



# Mensagens-chave, Dias de Pediatria da MSF

5-6 de abril de 2019 || Estocolmo

Mensagens-chave	Por que isso é importante?	Desafios atuais	Recomendações
<p>1. A introdução do suporte respiratório avançado nos contextos da MSF é viável em projetos específicos e sob certas condições, mas não deve ser implementada sem análise e reflexão significativas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Há uma crescente demanda do terreno por suporte respiratório avançado em projetos neonatais e pediátricos da MSF.</li> <li>- Há necessidade de aumentar as opções de tratamento para insuficiência respiratória em regiões onde as opções de encaminhamento são limitadas.</li> <li>- Intervenções em países de renda média (MIC, na sigla em inglês), países onde o suporte respiratório avançado é a norma, põem pressão na MSF para implementar os padrões nacionais.</li> <li>- A MSF está a investir em terapia intensiva, a qual requer o fornecimento de suporte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a viabilidade, as limitações operacionais e os riscos da implementação de suporte respiratório avançado nos projetos da MSF no terreno.</li> <li>- Garantir que a implementação do suporte respiratório avançado não retira recursos de outras intervenções que possam ter igual ou maior impacto.</li> </ul>	<p><b>Terreno:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Garantir que padrões mínimos de cuidados – tanto respiratórios (por exemplo, uso correto de oxigênio e oximetria de pulso) como não-respiratórios (por exemplo, prevenção e controle de infecção (IPC), equipamentos básicos e monitoramento) – sejam implementados e funcionam bem antes de aumentar a complexidade do atendimento.</li> <li>2. Assegurar a prestação de cuidados de enfermagem especializados, o que é imprescindível nos cuidados hospitalares pediátricos e neonatais, ainda mais quando se oferece suporte respiratório avançado para bebês e crianças.</li> </ol> <p><b>Operações:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Compreender as implicações operacionais de aumentar o suporte respiratório, levando em conta o custo, o impacto esperado e os riscos, e harmonizar isso com outras atividades potencialmente mais simples que beneficiam um maior número de pacientes e podem ter um</li> </ol>

	respiratório avançado, entre outros.		<p>impacto maior na mortalidade.</p> <p><b>Investigação/Sede:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Avaliar o impacto da assistência respiratória avançada na mortalidade, em instalações da MSF.</li> <li>5. Garantir o fornecimento de protocolos específicos em cada país para a implementação de suporte respiratório avançado e ferramentas para recolha de dados para monitorar o sucesso/impacto.</li> </ol>
<p>2. Os sistemas de Pressão Positiva Contínua das Vias Aéreas (bCPAP, na sigla em inglês), e de Cânulas Nasais de Alto Fluxo Humidificado (HHHFNC, na sigla em inglês) têm o potencial de melhorar os resultados respiratórios nos projetos da MSF – versões mecanicamente simplificadas e de baixo custo adaptadas dos dois sistemas devem ser mais exploradas para permitir uma implementação mais ampla em contextos típicos da MSF. No entanto, a criação de circuitos "feitos em casa" não é recomendada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A capacidade de fornecer assistência respiratória invasiva na maioria dos projetos da MSF é irreal, portanto, são necessárias soluções não invasivas.</li> <li>- Muitos sistemas tradicionais de CPAP e HHHFNC são muito complexos e não são adaptados para uso no terreno.</li> <li>- Na ausência de sistemas tradicionais, as equipas do terreno têm vindo a implementar circuitos bCPAP "caseiros", seguindo o conselho da OMS, sem um conhecimento claro dos riscos potenciais de tais circuitos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar se investir nos sistemas CPAP ou HHHFNC.</li> <li>- A tendência das evidências sugere que o bCPAP pode ser mais eficiente que o HHHFNC, mas o HHHFNC é mais simples de implementar; portanto, pode ser mais viável e amplamente aplicável aos contextos típicos da MSF.</li> <li>- Racionalizar o custo da introdução de circuitos bCPAP.</li> <li>- Limitações de profissionais e a necessidade de aumentar a proporção de recursos humanos para apoiar as necessidades de implementação de CPAP ou</li> </ul>	<p><b>Terreno:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. O uso de circuitos CPAP construídos localmente ou de fabricação caseira não é recomendado nos projetos de MSF – mais estudos são necessários para avaliar o seu desempenho.</li> <li>2. Seja criterioso com o uso de oxigénio – evite fazer parte de uma nova epidemia de Retinopatia da Prematuridade (RdP).</li> </ol> <p><b>Operações:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Criar planos de implementação claros para a introdução de CPAP ou HHHFNC nos projetos, para assegurar que esta seja concretizada de forma abrangente, de alta qualidade e sustentável – o fornecimento de assistência respiratória avançada requer monitoramento e investimento contínuos.</li> </ol> <p><b>Investigação/Sede:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Explorar os vários circuitos de baixo custo bCPAP e HHHFNC disponíveis usando evidências para orientar as decisões sobre quais os circuitos a investir para utilização em projetos</li> </ol>

