



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Análise clínico-epidemiológica dos pacientes internados em “home care”, em Salvador (Bahia, Brasil)

Nathalie Meira Castro Aguiar

Salvador (Bahia)
Agosto, 2014

UFBA/SIBI/Bibliotheca Gonçalo Moniz: Memória da Saúde Brasileira

A282	Aguiar, Nathalie Meira Castro
	Análise clínico-epidemiológica dos pacientes internados em “home care”, em Salvador (Bahia, Brasil)/ Nathalie Meira Castro Aguiar. (Salvador, Bahia): NMC, Aguiar, 2014
VIII; p.29	
Monografia, como exigência parcial e obrigatória para conclusão do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), da Universidade Federal da Bahia (UFBA)	
Professor orientador: Áurea Angélica Paste	
Palavras chaves: 1. “Home care”. 2. Internação domiciliar. 3. Cuidados multidisciplinares . I. Paste, Áurea Angélica. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia. III. Título.	
CDU: 616-089.98	



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Análise clínico-epidemiológica dos pacientes internados em “home care”, em Salvador (Bahia, Brasil)

Nathalie Meira Castro Aguiar

Professor orientador: **Aurea Angélica Paste**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2014.1, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia)
Agosto, 2014

Monografia: *Análise clínico-epidemiológica dos pacientes internados em “home care”, em Salvador (Bahia, Brasil)*, de **Nathalie Meira Castro Aguiar**.

Professor orientador: **Aurea Angélica Paste**

COMISSÃO REVISORA:

- **Aurea Angélica Paste** (Presidente, Professor orientador), Professora do Departamento de Medicina Interna e Apoio Diagnóstico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Regina Terse Trindade Ramos**, Professora do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Victor Luiz Correia Nunes**, Professor do Departamento de Patologia e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Rayssa Maria de Araújo Carvalho**, Doutoranda do Curso de Doutorado do Programa de Pós graduação em Patologia (PPgPat) da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO: Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no VII Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em ___ de _____ de 2014.

A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo. (Albert Einstein)

Aos Meus Pais, **Maria Lúcia e**
Oswaldo Aguiar

EQUIPE

- Nathalie Meira Castro Aguiar, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. Correio-e: nathaliemeira@gmail.com;
- Aurea A. Paste, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA; e
- Disney Félix Barbosa Matos, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA.

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

- Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)

SOS VIDA

- Empresa de internação domiciliar

FONTES DE FINANCIAMENTO

1. Recursos próprios.

AGRADECIMENTOS

- ◆ À minha professora orientadora, **Aurea Angélica Paste**, pela presença constante e substantivas orientações acadêmicas, pelas horas dedicadas a esta pesquisa e à minha vida profissional de futura médica.
- ◆ Ao meu colega **Disnei Félix Barbosa Matos** por ter trabalhado comigo no levantamento de dados dos prontuários.
- ◆ Ao meu colega **Victor Porto Sales** pelo grande apoio na construção dos gráficos e tabelas deste trabalho.
- ◆ À empresa **SOS VIDA**, por disponibilizar local de trabalho e informações dos pacientes para a realização desta pesquisa.

SUMÁRIO

ÍNDICE DE GRÁFICOS E TABELAS	2
I. RESUMO	3
II. OBJETIVO	4
III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	5
IV. METODOLOGIA	7
IV.1. Desenho do estudo	7
IV.2. População	7
IV.3. Variáveis	7
IV.4. Métodos estatísticos	7
IV.5. Aspectos éticos	7
V. RESULTADOS	8
VI. DISCUSSÃO	15
VII. CONCLUSÕES	20
VIII. SUMMARY	21
IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22
X. ANEXOS	
•ANEXO I: Ficha de coleta de dados	25
•ANEXO II: Ofício (parecer) do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Couto Maia, com aprovação da investigação.	26
•ANEXO IV: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	28

ÍNDICE DE GRÁFICOS E TABELAS

GRÁFICOS

GRÁFICO I. Local de procedência dos pacientes antes de serem internados em home care	10
GRÁFICO II. Localizadas em Salvador de abrangência do home care	11
GRÁFICO III. Distribuição de frequências relativas dos motivos da internação domiciliar	11
GRÁFICO IV. Distribuição de frequências relativas das comorbidades presentes nos pacientes, para homens e mulheres	13
GRÁFICO V. Número de comorbidades presentes nos pacientes	13

TABELAS

TABELA I. Variáveis sociodemográficas dos pacientes atendidos pelo SOS VIDA	8
TABELA II. Variáveis relacionadas ao tipo de assistência, se o internamento foi por liminar judicial, data da internação, se está ou não em cuidados paliativos, assistência complementar e dispositivos em uso	9
TABELA III. Tabela comparativa entre pacientes internados para gerenciamento e para internação domiciliar	12
TABELA IV. Número de diferentes classes de medicamentos que os pacientes faziam uso, distribuído por faixa etária	14

I. RESUMO

ANÁLISE CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DOS PACIENTES INTERNADOS EM “HOME CARE”, EM SALVADOR (BAHIA, BRASIL)

