



Protocolo de Atenção à Saúde

Critérios de admissão e Alta em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e Unidades de Cuidados Intermediários Neonatais

Área(s): Neonatologia

Portaria SES-DF Nº 0000 de data , publicada no DODF Nº 0000 de data .

1- Metodologia de Busca da Literatura

1.1 Bases de dados consultadas

Foi realizada revisão das principais portarias que regem a assistência à Neonatologia no Brasil além de reunião de especialistas em câmaras técnicas de Neonatologia e de Nefropediatria do Distrito Federal.

1.2 Palavra(s) chaves(s)

Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN); Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN); Alojamento Conjunto; Critérios de Admissão ;Critérios de Alta.

1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Foram selecionados 9 documentos pela relevância legal no âmbito nacional e distrital do período de 2012 a 2019..

2- Introdução

O período neonatal compreende os primeiros 28 dias de vida dos bebês e pode ser estendido para casos de recém-nascidos prematuros que nascem antes de completar 37 semanas de idade gestacional.

A assistência ao período neonatal tem como propósito cuidar de recém-nascidos visando a cura ou controle de doenças do período neonatal, a garantia alimentação oral, o ganho ponderal adequado no momento da alta e o preparo da família para receber este recém-nascido que necessita de cuidados especiais.

No Brasil nascem cerca de 3 milhões de bebês por ano e destes, 1 de cada 10 nascidos vivos são prematuros que na maioria das vezes que necessitam de algum auxílio após o nascimento¹. O Distrito Federal nascem cerca de 45.000 bebês da população residente por ano e a rede de saúde atende cerca de 54.000 bebês das cidades dos estados que compõem o entorno do DF. Dos nascidos vivos 1 em cada 10 precisa de auxílio para iniciar a ventilação, 1 em cada 100 necessita de intubação e 1 em cada 1000 necessita de reanimação avançadas; quando o recém-nascido é prematuro a necessidade de assistência neonatal pode chegar a 60 %. No DF a taxa de prematuridade está em torno de 10 % e varia 4 a 18 % no demais países de acordo com o grau de desenvolvimento.^{1, 2}

Apesar de observarmos um decréscimo na mortalidade infantil até 5 anos de idade nos últimos anos a mortalidade no período neonatal corresponde a maioria dos óbitos dos menores de 5 anos e correspondem a óbitos evitáveis com assistência adequada.^{1, 2}

A organização da assistência dos leitos neonatais segue a lógica de linha de cuidado progressivo, que visam a adequação entre a capacidade instalada e a necessidade clínica do recém-nascido. Assim, os leitos 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 Central de Regulação de Leitos Hospitalares da SES-DF, responsável por direcionar os recém-nascidos para os leitos de cuidados intensivos e intermediários da rede e visa 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)

P21	Asfixia ao Nascer
P28.5	Insuficiência Respiratória do Recém Nascido
P22.9	Desconforto Respiratório do Recém Nascido
P24	Síndrome de Aspiração Meconial
P26.9	Hemorragia Pulmonar
E70 – E88	Distúrbios Metabólicos Específicos
P70	Hipoglicemia Neonatal
P74.1	Desidratação do recém nascido
P28.4	Apnéia Neonatal
P27	Displasia Broncopulmonar
P59.9	Icterícia Neonatal Grave
P35 – P39	Infecção Neonatal Inespecíficas/ Sepses neonatais
P 37.1	Toxoplasmose Congênita
A50.0	Sífilis Congênita
P35.1	CMV Congênita
P35.0	Rubéola Congênita
P07	Prematuridade
P05	Baixo peso ao nascer
Q79.3	Gastrosquise
K42.9	Onfalocele
Q39 - Q41	Atresias intestinais
P77	Enterocolite Necrotizante
Q42	Imperfuração Anal
Q64.1	Extrofia de Bexiga
H35.1	Retinopatia da Prematuridade
R57.9	Instabilidade hemodinâmica / Choque
P96	Insuficiência Renal
P90	Convulsões
Q06.9	Mielomeningocele
Q03	Hidrocefalia / Dilatação Ventrículos Cerebrais
P52	Hemorragia Intracraniana
P56.9	Hidropsia Fetal

5- Diagnóstico Clínico ou Situacional

As Unidades Neonatais são classificadas de acordo com nível de complexidade em: ³

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 leve a moderado 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:

5.2.1 Unidade de Cuidados Intermediários Convencional: As UCIN Co, são serviços em unidades hospitalares destinados ao atendimento de recém-nascidos considerados de risco moderado e que demandem assistência contínua, porém de menor complexidade do que na UTIN. ³

