

Artigo original

Validação de protocolo de fluxo para o cuidado às crianças com necessidades especiais de saúde

Validation of flow protocol for the care of children with special health needs

Validación del protocolo de flujo para el cuidado de los niños con necesidades especiales de salud

Camila Uberti^I, Eduarda da Silveira Castro^I, Diana Augusta Tres^I,
Edlamar Kátia Adamy^I, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso^{II},
Elisangela Argenta Zanatta^I

^I Universidade do Estado de Santa Catarina. Chapecó, SC, Brasil

^{II} Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, PR, Brasil

Resumo

Objetivo: validar um protocolo de fluxo para o cuidado e acompanhamento de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde na Atenção Domiciliar. **Método:** pesquisa metodológica de validação. A coleta de dados foi *online*, em 2021, via *Google Forms*. Participaram sete profissionais que atuam nos Serviços de Atenção Domiciliar. Os dados foram analisados pela estatística descritiva com distribuição de frequência e percentual. **Resultados:** protocolo foi validado com Índice de Validade de Conteúdo de 0,87 (considerado adequado); Alfa de Cronbach 0,91 (concordância muito alta) e Kappa: 0.0281 (próximo de zero indica concordância ao acaso). As sugestões dos juízes foram em relação à estrutura gráfica. Assim, o protocolo foi reorganizado visando acatar as sugestões e facilitar a interpretação visual. **Conclusão:** o protocolo validado poderá ser utilizado para organizar o processo de trabalho e padronizar os cuidados às Crianças com Necessidades Especiais de Saúde na Atenção Domiciliar.

Descritores: Estudo de Validação; Guia; Saúde da Criança; Serviços de Assistência Domiciliar; Enfermagem

Abstract

Objective: to validate a flow protocol for the care and monitoring of Children with Special Health Needs in Home Care. **Method:** methodological validation research. Data collection was online, in 2021, through *Google Forms*. Seven professionals working in the Home Care Services participated. Data were analyzed by descriptive statistics with frequency and percentage distribution. **Results:** protocol was validated with Content Validity Index of 0.87 (considered

adequate); Cronbach's Alpha 0.91 (very high agreement) and Kappa: 0.0281 (near zero indicates random agreement). The judges' suggestions were in relation to the graphic structure. Thus, the protocol was reorganized in order to accept the suggestions and facilitate visual interpretation. **Conclusion:** the validated protocol can be used to organize the work process and standardize the care of children with special health needs in home care.

Descriptors: Validation Study; Guideline; Child Health; Home Care Services; Nursing

Resumen

Objetivo: validar un protocolo de flujo para el cuidado y seguimiento de Niños con Necesidades Especiales de Salud en la Atención Domiciliaria. **Método:** investigación metodológica de validación. La recolección de datos fue *online*, en 2021, vía *Google Forms*. Participaron siete profesionales que actúan en los Servicios de Atención Domiciliar. Los datos fueron analizados por la estadística descriptiva con distribución de frecuencia y porcentaje. **Resultados:** protocolo fue validado con Índice de Validez de Contenido de 0,87 (considerado adecuado); Alfa de Cronbach 0,91 (concordancia muy alta) y Kappa: 0.0281 (cerca de cero indica concordancia al azar). Las sugerencias de los jueces fueron en relación con la estructura gráfica. Así, el protocolo fue reorganizado para acatar las sugerencias y facilitar la interpretación visual. **Conclusión:** el protocolo validado podrá ser utilizado para organizar el proceso de trabajo y estandarizar los cuidados a los Niños con Necesidades Especiales de Salud en la Atención Domiciliaria.

Descriptoros: Estudio de Validación; Guía; Salud Infantil; Servicios de Atención de Salud a Domicilio; Enfermería

Introdução

Em virtude dos avanços tecnológicos e científicos, especialmente na área da saúde, a taxa de mortalidade infantil teve um significativo decréscimo no Brasil, levando o país a uma transição epidemiológica. No período de 2011 a 2020, houve um declínio de 29,5% na taxa de mortalidade infantil e, conseqüentemente, aumento nos índices de sobrevivência, emergindo um grupo que demanda cuidados especiais dos serviços de saúde, denominado Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES), que pertencem ao vasto e heterogêneo grupo de doenças classificadas como condições crônicas.¹

As CRIANES são classificadas, de acordo com as suas necessidades, em seis grupos: o primeiro inclui aquelas com atraso de desenvolvimento, que necessitam de reabilitação psicomotora e social; na seqüência estão as crianças que necessitam de cuidados tecnológicos, ou seja, aquelas que fazem uso de dispositivos para sobreviver (gastrostomia, traqueostomia, cateter semi-implantado, colostomia, entre outros); no terceiro estão as que fazem uso contínuo de fármacos; no quarto, as crianças que

precisam de adaptações nas atividades rotineiras, por meio de tecnologias adaptativas para se locomoverem, alimentarem-se e se arrumarem; no quinto, as crianças que possuem uma ou mais demandas anteriores, excluindo-se a tecnológica; e o sexto grupo resume as demandas de cuidados clinicamente complexos, possuem todas as anteriores, inclusive o manejo de tecnologias para suporte à vida.²⁻³

As CRIANES demandam assistência contínua e de longa duração, devido às fragilidades físicas, de desenvolvimento, comportamentais e emocionais. Muitas fazem uso de insumos e equipamentos tecnológicos que auxiliam na manutenção da vida, condição que requer suporte constante da Rede de Atenção à Saúde (RAS).⁴

Considerando as demandas emergentes de cuidados complexos e contínuos da população que convive com doenças crônicas, a Atenção Domiciliar (AD) foi redefinida no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) sendo estabelecido normas para o cadastro dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) nos municípios, que passaram a assumir a responsabilidade, a gestão e o funcionamento das Equipes Multiprofissionais de AD.⁵

Assim, a AD passou a ser considerada uma modalidade de assistência à saúde integrada à RAS que objetiva ações de prevenção, tratamento e reabilitação de doenças, palição e promoção à saúde, prestadas em ambiente domiciliar. A AD está classificada em três modalidades: AD1, AD2 e AD3, organizadas conforme o perfil do usuário, a complexidade do cuidado que demandam e a necessidade de dispositivos ou procedimentos especiais.⁶

