



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

RESOLUÇÃO SES Nº 3999 , DE 31 DE OUTUBRO DE 2013.

Dispõe sobre a vigilância do óbito infantil e óbito materno em Minas Gerais.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE E GESTOR DO CIB-SUS/MG, no uso de suas atribuições e considerando:

- a Lei Federal nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, que dispõe sobre os registros públicos, e dá outras providências;
- a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;
- o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;
- a Portaria GM/MS nº 1.119 de 05 de Junho de 2008, que regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos;
- a Portaria GM/MS nº 116, de 11 de fevereiro de 2009, que regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde;
- a Portaria GM/MS nº 1.378, de 09 de julho de 2013, que aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências;
- a Portaria GM/MS nº 72, de 11 de janeiro de 2010, que estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS);



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

- a Resolução SES nº 356, de 22 de dezembro de 2003, que dispõe sobre o Programa Viva Vida;
- a Ordem de Serviço SES/MG nº 788, de 03 de abril de 2013, que institui o Grupo de Trabalho (GT) para redução da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal para o Estado de Minas Gerais;
- o Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado 2011-2030;
- os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) da Organização das Nações Unidas (ONU), dentre eles o de “Reduzir a Mortalidade na Infância”, que estabelece o compromisso de reduzir em dois terços a taxa de mortalidade de crianças menores de cinco anos de idade e de “Melhorar a saúde das gestantes”, que estabelece o compromisso de reduzir em três quartos a taxa de mortalidade materna”, ambos até 2015;
- a decisão do Governo do Estado de Minas Gerais em reduzir a mortalidade Materna, Fetal e Infantil, sendo estes, considerados “eventos catastróficos”.

RESOLVE:

Art. 1º Tornar obrigatória a notificação de óbito infantil e óbito materno no prazo de 48 (quarenta e oito) horas em todo o território de Minas Gerais, por meio da ficha de notificação individual padronizada de notificação compulsória a ser registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-Net), bem como a observância dos fluxos e prazos, conforme Portaria GM/MS nº 72, de 11 de janeiro de 2010.

Art.2º O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) permanecerá como sistema oficial de registro do óbito no âmbito do setor saúde, devendo ser alimentado conforme a Portaria GM/MS nº 116, de 11 de fevereiro de 2009.

Art. 3º A investigação de óbito é de competência da Vigilância Epidemiológica das Secretarias Municipais de Saúde, conforme Portaria GM/MS nº 72, de 11 de Janeiro de 2010, e



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Portaria GM/MS nº 1.119 de 05 de Junho de 2008, e complementarmente da Vigilância em Saúde Estadual, observando-se as orientações de manuais e formulários disponibilizados pelo Ministério da Saúde por meio da Secretaria Estadual de Saúde.

Art. 4º Compete ao Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal e ao Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna, avaliar as circunstâncias de ocorrência dos óbitos infantis e fetais e propor medidas para a melhoria da qualidade da assistência à saúde prestada à gestante, ao parto, ao nascimento e à criança no primeiro ano de vida.

§1º O Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal e o Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna são organismos interinstitucionais, de caráter eminentemente educativo e informativo, com atuação sigilosa, que congregam instituições governamentais e da sociedade civil organizada, contando com participação multiprofissional, cuja atribuição é dar visibilidade, acompanhar e monitorar os óbitos infantis, fetais e maternos e propor intervenções regionais e locais para redução da mortalidade.

§2º A estruturação, composição e detalhamento das competências do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna serão objeto de Resolução específica da SES.

Art. 5º Para fins de notificação até o prazo de 48 (quarenta e oito) horas, em todo o território de Minas Gerais, por meio da ficha de notificação a ser registrada no SINAN-Net, são considerados:

I - óbito infantil: o óbito ocorrido em crianças nascidas vivas desde o momento do nascimento até um ano de idade incompleto, ou seja, 364 (trezentos e sessenta e quatro) dias;

II - óbito materno: a morte de mulher ocorrida durante a gestação ou até um ano após o seu término, que tenha ocorrido por quaisquer causas relacionadas com o seu desenvolvimento ou agravada no seu curso, inclusive por medidas adotadas durante a gravidez, independentemente de sua duração ou da localização, excluídas as acidentais ou incidentais.



