

# Normas Técnicas para coleta, armazenamento e envio de amostras



Triagem Pré-Natal  
e  
Triagem Neonatal

MARCELA ZUZA DE ALMEIDA  
ANALISTA DE LABORATÓRIO  
GESTÃO DE QUALIDADE

**iped**  
Instituto de Pesquisas,  
Ensino e Diagnósticos da APAE

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](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



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

# VANTAGENS DE COLETA EM PAPEL FILTRO

## CARACTERÍSTICAS

LOCAL P/ COLETA

## PAPEL FILTRO

SEM GRANDES EXIGENCIAS

## SORO

ESTRUTURA COMPLEXA

## COLETA

LANCETA/  
FACIL COLETA

SERINGA/AGULHA  
PESSOAL ESPECIALIZADO

## PREPARAÇÃO

SECAR A TEMPERATURA AMBIENTE

## TRANSPORTE

A TEMPERATURA AMBIENTE

TUBO/ CENTRIFUGA

REFRIGERADO

# ORIENTAÇÕES SOBRE O MANUSEIO DO PAPEL FILTRO

- 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 céfálico: \_\_\_\_\_ 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  
Conduita: \_\_\_\_\_  
Teste do reflexo vermelho: ( ) Normal ( ) Alterado  
Conduita: \_\_\_\_\_  
Teste do Pezinho ( ) Não ( ) Sim Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Realizar entre o 3º e 5º dia de vida.  
Resultados:  
Fenilcetonúria: ( ) Normal ( ) Alterado  
Hipotireoidismo: ( ) 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: ( ) PEATE<sup>1</sup> ( ) EOA<sup>2</sup>  
Resultado: OD \_\_\_\_\_ OE \_\_\_\_\_ (normal/alterado)  
Conduita: \_\_\_\_\_  
Reteste:<sup>3</sup> Até 30 dias ( ) Não ( ) Sim Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
( ) PEATE ( ) EOA  
Resultado: OD \_\_\_\_\_ OE \_\_\_\_\_ (normal/alterado)  
Conduita: \_\_\_\_\_  
<sup>1</sup> PEATE – Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico.  
<sup>2</sup> EOA – Emissões Otoacústicas Evocadas.  
<sup>3</sup> 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 \_\_\_\_\_

## ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA E CONSULTAS RECOMENDADAS

### Triagens Neonatais

#### Triagens Neonatais \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### Consulta da 1ª Semana

#### Consulta da 1ª Semana Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_

# TRIAGEM PRÉ-NATAL



# 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

**PACIENTE** / **POSTO COLETA**

**PAPÉL: 00000  
LOTE: 00000  
VAL.: 00/00/00**

**PREENCHER COM CANETA PRETA OU AZUL**

**GESTANTE**

Instituto de Pesquisas, Ensino e Diagnósticos da APAE  
Rua Estevão Caprata, 285 - Vila Progresso - CEP: 79050-440  
Fone: (67) 4042-2250, Ofício 2 - Campo Grande - Mato Grosso do Sul  
Home Page: www.apaecg.org.br

**APAE**  
Campo Grande - MS

1ª AMOSTRA  
 RECOLETA  
 PARTO NORMAL  
 CESÁRIA

**1ª Fase Gestante**

RAÇA	TEMPO DE GESTAÇÃO EM SEMANAS*
<input type="checkbox"/> BRANCA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> NEGRA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PARDIA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AMARELA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> INDÍGENA	<input type="checkbox"/>
Nº DE GESTAÇÕES	
<input type="checkbox"/> ABORTO	
<input type="checkbox"/> SIM / NÃO	
QUANT. ABORTO	

**PACIENTE / GEST.**

**DATA DA COLETA**

**ENDEREÇO**

**CIDADE** / **ESTADO** / **ULTIMA MENSTRUAÇÃO** / **DATA DE NASCIMENTO**

**BAIRRO** / **CEP**

**E-MAIL DA GESTANTE** / **CELLULAR** / **TELEFONE**

**POSTO E MUNICÍPIO DE COLETA** / **SIS PRÉ-NATAL** / **DATA DA COLETA**

**CNES** / **CPF DA GESTANTE** / **RG DA GESTANTE**

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

Declaro ter conferido minha identificação neste cartão de coleta. Assinatura por Extenso: \_\_\_\_\_

**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 Extenso \_\_\_\_\_

RG ou CPF \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**INICIOU USO DE ÁCIDO FÓLICO ANTES DA GESTAÇÃO**  
 SIM     NÃO

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.

