

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - CAMPUS DE CASCAVEL  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM BIOCÊNCIAS E  
SAÚDE – NÍVEL MESTRADO

**VANESSA ROSSETTO**

**PROTOCOLO DE FLUXO DE CUIDADO DOMICILIAR PARA A CRIANÇA  
COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE NO PARANÁ**

CASCAVEL-PR  
(dezembro/2017)

**VANESSA ROSSETTO**

**PROTOCOLO DE FLUXO DE CUIDADO DOMICILIAR PARA A CRIANÇA  
COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE NO PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Programa De Pós-Graduação Stricto Sensu em Biociências e Saúde – Nível Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Biociências e Saúde.

Área de concentração: Práticas e Políticas de Saúde

ORIENTADOR: Profa. Dra. Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso

CO-ORIENTADOR: Profa. Dra. Rosa Maria Rodrigues

CASCADEL-PR  
(dezembro/2017)

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)  
(Sistema de Bibliotecas – UNIOESTE)

R74p Rossetto, Vanessa.  
Protocolo de fluxo de cuidado domiciliar para a criança com  
necessidades especiais de saúde no Paraná / Vanessa Rossetto. ---  
Cascavel (PR), 2017.  
112 f.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso  
Co-orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosa Maria Rodrigues.  
Dissertação (Mestrado em Biociências e Saúde) – Universidade  
Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Cascavel, 2017, Centro  
de Ciências Biológicas e da Saúde, Programa de Pós-Graduação em  
Biociências e Saúde.  
Inclui bibliografia

1. Enfermagem domiciliar. 2. Doentes crônicos. 3. Crianças –  
Assistência Hospitalar. I. Toso, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira. II.  
Rodrigues, Rosa Maria. III. Universidade Estadual do Oeste do Paraná.  
IV. Título.

CDD 20.ed. 610.73



**unioeste**

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Campus de Cascavel CNPJ 78690337/0002-65  
Rua Universitária, 2069 - Jardim Universitário - Cx. P. 000711 - CEP 85819-110  
Fone:(45) 3220-3000 - Fax:(45) 3324-4566 - Cascavel - Paraná



## VANESSA ROSSETTO

Protocolo de fluxo de cuidado domiciliar para a criança com necessidades especiais de saúde no Paraná

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde em cumprimento parcial aos requisitos para obtenção do título de Mestre em Biociências e Saúde, área de concentração Biologia, Processo Saúde-doença e Políticas de Saúde, linha de pesquisa Práticas e Políticas de Saúde, APROVADO(A) pela seguinte banca examinadora:

Orientador(a) - Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso

Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Cascavel (UNIOESTE)

Claudia Silveira Viera

Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Cascavel (UNIOESTE)

Ellane Tatschi Neves

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

Cascavel, 20 de dezembro de 2017

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que me permitiu sonhar e realizar este sonho. Minha fé me encorajou e me fez chegar mais longe do que poderia inicialmente imaginar. À minha querida família, pelo incentivo e pelas orações, em especial aos meus pais, Alva e Antônio, que apesar de não terem tido a mesma oportunidade sentem-se um pouco realizados ao acompanhar minhas conquistas. Ao meu amado noivo, Adriano, que não mede esforços para tornar a minha caminhada mais leve, e que sonha junto e sobe comigo degrau a degrau para a realização de cada sonho. Suas habilidades com desenho foram fundamentais na montagem do fluxograma.

Agradeço também, imensamente à minha orientadora Profa. Dra. Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso que depositou sua confiança em mim e acreditou no que era apenas uma ideia, me apoiando em todos os momentos e com sua calma, generosidade e conhecimento me conduziu pelos melhores caminhos e assim me fez crescer como pesquisadora. À minha coorientadora Profa. Dra. Rosa Maria Rodrigues, que me ensinou muito sobre a docência e que abraçou nossa proposta e contribuiu de forma valiosa no desenvolvimento deste trabalho. Às professoras integrantes da banca examinadora, Profa. Dra. Cláudia Silveira Viera e Profa. Dra. Eliane Tatsch Neves, agradeço pela disponibilidade e pelas imensas contribuições com suas referências e na qualificação deste trabalho. A todos os professores que participaram da minha trajetória no mestrado e à Universidade Estadual do Oeste do Paraná, de que tanto me orgulho, que me acolheu desde a graduação e agora me possibilita mais essa realização.

Gratidão aos serviços da Atenção Domiciliar de cada município envolvido, e a todos os profissionais que se disponibilizaram a participar do estudo, especialmente aos meus colegas do Programa de Assistência e Internação Domiciliar, que me mostram todos os dias que o amor é o melhor instrumento para qualificar a assistência à saúde. Obrigada a todos que, mesmo não estando citados aqui, tanto contribuíram para realização desse sonho.

ROSSETTO, V. Protocolo de fluxo de cuidado domiciliar para a criança com necessidades especiais de saúde no Paraná. 2017. 105f. Dissertação (mestrado em Biociências e Saúde) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, Cascavel, PR, 2017.

## RESUMO GERAL

**Introdução:** Os avanços tecnológicos e a qualificação dos profissionais de saúde, nas últimas décadas, refletiram na transição epidemiológica da infância, com diminuição da mortalidade infantil. Em contraponto, houve crescimento das condições crônicas na infância, evidenciando-se Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES). Estas demandam cuidados diferenciados, que variam entre reabilitação psicomotora e social, dispositivos e tecnologias, fármacos e cuidados diferenciados - para alimentar-se, higienizar-se e vestir-se. Frente a este cenário, emerge a necessidade de mudanças na atenção à saúde e, neste contexto, a Atenção Domiciliar (AD) pode ser considerada uma das respostas do sistema para atender às demandas presentes nas condições crônicas. **Objetivos:** Conhecer e descrever o cuidado prestado às CRIANES nos serviços paranaenses de AD e propor protocolo de fluxo de cuidado domiciliar, específico para estas crianças. **Metodologia:** Pesquisa quantitativa, do tipo estudo de casos múltiplos, descritiva e exploratória. A coleta de dados foi realizada por meio de aplicação de instrumento desenvolvido para a pesquisa, aos profissionais de todos os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) do Paraná, por telefone e correio eletrônico, no período de outubro de 2016 a janeiro de 2017. A análise dos dados foi estatística descritiva. Em um segundo momento, foi elaborado um protocolo de fluxo de cuidados específico às CRIANES na AD, orientando-se por meio da metodologia de análise da realidade *Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats* (SWOT), a partir do diagnóstico dos serviços. **Resultados:** O estado do Paraná tem serviços de AD credenciados em oito municípios. Dentre as crianças atendidas por esses, 25,7% delas tem paralisia cerebral e 60% são traqueostomizadas. Entre as práticas dos serviços observou-se que 25% deles utilizam projeto terapêutico, no entanto 75% comunicam-se de modo inconstante com a atenção primária. Destacou-se como pontos importantes para o cuidado às crianças na AD2: alta hospitalar programada, encaminhamento organizado para o serviço de atenção domiciliar, avaliação de elegibilidade efetiva, preparo adequado do cuidador, transporte sanitário organizado, roteiro sistematizado para admissão, projeto terapêutico singular, cuidado compartilhado com a atenção primária, acompanhamento sistematizado, orientação via telefone organizada, prontuário eletrônico e interligado, e fluxo específico na rede de urgência e emergência. As fragilidades encontradas relacionam-se principalmente à baixa utilização do projeto terapêutico e da contrarreferência à atenção primária. O método empregado permitiu avaliar criteriosamente cada ponto envolvido e assim, desenvolver um plano de ação e fluxograma que neutralize as fraquezas e ameças e potencialize as forças e oportunidades. **Conclusões:** Muitas práticas de sucesso são desenvolvidas, porém isoladamente nos municípios. Dessa forma, divulgando as experiências positivas, este estudo fomenta reflexão e aprimoramento do processo de trabalho e o desenvolvimento do protocolo oferece subsídios para dar robustez ao atendimento de crianças com necessidades especiais de saúde na atenção domiciliar.

**Palavras-chave:** Saúde da Criança; Doença Crônica; Avaliação em Enfermagem; Protocolos; Pacientes Domiciliares.

ROSSETTO, V. Protocol of home care flow for children with special health needs in Paraná. 2017. 105f. Dissertation (master's degree in biosciences and health) - State University of Western Paraná – UNIOESTE, Cascavel, PR, 2017.

## GENERAL ABSTRACT

Introduction: Technological advances and the qualification of health professionals in the last decades have reflected in the epidemiological transition of childhood, with a reduction in infant mortality. In contrast, there was an increase in chronic conditions in childhood, evidencing Children with Special Health Needs - CRIANES. These require differentiated care, ranging from psychomotor and social rehabilitation, devices and technologies, drugs and differentiated care - to feed, sanitize and dress. Given this scenario, the need for changes in health care emerges and, in this context, Home Care (HC) can be considered as one of the responses of the system to meet the demands present in the chronic conditions. Objectives: To know and describe the care provided to the CRIANES in the services of Paraná State and to propose a protocol of home care flow, specific for these children. Methodology: Quantitative, case-study, descriptive and exploratory research. Data collection was performed through the application of an instrument developed for the research, to the professionals of all the Home Care Services - SAD of Paraná, by telephone and electronic mail, from October 2016 to January 2017. The data analysis was descriptive statistics. Secondly, a specific care flow protocol was developed for the CRIANES in the SAD, being guided by the methodology of reality analysis Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats (SWOT), from the diagnosis of the services. All the ethical precepts for human research were followed and the study was approved by an ethics committee in research. Results: The state of Paraná has accredited SAD in eight municipalities. Among the children attended by these, 25.7% of them have cerebral palsy and 60% are tracheostomized. Among the practices of the services it was observed that 25% of them use a therapeutic project, however 75% communicate inconstantly with primary care. It was highlighted as important points for the care of children in SAD2: scheduled hospital discharge, organized referral to the home care service, evaluation of effective eligibility, adequate preparation of the caregiver, organized sanitary transportation, systematic itinerary for admission, unique therapeutic project, shared care with primary care, systematized follow-up, organized telephone counseling, electronic and interconnected medical records, and specific flow in the emergency and emergency network. The weaknesses are mainly related to the low use of the therapeutic project and the counter reference to primary care. The method employed allowed a careful evaluation of each point involved and thus develop an action plan and flow chart that neutralizes weaknesses and threats and potentiates strengths and opportunities. Conclusions: Many successful practices are developed, but isolated in the municipalities. Thus, disseminating the positive experiences, this study fosters reflection and improvement of the work process and the development of the protocol offers subsidies to give robustness to the care of children with special health needs in home care.

**Keywords:** Child Health; Chronic disease; Nursing evaluation; Protocols; Homebound persons.





## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO GERAL.....	7
OBJETIVOS.....	10
Objetivo Geral .....	10
Objetivos Específicos .....	10
REVISÃO GERAL DE LITERATURA.....	11
Atenção à Saúde da Criança.....	11
Crianças com Necessidades Especiais de Saúde .....	13
Atenção Domiciliar na Rede de Cuidados .....	17
Tecnologias de Cuidados: Protocolos de Fluxos.....	21
METODOLOGIA .....	24
RESULTADOS.....	33
Artigo 1: Diagnóstico do cuidado a crianças com necessidades especiais de saúde nos serviços de atenção domiciliar no paraná .....	34
Artigo 2: Protocolo de organização de fluxo na atenção domiciliar às crianças com necessidade especiais de saúde .....	60
CONCLUSÕES GERAIS .....	76
REFERÊNCIAS .....	77
APÊNDICE I – Instrumento de Coleta de Dados .....	82
ANEXO I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	87
ANEXO II – Parecer Consubstanciado do CEP .....	88
ANEXO III – Normas das Revistas Científicas.....	93

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa do estado do Paraná com os SAD habilitados. 2017.....	27
---	----

## LISTA DE ABREVIATURAS

AB: Atenção Básica

AD: Atenção Domiciliar

CRIANES: Crianças com Necessidades Especiais de Saúde

CSHCN: *Children with Special Health Care Needs*

CCC: Crianças com Condições Complexas

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

EMAD: Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar

EMAP: Equipes Multiprofissionais de Apoio

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MI: Mortalidade Infantil

PNAISC: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

RAS: Redes de Atenção à Saúde

SAD: Serviços de Atenção Domiciliar

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS: Unidade Básica de Saúde

VD: Visita Domiciliar

## INTRODUÇÃO GERAL

A atenção à saúde da criança no Brasil alcançou muitos avanços ao longo da história, com fortes marcadores de qualidade, como a redução da mortalidade infantil e a diminuição da incidência de doenças infecciosas. No entanto, com o aumento dos índices de sobrevivência das crianças, proporcionado pelo avanço tecnológico e pela qualificação dos profissionais de saúde, emergiu um grupo que demanda atenção especial dos serviços de saúde, as Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES) (CABRAL; MORAES, 2015; MCPHERSON, et al., 1998).

As crianças com doença crônica ou incapacitante inserem-se na classificação como CRIANES, por serem clinicamente frágeis e demandarem cuidados contínuos de saúde (ZAMBERLAN, et al. 2014).

As condições crônicas correlacionam-se intimamente com o aumento das despesas nos tratamentos pediátricos, bem como com doenças graves, hospitalizações e óbitos nos Estados Unidos (KLIEGMAN, et al. 2017). Lá as CRIANES representam 19,3 % de toda a população infantil (INGERSKI, 2010), entre as quais estão as que apresentam doença crônica. Naquela realidade as doenças crônicas são responsáveis por 42% dos custos em saúde para a população infantil (FERRO; BOYLE, 2015).

No Brasil, 9,1% de crianças de até cinco anos apresentam doenças crônicas, assim como 9,7% dos escolares de seis a 13 anos e 11% dos adolescentes de 14 a 19 anos do total geral da população (IBGE, 2010). No Rio de Janeiro, entre 1997 e 2001, as CRIANES representavam 74,2% dos egressos da terapia intensiva neonatal e 6,3% da terapia intensiva pediátrica (CABRAL et al., 2004), e em Santa Maria (Rio Grande do Sul), no ano de 2005, constituíam 58,5% das crianças em acompanhamento ambulatorial de um hospital-escola (NEVES; CABRAL; SILVEIRA, 2013).

De acordo com Kliegman et al. (2017), crianças com doenças crônicas são hospitalizadas, em média, quatro vezes mais e com tempo de permanência sete vezes maior que as crianças sem uma doença crônica.

Para atender às necessidades especiais presentes nas condições crônicas, Oliveira Neto e Dias (2014) estabelecem a atenção integral, continuada e humanizada como principal estratégia. E a Atenção Domiciliar (AD), por suas características, possui grande potencialidade no cuidado aos portadores de doenças crônicas, que demandam atenção longitudinal por equipe multiprofissional. Apesar de a AD não ser específica para atenção às CRIANES, pode ser aplicada também a este grupo.

De acordo com a portaria nº 825 de 2016, os objetivos da AD consistem na redução da demanda pela assistência hospitalar, redução da permanência de usuários nas instituições hospitalares, humanização da assistência com a promoção da autonomia dos usuários, desinstitucionalização e otimização dos recursos das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2016a). No entanto, apesar desta portaria organizar algumas premissas para o atendimento em AD, ainda não foram construídos protocolos de fluxos específicos para atenção à criança nos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), sendo esta uma lacuna na produção do conhecimento que se pretende preencher com este estudo, contribuindo para a prática em saúde.

A AD é organizada em três modalidades, chamadas de AD1, AD2 e AD3. Na AD1, os usuários serão assistidos pelas equipes de Atenção Básica (AB), com acompanhamento no domicílio de acordo com suas necessidades. Na AD2 e AD3, o atendimento se dará pelo SAD e a modalidade da assistência em AD será definida a partir das necessidades de cuidado do usuário, da demanda de periodicidade das visitas, da intensidade do cuidado multiprofissional e do uso de equipamentos (BRASIL, 2016a).

A modalidade de assistência está diretamente relacionada a sobrevida dos indivíduos em situação crítica e a queda na taxa de mortalidade por estas situações, decorrentes dos avanços nas abordagens terapêuticas para estes pacientes e do progressivo crescimento da compreensão do comportamento fisiopatológico de

pacientes críticos. Porém, estes pacientes que sobrevivem às situações críticas, frequentemente desenvolvem incapacidades permanentes e experimentam sofrimento intenso, que pode afetar toda a família e modificar suas atividades de vida (LOSS, et al., 2017).

Soma-se a isso, de acordo com Oliveira Neto e Dias (2014), a transição demográfica e epidemiológica acelerada, pelas quais o Brasil tem passado, que implicam na necessidade de mudanças na forma de atenção à saúde e neste contexto, a AD pode ser considerada uma das respostas para atender às demandas presentes nas condições crônicas.

Nesse sentido, a AD vem destacando-se como estratégia de acompanhamento e desospitalização de usuários em condição crônica, inclusive de crianças. A equipe de AD apoia as CRIANES e suas famílias, especialmente no processo de desenvolvimento de sua autonomia no sistema de saúde (ZAMBERLAN et al., 2014).

Assim sendo, a AD consiste na modalidade de atenção à saúde que fará o acompanhamento das CRIANES e que elas, devido à condição crônica e o crescimento da expectativa de vida, serão por muitos anos demanda dos serviços de saúde, portanto, as ações desenvolvidas na AD deverão buscar atendê-las de forma que se evitem agudizações e hospitalizações. Desta forma, este estudo justifica-se pela necessidade de identificar e caracterizar as CRIANES atendidas nos serviços de atenção domiciliar paranaenses, a fim de subsidiar informações para o desenvolvimento de estratégias específicas para o acompanhamento destas crianças na AD, promovendo uma AD integral e eficiente.

Nesse contexto, questiona-se se existem estratégias específicas para o atendimento de CRIANES, nos serviços paranaenses de atenção domiciliar. Parte-se da hipótese de pesquisa de que a organização do cuidado, específico às crianças com necessidades especiais de saúde, ainda não está claramente definida e/ou implantada nos serviços existentes, com fluxos de cuidado ausentes nos serviços paranaenses.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

Descrever o cuidado prestado às crianças com necessidades especiais de saúde nos serviços paranaenses de atenção domiciliar e propor protocolo de fluxo de cuidado a essas crianças na AD.

### **Objetivos Específicos**

- Identificar e descrever os serviços de atenção domiciliar existentes no estado do Paraná.
- Conhecer as necessidades especiais de saúde em crianças atendidas pelos serviços paranaenses de atenção domiciliar.
- Elaborar protocolo de fluxo de cuidado específico para o acompanhamento de crianças com necessidades especiais de saúde na atenção domiciliar, no grupo classificado como AD2.



## REVISÃO GERAL DE LITERATURA

### Atenção à Saúde da Criança

A atenção à saúde da criança, no Brasil, vem sofrendo transformações ao longo dos anos e traz consigo as influências de cada período histórico. Principalmente, ao longo dos séculos XX e XXI, muitos foram os avanços em relação às políticas públicas de saúde da criança.

De acordo com Araújo et al. (2014), a partir de 1919 o adoecimento infantil passou a ser visto com maior destaque pelas entidades públicas e privadas, devido sua relação com o absenteísmo das mães trabalhadoras das indústrias. Neste contexto, com o objetivo de promover a saúde infantil iniciava-se a organização de políticas públicas específicas para saúde da criança, as quais visavam diminuir os índices de adoecimento, basicamente através do incentivo ao aleitamento materno.

Mais tarde houve a criação de departamentos próprios, como a Coordenação de Proteção Materno-Infantil, porém os índices de Mortalidade Infantil (MI) eram altos e as estratégias, nestas propostas eram basicamente curativas. Com a implantação do Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, em 1970, a abordagem passou a ter caráter preventivo e seu propósito consistia na diminuição dos índices de morbimortalidade materno-infantil (BRASIL, 2011a).

Araújo et al. (2014) apontam que se propunha o atendimento integral pela criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança em 1980, o Programa de Assistência à Saúde Perinatal em 1991, e a Iniciativa Hospital Amigo da Criança em 1995. Em 1996, em virtude da diversidade regional existente no Brasil, foi elaborada a política de Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância como estratégia para o seguimento da saúde da criança. A partir de 2000, as políticas públicas de saúde da criança estavam pautadas, principalmente na humanização e na integralidade do cuidado, com o Método Canguru, o Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento, a

Agenda de compromissos para Saúde Integral da Criança e Redução da MI, a Rede Cegonha e as Redes de Atenção à Saúde. Como reflexo, as políticas específicas contribuíram para a redução dos índices de MI.

Na Agenda de Compromissos para Saúde Integral da Criança e Redução da MI estão organizadas as principais diretrizes que devem ser seguidas no desenvolvimento de políticas de atenção à criança, bem como as estratégias para a atenção integral nos primeiros anos de vida. Segundo Brasil (2004), 10% ou mais das crianças nascem ou adquirem algum tipo de necessidade especial, seja ela física, mental ou sensorial que compromete o seu desenvolvimento neuropsicomotor. Todavia, 70 a 80% das sequelas podem ser evitadas ou reduzidas adotando-se medidas simples em todos os níveis de atenção à saúde, em especial, as de prevenção de complicações, com o acompanhamento do crescimento, estimulação do desenvolvimento, imunização e condução apropriada das alterações observadas (BRASIL, 2004).

Nesta perspectiva, a agenda propõe que em todos os atendimentos à criança, inclusive em Visita Domiciliar (VD), a equipe de saúde atente para sinais de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e, se necessário encaminhe para avaliação por pediatra e equipes de habilitação e reabilitação. Para todas as crianças menores de um ano, portadoras de malformações congênicas e alterações neurológicas recomenda-se a triagem laboratorial para rubéola congênita. Estas ações de cuidado integral à criança portadora de deficiência incluem diagnóstico, tratamento, procedimentos de reabilitação, medicamentos, assistência odontológica, nutrição adequada, fornecimento de leites especiais, órteses/próteses e bolsas de colostomias pediátricas, quando indicado, e visam promover a qualidade de vida e a reabilitação, estimulando sua capacidade funcional e protegendo a sua saúde (BRASIL, 2004).

