



Comissão Intergestores Bipartite

DELIBERAÇÃO 219/CIB/2018

A Comissão Intergestores Bipartite, no uso de suas atribuições, em sua 223ª reunião ordinária do dia 23 de agosto de 2018,

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

Considerando a Lei 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente;

Considerando a Portaria de Consolidação Nº 3, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde;

Considerando a necessidade de ampliar as ações para redução da mortalidade infantil.

APROVA

O fluxograma de seguimento da criança de risco e alto risco egresso de Unidade Terapia Intensiva Neonatal em Santa Catarina denominado “Bebê Precioso”

Art. 1º. O grau de complexidade do cuidado ofertado à criança na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) relacionado ao comprometimento clínico apresentado, estratifica estas em dois grupos: Criança de Risco e Criança de Alto Risco. Os critérios para inclusão nestes grupos estão descritos no Anexo 1 desta Deliberação.

Art. 2º Fica instituído o fluxograma de seguimento conforme descrito no Anexo 2 desta deliberação.

Criança em condição de alto risco: Criança com comprometimento do crescimento e do desenvolvimento e com necessidade de cuidados especiais (presença de sondas, alimentação especial, fatores de risco associados, identificação de vulnerabilidades pessoais, socioeconômicas, culturais, entre outras questões). Deverão, por conta desta situação, receber a visita da equipe da APS/ESF no hospital, com o objetivo de qualificar o cuidado a partir da situação clínica relatada pela equipe da UTIN, pela observação dos cuidados que estão sendo realizados e pela oportunidade de comunicação com a família antes da alta hospitalar. Para agendamento desta visita, a UTIN deverá encaminhar para a Secretaria Municipal de Saúde do município de residência da mãe o “Formulário de Solicitação de Visita Hospitalar” (Anexo 3). A Secretaria, por sua vez, entrará em contato com a equipe de APS/ESF para a viabilização da visita hospitalar, cuja programação e roteiro está descrito no (Anexo 4).

Criança em condição de risco: Criança com evolução clínica satisfatória não necessita receber a visita da equipe da APS/ESF durante o período de internação. Na alta hospitalar a criança/família será encaminhada para a APS/ESF, por meio de

comunicação com a Secretaria Municipal de Saúde do município de residência, com o **Relatório de Alta Hospitalar** e o preenchimento da situação clínica na **Caderneta de Saúde da Criança**. A Secretaria Municipal comunicará à Unidade Básica de Saúde, a qual deverá realizar visita domiciliar de médico e/ou enfermeiro em no máximo 05 dias após a alta hospitalar da criança. O seguimento da atenção deverá ter como referência o Caderno N°. 33 do Ministério da Saúde.

§ 1º Caso a distância de deslocamento da equipe da ESF/APS impossibilite a visita à UTIN, deverá ser providenciado outra forma de comunicação sem prejuízo do estabelecido neste fluxograma.

Art. 3º. À equipe de APS/ESF compete identificar as condições de vulnerabilidade das famílias das crianças de risco e alto risco e agendar visita domiciliar durante o período de internação do recém-nascido na UTIN. Deve também estar atenta às situações de vulnerabilidade, com atenção especial aos indicadores de risco e vulnerabilidade: residência em área de interesse social; mãe adolescente (< 19 anos); baixa escolaridade materna (< 8 anos); família em situação de violência; familiares em uso abusivo de álcool e ou outras drogas; familiares com transtorno mentais não estabilizados; óbito materno; fragilidade e outros agravos e ou vulnerabilidades na rede de apoio familiar ou comunitária; internações sucessivas de crianças da mesma família; óbito de crianças menores de 05 anos na mesma família. Além da avaliação destes critérios, utilizar **Roteiro para visita domiciliar para organizar a alta hospitalar** (Anexo 4).

Art. 4º. A equipe APS/ESF deverá realizar visita domiciliar após a alta hospitalar, num prazo máximo de cinco dias utilizando o Roteiro de visita domiciliar à criança e puérpera em situação de risco conforme (anexo 5).

Art. 5º Esta Deliberação entra em vigor na data de sua publicação.

Florianópolis, 23 de agosto de 2018.

