

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO BÁSICA, ESPECIALIDADES E VIGILÂNCIA
EM SAÚDE
COORDENADORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
Assistência Laboratorial

Nota Informativa nº 13/2023 – Orientações quanto à sistemática de comunicação de resultados críticos pelos laboratórios municipais (Sudeste, Lapa, São Miguel, Santo Amaro e Nossa Senhora do Ó) às Unidades Básicas de Saúde, às Supervisões Técnicas e às Coordenadorias de Saúde

Elaborado por: Laboratórios Municipais, Coordenadorias de Saúde e Assistência Laboratorial
Atualizada em: 23/01/2026

1. OBJETO

Nota Informativa nº 13/2023/Coordenadoria de Atenção Básica/SEABEVs - Orientações quanto à sistemática de comunicação de resultados críticos pelos laboratórios municipais (Sudeste, Lapa, São Miguel, Santo Amaro e Nossa Senhora do Ó) às Unidades Básicas de Saúde, às Supervisões Técnicas e às Coordenadorias de Saúde.

2. INTERESSADOS

Unidades Básicas de Saúde, Supervisões Técnicas, Coordenadorias de Saúde e Laboratórios Municipais.

3. APRESENTAÇÃO

A comunicação é uma importante ferramenta na promoção da saúde por proporcionar maior e melhor conhecimento sobre questões de saúde, seus problemas e soluções.

Os processos da fase pré-analítica relacionados à solicitação de exames, orientação e preparo do paciente, coleta e identificação das amostras biológicas, preparo, armazenamento e transporte de amostras não são realizados pelo laboratório e não estão sob a supervisão ou controle de colaboradores do laboratório onde serão processadas,

desta forma evidencia-se a necessidade de uma comunicação padronizada e efetiva dos laboratórios municipais com os demais serviços que contribuirá para a segurança do paciente^{1;2;6;8;9}.

A sistemática da comunicação será estabelecida de acordo o tipo de exame e serviço que os laboratórios municipais atendem (pacientes ambulatoriais - rotina)^{6;7;8;9}.

4. SIGLAS

- COVISA: Coordenadoria de Vigilância em Saúde
- DRVS: Divisão Regional de Vigilância em Saúde
- TRM-TB: Teste Rápido Molecular para Tuberculose
- TB: Tuberculose
- UVIS: Unidade de Vigilância em Saúde

5. RESULTADOS CRÍTICOS

5.1. Definição

Valor crítico (Anexo 1)^{1;7} é um estado fisiopatológico com potencial risco de vida, pelo qual requer tratamento médico imediato.

Resultado com valor crítico é definido em protocolo^{1;3;4;5;7} e não significa que todo exame alterado deverá seguir este, porém, é necessário comunicá-lo ao responsável pela assistência, em tempo hábil para tomada de decisão e segurança do paciente.

5.2. Procedimento para Comunicação de Resultados Críticos

5.2.1. Diretrizes Gerais para Comunicação de Resultados Críticos

Sempre que identificado um resultado laboratorial classificado como crítico, a equipe técnica do laboratório deverá seguir o protocolo abaixo:

- Encaminhar e-mail ao endereço eletrônico institucional da Unidade de Saúde solicitante, com cópia para a Supervisão Técnica;
- No campo "Assunto", inserir a expressão: Resultado Crítico;
- O laudo do paciente **não** deverá ser enviado por e-mail;
- No corpo do e-mail deve conter as seguintes informações mínimas:

- o Iniciais do Nome do Paciente
- o Data de Nascimento
- o Número do Pedido de requisição
- o Nome do Exame com resultado crítico

Solicitar à Unidade de Saúde a confirmação de recebimento/leitura, por meio de:

- resposta automática de leitura; ou
- confirmação ativa por e-mail.

A Unidade de Saúde deverá retornar com a resposta de confirmação de recebimento e leitura, permitindo ao laboratório registrar o dado para fins de monitoramento do indicador de sucesso da comunicação de resultados críticos.

