

Fluxograma organizativo de atenção domiciliar às crianças com necessidades especiais de saúde

Organizational flow chart of home care for children with special health care needs

Organograma de atención domiciliar a niños con necesidades de salud especiales

Vanessa Rossetto¹

ORCID: 0000-0003-4902-1534

Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso²

ORCID: 0000-0001-7366-077X

Rosa Maria Rodrigues²

ORCID: 0000-0002-7047-037X

¹Secretaria Municipal de Saúde. Cascavel, Paraná, Brasil.

²Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, Paraná, Brasil.

Como citar este artigo:

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

Autor Correspondente:

Vanessa Rossetto

E-mail: vanessa_rossetto@msn.com

EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho
EDITOR ASSOCIADO: Fátima Helena Espírito Santo

Submissão: 09-07-2019

Aprovação: 13-10-2019

RESUMO

Objetivo: Desenvolver protocolo de organização de fluxo nos serviços de atenção domiciliar (AD) para o cuidado na modalidade AD2a crianças com necessidades especiais de saúde (CRIANES), no estado do Paraná. **Método:** 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 and Threats (SWOT), a partir da qual foi elaborado plano de ação pelo método 5W2H, originando fluxograma normativo. **Resultados:** Considerando as estratégias encontradas nos serviços de atenção domiciliar, como alta hospitalar programada, preparo do cuidador, transporte sanitário organizado e projeto terapêutico singular, foi desenvolvido protocolo de organização de fluxo para crianças com necessidades especiais de saúde nos serviços de atenção domiciliar. **Conclusão:** O protocolo desenvolvido possibilita organizar o fluxo de atenção às crianças com necessidades especiais de saúde na atenção domiciliar.

Descritores: Saúde da Criança; Doença Crônica; Protocolos; Pacientes Domiciliares; Enfermagem Pediátrica.

ABSTRACT

Objective: To develop a workflow protocol for Home Care (HC) services in the HC2 modality for children with special health care needs (CSHCN) in the state of Parana. **Method:** Quantitative, descriptive, exploratory, multiple case studies. Data was collected with professionals from the eight home care services in Parana. Data were analyzed using the Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats (SWOT) methodology, from which a 5W2H method of action plan was developed, resulting in a flow chart. **Results:** Considering the strategies found in Home Care services, such as planned hospital discharge, caregiver training, organized transportation and singular therapeutic project, a flow organization protocol for children with special health care needs in Home Care services was developed. **Conclusion:** The protocol developed makes it possible to organize the care provided to children with special health care needs in home care. **Descriptors:** Child Health; Chronic Disease; Protocols; Homebound Persons; Pediatric Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Desarrollar un protocolo de organograma en los servicios de atención domiciliar (AD) de la modalidad AD2 para niños con necesidades de salud especiales (CRIANES), en el estado de Paraná. **Método:** Se trata de una investigación cuantitativa, descriptiva, exploratoria, con estudio de casos múltiples. La recolección de datos se llevó a cabo con profesionales de los ocho servicios de atención domiciliar paranaenses. Los datos se analizaron con la metodología DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades), de la cual se elaboró el plan de acción con el método 5W2H que produjo el organograma normativo. **Resultados:** Considerando las estrategias encontradas en los servicios de atención domiciliar, como alta hospitalaria programada, preparación del cuidador, transporte sanitario organizado y proyecto terapéutico singular, se desarrolló el protocolo del organograma para niños con necesidades de salud especiales en los servicios de atención domiciliar. **Conclusión:** El protocolo desarrollado posibilita organizar el diagrama de flujo de atención a niños con necesidades especiales de salud en atención domiciliar.

Descriptores: Salud del Niño; Enfermedad Crónica; Protocolos; Personas Imposibilitadas; Enfermería Pediátrica.

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 aquelas com doença crônica⁽¹⁻²⁾.

No Brasil, entre nove e 11% do total da população infanto-juvenil possui algum tipo de doença crônica⁽³⁾. 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)⁽⁴⁾.

