



Organização de fluxo de desospitalização para a criança com necessidades especiais: estudo de validação

Dehospitalization flow organization for children with special needs: validation study

Organización del flujo de deshospitalización de niños con necesidades especiales: estudio de validación

Vanessa Rossetto¹, Beatriz Rosana Gonçalves Oliveira Toso², Rosa Maria Rodrigues², Maria Angélica Marcheti³.

RESUMO

Objetivo: Realizar validação de conteúdo e constructo de protocolo de organização de fluxo de cuidado domiciliar à criança com necessidades especiais de saúde. **Métodos:** Pesquisa metodológica para validação de instrumento de organização de fluxo, por comitê constituído de oito juízes, utilizando-se a técnica Delphi. Os dados foram coletados por formulário on-line em 2020. Foi feita análise estatística do índice de validade de conteúdo, do coeficiente Kappa e da confiabilidade pelo alfa de Cronbach. **Resultados:** Na primeira avaliação do instrumento, 24 (77%) dos 31 itens obtiveram 80% de concordância. Após ajustes indicados pelos juízes, na segunda rodada, oito dos 11 itens com concordância baixa anterior apresentaram índice de validade de conteúdo de 100% e três de 83,3%. O alfa de Cronbach foi 0,789, sendo considerado substancial, e o coeficiente Kappa foi 83,64%, sendo classificado como excelente. **Conclusão:** O protocolo foi considerado validado e pode ser utilizado para uniformização da transição das crianças com necessidades especiais de saúde para a atenção domiciliar.

Palavras-chave: Serviços de assistência domiciliar, Cuidado da criança, Protocolos, Estudos de validação, Doença crônica.

ABSTRACT

Objective: To perform content and construct validation of a protocol for organizing home care flow for children with special health care needs. **Methods:** Methodological research to validate the flow organization instrument, by a committee consisting of eight judges, using the Delphi technique. The data were collected by online form

¹ Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel, Cascavel - PR.

² Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Cascavel – PR.

³ Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campo Grande - MS.

Financiado pelo edital universal CNPq Chamada MCTIC/CNPq Nº 28/2018 - Universal/Faixa B, processo número 420877/2018-5.

SUBMETIDO EM: 5/2023

ACEITO EM: 7/2023

PUBLICADO EM: 10/2023

in 2020. Statistical analysis was done of content validity index, Kappa coefficient and reliability by Cronbach's alpha. **Results:** In the first evaluation of the instrument, 24 (77%) of the 31 items obtained 80% agreement. After adjustments indicated by the judges, in the second round, eight of the 11 items with previous low agreement showed a content validity index of 100% and three of 83.3%. Cronbach's alpha was 0.789, being considered substantial, and Kappa coefficient was 83.64%, being classified as excellent. **Conclusion:** The protocol was considered validated and can be used to standardize the transition of children with special health care needs to home care.

Keywords: Home Care Services, Child Care, Guideline Adherence, Validation Study, Chronic Disease.

RESUMEN

Objetivo: Realizar validación de contenido y construcción de protocolo de organización de flujo de cuidado domiciliario a niña con necesidades específicas de salud. **Métodos:** Pesquisa metodológica para validação de instrumento de organização de fluxo, por comitê constituído de oito juízes, utilizando-se a técnica Delphi. Os dados foram coletados por formulário on-line em 2020. Foi feita análise estatística do índice de validade do conteúdo, do coeficiente Kappa e da fiabilidade pelo alfa de Cronbach. **Resultados:** En la primera evaluación del instrumento, 24 (77%) de los 31 ítems obtuvieron 80% de concordancia. Tras los ajustes indicados por los jueces, en la segunda ronda, ocho de los 11 ítems con bajo acuerdo previo mostraron un índice de validez de contenido del 100% y tres del 83,3%. El alfa de Cronbach fue de 0,789, considerándose sustancial, y el coeficiente Kappa fue de 83,64%, clasificándose como excelente. **Conclusión:** El protocolo se consideró validado y puede ser utilizado para estandarizar la transición de niños con necesidades especiales de salud a la atención domiciliaria.

Palabras clave: Servicios de Atención de Salud a Domicilio, Cuidado Del Niño, Protocolos, Estudios de Validación, Enfermedad Crónica.

INTRODUÇÃO

A Atenção Domiciliar (AD) é praticada há muitos anos em todo o mundo e ganha mais atenção e visibilidade nas políticas públicas de saúde, à medida que se elevam as taxas de sobrevivência em todas as faixas etárias, com o consequente aumento das condições crônicas (RAJÃO FL e MARTINS M, 2020).

No Brasil, como política pública, foi criado em 2011 o Programa Melhor em Casa (PMC), visando ampliar o atendimento domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS). Após a criação do PMC, a AD ainda passou por algumas reformulações, sendo vigente a portaria 825 de 2016. O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é a forma de operacionalização do PMC, sendo composto por distintos profissionais da saúde, dentre eles, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas, que realizam atendimento no domicílio das pessoas que necessitam de cuidados de saúde contínuos. O acesso ao SAD é geralmente feito por meio do hospital em que o usuário está internado ou ainda por solicitação da equipe de Saúde da Família/Atenção Básica ou da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) (BRASIL, 2016).

Entre outros aspectos, tal portaria apresenta as definições sobre as modalidades nas quais a AD é organizada no âmbito do SUS, sendo elas a AD1, a AD2 e a AD3. Na AD1, o cuidado com os usuários é de responsabilidade das equipes de Atenção Primária, com acompanhamento no domicílio de acordo com suas necessidades, enquanto nas modalidades AD2 e AD3 o atendimento se dá pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Essa assistência em AD será definida com base na análise das necessidades de cuidado do usuário, da periodicidade das visitas, da intensidade do cuidado e da demanda por equipamentos para estabilidade ou manutenção da vida (BRASIL, 2016).

