

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE FACULDADE DE MEDICINA

**Análise da efetividade de um Serviço de
Atenção Domiciliar pediátrico brasileiro**

Uberlândia

2018

ANTÔNIO JOSÉ LANA DE CARVALHO

Análise da efetividade de um Serviço de Atenção Domiciliar pediátrico brasileiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de concentração: Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Wallisen Tadashi Hattori.

Coorientadora: Profa. Dra. Vívian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo.

Uberlândia

2018

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

C331
2019

Carvalho, Antônio José Lana de, 1984-
Análise da efetividade de um Serviço de Atenção
Domiciliar pediátrico brasileiro [recurso eletrônico] / Antônio
José Lana de Carvalho. - 2019.

Orientadora: Wallisen Tadashi Hattori.
Coorientadora: Vivian Mara Gonçalves de Oliveira
Azevedo.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de
Uberlândia, Pós-graduação em Ciências da Saúde.
Modo de acesso: Internet.
Disponível em: [http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.
2019.2178](http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2019.2178)
Inclui bibliografia.
Inclui ilustrações.

1. Ciências médicas. I. Tadashi Hattori, Wallisen, 1978-,
(Orient.). II. Gonçalves de Oliveira Azevedo, Vivian Mara ,
1981-, (Coorient.). III. Universidade Federal de Uberlândia.
Pós-graduação em Ciências da Saúde. IV. Título. CDU: 61

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:
Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074

ANTÔNIO JOSÉ LANA DE CARVALHO

Análise da efetividade de um Serviço de Atenção Domiciliar pediátrico brasileiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Uberlândia, 7 de maio de 2018.

Prof. Dr. Wallisen Tadashi Hattori - UFU

Prof^ª. Dra. Camilla Zamfolini Hallal - UFU

Prof^ª. Dra. Marisa Afonso de Andrade Brunherotti - Unifran

À equipe do Serviço de Atenção Domiciliar do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, pelo trabalho de excelência oferecida às crianças com doenças crônicas e dependentes de ventilação mecânica.

Aos pais e familiares pelo esforço e manutenção dos cuidados prestados às crianças em casa, que lutam diariamente para oferecê-las uma boa qualidade de vida .

AGRADECIMENTOS

Aos meus orientadores, **Prof. Dr. Wallisen Tadashi Hattori** e **Profa. Dra. Vívian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo**, pela oportunidade, carinho, atenção e paciência. Pelos valiosos ensinamentos que contribuíram para meu crescimento profissional e pessoal.

Ao **Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia**, instituição de nível terciário e de renome nacional, no que concerne ao Serviço de Atenção Domiciliar, além de se encontrar entre os cinco hospitais federais com maior produtividade no Brasil, 100% SUS e no qual aprendi ao longo desses 12 anos de trabalho a amar, respeitar e defender a instituição e seus pacientes.

Ao meu grande amigo **Camilo Franco de Freitas**, pela ajuda frente à formatação de todas as figuras apresentadas neste trabalho.

À minha mãe **Ione Lana da Silva**, também enfermeira, pelo exemplo brilhante de mulher e profissional, que me encaminhou para o caminho da enfermagem como profissão, sendo um exemplo a ser seguido pela paixão, dedicação e carinho que sempre teve aos pacientes.

Ao meu pai **Antônio José de carvalho**, pela ajuda na revisão da língua portuguesa do meu artigo e por ser esse exemplo de homem e pai, que sempre encaminhou seus filhos para o caminho do bem, dos estudos, da cultura e da responsabilidade para com a família e com os outros a sua volta.

Aos Meus irmãos **Leonardo Lana de Carvalho**, **Marina Lana de Carvalho** e **Maira Rocha de Carvalho**, pelo incentivo, apoio e ajuda quanto à leitura e correções técnicas do trabalho e por serem simplesmente meus irmãos, os meus melhores amigos, os meus maiores confidentes e os meus maiores protetores, ou seja, os melhores que alguém poderia ter.

RESUMO

Introdução: Os avanços tecnológicos no tratamento à saúde proporcionaram melhores condições de cuidados e aumento da sobrevivência de crianças crônicas, sendo o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), ferramenta eficaz para o tratamento destas crianças.

Objetivo: Avaliar a efetividade do SAD, no que concerne aos cuidados em pediatria.

Métodos: Estudo transversal realizado por análise de prontuários de um hospital terciário de Minas Gerais/Brasil. Compararam-se dois grupos: 42 pacientes assistidos pelo SAD (grupo domiciliar) e 15 pacientes em internação hospitalar com indicação para a assistência domiciliar (grupo hospitalar). Para análise da efetividade do serviço, avaliamos o número de reinternações, taxa de infecções, número de procedimentos e otimização de leitos. **Resultados:** O grupo hospitalar apresentou 6,04 vezes mais infecções e foi submetido a 6,43 vezes mais procedimentos. O grupo domiciliar apresentou menores índices de reinternações, sendo que 41,66% das crianças estudadas nunca reinternaram e 76,19% das que precisaram de reinternação o fizeram após mais de 30 dias desde a alta hospitalar. Verificou-se, também, que o SAD disponibilizou em média 101,80 leitos hospitalares pediátricos em cinco anos. **Conclusão:** O SAD, além de ser um cuidado centrado na família, possibilitou a redução do número de procedimentos, infecções e, conseqüentemente, os gastos públicos com a saúde, sendo estes índices sugestivos de efetividade.

Palavras-chave: Assistência domiciliar, Eficácia do Serviço de Saúde, Doença Crônica.

ABSTRACT

Introduction: Technological advances in health care have provided better care conditions and increased survival of premature children, increasing the life expectancy of chronically ill children. Home Care Service (HCS) has emerged as an effective tool for the treatment of this child profile. **Objective:** To evaluate the effectiveness of a HCS with regard to pediatric care. **Methods:** A cross-sectional study was performed by medical records of a tertiary hospital in Minas Gerais/Brazil. Two groups were compared: 42 patients assisted by a HCS (home group) and 15 patients hospitalized with an indication for home care (hospital group). To analyze the effectiveness of HCS, we evaluated the number of readmissions, infection rate, number of procedures, and optimization of beds. **Results:** Hospital group presented 6.04 times more infections and was submitted to 6.43 times more procedures. Home group presented lower readmissions rates, with 41.66% of the children studied never were readmitted and 76.19% of those who needed readmissions did so after more than 30 days from hospital discharge. It was also verified that HCS provided on average 101.80 pediatric hospital beds in five years. **Conclusion:** HCS, in addition to being a family centered care, made possible to reduce the number of procedures, infections, and, consequently, public health expenditures, and these indices are suggestive of effectiveness.

Key words: Home care, Health Service Effectiveness, Chronic Disease

Lista de Ilustrações:

1. Figura 1.....42

Lista de Tabelas:

| | |
|------------------|----|
| 1. Tabela 1..... | 43 |
| 2. Tabela 2..... | 46 |
| 3. Tabela 3..... | 47 |

Lista de abreviaturas e siglas:

AD – Atenção Domiciliar

AD1 – Modalidade de Atenção Domiciliar tipo 1

AD2 – Modalidade de Atenção Domiciliar tipo 2

AD3 – Modalidade de Atenção Domiciliar tipo 3

AVE – Acidente Vascular Encefálico

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

EMAD – Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar

EMAP – Equipes Multiprofissionais de Apoio

EUA – Estados Unidos da América

GTM – Gastrostomia

IMC – Índice de Massa Corporal

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

RAS – Rede de Atenção a Saúde

SAD – Serviço de Atenção Domiciliar

SAMDU – Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência

SVD – Sonda vesical de demora

SUS – Sistema Único de Saúde

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

UBS – Unidades Básicas de Saúde

VM – Ventilação mecânica

VMNI – Ventilação mecânica não-invasiva

Sumário.

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 1. | Introdução..... | 14 |
| 2. | Fundamentação Teórica..... | 16 |
| | 2.1 Doenças Crônicas..... | 17 |
| | 2.2 Avaliação em Saúde..... | 18 |
| | 2.3 Avaliação em Saúde e Efetividade..... | 19 |
| | 2.4 Serviço de Atenção Domiciliar – SAD..... | 20 |
| 3. | Objetivos..... | 23 |
| 4. | Hipótese..... | 23 |
| 5. | Artigo..... | 24 |
| 6. | Referências..... | 50 |
| 7. | Anexo..... | 54 |

1. INTRODUÇÃO

Os avanços tecnológicos no tratamento dos agravos à saúde, nos últimos anos, proporcionaram melhores condições de cuidados e aumento da sobrevivência de crianças com algum tipo de deficiência como: paralisia cerebral, síndromes genéticas ou doenças degenerativas, além do aumento na expectativa de vida e diminuição da mortalidade infantil (BERRY et al., 2011), o que proporciona um aumento das condições crônicas de saúde no mundo (SAIGAL et al., 2006).