O “home care” é definido como uma grande variedade de serviços relacionados à saúde, os quais são executados no ambiente residencial do paciente. Vários fatores determinaram a busca por alternativas aos cuidados hospitalares, dentre eles está a grande pressão sobre os leitos hospitalares, os quais estão cada vez mais escassos na rede pública, o envelhecimento da população, além do aumento de doenças e do alto custo de manutenção dos pacientes internados em hospitais. O trabalho permitiu conhecer a população internada, as indicações do internamento domiciliar, as principais comorbidades, a abrangência de atuação do “home care”, para que se possa comparar com os dados em outras localidades e fazer com que haja intervenções específicas para melhoria do serviço. É um estudo de corte transversal, feito através do levantamento de prontuário eletrônico dos pacientes internados em uma empresa de “home care”, em Salvador – Ba. Os participantes do estudo foram todos os pacientes internados na data escolhida e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O total de pacientes analisados foi de 179 dos quais 90 (50,3%) são do sexo masculino e 89 (48,7%) do sexo feminino. Dezesesseis (8,9%) pacientes têm menos de 19 anos, dezessete (9,5%) têm entre 20-39 anos, vinte e nove (16,2%) têm entre 40-59 anos, sessenta e oito (38,0%) pacientes têm entre 60-79 anos, e, quarenta e nove (27,4%) pacientes com idade maior que 90 anos. A população ativa no mercado de trabalho é representada por 67 (37,5%) pacientes e em seguida por 57 (31,8%) aposentados. Em relação ao tipo de assistência prestada pelo serviço, 53 (29,6%) pacientes estavam em gerenciamento de cuidados, e 126 (70,4%) em regime de internação domiciliar. As comorbidades neurológicas acometem 123 paciente, sendo 64 homens e 59 mulheres. Em seguida, as doenças endocrinometabólicas estão presentes em 116 pacientes, sendo 52 homens e 64 mulheres. O padrão de atendimento à saúde tem mudado com os anos de acordo com a necessidade da população. Pelos dados obtidos, observa-se que grande parte da população do estudo constitui-se de idosos com doenças crônicas. O serviço de “home care” possibilita a recuperação clínica do paciente em ambiente domiciliar. Saber o perfil clínico e epidemiológico da população se faz necessário para que se desenvolvam técnicas de cuidado que melhor se enquadrem e atendam às necessidades.

Palavras-chave: 1. “Home care”; 2. Internação domiciliar; 3. Cuidados multidisciplinares;

II. OBJETIVO

Analisar a população internada em uma empresa particular que presta serviços domiciliares em Salvador, para conhecer suas características clínicas e epidemiológicas, e discutir a importância desta modalidade de serviço na atualidade.

III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O “home care” é um termo amplo que descreve uma grande variedade de serviços relacionados à saúde, os quais são executados no ambiente residencial do paciente³¹. O termo de origem inglesa significa literalmente “cuidados no lar” (Richard et al, 1998). Esse novo modelo de cuidado surgiu como uma alternativa aos cuidados de internação hospitalar (Falcão, 1999), tendo em vista a mudança no perfil de assistência à saúde, onde os pacientes buscam a redução do tempo de internação hospitalar e a redução do estresse emocional quando estão perto de sua família e em seu ambiente doméstico (Mendes, 2000).

Segundo Husain (1996), o “home care” além de ser um termo genérico que se refere aos serviços de enfermagem e reabilitação em casa, tem também como objetivo impedir que haja inúmeras admissões hospitalares desnecessárias, deixando leitos livres para que pessoas realmente necessitadas possam usufruir dos serviços. Além do que é uma alternativa menor custo.

Vários outros fatores determinaram a busca por alternativas aos cuidados hospitalares, dentre eles está o envelhecimento da população, além do aumento de doenças e do alto custo de manutenção dos pacientes internados em hospitais (Richard, 1998). Falcão (1999) vê o “home care” como uma alternativa importante para o tratamento de pacientes por otimizar a relação do custo-benefício, tanto nacionalmente quanto internacionalmente.

Para Hensher (1996), o objetivo do “home care” não é somente proporcionar serviços que substituam os cuidados hospitalares, mas sim um complemento desses cuidados no ambiente domiciliar. Wilson (1999) afirma que o Home Care é uma alternativa eficaz para o internamento hospitalar, pois mantém a maioria dos pacientes em sua própria casa, sendo mantidos por menos tempo em hospitais.

Dentre outros fatores, para realização de um projeto de “home care”, deve-se levar em consideração as questões habitacionais, sociais e culturais em relação à realidade de cada paciente¹⁹. Portanto, não se pode fazer generalizações que negligenciem a singularidade do “home care” (Munoz-price, 2009). Mendes (2000) corrobora com essa ideia, uma vez que leva em consideração os aspectos referentes às representações sociais do adoecimento e dos lugares de seu enfrentamento.

