

# Normas Técnicas para Coleta, Armazenamento e Envio de Amostras

## Triagem Pré-Natal e Neonatal

MARCELA ZUZA DE ALMEIDA  
ANALISTA DE LABORATÓRIO

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.....	2
REFERÊNCIAS.....	5
MANUSEIO DO PAPEL FILTRO.....	6
APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS.....	8
PREENCHIMENTO DOS DADOS DO CARTÃO DE COLETA.....	9
PREENCHIMENTO CARTÃO DA CRIANÇA.....	11
MATERIAL PARA COLETA EM PAPEL FILTRO.....	12
TRIAGEM PRÉ-NATAL.....	16
COLETA TARDIA- PRÉ-NATAL .....	25
<b>TRIAGEM NEONATAL.....</b>	<b>27</b>
<b>LOCAL CORRETO PARA PUNÇÃO – TESTE DO PEZINHO.....</b>	<b>30</b>
<b>COLETA TARDIA TESTE DO PEZINHO.....</b>	<b>37</b>
SECAGEM DAS AMOSTRAS.....	43
ENVIO DAS AMOSTRAS .....	45
BUSCA ATIVA.....	51
TRANSPORTE DAS AMOSTRAS.....	62
RESULTADOS DE EXAMES.....	66
ACOMPANHAMENTOS DOS CASOS ALTERADOS.....	69
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

5

- Manual Técnico de Triagem Neonatal – Brasília DF – 2016

Disponível

em:

[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagem\\_neonatal\\_biologica\\_manual\\_tecnico.pdf](https://bvsmis.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>.

# ORIENTAÇÕES SOBRE O MANUSEIO DO PAPEL FILTRO

6

- 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.

# VANTAGENS DE COLETA EM PAPEL FILTRO

7

## CARACTERÍSTICAS

## PAPEL FILTRO

## SORO

LOCAL P/ COLETA

SEM GRANDES  
EXIGENCIAS

ESTRUTURA COMPLEXA

COLETA

LANCETA/  
FACIL COLETA

SERINGA/AGULHA  
PESSOAL ESPECIALIZADO

PREPARAÇÃO

SECAR A TEMPERATURA  
AMBIENTE

TUBO/ CENTRIFUGA

TRANSPORTE

A TEMPERATURA  
AMBIENTE

REFRIGERADO

# 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.
- **ATENÇÃO: É obrigatório colocar o número de CEP da residência do paciente.**

# IMPORTANTE PREENCHER O CAMPO EM DESTAQUE

10

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

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)

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

Reteste:<sup>3</sup> Até 30 dias ( ) Não ( ) Sim Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

( ) PEATE ( ) EOA

Resultado: OD \_\_\_\_\_ OE \_\_\_\_\_ (normal/alterado)

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

<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 as 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 olho

Deve ser realizado antes da alta da maternidade

( ) Não realizado ( ) Realizado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Olho Direito: ( ) Normal ( ) Alterado

Olho Esquerdo: ( ) 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: \_\_\_\_\_

##### 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: \_\_\_\_\_

##### 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 à 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

Ausculta 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

# MATERIAIS PARA COLETA

11

- Equipamentos de Proteção Individual - EPI's (jaleco, luva e sapato fechado);
- \*\*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