ACÉLIO CASAGRANDE
Coordenador CIB/SES
Secretário de Estado da Saúde

SIDNEI BELLE
Coordenador CIB/COSEMS
Presidente do COSEMS

ANEXO 1-CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO NO ACOMPANHAMENTO PRIORITÁRIO

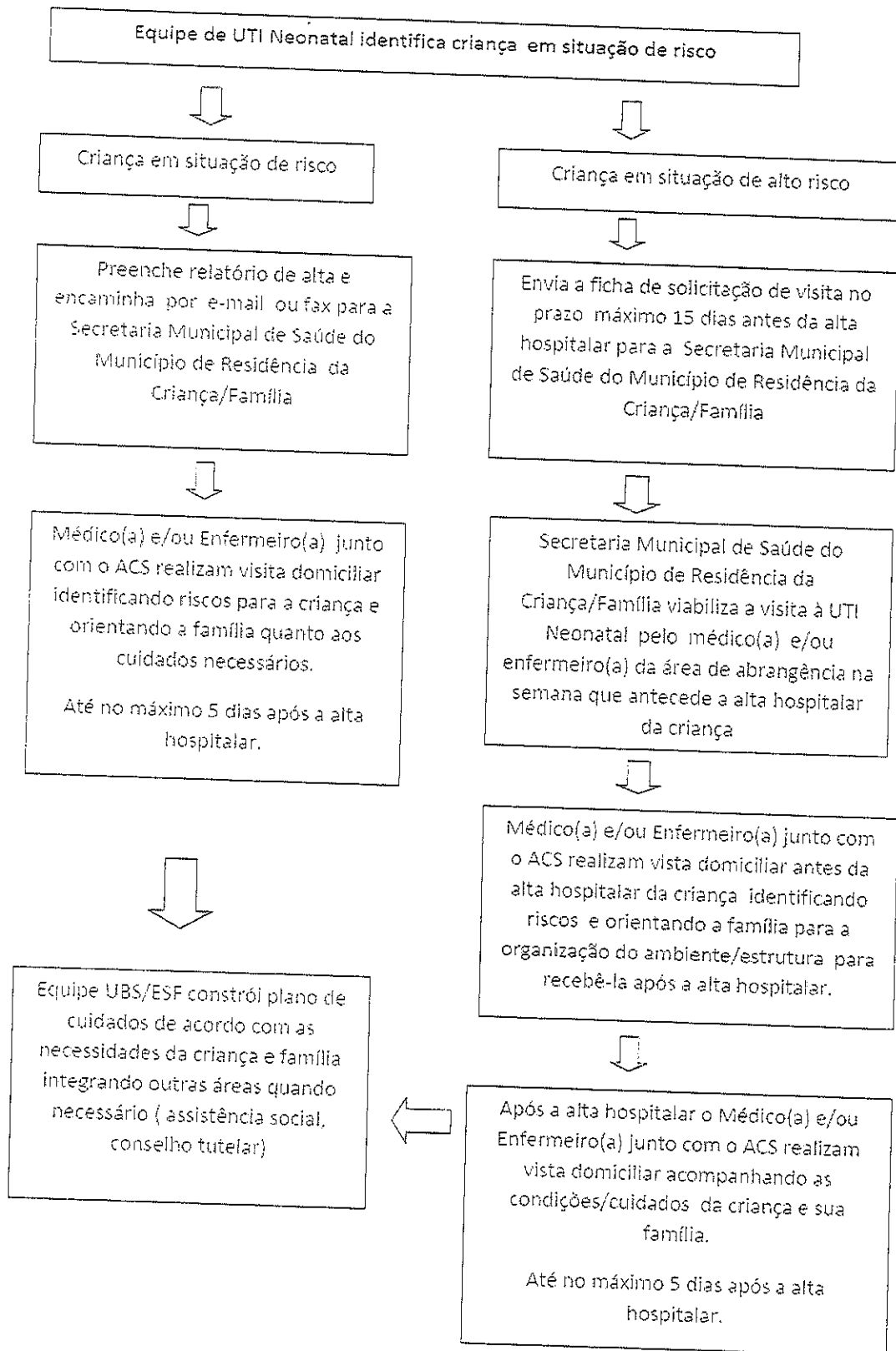
Os critérios abaixo são utilizados para avaliar as crianças e estratificar risco:

- 1) Asfixia Perinatal:
 - Apgar < 4 no 5º minuto;
 - Clínica ou alteração laboratorial compatível com Síndrome hipóxico-isquêmica;
 - Parada cardiorrespiratória documentada, com necessidade de reanimação e medicação;
 - Apnéias repetidas;
- 2) Prematuridade: Idade Gestacional < 32 semanas
- 3) Baixo Peso ao Nascer: Peso de Nascimento < 2.500 gramas
 - Neste item se incluem as crianças assistidas no “Método Canguru”.
- 4) Problemas Neurológicos:
 - Clínica neurológica: alterações tônicas, irritabilidade, choro persistente, mioclonias;
 - Convulsão, equivalentes convulsivos ou em uso de drogas anticonvulsivantes;
 - Hemorragia intra-cerebral (documentada por ultrassonografia transfontanelar);
 - Meningite neonatal;
 - Crescimento anormal do perímetro cefálico;
- 5) Hiperbilirrubinemia: (com níveis para exsanguinotransfusão);
- 6) Policitemia Sintomática/Hiperviscosidade;
- 7) Hipoglicemia Sintomática (hipoglicemia que requer tratamento prolongado por mais de 5 dias);
- 8) Uso de Ventilação Mecânica com sequelas pulmonares;

- 9) Infecções Congênitas (citomegalovírus, herpes, rubéola, toxoplasmose, neurosífilis);
- 10) Malformações Congênitas maiores e síndromes genéticas graves;
- 11) Quadro de infecção grave (meningite, septicemia com sequelas);
- 12) Erros Inatos do Metabolismo (ex: mucopolissacaridoses; fibrose cística; glicogenoses; aminoacidopatias; intolerância aos açúcares; etc).
- 13) Filhos de mães com HIV positivo.

ANEXO 2 - FLUXOGRAMA

FLUXOGRAMA DE SEGUIMENTO DA CRIANÇA DE RISCO E ALTO RISCO EGRESSO DE UTI
NEONATAL



Caso a distância de deslocamento da equipe da ESF/APS impossibilite a visita à UTIN, deverá ser providenciado outra forma de comunicação sem prejuízo do estabelecido neste fluxograma.

**ANEXO 3 - FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE VISITA HOSPITALAR
ENCAMINHADO PARA A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Hospital Solicitante: _____
Nome da Mãe _____
Nome da Criança _____
Data de nascimento: ____/____/____
Idade _____
Endereço Residencial _____
Fone: _____
Unidade de Saúde a qual pertence: _____

SUMÁRIO CLÍNICO DA CRIANÇA

Motivo de internação em UTI neonatal:

- ☐ Apgar < 4 no 5 minuto;
- ☐ Clínica ou alteração laboratorial compatível com Síndrome hipóxico-isquêmica;
- ☐ Parada cardio-respiratória documentada, com necessidade de reanimação e medicação;
- ☐ Apnéias repetidas;
- ☐ Peso de Nascimento < 1.500 grs;
- ☐ Idade Gestacional < 33 semanas;
- ☐ Clínica neurológica : alterações tônicas, irritabilidade, choro persistente, abalos;
- ☐ Convulsão, equivalentes convulsivos ou uso de drogas anticonvulsivantes;
- ☐ Hemorragia intra-cerebral (documentada por ultrasonografia transfontanelar);
- ☐ Meningite neonatal;
- ☐ Crescimento anormal do perímetro cefálico;
- ☐ Hiperbilirrubinemia (com níveis para exsanguineotransfusão);
- ☐ Policitemia Sintomática/Hiperviscosidade;
- ☐ Hipoglicemia Sintomática (hipoglicemia que requer tratamento prolongado por mais de 3 dias);
- ☐ Uso de Ventilação Mecânica;
- ☐ Malformações Congênitas e Síndromes Genéticas;
- ☐ Quadro de infecção grave (Meningite, Septicemia com seqüelas);
- ☐ Erros inatos do metabolismo;
- ☐ Óbito Materno.

Tempo de internação: _____
Quadro clínico atual da criança: _____

Medicações em uso: _____

Faz uso de sondas: ☐ vesical ☐ para alimentação

Faz uso de oxigenioterapia: ☐ sim ☐ não

Possui indicação para uso de fórmula (leites especiais):

Qual: _____

Data provável da alta: ____/____/____

Requisitante: _____ CRM/COREN: _____

Assinatura, Data: ____/____/____

Após preenchimento de todos os dados, encaminhar via FAX/e-mail para a Secretaria Municipal de Saúde do Município de residência da criança/família
ANEXO 4 - ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DA VISITA HOSPITALAR

Data: __/__/__

Nome da Mãe: _____

Nome da Criança: _____ Idade: _____

Endereço Residencial: _____

Unidade de Saúde: _____

Fone: _____

Data de nascimento: __/__/__ Idade Gestacional: _____

IG Corrigida: _____

Peso do nascimento: _____ gramas Peso atual: _____ gramas.