Entretanto, apesar dos mais de dez anos da política de atenção por meio do PMC, o número de municípios com serviços credenciados permanece ínfimo mediante às potencialidades de habilitação do SAD. Dentre os 5.570 municípios brasileiros, estão hábeis para instalar o SAD aqueles com mais de vinte mil habitantes, atualmente em número de 1.651 (IBGE, 2010). Ainda, poderia haver o agrupamento de municípios para atingir

essa marca, aumentando as possibilidades para implantação do SAD. De acordo com a portaria do Ministério da Saúde que habilita os serviços nos municípios, estão credenciados 330, ou seja, somente 21,14% dos potenciais municípios que poderiam estar com o SAD em funcionamento (BRASIL, 2017). Esses dados mostram que este é um programa que ainda precisa avançar para atingir-se o objetivo da desospitalização, quando possível e adequadamente indicada, no país.

Dessa forma, entendendo que a AD tem como objetivos a redução da demanda pela assistência hospitalar, a redução da permanência de usuários nas instituições hospitalares, a humanização da assistência com a promoção da autonomia dos usuários e a desinstitucionalização e otimização dos recursos das Redes de Atenção à Saúde, ela se destaca pelo acompanhamento das demandas presentes nas pessoas com condições crônicas (BRASIL, 2016).

Apesar de, muitas vezes, as condições crônicas, definidas como aquelas condições de saúde de curso mais ou menos longo, serem relacionadas ao avanço da idade, elas podem estar presentes em todas as faixas etárias (BARRENA U, et al., 2022).

Isso tem cada vez mais acontecido dentre as crianças e adolescentes, como resultado do avanço nas tecnologias de saúde e do aumento das taxas de sobrevivência de condições perinatais ou adquiridas. Dessa forma, as condições crônicas na infância consistem em um problema de saúde pública emergente (SOUZA MH, et al., 2020).

Por conseguinte, a AD apresenta grande potencialidade para atender às demandas presentes nas condições crônicas, podendo ser aplicada também às Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES), apesar de não ser específica para esse grupo (ROSSETTO V, ET al., 2020).

As CRIANES, embora nem todas possuam uma condição crônica de saúde, pois suas demandas de cuidado podem ser temporárias, são consideradas crianças com alto risco para apresentar ou possuir condições crônicas, físicas, de desenvolvimento, comportamental ou emocional e que necessitam dos serviços de saúde, além daqueles exigidos pelas crianças em geral (MCPHERSON MG, et al., 1998; ZAMBERLAN KC, et al., 2014).

Nesse sentido, a AD vem se destacando como estratégia de acompanhamento e desospitalização de pessoas em condição crônica, incluindo-se as crianças, considerando que, embora o SAD não esteja amplamente implementado no país, nos locais onde está em funcionamento, ele dá suporte para as CRIANES e suas famílias no processo de cuidado, estimulando sua autonomia no sistema de saúde (RAJÃO FL, MARTINS M, 2020).

Estudo identificou como vem sendo desenvolvido o cuidado em AD para CRIANES no Estado do Paraná, na Região Sul do Brasil. Foram encontradas 35 CRIANES em atendimento nos SAD, sendo que 65,7% delas tinham até seis anos incompletos. Dentre elas, os diagnósticos principais eram paralisia cerebral (25,7%), hidrocefalia (14,3%), prematuridade (8,6%) e doenças degenerativas (8,6%). Ainda, utilizavam traqueostomia (60%), gastrostomia (57,1%), oxigenoterapia (31,4%), necessitavam de aspiração de vias aéreas (28,6%), ventilação mecânica (17,1%), sonda nasoenteral (8,6%), dentre outras tecnologias. Considerando suas necessidades especiais de saúde, 82,9% dessas crianças eram classificadas com demandas de cuidado para a AD2; 17,1% delas, por necessitarem de cuidado multiprofissional mais frequente devido ao uso de ventilação mecânica, foram classificadas com demandas para a AD3 (ROSSETTO V, et al., 2019).

Entretanto, o estudo mencionado bem como revisão de literatura em andamento, identificou a inexistência de fluxos organizativos de desospitalização para o SAD, de diferentes condições de mobilidade nos distintos serviços, bem como a fragilidade clínica das CRIANES, indicando a necessidade de estabelecer um fluxo específico para este grupo, dentro da lógica de funcionamento do SAD no Brasil. A ausência de protocolos de desospitalização implica na demora para a alta, bem como na fragmentação do cuidado quando essa acontece, pois, as famílias não sabem quais e quando procurar os serviços para o cuidado as suas CRIANES (LIMA HF, et al., 2021).

Ademais, o estudo trouxe recomendações para o cuidado das CRIANES, principalmente no que se refere a necessidade de organização do fluxo do hospital para a AD, usualmente inexistente, gerando um instrumento em formato de fluxograma organizativo, denominado “Fluxograma organizativo de atenção domiciliar às crianças com necessidades especiais de saúde”, no intuito de orientar o caminho a ser percorrido para a desospitalização, evitando a fragmentação do cuidado (ROSSETTO V, et al., 2019).

Como um instrumento recém-construído, faz-se necessária sua validação de conteúdo e constructo, para que possa ser verificada sua confiabilidade para aplicação naqueles locais que dispõem do SAD. Para tanto este estudo tem como objetivo realizar validação de conteúdo e constructo de protocolo de organização de fluxo de cuidado domiciliar à criança com necessidades especiais de saúde.

