

## **Critérios de Admissão e Alta nas Unidades Neonatais da SES/DF**

**Área(s):** Coordenação de Neonatologia – GEAI/DIASE/SAS/SES - DF

**Elaborador(es)\*:** Equipe da Neonatologia da GEAI

Portaria SES-DF Nº 29 de 1º de Março de 2016, publicada no DODF Nº 42 de 03 de Março de 2016.

### **1. Metodologia de Busca da Literatura**

#### **1.1 Bases de dados consultadas**

- 1.1.1. Diário Oficial da União
- 1.1.2. Diário Oficial do Distrito Federal
- 1.1.3. Medline
- 1.1.4. BVS MS

#### **1.2 Palavra(s) chaves(s)**

- 1.2.1 UTIN
- 1.2.2 UCIN
- 1.2.3 NEONATAL
- 1.2.4 CRITÉRIOS
- 1.2.5 ADMISSÃO
- 1.2.6 ALTA
- 1.2.7 PORTARIA

#### **1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes**

- 1.3.1 Período: 1993 (Portaria do ALCON, vigente) a 2014.
- 1.3.2 Quantidade de artigos relevantes: 08 (oito).

### **2. Introdução**

Este protocolo define os critérios a serem seguidos para admissão, permanência e alta dos pacientes nas Unidades Neonatais na rede SES-DF, em seus diversos níveis de complexidade de atendimento neonatal, conforme o estabelecido pela portaria GM/MS nº 930/2012. Os leitos neonatais compõem uma linha de cuidado progressivo, que visam a adequação entre a capacidade instalada e a necessidade clínica do recém-nascido, e são classificados em nível decrescente de complexidade como leitos de UTI Neonatal, de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN) e de Alojamento Conjunto(ALCON).

### **3. Justificativa**

Os critérios de internação e alta nas unidades neonatais públicas no Distrito Federal visam normatizar as internações de recém-nascidos em unidades neonatais de acordo com a complexidade dos agravos apresentados por eles. Estes critérios orientam e embasam o trabalho do Sistema de Regulação de Leitos Hospitalares da SES-DF, responsável por direcionar os recém-nascidos para os leitos de cuidados intensivos e intermediários da rede. Esta medida possibilita um aproveitamento mais eficiente da capacidade instalada de atenção neonatal da rede SES, com melhora nos indicadores de morbimortalidade neonatal e infantil no Distrito Federal.

### **4. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)**

- P05 – Crescimento fetal retardado
- P07 – Prematuridade
- P08 – Gestação prolongada
- P21 – Asfixia ao nascer
- P22 – Síndrome do desconforto respiratório
- P23 - Pneumonia congênita
- P24 – Síndrome de aspiração meconial - SAM
- P26 – Hemorragia pulmonar originada no período neonatal
- P27 – DBP
- P35 a P39 – Infecções específicas
- P36 – Sepses bacteriana
- P52 – Hemorragia intracraniana do RN não traumática
- P54 – Outras hemorragias neonatais
- P55 - DHRN
- P57 – Kernicterus
- P58 – Icterícia Neonatal
- P60 - CIVP
- P70 – Transtornos glicose
- P77 – Enterocolite necrotizante
- Q03 – Hidrocefalia
- Q20 a Q28 – Mal formações congênitas do aparelho circulatório
- Q33 – Pulmão
- Q39 – Esôfago
- Q41 – Intestino Delgado
- Q42 – Cólon
- Q79 -

## 5. Diagnóstico Clínico ou Situacional

Os leitos neonatais da SES DF se distribuem em Unidades Neonatais classificadas a seguir.

**5.1. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)** - São unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas a diagnóstico e terapêutica.

**5.2. Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN)** - São unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, que tenham condições mínimas para diagnóstico, terapêutica e acompanhamento dos casos que não se enquadrem nos critérios de admissão em UTI ou ALCON. Há dois tipos de UCIN:

**5.3. Unidade de Cuidados Intermediários Convencional** – As **UCINCo**, são serviços em unidades hospitalares destinados ao atendimento de recém-nascidos considerados de médio risco e que demandem assistência contínua, porém de menor complexidade do que na UTIN.