Conceituamos assim, crianças em condições crônicas de saúde como uma condição limitante e evolutiva por até um ano, caracterizada por perda da capacidade de locomoção, perda das relações sociais; necessidade de aparatos tecnológicos, em uso de medicamentos controlados e contínuos, com problemas gastrointestinais, principalmente relacionados à deglutição; alteração psicológicas e cognitivas, dependentes de estimulação neuropsicomotor, além de serviços educacionais e de saúde especializados (STEIN, 2011).

Vários países estão em processo de adaptação a esta nova demanda de cuidados oferecidos, devido, especialmente, a questões de viabilidade econômica (OLIVEIRA et al., 2016). Esta adaptação tem fortalecido o surgimento de novas estratégias e mecanismos para o cuidado em saúde, como os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), que combina recursos tecnológicos e científicos presentes no hospital com o ambiente familiar (SHEPPERD et al., 2016). O domicílio despontou, somado a sua característica humanizadora e pelo perfil demográfico e epidemiológico da população, como um local com potencial de expandir e qualificar os processos de cuidado (POUW et al., 2018).

O desenvolvimento do SAD no cenário mundial vem acompanhando as mudanças demográficas e epidemiológicas (GENET et al., 2011) e está relacionado à redução dos riscos de infecções (LOW et al., 2015), à humanização da assistência e qualidade de vida, maior envolvimento dos familiares com a enfermidade do paciente, estreitamento da relação equipe de saúde-paciente-família (VOUDRIS e SILVER, 2018), diminuição de custos, aumento da rotatividade dos leitos hospitalares com gestão de leitos, desospitalização (SZEBEHELY e TRYDEGARD, 2012), menores taxas de piora clínica e complicações agudas, menor procura pelos serviços de urgência e emergência, além de menores taxas de reinternação (RIZZI et al., 2009), implementação de cuidados paliativos (BRAGA et al., 2016) e ações efetivas de prevenção, promoção e

recuperação da saúde (KERBER, KIRCHHOF e CEZAR, 2008).

Apesar da ampliação dos SADs em diversos países, ainda há a necessidade de investigar se este tipo de serviço é tão efetivo quanto o serviço prestado no ambiente hospitalar, utilizando para isso, quatro variáveis primordiais: quantitativo de infecções, número de reinternações, otimização de leitos hospitalares e o número de procedimentos (LOW et al., 2015). Sendo assim, este estudo teve como objetivo avaliar a efetividade de um Serviço de Atenção Domiciliar, no que concerne aos cuidados em pediatria.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Doenças Crônicas

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2016), doenças crônicas ou não comunicáveis, são aquelas não transmissíveis, de longa duração e de progressão geralmente lenta, variando de semanas ou até muitos anos.

O Centro Nacional para Estatísticas de Saúde dos EUA define doença crônica, como uma patologia de duração de 1 a 3 meses ou mais. Os sintomas são menos graves do que na fase aguda da doença, sendo a sua evolução de forma progressiva, podendo resultar em uma deficiência total ou parcial, ou a morte (MARRELLI, 1997).

Segundo Stein (2011), condição crônica na infância é definida como uma condição que leva a limitações biológicas e psicológicas, além do isolamento e perda de seu papel social, com duração prolongada, podendo durar um ano ou mais, de acordo com a evolução da doença e suas complicações. Neste estágio, as crianças reduzem sua atividade funcional; necessitam de medicamentos contínuos e aparatos tecnológicos, alimentação especial por gastrostomia ou sonda enteral, sendo necessários cuidados contínuos devido suas limitações motoras e fisiológicas; carecem do uso de serviços especializados de reabilitação e promoção da saúde própria para a idade, além dos serviços educacionais especializados.

Ressalta-se, portanto, que os direitos sociais e de inclusão para estas crianças são fundamentais. De acordo com este paradigma, as crianças em situações vulneráveis de desenvolvimento e saúde são detentoras de direitos e que necessitam de atenção e proteção especiais, sendo prioridade do Estado, da sociedade e da família (STREULI et al., 2011; ALVES e SIQUEIRA, 2013), trazendo, para isto, princípios que constam na Constituição Federal do Brasil de 1988 (art. 227) e no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 1990.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, Sessão II, art. 198, refere à saúde como um dever do Estado e um direito de todos os cidadãos de forma igualitária e universal. No seu art. 227, informa que é dever da família, sociedade e do Estado assegurar à criança o direito a saúde e à vida de forma prioritária.

O Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990, considera a criança com a idade de 12 anos incompletos, ou seja, com idade de 11 anos, 11 meses e 29 dias. Nos seus art. 4º e 11º, refere como dever da família, da comunidade, da sociedade e do poder público, assegurar prioritariamente, o direito à saúde, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo o princípio de equidade, acesso à saúde de forma integral, universal e igualitário ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

De acordo com um estudo exploratório de análise qualitativa dos dados, fundamentado em aspectos conceituais do cuidado e do direito à saúde, com o objetivo de analisar os cuidados à saúde da criança e a defesa de seus direitos na perspectiva de 20 mães adolescentes (15 a 18 anos). O cuidado à saúde da criança requer a responsabilidade e proteção familiar e social, vinculadas às práticas de saúde. Resaltam também que problemas relacionados à assistência, impedem a garantia do direito à saúde da criança (SANTOS et al., 2015).

Castro et al., (2002), ao examinarem as implicações das doenças crônicas na infância, com o intuito de avaliar as consequências emocionais patológicas de criança e seus familiares e como é a sua relação afetiva. Observou que apesar de todo o aparato tecnológico, melhores índices de sobrevida e avanços nos tratamentos de doenças crônicas orgânicas infantis, são necessárias mudanças radicais nos relacionamentos familiares, relacionados ao estresse, isolamento social e comportamental. Porém, não

existe um número significativo de estudos, referentes ao contexto emocional dos familiares de crianças em condições crônicas de saúde.

2.3 Avaliação em Saúde e Efetividade.

Nas últimas décadas, no Brasil, as iniciativas e institucionalização de métodos avaliativos em saúde tem aumentado significativamente, incluindo a avaliação de ações, serviços, estabelecimentos, programas, sistemas e políticas de saúde (HARTZ e VIEIRADA, 2005).

De fato, a avaliação em saúde tem sido realizada, tanto em diversidade conceitual, quanto metodológica, devido a grande demanda encontrada na construção de um instrumento de apoio e implementação de novas políticas de saúde (NOVAES, 2000).

Apoiando-se em uma revisão da literatura internacional, Novas e Hillegonda, 2000 a avaliar um programa, serviços e tecnologias em saúde, demonstrou ser necessário três critérios de avaliação: avaliação de programas, avaliação e garantia de qualidade em serviços e avaliação de tecnologias.

De acordo com Hartz (1999) em um artigo focado na avaliação em saúde com uma metodologia teórica alternativa, o autor apresenta outros três princípios a serem também discutidos: a criação de um modelo de avaliação teórico específico; uso de uma metodologia atualizada e programada, devido à alta complexidade dos resultados; e a necessidade de instrumentos institucionais que regulamentam esta avaliação.

Em um outro estudo, realizado com 41 municípios com mais de 100 mil habitantes, 21 da Região Sul e 20 da região Nordeste do Brasil, direcionado para a avaliação da efetividade de Estratégias da Saúde da Família em comparação às unidades básicas de saúde tradicionais, possibilitou a sugestão de uma nova estratégia metodologica para a avaliação da efetividade, o que contribuiu para os delineamentos de estudos futuros voltados para a avaliação da Atenção Básica à Saúde (FACCHINI et al., 2008).

Segundo Porta (2014), efetividade é uma medida específica do alcance das intervenções, procedimentos, regimes ou serviços implantados, para informar à população, que as medidas implementadas cumpriram com seus objetivos.

Em outro estudo, com o intuito de comparar a qualidade, o custo e a eficiência de uma transição precoce do hospital para o lar de idosos para pacientes com acidente vascular encefálico (AVE), demonstrou que a alta precoce do hospital para um lar de idosos, se mostrou um mecanismo útil de otimização de leitos e admissão de novos casos de pacientes com AVE no hospital. O lar de idosos citado no manuscrito, proporcionou também, uma assistência reabilitativa de melhor qualidade, melhores cuidados após a alta e redução de custos hospitalares com saúde (HEIJNEN et al., 2010).

Contudo, em estudo realizado em Singapura, com o objetivo de avaliar a assistência prestada pelo SAD, referente à redução da necessidade de admissões hospitalares e atendimento de urgência e emergência de pacientes complexos num serviço hospitalar, observou que dos 259 pacientes levantados, o SAD reduziu a necessidade de internação hospitalar e a de atendimento nos pronto socorros, em 3 meses 52,6% e 47,1% e em 6 meses 52,8% e 48,2% respectivamente (LOW et al., 2015).

