



Orientações sobre a Recusa de Coleta do Teste do Pezinho

Assunto: Esclarecimentos e orientações sobre a coleta obrigatória do “Teste do Pezinho” nas Unidades Básicas de Saúde e Hospitais com UTI Neonatal, inseridos no Programa Estadual de Triagem Neonatal de Santa Catarina – PETN/SC.

O “Teste do Pezinho” é um dos componentes do Programa Estadual de Triagem Neonatal, é um procedimento realizado no SUS e obrigatório para todos os recém nascidos.

Reitera-se a importância da realização do “Teste do Pezinho”, em tempo oportuno, entre 3º e o 5º dia de vida, uma vez que possibilita a pesquisa de doenças congênitas, de herança genética que, se diagnosticadas e tratadas precocemente, oportunizam desenvolvimento normal às crianças portadoras.

Assim sendo, **divulga-se a as principais normativas referentes à obrigatoriedade da realização do Teste do Pezinho em recém nascidos:**

1. Estatuto da Criança e do Adolescente Lei 8.069/1990:

Art. 4º - Dispõe sobre o **dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público** em assegurar, com absoluta prioridade, **a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde**, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária;

Art. 5º - Define que nenhuma criança poderá ser objeto de qualquer forma de **negligência**;

Art. 10º inciso III - Dispõe sobre a **obrigatoriedade** dos hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, sejam públicos e particulares, **proceder exames, visando o diagnóstico e tratamento de anormalidades no metabolismo do recém-nascido**, bem como prestar orientação aos pais;



Art. 70º - Dispõe sobre o dever de todos em prevenir a ocorrência de ameaça ou **violação dos direitos** da criança;

Art. 229º - Dispõe sobre a omissão do médico, enfermeiro ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e gestante, na identificação correta do neonato e da parturiente, por ocasião do parto, bem como **deixar de realizar os exames referidos no Art. 10, inciso III** desta Lei, instituindo penalidades.

2. Portaria GM/MS nº 822 de 06 de junho de 2001 institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Triagem Neonatal / PNTN, que tem como **responsabilidade a triagem neonatal universal, para detecção de casos suspeitos**, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento dos casos identificados de doenças congênitas, de acordo com a respectiva fase de implantação do programa;

3. Código Penal art. 132 dispõe sobre expor a vida ou a saúde de outrem a perigo, direto e iminente, com respectiva pena de detenção de três meses a um ano.

4. Lei Estadual nº 6.762, de 20 de janeiro de 1986, tornou obrigatória a realização de provas para o diagnóstico precoce da fenilcetonúria, do hipotireoidismo congênito, em todas as crianças nascidas nas maternidades e casas hospitalares do Estado de Santa Catarina;

Diante do acima exposto, recomenda-se aos profissionais de saúde, que no caso de recusa dos pais ou responsáveis legais, em permitir a coleta de material para a realização do “Teste do Pezinho”, esta recusa deve ser formalizada no Termo de Recusa Informado (anexo).



TERMO DE RECUSA INFORMADO

“TESTE DO PEZINHO”

Eu _____ e

() mãe, () pai, () responsável(is) legais(is), do(a) recém-nascido(a)
_____, recusa(m) a
a realização da coleta de sangue para o Teste do Pezinho de seu filho(a).

Afirmo que fui informado (a) e esclarecido(a) a respeito da obrigatoriedade e importância deste teste, realizado pelo SUS, para o diagnóstico precoce de doenças congênitas e/ou de herança genética, que, se diagnosticadas e tratadas precocemente, oportunizam desenvolvimento normal às crianças portadoras.

Estou ciente dos riscos que meu filho(a) estará exposto(a), caso o referido teste não seja realizado em tempo oportuno e o (a) mesmo (a) apresente uma das doenças identificadas por este teste, que incluem a deficiência mental e até mesmo o óbito, bem como as penalidades legais diante da recusa de coleta de sangue para realização do “Teste do Pezinho”.

Local, data

Estabelecimento

OU _____

() N° CPF e assinatura mãe

() N° CPF assinatura pai

OU _____

() n° CPF assinatura responsável legal

Testemunha N° CPF e assinatura