Segundo a resolução da ANVISA, de 2006, para um paciente ser admitido em um serviço de “home care” é necessário que ele tenha indicação do médico que o acompanhou. Após a indicação, será feito um Plano de Atenção Domiciliar (PAD), a fim de orientar a atuação dos profissionais de saúde envolvidos com o paciente, para que se dê início então aos cuidados necessários. Os pacientes que recebem assistência domiciliar são acompanhados por uma equipe de profissionais da área da saúde, e não somente um cuidador. A diferença é que este último, é uma

pessoa que auxilia o paciente em suas atividades cotidianas, enquanto que a equipe multiprofissional está preparada para prestar diversos serviços no âmbito da saúde, no domicílio do paciente.

Como a população está envelhecendo, tanto no Brasil quanto no mundo, os pacientes mais frequentes em Home Care são aqueles com enfermidades advindas do processo de envelhecimento, como doentes crônicos, portadores de câncer, Alzheimer, pacientes com sequelas de AVC, diabéticos debilitados, com escaras de decúbitos e queimados em recuperação, deixando para os hospitais somente os pacientes de emergência. Além disso, pacientes terminais têm uma forte indicação para o internamento domiciliar (Falcão, 1999).

Segundo a RDC/ANVISA Nº11, de 26 de janeiro de 2006, que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar, este é o termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio. De acordo com esse documento, dois tipos de atenção domiciliar: a assistência domiciliar ou gerenciamento e a internação domiciliar de 6, 12 ou 24 horas. A Assistência Domiciliar é o conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio. A Internação Domiciliar é o conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada.

A maioria dos dados disponíveis sobre o Home Care é internacional, porque há poucos estudos brasileiros nessa área. A importância dessa pesquisa então é que permitirá caracterizar a população internada, conhecer as principais indicações para o serviço de home care, as comorbidades presentes e as complicações provenientes do internamento domiciliar, para que se possa comparar com os dados em outras localidades e fazer com que haja intervenções específicas e efetivas para a melhoria do serviço.

IV. METODOLOGIA

5.1. Desenho do Estudo

Consiste um estudo de corte transversal. Por conveniência, foi selecionada uma empresa particular que presta cuidados domiciliares em Salvador – Ba. Os dados foram coletados seguindo um questionário (Anexo 1), após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por parte dos pacientes ou responsáveis, sendo o anonimato e a confidencialidade assegurados a todos os participantes.

5.2. População

No dia 23 de setembro de 2013 a equipe de tecnologia da informação da empresa de “home care” extraiu um relatório com todos os pacientes internados na atenção domiciliar desta instituição. A população deste estudo foi constituída pelos pacientes que assinaram o TCLE. Os dados foram coletados retrospectivamente a partir dos prontuários eletrônicos.

5.3. Variáveis

Idade (data de nascimento), sexo, estado civil, ocupação, cor da pele, escolaridade, bairro, instituição de procedência, data de internação em home care, motivo de internação, comorbidades associadas, medicações em uso, uso de dispositivos invasivos, necessidade de assistência por outros profissionais.

5.4. Métodos estatísticos

As informações coletadas dos prontuários foram arquivadas em um banco de dados utilizando o programa “Excel 7.0 for Windows”. No mesmo programa, foram feitas as análises descritivas de frequência de eventos.

5.5. Aspectos éticos

O projeto foi submetido à Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Couto Maia (HCM), parecer nº 351.874. Todas as etapas deste estudo seguiram as normas de boas práticas em estudos clínicos envolvendo seres humanos, de acordo com a resolução 466/12 do conselho de Ética de Saúde.

V. RESULTADOS

O total de prontuários analisados foi de 179, que corresponde ao número de pessoas internadas na empresa SOS VIDA no dia 23 de setembro de 2013. Os dados foram coletados retrospectivamente dessa data. Do número total, 90 (50,3%) são do sexo masculino e 89 (48,7%) do sexo feminino. A média de idade dos pacientes foi de 62,6 anos. Ao se estratificar os grupos por faixa etária, a maioria se encontra entre 60 e 79 anos (69, 38,0%). Quanto ao estado civil dos pacientes, 74 (41,34%) são casados e apenas três pacientes (1,7%) não apresentavam essa informação. Em relação à cor da pele registrada em prontuário, 64 (35,75%) estavam identificados como sendo da cor branca. No que diz respeito à escolaridade, a maioria tem o segundo grau completo, com o total de 56 (31,3%) pacientes. A população ativa no mercado de trabalho é representada por 67 (37,5%) pacientes e em seguida por 57 (31,8%) aposentados, sendo as principais profissões: professor, funcionário público e comerciante. Outros achados quanto ao gênero, idade, estado civil, raça, escolaridade e ocupação estão na Tabela 1.

Tabela 1. Variáveis sociodemográficas dos pacientes atendidos pelo SOS VIDA.

