

PORTARIA Nº 230/2016/GBSES

O Secretário de Estado de Saúde, no uso de suas atribuições legais, com fulcro na Lei Complementar nº 566/2016, artigo 3º, incisos I, II, IX, X.

Considerando a Portaria nº 055/2015/GBSES de 18 de março de 2015.

Considerando o Termo de Cooperação nº 003/2016 de 11 de maio de 2016 entre a Secretária de Estado de Saúde, a Defensoria Pública do Estado de Mato Grosso, o Ministério Público do Estado de Mato Grosso, a Procuradoria Geral do Município de Cuiabá e a Secretaria Municipal de Saúde e o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado de Mato Grosso, cujo objeto é a regularização do Sistema Estadual de Regulação, Avaliação e Controle, quanto às contratualizações e pactuações de serviços, procedimentos, medicamentos, consultas, exames, órteses e próteses no âmbito do SUS através do SISREG ambulatorial e hospitalar.

Considerando as atribuições da Coordenadoria de Regulação de Urgência e Emergência.

RESOLVE:

Art. 1º Determinar que a Assessoria de Demandas Judiciais - ADJ, subordinada e vinculada ao Gabinete do Secretário de Estado de Saúde, será a porta de entrada principal dos expedientes judiciais.

Art. 2º O responsável pela Assessoria de Demandas Judiciais - ADJ, de acordo com a sua estrutura, receberá os expedientes em horário convencional, salvo aqueles destinados exclusivamente ao Secretário de Estado de Saúde, ou outro servidor que julgar a autoridade;

Art. 3º Em horário não convencional, ficará responsável pelo recebimento dos expedientes judiciais, em rito de plantão, a Central de Regulação de Urgência e Emergência - CRUE do Complexo Regulador. A responsabilidade de que trata este artigo contempla, inclusive, as ações personalíssimas ao Secretário de Estado de Saúde, ou seus adjuntos, ou cargos comissionados que representam esta secretaria desde que relacionadas ao exercício de suas funções.

Parágrafo Único: São horários não convencionais aqueles que compreendidos entre as 18h00min e 08h00min dos dias úteis, bem como integralmente os sábados, domingos, feriados e pontos facultativos, assim definidos em lei própria.

Art. 4º Ao receber o expediente, deverá ser registrado, nas duas vias: data, horário, nome, cargo, matrícula e ainda verificar se o documento está acompanhado da cópia da decisão judicial, cópia da inicial, pedido médico, AIH, APAC, telefone do paciente, número do cartão SUS, exames, laudos e nome do médico assistente.

Parágrafo Único. Caso não conste algum documento essencial para o cumprimento da ordem, deverá ser registrada a observação no documento.

Art. 5º Toda a demanda judicial e extrajudicial será remetida à Assessoria de Demandas Judiciais, a qual providenciará os registros em conformidade com a Portaria 055/2015/GBSES de 18 de março de 2015.

Art. 6º Nos casos de procedimentos hospitalares e ambulatoriais a ADJ encaminhará à Coordenadoria de Regulação de Urgência e Emergência os processos para as providências cabíveis de acordo com os critérios de regulação do Sistema Único de Saúde, salvo os que já se encontrarem na CRUE.

Art. 7º O apoio técnico da Coordenadoria de Regulação de Urgência e Emergência deverá proceder todos os encaminhamentos necessários para o cumprimento da demanda judicial ou extrajudicial.

I-Disponibilizar ao órgão solicitante as informações referentes às pactuações dos procedimentos contemplados na PPI e contratos com os prestadores da rede de serviços do SUS, quando for o caso;

II-Nos casos de negativa de vagas os plantonistas médicos reguladores ou enfermeiros farão o registro no Boletim de Regulação e deverão encaminhar aos plantonistas do apoio técnico;

III-Mediante as negativas e com presença de vagas a equipe do apoio técnico acionará o Ministério Público Estadual, com lavratura de Termo Circunstanciado de Regulação, que deverá ser remetido ao Secretário de Estado de Saúde para as devidas providências.