5.2.2. Comunicação de Resultados Críticos – TRM - TB com Necessidade de Carta de Recoleta

Dada a criticidade de resultados positivos no Teste Rápido Molecular de Tuberculose (TRM-TB), especificamente nos casos que requerem o envio de carta de recoleta, deverão ser aplicadas as diretrizes do procedimento descrito no item 5.2.1, com as seguintes ressalvas:

a) TRM Detectado Resistente à Rifampicina:

Enviar a carta de recoleta para os seguintes destinatários:

- Unidade de Saúde solicitante;
- Unidade de Vigilância em Saúde (UVIS);
- Divisão Regional de Vigilância em Saúde (DRV); e
- COVISA (smstb@prefeitura.sp.gov.br e helenakeiko@prefeitura.sp.gov.br).

b) TRM Detectado - Traços e TRM Detectado - Resistência à Rifampicina Indeterminada:

Enviar comunicação **apenas para**:

- Unidade de Saúde solicitante; e
- UVIS.

5.2.3. Comunicação de Demais Casos Positivos para Tuberculose (TRM,

Baciloscopia e Cultura)

Para os demais casos positivos de tuberculose, identificados por meio dos exames de:

- TRM-TB;
- Baciloscopia;
- Cultura para *Mycobacterium tuberculosis*,

A comunicação será realizada por meio de relatórios semanais enviados às referências locais de vigilância em saúde (UVIS e DRVS), com o objetivo de apoiar o monitoramento e acompanhamento dos pacientes diagnosticados.

Importante:

Para o **item 5.2.3** não será necessário o envio de resposta à solicitação de confirmação de leitura por parte da Unidade de Saúde, uma vez que, para esses casos, não se aplicará o indicador de sucesso na comunicação de resultados críticos.

5.3. Indicador

O indicador de sucesso no monitoramento das respostas de resultados críticos será avaliado com base no prazo de atendimento: considera-se bem-sucedida toda resposta realizada em até 2 dias úteis após a comunicação do resultado, enquanto respostas efetuadas após esse período serão classificadas como malsucedidas. Esse indicador permitirá mensurar a efetividade e a agilidade das ações adotadas, servindo como ferramenta de acompanhamento da resolutividade nos diferentes territórios, de forma a direcionar estratégias de melhoria contínua e garantir maior segurança ao paciente.

Já para os exames de tuberculose como TRM, baciloscopia e culturas positivas, serão elaborados e enviados relatórios semanais às referências, possibilitando acompanhamento contínuo e específico desse tipo de análise.

5.4. Referências Consultadas:

1. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 978, de 06 de junho de 2025. Dispõe sobre o funcionamento de Serviços que executam as atividades relacionadas aos Exames de Análises Clínicas (EAC). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 09 jun. 2025.
2. São Paulo. Prefeitura Municipal. Caderno de Apoio à Coleta de Exames Laboratoriais.

5^a versão. 12 de Junho de 2025. Disponível em:
https://capital.sp.gov.br/documents/d/saude/caderno_coletas_2025_2-pdf. Acesso em Setembro/2025.

3. _____. Procedimentos Operacionais Padrão dos Laboratórios Municipais Sudeste, Lapa, São Miguel Paulista, Santo Amaro e Nossa Senhora do Ó (FÓ). Comunicação Resultados Críticos. Última versão.
4. _____. Emails Programas Municipais com orientações acerca de necessidade ou não para comunicação de resultados críticos. 2023.
5. _____. Informe Tuberculose nº 17/2023/DVE/TB. 06/02/2023. Revisado em 17/08/2023.
6. Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial. Rio de Janeiro. Boas práticas em Laboratório Clínico. 2020. Disponível em: <https://www.sbp.org.br/wp-content/uploads/2020/09/miolo-final-ebook-FINAL-CORRECOES-23-09.pdf>. Acesso em janeiro/2026.
7. Programa Nacional de Controle da Qualidade. PNCQ. Disponível em: https://pncq.org.br/uploads/2019/Valores%20cr%a1ticos%20no%20laborat%a2rio%20cl%a1nico_nov2019.pdf. Acesso em janeiro/2026.
8. Shcolnik, Wilson. Avaliação e gestão do risco em organização de saúde. Erros relacionados ao laboratório. Editora FIOCRUZ, 2019. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/tzvzr/pdf/sousa-9788575416419-14.pdf>. Acesso em aneiro/2026.
9. Walin, O. *et al*, Plebani e Carraro e Lippi G. *et al*, adaptado de. Fontes e frequência de erro no processamento do espécime diagnóstico.

ANEXO 1 - Valores Críticos - Tabelas 1, 2 e 3

Tabela 1 - Valores quantitativos em sangue de adultos e crianças que devem ser imediatamente comunicados ao médico solicitante ou responsável pelo paciente.