5.2.1 Unidade de Cuidados Intermediários Canguru: As UCIN Ca são serviços destinados à recepção de recém-nascidos que ainda necessitam de cuidados especiais de baixa complexidade (ou risco leve), especialmente os de baixo peso ou prematuros estabilizados para o acompanhamento, permanecendo 24 por dia com sua mãe, num mesmo ambiente. ³

5.3. 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. ^{3, 4}

Na rede SES DF é composta pelos seguintes hospitais de acordo com a região de saúde, sendo os leitos neonatais estão distribuídos

	Região Central		Região Leste		Região Oeste		Região Sudoeste		Região Norte		Região Sul		Total
	HMIB	HRAN	HUB	HRL	HRC	HRBz	HRT	HRSAM	HRS	HRP	HRSM	HRG	
UTIN	25	0	4	0	10	0	10	0	10	0	20	0	74
Bloqueio	1	0	4	0	0	0	0	0	4	0	0	0	9
UCIN Co	15	12	0	12	10	0	15	0	12	12	15	0	93
Bloqueio	0	0	0	5	5	0	0	0	2	4	0	0	16
UCIN Ca	15	3	0	3	5	0	6	0	3	3	5	0	43

Sala Parto + ALCON	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	
-----------------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	--

Observações:

- Não foram incluídos os leitos dos hospitais da rede particular
- Leitos bloqueados segundo informa CERIH em boletim diário (03/02/2020)
- HMIB – URD 5 leitos de UTIN de regulação interna (pacientes do setor alto risco e cirúrgicos)

Considerando que nascem em torno de 45.000 bebês por ano residentes no DF e considerando a Portaria GM/MS nº 930/2012 que prevê para cada 1000 (mil) nascidos vivos deve-se dispor de 2 (dois) leitos de UTIN, 2 (dois) leitos de UCIN Co e 1 (um) leito de UCIN Ca, a rede SES-DF são necessários:

- 90 leitos de UTIN, déficit de 16 leitos.
- 90 leitos de UCIN Convencional, 3 leitos a mais da necessidade estimada.
- 45 leitos de UCIN Canguru, temos déficit de 2 leitos

Não consideramos a demanda dos nascidos vivos procedentes dos municípios que compõem a RIDE. ⁹

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 e estão inseridos no sistema SISLeitos.

6.1. Condições Gerais para Inclusão ^{5, 6}

A inclusão de recém-nascidos nos leitos regulados deve seguir as seguintes etapas (vide figura 1):

- Solicitar vaga à Central de Regulação de Internações Hospitalares (CERIH), mediante preenchimento das informações obrigatórias no formulário padrão do sistema; ^{5, 6}
- 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. ^{5, 6}

- Liberada a vaga, o paciente será admitido na Unidade Neonatal, com movimentação do mesmo no sistema da regulação) e transferência através de Serviço Especializado de Transporte Neonatal / SAMU (Serviço Móvel de Urgência) para pacientes encaminhados as Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e no caso de pacientes que serão encaminhados aos setores de menor complexidade a transferência será realizada por meio do serviço de transporte neonatal pela equipe assistente ou pelo NARP do Hospital de Origem, de acordo com o caso e decisão da equipe assistente.^{5, 6}

6.2. Documentos para Admissão: uma vez assegurada a vaga do recém-nascido pela Central de regulação este deverá ser encaminhado com:^{5, 6}