Na modalidade AD1 (baixa complexidade), enquadram-se usuários com estabilidade clínica, mas impossibilitados fisicamente de frequentar um serviço de saúde, os quais necessitam de cuidados de menor complexidade e frequência. A assistência a eles pode ser prestada por profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS).⁶

Os usuários elegíveis para o SAD são aqueles pertencentes às modalidades AD2 (média complexidade) e AD3 (alta complexidade), aqueles que necessitam de cuidados mais complexos e visitas domiciliares, no mínimo semanal, visando estabilizar o quadro clínico, reduzir ou evitar hospitalizações. Na modalidade AD3, os usuários fazem uso de equipamentos ou necessitam de procedimentos especiais.⁶

Nesse sentido, as equipes multiprofissionais têm potencial no cuidado às

CRIANES oferecendo atenção integral, contínua e humanizada, além de participarem do processo de desospitalização, o que implica em organizar o domicílio para receber a criança, providenciar materiais e equipamentos necessários e preparar os pais e cuidadores para o cuidado domiciliar, principalmente nos primeiros dias após alta, auxiliando-os ainda na adaptação à nova realidade.⁷⁻⁸

A busca na literatura revelou carência de estudos acerca dessas crianças e suas demandas, especialmente domiciliares. Resultado semelhante foi identificado nos Estados Unidos, em estudo que evidenciou serem incipientes as informações sobre os usuários pediátricos que utilizam o serviço de AD.⁹

Apesar de a AD estar organizada e regulamentada por Portarias, ainda são necessários ajustes, pois inexistem protocolos de fluxo que auxiliem as equipes no cuidado às CRIANES, em especial no processo de desospitalização.¹⁰ Dessa forma, considerando a complexidade do cuidado que envolve as CRIANES, pela sua condição crônica e a ausência de protocolos específicos para o cuidado delas, foi elaborado e validado no estado do Paraná (PR) um fluxograma organizativo para o cuidado e acompanhamento de CRIANES pertencentes à modalidade AD2, em virtude de ser o maior quantitativo da população que recebe cuidados domiciliares.⁷

O objetivo desse estudo foi validar um protocolo de fluxo para o cuidado e acompanhamento de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde na Atenção Domiciliar.

Método

Este estudo integra a pesquisa multicêntrica “Produção do cuidado e validação de protocolo de fluxo para serviços de Atenção Domiciliar às CRIANES”, desenvolvida nos estados do Rio Grande do Sul (RS), Santa Catarina (SC), PR, São Paulo (SP), Mato Grosso do Sul (MS), Paraíba (PB) e Maranhão (MA). Neste manuscrito, serão apresentados e discutidos os dados da validação do protocolo de fluxo do estado de SC.

Pesquisa metodológica, realizada em duas etapas: 1) desenvolvimento, produção e construção de ferramentas; 2) Validação de ferramentas por juízes.¹¹ Etapa 1: foi construído e validado o protocolo de fluxo de AD às CRIANES no PR,⁷ Brasil. Após os ajustes, advindos da validação, o protocolo foi disponibilizado para os pesquisadores do

RS, SC, SP, MS, PB, MA para que fosse validado em cada um destes Estados.

Etapa 2 - ocorreu a validação do Protocolo de Fluxo de Atenção Domiciliar às CRIANES em cada um dos Estados. Em SC foi validado por sete profissionais que atuam nos SADs implantados neste Estado. Para esse estudo, conforme literatura adotada, o número mínimo de profissionais (juizes) para a validação deveria ser cinco.¹¹

Foram convidados a participar os 11 SADs de SC com cadastro ativo no Ministério da Saúde e em pleno funcionamento. Estes estão localizados nas seguintes regiões: Oeste (2), Litoral (1), Nordeste (1), Norte (1), Vale do Itajaí (3), Planalto Serrano (1) e Sul (2). Todos os SADs que participaram da pesquisa contam com equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD), sendo que cinco serviços dispõem de Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) para o atendimento e acompanhamento domiciliar dos usuários.

O primeiro contato foi via telefone, com o coordenador de cada um, para explicar a pesquisa, objetivos, implicações para a prática assistencial e realizar o convite para sua participação na validação. Para os coordenadores que manifestaram impossibilidade de participar, solicitou-se indicação de outro profissional da equipe e, neste caso, realizou-se contato via telefone para falar sobre a pesquisa e convidá-lo a participar. Para a inclusão, o SAD deveria estar em pleno funcionamento, realizar o atendimento domiciliar às crianças e o profissional ser membro ativo do serviço. Participaram sete serviços, quatro foram excluídos, dois por não realizarem atendimento a crianças e dois por ausência de resposta, após três tentativas de contato. Após aceite, foi enviado um questionário, construído no *Google Forms*, contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e 31 questões com respostas dicotômicas (SIM ou NÃO). Para respostas NÃO, solicitou-se que o juiz expusesse os motivos e fizesse sugestões. A coleta de dados ocorreu entre setembro e outubro de 2021.

A concordância dos juizes foi verificada pelo Índice de Validade de Conteúdo (IVC),¹² pelo Alfa de Cronbach e pelo coeficiente de *Kappa*. Para o IVC, foi estabelecido concordância $>0,80$;¹¹ para o alfa de Cronbach, valores acima de 60%; e para o coeficiente *Kappa*, valores o mais próximo de 1, para ter boa concordância.

Pesquisa aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa parecer 3.477.776 de 31/07/2019. Foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos (Resoluções

466/2012 - 510/2016 - 580/2018, do Ministério da Saúde).

