

Normas Técnicas para coleta, armazenamento e envio de amostras



Triagem Pré-Natal
e
Triagem Neonatal

Este treinamento destina-se a capacitação das equipes de saúde do Estado de Mato Grosso do Sul, visando aprimoramento técnico e oferecendo melhor qualidade diagnóstica no setor pré analítico.



SUMÁRIO

3

APRESENTAÇÃO.....	4
REFERÊNCIAS.....	5
MANUSEIO DO PAPEL FILTRO.....	8
APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS.....	9
PREENCHIMENTO DOS DADOS DO CARTÃO DE COLETA.....	10
PREENCHIMENTO CARTÃO DA CRIANÇA.....	11
TRIAGEM PRÉ-NATAL.....	12
MATERIAL PARA COLETA EM PAPEL FILTRO.....	18
VÍDEO COLETA PRÉ-NATAL.....	23
COLETA TARDIA- PRÉ-NATAL	25
TRIAGEM NEONATAL.....	26
LOCAL CORRETO PARA PUNÇÃO – TESTE DO PEZINHO.....	31
COLETA TARDIA TESTE DO PEZINHO.....	38
VÍDEO COLETA TESTE DO PEZINHO.....	39
SECAGEM DAS AMOSTRAS.....	44
ENVIO DAS AMOSTRAS	46
BUSCA ATIVA.....	51
TRANSPORTE DAS AMOSTRAS.....	61
RESULTADOS DE EXAMES.....	65
ACOMPANHAMENTOS DOS CASOS ALTERADOS.....	68
CONTATOS.....	70

O Instituto de Pesquisas, Ensino e Diagnósticos da APAE CG (IPED)

- O IPED/APAE foi criado em 1997 com o intuito de realizar exames Neonatal (Teste do Pezinho, Recém-Nascido), pela APAE de Campo Grande no estado de Mato Grosso do Sul.
- Posteriormente, em novembro de 2002 foi criado o Programa Estadual de Proteção à Gestante (Teste do dedinho, mãe), que consiste na realização de exames da Triagem Pré-Natal, usando sangue seco em papel filtro, que oferece um ganho em logística sem perder a qualidade.
- O IPED também executa exames de suporte para outros laboratórios que são hormônios tireoidianos, hormônios da fertilidade, marcadores tumorais, doenças autoimunes, doenças infecciosas e dentre outros.
- O Instituto de Pesquisas, Ensino e Diagnósticos da APAE de Campo Grande é pioneiro na utilização do sangue seco em papel filtro como material biológico para o diagnóstico de doenças.

REFERÊNCIAS

- Manual Técnico de Triagem Neonatal – Brasília DF – 2016
Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagem_neonatal_biologica_manual_tecnico.pdf
- NUPAD. Núcleo e Pesquisa de Ações em Apoio Diagnóstico da Faculdade de Medicina da UFMG. Programas e Ações. Triagem Neonatal. Disponível em:
<https://www.nupad.medicina.ufmg.br/arquivos/materiais-consulta/TRIAGEM-NEONATAL-Normas-Tecnicas-Coleta-Armazenamento-Envio-Amostras-PTN-MG-2019.pdf>.

FASES DE REALIZAÇÃO DE EXAMES

6



70 a 80% de todos os erros do laboratório, tem como principais causas fatores pré-analíticos.

VANTAGENS DE COLETA EM PAPEL FILTRO

7

CARACTERÍSTICAS

LOCAL P/ COLETA

PAPEL FILTRO

SEM GRANDES
EXIGENCIAS

SORO

ESTRUTURA COMPLEXA

COLETA

LANCETA/
FÁCIL COLETA

SERINGA/AGULHA
PESSOAL ESPECIALIZADO

PREPARAÇÃO

SECAR A TEMPERATURA
AMBIENTE

TUBO/ CENTRIFUGA

TRANSPORTE

A TEMPERATURA
AMBIENTE

REFRIGERADO

ORIENTAÇÕES SOBRE O MANUSEIO DO PAPEL FILTRO

8

- Evitar contato direto das mãos com o papel filtro;
- Somente manuseá-lo utilizando luvas de procedimento;
- Cuidar para que o papel filtro não sofra qualquer contaminação de produtos químicos, água, poeira, creme de mãos, etc;
- Os cartões de coleta (**antes do uso**) devem ser armazenados em local fresco e seco, longe do sol e da poeira;
- Podendo ser colocados em envelopes ou sacos plásticos;
- Nunca guarde os cartões de coleta ainda **não utilizados** em geladeira, que são locais com alto índice de umidade que modificam suas características fundamentais de absorção;

➤ **CUIDADO:** Esta contaminação poderá gerar resultados laboratoriais imprecisos.

APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

GESTANTE/MÃE

RG e CPF ou

CNH ou

Carteira de Trabalho

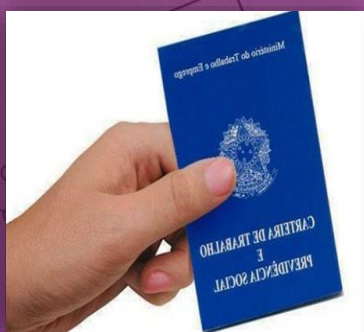
Cartão do SUS (se tiver).

Recém-nascido (RN)

Caderneta da criança;

Certidão de Nascimento
(se tiver); ou Guia amarela
– DNV;

Cartão do SUS (se tiver).



PREENCHIMENTO DO CARTÃO DE COLETA

- IDENTIFICAÇÃO LEGÍVEL DE TODOS OS CAMPOS DO CARTÃO DE COLETA COM LETRA DE FORMA;
- Preencher com letras maiúsculas utilizando caneta **AZUL** ou **PRETA**;
- O profissional deve preencher todos os campos corretamente, pois serão de muita importância para uma identificação correta do paciente e em casos alterados facilita a busca ativa do paciente, facilitando também o processo de digitação da amostra no laboratório e evitar erros de identificação;
- **IMPORTANTE ASSINATURA NOS CAMPOS DE CONFERÊNCIA DOS DADOS, BEM COMO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO,**
- **ATENÇÃO: É necessário preencher TODOS OS CAMPOS** de dados existentes do papel filtro, inclusive endereços completos com CEP, dados pessoais, telefones para contato, pois todas as informações são de muita importância para o fechamento de diagnóstico e emissão de relatórios.

IMPORTANTE PREENCHER O CAMPO EM DESTAQUE

11

Caderneta de
Saúde da Criança

DADOS DO RECÉM-NASCIDO

Nascimento:

Nascido às ____ h, do dia ____ / ____ / ____
Maternidade/Cidade, UF: ____
Peso ao nascer: ____ g Comprimento ao nascer: ____ cm
Perímetro cefálico: ____ cm Sexo: () Masculino () Feminino
Apgar: 1º min: ____ 5º min: ____
Idade gestacional (IG): ____ semanas ____ dias
Método de avaliação da IG: () DUM () Ultrassom () Exame do RN
Tipagem sanguínea do RN: ____ Mãe: ____
Profissional que assistiu ao recém-nascido (RN)
() Pediatra () Enfermeiro () Parteira () Outro ____
Aleitamento materno na primeira hora de vida: () Sim () Não

Exames/Triagem neonatal:

Manobra de Ortolani: () Negativo () Positivo

Conduta: ____

Teste do reflexo vermelho: () Normal () Alterado

Conduta: ____

Teste do Pezinho () Não () Sim Data: ____ / ____ / ____

Realizar entre o 3º e 5º dia de vida.