Parâmetro	Valores críticos	Interpretação
Amilase	>200 U/L	Aneurisma aórtico abdominal, pancreatite crônica, obstrução do ducto biliar, obstrução intestinal, infecção supurativa, abscesso hepático, câncer hepático.
Aminotransferases	>1.000 U/L	Dependendo da população que é atendida no consultório, deve ser feita a comunicação.
Ácido úrico	>13,0 mg/dl	Nefropatia aguda por ácido úrico, com bloqueio tubular à insuficiência renal. Em tal circunstâncias, o quociente ácido úrico/creatinina na urina (de uma micção) é >1,0mg/mg.
Cálcio	<6,6 Ou >14,0 mg/dl	Níveis baixos de cálcio são encontrados no hipoparatiroidismo, pseudohipoparatiroidismo, deficiência de vitamina D, insuficiência renal crônica, pancreatite aguda, alcoolismo e cirrose hepática. É encontrada no hiperparatiroidismo, algumas neoplasias com ou sem metástases ósseas, mieloma, desidratação, síndrome de hipertireoidismo, acromegalia, hepatopatias e insuficiência renal. Perigo de crises hipercalcêmicas que evoluí com sintomas tais como déficit de volume, encefalopatia metabólica e sintomas gastrointestinais.
Glicose	<45 mg/dl Ou	Sintomas neurológicos de hipoglicemia, que podem estender-se desde uma diminuição da função cognitiva até a inconsciência.

	>450 mg/dl	Coma diabético devido à falta de Insulina. Desenvolvimento de uma diurese osmótica com desidratação grave e cetoacidose diabética.
Sódio	<120 mEq/L Ou >160 mEq/L	Indica um intenso transtorno da tonicidade (distribuição da água entre o espaço intracelular e extracelular) devido a um distúrbio do mecanismo da sede e/ou do hormônio antidiurético, da ingestão de água ou da capacidade de concentração e diluição renais. Os sintomas clínicos de uma hiponatremia intensa se devem a um déficit de volume. As manifestações principais de uma hipernatremia traduzem transtornos do sistema nervoso central, como por ex. desorientação, aumento da irritabilidade neuromuscular com espasmos e ataques convulsivos.
CPK	>1000 U/L	Dependendo da população que é atendida no consultório, deve ser feita a comunicação.
DHL (ou LDH)	>1000 U/L	Dependendo da população que é atendida no consultório, deve ser feita a comunicação.
Potássio	<2,8 mEq/L Ou >6,2 mEq/L	Causas de hipocalcemia: diluição do extracelular na soroterapia, vômitos e diarreia, fístula intestinal, acidose tubular renal, aldosteronismo primário e secundário, síndrome de Cushing, alcalose, fibrose cística, glicose e insulinoterapia. Causas de elevação: suplementação terapêutica, redistribuição da célula para o extracelular, redução excreção (insuficiência renal aguda, doença Addison, hipofunção do sistema renina-angiotensina-aldosterona, após exercício extremo, choque).
Cloro	<75 mmol/L Ou > 125 mmol/L	Indica uma alcalose metabólica considerável. Indica uma acidose metabólica primária maciça ou pseudo-hipercloremia, em caso de intoxicação por

		brometos.
Fósforo	< 1,0 mg/dl (0,32 mmol/L) Ou > 9,0 mg/dl (2,9 mmol/L)	Debilidade muscular, dores musculares, sintomas do sistema central, tais como desorientação, confusão, convulsões, coma, insuficiência respiratória com acidose metabólica. Estes valores aparecem nas síndromes de lise tumoral aguda e na insuficiência renal terminal.
Magnésio	< 1,0 mg/dl Ou > 4,9 mg/dl	Níveis baixos são encontrados na má absorção, suplementação insuficiente, hipervolemia, hipertireoidismo, cetoacidose diabética. Níveis elevados são encontrados na insuficiência renal, uso de medicamentos com magnésio, doença de Addison, desidratação, trauma, hipotireoidismo e mieloma múltiplo.
Bilirrubina	> 15 mg/dL (257 mmol/L)	Causas de aumento da bilirrubina direta (conjugada): doenças hepáticas hereditárias, lesão de hepatócitos e obstrução biliar. Causas de aumento da bilirrubina indireta: anemias hemolíticas, hemólise autoimune, transfusão de sangue, reabsorção de hematomas, eritropoiese ineficaz e doenças hereditárias.
Ureia	> 214 mg/dl (35,6 mmol/L)	Eleva-se na insuficiência cardíaca congestiva, uso de diuréticos, cetoacidose, choque, uso corticosteroides, sangramento gastrointestinal e após uso de drogas nefrotóxicas.
Creatinina	> 7,4 mg/dl (654mmol/L)	Insuficiência renal aguda.
Tiroxina T4 livre	> 3,5 ng/dl	Valores indicadores de uma tireotoxicose, um estado clínico e laboratorial no qual os tecidos são submetidos a uma hiperconcentração de hormônios tireoidais ou que reagem frente a eles.
Triiodotironina T3 total	> 300 ng/dl	Suas causas podem ser: doença de Basedow, tumores trofoblásticos, adenoma hiperfuncionante da glândula tireoide, bário nodular tireotóxico e raras vezes, uma