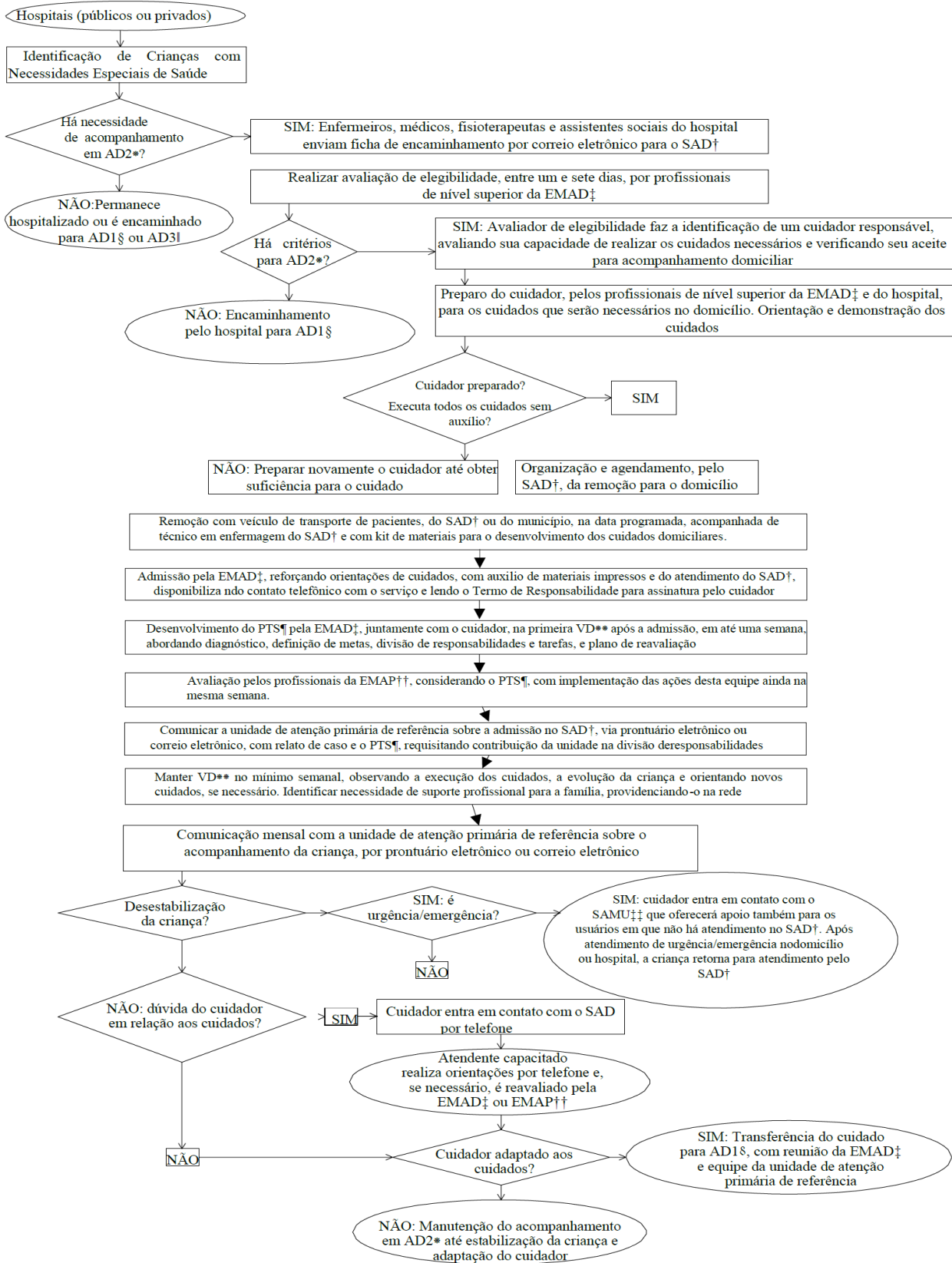
Resultados

Dos sete profissionais participantes, seis eram do sexo feminino. Destes, cinco enfermeiras, uma assistente social e um educador físico. Os juízes foram identificados com a seguinte legenda: J1, J2, J3, J4, J5, J6 e J7. Quanto à titulação, dois possuíam mestrado; um, doutorado e quatro eram especialistas em áreas distintas, Saúde da Família, Gestão de Unidades de Saúde do SUS, Terapia Intensiva e Emergência, Saúde Pública e Atenção Básica, Políticas Públicas, Planejamento em Projetos de Saúde e Gestão em Saúde.

Quanto ao tempo de atuação profissional, 6 (85%) atuavam há mais de 10 anos, 4 (57,1%) exerciam função assistencial e 3 (42,9%) coordenavam o SAD em seus municípios. Quanto ao tempo de atuação no SAD, 2 (28,5%) atuavam há menos de um ano, 1 (14,28%) entre um e dois anos, 3 (42,8%) três a quatro anos e 1(14,28%) entre cinco e seis anos.

O IVC foi de 0,87 (considerado adequado); o Alfa de Cronbach foi de 0,91 (acima de 0,9 é muito alta), demonstrando alto índice de aprovação e confiabilidade; e o coeficiente de Kappa foi de 0.0281 (próximo de zero indica concordância ao acaso).

Na Figura 1, é apresentado o fluxograma construído no PR⁷ e enviado aos juízes para validação no estado de SC.



* AD2 = Atenção Domiciliar 2, †SAD = Serviço de Atenção Domiciliar, ‡EMAD = Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar, §AD1 = Atenção Domiciliar 1, ‖AD3 = Atenção Domiciliar 3, ¶PTS = Plano Terapêutico Singular, **VD = Visita Domiciliar, †† EMAP = Equipe Multiprofissional de Apoio, ††SAMU = Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Figura 1 – Fluxograma de fluxo de cuidado. Cascavel, PR, Brasil, 2020.

A validação do Protocolo de Fluxo ocorreu em uma única rodada (Tabela 1).