Sendo assim, a efetividade é fundamental para avaliar o cumprimento dos objetivos, metas e funções das ações programadas pelo Serviço de Atenção Domiciliar (LAST, 1995).

2.4 Serviço de Atenção Domiciliar – SAD

A prevalência de doenças crônicas na população tem aumentado significativamente, levando assim, ao aumento das despesas relacionadas à assistência médica, além da necessidade de leitos hospitalares para o atendimento desta população (BRENNAN et al., 1999).

O Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, atualmente, enfatizam a redução de gastos e riscos, com iniciativas racionalizadoras na organização do trabalho e políticas de saúde. Nesta perspectiva, surgem novas necessidades decorrentes do aumento do número de pacientes crônicos, que possuem alta prevalência e alto custo social, além de serem os de maior custo financeiro para o

Sistema Único de Saúde (SUS), necessitando assim, de cuidados especiais por um tempo prolongado ou por toda a vida (BRASIL, 2013).

Estas demandas por redução de gastos públicos em saúde, além da busca de uma melhor qualidade da atenção, cuidados integrais e contínuos, têm fortalecido o surgimento de novas estratégias e mecanismos para o cuidado em saúde. Observa-se assim, a ampliação de espaços de atenção não tradicionais como, por exemplo, serviços de atendimento domiciliar terapêutico, impulsionados principalmente pelo desejo de se combinar recursos tecnológicos e científicos presentes no hospital no ambiente familiar (BRASIL, 2012).

No Brasil, a atenção no domicílio contou inicialmente com os médicos de Família, os profissionais legais de medicina que atendiam os enfermos em domicílio, proporcionando assistência humanizada e de qualidade. O Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), fundado em 1949 e vinculado ao Ministério do Trabalho, foi à primeira experiência de atendimento domiciliar brasileira, organizada como um serviço (BRASIL, 2006). No entanto, a atenção domiciliar foi iniciada como uma atividade planejada pelo setor público com o Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo (HSPE), que funciona desde 1963. Em 2002, foi estabelecida a Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002 – DOU de 16/4/2002, *“que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes, e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no SUS”*.

A atenção domiciliar (AD), cujas ações foram implementadas pelo Ministério da Saúde conforme a Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006, que dispõe sobre o Regimento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar, é o *“termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doença e reabilitação desenvolvidas em domicílio”*. A referida RDC nº 11, define Serviço de Atenção Domiciliar como *“Instituição pública ou privada responsável pelo gerenciamento e operacionalização de assistência e/ou internação domiciliar”*, definindo também Assistência Domiciliar como *“conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas em domicílio”*.

De acordo com a Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016 que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas, Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é um *“serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou*

complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP)”. Segundo esta portaria nº 825, a atenção domiciliar é definida como uma “modalidade de atenção à saúde integrada as Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados;”. O processo do cuidar em AD possibilita uma relação direta com a estrutura familiar com à infraestrutura domiciliar e à estrutura oferecida pelos serviços para esse tipo de assistência (BRASIL 2013).

SAD é a junção da assistência prestada intra-hospitalar com os aparatos tecnológicos em um ambiente domiciliar e comunitário, diversos tipos de cuidados como serviços assistenciais médicos, de reabilitação e de enfermagem, oferecendo cuidados hospitalares em casa (SUMMERFELT et al., 2015). Porém, a formulação de um modelo bem definido é necessária antes de sua ampla implementação (VOUDRIS e SILVER, 2018).

Contudo, para atender aos requisitos do SAD, são necessários três princípios: proporcionar cuidados substitutivos aos oferecidos nas internações hospitalares, proporcionar cuidados médicos e de enfermagem semelhantes aos ofertados no hospital e prestar cuidados insubstituíveis aos prestados pelos serviços domiciliares baseados na comunidade (LEFF e MONTALTO, 2004).

São várias as experiências de SADs que foram instituídos a partir das dificuldades concretas de pacientes no acesso a serviços de saúde. O domicílio despontou somado à sua característica humanizadora e pelo perfil demográfico e epidemiológico da população, como um local com potencial de expandir e qualificar os processos de cuidado.

Nos últimos 20 anos, essas práticas acumularam experiências e conhecimentos em lidar com uma ampla gama de situações clínicas que tem enriquecido as possibilidades de atuação em AD, impondo também, desafios à adequação da prática profissional a esta nova realidade (DUARTE e DIOGO, 2000).

O acompanhamento no domicílio é realizado por uma equipe multiprofissional treinada e capacitada, com fornecimento de material, medicamentos e equipamentos, permitindo o manejo da condição clínica, prevenindo as reinternações, melhorando a qualidade de vida dos pacientes e familiares (Portaria nº 825 de 2016).

O SAD proporciona cuidados de nível hospitalar em casa, sendo uma alternativa

confiável e benéfica, tanto para o paciente quanto para o sistema de saúde.

Conforme Amaral et al. (2001), o SAD reduz tanto custos quanto complicações pertinentes à hospitalização prolongada. A desospitalização precoce de pacientes proporciona segurança emocional e psicológica, redução da ansiedade e estresse provocados pela situação crônica de saúde.

Com objetivo de analisar o SAD quanto ao seu potencial humano da assistência à integralidade do serviço e sugerir a sua ampliação, FEUERWERKER e MERHY, 2008 identificaram os seguintes tipos de atendimento domiciliar: cuidado paliativo, cuidado a pacientes com HIV+, portadores de feridas e lesões de pele, acompanhamento de recém-nascidos prematuros e pacientes acamados crônicos e pacientes em uso antibioticoterapia endovenosas. Verificou-se, contudo, que o SAD é viável em ambientes economicamente precários e que contribui efetivamente com a integralidade e continuidade do cuidado. Destacou-se também a qualidade e a humanização da assistência, o trabalho em equipe, o desenvolvimento de vínculo entre cuidadores e equipe assistencial, devendo, este serviço, ser ampliada no âmbito do Sistema Único de Saúde (FEUERWERKER e MERHY, 2008).

Na Europa, segundo Genet et al. (2011), ao analisarem o que foi produzido de referencial científico na Europa no período de 1998 a 2009 referente ao Serviço de Atenção Domiciliar, evidenciaram que dos 31 países incluídos, foram extraídos dados concisos relacionados a aspectos políticos, regulamentadores, financiadores e organizacionais. No entanto, os autores concluíram que existem poucos estudos sobre os cuidados domiciliares.

3. Objetivo

Avaliar a efetividade do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), no que concerne aos cuidados em pediatria.

4. Hipótese

Pacientes com maior complexidade assistencial podem ser transferidos para o domicílio com bons resultados.

Análise da efetividade de um Serviço de Atenção Domiciliar pediátrico brasileiro

Autores:

Antônio José Lana de Carvalho ¹, Eliza Fernanda Borges ², Laerte Honorato Borges Junior ³, Ana Laura Teodoro de Paula ⁴, Wallisen Tadashi Hattori ⁵ e Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo ⁶

Filiação:

¹ Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Brasil; antoniolanac@gmail.com

² Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Brasil; eliza.borges@hotmail.com

³ Serviço de Atenção Domiciliar, Hospital de Clínicas de Uberlândia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Brasil; laerteh@yahoo.com.br

⁴ Projeto de Pesquisa de Iniciação Científica Voluntária, Faculdade de Medicina, Curso de Graduação em Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Brasil; altdp1234@gmail.com

⁵ Wallisen Tadashi Hattori - Universidade Federal de Uberlândia, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Coletiva, Uberlândia, MG; wallhattori@gmail.com

Autor Correspondente:

⁶ Faculdade de Educação Física e Fisioterapia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Brasil. Rua Benjamin Constant - 1286, Nossa Sra. Aparecida, Uberlândia - MG, 38400-678; viviangazevedo1@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Avaliar a efetividade do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), no que concerne aos cuidados em pediatria. **Métodos:** Estudo transversal realizado por análise de prontuários de um hospital terciário de Minas Gerais/Brasil. Compararam-se dois grupos: 42 pacientes assistidos pelo SAD (grupo domiciliar) e 15 pacientes em internação hospitalar com indicação para a assistência domiciliar (grupo hospitalar). Para análise da efetividade do serviço, avaliamos o número de reinternações, taxa de infecções, número de procedimentos e otimização de leitos. **Resultados:** O grupo hospitalar apresentou 6,04 vezes mais infecções e foi submetido a 6,43 vezes mais procedimentos. O grupo domiciliar apresentou menores índices de reinternações, sendo que 41,66% das crianças estudadas nunca reinternaram e 76,19% das que precisaram de reinternação o fizeram após mais de 30 dias desde a alta hospitalar. Verificou-se, também, que o SAD disponibilizou em média 101,80 leitos hospitalares pediátricos em cinco anos. **Conclusão:** O SAD, além de ser um cuidado centrado na família, possibilitou a redução do número de procedimentos, infecções, sendo estes índices sugestivos de efetividade.