**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

 <p>Instituto de Pesquisas, Ensino e Diagnósticos da APAE Av. Estadual Capitão, 285 - Vila Progresso - CEP: 79050-440 Fone: (67) 4042-2250, Oppião 2 - Campo Grande - Mato Grosso do Sul Home Page: www.apaeog.org.br</p>		  		 <input type="checkbox"/> 1ª AMOSTRA <input type="checkbox"/> RECOLETA <input type="checkbox"/> 2ª Fase do Programa (a partir da 28ª semana da gestação)		<b>TEMPO DE GESTAÇÃO EM SEMANAS</b> <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 31 <input type="checkbox"/> 32 <input type="checkbox"/> 33 <input type="checkbox"/> 34 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 37 <input type="checkbox"/> 38 <input type="checkbox"/> 39 <input type="checkbox"/> 40	
PACIENTE/GESTANTE / DATA DA COLETA /  PREENCHER COM CANETA PRETA OU AZUL.  PAPÉL: 00000 LOTE: 00000 VAL: 0000000		PACIENTE/GESTANTE /  MÃE DA GESTANTE /  N° do Cartão do SUS GESTANTE /  ENDEREÇO /  CIDADE /  RESP. PELA COLETA /  POSTO E MUNICÍPIO DE COLETA /		CPF GESTANTE /  DATA DE NASCIMENTO /  CÓD. 1ª FASE /  CEP /  ESTADO /  CELULAR /  TELEFONE /  RESP. PELO PREENCHIMENTO /  CNES /		RG GESTANTE /  DATA DA COLETA /  ALTERAÇÃO PARA TOXO, HIV OU SÍFIS NA 1ª FASE? <input type="checkbox"/> SIM * <input type="checkbox"/> NÃO * ENVIAR SORO  ALTERADO EM TESTE RÁPIDO <input type="checkbox"/> SIM * <input type="checkbox"/> NÃO  QUAL?  * ENVIAR SORO	
Declaro ter conferido minha identificação neste cartão de coleta. Assinatura por Extenso: _____							
<b>OBS:</b> 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 benefício de iniciar ou dar continuidade do tratamento prescrito. Caso tenha alguma suspeita de qualquer uma das patologias triadas, autorizo que seja feita 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 Extenso \_\_\_\_\_

RG ou CPF \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Observações Complementares \_\_\_\_\_

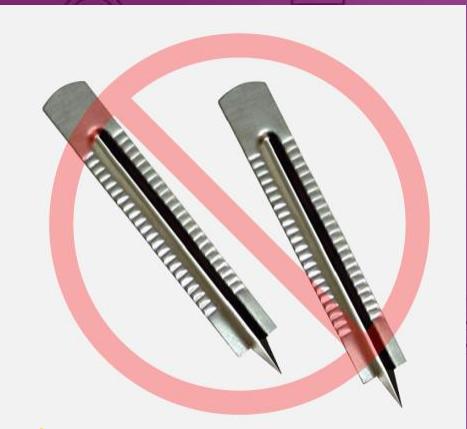
Em observância à Lei nº. 13.709/18 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e demais normativas aplicáveis sobre proteção de Dados Pessoais, manifesto-me de forma informada, livre, expressa e consciente, no sentido de autorizar a APAE CAMPO GRANDE a realizar o tratamento de meus Dados Pessoais para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

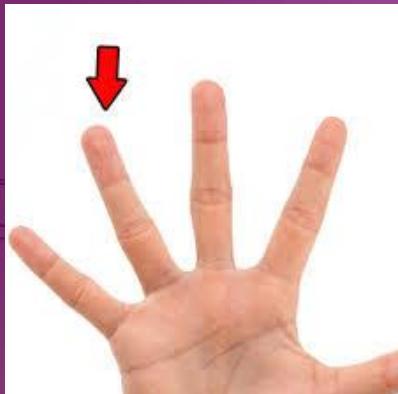


- 3.** Posicione a lanceta perpendicularmente no local da punção e **pressione o Botão (Gatilho)** para dispará-la.
- 4.** Aguarde formar uma **grande gota**.

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 punctionado 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.