MÉTODOS

O estudo foi conduzido de acordo com as diretrizes de ética nacionais e internacionais e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, sob parecer número 3.477.776 e CAAE número 17157319.7.1001.0107.

O Consentimento Livre e Esclarecido foi obtido de todos os indivíduos envolvidos no estudo por meio online. É uma pesquisa metodológica de validação de instrumento, a qual, na Enfermagem, é indicada para a investigação dos métodos, envolvendo sua produção-construção, sua validação e sua avaliação, com foco no desenvolvimento de novos instrumentos-produtos (POLIT DF e BECK CT, 2019; TEIXEIRA E, 2019).

A validação de conteúdo e constructo compreende a análise da confiabilidade e validade, sendo fundamental para determinar se os itens do fluxograma em tela representam o universo dos domínios pertinentes ao conceito do estudo (SILVA LM, et al., 2015).

Ocorreu mediante a avaliação do instrumento por especialistas, para verificar a avaliação da consistência interna (avalia conteúdo e construto) e equivalência (concordância inter-observadores), seguindo a técnica Delphi, a qual consiste na construção de consenso de opiniões de um grupo de especialistas, realizado em rodadas sucessivas, com o objetivo de avaliar determinado problema ou proposta de intervenção em processos de validação de conteúdo (MARQUES JBV e FREITAS D, 2018).

A coleta de dados foi realizada entre maio de 2020 e outubro de 2021, considerando as duas rodadas de avaliação e o local do estudo compreendeu os SAD existentes no estado do Paraná, totalizando oito serviços (Cambé, Cascavel, Curitiba, Guarapuava, Londrina, Palotina, Paranavaí e Santa Terezinha de Itaipu) (BRASIL, 2016).

Participaram do estudo os profissionais atuantes nos SAD dos oito municípios participantes na etapa anterior de elaboração do fluxograma. Os profissionais dos serviços foram os *experts* da prática, de forma representativa dentre todas as possibilidades, com mais de um ano de experiência, pois o fluxograma é organizativo da prática cotidiana. Nesse caso, recomenda-se a avaliação da tecnologia por especialistas da prática (GOLSACKJC, et al., 2020).

Os critérios de inclusão foram ser coordenadores ou profissionais da assistência e com pelo menos um ano de atuação no serviço. O critério de exclusão seria não responder à pesquisa no período da coleta de dados, porém não foi necessário excluir nenhum serviço e/ou participante.

O primeiro contato com o SAD foi realizado para a primeira etapa da pesquisa, a qual foi descritiva, para diagnóstico dos serviços com atendimento de CRIANES (ROSSETTO V, et al., 2019). Esse mesmo profissional foi convidado a participar ou a indicar outro para essa etapa de validação, sendo obtidos oito juízes da prática, *experts* dos serviços, sendo este o universo dos serviços, para avaliar o instrumento elaborado, estando de acordo com a recomendação da literatura, que é de no mínimo cinco juízes para esse processo (MOKKINK LB, et al., 2010).

Cada participante recebeu o instrumento para validação via *e-mail* com o *link* do formulário eletrônico, com opções de respostas dicotômicas (concordo ou não concordo). No caso de não concordar, foi previsto um

espaço para acrescentar os motivos da não concordância e as sugestões de reformulação. Após o preenchimento, os participantes reenviaram o instrumento ao pesquisador, que realizou a análise de concordância entre os avaliadores. Foi estabelecido o prazo de sete dias para retorno das respostas. Para aqueles itens em que a concordância foi abaixo do estabelecido, o fluxograma foi adequado conforme as sugestões, e novo formulário de avaliação foi disponibilizado, também por e-mail, para a segunda rodada de avaliação.

O protocolo de fluxo foi avaliado quanto à confiabilidade, propriedade que revela a qualidade do instrumento, e a validade, que verifica se ele cumpre seu objetivo. A confiabilidade e a validade estabelecem relação de dependência em que um instrumento que não é confiável possivelmente não seja válido, enquanto o instrumento pode ser confiável sem ser válido (POLIT DF e BECK CT, 2019).

Para a análise de dados, os mesmos foram inseridos em uma planilha eletrônica Excel e exportados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22. Verificou-se a concordância dos especialistas por meio do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) e o coeficiente Kappa. Como critério de aceitação, foi estabelecido concordância $>0,80$ (ALEXANDRE NM e COLUCI MZ, 2011).

O alfa de Cronbach foi considerado substancial com valores acima de 60%. O coeficiente Kappa foi calculado no *Online Kappa Calculator* (<https://idostatistics.com/cohen-kappa-free-calculator/>), o qual realiza a análise de concordância dos juízes por meio da estatística Kappa de Fleiss (FLEISS JL, 1971) e Randolph (RANDOLPH JJ, 2014) cujos valores devem ser o mais próximo de 1 possível, para boa concordância.

RESULTADOS

A maioria dos juízes era do sexo feminino (7; 87,5%) e enfermeiros (5; 62,5%); dois eram fisioterapeutas, e um farmacêutico. Todos eram especialistas, e um era Mestre. Sobre o tempo de atuação profissional, 62,50% atuavam no SAD há mais de cinco anos, 62,50% exerciam a função de coordenadores do serviço e 37,5% a função assistencial.

Todos os participantes referiram ter atendimento de crianças no SAD naquele momento. Na avaliação do protocolo de fluxo, 24 (77%) dos 31 itens nele contidos tiveram 80% de concordância na primeira etapa, ou seja, foram aprovados na primeira rodada de avaliação (**Tabela 1**).

A nova redação do fluxograma foi realizada nos itens em que havia concordância menor que 80% ou naqueles em que foram necessários ajustes para adequação, considerando sugestões de mudança no conteúdo do item.