Em 2014, o Ministério da Saúde publicou a rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de realizar a atenção integral à saúde das pessoas com doença crônica e de fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde. Entre as

competências definidas como comuns entre os diferentes níveis de atenção estão o planejamento do cuidado de acordo com a vulnerabilidade e a capacidade de autocuidado dos portadores de doenças crônicas; a organização das ações de cuidados paliativos, quando couber; a garantia do acesso aos medicamentos e insumos para tratamento das doenças crônicas; o registro das informações relacionadas aos atendimentos das pessoas com doenças crônicas; a comunicação com as equipes multiprofissionais entre os serviços da rede; a realização do primeiro atendimento de urgência e emergência e encaminhamento a outros serviços; e, o acompanhamento multiprofissional com consultas e exames segundo as necessidades individuais (BRASIL, 2014).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) foi instituída em 2015, com o objetivo de promover e proteger a saúde da criança por meio da atenção integral com atenção especial aos grupos mais vulneráveis visando a redução da morbimortalidade, a dignidade e o pleno desenvolvimento da criança. A PNAISC está estruturada em sete eixos estratégicos para a organização e qualificação das ações em saúde. Entre eles, o eixo de atenção integral às crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas, recomenda o diagnóstico precoce com manejo qualificado das doenças prevalentes na infância e a prevenção das doenças crônicas e, nos casos diagnosticados, o cuidado com apoio da atenção e internação domiciliar (BRASIL, 2015).

A PNAISC foi a primeira política de saúde que abordou, de forma específica, as crianças em condição crônica, pois até então as CRIANES não eram vistas nas políticas de saúde, justificando a necessidade de estudos com esta população. Assim sendo, explicita-se a terminologia e seu significado no tópico a seguir.

### **Crianças com Necessidades Especiais de Saúde**

O progresso tecnológico na área da saúde e a evolução do saber científico ocasionaram o prolongamento da vida de crianças clinicamente frágeis.

Neste contexto, houve um crescimento significativo de crianças sobreviventes de situações críticas, com necessidades especiais de saúde (HOCKENBERRY; WILSON, 2014). Entretanto, isso resultou no surgimento de um grupo de crianças dependentes de tecnologia denominadas, na literatura internacional, pelo *Maternal and Health Children Bureau* como *Children With Special Health Care Needs* (CSHCN) (McPherson et al., 1998) e, no Brasil, de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CABRAL, 1999). As crianças com doença crônica ou incapacitante estão compreendidas na classe de CRIANES, por consistir em crianças clinicamente frágeis e que demandam cuidados contínuos de saúde (ZAMBERLAN, et al. 2014).

Segundo Cabral e Moraes (2015), na última década, no Brasil, como resposta às estratégias do sistema de saúde aprimoradas continuamente, os indicadores de saúde infantil mostraram redução da mortalidade infantil e crescimento na expectativa de vida de 3,1 anos. No último censo populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) encontrou-se 21,68% de crianças abaixo de 14 anos de idade que apresentavam pelo menos um tipo de deficiência.

Estudo realizado pelo Instituto Fernandes Figueira demonstrou que 84,2% das internações de crianças na instituição foram de Crianças com Condições Complexas (CCC). Entre estas condições 80,8% se referiam a anomalias genéticas e congênitas, 68% a doenças respiratórias, 47,3% a doenças neuromusculares e 42,4% a doenças gastrointestinais. Em relação às necessidades de saúde, após a alta hospitalar, muitas destas crianças necessitaram de tecnologias, sendo que 29,6% de gastrostomia, 7,4% de oxigenioterapia, 4,4% de fórmulas lácteas especiais, e 2% necessitaram de ventilação mecânica não invasiva. Muitas das condições crônicas poderiam ser conduzidas no domicílio considerando a redução do sofrimento desenvolvido durante a hospitalização pelas crianças e suas famílias, além de que aumentaria a disponibilidade de leitos para as condições agudas (BRASIL, 2016b).

Para Stein et al. (1993), as condições crônicas na infância são aquelas que duram ou podem durar um ano e geram, pelo menos, uma das seguintes sequelas: limitações de função ou papel social; dependência de medicamentos, dieta especial, dispositivo tecnológico ou cuidados; e demanda de serviços de saúde ou educacionais maior que o habitual para a idade.

Dessa forma, a instabilidade clínica das CRIANES torna muito comum as hospitalizações, que são muitas vezes prolongadas, conturbando também as rotinas familiares (ZAMBERLAN et al., 2014). Tal qual, Barbosa, Sousa e Leite (2015) destacam que a condição crônica na infância se torna uma ameaça ao funcionamento pessoal, familiar, social e resulta em desordem no sistema familiar, frente às novas situações vivenciadas, como as repetidas visitas ao serviço de saúde, a demanda de cuidados específicos, o uso de medicamentos, e as recidivas e frequentes internações.

Nesse sentido, a família também se torna objeto de cuidado e precisa ser alvo de ações assistenciais e de apoio no enfrentamento da nova situação, em que há alteração da estrutura familiar, adaptação à nova dinâmica e distanciamento da criança e seu cuidador durante as frequentes hospitalizações (LEITE et al., 2013).

Neste contexto, para o acompanhamento da criança em condição crônica, e também de sua família, a continuidade do cuidado é essencial, de modo que o usuário vivencie, de forma positiva, a integração dos serviços de saúde ao longo do tempo e o cuidado continuado e articulado, por meio da construção de vínculos entre os usuários e os profissionais de saúde visando maior autonomia do usuário dentro das redes (NÓBREGA et al., 2015).

O desdobramento da diversidade dos agravos geradores de condições crônicas de saúde ocorreu na medida em que houve o crescimento da sobrevivência de crianças possibilitado pelo desenvolvimento tecnológico para o diagnóstico e tratamento de doenças nos últimos anos. Essa nova realidade, com crescimento importante do número de crianças com demanda diferenciada de cuidados dos serviços de saúde, requer uma reformulação nos planos de prestação de cuidados, principalmente em relação às práticas em saúde e reorientação de serviços de

saúde, assim como formação e capacitação de profissionais apropriadas (MOREIRA; GOMES; SÁ, 2014).

No que tange às CRIANES, essas são classificadas em cinco grupos, de acordo com suas demandas de cuidados. No primeiro estão aquelas que necessitam de reabilitação psicomotora e social; no segundo, as crianças dependentes de tecnologia, tais como, traqueostomia, gastrostomia, cateteres implantáveis, dentre outras; no terceiro, as farmacodependentes; no quarto, as com necessidades de cuidados diferenciados, como para alimentar-se, higienizar-se e vestir-se; e, no quinto, as que apresentam demandas de cuidado mistas (RAMOS et al., 2015).

As CRIANES constituem uma população recorrente, que permanece muito tempo hospitalizada e demanda cuidados complexos e contínuos, que durante a hospitalização são realizados pela equipe multiprofissional. Porém, a estabilidade clínica permite a alta hospitalar, a qual implica em mudança no contexto do cuidado, que será realizado no domicílio e pelos próprios familiares, trazendo desafios para a família e também para a equipe que lhe assiste (RAMOS et al., 2015).

Frente à complexidade de cuidados demandada pela CRIANES, é preciso que os profissionais de saúde estejam habilitados e possuam conhecimentos específicos para coordená-los, bem como boa comunicação com os familiares, de modo que, embasados em orientações, a ansiedade e o medo dos familiares sejam minimizados, e sentindo-se seguros e confortáveis, o cuidado à criança tenha mais qualidade (ESTEVES et al., 2015).

Nesse contexto, a AD manifesta-se como resposta a este novo cenário, com a proposta de oferecer a essas crianças uma atenção mais humanizada e incluir os familiares mais ativamente como sujeitos do cuidado, além de atender à cultura da desospitalização e favorecer a otimização dos leitos hospitalares (BRASIL, 2016b).

Diversas são as causas iniciais que podem fazer com que uma criança integre o grupo denominado CRIANES. Independente disso, os critérios de elegibilidade no SAD não diferem para crianças ou adultos. Dentre as CRIANES atendidas em serviços de AD, alguns dos seus diagnósticos são paralisia cerebral,

prematuridade, sequelas de traumatismo crânioencefálico, epilepsia, sequelas de asfixia perinatal, doenças neuromusculares, hipertensão pulmonar, insuficiência cardíaca congestiva e malformações congênitas. A demanda de tecnologias destas CRIANES pode incluir a ventilação mecânica, invasiva e não invasiva, alimentação parenteral, fármacos, oxigenioterapia, entre outros (GOMES; SOUZA, 2015).

A realização do cuidado na casa do usuário confere grande potencialidade à AD em relação à sua longitudinalidade e integralidade, de modo que possibilite o conhecimento aprofundado do usuário, tal como de sua rotina, cultura e família (OLIVEIRA NETO; DIAS, 2014). Desse modo, aborda-se a seguir a atenção domiciliar como estratégia integrante da rede de atenção a pessoa com condição crônica.

### **Atenção Domiciliar na Rede de Cuidados**

As primeiras experiências brasileiras de AD ocorreram ainda antes da década de 1950, porém com diferentes conformações das que existem hoje (OLIVEIRA NETO; DIAS, 2014). A AD consiste no “termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio” (BRASIL, 2006, s/p).

Em 2011, a Portaria nº 2527 (BRASIL, 2011b) redefiniu a AD no âmbito do SUS e, a partir dela, em 8 de novembro 2011, o Ministério da Saúde lançou o Programa Melhor em Casa, com o objetivo de ampliar o atendimento domiciliar do Sistema Único de Saúde, assistindo usuários com necessidade de reabilitação motora, condição crônica sem agravamento ou em situação pós-cirúrgica, entre outros (BRASIL, 2011c).

Mais tarde, em 2013, esta portaria foi revogada pela Portaria nº 963 que redefiniu a AD como uma nova modalidade de atenção à saúde, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas no domicílio, garantindo a continuidade de cuidados integrada às RAS (BRASIL, 2013a).

Embora essa portaria também tenha sido revogada, seu conceito permaneceu e, ao conjunto das ações no âmbito da AD, a Portaria nº 825 de 2016 adicionou a palição e definiu os objetivos destes serviços. Tais objetivos consistem na redução da demanda pela assistência hospitalar, redução da permanência de usuários nas instituições hospitalares, humanização da assistência com a promoção da autonomia dos usuários, e a desinstitucionalização e otimização dos recursos das RAS (BRASIL, 2016a).

A AD é indicada para os indivíduos em estabilidade clínica, que necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar ou em grau de vulnerabilidade, na qual a atenção domiciliar é considerada a modalidade mais adequada. Para a prestação da assistência, a AD é organizada em três modalidades: AD1, AD2 e AD3. Na AD1, os usuários serão assistidos pelas equipes de AB, com acompanhamento no domicílio, de acordo com suas necessidades. Na AD2 e AD3, o atendimento se dará pelo SAD e a modalidade da assistência em AD será definida, a partir das necessidades de cuidado do usuário, da demanda de periodicidade das visitas, da intensidade do cuidado multiprofissional e do uso de equipamentos (BRASIL, 2016a).

No âmbito da AB, a AD é destinada ao cuidado dos usuários com dificuldade de deslocamento até a Unidade Básica de Saúde (UBS), mas que apresentam agravo que requer acompanhamento permanente ou por algum período. Esta modalidade de AD é classificada como AD1, que considerando as necessidades do usuário, é realizada pela AB, com apoio eventual dos demais pontos da rede, inclusive, os SAD. A AD1 caracteriza-se por realizar ações sistematizadas, articuladas e regulares; pautar-se no princípio da integralidade na promoção, recuperação e reabilitação da saúde; assistir às necessidades de saúde da população com necessidades especiais para a realização das atividades da vida diária; utiliza-se do trabalho em equipe e de tecnologias de acordo com as necessidades (BRASIL, 2016a).

Na modalidade AD2 será assistido o indivíduo que apresente afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e



sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação; afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal; necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com a finalidade de controlar a dor e o sofrimento do usuário; ou prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal. Na modalidade AD3 serão assistidas pessoas com qualquer das condições da AD2 e que necessitem da assistência multiprofissional mais frequente, uso de equipamentos ou procedimentos de maior complexidade, por exemplo, ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea (BRASIL, 2016a).

Os serviços de atenção à saúde precisam ser organizados em diferentes níveis e de forma que sejam oferecidos os serviços peculiares de cada nível de atenção. No entanto, esta gama de serviços deve ser muito mais que um arranjo de diferentes atores dotados de certa autonomia, mas um sistema que busca aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações entre os serviços, constituindo assim as RAS (MENDES, 2011).

As RAS são construídas com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção e de vida dos usuários, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde (ROSEN; HAM, 2008).

Mendes (2010) salienta que as evidências mundiais mostram que a organização do sistema de saúde em RAS pode melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários, a satisfação dos usuários e, ainda, reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde.

Na RAS, o SAD é considerado um serviço complementar à AB e aos serviços de urgência e substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). As equipes de AD têm como atribuição trabalhar em equipe multiprofissional de forma integrada à RAS; identificar, orientar e capacitar o cuidador, envolvendo-o nos

cuidados de modo a respeitar suas limitações e potencialidades; atender à demanda de queixas e dúvidas dos usuários, familiares ou cuidadores; favorecer aos cuidadores e familiares o cuidado e as trocas de experiências; utilizar linguagem acessível e adequada; convencionar fluxos para atestado de óbito (preferencialmente emitido por médico da EMAD ou da AB do respectivo território) e para admissão e alta dos usuários em AD; e participar de processos de capacitações e educação permanente. O programa Melhor em Casa ainda é recente, com menos de cinco anos, mas já conta com 345 municípios com equipes habilitadas no Brasil, sendo oito delas no estado do Paraná (BRASIL, 2016a).

No que se refere especificamente às Crianças com Condições Crônicas (CCC) na AD, as coordenações de AD e de Saúde da Criança e Aleitamento Materno recomendam fomentar a cultura de desospitalização; realizar desospitalização programada; estabelecer trabalho articulado em rede; estabelecer parcerias entre setor saúde e poder judiciário; ofertar espaços de educação permanente para as equipes; ofertar espaços de qualificação e cuidado para os cuidadores; apoiar a qualificação profissional para o cuidado em domicílio; identificar casos com indicação de AD ainda em fase pré-hospitalar; disponibilizar matriciamento por pediatra/neonatalogista; disponibilizar suporte para o caso de intercorrências ou óbitos; propiciar aos profissionais de SAD e de unidades neonatais e pediátricas visitas a serviços com experiências exitosas para troca de saberes (BRASIL, 2016b).

Entre as CCC, os quadros complexos que se destacam nos SAD consistem principalmente em: doenças neuromusculares, sequelas de traumas, colagenoses, hipertensão pulmonar, insuficiência cardíaca congestiva por miocardiopatia, paralisia cerebral, síndromes congênitas e distúrbios genéticos diversos, necessidade de ventilação mecânica, e necessidade de antibioticoterapia venosa e outros tratamentos parenterais (BRASIL, 2016b).

As doenças crônicas estão relacionadas a causas múltiplas, que normalmente apresentam início gradativo, de prognóstico usualmente indefinido e duração longa ou incerta. Seu curso clínico muda ao longo do tempo, muitas vezes com possíveis agudizações, podendo provocar incapacidades. Requerem

intervenções associadas a mudanças de estilo de vida, de forma contínua, muitas vezes sem finalidade de cura (BRASIL, 2013b).

No entanto, apesar da crescente demanda e complexidade de cuidados de CRIANES pelos serviços de AD, não foi encontrado na literatura relato de protocolo de fluxo de cuidado que organize o atendimento dessas crianças na modalidade de AD, indicando a necessidade de sua proposição, tema de que trata o tópico a seguir.

### **Tecnologias de Cuidados: Protocolos de Fluxos**

A tecnologia está constantemente presente no processo de cuidar de enfermagem, em todos os aspectos. A tecnologia se apresenta no processo em que se estabelecem as relações entre os atores e na forma como é desenvolvido o cuidado em saúde (ROCHA et al., 2008).

De acordo com Nietzsche (2003), tecnologia pode ser entendida como o resultado de processos firmados com o objetivo de provocar intervenções sobre uma situação prática para a construção de produtos materiais, ou não, sendo que os mesmos devem ser verificados e controlados sistematicamente, pelas experiências do cotidiano e da pesquisa, e pelo desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos científicos.

A classificação mais difundida para se caracterizar as tecnologias divide-as em tecnologias leves, leve-duras e duras. As tecnologias leves, consistem nas que se visualiza claramente que a implementação do cuidado requer o estabelecimento de relações (vínculo, gestão de serviços e acolhimento). As tecnologias são consideradas leve-duras, quando lançam mão de saberes estruturados, como teorias, modelos de cuidado e processos, como o de enfermagem, aplicados de forma leve. Já as tecnologias duras estão presentes nos processos em que são utilizados instrumentos, normas e equipamentos tecnológicos (MERHY, 2002).

Dessa forma, a denominação “tecnologia” pode estar associada à sofisticação e à materialidade de máquinas e mercadorias, mas deve-se tomar cuidado para que ela não seja banalizada e entendida simplesmente como procedimentos técnicos de operação e seu produto, aceitando qualquer artefato que faça a mediação entre o pensamento das pessoas e a sua execução. Na gestão da qualidade do cuidado em saúde, as necessidades do usuário devem sobrepor-se aos interesses das instituições, sejam elas públicas ou privadas (NIETSCHE; TEIXEIRA; MEDEIROS, 2014).

Nesse sentido, no cuidado de enfermagem, as tecnologias constituem-se como práticas sociotécnicas com base em processos e experiências coletivas que contém modos de fazer e de interpretar o processo, nem sempre presas à estruturação reconhecida no saber convencional. Assim, as tecnologias de cuidado na enfermagem são fundamentadas na ciência, mas também são utilizadas a serviço da prática social. Elas dependem da organização e funcionamento dos serviços de saúde (NIETSCHE; TEIXEIRA; MEDEIROS, 2014).

Entre as tecnologias leve-duras em saúde estão os protocolos, os quais podem ser classificados quanto à sua natureza, como clínicos ou de organização dos serviços. Os mesmos consistem em rotinas de cuidados e de ações de gestão de um determinado serviço, equipe ou departamento, elaborados a partir de conhecimento científico atual e respaldados em evidências científicas; objetivam a garantia de alcance dos resultados assistenciais almejados (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Segundo Mendes (2011), além dos protocolos clínicos existem as linhas-guia. As linhas-guia são recomendações desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde adequada em relação a uma dada condição de saúde, realizadas de modo a normatizar todo o processo, ao longo de sua história natural, abrangendo intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas, realizadas em todos os pontos de atenção de uma RAS.

A elaboração das linhas-guia e dos protocolos clínicos é feita por meio de um processo que envolve várias etapas e o tempo de elaboração é variável. As

etapas consistem em: escolha da condição de saúde, definição da equipe de elaboração, análise situacional da condição de saúde, busca de evidências e de diretrizes clínicas relevantes, conteúdos das diretrizes clínicas, formalização das diretrizes clínicas, avaliação das diretrizes clínicas, validação das diretrizes clínicas, publicação das diretrizes clínicas e revisão das diretrizes clínicas (MENDES, 2011).

Protocolos clínicos, desse modo, são instrumentos direcionadores da atenção à saúde dos usuários, com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a partes do processo de uma condição de saúde e em um ponto de atenção específico, são voltados a ações de promoção, prevenção, cura/cuidado, reabilitação ou palição. Já os protocolos de organização dos serviços são instrumentos da gestão dos serviços, abrangem a organização do trabalho, seus fluxos administrativos, os processos de avaliação e a constituição do sistema de informação, e suas relações com os diferentes níveis e outros serviços (MENDES, 2011; WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

A utilização de protocolos de cuidado à saúde consiste em uma necessidade e constitui um importante caminho de muita utilidade na gestão do conhecimento e na organização das ações de saúde, de modo que com o esforço conjunto de gestores e profissionais, permite o estabelecimento de objetivos e metas, a implementação de ações e sua constante avaliação, e modifica o processo de trabalho das equipes de saúde nos serviços (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Desta forma, neste estudo vislumbra-se primeiramente identificar os cuidados prestados pelos SAD às CRIANES, no estado do Paraná, para no segundo momento, elaborar um protocolo de fluxo de cuidados a estas crianças no âmbito da AD, o qual difere dos protocolos clínicos e caracteriza-se como protocolo de organização dos serviços.

## **METODOLOGIA**

### **Tipo de Pesquisa**

Este estudo é de natureza quantitativa, caracteriza-se como uma pesquisa aplicada e quanto aos objetivos é descritiva e exploratória. Em relação aos procedimentos é do tipo estudo de casos múltiplos e para a análise dos dados empregou a estatística descritiva.

A pesquisa aplicada visa encontrar uma solução imediata para um problema existente, com o planejamento de uma mudança para a situação ao final da pesquisa (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Neste caso, a ausência de protocolos de fluxo de cuidado às CRIANES, o qual se pretende desenvolver nesse estudo.

A pesquisa quantitativa busca extrair uma quantificação estatística de tendências do assunto que será explorado e utiliza instrumentos padronizados visando à obtenção de respostas que atendam aos objetivos do levantamento. Na pesquisa em tela, o caráter descritivo requer que o pesquisador observe, conte, descreva e classifique. A descrição quantitativa trata de predominância, incidência, tamanho e atributos mensuráveis do fenômeno. A abordagem exploratória investiga a natureza do fenômeno e os fatores relacionados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Para compreensão da realidade estudada foi adotado o estudo de casos múltiplos como estratégia de pesquisa. Essa modalidade permite estudar detalhadamente uma dada situação, no caso, os serviços de atenção domiciliar existentes no Paraná, para descrevê-los e evidenciar a existência de protocolos de fluxo de cuidado. O estudo de caso consiste em coletar e analisar informações sobre determinado indivíduo, família, grupo ou comunidade, que tem como objeto o estudo de uma unidade de forma aprofundada, seguindo-se alguns requisitos básicos para sua realização, como, severidade, objetivação, originalidade e coerência. Pode-se utilizar este procedimento quando deliberadamente quer se trabalhar com condições

contextuais, nas quais se acredita serem significativas e pertinentes ao fenômeno estudado (PRODANOV; FREITAS, 2013).

### **Campo de Pesquisa**

Os participantes do estudo foram profissionais dos oito SAD existentes no estado do Paraná, os quais estão presentes nos municípios de: Cambé, Cascavel, Curitiba, Guarapuava, Londrina, Palotina, Paranaíba e Santa Terezinha do Itaipu. Em cada SAD foi selecionado um participante para responder à pesquisa. O primeiro contato com o SAD foi realizado com o coordenador do serviço, e o mesmo foi convidado a participar ou indicar um profissional que pudesse responder as questões da pesquisa.

Para ilustrar o cenário da pesquisa, o estado do Paraná é constituído por 399 municípios, apresenta uma população estimada, em 2015, de 11.163.018 habitantes, em uma área total de 199.307,945 km<sup>2</sup>, perfazendo uma densidade demográfica de 52,40 habitantes por km<sup>2</sup>, e apresentou rendimento nominal mensal domiciliar per capita da população residente em 2015, de R\$ 1.241,00 (IBGE, 2016a). Em seguida, descrevem-se brevemente os municípios em que os serviços estudados se fazem presentes.

