



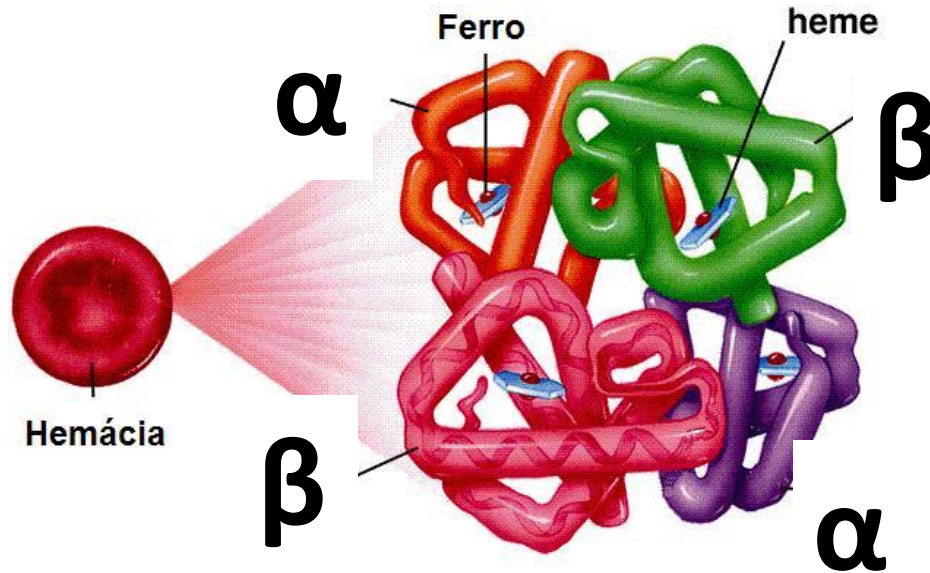
apresentam

PESQUISA DE HEMOGLOBINOPATIAS NO PRÉ NATAL

Mouseline Torquato Domingos

Farmacêutica e coordenadora do serviço de referência em Triagem Neonatal do PR e do Laboratório Especializado em Triagem Neonatal de Santa Catarina na Fundação Ecumênica de Proteção ao Excepcional (FEPE).

Hemoglobina



Hemoglobina S, C e D: mutação do gene da globina β .

Talassemia beta: diminuição (β^+) ou ausência (β^0) de globina beta.

Talassemia alfa: diminuição ou ausência de globina alfa.

Hemoglobinopatias

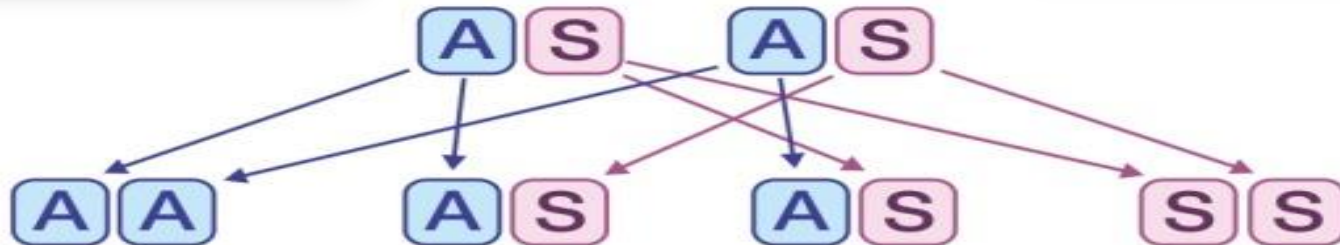
- **Anemia Falciforme (Hb SS)**
Anemia normocítica com reticulocitose
- **Doença Falciforme (HB S β , SC, SD e outros)**
Anemia microcítica com reticulocitose
- **Talassemias**
Anemia microcítica com reticulocitose

