

Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTOS INICIAIS</b>	POP.UTIN. 017 - Página 1/15	
Título do Documento	DESMAME E EXTUBAÇÃO PROGRAMADA DA VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA EM NEONATOS	Emissão: 01/11 /2023 Versão: 01	Próxima revisão: 01/ 11/2025

## 1. OBJETIVOS

- Instruir profissionais do Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB) quanto aos procedimentos de desmame e extubação programada em neonatos;
- Auxiliar no processo de tomada de decisão dos profissionais da saúde envolvidos no processo de desmame e extubação na Unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) do HUAB;
- Padronizar a conduta de médicos, fisioterapeutas e enfermeiros quanto a indicação do desmame e extubação da ventilação mecânica invasiva (VMI);
- Direcionar o processo de descontinuação da VMI;
- Sugerir parâmetros de desmame ventilatório e de indicação da extubação;
- Reduzir o tempo de VMI dos pacientes;
- Minimizar os custos hospitalares;
- Reduzir a incidência de complicações e tempo de internação da UTI.

## 2. MATERIAIS

Para o procedimento de desmame e extubação em pacientes neonatais, faz-se necessário o uso de alguns utensílios, como: Equipamentos de Proteção individual (EPI); monitor cardíaco com oximetria; seringa; sonda, látex e vácuo para aspiração; reanimador manual; interface para ventilação não invasiva (VNI), bem como o ventilador mecânico e circuito de VNI. Abaixo estão elencadas e detalhadas os equipamentos disponíveis dentro do campo de pesquisa (HUAB).

### 2.1. Equipamento de proteção individual (EPI)



**Figura 1. A.** Par de luvas esterilizadas. **B.** Gorro hospitalar. **C.** Máscara cirúrgica. **Fonte:** web.

Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTOS INICIAIS</b>	POP.UTIN. 017 - Página 2/15	
Título do Documento	DESMAME E EXTUBAÇÃO PROGRAMADA DA VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA EM NEONATOS	Emissão: 01/11 /2023	Próxima revisão: 01/ 11/2025
		Versão: 01	

## 2.2. Monitor cardíaco com oximetria



A



B

**Figura 2. A.** Oxímetro de pulso neonatal. **B.** Monitor multiparâmetros. **Fonte:** web.

## 2.3 Materiais para aspiração



A



B



C

**Figura 3. A.** Sonda de aspiração (usar de acordo com o diâmetro da cânula orotraqueal (COT)). **B.** Látex. **C.** Vácuo para aspiração. **Fonte:** web.

## 2.4 Reanimador manual



**Figura 4.** Reanimador manual (ambu). **Fonte:** web.

Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTOS INICIAIS</b>	POP.UTIN. 016 - Página 3/15	
Título do Documento	DESMAME E EXTUBAÇÃO PROGRAMADA DA VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA EM NEONATOS	Emissão: 01/11/2023	Próxima revisão: 01/ 11/2025
		Versão: 01	

## 2.5 Ventilador mecânico



**Figura 5.** Ventilador mecânico para UTI neonatal. **Fonte:** web.

## 2.6 Circuito de VNI



**Figura 6.** Circuito de VNI neonatal. **Fonte:** web.

## 2.7 Interface para VNI



**Figura 7.** Pronga nasal. **Fonte:** web.

Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTOS INICIAIS</b>	POP.UTIN. 016- Página 4/15	
Título do Documento	DESMAME E EXTUBAÇÃO PROGRAMADA DA VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA EM NEONATOS	Emissão: 01/11/2023 Versão: 01	Próxima revisão: 01/ 11/2025

### 3. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

#### 3.1 Processo de desmame da VMI

- O desmame ativo dos parâmetros da VMI deve ser realizado de forma gradual, não sendo aconselhado reduzir vários parâmetros de forma simultânea.
- No processo de desmame, deve-se escolher pelo modo assistido-controlado;
- Se o ventilador mecânico utilizado dispuser da modalidade Volume Garantido (VG), este deverá ser ativado;
- Se o ventilador mecânico utilizado não possuir a modalidade VG, optar pela modalidade ventilatória ciclada a tempo e limitada à pressão (TCPL) ou a modalidade Ventilação por pressão controlada (PCV).