Cambé, localizada ao norte do Paraná, na região metropolitana de Londrina, apresenta uma área territorial de 495,376 km<sup>2</sup> e população de 96.733 habitantes (IBGE, 2016b). O município possui uma EMAD e uma EMAP habilitadas para o SAD (BRASIL, 2016a).

O município de Cascavel, localizado ao Oeste do Estado, com população de 312.778 habitantes e território de 2.100,831 km<sup>2</sup> (IBGE, 2016c) possui três EMAD e uma EMAP habilitadas (BRASIL, 2016a).

Curitiba, capital do estado do Paraná, possui 1.879.355 habitantes e apresenta área de 435,036 km (IBGE, 2016d). O SAD de Curitiba possui dez EMAD e três EMAP (BRASIL, 2016a).

O município de Guarapuava possui área de 3.178,649 km<sup>2</sup> e população de 178.126 habitantes (IBGE, 2016e) e seu SAD está estruturado com uma EMAD e uma EMAP (BRASIL, 2016a).

Em Londrina, que apresenta população de 548.249 habitantes e área territorial de 1.652,568 km<sup>2</sup> (IBGE, 2016f) estão habilitadas uma EMAD e uma EMAP no SAD (BRASIL, 2016a).

O município de Palotina possui 30.859 habitantes e ocupa uma área de 651,238 km<sup>2</sup> (IBGE, 2016g) e seu SAD possui uma EMAD e uma EMAP (BRASIL, 2016a).

Paranavaí ocupa uma área territorial de 1.202,266 km<sup>2</sup> e possui 86.773 habitantes (IBGE, 2016h). O SAD do município possui uma EMAD e não possui EMAP até o momento (BRASIL, 2016a).

Santa Terezinha de Itaipu contém 22.570 habitantes e uma área de 259,393 km<sup>2</sup> (IBGE, 2016i) e conta com uma EMAD e uma EMAP (BRASIL, 2016a).

A portaria que regulamenta o programa melhor em casa define que a habilitação de um SAD está condicionada à uma população mínima de 20 mil habitantes. Visto que o último censo indica uma população paranaense equivalente à 11.163.018 pessoas (IBGE, 2016a), para que toda a população tenha acesso a este serviço deveriam existir aproximadamente 522 SAD no Paraná, no entanto existem apenas oito serviços habilitados no estado.

No mapa a seguir (Figura 1) estão destacados os SAD distribuídos no território do estado do Paraná.



Figura 1 – Mapa do estado do Paraná com os SAD habilitados. 2017.



FONTE: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/Image/mapasesa.jpg>

### População e Amostra

Os participantes da pesquisa foram profissionais dos SAD do estado do Paraná, em sua totalidade, ou seja, oito municípios. Desse modo, não foi obtida amostra de participantes, mas trabalhou-se, dentre a população total do número de SAD, com um representante indicado por cada serviço. O critério de seleção foi que os participantes fossem profissionais atuantes nos SAD no período de coleta de dados. Respeitou-se o livre arbítrio na tomada de decisão em querer ou não integrar a pesquisa.

O primeiro contato com os SAD foi pelo telefone, disponíveis na internet, com seus coordenadores. Os coordenadores foram informados sobre o estudo e convidados a integrá-lo, ou a indicar um profissional do SAD a participar.

Desta forma, um profissional de cada SAD fez parte da pesquisa, totalizando oito participantes.

Após o aceite em envolver-se com a pesquisa, obtido no primeiro contato feito por telefone, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi enviado no correio eletrônico informado pelos participantes, os mesmos o assinaram, digitalizaram e reencaminharam ao pesquisador.

### **Métodos**

Aos profissionais dos serviços incluídos na pesquisa foi aplicado instrumento de coleta de dados, elaborado pela pesquisadora, o qual foi enviado via correio eletrônico, respondido pelo participante e na data acordada devolvido ao pesquisador, também via correio eletrônico. Após o recebimento do mesmo, o pesquisador entrou em contato por telefone novamente, para confirmação dos dados e esclarecimento de dúvidas e abordagem de informações que não estivessem claras, quando necessário.

A coleta de dados foi realizada somente pelo pesquisador responsável, no período de outubro de 2016 a janeiro de 2017 e as entrevistas por telefone para complementação das informações tiveram duração média de 10 minutos. Após a coleta de dados, as informações de número de equipes em cada SAD foram comparadas à Portaria nº 825 de 2016, que dispõe o quantitativo de habilitações de equipes de EMAD e EMAP de todo o país.

O instrumento de coleta de dados abordou os seguintes aspectos: identificação do serviço; documentação de criação do serviço; identificação do profissional participante; quantitativo de crianças atendidas; idade das crianças atendidas; diagnósticos das crianças; dinâmica das visitas domiciliares e atividades realizadas; estrutura física e de recursos humanos, organização do cuidado oferecido e estratégias utilizadas para o cuidado específico das crianças.

Com base nos dados obtidos com o instrumento foi elaborado protocolo de fluxo de cuidados específicos para atenção às crianças portadoras de

necessidades especiais de saúde na AD 2, tendo em vista que este é geralmente o grupo mais numeroso na AD. Para tanto os dados obtido na coleta de dados foram categorizados de acordo com o indicado por Werneck, Farias e Campos (2009) para elaboração de protocolos de organização de serviços e, em seguida, analisados utilizando como instrumento o método SWOT (*Strengths, Weaknesses, Oppotunities e Threats*). Posteriormente, os pontos elencados foram organizados de acordo com o Plano de Ação 5W2H, para, na última etapa, os resultados serem representados graficamente em formato de fluxograma.

Os protocolos de organização dos serviços consistem em instrumentos utilizados na gestão dos serviços e abrangem as seguintes categorias: organização do trabalho em uma unidade e no território; fluxos administrativos contidos na proposta dos serviços em rede; processos de avaliação; e constituição do sistema de informação, estabelecendo as interfaces entre as diversas unidades, entre os níveis de atenção e com outras instituições sociais (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

A análise SWOT (sigla em inglês, que em português significa, forças, fraquezas, oportunidades e ameaças) consiste em uma ferramenta que fornece subsídios para a gestão e o planejamento das organizações (NAVARRO; ALENCAR, 2016).

As forças são caracterizadas pela diferenciação conseguida pela instituição, significam uma vantagem operacional no ambiente. Ao contrário, as fraquezas relacionam-se às situações inadequadas desta, que lhes proporcionam uma desvantagem operacional no ambiente. As forças e as fraquezas são classificadas como variáveis internas e controláveis, já as oportunidades e ameaças são formas externas e incontroláveis pela instituição. As oportunidades são os fatores que podem favorecer a ação estratégica, enquanto as ameaças são caracterizadas por situações que criam obstáculos à ação estratégica, mas que, se reconhecidas em tempo hábil poderão ser evitadas (NAVARRO; ALENCAR, 2016).

A terceira ferramenta utilizada, o Plano de Ação 5W2H, consiste na elaboração de um plano estruturado para a execução e controle de tarefas atribuindo as responsabilidades, o método para execução, o motivo, os custos e os prazos para

conclusão. Seu desenvolvimento consiste nas respostas de algumas questões: *what* (o que será feito?), *who* (quem o fará?) *when* (quando será feito?), *where* (onde será feito?), *why* (por que será feito?), *how* (como será feito?), e *how much* (quanto custará a ação?), a fim de definir como serão desenvolvidas as ações para a conquista dos objetivos (MACHADO; VIEGAS, 2012).

Ao fim, os resultados foram representados graficamente por fluxograma. A representação gráfica de um protocolo por fluxograma, com algoritmos, permite qualificar a representação e facilitar sua compreensão por parte dos profissionais que o irão utilizar (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

De acordo com Werneck, Farias e Campos (2009), os fluxogramas e algoritmos podem ser empregados nos protocolos de forma a ordenar e estabelecer os fluxos de suas ações. E os algoritmos consistem em uma sequência finita de instruções que podem ser executadas mecanicamente num período de tempo finito e com uma quantidade de esforço finita. Eles podem ser elaborados de forma a repetir passos ou indicar decisões até que a tarefa seja concluída.

Os autores destacam que, na leitura do fluxograma, cada algoritmo começa com um desenho oval, representando uma população de pacientes com uma característica definida, sintomas e queixas. Esses desenhos ovais também são chamados de “quadro clínico”. O losango representa os pontos de decisões clínicas, os quais têm somente dois possíveis desfechos: sim ou não (pontos dicotômicos). São decisivos para os próximos passos e, por isso, são denominados pontos de decisão. A figura oval é usada como “saída”, ou seja, a cada vez que um processo chega a uma etapa conclusiva, sendo que desse elemento gráfico não partem setas, pois é figura de encerramento. Os retângulos representam grupos específicos do processo do atendimento nos quais as intervenções diagnósticas ou terapêuticas devem ser realizadas. Os símbolos do fluxograma devem ser conectados por setas, sendo que uma única flecha deixa um oval ou entra num hexágono ou retângulo e duas setas deixam um hexágono (ponto de decisão), que quando vão para a direita, indicam a resposta “sim”, e indo para baixo indicam a resposta “não” (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

## **Análise de Dados**

A análise dos dados quantitativos deu-se por estatística descritiva, a qual é utilizada para descrever e sintetizar os mesmos, permitindo assim, que estes sejam resumidos, organizados e interpretados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Foi elaborada uma matriz em tabela Microsoft Office Word na qual as informações coletadas foram agrupadas e organizadas de forma que facilitasse sua visualização e posterior descrição permitindo estabelecer comparações e sínteses, as quais pudessem subsidiar as análises. O agrupamento de dados foi organizado de acordo com as seguintes categorias: Identificação dos serviços; Visita domiciliar; Crianças atendidas; Assistência; Orientação à família; Protocolos; Medicamentos e materiais de uso contínuo; Fluxo de encaminhamento ao SAD. Após a digitação os dados passaram por conferência de outros dois pesquisadores para verificação de erros e inconsistências. Estão apresentados em frequência absoluta e relativa.

Para a elaboração do protocolo, o método adotado para analisar as informações encontradas foi o instrumento SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats).

## **Aspectos éticos**

A pesquisa seguiu a Resolução 466/2012 e os princípios da bioética, autonomia, não-maleficência, beneficência, justiça e equidade. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Parecer no 1.741.820, anexo 1).

A coleta de dados foi iniciada somente após a aprovação deste comitê e a apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por todos os participantes da pesquisa (Anexo 1), que informava sobre o risco do participante sentir-se desconfortável por estar respondendo questões a respeito do seu trabalho, bem como a possibilidade de o mesmo cancelar sua participação a

qualquer momento, e o benefício deste estudo que busca firmar a Atenção Domiciliar como modalidade eficiente de acompanhamento integral das crianças com necessidades especiais de saúde.

## RESULTADOS

Os resultados da pesquisa foram organizados em formato de dois artigos científicos, os quais se apresentam a seguir, a serem enviados a periódicos da área interdisciplinar.

Artigo 1: Diagnóstico do cuidado a crianças com necessidades especiais de saúde nos serviços de atenção domiciliar no Paraná. Será submetido a revista Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, cujas normas encontram-se no anexo 2. Nesse artigo estão contemplados os objetivos um e dois do estudo.

Artigo 2: Protocolo de organização de fluxo na atenção domiciliar às crianças com necessidade especiais de saúde. Será submetido a revista Cadernos de Saúde Pública, cujas normas encontram-se no anexo 3. Nesse artigo está contemplado o terceiro objetivo específico do estudo.

**Artigo 1: DIAGNÓSTICO DO CUIDADO A CRIANÇAS COM  
NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE NOS SERVIÇOS DE  
ATENÇÃO DOMICILIAR NO PARANÁ**



## DIAGNÓSTICO DO CUIDADO A CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR NO PARANÁ

### Resumo

**Introdução:** A atual transição epidemiológica na infância, com emergência de crianças com necessidades especiais de saúde, demanda cuidado diferenciado da atenção domiciliar. **Objetivo:** descrever o cuidado desenvolvido às crianças com necessidades especiais de saúde nos serviços paranaenses de atenção domiciliar. **Método:** Pesquisa quantitativa, descritiva, exploratória, estudo de casos múltiplos. Coleta de dados por telefone e correio eletrônico, com profissionais dos oito serviços de atenção domiciliar paranaenses, entre outubro de 2016 e janeiro de 2017. Análise dos dados estatística descritiva. **Resultados:** Dentre as 35 crianças atendidas, 25,7% tem paralisia cerebral, 60% possuem traqueostomia, 25% dos serviços utilizam projeto terapêutico e 75% comunicam-se de modo inconstante com a atenção primária. **Discussão:** As fragilidades encontradas relacionam-se principalmente à baixa utilização do projeto terapêutico singular e da contrarreferência à atenção primária. **Conclusões:** Práticas de sucesso no fluxo são desenvolvidas, porém isoladamente nos municípios. Divulgando as experiências positivas, este estudo fomenta reflexão e aprimoramento do processo de trabalho.

**Palavras-chave:** Saúde da Criança; Doença Crônica; Pacientes Domiciliares.

### Introdução

Nos últimos anos, emergiu no Brasil o grupo das Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES). Estas crianças são, na maioria das vezes, resultado do desenvolvimento tecnológico e da qualificação dos profissionais de saúde, que permitiu o aumento dos índices de sobrevivência das CRIANES. Estas crianças, devido sua condição crônica demandam atenção especial dos serviços de saúde.<sup>1-2</sup>

As crianças com doença crônica consistem em crianças clinicamente frágeis, que demandam cuidados contínuos de saúde e por isso estão compreendidas na classe de CRIANES.<sup>3</sup> Nos Estados Unidos as CRIANES representam 19,3 % de toda a população infantil<sup>4</sup>, entre as quais estão as que apresentam doença crônica, responsáveis por 42% dos custos em saúde para a população infantil.<sup>5</sup>

No Brasil, as crianças com condição crônica representam 9,1% na faixa etária de até cinco anos, 9,7% entre os escolares de seis a 13 anos e 11% entre os adolescentes de 14 a 19 anos do total geral da população.<sup>6</sup>

Como estratégia para atender às demandas presentes nas condições crônicas, deve-se priorizar a atenção integral, continuada e humanizada. A Atenção Domiciliar (AD), por suas características, possui grande potencialidade no cuidado aos portadores de doenças crônicas, que demandam atenção longitudinal por equipe multiprofissional.<sup>7</sup> Dessa forma, a AD pode ser aplicada também às CRIANES, apesar de não ser específica para este grupo.

Para o desenvolvimento da AD, esta modalidade é organizada em três categorias: AD1, AD2 e AD3. Na AD1 os usuários serão assistidos pelas equipes de Atenção Básica (AB), com acompanhamento no domicílio de acordo com suas necessidades. Na AD2 e AD3 o atendimento se dará pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e a diferenciação entre elas será definida a partir das necessidades de cuidado do usuário, da demanda de periodicidade das visitas, da intensidade do cuidado multiprofissional e do uso de equipamentos.<sup>8</sup>

Na Rede de Atenção à Saúde (RAS), o SAD é considerado um serviço complementar à AB e aos serviços de urgência e substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). As equipes de AD têm como atribuição trabalhar em equipe multiprofissional de forma integrada à RAS; identificar, orientar e capacitar o cuidador, envolvendo-o nos cuidados de modo a respeitar suas limitações e potencialidades; atender à demanda de queixas e dúvidas dos usuários, familiares ou cuidadores; favorecer aos cuidadores e familiares o cuidado e as trocas de experiências; utilizar linguagem acessível e adequada; convencionar fluxos para atestado de óbito e para admissão e alta dos usuários em AD; e participar de processos de capacitações e educação permanente.<sup>8</sup>

A modalidade de assistência está diretamente relacionada à sobrevivência dos indivíduos. No entanto, os pacientes que sobrevivem às situações críticas, frequentemente desenvolvem

incapacidades permanentes e experimentam sofrimento intenso, que pode afetar toda a família e modificar suas atividades de vida.<sup>9</sup>

Desta forma, no cuidado das CRIANES em AD busca-se prevenir agudizações e evitar hospitalizações. Assim, é prudente identificar se existem estratégias específicas para o atendimento de CRIANES, nos serviços paranaenses de atenção domiciliar e como é ofertado o cuidado às CRIANES. Parte-se do pressuposto de que a organização do cuidado específico às crianças com necessidades especiais de saúde ainda não está claramente definida e/ou implantada nos serviços existentes.

Desse modo, tem-se como objetivo, descrever o cuidado desenvolvido às crianças nos serviços paranaenses de atenção domiciliar.

### **Método**

Estudo quantitativo, descritivo e exploratório, do tipo estudo de casos múltiplos. Os participantes do estudo foram profissionais dos oito SAD existentes no estado do Paraná, os quais estão presentes nos municípios de: Cambé, Cascavel, Curitiba, Guarapuava, Londrina, Palotina, Paranavaí e Santa Terezinha do Itaipu. A partir do primeiro contato, o qual foi com o coordenador de cada SAD foi realizado com o coordenador do serviço, o mesmo foi convidado a participar ou a indicar um profissional que pudesse responder às questões da pesquisa. Assim, obteve-se um participante de cada SAD, constituindo-se amostra intencional de oito representantes. O critério de seleção foi que os participantes fossem profissionais atuantes nos SAD à época da coleta de dados. Após o aceite em participar da pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi obtido via correio eletrônico.

Aos profissionais dos serviços incluídos na pesquisa foi aplicado instrumento de coleta de dados, elaborado pela pesquisadora, enviado via correio eletrônico, respondido pelo participante e na data acordada devolvido ao pesquisador, também via correio eletrônico. Posteriormente, o pesquisador entrou em contato por telefone, para confirmação dos dados e

esclarecimento de dúvidas e abordagem de informações que não estivessem claras, quando necessário.

Para contextualizar o cenário da pesquisa, o estado do Paraná é constituído por 399 municípios, apresenta uma população estimada, em 2015, de 11.163.018 habitantes, em uma área total de 199.307,945 km<sup>2</sup>.<sup>10</sup> Dentre os municípios participantes, Cambé, localizada ao norte do Paraná, na região metropolitana de Londrina, apresenta uma área territorial de 495,376 km<sup>2</sup> e população de 96.733 habitantes.<sup>11</sup> O município possui uma EMAD e uma EMAP habilitadas para o SAD.<sup>8</sup> O município de Cascavel, localizado ao Oeste do Estado, com população de 312.778 habitantes e território de 2.100,831 km<sup>2</sup><sup>12</sup> possui três EMAD e uma EMAP habilitadas.<sup>8</sup> Curitiba, capital do estado do Paraná, possui 1.879.355 habitantes e apresenta área de 435,036 km<sup>2</sup>.<sup>13</sup> O SAD de Curitiba possui dez EMAD e três EMAP.<sup>8</sup>

Somados a esses, o município de Guarapuava possui área de 3.178,649 km<sup>2</sup> e população de 178.126 habitantes<sup>14</sup> e seu SAD está estruturado com uma EMAD e uma EMAP.<sup>8</sup> Em Londrina, que apresenta população de 548.249 habitantes e área territorial de 1.652,568 km<sup>2</sup><sup>15</sup> estão habilitadas uma EMAD e uma EMAP no SAD.<sup>8</sup> O município de Palotina possui 30.859 habitantes e ocupa uma área de 651,238 km<sup>2</sup><sup>16</sup> e seu SAD possui uma EMAD e uma EMAP.<sup>8</sup> Paranavaí ocupa uma área territorial de 1.202,266 km<sup>2</sup> e possui 86.773 habitantes.<sup>17</sup> O SAD do município possui uma EMAD e não possui EMAP até o momento.<sup>8</sup> Santa Terezinha de Itaipu contém 22.570 habitantes e uma área de 259,393 km<sup>2</sup><sup>18</sup> e conta com uma EMAD e uma EMAP.<sup>8</sup>

De acordo com a portaria que regulamenta o programa melhor em casa,<sup>8</sup> a habilitação de um SAD está condicionada à existência de uma população de no mínimo 20 mil habitantes. Considerando o quantitativo de habitantes do estado, para que toda a população paranaense tenha acesso a este serviço deveriam existir aproximadamente 522 SAD no Paraná, no entanto existem apenas oito serviços habilitados no estado.

A coleta de dados foi realizada somente pelo pesquisador responsável, entre outubro de 2016 e janeiro de 2017 e as entrevistas por telefone para complementação das informações

tiveram duração média de 10 minutos. O instrumento de coleta de dados abordou os seguintes aspectos: identificação do serviço; identificação do profissional participante; quantitativo de crianças atendidas; idade das crianças atendidas; diagnósticos das crianças; dinâmica das visitas domiciliares; estrutura física e de recursos humanos, organização do cuidado oferecido e estratégias utilizadas para o cuidado específico das crianças.

Foi elaborada uma matriz no Microsoft Word, na qual as informações coletadas foram agrupadas e organizadas de forma que facilitasse sua visualização e posterior descrição permitindo estabelecer comparações e sínteses, as quais pudessem subsidiar as análises. O agrupamento de dados foi categorizado da seguinte forma: Identificação dos serviços; Visita domiciliar; Crianças atendidas; Assistência; Orientação à família; Protocolos; Medicamentos e materiais de uso contínuo; Fluxo de encaminhamento ao SAD. Após a digitação os dados passaram por conferência de outros dois pesquisadores para verificação de erros e inconsistências. Os dados são apresentados em frequência absoluta e relativa.

Seguiram-se todos os preceitos éticos e o estudo foi aprovado por comitê de ética em pesquisa com seres humanos, sob parecer número 1.741.820.

## **Resultados e Discussão**

Na Tabela 1, apresentam-se dados de caracterização das crianças atendidas pelos SAD do Paraná, contemplando dados referentes às suas idades e diagnósticos.

**Tabela 1** - Crianças com necessidades especiais de saúde nos Serviços de Atenção Domiciliar do Paraná, 2017.

Característica		N	%
Faixa etária das crianças	Até seis anos incompletos	23	65,7
	Seis a 12 anos	12	34,3

Diagnósticos das crianças	Paralisia cerebral, hidrocefalia, prematuridade, ou doenças degenerativas	20	57,1
	Outros	15	42,9
Uso de traqueostomia	Sim	21	60
	Não	14	40
Uso de gastrostomia	Sim	20	57,1
	Não	15	42,9

Fonte: Banco de dados do pesquisador.