12



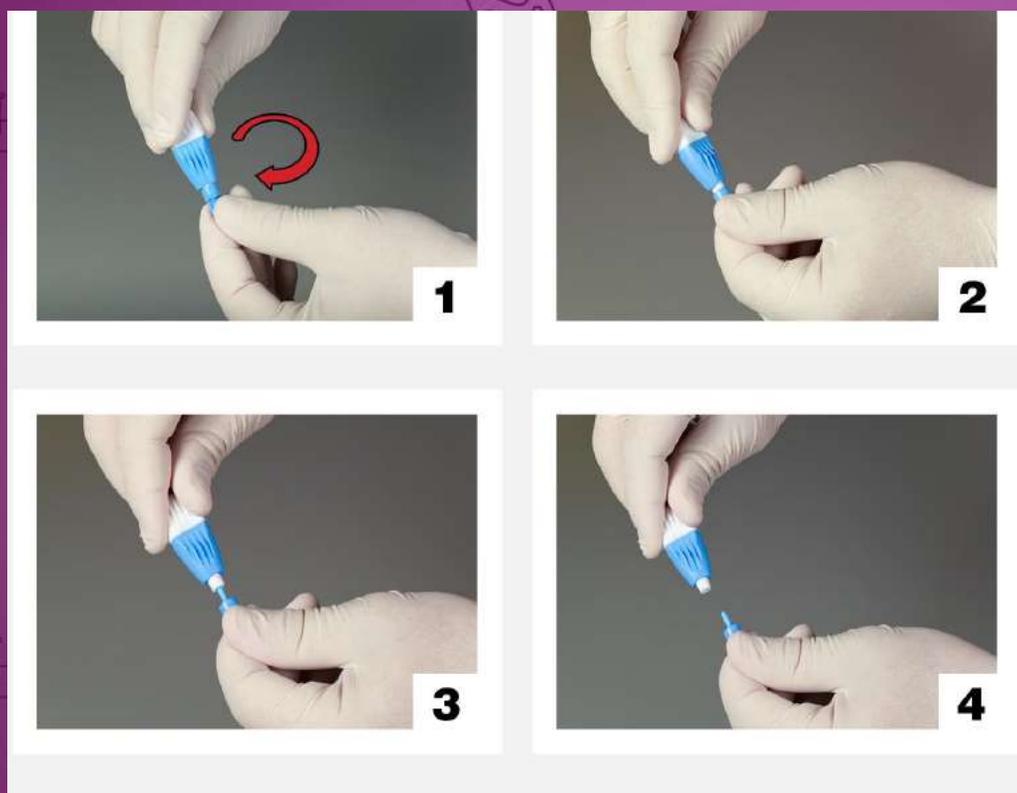
SUBSTITUIÇÃO



Não mais utilizar.

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

## PREPARANDO A LANCETA



Com a lanceta em mãos, girar a sua extremidade para retirar o lacre.

## IMPORTANTE

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



# TRIAGEM PRÉ-NATAL

15



## 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

18

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

Instituto de Pesquisas, Ensino e Diagnósticos da APAE  
Rua Estrela Capistrán, 259 - Vila Progresso - CEP: 72050-440  
Fone: (87) 3345-7800 - Campo Grande - Mato Grosso do Sul  
Home Page: www.apaecg.org.br

**PROGRAMA DE PROTEÇÃO À GESTANTE**

**APAE**  
Campo Grande, MS

**1ª Fase Gestante**

BRANCA  NEGRA  PARDAS  AMARELA  PARTO NORMAL  CESARIANA

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**  
**MÃE DA GESTANTE**  
**ENDEREÇO**  
**CIDADE**  
**BAIRRO**  
**E-MAIL DA GESTANTE**  
**POSTO E MUNICÍPIO DE COLETA**  
**CNES**  
**Nº do Cartão do SUS**

**DATA DE NASC.**  
**DATA DE NASCIMENTO**  
**ESTADO**  
**CEP**  
**CELULAR**  
**TELEFONE**  
**SIS PRÉ-NATAL**  
**CPF**  
**RG**

**GESTANTE (1ª AMOSTRA)**

**RESPONSÁVEL PELA COLETA**  
**RESP. PELO PREENCHIMENTO**

**PREENCHER COM CANETA PRETA OU AZUL**

PACIENTE  
POSTO COLETA  
DATA DA COLETA

PAPÉL: MN 818  
LOTE: 43196170919H  
VAL: 09/2032

DECLARO TER CONFERIDO MINHA IDENTIFICAÇÃO NESTE CARTÃO DE COLETA. ASSINATURA DO PACIENTE:  
OBS. ESTE CARTÃO DEVE CONTER OS DADOS ACIMA SOLICITADOS PREENCHIDOS COM LETRA DE FORMA (LEGÍVEL), PARA EVITAR DEVOLUÇÕES.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO**

Fui devidamente esclarecida da importância de saber dos resultados dos meus exames e/ou do benefício de iniciar ou dar continuidade do tratamento prescrito. Caso qualquer uma das patologias triadas (inclusive HIV), tenham resultado alterado, autorizo que seja feito a busca ativa com visita domiciliar, por telefone ou qualquer outro meio de comunicação necessária para confirmação e acompanhamento, e também do recém nascido após o parto.