**5.4. Unidade de Cuidados Intermediários Canguru** – As **UCINca** são serviços destinados à recepção de recém-nascidos que ainda necessitam de cuidados especiais de baixa complexidade, especialmente os de baixo peso ou prematuros estabilizados para o acompanhamento, permanecendo 24 por dia com sua mãe, num mesmo ambiente.

**5.5. Alojamento Conjunto– ALCON-** É um sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio, permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia, num mesmo ambiente, até a alta hospitalar. Tal sistema possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais, bem como a orientação à mãe sobre a sua saúde e seu recém-nascido.

## 6. Critérios de Inclusão

Todos os leitos de UTIN e UCIN convencional estão inseridos no Sistema de Regulação de Leitos Hospitalares. Os leitos de UCIN canguru e de ALCON tem destinação preferencial para os pacientes da própria unidade hospitalar, mas podem receber pacientes egressos de outras unidades hospitalares mediante contato entre equipes.

### Condições Gerais

A inclusão de recém-nascidos nos leitos regulados deve seguir as seguintes etapas:

- Solicitar vaga à Central de Regulação de Internações Hospitalares (CRIH), mediante preenchimento das informações obrigatórias no formulário padrão do sistema;
- Durante o período em que o paciente estiver aguardando a autorização para a internação, cabe à equipe solicitante a atualização dos dados clínicos pelo menos a cada 06 horas e a critério do solicitante em caso de mudanças importantes da condição anteriormente avaliada.
  - Liberada a vaga, o paciente será admitido na Unidade Neonatal, com movimentação do mesmo no sistema da regulação/Trakcare na WEB (fila de espera para Unidade de destino) e transferência

através de Serviço Especializado de Transporte Neonatal. O transporte de pacientes para Unidades de Terapia Intensiva Neonatal poderá ser realizado pelo Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU). O transporte para setores de menor complexidade será realizado por meio de condições providenciadas pela equipe solicitante da vaga ou pelo serviço de transporte neonatal de média e baixa complexidade, a ser implantado pela SAS/SES-DF.

- Todos os pacientes deverão ser encaminhados com:
  - Relatório contendo condições clínicas e exames complementares;
  - Prescrição do dia com horários aprazados;
  - Caderneta da Criança preenchida com as situações do parto e informação dos exames de triagem já realizados;
  - **Declaração de Nascido Vivo** adequadamente preenchida ou Certidão de Nascimento.

## **6.1. Critérios de admissão em UTIN**

### **6.1.1. Insuficiência Respiratória**

6.1.1.1. Todos os RN com indicação de suporte ventilatório mecânico (Ventilação Pulmonar Mecânica- VPM) seja por insuficiência respiratória ou instabilidade hemodinâmica severa.

6.1.1.1.1. a insuficiência respiratória deverá ser avaliada com base no boletim de Silverman-Anderson sendo considerada como moderada ou grave a partir do score maior 4.

6.1.1.1.2. A indicação de VPM deverá ser considerada pela caracterização da insuficiência respiratória em conjunto com dados gasométricos.

6.1.1.2. RN que apresenta apnéia neonatal de repetição que não respondeu à utilização de CPAP nasal e Xantinas.

### **6.1.2. Insuficiência Circulatória**

6.1.2.1. RN com cianose central isolada ou associada à cianose periférica importantes;

6.1.2.2. RN cuja pressão arterial está sustentada por drogas vasoativas;

6.1.2.3. RN cuja pressão arterial está sustentada por infusão repetida de grandes volumes de líquidos;

6.1.2.4. RN cuja pressão arterial está:

6.1.2.4.1. Menor que percentil 10, para peso e idade

6.1.2.5. Maior que percentil 90, para peso e idade.

6.1.2.6. RN com alterações de ritmo e/ou frequência cardíaca, observada em ECG, monitor cardíaco ou clinicamente, e que estejam comprometendo estado hemodinâmico;

### **6.1.3. Agravos Neurológicos**

6.1.3.1. Convulsões subentrantes;

6.1.3.2. Asfixia perinatal grave;

#### 6.1.4. Outros

- 6.1.4.1. RN submetido a procedimento cirúrgico de qualquer porte, até completa estabilização respiratória e hemodinâmica;
- 6.1.4.2. RN com peso inferior a 1250g que necessite de observação nas primeiras 72 horas;
- 6.1.4.3. RN que necessite de diálise peritoneal.
- 6.1.4.4. RN grave conforme avaliação clínica e que não se enquadra nos critérios anteriores.