O quantitativo de pessoas atendidas nos SAD é variável, devido às novas admissões, altas e óbitos de cada período, sendo que, as crianças, apesar da alta complexidade de grande parte delas, representam a minoria (5,3%). Entre os oito SAD, um não apresentava crianças em acompanhamento no momento da pesquisa. Nos demais, o quantitativo de crianças por SAD variou de uma a dez. Foram considerados crianças, os indivíduos com idades entre 0 e 12 anos incompletos. Os demais (adolescentes, adultos e idosos) não foram diferenciados entre si. A maioria delas, 23 (65,7%), crianças está compreendida na faixa etária de até seis anos incompletos.

Dentre os diagnósticos principais das CRIANES, destaca-se paralisia cerebral, com nove (25,7%) casos, hidrocefalia, com cinco (14,3%), prematuridade em três (8,6%) crianças e doenças degenerativas em três (8,6%). Com números menos expressivos, foram citadas malformações em duas (5,7%), síndromes em duas (5,7%), câncer em duas (5,7%), afecções agudas em duas (5,7%), disfagia em uma (2,9%), osteocondrodisplasia em uma (2,9%), displasia broncopulmonar em uma (2,9%), ictiose lamelar em uma (2,9%), politrauma em uma (2,9%), sequela de traumatismo cranioencefálico em uma (2,9%), e afogamento com asfixia, em outra

(2,9%). Estes diagnósticos podem ser agrupados em causas perinatais e causas externas, em que 50% dos diagnósticos correspondem a causas perinatais.

As necessidades especiais de saúde destas crianças tornam-nas dependentes de alguns dispositivos e cuidados especiais, de modo que 91% delas são dependentes de alguma tecnologia. A maioria dessas crianças utilizam traqueostomia (60%) e/ou gastrostomia (57,1%). Para 11 (31,4%) delas faz-se necessário o uso de oxigenoterapia, em 10 (28,6%) é realizado aspiração de vias aéreas, seis (17,1%) utilizam a ventilação mecânica, para cinco (14,3%) foi citada a reabilitação, e para outros cinco (14,3%) a dependência de fármacos, para quatro (11,4%) o uso de fraldas, três (8,6%) utilizam sonda nasoenteral, três (8,6%) usam complementos alimentares, três (8,6%) necessitam de cuidados especiais, e uma (2,9%) possui cateter totalmente implantado. Vale lembrar que uma mesma criança pode apresentar mais de um desses dispositivos ou cuidados especiais de saúde.

Considerando os diagnósticos e as necessidades especiais de saúde das crianças citadas na pesquisa, pode-se classificá-las em AD2 e AD3.<sup>8</sup> Dentre elas, 29 (82,9%) são classificadas como AD2, por apresentarem afecções agudas ou condições crônicas (com potencial para agudização), que demandam cuidados intensificados e sequenciais (como tratamentos parenterais, inclusive com cateter totalmente implantado, e reabilitação), afecções crônico-degenerativas, necessidade de cuidados paliativos, e sequelas da prematuridade, além de utilizarem traqueostomia, gastrostomia, oxigenoterapia, aspiração de vias aéreas, ou sonda nasoenteral, entre outros cuidados. Já seis (17,1%) delas, por necessitarem de cuidado multiprofissional mais frequente, devido ao uso de ventilação mecânica são classificadas como AD3.

Dentre os diversos desafios no cotidiano de cuidar de CRIANES, os familiares cuidadores enfrentam a necessidade de apreender saberes e práticas que não faziam parte de seus cotidianos e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde para dar continuidade ao tratamento dessas crianças. Para superar estes desafios é necessário o desenvolvimento de uma assistência

que tenha a família como foco, utilizando a educação em saúde para promover o empoderamento de familiares cuidadores de CRIANES para o desenvolvimento do cuidado destas crianças, e assim possibilitar seu acesso aos serviços de saúde.<sup>19</sup>

No domicílio, os familiares cuidadores das CRIANES passam a executar um cuidado de manutenção da vida, abdicando de suas atividades profissionais e de seus desejos pessoais. Neste contexto, é necessário que sejam desenvolvidas atividades específicas para atender também estes familiares, bem como atividades de assistência domiciliar da criança e atividades que beneficiem o aprimoramento da prática de cuidar no domicílio.<sup>20</sup>

Para tanto, é imprescindível o desenvolvimento do cuidado centrado na família, o melhor preparo dos familiares cuidadores para a transição do hospital para o domicílio, e a reorganização da rede de saúde de forma a diminuir a dependência pelo hospital e contribuir para ampliação da rede social da CRIANES.<sup>21</sup>

Apesar de a maioria dos SAD atender crianças com necessidades especiais de saúde, algumas inclusive com dispositivos de alta complexidade, nenhum dos serviços possui protocolo para o atendimento específico desde grupo, como pode ser observado nos dados a seguir.

Na Tabela 2, apresenta-se a caracterização dos serviços, quanto ao processo de trabalho do SAD.

**Tabela 2** – Caracterização dos Serviços de Atenção Domiciliar do Paraná. Cascavel/PR, 2017.

Característica		N	%
Profissional entrevistado	Enfermeiro	6	75,0
	Outro Profissional	2	25,0
Equipe	Somente EMAD*	3	37,5
	EMAD e EMAP**	5	62,5
Horário de funcionamento	Diurno	6	75,0



	Diurno e Noturno	2	25,0
Atendimento em finais de semana	Sim	7	87,5
	Não	1	12,5
Sede do serviço	Própria	3	37,5
	Anexa a outro serviço	5	62,5
Prontuário eletrônico e interligado	Sim	3	37,5
	Não	5	62,5
Transporte sanitário	Compartilhado	7	87,5
	Próprio	1	12,5
Responsabilização formal do cuidador	Sim	4	50,0
	Não	4	50,0
Rotina de preparo do cuidador	No domicílio	7	87,5
	No hospital	1	12,5
Utilização de impressos para as orientações	Sim	4	50,0
	Não	4	50,0
Telefone próprio no SAD***	Sim	8	100,0
	Não	0	0,0
Projeto Terapêutico Singular	Não	6	75,0
	Sim	2	25,0

Fonte: Banco de dados do pesquisador. 2017.

\*Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar

\*\*Equipe Multidisciplinar de Apoio

\*\*\* Serviço de Atenção Domiciliar

A maioria dos respondentes (75%) foram enfermeiros, os quais também, nesta mesma proporção, coordenam as equipes de atenção domiciliar. O enfermeiro tem papel fundamental na AD, por coordenar o plano de cuidados no domicílio e pelo vínculo que estabelece com os

usuários e cuidadores, por este ser, na maioria das vezes, quem realiza as orientações aos cuidadores e familiares.<sup>22</sup>

Na atuação do enfermeiro na AD Ihe compete, privativamente: dimensionar a equipe de enfermagem; planejar, organizar, coordenar, supervisionar e avaliar a prestação da assistência de enfermagem; organizar e coordenar as condições ambientais, equipamentos e materiais necessários à produção de cuidado competente, resolutivo e seguro; atuar de forma contínua na capacitação da equipe de enfermagem; e executar os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnico-científica e que demandem a necessidade de tomar decisões imediatas. As ações do enfermeiro devem ser executadas no contexto da sistematização da assistência de enfermagem, pautada por normas, rotinas, protocolos validados e frequentemente revisados, com a operacionalização do processo de enfermagem.<sup>23</sup>

Para o desenvolvimento da atenção à saúde, no entanto, é essencial o trabalho em equipe multiprofissional. Entre os oito municípios paranaenses que tem SAD, três têm apenas EMAD, enquanto cinco dispõem também de EMAP, visto que a EMAD é pré-requisito para constituição de um SAD, não sendo possível a implantação de uma EMAP sem a existência prévia de uma EMAD.<sup>8</sup>

Para compor a EMAD, além de médico, enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem deve optar-se por assistente social ou fisioterapeuta.<sup>8</sup> Entre os serviços que possuem apenas EMAD (37,5%), um deles possui fisioterapeuta, outro tem assistente social, enquanto o terceiro dispõe dos dois profissionais na EMAD. Na estruturação das EMAP também é possível adequá-las de acordo com as necessidades identificadas pelo SAD. Entre os serviços que possuem EMAP (62,5%), todos têm assistente social e nutricionista, três deles contam com farmacêutico, três com psicólogo, um tem odontólogo, e outro fonoaudiólogo.

Sobre a carga horária de trabalho dos profissionais houve variação entre as profissões, sendo a menor carga horária, de 20 horas semanais para alguns médicos e um fisioterapeuta, e 30 e 40 horas para os demais profissionais. Apesar de as cargas horárias para os profissionais que compõem as equipes serem indicadas na portaria regulamentadora, existem nos serviços cargas

horárias menores que o indicado. Em um deles, a somatória das cargas horárias dos médicos resulta em 33 horas semanais por equipe, enquanto o mínimo seria 40 horas. Em outro há inconformidade na carga horária do fisioterapeuta, que trabalha 20 horas semanais, enquanto o mínimo seria 30 horas por equipe. No mesmo SAD, o somatório das cargas horárias dos técnicos/auxiliares de enfermagem também é inferior ao indicado, sendo 37,5 horas semanais por equipe. Também há inadequação na carga horária dos técnicos/auxiliares de enfermagem de outro serviço, de 40 horas semanais por equipe, enquanto o mínimo seria 120 horas. Para esta análise foram considerados os números de equipes citados nas entrevistas. A inobservância da carga horária mínima dos profissionais pode implicar diretamente no prejuízo da assistência, bem como de sua continuidade, e no descredenciamento do serviço.

As EMAD tipo 2, são formadas por médico (20 horas), enfermeiro (30 horas), auxiliares ou técnicos de enfermagem (somatório mínimo de 120 horas), e fisioterapeuta ou assistente social (somatório mínimo de 30 horas). Nenhum profissional de EMAD poderá ter carga horária semanal inferior a 20 horas de trabalho.<sup>8</sup>

Em relação à composição das EMAP pesquisadas, também houve variação. Dentre os profissionais que podem ser escolhidos para a equipe, o único que não aparece em nenhum dos serviços é o terapeuta ocupacional. Estas informações convergem com o que está disposto na portaria<sup>8</sup>, de que a EMAP deve ter a composição mínima de três profissionais de nível superior, que podem ser escolhidos entre assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico, ou terapeuta ocupacional. A soma das cargas horárias semanais dos componentes da EMAP não pode ser inferior a 90.

Todos os municípios que tem uma EMAD poderão solicitar uma EMAP, sendo possível a implantação de mais de uma EMAP a cada três EMAD a mais, implantadas.<sup>8</sup> Tendo isso em vista, os três serviços que informaram não ter EMAP poderiam solicitar habilitação de equipes, visando fortalecer o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, visto que a presença de EMAP favorece as trocas de experiências e a construção de estratégias em equipe.

O trabalho em equipe e a realização de ações coletivas ainda são considerados desafios para todos os profissionais da saúde, os quais têm, em sua formação, a centralidade na realização de procedimentos técnicos, individualizados e atrelados a tecnologias duras.<sup>24</sup>

Apesar de todos os SAD utilizarem a Visita Domiciliar (VD) como instrumento de seu trabalho, diferentes são as formas como elas são organizadas. Em dois SAD o horário de funcionamento é inferior ao indicado, oito horas em um e dez horas em outro. Já em outros dois, o período de atendimento foi estendido para além do mínimo indicado, para 15 e 24 horas por dia, atendendo às necessidades identificadas pelos próprios serviços, de administração de medicamentos e cuidados paliativos. Um dos serviços não faz atendimento aos finais de semana.

Quanto ao horário de funcionamento, predominou o período diurno (75%), que variou entre 12 horas de atendimento por dia (em quatro serviços) a oito horas de atendimento por dia, com intervalo para almoço (em um serviço). Além disso, a maioria deles (87,5%) está disponível também em finais de semana.

De acordo com a portaria regulamentadora, o SAD deve ofertar, no mínimo, 12 horas de funcionamento por dia, em todos os dias, inclusive nos finais de semana e feriados, de forma a assegurar a continuidade da atenção em saúde. Para os finais de semana e feriados pode ser utilizado o regime de plantão. A EMAP deve apoiar a EMAD nos dias úteis e, se necessário realizar suas atividades também em escala especial para finais de semana e feriados.<sup>8</sup>

O fato de metade dos serviços participantes deste estudo estar anexo a outros serviços, alguns inclusive a hospitais ou Unidades de Pronto Atendimento (UPA), favorece a articulação do SAD na rede de atenção à saúde, visto que a AD compõe a rede de atenção às urgências.<sup>8</sup>

Em relação à integração digital dos serviços constatou-se que três (37,5%) deles possuem prontuário eletrônico e interligado. Além disso, a utilização de e-mail para o recebimento de encaminhamentos, ainda não é a via predominante, estando acompanhada de outros meios mais demorados, como o malote.

O prontuário eletrônico agrega maior qualidade ao atendimento e à gestão pública. Quando utilizado pode reduzir o número de papéis arquivados, diminuir a ocorrência de erros de conduta; os dados podem ser armazenados por mais tempo; evita a redundância de procedimentos; aumenta a produtividade do serviço e a satisfação dos usuários; e facilita a intercomunicação nos pontos de atenção.<sup>25</sup>

No entanto, o mesmo autor pondera que pode haver empecilhos para sua utilização, tais como o custo de implantação e a necessidade de capacitação dos profissionais. Entretanto, os benefícios gerados superariam as dificuldades na implantação dos prontuários eletrônicos. Nos SAD poderiam ser criadas ferramentas digitais de gestão para o recebimento de encaminhamentos, no processo de admissão e alta dos serviços e para interligar-se, de modo geral, com os demais pontos da rede.<sup>25</sup>

Todos os SAD utilizam carro para deslocar-se até as residências das pessoas cuidadas sendo que cinco (62,5%) deles possuem carro próprio. Em todos os serviços, os profissionais das EMAD e EMAP realizam VD. A rotina de visitas é estabelecida de acordo com as necessidades, porém a frequência mínima, em sete (87,5%) dos SAD é semanal, e em um (12,5%) é quinzenal. No entanto, a portaria regulamentadora da AD<sup>8</sup> define que deve ser realizado VD pelo menos uma vez por semana a cada usuário.

A Política Nacional de Atenção Básica estabelece a VD como uma das responsabilidades das equipes da atenção domiciliar, destinada a indivíduos e famílias que tenham dificuldades para acessar os serviços.<sup>26</sup> Dessa forma, a VD é considerada uma estratégia para ampliar o acesso aos usuários e às famílias que não têm condições de deslocamento até as unidades de saúde<sup>24</sup> e, na AD precisa ser organizada de modo a atender às necessidades dos indivíduos sob seus cuidados, sem prejuízos por estar fora do hospital, e atendendo às determinações exigidas em portaria.

Para o transporte de pacientes, um dos SAD possui veículo de transporte simples, próprio, que realiza a remoção para o domicílio, com acompanhamento de técnico em

enfermagem, e os demais utilizam veículo do município para tal. É necessário refletir sobre a efetividade de cada fluxo, analisando qual é o serviço que realiza este transporte; qual é o profissional que o acompanha; se a ambulância e o profissional estão preparados para atender os pacientes que serão transportados; em quais situações e para quais finalidades será utilizado tal serviço; qual o fluxo para o acionamento do transporte; e como a atenção primária interage nestas situações, visto que o SAD deve estar inserido na RAS de forma a assegurar fluxo de transporte e remoção do usuário tanto em situações de urgência quanto em situações eletivas indicadas pelo SAD.<sup>8</sup>

A prática da responsabilização e do autocuidado apoiado foi evidenciada em metade dos SAD pesquisados, nos quais ocorre no momento da admissão, quando o cuidador assume formalmente a responsabilidade pelos cuidados à pessoa cuidada, assinando documento para este fim, chamado nestes serviços de termo de consentimento, termo de responsabilidade ou contrato. Desta forma, a admissão do usuário ao SAD exigirá a sua prévia concordância e de seu familiar ou, na inexistência de familiar, de seu cuidador, com assinatura de termo de esclarecimento e responsabilidade.

O cuidador é a “pessoa(s), com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta(s) para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá(ão) estar presente(s) no atendimento domiciliar”.<sup>8</sup> A assunção de responsabilidades dos sujeitos pelo seu autocuidado é indicada no manejo de condições crônicas, ou no caso da AD, o autocuidado apoiado.<sup>27</sup>

Neste sentido, os SAD devem estar atentos para promover a responsabilização e o autocuidado, por meio de práticas que promovam sua independência e a sua fluidez na rede de serviços de saúde.<sup>27</sup> Em um dos serviços, o preparo dos cuidadores, quanto à execução dos novos cuidados que a criança irá demandar no domicílio é realizado ainda no hospital. Neste SAD, o preparo dos cuidadores é realizado pela equipe hospitalar, nos demais este treinamento ocorre no

domicílio após a alta, com exceção de outro SAD, no qual é realizado o treinamento no hospital, pelo profissional da AD, nos casos em que a criança necessitará de aspiração de vias aéreas.

É recomendado capacitar o cuidador na prática de procedimentos, como cateterismo vesical intermitente, cuidados com traqueostomia e colostomias, cateter urinário de longa permanência, administração de dieta enteral e realização de curativos, ainda antes da inclusão do usuário no SAD. Seja no próprio SAD, por meio da utilização de manequins para simulação, por exemplo, ou durante a internação hospitalar, quando for o caso.<sup>28</sup> Uma estratégia com grande potencial consiste no preparo do cuidador ainda no hospital, quando possível, pelas equipes hospitalar e domiciliar, como marco de unificação das práticas e de transferência do cuidado.

Considerando que o cuidador é parte essencial da AD,<sup>7</sup> principalmente por ser o executor dos cuidados diários, deve ser avaliada a sua capacidade de entendimento e de execução dos procedimentos, bem como ter seu aceite para então iniciar o acompanhamento domiciliar. Em um dos SAD esta prática é rotina, sendo que é realizada esta avaliação no momento da admissão e retomada na sequência dos acompanhamentos.

Tendo em vista que o momento do retorno ao domicílio, muitas vezes após longos períodos de hospitalização, trata-se de um momento invadido pela ansiedade e, frequentemente pelo medo frente à nova realidade, talvez as orientações não sejam totalmente absorvidas pelo cuidador. Para complementar e auxiliar na fixação das orientações, quatro (50%) dos serviços utilizam impressos como instrumentos auxiliares no processo de orientação dos cuidadores.

O uso de materiais educativos contribui no trabalho da equipe, de forma que reforça informações e orientações realizadas de forma oral e serve ainda como guia em situação de dúvidas do usuário.<sup>29</sup>

Neste sentido, a utilização do material escrito é relevante na educação em saúde nas ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, desenvolvimento de habilidades e favorecimento da autonomia do leitor-alvo. Além disso, os profissionais de saúde devem participar do processo de desenvolvimento e avaliação do material educativo, buscando reduzir qualquer fator que

prejudique o processo de comunicação, adotando estratégias que facilitem a leitura, melhorem a legibilidade e motivem o leitor.<sup>30</sup>

Além de criar estratégias para que o cuidador absorva as orientações, essenciais no processo de admissão, a equipe de AD deve, ao longo do acompanhamento revisar as orientações, avaliando o que foi ou não absorvido pelo cuidador e reforçando-as de acordo com a necessidade.

Mesmo que o processo de orientação do cuidador apresente aproveitamento total, ainda assim, novas situações podem surgir e, então serão necessárias novas instruções. Para tanto é preciso que estejam convencionados fluxos claros prevendo tais situações, como as orientações por telefone.

Apesar de todos os serviços disporem de telefone próprio, na maioria deles, não é um profissional de saúde que o atende. O atendimento do telefone por técnico em enfermagem, 24 horas por dia, para realizar as orientações tem tido repercussões positivas em um dos SAD, assim como a possibilidade de os usuários entrarem em contato diretamente pelo celular da equipe, em outros serviços. Estas são estratégias importantes para facilitar o acesso do cuidador a orientações resolutivas, visto que normalmente na AD, devido aos deslocamentos dos profissionais, torna-se mais difícil o contato com os mesmos nas sedes dos SAD. Nos casos de urgência e emergência os familiares e cuidadores de todos os SAD são orientados a acionar os serviços de urgência e emergência.

Na pesquisa nos SAD, identificou-se a utilização do Projeto Terapêutico Singular (PTS) em dois (25%), dos serviços sendo esta uma condição que precisa ser debatida, uma vez que se reconhece que esta estratégia pode qualificar a assistência prestada pelas equipes de AD. O PTS é caracterizado por um conjunto de condutas/ações/medidas, de caráter clínico ou não, propostas para dialogar com as necessidades de saúde de um sujeito, construídas a partir da discussão em equipe multidisciplinar.<sup>31</sup>



O objetivo do PTS é a produção da autonomia do indivíduo e a apropriação de seu processo de cuidado, caracterizando-se como um instrumento que responda as demandas objetivas e subjetivas das pessoas.<sup>31</sup> Dessa forma, a construção de um PTS deve, sempre que possível e necessário, ser realizada juntamente com membros das equipes de AB, quando a pessoa em AD permanecer em sua área de abrangência, possibilitando o seu enriquecimento por informações resultantes do acompanhamento transversal da AB e buscando entender o sujeito em seu contexto e a definir propostas de ações. Além disso, este contato também favorece o vínculo e o cuidado compartilhado entre as equipes, favorecendo assim os processos de “transferência para AD1”.<sup>31</sup>

No que se refere à assistência prestada aos sujeitos nestes SAD, pode-se constatar que cada serviço estabelece suas próprias rotinas para os cuidados e procedimentos, tais como administração de medicamentos, troca de sondas, aspiração de vias aéreas, terapias respiratórias, administração de dietas, realização de curativos e orientação de uso de próteses e órteses, como exposto na Tabela 3.

**Tabela 3** – Procedimentos realizados pelos Serviços de Atenção Domiciliar do Paraná. Cascavel/PR, 2017.

Administração de medicamentos parenteral	Uma a duas vezes ao dia	5	62,5
	De acordo com a necessidade	3	37,5
Troca de sonda nasoenteral	De acordo com a necessidade	6	75,0
	Trimestralmente	2	25,0
Troca de sonda vesical de demora	De acordo com a necessidade	5	62,5
	Entre 21 e 30 dias	3	37,5
Troca de sondas de gastrostomia	De acordo com a necessidade	7	87,5
	Semestralmente	1	12,5
Curativos	Uma vez por semana ou mais	6	75,0

	De acordo com a necessidade	2	25,0
Aspiração de vias aéreas	Pelos familiares	8	100,0
	Somente pela equipe	0	0,0
Terapias respiratórias	Pelos familiares	4	50,0
	Somente pelo fisioterapeuta	4	50,0
Administração de dietas	Pelos familiares	8	100,0
	Somente pela equipe	0	0,0
Orientações para uso de próteses e órteses	Pelos profissionais do SAD	7	87,5
	Somente por serviço especializado	1	12,5

Fonte: Banco de dados do pesquisador. 2017.