A AD possui grande potencialidade no cuidado aos indivíduos com doenças crônicas, que demandam atenção longitudinal por equipe multiprofissional, oferecendo atenção integral, continuada e humanizada⁽⁴⁾. Contudo, estudo evidenciou que a rede de cuidados dessas crianças, caracterizada pelas dimensões institucional e familiar, na primeira dimensão, mostrou-se ampla e diversificada, porém dispersa, sendo constituída por diversos profissionais da área da saúde e educação, denotando a necessidade de organização dos serviços para um cuidado efetivo. Recomendou a ampliação e a consolidação de redes de cuidado de natureza multiprofissional para facilitar o acesso à assistência em saúde e a qualidade de vida dessas crianças e suas famílias⁽⁵⁾.

Outro estudo com o objetivo de compreender a vivência de mães de crianças dependentes de tecnologia em relação ao cuidado medicamentoso identificou a necessidade de reorganização dos serviços de saúde com vistas à integralidade do cuidado, além da agilidade nos processos de dispensação dos medicamentos e da rede de suporte profissional. Percebe-se, assim, a existência de serviços que necessitam de organização de seu fluxo para um cuidado eficiente às CRIANES⁽⁶⁾.

A exemplo do que acontece em nosso país, nos Estados Unidos a realidade mostrou-se similar, em estudo que examinou as necessidades de saúde não satisfeitas e a utilização de cuidados de saúde entre jovens com necessidades especiais de cuidados de saúde. Demonstrou que as diferenças na complexidade das necessidades, raça/etnia e estado de pobreza foram lacunas existentes na utilização dos cuidados de saúde e nas persistentes necessidades de saúde não satisfeitas entre esses jovens. Recomendou, por fim, que esforços devem se concentrar no fortalecimento de sistemas coordenados de atendimento que melhor atendam às necessidades dessa população⁽⁷⁾.

Nesse cenário, o Brasil surge um passo à frente, ao instituir uma rede organizada de cuidados, disponibilizando a AD em três modalidades: AD1, AD2 e AD3. Na AD1, os usuários são assistidos pelas equipes de atenção primária, com acompanhamento no domicílio de acordo com suas necessidades. Nas AD2 e AD3, o atendimento se dá pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), sendo a modalidade da assistência definida pelas necessidades de cuidado do usuário, demanda de periodicidade de visita domiciliar (VD), intensidade do cuidado multiprofissional e uso de equipamentos⁽⁸⁾.

Os SAD podem ser compostos somente por Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD), bem como também

ter Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP)⁽⁸⁾. A AD, por suas características, pode ser utilizada também na atenção às CRIANES. No entanto, não foi encontrado relato em literatura brasileira de protocolo próprio para o atendimento de CRIANES na AD. Assim, considerando esse grupo específico e permanente, devido ao crescimento da expectativa de vida, faz-se necessário o seu desenvolvimento para nortear os serviços e os profissionais envolvidos.

OBJETIVO

Desenvolver protocolo de organização de fluxo nos serviços de Atenção Domiciliar (AD) para o cuidado na modalidade AD2 a crianças com necessidades especiais de saúde (CRIANES), no estado do Paraná, considerando que a maioria das crianças atendidas nos SAD paranaenses estão compreendidas na modalidade AD2.

MÉTODOS

Aspectos Éticos

Seguiram-se todos os preceitos éticos e o estudo foi aprovado por Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

Desenho, local do estudo e período

Foi desenvolvida pesquisa quantitativa, descritiva, exploratória, estudo de casos múltiplos. 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 Itaipu, cujos participantes foram profissionais desses serviços, no período de agosto de 2016 a janeiro de 2017.

Esses dados foram categorizados de acordo com o indicado para elaboração de protocolos de organização de serviços⁽⁹⁾ e, em seguida, procedeu-se análise utilizando como instrumento o método SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*)⁽¹⁰⁾. Posteriormente, os pontos elencados foram organizados de acordo com o Plano de Ação 5W2H⁽¹¹⁾, para, na última etapa, os resultados serem representados graficamente em formato de fluxograma.