O que causa a doença falciforme ou o traço falciforme

Pai
Portador de
Traço Falciforme



Mãe
Portador de
Traço Falciforme



25% chance de
Hemoglobina
normal



50% chance de
Traço Falciforme



25% chance de
Anemia
Falciforme

Anemia Falciforme

≠

Doença Falciforme

**NA PRÁTICA PRÉ-NATAL IGUAL
PARA TODAS**

Riscos na gestação

- GESTANTE
 - Piora da anemia
 - Aumento de:
 - Infecções
 - Eclampsia
 - Toxemia gravídica
 - Óbito materno
 - Agravamento/surgimento de problemas renais e cardíacos



Riscos na gestação

- Disfunção renal ou cardíaca
 - Piora de quadros pré-existentes
 - Desenvolvimento de quadros novos
 - Piora da anemia
 - Aumento da volemia
 - Insuficiência cardíaca
 - Hipertensão pulmonar
 - Insuficiência renal
 - Acompanhamento com especialista

Riscos na gestação

- Criança:
 - Alterações placentárias
 - Insuficiência placentária
 - Placenta prévia
 - Descolamento prematuro
 - Corioamnionite

Riscos na gestação

- Criança:
 - ✓ Aborto
 - ✓ Prematuridade **40%**
 - ✓ Restrição Crescimento Intra-uterino (RCIU) **20%**
 - ✓ Baixo peso ao nascimento
 - ✓ Óbito fetal

Classificação da gestação

- De acordo com o Ministério da Saúde (Manual Técnico de Gestação de Alto risco/2010) a gestação na paciente com doença falciforme é considerada de **alto risco** e deve ser acompanhada em serviço de atenção terciária;
- O acompanhamento conjunto com o hematologistas é de fundamental importância para uma gestação segura.

“Por conta do alto grau de miscigenação da população brasileira, todas as gestantes devem ser rastreadas para doença falciforme, conforme Nota Técnica nº035/2011/CGSH/DAE/SAS/MS da Rede Cegonha”; (Protocolo de Atenção Básica – Saúde das Mulheres)



NOTA TÉCNICA Nº. 02/2019/GEABS/SUG/SES

**TESTE
MÃE CATARINENSE**



059- 10/04 - HABILITAÇÃO

Publicado em 16 Abril 2019 • Por Joseane

058- 10/04 - DELIBERAÇÃO 458

Publicado em 16 Abril 2019 • Por Joseane • 17 downloads

Considerando o estudo da Política Hospitalar Estadual

057- 10/04 - PROJETO MÃE CATARINA

Publicado em 16 Abril 2019 • Por Joseane • 21 downloads

Exame de eletroforese.

056- 10/04 - PROJETO ACREDITAÇÃO ATENÇÃO PR

Publicado em 16 Abril 2019 • Modificado em 16 Abril 2019 • Por Joseane • 17 downloads

PLANO EM ANEXO (23 KB)



GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Comissão Intergestores Bipartite

DELIBERAÇÃO 057/CIB/2019

A Comissão Intergestores Bipartite, no uso de suas atribuições, em sua 228ª reunião ordinária do dia 10 de abril de 2019,

Considerando a Portaria nº1.459 de 24 de Junho de 2011, que instituiu a Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde;

Considerando a necessidade de organizar a atenção obstétrica garantindo a oferta dos exames conforme Protocolo de Atenção Básica – Saúde das Mulheres 2011, que orienta: “Por conta do alto grau de miscigenação da população brasileira todas as gestantes devem ser rastreadas para doença falciforme, conforme Técnica nº035/2011/CGSH/DAE/SAS/MS da Rede Cegonha”;

Considerando que mulheres com doença falciforme apresentam maior abortamento e complicações durante o parto (bebê natimorto, prematuro, toxemia grave, placenta prévia e descolamento prematuro de placenta, entre outros);