Três serviços indicaram que realizam administração de medicamentos até duas vezes ao dia, no entanto, para que o procedimento seja realizado nesta frequência, ou seja de 12 em 12 horas, é necessário que o serviço tenha horário de atendimento superior a 12 horas por dia. A troca das sondas de gastrostomia não é comum em todos os serviços, mas em um deles a mesma é trocada semestralmente ou mais.

Para a realização dos curativos, um SAD informou que o faz com frequência até diária se necessário e em outro, quando a equipe identifica necessidade de acompanhamento mais frequente, é solicitado apoio à unidade de saúde da família. Em relação às terapias respiratórias, nos serviços em que somente os fisioterapeutas às realizam, este procedimento é executado de uma a duas vezes por semana. Em um deles este serviço é oferecido prioritariamente para as crianças e pessoas que possuam doença pulmonar obstrutiva crônica.

Para o uso de próteses e órteses, em um dos SAD, apesar de o próprio serviço realizar as orientações de uso, o fornecimento das próteses e órteses é realizado pelos centros de reabilitação das instituições de ensino conveniadas, após encaminhamento médico, e em outro, a pessoa em reabilitação é encaminhada ao programa municipal de próteses e órteses.

Dentre os procedimentos que são sempre realizados pelos familiares estão a aspiração de vias aéreas e a administração de dietas, os quais são cuidados delegados a família, após preparo pela equipe.

Muitos dos procedimentos e cuidados realizados pelos SAD não estão organizados por protocolos, no entanto esta padronização é necessária, na busca da segurança e do resultado esperado. De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem <sup>23</sup>, a AD de enfermagem deve ser desenvolvida pautada em normas, rotinas e protocolos validados e frequentemente revisitados. Além disso, as divergências nas formas como os procedimentos são organizados demonstra que não há padronização entre os SAD.

Na Tabela 4, apresentam-se as características do processo para admissão dos pacientes nos serviços, considerando os profissionais que referenciam ao serviço, o prazo para realizar a avaliação de elegibilidade, o profissional responsável por esta avaliação e o processo de contra referência às unidades de saúde.

**Tabela 4** - Admissão dos pacientes para os Serviços de Atenção Domiciliar do Paraná, 2017.

Característica	N	%*
Unidades que encaminham	Hospitais	7 87,5
	Unidades de Pronto Atendimento	6 75,0
	Outros serviços	4 50,0
Profissionais que encaminham	Somente médicos	2 25,0
	Médicos, enfermeiros e assistentes sociais	6 75,0
Prazo para avaliação	De um a três dias	4 50,0
	Até sete dias	4 50,0
Profissional do SAD que avalia a elegibilidade do paciente	Somente médico	2 25,0
	Também outros profissionais	6 75,0
Contra referência	Somente no processo da avaliação, alta ou óbito	6 75,0

Durante	todo	o	2	25,0
acompanhamento				

Fonte: Banco de dados do pesquisador.

\*O percentual é maior do que 100% porque um SAD pode receber encaminhamento de mais de um tipo de serviço.

As fontes encaminhadoras dos pacientes aos SAD compreenderam hospitais, unidades de pronto atendimento, ambulatórios ou centros de especialidades e em um dos serviços, além dessas formas, também ocorre o encaminhamento por demanda espontânea.

A forma de encaminhamento para a atenção domiciliar também apresenta variações entre os municípios pesquisados, sendo possível utilizar e-mail, malote, fax, telefone, ou o próprio familiar/cuidador leva o encaminhamento feito pelo serviço referenciador até o SAD, lembrando que um mesmo serviço pode utilizar-se de mais de uma destas formas.

O prazo para avaliação de elegibilidade varia de um a sete dias. Legalmente estas variações não representam problemas, visto que não há indicações em relação a esta questão na portaria regulamentadora da AD.<sup>8</sup> A padronização deste tempo poderia aumentar a credibilidade dos serviços de modo a respaldá-los quando pressionados pelos serviços encaminhadores.

Percebe-se um importante avanço em relação à descentralização do profissional médico nos processos de encaminhamento e a avaliação de elegibilidade. Contudo, para definir a elegibilidade na AD, fundamentalmente deve ser considerado os critérios indicados em portaria.<sup>8</sup>

A AD tem papel essencial na desospitalização e assim, na otimização de leitos hospitalares,<sup>8</sup> no entanto é necessário que o processo de transferência do cuidado para o domicílio esteja claramente organizado. O prazo para avaliação da elegibilidade deve estar estabelecido, considerando o tempo necessário para identificação do cuidador, a avaliação de sua capacidade de realizar os procedimentos necessários no domicílio, o aceite do cuidador para o acompanhamento domiciliar, a avaliação do domicílio, se indicado, e a organização da remoção do paciente.

Considerando a singularidade do processo de retorno ao domicílio de uma criança que demandará cuidados diferenciados, os cuidadores necessitarão de intervenções que perpassam o treinamento técnico. É essencial para o desenvolvimento desse cuidado, que os familiares das CRIANES constituam vínculo de confiança com a equipe da AD.<sup>22</sup>

Existem limitações no que se refere à comunicação dos SAD com os outros pontos de atenção à saúde. Na maioria dos serviços pesquisados, a comunicação com as unidades de saúde se dá apenas para informar a admissão do usuário no programa ou o seu desligamento, sendo que após a sua admissão, raramente o SAD envia ou recebe informações da unidade a seu respeito.

As unidades de AB devem trabalhar em sinergia com o SAD e mantendo sua responsabilidade sobre os usuários em atendimento também pelo SAD.<sup>7</sup> Desta forma, a troca de informações deve perdurar, a fim de favorecer a atenção integral e continuada, pela AD e AB.

Em metade dos serviços ocorre o momento formal de transferência do cuidado, quando o paciente recebe alta do SAD para a AD1. Nestes serviços, os profissionais do SAD encontram-se, na unidade de saúde, com os profissionais da AB. Esta parece ser uma boa estratégia para garantir a continuidade do cuidado após o desligamento do SAD.

Os serviços de saúde devem ser desenvolvidos em redes. As redes superam a conformação piramidal usual para arranjos poliárquicos entre diferentes atores dotados de certa autonomia, e representam um sistema que busca, deliberadamente, no plano de sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações.<sup>27</sup>

De acordo com o autor, as principais vantagens das redes estão relacionadas à capacidade de aprendizagem, o funcionamento como canais de difusão de conhecimentos e a utilização das informações existentes para produzir novos conhecimentos; a legitimação e *status*, a criação de vínculos diversificados entre atores e organizações permite reduzir as incertezas nas políticas e nos programas; e benefícios econômicos porque relações de intercâmbio possibilitam ganhos de escala, com redução de custos e melhoria da qualidade.<sup>27</sup>

A AD envolve todos os pontos de atenção à saúde e busca superar o modelo assistencial centrado em cuidados hospitalares, se reconhece porém, que esses são necessários e imprescindíveis em algumas situações específicas.<sup>32</sup>

A cobertura de Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU) é considerada para a habilitação do SAD, desse modo todos os SAD possuem suporte deste serviço para as situações de urgência.<sup>8</sup> Para estes transportes de urgência ou emergência, é importante pactuar com o serviço um fluxo específico para o SAD, a fim de garantir a segurança do atendimento.<sup>28</sup>

### **Conclusões**

A AD tem grande potencialidade no cuidado da CRIANES, visto sua abordagem longitudinal e multiprofissional. As demandas de saúde apresentadas pelas CRIANES atendidas pelos SAD paranaenses são significativas, oscilando desde o manejo de condições agudas até a condução de condições que envolvem dispositivos de alta tecnologia, como ventilação mecânica invasiva. Frente às demandas encontradas os serviços organizam-se para atendê-las da melhor forma, contudo, estes serviços ainda podem avançar no atendimento às CRIANES em AD, organizando-o e padronizando-o através da utilização de protocolos.

Nesta perspectiva, este estudo subsidia dados para reflexão e aprimoramento do processo de trabalho na AD, bem como divulga as práticas de sucesso já desenvolvidas, que envolvem a utilização do PTS, o trabalho em rede, o preparo adequado do cuidador, transporte sanitário organizado, e orientação via telefone de forma organizada.

No entanto, o estudo também apresenta limitações, visto que se restringiu à visão dos profissionais dos serviços, não considerando a perspectiva dos usuários. Assim, sugere-se a realização de novos estudos que abordem as perspectivas dos usuários sobre o cuidado recebido na atenção domiciliar.

### **Referências Bibliográficas**

1. Cabral IE, Moraes JRMM. Familiares cuidadores articulando rede social de criança com necessidades especiais de saúde. *Rev Bras Enferm.* 2015; 68 (6): 769-76.
2. McPherson MG, Arango P, Fox H, Lauver C, McManus M, Newacheck PW, et al. A new definition of children with special health care needs. *Pediatrics.* 1998; 102(1): 7-41.
3. Zamberlan KC, Neves ET, Severo VRG, Santos RP. O cuidado à criança com doença crônica ou incapacitante no contexto hospitalar. *J. res.: fundam. care. online.* 2014; 6(3): 1288-1301.
4. Ingerski LM. A pilot study comparing traumatic stress symptoms by child and parent report across pediatric chronic illness groups. *J Dev Behav Pediatr.* 2010; 31 (9): 713-19.
5. Ferro MA, Boyle MH. The impact of chronic physical illness, maternal depressive symptoms, family functioning, and self-esteem on symptoms of anxiety and depression in children. *J Abnorm Child Psychol.* 2015; 43 (1): 177-87.
6. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil, acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz/MS/IBGE; 2010.
7. Oliveira Neto AVO, Dias MB. Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): o que representou o Programa Melhor em Casa? *Divulg. Saúde Debate.* 2014, 51: 58-71.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 825 de 2016, Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília: MS, 2016.
9. Loss SH, Nunes DSL, Franzosi OS, Salazar GS, Teixeira C, Vieira SRR. Doença crítica crônica: estamos salvando ou criando vítimas?. *Rev. bras. ter. intensiva.* 2017; 29 (1): 87-95.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estados - Paraná. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pr>> Acesso em: 28 maio 2016a.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades - Cambé. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=410370&search=||infogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>>. Acesso em: 31 maio 2016b.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades - Cascavel. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=410480&search=parana|cascavel>>. Acesso em: 31 maio 2016c.

13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades - Curitiba. Disponível em:<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=410690&search=parana|curitiba>>. Acesso em: 31 maio 2016d.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades - Guarapuava. Disponível em:<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=410940&search=parana|guarapuava>>. Acesso em: 31 maio 2016e.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades - Londrina. Disponível em:<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=411370&search=parana|londrina>>. Acesso em: 31 maio 2016f.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades - Palotina. Disponível em:<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=411790&search=parana|palotina>>. Acesso em: 31 maio 2016g.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades - Paranavaí. Disponível em:<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=411790&search=parana|palotina>>. Acesso em: 31 maio 2016h.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades – Santa Terezinha de Itaipu. Disponível em:<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=412405&search=parana|santa-terezinha-de-itaipu>>. Acesso em: 31 maio 2016i.
19. Neves ET, Silveira A. Desafios para os cuidadores familiares de crianças com necessidades especiais de saúde: contribuições da enfermagem. *Rev enferm UFPE on line*. 2013; 7 (5): 1458-1462.
20. Silveira A, Neves ET, Paula CC. Cuidado familiar das crianças com necessidades especiais de saúde: um processo (sobre)natural e de (super)proteção. *Texto Contexto Enferm*. 2013; 22 (4): 1106-1114.
21. Ramos LDC, Moraes JRMM, Silva LF, Goés FGB. Maternal care at home for children with special needs. *Invest Educ Enferm*. 2015; 33 (3): 492-499.
22. Andrade, AM, Silva KL, Seixas CT, Braga PP. Nursing practice in home care: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm*. 2017; 70 (1): 199-208.
23. Cofen. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 0464/2014. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar. Brasília: COFEN, 2014.
24. Mattos GCM, Ferreira EF, Leite ICG, Greco RM. A inclusão da equipe de saúde bucal na Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19 (2): 373-382.



25. Gonçalves JPP, Batista LR, Carvalho LM, Oliveira MP, Moreira KS, Leite MTS. Prontuário Eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das Redes de Atenção à Saúde. *Saúde debate*. 2013; 37 (96): 43-50.
26. Brasil. Ministério da saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: MS, 2017.
27. Moraes HCC, Gonzaga NC, Aquino PS, Araújo TL. Estratégias de autocuidado apoiado para pacientes com acidente vascular cerebral: revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2015; 49 (1): 136-143.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Segurança do paciente no domicílio – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
29. Pimentel PP, Toldrá RC. Desenvolvimento de manual para orientações básicas do dia a dia para pessoas com esclerose múltipla. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*. 2017; 25 (1): 67-74.
30. Gonçalves VM, Pacífico CF, Teixeira PG, Nagami V, Zazula R, Gon MCC. Análise dos materiais educativos sobre diabetes para crianças. *Perspectivas em Psicologia*. 20<sup>14</sup>; 18 (1): 44-56.
31. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. Brasília, 2008.
32. Brasil. Ministério da saúde. Portaria nº 2.527 de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2011.

**Artigo 2: PROTOCOLO DE ORGANIZAÇÃO DE FLUXO NA ATENÇÃO  
DOMICILIAR ÀS CRIANÇAS COM NECESSIDADE ESPECIAIS DE  
SAÚDE**

## PROTOCOLO DE ORGANIZAÇÃO DE FLUXO NA ATENÇÃO DOMICILIAR ÀS CRIANÇAS COM NECESSIDADE ESPECIAIS DE SAÚDE

### Resumo:

**Introdução:** O crescimento das condições crônicas na infância, nas últimas décadas, evidenciou o grupo das Crianças com Necessidades Especiais de Saúde, gerando demanda de cuidados diferenciados a esse grupo, além da necessidade de reorganização da assistência.

**Objetivo:** Desenvolver protocolo de organização de fluxo nos serviços de atenção domiciliar para o cuidado a Crianças com Necessidades Especiais de Saúde, no estado do Paraná.

**Metodologia:** Pesquisa quantitativa, descritiva, exploratória, estudo de casos múltiplos. Coleta de dados com profissionais dos oito serviços de atenção domiciliar paranaenses. Os dados foram analisados com a metodologia *Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats* (SWOT), a partir da qual elaborou-se plano de ação pelo método 5W2H, que possibilitou a criação de fluxograma para os serviços.

**Resultados:** Destacou-se como pontos positivos a alta hospitalar programada, encaminhamento organizado para o serviço de atenção domiciliar, avaliação de elegibilidade efetiva, preparo adequado do cuidador, transporte sanitário organizado, roteiro sistematizado para admissão, projeto terapêutico singular, e fluxo específico na rede de urgência e emergência.

**Discussão:** Avaliou-se criteriosamente cada ponto envolvido e desenvolveu-se um plano de ação e fluxograma que neutralize as fraquezas e ameaças e potencialize as forças e oportunidades.

**Conclusão:** O desenvolvimento do protocolo oferece subsídios para organizar o fluxo de atenção às crianças com necessidades especiais de saúde na atenção domiciliar.

**Palavras-chave:** Saúde da Criança; Doença Crônica; Protocolos; Pacientes Domiciliares.

### Introdução

O desenvolvimento tecnológico e a qualificação dos profissionais de saúde, proporcionaram muitos avanços na atenção à saúde da criança nos últimos anos, no Brasil, resultando no aumento dos índices de sobrevivência das crianças e no destaque de um grupo que demanda atenção diferenciada dos serviços de saúde, as Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES), entre as quais estão compreendidas as crianças com doença crônica.<sup>1-2</sup>

No Brasil, entre 9 e 11% do total da população infanto-juvenil possui algum tipo de doença crônica <sup>3</sup>. Desse modo, emerge a necessidade de dar continuidade à atenção à saúde dessas crianças após a alta hospitalar. Nesse contexto, a partir de 2011 o Brasil implantou o Programa Melhor em Casa, no âmbito da Atenção Domiciliar (AD).<sup>4</sup>

A AD possui grande potencialidade no cuidado aos portadores de doenças crônicas, que demandam atenção longitudinal por equipe multiprofissional, oferecendo atenção integral, continuada e humanizada. <sup>4</sup>

Para tanto, a AD é organizada em três modalidades: AD1, AD2 e AD3. Na AD1 os usuários serão assistidos pelas equipes de atenção primária, com acompanhamento no domicílio de acordo com suas necessidades. Na AD2 e AD3 o atendimento se dará pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e a modalidade da assistência em AD será definida a partir das necessidades de cuidado do usuário, da demanda de periodicidade de visita domiciliar (VD), da intensidade do cuidado multiprofissional e do uso de equipamentos <sup>5</sup>.

Os SAD podem ser compostos somente por Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD), e podem também ter Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) <sup>5</sup>.

Dessa forma, a AD, por suas características, pode ser utilizada também na atenção às CRIANES. No entanto, não foi encontrado relato em literatura brasileira de protocolos próprios para o atendimento de CRIANES na AD, e considerando este um grupo específico e permanente, devido ao crescimento da expectativa de vida, faz-se necessário o desenvolvimento de protocolo que norteie os serviços e os profissionais envolvidos.

Visando contribuir para a organização do fluxo das CRIANES em AD2, esse estudo tem por objetivo desenvolver protocolo de organização de fluxo nos serviços de atenção domiciliar para o cuidado a CRIANES, no estado do Paraná.

## **Metodologia**

Os dados primários, para o diagnóstico do cuidado às CRIANES na AD no estado do Paraná, foram obtidos a partir de coleta de dados nos oito SAD paranaenses, que estão localizados nos municípios de Cambé, Cascavel, Curitiba, Guarapuava, Londrina, Palotina, Paranaíba e Santa Terezinha de Itaipú, onde os participantes foram profissionais destes serviços. Esses dados foram categorizados de acordo com o indicado para elaboração de protocolos de organização de serviços <sup>6</sup> e, em seguida, fez-se a análise utilizando como instrumento o método SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats*) <sup>7</sup>. Posteriormente, os pontos elencados foram organizados de acordo com o Plano de Ação

5W2H,<sup>8</sup> para, na última etapa, os resultados serem representados graficamente em formato de fluxograma.

Os protocolos de organização dos serviços consistem em instrumentos utilizados na gestão dos serviços e abrangem as seguintes categorias: organização do trabalho em uma unidade e no território; fluxos administrativos contidos na proposta dos serviços em rede; processos de avaliação; e constituição do sistema de informação, estabelecendo as interfaces entre as diversas unidades, entre os níveis de atenção e com outras instituições sociais<sup>6</sup>.

A análise SWOT (sigla em inglês de *strengths, weakness, opportunities and threats*, em português, forças, fraquezas, oportunidades e ameaças) consiste em uma ferramenta que fornece subsídios para a gestão e o planejamento das organizações<sup>7</sup>.

As forças são caracterizadas pela diferenciação conseguida pela instituição, significam uma vantagem operacional no ambiente. Ao contrário, as fraquezas relacionam-se às situações inadequadas desta, que lhes proporcionam uma desvantagem operacional no ambiente. As forças e as fraquezas são classificadas como variáveis internas e controláveis, já as oportunidades e ameaças são formas externas e incontroláveis pela instituição. As oportunidades são os fatores que podem favorecer a ação estratégica, enquanto as ameaças são caracterizadas por situações que criam obstáculos à ação estratégica, mas que, se reconhecidas em tempo hábil poderão ser evitadas<sup>7</sup>.

A terceira ferramenta utilizada, o Plano de Ação 5W2H, consiste na elaboração de um plano estruturado para a execução e controle de tarefas atribuindo as responsabilidades, o método para execução, o motivo, os custos e os prazos para conclusão. Seu desenvolvimento consiste nas respostas de algumas questões: *what* (o que será feito?), *who* (quem o fará?) *when* (quando será feito?), *where* (onde será feito?), *why* (por que será feito?), *how* (como será feito?), e *how much* (quanto custará a ação?), a fim de definir como serão desenvolvidas as ações para a conquista dos objetivos<sup>8</sup>.

Ao fim, os resultados foram representados graficamente por fluxograma. A representação gráfica de um protocolo por fluxograma, com algoritmos, permite qualificar a representação e facilitar sua compreensão por parte dos profissionais que o irão utilizar<sup>6</sup>.

Os fluxogramas e algoritmos podem ser empregados nos protocolos de forma a ordenar e estabelecer os fluxos de suas ações<sup>6</sup>. E os algoritmos consistem em uma sequência finita de instruções que podem ser executadas mecanicamente num período de tempo finito e com uma quantidade de esforço finita. Eles podem ser elaborados de forma a repetir passos ou indicar decisões até que a tarefa seja concluída<sup>6</sup>.

Na leitura do fluxograma, cada algoritmo começa com um desenho oval, representando uma população de pacientes com uma característica definida, sintomas e queixas. Esses desenhos ovais também são chamados de “quadro clínico”. O losango representa os pontos de decisões clínicas, os quais têm somente dois possíveis desfechos: sim ou não (pontos dicotômicos). São decisivos para os próximos passos e, por isso, são denominados pontos de decisão. A figura oval é usada como “saída”, ou seja, a cada vez que um processo chega a uma etapa conclusiva, sendo que desse elemento gráfico não partem setas, pois é figura de encerramento. Os retângulos representam grupos específicos do processo do atendimento nos quais as intervenções diagnósticas ou terapêuticas devem ser realizadas<sup>6</sup>.

Os símbolos do fluxograma devem ser conectados por setas, sendo que uma única flecha deixa um oval ou entra em um hexágono ou retângulo e duas setas deixam um hexágono (ponto de decisão), que quando vão para a direita, indicam a resposta “sim”, e indo para baixo indicam a resposta “não”<sup>6</sup>.

Seguiram-se todos os preceitos éticos e o estudo foi aprovado por comitê de ética em pesquisa com seres humanos, sob parecer número 1.741.820.

## Resultados

### Categorias para elaboração de protocolos de organização dos serviços

Quanto aos aspectos da organização do trabalho, organização do trabalho no território, fluxos administrativos para o trabalho em rede, processos de avaliação sistemas de avaliação, os resultados estão apresentados no quadro 1, a seguir.