			Masculino		Feminino	
	N	%	(n)	%	(n)	%
Pacientes	179	100	90	50,3	89	48,7
Faixa etária (anos)						
0 - 19	16	8,9	10	5,6	6	3,3
20 - 39	17	9,5	12	6,7	5	2,8
40 - 59	29	16,2	18	10,1	11	6,1
60 - 79	68	38,0	34	19,0	34	19,0
≥ 80	49	27,4	16	8,9	33	18,5
Estado Civil						
Solteiro	53	29,6	26	14,5	27	15,1
Casado	74	41,3	53	29,6	21	11,7
Separado/Divorciado	11	6,2	5	2,8	6	3,4
Viúvo	38	21,2	4	2,2	34	19,0
Sem informação	3	1,7	2	1,1	1	0,6
Cor da pele						
Branco	64	35,7	31	17,3	33	18,4
Negro	14	7,8	7	3,9	7	3,9
Pardo	53	29,6	29	16,2	24	13,4
Amarelo	1	0,6	1	0,6	0	0,0
Sem informação	47	26,3	22	12,3	25	14,0

[Continua]

Tabela 1. Continuação.

Escolaridade						
Primeiro grau incompleto	23	12,8	12	6,7	11	6,1
Primeiro grau completo	16	8,9	6	3,4	10	5,6
Segundo grau incompleto	1	0,6	1	0,6	0	0,0
Segundo grau completo	56	31,3	25	14,0	31	17,3
Superior incompleto	8	4,5	6	3,4	2	1,1
Superior completo	20	11,2	12	6,7	8	4,5
Sem informação/NA*	55	30,7	28	15,6	27	15,1
Ocupação						
Aposentados	57	31,8	31	17,3	26	14,5
Do lar	17	9,5	0	0,0	17	9,5
Ativos no mercado	67	37,5	38	21,2	29	16,2
Estudantes	11	6,1	7	3,9	4	2,2
NA*	27	15,1	14	7,8	13	7,3

NA* = Não se aplica: as informações não constavam no prontuário ou menores de idade.

Deste número total, o tipo de assistência prestada pelo serviço foi 53 (29,6%) pacientes em gerenciamento de cuidados (assistência domiciliar), e 126 (70,4%) em regime de internação domiciliar (ID). Setenta e cinco (41,9%) pacientes estavam internados por força de uma liminar contra os planos de saúde para se manter sob a assistência do “home care”. Em relação à data de internação em home care, 92 (51,4%) pacientes estão internados desde o ano de 2013 e 13 (7,3%) pacientes estão internados desde antes do ano de 2008. Oito (4,5%) pacientes estavam em regime de cuidados paliativos. Quanto à assistência multiprofissional, 146 (81,6%) pacientes realizavam fisioterapia. É importante ressaltar que alguns pacientes realizam mais de um serviço da assistência complementar. O mesmo é lembrado para os dispositivos em uso, sendo 94 (52,5%) pacientes com gastrostomia, enquanto que 48 (26,8%) não fazem uso de nenhum dispositivo. Mais informações na Tabela 2.

Tabela 2. Variáveis relacionadas ao tipo de assistência, se o internamento foi por liminar judicial, data da internação, se está ou não em cuidados paliativos, assistência complementar e dispositivos em uso.

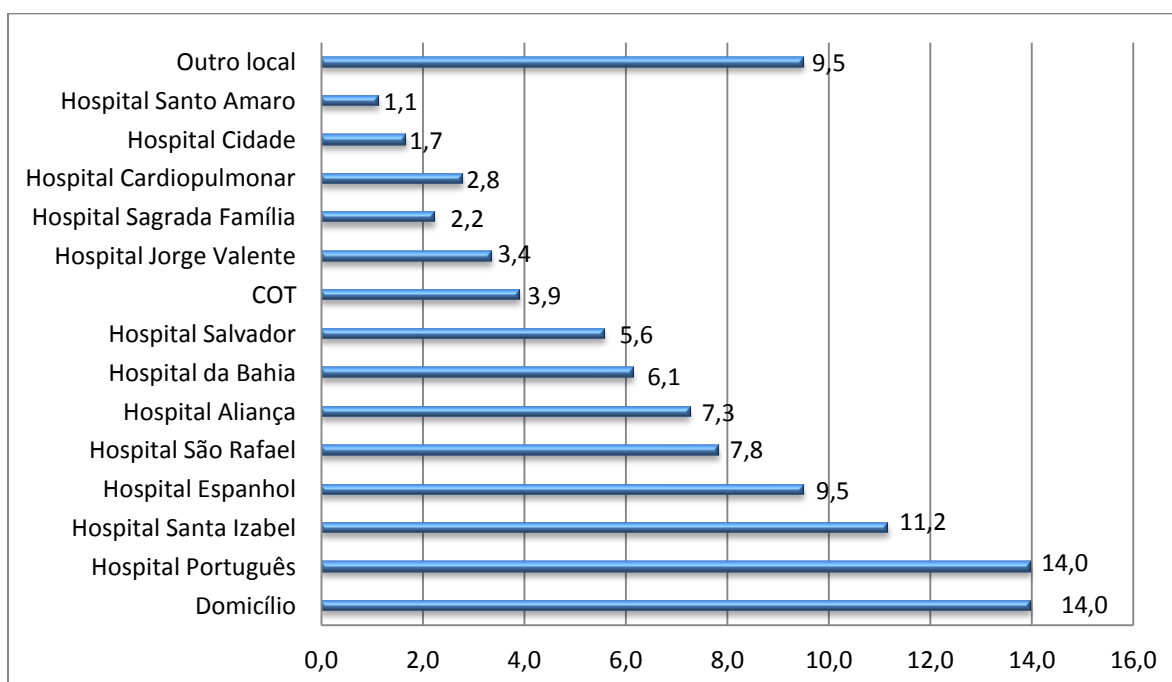
	Variáveis	n	%
Tipo de assistência	Gerenciamento	53	29,6
	ID 6 horas	3	1,7
	ID 12 horas	9	5,0
	ID 24 horas	114	63,7
Liminar judicial	Sim	75	41,9
	Não	104	58,1