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

Assinatura \_\_\_\_\_

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

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

Observações Complementares \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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 2º FASE

20

**iped** Instituto de Pesquisas, Ensino e Diagnósticos da APAE  
Rua Estevão Capistrano, 285 - Vila Progresso - CEP: 79000-440  
Fone: (97) 3345-7600 - Campo Grande - Mato Grosso do Sul  
Home Page: www.apae.org.br

**2ª Fase (1ª AMOSTRA)**  
2ª Fase do Programa (a partir da 28ª semana da gestação)

TEMPO DE GESTAÇÃO EM SEMANAS

PACIENTE/GESTANTE \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_  
MÃE DA GESTANTE \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_ DATA DA COLETA \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO \_\_\_\_\_ TELEFONE \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_  
CIDADE \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ COD. 1ª FASE \_\_\_\_\_  
RESP. PELA COLETA \_\_\_\_\_ RESP. PELA PREENCHIMENTO \_\_\_\_\_  
POSTO E MUNICÍPIO DE COLETA \_\_\_\_\_  
Nº do Cartão do SUS \_\_\_\_\_ CNES \_\_\_\_\_

ALTERAÇÃO EM TESTE RÁPIDO  
 SIM\*  NÃO  
QUAL? \_\_\_\_\_  
\* ENVIAR SORO

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

PREENCHER COM CANETA PRETA OU AZUL

PACIENTE/GESTANTE  
POSTO COLETA  
DATA DA COLETA / /

PAPEL: MN 818  
LOTE: 43196170919H  
VAL: 09/2032  
PRELIMINAR

Declaro ter conferido minha identificação neste cartão de coleta. Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_  
OBS. Este cartão deve conter os dados acima solicitados preenchidos com letra de forma (legível), para evitar devoluções.

SIS Pré-Natal: \_\_\_\_\_

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

Assinatura \_\_\_\_\_

RG ou CPF \_\_\_\_\_ Data Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Observações Complementares \_\_\_\_\_

## SÃO INDICADAS AS ÁREAS DIGITAIS PARA A PUNÇÃO

21



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



## 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;
- 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 segunda fase com no mínimo 30 dias de diferença da primeira.

# TRIAGEM NEONATAL

25



## 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.**



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

*Quem ama, Cuida!*  
Realize o teste do pezinho entre o  
3º e 5º dia de vida do bebê.





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



Região com menores inervações, proporcionando a criança uma menor sensação de dor.

## LOCAIS INCORRETOS PARA PUNÇÃO



Região lateral do pé.



Região lateral do pé.

## POSIÇÃO CORRETA PARA A COLETA

O familiar deverá segurar a criança na posição de arroteo (vertical) ou inclinado na posição de (mamada).



## MASSAGEAR O PEZINHO DA CRIANÇA PARA ATIVAR A CIRCULAÇÃO

### Compressão



### Descompressão



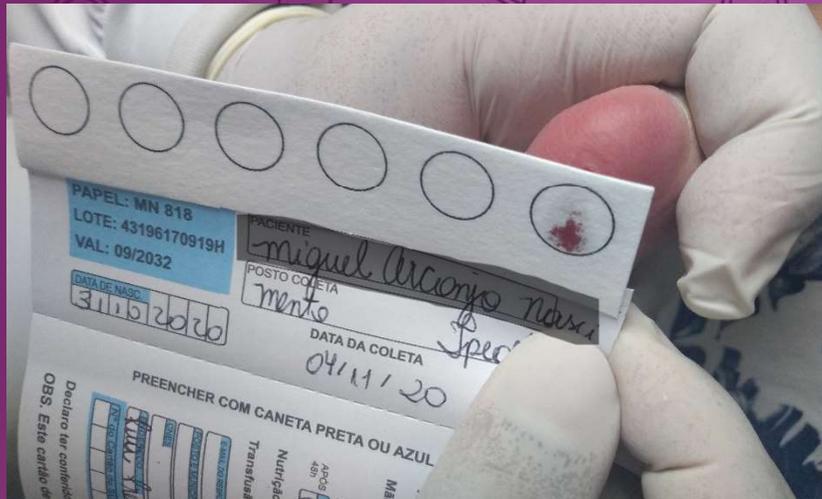
- As manobras de compressão-descompressão, pode-se fazer com os dedos indicador e polegar (que envolvem o calcanhar), **uma compressão leve**, seguida por uma **descompressão mais demorada**.

- 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

35

- 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.**

## ORIENTAÇÕES GERAIS

36

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).

## 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  $\mu\text{UI/ml}$ , 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

- 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;
- A posição horizontal permite a distribuição do sangue de forma homogênea.



- **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 envelope resposta ou 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.

## ENVIO DAS AMOSTRAS

42

- O envio do material para o Laboratório deve ser o quanto antes;
- Após a secagem **COMPLETA** do papel filtro, este pode ser colocado em **envelope resposta (fornecido pelo Iped)** e enviado pelo correio ou pelo motorista do município;
- Não há custo de envio.