Art. 8º. Ao recepcionar uma demanda judicial ou extrajudicial, os plantonistas do apoio técnico procederão ao cadastro interno para fins de controle, regulação e encaminhamentos para providências cabíveis e relatório gerencial.

Parágrafo 1º. A realização do relatório gerencial dos processos deverá ser entregue até o quinto dia útil de cada mês, ao Secretário de Estado de Saúde, de forma cumulativa, em concordância com o fluxo interno processual, para a sua devida homologação.

Art. 9º. Em todos os casos deverão constar a análise médica, Boletim de Regulação de Urgência e Emergência, espelho do SISREG e Certidão de Contato com o paciente, bem como outros documentos que o apoio técnico da CRUE, e certidão de atendimento do paciente assinado pelo servidor plantonista.

Art. 10º. Para a busca de vagas de leitos de UTI e leitos hospitalares é necessário:

I-A unidade solicitante, definida como o estabelecimento assistencial de saúde vinculado ao SUS, responsável por qualquer solicitação de internação em leitos hospitalares, deverá assegurar a adequada triagem de pacientes, baseada nos critérios de admissão e alta em UTI, no momento da solicitação da internação hospitalar;

II-A Central de Regulação (CER-SUS) deverá utilizar os critérios dispostos no ANEXO I desta portaria, para a adequada priorização dos pacientes, bem como considerar suas necessidades clínicas e o perfil assistencial de cada unidade hospitalar da rede SES/MT;

III-Determinar que o responsável técnico médico/coordenador/chefe e supervisor de enfermagem das UTIs subsidiem a equipe da CER-SUS na regulação dos pacientes, quando assim a situação exigir;

IV-As unidades prestadoras de serviços de UTI existentes no Estado, deverão diariamente disponibilizar no período matutino e no período noturno o mapa de leitos das respectivas UTI's contratadas pelo SUS devendo obrigatoriamente ser reguladas através do Sistema de Informação de Regulação (SISREG - modulo hospitalar) e o faturamento deverá ser realizado através do SISREG, enviado ao DATASUS mensalmente sob pena de glosa administrativa devida obrigatoriedade de alimentação dos Sistemas de informação. O pagamento será mediante produção mensal.

Art. 11º. Os expedientes recebidos deverão ser encaminhados, pela própria Central de Regulação de Urgência e Emergência - CRUE, com informações das providências adotadas, à Assessoria de Demandas Judiciais, até à primeira hora do expediente seguinte.

Art. 12º. Mediante cumprimento e/ou justificativa da não condição do atendimento do paciente, o plantonista deverá preencher um relatório técnico devidamente assinado, anexado ao processo do paciente para enviar à Assessoria de demandas Judiciais.

Art. 13º. Nos casos em que houver solicitações de procedimentos não contemplados na Tabela do SUS, ou, não contratualizados, ou judicializados, o apoio técnico da CRUE deverá providenciar a cotação de três orçamentos em diferentes estabelecimentos de saúde para o trâmite de processo de pagamento administrativo com o pedido do empenho para o Ordenador de Despesas e após a autorização do empenho, encaminhar cópia da nota de empenho e a autorização do procedimento assinado pela Superintendência de Regulação da SES/MT para o prestador de serviço com solicitação do agendamento do procedimento e/ou cirurgia.

Art. 14º. Todos os casos judiciais e extrajudiciais serão objetos de supervisão e/ou auditoria médica e de enfermagem in loco, com as seguintes prerrogativas:

I-Compete ao médico:

a. Fazer a conformidade da solicitação judicial com o realizado junto ao paciente.

b. Analisar os honorários médicos, taxas hospitalares, diárias cobradas e outros procedimentos que entender necessários.

II-Compete ao enfermeiro e/ou equipe técnica capacitada:

a. Analisar o detalhamento da fatura pelos seguintes itens: OPME, medicamentos, materiais, gases medicinais, alimentação enteral, parenteral e outros materiais e medicamentos que entender necessários.