### **6.2. Critérios de admissão em UCIN CONVENCIONAL**

- 6.2.1. RN que ainda necessite de observação e cuidados especiais após a alta da UTIN;
- 6.2.2. RN com desconforto respiratório ou apnéia que não necessite de assistência ventilatória mecânica; mas requeira monitorização constante e/ou algum tipo de suporte respiratório como CPAP nasal, capacete tipo HOOD ou oxigênio inalatório (livre ou em cateter);
- 6.2.3. RN que necessite de acesso venoso para infusão contínua de glicose, eletrólitos e alimentação parenteral em transição;
- 6.2.4. RN em fototerapia com níveis de bilirrubinas próximos aos níveis de exsanguineotransfusão;
- 6.2.5. RN que necessite realizar procedimento de exsanguineotransfusão;
- 6.2.6. RN com peso superior a 1250g e inferior a 2000g que necessite de observação nas primeiras 72 horas;
- 6.2.7. RN submetido a procedimentos cirúrgicos de qualquer porte, estável clinicamente, durante o pós-operatório imediato.
- 6.2.8. RN anoxiado com risco de convulsões nas primeiras 24 horas de vida
- 6.2.9. RN com malformações graves e estabilidade cardiorrespiratória, em espera de cirurgia;
- 6.2.10. RN com cardiopatias compensadas sem possibilidade de permanência em alojamento conjunto e sem indicação de UTIN.
- 6.2.11. RN com labilidade clínico-laboratorial, mas que não se encaixam nos critérios de UTIN.

### **6.3. Critérios de admissão em UCIN CANGURU**

- 6.3.1. RN que após a alta da UTIN ou UCINco ainda necessite de observação, podendo, entretanto permanecer junto à mãe;
- 6.3.2. Com desconforto respiratório leve que não necessite de assistência ventilatória mecânica, CPAP e capacete tipo HOOD; mas requeira monitorização constante e/ou suporte respiratório como, oxigênio inalatório (livre ou em cateter).
- 6.3.3. Que necessite de venoclise para infusão de glicose, eletrólitos e antibióticos em acesso venoso periférico;
- 6.3.4. Em fototerapia com níveis de bilirrubinas próximos aos níveis de exsanguineotransfusão;
- 6.3.5. Prematuros estáveis que permanecem internados para ganho de peso e/ou término de tratamentos específicos;

- 6.3.6. Tratamento de infecções em pacientes prematuros estáveis;
- 6.3.7. Icterícia dos prematuros;
- 6.3.8. Distúrbios metabólicos dos prematuros;
- 6.3.9. Qualquer outra patologia em que haja impedimento do bebê prematuro permanecer em alojamento conjunto e que não esteja contemplada para os leitos de UTIN ou Cuidados intermediários convencionais.

São critérios de elegibilidade para a permanência na UCINca:

#### **6.3.10. Da mãe**

- 6.3.10.1. Querer participar desse tipo de assistência e se tem disponibilidade de tempo, bem como uma rede social de apoio;
- 6.3.10.2. Tomar decisão em consenso com familiares e profissionais de saúde;
- 6.3.10.3. Ter a capacidade de reconhecer as situações de risco do recém-nascido (mudança de coloração da pele, pausas respiratórias, regurgitações e diminuição de movimentação);

#### **6.3.11. Da criança**

- 6.3.11.1. Estabilidade clínica;
- 6.3.11.2. Nutrição enteral plena (peito, sonda gástrica ou copo);
- 6.3.11.3. Peso mínimo de 1.250g;
- 6.3.11.4. Curva ponderal ascendente;
- 6.3.11.5. A utilização de medicamentos orais (complexo vitamínico, medicação contra o refluxo gastroesofágico, xantinas etc.) não contraindica a permanência do RN prematuro ou baixo-peso nesta enfermaria. A administração de medicação intravenosa intermitente, através de dispositivo intravascular periférico, também não contraindica a permanência em posição canguru.