USO EXCLUSIVO PARA  
REMESSA DE AMOSTRAS

Envelope  
Encomenda  
Resposta  
09122527562015-DR/MS  
IPEDIAPAE MS  
Correios

---

**ENVELOPE ENCOMENDA-RESPOSTA**  
Não é necessário selar.  
Não colocar em Caixa de Coleta. Levar diretamente ao guichê de uma Unidade Postal.

---

 O SELO SERÁ PAGO POR  
**IPED/APAE MS**  
Fone: (67) 3348-7800  
E-mail: [iped.apae@apaecg.org.br](mailto:iped.apae@apaecg.org.br)  
[www.ipedapae.org.br](http://www.ipedapae.org.br)

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

---

**ATENÇÃO** → Após a secagem do papel filtro, o envio deve ser imediato.  
Você pode salvar uma vida hoje!

AC RODOVIÁRIA  
79008-970 CAMPO GRANDE/MS

## AMOSTRA VÁLIDA

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



FRENTE



VERSO



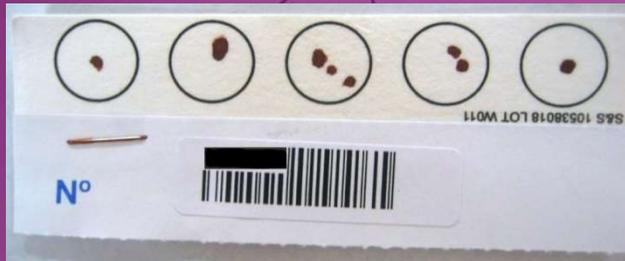
# AMOSTRA INVÁLIDA

FRENTE



VERSO

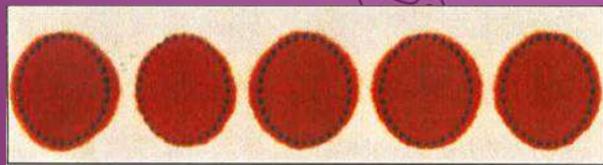
## OUTROS EXEMPLOS DE AMOSTRAS INVÁLIDAS