##### 3.1.1 Parâmetros que podem ser ajustados durante o desmame:

- Reduzir a Fração inspirada de Oxigênio (FiO2) de 5 a 10% por vez, analisando sempre a Saturação periférica de oxigênio (SpO2), de modo que se mantenha a saturação-alvo entre 91 a 95%;
- Reduzir a Pressão positiva inspiratória (PIP), de forma cautelosa, de 1 a 3 cmH2O por vez, de forma a manter o Volume Corrente (VC) entre 4 a 6 mL/Kg. Se a modalidade ventilatória utilizada for o VG, a redução pressórica será feita automaticamente de acordo com a melhora da complacência pulmonar do paciente;
- Perante melhora da oxigenação, reduzir a Pressão expiratória positiva final (PEEP), de forma cautelosa, de 0,5 a 1cmH2O por vez;
- Se a frequência respiratória (FR) do ventilador for maior que a FR espontânea do paciente, pode-se reduzir a FR controlada de 2 a 6 incursões por vez.

#### 3.2 Triagem dos pacientes e avaliação dos critérios de elegibilidade para extubação

##### 3.2.1 Pacientes elegíveis para extubação:

- Resolução ou controle do motivo que levou à VMI;
- Ausência de sinais de sedação ou sedação leve, com pontuação na Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale (N-PASS) de 0 até -5 (Anexo 1);
- Presença de drive respiratório;
- Hemodinâmica estável e boa perfusão tecidual (necessita-se que a estabilidade cardiopulmonar esteja preservada com ausência ou doses mínimas de fármacos vasoativos);
- Sem aumento dos parâmetros ventilatórios por, no mínimo, 12 horas;

Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTOS INICIAIS</b>	POP.UTIN. 016- Página 5/15	
Título do Documento	DESMAME E EXTUBAÇÃO PROGRAMADA DA VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA EM NEONATOS	Emissão: 01/11/2023 Versão: 01	Próxima revisão: 01/ 11/2025

- Pressão Média das Vias Aéreas (MAP) <8cmH<sub>2</sub>O;
- Temperatura corporal adequada (36,5 à 37°C);
- Adequada troca gasosa e ventilação pulmonar (pH ≥ 7.25; PCO<sub>2</sub> ≤ 60 mmHg; PaO<sub>2</sub> ≥ 60 mmHg com FiO<sub>2</sub> ≤ 40%; SpO<sub>2</sub> ≥ 90%);
- Ausência de desconforto respiratório (moderado ou grave) com pontuação no Boletim de Silverman-Andersen (BSA) < 5 (Anexo 2);
- Melhora significativa da radiografia de tórax;
- Esquema de corticoide completo (se indicado).

### 3.2.2 Pacientes não elegíveis

- Pacientes que não preencheram os critérios anteriores;
- Pacientes em cuidados paliativos.

### 3.3 Teste de respiração espontânea (TRE)

Não é recomendado realizar o TRE em prematuros extremos e de extremo baixo peso.

Além disso, a realização do TRE, em neonatos, fica a critério do profissional e não deve ser considerado critério independente para tomada de decisão, tendo em vista sua boa sensibilidade mas baixa especificidade. Em caso do profissional optar por realizar o teste, sugere-se realizar o TRE se o paciente estiver clinicamente estável e com critérios clínicos de acordo com o item 3.2.1.

Quando o RN atingir os critérios de elegibilidade a equipe multiprofissional deve seguir os seguintes passos para a realização do TRE:

1. Checar os parâmetros do ventilador mecânico antes de iniciar o teste;
2. Posicionar o paciente adequadamente com os membros fletidos e próximos à linha média;
3. Realizar a ausculta pulmonar e também checar a posição da COT, na radiografia de tórax;
4. Avaliar antes do teste a SpO<sub>2</sub>, FR, Frequência cardíaca (FC) e o BSA;
5. O TRE deverá ser realizado na modalidade de pressão positiva contínua em vias aéreas (CPAP), com PEEP de 5cmH<sub>2</sub>O e mantendo a mesma FiO<sub>2</sub>, por 5 a 10 minutos.

Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTOS INICIAIS</b>	POP.UTIN. 016 - Página 6/15	
Título do Documento	DESMAME E EXTUBAÇÃO PROGRAMADA DA VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA EM NEONATOS	Emissão: 01/11/2023 Versão: 01	Próxima revisão: 01/ 11/2025

6. Durante todo o período do teste, bem como após o término, deve ser monitorado e avaliado a SpO<sub>2</sub>, FR, FC e o BSA;
7. O teste deverá ser interrompido, caso o RN apresente os seguintes sinais de intolerância ao TRE:
  1. FC <100 bpm por mais de 15 segundos;
  2. SpO<sub>2</sub> <85% por mais de 15 segundos;
  3. BSA >5, a qualquer momento durante o tempo de realização do teste.
8. Após o término ou suspensão do TRE, retornar os parâmetros ventilatórios pré-teste.

### 3.4 Tomada de decisão

Diante do julgamento clínico em relação aos pacientes elegíveis para extubação, deve-se:

- Discutir com a equipe multiprofissional a possibilidade de extubação do paciente, baseado no fluxo previamente descrito;
- Havendo consenso da equipe multiprofissional sobre a decisão da extubação, comunicar e orientar a família sobre o procedimento;
- Diante de pacientes com julgamento clínico negativo para extubação: identificar e registrar, em prontuário, a causa da falha e aguardar 24h para novo teste, desde que haja condições favoráveis para sua realização.

### 3.5 Processo de extubação

- Considerar o estado de alerta do paciente, com doses baixas ou nenhuma sedação, mantendo pontuação na escala N-PASS de 0 até no máximo -5;
- Interromper a alimentação 03 horas antes da extubação;
- Considerar o uso de Dexametasona em casos de ventilação mecânica prolongada ou múltiplas intubações ou intubação traumática ou presença de estridor pós-extubação durante a última extubação;
- Organizar os materiais da VNI que será usada após a extubação (em pacientes que fizeram uso de VMI prolongada);
- Separar a interface da VNI de acordo com o peso e tamanho do paciente, podendo ser a máscara ou a pronga nasal (Anexo 3), bem como os materiais para fixação da interface;

Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTOS INICIAIS</b>	POP.UTIN. 016- Página 7/15	
Título do Documento	DESMAME E EXTUBAÇÃO PROGRAMADA DA VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA EM NEONATOS	Emissão: 01/11/2023 Versão: 01	Próxima revisão: 01/ 11/2025

- Realizar os cuidados com o paciente antes do processo de extubação, incluindo a troca de fralda e manuseios necessários;
- Aspirar a COT e a nasofaringe;
- Retirar a fixação da COT;
- Posicionar o paciente semi sentado ou com elevação da cabeceira;
- Desconectar o circuito do paciente;
- Organizar e montar o suporte para a VNI;
- Realizar hiperinsuflação manual no tubo endotraqueal (03 insuflações numa relação de 1:2);
- Remover o tubo orotraqueal de forma sincronizada com a 3ª expiração do RN;
- Caso esteja prescrito pela equipe médica, realizar nebulização com adrenalina com paciente semisentado.

### 3.6 Acoplar à VNI (CPAP / Ventilação de pressão positiva intermitente nasal - NIPPV)

#### 3.6.1 Sugestão de parâmetros iniciais para CPAP pós-extubação:

- PEEP: 5-6cmH<sub>2</sub>O;
- FiO<sub>2</sub>: >5% da FiO<sub>2</sub> pré-extubação.

#### 3.6.2 Sugestão de parâmetros iniciais para NIPPV pós-extubação:

- PEEP: a mesma usada pré-extubação;
- PIP: a mesma ou 2cmH<sub>2</sub>O a mais da usada anteriormente;
- Ti: o mesmo usado pré-extubação;
- FR: a mesma usada pré-extubação;
- FiO<sub>2</sub>: a mesma usada pré-extubação.

Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTOS INICIAIS</b>	POP.UTIN. 016- Página 8/15	
Título do Documento	DESMAME E EXTUBAÇÃO PROGRAMADA DA VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA EM NEONATOS	Emissão:01/11/2023 Versão: 01	Próxima revisão: 01/ 11/2025

#### 4. REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. Consenso Ventilação Pulmonar Mecânica em Pediatria/Neonatal. Disponível em: <[https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/2015/02/CONSENSO-VENTILACAO-PULMONAR-MECANICA-EM-PEDIATRIA-VNIPP.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/CONSENSO-VENTILACAO-PULMONAR-MECANICA-EM-PEDIATRIA-VNIPP.pdf)>. Acesso em Julho de 2023.

GUINSBURG, R.; BALDA, R. C. X. Avaliação e tratamento da dor no período neonatal. **Revista do pediatra**, v. 9, n. 1, 2019. <https://doi.org/10.25060/residpediatr>.

SAEED F.; LASRADO S. Extubation. In: Abai B, Abu-Ghosh A, Acharya AB, Acharya U, Adhia SG, Aebly TC, et al. StatPearls. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2022.

SANGSARI, R.; SAEEDI, M.; MADDAH, M.; MIRNIA, K.; GOLDSMITH, J. P. Weaning and extubation from neonatal mechanical ventilation: an evidenced-based review. **BMC Pulmonary Medicine**, v. 22, n. 421, p. 12, 2022.

SESSÃO DE NEONATOLOGIA DA SPP. Consenso clínico: **Ventilação não invasiva**. 2014. Disponível em: <<https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-VNI.pdf>>. Acesso em Julho de 2023.

TEIXEIRA, R. F. *et al.* Teste de Respiração Espontânea com 5 e 10 minutos em Recém-nascidos Muito Baixo Peso: ensaio clínico randomizado. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 5, e39011528338, 2022.

Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTOS INICIAIS</b>	POP.UTIN. 016- Página 8/15	
Título do Documento	DESMAME E EXTUBAÇÃO PROGRAMADA DA VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA EM NEONATOS	Emissão:01/11/2023 Versão: 01	Próxima revisão: 01/ 11/2025

### 5. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1.0	01/11/2023	Elaboração do documento.

Elaboração	Assinatura eletrônica via SEI
<p>Dellis Kariny Freitas Holanda de Almeida Função: Fisioterapeuta Residente em Saúde Materno-Infantil</p> <p>Ana Gabriela de Figueiredo Araújo SIAP: 2288616 Função: Fisioterapeuta intensivista neonatal</p> <p>Isabelly Cristina Rodrigues Regalado Moura Função: Professora Adjunta da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA/UFRN)</p> <p>Raissa Dayane da Silva Souza Função: Graduanda de Fisioterapia da FACISA/UFRN.</p> <p>Danielle Cristina Gomes Função: Fisioterapeuta intensivista neonatal</p> <p>Nilson Willamy Bastos de Souza Júnior Função: Fisioterapeuta intensivista neonatal</p> <p>Cijara Leonice de Freitas Função: Enfermeira da UTIN</p> <p>Luciana Maria Varela de Queiroz Função: Enfermeira da UTIN</p> <p>Daniel Aser Veloso Costa Função: Enfermeiro da UTIN</p> <p>Nicolly Suelly Souza Almeida Acioly Função: Médica da UTIN</p> <p>Paloma Crispim Clemente</p>	



MINISTÉRIO DA  
EDUCAÇÃO



Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTOS INICIAIS</b>	POP.UTIN. 016- Página 8/15	
Título do Documento	DESMAME E EXTUBAÇÃO PROGRAMADA DA VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA EM NEONATOS	Emissão:01/11/2023 Versão: 01	Próxima revisão: 01/ 11/2025

Função: Médica da UTIN  André Luiz Barros Almeida Função: Médico da UTIN	
<b>Revisão</b>	
<b>Validação</b>  Vanessa Freires Maia Membro Setor de Gestão da Qualidade	<b>Assinatura eletrônica via SEI</b>
<b>Aprovação</b>  Antonio Augusto Oliveira Da Costa Chefe da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	<b>Assinatura eletrônica via SEI</b>

*Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte*

Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTOS INICIAIS</b>	POP.UTIN. 016- Página 8/15	
Título do Documento	DESMAME E EXTUBAÇÃO PROGRAMADA DA VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA EM NEONATOS	Emissão:01/11/2023 Versão: 01	Próxima revisão: 01/ 11/2025