Resultados:

Fenilcetonúria: () Normal () Alterado

Hipertireoidismo: () Normal () Alterado

Anemia falciforme: () Normal () Alterado

Outros: ____

Triagem auditiva () Não () Sim Data: ____ / ____ / ____

Preferencialmente, nos primeiros dias de vida (24 a 48h) e, no máximo, no primeiro mês de vida.

Testes realizados: () PEATE¹ () EOA²

Resultado: OD ____ OE ____ (normal/alterado)

Conduta: ____

Reteste:³ Até 30 dias () Não () Sim Data: ____ / ____ / ____

() PEATE () EOA

Resultado: OD ____ OE ____ (normal/alterado)

Conduta: ____

¹ PEATE – Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico.

² EOA – Emissões Otoacústicas Evocadas.

³ Indicado quando resposta alterada em uma ou ambas orelhas no teste.

Outros exames:

Dados na alta:

Data: ____ / ____ / ____ Peso ____

Alimentação:

() leite materno () leite materno e outro leite () outro leite ____

39

ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA E CONSULTAS RECOMENDADAS

Triagens Neonatais

Triagens Neonatais ____ / ____ / ____

Esta consulta deve ser realizada nos primeiros sete dias de vida por médico ou enfermeiro, no domicílio ou na unidade de saúde.

1. Triagens neonatais

a. Teste do reflexo vermelho - Teste do olhinho

Deve ser realizado antes da alta da maternidade

() Não realizado () Realizado em ____ / ____ / ____

Olho Direito: () Normal () Alterado

Olho Esquerdo: () Normal () Alterado

Observação/Encaminhamento: ____

b. Triagem de cardiopatia congênita crítica

Oximetria de pulso - Teste do coraçãozinho

Realizado na maternidade após 24h de vida

() Não realizado () Realizado em ____ / ____ / ____

Resultado: () Normal () Alterado

Observação/Encaminhamento: ____

c. Triagem auditiva - Teste da orelhinha

Deve ser realizada na maternidade entre 24 e 48h depois

do nascimento e no máximo, durante o 1º mês de vida

() Não realizado () Realizado em ____ / ____ / ____

Testes: () Emissão Otoacústica Evocada

() Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico

Ouvido direito: () Normal () Alterado

Ouvido esquerdo: () Normal () Alterado

Conduta: ____

d. Triagem biológica - Teste do pezinho

Idealmente realizado entre o 3º e 5º dia

() Não realizado () Realizado em ____ / ____ / ____

Consulta da 1ª Semana

Consulta da 1ª Semana Data ____ / ____ / ____

1. Medidas: PC*: ____ cm Peso*: ____ g Comprimento*: ____ cm

*Anotar nos gráficos para Prematuros pág. 86 e para criança a termo pág. 87 a 90.

2. Aleitamento/alimentação

() Leite materno exclusivo (LME)

() Leite materno e leite artificial (LM+LA)

() Leite artificial (LA)

Dificuldade para amamentar? () Não () Sim

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? ____

Em caso de desmame precoce descreva o motivo: ____

3. Sinais de alerta

Coto umbilical infeccionado () Não () Sim

Icterícia () Não () Sim

Diarreia/Vômitos () Não () Sim

Dificuldades para respirar

(FR>60 ou <30) () Não () Sim

Febre (≥37,5°C) () Não () Sim

Hipotermia (<36,5°C) () Não () Sim

Convulsões ou

movimentos anormais () Não () Sim

Ausculata cardíaca alterada/Cianose () Não () Sim

Outros: ____

4. Vacinas

Registrar no quadro pág. 102

Hepatite B () Não () Sim

BCG () Não () Sim

5. Desenvolvimento e laços de afeto

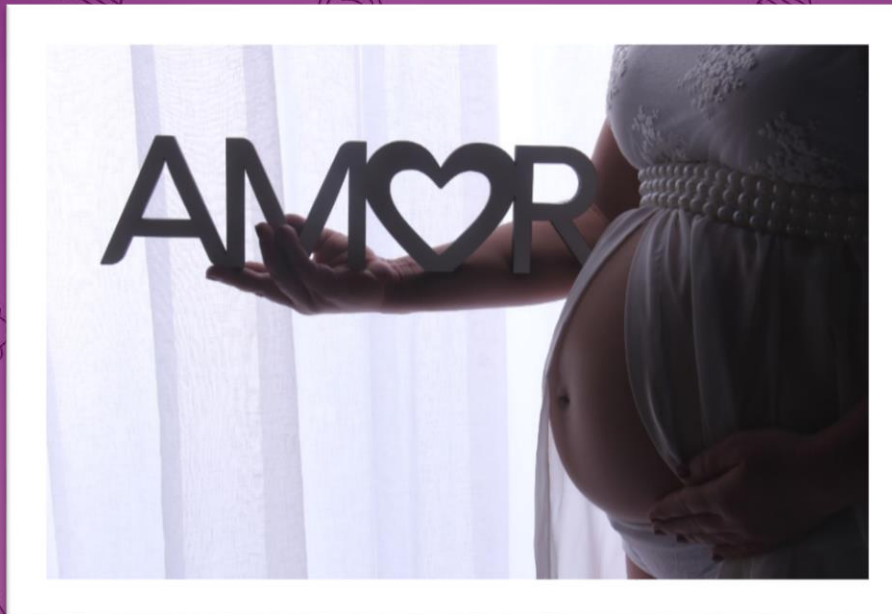
Avaliar a rede de apoio materno, participação dos pais, atenção à reação do bebê. Observar se a mãe aproveita o momento da mamada/alimentação para aconchegar, tocar, olhar e conversar com o bebê.

A criança merece cuidado especial em caso de extrema pobreza, de residir em área de risco, ter deficiência, ter nascido com peso menor que 2.500g, ter nascido com menos de 37 semanas, ter sofrido asfixia grave, ter apresentado Apgar menor que 7 no 5º minuto, ou por ser filho de mãe adolescente, usuária de drogas, com depressão, entre outros.

68

TRIAGEM PRÉ-NATAL

12



QUANDO REALIZAR O EXAME DE PRÉ-NATAL?

Confirmado o teste de gravidez positivo, a gestante pode se dirigir à unidade de saúde mais próxima de sua casa para iniciar o seu pré-natal e realizar os exames necessários.