População, amostra, critérios de inclusão e exclusão

Foram identificados os SAD do estado do Paraná à época da coleta de dados, sendo oito os serviços nos municípios anteriormente nominados. Esses serviços constituíram-se do conjunto amostral, sendo adotado um profissional representante de cada um deles como respondente do instrumento de coleta de dados, num total de oito participantes.

O primeiro contato foi efetuado com os coordenadores por telefone, os quais foram convidados a tomar parte do estudo. Aqueles que não puderam participar indicaram um profissional do serviço. Para a inclusão, era preciso ser membro ativo do serviço. Foi acordado o envio do instrumento de coleta de dados por

correio eletrônico, bem como sua devolução pelos participantes, em data previamente agendada. Os dados foram confirmados por telefone após seu recebimento.

Protocolo do estudo

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⁽⁹⁾.

A análise SWOT (sigla em inglês de *strengths, weakness, opportunities and threats*; em português significa forças, fraquezas, oportunidades e ameaças) consiste em uma ferramenta que fornece subsídios para a gestão e o planejamento das organizações⁽¹⁰⁾, utilizada em pesquisas da área da saúde⁽¹¹⁻¹³⁾.

As forças são caracterizadas pela diferenciação conseguida pela instituição, as quais significam uma vantagem operacional no ambiente. Ao contrário, as fraquezas relacionam-se às situações inadequadas, 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, podem ser evitadas⁽¹⁰⁾.

A terceira ferramenta utilizada, o Plano de Ação 5W2H, consiste na elaboração de uma estratégia estruturada para a execução e controle de tarefas, atribuindo-se as responsabilidades, o método para execução, o motivo, os custos e os prazos para conclusão. Seu desenvolvimento consiste nas respostas das 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 *howmuch* (quanto custará a ação?), a fim de definir como serão desenvolvidas as ações para a conquista dos objetivos⁽¹⁴⁾.

Ao fim, os resultados foram representados graficamente por fluxograma, com algoritmos, o que permite qualificar a representação e facilitar sua compreensão por parte dos profissionais que irão utilizá-los⁽⁹⁾.

Os fluxogramas e algoritmos podem ser empregados nos protocolos de forma a ordenar e estabelecer os fluxos de suas ações⁽⁹⁾. Os algoritmos consistem em uma sequência finita de instruções que podem ser executadas mecanicamente num período de tempo e com uma quantidade de esforço também finitos. Eles podem ser elaborados de forma a repetir passos ou indicar decisões até que a tarefa seja concluída⁽⁹⁾.

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 desfechos dicotômicos: sim ou não, sendo decisivos para os próximos passos e por isso 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⁽⁹⁾.

Os símbolos do fluxograma devem ser conectados por setas, sendo que uma única seta 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”⁽⁹⁾.

Análise dos resultados

As informações obtidas foram categorizadas para descrição e comparação com a literatura pertinente, sendo tabulados em frequência absoluta e relativa, utilizando-se o programa Excel. Esses dados forneceram subsídio para a elaboração do protocolo apresentado.

RESULTADOS

Categorias para elaboração de protocolos de organização dos serviços

Quanto aos aspectos da organização do trabalho, sua disposição no território, fluxos administrativos para o trabalho em rede, processos e sistemas de avaliação, os resultados estão apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 – Aspectos elencados dos Serviço de Atenção Domiciliar para elaboração de protocolos. 2017

Aspectos favoráveis	Aspectos prejudiciais
Organização do trabalho na unidade	
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; 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.	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 nível superior da EMAD, e na presença da equipe do serviço hospitalar, na maioria; Falta de padronização para o preparo do cuidador; 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; Falta de padronização dos primeiros atendimentos, definindo quem realiza o acompanhamento e qual a frequência nas primeiras semanas; Baixa utilização do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Continua