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Art. 6º A Declaração de Óbito (DO) é o documento oficial que atesta a morte de um indivíduo e o SIM é o instrumento oficial do Ministério da Saúde para a informação da DO em todo o território nacional.

Parágrafo único. A notificação utilizando o SINAN-Net é uma estratégia utilizada pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG) para garantir agilidade no processo de notificação considerando a rotina semanal de transferência da base de dados dos municípios para o Estado, não excluindo a necessidade de alimentação do SIM em tempo oportuno.

Art. 7º O Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-Net) deverão ser descentralizados preferencialmente para os municípios, cabendo às Unidades Regionais de Saúde apoiar os municípios a se organizarem.

Art. 8º Todo óbito infantil registrado no SIM deverá ter a Declaração de Nascido Vivo (DN) correspondente, registrada no SINASC.

Art. 9º A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) deverá realizar busca ativa da Declaração de Óbito (DO) junto aos hospitais, cartórios de registro civil, unidades de saúde e cemitérios do município em até 48 (quarenta e oito) horas a partir da ocorrência, conforme art. 5º da Portaria GM/MS nº 1.119 de 05 de Junho de 2008, e notificar no SINAN-Net.

Art. 10. Deverão ser utilizadas as rotinas do SINAN-Net para transferência do banco de dados, cabendo aos estabelecimentos de saúde encaminhar a ficha de notificação preenchida para digitação na SMS quando o sistema for descentralizado, e quando a digitação for centralizada, os municípios deverão enviar as notificações para a Unidade Regional de Saúde de sua jurisdição.

Art. 11. A investigação de óbito infantil e óbito materno para todos os eventos confirmados ou não, independente do local de ocorrência, deve ser realizada por profissionais de saúde designados pelas autoridades de vigilância em saúde municipal e estadual.



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

§1º Deverão ser investigados os componentes ambulatorial, domiciliar e hospitalar.

§2º Para mortes maternas e neonatais (0 a 27 dias de vida) a investigação hospitalar deve ser feita nos estabelecimentos de saúde de ocorrência do parto e do óbito.

§3º O Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL) deverá ser consultado e suas informações incorporadas no relatório de investigação dos óbitos .

Art. 12. O Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NUVEH) deverá incentivar os hospitais, com ou sem estrutura para os procedimentos citados nesta Resolução, a associar suas normas e rotinas de trabalho às Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), para assumirem conjuntamente a responsabilidade de investigação hospitalar dos óbitos ocorridos no estabelecimento e dos partos que evoluíram para óbito.

Parágrafo único. Cabe aos NUVEH e CCIH, facilitar o acesso às informações dos óbitos ocorridos no âmbito hospitalar, às referências de vigilância do óbito das SMS e SES/MG.

Art. 13. Caso não haja NUVEH, a investigação dos óbitos hospitalares não poderá ser dificultada, estando às referências técnicas de vigilância do óbito das Secretarias Municipais de Saúde e Secretaria de Estado da Saúde, respaldadas pela Portaria GM/MS nº 1.119 de 05/06/2008 e Portaria GM/MS nº 72, de 11 de Janeiro de 2010, a terem acesso aos documentos relativos à hospitalização.

Art. 14. A critério da Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde, a investigação preliminar do óbito deverá ser realizada em até 30 dias da data da sua ocorrência.

Art. 15. A conclusão da investigação do óbito deverá ser realizada conforme prazo e fluxo definidos nas Portarias GM/MS nº 1.119/2008 e nº 72 /2010 e suas atualizações, bem como determinações do Guia de Vigilância Epidemiológica (acessível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_obtido_maternoo.pdf), para os óbitos definidos como prioritários por autoridade sanitária.



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Art. 16. Para a classificação de evitabilidade do óbito infantil, deverá ser utilizada, preferencialmente, a Lista de Causas de Mortes Evitáveis em menores de cinco anos de idade por Intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil (Malta e col., 2007 e atualizações), disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual_Infantil_Fetal.pdf.