Parágrafo 1º: Para efeito de pagamento administrativo e/ou em forma de bloqueio judicial custeado pela Secretaria de Estado de Saúde deverão conter os seguintes requisitos: Notas Fiscais e Certidões Negativas atualizadas (Sefaz, Receita Federal, FGTS, PGE, PGM, Secretarias de Finança e Trabalhista), bem como acompanhados de Parecer da equipe supervisora/auditora e atesto da Coordenadoria de Regulação de Urgência e Emergência.

Parágrafo 2º: As tabelas dos pagamentos administrativos obedecerão aos critérios das tabelas Simpro, Brasíndice ou contratualizadas no máximo três vezes a Tabela SUS-SIGTAP, com o pagamento ao menor valor.

Parágrafo 3º: Em casos de procedimento de alta complexidade judicializados em que o paciente já se encontra internado, o apoio técnico da CRUE realizará visita in loco na unidade hospitalar em que o paciente estiver a fim de monitorar e controlar a prestação de serviços realizados para o efetivo cumprimento da ordem judicial.

Art. 15º. Os casos regulados não supervisionados ou auditados em suspeição deverão ser objeto de encaminhamentos à

Unidade Setorial de Correição da Secretaria de Estado de Saúde, após despacho fundamentado do Secretário de Estado de Saúde.

Art. 16º. A responsabilidade de que trata esta Portaria contempla, inclusive, as ações personalíssimas do Secretário de Estado de Saúde e/ou de seus adjuntos, desde que relacionadas ao exercício de suas funções.

Art. 17º. A lotação, o perfil e o quantitativo de servidores do apoio técnico da CRUE, serão compostos por equipe multiprofissional indicado do Secretário de Estado de Saúde, de acordo com a necessidade de demandas emergenciais do gabinete da SES, em funcionamento ininterrupto, considerando os prazos estabelecidos judicialmente para cumprimento das liminares judiciais.

Art. 18º. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando as disposições em contrário.

Registra-se, Publique-se, CUMPRA-SE.

Cuiabá-MT, 24 de Outubro de 2016.

(original assinado)

JOÃO BATISTA PEREIRA DA SILVA

Secretário de Estado de Saúde

ANEXO I - Critérios de Admissão e Alta em UTI

I - Critérios para Admissão de Pacientes em Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Pediátrica:

Os critérios listados abaixo estão definidos com base no modelo de Priorização, o qual permite identificar: a) pacientes que mais serão beneficiados da admissão imediata na UTI; e b) pacientes que não serão beneficiados pela terapia intensiva, seja pela condição clínica que não justifica a necessidade de UTI ou ausência de perspectiva terapêutica.

Critérios de Priorização:

Prioridade 01 - Inclui os pacientes gravemente doentes, instáveis, com chances significativas de recuperação, os quais necessitam de monitorização e tratamento intensivo que não podem ser prestados fora da UTI. Esses tratamentos compreendem: suporte ventilatório invasivo e não invasivo, infusão contínua de drogas vasoativas e/ou intervenções agudas. Nesses pacientes, não há limites em se iniciar ou introduzir a terapêutica necessária.

Condições Específicas ou Patologias:

Cardiovascular

Infarto Agudo do Miocárdio complicado e Killip ≥ 2 ; Choque cardiogênico; Arritmias complexas requerendo monitorização contínua e/ou intervenção aguda; Insuficiência Cardíaca Congestiva aguda com insuficiência respiratória e/ou requerendo suporte hemodinâmico; Emergências hipertensivas sem estabilização à conduta inicial; Angina instável complicada com arritmias e/ou instabilidade hemodinâmica e/ou dor torácica persistente; Parada cardiorrespiratória pós-reanimação com ou sem indicação de hipotermia terapêutica em paciente sem presença de doença terminal ou irreversível; Tamponamento cardíaco com instabilidade hemodinâmica; Aneurisma dissecante da aorta com diagnóstico confirmado ou presumido; Bloqueio cardíaco completo ou situações de bloqueio associados a distúrbios hemodinâmicos com necessidade de marcapasso temporário.