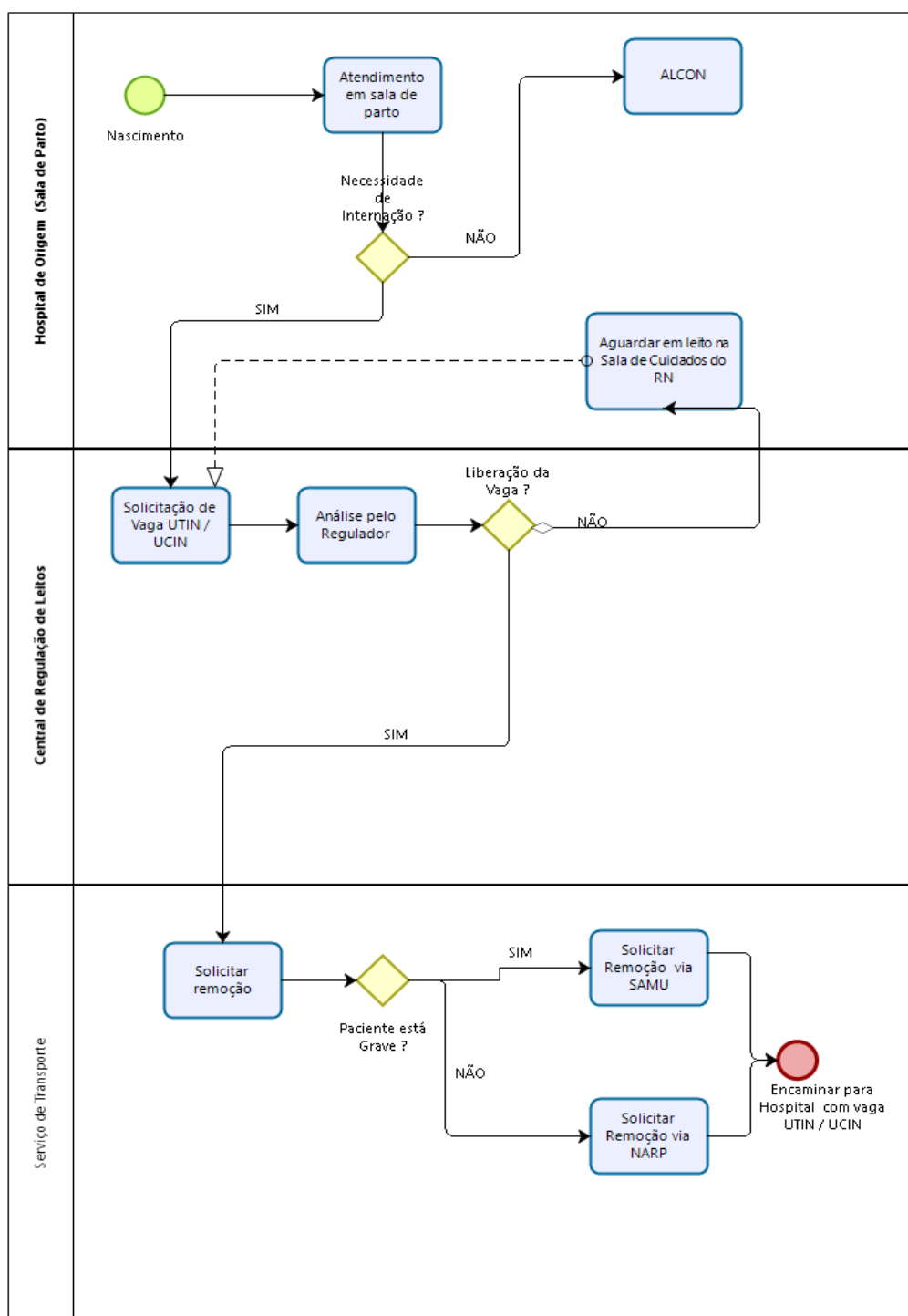
6.2.1. Relatório contendo condições clínicas e exames complementares

6.2.2. Prescrição do dia com horários aprazados

6.2.3. Caderneta da Criança preenchida com as situações do parto e informação dos exames de triagem já realizados

6.2.4. Declaração de Nascido Vivo adequadamente preenchida ou Certidão de Nascimento.

Figura 1 – Fluxograma de Inclusão de Recém-nascidos em leitos regulados UTIN e UCIN



6.3 Critérios para admissão em UTI NEONATAL ^{5, 6,7}

6.3.1. INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA

- Todos os recém-nascidos (RN) com indicação de suporte ventilatório mecânico (Ventilação Pulmonar Mecânica – VPM) seja por insuficiência respiratória ou instabilidade hemodinâmica severa.
- A insuficiência respiratória deverá ser avaliada com base no boletim de Silverman- Anderson sendo considerada como moderada ou grave a partir do score maior do que 4.
- A indicação de VPM deverá ser considerada pela caracterização da insuficiência respiratória em conjunto com dados gasométricos.
- RN que apresenta apneia neonatal de repetição que não respondeu à utilização de CPAP nasal com FiO₂ > 40 % e Xantinas.

6.3.2. INSUFICIÊNCIA CIRCULATÓRIA

- RN com alterações de ritmo e/ou frequência cardíaca, Tempo de enchimento capilar > 4 segundos, hipotensão e oligúria observada pelo monitor cardíaco ou pela avaliação clínica, e que estejam comprometendo estado hemodinâmico com necessidade do uso de drogas vasoativas

6.3.3. AGRAVOS NEUROLÓGICOS

- Convulsões de repetição ou mal convulsivo subentrantes;
- Asfixia perinatal grave considerada com APGAR < 7,0 (gasometria do cordão e/ ou na primeira hora de vida), APGAR < 3 no 5 minuto ou ≤ 5 no 10 min ou necessidade de VPP após 10 minuto

6.3.4. AGRAVOS CIRÚRGICOS NEONATAIS ^{5, 6,7}

RN submetido a procedimento cirúrgico de qualquer porte, até completa estabilização respiratória e hemodinâmica, conforme o fluxo de pacientes cirúrgicos SES-DF no item 6.8;