Teste Mãe Catarinense

SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE

PROTOCOLO DE ADESÃO

Fepe Fundação Ecumênica de Proteção ao Excepcional
Teste Mãe Catarinense
Av. Prof. Lothário Meissner, 836 - Jd. Botânico - 80210-170 - Curitiba - PR
Fone/ fax: 41 3111-1836 | www.fepe.org.br | secretaria@fepe.org.br

GOVERNO DE SANTA CATARINA

**PROTOCOLO DE ADESÃO PARA UNIDADE DE SAÚDE
TESTE MÃE CATARINENSE**

Secretaria Municipal de Saúde

Município de _____

Pelo presente instrumento, a fim de atender e cumprir determinações de normas legais, se cadastra na Pesquisa e Prevenção das Hemoglobinopatias em Gestantes, Teste Mãe Catarinense.

Aceita coletar gratuitamente amostra de sangue de todas as gestantes, sendo o ideal no 1º trimestre da gestação, seguindo as normas da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, ou mediante solicitação médica em qualquer momento.

Aceita coletar material dos casos reconvocados, independente do motivo da reconvocação.

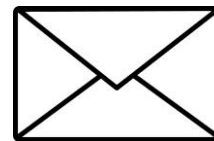
CADASTRO

Endereço: _____ nº: _____
Complemento: _____ Cidade: _____
Estado: _____ CEP: _____ Cx. Postal: _____
Média mensal de atendimentos de pré-natal: _____
Nº de Unidades de Saúde do Município que farão o Teste Mãe Catarinense: _____
Telefone da Secretaria Municipal de Saúde: _____
Responsável: _____
e-mail: _____
Data: ____/____/____

Secretário Municipal de Saúde
Assinatura e Identificação

Encaminhar este documento preenchido por completo para a Fepe, pelo fax 41 3111-1844 ou o documento digitalizado para o e-mail secretaria@fepe.org.br ou enviar por correio no endereço da Fepe.

Em caso de dúvidas ligue para 41 3111-1838 / 1836



FEPE

ou



testedopezinhoab@saude.sc.gov.br

secretaria@fepe.org.br

musse@fepe.org.br

Cadastro Teste Mãe Catarinense

Dados da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)

- ✓ **Endereço Completo** (Rua, nº, complemento, CEP)
- ✓ **Fone e e-mail contato**
- ✓ **Município:**
- ✓ **Nº UBS que possui e que farão o teste:**

Anexar



- ✓ **Relação das UBS** (nome de cada UBS)
- ✓ **CNES de cada UBS**
- ✓ **Endereço completo de cada uma** (Rua, nº, complemento, CEP)
- ✓ **Fone e e-mail contato**
- ✓ **nome do responsável na UBS**
- ✓ **Nº médio mensal de gestantes que fazem o pré natal na primeira consulta.**



testedopezinhoab@saude.sc.gov.br

secretaria@fepe.org.br

musse@fepe.org.br

FICHA DE COLETA TESTE MÃE CATARINENSE - LILÁS

Comprovante
coleta na UBS

Informativo à Gestante
Senha Resultado

Dados da
Gestante

Papel Filtro

ASSINATURA DA GESTANTE: _____
NOME DA GESTANTE: _____
DECLARO QUE NA DATA DE _____ FUI INFORMADA DA COLETA DE SANGUE PARA A PESQUISA DE HEMOGLOBINOPATIAS NAS GESTANTES. OBSERVAÇÃO: A UNIDADE DE SAÚDE DEVE GUARDAR ESTE COMPROVANTE NO MONITÓRIO DA GESTANTE.
UNIDADE DE SAÚDE
COMPROVANTE DE COLETA
299664
Senha para resultado: _____
DESTACAR