[Continua]

Tabela 2. Continuação.

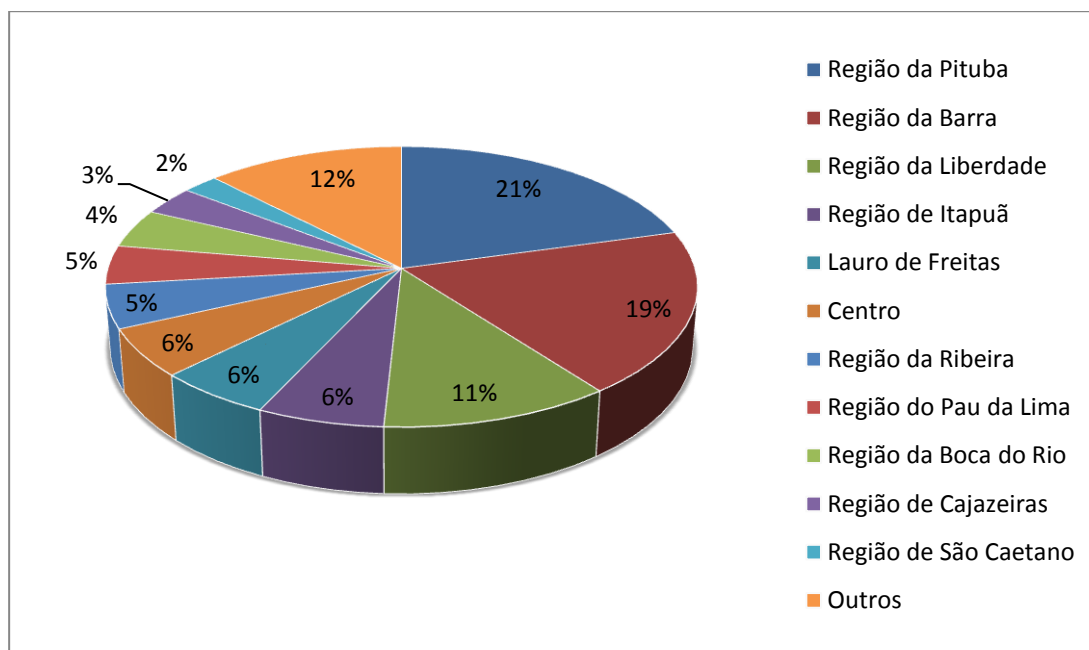
Data de internação domiciliar	Antes de 2008	13	7,3
	Desde 2009	9	5,0
	Desde 2010	16	8,9
	Desde 2011	15	8,4
	Desde 2012	34	19,0
	Desde 2013	92	51,4
Em cuidados paliativos	Sim	8	4,5
	Não	171	95,5
Assistência multiprofissional	Nutrição	92	51,4
	Fisioterapia	146	81,6
	Fonoterapia	31	17,3
	Enfermagem	179	100
Dispositivos em uso	Gastrostomia	94	52,5
	Traqueostomia com VM	29	16,2
	Traqueostomia sem VM	39	21,8
	Acesso periférico	14	7,8
	Sonda nasoenteral	9	5,0
	Cateter venoso central	4	2,2
	Nenhum	48	26,8

O local de procedência dos pacientes antes de serem internados em home care estão distribuídos no Gráfico 1.

Gráfico 1. Local de procedência dos pacientes antes de serem internados em home care.