6.3.5. AGRAVOS RENAIIS ^{5, 6,7}

- RN que necessite de Terapia Renal Substitutiva (diálise peritoneal ou hemodiálise) conforme as indicações absolutas:

- Acidose metabólica severa (bicarbonato sérico < 12 mEq/L);
- Hipercalemia refratária ao tratamento clínico (potássio sérico ≥ 8 mEq/L ou elevação rápida dos níveis de potássio);
- Hiponatremia (sódio sérico ≤ 120 mEq/L);
- Sobrecarga de volume com insuficiência cardíaca congestiva ou edema pulmonar;
- Necessidade de prover nutrição para RN anúrico ou oligúrico ou que requeira restrição de fluidos

6.3.6. OUTROS

- RN com peso inferior a 1250 g e menor que 32 semanas de idade gestacional que necessite de observação nas primeiras 72 horas;
- RN grave conforme avaliação clínica e que não se enquadra nos critérios anteriores.

6.4 CrITÉRIOS para admissão em UCIN Convencional (UCIN Co) ^{5, 6,7}

- Prematuro > 1250 g estáveis que não requeiram procedimentos intensivos (ventilação mecânica invasiva e não invasiva), usando suporte ventilatório (CPAP ou HOOD) com FiO₂ máxima de 40 % e ausência de apneia.
- RN com desconforto respiratório usando suporte ventilatório (CPAP ou HOOD) com FiO₂ máxima de 40 %
- RN com icterícia com níveis de bilirrubinas que apresente indicação clínica de Exsanguineotransfusão
- RN com patologia cirúrgica em pós-operatório tardio e estáveis
- RN com asfixia leve e moderada que necessite de observação devido risco de convulsões
- RN com malformações não limitantes da vida (Anexo 2) e a espera de procedimentos cirúrgicos ou necessidade de cuidado neonatal

6.5 CrITÉRIOS para admissão em UCIN Canguru (UCIN Ca) ^{5, 6,7}

- Prematuros em dieta enteral plena e curva ponderal ascendente estáveis que permanecem internados para ganho de peso e/ou término de tratamentos específicos ou em uso de medicações orais (complexo vitamínico, medicação contra o refluxo gastroesofágico, cafeína etc.) que não impede permanência em enfermaria canguru
- RN com desconforto respiratório residual leve ($BSA < 4$) que não necessite de oxigenioterapia
- RN que necessite de acesso venoso periférico para infusão de glicose, eletrólitos, medicações endovenosas intermitentes e antibióticos em acesso venoso periférico;
- RNT com icterícia grave após alta da UCIN Co e prematuros que ainda necessite de em tratamento para fototerapia;
- 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

6.6 Critérios para admissão em Alojamento Conjunto (ALCON) ⁴

- Estáveis egressos da sala de parto ou de setores com níveis de complexidade de atendimento superior (UCIN/UTIN);
- 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;
- Portadores de icterícia neonatal, os quais não tenham níveis de bilirrubinas próximos aos níveis de exsanguineotransfusão;
- Pequenos para a Idade Gestacional – PIG - estável, independente do peso, acima de 37 semanas, que não necessite de dieta enteral por gavagem.

6.7 Critérios para admissão na Interface Neonatal / Pediátrica ^{5, 6, 7}

- Paciente com menos de 28 dias, egresso do domicílio, deve ser atendido no Pronto Socorro da Pediatria. Se houver necessidade de UTI, deverá ser solicitada regulação para UTIN. Inexistindo necessidade de UTI, pode ser

internado em enfermaria pediátrica, caso não haja disponibilidade de vaga em UCIN externa.

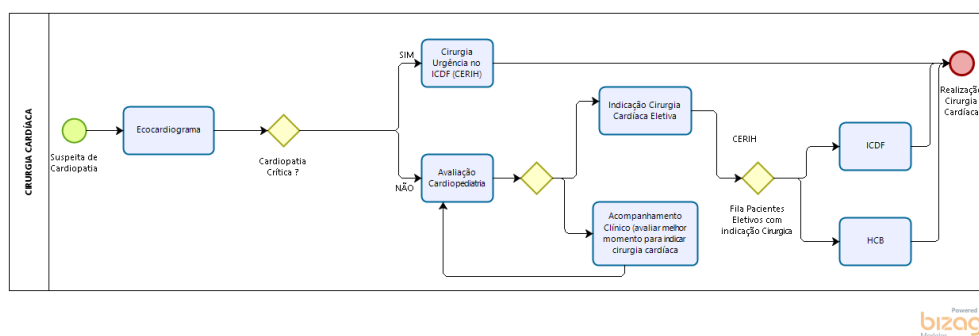
- Paciente com mais de 28 dias egresso do domicílio e com peso menor do que 2.500g deve ser discutido caso a caso, de acordo com peso, idade gestacional corrigida e a patologia que indicou a sua internação, se será internado em UTI Neonatal ou Pediátrica.