FUNDAÇÃO ECUMÊNICA DE PROTEÇÃO AO EXCEPCIONAL - FEPE (41) 3111-1836
INFORMATIVO À GESTANTE MÃE CATARINENSE
Você acaba de realizar o Teste Mãe Catarinense (Eletroforese de Hemoglobinas) que faz parte do pré-natal.
Anexe o resultado na sua carteira de gestante.
O resultado ficará disponível por 90 dias no site. Retire antes. Ele é o comprovante de que o exame foi realizado.
www.fepe.org.br
CONFIRA OUTRAS INFORMAÇÕES NO VERSO DESTA INFORMATIVO.
VEJA COMO ACESSAR O RESULTADO:
• Entre no site: **www.fepe.org.br**
• No ícone da gestante preencha seu RG: _____
• Digite a SENHA: **299664**
• Clique em RESULTADO

fepe FUNDAÇÃO ECUMÊNICA DE PROTEÇÃO AO EXCEPCIONAL - FEPE - (41) 3111-1836
TESTE MÃE CATARINENSE
Pesquisa de Hemoglobinas nas Gestantes

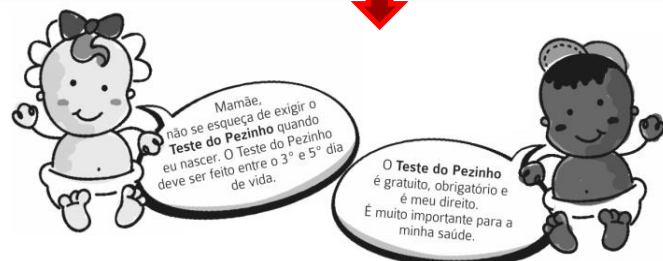
RG - *somente números* _____ - _____ Nº DO CARTÃO SUS (Cartão Nacional de Saúde) _____
COR / RAÇA _____
BRANCA NEGRA AMARELA PARDAS INDÍGENA

NOME COMPLETO E LEGÍVEL DA GESTANTE _____
RUA _____ Nº _____ DATA NASCIMENTO _____
BAIRRO _____ CEP _____ UF _____
CIDADE _____
DDD FONE OU WHATSAPP _____ DDD FONE (RECADOS) _____ E-MAIL: _____
SE SIM DATA DA ÚLTIMA TRANSFUÇÃO? _____
SE SIM DATA DA ÚLTIMA TRANSFUÇÃO? _____ IDADE GESTACIONAL? _____ SEMANAS _____
COLETA _____
DIA _____ MÊS _____ ANO _____
NOME LEGÍVEL DO COLETADOR _____
CNES (CÓDIGO DA UNIDADE DE SAÚDE OU HOSPITAL): *OBRIGATORIO _____

299664
299664
OBS: NÃO UTILIZAR PARA O TESTE DO PEZINHO
NÃO DESTACAR

Lembrete Teste do
Pezinho

Técnica de
Coleta



Saiba mais sobre o Teste Mãe Catarinense (Pesquisa de Hemoglobinas nas Gestantes).
Entre no site: **www.fepe.org.br**



PASSO A PASSO DA COLETA DE SANGUE

1. **Confira** os materiais.
2. **Confira** os dados da gestante em um documento com foto.
3. **Preencha** a ficha de coleta.
4. Peça que **confirme os dados** na ficha de coleta.
5. **Higienize** suas mãos. **Calce** as luvas.
6. **Observe** os dedos da gestante e escolha um deles para punção.
7. **Aqueça** a mão da gestante se necessário.
8. **Segure** a mão e **pressiona-a** na direção do punho para o dedo.
9. Faça **antisepsia** do local.
10. **Deixe** o álcool secar bem.
11. **Posicione** a lanceta na lateral do dedo.
12. **Pressione** firmemente o dedo e fure a pele.
13. **Descarte** a lanceta em recipiente apropriado.
14. **Pressione** o dedo próximo ao local para formação da gota de sangue.
15. **Mantenha** a mão levemente inclinada para o sangue escorrer.
16. **Deixe pingar** a gota no 1º círculo da ficha de coleta, evitando esfregar o papel filtro no local do sangramento.
17. Pressione o local da punção e **preencha o 2º círculo** da ficha de coleta.
18. **Cubra** o local de punção com gaze e solicite que faça pressão.
19. **Verifique** se o fluxo do sangramento cessou.
20. Cessado o fluxo, **descarte** a gaze em recipiente para materiais biológicos.
21. **Verificar** sempre se o sangue foi absorvido em ambas as faces do papel filtro.
22. Se a coleta não foi adequada, repita o procedimento desde o início com outra ficha. Amostra mal coletada **atrasa** o diagnóstico.