Continuação do Quadro 1

Organização do trabalho no território	
Definições para acompanhamento em AD1, AD2 ou AD3 estão estabelecidas em portaria.	Não há organização própria para o cuidado de CRIANES no território; Insuficiência de número de SAD no Paraná.
Fluxos administrativos para o trabalho em rede	
Encaminhamento ao SAD descentralizado do profissional médico, na maioria; Fontes encaminhadoras diversas e descentralizadas; Momento formal de transferência do cuidado para AD1 em alguns SAD; Alta hospitalar programada, na maioria; Há modelo nacional de rede de atenção para doenças crônicas.	Falta de padronização dos profissionais que encaminham ao SAD; Na maioria, não ocorre o preparo no hospital, pelos profissionais de nível superior da EMAD, e na presença da equipe do serviço hospitalar; Comunicação inconstante dos SAD com a atenção primária, na maioria; Descontinuidade do acompanhamento pela atenção primária dos indivíduos acompanhados pelo SAD, na maioria dos municípios; Falta de pactuação de um fluxo específico para o SAD com a rede de urgência e emergência.
Processos de avaliação (da elegibilidade)	
Avaliação da elegibilidade descentralizada do profissional médico em alguns SAD.	Falta de padronização dos profissionais que avaliam a elegibilidade; Tempo limite para avaliação de elegibilidade não padronizado entre os SAD; 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); Falta de padronização da avaliação das capacidades do cuidador – entendimento e execução dos procedimentos, para elegibilidade e durante o acompanhamento.
Sistema de informação	
Sistema de informação nacional e-SUS existente e disponível para adoção nos estados e municípios.	Sistemas de informação não se comunicam com outras unidades; Encaminhamento para a atenção domiciliar dependente de via demorada; Implantação insuficiente de prontuário eletrônico e interligado.

Nota: SAD: Serviço de Atenção Domiciliar; EMAP: Equipes Multiprofissionais de Apoio; CRIANES: crianças com necessidades especiais de saúde.

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, sendo 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.

Plano de ação 5W2H

Utilizando a metodologia do Plano de Ação 5W2H, os pontos elencados foram organizados. Além disso, a partir da análise dos fatores que favorecem e 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;

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

FATORES INTERNOS	Organização do trabalho na unidade	Organização do trabalho no território	Fluxos administrativos para trabalho em rede	Processos de avaliação	Sistemas de informação
	Strengths (Forças)	<ul style="list-style-type: none"> Presença de EMAP na maioria dos SAD. Linha telefônica própria. Carros do SAD, sem necessidade de agendamento prévio. Responsabilização do cuidador, com termo de consentimento. Trabalho desenvolvido em equipe multiprofissional. 	<ul style="list-style-type: none"> O tempo de resposta quando a equipe é solicitada não é padronizado, mas é estabelecido nas equipes, sendo considerado adequado. 	<ul style="list-style-type: none"> Encaminhamento descentralizado do profissional médico. Fontes encaminhadoras diversas e descentralizadas. Reunião de transferência do cuidado para AD1. Alta hospitalar programada. 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação da elegibilidade descentralizada do profissional médico.
Weakness (Fraquezas)	<ul style="list-style-type: none"> 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 resolutivas. 	<ul style="list-style-type: none"> Insuficiência de SAD no PR, face à proporção da morbidade de crianças. 	<ul style="list-style-type: none"> Falta de padronização dos profissionais que encaminham ao SAD. Na maioria, não ocorre o preparo no hospital, pelos profissionais de nível superior da EMAD, e na presença da equipe do serviço hospitalar. 	<ul style="list-style-type: none"> Tempo limite para avaliação de elegibilidade não padronizado entre os SAD. Falta de padronização da avaliação das capacidades do cuidador. 	<ul style="list-style-type: none"> Sistemas de informação que não se comunicam com outras unidades.