Tabela 1 – Índice de Validade de Conteúdo entre os juízes. Chapecó, SC, Brasil, 2022 (n=7)

Itens do fluxograma	n (%)	
	Sim	Não
1. Hospitais (públicos e privados) - a entrada no fluxograma se dará a partir de uma dessas duas opções	5 (71,4)	2 (28,5)
2. Identificação de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde	7 (100)	-
3. Necessita de acompanhamento em AD2?	7 (100)	-
4. Não: Permanece hospitalizado ou é encaminhado para AD1 ou AD3	5 (71,4)	2 (28,5)
5. Sim: Enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e assistentes sociais do hospital enviam ficha de encaminhamento por correio eletrônico para o SAD	5 (71,4)	2 (28,5)
6. Realizar avaliação de elegibilidade, entre um e sete dias, por profissionais de nível superior da EMAD	6 (85,7)	1 (14,3)
7. Há critérios para AD2?	7 (100)	-
8. Não: Encaminhamento pelo hospital para AD1 (unidade de atenção primária)	6 (85,7)	1 (14,3)
9. SIM: Avaliador de elegibilidade faz a identificação de um cuidador responsável, avaliando sua capacidade de realizar os cuidados necessários e verificando seu aceite para acompanhamento domiciliar	6 (85,7)	1 (14,3)
10. Preparo do cuidador, pelos profissionais de nível superior da EMAD e do hospital, para os cuidados que serão necessários no domicílio. Orientação e demonstração dos cuidados	7 (100)	-
11. Cuidador preparado? Executa todos os cuidados sem auxílio?	7 (100)	-
12. Não: Preparar novamente o cuidador até obter suficiência para o cuidado	6 (85,7)	1 (14,3)
13. Sim: Organização e agendamento, pelo SAD, da remoção para o domicílio	6 (85,7)	1 (14,3)
14. Remoção com veículo de transporte de pacientes, do SAD ou do município, na data programada, acompanhada de técnico em enfermagem do SAD e com kit de materiais para o desenvolvimento dos cuidados domiciliares	5 (71,4)	2 (28,5)
15. Admissão pela EMAD, reforçando orientações de cuidados, com auxílio de materiais impressos e do atendimento do SAD, disponibilizando contato telefônico com o serviço e lendo o Termo de Responsabilidade para assinatura pelo cuidador	7 (100)	-
16. Desenvolvimento do PTS pela EMAD, juntamente com o cuidador, na primeira VD após a admissão, em até uma semana, abordando diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e tarefas, e plano de reavaliação	6 (85,7)	1 (14,3)
17. Avaliação pelos profissionais da EMAD, considerando o PTS, com implementação das ações desta equipe ainda na mesma semana	6 (85,7)	1 (14,3)
18. Comunicar a unidade de atenção primária de referência sobre a admissão no SAD, via prontuário eletrônico ou correio eletrônico, com relato de caso e o PTS, requisitando contribuição da unidade na divisão de responsabilidades	7 (100)	-
19. Manter VD no mínimo semanal, observando a execução dos cuidados, a evolução da criança e orientando novos cuidados, se necessário.	7 (100)	-

Identificar necessidade de suporte profissional para a família, providenciando-o na rede

20. Comunicação mensal com a unidade de atenção primária de referência sobre o acompanhamento da criança, por prontuário eletrônico ou correio eletrônico	7 (100)	-
21. Desestabilização da criança?	7 (100)	-
22. Sim: É urgência/emergência?	6 (85,7)	1 (14,3)
23. Sim: Cuidador entra em contato com o SAMU, que fornecerá apoio também para os horários em que não há atendimento no SAD. Após atendimento de urgência/emergência no domicílio ou hospital, a criança retorna para atendimento pelo SAD	6 (85,7)	1 (14,3)
24. Não: Cuidador entra em contato com o SAD, por telefone (relacionado ao item 21 "é urgência/ emergência?")	7 (100)	-
25. Atendente capacitado realiza orientações por telefone e, se necessário, é reavaliado pela EMAD ou EMAP	7 (100)	-
26. Não: Dúvidas do cuidador em relação aos cuidados (em relação ao item 20 "desestabilização da criança").	6 (85,7)	1 (14,3)
27. Sim: Apresenta dúvidas (em relação ao item 25 "dúvidas do cuidador em relação aos cuidados")	7 (100)	-
28. Não: Cuidador não apresenta dúvidas em relação aos cuidados	7 (100)	-
29. Cuidador adaptado aos cuidados?	7 (100)	-
30. Sim: Transferência dos cuidados para AD1, com reunião da EMAD e equipe da unidade de atenção primária de referência	6 (85,7)	1 (14,3)
31. Não: Manutenção do acompanhamento em AD2 até estabilização da criança e adaptação do cuidador	6 (85,7)	1 (14,3)

AD: Atenção Domiciliar; SAD: Serviço de Atenção Domiciliar; EMAD: Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar; PTS: Projeto Terapêutico Singular; VD: Visita Domiciliar; SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; EMAP: Equipe Multiprofissional de Apoio

Quanto à organização do fluxograma (item 1), cinco juízes concordaram que a entrada deveria ocorrer via hospitais públicos e privados, dois não concordaram e um sugeriu a inclusão da APS fazendo a seguinte colocação:

A APS também realiza encaminhamentos de crianças AD2 para o SAD. (J1)

Outro participante corroborou com a adição da APS como porta de entrada:

AD2 - também dá entrada via unidades de saúde [Atenção Básica e/ou secundária]. (J2)

Item 4: - NÃO: permanece hospitalizado ou é encaminhado para AD1 ou AD3 - cinco juízes concordaram e dois discordaram, sendo que destes, um sugeriu que AD3 fosse incluso juntamente à AD2 no seguimento do fluxo, justificando que:

AD3 também é de atuação do SAD, poderia entrar no mesmo fluxo de AD2? (J5)

Ademais, J1 sugeriu que a palavra "NÃO" estivesse fora do círculo gráfico.

Item 5 - foi questionado se os profissionais, enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e assistentes sociais, realizam encaminhamentos via correio eletrônico para o SAD. Dos sete,

dois responderam que não. J1 solicitou que a palavra “SIM” ficasse fora do retângulo na formatação do fluxograma, enquanto J2 sugeriu que esse encaminhamento poderia ser feito, também, via plataforma do Sistema Nacional de Regulação (SISREG).

Item 6 - realizar avaliação de elegibilidade, entre um e sete dias, por profissionais de nível superior da Equipe Multidisciplinar de AD - J2 referiu que deveria ser feita a avaliação para elegibilidade em até 48h após solicitação.

No fluxograma (item 8 do questionário), há a opção “NÃO: encaminhamento pelo hospital para AD1 (unidade de atenção primária)”, no caso de o paciente não possuir critérios para indicação de AD2. Nessa questão, os participantes concordaram, porém J1 sugeriu que a palavra “NÃO” fosse colocada fora do círculo. No item 9 - SIM: avaliador de elegibilidade faz a identificação de um cuidador responsável, avaliando sua capacidade de realizar os cuidados necessários e verificando seu aceite para acompanhamento domiciliar -, apenas J1 sugeriu que a palavra “SIM” estivesse fora do retângulo.

Item 12 - Não: preparar novamente o cuidador até obter suficiência para o cuidado - seis juízes concordaram e J1 sugeriu que a palavra NÃO fosse colocada fora do retângulo.

Item 13 - SIM: organização e agendamento, pelo SAD, da remoção para o domicílio - seis juízes concordaram, um discordou dizendo:

Remoção do paciente é responsabilidade dos hospitais. SAD assume no domicílio. (J2)

No item 14, a respeito do transporte dos pacientes, o fluxograma indica “remoção com veículo de transporte de pacientes, do SAD ou do município, na data programada, acompanhada de técnico em enfermagem e com *kit* de materiais para desenvolvimento dos cuidados domiciliares” e cinco juízes concordaram e dois discordaram:

Como a criança encontra-se clinicamente estável para ser desospitalizada, o transporte pode ser realizado pela família em carro próprio. Caso a família não tenha carro, realizar transporte com carro do município. (J1)

Remoção de criança hospitalizada é responsabilidade do hospital. (J2)

Item 16 - Desenvolvimento do Plano Terapêutico Singular (PTS) pela Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar, juntamente com o cuidador, na primeira VD após a admissão, em até uma semana, abordando diagnósticos, definições de metas, divisão de responsabilidades e tarefas e plano de reavaliação - seis juízes concordaram e um discordou sugerindo:

Desenvolvimento do PTS após avaliação da Equipe Multidisciplinar de

Atenção Domiciliar. (J2)

Essa colocação foi reafirmada por outro juiz, que concordou com o tópico, mas adicionou que:

O PTS é construído em conjunto com Equipe Multidisciplinar de AD, cuidador e Unidade Básica de Saúde de referência. (J7)

Item 17 - avaliação pelos profissionais da Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar, considerando o PTS com implementação das ações desta equipe ainda na mesma semana - seis concordaram com essa afirmativa, J2 sugeriu:

A Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar constrói junto o PTS. (J2).

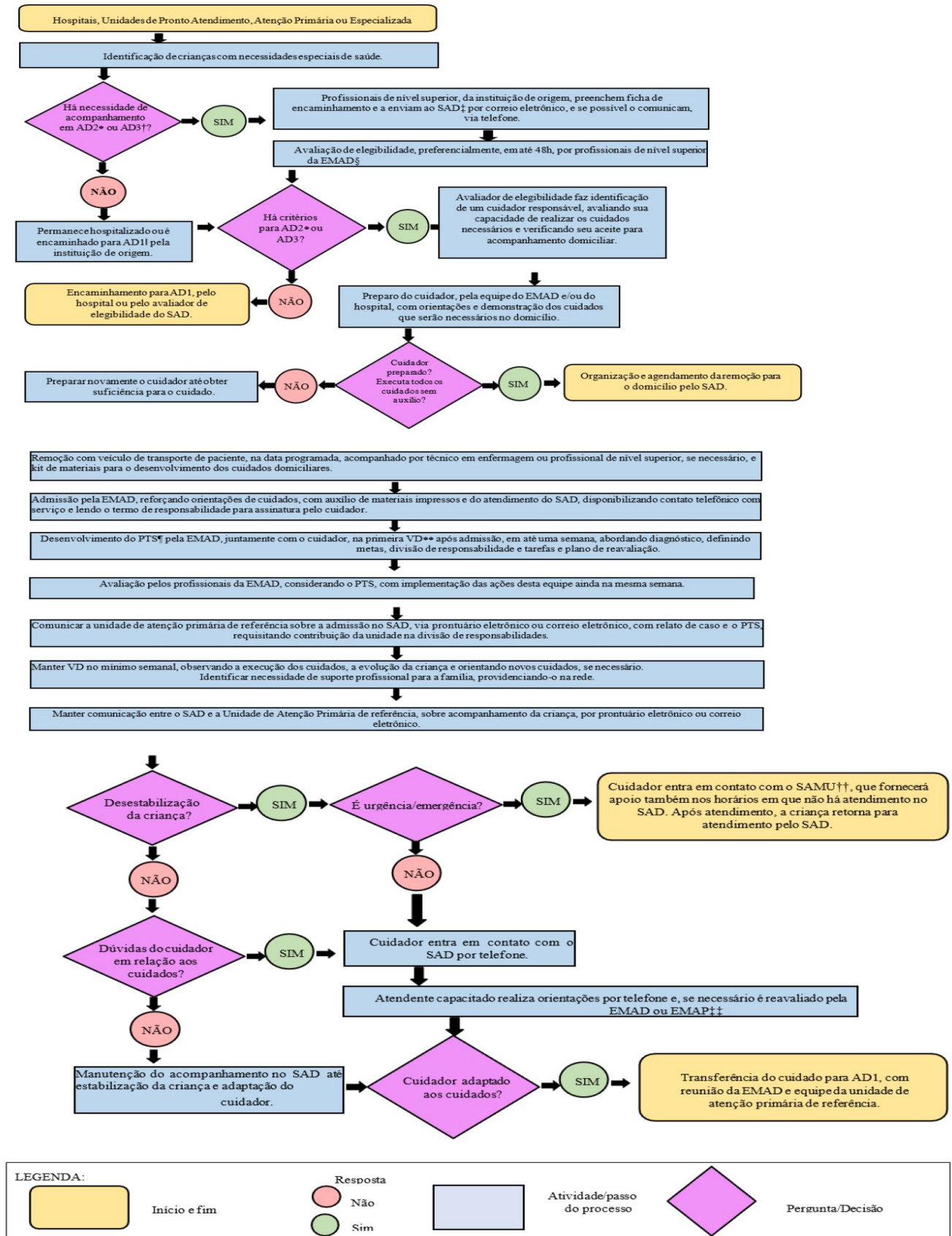
Item 22 - SIM: é urgência/emergência? - J1 sugeriu que a palavra SIM fosse colocada fora do losango ou retirada. No item 23 - SIM: cuidador entra em contato com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que fornecerá apoio também para os horários em que não há atendimento no SAD -, após atendimento de urgência/emergência no domicílio ou hospital, a criança retorna para atendimento pelo SAD. Apenas J1 discordou dessa afirmação e, novamente, sugeriu que a palavra SIM fosse colocada fora do círculo na apresentação gráfica do fluxograma.