Respiratório

Pacientes clínicos ou cirúrgicos com Insuficiência Respiratória Aguda necessitando de ventilação mecânica invasiva; Broncoespasmo que demande broncodilatador venoso contínuo; Edema Agudo de Pulmão requerendo suporte ventilatório; Embolia pulmonar com instabilidade hemodinâmica; Hemoptise maciça.

Neurológico

Acidente Vascular Encefálico (AVE) isquêmico nas primeiras 4h30 de evolução e com indicação de trombólise e/ou intervenção cirúrgica como craniectomia descompressiva; AVE hemorrágico com Glasgow ≤ 8 pontos e/ou com indicação de tratamento cirúrgico; Coma metabólico tóxico ou anóxico; Hemorragia intracraniana com risco de herniação; Hemorragia sub-aracnóide aguda; Meningite com alteração do estado mental ou comprometimento respiratório; Hipertensão intracraniana; Pós-operatório do SNC; Trauma crânio encefálico grave; Vasoespasmo cerebral; Convulsão de difícil controle; Morte encefálica de paciente doador de órgãos.

Gastrointestinal

Hemorragia digestiva persistente com sinais de choque; Insuficiência hepática fulminante; Pancreatite grave; Perfuração

esofágica com ou sem mediastinite.

Renal

Insuficiência renal aguda com urgência dialítica, associada a doenças ou condições agudas graves, clínicas ou cirúrgicas (ex.: edema agudo de pulmão, hipercalemia, rebaixamento do nível de consciência, choque).

Oncohematológico

Síndrome de lise tumoral.

Endócrino/Metabólico

Cetoacidose diabética complicada; Distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-base graves; Crise tireotóxica ou coma mixedematoso com instabilidade hemodinâmica; Estado hiperosmolar com coma e/ou instabilidade hemodinâmica.

Gineco-Obstétrico

Eclampsia/Pré Eclampsia Grave; Síndrome HELLP; Esteatose Aguda da Gravidez; Embolia por Líquido Amniótico; Hemorragias Pré e Pós Parto; Síndrome de Hiperestimulação Ovariana.

OUTROS

Choque ou instabilidade hemodinâmica sob infusão contínua de drogas vasoativas; Sepses Grave, Choque Séptico; Choque Anafilático; Hipertermia maligna; Politraumatizados; Coagulação Intravascular Disseminada.

Prioridade 02 - Inclui pacientes sem instabilidade, mas que necessitam de monitorização intensiva pela possibilidade de descompensação e/ou potencial necessidade de intervenção imediata. Não existe limite terapêutico geralmente estabelecido para estes pacientes.

Condições Específicas ou Patologias:

Cardiovascular

Infarto Agudo do Miocárdio não complicado e/ou Killip 1; Arritmias agudas sem instabilidade hemodinâmica com necessidade de monitorização contínua; Insuficiência cardíaca congestiva sem necessidade de suporte hemodinâmico ou ventilatório; Angina instável sem complicações e/ou instabilidade hemodinâmica e/ou dor torácica persistente; Tamponamento cardíaco com estabilidade hemodinâmica; Bloqueio cardíaco sem repercussão hemodinâmica; Embolia pulmonar com estabilidade hemodinâmica;

Respiratório

Desconforto respiratório decorrente de pneumotórax não hipertensivo; DPOC descompensada necessitando ventilação não invasiva.

Neurológico

AVE isquêmico com Glasgow entre 9 e 13 e/ou sem indicação de trombólise e/ou intervenção cirúrgica como craniectomia descompressiva; AVE hemorrágico com Glasgow entre 9 e 13 sem indicação de tratamento cirúrgico; Hemorragia intracraniana sem alterações da consciência ou risco de herniação; Meningite sem alteração do estado mental ou comprometimento respiratório.