Em seguida, o fluxograma foi novamente apresentado aos seis especialistas que emitiram sugestões de mudança, atingindo concordância maior ou igual a 80% em todos os pontos. (**Tabela 2**).

Após os ajustes indicados pelos avaliadores na segunda rodada, oito dos 11 itens com concordância baixa anterior apresentaram IVC de 100% e três de 83,3%. O alfa de Cronbach, geral do protocolo, foi 0,789, sendo considerado substancial, e o coeficiente Kappa geral foi 83,64%, sendo classificado como excelente. Apresentam-se os itens em seu formato original e após a modificação sugerida (**Quadro 1**).

O preparo do cuidador foi modificado considerando que, sempre que possível, deveria ocorrer de forma compartilhada entre o SAD e a equipe hospitalar, conferindo maior segurança ao processo de transição para o domicílio.

Outro item alterado foi sobre a remoção, considerando que ela deveria ocorrer acompanhada de profissional de saúde e em veículo apropriado, devido à complexidade do cuidado presente nas CRIANES. Em relação à comunicação, optou-se em remover a periodicidade de comunicação mensal, considerando que o sistema de referência e contrarreferência deve ocorrer continuamente. Na análise da confiabilidade por meio do alfa de Cronbach, seu valor foi de 0,789 e o coeficiente Kappa foi de 83,64%, sendo classificado como excelente. Apresenta-se o protocolo de fluxo após sua validação por comitê de juízes (**Figura 1**).

Tabela 1 – Concordância entre avaliadores por meio do índice de Validade de Conteúdo (IVC) do instrumento na fase 1 (n=8).

Item do fluxograma	n (%)
Hospitais (públicos e privados) – a entrada no fluxograma se dará a partir de uma dessas duas opções	5 (62,5)
Identificação de crianças com necessidades especiais de saúde	8 (100)
Necessita de acompanhamento em AD2*?	8 (100)
NÃO: Permanece hospitalizado ou é encaminhado para AD1* ou AD3*	5 (62,5)
SIM: Enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e assistentes sociais do hospital enviam ficha de encaminhamento por correio eletrônico para o SAD*	6 (75,0)
Realizar avaliação de elegibilidade, entre 1e 7dias, por profissionais de nível superior da EMAD*	6 (75,0)
Há critérios para AD2*?	8 (100)
NÃO: Encaminhamento pelo hospital para AD1* (unidade de Atenção Primária)	6 (75,0)
SIM: Avaliador de elegibilidade faz a identificação de um cuidador responsável, avaliando sua capacidade de realizar os cuidados necessários e verificando seu aceite para acompanhamento domiciliar	7 (87,5)
Preparo do cuidador, pelos profissionais de nível superior da EMAD* e do hospital, para os cuidados que serão necessários no domicílio. Orientação e demonstração dos cuidados	6 (75,0)
Cuidador preparado? Executa todos os cuidados sem auxílio?	8 (100)
NÃO: Preparar novamente o cuidador até obter suficiência para o cuidador	7 (87,5)
SIM: Organização e agendamento, pelo SAD*, da remoção para o domicílio	8 (100)
Remoção com veículo de transporte de pacientes, do SAD* ou do município, na data programada, acompanhada de técnico em enfermagem do SAD* e com <i>kit</i> de materiais para o desenvolvimento dos cuidados domiciliares	5 (62,5)
Admissão pela EMAD, reforçando orientações de cuidados, com auxílio de materiais impressos e do atendimento do SAD*, disponibilizando contato telefônico com o serviço e lendo o Termo de Responsabilidade para assinatura pelo cuidador	8 (100)
Desenvolvimento do PTS* pela EMAD*, juntamente com o cuidador, na primeira VD* após a admissão, em até 1semana, abordando diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e tarefas e plano de reavaliação	8 (100)
Avaliação pelos profissionais da EMAD*, considerando o PTS*, com implementação das ações desta equipe ainda na mesma semana	8 (100)
Comunicar a unidade de Atenção Primária de referência sobre a admissão no SAD*, via prontuário eletrônico ou correio eletrônico, com relato de caso e o PTS*, requisitando contribuição da unidade na divisão de responsabilidades	8 (100)
Manter VD* no mínimo semanal, 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	7 (87,5)
Comunicação mensal com a unidade de Atenção Primária de referência sobre o acompanhamento da criança, por prontuário eletrônico ou correio eletrônico	7 (87,5)
Desestabilização da criança?	8 (100)
SIM: É urgência/emergência?	8 (100)
SIM: Cuidador entra em contato com o SAMU*, que fornecerá apoio também para os horários em que não há atendimento no SAD*. Após atendimento de urgência/emergência no domicílio ou hospital, a criança retorna para atendimento pelo SAD*	8 (100)
NÃO: Cuidador entra em contato com o SAD*, por telefone (relacionado ao item "é urgência/emergência?")	7 (87,5)
Atendente capacitado realiza orientações por telefone e, se necessário, é reavaliado pela EMAD* ou EMAP*	7 (87,5)
NÃO: Dúvidas do cuidador em relação aos cuidados (em relação ao item "desestabilização da criança")	8 (100)
SIM: Apresenta dúvidas (em relação ao item "dúvidas do cuidador em relação aos cuidados")	8 (100)
NÃO: Cuidador não apresenta dúvidas em relação aos cuidados	8 (100)
Cuidador adaptado aos cuidados?	8 (100)
SIM: Transferência do cuidado para AD1*, com reunião da EMAD* e equipe da unidade de Atenção Primária de referência	7 (87,5)
NÃO: Manutenção do acompanhamento em AD2* até estabilização da criança e adaptação do cuidador	8 (100)

Legenda: AD2 - Atenção Domiciliar 2; AD3 - Atenção Domiciliar 3; AD1 - Atenção Domiciliar 1; SAD - Serviço de Atenção Domiciliar; EMAD - Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar; PTS -Projeto Terapêutico Singular; VD -Visita Domiciliar; SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

Fonte: Rossetto V, et al., 2023.