Fonte: Coleta de sangue: diagnóstico e monitoramento das DSTs, Aids e hepatites virais: Brasília, Ministério da Saúde, Departamento de DSTs, Aids e hepatites virais. 2010, 98p. (Série Telelab)

Lista Nominal de Gestantes

Preencher e enviar
junto com o
material coletado



Fundação Ecumênica de Proteção ao Excepcional
Teste Mãe Catarinense

Av. Prof. Lothário Meissner, 836 - Jd. Botânico - 80210-170 - Curitiba - PR
Fone/ fax: 41 3111-1836 | www.fepe.org.br | secretaria@fepe.org.br



TESTE MÃE CATARINENSE Fichas de Coleta encaminhadas ao Laboratório da Fepe



CNES (CÓDIGO DA UNIDADE DE SAÚDE OU HOSPITAL):

LISTA NOMINAL DE GESTANTES

	Nome da Gestante	Nº do RG	Nº Cartão Nacional de Saúde (CARTÃO SUS)	Data/Hora Coleta
01 -				
02 -				
03 -				
04 -				
05 -				
06 -				
07 -				
08 -				
09 -				
10 -				
11 -				
12 -				
13 -				
14 -				
15 -				
16 -				
17 -				
18 -				
19 -				
20 -				

Data: ____ / ____ / ____

Encaminhada por _____

**Todos os exames devem ser encaminhados com esta lista de nomes das gestantes.
Encaminhe todos os dias, mesmo que com um só exame.**

Observações:

- ➔ Para resguardo de responsabilidade do Hospital, da Unidade de Saúde e Laboratório, cada remessa de exames deve vir acompanhada desta lista com o(s) nome(s) completo(s) e legível das gestantes.
- ➔ A remessa de material para exames deverá ser encaminhada todos os dias. Os nomes das gestantes completos e legíveis, devem ser iguais aos das fichas de cadastro/coleta. Para cada ficha de coleta com o nome da gestante, deve haver seu nome na lista.
- ➔ Sugerimos que o Hospital ou a Unidade de Saúde guarde cópia preenchida desta folha, como comprovação de encaminhamento.
- ➔ O Hospital ou a Unidade de Saúde pode fazer cópia xerox desta folha em branco, em caso de necessidade para encaminhamento.

Envelope carta resposta

 **ENCAMINHE COM URGÊNCIA**

9912340485/2014 - DR/SC
Carta
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE SC
 Correios

EVITE SOLE E CHUVA

Fepe FUNDAÇÃO ECUMÊNICA DE PROTEÇÃO AO EXCEPCIONAL
www.fepe.org.br fundacaoecumenica

Programa Nacional de Triagem Neonatal – Ministério da Saúde

CARIMBO DE POSTAGEM OBRIGATÓRIO

TESTE DO PEZINHO **TESTE MÃE CATARINENSE**

CARTA - RESPOSTA
NÃO É NECESSÁRIO SELAR

 **SUS** O SELO SERÁ PAGO PELA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA  **GOVERNO DE SANTA CATARINA**

DESTINATÁRIO
Fundação Ecumênica de Proteção ao Excepcional
Programa Nacional de Triagem Neonatal do Paraná
Agência dos Correios João Negrão
80231-970 - Curitiba-PR

