



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

INTERESSADO: Serviços de Atenção Domiciliar e Unidades Neonatais da Rede Brasileira de Pesquisa Neonatal

ASSUNTO: Atenção Domiciliar Neonatal e Pediátrica no Brasil

Os avanços científicos e tecnológicos bem como as diversas transformações ocorridas no campo da atenção à saúde da criança ao longo do tempo tem possibilitado a oferta de ações mais qualificadas de atenção neonatal e pediátrica. Em função disso, observa-se uma série de importantes resultados, tais como: redução da mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade, diminuição da incidência e/ou gravidade dos casos de doenças infecciosas, especialmente pneumonia, diarreia, parasitoses intestinais, meningite, tuberculose, malária, sarampo e distúrbios nutricionais¹. Percebe-se, ao mesmo tempo, um aumento do número de hospitalizações de crianças com condições complexas (CCC) de saúde decorrentes de doenças crônicas.

Resultados preliminares de pesquisa realizada pelo Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz) na enfermaria de pediatria geral e unidade intermediária do IFF por 12 meses (entre maio de 2014 e abril de 2015) demonstram que, das 241 internações de crianças, 84,2% foram de CCC. Dentre estas condições, 80,8% se referem a anomalias genéticas e congênitas; 68% doenças respiratórias; 47,3% doenças neuromusculares; e 42,4% doenças gastrointestinais. No que se refere à necessidade do uso de tecnologias após a desospitalização, 29,6% precisaram de gastrostomia, 7,4% de oxigenoterapia, 4,4% de fórmulas lácteas especiais e 2% de ventilação mecânica não invasiva.

Esta grande ocupação de leitos, especialmente de UTI e UCI por recém-nascidos e crianças com agravos crônicos que poderiam estar em internações domiciliares, representa um grande sofrimento para as famílias, constitui um alto e evitável custo para o SUS, além de diminuir a disponibilidade de leitos para crianças com agravos agudos, em situações clínicas que podem ser salvadoras.

Nesse sentido, ainda que epidemiologicamente menos significativas se comparadas às condições crônicas mais prevalentes no adulto, por exemplo, outras populações, tais como as CCC, precisam ganhar visibilidade não só em função da complexidade de seus quadros, mas também pelo alto grau de sofrimento envolvido nas famílias.

¹ FIGUEIREDO, Glória Lúcia Alves; MELLO, Débora Falleiros de. Atenção à saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, p. 1171-1176, Dec. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000600018&lng=en&nrm=iso>. Access on 05 Feb. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000600018>.

Em função disso, há a necessidade de um olhar para o cuidado integral à CCC, o que passa pela articulação entre diversos setores (saúde, justiça, assistência social, educação, entre outros) pelo envolvimento dos diferentes níveis de atenção à saúde e mesmo pela oferta de outras formas de cuidado, o que inclui a Atenção Domiciliar (AD).

Nesse rol de quadros complexos, destacam-se os seguintes:

- 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, invasiva ou não
- Necessidade de antibioticoterapia venosa e outros tratamentos parenterais

A AD possibilita a essas crianças uma atenção mais humanizada e oferece às famílias um contexto no qual estas podem assumir mais ativamente o cuidado, além de otimizar o uso de leitos hospitalares. **Com o intuito, então, de aprimorar o cuidado domiciliar das CCC, as coordenações de Atenção Domiciliar e de Saúde da Criança e Aleitamento Materno recomendam o que segue:**

- **Fomentar uma “cultura de desospitalização”:** considerar, sempre que possível, outras formas de cuidado para além da atenção hospitalar. A atenção domiciliar também pode ofertar as tecnologias e o cuidado necessário às CCC de forma segura e resolutiva.
- **Realizar desospitalização programada:** nas desospitalizações das crianças complexas, considerar visita pré-admissional ao domicílio, para adequá-lo às necessidades do paciente antes da desospitalização e para avaliar as condições psicossociais da família para assumir o cuidado. Nesse momento é importante realizar um alinhamento entre a equipe de referência no hospital e a equipe do SAD no que se refere aos insumos e equipamentos que serão necessários ao cuidado no domicílio e também ao dia e horário em que ocorrerá desospitalização de forma que a equipe do SAD possa se organizar para realizar o primeiro atendimento domiciliar em tempo oportuno, de acordo com cada situação.
- **Estabelecer um trabalho articulado em rede:** importante pactuar fluxos seguros de referência e contrarreferência entre o SAD e os demais pontos de atenção à saúde, garantindo desde a articulação com as equipes de atenção básica (inclusive com o Nasf) até a retaguarda dos serviços de urgência, bem como a pactuação de fluxos para acesso a exames, medicamentos e consultas da atenção especializada. Não esquecer, ainda, da articulação com a rede intersetorial, especialmente com a assistência social. Para facilitar os encaminhamentos e contatos entre os serviços, pode-se construir e utilizar fluxogramas municipais e protocolos clínicos. Por fim, como sugestão, para registrar e acompanhar de forma rápida as intercorrências e reinternações dos pacientes, pode-se utilizar o Gráfico Individual de Itinerário Terapêutico (GRITE), que facilita o cuidado e auxilia no

planejamento das ações. Mais informações sobre o GRITE estão disponíveis no link: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/atencao_domiciliar_sus.pdf.