Histórico da

Criança: _____

Quadro Atual da

Criança: _____

Medicações em uso:

Faz uso de sondas: () vesical () para alimentação

Faz uso de oxigenioterapia: () sim () não

Possui indicação para uso de fórmula (leites especiais):

Qual: _____

Data provável da alta: __/__/__.

**ANEXO 5 - ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DA VISITA DOMICILIAR DE
PREPARO PARA A ALTA HOSPITALAR DA CRIANÇA**

Data: ____/____/____

Nome da Mãe: _____

Nome da Criança: _____ Idade: _____

Endereço Residencial: _____

Unidade de Saúde a qual pertence: _____

Fone: _____

Número de moradores na casa _____

Tipo de casa: () Tijolo () Madeira () Mista () Material aproveitado

Tamanho da casa: _____ quantidade de cômodos (peças) existentes

Destino do lixo: () coletado () queimado () enterrado () jogado a céu aberto

Tratamento da água: () filtração () fervura () cloração () sem tratamento

Energia elétrica: () sim () não

Abastecimento de água: () rede pública () poço () nascente () outra origem

Esgotamento sanitário: () sistema de esgoto (rede pública) () fossa () céu aberto

Tipo de transporte que utiliza () carro próprio () Transporte público () Outros

Telefone próprio () Sim () Não

Presença de doentes na casa? () Sim () Não

Nome: _____ Doença: _____

Presença de fumantes no domicílio? () Sim Quem? _____ Não ()

Presença de animais domésticos dentro de casa? () Sim Quais? _____ () Não

Data provável da alta: ____/____/____.

Comentários: _____

Responsável pela avaliação: _____

ANEXO 6 - ROTEIRO DE VISITA DOMICILIAR À CRIANÇA EM SITUAÇÃO DE RISCO E PUÉRPERA

DADOS GERAIS:

Nome da

Mãe: _____

Idade da Mãe: _____ Prontuário: _____ Área: _____ Micro-área: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Nome da

Criança: _____

Data de Nascimento do bebê: ____/____/____ Fez Pré-Natal: () Não () Sim

Local: _____

Já registrou o nascimento? () Sim () Não Se não, orientar sobre a Certidão de Nascimento Gratuita.

OBSERVAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO:

Pele e Mucosas: () Hidratada, corada () Cianótica () Monilíase oral

() Monilíase perineal () Impetigo () Icterícia

() Outros: _____

Fontanelas (moleira): () Abaulada () Plana () Deprimida

Olhos: Secreção () Sim () Não Outro: _____

Respiração: () Normal () Alterada

Reflexos: () Normais () Alterados

Dificuldades para amamentar () sim () não

Pega está correta? () sim () não

A Criança já recebeu outro tipo de líquido? () sim () não

Se leite materno complementado: () leite em pó () leite em caixinha () leite saquinho () puro () diluído

Eliminações: _____

Sono: _____

Recebeu as vacinas na Maternidade: () BCG () Hepatite B () Nenhuma

Solicitadas Vacinas Especiais: () Sim () Não

Realizou teste auditivo: () Sim () Não

Realizou teste do reflexo vermelho: () Sim () Não

Realizou o teste do pezinho: () Sim () Não

OBSERVAÇÃO DA MÃE

Estado Geral: () Triste () Queixosa () Higiene Adequada

Alimentação: () Adequada () Inadequada

Consumo de: () Álcool () Fumo () Drogas

Presença de fumantes na casa: () Sim () Não

Tipo de parto:

Tem febre? () Sim () Não

Amamentação: () Exclusiva () Artificial () Misto

Mamas: () Fissura () Mamilo plano () Ingurgitamento () mastite () dor

Está tendo alguma dificuldade em amamentar o bebê: Qual?

Episiotomia/cicatriz da cesária: () Aberta () Dolorosa () Vermelha () Presença de secreção purulenta () Realizada notificação de Infecção para a UBS/SMS

Relacionamento: () Olha para o bebê () Sorri para o bebê () Fala sobre o bebê () Pega no colo

Invólucro Uterina () Sim () Não

Presença de Lóquios () Sim () Não Características: _____

Recebeu a vacina da rubéola: () Sim () Não

Comentários: _____

—

—

—

CONSULTA de PUERICULTURA NA UNIDADE DE SAÚDE DATA:

___/___/___

CONSULTA de PUERPÉRIO DATA: ___/___/___

Responsável/Data

Florianópolis, 23 de agosto de 2018.

ACÉLIO CASAGRANDE
Coordenador CIB/SES
Secretário de Estado da Saúde

SIDNEI BELLE
Coordenador CIB/COSEMS
Presidente do COSEMS