Tabela 2 – Concordância entre avaliadores por meio do índice de Validade de Conteúdo (IVC) do instrumento na fase 2 (n=6).

Item do fluxograma modificado	n (%)
Hospitais, unidades de pronto atendimento, Atenção Primária ou Atenção Especializada	6 (100)
Necessita de acompanhamento em AD2* ou AD3*?	6 (100)
NÃO: Permanece hospitalizado ou é encaminhado para AD1* pela instituição de origem	6 (100)
SIM: Profissionais de nível superior, da instituição de origem, preenchem ficha de encaminhamento e a enviam ao SAD* por correio eletrônico e, se possível, o comunicam via telefone	6 (100)
Avaliação de elegibilidade, preferencialmente, em até 48 horas, por profissionais de nível superior da EMAD*	5(83,3)
Há critérios para AD2* ou AD3*?	6(100)
NÃO: Encaminhamento para AD1*, pelo hospital, ou pelo avaliador de elegibilidade do SAD*	6 (100)
Preparo do cuidador, pela equipe da EMAD* e/ou do hospital, com orientações e demonstração dos cuidados que serão necessários no domicílio	5(83,3)
Remoção com veículo de transporte de pacientes, na data programada, acompanhada por técnico em enfermagem ou profissional de nível superior, se necessário, e kit de materiais para o desenvolvimento dos cuidados domiciliares	5(83,3)
Manter comunicação entre o SAD* e a unidade de Atenção Primária de referência, sobre o acompanhamento da criança, por prontuário eletrônico ou correio eletrônico	6 (100)
NÃO: Manutenção do acompanhamento no SAD* até estabilização da criança e adaptação do cuidador	6 (100)

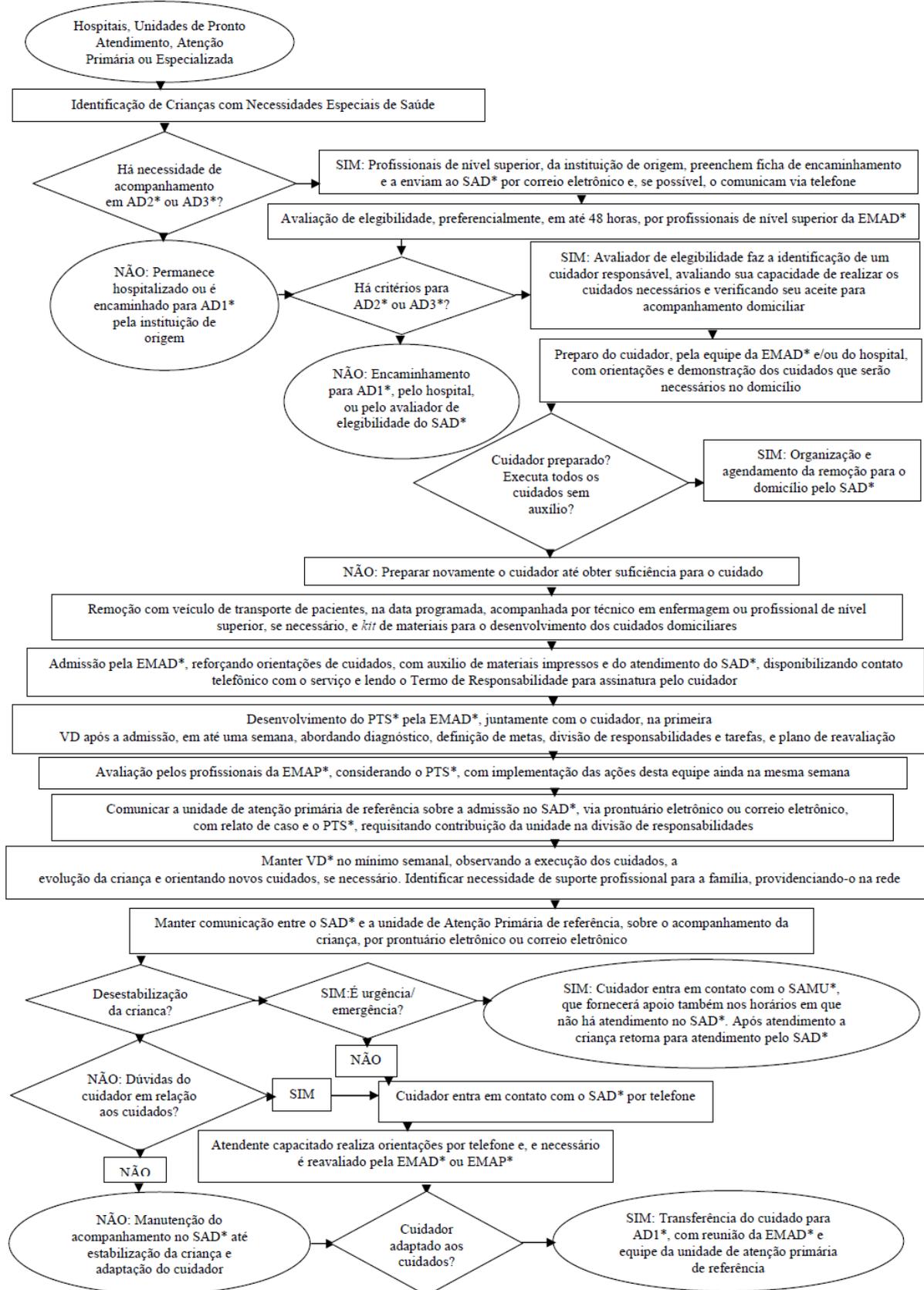
Legenda: AD2 - Atenção Domiciliar 2; AD3 - Atenção Domiciliar 3; AD1 - Atenção Domiciliar 1; SAD - Serviço de Atenção Domiciliar; EMAD - Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar. **Fonte:** Rossetto V, et al., 2023.