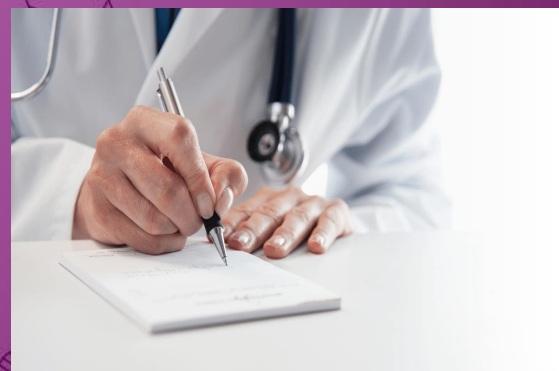


BETA-HCG (Teste de Gravidez)

Resultado: **POSITIVO**

Método : Quimioluminescência

Material : Soro



A Triagem Pré-Natal é dividida em duas fases

Primeira Fase: são realizados 15 exames

A coleta é feita no início da gestação

➤ **Toxoplasmose (IgG/IgM);**

➤ **Rubéola (IgG/IgM);**

➤ **Citomegalovírus (IgG/IgM);**

➤ **Sífilis;**

➤ **HIV;**

➤ **Doença De Chagas;**

➤ **HBsAG;**

➤ **Anti HBC**


➤ **Anti-HCV;**

➤ **HTLV;**

➤ **TSH e Variantes de Hemoglobinas.**


NOVO MODELO CARTÃO DE COLETA 1ª FASE

15



iped
Instituto de Pesquisas,
Ensino e Diagnósticos da APAE

Instituto de Pesquisas, Ensino e Diagnósticos da APAE
Rua Estevão Capralá, 285 - Vila Progresso - CEP: 79050-440
Fone: (87) 4042-2255, Cx. Postal 2 - Campo Grande - Mato Grosso do Sul
Home Page: www.apaecg.org.br



APAE
Campo Grande - MS

☐ 1ª AMOSTRA
☐ RECOLETA

☐ PARTO NORMAL
☐ CESÁRIA

PACIENTE / GEST.

DATA DE NASCIMENTO

DATA DA COLETA

GESTANTE

PACIENTE/GEST. _____

MÃE DA GESTANTE _____

ENDEREÇO _____

CIDADE _____ ESTADO _____

BAIRRO _____ CEP _____

E-MAIL DA GESTANTE _____ CELULAR _____ TELEFONE _____

POSTO E MUNICÍPIO DE COLETA _____

CNPES _____ CPF DA GESTANTE _____ RG DA GESTANTE _____

Nº do Cartão do SUS da Gestante _____ RESPONSÁVEL PELA COLETA _____ RESP. PELO PREENCHIMENTO _____

1ª Fase Gestante

RAÇA: ☐ BRANCA ☐ NEGRA ☐ PARDAS ☐ AMARELA ☐ INDÍGENA

TEMPO DE GESTAÇÃO EM SEMANAS* _____

Nº DE GESTAÇÕES _____

ABORTO: ☐ SIM ☐ NÃO

QUANT. ABORTO _____

*A PARTIR DE 24 SEMANAS, ENVIAR TAMBÉM O SORO

ALTERADO EM TESTE RÁPIDO: ☐ SIM ☐ NÃO

QUAL? _____

* ENVIAR SORO _____

PACIENTE / GEST.

DATA DE NASCIMENTO

DATA DA COLETA

POSTO COLETA

COLETADOR (A)

PRAZO DE ENTREGA

DIAS ÚTEIS

CONTROLE PACIENTE

Declaro ter conferido minha identificação neste cartão de coleta. Assinatura por Extensão:

OBS: Este cartão deverá ser preenchido em letra de forma (legível), sendo obrigatório o preenchimento de TODOS OS CAMPOS, para evitar devoluções.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO

Fui devidamente esclarecido (a) da importância de saber dos resultados dos meus exames e/o do benefício de iniciar ou dar continuidade do tratamento prescrito. Caso tenha alguma suspeita qualquer uma das patologias triadas, autorizo que seja feito a Busca Ativa por qualquer meio de comunicação necessária para confirmação e acompanhamento.

Conforme Resolução N. 117/SES/MS, de 05 de dezembro de 2014, para as doenças triadas no Programa Estadual de Proteção a Gestante, a Busca Ativa, a Assistência e Acompanhamento serão realizadas pela Atenção à Saúde de cada município.

Autorizo a Realização dos Exames do Programa de Proteção a Gestante de MS (inclusive HIV).

Assinatura por Extensão _____

RG ou CPF _____

Data de Nascimento _____ / _____ / _____

Observações Complementares _____

Em observância à Lei nº. 13.709/18 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e demais normativas aplicáveis sobre proteção de Dados Pessoais, manifesto-me de forma informada, livre, expressa e consciente, no sentido de autorizar a APAE CAMPO GRANDE a realizar o tratamento de meus Dados Pessoais para as finalidades estatísticas e de estudos.

INICIOU USO DE ÁCIDO FÓLICO ANTES DA GESTAÇÃO

☐ SIM ☐ NÃO

**Importante
preencher este
campo.**

Segunda Fase: são realizados 03 exames


A coleta é feita a partir da **28ª semana** de gestação.

- **Toxoplasmose (IgM)**
- **Sífilis**
- **HIV**




NOVO MODELO CARTÃO DE COLETA 2ª FASE


17



Instituto de Pesquisas, Ensino e Diagnósticos da APAE
Rua Estêvão Capistrano, 255 - Vila Progresso - CEP: 79650-440
Fone: (67) 4042-2250, Opção 2 - Campo Grande - Mato Grosso do Sul
Home Page: www.apaecg.org.br



APAE
Campo Grande - MS



SES
GOVERNO DO ESTADO

2ª Fase ☐ 1ª AMOSTRA ☐ RECOLETA

2ª Fase do Programa (a partir de 28ª semana da gestação)

TEMPO DE GESTAÇÃO EM SEMANAS

PACIENTE/GESTANTE

POSTO COLETA

DATA DA COLETA

DATA DE NASC.

PACIENTE/GEST. _____ CPF GESTANTE _____ RG GESTANTE _____

MÃE DA GESTANTE _____ DATA DE NASCIMENTO _____ DATA DA COLETA _____

Nº do Cartão do SUS GESTANTE _____ ÚLTIMA MENSTRUÇÃO _____ Cód. 1ª FASE _____

ALTERAÇÃO PARA TOXO, HIV OU SÍFILIS NA 1ª FASE? ☐ SIM* ☐ NÃO * ENVIAR SORO

ENDEREÇO _____ TELEFONE _____

CIDADE _____ CEP _____ ESTADO _____ CELULAR _____

ALTERADO EM TESTE RÁPIDO ☐ SIM* ☐ NÃO

QUAL? _____ * ENVIAR SORO

RESP. PELA COLETA _____ RESP. PELO PREENCHIMENTO _____

POSTO E MUNICÍPIO DE COLETA _____ CNES _____

Declaro ter conferido minha identificação neste cartão de coleta. Assinatura por Extensão: _____

OBS: Este cartão deverá ser preenchido em letra de forma (legível), sendo obrigatório o preenchimento de TODOS OS CAMPOS, para evitar devoluções.

PACIENTE / GEST. _____

POSTO COLETA _____

DATA DE NASCIMENTO _____

DATA DA COLETA _____

PRazo ENTREGA _____ DIAS ÚTEIS _____

CONTROLE PACIENTE _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO

Fui devidamente esclarecido (a) da importância de saber dos resultados dos meus exames e/o do benefício de iniciar ou dar continuidade do tratamento prescrito. Caso tenha alguma suspeita qualquer uma das patologias triadas, autorizo que seja feito a Busca Ativa por qualquer meio de comunicação necessária para confirmação e acompanhamento.