23

# COLETA PRÉ-NATAL



V. 07/2022  
Julho 2022.

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

# TRIAGEM NEONATAL



## 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



PACIENTE	POSTO COLETA	DATA DA COLETA / /	<b>iped</b> Instituto de Pesquisas, Ensino e Diagnósticos da APAE Rua Estevão Capriata, 285 - Vila Progresso - CEP: 79050-440 Fone: (67) 4042-2250, Opção 2 - Campo Grande - Mato Grosso do Sul Home Page: <a href="http://www.apaecg.org.br">www.apaecg.org.br</a>																																																							
			   <b>APAE</b> Campo Grande - MS																																																							
			<input type="checkbox"/> I <sup>ª</sup> AMOSTRA <input type="checkbox"/> RECOLETA <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>RACA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>BRANCA</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PARDA</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>NEGRA</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>AMARELA</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>INDÍGENA</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>												RACA		BRANCA	<input type="checkbox"/>	PARDA	<input type="checkbox"/>	NEGRA	<input type="checkbox"/>	AMARELA	<input type="checkbox"/>	INDÍGENA	<input type="checkbox"/>																																
RACA																																																										
BRANCA	<input type="checkbox"/>																																																									
PARDA	<input type="checkbox"/>																																																									
NEGRA	<input type="checkbox"/>																																																									
AMARELA	<input type="checkbox"/>																																																									
INDÍGENA	<input type="checkbox"/>																																																									
			<b>TESTE DO PEZINHO</b>																																																							
			<b>ENVIO URGENTE</b>																																																							
			RN: _____ Mãe: _____ <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>DATA DE NASCIMENTO</td> <td>HORA</td> <td><input type="checkbox"/> M</td> <td><input type="checkbox"/> T</td> <td><input type="checkbox"/> N</td> <td>Parto Normal</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="4" rowspan="2">(INV) DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS</td> </tr> <tr> <td>APÓS 48h</td> <td>DATA DE COLETA</td> <td>HORA</td> <td><input type="checkbox"/> M</td> <td><input type="checkbox"/> T</td> <td><input type="checkbox"/> N</td> <td>Parto Cesariana</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Peso (g)</td> <td>Nasceu com</td> <td>Sexo</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>semanas</td> <td>M</td> <td>F</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Desc.</td> <td></td> </tr> </table> Nutrição: <input type="checkbox"/> Enteral/Parental <input type="checkbox"/> Leite Materno <input type="checkbox"/> Fórmula Láctea      Prematuro: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Transfusão: <input type="checkbox"/> Sim* <input type="checkbox"/> Não      *DATA: _____ Gestante fez uso de corticóide nos últimos 15 dias antes do parto? Se sim, qual? _____  Nº do Cartão do SUS do RN: _____ CPF do RN: _____ RG da MÃE: _____  E-MAIL DO RESPONSÁVEL DO RN: _____ ENDEREÇO: _____ CIDADE: _____ ESTADO: <b>MS</b> <input type="checkbox"/> RESP. PELA PREENCHIMENTO <input type="checkbox"/> RESPONSÁVEL DA COLETA PÁGINA DE 4 PÁGINAS - PÁGINA 1 DE 4												DATA DE NASCIMENTO	HORA	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> N	Parto Normal	<input type="checkbox"/>	(INV) DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS				APÓS 48h	DATA DE COLETA	HORA	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> N	Parto Cesariana	<input type="checkbox"/>	Peso (g)	Nasceu com	Sexo				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	semanas	M	F										Desc.	
DATA DE NASCIMENTO	HORA	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> N	Parto Normal	<input type="checkbox"/>	(INV) DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS																																																			
APÓS 48h	DATA DE COLETA	HORA	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> N	Parto Cesariana					<input type="checkbox"/>	Peso (g)	Nasceu com	Sexo																																												
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	semanas	M	F																																																
									Desc.																																																	
			PACIENTE _____ (INV) DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS  DATA DE NASCIMENTO: _____ DATA DA COLETA: _____  POSTO COLETA _____  COLETADOR (A) _____  PRAZO DE ENTREGA: _____ DIAS ÚTEIS  CONTROLE PACIENTE _____																																																							
Declaro ter conferido a identificação do recém-nascido. Assinatura por Extensão do responsável pelo RN: _____																																																										
<b>OBS:</b> Este cartão deverá ser preenchido em letra de forma (legível), sendo obrigatório o preenchimento de TODOS OS CAMPOS, para evitar devoluções.																																																										

## 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

- 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;

<b>Transfusão:</b>	<input type="checkbox"/>	Sim*	<input type="checkbox"/>	Não	* 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 calcâneo**; 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 arroto (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 arroto”



“Posição de mamada”