## 6. CHECKLIST

### CHECKLIST PARA EXTUBAÇÃO NEONATAL

PROFISSIONAL AVALIADOR: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HORA \_\_\_\_:\_\_\_\_

PACIENTE: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_ IG: \_\_\_\_\_ IGC: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_

DIAS DE VM: \_\_\_\_\_ Nº DE FALHAS ANTERIORES DA EXTUBAÇÃO: \_\_\_\_\_ ÚLTIMA EM: \_\_\_\_\_

CRITÉRIOS AVALIADOS	SIM	NÃO
Resolução ou controle do motivo que levou à VM		
Presença de drive respiratório		
Ausência de sinais de sedação ou sedação leve (pontuação na N-PASS de 0 até -5)		
Hemodinâmica estável e boa perfusão tecidual (ausência ou doses mínimas de fármacos vasoativos)		
Sem aumento dos parâmetros ventilatórios por, no mínimo, 12 horas		
Temperatura corporal adequada (36,5 à 37°C)		
pH ≥ 7.25; PCO2 ≤ 60 mmHg; PaO2 ≥ 60 mmHg com FiO2 ≤ 40%; SpO2 ≥ 90%		
Ausência de desconforto respiratório (moderado ou grave) com BSA < 5		
Melhora significativa da radiografia de tórax		
Completo esquema de corticoide (se indicado)		
<b>JULGAMENTO CLÍNICO - APTO PARA EXTUBAÇÃO?</b>		

Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTOS INICIAIS</b>	POP.UTIN. 016 - Página 9/15	
Título do Documento	DESMAME E EXTUBAÇÃO PROGRAMADA DA VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA EM NEONATOS	Emissão: 01/11/2023	Próxima revisão: 01/ 11/2025
		Versão: 01	

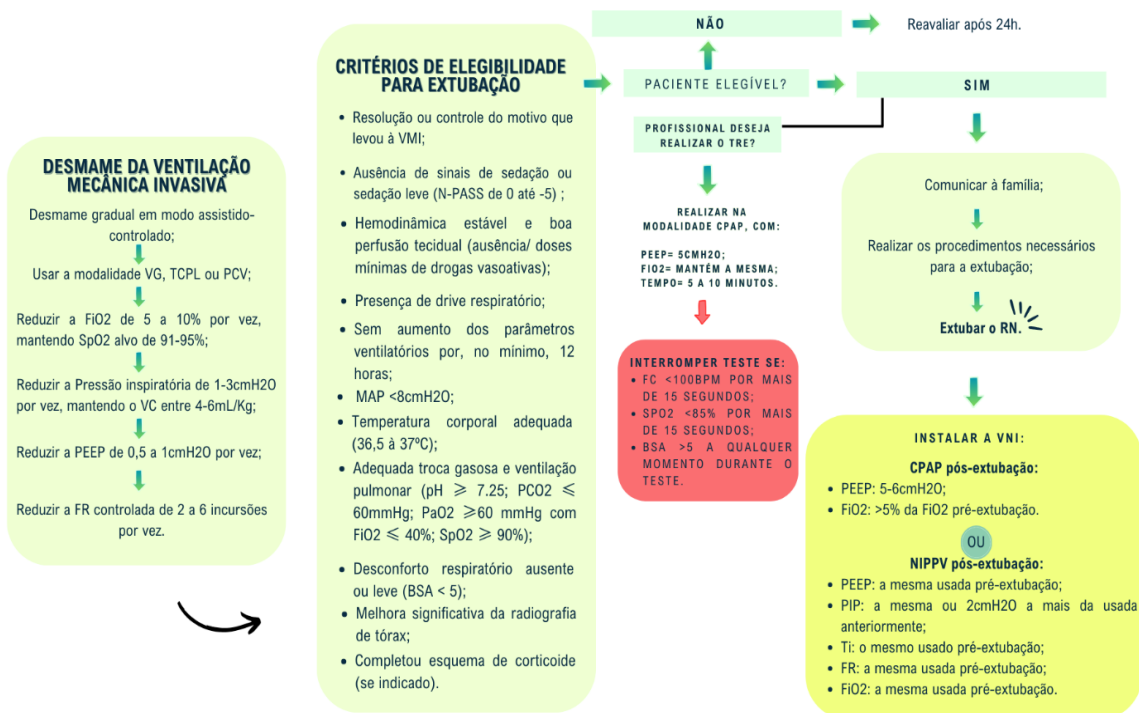
<b>OUTROS DESFECHOS AVALIADOS</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Realizou TRE?		
Sucesso do TRE?		
Causa da falha no TRE? Bradicardia ( ) Apneia ( ) Dessaturação ( ) Desconforto respiratório com BSA >5 ( ) Outras: _____		
Outros desfechos e observações:		

<b>SUPORTE VENTILATÓRIO PÓS EXTUBAÇÃO</b>
NIPPV( ) CPAP ( ) Alto fluxo( ) Hood ( ) O2 circulante( ) AA ( )

<b>RESULTADO DA EXTUBAÇÃO</b>
Sucesso ( ) Falha < 72h ( )

Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTOS INICIAIS</b>	POP.UTIN. 016 - Página 10/15	
Título do Documento	<b>DESMAME E EXTUBAÇÃO PROGRAMADA DA VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA EM NEONATOS</b>	Emissão: 01/11/2023 Versão: 01	Próxima revisão: 01/ 11/2025

## 7. FLUXOGRAMA



Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTOS INICIAIS</b>	POP.UTIN. 016 - Página 12/15	
Título do Documento	DESMAME E EXTUBAÇÃO PROGRAMADA DA VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA EM NEONATOS	Emissão: 01/11/2023	Próxima revisão: 01/ 11/2025
		Versão: 01	

## ANEXOS

### ANEXO 1 - Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale (N-PASS)

Quadro 1. N-PASS - Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale (Hummel et al., 2009).

	Sedação		Sedação/Dor	Dor/Agitação	
	-2	-1	0/0	1	2
Choro/ irritabilidade	Não chora com estímulo doloroso	Resmungo/choro com estímulo doloroso	Sem sinais de sedação ou dor	Irritado ou episódios de choro Consolável	Choro agudo ou silencioso contínuo Não é consolável
Comportamento	Não acorda com estímulo Sem movimento espontâneo	Acorda breve com estímulo Raro movimento espontâneo	Sem sinais de sedação ou dor	Inquieto, se contorce Acorda com frequência	Arqueia o corpo, fica chutando Acordado constantemente ou não acorda, nem se move (não está sedado)
Expressão facial	Boca caída e aberta Sem mímica	Mínima expressão facial com estímulo	Sem sinais de sedação ou dor	Qualquer expressão de dor intermitente	Qualquer expressão de dor contínua
Tônus de extremidade	Sem reflexo de preensão Flácido	Reflexo de preensão fraco Tônus muscular ↓	Sem sinais de sedação ou dor	Mãos cerradas ou espalmadas de modo intermitente Tônus corporal relaxado	Mãos cerradas ou espalmadas de forma contínua Tônus corporal tenso
Sinais vitais: FC, FR e SatO <sub>2</sub>	Sem Δ após estímulo Hipoventilação ou apneias	Δ < 10% com estímulo	Sem sinais de sedação ou dor	↑ 10-20% em relação ao basal SatO <sub>2</sub> 76-85% com estímulo; rápida recuperação	↑ 20% em relação ao basal SaO <sub>2</sub> < 75% com o estímulo; lenta recuperação Sem sincronia com o ventilador

Sedação: -10 a 0; Sedação profunda: -10 a -5; Sedação leve: -5 a -2.

Dor: 0-11 (somar 1 ponto se RN < 30 semanas de IG corrigida); Dor presente escore > 3.

### ANEXO 2 - BOLETIM DE SILVERMAN-ANDERSEN

	Retração Intercostal		Retração Xifóide	Batimento de Asa Nasal	Gemido Expiratório
	Superior	Inferior			
0	 sincronizado	 s/ tiragem	 ausente	 ausente	 ausente
1	 declive inspiratório	 pouco visível	 pouco visível	 discreto	 audível só c/ esteto
2	 balancim	 marcada	 marcada	 marcado	 audível s/ esteto



Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTOS INICIAIS</b>	POP.UTIN. 016 - Página 15/15	
Título do Documento	DESMAME E EXTUBAÇÃO PROGRAMADA DA VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA EM NEONATOS	Emissão: 01/11/2023 Versão: 01	Próxima revisão: 01/ 11/2025

### ANEXO 3 – TAMANHO DAS PRONGAS NASAIS DE ACORDO COM O PESO DO PACIENTE

Peso do bebê	Tamanho da cânula
< 700 g	Cânula 00
700 - 1000g	Cânula 0
1000 - 1250g	Cânula 1
1250 - 2000 g	Cânula 2
2000 - 3000 g	Cânula 3
> 3000 g	Cânula 4
1 – 2 anos	Cânula 5

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO NORTE  
Praça Tequinha Farias, nº 13 - Bairro Centro, Santa Cruz/RN, CEP 59200-000  
- <http://huab-ufrn.ebserh.gov.br>

Certidão

Processo nº 23527.008758/2023-57

Interessado: @interessados\_virgula\_espaco@

**CERTIDÃO DE ASSINATURA ELETRÔNICA REFERENTE AO  
POP.UTIN.017**

**Elaboração**

Dellis Kariny Freitas Holanda de Almeida  
Função: Fisioterapeuta Residente em  
Saúde Materno-Infantil

Ana Gabriela de Figueiredo Araújo

SIAP: 2288616

Função: Fisioterapeuta intensivista  
neonatal

Isabelly Cristina Rodrigues Regalado  
Moura

Função: Professora Adjunta da Faculdade  
de Ciências da Saúde do Trairi  
(FACISA/UFRN)

Raissa Dayane da Silva Souza

Função: Graduanda de Fisioterapia da  
FACISA/UFRN.

Danielle Cristina Gomes

Função: Fisioterapeuta intensivista neonatal

Nilson Willamy Bastos de Souza Júnior

**Assinatura eletrônica via SEI**

Função: Fisioterapeuta intensivista neonatal

Cijara Leonice de Freitas

Função: Enfermeira da UTIN

Luciana Maria Varela de Queiroz

Função: Enfermeira da UTIN

Daniel Aser Veloso Costa

Função: Enfermeiro da UTIN

Nicolly Suelly Souza Almeida Acioly

Função: Médica da UTIN

Paloma Crispim Clemente

Função: Médica da UTIN

André Luiz Barros Almeida

Função: Médico da UTIN

**Revisão**

**Validação**

Vanessa Freires Maia Membro Setor de Gestão da Qualidade	<b>Assinatura eletrônica via SEI</b>
<b>Aprovação</b>  Antonio Augusto Oliveira Da Costa Chefe da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	<b>Assinatura eletrônica via SEI</b>



Documento assinado eletronicamente por **Ana Gabriela de Figueirêdo Araújo, Fisioterapeuta**, em 14/11/2023, às 15:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Danielle Cristina Gomes, Fisioterapeuta**, em 14/11/2023, às 16:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Nilson Willamy Bastos de Souza Júnior, Fisioterapeuta**, em 14/11/2023, às 20:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Paloma Crispim Clemente, Médico(a)**, em 15/11/2023, às 07:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Luciana Maria Varela de Queiroz, Enfermeiro(a)**, em 15/11/2023, às 08:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Cijara Leonice de Freitas, Enfermeiro(a)**, em 15/11/2023, às 12:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Daniel Aser Veloso Costa, Enfermeiro(a)**, em 15/11/2023, às 19:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **André Luiz Barros Almeida, Médico(a)**, em 16/11/2023, às 08:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Nicolly Suelly Souza Almeida Acioly, Médico(a)**, em 17/11/2023, às 17:13, conforme horário oficial de



Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **Vanessa Freires Maia, Enfermeiro(a)**, em 20/11/2023, às 11:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **Antônio Augusto Oliveira da Costa, Fiscal de Contrato - Técnico**, em 20/11/2023, às 11:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

---



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **34371303** e o código CRC **7089D1F6**.

---