Conforme Resolução N. 117/SES/MS, de 05 de dezembro de 2014, para as doenças triadas no Programa Estadual de Proteção a Gestante, a Busca Ativa, a Assistência e Acompanhamento serão realizadas pela Atenção à Saúde de cada município.

Autorizo a Realização dos Exames do Programa de Proteção a Gestante de MS (inclusive HIV).

Assinatura por Extensão _____

RG ou CPF _____

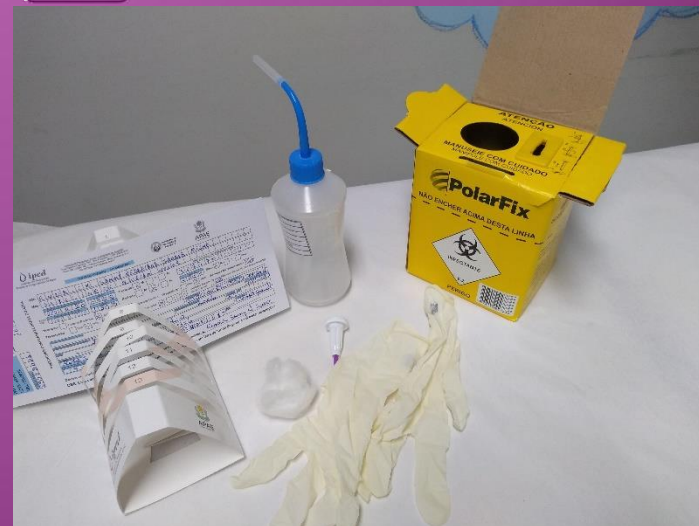
Data de Nascimento ____/____/____

Observações Complementares _____

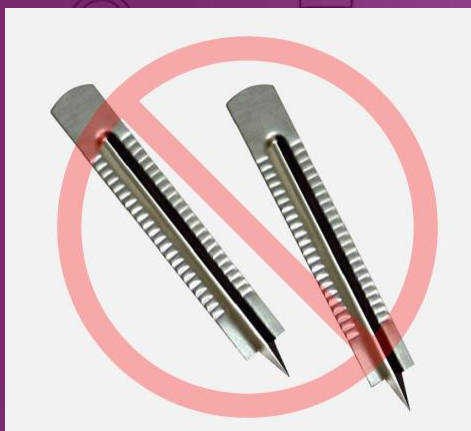
Em observância à Lei nº. 13.709/18 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e demais normativas aplicáveis sobre proteção de Dados Pessoais, manifesto-me de forma informada, livre, expressa e consciente, no sentido de autorizar a APAE CAMPO GRANDE a realizar o tratamento de meus Dados Pessoais para as finalidades estatísticas e de estudos.

MATERIAIS PARA COLETA

- Lavar as mãos e calçar as luvas de procedimento;
- Uso de Equipamentos de Proteção Individual - EPI's (jaleco, luva e sapato fechado) são de extrema importância;
- **ideal cabelo preso e unha curta;
- Materiais para assepsia (algodão e álcool 70%);
- Papel de filtro para coleta (já preenchido com todos os dados do paciente);
- Lanceta retrátil;
- Suporte para secagem;
- Caixa de perfuro cortante;



LANCETA



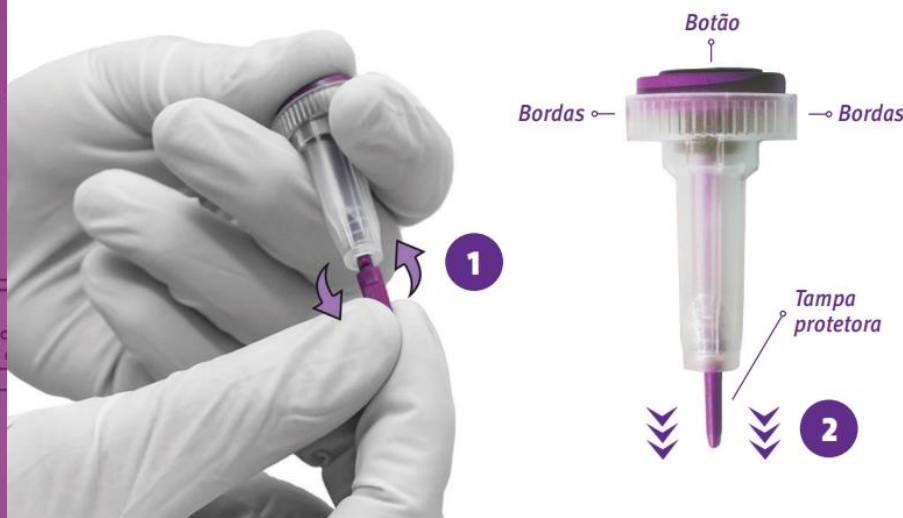
Não mais utilizar.



A lanceta (ROXA) fornecida pelo IPED, por suas características permite a obtenção de gotas suficientes.

PREPARANDO A LANCETA

1. Segurando a lanceta pelas bordas, **destrave** a tampa protetora **girando 360° ou mais**.
2. **Retire** a tampa protetora, **pullando-a para baixo**.

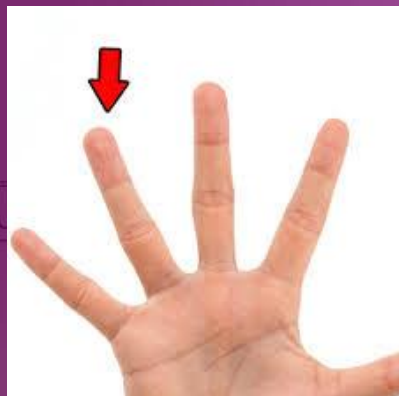


3. Posicione a lanceta perpendicularmente no local da punção e **pressione o Botão (Gatilho)** para dispará-la.
4. Aguarde formar uma **grande gota**.

Após a punção, **DESCARTAR** a lanceta na caixa de perfurocortante



SÃO INDICADAS AS ÁREAS DIGITAIS PARA A PUNÇÃO



Fazer a assepsia do local a ser puncionado e esperar secar o álcool 70%;

Fazer uma punção com firmeza com a lanceta.

PREENCHER COMPLETAMENTE OS CÍRCULOS

IMPORTANTE

Após o término da coleta pedir para o paciente ou responsável conferir os dados do papel-filtro e assinar nos campos pré-determinados.



COLETA PRÉ-NATAL

23



ATENÇÃO PROFISSIONAIS!

Orientar as gestantes sobre as duas fases do Programa de Triagem Pré-Natal:

➤ 1ª Fase: início da gestação

Pacientes alterados em teste rápido, coletar papel filtro + 01 tubo de SORO e informar alteração.

➤ 2ª Fase: a partir da 28ª semana de gestação

Pacientes alteradas para HIV, Sífilis e Toxoplasmose, coletar papel filtro + 01 tubo de SORO e informar alteração.