Palavras-chave: Avaliação de Serviço, Assistência Hospitalar, Pediatria.

INTRODUÇÃO

Os avanços tecnológicos no tratamento dos agravos à saúde, nos últimos anos, proporcionaram melhores condições de cuidados e aumento da sobrevivência de crianças com algum tipo de deficiência como: paralisia cerebral, síndromes genéticas ou doenças degenerativas, além do aumento na expectativa de vida e diminuição da mortalidade infantil,¹ o que proporciona um aumento das condições crônicas de saúde no mundo.⁶

Entretanto, conceituamos crianças em condições crônicas de saúde como uma condição limitante e evolutiva por até um ano, caracterizada por perda da capacidade de locomoção, perda das relações sociais; necessidade de aparatos tecnológicos, em uso de medicamentos controlados e contínuos, com problemas gastrointestinais, principalmente relacionados à deglutição; alteração psicológicas e cognitivas, dependentes de estimulação neuropsicomotor, além de serviços educacionais e de saúde especializados.⁹

Vários países tem tentado se adaptar a esta nova demanda de cuidados oferecidos, devido, especialmente, a questões de viabilidade econômica.¹⁰ O que tem fortalecido o surgimento de novas estratégias e mecanismos para o cuidado em saúde, como os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), que combina recursos tecnológicos e científicos presentes no hospital com o ambiente familiar.¹¹ O domicílio despontou, somado a sua característica humanizadora e pelo perfil demográfico e epidemiológico da população, como um local com potencial de expandir e qualificar os processos de cuidado.¹²

O desenvolvimento do SAD no cenário mundial vem acompanhando as mudanças demográficas e epidemiológicas¹³ e está relacionado à redução dos riscos de infecções¹⁴, à humanização da assistência e qualidade de vida, maior envolvimento dos familiares com a enfermidade do paciente, estreitamento da relação equipe de saúde-paciente-família¹⁵, diminuição de custos, aumento da rotatividade dos leitos hospitalares com gestão de leitos, desospitalização¹⁶, menores taxas de piora clínica e complicações agudas, menor procura pelos serviços de urgência e emergência, além de menores taxas de reinternação¹⁷, implementação de cuidados paliativos¹⁸ e ações efetivas de prevenção, promoção e recuperação da saúde.¹⁹

Apesar da ampliação dos SADs em diversos países, ainda há a necessidade de investigar se este tipo de serviço é tão efetivo quanto o serviço prestado no ambiente hospitalar, utilizando para isso, quatro variáveis primordiais: quantitativo de infecções,

número de reinternações, otimização de leitos hospitalares e o número de procedimentos¹⁴. Sendo assim, este estudo teve como objetivo avaliar a efetividade de um Serviço de Atenção Domiciliar, no que concerne aos cuidados em pediatria.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (parecer: 1823938).

População

Foram incluídos, por análise de conveniência, 57 pacientes pediátricos em condições crônicas de saúde, com restrição de socialização e de contato com o meio externo, pouca mobilidade, exacerbações frequentes e restrições para sua locomoção e pertencentes à modalidade de assistência na atenção domiciliar tipo 2 (AD2) e tipo 3 (AD3).

Os pacientes, foram divididos em dois grupos para comparações e análise da efetividade:

Grupo Hospitalar

O grupo hospitalar é composto por 15 pacientes com indicação de assistência domiciliar, porém permaneceram internados no hospital por mais de 30 dias, e que por algum motivo, não foram de alta, ou por um contexto social, ou para finalização do treinamento dos cuidadores domiciliares. Esta indicação de alta foi identificada por registros dos profissionais da saúde que continham a indicação para alta hospitalar e continuação dos cuidados em domicílio, sendo a data do relatório de alta o marco para início da coleta de dados até o desfecho clínico, transferência e admissão no SAD.

Grupo domiciliar

Foram selecionados para o grupo domiciliar 42 crianças assistidas pelo SAD, no intervalo de 5 anos (01 de janeiro de 2012 a 31 de dezembro de 2016). Foram excluídos os pacientes com tempo de assistência domiciliar inferior a 30 dias, a fim de igualar o

tempo mínimo de assistência adotado como critério na amostra do grupo hospitalar (Figura 1).

Das 49 crianças incluídas neste estudo, 36 eram assistidas pelo SAD e 13 pelo serviço hospitalar. As características da população avaliada estão apresentadas na Tabela 1.

Procedimento

O levantamento e seleção dos prontuários foram realizados no arquivo médico e arquivos inativos, analisando todos os pacientes pediátricos com a idade entre 29 dias até 11 anos, 11 meses e 29 dias de idade²⁰, faixa etária adequado para a internação na enfermaria de pediatria de um hospital universitário de nível terciário e no SAD da mesma instituição.

A coleta dos dados foi realizada utilizando uma planilha estruturada a partir de uma tabela de indicadores que continha quatro variáveis principais para a avaliação da efetividade do SAD: reinternações, número de infecções, otimização de leitos hospitalares e procedimentos realizados (laboratoriais e de imagem).

Foram analisados: o perfil epidemiológico, grau de dependência, classificação do tipo de cuidado (AD2 e AD3), diagnóstico principal, categoria assistencial (doença neuromuscular, síndrome genética, doença pulmonar, paralisia cerebral, lesões medulares e outros), necessidade de ventilação mecânica ou e dispositivo utilizado.

No Brasil, existem três modalidades de Assistência Domiciliar: AD1, AD2 e AD3. A modalidade AD1 é formada por crianças que necessitam de intervenções multiprofissionais mínimas e menos frequentes, que possuem problemas de saúde compensados, recebendo cuidados pelos seus cuidadores, sendo seu acompanhamento realizado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS).²¹

Na modalidade AD2, são incluídos os pacientes com enfermidades degenerativas agudas ou crônicas agudizadas, que necessitam de cuidados contínuos e constantes, realizando infusões medicamentosas ou não por via parenteral, em cuidados paliativos, prematuros e baixo peso ponderal. Na modalidade AD3, apresentam as mesmas condições clínicas identificadas na modalidade AD2, porém necessitam de acompanhamento multiprofissional contínuo, com necessidade de ventilação mecânica,

realização de procedimentos complexos, nutrição parenteral e transfusão sanguínea; demandando acompanhamento domiciliar constante.²¹

Para a análise de efetividade, o estudo contemplou o pareamento dos dois grupos, sendo que as observações realizadas do primeiro grupo foram pareadas com as do segundo, garantindo uma composição equivalente.

Para o número de procedimentos, analisamos todos os exames laboratoriais e de imagens realizados no período de estudo. Dentre os exames laboratoriais, destaca-se: exames de urina (Elementos e Sedimentos Anormais – EAS e Urocultura), exames de sangue (hemocultura, bioquímica, gasometria venosa e arterial, Tempo de Atividade da Troponina – TAP e aspirado de cateter venoso central), secreção traqueal, ponta de cateter venoso central, Swabs de secreção ocular e feridas, fezes (parasitológicos e coprocultura), aspirado líquido acítico (citológico e cultura de líquido peritoneal). Já para os exames de imagem, destacamos: raio X, eletrocardiogramas, ecocardiogramas e ultrassonografias.

ANÁLISE DE DADOS

Procederam-se a análises descritivas com a utilização de frequência absoluta e percentual para as variáveis categóricas e medianas, valores máximos e mínimos e médias para as variáveis métricas. As taxas de infecções, otimização de leitos, reinternação e procedimentos foram calculadas considerando o número total de registros divididos pelo número total de dias de internação (domiciliar ou hospitalar) de cada grupo. Assim, a taxa encontrada não dependeu do número de participantes de cada amostra, e sim da ocorrência destes eventos dentro do seu respectivo grupo.

RESULTADOS

Para análise das reinternações verificamos quantos dias após a data de admissão no SAD estes pacientes foram submetidos à primeira reinternação, em um intervalo de tempo antes e após 30 dias²². Levantamos também, o número total de dias de reinternação (Tabela 2).

As taxas de infecções, desfecho e procedimentos foram calculadas considerando o número total de registros divididos pelo número total de dias de internação (domiciliar

ou hospitalar) de cada grupo. Assim a taxa encontrada não dependeu do número de participantes de cada amostra, e sim da ocorrência destes eventos dentro do seu respectivo grupo (Tabelas 3).