		HHHFC.	da MSF. 5. Considerar um estudo formal do circuito bCPAP construído localmente que é sugerido pela OMS, para determinar a segurança e a eficácia desse circuito.
3. Há evidências crescentes de que a implementação do POCUS (Point-of-Care Ultrasound) é viável e tem um impacto positivo no atendimento ao paciente nos contextos onde a MSF atua. MSF demonstrou empenho e engajamento para torná-los uma ferramenta de diagnóstico padrão nos projetos da MSF.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existem poucas modalidades de imagiologia disponíveis nos contextos da MSF e há uma necessidade de melhorar a capacidade de diagnóstico no terreno.</li> <li>- O POCUS pode apoiar o raciocínio clínico e melhorar a qualidade e a segurança do manejo clínico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O fornecimento de formação para POCUS é demorado e requer formações repetidas em intervalos específicos, antes que os usuários sejam autônomos.</li> <li>- A realização de formação profissional POCUS no terreno implica empenho logístico e de equipa significativo .</li> </ul>	<p><b>Terreno:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Continuar a fornecer formação padronizada POCUS no terreno e o desenvolvimento de Pontos Focais POCUS em cada projeto.</li> <li>2. Minimizar o diagnóstico incorreto usando o POCUS junto com redes de suporte como a Telemedicina e discussão com colegas treinados.</li> </ol> <p><b>Operações:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Analisar a viabilidade da implementação do POCUS em todos os projetos da MSF e considerar a expansão universal do seu uso.</li> </ol> <p><b>Sede/Equipa POCUS:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Garantir a disponibilidade de suporte técnico e protocolos para usuários do POCUS.</li> </ol>
4. Nem a MSF, nem protocolos e ferramentas internacionais atendem às necessidades dos nossos projetos no terreno para avaliação e gestão de bebês desnutridos com menos de 6 meses de vida (<6m) devido a percepções errôneas de longa data, incertezas e falta de dados adequados sobre desnutrição nessa faixa etária.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medidas antropométricas tradicionais não são aplicáveis a crianças &lt;6m.</li> <li>- A Circunferência do Braço Médio (MUAC) e o Z de peso para idade (WAZ) parecem prever melhor a mortalidade em comparação com o Z de peso para altura (WHZ) para crianças com menos de 6 meses de vida em vários estudos africanos, mas os pontos de corte para estes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percepção de longa data de que crianças com menos de seis meses de vida estão protegidas da desnutrição pela amamentação.</li> <li>- Incerteza sobre quais medidas antropométricas identificam com maior precisão crianças desnutridas com menos de 6 meses de vida e que outros critérios usar.</li> </ul>	<p><b>Operações:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incluir crianças com menos de 6 meses de vida em pesquisas nutricionais e avaliações nutricionais rápidas assim que as medidas antropométricas forem acordadas.</li> </ol> <p><b>Sede:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Colaborar e compartilhar dados com parceiros externos para estabelecer que medidas antropométricas e não antropométricas melhor identificam nutricionalmente crianças em risco / desnutridas com menos de 6 meses de vida.</li> </ol>

	critérios ainda não foram validados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uma provável subestimativa da magnitude deste problema, uma vez que as crianças com menos de 6 meses de vida não estão incluídas nas ferramentas atuais de pesquisa nutricional.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Atualizar protocolos para o manejo hospitalar de crianças desnutridas com menos de 6 meses de vida, com maior ênfase no apoio e promoção da amamentação (ver abaixo).</li> <li>4. Adaptar e testar novos pacotes de cuidado em ambulatório para avaliar e cuidar de crianças desnutridas com menos de 6 meses de vida, que foram desenvolvidos por um consórcio de organismos internacionais, em contextos específicos da MSF.</li> </ol> <p><b>Investigação:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Considerar a realização de pesquisas semelhantes em outras regiões com alta prevalência de desnutrição em crianças com menos de 6 meses de vida, predominantemente na Ásia e no Médio Oriente, para definir pontos de corte antropométricos em diferentes contextos.</li> </ol>
<p>O reconhecimento de que a saúde mental, social e física do binómio mãe-bebé está intrinsecamente ligada - devemos cuidar deles como uma unidade - é fundamental para o tratamento de qualquer lactente com menos de 6 meses de vida, mas particularmente para lactentes desnutridos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidado holístico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Difícil encontrar especialistas em amamentação para trabalhar no terreno.</li> </ul>	<p><b>Operações/Terreno:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar diferentes oportunidades e pontos de entrada para encontrar e cuidar de crianças desnutridas &lt;6m e de suas mães – cuidado pós-natal, consultas de vacinação, etc. Estabelecer serviços integrados e abrangentes – uma clínica única (one-stop) para cuidado materno-infantil.</li> </ol> <p><b>Sede:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Assegurar que as ferramentas usadas para avaliar a desnutrição entre crianças com menos de 6 meses incluem orientação sobre a avaliação da saúde mental e física da mãe (ou cuidadora).</li> <li>3. Investir esforços na MSF para melhorar a</li> </ol>