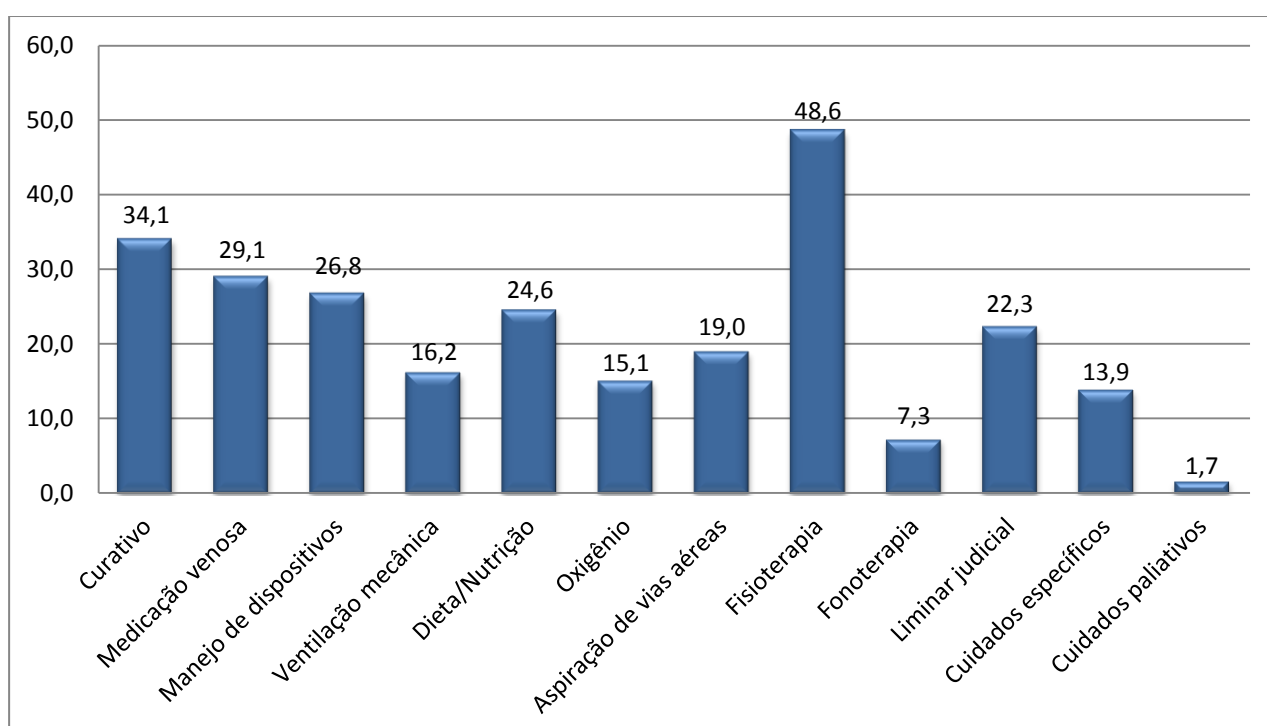
Os bairros onde os pacientes residem foram agrupados em regiões. A abrangência do home care pode ser vista no Gráfico 2.

Gráfico 2. Localidades em Salvador de abrangência do home care.



Os motivos para a internação foram divididas em onze causas. A maioria dos pacientes necessitavam de fisioterapia (87, 48,6%), curativos (61, 34,1%) e administração de medicação venosa (52, 29,1%). O Gráfico 3 mostra as outras causas.

Gráfico 3. Distribuição de frequências relativas dos motivos de internação domiciliar.



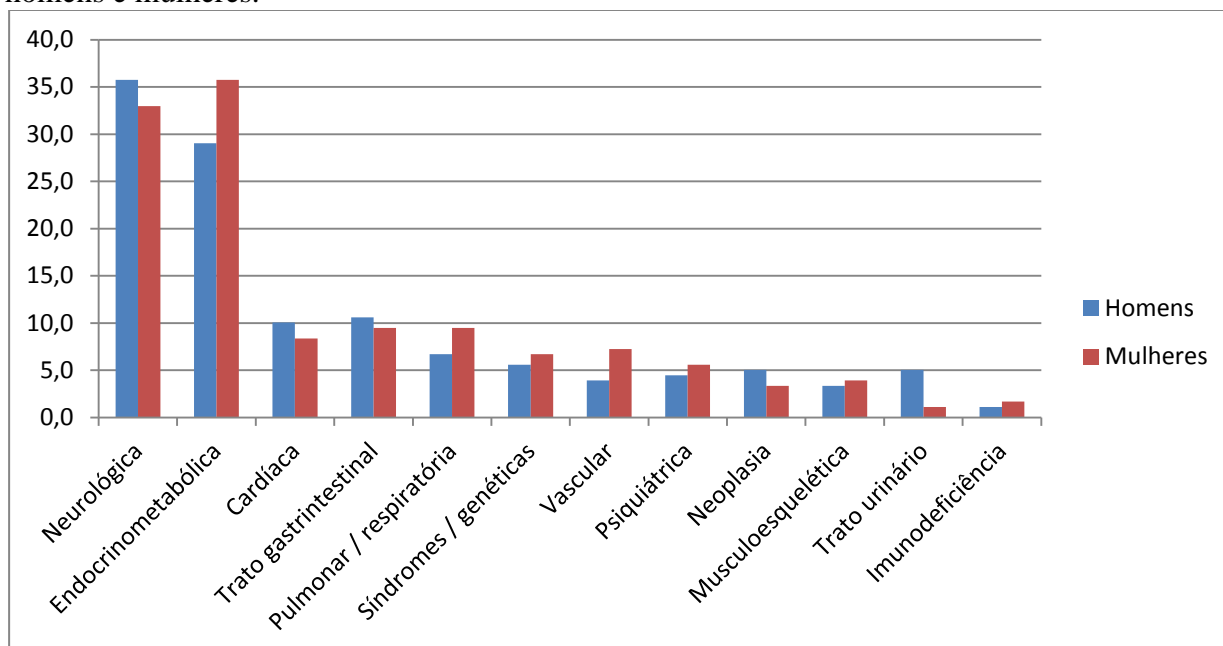
Na tabela 3 apresenta-se a comparação entre os pacientes internados para assistência domiciliar (gerenciamento) e internação domiciliar, em relação ao motivo de internação e dispositivos em uso.