- 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.

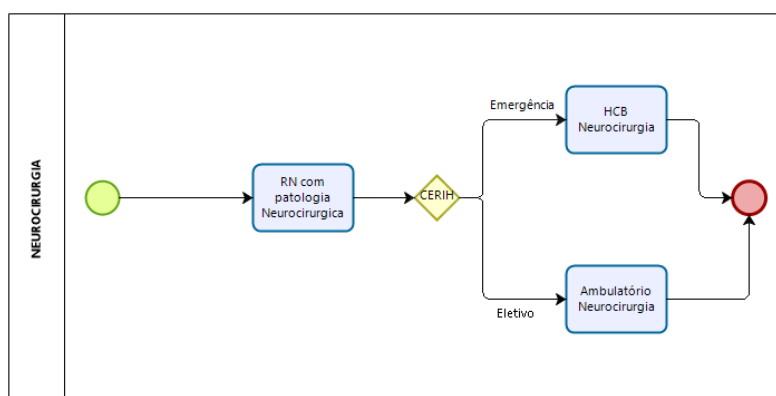
- Paciente com mais de 28 dias, mais de 2500g e IGPC > 40s+6 dias, internado na UCIN Externa do HMIB esperando neurocirurgia de Derivação Ventrículo-Peritoneal (DVP), poderá fazer o pós-operatório imediato da DVP na UTI Pediátrica, e retornar depois para a UCIN Externa ou para a enfermaria da pediatria para término de tratamento.

6.8 Fluxo de Pacientes Cirúrgicos ^{5, 6, 7, 10}

- Paciente com suspeita de cardiopatia congênita deve ser primeiramente avaliado com ecocardiograma para confirmar o diagnóstico. Em se tratando de CARDIOPATIA CONGÊNITA CRÍTICA, o paciente deverá ser regulado para a fila de cirurgia cardíaca de URGÊNCIA / EMERGÊNCIA da CERIH para o Instituto de Cardiologia do Distrito Federal (ICDF), devendo aguardar a vaga em leito de UTI Neonatal. Paciente com CARDIOPATIA CONGÊNITA NÃO CRÍTICA deverá ser avaliado pela cardiopediatria que irá orientar o melhor momento para realização da abordagem cirúrgica, devendo permanecer em acompanhamento ambulatorial e serão inseridos na fila de CIRURGIA CARDÍACA ELETIVA no momento indicado.



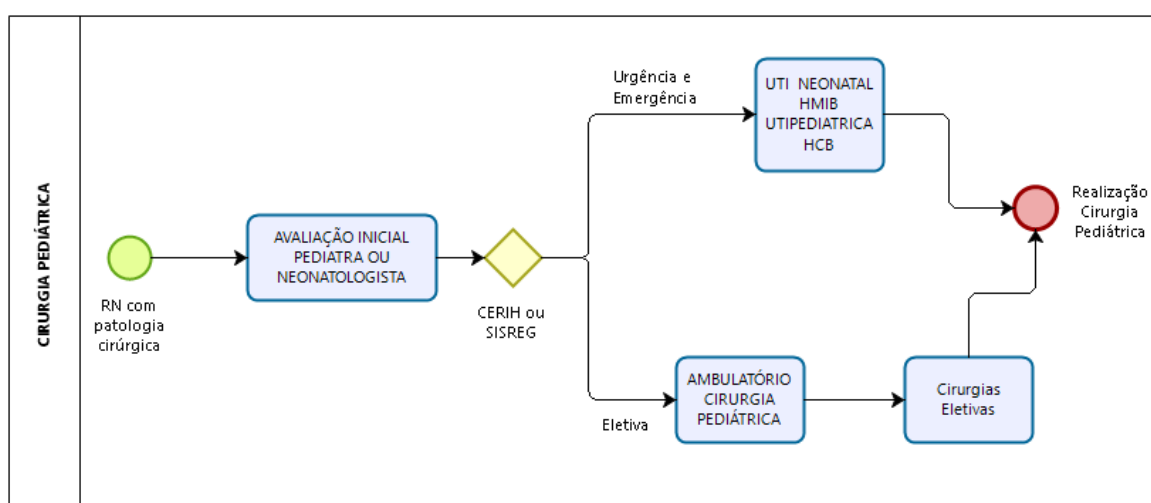
- Recém-nascidos avaliados pelo pediatra/neonatologista assistente com indicação de com indicação de Neurocirurgias pediátricas deverão ser encaminhados para UTI Pediátrica no HCB através da CERIH.