### **6.4. Critérios para internação em ALCON**

- 6.4.1. Estáveis egressos da sala de parto ou de setores com níveis de complexidade de atendimento superior (UCIN/UTIN);
- 6.4.2. Em tratamento para sífilis congênita, toxoplasmose ou outra patologia do RN desde que estável e que necessite de observação, se beneficiando dos cuidados maternos em regime integral;
- 6.4.3. Portadores de icterícia neonatal, os quais não tenham níveis de bilirrubinas próximos aos níveis de exsanguineotransfusão;
- 6.4.4. Pequenos para a Idade Gestacional – PIG - estável, independente do peso, acima de 37 semanas, que não necessite de dieta enteral por gavagem.

### **6.5. Situações Especiais**

Visam estabelecer os parâmetros de internação e/ou transferência de pacientes neonatais, que após longa internação em UTI neonatal, passam à faixa de peso e idade de pacientes pediátricos e o fluxo de pacientes em pós-operatório tardio, das UTINs cirúrgicas (HBDF, HMIB) para as demais UTINs/UTIPs da rede, dos recém-nascidos com suspeita de indicação cirúrgica e o fluxo de pacientes cardiopatas.

#### 6.5.1. Critérios de Admissão na Interface Neonatal/Pediátrica:

- 6.5.1.1. Paciente com **menos de 28 dias egresso do domicílio** deve ser atendido no Pronto Socorro da Pediatria. Se houver necessidade de UTI, será UTI NEO. Sem necessidade de UTI, pode ser internado em enfermaria pediátrica, caso não haja disponibilidade de vaga em UCIN Externa.
- 6.5.1.2. Paciente com mais de 28 dias egresso do domicílio e com peso menor do que 2.500g deve ser discutido caso a caso, de acordo com peso, idade gestacional corrigida e a patologia que indicou a sua internação, se será internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal ou Pediátrica.
- 6.5.1.3. Paciente com **mais de 28 dias, menos de 2500g e IGPC<40s+6 dias** PODE retornar a uma UTI/UCI neonatal, após cirurgia cardíaca, neurológica ou pediátrica geral.
- 6.5.1.4. Paciente com mais de 28 dias, mais de 2500g e IGPC>40s+6 dias, internado na UCIN Externa do HMIB esperando neurocirurgia de Derivação Ventrículo-Peritoneal (DVP), poderá fazer o pós-operatório imediato da DVP na UTI Pediátrica, e retornar depois para a UCIN Externa ou para a enfermaria da pediatria para término de tratamento.

#### 6.5.2. Fluxo de Pacientes Cirúrgicos:

- 6.5.2.1. Pacientes com indicação de tratamento cirúrgico cardíaco, têm como referência aguardar leito para o ICDF preferencialmente nos hospitais HMIB, HRT e HRC, porém se o paciente necessitar suporte intensivo e houver falta de vaga nesses hospitais, ele poderá ser direcionado para leito de UTIN no HRS ou HRSM.
- 6.5.2.2. Crianças avaliadas pelo pediatra/neonatologista assistente, nos hospitais ditos secundários, como tendo indicação de procedimento cirúrgico não eletivo, **NÃO** necessitam de parecer ou contato prévio com a equipe de cirurgia para serem direcionados - a confirmação ou não da cirurgia dar-se-á pelo especialista com o paciente já direcionado, no leito executante;
- 6.5.2.3. Os pacientes com indicações cirúrgicas consideradas eletivas entrarão numa fila única priorizada pela Cirurgia Pediátrica (CIPE), e serão encaminhados para o leito executante (HMIB/HBDF) de acordo com o agendamento da CIPE.
- 6.5.2.4. Pacientes neonatais que apresentaram quadro cirúrgico e foram operados no HBDF ou HMIB, após a estabilização do quadro pós-operatório e de acordo com o cirurgião, pode completar seu tratamento em uma UTIN/UCIN de unidade neonatal não cirúrgica.