Quadro 1 – Apresentação dos itens do fluxograma em relação às modificações sugeridas:

Item do fluxograma original	Item do fluxograma modificado
Hospitais (públicos e privados) – a entrada no fluxograma se dará a partir de uma dessas duas opções	Hospitais, unidades de pronto atendimento, Atenção Primária ou Atenção Especializada
Necessita de acompanhamento em AD2*?	Necessita de acompanhamento em AD2* ou AD3*?
NÃO: Permanece hospitalizado ou é encaminhado para AD1* ou AD3*	NÃO: Permanece hospitalizado ou é encaminhado para AD1* pela instituição de origem
SIM: Enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e assistentes sociais do hospital enviam ficha de encaminhamento por correio eletrônico para o SAD*	SIM: Profissionais de nível superior, da instituição de origem, preenchem ficha de encaminhamento e a enviam ao SAD* por correio eletrônico e, se possível, o comunicam via telefone
Realizar avaliação de elegibilidade, entre 1e 7dias, por profissionais de nível superior da EMAD*	Avaliação de elegibilidade, preferencialmente, em até 48 horas, por profissionais de nível superior da EMAD*
Há critérios para AD2*?	Há critérios para AD2* ou AD3*?
NÃO: Encaminhamento pelo hospital para AD1* (unidade de Atenção Primária)	NÃO: Encaminhamento para AD1*, pelo hospital, ou pelo avaliador de elegibilidade do SAD*
Preparo do cuidador, pelos profissionais de nível superior da EMAD* e do hospital, para os cuidados que serão necessários no domicílio. Orientação e demonstração dos cuidados	Preparo do cuidador, pela equipe da EMAD* e/ou do hospital, com orientações e demonstração dos cuidados que serão necessários no domicílio
Remoção com veículo de transporte de pacientes, do SAD* ou do município, na data programada, acompanhada de técnico em enfermagem do SAD* e com kit de materiais para o desenvolvimento dos cuidados domiciliares	Remoção com veículo de transporte de pacientes, na data programada, acompanhada por técnico em enfermagem ou profissional de nível superior, se necessário, e kit de materiais para o desenvolvimento dos cuidados domiciliares
Comunicação mensal com a unidade de Atenção Primária de referência sobre o acompanhamento da criança, por prontuário eletrônico ou correio eletrônico	Manter comunicação entre o SAD* e a unidade de Atenção Primária de referência, sobre o acompanhamento da criança, por prontuário eletrônico ou correio eletrônico
NÃO: Manutenção do acompanhamento em AD2* até estabilização da criança e adaptação do cuidador	NÃO: Manutenção do acompanhamento no SAD* até estabilização da criança e adaptação do cuidador

Legenda: AD2 - Atenção Domiciliar 2; AD3 - Atenção Domiciliar 3; AD1 - Atenção Domiciliar 1; SAD - Serviço de Atenção Domiciliar; EMAD - Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar. **Fonte:** Rosseto V, et al., 2023.

Figura 1 – Fluxograma organizativo de atenção domiciliar às crianças com necessidades especiais de saúde.



Legenda: AD1 - Atenção Domiciliar 1; AD2 - Atenção Domiciliar 2; AD3 - Atenção Domiciliar 3; SAD - Serviço de Atenção Domiciliar; EMAD - Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar; EMAD - Equipe Multiprofissional de Apoio; PTS - Projeto Terapêutico Singular; VD - Visita Domiciliar; SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Fonte:** Rossetto V, et al., 2023.

DISCUSSÃO

A descrição de como os SAD existentes no Paraná desenvolvem suas práticas em relação à atenção às CRIANES revela a existência de pontos divergentes entre os próprios serviços (ROSSETTO V, et al., 2020). Essas práticas vão sendo desenhadas de acordo com as potencialidades e as limitações de cada município, entretanto, é necessário que os protocolos estejam alinhados com a oferta organizada dos serviços em Redes de Atenção à Saúde e com as políticas de saúde atuais, para poderem ser compartilhadas e padronizadas no estado e no país.

Para tanto, o emprego da validação de conteúdo e forma, bem como da análise da confiabilidade e da validade do protocolo de fluxo de cuidado elaborado (ROSSETTO V, et al., 2020) permitiu que, a partir da experiência de cada avaliador, fossem consideradas suas diferentes perspectivas, as quais foram balizadas de acordo com a literatura, com a oferta de serviços e as políticas de saúde vigentes. Embora tenha havido a sugestão de exclusão da participação dos hospitais privados no encaminhamento ao SAD, considera-se essencial sua manutenção, tendo em vista que a suplementação da saúde pública pela iniciativa privada está prevista na legislação e presente no cotidiano dos municípios, participando ativamente da oferta de serviços, naqueles setores em que a disponibilidade por serviços próprios do SUS são insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área (OLIVEIRA DF, GEORGE EM, 2017)

A inclusão da modalidade AD3 neste protocolo possibilita abordagem mais ampla das CRIANES no SAD que, juntamente da AD2, compõe as crianças atendidas pelo PMC, o qual é considerado uma estratégia do SUS para ampliar a assistência prestada aos pacientes oriundos do serviço de urgência e emergência e hospitais (ARAÚJO RC, et al., 2018). A participação de outros profissionais de nível superior no encaminhamento das crianças ao SAD amplia as possibilidades de funcionamento do serviço. Considera-se importante que o encaminhamento seja feito por fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, assistentes sociais e psicólogos, entre outros, além de médicos e enfermeiros. Isso converge com o ideal de cuidado com as CRIANES, que deve estar pautado na construção interdisciplinar, visto que o cuidado centrado no profissional resulta em ações desarticuladas e fragmentadas, limitando a construção de práticas integrais (GÓES FG e CABRAL IE, 2017).