COLETA TARDIA PRÉ-NATAL

- A partir de 24ª semana de gestação, coletar PF 1ª fase + 01 tubo de soro (mesmo que o teste rápido for negativo);
- Coletas tardias de pacientes com tempo gestacional acima 28ª semanas será realizado **SOMENTE A 1ª FASE** (mandar o PF + 01 tubo de soro);
- Coletas tardias de 24ª a 27ª semanas, neste caso pode coletar a 2ª fase com no mínimo 30 dias de diferença da primeira.

TRIAGEM NEONATAL

26



Triagem Neonatal (popularmente Teste do Pezinho)


É um exame de prevenção fundamental para a saúde da criança, pois garante que doenças raras sejam detectadas precocemente e o tratamento adequado iniciado o quanto antes.

Por esse motivo, o procedimento deve ser realizado em um período específico: **entre o 3º e 5º dia de vida conforme Protocolo do Ministério da Saúde.**




As doenças detectadas são:

- Fenilcetonúria
 - Hipotireoidismo Congênito
 - Fibrose Cística
 - Deficiência de Biotinidase
 - Hiperplasia Adrenal Congênita
 - Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias
 - Toxoplasmose IgM



APAE
Instituto de Pesquisas,
Ensino e Diagnóstico da Apae

Instituto de Pesquisas, Ensino e Diagnóstico da APAE
Rua Estelão Capota, 285 - Via Progresso - CEP: 70050-440
Fone: (67) 4042-2250, Opção 2 - Campos Gerais - Mato Grosso do Sul
Home Page: www.apaecg.org.br



☐ 1ª AMOSTRA
☐ RECOLETA

RAÇA
☐ BRANCA ☐ PARD
☐ NEGRA ☐ AMARELA ☐ INDIGENA

PACIENTE

POSTO COLETA

PACIENTE

(DNV) DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS

PACIENTE

(DNV) DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS

PACIENTE

POSTO COLETA

PACIENTE

(DNV) DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS

PACIENTE

(DNV) DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS

PACIENTE

POSTO COLETA

PACIENTE

(DNV) DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS

PACIENTE

(DNV) DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS

PACIENTE

POSTO COLETA

PACIENTE

(DNV) DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS

PACIENTE

(DNV) DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS

PACIENTE

POSTO COLETA

PACIENTE

(DNV) DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS

PACIENTE

(DNV) DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS

PACIENTE

POSTO COLETA

PACIENTE

(DNV) DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS

PACIENTE

(DNV) DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS

PACIENTE

POSTO COLETA

PACIENTE

(DNV) DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS

PACIENTE

(DNV) DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS

PACIENTE

POSTO COLETA

PACIENTE

(DNV) DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS

PACIENTE

(DNV) DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS

PACIENTE

POSTO COLETA

PACIENTE

(DNV) DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS

PACIENTE

(DNV) DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS

PACIENTE

POSTO COLETA

PACIENTE

(DNV) DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS

PACIENTE

(DNV) DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS

PACIENTE

POSTO COLETA

PACIENTE

(DNV) DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS

PACIENTE

(DNV) DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS

PACIENTE

POSTO COLETA

PACIENTE

(DNV) DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS

PACIENTE

(DNV) DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS

PACIENTE

POSTO COLETA

PACIENTE

(DNV) DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS

PACIENTE

(DNV) DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS

PACIENTE

POSTO COLETA

PAC

USO DE CORTICÓIDE ANTES DO PARTO

- Importante **ANOTAR** esta informação no cartão de coleta, se a mãe fez uso de Corticóide 15 dias antes do parto;
- Verificar o uso de corticóide para maturação pulmonar neste prazo;
- Exemplos de corticóide: Betametasona, Prednisolona, dexametasona prednisona.

PESO DE NASCIMENTO

- É **OBRIGATÓRIO** o preenchimento do campo **PESO DE NASCIMENTO**.



TRANSFUSÃO SANGUÍNEA

30

- Se possível coletar o teste do pezinho antes da transfusão;
- Caso tiver já realizado a transfusão, anotar a data da transfusão no cartão de coleta;

Transfusão:	<input type="checkbox"/> Sim*	<input type="checkbox"/> Não	<table><tr><th colspan="6">* DATA</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	* DATA											
* DATA															

- Nesses CASOS **RECOLETAR teste do pezinho 90 DIAS após a última transfusão.**

IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL CORRETO PARA PUNÇÃO: PORÇÕES LATERAIS DA REGIÃO PLANTAR DO CALCANHAR.



Deve-se escolher, uma das áreas laterais da região **plantar do calcânhar**; Nessas regiões evita-se atingir o osso calcâneo pela ponta da lâmina.

LOCAIS INCORRETOS PARA PUNÇÃO



POSIÇÃO CORRETA PARA A COLETA

- ✓ O familiar deverá segurar a criança na **posição de arroteo (vertical)** ou **inclinado na posição de (mamada)**;
- ✓ O profissional definirá a posição que melhor facilite o procedimento de coleta para uma dada situação.



“Posição de arroteo”



“Posição de mamada”

MASSAGEAR O PEZINHO DA CRIANÇA PARA ATIVAR A CIRCULAÇÃO

Compressão



Descompressão



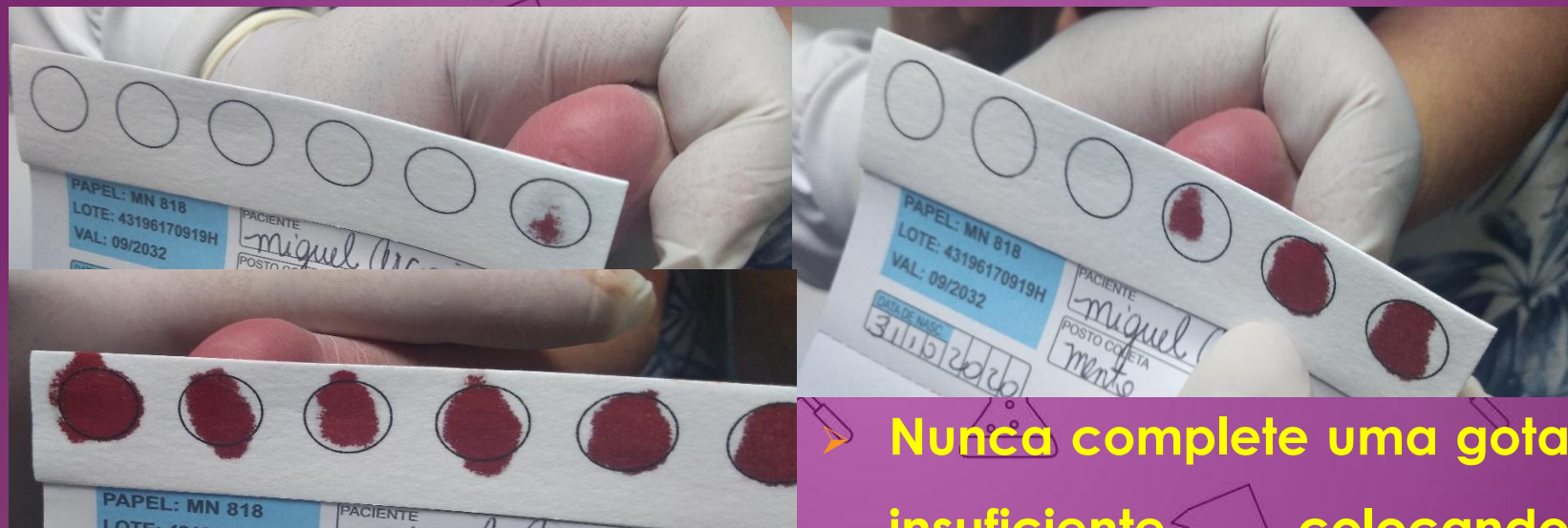
➤ As manobras de compressão-descompressão, pode-se fazer com os dedos indicador e polegar (que envolvem o calcanhar), **uma compressão leve**, seguida por uma **descompressão mais demorada**.