## 7. Critérios de Exclusão

Recém-nascidos com idade gestacional (IG) abaixo de 24 semanas são considerados abaixo do limite de viabilidade e não são elegíveis para tratamento em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal na rede SES-DF. Recém-nascidos com IG entre 24 semanas e 24 semanas e 6 dias estão na chamada “zona cinzenta”, onde a viabilidade precisa ser avaliada caso a caso, podendo ou não ser indicado o tratamento intensivo para o paciente. Este critério está de acordo com o atual avanço técnico e terapêutico na área neonatal.

## **8. Conduta**

### **8.1. Conduta Preventiva**

8.1.1. Realização de pré-natal de qualidade e iniciado no primeiro trimestre de gestação.

8.1.2. Vinculação da gestante à maternidade onde deverá ocorrer o parto durante o pré-natal, de acordo como grau de complexidade da gestação, do feto e do parto.

### **8.2. Tratamento Não Farmacológico**

8.2.1. Parto realizado segundo as boas práticas do parto e nascimento.

8.2.2. Utilização do Método Canguru no cuidado do recém-nascido prematuro e/ou com agravos que motivem internação nas unidades neonatais da rede SES.

### **8.3. Tratamento Farmacológico**

Conforme protocolo específico.

#### **8.3.1. Fármaco(s)**

Conforme protocolo específico.

#### **8.3.2. Esquema de Administração**

Conforme protocolo específico.

#### **8.3.3. Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção**

Conforme protocolo específico.

### **8.4. Benefícios Esperados**

Diminuição da morbimortalidade perinatal e infantil, com melhora dos indicadores de saúde do Distrito Federal.

### **8.5. Critérios de Altas Unidades Neonatais da Rede SES DF**

#### **8.5.1. Critérios de Alta da UTI Neonatal**

O estado clínico do paciente admitido na unidade neonatal deve ser continuamente revisado a fim de se identificar aqueles que não mais necessitam dos cuidados oferecidos. Assim, são critérios de alta das unidades neonatais, de acordo com sua complexidade:



- 8.5.1.1.** Quando o estado clínico do paciente se estabilizou e a necessidade de monitoração e cuidado não é mais necessária ou pode ser executada em níveis de menor complexidade;
- 8.5.1.2.** Quando o estado clínico do paciente deteriorou e intervenções ativas não são mais planejadas, aplicando-se o princípio bioético de não maleficência;
- 8.5.1.3.** Nem todos os pacientes necessitam, após a alta da UTIN, serem transferidos a uma Unidade de Cuidados Intermediários. Eles podem progredir diretamente para Alojamento conjunto, domicílio ou Unidade de Pediatria, conforme o caso. Os critérios de alta da UTIN devem ser similares aos critérios de admissão em uma UCIN, quando disponíveis.
- 8.5.1.4. Critérios da alta da UCIN Convencional**
- 8.5.1.5.** Recém-nascidos estáveis, em condições para progredir para UCIN Canguru, Alojamento Conjunto ou receber alta hospitalar.
- 8.5.1.6.** Critérios de progressão para leito de UCIN Canguru:
- 8.5.1.7.** Recém-nascidos com peso maior do que 1250g e curva ponderal ascendente.
- 8.5.1.8.** Recém-nascidos em uso de sonda orogástrica ou nasogástrica para alimentação, já iniciando sucção no seio materno.
- 8.5.1.9.** Recém-nascidos em nutrição enteral plena e estáveis clinicamente.
- 8.5.1.10.** Recém-nascidos com patologias crônicas/neurológicas graves com dificuldade de sucção/deglutição e agendados para avaliação da necessidade de gastrostomia e/ou suporte nutricional via sonda enteral, com a mãe devidamente treinada para a manipulação da sonda e administração da dieta.
- 8.5.1.11.** Recém-nascidos estáveis, em tratamento com antimicrobiano para infecções congênitas específicas e inespecíficas.

