AME São José do Rio Preto AME Santa Fé do Sul
DRS XVI – SOROCABA	AME Sorocaba AME Itapeva AME Itapetininga
DRS XVII – TAUBATÉ	AME São José dos Campos AME Caraguatatuba Santa Casa de Cruzeiro

ANEXO VII

(a que se reporta a Resolução SS)

SERVIÇOS DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADOS EM CATARATA CONGÊNITA (HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS DE REFERÊNCIA)

1. HOSPITAL DAS CLÍNICAS – FMUSP

Médica Responsável: Dra. Ana Beatriz S. Ungaro Crestana

Área de Abrangência: DRS I – Grande São Paulo e DRS XVII – Taubaté

2. HOSPITAL DAS CLÍNICAS – FMUSP – RIBEIRÃO PRETO

Médico Responsável: Dr. Wilian Queiroz

Área de Abrangência: DRS III – Araraquara, DRS V – Barretos, DRS VIII – Franca, DRS XIII – Ribeirão Preto e DRS XV – São José do Rio Preto

3. HOSPITAL CENTRAL DA IRMANDADE SANTA CASA DE SÃO PAULO

Médico Responsável: Dr. Mauro Waiswol

Área de Abrangência: DRS I – Grande São Paulo, DRS IV – Baixadas Santista e DRS XII – Registro

4. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNESP DE BOTUCATU

Médico Responsável: Dr. Antônio Carlos Lottelli Rodrigues

Área de Abrangência: DRS II – Araçatuba, DRS VI – Bauru, DRS IX – Marília e DRS XI – Presidente Prudente

5. HOSPITAL SÃO PAULO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

Médica Responsável: Dra. Ana Paula S. Rodrigues

Área de Abrangência: DRS I – Grande São Paulo e DRS XVI – Sorocaba

6. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNICAMP

Médica Responsável: Dra. Denise Fornazari

Área de Abrangência: DRS VII – Campinas, DRS X – Piracicaba e DRS XIV – São João da Boa Vista