Quadro 1 – Aspectos elencados dos SAD nas categorias para elaboração de protocolos. 2017

Aspectos favoráveis	Aspectos prejudiciais
<b>Organização do trabalho na unidade</b>	
Presença de EMAP na maioria dos SAD; Linha telefônica própria; Carro do SAD, sem necessidade de agendamento prévio; Responsabilização do cuidador, com termo de consentimento;	Horário de funcionamento somente diurno e não superior a 12 horas, na maioria dos SAD; Atendimento por telefone por profissionais não habilitados para realizar orientações, na maioria; Transporte sanitário sem acompanhamento de profissional do SAD na maioria; Não ocorre o preparo no hospital, pelos profissionais de

<p>Trabalho desenvolvido em equipe multiprofissional, com troca de experiências e construção de estratégias a partir da soma de olhares dos distintos profissionais objetivando a abordagem integral do indivíduo.</p>	<p>nível superior da EMAD e na presença da equipe do serviço hospitalar, na maioria;</p> <p>Falta de padronização para o preparo do cuidador.</p> <p>Falta de padronização da rotina de admissão nos SAD – informes realizados, utilização de impressos, definição de quais profissionais realizam a admissão, informações termo responsabilidade, projeto terapêutico, fluxo para contato com atenção primária, prontuário domiciliar;</p> <p>Falta de padronização dos primeiros atendimentos, definindo quem realiza o acompanhamento e qual a frequência nas primeiras semanas;</p> <p>Baixa utilização do Projeto Terapêutico Singular (PTS).</p>
<b>Organização do trabalho no território</b>	
<p>Definições para acompanhamento em AD1, AD2 ou AD3 estão estabelecidas em portaria.</p>	<p>Não há organização própria para o cuidado de CRIANES no território;</p> <p>Insuficiência de número de SAD no Paraná.</p>
<b>Fluxos administrativos para o trabalho em rede</b>	
<p>Encaminhamento ao SAD descentralizado do profissional médico na maioria;</p> <p>Fontes encaminhadoras diversas e descentralizadas;</p> <p>Momento formal de transferência do cuidado para AD1 em alguns SAD;</p> <p>Alta hospitalar programada na maioria;</p> <p>Há modelo nacional de rede de atenção para doenças crônicas.</p>	<p>Falta de padronização dos profissionais que encaminham ao SAD;</p> <p>Na maioria, não ocorre o preparo no hospital, pelos profissionais de nível superior da EMAD e na presença da equipe do serviço hospitalar;</p> <p>Comunicação inconstante dos SAD com a atenção primária, na maioria;</p> <p>Descontinuidade do acompanhamento pela atenção primária dos indivíduos acompanhados pelo SAD, na maioria dos municípios;</p> <p>Falta de pactuação de um fluxo específico para o SAD com a rede de urgência e emergência.</p>
<b>Processos de avaliação (da elegibilidade)</b>	
<p>Avaliação da elegibilidade descentralizada do profissional</p>	<p>Falta de padronização dos profissionais que avaliam a elegibilidade;</p>

médico e alguns SAD.	<p>Tempo limite para avaliação de elegibilidade não padronizado entre os SAD;</p> <p>Falta de padronização nos fatores abordados na avaliação de elegibilidade (identificação do cuidador, avaliação de sua capacidade de realizar os procedimentos necessários no domicílio, aceite do cuidador para o acompanhamento domiciliar, avaliação do domicílio e organização da remoção do paciente para o domicílio);</p> <p>Falta de padronização da avaliação das capacidades do cuidador – entendimento e execução dos procedimentos, para elegibilidade e durante o acompanhamento.</p>
<b>Sistema de informação</b>	
	<p>Sistemas de informação, não se comunicam com outras unidades;</p> <p>Encaminhamento para a atenção domiciliar dependente de via demorada;</p> <p>Implantação insuficiente de prontuário eletrônico e interligado.</p>

FONTE: Elaborado pela autora, 2017.

A partir disso, considerando os pontos positivos das ações já desenvolvidas nos serviços e as falhas que devem ser reparadas, foram apontados os principais assuntos e organizados de acordo com a metodologia SWOT.

### **Análise SWOT**

A análise SWOT (Quadro 2) foi realizada considerando os fatores relacionados à organização do trabalho na unidade e no território, os fluxos em rede, os processos avaliativos e os sistemas de informação.



**Quadro 2 - Análise SWOT dos Serviços Paranaenses de Atenção Domiciliar, 2017.**

		<b>Organização do trabalho na unidade</b>	<b>Organização do trabalho no território</b>	<b>Fluxos administrativos para trabalho em rede</b>	<b>Processos de avaliação</b>	<b>Sistemas de informação</b>
<b>FATORES INTERNOS</b>	<b>Strengths (Forças)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presença de EMAP na maioria dos SAD.</li> <li>• Linha telefônica própria.</li> <li>• Carros do SAD, sem necessidade de agendamento prévio.</li> <li>• Responsabilização do cuidador, com termo de consentimento.</li> <li>• Trabalho desenvolvido em equipe multiprofissional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O tempo de resposta quando a equipe é solicitada não é padronizado, mas é estabelecido nas equipes, sendo considerado adequado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encaminhamento descentralizado do profissional médico.</li> <li>• Fontes encaminhadoras diversas e descentralizadas.</li> <li>• Reunião de transferência do cuidado para AD1.</li> <li>• Alta hospitalar programada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação da elegibilidade descentralizada do profissional médico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existência de equipamentos de informática.</li> <li>• Existência de rede de internet.</li> </ul>
	<b>Weakness (Fraquezas)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Horário de funcionamento somente diurno e não superior a 12 horas, na maioria dos SAD.</li> <li>• Atendimento por telefone por profissionais não habilitados para realizar orientações resolutivas.</li> <li>• Falta de padronização da rotina de admissão.</li> <li>• Falta de padronização para os primeiros atendimentos.</li> <li>• Baixa utilização do PTS.</li> <li>• Transporte sanitário sem acompanhamento de profissional do SAD na maioria.</li> <li>• Falta de padronização para o preparo do cuidador.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuficiência de SAD no PR, devido a proporção da morbidade de crianças.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de padronização dos profissionais que encaminham ao SAD.</li> <li>• Na maioria, não ocorre o preparo no hospital, pelos profissionais de nível superior da EMAD e na presença da equipe do serviço hospitalar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tempo limite para avaliação de elegibilidade não padronizado entre os SAD.</li> <li>• Falta de padronização da avaliação das capacidades do cuidador.</li> <li>• Falta de padronização dos profissionais que avaliam a elegibilidade.</li> <li>• Falta de padronização nos fatores abordados na avaliação de elegibilidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistemas de informação que não se comunicam com outras unidades.</li> <li>• Sistema de informação orientado par a produção de dados de produtividade.</li> </ul>
<b>FATORES EXTERNOS</b>	<b>Opportunities (Oportunidades)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possibilidade de solicitação de EMAP pelos SAD onde ainda não há.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definições para acompanhamento em AD1, AD2 ou AD3 estabelecidas em portaria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Construção federal de rede de atenção para doenças crônicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participar de pesquisas avaliativas e refletir sobre os resultados para mudanças da prática do cuidado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existência de um sistema de informações, o e-SUS AD, que pode ser futuramente adaptado para comunicação.</li> </ul>
	<b>Threats (Ameaças)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A maneira de organizar o cuidado é diferente em cada SAD pesquisado, denotando ausência de protocolos de cuidado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de fluxo de cuidado para a CRIANES no território.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicação inconstante dos SAD com a RAS.</li> <li>• Descontinuidade do acompanhamento pela AB dos indivíduos acompanhados pelo SAD.</li> <li>• Falta de pactuação de um fluxo específico para o SAD com a rede de urgência e emergência.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência de auto avaliação ou mesmo de avaliação formal do Estado em relação aos serviços desempenhados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encaminhamento para a atenção domiciliar dependente de via demorada.</li> <li>• Implantação insuficiente de prontuário eletrônico e interligado.</li> </ul>

## **Plano de ação 5W2H**

Utilizando a metodologia do Plano de Ação 5W2H, os pontos elencados foram organizados e a partir da análise dos fatores que favorecem e que prejudicam o processo de trabalho e das diretrizes para AD, foi estruturado plano de ação para o cuidado das CRIANES em AD2 no Paraná, de acordo com os seguintes tópicos: (a) Alta hospitalar programada; (b) Encaminhamento para o SAD; (c) Avaliação de elegibilidade; (d) Preparo do cuidador; (e) Transporte sanitário; (f) Roteiro de admissão; (g) Projeto terapêutico singular; (h) Cuidado compartilhado; (i) Acompanhamento; (j) Orientação via telefone; (k) Prontuário eletrônico e interligado; e (l) Fluxo específico na rede de urgência e emergência. A análise de custo não se aplica nesta utilização do plano.

a) Alta hospitalar programada pela equipe hospitalar, quando houver previsão de alta de criança com necessidades especiais de saúde com critérios para acompanhamento em AD2, para encaminhar a criança ao SAD.

b) Encaminhamento para o SAD, por enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e assistentes sociais de hospitais (públicos ou privados), quando for identificada criança com necessidades especiais de saúde com critérios para acompanhamento em AD2, utilizando formulário próprio, por correio eletrônico ou prontuário eletrônico.

c) Avaliação de elegibilidade, em hospital (público ou privado), por profissionais de nível superior de EMAD, no prazo de um a, no máximo, sete dias após o recebimento do encaminhamento, realizando neste momento a identificação do cuidador, a avaliação de sua capacidade de realizar os procedimentos necessários no domicílio e seu aceite para o acompanhamento domiciliar.

d) Preparo do cuidador, pelos profissionais de nível superior da EMAD e do hospital, após avaliado como elegível em AD2, realizando orientações e demonstração, para instrumentalizar o cuidador para realizar os cuidados que serão necessários no domicílio.

e) Transporte sanitário, do hospital para o domicílio (quando o cuidador já estiver preparado), com veículo de transporte de pacientes, do SAD ou do município, de acordo com fluxo estabelecido e com acompanhamento de técnico em enfermagem do SAD e kit de materiais

para a realização dos cuidados domiciliares. Este fluxo visa transmitir segurança aos pais para deixar o hospital e assumir o cuidado domiciliar, visto que fará esta transição acompanhado por profissional do serviço que dará continuidade ao acompanhamento.

f) Roteiro de admissão. Após a remoção para o domicílio, profissionais de nível superior da EMAD, realizam a admissão no SAD, reforçando orientações de cuidados, com auxílio de materiais impressos, e sobre o atendimento do SAD, disponibilizando contato telefônico e lendo o Termo de Responsabilidade para assinatura pelo cuidador, pelo qual o mesmo responsabiliza-se em realizar os cuidados orientados pela equipe do SAD.

g) Projeto Terapêutico Singular desenvolvido 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. Avaliação e implementação de ações pelos profissionais da EMAD ainda na mesma semana, após solicitação pela EMAD de acordo com as necessidades identificadas pelo PTS.

h) Cuidado compartilhado. Comunicar a unidade de atenção primária de referência sobre a admissão no SAD e mensalmente, via prontuário eletrônico ou correio eletrônico, com relato de caso e o PTS, requisitando contribuição da unidade na divisão de responsabilidades, para a continuidade do acompanhamento na AB quando em atendimento no SAD. E no momento da transferência do cuidado para AD1, realizar reunião entre EMAD e equipe da unidade de atenção primária de referência na unidade de saúde.

i) Acompanhamento com VD no mínimo semanal, conforme programação da equipe, e quando necessário por solicitação do cuidador familiar, com carro disponível para o próprio SAD, observando a execução dos cuidados, a evolução da criança e orientando novos cuidados, se necessário. Identificar necessidade de suporte profissional para a família, providenciando-o na rede.

j) Orientação via telefone, por atendente capacitado ou em contato com celular da EMAD para esclarecimento de dúvidas ou em caso de desestabilização da criança sem caráter de urgência ou emergência. Se necessário, é providenciado reavaliação pela EMAD ou EMAP.

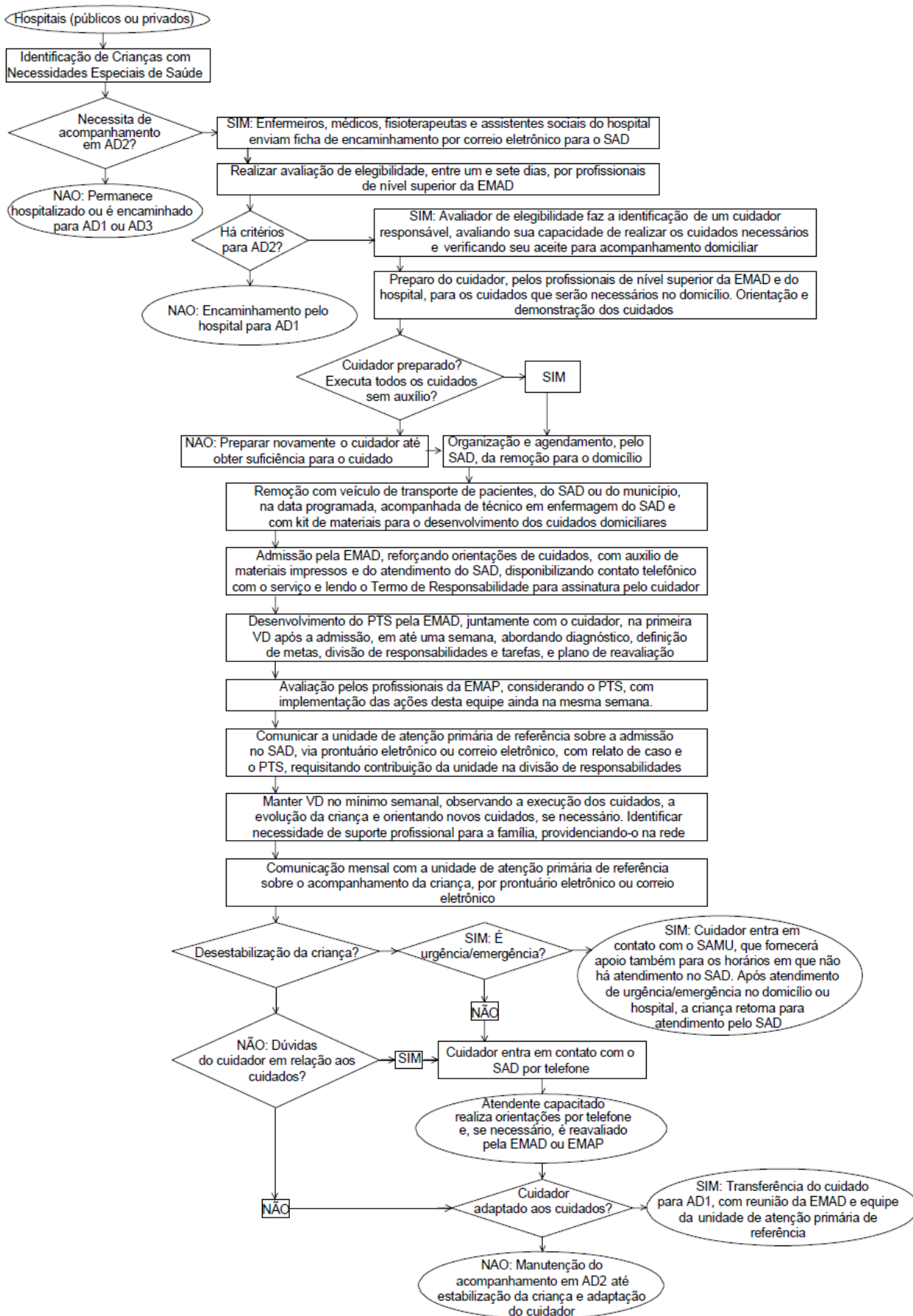
k) Prontuário eletrônico e interligado entre o SAD e as unidades de atenção primária e outros pontos da rede de atenção à saúde, para registro e troca de informações pertinentes de referência e contrarreferência.

l) Fluxo específico na rede de urgência e emergência, onde o Serviço Móvel de Urgência (SAMU) presta os atendimentos de urgência e emergência, com desfecho domiciliar ou hospitalar, e fornece suporte de atendimento nos horários em que não há atendimento pelo SAD.

### **1. Representação Gráfica**

A Figura 1 apresenta o fluxograma para CRIANES em AD2.

**Figura 1:** Fluxograma para Crianças com Necessidades Especiais de Saúde em AD2.



Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

## Discussão

O planejamento estratégico desenvolvido a partir da análise SWOT, possibilitou avaliar cada esfera envolvida na organização do trabalho no próprio serviço e em seu contexto.

A organização do trabalho na unidade é desenvolvida de acordo com a realidade encontrada no território e tem o objetivo de criar respostas com potencial para modificar a realidade ao atuar nos determinantes e produzir saúde quando geram conhecimento, alimentam um sistema de informação e aproximam instituições internas e externas ao setor saúde.<sup>6</sup>

Dessa forma, para a organização do trabalho no território, os serviços devem utilizar protocolos que se adequem às necessidades identificadas nos territórios sob sua responsabilidade.<sup>6</sup>

A territorialização pode ser descrita como o processo de apropriação do espaço pelos serviços de atenção primária à saúde. Ou seja, consiste no processo de criação de territórios de abrangência das unidades de Atenção Primária à Saúde (APS), visando definir claramente as áreas de atuação dos serviços de atenção primária<sup>9</sup>, conceito que pode ser estendido à atenção domiciliar. A insuficiência de SAD no estado pode impactar o número de hospitalizações de crianças, o qual, em 2015 e 2016, correspondeu a 84.787 e 88.667, respectivamente, 10,9% das internações no Paraná, as quais eram de crianças até dez anos<sup>10</sup>.

Os fluxos administrativos dizem respeito à definição das ações de referência e contrarreferência dentre os serviços, a fim de facilitar o acesso, a longitudinalidade e a continuidade do cuidado.<sup>6</sup> Sendo a APS o nível de atenção à saúde mais próximo dos usuários do Sistema Único de Saúde e tendo suas ações desenvolvidas nas unidades básicas de saúde, representa a principal porta de entrada e consiste no centro de comunicação com toda a rede de atenção à saúde<sup>11</sup>. Desse modo, é responsável pelo encaminhamento das unidades de AB para os demais níveis de assistência, enquanto na contrarreferência recebe o retorno do usuário, dos demais níveis de atenção para a APS<sup>11</sup>.

Da mesma forma, em realidades em que os sistemas de referência e contrarreferência consistem-se por meio de precário fluxo burocrático obstruem as possibilidades de coordenação entre os níveis de atenção.<sup>12</sup>

A análise dos processos de avaliação está relacionada ao monitoramento dos resultados e em um julgamento de valor sobre uma intervenção e visa subsidiar uma análise da ação implementada para auxiliar na tomada de decisão, reconduzindo seu curso.<sup>13</sup>

Já os sistemas de informação, têm como propósito selecionar os dados pertinentes aos serviços e transformá-los em informação necessária para os processos de decisão. Eles consistem em um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde.<sup>14</sup>

Neste sentido, o e-SUS Atenção Básica foi desenvolvido como estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional, visando a qualificação da gestão da informação para assim ampliar a qualidade no atendimento à população.<sup>15</sup>

Em 2015 foi lançado uma versão do e-SUS Atenção Básica no módulo e-SUS AD, como sistema de informação para os SAD, para registro das informações de produção das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) no intuito de qualificar as informações utilizadas para monitoramento e planejamento dos SAD.<sup>15</sup> Para que os sistemas de informação sejam eficientes, eles devem estar interligados com os outros serviços da rede de saúde. No entanto este sistema não tem tido a função de comunicação entre as unidades de atenção à saúde.

Visto que os fatores que prejudicam o processo de trabalho superaram quantitativamente os fatores que o favorecem, é fundamental a adoção de um plano de ação que fortaleça os pontos fortes dos SAD, de modo que os fatores que favorecem o desenvolvimento do trabalho superem os fatores ditos prejudiciais. Para tanto, pela análise SWOT os fatores foram divididos nas categorias forças, fraquezas, oportunidades e ameaças o que permitiu reflexão sobre os mesmos e favoreceu a elaboração do plano de ação a partir do cruzamento das informações.

Um plano de ação eficiente deve abordar claramente todos aspectos envolvidos no processo, como os responsáveis por cada ação, os prazos, momento e local para tal, e o que será considerado em cada etapa<sup>8</sup>. Dessa forma, todos os pontos levantados no plano de ação, como alta hospitalar programada, encaminhamento para o SAD, avaliação de elegibilidade, preparo do cuidador, transporte sanitário, roteiro de admissão projeto terapêutico singular, cuidado compartilhado, acompanhamento, orientação via telefone, prontuário eletrônico e interligado, e fluxo específico na rede de urgência e emergência foram contemplados e representados passo a passo em fluxograma.

## **Conclusão**

A elaboração deste protocolo fornece subsídios para o fortalecimento da AD paranaense, no cuidado à CRIANES, instrumentalizando os profissionais envolvidos, potencializando os recursos já existentes e organizando o processo de trabalho.

Por outro lado, o estudo também apresenta limitação, visto que o instrumento para o fluxo de cuidado da CRIANES em AD2 foi construído considerando a realidade dos serviços e as diretrizes da AD, no entanto ainda não foi testado pelos serviços. Sugere-se que novos estudos possam avaliar sua aplicação prática nos serviços.

### **Referências Bibliográficas**

1. Cabral IE, Moraes JRMM. Familiares cuidadores articulando rede social de criança com necessidades especiais de saúde. *Rev Bras Enferm.* 2015; 68 (6): 769-76.
2. McPherson MG, Arango P, Fox H, Lauver C, McManus M, Newacheck PW, et al. A new definition of children with special health care needs. *Pediatrics.* 1998; 102:137-41.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil, acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz/MS/IBGE; 2010.
4. Oliveira Neto AVO, Dias MB. Atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): o que representou o Programa Melhor em Casa? *Divulg. Saúde Debate.* 2014; 51: 58-71.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 825 de 2016, Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília: MS, 2016.
6. Werneck MAF, Faria HP, Campos KFC. Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed; 2009.
7. Navarro FAR, Alencar C. Análise dos elementos estratégicos em processos de internacionalização: empresas brasileiras de real estate visando ao mercado residencial da Costa Rica. *Ambient. constr.* 2016; 16 (1): 285-299.
8. Machado BSB, Viegas MC. Estudo de Caso: As ferramentas da qualidade utilizadas no laboratório de análises clínicas de um hospital para a otimização de processos. *UNOPAR Cient., Ciênc. Juríd. Empres.* 2012; 13 (1): 75-80.