No item 26, foi retomada a questão sobre desestabilização da criança, descrito no item 21. Em caso de resposta negativa, há a opção “NÃO: dúvidas do cuidador em relação aos cuidados”, para a qual apenas J1 sugeriu que a palavra NÃO fosse colocada fora do losango ou retirada. No item 30 - SIM: transferência do cuidado para AD1, com reunião da Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar e equipe da APS de referência -, dois juízes sugeriram alterações, J1 recomendou que a palavra SIM fosse colocada fora do círculo e J2 destacou:

Dependendo da situação a transferência é feita também via telefone e por correio eletrônico com resumo de alta. (J2)

Caso a resposta para “Cuidador adaptado aos cuidados?” (Item 31) fosse negativa, a sequência seria: NÃO: manutenção do acompanhamento em AD2 até estabilização da criança e adaptação do cuidador. Para esta, seis juízes concordaram, com exceção de J1, que sugeriu que a palavra NÃO estivesse fora do círculo.

A partir das sugestões dos juízes, referente ao conteúdo e à apresentação gráfica, incluindo cores sugeridas pelos juízes, o fluxograma foi reorganizado de forma a acatá-las (Figura 2).



* AD2 = Atenção Domiciliar 2, † AD3 = Atenção Domiciliar 3, ‡ SAD = Serviço de Atenção Domiciliar, § EMAD = Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar, ‖ AD1 = Atenção Domiciliar 1, PTS = Plano Terapêutico Singular, **VD = Visita Domiciliar, ††SAMU = Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, ‡‡ EMAP = Equipe Multiprofissional de Apoio

Figura 2 – Fluxograma de fluxo de cuidado. Chapecó, SC, Brasil, 2022

Discussão

Em relação à porta de entrada no SAD, foi sugerido pelos juízes que o encaminhamento de crianças que se encaixam nos critérios para elegibilidade de AD2 pudesse ocorrer, também pela APS, sugestão corroborada pela Portaria nº 2.436,¹³ que estabelece que a APS deve ser a porta de entrada e o agente comunicador da RAS, realizando a coordenação do cuidado, planejando ações e encaminhando para serviços disponibilizados na rede, ordenando fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações, em todos os pontos da RAS.¹⁴ Ademais, o fluxograma admite a entrada do serviço via Hospitais, Unidades de Pronto Atendimento, APS ou Assistência Especializada.

Quanto ao direcionamento da criança, após realizar a avaliação dos critérios de elegibilidade e classificação dentro das modalidades da assistência, houve a sugestão de inclusão de AD3 com o mesmo fluxo de AD2, sugestão consolidada na reorganização do fluxograma que permite ambas as modalidades, permitindo um fluxo convergente, caso a resposta seja afirmativa, apesar de AD3 demandar uma assistência mais especializada.

Na alta hospitalar, o encaminhamento para o SAD é realizado por correio eletrônico. Foi sugerido que fosse feito via SISREG, sistema disponível na *web*, criado com o objetivo de realizar a gestão e regulação do fluxo da APS à internação hospitalar. Possui dois módulos: ambulatorial e hospitalar, nos quais deve ser admitida a inserção da oferta pelos serviços, além da solicitação conforme a necessidade do paciente e, pelo mesmo sistema, há a devolutiva, confirmando o atendimento ao usuário. O SISREG objetiva uma organização efetiva e otimizada, controle do fluxo de acesso a diferentes pontos da RAS, possibilitando a oferta de serviços mais rápida e regulada por critérios clínicos.¹⁵

Considerando a admissão das crianças na AD, pode-se realizar uma análise comparativa entre a utilização do SISREG e o correio eletrônico. No SISREG, para realizar a solicitação de atendimento, é preciso lançar no sistema diversos critérios clínicos e dados do usuário, trazendo maior confiabilidade e praticidade ao processo, fornecendo à equipe mais informações para classificar o usuário e traçar um plano de cuidado eficaz.¹⁵ Apesar da vantagem favorável desse sistema, a comunicação via correio eletrônico é mais direta e instantânea e, dessa forma, percebe-se que o âmago da

questão não é o meio de comunicação, mas sim a qualidade das informações e dos dados disponibilizados à equipe que analisa os critérios de elegibilidade.

Com base nessas considerações, cabe dizer que quando o acesso é viabilizado, de forma abrangente, observam-se avanços nos resultados de saúde, especialmente quando se trata de populações vulneráveis, como é o caso das CRIANES. No entanto, o acesso à APS ainda é um desafio.¹⁶ Conseqüentemente, tem-se a redução nas ações de promoção à saúde e à prevenção de agravos, levando a resultados negativos, como aumento da mortalidade, manejo inadequado das doenças crônicas e atrasos na efetivação de cuidados.¹⁶

Quanto ao transporte do hospital para o domicílio, foi sugerido que poderia ser feito pela própria família e, haja vista a estabilidade da criança para receber alta hospitalar, também foi mencionado que o transporte, nesse caso, é de responsabilidade do hospital. Entretanto a portaria nº 825 determina que a responsabilidade de transporte e remoção do usuário é do SAD, em situações urgentes, emergentes ou eletivas indicadas pelo hospital.⁶

Para garantir a segurança do paciente no transporte, remoção e admissão pela equipe de AD, é necessário o acompanhamento de um profissional de saúde, além de veículo equipado com ponto de energia elétrica para adaptação de equipamento de aspiração, ventilador mecânico, fonte de oxigênio e equipamentos mínimos para assistência de intercorrências.¹⁷

Assegurar um transporte adequado e seguro é essencial, considerando a demanda, cada vez maior, de crianças em condições crônicas que dependem de ventilação mecânica no domicílio.¹⁷ Além de que, para garantir a segurança e a qualidade de vida de uma CRIANES, dependente de dispositivos tecnológicos, os cuidados devem iniciar no hospital, com o preparo da família para os cuidados domiciliares, deve se estender na transferência ao domicílio com segurança e se manter com o apoio de uma equipe de AD qualificada.¹⁸

Com relação ao protocolo de fluxo, reorganizado a partir da validação, cabe dizer que a representação gráfica com figuras geométricas e cores padronizadas qualifica a apresentação visual e facilita a compreensão pelos profissionais. Os fluxogramas são utilizados no intuito de organizar e estabelecer fluxos para a prática, coordenando

ações. As figuras geométricas representam instruções que podem ser executadas num período específico e com uma quantidade de esforço finita. Elas indicam passos que podem, ou não, ser repetidos e decisões ordenadas até que o processo termine.¹⁹

O fluxograma original utilizou a seguinte apresentação: o início era representado por uma figura oval, caracterizado por uma população com características definidas, sintomas e queixas, o desenho oval pode também ser definido como quadro clínico. O losango representava as decisões clínicas, seguidas por duas possibilidades de escolha: sim ou não (pontos dicotômicos). São obrigatórios e decidem os próximos passos, são os pontos de decisão. A figura oval é usada como saída, ou seja, encerramento, já que não há setas que partem dela. Os retângulos representam etapas específicas do processo de atendimento nos quais as intervenções diagnósticas ou terapêuticas devem ser realizadas. As figuras geométricas são conectadas por setas, sendo que uma única flecha deixa um oval ou entra num hexágono ou retângulo e duas setas deixam um hexágono, pois é ponto de decisão que admite duas possibilidades de resposta, quando para a direita indicam a resposta SIM, e para baixo indicam a resposta NÃO.^{7,20}

Considerando que as sugestões de reformulação de conteúdo, foram poucas e houve discordância, basicamente, em relação à estrutura gráfica do fluxograma e, no intuito facilitar a interpretação e adequá-lo às necessidades dos profissionais, buscou-se na literatura, referências para adaptá-lo. Assim, foram retiradas as palavras SIM ou NÃO das formas geométricas, pois são perguntas de direcionamento de fluxo, que não fazem parte do processo em si,¹⁹ o que vai ao encontro das sugestões dos juízes.

Nos cadernos de AD do Ministério da Saúde, existem protocolos organizacionais relacionados a transporte, biossegurança, descarte de resíduos, procedimentos usuais, situações especiais como violência, entre outras. Entretanto, estudos^{2,20} concluíram não haver no Brasil um fluxograma para atendimento de CRIANES, mesmo que o atendimento a esse público seja realidade majoritária dos serviços e demande cuidados complexos.

Acredita-se que esse protocolo auxiliará na organização do acompanhamento dessas crianças, instrumentalizando os profissionais na tomada de decisões gerenciais e assistenciais²⁰ e, conseqüentemente, trará benefícios para familiares, pais, cuidadores,²¹ minimizando com isso problemas evidenciados em estudo que retrata as dificuldades de famílias de CRIANES em dar sequência ao tratamento após a alta hospitalar, uma vez

que estas peregrinam à procura de “acesso e resolutividade dos serviços de saúde, devido a inúmeras falhas de organização e estrutura”.^{22:15}

Ao desenvolver e validar esse protocolo, corrobora-se estudo²³ que indica implicações benéficas, tanto para as crianças quanto para os profissionais de saúde, quando utilizada essa tecnologia, dentre as quais estão: qualificação dos profissionais, tomada de decisão mais assertiva, segurança assistencial, redução da variabilidade de ações de cuidado, facilidade de incorporar novas tecnologias e inovar o cuidado, uso racional de recursos disponíveis e controle de gastos. Além disso, a organização das ações de cuidado entre profissionais de saúde e as famílias é fundamental para manter a saúde das CRIANES e evitar ações fragmentadas e/ou duplicadas.²⁴

As limitações desse estudo estão relacionadas ao fato de a validação do protocolo ter sido realizada apenas por profissionais que atuam em sete SADs de SC e de que não houve avaliação da perspectiva dos usuários e cuidadores mediante a aplicabilidade do protocolo de fluxo de cuidados proposto. Incentivam-se, portanto, pesquisas que avaliem sua aplicabilidade após a implementação na rotina do serviço de saúde e das famílias que convivem com CRIANES.

Como contribuições para a área da enfermagem, acredita-se que o protocolo de fluxo para o cuidado e acompanhamento de CRIANES validado poderá subsidiar a tomada de decisão e orientar a conduta dos profissionais que atuam na AD, hospitalar e APS e, ao mesmo tempo, qualificar o acompanhamento destas, pois padroniza condutas pautadas em políticas de saúde, buscando aproximar-se cada vez mais de um cuidado integral e eficiente. O fluxograma também auxiliará as equipes no encaminhamento das CRIANES para o SAD, com a avaliação de elegibilidade conforme os critérios de admissão, proporcionando uma desospitalização mais segura e direcionada para cuidados de que a criança necessita, além de garantir a capacitação dos cuidadores que serão responsáveis pela realização dos cuidados domiciliares.

Conclusão

O protocolo de fluxo para o cuidado e acompanhamento de CRIANES na atenção domiciliar foi validado com profissionais que atuam nesse âmbito de atenção à saúde e com conhecimento no atendimento às crianças. A partir da validação de seu conteúdo e

ajustes pautados nas recomendações dos juízes, o protocolo poderá ser utilizado para padronização das práticas da equipe de saúde às CRIANES na atenção domiciliar.

Compreende-se que protocolos de fluxo organizam o processo de trabalho dos profissionais de saúde e garantem maior eficácia assistencial aos usuários, e o processo de validação possibilita a ele maior confiabilidade para a sua utilização.

Referências

- 1 Neves ET, Okido ACC, Buboltz FL, Santos RP, Lima RAG. Accessibility of children with special health needs to the health care network. *Rev Bras Enferm.* 2019; 72(Suppl 3):65-71. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0899>
- 2 Bezerra AM, Akra KMAE, Oliveira RMB, Marques FRB, Neves ET, Toso BRG, et al. Children and adolescents with special health needs: care in home care services. *Esc Anna Nery.* 2023;27:e20220160. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0160en>
- 3 Silveira A, Neves ET. Daily care of adolescents with special health care needs. *Acta Paul Enferm.* 2019;22(3):327-33. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900045>.
- 4 Rajão FL, Martins M. Home Care in Brazil: an exploratory study on the construction process and service use in the Brazilian Health System. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2020;25(5):1863-77. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34692019>
- 5 Brasil. Ministério da saúde (BR). Portaria nº 2.527 de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011. [acesso em 2023 mar. 10]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html.
- 6 Brasil. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2016. [acesso em 2023 mar. 10]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html.
- 7 Rossetto V, Toso BRGO, Rodrigues RM, Viera CS, Neves ET. Development care for children with special health needs in home care at Paraná – Brazil. *Esc Anna Nery.* 2019;23(1):e20180067. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0067>
- 8 Tres DA, Martini RG, Toso BRGO, Zanatta EA. Characterization of home care services and care for children with special healthcare needs. *Rev Esc Enferm USP.* 2022;56:e20220032. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0032en>
- 9 Sobotka SA, Hall DE, Thurm C, Gay J, Berry JG. Home health care utilization in children with Medicaid. *Pediatrics.* 2022;149(2):e2021050534. doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2021-050534>
- 10 Oliveira RMB, Marcheti MA, Toso BRGO, Neves ET, Barbosa APD, Marques FRB, et al. Home Care Service: for children with special health needs and their families. *Res Soc Des.* 2022; 11(15):e424111537423. doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i15.37423>
- 11 Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2018.
- 12 Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação

de instrumentos de medidas. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2011;16(7):3061-8. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>

13 Brasil. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2017. [acesso em 2023 ago. 15]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

14 Nascimento LC, Viegas, SMVF, Menezes C, Roquini GR, Santos TR. O SUS na vida dos brasileiros: assistência, acessibilidade e equidade no cotidiano de usuários da Atenção Primária à Saúde. *Physis*. 2020;30(3):e300330. doi: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312020300330>

15 Silva MFM, Nunes MC. Dilemas na regulação do acesso à atenção especializada de crianças com condições crônicas complexas de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2021;26(6). doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.11992019>

16 Breton M, Lamoureux-Lamarche C, Deslauriers V, Laberge M, Arsenault J, Gaboury I, et al. Evaluation of the implementation of single points of access for unattached patients in primary care and their effects: a study protocol. *BMJ Open*. 2023;13:e070956. doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2022-070956>

17 Ulisses LO, Bispo TA, Caldas AB, Camargo CL, Oliveira MM, Silva EA, et al. Nursing actions for the dehospitalization of children under mechanical ventilation. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE000785. doi: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO000785>

18 Estrem B, Wall J, Paitich L, Maynard R. The ventilator-dependent child: what every home care nurse needs to know. *Home Healthc Now*. 2020;38(2):p 66-74. doi: <http://10.1097/NHH.0000000000000853>

19 Aquino MST, Souza PH, Dutra FCS, Vasconcelos PF. Implementation of a Health care Workflow in a Psychosocial Care Center. *Rer Bras Prom Saúde*. 2017; 30 (2): 288-293. doi: <https://doi.org/10.5020/18061230.2017.p288>

20 Rossetto V, Toso BRGO, Rodrigues RM. Organizational flow chart of home care for children with special health care needs. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(Suppl 4):e20190310. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0310>

21 Lima PMVM, Fernandes LTB, Santos MM, Collet N, Toso BRGO, Vaz EMC. Professional care in home for children and teenagers with special health needs: an integrative review. *Aquichan*. 2022;22(1):e2215. doi: <https://doi.org/10.5294/aqui.2022.22.1.5>

22 Lima H, Oliveira D, Bertoldo C, Neves ET. (De)constitution of the healthcare network of children/adolescents with special health care needs. *Rev Enferm UFSM*. 2021;11:e40. doi: <https://doi.org/10.5902/2179769248104>

23 Abi AXCF, Cruz EDA, Pontes L, Santos T, Felix JVC. The Healthcare Failure Mode and Effect Analysis as a tool to evaluate care protocols. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(3):e20210153. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0153>

24 Ufer LG, Moore JA, Hawkins K, Gembel G, Entwistle DN, Hoffman D. Care Coordination: Empowering Families, a Promising Practice to Facilitate Medical Home Use Among Children and Youth with Special Health Care Needs. *Maternal and Child Health Journal*. 2018; 22:648-659. doi: <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2477-2>

Fomento / Agradecimento: À Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC), edital de chamada pública FAPESC N° 027/2020 apoio à infraestrutura para grupos de pesquisa da UDESC

Contribuições de autoria

1 – Camila Uberti

Acadêmica de Enfermagem - camilauberti0@gmail.com

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito, revisão e aprovação da versão final

2 – Eduarda Da Silveira Castro

Acadêmica de Enfermagem - eduarda.castro@edu.udesc.br

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito, revisão e aprovação da versão final

3 – Diana Augusta Tres

Enfermeira. Mestre em Enfermagem - dianaa.tres@gmail.com

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito, revisão e aprovação da versão final

4 – Edlamar Kátia Adamy

Enfermeira. Doutora em Ciências - edlamar.adamy@udesc.br

revisão e aprovação da versão final

5 – Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso

Enfermeira. Doutora em Ciências - lb.toso@gmail.com

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito, revisão e aprovação da versão final

6 – Elisangela Argenta Zanatta

Autor Correspondente

Enfermeira. Doutora em Enfermagem - elisangela.zanatta@udesc.br

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito, revisão e aprovação da versão final

Editora Científica Chefe: Cristiane Cardoso de Paula

Editora Associada: Rosane Cordeiro Burla de Aguiar

Como citar este artigo

Uberti C, Castro ES, Tres DA, Adamy EK, Toso BRGO, Zanatta EA. Validation of flow protocol for the care of children with special health needs. Rev. Enferm. UFSM. 2023 [Access at: Year Month Day]; vol.13, e30:1-19. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769284126>