			promoção e o apoio ao aleitamento materno em todos os nossos projetos, particularmente em áreas onde a desnutrição em crianças <6m é altamente prevalente. Novas ferramentas, formações, orientação e conscientização são urgentemente necessários.
<p>5. O engajamento na Proteção da Criança – definido como a prevenção e resposta ao abuso, negligência, exploração e violência contra as crianças – é inevitável na prestação de cuidados médicos em contextos humanitários e a MSF deve estabelecer orientações para operações médicas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Como parte das suas atividades médicas, MSF recebe crianças que foram vítimas de abuso, negligência ou violência. Depois que o componente médico do tratamento esteja completo, temos a responsabilidade de garantir que a criança recebe todos os cuidados apropriados, incluindo aqueles que estão relacionados com a sua proteção.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grandes diferenças de opinião e posição dentro da MSF sobre o nosso papel na proteção.</li> <li>- Dificuldades na ligação/colaboração e na comunicação com outros atores que lidam com a Proteção da Criança, no terreno.</li> <li>- Conhecimento limitado dos atores que trabalham em proteção no terreno e os papéis e responsabilidades de cada um.</li> <li>- Má compreensão na MSF sobre a proteção e a salvaguarda da criança.</li> </ul>	<p><b>Operações/Terreno:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comunicar, estabelecer ligação e trabalhar em sinergia com os atores de Proteção da Criança no terreno para garantir a gestão holística de crianças que precisam de proteção.</li> <li>2. Trabalhar com as comunidades locais para estabelecer que mecanismos existem na sua infraestrutura social para detectar e proteger as crianças em risco de abuso e trabalhar dentro desses sistemas para encontrar modalidades de cuidados seguros para as crianças, quando apropriado.</li> <li>3. Estabelecer um mapeamento de agentes que fornecem serviços de Proteção da Criança em todos os projetos, como parte das informações de base a explorar.</li> </ol> <p><b>Sede/Operações:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Colaborar com organizações especializadas de Proteção da Criança (por exemplo, a Aliança para a Proteção da Criança em Ação Humanitária (ACPHA, na sigla em inglês)) para aumentar a capacidade e o conhecimento da MSF na gestão da proteção de crianças, no terreno.</li> <li>5. Esclarecer as ações mínimas que a MSF e outros atores humanitários médicos devem oferecer</li> </ol>

			em relação à Proteção da Criança, com base nos padrões desenvolvidos pela ACPHA e outros.
<p><b>6.</b> Durante emergências humanitárias, sejam elas causadas por conflitos armados, desastres ou epidemias, as crianças enfrentam maiores questões de proteção e falta de acesso a direitos e serviços essenciais tais como a saúde, a educação e abrigo – a criação de ambientes seguros e serviços adequados às necessidades da criança é essencial para reduzir essas barreiras e para assegurar a saúde física e psicológica, e o bem-estar geral das crianças.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- As crianças estão em maior risco de violência, separação das suas famílias, abandono, abuso físico, psicológico e sexual, exploração económica, e negligência durante emergências humanitárias.</li> <li>- Devido a esta vulnerabilidade acrescida, são necessárias medidas adicionais para garantir a segurança e o bem-estar geral das crianças em situações de emergência.</li> <li>- Todas as estruturas de saúde da MSF devem garantir a salvaguarda das crianças sob seus cuidados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prioridades conflitantes para a prestação de serviços, com foco em atividades médicas que salvam vidas durante emergências.</li> <li>- Conhecimento interno limitado por parte da MSF sobre a criação de espaços e serviços adequados para crianças.</li> <li>- Falta de políticas e procedimentos de salvaguarda nas estruturas de saúde da MSF.</li> </ul>	<p><b>Terreno:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1.</b> Desenvolver espaços seguros e adequados para crianças nas estruturas de saúde da MSF para reduzir as barreiras ao acesso das crianças a cuidados de saúde abrangentes e oferecer serviços mais adaptados e holísticos.</li> <li><b>2.</b> Considerar o uso de ferramentas desenvolvidas por outras organizações, como 'kits de conforto', para ajudar as crianças a lidar com emergências.</li> <li><b>3.</b> Criar um ambiente aberto e confiável durante as consultas para permitir que as crianças falem sem medo, sabendo que serão ouvidas e que acreditarão nelas.</li> </ol> <p><b>Sede/Operações:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>4.</b> Criar políticas e procedimentos de salvaguarda da criança para as estruturas de saúde da MSF e garantir a proteção das crianças em todas as estruturas da MSF.</li> <li><b>5.</b> Desenvolver formações e aconselhamento para melhorar a detecção de sinais ocultos e evidentes de abuso físico, sexual ou de outro tipo de abuso, entre os profissionais de saúde no terreno.</li> </ol>
<p><b>7.</b> Doenças crónicas e não transmissíveis (DCNT) – como diabetes, cardiopatia reumática, epilepsia, asma, doença falciforme e talassemia, entre outras – são</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existem necessidades não atendidas para o tratamento de DNTs pediátricas nos contextos de atuação da MSF, mas o tratamento é viável e é oferecido por nós (MSF)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prioridades concorrentes para a prestação de serviços nos projetos da MSF significam que as DNTs são frequentemente negligenciadas: atividades de</li> </ul>	<p><b>Operações/Terreno:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1.</b> Se for viável e considerado pertinente, integrar a prevenção e a gestão de DNTs pediátricas nos programas e serviços existentes da MSF.</li> <li><b>2.</b> Considerar a necessidade de programas verticais</li> </ol>