➤ Amostra insuficiente



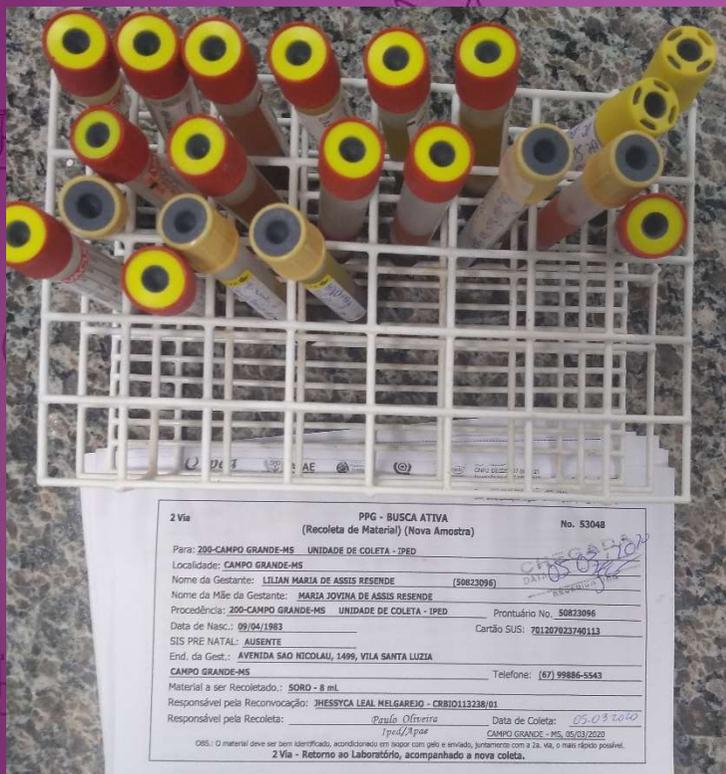
➤ Amostra saturada



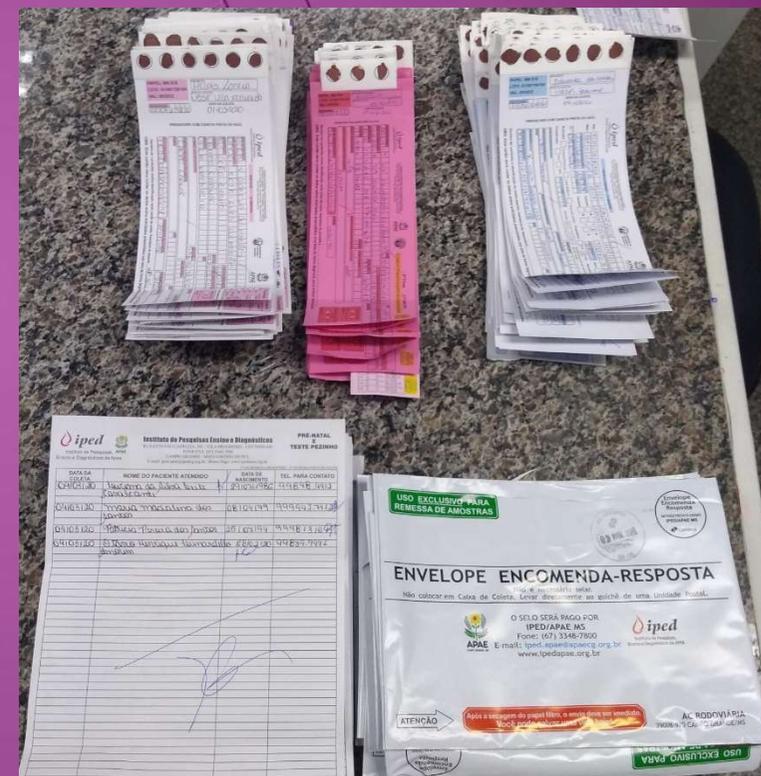
➤ Amostra molhada

# RECEPÇÃO DE MATERIAIS

## ➤ Triagem de recoletas



## ➤ Triagem de papel filtro



# TRIAGEM SOROLOGIA

47

Centrifugação



Digitação e conferência do pedido médico, rotulagem do material biológico.



## BUSCA ATIVA

48

- É solicitado coleta por motivos de: alteração em exames e/ou por amostra inadequada, insuficiente, não eluída, precoce, dentre outros.
- **Pedidos de coletas:** são enviados automaticamente para Atenção Básica dos municípios através dos e-mails cadastrados;
- **Para Campo Grande** os e-mails são enviados para cada unidade de saúde;
- **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.



## RECOLETAS

Coletar sempre o material que for solicitado!



IDENTIFICAR CORRETAMENTE TODAS AS RECOLETA

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

# ATENÇÃO

50



Rua Estevão Capriata, 286 - Vila Progresso - Campo Grande - MS  
CEP: 79060-440  
CNPJ: 03.025.707.0002-21  
Inscrição no CRF-MS: 5642 - Licença Sanitária nº: 15899  
Inscrição no CNES: 9830  
Fone: (67) 3348-7800 - Fax: (67) 3348-7824  
Site: www.ipedapae.org.br - E-mail: iped.apae@apaecg.org.br

## PNTN - BUSCA ATIVA (Recoleta de Material) (Nova Amostra)

No. 58957

Para: **200-CAMPO GRANDE-MS AAMI MATERNIDADE CANDIDO MARIANO**

Localidade: **CAMPO GRANDE-MS**

Nome do RN: **HELENA SILIS DE OLIVEIRA (1784392)** Peso: **2150,00** Sexo: **Feminino**

Nome da Mãe: **ISADORA BARBOSA SILIS FERREIRA**

Procedência: **200-CAMPO GRANDE-MS AAMI MATERNIDADE CANDIDO MARIA** Prontuário No. **1784392**

Data de Nasc.: **13/10/2020** Cartão SUS: **706003342201448**

Endereço: **RUA ESTEVAO CAPRIATA, 1081, VILA PROGRESSO**

**CAMPO GRANDE-MS** Telefone: **(67) 99177-3830**

Material a ser Recoletado.: **SORO - 4 mL**

Responsável pela Reconvocação: **DRA. MICHELLY ZANCHIN - CRF/MS 2352** Data: **28/10/20 14:13**

Responsável pela Recoleta: \_\_\_\_\_ Data de Coleta: \_\_\_\_\_

**CAMPO GRANDE - MS, 30/10/2020**

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**

# RECOLETAS EM PAPEL FILTRO, FORMULÁRIO ESPECÍFICO

51

**iped** Instituto de Pesquisas, Ensino e Diagnósticos da APAE  
Rua Estrela Capote, 283 - Vila Progresso - Campo Grande do Sul  
Fone: (011) 23457800 - Campo Grande - Mato Grosso do Sul  
Home Page: www.apae.org.br