Art. 17. O município de ocorrência do óbito deverá monitorar também o processo de investigação hospitalar.

§1º No caso de óbitos domiciliares ou daqueles encaminhados ao Instituto Médico Legal (IML), o município de ocorrência também será responsável pela investigação.

§2º Ao final das investigações, as SMS deverão enviar as fichas de investigação (domiciliar, ambulatorial ou hospitalar) preenchidas para a Vigilância em Saúde da sua Unidade Regional de Saúde de sua jurisdição, a qual encaminhará para a Unidade Regional de Saúde /Município de Residência do óbito encerrar a investigação, encerrar o caso e digitar a ficha síntese no módulo SIM Web.

Art. 18. Fica recomendada a participação do codificador de causas de morte no encerramento da investigação, tendo em vista os frequentes erros de registro das sequências de causas de morte informadas na DO, que inviabilizam a correta seleção da causa básica do óbito.

Art. 19. Em caso de óbito infantil ou materno, deverá ser realizada inspeção sanitária investigativa no serviço de saúde de ocorrência do óbito, conforme critérios definidos no anexo único desta Resolução.

§1º A inspeção investigativa será realizada pelos municípios que realizam inspeção em hospitais e UTI's ou pela Vigilância Sanitária da Unidade Regional de Saúde competente, nos casos onde a inspeção destes serviços é centralizada.

§2º Cabe às CCIH contribuírem com o processo de inspeção sanitária investigativa do óbito ocorrido na instituição bem como a adoção de medidas internas que contribuam à



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

articulação de ações destinadas ao controle dos possíveis riscos que deram origem ou estiveram vinculados ao evento ocorrido.

Art. 20. Será considerado como investigação de óbito materno e infantil concluída, aquela com ficha síntese lançada no SIM-WEB – módulo investigação e que foi devidamente analisado *in loco*, com classificação de evitabilidade e informações da investigação inserida no SIM local, incluindo quando necessário as alterações de causa abásica do óbito.

Art. 21. São competências e atribuições das Secretarias Municipais de Saúde:

I - realizar busca ativa de DO e DN nas unidades de saúde, cartórios e cemitérios existentes em seu território;

II - distribuição de declaração de óbitos para estabelecimentos de saúde, cartórios de registro civil e médicos, após cadastro, sendo expressamente proibida a distribuição para funerárias;

III – investigar, em no máximo 120 dias, óbito infantil e óbito materno ocorridos no território municipal, de acordo com Portaria GM/MS nº 1.119 de 05 de junho de 2008;

IV – notificar em 48 (quarenta e oito) horas a ocorrência de óbito infantil ou óbito materno à Unidade Regional de Saúde de competência;

V – realizar transferência semanal do banco de dados do SINAN-Net, inclusive com as notificações de óbito infantil e óbito materno da semana epidemiológica;

VI – registrar ficha síntese no SIM-WEB;

VII – aprimorar a organização dos serviços de saúde de atenção à mulher e à criança considerando os resultados das investigações de óbito;

VIII - coordenar, por meio de ações da Vigilância da Situação de Saúde municipal:

a) o cumprimento de fluxos, prazos e qualidade das informações de mortalidade e nascimentos vivos através da gestão do SIM, SINASC e SINAN-Net;

b) a adoção de medidas para a qualificação dos Sistemas de Informação municipal, especialmente na coleta e processamento dos dados relacionados ao óbito materno e óbito infantil;



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

IX Determinar na rede hospitalar de seu território de abrangência a atuação dos Núcleos de Vigilância em Saúde Hospitalar e a integração das informações produzidas por este serviço às do município, de modo a tornar integral a informação do óbito no município;

X - produzir análises epidemiológicas sobre a mortalidade infantil e materna no âmbito municipal, retroalimentando equipes da Rede de Atenção à Saúde local com informações suficientes para a organização de agendas e ações que visem à minimização do problema;

XI - qualificar e intensificar o trabalho das equipes de Vigilância Sanitária municipal para a inspeção sanitária investigativa no serviço de saúde de ocorrência do óbito.