Continua

Continuação do Quadro 2

FATORES INTERNOS	Weakness (Fraquezas)	Organização do trabalho na unidade	Organização do trabalho no território	Fluxos administrativos para trabalho em rede	Processos de avaliação	Sistemas de informação
		<ul style="list-style-type: none"> Falta de padronização da rotina de admissão. Falta de padronização para os primeiros atendimentos. Baixa utilização do PTS. Transporte sanitário sem acompanhamento de profissional do SAD, na maioria. Falta de padronização para o preparo do cuidador. 				<ul style="list-style-type: none"> Falta de padronização dos profissionais que avaliam a elegibilidade. Falta de padronização nos fatores abordados na avaliação de elegibilidade.
FATORES EXTERNOS	Opportunities (Oportunidades)	<ul style="list-style-type: none"> Possibilidade de solicitação de EMAP pelos SAD onde ainda não há. 	<ul style="list-style-type: none"> Definições para acompanhamento em AD1, AD2 ou AD3 estabelecidas em portaria. 	<ul style="list-style-type: none"> Construção federal de rede de atenção para doenças crônicas. 	<ul style="list-style-type: none"> Participação em pesquisas avaliativas e possibilidade de reflexão sobre os resultados para mudanças da prática do cuidado 	<ul style="list-style-type: none"> Existência de um sistema de informações, o e-SUS AD, que pode ser futuramente adaptado para comunicação.
		Threats (Ameaças)	<ul style="list-style-type: none"> A maneira de organizar o cuidado é diferente em cada SAD pesquisado, denotando ausência de protocolos de cuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> Falta de fluxo de cuidado para a CRIANES no território. 	<ul style="list-style-type: none"> Comunicação inconstante dos SAD com a RAS. Descontinuidade do acompanhamento pela AB dos indivíduos acompanhados pelo SAD. Falta de pactuação de um fluxo específico para o SAD com a rede de urgência e emergência. 	<ul style="list-style-type: none"> Ausência de auto avaliação ou mesmo de avaliação formal do Estado em relação aos serviços desempenhados.

Nota: SAD: Serviço de Atenção Domiciliar; EMAD: Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar; EMAP: Equipes Multiprofissionais de Apoio; CRIANES: crianças com necessidades especiais de saúde.

(j) Orientação via telefone; (k) Prontuário eletrônico e interligado; e (l) Fluxo específico na rede de urgência e emergência. A análise de custo não foi aplicada nessa etapa de utilização do plano.

- 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.
- Encaminhamento para o SAD, por enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e assistentes sociais de hospitais (públicos ou privados), quando for identificada CRIANES com critérios para acompanhamento em AD2, utilizando formulário próprio, por correio eletrônico ou prontuário eletrônico.
- 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 nesse momento a identificação do cuidador, a avaliação de sua capacidade de realizar os procedimentos necessários no domicílio e seu aceite para o acompanhamento domiciliar.
- Preparo do cuidador, pelos profissionais de nível superior da EMAD e do hospital, após avaliado como elegível em AD2, realizando orientações e demonstração, a fim de instrumentalizar o cuidador para realizar os cuidados que serão necessários no domicílio.

- 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. Esse fluxo visa transmitir segurança aos pais para deixar o hospital e assumir o cuidado domiciliar, visto que fará a transição com profissional do serviço que dará continuidade ao acompanhamento.
- 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 este responsabiliza-se em realizar os cuidados orientados pela equipe do SAD.
- 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, além de 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.