Para a otimização de leitos, foi verificado com a seguinte análise e subsequente cálculo: ao verificarmos a somatória do total de dias de internação dos pacientes do grupo domiciliar, entre as data de 01/01/2012 a 31/12/2016, constatamos 31922 dias de internação neste serviço; ao dividirmos esse número (31922 dias) pela média de dias de internação, por paciente, na enfermaria de pediatria, 9,80 dias (Fonte: Gestão de informações hospitalares e setor de estatística), chegamos a 3257,35 dias disponibilizados pelo SAD. Ao redividirmos este número encontrado (3257,35 dias) pelo número de leitos ativos (32 leitos) na enfermaria, seria possível, em cinco (5) anos, internar 101,80 pacientes no hospital estudado.

DISCUSSÃO

Com objetivo de avaliar a efetividade de um Serviço de Atenção Domiciliar, de forma comparativa e equivalente ao serviço ofertado intra-hospitalar, a partir de quatro variáveis, o número de infecções, o número de reinternações, a otimização de leitos hospitalares e o número de procedimentos, o estudo demonstrou que o SAD possui baixos índices de infecção, realização de procedimentos e reinternações, além de otimizar leitos hospitalares, o que pode ser considerado indicativo de efetividade.

Quanto ao número de infecções, o grupo hospitalar apresentou uma taxa de infecção hospitalar 6,04 vezes maior que no grupo domiciliar. Estudo realizado em um hospital universitário francês demonstrou que as infecções foram as principais causas de morte dos pacientes em internação hospitalar.²³ O tempo de internação hospitalar prolongado, é um fator contribuinte para a ocorrência de casos de infecções relacionados a assistências hospitalares ou nasocomiais.²⁴ Uma revisão sistemática realizada em 2014, constatou que a resistência antimicrobiana poderia causar a morte de 10 milhões de pessoas por ano até 2050.²⁵ De fato, medidas para prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) devem ser adotadas em todos os estabelecimentos de assistência à saúde, quer no âmbito hospitalar, em estabelecimentos de cuidados de pacientes crônicos ou na assistência domiciliar, devido a esta crescente ameaça para a saúde pública mundial.²⁶

Para verificação de otimização de leitos hospitalares, conforme cálculo demonstrado anteriormente, verificamos que o SAD destaca-se pela contribuição na otimização de leitos hospitalares. E se constitui em um instrumento assistencial eficaz que contribui com a redução da necessidade de internação de pacientes com altos índices de utilização de serviços hospitalares.²⁷

Quanto aos procedimentos, os resultados evidenciaram que os pacientes do grupo hospitalar foram submetidos a 6,43 vezes mais procedimentos que os pacientes do grupo domiciliar em um mesmo intervalo de tempo, resultado este, bem semelhante à taxa de infecção. De fato, nas últimas décadas, cresce exponencialmente os gastos públicos com a saúde, principalmente vinculados ao excesso do número de exames laboratoriais e radiográficos solicitados pelos médicos, realizados de forma inadequada e/ou desnecessária na maioria das vezes.²⁸ Desde 1998, 95% dos exames realizados, são pedidos de forma repetitiva e que contribui com atendimento de pacientes internados em hospitais ²⁹. Embora os exames sejam úteis para o diagnóstico, é necessário considerar o alto custo financeiro envolvido para os serviços de saúde.³⁰ De acordo com uma revisão sistemática realizada na Inglaterra com 109 artigos, voltados para a redução de utilização de exames laboratoriais pelos médicos, demonstrou que medidas educativas, apresentou maior eficácia na redução de sua utilização.³¹ No Brasil, o Ministério da Saúde não estabeleceu um limite para a solicitação de exames.³² Verifica-se assim, que o SAD é um instrumento promissor na redução de custos em saúde, referente à relação de procedimentos.

Dos 36 pacientes em assistência domiciliar deste estudo, 15 (41,66%) nunca reinternaram e 21 (58,33%) apresentaram uma ou mais reinternações, sendo que 5 pacientes reinternaram em um período entre 10 e 30 dias (23,81%), 16 pacientes após 30 dias (76,19%) e 13 após 3 meses (24,07%) a partir da data de alta hospitalar. Salientamos que todas as reinternações ocorreram em um mesmo hospital de referência para o atendimento destes pacientes, conforme acordo realizado entre o Ministério Público, familiares e a instituição de saúde, durante o processo de desospitalização. Em 2002, um estudo espanhol, identificou baixas taxas de readmissão em 10, 28 dias e em 3 meses de 3,6%, 9,7% e 13,5%, respectivamente.³³ De fato, as reinternações hospitalares são um problema frequente nas instituições de saúde. Elas constituem, ainda, um indicador de qualidade assistencial, a partir da análise de pessoas admitidas pela primeira vez no hospital em até 30 dias após a alta.²² Este indicador avalia a capacidade

progressiva do prestador de serviço em ajudar na recuperação de forma tão eficaz quanto possível, no que se refere aos cuidados dos pacientes após a alta hospitalar.³⁴ Em 1999, um estudo identificou uma taxa de reinternação hospitalar de 6% em 30 dias em relação à população pediátrica sendo a justificativa para esse índice, a falta de acompanhamento médico regular e periódico, em cooperação com especialistas hospitalares de crianças portadoras de doença crônicas.³⁵ De fato, existe uma escassez de dados na literatura que avaliam reinternações hospitalares precoce em pediatria com foco específico em internação domiciliar.

O estudo, no entanto, contém limitações, dentre elas, a coleta de dados ser realizada por meio da análise de prontuários que, em alguns momentos, apresentam seus registros incompletos e/ou ilegíveis. Como o SAD tem normativas legais de implementação e regulamentação recentes, existem poucos estudos referentes a efetividade do SAD no Brasil, abordando pacientes pediátricos. Outro complicador, é a falta de parametro para análise o *quantum* de exames é considerado excedente, visto que, o Ministério da Saúde, não estabelece nenhuma normativa de indicação.

CONCLUSÃO

Os pacientes assistidos pelo SAD foram submetidos a menos procedimentos laboratoriais e de imagem, além de baixos números de infecções, comparados aos pacientes acompanhados no hospitalares, o que proporciona, por conseguinte, a diminuição dos gastos e recursos públicos com a saúde. Esta modalidade assistencial preconiza o cuidado centrado na família, de forma humanizada e no conforto do lar, sendo esses índices, sugestivos de efetividade.

Contudo, pouco se estuda sobre o envolvimento dos cuidadores responsáveis pelo paciente quanto aos aspectos psicológicos, sociais, de qualidade de vida e grau de habilitação técnica. Neste contexto, sugerimos a realização de novos estudos referentes aos desfechos dos pacientes atendidos pelo serviço, visto que, segundo a legislação vigente e regulamentação técnica, o óbito em domicílio é uma variável de efetividade, não havendo estudos concisos sobre esta temática.

REFERÊNCIAS

1. Berry JG, Agrawal R, Kuo DZ, et al. Characteristics of hospitalizations for patients who use a structured clinical care program for children with medical complexity. *J Pediatr*. 2011;159(2):284-290.
2. Saigal S, Stoskopf B, Streiner D, et al. Transition of extremely low-birth-weight infants from adolescence to young adulthood: comparison with normal birth-weight controls. *Jama*. 2006;295(6):667-675.
7. Swamy GK, SkjŠrven R. Association of preterm birth with long-term survival, reproduction, and next-generation preterm birth. *Jama*. 2008;299(12):1429-1436.
8. Hack M, Youngstrom EA, Cartar L, et al. Behavioral outcomes and evidence of psychopathology among very low birth weight infants at age 20 years. *Pediatrics*. 2004;114(4):932-940.
9. Stein RK. The 1990s: A decade of change in understanding children with ongoing conditions. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2011;165(10):880-883. <http://dx.doi.org/10.1001/archpediatrics.2011.165>.
10. Oliveira LL de, Gonçalves A de C, Costa JSD da, Bonilha AL de L. Maternal and neonatal factors related to prematurity . *Rev da Esc Enferm da USP* . 2016;50:382-389.
11. Shepperd S, Iliffe S, Doll HA, et al. Admission avoidance hospital at home. *Cochrane Libr*. 2016; (9): CD007491. doi: [10.1002/14651858.CD007491.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD007491.pub2)
12. Pouw MA, Calf AH, van Munster BC, ter Maaten JC, Smidt N, de Rooij SE. Hospital at Home care for older patients with cognitive impairment: a protocol for a randomised controlled feasibility trial. *BMJ Open*. 2018;8(3):e020332.
13. Genet N, Boerma WGW, Kringos DS, et al. Home care in Europe: a systematic literature review. *BMC Health Serv Res*. 2011;11(1):207. doi:10.1186/1472-6963-11-207
14. Low LL, Vasanwala FF, Ng LB, Chen C, Lee KH, Tan SY. Effectiveness of a transitional home care program in reducing acute hospital utilization: a quasi-experimental study. *BMC Health Serv Res*. 2015;15(1):100.
15. Voudris VK, Silver AM. Home Hospitalization for Acute Decompensated Heart