Powered by
bizagi
Modeler

- Crianças avaliadas pelo pediatra/neonatologista assistente com indicação de procedimento cirúrgico de URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA, necessitam ser encaminhadas aos Hospitais de Referência em Cirurgia Pediátrica e Neonatal (HMIB ou HCB) sendo direcionados às respectivas UTI Neonatais pela CERIH.

- Os pacientes com indicações cirúrgicas (não cardiológicas) consideradas ELETIVAS entrarão numa fila de pacientes ELETIVOS única priorizada pela Cirurgia Pediátrica (CIPE), e serão encaminhados para o leito executante (HMIB ou HCB) de acordo com o agendamento da CERIH.



Powered by
bizagi
Modeler

** Cardiopatias congênitas críticas:*

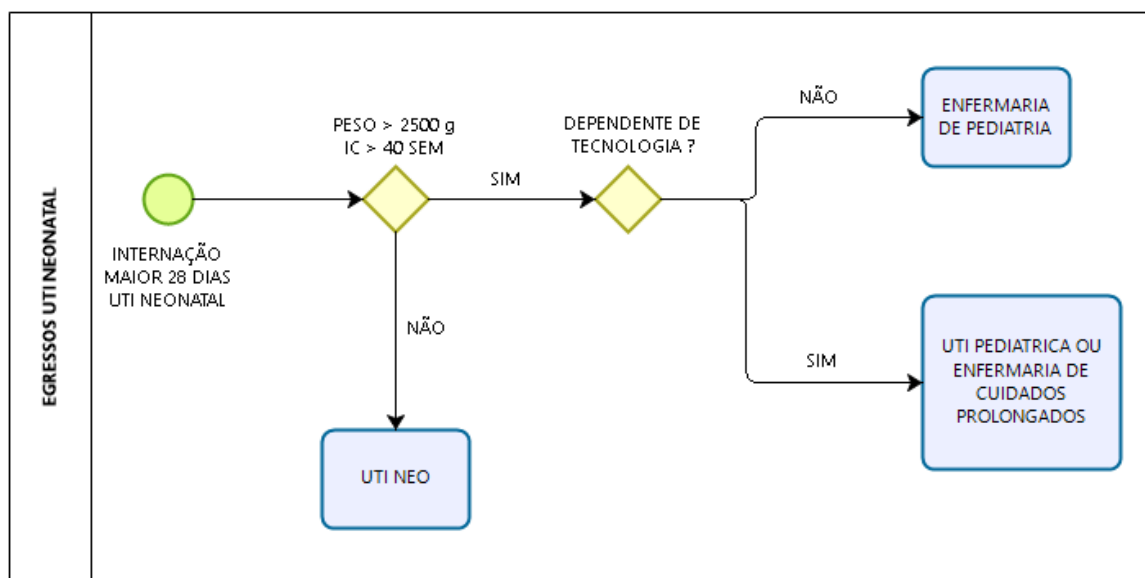
Atresia Pulmonar com septo ventricular íntegro, Atresia Pulmonar com CIV, Tetralogia de Fallot com atresia pulmonar ou estenose pulmonar crítica, Estenose pulmonar Crítica, Dupla via de Saída de VD, Ventrículo único funcional com atresia pulmonar ou estenose pulmonar crítica, Interrupção do arco aórtico ou coarctação de aorta crítica, Ventrículo único funcional com coarctação de aorta crítica ou interrupção do arco aórtico, transposição de grandes vasos, Conexão anômala total de veias pulmonares na forma obstrutiva, Tronco Arterial único, Ventrículo único funcional sem estenose pulmonar, Bloqueio Atrioventricular Total Congênito, Bloqueio Atrioventricular total congênito, Taquicardia supraventricular ou ventricular persistente

6.9 Fluxo de Pacientes Egresso de UTIN / UCIN para outras unidades^{5, 6,7}

- 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 2500 g e idade gestacional pós-concepcional (IGPC) maior do que 40 semanas e seis dias deverá ser transferido para uma UTI Pediátrica, se for dependente de tecnologia (ventilação mecânica), ou para Enfermaria Pediátrica, conforme suas necessidades e suporte profissional existente na unidade;

- 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 Especializada (HCB, HMIB ou ICDF), após estabilização de pós-operatório (neurocirurgia, cirurgia cardíaca, cirurgia geral pediátrica e outras), podem ser transferidos para uma outra UTI Pediátrica, mediante solicitação de transferência à CERIH.