Tabela 3. Comparação entre os pacientes em gerenciamento e em regime de internação domiciliar.

	Assistência domiciliar		Internação domiciliar (ID)	
Pacientes	53		126	
Motivo de internação		%/53		%/126
Curativo	36	67,9	25	19,8
Medicação venosa	22	41,5	30	23,8
Manejo de dispositivos	1	1,9	48	38,1
Ventilação mecânica	0	0	27	21,4
Dieta/Nutrição	8	15,1	36	28,6
Oxigênio	4	7,5	23	18,3
Aspiração de vias aéreas	0	0,0	34	27,0
Fisioterapia	29	54,7	58	46,0
Fonoterapia	3	5,7	10	7,9
Liminar judicial	2	3,8	38	30,2
Cuidados específicos	8	15,1	17	13,5
Cuidados paliativos	0	0,0	3	2,4
Dispositivos em uso				
Gastrostomia	6	11,3	88	69,8
Traqueostomia com VM	1	1,9	28	22,2
Traqueostomia sem VM	0	0,0	39	31,0
Acesso periférico	6	11,3	8	6,3
Sonda nasointestinal	3	5,7	6	4,8
Cateter venoso central	1	1,9	3	2,4
Nenhum	35	66,0	13	10,3

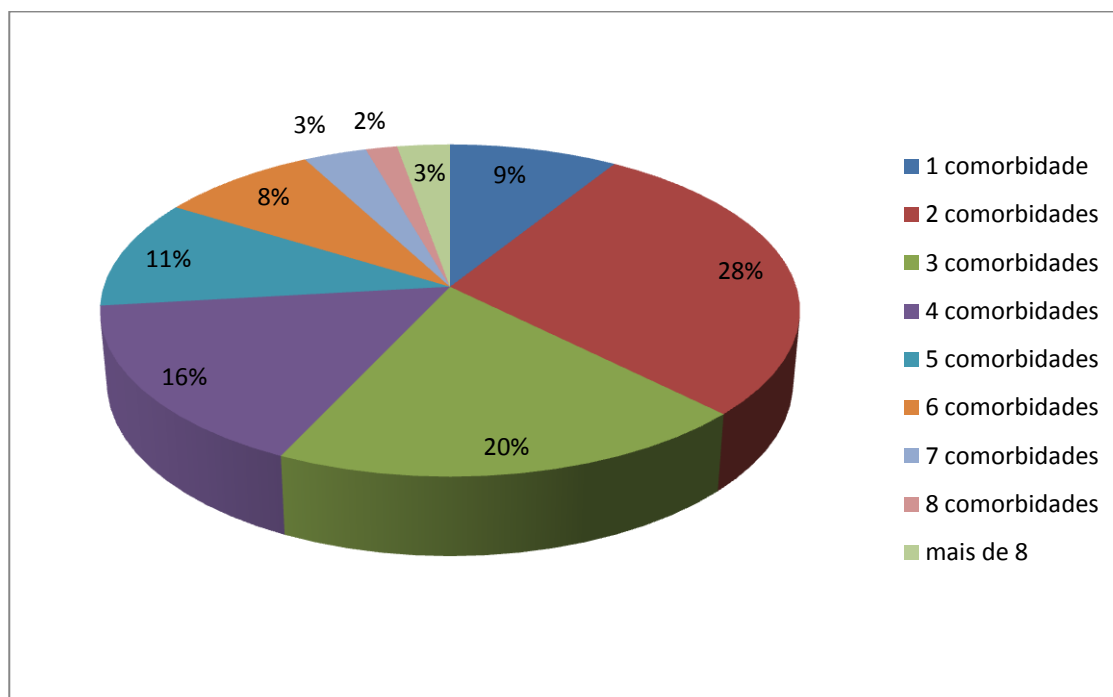
As frequências relativas das comorbidades que acometem os pacientes foram identificadas para homens e mulheres. As comorbidades neurológicas acometem 123 pacientes (68,7%), sendo 64 (35,8%) homens e 59 (33%) mulheres. Em seguida, as doenças endocrinometabólicas estão presentes em 116 (64,8%) pacientes, sendo 52 (29,1%) homens e 64 (35,8%) mulheres. As outras doenças possuem menor frequência de acometimento na população em estudo (Gráfico 4).

Gráfico 4. Distribuição de frequências relativas das comorbidades presentes nos pacientes, para homens e mulheres.