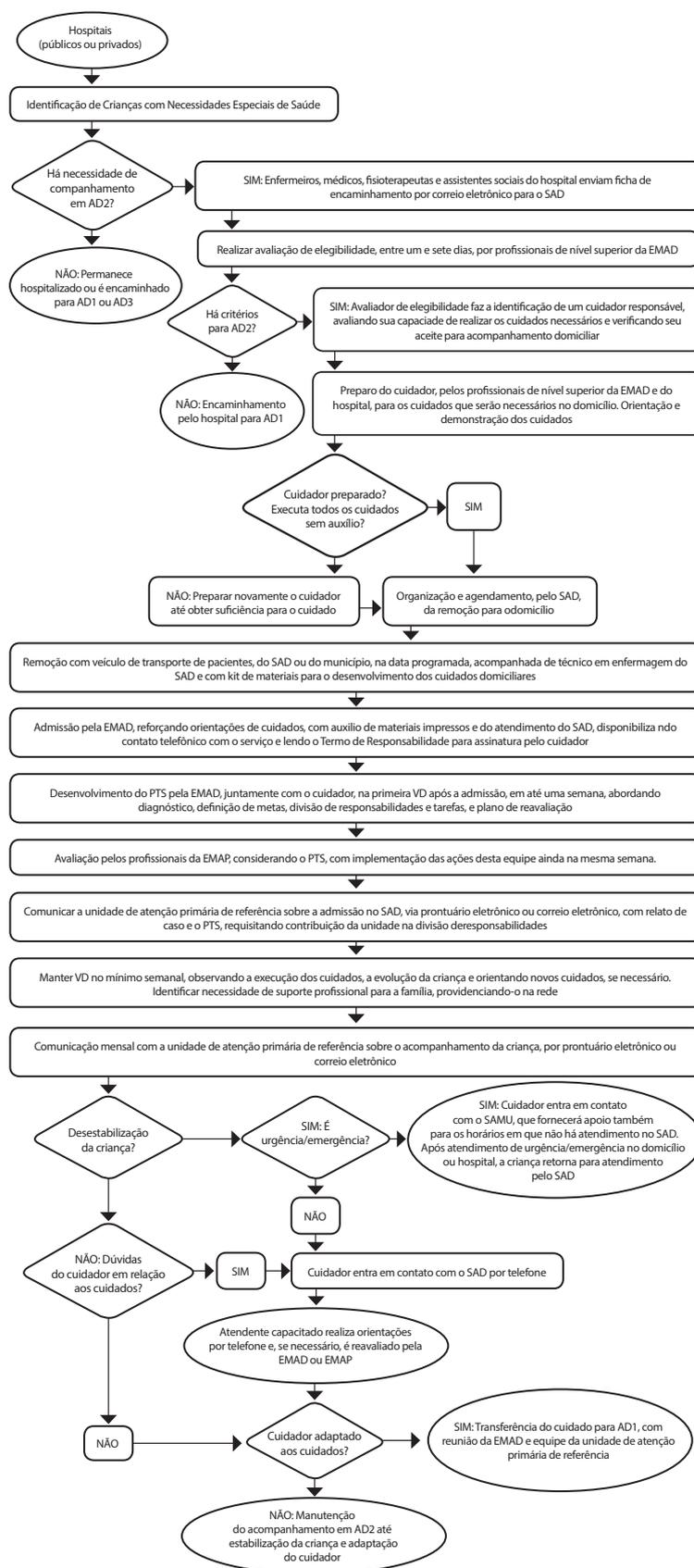
- h) Cuidado compartilhado. Comunicar a unidade de atenção primária de referência sobre a admissão no SAD e mensalmente, via prontuário eletrônico ou correio eletrônico, com relato de caso e o PTS, requisitando contribuição da unidade na divisão de responsabilidades, para a continuidade do acompanhamento na AB quando em atendimento no SAD. 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 providenciada reavaliação pela EMAD ou EMAP.
- k) Prontuário eletrônico e interligado entre o SAD, 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.

Representação Gráfica

A Figura 1 apresenta o fluxograma para CRIANES em AD2, desenvolvido a partir das experiências exitosas apontadas pelos participantes, o qual se encontra em fase de validação clínica pelos serviços paranaenses participantes do estudo.

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, assim como em estudo⁽¹³⁾ sobre gerenciamento de resíduos sólidos, de município do interior de São Paulo, em que essa metodologia de análise contribuiu para a compreensão do problema.



Nota: AD2: Atenção Domiciliar tipo 2; AD1: Atenção Domiciliar tipo 1; AD3: Atenção Domiciliar tipo 3; SAD: Serviço de Atenção Domiciliar; EMAD: Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar; PTS: Projeto Terapêutico Singular; EMAP: Equipe Multidisciplinar de Apoio; VD: Visita Domiciliar; SAMU: Serviço Móvel de Urgência.

Figura 1 - Fluxograma para Crianças com Necessidades Especiais de Saúde em AD2

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⁽⁹⁾.

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⁽⁹⁾.

A territorialização pode ser descrita como o processo de apropriação do espaço pelos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). Ou seja, consiste no processo de criação de territórios de abrangência das unidades de APS, visando definir claramente as áreas de atuação dos serviços de atenção primária⁽¹⁵⁾, 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⁽¹⁶⁾.