# MASSAGEAR O PEZINHO DA CRIANÇA PARA ATIVAR A CIRCULAÇÃO

## Compressão



## Descompressão



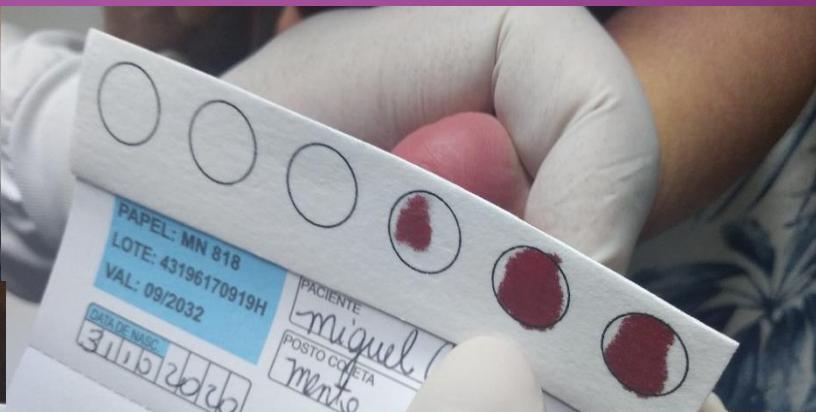
As manobras de compressão-descompressão, pode-se fazer com os dedos indicador e polegar (que envolvem o calcanhar), **uma compressão leve**, seguida por uma **descompressão mais demorada**.

- 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 punctionado e **ESPERAR** secar o álcool 70%;
- Puncione o local escolhido, espere formar uma **GRANDE GOTÀ** 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 calcâncar 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 inicio de tratamento dos casos positivos;**
- A idade não altera a qualidade do exame, mas sim riscos de sequelas irreversíveis e eficácia dos tratamentos em casos alterados.

**Não existe uma IDADE MÁXIMA para coleta.**

# COLETA TESTE DO PEZINHO



## ORIENTAÇÕES GERAIS

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

## 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
<b>Dias indicados para coleta</b>				

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 µU/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

- 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

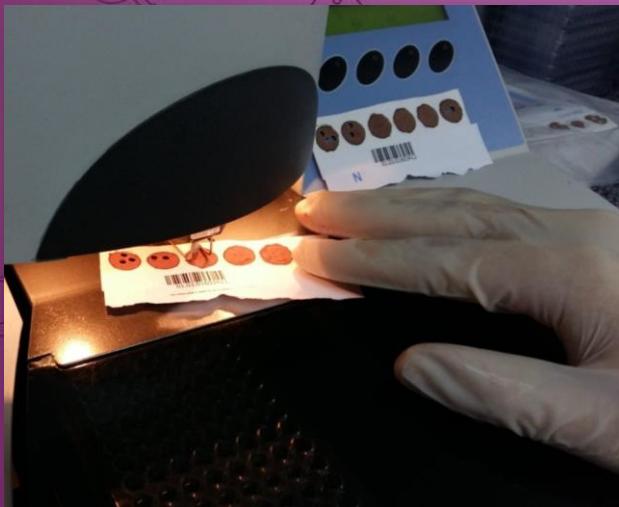
- **ENVIADO PELO MOTORISTA DE CADA MUNICÍPIO;** O envio do material para o Laboratório deve ser o quanto antes;
- Após a secagem **COMPLETA** do papel filtro, este pode ser enviados da seguinte forma: **envelopes de papel ou saco plástico bem vedado, também pode ser utilizado uma pasta com elástico (desde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

# RECEBIMENTO DOS MATERIAIS



# AMOSTRA VÁLIDA

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

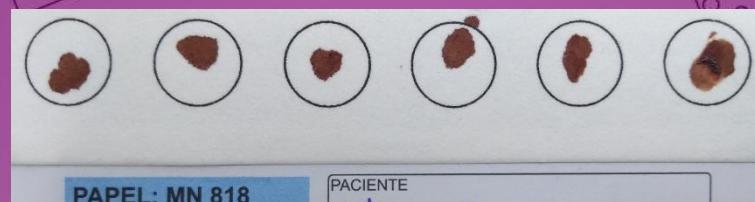


FRENTE

VERSO

# AMOSTRA INVÁLIDA

FRENTE

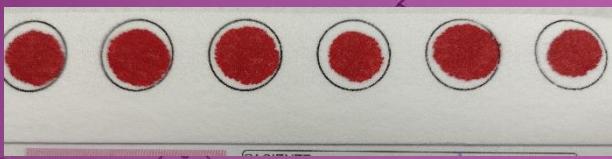


VERSO

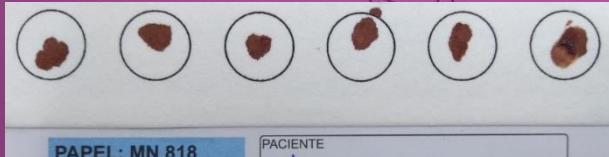
## OUTROS EXEMPLOS DE AMOSTRAS INVÁLIDAS