Gastrointestinal

Hemorragia digestiva sem sinais de choque requerendo monitorização contínua.

Renal

Insuficiência renal aguda sem urgência dialítica.

Endócrino/Metabólico

Distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-base sem complicações; coma mixedematoso com estabilidade hemodinâmica.

Gineco-Obstétrico

Cardiopatia e Gravidez; Cardiomiopatia Periparto; Pré Eclampsia; Doença Tromboembólica do Ciclo Grávido Puerperal.

Outros

Sepses sem instabilidade hemodinâmica.

Prioridade 03 - Inclui pacientes instáveis, com baixa probabilidade de recuperação, seja pela doença de base e/ou natureza da sua doença aguda e/ou presença de comorbidades. Esses pacientes podem ter limites e/ou esforços terapêuticos estabelecidos como a não intubação ou a não-reanimação cardiopulmonar.

Condições Específicas ou Patologias:

Oncohematológico

Pacientes com neoplasias metastáticas complicadas por infecção; Neoplasias sem perspectivas terapêuticas.

Neurológico

AVE isquêmico em paciente com sequelas prévias e/ou portador de comorbidades graves sem indicações de intervenções agudas.

Prioridade 4: Inclui pacientes que apresentam pouco ou nenhum benefício com a internação em UTI. Em regra, o tratamento intensivo não é recomendado para esses pacientes e, por isso deverão ser retirados da lista de espera por UTI pela CER-SUS. Podem ser classificados como:

Prioridade 4A - Pacientes com pouco ou nenhum benefício da admissão em UTI, devido à condição clínica não justificar internação em terapia intensiva. São aqueles pacientes que apresentam baixo risco de descompensação ou baixa necessidade de intervenção.

Condições Específicas ou Patologias:

Vascular

Cirurgia vascular periférica

Endócrino/Metabólico

Cetoacidose diabética hemodinamicamente estável.

Cardiológico

Insuficiência cardíaca congestiva leve.

Respiratório

DPOC sem agudização do quadro.

Outros

Overdose de drogas consciente; pacientes aguardando cirurgias eletivas com indicação de UTI no pós-operatório imediato.

Prioridade 4B: Pacientes em terminalidade ou com doença irreversível diante da morte iminente. São aqueles que a condição clínica não justifica a necessidade de UTI devido à ausência de perspectiva terapêutica.

Condições Específicas ou Patologias:

Neurológico

Danos graves irreversíveis do cérebro; morte encefálica de não doadores de órgãos.

Oncohematológico

Câncer metastático que não responde à quimioterapia e/ou radioterapia.

Outros

Disfunção multiorgânica irreversível; estado vegetativo persistente; pacientes que são permanentemente inconscientes; pacientes com capacidade de decisão para recusar cuidados intensivos e/ou monitorização invasiva e que recebem apenas cuidados de conforto (cuidados paliativos).

Observações: a idade, a presença de comorbidades e o escore prognóstico e de disfunção orgânica são maiores nas categorias 3 e 4. Os pacientes recusados para admissão na UTI apresentam taxa de mortalidade elevada e esta taxa permanece alta entre pacientes prioridades 3 e 4, mesmo quando estes são admitidos na UTI, denotando assim que esta internação não muda seu prognóstico.

II - Critérios para Admissão em UTI Neonatal

Os critérios de admissão em UTI Neonatal aqui listados estão em conformidade com a Portaria GM/MS Nº 930 (10/05/2012).

1. Critérios de Admissão em UTIN

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 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 e Xantinas.

Insuficiência Circulatória

- RN com cianose central isolada ou associada à cianose periférica importantes;

- RN cuja pressão arterial está sustentada por drogas vasoativas;

-RN cuja pressão arterial está sustentada por infusão repetida de randes volumes de líquidos;

-RN cuja pressão arterial está: Menor que percentil 10, para peso e idade Maior que percentil 90, para peso e idade.