** IC: Idade Corrigida*



Powered by
bizagi
Modeler

*IC: Idade Corrigida

7- Critérios de Exclusão

Recém-nascidos que se enquadrem nos critérios abaixo não deverão ser admitidos em UTI Neonatais devido a futilidade do tratamento, lembrando que toda decisão deverá ser discutida entre equipe de assistência e a família: (Anexo 2) ⁸

- Recém-nascidos que apresentarem diagnóstico de malformações limitantes da vida (Goldsmith *et al*, citado por Marba ST *et al*) ⁸
- Recém-nascidos que estiverem abaixo do limite de viabilidade, segundo protocolo Limite de Viabilidade da SES-DF ⁸

8- Conduta

O atendimento dos recém nascidos é realizados por equipe multiprofissional composta por médico pediatra/neonatalogista; enfermagem, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogas e por médicos de outras especialidades de acordo com o caso e fase evolutiva das diversas doenças implicadas como cirurgião pediatra, neurologista, cardiologista, genética médica, oftalmologista, dentre outros.

8.1 Conduta Preventiva

Realização de pré-natal de qualidade e iniciado no primeiro trimestre de gestação e a vinculação da gestante à maternidade onde deverá ocorrer o parto durante o pré-natal, de acordo com grau de complexidade da gestação, do feto e do parto.

8.2 Tratamento Não Farmacológico

Parto realizado segundo as boas práticas do parto e nascimento e utilização do Método Canguru no cuidado do recém-nascido prematuro e/ou com agravos que motivem internação nas unidades neonatais da rede SES

De acordo com a revisão contínua do estado clínico do paciente admitido na unidade neonatal, identificam-se os critérios para interrupção do tratamento

a. Critérios de alta da UTIN^{5, 6,7}

- 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;
- Quando o estado clínico do paciente deteriorou e intervenções ativas não são mais planejadas, aplicando-se o princípio bioético de não maleficência;
- Nem todos os pacientes necessitam, após a alta da UTIN, serem transferidos a uma UCIN. 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.

b. Critérios de alta da UCIN Co^{5, 6,7}

- RN estáveis, em condições para progredir para UCIN Canguru, Alojamento Conjunto ou alta hospitalar.
- Critérios de progressão para leito de UCIN Canguru: - RN com peso maior do que 1250g e curva ponderal ascendente.
- RN em uso de sonda orogástrica ou nasogástrica para alimentação, já iniciando sucção no seio materno.

- RN em nutrição enteral plena e estáveis clinicamente.
- RN 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.
- RN estáveis, em tratamento com antimicrobiano para infecções congênitas específicas e inespecíficas.

c. Critérios de alta da UCIN Ca^{5, 6,7}

- Prematuros estáveis clinicamente
- Quando apresentam ganho de peso mínimo de 15 g/dia por pelo menos 3 (três) dias de internação
- Nutrição enteral plena de preferência aleitamento materno exclusivo sem o uso de complemento; excepcionalmente com dieta complementar por copo ou dieta por GTT ou sonda enteral (casos selecionados)
- Mãe e familiares (rede social de apoio) seguros emocionalmente e bem orientados quanto aos cuidados e medicamentos orais domiciliares.

d. Critérios de alta do ALCON⁸

- Estabilidade clínica após período de observação em alojamento conjunto, mínimo de 24 a 48 horas e perda de peso inferior a 10 % nas primeiras 48 horas de vida para RN à termo e RN Prematuros tardios curva ascendente.
- Alimentação enteral plena, preferencialmente por aleitamento exclusivo/LHO ou minimamente complementada conforme decisão da equipe assistente ou para situações em que a amamentação é contraindicada;
- Após resultado de VDRL (A53) materno do período periparto negativo ou, se positivo, com conduta clínica de rastreamento/tratamento para a mãe e para o RN, já estabelecidas nos protocolos do Ministério da Saúde;
- Após resultado de sorologia de HIV (Z21) negativa no terceiro trimestre ou teste rápido do período periparto negativo. No caso de resultado positivo, com condutas clínicas de rastreamento/tratamento para a mãe e para o RN, já estabelecidas nos protocolos do Ministério da Saúde;

- Encaminhamentos para seguimento em posto de saúde e para seguimento especializado, nas situações que requeiram (oftalmologia, cardiologia, ortopedia, cirurgia etc.)
- Diagnóstico da tipagem sanguínea do RN e Coombs direto obrigatório nos em caso de mães tipo “O” e/ou Rh negativo.
- Avaliação de risco icterícia e exclusão de necessidade de tratamento com fototerapia, com agendamento de retorno a depender do nível da hiperbilirrubinemia neonatal.
- Realização das Triagens Neonatais obrigatórias para todos os recém nascidos:
 - Triagem Neonatal (Teste do pezinho)
 - Triagem auditiva (TANU ou BERA)
 - Triagem Ocular (Teste do reflexo vermelho)
 - Triagem para anquiloglossia (Teste da Linguinha)

8.3 Tratamento Farmacológico

Não se aplica

8.3.1 Fármaco(s)

Não se aplica

8.3.2 Esquema de Administração

. Não se aplica

8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

.Não se aplica

9- Benefícios Esperados

Atendimento adequados dos recém-nascidos que necessitam de internação no período neonatal e diminuição da morbimortalidade perinatal e infantil do Distrito Federal.