#### **8.5.2. Critérios de alta da UCIN Canguru**

- 8.5.2.1.** Recém-nascidos que tenham concluído o tratamento clínico ou cirúrgico de que necessitavam e apresentam condições de alta para o domicílio.
- 8.5.2.2.** Recém-nascidos com agravos complexos, que tenham concluído a etapa atual de seu tratamento clínico ou cirúrgico, em condições de alta para o domicílio, após o agendamento do seguimento ambulatorial necessário;
- 8.5.2.3.** Prematuros que tenham alcançado 1700 - 1750g, que tenham apresentado ganho de nos últimos 3 dias de internação, de preferência em aleitamento materno exclusivo sem o uso de complemento e com marcação prévia de consulta no ambulatório de puericultura em, no máximo, 72 horas.
- 8.5.2.4.** Condição associada indispensável à alta deste setor:mãe segura, bem orientada e com familiares (rede social de apoio) conscientes quanto ao cuidado domiciliar da criança.

#### **8.5.3. Critérios de alta do ALCON**

A criança será avaliada globalmente, devendo minimamente preencher os seguintes critérios:

- 8.5.3.1.** Estabilidade clínica;

- 8.5.3.2.** Alimentação enteral plena ou minimamente complementada, (preferencialmente por aleitamento exclusivo/LHO), e sucção eficaz no seio materno estabelecida;
- 8.5.3.3.** Após resultado de VDRL (A.53) materno do período periparto negativo ou, se positivo, com conduta clínica de rastreamento/tratamento para a mãe e para o RN, já estabelecidas;
- 8.5.3.4.** Após resultado de sorologia anti-HIV (Z.21) negativa no terceiro trimestre ou teste rápido do período peri-parto negativo. No caso de resultado positivo, com condutas clínicas de rastreamento/tratamento para a mãe e para o RN, já estabelecidas;
- 8.5.3.5.** Após a realização da triagem cardíaca neonatal (teste do coraçãozinho) e triagem neonatal (teste do pezinho), com garantia de seguimento especializado, nas situações que requeiram (cardiologia, ortopedia, cirurgia etc.)
- 8.5.3.6.** Após a realização da triagem auditiva neonatal e teste do reflexo vermelho. Caso não sejam realizados, após a garantia da realização ambulatorial desses exames.
- 8.5.3.7.** Definição da tipagem sanguínea do RN e Coombs direto em caso de mães tipo “O” e/ou Rh negativo.
- 8.5.3.8.** Fora de risco iminente de comprometimento neurológico secundário a hiperbilirrubinemia neonatal após período mínimo de observação de 24 horas para incompatibilidade RH e 48 para incompatibilidade ABO).

#### **8.5.4. Situações Especiais**

Transferência de paciente egresso de UTIN/UCIN para outras Unidades:

- 8.5.4.1.** Paciente com agravo crônico, internado em UTIN/UCIN desde o nascimento ou antes de haver completado 28 dias de vida, com peso maior do que 2500g e Idade gestacional pós-concepcional (IGPC) maior do que 40 semanas e seis dias, após completar 28 dias de vida deverá ser transferido para uma UTI Pediátrica se dependente de tecnologia (ventilação mecânica) ou para Enfermaria Pediátrica, conforme suas necessidades e suporte profissional existente na unidade;
- 8.5.4.2.** Pacientes com mais de 28 dias de vida, IGPC > 40 semanas e 6 dias e com peso maior do que 2500g, de alta da UTI Pediátrica do HBDF ou ICDF, após estabilização de pós-operatórios (DVP, cirurgia cardíaca, cirurgia geral pediátrica, e outras) devem ser transferidos para uma UTI Pediátrica.

### **8. Monitorização**

Será feita através de indicadores de saúde perinatal, em cada unidade neonatal, incluindo taxa de internação hospitalar, taxa de ocupação hospitalar, taxa de mortalidade por peso e idade, incidência dos principais agravos neonatais, citados no item 4 deste protocolo.

### **9. Acompanhamento Pós-tratamento**

Será feito nos ambulatórios de terceira etapa do Método Canguru, ambulatórios de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, ambulatório de acompanhamento do recém-nascido de risco (follow-up) nas Unidades Hospitalares e Unidades Básicas de Saúde da da rede SES DF.

## 10. Fluxograma

Anexos.

## 11. Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

Será realizada pela Coordenação de Neonatologia mediante dados fornecidos pelas próprias Unidades Neonatais e pela DIREG e DICOAS.