		hiperprodução de hormônio tireoestimulante (TSH).
Leucócitos	<2.000/mm ³ Ou >37.000/mm ³	Perigo elevado de infecção. Indica uma reação leucemóide, com por ex. em presença de uma sepse ou de uma leucemia.
Hemoglobina	<6,6 Ou >19,9 g/dl	Os tecidos recebem insuficiente quantidade de oxigênio. Equivale a um hematócrito de 61% e produz uma síndrome de hiperviscosidade.
Hematócrito	<18,0 % Ou >61,0 %	Corresponde a uma concentração de Hemoglobina < 6,0 g/dl. O miocárdio recebe uma quantidade insuficiente de oxigênio. Significa uma intensa hiperviscosidade do sangue. A resistência ao fluxo circulatório está elevada; situação de ameaça de insuficiência cardiocirculatória.
Plaquetas	<37.000 Ou >910.000/mm ³	Perigo de sangramento. Hemorragia aguda. Descartar uma trombocitopenia induzida por EDTA. Perigo de trombose.

Tabela 2 - Valores quantitativos em sangue de recém-nascidos, e que devem ser comunicados imediatamente ao médico solicitante ou responsável pelo paciente.

Parâmetro	Valor	Interpretação
Bilirrubina	>14 mg/dL (239 mmol/L)	No primeiro dia de vida, indicador de doença hemolítica do recém- nascido; perigo de encefalopatia por bilirrubina.

Contagem de leucócitos	<5.000 / μ L >25.000 / μ L	Valores fora destes limites podem indicar a presença de uma infecção neonatal.
Contagem de Plaquetas	<100.000 / μ L	Em recém-nascido de peso normal, um resultado deste deve ser investigado. Em recém-nascido com peso inferior a 2.500 g, o valor limite é de 50.000/ μ L.
	>950.000 / μ L	Perigo de trombose.
Glicose	<30 mg/dL (1,7 mmol/L)	Hipoglicemia devido a transtorno congênito ou hiperinsulinismo devido à diabetes mellitus da mãe. A concentração de glicose < 25 mg/dL. (1,3 mmol/L) deve ser tratada mediante administração parenteral de Glicose.
	>325 mg/dL (18 mmol/L)	Deve ser investigada com urgência sua causa.
Hematórito	<33% (v/v)	Indicador de uma anemia que pode levar a uma insuficiência de O ₂ aos tecidos.
	>71% (v/v)	Hiperviscosidade sanguínea com aumento da resistência circulatória.
Hemoglobina	<9,5 g/dL	Perigo de um transtorno dos órgãos, especialmente quando existe ao mesmo tempo uma combinação de isquemia e hipóxia.
	>23 g/dL	Cinética de fluxo anormal (hiperviscosidade), com aumento da resistência periférica vascular da circulação e sobrecarga funcional cardíaca.
Potássio	<2,6 mmol/L	Aparecimento de sintomas neuromusculares com hiporeflexo e paralisia da musculatura respiratória.

	>7,7 mmol/L	Suas repercussões clínicas são os transtornos do ritmo cardíaco, debilidade da musculatura esquelética e paralisia respiratória.
Proteína C Reativa	>5 mg/L	Indica uma sepse neonatal.

Tabela 3: Resultados de laboratório qualitativos críticos que devem ser comunicados imediatamente ao médico solicitante ou responsável pelo paciente.

Parâmetro	Interpretação
Contagem diferencial dos leucócitos	Reação leucemóide Suspeita de leucemia Suspeita de aplasia Presença de células falciformes Presença de agentes da malária