- Failure: Opportunities and Strategies for Improved Health Outcomes. *Healthc* . 2018;6(2). doi:10.3390/healthcare6020031
16. Szebehely M, Trydegård G. Home care for older people in Sweden: a universal model in transition. *Health Soc Care Community*. 2012;20(3):300-309.
 17. Rizzi M, Grassi M, Pecis M, et al. A specific home care program improves the survival of patients with chronic obstructive pulmonary disease receiving long term oxygen therapy. *Arch Phys Med Rehabil*. 2009;90(3):395-401.
 18. Braga PP, Sena RR de, Seixas CT, Castro EAB de, Andrade AM, Silva YC. Supply and demand in home health care. *Cien Saude Colet*. 2016;21(3):903-912.
 19. Kerber NP da C, Kirchhof ALC, Cezar-Vaz MR. Considerações sobre a atenção domiciliária e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. *Cad Saude Publica*. 2008;24:485-493.
 20. Presidência da República: Casa Civil - Subchefia de Assuntos Jurídicos. Lei Número 8.069. Constituição Federal do Brasil. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Published July 13, 1990. Accessed January 30, 2018.
 21. Ministério da Saúde do Brasil. Portaria Número 825. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html. Published April 25, 2016. Accessed February 5, 2018.
 22. Fischer C, Lingsma HF, Marang-van de Mheen PJ, Kringos DS, Klazinga NS, Steyerberg EW. Is the readmission rate a valid quality indicator? A review of the evidence. *PLoS One*. 2014;9(11):e112282.
 23. Hautemanière A, Florentin A, Hartemann P, Hunter PR. Identifying possible deaths associated with nosocomial infection in a hospital by data mining. *Am J Infect Control*. 2011;39(2):118-122.
 24. Vrijens F, Hulstaert F, Devriese S, Van de Sande S. Hospital-acquired infections in Belgian acute-care hospitals: an estimation of their global impact on mortality, length of stay and healthcare costs. *Epidemiol Infect*. 2012;140(1):126-136.
 25. Review on Antimicrobial Resistance (AMR). Antimicrobial resistance: tackling a crisis for the health and wealth of nations. <https://amr-review.org>. Published December, 2014. Accessed February 19, 2018.

26. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim de Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde n° 14: Avaliação dos indicadores nacionais das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) e Resistência microbiana do ano de 2015.
<http://portal.anvisa.gov.br>. Published December 30, 2016. Accessed January 30, 2018.
27. Punchik B, Komarov R, Gavrikov D, et al. Can home care for homebound patients with chronic heart failure reduce hospitalizations and costs? *PLoS One*. 2017;12(7):e0182148.
28. Qaseem A, Alguire P, Dallas P, et al. Appropriate use of screening and diagnostic tests to foster high-value, cost-conscious care. *Ann Intern Med*. 2012;156(2):147-149.
29. Van Walraven C, Naylor CD. Do we know what inappropriate laboratory utilization is?: A systematic review of laboratory clinical audits. *Jama*. 1998;280(6):550-558.
30. Capilheira MF, Santos IS. Population-based study of the epidemiology of diagnostic test ordering. *Rev Saude Publica*. 2006;40(2):289-297.
31. Kobewka Daniel M, E RP, A MJ, J FA, Carl van W. Influence of educational, audit and feedback, system based, and incentive and penalty interventions to reduce laboratory test utilization: a systematic review. *Clin Chem Lab Med*. 2015;53:157. doi:10.1515/cclm-2014-0778
32. Ministério da Saúde. Atenção Domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar.
<http://bvsmms.saude.gov.br>. Published 2014. Accessed March 3, 2018.
33. Diz-Lois PMT, de la Iglesia MF, Nicolás MR, Pellicer VC, Ramos P V, Diz-Lois MF. Predictive factors of unplanned hospital readmission in patients discharged at a short stay medical unit. In: *Anales de Medicina Interna (Madrid, Spain: 1984)*. Vol 19. ; 2002:221.
34. Ricci H, de Araújo MN, Simonetti SH. Readmissão precoce em hospital público de alta complexidade em cardiologia. *Northeast Netw Nurs J*. 2016;17(6).
35. Brook U, Buyanover Y. Rehospitalization of children. *Harefuah*.

1999;136(12):931-932.

APENDICE

Figura 1: Representação esquemática, contendo o número de pacientes incluídos e excluídos no estudo e seus respectivos grupos.

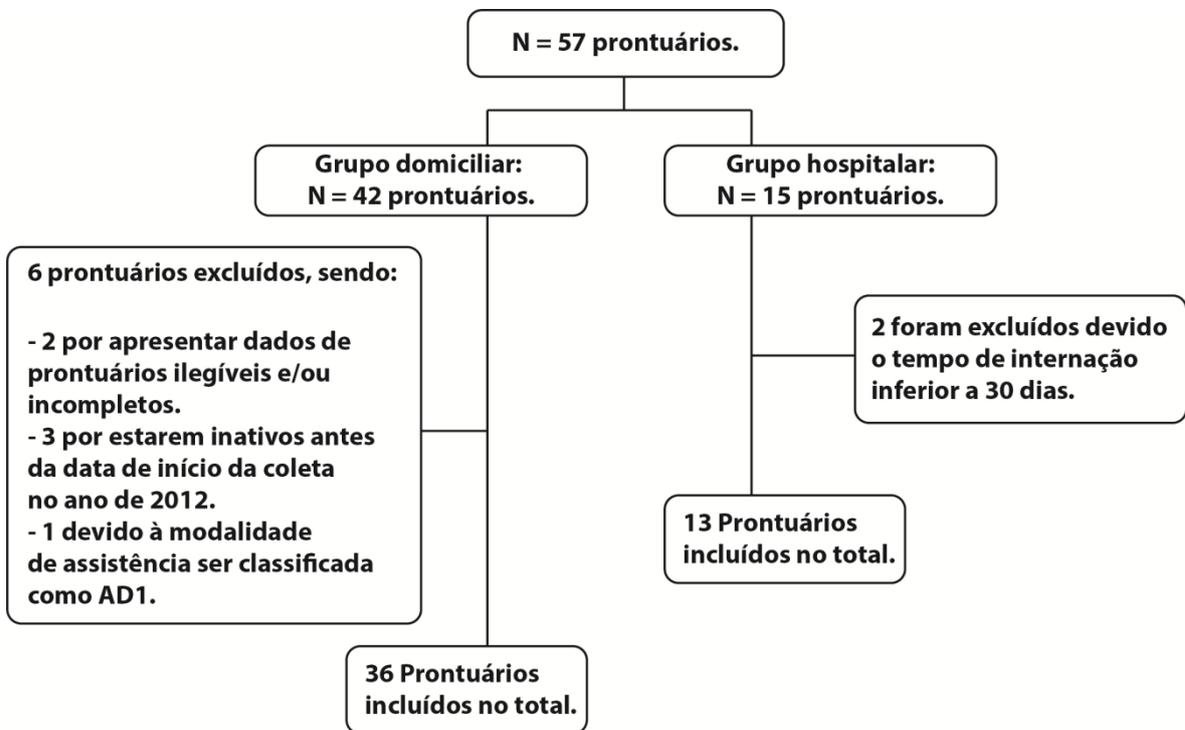


TABELA 1. Caracterização da amostra: Pacientes em cuidados domiciliares, assistidos por um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) de referência nacional e pacientes internados em um serviço hospitalar. Brasil, 2012 - 2016.

| Caracterização da amostra | | Modalidade de Assistência | |
|--|----------------------|------------------------------|------------------------------|
| | | Domiciliar (n = 36) n / % | Hospitalar (n = 13) n / % |
| Sexo | Masculino | 25 / 30,56 | 9 / 69,23 |
| | Feminino | 11 / 69,44 | 4 / 30,77 |
| Grau de Dependência | Deambula | 2 / 5,56 | 1 / 7,60 |
| | Deambula com auxílio | 0 / 0,00 | 0 / 0,00 |
| | Cadeirante | 1 / 2,78 | 1 / 7,69 |
| | Acamado | 33 / 91,67 | 11 / 84,62 |
| Classificação por tipo de cuidado | AD2 | 7 / 19,44 | 1 / 7,69 |
| | AD3 | 29 / 80,56 | 12 / 92,31 |
| Dispositivos | Oxigenoterapia | 9 / 25,00 | 8 / 61,5 |
| | VM | 19 / 52,78 | 9 / 69,2 |
| | VM -Intermitente | 8 / 22,22 | 3 / 23,0 |
| | VMNI | 0 / 0,00 | 3 / 23,0 |
| | VMNI -Intermitente | 2 / 5,56 | 0 / 0,00 |
| | GTM | 31 / 86,11 | 12 / 92,3 |
| | SVD | 0 / 0,00 | 1 / 7,69 |
| | Traqueostomia | 27 / 75,00 | 10 / 76,9 |
| | Colostomia | 1 / 2,78 | 1 / 7,69 |
| | Cateter de Tenckoff | 1 / 2,78 | 1 / 7,69 |
| Diagnóstico | Doença pulmonar | 4 / 11,11 | 0 / 0,00 |