EXCLUSIVO PARA USO DA FEPE

Recebido em: __/__/__

Por: __/__/__

Categoria de Qualidade:

1. Ótimo
 2. Bom
 3. Ruim

Ocorrência:

1. Amassado 5. Borrado
 2. Aberto 6. Ensanguentado
 3. Molhado 7. Perfumado
 4. Pisado 8. Outros

REMETENTE
Nome da Instituição: _____
Cidade: _____

EXCLUSIVO PARA USO DA FEPE

Recebido em: __/__/__

Por: __/__/__

Categoria de Qualidade:

1. Ótimo
 2. Bom
 3. Ruim

Ocorrência:

1. Amassado 5. Borrado
 2. Aberto 6. Ensanguentado
 3. Molhado 7. Perfumado
 4. Pisado 8. Outros

Coletar junto com Teste Rápido



COLE ESTE ADESIVO EM LOCAL VISÍVEL

Fundação Ecumênica de Proteção ao Excepcional Teste Mãe Catarinense

Av. Prof. Lothário Meissner, 836 | Jardim Botânico | CEP: 80210-170 | Curitiba | PR
Fone: 413111-1836 | Fax: 413111-1844 | E-mail: secretaria@fepe.org.br

TESTE MÃE CATARINENSE



CONSULTE O "MANUAL
TÉCNICO DE COLETA"

CNES
(CÓDIGO DA UNIDADE DE SAÚDE
OU HOSPITAL)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

COLETE CORRETAMENTE



ERRADO



CERTO

fepe

www.fepe.org.br

FEPE



MATERIAL COLETA

quinzenal



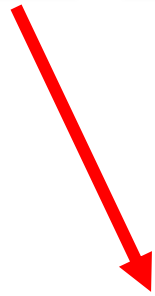
SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE



UBS

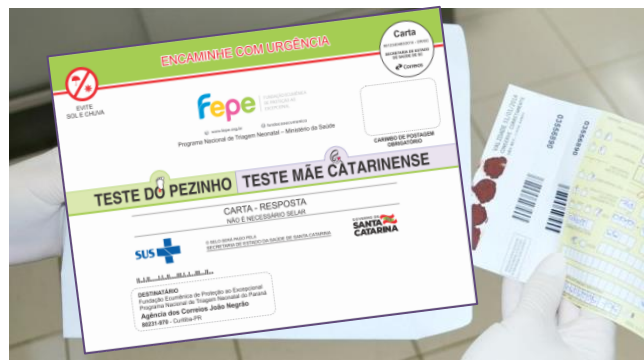
UBS

UBS



FEPE

**JUNTO COM
TESTE PEZINHO**



Método utilizado na FEPE

FOCALIZAÇÃO ISOELÉTRICA



HPLC



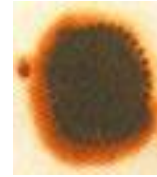
Evitar



S/ sangre



hemolizado



anel soro



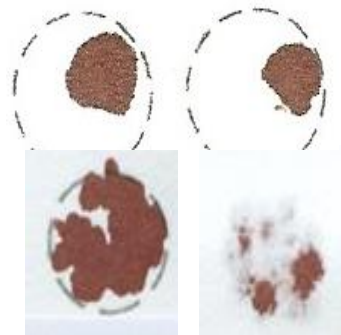
coagulado



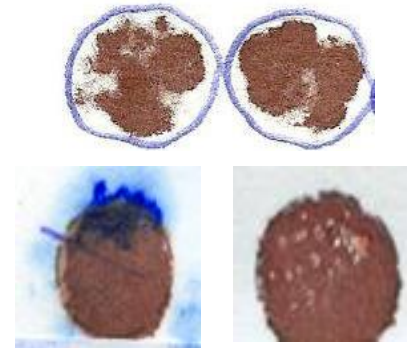
úmido



rasgado



insuficiente



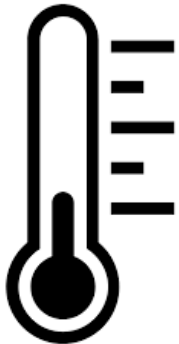
comprometido

Evitar

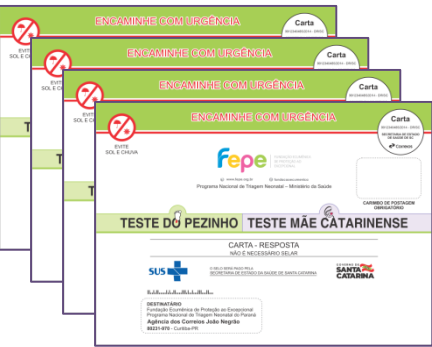


coleta após transfusão

**Ressecado ou
envelhecido**



**Conservar amostra em geladeira
até o envio pelas Agencias de
Correio**



Postagem amostras – todos os dias

Entrada diária no laboratório

CADASTRO / ANÁLISES / RESULTADOS

NORMAL

TRAÇO

POSITIVO

RESULTADO EXAME

 RESULTADO TESTE DO PEZINHO POSTOS DE COLETA	 RESULTADO TESTE DO PEZINHO	 RESULTADO TESTE DA MÃEZINHA PARANÁ E TESTE MÃE CATARINENSE	 RESULTADO TESTE DA MÃEZINHA PARANÁ E TESTE MÃE CATARINENSE POSTOS DE COLETA
<input type="text" value="Cód do Posto de Coleta"/> <input type="text" value="Senha (Posto de Coleta)"/>	<input type="text" value="Senha (Ficha de Coleta)"/> <input type="text" value="DD/MM/AAAA (Nascimento)"/>	<input type="text" value="RG"/> <input type="text" value="Senha"/>	<input type="text" value="Cód do Posto de Coleta"/> <input type="text" value="Senha (Posto de Coleta)"/>
Insira o período de coleta <input type="text" value="DD/MM/AAAA (Inicio)"/> <input type="text" value="DD/MM/AAAA (Fim)"/>	<input type="button" value="Resultado"/> <input type="button" value="Ajuda"/>	<input type="button" value="Resultado"/> <input type="button" value="Ajuda"/>	Insira o período de coleta <input type="text" value="DD/MM/AAAA (Inicio)"/> <input type="text" value="DD/MM/AAAA (Fim)"/>
<input type="button" value="Resultado"/> <input type="button" value="Ajuda"/>			<input type="button" value="Resultado"/> <input type="button" value="Ajuda"/>

RESULTADOS:

TESTE DO PEZINHO

TESTE MÃE CATARINENSE

ACESSO PELA INTERNET



UNIDADE DE SAÚDE (Nº DO CNES)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

SENHA

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

RESULTADO DISPONÍVEL POR ATÉ 90 DIAS

*Acesse o resultado antes do período de 90 dias, para conferir se o exame realmente chegou na Fepe e foi concluído.

Ideal logo após o envio pelos Correios.

Na primeira consulta de pré-natal, na UBS é solicitado o exame de eletroforese de hemoglobina

Exame Normal

Traço Falciforme

**Exame alterado
(Doença Falciforme)**

Pré-natal na UBS (Baixo risco ou risco habitual)

UBS solicita Tele consultoria para avaliação e encaminhamento à Referência de Hematologia (HEMOSC REGIONAL)

UBS solicita através do SISREG consulta ao Serviço de Referência para gestação de Alto Risco

Gestante segue pré-natal no Alto Risco, na UBS de origem e no HEMOSC

HEMOSC Regional realiza a confirmação diagnóstica e cadastro da gestante

Referências bibliográficas

Referências:

Gestação de alto risco: manual técnico. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 978-85-334-1767-0

Manual de Condutas Básicas na Doença Falciforme Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 50p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 85-334-1090-5

Perguntas e respostas