**PROGRAMA DE PROTEÇÃO À GESTANTE** **APAE** Campo Grande MS

**TESTE DO PEZINHO (RECOLETA)**

PACIENTE: \_\_\_\_\_  
POSTO COLETA: \_\_\_\_\_  
DATA DA COLETA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PREENCHER COM CANETA PRETA OU AZUL

RN: \_\_\_\_\_  
Mãe: \_\_\_\_\_  
IDM: DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS

DATA DO NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ Período: M  T  N   
MÃE DA COLETA: \_\_\_\_\_ Período: M  T  N   
APÓS 48h: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F  Desc: \_\_\_\_\_

Nutrição:  Enteral/Parental  Leite Materno  Fórmula Láctea  Prematuro:  Sim  Não  Semanas do Nascimento: \_\_\_\_\_  
Transfusão:  Sim\*  Não  Gemelar:  Não  Sim, quant? \_\_\_\_\_ Gestante: fez uso de corticoide nos últimos 15 dias antes do parto?  Sim, qual? \_\_\_\_\_

DECLARO TER CONFERIDO A IDENTIFICAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_  
OBS. Este cartão deve conter os dados acima solicitados preenchidos com letra de forma (legível), para evitar devoluções.

Teste do pezinho

**iped** Instituto de Pesquisas, Ensino e Diagnósticos da APAE  
Rua Estrela Capote, 283 - Vila Progresso - Campo Grande do Sul  
Fone: (011) 23457800 - Campo Grande - Mato Grosso do Sul  
Home Page: www.apae.org.br

**PROGRAMA DE PROTEÇÃO À GESTANTE** **APAE** Campo Grande MS

**GESTANTE RECOLETA**

PACIENTE/GEST: \_\_\_\_\_  
MÃE DA GESTANTE: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_  
CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ ÚLTIMA MENSTRUÇÃO: \_\_\_\_\_  
BAIRRO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

E-MAIL DA GESTANTE: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_  
POSTO E MUNICÍPIO DE COLETA: \_\_\_\_\_ ANS PRÉ-NATAL: \_\_\_\_\_ DATA DA COLETA: \_\_\_\_\_  
CNES: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
Nº do Cartão do SUS: \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL PELA COLETA: \_\_\_\_\_ RESP. PELO PREENCHIMENTO: \_\_\_\_\_

**1ª Fase Gestante**  
RAÇA:  BRANCA  BRANCA DE GERAÇÃO RECÉM-CHEGADA  
 PRETA  Nº DE GESTAÇÕES  
 PAREIA   
AMARELA  ALBUQUERQUE   
PARTO NORMAL  QUALI  QUANTO  QUANTO   
CESÁRIANA  QUANTO  QUANTO   
\*A PARTIR DE 24 SEMANAS, ENVIAR TAMBÉM O SORO  
ALTERADO O TESTE RÁPIDO  SIM  NÃO  
QUALI  QUANTO  QUANTO   
ENVIAR SORO

DECLARO TER CONFERIDO MINHA IDENTIFICAÇÃO NESTE CARTÃO DE COLETA. ASSINATURA DO PACIENTE: \_\_\_\_\_  
OBS. Este cartão deve conter os dados acima solicitados preenchidos com letra de forma (legível), para evitar devoluções.

Pré-Natal

➤ CASO não tiver o modelo específico, favor anotar no cartão de coleta (RECOLETA).

## MOTIVOS DE CANCELAMENTO DE AMOSTRAS

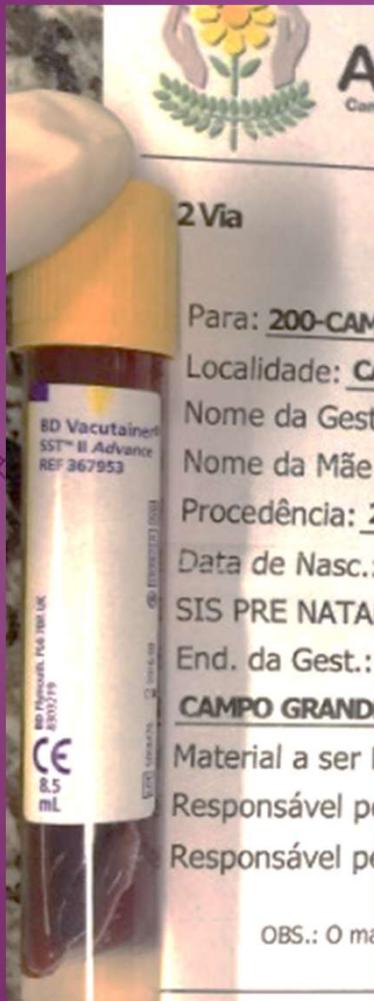
- Amostra Insuficiente;
- Perda de estabilidade;
- Amostra hemolisada;
- Material sem identificação;
- Amostras colhidas em duplicidade;
- Material errado;
- Amostra de papel filtro grampeada ou colada com fita;
- Preenchimento incorreto (sem data de coleta).