Art. 22. São competências e atribuições da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, no que se refere à vigilância do óbito infantil e óbito materno:

I – pela SVPS, por meio da Superintendência de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador:

a) coordenar, por meio da Diretoria de Análise de Situação de Saúde, o cumprimento de fluxos, prazos e qualidade das informações de mortalidade e nascimentos vivos através da gestão do SIM, SINASC e SINAN-Net;

b) consolidar os dados de óbito infantil e óbito materno notificados no SINAN-Net, por semana epidemiológica, bem como analisá-los preliminarmente;

c) produzir análises epidemiológicas sobre a mortalidade infantil e materna no estado de Minas Gerais, retroalimentando as Unidades Regionais de Saúde e as SMS;

d) monitorar as investigações de óbito infantil e óbito materno visando garantir a oportunidade da investigação;

II – pela SVPS, por meio da SVS:

a) monitorar as inspeções sanitárias investigativas;

b) realizar inspeção sanitária investigativa em caráter complementar;

c) definir instrumentos padrões para inspeção sanitária investigativa;

III – pela Subsecretaria de Regulação em Saúde, a identificação dos óbitos infantis e óbitos maternos registrados no SUS Fácil, por semana epidemiológica.



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

§1º É competência comum às Superintendências da Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde monitorar e fiscalizar o desempenho da atuação dos NUVEH ou CCIH na sua contribuição à abordagem do óbito hospitalar, e adotar medidas para o fortalecimento destes serviços.

§2º Os óbitos fetais e de mulheres em idade fértil (MIF) são objetos de investigação e encerramento seguindo os fluxos e prazos estabelecidos nas Portarias GM/MS nº 72, de 11 de janeiro de 2010 e nº 1.119 de 05 de junho de 2008.

Art. 23. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Belo Horizonte, de de 2013.

Antônio Jorge de Souza Marques
Secretário de Estado de Saúde e
Gestor do SUS/MG



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

ANEXO ÚNICO DA RESOLUÇÃO SES Nº , DE DE DE 2013.

ITENS DO PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO QUE SÃO MARCADORES PARA SOLICITAR A REALIZAÇÃO DA INSPEÇÃO
SANITÁRIA.

Ficha de Investigação de Óbito Materno – Serviço de Saúde Hospitalar				
Campo	Descrição	O que observar	Evidência	Regulamentação
Campo 12	Hipótese diagnóstica registrada no prontuário	registrar os principais exames e procedimentos realizados, dificuldades por falta ou baixa qualidade de equipamento e falta de medicamentos ou os disponíveis eram inapropriados, avaliar o intervalo entre a internação e o primeiro atendimento. Se necessário, utiliza o verso da folha.		
Campo 27	Profissional que fez/acompanhou o	verificar a presença de médicos(a) e/ou	- Parto realizado por profissional não	O que diz a RDC 36/2008 “6. RECURSOS HUMANOS



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

	parto ou o aborto	enfermeiros(a) obstetras no quadro de recursos humanos do serviço.	habilitado/capacitado; - Inexistência de recursos humanos adequados	6.1 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve ter equipe dimensionada, quantitativa e qualitativamente, atendendo as normatizações vigentes, e de acordo com a proposta assistencial e perfil de demanda.”
Campo 37	Foi utilizado partograma? (após 4 cm de dilatação)	avaliar alguns partogramas.	- Ausência de partograma; - Partograma incompleto	O que diz a RDC 36/2008 “9.6 Na assistência ao trabalho de parto, o serviço deve: 9.6.5 realizar ausculta fetal intermitente; controle dos sinais vitais da parturiente; avaliação da dinâmica uterina, da altura da apresentação, da variedade de posição, do estado das membranas, das características do líquido amniótico, da dilatação e do apagamento cervical, com registro dessa evolução em partograma; ”
Campo 45	Houve prescrição de sangue ou derivados?	- caso tenha havido a prescrição de sangue ou derivados, verificar se o sangue/derivado foi administrado de acordo com a requisição de transfusão: (programada, rotina, urgência, emergência) I - programada para determinado dia e hora; II - de rotina a se realizar	- Tempo decorrido entre solicitação e administração incompatível com o tipo de requisição. - Registros de eventos adversos relacionados à transfusão e registro das respectivas investigações.	O que diz a Portaria nº 1.353 de 2011. “Art. 106. As modalidades de transfusão são: I - programada para determinado dia e hora; II - de rotina a se realizar dentro das 24 horas; III - de urgência a se realizar dentro das 3 horas; ou IV - de emergência quando o retardo da transfusão puder acarretar risco para a vida do paciente.” O que diz a RDC 57/2010 “Art. 150. O serviço de saúde onde ocorreu a transfusão é o responsável pela investigação, conclusão e notificação do evento adverso.” “Art. 152. Todo evento adverso ocorrido em receptores de