Reduzir o prazo para avaliação de elegibilidade para até 48 horas após o recebimento do encaminhamento otimiza a circulação de leitos hospitalares, bem como favorece a redução do tempo para a transferência para o domicílio. Dessa forma, possibilita-se a recuperação das relações sociais entre a criança e sua família, comprometidas pela hospitalização, devido ao seu afastamento do ambiente doméstico. Por outro lado, sabe-se que àqueles que se mantêm no domicílio somam-se mais atividades, como as de cuidado da CRIANES, demandando mudanças nos papéis desempenhados pelos familiares antes da hospitalização, o que agrega estresse ao processo e demanda atenção e suporte das equipes do SAD (MORAIS RC, et al., 2019). Outrossim, o encurtamento do prazo para avaliação de elegibilidade não pode ser refutado pela justificativa da chegada dos finais de semana, pois a portaria que organiza o PMC destaca que o SAD deve estender seu atendimento para os finais de semana e feriados, de forma a assegurar a continuidade da atenção em saúde (BRASIL, 2016).

Sabe-se que o trabalho em rede é fundamental nos atuais moldes do sistema nacional de saúde, e, dessa forma, deve-se favorecer a comunicação entre seus pontos. Dessa forma, a possibilidade de encaminhamento para AD1, pelo SAD, além do hospital, favorece a articulação entre tais pontos, bem como cria condições para que a criança não fique “solta” na rede. O atributo de coordenação da APS conota a capacidade de garantir a continuidade da atenção, articulando-se com a função de centro de comunicação das RAS (MENDES EV, 2010). Neste mesmo sentido, as equipes do SAD e do hospital devem estar articuladas no processo de preparo do cuidador. O preparo compartilhado, além de favorecer o trabalho em rede, estimula a criação de vínculo da criança e seu familiar com a equipe da AD, desenvolvendo a sensação de continuidade do cuidado que era até então realizado somente pela equipe hospitalar. A construção de vínculos entre as mães e a equipe de AD pode ser viabilizada por meio da informação, da educação e da comunicação. Ademais, o estímulo a novos hábitos de vida auxilia no desenvolvimento de autonomia, qualidade de vida e melhora da saúde dos usuários (PROCÓPIO LC, et al., 2019).

Sintomas de desânimo, nervosismo, perda de bem-estar e exaustão dentre os cuidadores de pacientes com cronicidade avançada reforçam a importância do preparo adequado do cuidador (BARENA U, 2022). Apesar da importância do retorno da CRIANES ao domicílio, esse processo deve estar bem organizado, e a transferência deve ocorrer de forma segura e planejada.

A própria definição de AD2 e AD3 justifica que essas crianças apresentam cuidado complexo e, por esse motivo, todas as precauções devem ser adotadas, como o acompanhamento do transporte por profissional de saúde capacitado e em veículo apropriado. Ademais, é atribuição das equipes de AD articular, com os demais estabelecimentos da Rede de Atenção à Saúde, fluxos para admissão e alta dos usuários em AD (BRASIL, 2016). Por conseguinte, essa tecnologia, desenvolvida e validada pela equipe da pesquisa, auxilia na transição para o domicílio, a qual deve ser realizada de forma a favorecer a criação de vínculo entre criança/cuidador e a nova equipe de AD que fará o cuidado. A criação de vínculo entre a criança e a equipe que a assistirá no domicílio é fundamental para que se evitem novas hospitalizações. O longo período de hospitalização, comum na realidade das CRIANES, favorece a criação de vínculo entre elas e a equipe hospitalar, porém esta não pode ser uma motivação para novas procuras ao hospital, o que pode ser amenizado com a estruturação de vínculos de confiança e segurança com a equipe domiciliar (GÓES FG e CABRAL IE, 2017).

Considerando que o manejo das crianças em condição crônica deve ser preferencialmente domiciliar, o plano de cuidados após a alta deve ser individualizado e traçado de forma a enfatizar a assistência continuada. Dessa forma, manter comunicação entre o SAD e a unidade de Atenção Primária de referência é fundamental, tendo em vista a tendência em reduzir a complexidade do cuidado conforme ocorre a adaptação aos cuidados. Destarte, a criança transita do SAD para a Atenção Primária. Logo, o atendimento às condições crônicas deve ser proativo, integrado, contínuo e focado na promoção e na manutenção da saúde e não somente reativo às demandas de eventos agudos (SOUZA MH, et al., 2020).

Assim, destaca-se a contribuição tanto para a ciência, na descrição do processo de validação da tecnologia apresentada, quanto para a prática, ao apresentar uma tecnologia validada e que pode ser adotada por outras realidades distintas daquela do estado em que foi desenvolvida e validada. Essa é uma tecnologia de organização de fluxo inovadora, de importância para a Enfermagem e para as organizações de saúde, que permite aos profissionais adotar uma organização para o fluxo das CRIANES de forma segura e eficiente.

A validação deste Fluxograma Organizativo de Atenção Domiciliar às Crianças com Necessidades Especiais de Saúde contribui com a qualificação do acompanhamento de CRIANES na AD, de forma que padroniza condutas pautadas em políticas de saúde e validadas por profissionais dos serviços, buscando aproximar-se cada vez mais de um cuidado integral e eficiente. Quanto às limitações do estudo destaca-se que essa fase de avaliação dos juízes, agora apresentada, antecede a fase de pré-teste com a população e está em execução em sete estados brasileiros, a fim de avaliar sua estabilidade ao longo do tempo e sua aplicabilidade em distintos cenários. Assim sendo, embora o fluxograma tenha sido validado pelos juízes, os resultados não devem tomados como abrangentes nesse momento.

CONCLUSÃO

O estudo possibilitou a validação de conteúdo e constructo de protocolo de fluxo de cuidado domiciliar para as CRIANES e dessa forma contribui para a transição rápida e segura destas crianças, do hospital para o Serviço de Atenção Domiciliar. Ao divulgar este fluxograma, novos serviços, especialmente os enfermeiros inseridos na organização e execução do cuidado domiciliar, podem qualificar suas práticas, tomando como referência o modelo proposto e realizando as adaptações necessárias para cada realidade.

AGRADECIMENTOS E FINANCIAMENTO

Agradecimento ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq – Brasil, pelo apoio financeiro recebido, Número 420877/2018-5.

REFERÊNCIAS

1. ALEXANDRE NM e COLUCI MZ. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Rev. Ciênc. Saúde Coletiva*. 2011; 16(7): e3061-8.
2. ARAÚJO RC, et al. Programa melhor em casa: processo de trabalho da equipe multiprofissional. *Rev Itinerarius Reflectionis*. 2018; 14(4): e1-23.
3. BARRENA-URIETA I, et al. Perfil de pacientes con cronicidad avanzada y necesidades paliativas: un cambio que no llega. *Rev Clin Med Fam*. 2022; 15(2): 85-92.
4. BRASIL. Diário Oficial da União 03 de outubro de 2017. 2017. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/DOU/2017/10/03>. Acessado em: 1 de abril de 2018.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 825 de 2016. 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html. Acessado em: 21 de fevereiro de 2017.
6. FLEISS JL. Measuring nominal scale agreement among many raters. *Psychological Bulletin*, 1971; 16(5): e378-82.
7. GÓES FG e CABRAL IE. Hospital discharge in children with special health care needs and its different dimensions. *Revista Enfermagem UERJ*, 2017; 25(1): 10.5216.
8. GOLDSACK JC, et al. Verification, analytical validation, and clinical validation (V3): the foundation of determining fit-for-purpose for Biometric Monitoring Technologies (BioMeTs). *Digit Med*, 2020; 3(55).
9. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/2098-np-censo-demografico/9662-censo-demografico-2010.html>. Acessado em: 04 de maio de 2021.
10. LIMA HF, et al. (Des)constituição da rede de atenção à saúde de crianças/adolescentes com necessidades especiais de saúde. *Rev. Enferm. UFSM*. 2021; 1-20.
11. MARQUES JBV e FREITAS D. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. *Pro-Posições*. 2018; 29(2): 389-415.
12. MCPHERSON MG, et al. A new definition of children with special health care needs. *Pediatrics*. 1998; 102(1): 137-40.
13. MENDES EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(5): e2297-305.
14. MOKKINK LB, et al. The COSMIN checklist for evaluating the methodological quality of studies on measurement properties: a clarification of its content. *BMC Med Res Methodol*. 2010; 10: 22.
15. MORAIS RC, et al. The function of the social networks of families of hospitalized children. *Esc Anna Nery*. 2019; 23(4).
16. OLIVEIRA DF e GEORGE EM. A política de qualificação da saúde suplementar no Brasil: uma revisão crítica do índice de desempenho da saúde suplementar. *Physis*. 2017; 27(2): e207-31.
17. POLIT DF e BECK CT. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem. Porto Alegre: Artmed. 2019; 9: 456 p.
18. PROCÓPIO LC, et al. Home Care within the Unified Health System: challenges and potentialities. *Saúde Debate*. 2019; 43(121): e592-604.
19. RAJÃO FL e MARTINS M. Home Care in Brazil: an exploratory study on the construction process and service use in the Brazilian Health System. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020; 25(5): e1863-76.
20. RANDOLPH JJ. Free-marginal multirater Kappa: An alternative to Fleiss' fixed-marginal multirater Kappa. *Advances in Data Analysis and Classification*. 2014; 4(1).
21. ROSSETTO V, et al. Organizational flow chart of home care for children with special health care needs. *Rev Bras Enferm*. 2020; 73(4): e1-8.
22. ROSSETTO V, et al. Development care for children with special health needs in home care at Paraná - Brazil. *Esc Anna Nery*. 2019; 23(1): e1-10.
23. SILVA LM, et al. Elaboração e validação semântica de um instrumento de avaliação da transferência do tratamento diretamente observado como política de controle da tuberculose. *Rev Panam Salud Publica*. 2015; 38(2): e129-35.
24. SOUZA MH, et al. Social network of children with chronic disease: knowledge and practice of nursing. *Rev Bras Enferm*. 2020; 73(2): e1-8.
25. TEIXEIRA E. Interfaces participativas na pesquisa metodológica para as investigações em enfermagem. *Rev Enferm UFSM*. 2019; 9(1): e1-3.
26. ZAMBERLAN KC, et al. The care of the child with chronic or disabling disease in the hospital context. *J Res Fundam Care*. 2014; 6(3): e1288-301.