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

Agravos Neurológicos

- Convulsões subentrantes;

-Asfixia perinatal grave;

Outros

-RN submetido a procedimento cirúrgico de qualquer porte, até completa estabilização respiratória e hemodinâmica;

-RN com peso inferior a 1250g que necessite de observação nas primeiras 72 horas;

-RN que necessite de diálise peritoneal.

- RN grave conforme avaliação clínica e que não se enquadra nos critérios anteriores.

III - Critérios de Alta da UTI Adulto e Pediátrica

O estado clínico do paciente admitido à UTI deve ser continuamente revisado a fim de se identificar aqueles que não mais necessitam de cuidados intensivos.

São Critérios de Alta da UTI

A Resolução da doença ou da instabilidade fisiológica que motivou a internação, como:

- Estabilidade hemodinâmica sem uso de drogas vasoativas de qualquer natureza.

- Estabilidade respiratória com dependência de ventilação mecânica invasiva, traqueostomizado, sem modificações constantes nos parâmetros de ventilação quando houver indicação para o Serviço de Atenção Domiciliar de Alta Complexidade "Home Care".

- Quando a necessidade de monitorização e cuidados intensivos não se fizerem mais mandatória.

- Morte encefálica devidamente documentada em não doador de órgão;

- Os Pacientes que preencham os critérios de admissão nas Unidades de Cuidados Intermediários Adultos e Pediátrica, conforme estabelecido na Portaria nº 70, de 04 de Abril de 2013.

- Necessidade de promoção apropriada dos cuidados paliativos e ortotanásia, dentro dos valores e preferências dos pacientes e familiares.

- Os critérios de alta da UTI devem ser similares aos critérios de admissão em Unidades de Cuidados Semi-Intensivos ou Unidades de Enfermaria, quando disponíveis.

IV- Critérios de Alta da UTI Neonatal

O estado clínico do paciente admitido na UTIN deve ser continuamente revisado a fim de se identificar aqueles que não mais necessitam de cuidados intensivos. Assim, são critérios de alta:

1 - UTI neonatal

- 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 Unidade de Cuidados Intermediários. Eles podem progredir diretamente para Alojamento conjunto, domicílio ou Unidade de Pediatria, conforme o caso.

V - Situações Especiais Em Neonatologia

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 dos recém-nascidos com suspeita de indicação cirúrgica e o fluxo de pacientes cardiopatas.

1. Critérios de Admissão na Interface Neonatal/Pediátrica:

- 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 UTI neonatal. Inexistindo necessidade de UTI, pode ser internado em enfermaria pediátrica.
- 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.
- 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, esperando neurocirurgia de Derivação Ventrículo-Peritoneal (DVP), poderá fazer o pós-operatório imediato da DVP na UTI Pediátrica, e retornar depois para a enfermaria da pediatria para término de tratamento.

2. Fluxo de Pacientes Cirúrgicos:

- Pacientes com indicação de tratamento cirúrgico cardíaco, têm como referência aguardar leito preferencialmente nos hospitais da rede estadual, porém se o paciente necessitar suporte intensivo e houver falta de vaga nesses hospitais, ele poderá ser direcionado para leito de UTIN da rede credenciada.
- Crianças avaliadas pelo pediatra/neonatalogista 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;
- Os pacientes com indicações cirúrgicas (não cardiológicas) consideradas eletivas entrarão numa fila única priorizada pela Cirurgia Pediátrica, e serão encaminhados para o leito executante de acordo com o agendamento. Neurocirurgias pediátricas são realizadas somente no HBDF.
- Pacientes neonatais que apresentaram quadro cirúrgico e foram operados após a estabilização do quadro pós-operatório e de acordo com o cirurgião, pode completar seu tratamento em uma UTIN de unidade neonatal não cirúrgica.

3. Transferência de paciente egresso de UTIN para outras Unidades

- Paciente com agravo crônico, internado em UTIN 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;
- 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 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 CER-SUS.

Código de autenticação: ca611ae7

Consulte a autenticidade do código acima em https://homolog.iomat.mt.gov.br/legislacao/diario_oficial/consultar