10- Monitorização

A monitorização dos recém nascidos durante o tratamento é de forma contínua e consiste na avaliação contínua dos sinais vitais (frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, oximetria de pulso) e acompanhamento do crescimento pelo ganho ponderal e progressiva melhora e suspensão do suporte ventilatório e uso de drogas endovenosas.

Após a alta hospitalar, a monitorização passa a ser periódica, de acordo com o protocolo de agendamento de consultas dos ambulatorios e visa controle de crescimento e

desenvolvimento neuropsicomotor, no qual acompanhamos dados antropométricos e escores nas escalas de desenvolvimento e avaliações da interação com a família.

11- Acompanhamento Pós-tratamento

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

12- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

Conforme o Anexo 1

13- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

Será realizada pela Responsável Técnica de Neonatologia e colaboradores mediante dados fornecidos pelas próprias Unidades Neonatais, CERIH e Rede Cegonha.

A avaliação através de indicadores de saúde perinatal, em cada unidade neonatal, incluindo Taxa de Nascidos Vivos, Taxa de internação, Taxa de óbitos neonatais, Incidência de Infecção relacionada a cateteres centrais, Taxa de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica no DF e Incidência dos principais agravos a saúde neonatal.

14- Referências Bibliográficas

1. Ministério da Saúde - Estatísticas Vitais dados do ano 2017 Nascidos vivos e Mortalidade Infantil disponível no site [<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>]
2. WHO (World Health Organization) - Born too soon: global action report on preterm birth [https://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/preterm_birth_report/en/index3.html]
3. Portaria GM/MS nº 930/2012 de 10 de maio de 2012 – Diretrizes para organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e critérios de classificação e habilitação de leitos em Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” disponível no site [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html]
4. Portaria GM/MS Nº 2.068 de 21 de outubro de 2016 - “Diretrizes para Organização a atenção Integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no alojamento conjunto” disponível no site [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt2068_21_10_2016.html]

5. Protocolo Clínico “Critérios de Admissão e Alta nas Unidades neonatais SES-DF período 03/03/2016 a 03/03/2018” disponível no site [<http://www.saude.df.gov.br/protocolos-aprovados/>].
6. Reunião Câmara Técnica Neonatologia realizada em 23 de outubro de 2019 conforme lista de presença nº 30392351 do processo SEI-DF 00060-00427629/2019-06.
7. Relatório nº 32836788 do Grupo de Trabalho Nefropediatria no processo SEI-DF 00060-00427629/2019-06.
8. Protocolo Clínico de protocolo Limite de Viabilidade da SES-DF disponível no site [<http://www.saude.df.gov.br/protocolos-aprovados/>]
9. Portaria nº 1321 de 31 de dezembro de 2018 de “Vinculação do Componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha e normatização dos critérios de admissão hospitalar, encaminhamento e remoção das mulheres gestantes no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal”.
10. Relatório do Grupo de Trabalho de Cirurgia Pediátrica de 10 de dezembro de 2018, conforme documento nº 9709296 no processo SEI-DF 00060-00313885-28

ANEXO 1

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, contraindicações, 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: (____) _____

Nome e RG do Responsável legal Instituição Responsável:

Telefone: _____ Data: ____/____/____.

Assinatura e Carimbo do Servidor

ANEXO 2

Defeitos estruturais incompatíveis com a vida: segundo Goldsmith JP et al, 1996, citado por Marba ST *et al*

- Hidranencefalia
- Anencefalia
- Holoprosencefalia
- Trissomia do cromossomo 18
- Trissomia do cromossomo 13
- Triploidia
- Agenesia renal bilateral
- Sirenomelia
- Síndromes de Nanismo - membros curtos
 - Acondrogênese tipo 1a e 1b
 - Acondrogênese
 - Hipocondrogênese tipo II
 - Fibrocondrogênese
 - Atelosteogênese
 - Síndrome de polidactilia com costela curta, tipo SaldinoNoonan
 - Displasia tanatofórica
 - Osteogênese imperfeita tipo II
- Síndrome complexas:
 - Síndrome do pterigin múltiplo letal
 - Síndrome de Neu-Laxova
 - Síndrome de Meckel-Gruber