- Verificar se o local identificado para punção é livre de edema, feridas e outras características que inviabilizem a coleta;
- Fazer a assepsia do local a ser punccionado e **ESPERAR** secar o álcool 70%;
- Puncione o local escolhido, espere formar uma **GRANDE GOTA** e coloque no papel filtro nas áreas demarcadas.



- Espere sempre formar uma **GRANDE GOTA**;
- Assim que se formar, aproxime o papel filtro, encostando no meio da área delimitada;
- Não forçar o contato da pele do calcanhar com o papel filtro
- Evite ordenhas e compressões fortes e repetidas
- Uma compressão forte pode introduzir outros líquidos corporais na amostra, podendo produzir falsos resultados laboratoriais.





- **Nunca complete uma gota insuficiente colocando sangue no verso do papel filtro.**

COLETA TARDIA TESTE DO PEZINHO

- A partir do **30º dia de vida** é considerada coleta tardia, coletar somente em papel filtro.
- Anotar no cartão de coleta observação **“COLETA TARDIA”**;
- **Coletas realizadas após o 5º dia prejudicam o início de tratamento dos casos positivos;**
- A idade não altera a qualidade do exame, mas sim riscos de sequelas irreversíveis e eficácias dos tratamentos em casos alterados.

Não existe uma IDADE MÁXIMA para coleta.

COLETA TESTE DO PEZINHO

39



ORIENTAÇÕES GERAIS

40

Cabe à Equipe de Enfermagem das unidades de saúde, Maternidades e das Casa de Partos, alertar e orientar a puérpera e familiares sobre a necessidade de realização do teste do pezinho **(do 3º ao 5º dia de vida, a partir de 48 horas de vida) e sobre a necessidade de apresentar os documentos necessários para a realização do mesmo;**

Este período adequado de coleta, possibilita que a criança seja tratada dentro do prazo necessário para evitar sequelas neurológicas, danos diversos ao organismo e até mesmo o óbito;

O Teste do Pezinho é um direito de todo recém-nascido garantido por Lei (Estatuto da Criança e do Adolescente).

MOMENTO IDEAL PARA COLETA TESTE DO PEZINHO

41

EXEMPLO DE DATA DE COLETA

Criança nascida em 02/07/2019 (entre 0 e 24 horas)

1º dia	2º dia	3º dia	4º dia	5º
02/07/2019	03/07/2019	04/07/2019	05/07/2019	06/07/2019
		Dias indicados para coleta		

Vale ressaltar que o teste, idealmente, não deve ser colhido antes de a criança ter pelo menos 48 horas de vida por 2 motivos:

1) evitar um resultado falso -negativo para “PKU” (Para que o resultado do exame para diagnóstico de PKU seja confiável, o RN deverá ter mamado uma quantidade suficiente de leite para que a fenilalanina se acumule no sangue, se for colhido antes deste tempo, o leite ingerido pelo RN poderá não ser suficiente para que o resultado do teste se altere);

2) evitar um resultado falso - positivo para Hipotireoidismo

Congênito: Logo que a criança nasce existe uma liberação fisiológica de TSH no sangue com posterior diminuição das concentrações, atingindo valores séricos menores do que 10 $\mu\text{UI/ml}$, nível de corte para resultado alterado, somente em torno de 72 horas de vida do RN.

➤ Portanto, para garantir a qualidade do exame é necessário que o período de coleta estabelecido seja respeitado.

SECAGEM DAS AMOSTRAS

44

- Após depositar o sangue nas áreas delimitadas do papel filtro, coloque-o para secar no “**suporte de secagem**” em posição horizontal;
- A posição horizontal permite a distribuição do sangue de forma homogênea.
- Após a coleta o tempo de secagem é de no mínimo 1 hora;
- Não utilizar **em hipótese alguma**, qualquer forma artificial para a secagem da amostra (**ventilador, luz solar**);
- Evitar o contato da mancha de sangue com qualquer tipo de superfície;
- A amostra deve secar em temperatura ambiente.



- **Para amostras secas:** no caso de **FINAIS DE SEMANA E FERIADOS** é recomendada a preservação das amostras em geladeira, lembrando que o material deve estar em saco plástico bem vedado (se possível dentro de isopor);
- **Para amostras molhadas:** manter a amostra no suporte, ao ar livre (temperatura ambiente), em local seguro;
- Enviar no próximo dia útil, importante não esquecer amostras guardadas em geladeiras ou mesmo em gavetas e armários, evitando extravios e demoras na entrega das mesmas e atrasos no diagnósticos;
- Importante listar todas as coletas na relação nominal (**disponível no site da Apae – Iped – Material para Download – Listagem de amostras IPED/APAE**).

ENVIO DAS AMOSTRAS

46

- **ENVIADO PELO MOTORISTA DE CADA MUNICÍPIO;** O envio do material para o Laboratório deve ser o quanto antes;
- Após a secagem **COMPLETA** do papel filtro, este pode enviados da seguinte forma: **envelopes de papel ou saco plástico bem vedado, também pode ser utilizado uma pasta com elástico** (desde que estejam bem protegidos par evitar extravio ou qualquer situação que possa danificar o material).

RECEBIMENTO DOS MATERIAIS

47



AMOSTRA VÁLIDA

O SANGUE DEVE ATINGIR OBRIGATORIAMENTE O VERSO DO PAPEL FILTRO PARA QUE SEJA POSSÍVEL A ANÁLISE DA AMOSTRA.