➤ Amostra com fungos



➤ Amostra molhada



➤ Amostra insuficiente

## BUSCA ATIVA

➤ É solicitado 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 recoleta 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

**PARANHOS-MS**

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

Telefone: ( )

Responsável pela Reconvenção: **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**

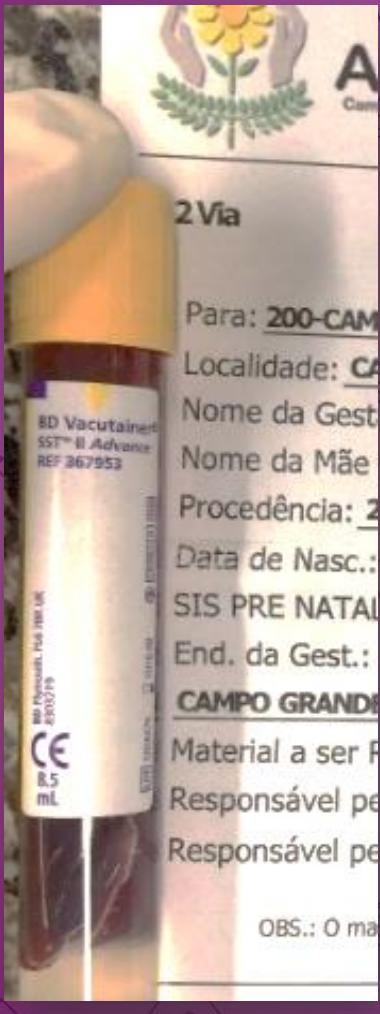
# MOTIVOS DE CANCELAMENTO DE AMOSTRAS

- Amostras colhidas em duplicidade;
- Idade gestacional menor que 28<sup>a</sup> 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 8º 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

## Recoleta sem identificação

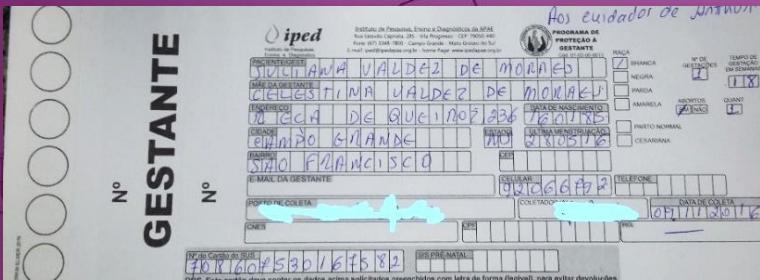


## Amostra hemolisada

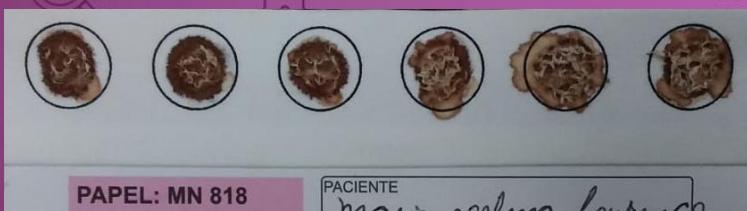




## Amostra sem identificação



## Cartão sem amostra

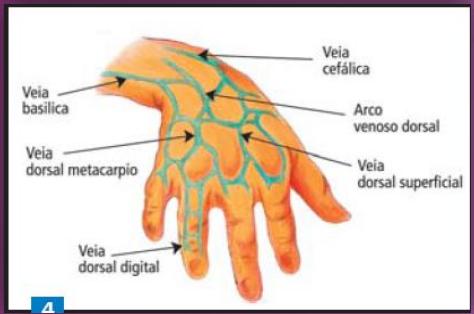
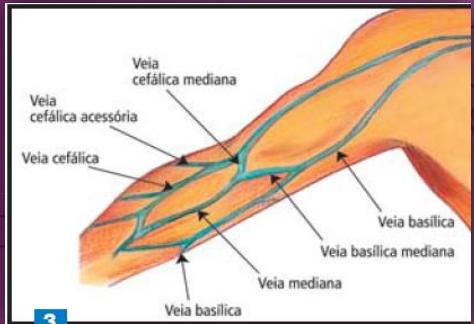


## Amostra inadequada



# LEMBRETE DE BOAS PRÁTICAS

- 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 retrair 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.