Principal

| | | | |
|--------------|--------------------------------|------------|-----------|
| | Doenças neurológicas | 16 / 44,44 | 7 / 53,85 |
| | Síndrome genética | 12 / 33,33 | 2 / 15,38 |
| | Outros | 4 / 11,11 | 4 / 30,77 |
| Idade | Lactentes (29 dias a 12 meses) | 13 / 38,2 | 2 / 15,38 |
| | Primeira infância (1 a 3 anos) | 14 / 41,2 | 6 / 46,15 |
| | Pré-escolar (4 a 5 anos) | 3 / 8,8 | 1 / 7,69 |
| | Escolar (6 a 12 anos) | 6 / 17,6 | 4 / 30,77 |

Notas:**AD2 = Atenção domiciliar tipo 2;****AD3 = Atenção domiciliar tipo 3;****VM = Ventilação mecânica;****VMNI = Ventilação mecânica não-invasiva;****GTM = Gastrostomia;****SVD = Sonda vesical de demora**

TABELA 2. Ocorrência de reinternações (exclusivo para o grupo domiciliar), assistidos por um Serviço de Atenção Domiciliar de referência nacional. Brasil, 2012 - 2016.

| Reinternações | Domiciliar (n = 36) n / % |
|--|------------------------------|
| Pacientes que nunca reinternaram | 15 / 41,66 |
| Pacientes que apresentaram reinternações. | 21 / 58,33 |
| Primeira reinternação, entre 10 a 30 dias após admissão no SAD | 5 / 23,81 |
| Reinternação após 30 dias da admissão no SAD | 16 / 76,19 |
| Reinternação após 3 meses após admissão no SAD | 13 / 24,07 |
| Total de dias em reinternação/total de dias no SAD | 930 / 2,91 |

Notas:

58 casos de reinternações para 36 pacientes incluídos.

Média de 11,92 dias de reinternação para um total de 930 dias.

TABELA 3. Número de procedimentos (exames laboratoriais e exames de imagem), Número de infecções e desfecho clínico de pacientes em cuidados domiciliares. Brasil, 2012 - 2016.

| Variáveis | | Modalidade de Assistência | | | |
|----------------------|--------------------------------------|------------------------------|--|------------------------------|--|
| | | Domiciliar (n = 36) n / % | Domiciliar (n = 36) Mediana (máx/mín) | Hospitalar (n = 13) n / % | Hospitalar (n = 13) Mediana (máx/mín) |
| Procedimentos | Total | 432 | 9 (56 / 1) | 228 | 12 (61 / 3) |
| | Laboratório | 367 | 7 (52 / 1) | 211 | 12 (60 / 2) |
| | Imagem | 65 | 1 (10 / 1) | 17 | 1 (5 / 1) |
| | Nº procedimentos / dia | 0,014 | - | 0,09 | - |
| | Nº de procedimentos / 30 dias | 0,40 | - | 2,8 | - |
| | Nº de procedimentos / 60 dias | 0,80 | - | 5,6 | - |

| | | | | | |
|------------------------------------|---|-----------------|-----|-----------------|--------|
| Total de dias em internação | | 31922 | 656 | 2630 | 104,50 |
| Infecções | Sim | 17 / 28,33 | - | 37 / 90,24 | - |
| | Nº total de infecções por paciente | 0,47 | - | 2,84 | - |
| | Nº de infecções por dia | 0,0005 | - | 0,01 | - |
| | Nº de infecções por 30 dias | 0,016 | - | 0,4 | - |
| | Nº de infecções por 60 dias | 0,03 | - | 0,8 | - |
| Desfecho | Permanece em internação | 21 / 58,33 | - | 13 / 100 | - |
| | Alta clínica | 5 / 13,89 | - | 0 / 0,00 | - |
| | Óbito hospitalar | 9 / 25,00 | - | 0 / 0,00 | - |
| | Óbito domiciliar | 2 / 5,56 | - | 0 / 0,00 | - |
| | Alta administrativa | 1 / 2,78 | - | 0 / 0,00 | - |

REFERÊNCIAS

1. ALVES, Cássia; SIQUEIRA, Aline. Os direitos da criança e do adolescente na percepção de adolescentes dos contextos urbano e rural. *Psicologia Ciência e Profissão*, v. 33, n. 2, 2013. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000200015>
2. AMARAL, NN do et al. Assistência domiciliar à saúde (Home Health Care): sua história e sua relevância para o sistema de saúde atual. *Rev Neurociências*, v. 9, n. 3, p. 111-17, 2001.
3. ARAÚJO, Daniele Marano Rocha; PEREIRA, Natália de Lima; KAC, Gilberto. Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. *Cadernos de saúde pública*, v. 23, n. 4, p. 747-756, 2007. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400002>
4. ASSUNÇÃO, Paula Lisiane et al. Fatores associados ao nascimento pré-termo em Campina Grande, Paraíba, Brasil: um estudo caso-controle. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 28, n. 6, p. 1078-1090, 2012. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000600007>
5. AUGER, Nathalie; HANSEN, Anne V.; MORTENSEN, Laust. Contribution of maternal age to preterm birth rates in Denmark and Quebec, 1981-2008. *American journal of public health*, v. 103, n. 10, p. e33-e38, 2013. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301523>
6. BICALHO, Gladys Gripp; BARROS FILHO, Antônio de Azevedo. Peso ao nascer e influência do consumo de cafeína. *Revista de Saúde Pública*, v. 36, n. 2, p. 180-187, 2002. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102002000200010>
7. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, Sessão II, Art. 198.
8. BRASIL, Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990
9. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: MS; 2011.

10. BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Domiciliar. vol 2, Brasília, DF, 2013.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Domiciliar. vol 1, Brasília, DF, 2012.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Glossário Temático: Economia da Saúde: Ministério da Saúde. Brasília, 2006. 28 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
13. BRASIL. Ministério da Saúde. RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Brasília, DF, 2006.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 963 de 27 de Maio de 2013. Disponível: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html> Acesso em 15/06/2015.
15. BRENNAN, Troyen A. et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. New England journal of medicine, v. 324, n. 6, p. 370-376, 1991. <https://doi.org/10.1056/NEJM199102073240604>
16. COSTA, Cristina Elizabeth; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. Estudo epidemiológico do peso ao nascer a partir da Declaração de Nascido Vivo. Revista de Saúde Pública, v. 32, p. 328-334, 1998. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101998000400004>
17. COSTA LIMA, Tatiane da; OLIVEIRA VARGAS, Mara Ambrosina de. Cuidado domiciliar intensivo: uma possível realidade do Sistema Único de Saúde?. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 57, n. 6, 2004. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000600004>
18. DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico. São Paulo. ED. Atheneu, 2000.
19. FACCHINI, Luiz Augusto et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. Cadernos de saúde pública, v. 24, p. s159-s172, 2008. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300020>

20. FEUERWERKER, Laura; MERHY, Emerson Elias. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, v.24, p. 180-188, 2008. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892008000900004>
21. GENET, Nadine et al. Home care in Europe: a systematic literature review. *BMC health services research*, v. 11, n. 1, p. 207, 2011. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-207>
22. GOLDENBERG, Robert L. et al. Epidemiology and causes of preterm birth. *The lancet*, v. 371, n. 9606, p. 75-84, 2008. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60074-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60074-4)
23. HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Ligia Maria Vieira da. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Editora Fiocruz, 2005. <https://doi.org/10.7476/9788575415160>
24. HEIJNEN, Ron WH et al. The cost effectiveness of an early transition from hospital to nursing home for stroke patients: design of a comparative study. *BMC public health*, v. 10, n. 1, p. 279, 2010. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-279>
25. LEFF, Bruce; MONTALTO, Michael. Home hospital-toward a tighter definition. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 52, n. 12, p. 2141-2141, 2004. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52579_1.x
26. LOW, Lian Leng et al. Effectiveness of a transitional home care program in reducing acute hospital utilization: a quasi-experimental study. *BMC health services research*, v. 15, n. 1, p. 100, 2015. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0750-2>
27. MANCUSO, Roberta A. et al. Maternal prenatal anxiety and corticotropin-releasing hormone associated with timing of delivery. *Psychosomatic Medicine*, v. 66, n. 5, p. 762-769, 2004. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000138284.70670.d5>
28. March of Dimes; PMNCH; Save the Children; WHO. Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth, 2012. Disponível em: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/en/index1.html>. Acesso em 14 de maio de 2017.