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

## EXEMPLOS

53

### Recoleta sem identificação



### Amostra hemolisada





# FASES DE REALIZAÇÃO DE EXAMES

55

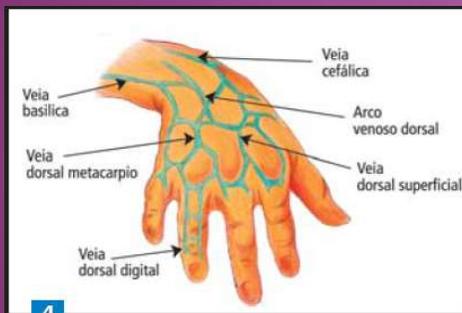
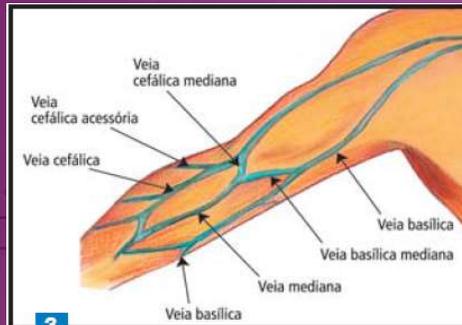


**70 a 80% de todos os erros do laboratório, tem como principais causas fatores pré-analíticos.**

## LEMBRETE DE BOAS PRÁTICAS

56

- 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);

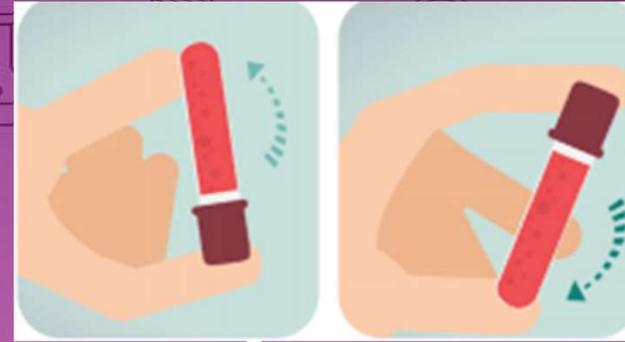
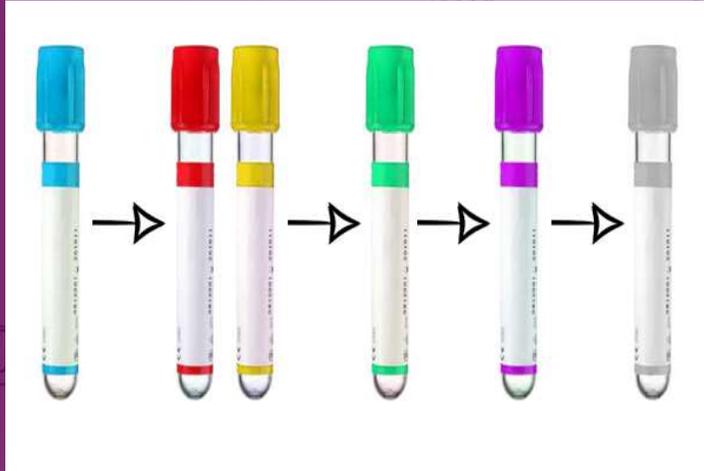
Esperar o álcool secar.



Escolhido material de coleta (calibre da agulha).

## ORDEM CORRETA DOS TUBOS

58



- 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

### Qual é a temperatura ideal?

- Ambiente: 18° C a 25° C;
- **Refrigerada: 2° C a 8° C (após retração do coágulo/centrifugação);**
- Evitar contato com o gelo;
- 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.