<p>comuns em crianças presentes nas estruturas da MSF; porém, o acesso a tratamento adequado em países de renda baixa e média (LMIC na sigla em inglês) é limitado.</p>	<p>em diferentes contextos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Com tratamento adequado, as crianças podem viver de forma saudável com as DNTs e ter uma boa qualidade de vida.</li> <li>- Na ausência de tratamento adequado para DNTs pediátricas, muitas crianças morrerão desnecessariamente.</li> </ul>	<p>suporte de vida imediatas assumem a prioridade.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestão de DNTs pediátricas em populações específicas, como adolescentes e mulheres grávidas.</li> <li>- Garantir o acesso de longo prazo a medicamentos para DNTs pediátricas por meio de outros atores ou Ministérios da Saúde.</li> </ul>	<p>de DNTs pediátricas em determinados contextos, assegurando que as especificidades das DNTs pediátricas e as necessidades particulares das crianças sejam abordadas de forma adequada.</p> <p><b>Sede:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Incluir a educação sobre DNTs pediátricas em projetos da MSF como primordiais – criar conscientização interna e integrar a educação de pacientes, famílias e comunidades na programação.</li> <li>4. MSF deve desempenhar um papel importante na demonstração da viabilidade de cuidados para DNTs pediátricas em contextos com poucos recursos.</li> </ol> <p><b>Advocacy/Políticas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Pressionar para mudar a percepção de determinadas condições crônicas que devem ser consideradas como emergências, como a diabetes e a necessidade de acesso à insulina.</li> <li>6. Concretizar <i>advocacy</i> com governos e agências para um nível mais elevado de compromisso na superação dos desafios da prestação de cuidados de longo prazo para doenças crônicas.</li> </ol>
<p>8. Como o ônus das DNTs pediátricas na maioria dos países de renda baixa e média é apenas estimado, existe necessidade de melhorar diagnóstico e o sistema de relato (<i>reporting</i>), nos projetos da MSF para ter uma clara compreensão das necessidades e da</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Até sabermos a verdadeira prevalência de DNTs pediátrica nos locais onde atuamos, não podemos desenvolver estratégias adequadas para enfrentá-las.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Má visibilidade das DNTs pediátricas nos departamentos de ambulatório devido a erros de diagnóstico.</li> <li>- Falta de testes diagnósticos de confirmação fáceis para muitas DNTs pediátricas em LMICs.</li> </ul>	<p><b>Operações/Terreno:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quando viável, integrar ferramentas de diagnóstico, como o Sickle Scan, em programas existentes da MSF para melhorar o diagnóstico de DNTs e o relato subsequente (<i>reporting</i>).</li> <li>2. Garantir que a recolha rotineira de dados em pacientes pediátricos com doenças crônicas esteja incluída nos programas da MSF.</li> </ol>

epidemiologia.			<b>Sede/Investigação:</b> 3. Investigar as possíveis ferramentas de diagnóstico para DNTs que podem ser usadas nos contextos de atuação da MSF.
----------------	--	--	--

*\*Um relato detalhado da reunião será apresentado em relatório separado.*