09. Caires ES, PJ Santos Júnior. Territorialização em saúde: uma reflexão acerca de sua importância na atenção primária. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2017; 9 (1): 1174-1177.
10. Brasil. Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Morbidade hospitalar. 2017. Disponível em:  
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nipr.def>
11. Pereira JS, Machado WCA. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. *Physis Rev. de Saúde Coletiva*. 2016; 26 (3): 1033-1051.
12. Santos AM, Giovanella L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2016, v. 32 (3) [Acessado 15 Fevereiro 2018] , e00172214. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00172214>>. Epub 22 Mar 2016. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00172214>.
13. Dalfior ET, Lima RCD, Andrade MAC. Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde. *Saúde debate*. 2015; 39 (104): 210-225.
14. Guimarães EMP, Évora YDM. Sistema de informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. *Ciência da Informação*. 2004; 33 (1): 072-80.
15. Brasil, Portal da Saúde. E-sus atenção básica. Disponível em:  
<<http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>>. Acesso em: 21 nov. 2017

## CONCLUSÕES GERAIS

Conhecer os serviços paranaenses de atenção domiciliar e as CRIANES atendidas por eles, bem como suas demandas e a forma como estes serviços se organizam para atendê-las permitiu identificar as potencialidades e fragilidades no processo de trabalho. A partir disso, e com apoio da literatura, tornou-se possível a elaboração do protocolo de fluxo de cuidado específico para o acompanhamento de CRIANES em AD2, atingindo assim, os objetivos da pesquisa e confirmando o pressuposto, de que a organização do cuidado, específico às crianças com necessidades especiais de saúde, ainda não estava definida e/ou implantada nos SAD paranaenses.

O fato de a pesquisadora deste estudo ser profissional atuante em EMAD traz a vantagem de um olhar atento e detalhado sobre as realidades encontradas. No entanto, este estudo também apresenta limitações, visto que se restringiu à visão dos profissionais dos serviços, não considerando a perspectiva dos usuários e visto que o instrumento ainda não foi testado.

Muitas práticas de sucesso são desenvolvidas, porém isoladamente nos municípios. Dessa forma, divulgando as experiências positivas, este estudo fomenta reflexão e aprimoramento do processo de trabalho e o desenvolvimento do protocolo oferece subsídios para dar robustez ao atendimento de CRIANES na AD.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J. P. et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 6, p. 1000-7, 2014.

BARBOSA, D. C; SOUSA, F. G. M. LEITE, J. L. Pontuando interveniências nas relações familiares frente ao cuidado à criança com condição crônica. **Texto Contexto Enferm**, v. 24, n. 1, p. 87-95, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução (ANVISA). **RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006**. Brasília: MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história** [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011a.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 2.527 de 27 de outubro de 2011**. Brasília: MS, 2011b.

BRASIL. Ministério da saúde. **Caderno de atenção domiciliar**. v. 1. Brasília: MS, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 963 de 27 de maio de 2013**. Brasília: MS, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: MS, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483 de 1º de abril de 2014**. Brasília: MS, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.130 de 5 de agosto de 2015**. Brasília: MS, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 825 de 25 de abril de 2016**. Brasília: MS, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Coordenação geral de saúde da criança e aleitamento materno. Departamento de atenção hospitalar e urgências. Coordenação geral de atenção domiciliar. **Nota informativa: Atenção Domiciliar Neonatal e Pediátrica no Brasil**. Brasília: MS, 2016. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/15/NI-AD-Neo-e-Ped-Brasil.pdf>> Acesso em: 13 maio 2016b.

CABRAL, I. E. **Aliança de saberes no cuidado e estimulação da criança-bebê: concepções de estudantes e mães no espaço acadêmico de enfermagem**. Rio de Janeiro: Editora da Escola de Enfermagem Anna Nery; 1999.

CABRAL, I. E. et al. A criança egressa da terapia intensiva na luta pela sobrevivência. **Rev Bras Enferm.**, Brasília v. 57, n. 1, p. 35-39, 2004.

CABRAL, I. E.; MORAES, J.R.M.M. Familiares cuidadores articulando rede social de criança com necessidades especiais de saúde. **Rev Bras Enferm.**, v. 68, n. 6, p. 769-76, 2015.

ESTEVES, J. S.; et al. Dudas de los familiares sobre el cuidado del niño con necesidades especiales de salud con dependencia de la tecnología. **Invest. educ. Enferm.**, v.33, n. 3, Medellín, 2015.

FERRO, M. A; BOYLE, M. H. The impact of chronic physical illness, maternal depressive symptoms, family functioning, and self-esteem on symptoms of anxiety and depression in children. **J Abnorm Child Psychol**. v. 43, n. 1, p.177-87, 2015.

GOMES, E.; SOUZA, S. As coordenações de atenção domiciliar e de saúde da criança e aleitamento materno divulgam experiências exitosas no SUS. In: Anais do Seminário de Atenção Domiciliar Neonatal e Pediatria no Brasil. Brasília: **Secretaria de Atenção à Saúde**, 2015.

HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D. **Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. Tradução Maria Ines Corrêa Nascimento. 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil, acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde**. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz/MS/IBGE; 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estados - Paraná**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pr>> Acesso em: 28 maio 2016a.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades - Cambé**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=410370&search=||info gr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>>. Acesso em: 31 maio 2016b.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades - Cascavel**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=410480&search=parana|cascavel>>. Acesso em: 31 maio 2016c.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades - Curitiba**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=410690&search=parana|curitiba>>. Acesso em: 31 maio 2016d.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades - Guarapuava**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=410940&search=parana|guarapuava>>. Acesso em: 31 maio 2016e.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades - Londrina**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=411370&search=parana|londrina>>. Acesso em: 31 maio 2016f.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades - Palotina**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=411790&search=parana|palotina>>. Acesso em: 31 maio 2016g.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades - Paranaíba**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=411790&search=parana|paranaiba>>. Acesso em: 31 maio 2016h.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades - Santa Terezinha de Itaipu**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=412405&search=parana|santa-terezinha-de-itaipu>>. Acesso em: 31 maio 2016i.

INGERSKI, L. M. A pilot study comparing traumatic stress symptoms by child and parent report across pediatric chronic illness groups. **J Dev Behav Pediatr**. v. 31, n. 9, p. 713-19, 2010.

KLIEGMAN, R. M. et al. **Nelson Tratado de Pediatria**. Tradução Douglas Futuro, Mariana Villanova, Patricia Lydie Joséphine Voeux. 20 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, p. 3896, 2017.

LEITE, M. F. et al. Estratégias de enfrentamento de cuidadores de criança com doença crônica: estudo metodológico. **Online braz. j. nurs.**, v. 12, n. 2, s/p, 2013.

LOSS, S. H.; et al. Doença crítica crônica: estamos salvando ou criando vítimas?. **Rev. bras. ter. intensiva**, v. 29, n.1, p.87-95, 2017.

MCPHERSON, M. G. et al. A new definition of children with special health care needs. **Pediatrics**, v.102, n. 1, p. 137-41, 1998.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 5, 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2 ed., 2011.

MERHY, E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOKO, R.; organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. 2ª ed. São Paulo: **Hucitec**; 2002.

MOREIRA, M. C. N.; GOMES, R.; SA, M. R. C. Doenças crônicas em crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 7, p. 2083-2094, 2014.

NEVES, E. T.; CABRAL, I. E.; SILVEIRA, A. Rede familiar de crianças com necessidades especiais: implicações para a enfermagem. **Rev. Latino- Am. Enfermagem**. v. 21, n 2, p. 562-570, 2013.

NIETSCHE, E. A. As tecnologias assistenciais, educacionais e gerenciais produzidas pelos docentes dos cursos de enfermagem das instituições de ensino superior de Santa Maria-RS. Relatório Final. Santa Maria (RS): **Universidade Federal de Santa Maria-UFSM/CNPq**; 2003.

NIETSCHE, E. A.; TEIXEIRA, E.; MEDEIROS, H. P., organizadores. **Tecnologias cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do(a) enfermeiro(a)?** Porto Alegre (RS): Moriá, 2014.

NÓBREGA, V. M. et al. Longitudinalidade e continuidade do cuidado à criança e ao adolescente com doença crônica. **Esc Anna Nery**. v. 19, n. 4, p. 656-663, 2015.

OLIVEIRA NETO, A. V. O.; DIAS, M. B. Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): o que representou o Programa Melhor em Casa? **Divulg. Saúde Debate**, n. 51, p. 58-71, 2014.

POLIT, B.; BECK, C. T.; HUNGLER, D. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E.C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas de pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2 ed. Novo Hamburgo/RS: Feevale, 2013.

RAMOS, L. D. C.; et al. B. Maternal care at home for children with special needs. **Invest Educ Enferm.**, v. 33, n. 3, p. 492-499, 2015.

ROCHA, P. K.; et al. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo do Cuidado. **Rev Bras Enferm.**, v. 61, n.1, p. 113-116, 2008.

ROSEN, R.; HAM, C. Atención integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia, informe del seminario Anual de Salud 2008. **Rev. Innovación Sanitaria y Atención Integrada**, v. 1, n. 2, spe, 2008.

STEIN, R. E. et al. Framework for identifying children who have chronic conditions: the case for a new definition. **The Journal of pediatrics**, v. 122, n. 3, p. 342-7, 1993.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

ZAMBERLAN, K. C. et al. O cuidado à criança com doença crônica ou incapacitante no contexto hospitalar. **Rev. fundam. Care.**, v. 6, n. 3, p. 1288-1301, 2014.

## APÊNDICE I – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

## 1- Identificação do Serviço:

- a) Município: \_\_\_\_\_
- b) Qual profissional você é no serviço? \_\_\_\_\_
- c) Qual o número de EMAD? E EMAP? \_\_\_\_\_
- d) Qual o horário de atendimento do serviço? \_\_\_\_\_
- e) Quantos profissionais atuam no serviço? Quais? \_\_\_\_\_
- f) Qual a carga horária de cada profissional? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- g) Quem coordena a equipe? \_\_\_\_\_
- h) Onde está situada a sede do serviço? \_\_\_\_\_
- i) Descreva as características físicas da unidade. Tem sede própria? Quais são os espaços? Faz atendimento no local ou somente no domicílio? Quais são as características da estrutura física? (construção mista, madeira, material). Tem telefone próprio para atendimento aos cuidadores? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- j) Qual é a denominação pela qual o serviço é conhecido no município?  
\_\_\_\_\_

## 2- Como é feito o deslocamento para as Visitas Domiciliares (VD): (de carro? Carro próprio? Precisa de reserva com antecedência?) Quais os profissionais da equipe que fazem as VD? Como se estabelece a rotina de VD (quantas vezes por semana para cada paciente, qual turno?)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 3- Em relação ao número de pacientes cadastrados, quantos são adultos? Quantos são crianças (até 12 anos)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



4- Quais os diagnósticos das crianças atendidas (descrever todos os diagnósticos de todas as crianças)?

---

---

---

5- Quais as idades das crianças atendidas?

---

---

---

6- Quais as necessidades especiais de saúde das crianças? (gastrostomia, sonda nasoenteral, traqueostomia, ventilação mecânica invasiva e não invasiva, oxigenoterapia, cateter implantado/semi-implantado, sonda vesical, ostomias, farmacodependentes, formulas lácteas especiais, complementos alimentares...), descrever para todas as crianças individualmente.

---

---

---

7- Quantas vezes por semana as crianças são visitadas? Qual é o profissional que realiza a VD e quais são as atividades desenvolvidas durante a VD?

---

---

---

---

8- Como são realizadas as atividades específicas como administração de medicamentos, troca de sondas, aspiração de vias aéreas e terapias respiratórias, administração de dietas, realização de curativos e uso de próteses e órteses? Descreva cada uma delas.

---

---

---

---

---

9- Quais as orientações que as famílias dos pacientes recebem em relação aos procedimentos que dará continuidade em casa quando não está sendo

atendido pela equipe? Quais procedimentos a família realiza? (exemplo: paciente com gastrostomia, como é realizada a orientação/supervisão do manuseio do equipamento em casa?)

---

---

---

---

10-No SAD que você atua existem estratégias/ protocolos específicos para o atendimento de crianças? Se sim, quais?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

11-Em caso de urgência qual é a orientação para o atendimento?

---

---

---

---

---

12-Como é feito a dispensação de materiais e medicamentos aos profissionais e pacientes? Existe farmácia própria?

---

---

---

---

---

13- Existe prontuário eletrônico? E sistema de informações interligado?

---

---

---

---

14- Existe atendimento por telefone para esclarecimento de dúvidas dos usuários? Como ocorre?

---

---

---

---

15- O serviço possui ambulância disponível para transporte sanitário dos pacientes (do hospital para casa, de casa para exames, etc.)?

---

---

---

16- Qual a dinâmica da admissão do paciente no programa (como são realizadas as orientações, informações sobre o funcionamento do programa, quem faz, etc)?

---

---

---

---

---

---

---

---

17- Como é o procedimento de obtenção dos medicamentos de uso contínuo da criança, pela família?

---

---

---

---

18- Como a família obtém os equipamentos médico-hospitalares para o cuidado da criança (cama, colchão, cadeira de rodas, ventilador, oxigênio, aspirador, inalador)? O serviço fornece?

---

---

---

---

19- Como está estabelecido o fluxo de encaminhamento para o SAD no seu município? Quais os serviços que encaminham? Quais profissionais podem encaminhar? Qual o meio de encaminhamento (prontuário eletrônico, e-mail,, fax, malote, etc)? Qual o prazo para avaliação de elegibilidade, após p recebimento do encaminhamento? Qual/ quais profissionais do SAD avaliam elegibilidade?

---

---

---

---

---

20-Como ocorre a contra-referência para as unidades de atenção primária em saúde? É realizada comunicação com as unidades em quais momentos? Qual o meio de comunicação utilizado?

---

---

---



Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação  
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP



Aprovado na  
CONEP em 04/08/2000

## ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

**Título do Projeto:** A criança com necessidades especiais de saúde nos serviços paranaenses de atenção domiciliar: proposta de protocolo de fluxo de cuidado

**Pesquisador responsável:** Vanessa Rossetto (45) 9987-8141

**Orientador da pesquisa:** Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso (45) 9971-1791

Convidamos você a participar de nossa pesquisa que tem o objetivo de descrever o cuidado prestado às crianças com necessidades especiais de saúde nos serviços paranaenses de atenção domiciliar e propor protocolo de fluxo de cuidado a essas crianças em serviços de atenção domiciliar. Esperamos, com este estudo, firmar a Atenção Domiciliar como modalidade eficiente de acompanhamento integral das crianças portadoras de necessidades especiais de saúde. Para tanto, será realizado entrevista com aplicação de formulário via telefone, associado ao envio de documentos por correio eletrônico. Durante a execução do projeto, você pode sentir-se desconfortável por estar respondendo questões a respeito do seu trabalho. No caso disso ocorrer você pode cancelar sua participação a qualquer momento. Sua identidade não será divulgada e seus dados serão tratados de maneira sigilosa, sendo utilizados apenas para fins científicos. Você também não pagará nem receberá para participar do estudo. Além disso, você poderá cancelar sua participação na pesquisa a qualquer momento. No caso de dúvidas ou da necessidade de relatar algum acontecimento, você pode contatar os pesquisadores pelos telefones mencionados acima ou o Comitê de Ética pelo número (45)3220-3272. Este documento será enviado a você por e-mail, assinado pelo pesquisador. Você deverá assinar e devolver por e-mail, ficando com uma via para você.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar do projeto.

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do participante da pesquisa

Eu, Vanessa Rossetto, declaro que forneci todas as informações do projeto ao participante e/ou responsável.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Vanessa Rossetto

## ANEXO II – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
OESTE DO PARANÁ/  
UNIOESTE - CENTRO DE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A CRIANÇA COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE NOS SERVIÇOS PARANAENSES DE ATENÇÃO DOMICILIAR: PROPOSTA DE PROTOCOLO DE FLUXO DE CUIDADO

**Pesquisador:** VANESSA ROSSETTO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 57787416.5.0000.0107

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.741.820

#### Apresentação do Projeto:

Este estudo objetiva descrever o cuidado prestado às CRIANES nos serviços paranaenses de AD e propor protocolo de fluxo de cuidado a essas crianças em serviços de AD. Pesquisa quantitativa, descritiva e exploratória. A coleta de dados será realizada por meio de aplicação de formulário aos profissionais dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) do Paraná, por telefone, a fim de identificar os serviços, as CRIANES atendidas e as estratégias utilizadas para este acompanhamento. A análise dos dados será estatística descritiva e por fim será elaborado um protocolo de fluxo de cuidados específico às CRIANES da modalidade AD2. Com a realização deste estudo e a elaboração de um protocolo com estratégias específicas para o acompanhamento das crianças portadoras de necessidades especiais de saúde na modalidade da AD espera-se firmar esta modalidade como eficiente no acompanhamento integral destas crianças, de forma organizada, a partir de um protocolo de fluxo de cuidado.

#### Objetivo da Pesquisa:

Descrever o cuidado prestado às crianças com condições especiais de saúde nos serviços paranaenses de atenção domiciliar e propor protocolo de fluxo de cuidado a essas crianças em serviços de atenção domiciliar.

**Endereço:** UNIVERSITARIA

**Bairro:** UNIVERSITARIO

**UF:** PR

**Telefone:** (45)3220-3272

**Município:** CASCAVEL

**CEP:** 85.819-110

**E-mail:** cep.prppg@unioeste.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
OESTE DO PARANÁ/  
UNIOESTE - CENTRO DE



Continuação do Parecer: 1.741.820

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Os riscos dizem respeito a participação como entrevistado, por exemplo, constrangimento ao falar de suas práticas, exposição pessoal, exposição de dados do serviço, os quais serão minimizados durante a abordagem e com a garantia de anonimato dos participantes, bem como do sigilo dos dados que serão utilizados apenas para fins científicos.

Benefícios:

Com a realização deste estudo e a elaboração de um protocolo com estratégias específicas para o acompanhamento das crianças portadoras de necessidades especiais de saúde na modalidade da Atenção Domiciliar (AD) espera-se firmar a AD como modalidade eficiente de acompanhamento integral destas crianças, de forma organizada, a partir de um protocolo de fluxo de cuidado.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa de cunho científico importante com proposta de aplicabilidade.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os documentos anexados

**Recomendações:**

Projeto pode ser aprovado

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_746175.pdf	02/09/2016 18:54:40		Aceito
Outros	dadosemarquivo.pdf	02/09/2016 18:43:46	VANESSA ROSSETTO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	campolondrina.pdf	02/09/2016 18:41:16	VANESSA ROSSETTO	Aceito
Declaração de	camposantaterzinhadeitaipu.pdf	02/09/2016	VANESSA	Aceito

**Endereço:** UNIVERSITARIA

**Bairro:** UNIVERSITARIO

**CEP:** 85.819-110

**UF:** PR

**Município:** CASCAVEL

**Telefone:** (45)3220-3272

**E-mail:** cep.prppg@unioeste.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
OESTE DO PARANÁ/  
UNIOESTE - CENTRO DE



Continuação do Parecer: 1.741.820

Instituição e Infraestrutura	camposantaterezinhadeitaipu.pdf	18:17:15	ROSSETTO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	campoparanavai.pdf	02/09/2016 18:16:04	VANESSA ROSSETTO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	campopalotina.pdf	02/09/2016 18:12:41	VANESSA ROSSETTO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	campoguarapuava.pdf	02/09/2016 18:10:41	VANESSA ROSSETTO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	campocuritiba.pdf	02/09/2016 18:08:34	VANESSA ROSSETTO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	campocascavel.pdf	02/09/2016 18:07:00	VANESSA ROSSETTO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	campocambe.pdf	02/09/2016 18:06:27	VANESSA ROSSETTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	04/07/2016 00:33:42	VANESSA ROSSETTO	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	04/07/2016 00:07:03	VANESSA ROSSETTO	Aceito
Outros	InstrumentoColetaDados.pdf	24/06/2016 10:20:29	VANESSA ROSSETTO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracaocoletanaoiniciada.pdf	24/06/2016 10:14:42	VANESSA ROSSETTO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOMESTRADO.pdf	24/06/2016 10:03:08	VANESSA ROSSETTO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CASCADEL, 22 de Setembro de 2016

Assinado por:  
**Fausto José da Fonseca Zamboni**  
(Coordenador)

**Endereço:** UNIVERSITARIA

**Bairro:** UNIVERSITARIO

**UF:** PR

**Telefone:** (45)3220-3272

**Município:** CASCADEL

**CEP:** 85.819-110

**E-mail:** cep.prppg@unioeste.br



## ANEXO III - NORMAS DAS REVISTAS CIENTÍFICAS

### Artigo 1: Escola Anna Nery Revista de Enfermagem

#### **Composição de manuscritos (forma e preparação)**

Os manuscritos deverão ser redigidos na ortografia oficial, em espaço duplo, fonte *Times New Roman* tamanho 12; layout de página em tamanho A4 (21cm x 29,7cm; margens superior e esquerda de 2,5 cm, margens inferior e direita com 2cm. Os manuscritos deverão ser submetidos em português, inglês ou espanhol, exclusivamente. Os manuscritos submetidos na versão português e espanhol, após sua aprovação deverão ser traduzidos para a versão em inglês, por um dos tradutores credenciados pela revista. O custo da tradução é de inteira responsabilidade de seus autores. Após a tradução, os autores deverão encaminhar o artigo por meio do Sistema de Submissão, acompanhado de carta de *proof reader* do tradutor.

#### **Categorias de manuscritos**

*Pesquisa Original*: relatório de investigação de natureza empírica ou experimental original e concluída de Enfermagem ou áreas afins, segundo a metodologia científica, cujos resultados possam ser replicados e/ou generalizados. Recomenda-se a adoção da estrutura convencional contendo:

(a) *Introdução*: apresentar o problema de estudo, destacar sua importância e lacunas de conhecimento; objetivos e outros elementos necessários para situar o tema da pesquisa.

(b) *Revisão da literatura*: selecionar a literatura relevante que serviu de base à investigação da pesquisa proposta de modo a proporcionar os antecedentes para a compreensão do conhecimento atual sobre o tema e, evidenciar a importância do novo estudo. Quando não for necessário criar um capítulo para a Revisão da Literatura, em consideração à extensão histórica do assunto, o mesmo poderá ser inserido na Introdução.

(c) *Método*: incluir de forma objetiva e completa a natureza/tipo do estudo; dados sobre o local onde foi realizada a pesquisa; população/sujeitos do estudo e seus critérios de seleção; material; equipamentos; procedimentos técnicos e métodos adotados para a coleta de dados; tratamento estatístico/categorização dos dados; informar a aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, a data e o número do protocolo.

(d) *Resultados*: os resultados devem ser apresentados de maneira clara, objetiva e em sequência lógica, utilizando ilustrações quando necessário.

(e) *Discussão*: pode ser redigida juntamente com os resultados, a critério do(s) autor(es). Deve destacar a compatibilidade entre os resultados e a literatura relevante ressaltando os aspectos novos e/ou fundamentais, as limitações do estudo e a indicação de novas pesquisas. Demonstrar que as referências adotadas para a discussão dos achados são pertinentes e adequadas à geração do conhecimento novo, enfatizando o diálogo com a comunidade científica internacional.