## TEMPO DE JEJUM

- Para recoletas dos programas não é obrigatório jejum (porém evitar coleta próximas das refeições principais);
- Em geral, obrigatório é de no mínimo 8 horas e no máximo 12 horas ou conforme orientação médica ou do laboratório;
- Para exames de **colesterol e triglicérides**, jejum obrigatório de 12 horas, sendo a janta bem leve;
- Evitar jejum prolongado - acima de 16 horas;
- **Medicamentos é permitido, desde que o médico ou laboratório oriente ao contrário;**
- Apenas água é permitida no período de jejum.



## PONTOS A MELHORAR

62

➤ **TRIAGEM NEONATAL – 3º ao 5º dia de Vida (a partir de 48 horas de vida);**

➤ 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

63

- 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 Johnny 33487800 Ramais 7821/7832 , 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.

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

A form with a pink header 'PRAZO DE ENTREGA' and a white box containing '90 DIAS ÚTEIS'. Below it is a dashed box labeled 'CONTROLE PACIENTE'.

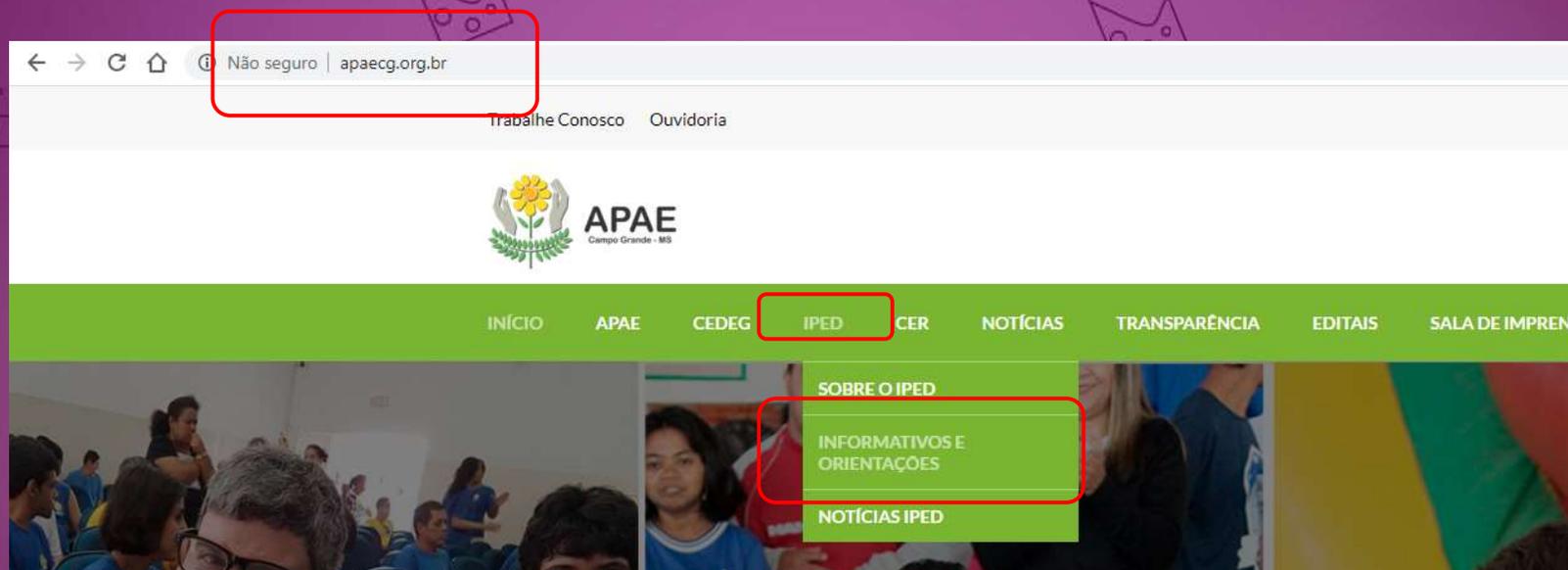
**Pré-natal: 10 dias úteis;**

**Teste do Pezinho: 07 dias úteis;**

**Recoletas: 07 dias úteis.**

# ORIENTAÇÕES NO SITE

65



## ACOMPANHAMENTO DE CASOS ALTERADOS

- Para as doenças triadas no Programa Nacional de Triagem Neonatal, o acompanhamento dos casos serão realizados pelo Iped/Apae;

(Portaria N° 822, de 06 de junho de 2001 e Portaria N° 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).



## CONTATOS

(67) 3348-7800

(67) 99273-8451



(67) 99273-4498

## 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!!!