## 12. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

Obtido de maneira formal, junto à mãe e/ou responsável (Anexo I), imediatamente após a admissão ou assim que possível. Tal termo esclarece sobre funcionamento da rede de atenção neonatal em serviços de terapias intensivas e de cuidados intermediários a partir de referência e contra referência de pacientes, de acordo com os critérios definidos neste protocolo. Desta maneira visa também informar sobre a possibilidade de remoções para outras Unidades de internação da rede conforme a necessidade do paciente ou do serviço neonatal, respeitando os princípios bioéticos de autonomia e justiça.

### TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Admissão na Rede de Assistência Neonatal da SES-DF

Eu \_\_\_\_\_, responsável pelo paciente \_\_\_\_\_, abaixo identificado(a), declaro ter sido informado(a) e compreendido sobre as indicações, contra-indicações, e possíveis implicações, relacionadas à realização da internação em Unidade de Assistência Neonatal para diagnósticos e tratamentos de condições relacionadas ao restabelecimento e manutenção da saúde do recém nascido acima identificado.

Os termos médicos e as regras de funcionamento do setor foram explicados e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas por:

\_\_\_\_\_  
(Nome do médico(a) ou enfermeiro(a) que realizará a admissão)

### Assim declaro que:

- 1- Fui claramente informado que a atenção neonatal na UTI deste hospital é realizada por uma equipe multiprofissional, capazes de prestar, em níveis diferenciados de complexidade, atenção integral aos recém-nascidos internados.
- 2- Fui claramente informado a respeito dos potenciais riscos desta internação e, que nos casos de risco iminente de morte a equipe tem amplos poderes para realizar os procedimentos necessários para a

preservação da vida como por exemplo: realizar acesso venoso central ou periférico, intubação traqueal, drenagem de tórax, indicar cirurgias.

- 3- Fui informado que a internação será indicada para pacientes com condições clínicas e epidemiológicas que coloquem em risco imediato ou mediato a saúde dos recém-nascidos.
- 4- Estou ciente que a realização da internação poderá implicar em indicação de tratamento posterior clínico e/ou cirúrgico.
- 5- Estou ciente que a não realização desta internação poderá atrasar/inviabilizar o processo de tratamento/cura de um possível comprometimento da saúde do neonato.
- 6- Fui claramente informado que a atenção neonatal na SES-DF é realizada por uma rede de assistência, composta por diversas Unidades capazes de prestar, em níveis diferenciados de complexidade, atenção integral aos recém-nascidos internados no sistema público de saúde.
- 7- Expresso também minha ciência da possibilidade de transferência do paciente identificado neste termo, para outras Unidades da rede a fim de obter cuidados especializados não disponíveis neste Hospital, bem como para permitir que outros pacientes internados na rede também se beneficiem deste recurso, desde que seja garantida a manutenção das condições necessárias de atendimento.

Observações:

1. Preenchimento completo deste termo e sua respectiva assinatura são imprescindíveis para a realização da internação, exceto em condições de urgência/emergência, quando poderá ser obtido posteriormente.
2. Este termo será preenchido em duas vias ficando uma arquivada no prontuário do paciente e outra com o responsável legal.

Este compromisso é assumido por mim, responsável legal por \_\_\_\_\_, cartão SUS \_\_\_\_\_, que firmo o presente Termo de Consentimento Informado.

Sexo do paciente: ( ) Masculino ( ) Feminino

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

Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Telefones: Fixo \_\_\_\_\_ Cel.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome e RG do Responsável legal

Instituição Responsável: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

Assinatura e Carimbo do Servidor

### **13. Referências Bibliográficas**

- 13.4. Portaria GM/MS nº 930/2012 de 10/05/2012;
- 13.5. Portaria GM/MS nº 3432/98;
- 13.6. Portaria GM/MS nº 1016, de 26/08/1993;
- 13.7. RDC nº 07/2010;
- 13.8. Portaria SAS/MS nº371 de 08/05/2014;
- 13.9. Portaria SES DF nº 47/2014;
- 13.10. Manual Técnico do Método Canguru – DAPE-SAS/MS 2011;
- 13.11. Além da Sobrevivência –Práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças – ATSCAM-SAS/MS 2011.