FRENTE

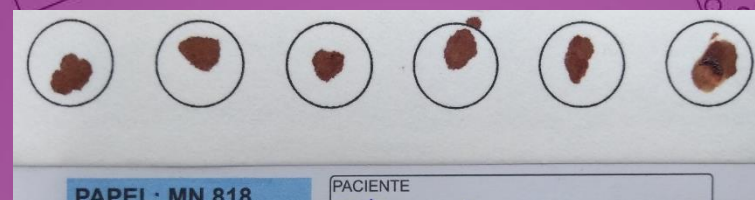


VERSO



AMOSTRA INVÁLIDA

FRENTE



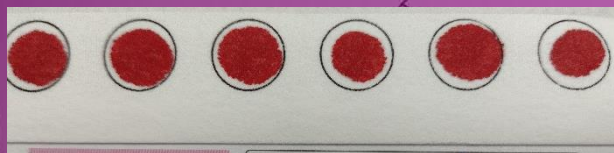
VERSO



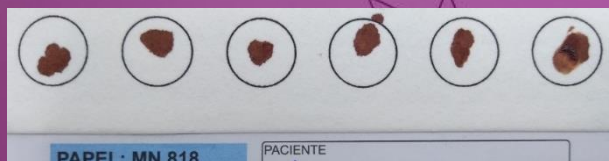
OUTROS EXEMPLOS DE AMOSTRAS INVÁLIDAS



➤ Amostra com fungos



➤ Amostra molhada



➤ Amostra insuficiente

BUSCA ATIVA

➤ É solicitada recoleta por motivos de: alteração em exames e/ou por amostra inadequada, insuficiente, não eluida, precoce, dentre outros.

➤ **Pedidos de recoletas:** são enviados automaticamente para Atenção Básica dos municípios através dos e-mails cadastrados.



Podendo também ser acompanhados por cada município, assim que é solicitado uma recoleta, a mesma fica disponível no acesso dos municípios.



- **Recoletas da Triagem Neonatal:** além do envio dos pedidos via e-mail para a atenção básica, é realizado contato telefônico com os genitores e/ou responsável legal para sensibilizar sobre a necessidade de coleta o mais breve possível;
- Para os casos confirmados, a primeira consulta é agendada pelo setor de Busca Ativa.

RECOLETAS

Coletar sempre o material que for solicitado!



IDENTIFICAR CORRETAMENTE TODAS AS RECOLETAS

➤ **NOME COMPLETO, DATA DE NASCIMENTO E DATA DE COLETA.**

ATENÇÃO

54

PARANHOS-MS

Telefone: ()

Material a ser Recoletado.: **Coletar papel e soro.**

Responsável pela Reconvocação: **JHESSYCA LEAL MELGAREJO - CRBIO113238/01**

Data: **03/02/21 10:22**

Responsável pela Recoleta: _____

Data de Coleta: _____

CAMPO GRANDE - MS, 08/02/2021

OBS.: O material deve ser bem identificado, acondicionado em isopor com gelo e enviado, juntamente com a 2a. via, o mais rápido possível.

1 Via - Arquivo do posto de coleta.

OBRIGATÓRIO PREENCHIMENTO

MOTIVOS DE CANCELAMENTO DE AMOSTRAS

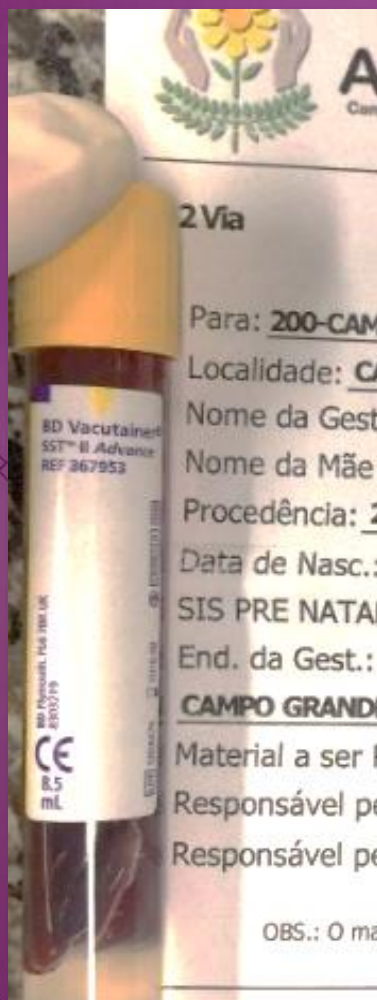
- Amostras colhidas em duplicidade;
- Idade gestacional menor que 28^a semanas;
- Amostra Insuficiente;
- Material errado; (ex: SORO e recebemos papel filtro);
- Amostra de papel filtro grampeada ou colada com fita;
- Perda de estabilidade (até 07 dias após a coleta conservadas refrigeradas em temperatura de 2 a 8° C);
- Amostra hemolisada;
- Material sem identificação ou somente com as iniciais.

**CANCELAMENTOS QUE SOLICITAR UMA NOVA AMOSTRA,
DEVERÃO RECOLETAR E ENVIAR O MAIS RÁPIDO POSSÍVEL.**

EXEMPLOS

56

Recoleta sem identificação



Amostra hemolisada



2ª AMOSTRA

ipeda
Instituto de Pesquisas, Ensino e Diagnósticos da APAE

2ª Fase do Programa (a partir da 20ª semana de gestação)

Nome da Gestante: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ Estado: _____
Telefone: _____
Data de Nascimento: _____
Data de Entrega: _____
Ponto de Coleta: _____
Cidade: _____
Ponto de Entrega: _____

Amostra sem identificação

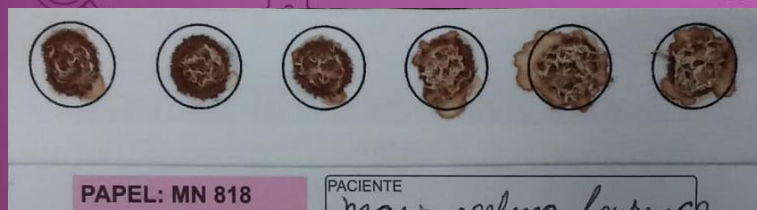
GESTANTE

ipeda
Instituto de Pesquisas, Ensino e Diagnósticos da APAE

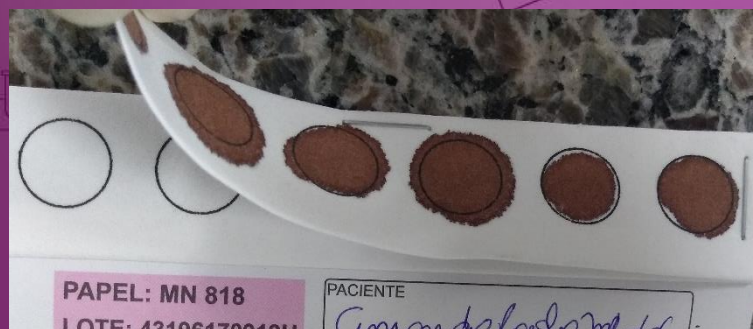
PROGRAMA DE PROTEÇÃO À GESTANTE

Nome da Gestante: **GUILLIANA VALENZ DE MORAES**
Endereço: **CELESTINA VALENZ DE MORAES**
Cidade: **DE GUERINOP 336**
Estado: **GOIÁS**
Data de Nascimento: **01/05/1982**
Data de Entrega: **09/05/1982**
Ponto de Coleta: **09/05/1982**
Cidade: **GOIÁS**
Ponto de Entrega: **09/05/1982**