29. March of Dimes Birth Defects Foundation (MDBDF). March of dimes statbok: statistics for monitoring maternal and infant health, 2003. Disponível em: <<http://www.marchofdimes.com>>. Acesso em 03 de maio de 2018.
30. MARRELLI, T. M. Welcome to home care: the health setting of the future. Handbook of Home Health Orientation, p.05-10, 1997.
31. MOTTA, Maria Eugénia Farias et al. O peso ao nascer influencia o estado nutricional ao final do primeiro ano de vida?. Jornal de Pediatria, v. 81, n. 5, 2005. <https://doi.org/10.1590/S0021-75572005000600007>
32. NOVAES, Hillegonda Maria D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Revista de Saúde Pública, v. 34, p. 547-549, 2000. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000500018>
33. OLIVEIRA, Laura Leismann de et al. Maternal and neonatal factors related to prematurity. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 50, n. 3, p. 382-389, 2016. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000400002>
34. PORTA, Miquel. Dictionary of Epidemiology 6rd Ed. New York: Oxford Univesity Press; 2014.
35. SAIGAL, Saroj; DOYLE, Lex W. An overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood. The Lancet, v. 371, n. 9608, p. 261-269, 2008. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60136-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60136-1)
36. SANTOS, Jaqueline Silva et al. O cuidado da criança e o direito à saúde: perspectivas de mães adolescentes. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 49, n. 5, p. 733-740, 2015.
37. STREULI, Jürg C.; MICHEL, Margot; VAYENA, Effy. Children's rights in pediatrics. European journal of pediatrics, v. 170, n. 1, p. 9-14, 2011 <https://doi.org/10.1007/s00431-010-1205-8>
38. SUMMERFELT, Wm Thomas et al. Scalable hospital at home with virtual physician visits: pilot study. Am J Manag Care, v. 21, n. 10, p. 675-684, 2015.
39. TAVARES, Tatiana Silva; DUARTE, Elysângela Dittz; SENA, Roseni Rosângela de. Social rights of children with chronic conditions: a critical analysis of brazilian public policies. Escola Anna Nery, v. 21, n. 4, 2017. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0382>

40. VOUDRIS, Konstantinos V.; SILVER, Marc A. Home Hospitalization for Acute Decompensated Heart Failure: Opportunities and Strategies for Improved Health Outcomes. Multidisciplinary Digital Publishing Institute, p.31, 2018. <https://doi.org/10.3390/healthcare6020031>

ANEXOS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise da efetividade do serviço de atenção domiciliar.

Pesquisador: VIVIAN MARA GONÇALVES DE OLIVEIRA AZEVEDO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 59099416.4.0000.5152

Instituição Proponente: Faculdade de Educação Física e Fisioterapia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.823.938

Apresentação do Projeto:

Conforme apresenta o protocolo: "a crescente utilização de avaliações de efetividade dos serviços de saúde, vem crescendo no Brasil com o intuito de justificar a criação de novas estratégias e novos programas, como a Atenção Domiciliar, a fim de racionalizar os gastos públicos com a saúde. Frente a esta realidade este trabalho surge com o objetivo de avaliar a efetividade do Serviço de Atenção Domiciliar de Uberlândia. O estudo será de caráter transversal, com análise de prontuários de 01 de janeiro de 2012 a 31 de dezembro de 2016.

O estudo contará com dois grupos pareados formados por pacientes em situações crônicas:

Grupo 1: População domiciliar: Todos os pacientes atendidos pelo SAD do HCU (de 2012 a 2016).

Grupo 2: População hospitalar: Pacientes que permaneceram internados no HCU e que tiveram indicação de atendimento domiciliar, porém, por algum motivo permaneceram no hospital.

Os critérios de exclusão serão pacientes com prontuários ilegíveis e/ou incompletos.

Para análise da efetividade do serviço serão avaliados os indicadores: número de reinternações, taxa de infecções, número de procedimentos realizados e o desfecho como tempo de internação,

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121 - Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

óbito hospitalar ou domiciliar e alta.

O protocolo detalha que dado o tamanho amostral dos indicadores de efetividade não será o mínimo necessário para utilização de testes paramétricos, aplicaremos o teste não paramétrico de Mann-Whitney para comparação dos indicadores de efetividade dos dois locais de atendimento.

Metodologia proposta:

No protocolo consta que será realizado um estudo transversal ou de prevalência pelo fato de todas as medições desse estudo serem feitas em único momento, ou seja, não existindo período de seguimento dos indivíduos, descrevendo características das populações no que diz respeito a determinadas variáveis e associações entre variáveis dos seus padrões de distribuição (ESTRELA, 2005).

Os dados serão coletados por meio de pesquisa de prontuários, direcionado pela tabela de indicadores epidemiológicos e pela ficha de indicadores de efetividade, estruturadas para este estudo. O perfil epidemiológico será analisado por meio de estatística descritiva, através do modelo de Ficha para coleta dos dados, anexado no protocolo.

Critério de Inclusão:

Grupo 1:População domiciliar: Todos os pacientes atendidos pelo SAD do HCU (de 2012 a 2016).Grupo 2: População hospitalar: Pacientes que permaneceram internados no HCU e que tiveram indicação de atendimento domiciliar, porém, por algum motivo permaneceram no hospital.

Serão Excluídos Pacientes que apresentarem dados prontuários ilegíveis e/ou incompletos.

Tamanho da Amostra no Brasil: 300

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a efetividade do Serviço de Atenção Domiciliar do Hospital de Clínicas de Uberlândia.

Objetivo Secundário:

- Conhecer o perfil dos pacientes atendidos pelo Serviço de Atenção Domiciliar.
- Comparar efetividade dos serviços de atenção à saúde, hospitalar e domiciliar.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

Continuação do Parecer: 1.823.938

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

No protocolo consta que os riscos da pesquisa são referentes à identificação dos sujeitos. Isto será minimizado, uma vez que os pesquisadores garantirão o anonimato dos mesmos, bem como dos profissionais de saúde por meio de códigos de identificação dos prontuários.

Benefícios: Espera-se do presente projeto demonstrar que o cuidado domiciliar proposto pelo SAD é tão eficaz quanto o cuidado hospitalar. Desta forma, será possível concluir que a Atenção Domiciliar é uma versátil e poderosa ferramenta para otimizar leitos hospitalares de baixa, média e alta complexidade. Além disso, há mais participação do usuário no processo de tomada de decisão, ampliando a lógica do autocuidado apoiado. Estas avaliações podem servir como importante instrumento nos processos de decisão sobre a incorporação de tecnologias e a alocação de recursos em saúde pelos gestores públicos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A Pesquisa conforme está proposta no protocolo possui relevância científica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos obrigatórios foram apresentados no Protocolo de Pesquisa.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências apontadas no parecer consubstanciado número 1.747.965, de 27 de Setembro de 2016, foram atendidas.

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: Outubro de 2017.

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
UF: MG Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br

Continuação do Parecer: 1.823.938

IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 466/12, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução CNS 466/12, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Orientações ao pesquisador :

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121 - Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

Continuação do Parecer: 1.823.938

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|--|--|------------------------|---|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_711466.pdf | 27/10/2016 16:58:55 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | projetoCEP27_10_2016.pdf | 27/10/2016 12:04:39 | Hyster Martins Ferreira | Aceito |
| Outros | PARECERCONSUBSTANCIADOCEP.pdf | 27/10/2016 11:47:33 | Antônio José Lana de Carvalho | Aceito |
| Outros | curriculo.doc | 24/08/2016 16:40:25 | Antônio José Lana de Carvalho | Aceito |
| Outros | Ficha_coleta_de_dados.docx | 29/06/2016 09:43:40 | Hyster Martins Ferreira | Aceito |
| Folha de Rosto | folha_de_rosto_efetividade.pdf | 14/06/2016 22:07:14 | VIVIAN MARA GONÇALVES DE OLIVEIRA AZEVEDO | Aceito |
| Outros | autorizacao.pdf | 04/06/2016 08:27:40 | Antônio José Lana de Carvalho | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | termodecompromisso.pdf | 04/06/2016 08:22:30 | Antônio José Lana de Carvalho | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | declaracao.pdf | 04/06/2016 08:10:24 | Antônio José Lana de Carvalho | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERLANDIA, 07 de Novembro de 2016

Assinado por:
Sandra Terezinha de Farias Furtado
(Coordenador)

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121 - Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLANDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br