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⁽⁹⁾. Sendo a APS o nível de atenção à saúde mais próximo dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e tendo suas ações desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), representa a principal porta de entrada e consiste no centro de comunicação com toda a RAS⁽¹⁷⁾. Portanto, é responsável pelo encaminhamento das UBS para os demais níveis de assistência, enquanto na contrarreferência recebe o retorno do usuário, dos demais níveis de atenção para a APS⁽¹⁷⁾.

Da mesma forma, em realidades em que os sistemas de referência e contrarreferência constituem-se por meio de precário fluxo burocrático, obstruem as possibilidades de coordenação entre os níveis de atenção⁽¹⁸⁾.

A análise dos processos de avaliação está relacionada ao monitoramento dos resultados e em um julgamento de valor sobre uma intervenção, a qual visa subsidiar uma análise da ação implementada para auxiliar na tomada de decisão, reconduzindo seu curso⁽¹⁹⁾.

Já os sistemas de informação têm como propósito selecionar dados pertinentes aos serviços e transformá-los em informação necessária para os processos de decisão. Consistem em um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessário para se planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde⁽²⁰⁾.

Nesse sentido, o e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) foi desenvolvido como estratégia do Departamento de Atenção Básica (DAB), do Ministério da Saúde, para reestruturar as informações da AB em nível nacional, visando à qualificação da gestão da informação para assim ampliar a qualidade no atendimento à população⁽²¹⁾.

Em 2015, foi lançada uma versão do e-SUS AB no módulo e-SUS AD, como sistema de informação para os SAD, para registro das informações de produção das EMAD e EMAP, no intuito de qualificar as informações utilizadas para monitoramento e

planejamento dos SAD⁽²¹⁾. Para que os sistemas de informação sejam eficientes, devem estar interligados com os outros serviços da rede de saúde. No entanto, esse 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 aqueles que o favorecem, é fundamental a adoção de um plano de ação que fortaleça os pontos fortes dos SAD, de modo que estes favoreçam o trabalho e superem os fatores ditos prejudiciais. Para tanto, pela análise SWOT, os fatores foram divididos nas categorias forças, fraquezas, oportunidades e ameaças, permitindo reflexão sobre os mesmos e a elaboração do plano de ação, a partir do cruzamento das informações, a exemplo de estudos que utilizaram a mesma metodologia⁽¹⁰⁻¹³⁾.

Um plano de ação eficiente deve abordar claramente todos os aspectos envolvidos no processo, como os responsáveis por cada ação, os prazos, momento e local para tal, além do que será considerado em cada etapa⁽¹¹⁾. 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, a exemplo de estudo⁽²²⁾ que elaborou fluxograma para o atendimento em centro de atenção psicossocial.

Limitações do Estudo

O estudo apresenta como limitação o fato de que, embora o instrumento para o fluxo de cuidado da CRIANES em AD2 tenha sido construído considerando a realidade dos serviços e as diretrizes da AD, ainda está sendo testado pelos serviços. Assim, sugere-se que novos estudos possam avaliar sua aplicação prática nos serviços.

Contribuições para a Enfermagem e a Política Pública de atenção domiciliar

A elaboração desse 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. Para o enfermeiro, que atua em todas as dimensões da AD, desde organizativas até assistenciais, auxilia na regulação dos pacientes em seu fluxo do hospital para a atenção domiciliar.