- **Estabelecer parcerias entre o setor saúde e o poder judiciário:** quando necessário, a fim de garantir a segurança do paciente complexo em domicílio e sua necessidade de cuidado especial, pode-se estabelecer parcerias entre o setor saúde e o poder judiciário. Em casos de ventilação mecânica invasiva, por exemplo, a pactuação de compromissos entre as partes envolvidas na desospitalização pode ser formalizada e mediada pela promotoria pública (acesse relatos de experiência exitosa nesse sentido do SAD de Uberlândia/MG por meio do link disponibilizado ao final do documento).
- **Ofertar espaços de Educação Permanente (EP) para as equipes:** os processos de EP devem ser realizados a partir dos problemas enfrentados na realidade do trabalho, levando em consideração os conhecimentos e experiências que as pessoas já possuem. Na atenção domiciliar é importante que se considerem as várias situações envolvidas no cuidado às CCC, tais como: os diagnósticos prevalentes, as tecnologias envolvidas, as questões sociais, as relações familiares, dentre outros.
- **Ofertar espaços de qualificação e cuidado para os cuidadores:** a tarefa de cuidar é complexa, permeada por sentimentos diversos e contraditórios e muitas vezes dada a indivíduos que não se encontram preparados para tal função. Laboratórios de capacitação prática ou oficinas podem ser realizados a fim de capacitar os cuidadores para a realização das atividades de vida diária e outros procedimentos necessários ao cuidado de cada caso especificamente. Experiências exitosas e inovadoras de treinamento dos cuidadores para o “desmame” do ambiente hospitalar podem ser conhecidas no Hospital Martagão Gesteira (Salvador/BA) e outros serviços pelo país. Além disso, os grupos de apoio são fundamentais para acolher e fomentar a troca entre os cuidadores nesse processo, especialmente nos casos de limitações funcionais permanentes.
- **Apoiar a qualificação profissional para o cuidado em domicílio:** o SUS é corresponsável pela formação dos seus trabalhadores. Nesse sentido, é fundamental que os Serviços de Atenção Domiciliar se tornem campos de formação em saúde para estudantes e residentes das diversas categorias profissionais de saúde durante a graduação e pós graduação, a fim de que ocorra um aprofundamento na área de cuidados para crianças com condições crônicas e complexas.
- **Identificar casos com indicação de AD ainda na fase pré-hospitalar:** essa identificação pode ocorrer a partir de um alinhamento com a Regulação do município e com os próprios profissionais dos serviços de urgência e emergência, tais como a UPA e emergências hospitalares. Essa ação é importante para evitar internações desnecessárias e possíveis complicações decorrentes dessas, tais como infecções hospitalares.
- **Disponibilizar matriciamento por pediatra/neonatologista:** para o atendimento domiciliar de crianças, não é obrigatória a presença do profissional pediatra na equipe do SAD. Porém, é importante que o SAD receba suporte de profissionais especialistas em pediatria/neonatologia. Isso pode ser organizado com os profissionais da própria rede municipal ou, ainda, a partir do estabelecimento de parcerias com outras instituições com essa expertise, tais como universidades ou centros de especialidades estaduais ou federais. O IFF disponibiliza-se a matriciar e discutir situações de CCC que estejam em atendimento pelos SAD (veja contatos nos links abaixo).

- **Disponibilizar suporte para o caso de intercorrências ou óbitos:** importante disponibilizar para os familiares os telefones de contato com a equipe do SAD e de outros serviços que podem ser acionados em casos de intercorrências ou óbitos (sugestão: nº de telefone disponível aos familiares 24h/dia). Orienta-se que o SAMU tenha conhecimento dos pacientes que estão em internação domiciliar para que, caso este serviço seja acionado, já esteja a par da situação e garanta atendimento em tempo oportuno. Sugere-se, ainda, que o médico do SAD forneça atestado nos casos de óbito domiciliar de crianças que estejam em acompanhamento pelo serviço, considerando as questões de ética profissional, a fim de proporcionar maior acolhimento aos familiares.
- **Propiciar aos profissionais de SAD, Unidades Neonatais e Pediátricas** visitas a serviços com experiências exitosas para troca de saberes.

Municípios identificados com práticas de atenção domiciliar neonatal e pediátrica – acesse relatos das experiências no site da Rede HumanizaSUS por meio do link:

<http://www.redehumanizasus.net/node/93808>

Links relacionados

Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF):

<http://www.iff.fiocruz.br/>

Contatos para matriciamento: telefone (21) 25541861 ou e-mails danielesan@iff.fiocruz.br e almiro@iff.fiocruz.br.

Comunidade de práticas: <http://www.atencaobasica.org.br>

Cursos Unasus direcionados para AD: <http://unasus.gov.br/cursoad>

Coordenação Geral de Atenção Domiciliar – Ministério da Saúde:

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/dahu/cgad>



Mariana Borges Dias

Coordenação Geral de Atenção Domiciliar



Tatiana Raquel Selbmann Coimbra

Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno