

# recomendações

## Atualização de Condutas em Pediatria

nº **51**

Departamentos Científicos da SPSP,  
gestão 2007-2009.



Departamento de  
Infectologia

**Influenza  
A(H1N1):  
uso de vacinas**

Departamento de Bioética

**Atenção domiciliar  
a crianças e  
adolescentes**



**Sociedade de Pediatria de São Paulo**

Alameda Santos, 211, 5º andar  
01419-000 São Paulo, SP  
(11) 3284-9809

# Atenção domiciliar a crianças e adolescentes

A Assistência Domiciliar à Saúde é a provisão de serviços de saúde às pessoas de qualquer idade em casa ou em outro local não institucional.

No Brasil, a história da Assistência Domiciliar à Saúde baseia-se em discursos das pessoas que, de alguma forma, participam ou participaram desse processo.

Os primeiros serviços de assistência domiciliar à saúde no País foram criados em 1967, como o do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, para atender basicamente aos pacientes portadores de enfermidades crônicas. A partir de 1992 começam a aparecer no Brasil várias empresas privadas que prestam serviços de assistência domiciliária à saúde, também conhecidos por *Home Care*. As iniciativas no setor público também surgem nesse mesmo período, de forma isolada, principalmente no Estado de São Paulo.

O crescimento desordenado do setor, sem uma

linguagem comum, foi uma realidade na prestação de serviços de Assistência Domiciliar. A Associação Brasileira de Empresas de Medicina Domiciliar (ABEMID), a Associação Brasileira de *Home Health Care* (ABRAHHCARE) e o Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar (NEAD) são instituições que se engajaram na busca da normatização e desenvolvimento do setor.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) trouxe contribuições a esta normatização, através da **Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 11**, de janeiro de 2006, que dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar, nas modalidades de assistência domiciliar e internação domiciliar.

No cenário da legislação sobre Assistência Domiciliar no Brasil, a **Lei 10.424**, de 15 de abril de 2002, acrescentou capítulo e artigo à lei

**Autores:**

Fernando Jorge da C. Lyra Filho  
e Mário Roberto Hirschheimer

**DEPARTAMENTO DE BIOÉTICA**  
Gestão 2007-2009

**Presidente:**

Mário Roberto Hirschheimer

**Vice-Presidente:**

Drauzio Viegas

**Secretário:**

Fernando Jorge da C. Lyra Filho

**Membros:**

Agnes Clini Baptista,  
Azarias de A. Carvalho,  
Benjamin I. Kopelman,  
Clóvis F. Constantino,  
Gabriel W. Oselka,  
José A. Nigro Conceição,  
José Lauro de A. Ramos,  
Maria Veronica Gabriela Coates,  
Natalia Andréa da Cruz,  
Salim Moyses Jorge,  
Vera Lúcia Jornada Krebs.

8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS).

A **Portaria GM/MS 2.529**, de 19 de outubro de 2006, instituiu a Internação Domiciliar no âmbito do SUS, tendo definido esta assistência como “o conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para este fim”.

Por outro lado, na Saúde Suplementar, o **Projeto de Lei 7147/2002** – que procurava alterar a Lei 9656 de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, incluindo os atendimentos ambulatoriais domiciliares e as internações domiciliares entre as exigências de coberturas dos planos de saúde –, foi arquivado em 29 de abril de

2005 pela Mesa Diretora da Câmara dos Deputados.

### **Conceitos e definições**

As modalidades de Atenção Domiciliar compreendem promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio e compreendem os níveis de cuidados de atenção primária, secundária e terciária. De acordo com a condição clínica do paciente e a intensidade e complexidade dos cuidados é caracterizada em **Assistência Domiciliar** ou **Internação Domiciliar**.

Apesar das controvérsias que existem sobre essas denominações, adotamos, neste texto, as definições que constam na Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006, que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar (Quadro 1).

O grupo de pacientes mais comumente selecionado para os cuidados é o constituído por portadores de doenças crônico-degenerativas, por portadores

## Quadro 1 Definições da RDC nº 11

### **Assistência Domiciliar**

Conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio.

### **Internação Domiciliar**

Conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada.

### **Plano de Atenção Domiciliar - PAD**

Documento que contempla um conjunto de medidas que orienta a atuação de todos os profissionais envolvidos de maneira direta e ou indireta na assistência a cada paciente em seu domicílio desde sua admissão até a alta.

de doenças que necessitem de cuidados paliativos e por portadores de incapacidade funcional, provisória ou permanente. Nesta população atendida, há um grande contingente de crianças e adolescentes, que poderiam ser beneficiados juntamente com suas famílias.

O recurso humano técnico compreende a **Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD)** – profissionais que compõem a equipe técnica da atenção domiciliar, com a função de

prestar assistência clínico-terapêutica e psicossocial ao paciente em seu domicílio. O **cuidador** é a pessoa com ou sem vínculo familiar capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades de vida cotidiana.

A RDC nº 11 caracteriza os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) como instituições públicas ou privadas responsáveis pelo gerenciamento e operacionalização de assistência ou internação domiciliar

e a **Portaria GM/MS nº 2.529**, de 19 de outubro de 2006, define:

► **Art. 3º** – Definir que os Serviços de Internação Domiciliar são compostos de:

- Equipes Multiprofissionais de Internação Domiciliar, compostas, no mínimo, por médico, enfermeiro e técnico ou auxiliar de enfermagem;
- e
- Equipes Matriciais de Apoio, podendo ser compartilhadas por várias equipes ou serviços de Internação Domiciliar, ou mesmo com a rede de serviços de saúde, composta por outros profissionais de nível superior, levando em consideração o perfil da atenção a ser prestada e os protocolos firmados.

► **Art. 4º** – Definir que uma Equipe Multiprofissional de Internação Domiciliar esteja referida a uma população mínima de 100.000 (cem mil) habitantes.

- Parágrafo único. Os municípios poderão habilitar uma equipe por grupo populacional de referência de 100.000 (cem mil) habitantes.

► **Art. 5º** – Definir como meta a média de 30 (trinta) internações/mês por equipe, com média de permanência de até 30 (trinta) dias.

► **Art. 6º** – Definir que os Serviços de Internação Domiciliar garantam retaguarda no período da noite e finais de semana para as pessoas sob cuidado das equipes.

### **Cuidados paliativos**

O Cuidado Paliativo é uma forma de atendimento que visa melhorar a qualidade da vida dos pacientes frente aos problemas relacionados às doenças sem possibilidades de cura. Atua por meio da prevenção de agravos, quando possível, e do alívio do sofrimento, identificando precocemente e tratando a dor e o conjunto de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais que acompanham a enfermidade. Tem como objetivo cuidar e não curar.

Cuidar inclui o controle dos sintomas, definir o local onde os cuidados serão ministrados e quem irá efetuar os cuidados – os cuidadores (familiares ou equipe de instituição).

Todos os serviços devem estabelecer protocolos de cuidados paliativos com embasamento ético, priorizando as medidas de conforto e bem estar e buscando proporcionar cuidado integral ao paciente e à sua família. Tais protocolos devem prever:

✓ alívio da dor, com a utilização de escalas de aferição periódica da dor e do uso de analgésicos e sedativos;

✓ suporte nutricional, priorizando a via oral, que, se comprometida por lesões orais inflamatórias e pela ausência de apetite, pode ser substituída pelas vias enteral ou parenteral, de modo a garantir a hidratação e o suprimento calórico;

✓ minimizar a dispneia, por meio do uso de oxigenioterapia quando necessária, com a preocupação de utilizar dispositivos confortáveis;

✓ alívio dos vômitos, com utilização prioritária de antieméticos que atuam no gatilho bulbar do vômito;

✓ prevenção da constipação intestinal com hidratação,

alimentos e medicamentos à base de fibras e, quando necessária, a utilização de enemas;

✓ prevenção de escaras e observação de posição anatômica dos segmentos corporais;

✓ incentivo à participação em atividades educativas, culturais e recreativas, de terapia ocupacional e de fisioterapia, mas com atenção à fadiga, respeitando as limitações físicas e emocionais do paciente;

✓ doenças progressivas, para as quais o tratamento é exclusivamente paliativo, como as metabólicas progressivas, anormalidades cromossômicas graves e osteogênese imperfeita;

✓ condições com deficiência neurológica grave, não progressiva, causando extrema vulnerabilidade a complicações, como paralisia cerebral grave, prematuridade extrema, sequelas neurológicas de doenças infecciosas, lesão cerebral hipóxica ou anóxica, acidentes vasculares cerebrais e malformações cerebrais.

### Propostas

Considerando:

- o momento oportuno de discussão das recentes regulamentações e portarias referidas na introdução deste texto;
- a tendência nacional e mundial de humanização e desospitalização no atendimento à saúde;
- o grande benefício à criança, ao adolescente e às suas famílias que um programa de atenção domiciliar adequadamente indicado e executado proporciona;
- a infância e adolescência como o segundo grande grupo etário beneficiado pela Atenção Domiciliar (superado apenas pelo grupo dos idosos);
- as peculiaridades da assistência médica à saúde da criança e adolescente, deve-se **GARANTIR**:

- ▶ Que toda atenção domiciliar à criança e ao adolescente seja realizada em conformidade com a resolução CFM 1668/2003 e a RDC nº 11 da Anvisa.
- ▶ Que a criança e o adolescente sejam também priorizados no direito à atenção domiciliar.
- ▶ A presença de pediatra em toda Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) que preste atendimento às crianças e adolescentes.
- ▶ O treinamento continuado da EMAD no atendimento às crianças e aos adolescentes.
- ▶ Que o transporte seja realizado por profissionais especializados no atendimento à criança e ao adolescente, que devem ter à sua disposição equipamentos próprios para atender às necessidades de pacientes neonatos e pediátricos.
- ▶ A presença do cuidador não-familiar quando for o desejo da família.
- ▶ Que o treinamento em atenção domiciliar seja incluído nos Programas de Residência Médica em Pediatria.
- ▶ Que as EMADs estejam vinculadas às equipes do PSF no nível público de assistência.

#### Referências bibliográficas

DIECKMANN, J. Home health administration: an overview. In: HARRIS, M. D. Handbook of Home Care Administration. Local de publicação: Aspen Publication, 1997. P.3-13.

LYRA FILHO, F. J. C.; LADEIA, J. A. T. Serviços de Atenção Domiciliar à Saúde. Em: Para Entender a Saúde no Brasil (Organizadores: AMORIM, M. C. S.; PERILLO, E. B. F.).

MENDES JUNIOR, W. V. Assistência domiciliar: uma modalidade de assistência para o Brasil? Universidade do Estado do Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, 2000. P.72.

**Errata:** No fascículo nº 50 de Recomendações o artigo *Púrpura trombocitopênica imunológica* é de autoria de Sandra Regina Loggetto.