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

		dentro das 24 horas; III - de urgência a se realizar dentro das 3 horas; IV - de emergência quando o retardo da transfusão puder acarretar risco para a vida do paciente. - verificar registros de eventos adversos relacionados à transfusão. Caso haja registro de eventos adversos relacionados à transfusão, verificar se as mesmas foram investigadas e notificadas.		<i>sangue e hemocomponentes deve ser investigado e comunicado oficialmente à vigilância sanitária competente, por meio do sistema NOTIVISA, ou outro sistema que lhe venha suceder.”</i>
Campo 51	Houve necessidade de UTI?	caso tenha havido a necessidade de UTI, verificar a existência de recursos humanos adequados.	- Inexistência de recursos humanos adequados	O que diz a RDC 7/2008 (atualizada pela RDC 26/2012) <i>“ Seção II – Recursos Humanos</i> <i>Art. 13 Deve ser formalmente designado um Responsável Técnico médico, um enfermeiro coordenador da equipe de enfermagem e um fisioterapeuta coordenador da equipe de fisioterapia, assim como seus respectivos substitutos.</i> <i>§ 1º O Responsável Técnico deve ter título de especialista</i>



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

em Medicina Intensiva para responder por UTI Adulto; habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica, para responder por UTI Pediátrica; título de especialista em Pediatria com área de atuação em Neonatologia, para responder por UTI Neonatal;

§ 2º Os coordenadores de enfermagem e de fisioterapia devem ser especialistas em terapia intensiva ou em outra especialidade relacionada à assistência ao paciente grave, específica para a modalidade de atuação (adulto, pediátrica ou neonatal);

Art. 14 ...deve ser designada uma equipe multiprofissional, legalmente habilitada, a qual deve ser dimensionada, quantitativa e qualitativamente, de acordo com o perfil assistencial, a demanda da unidade e legislação vigente, contendo, para atuação exclusiva na unidade, no mínimo, os seguintes profissionais:

I - Médico diarista/rotineiro: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, nos turnos matutino e vespertino, com título de especialista em Medicina Intensiva para atuação em UTI Adulto; habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica para atuação em UTI Pediátrica; título de especialista em Pediatria com área de atuação em Neonatologia para atuação em UTI Neonatal;

II - Médicos plantonistas: no mínimo 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno.



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

III - Enfermeiros assistenciais: no mínimo 01 (um) para cada 10 (oito) leitos ou fração, em cada turno.”

IV - Fisioterapeutas: no mínimo 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, nos turnos matutino, vespertino e noturno, perfazendo um total de 18 horas diárias de atuação;

V - Técnicos de enfermagem: no mínimo 01 (um) para cada 02 (dois) leitos em cada turno.

VI - Auxiliares administrativos: no mínimo 01 (um) exclusivo da unidade;

VII - Funcionários exclusivos para serviço de limpeza da unidade, em cada turno.

Art. 15 Médicos plantonistas, enfermeiros assistenciais, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem devem estar disponíveis em tempo integral para assistência aos pacientes internados na UTI, durante o horário em que estão escalados para atuação na UTI.”