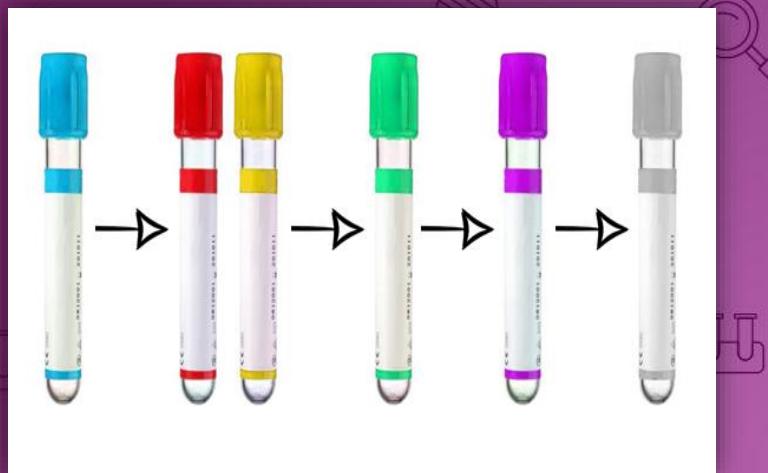
## Locais para punção

**Garroteamento (max. 1 minuto);  
Esperar o álcool secar.**



**Escolhido material de coleta  
(calibre da agulha).**

# ORDEM CORRETA DOS TUBOS



- 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.

➤ PRECISAMOS DA SUA AJUDA!!

# RESULTADOS

- 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](mailto: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.



Instituto de Pesquisas,  
Ensino e Diagnóstico da Apae

Informe o Tipo de Acesso
Cliente
Posto de Coleta
Médico(a) / Solicitante
<b>Convênio</b>
Plano
Destino
Local de Coleta

Usuário

---

Senha

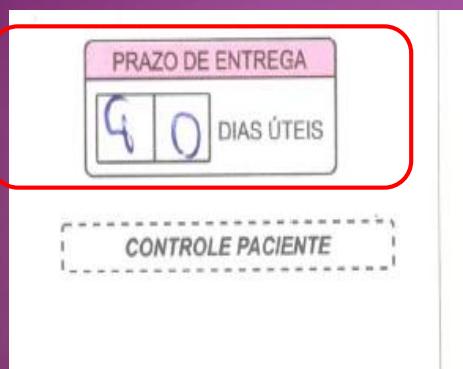
---

**LOGIN**

[Esqueci meu Código ou minha Senha](#)

Mantenha-me conectado

# PRAZO PARA LIBERAÇÃO DE RESULTADOS



Pré-natal: 10 dias úteis;

Teste do Pezinho: 07 dias úteis;

Recoletas: 07 dias úteis.

# ORIENTAÇÕES NO SITE

The screenshot shows the homepage of the APAE website. At the top, there is a navigation bar with links for INÍCIO, APAE, CEDEG, IPED, CER, NOTÍCIAS, and TRANSPARÊNCIA. The IPED link is highlighted with a red box. A dropdown menu for IPED is open, showing options: SOBRE O IPED, INFORMATIVOS E ORIENTAÇÕES (highlighted with a red box), MATERIAL PARA DOWNLOAD (highlighted with a red box), NOTÍCIAS IPED, CONTROLE DE QUALIDADE, CERTIFICAÇÕES, and PORTARIAS E RESOLUÇÕES. Below the navigation bar, there is a large image of two smiling individuals in yellow shirts. To the right of the image, there is a sidebar with the text "e C", "dos Ex", and "iped".

# 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 à 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](mailto:resultados.iped@apaecg.org.br)

[marcela.zuza@apaecg.org.br](mailto:marcela.zuza@apaecg.org.br)

[ti.apae@apaecg.org.br](mailto:ti.apae@apaecg.org.br)

[josaine.sousa@apaecg.org.br](mailto:josaine.sousa@apaecg.org.br)

[servicosocial.iped@apaecg.org.br](mailto:servicosocial.iped@apaecg.org.br)

[psicologia.iped@apaecg.org.br](mailto:psicologia.iped@apaecg.org.br)

[buscaativa.iped@apaecg.org.br](mailto:buscaativa.iped@apaecg.org.br)

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



Obrigada!!!