CONCLUSÃO

O estudo apresentou protocolo organizativo de fluxo de cuidado para as CRIANES, elaborado por enfermeiro, para a AD no estado do Paraná, a partir de metodologia derivada da gestão organizacional, contribuindo para a produção de tecnologias de gestão em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Cabral IE, Moraes JRMM. Family caregivers articulating the social network of a child with special health care needs. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2016 Jun 10];68(6):769-76. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n6/en_0034-7167-reben-68-06-1078.pdf
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* [Internet]. 1998 [cited 2016 Jul 02];102:137-41. Available from: <https://pdf.semanticscholar.org/6e8f/1de37e17e37af6dc4ddf769e80ebf03c44.pdf>
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*[Internet]. 2014 [cited 2016 Jun 11];51:58-71. Available from: cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulga%C3%A7%C3%A3o-51.pdf
5. Neves ET, Silveira A, Arruê AM, Pieszak GM, Zamberlan KC, Santos RP. Rede de cuidados de crianças com necessidades especiais de saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(2):399-406. doi: 10.1590/0104-07072015003010013
6. Okido ACC, Cunha ST, Neves ET, Dupas G, Lima RAG. Technology-dependent children and the demand for pharmaceutical care. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(4):671-7. doi: 10.1590/0034-7167.2016690415i
7. Parasuraman SR, Anglin TM, McLellan SE, Riley C, Mann MY. Health care utilization and unmet need among youth with special health care needs. *J Adolescent Health*. 2018;63(4):435-44. doi: 10.1016/j.jadohealth.2018.03.020
8. Ministério da Saúde (BR). 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. Werneck MAF, Faria HP, Campos KFC. Protocolo de cuidados à saúde e de organização de serviço. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed; 2009.
10. Navarro FAR, Alencar C. Analysis of the strategic elements in internationalization processes: Brazilian real estate companies targeting the residential market of Costa Rica. *Ambient Constr* [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 03];16(1):285-99. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ac/v16n1/1678-8621-ac-16-01-0285.pdf>
11. Esteves SC, Agarwal A, Cho C, Majzoub A. A Strengths-Weaknesses-Opportunities-Threats (SWOT) analysis on the clinical utility of sperm DNA fragmentation testing in specific male infertility scenarios. *Translat Androl Urol*[Internet]. 2017 [cited 2017 Feb 06];6(4):734-60. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29082207>
12. Kawai T. The historicity and potential of Jungian analysis: another view of 'SWOT'. *J Analytic Psychol* [Internet]. 2017 [cited 2017 Jan 25];62(5):629-798. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28994468>
13. Assis MC, Gomes VAP, Balista WC, Freitas RR. Use of performance indicators to assess the solid waste management of health services. *An Acad Bras Ciênc*. 2017;89(3):2445-60. doi: 10.1590/0001-3765201720170178
14. 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 Ciênc, Ciênc Juríd Empres* [Internet]. 2012 [cited 2017 Apr 18];13(1):75-80. Available from: pgskrotron.com.br/seer/index.php/jur%C3%ADcas/article/viewFile/825/791
15. Caires ES, Santos Jr PJ. Territorialization in health: a reflection on their importance in primary attention. *Rev Eletrôn Acervo Saúde* [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 20];9(1):1174-7. Available from: <https://www.acervosaude.com.br/doc/REAS2.pdf>
16. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Morbidade hospitalar [Internet]. 2017 [cited 2008 Feb 15]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nipr.def>
17. Pereira JS, Machado WCA. Reference and counter-reference between physical rehabilitation services of Persons with Disabilities: (dis) articulation in the Fluminense Central-South region, Rio de Janeiro, Brazil. *Physis*[Internet]. 2016 [cited 2017 Nov 04];26(3):1033-1051. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n3/0103-7331-physis-26-03-01033.pdf>
18. Santos AM, Giovanella L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(3). doi: 10.1590/0102-311X00172214
19. Dalfior ET, Lima RCD, Andrade MAC. Reflections on implementation analysis of health policies. *Saúde Debate* [Internet]. 2015 [cited 2017 Feb 17];39(104):210-25. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2015.v39n104/210-225/pt>
20. Guimarães EMP, Évora YDM. Sistema de informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. *Ciênc Inform* [Internet]. 2004[cited 2017 Nov 13];33(1):72-80. Available from: revista.ibict.br/ciinf/article/view/1070/1163
21. Ministério da Saúde (BR). Portal da Saúde. E-sus atenção básica [Internet]. 2017[cited 2017 Nov 21]. Available from: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>
22. Aquino MST, Souza PH, Dutra FCS, Vasconcelos PF. Implantação de fluxograma de atendimento em um centro de atenção psicossocial. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 28];30(2):288-93. Available from: www.redalyc.org/408/40851821018.pdf