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Ficha de Investigação de Óbito Infantil – Serviço de Saúde Hospitalar				
Campo	Descrição	O que observar	Evidência	Regulamentação
Campo 15	Profissional que fez/acompanhou o parto	verificar a presença de médicos(a) e/ou enfermeiros(a) obstetras no quadro de recursos humanos do serviço.	- Parto realizado por profissional não habilitado/capacitado; - Inexistência de recursos humanos adequados	O que diz a RDC 36/2008 “6. RECURSOS HUMANOS 6.1 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve ter equipe dimensionada, quantitativa e qualitativamente, atendendo as normatizações vigentes, e de acordo com a proposta assistencial e perfil de demanda.”
Campo 28	Foi utilizado partograma? (após 4 cm de dilatação)	avaliar alguns partogramas.	- Ausência de partograma; - Partograma incompleto	O que diz a RDC 36/2008 “9.6 Na assistência ao trabalho de parto, o serviço deve: 9.6.5 realizar ausculta fetal intermitente; controle dos sinais vitais da parturiente; avaliação da dinâmica uterina, da altura da apresentação, da variedade de posição, do estado das membranas, das características do líquido amniótico, da dilatação e do apagamento cervical, com registro dessa evolução em partograma; ”
Campo 36	Quem assistiu a criança ao nascimento?	verificar a presença de médicos(a) pediatra no quadro de recursos humanos do serviço.	- Assistência realizada por profissional não habilitado/capacitado; - Inexistência de recursos humanos adequados	O que diz a RDC 36/2008 “6. RECURSOS HUMANOS 6.1 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve ter equipe dimensionada, quantitativa e qualitativamente, atendendo as normatizações vigentes, e de acordo com a proposta assistencial e perfil de demanda.”



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Campo 49	Houve necessidade de UTI?	caso tenha havido a necessidade de UTI, verificar a existência de recursos humanos adequados.	- Inexistência de recursos humanos adequados	O que diz a RDC 7/2008 (atualizada pela RDC 26/2012) <i>“ Seção II – Recursos Humanos</i> <i>Art. 13 Deve ser formalmente designado um Responsável Técnico médico, um enfermeiro coordenador da equipe de enfermagem e um fisioterapeuta coordenador da equipe de fisioterapia, assim como seus respectivos substitutos.</i> <i>§ 1º O Responsável Técnico deve ter título de especialista em Medicina Intensiva para responder por UTI Adulto; habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica, para responder por UTI Pediátrica; título de especialista em Pediatria com área de atuação em Neonatologia, para responder por UTI Neonatal;</i> <i>§ 2º Os coordenadores de enfermagem e de fisioterapia devem ser especialistas em terapia intensiva ou em outra especialidade relacionada à assistência ao paciente grave, específica para a modalidade de atuação (adulto, pediátrica ou neonatal);</i> <i>Art. 14 ...deve ser designada uma equipe multiprofissional, legalmente habilitada, a qual deve ser dimensionada, quantitativa e qualitativamente, de acordo com o perfil assistencial, a demanda da unidade e legislação vigente, contendo, para atuação exclusiva na unidade, no mínimo, os seguintes profissionais:</i> <i>I - Médico diarista/rotineiro: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, nos turnos matutino e vespertino, com</i>
-----------------	---------------------------	---	--	--



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

título de especialista em Medicina Intensiva para atuação em UTI Adulto; habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica para atuação em UTI Pediátrica; título de especialista em Pediatria com área de atuação em Neonatologia para atuação em UTI Neonatal;

II - Médicos plantonistas: no mínimo 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno.

III - Enfermeiros assistenciais: no mínimo 01 (um) para cada 10 (oito) leitos ou fração, em cada turno.”

IV - Fisioterapeutas: no mínimo 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, nos turnos matutino, vespertino e noturno, perfazendo um total de 18 horas diárias de atuação;

V - Técnicos de enfermagem: no mínimo 01 (um) para cada 02 (dois) leitos em cada turno.

VI - Auxiliares administrativos: no mínimo 01 (um) exclusivo da unidade;

VII - Funcionários exclusivos para serviço de limpeza da unidade, em cada turno.

Art. 15 Médicos plantonistas, enfermeiros assistenciais, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem devem estar disponíveis em tempo integral para assistência aos pacientes internados na UTI, durante o horário em que estão escalados para atuação na UTI.”