(f) *Conclusões e implicações para a prática*: apresentar considerações significativas fundamentadas nos resultados encontrados e vinculadas aos objetivos do estudo. Outros formatos de pesquisa poderão ser aceitos, quando pertinentes à natureza do estudo. Os manuscritos poderão ter até 20 laudas de acordo com as especificações no item **Composição de Manuscritos**.

(g) Agradecimentos as fontes de financiamento (direto) ou de apoio (cessão de materiais e produtos para o desenvolvimento do estudo), seja público ou privado, para a realização do estudo é recomendado, devendo-se registrar a cidade, estado e país. Os agradecimentos das agências de fomento podem ser especificados, indicando-se qual(is) autor(es) obteve o recurso. Por exemplo, bolsa de produtividade em pesquisa ou bolsa de doutorado, entre outras: ao [Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia](#) (CNPq; bolsa de produtividade em pesquisa); à [Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior](#) (CAPES; bolsa de doutorado). Caso a pesquisa/estudo não tenha recebido nenhum tipo de financiamento, deve-se declarar: "pesquisa sem financiamento".

*Reflexão*: análise de aspectos teóricos e/ou construção de conceitos e/ou constructos teóricos da Enfermagem ou áreas afins oriunda de processo reflexivo, discernimento e de consideração atenta do(s) autor(es), que poderá contribuir para o aprofundamento de temas profissionais. Os manuscritos poderão ter até 20 laudas, de acordo as especificações no item: **Composição de Manuscritos**.

*Relato de experiência*: refere-se às descrições de experiências relacionadas a casos clínicos de cuidado de enfermagem, assistência, ensino, pesquisa e extensão na área da Enfermagem, da saúde ou com interfaces nestas áreas, para divulgação de aspectos inéditos e originais. Os manuscritos de relato de experiência poderão ter até 20 laudas, de acordo com as especificações no item: **Composição de Manuscritos**.

*Ensaio (Essay)*. Texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada. Deverá apresentar um título, resumo de 150 palavras, Introdução, corpo do texto, Conclusões e Referências, no máximo de 20 laudas com espaço duplo de acordo com as especificações no item: **Composição de Manuscritos**. Nessa modalidade de manuscrito, o autor tem a oportunidade de defender uma tese sobre tema de seu domínio ou responder a uma pergunta. A relevância e originalidade da tese ou da pergunta deverão articular-se com o estado-da-arte, desde a Introdução. As seções que compõem o ensaio devem ser pertinentes, coerentes, consistentes e demarcarem uma contribuição para o estatuto do conhecimento no campo em que a tese ou a pergunta foi formulada. Os argumentos adotados para a sustentação da tese ou da resposta à pergunta precisam fundamentar-se em referenciais teórico-filosóficos e/ou marcos conceituais amplamente difundido na literatura científica mundial. A conclusão ou comentários finais são indispensáveis nessa modalidade de manuscrito.

*Revisão Sistemática*: apresentação avaliativa, crítica e sistematizada da evolução científica de um tema da Enfermagem ou de áreas afins fundamentada na literatura considerada pertinente e relevante. A delimitação do tema e os procedimentos adotados deverão estar descritos, bem como a interpretação do(s) autor(es) e conclusão deverão estar presentes. Os manuscritos de revisão poderão ter até 20 laudas, de acordo com as especificações no item: **Composição de Manuscritos**.

## **Formatação**

*Citações no texto.* As citações de autores no texto precisam estar em conformidade com os exemplos sugeridos e elaborados segundo o estilo "Vancouver" (em anexo) e apresentar o número da referência da qual foram subtraídas, sem o nome do autor, de acordo com a ordem em que foram citados no texto. Os números que identificam os autores devem ser indicados sobrescritos, conforme exemplo a seguir:

As ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades.<sup>1</sup>

Em caso de citações sequenciais, deverão ser indicadas o primeiro e o último número, separados por hífen, conforme exemplo a seguir:

As ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades. **1-5**

Quando houver necessidade de citações intercaladas, os números deverão ser separados por vírgula, conforme exemplo a seguir:

As ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades. **1-3,6**

Na transcrição "ipsis literes" de citações, exige-se a indicação a página da referência adotada cujo número da página deve localizar-se após o número da referência seguido de dois pontos, conforme exemplo a seguir:

As ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser "vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades". **3:16-18**

*O autor(es) deverá observar também os seguintes critérios:*

Até três linhas de citação, usar aspas na sequência do texto normal, conforme exemplo a seguir:

Para efeito de exemplo da aplicação das instruções aos autores, o manuscrito destaca a contribuição das "ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades". **3:16-18**

Mais de três linhas de citação, destacá-la em nova linha, em bloco próprio distinto do texto normal, sem aspas, com espaço simples e recuo de 3 espaços da margem esquerda, conforme exemplo a seguir:

Destacar a contribuição das ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades. **3:16-18**

Os dados empíricos recortados em pesquisas qualitativas devem ser apresentados em nova linha, em bloco próprio, distinto do texto normal, em itálico, sem aspas, com espaço simples e recuo de 2cm da margem esquerda. Esses dados devem estar identificados por siglas, letras, números ou outra forma de manutenção do anonimato aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, ou equivalente para outros países, como o exemplo a seguir:

[...] os usuários desse serviço de saúde são bastante conscientes da necessidade do próprio envolvimento no tratamento de sua doença para um resultado mais satisfatório [...] (E2).

*Notas de rodapé:* deverão ser indicadas por letras, sendo no máximo três. As notas de rodapé, quando imprescindíveis, serão indicadas como se segue: a, primeira nota; b, segunda nota e c, terceira nota.

*Resumos e descritores:* devem conter até 150 palavras para manuscritos de pesquisa, reflexão, relato de experiência, revisão sistemática, ensaio (Essay), acompanhados das versões em espanhol (*resumen*) e inglês (*abstract*). Os resumos devem ser informativos de acordo com a NBR 6028 da ABNT, de novembro de 2003, para manuscritos nacionais. Na redação do resumo deve-se registrar textualmente os itens correspondentes: Objetivos, método, resultados, conclusão e implicações para a prática. O resumo informativo deve apresentar todas as partes do texto de maneira sintética. Os descritores são palavras fundamentais para a classificação da temática abordada no manuscrito em bancos de dados nacionais e internacionais. Serão aceitos entre 03 e 05 descritores. Após a seleção desses descritores, sua existência em português, espanhol e inglês deve ser confirmada pelo(s) autor(es) no endereço eletrônico <http://decs.bvs.br> (Descritores em Ciências da Saúde - criado por BIREME) ou Mesh (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>). A terminologia para os descritores deve ser denominada no manuscrito como se segue: palavras-chave, palabras claves e keywords.

*Referências bibliográficas:* A apresentação das referências deve ter espaço simples e fonte Times New Roman tamanho 12, sem parágrafos e recuos, e numeradas de acordo com sua ordem de citação no texto, de acordo com as normas do *International Committee of Medical Journal Editors* (<http://www.icmje.org>), conhecidas como "Normas de Vancouver". A veracidade das referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

Exemplos	de	acordo	com	estilo	Vancouver.
Livro					padrão:
Tyrrell MAR.	Programas Nacionais de Saúde Materno-infantil: impacto político-social e inserção da enfermagem.	Rio de Janeiro:	EEAN/ UFRJ;	1995.	
Livro	traduzido	para	o	português:	
Nightingale F.	Notas de enfermagem: o que é e o que não é.	Tradução de Amália Correa de Carvalho.	São Paulo:	Cortez;	1989.
Obra	de autoria	institucional	ou	entidade	coletiva:
Ministério da Saúde (BR).	Dengue: instruções para pessoal de combate ao vetor: manual de normas técnicas.	3ª ed.	Brasília (DF):	Ministério da Saúde;	2001.
Capítulo		de			livro:
Pinto MCI, Porto IS.	A dor como quinto sinal vital.	In: Figueiredo NMA, organizador.	Ensinando a cuidar de clientes em situações clínicas e cirúrgicas.	São Caetano do Sul (SP):	Difusão Paulista de Enfermagem; 2003. p.59-78.

- Livro publicado por organizador, editor ou compilador:  
Loyola CMD, Oliveira RMP, organizadores. Índicios marginais. Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ; 2003.
- Livro com edição:  
Souza EDF. Novo manual de enfermagem. 5ª ed. Rio de Janeiro: Bruno Buccini; 1972.
- Artigo científico publicado em periódico impresso (até seis autores):  
Carvalho V, Figueiredo NMA, Leite JL, Moreira MC. Questões epistemológicas da construção do conhecimento na Enfermagem - do ensino à prática de cuidar. Esc Anna Nery. 2003 ago;7(2):156-66.
- Artigo científico publicado em periódico impresso (mais de seis autores):  
Irvine D, O'Brien-Pallas LL, Murray M, Cockeill R, Sidani S, Laurie-Shaw B et al. The reability and validity of two health status measures for evaluating outcomes of home care nursing. Res Nurs Health. 2000 feb;<sup>23</sup>(1):43-54.
- Artigo científico publicado em periódico de meio eletrônico:  
Cabral IEC. Cuidando y educando para la cidadanía: modelo sociopolítico. Freire Online. Journal of the Paulo Freire Institute/UCLA [periódico na internet]. 2003 jul; [citado 2003 set 10]; 1(2):[aprox.3 telas]. Disponível em: <http://paulofreireinstitute.org/freireonline/volume1/1cabral2.htm>
- Artigo científico consultado em indexadores ou bibliotecas eletrônicas:  
Carvalho V. Sobre construtos epistemológicos nas ciências: uma contribuição para a enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem [on line]. 2003 jul/ago; [citado 2003 dez 22];11(4):[aprox.8 telas]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000400003&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000400003&script=sci_abstract&lng=pt)
- Artigo de periódico científico no prelo:  
Valadares GV, Viana LO. A globalização, o trabalho especializado e a Enfermagem. Esc Anna Nery. No prelo 2004.
- Artigo publicado em periódico de divulgação comercial (revista e jornal):  
Transgênicos: os grãos que assustam. Veja (São Paulo). 2003 out 29; 36(43):95-113.
- Tynan T. Medical improvements lower homicide rate: study sees drop in assault rate. The Washington Post. 2002 Aug 12; Sect. A:2 (col. 4).
- Resumo, editorial e resenha publicados em periódico seriado regular:  
Porto IS. Requisitos uniformes para manuscritos na Escola Anna Nery Revista de Enfermagem: por que, para que e como [editorial]. Esc Anna Nery. 2003 dez;3(7):309-10.
- Trabalho resumido apresentado em evento científico e publicado em anais:  
Teixeira MLO, Sauthier J. Orientação para o autocuidado de clientes cirúrgicos: um estudo fundamentado na relação dialógico-educadora de Paulo Freire. Resumos dos trabalhos apresentados no 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2000 out. 21-26; Recife-Olinda (PE), Brasil. Recife (PE): ABEn; 2000. p. 13.
- Trabalho completo apresentado em evento científico e publicado em anais:  
Barreira IB, Baptista SS. Nexos entre a pesquisa em história da Enfermagem e o processo de cientificização da profissão. Anais do 51º Congresso de Enfermagem. 10º Congresso Panamericano de Enfermería; 1999 out. 2-7; Florianópolis (SC), Brasil. Florianópolis (SC): ABEn; 2000. p. 295-311.
- Dissertação, tese e monografia acadêmica:  
Souza IEO. O desvelar do ser-gestante diante da possibilidade de amamentação [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1993.
- Dissertação e tese em material eletrônico:  
Barcelos LMS. Do diálogo autoritário ao discurso dialógico: o cuidado da enfermagem hospitalar na perspectiva de clientes vivendo com AIDS [CD-ROM, dissertação]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro;

2003.

Trabalho em material eletrônico:  
 Motta MCS, Marin HF, Zeitoune RC. Exame físico em consulta de Enfermagem de Puericultura [CD-ROM]. Rio de Janeiro: NCE / EEAN / Central de Eventos; 2001.

Verbetes de dicionário:  
 Ferreira ABH. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986. Enfermagem; p. 651

Relatório técnico e científico:  
 Associação Brasileira de Enfermagem, Seção Rio de Janeiro. Relatório Financeiro 2000. Rio de Janeiro: ABEn (RJ); 2000. N° 2014-0139-2824.

Ata de reunião (documento não previsto na Norma de Vancouver):  
 Universidade Federal do Rio de Janeiro, Centro de Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem Anna Nery. Ata de reunião realizada no dia 01 abr 1976. Livro 50, p. 21. Implantação de projeto sobre a aplicação de novas metodologias ao processo ensino aprendizagem no ciclo profissional do curso de graduação em enfermagem nesta instituição, mediante convênio com o Departamento de Assuntos Universitários do Ministério de Educação e Cultura. Rio de Janeiro (RJ): EEAN; 1976 abr 01.

Documento jurídico:  
 Lei n. 7.498 de 25 de junho de 1986 (BR). Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 26 jun 1986: Seção 1: 1.

Documento jurídico de meio eletrônico:  
 Lei n. 7.498 de 25 de junho de 1986 (BR). Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União [periódico na internet], Brasília (DF). 26 jun 1986 [citado 4 jul 2008]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm)

**Para abreviações de títulos de periódicos:**

- <http://ccn.ibict.br/busca.jsf>
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?deb=journals>
- International Nursing Index
- Index Medicus

*Tabelas:* Todas as tabelas deverão ser incluídas no corpo do texto com as respectivas identificações (número, título e notas explicativas, quando houver). Os locais sugeridos para a inserção de tabelas, segundo sua ordem de aparição, devem ser destacados no texto. As tabelas devem apresentar um título breve e ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, conforme a ordem em que forem citadas no texto, restringindo-se a cinco (5) no total; além disso, devem apresentar dado numérico como informação central, e não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, precedidas pelo símbolo \*. Para a elaboração de tabelas e gráficos, usar preferencialmente programas como o Microsoft Word ou Excel.

*Gráficos e Imagens (Fotografias):* Largura igual ou superior a 1000 pixel, obrigatoriamente, os arquivos devem ter extensão **JPG, GIF, PNG, PSD** ou **TIF**. O somatório total dos arquivos tem de ser igual ou menor que 300 MB. Logo após o upload, serão exibidas as miniaturas das imagens, clique no ícone para editar o título e a legenda de cada imagem submetida. Deve-se destacar no texto os locais sugeridos para a inserção de gráficos e ilustrações, segundo sua ordem de aparição, bem como, apresentar um título breve e numerá-los consecutivamente com algarismos arábicos, conforme a ordem em que forem citados no texto, restringindo-se a 05 no total. As

figuras devem conter legenda, quando necessário, e a fonte quando for extraída de uma obra publicada, bem como, a fonte de qualquer ilustração, publicada ou não, deve ser mencionada abaixo da figura.

### **Alerta aos autores**

Antes de completar o processo de submissão ao sistema, gentileza verificar se foi feito o upload dos seguintes documentos:

- a) Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais;
- b) Comprovante do CEP que aprovou a pesquisa;
- c) Folha de rosto (title page), constando o título curto (running head) em português e inglês; título do artigo em português, inglês e espanhol; Nome completo dos autores sem abreviaturas; credenciais institucionais dos autores; o nome e email do autor correspondente.

### **Declaração de Responsabilidade do Autores e Transferência de Direitos Autorais para Escola Anna Nery Revista de Enfermagem/Anna Nery School Journal of Nursing**

Título do manuscrito: "....." Declaramos para fins de publicação que concordamos com a transferência de direitos autorais desse manuscrito, nos termos da Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, de Direitos Autorais, nos artigos 22 a 28, tornando seu conteúdo uma propriedade exclusiva deste periódico. Em sendo um periódico com publicação online, concordo que o conteúdo do manuscrito seja publicado e disseminado em acesso aberto (open access) por meio eletrônico da revista, nos termos previstos na política do open access disponível em <http://www.scielo.br/revistas/man/iaboutj.htm> e <http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/about/editorialPolicies#openAccessPolicy>. Declaramos que o referido manuscrito é um trabalho original, sendo que nem sua versão integral ou parcial, nem outro trabalho de nossa autoria com conteúdo similar foi submetido e/ou publicado por outro periódico impresso ou eletrônico. *Estamos cientes que a cessão dos direitos autorais implica na impossibilidade de qualquer publicação e/ou reprodução, total ou parcial, em qualquer outro meio de divulgação, impresso ou eletrônico, sem autorização prévia e expressa deste periódico.* Estamos cientes que sempre que houver autorização do periódico para sua publicação em outros formatos ou mídias, é obrigatório que seja registrado um competente agradecimento à Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, bem como sua referência bibliográfica nesse periódico. Os autores abaixo assinados declaram de maneira suficiente para tornar pública a nossa responsabilidade por seu conteúdo, concordando que a escrita do trabalho e os conteúdos intelectuais mais importantes foram revisados criticamente por todos. Cada autor aprovou a versão final do conteúdo a ser publicado e concorda em responsabilizar-se por todos os aspectos do trabalho assegurando que questões relacionadas a acurácia ou integridade de quaisquer parte do trabalho serão adequadamente investigadas e resolvidas. Além disso, cada autor indica o número correspondente à sua forma de contribuição intelectual substancial à concepção ou desenho do estudo/pesquisa (1), a aquisição (2), análise (3) ou interpretação dos dados (4), em tipo de participação, em acordo com os critérios estabelecidos pelo

- ICMJE (<http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html>)

Rio de Janeiro, ... de ..... de .....

Autores:(Somente assinatura original)

1 - Nome completo e a assinatura original

Tipo de participação:

2 - Nome completo e a assinatura original

Tipo de participação:

3 - Nome completo e a assinatura original

Tipo de participação:

4- Nome completo e a assinatura original

Tipo de participação:

5- Nome completo e a assinatura original

Tipo de participação:

6- Nome completo e a assinatura original

Tipo de participação:

OBS. Sempre que o número de autores for superior a seis, enviar carta ao Editor explicando metodologicamente as razões para o quantitativo. Após a assinatura de todos os autores, digitalizar e enviar o arquivo (pdf) pelo " supplementary file" do ScholarOne submission.



## Artigo 2: Cadernos de Saúde Pública

ISSN 1678-4464 *versión on-line***INSTRUÇÕES AOS AUTORES**

- [Escopo e política](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)

**Escopo e política**

*Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health* (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. (leia mais – [link resumo](#)).

Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

A Revista adota o sistema Ephorous para identificação de plágio.

**Os artigos serão avaliados preferencialmente por três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito pelo Corpo Editorial de CSP se atender aos critérios de qualidade, originalidade e rigor metodológico adotados pela revista.**

Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo a publicação Cadernos de Saúde Pública, o direito de primeira publicação.

**Forma e preparação de manuscritos**

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

### 1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prospero/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês (leia mais – [LINK 3](#));

1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras (leia mais – [LINK 4](#));

1.6 – Questões Metodológicas ([LINK 5](#)): artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica ([LINK 1](#)) na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa ([LINK 2](#));

1.8 – Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);

1.10 – Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

## 2. Normas para envio de artigos

**2.1** - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

**2.2** - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

**2.3** - Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

**2.4** - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

**2.5** - Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

## 3. Publicação de ensaios clínicos

**3.1** Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

**3.2** Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors ([ICMJE](#)) e do Workshop [ICTPR](#).

**3.3** As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry](#) (ANZCTR)
- [ClinicalTrials.gov](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number](#) (ISRCTN)
- [Nederlands Trial Register](#) (NTR)
- [UMIN Clinical Trials Registry](#) (UMIN-CTR)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform](#) (ICTRP)

## 4. Fontes de financiamento

**4.1** Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

**4.2** Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

**4.3** No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

## **5. Conflito de interesses**

**5.1** Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

## **6. Colaboradores**

**6.1** Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

**6.2** Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [ICMJE](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

## **7. Agradecimentos**

**7.1** Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

## **8. Referências**

**8.1** As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva <sup>1</sup>). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos [Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos](#).

Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página

**8.2** Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

**8.3** No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

## 9. Nomenclatura

**9.1** Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

## 10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

**10.1** A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsink](#) (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

**10.2** Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

**10.3** Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

**10.4** Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

**10.5** O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

## 11. Processo de submissão online

**11.1** Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

**11.2** Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br).

**11.3** Inicialmente o autor deve entrar no sistema [SAGAS](#). Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

**11.4** Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema

SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

## 12. Envio do artigo

**12.1** A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

**12.2** A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

**12.3** Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

**12.4** O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

**12.5** O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

**12.6** As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

**12.7** *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.

**12.8** *Agradecimentos*. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

**12.9** Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

**12.10** Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

**12.11** O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

**12.12** O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

**12.13** O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser

inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

**12.14** Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

**12.15** *Ilustrações.* O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

**12.16** Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite.

**12.17** Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

**12.18** *Tabelas.* As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas.

**12.19** *Figuras.* Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

**12.20** Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

**12.21** Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

**12.22** As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

**12.23** Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

**12.24** As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

**12.25** Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em

arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

**12.26** *Formato vetorial.* O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

**12.27** *Finalização da submissão.* Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

**12.28** *Confirmação da submissão.* Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP por meio do e-mail: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br).

### 13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

**13.1** O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

**13.2** O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

### 14. Envio de novas versões do artigo

**14.1** Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos do sistema [SAGAS](#), acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

### 15. Prova de prelo

15.1 - A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema [http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login]. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo *site* [http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html].

15.2 - Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o *link* do sistema: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>, utilizando *login* e senha já cadastrados em nosso *site*. Os arquivos estarão disponíveis na aba "Documentos". Seguindo o passo a passo:

15.2.1 - Na aba "Documentos", baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (*Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições*);

15.2.2 - Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de *Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica)*;

15.2.3 - Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração *Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica)*;

15.2.4 - As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba "Autores", pelo



autor de correspondência. O *upload* de cada documento deverá ser feito no espaço referente a cada autor(a);

15.2.5 – Informações importantes para o envio de correções na prova:

15.2.5.1 – A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções;

15.2.5.2 – Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;

15.2.5.3 – As correções deverão ser listadas na aba “Conversas”, indicando o número da linha e a correção a ser feita.

15.3 – As Declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema [<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>] no prazo de 72 horas.

[[Home](#)] [[Sobre esta revista](#)] [[Corpo editorial](#)] [[Assinaturas](#)]



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

**Rua Leopoldo Bulhões, 1480**  
**21041-210 Rio de Janeiro RJ Brazil**  
**Tel.: +55 21 2598-2511**  
**Fax: +55 21 2598-2737 / +55 21 2598-2514**



[cadernos@fiocruz.br](mailto:cadernos@fiocruz.br)