Cartão sem amostra



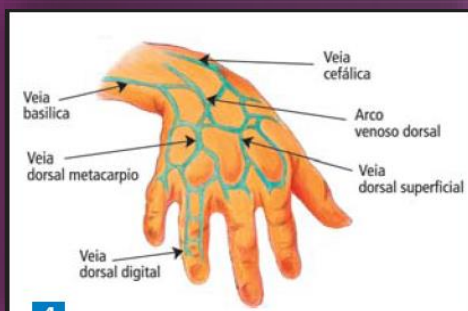
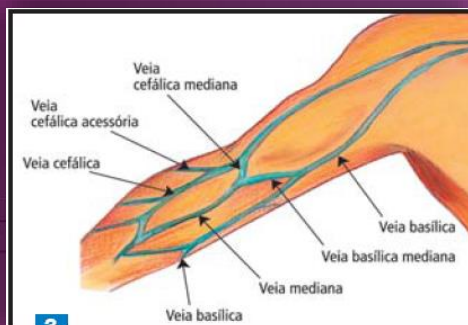
Amostra inadequada



LEMBRETE DE BOAS PRÁTICAS

58

- Deixar o álcool secar antes de iniciar a punção;
- Não coletar em área com hematoma;
- Não coletar em membros que o paciente está recebendo medicação;
- Tubos com volume de sangue insuficiente ou em excesso;
- Não puxar o embolo da seringa com muita força para evitar a formação de espuma;
- Tempo de garroteamento **(máx. 1 minuto)**;
- Após a coleta, deixar retrainr o coágulo aproximadamente 30 a 40 minutos na posição vertical, em seguida centrifugar a amostra e manter refrigerada; quando não for possível centrifugação a amostra deve ser refrigerada após retração do coágulo.



Locais para punção



Garroteamento (max. 1 minuto;

Esperar o álcool secar.



Escolhido material de coleta (calibre da agulha).

ORDEN CORRETA DOS TUBOS

60



- Realizar a troca dos tubos de acordo com a sequência recomendada;
- Homogeneizar os tubos de 5 a 10 vezes (conforme instruções do fabricante);
- Homogeneizar o tubo de forma suave evita o aparecimento da hemólise, formação de coágulo e fibrina;
- Obs: respeitar a ordem de coleta dos tubos.

TRANSPORTE

- Armazenar corretamente as amostras é fundamental para evitar resultados errados e perda de materiais;
- A resolução RDC 302/2005 da Anvisa prevê, no parágrafo 6.1.10, que o transporte de amostras deve ser feito em recipiente isotérmico para garantir a estabilidade desde a coleta até a realização do exame. O intuito é preservar as boas condições do material biológico para a análise.



QUAL A TEMPERATURA IDEAL?

- Ambiente: 18° C a 25° C;
- Refrigerada: 2° C a 8° C (após retração do coágulo/centrifugação);
- Evitar contato com o gelox, o mesmo pode ser protegido com papel pardo;
- Usar embalagens adequadas para transporte.



FATORES QUE PROPICIAM A HEMÓLISE DURANTE A COLETA

- Garroteamento prolongado (máx. 1 minuto);
- Escolha do material (calibre da agulha);
- Evitar de puxar o embolo da seringa bruscamente;
- Presença de álcool na pele no momento da coleta;
- Não preenchimento do volume do tubo;
- Tapinhas;
- Agitação;
- Calor ou frio.



PONTOS A MELHORAR

64

- A Coleta do TESTE DO PEZINHO deverá ser realizada 3º ao 5º dia de Vida (a partir de 48 horas), após amamentação (leite materno ou fórmula);
- Não esperar juntar as coletas para envio, amostras de soro ou plasma são estáveis somente por 7 dias;
- Preencher todos os dados dos Cartões de Coletas; Nunca deixe de colher ou enviar por falta de alguma informação da mãe ou da criança;
- Observar se o sangue foi bem absorvido no papel filtro;
- Atenção se o material está identificado corretamente;
- Muita atenção ao(s) material(ais) solicitado(s) no pedido de recoleta.

RESULTADOS

65

- Os resultados são disponibilizados online em nosso site;

<http://www.apaecg.org.br/iped>

- O acesso é possível através de usuário e senha fornecidos pelo IPED/APAE com o setor de TI. Cada município tem seu **LOGIN e SENHA**.

- Suporte: Alexandre ou Glauber 4042-2250
Opção 5 – Ramais 1416 ou 1417, email:
ti.apae@apaecg.org.br

- Recomenda-se o acesso diário ao site da APAE/IPED para verificação de novos resultados, pendências de novas amostras ainda não colhidas e comunicações diversas.

iped
Instituto de Pesquisas,
Ensino e Diagnóstico da Apae

Informe o Tipo de Acesso

Cliente
Posto de Coleta
Médico(a) / Solicitante
Convênio
Plano
Destino
Local de Coleta

Usuário

Senha

LOGIN

[Esqueci meu Código ou minha Senha](#)

☐ Mantenha-me conectado

PRAZO PARA LIBERAÇÃO DE RESULTADOS

The image shows a form with a red border. At the top, it says 'PRAZO DE ENTREGA'. Below this, there are two boxes for the number of days, containing '9' and '0', followed by the text 'DIAS ÚTEIS'. At the bottom, there is a dashed box labeled 'CONTROLE PACIENTE'.

PRAZO DE ENTREGA	
9	0
DIAS ÚTEIS	

CONTROLE PACIENTE

Pré-natal: 10 dias úteis;

Teste do Pezinho: 07 dias úteis;

Recoletas: 07 dias úteis.

ORIENTAÇÕES NO SITE



ACOMPANHAMENTO DE CASOS ALTERADOS

- Para as doenças triadas no Programa Nacional de Triagem Neonatal, o acompanhamento dos casos serão realizados pelo Iped/Apae - **(Serviço de Referência em Triagem Neonatal (SRTN))**, através de equipe multiprofissional (Endocrinologista, Pediatra, Hematologista, Pneumologista, Assistentes Sociais, Psicóloga, Nutricionistas, Gastro-pediatra e adulto, Fisioterapeuta, Infecto-pediatra e Geneticista).

(Portaria Nº 822, de 06 de junho de 2001 e Portaria Nº 500, de 06 de maio de 2013).

- Para as doenças triadas no Programa Estadual de Proteção a Gestante, a assistência e acompanhamento serão realizadas pela atenção a saúde de cada município.

(Resolução 117/SES, de 5 de dezembro de 2014).



ATENDIMENTO HUMANIZADO

- Esse cuidado é fundamental para promover uma experiência mais positiva às pessoas em atendimento, principalmente quando muitas delas estão passando por algum momento não muito agradável. É uma atitude que traz conforto e confiança aos pacientes e melhora o relacionamento deles com a instituição.



CONTATOS

(67) 4042-2250 – Opção 2 - Ramal 1201 ou 1202 - Recepção

(67) 99273-8451 - Recepção

(67) 99273-4498 – Busca Ativa

(67) 99284-1640 ou 99257-4874 – Serviço Social



EMAILS

resultados.iped@apaecg.org.br

marcela.zuza@apaecg.org.br

ti.apae@apaecg.org.br

josaine.sousa@apaecg.org.br

servicosocial.iped@apaecg.org.br

psicologia.iped@apaecg.org.br

buscaativa.iped@apaecg.org.br



*“O sucesso é a soma de pequenos esforços repetidos
dia após dia.” Robert Collier*

71



Obrigada!!!