Os pacientes que possuíam pelo menos duas comorbidades representaram 28% do total, seguido de 20% com pelo menos três comorbidades (Gráfico 5).

Gráfico 5. Número de comorbidades presentes nos pacientes.



Os dados quanto aos medicamentos que os pacientes utilizavam foram coletados da prescrição do dia 23/09/2013. Os medicamentos foram separados de acordo com a classe terapêutica e distribuídos na Tabela 4 por faixa etária de jovem (0-19 anos), adulto (20-59 anos) e idoso (> 60 anos).

Tabela 4. Número de diferentes classes de medicamentos que os pacientes faziam uso, distribuído por faixa etária.

	0-19 anos	%	20-59 anos	%	>60 anos	%	Total	%
Nenhum ou apenas 1	2	1,1	4	2,2	10	5,6	16	8,9
Dois ou três	2	1,1	7	3,9	9	5,0	18	10,1
Quatro ou cinco	4	2,2	8	4,5	13	7,3	25	14,0
Seis ou sete	3	1,7	8	4,5	27	15,1	38	21,2
Oito ou nove	3	1,7	5	2,8	10	5,6	18	10,1
Dez ou mais	2	1,1	14	7,8	48	26,8	64	35,8

VI. DISCUSSÃO

A internação domiciliar adquire cada vez mais importância como uma modalidade de assistência à saúde segura e eficaz, aumentando os serviços de atendimento em diversos países (Lacerda et al. 2006). Através do Programa de Saúde da Família (PSF), incentivado pelo Ministério da Saúde, o home care tem se estabelecido no Brasil desde 1993 em diversos tipos de serviços (Monetta, 2000). É importante destacar o papel da família e as especificidades de cada domicílio, que requerem cautela ao receber orientações e cuidados sobre diversas ações que necessitem de acompanhamento profissional (Brasil, 2004).

O home care surgiu como uma atividade integral e continuada da atenção domiciliar à saúde. Para a sua efetividade é necessária a presença de uma equipe de saúde específica no domicílio do paciente, com oferta de tecnologias, medicamentos e materiais para a realização dos cuidados de acordo com a demanda (Lacerda, 2006). Isso pode ser comprovado em nosso estudo, no qual se constatou que todos os pacientes tinham assistência de enfermagem. Além disso, 51,5% necessitavam de acompanhamento nutricional, 81,6% de fisioterapia e 17,3% de fonoterapia, e esses dados variam com a necessidade de cada paciente.

Os recursos tecnológicos e os materiais podem ou não fazer parte do programa, pois os mesmos são solicitados a depender da necessidade do paciente, quando requerem assistência semelhante à do hospital (Tavolari et al.2000). Um recurso tecnológico muito importante que os pacientes necessitam e podem ter acesso sem estarem internados em hospitais é a ventilação mecânica em pacientes com dificuldade respiratória. Em nosso estudo, 16,2% dos pacientes necessitavam de ventilação mecânica. Se este recurso não pudesse ser utilizado em domicílio com a multiassistência do home care, estes pacientes estariam ocupando um leito de UTI desnecessariamente. O que confirma a importância da internação domiciliar e sua contribuição para a melhoria da saúde pública.

O home care pode ser visto como uma abordagem extensa ao indivíduo, desde as atividades de cuidado que abrangem a prevenção primária até os cuidados recebidos ao final da vida (Lacerda et al. 2006). Apesar de não representar a maioria do motivo de internamento (apenas 1,7% dos pacientes internaram para receber cuidados paliativos, e 4,5% estavam recebendo cuidados paliativos no dia estabelecido para a coleta de dados), os cuidados paliativos entram como um recurso importante do home care. Pacientes terminais necessitam de melhor qualidade de vida e um suporte tecnológico avançado, sem precisarem ficar internados em hospitais e nem desassistidos em sua residência.

Quanto ao perfil sociodemográfico dos pacientes analisados neste estudo, indivíduos idosos do gênero masculino compõem uma ligeira maioria, com 50,3% do total. Porém, a população

feminina, apesar de ser representada por 48,7% do total de pacientes, a faixa etária de idosos para este gênero recebeu destaque com 37,5%, enquanto que os idosos do gênero masculino foram representados por 27,9%. Estes dados estão de acordo com os estudos prévios presentes na literatura. O trabalho descritivo e retrospectivo de Martelli et al. (2001), realizado em Montes Claros (MG), com pacientes assistidos por um Programa de Internação Domiciliar (PID) do Hospital Universitário de Clemente de Faria, evidenciou a prestação de serviços, em sua maioria, à população feminina (54,7%), com idade predominante entre 61 – 80 anos (37,2%).

Outro estudo publicado, realizado no serviço de assistência domiciliar do Hospital São Francisco (HSF), em Ribeirão Preto (SP), revelou que a população atendida, em grande parte, é constituída de mulheres (58%) e pessoas com idade superior a 60 anos (70%)⁷. Já no estudo feito no Hospital Público de Santa Maria (RS), tinham idade maior que 60 anos, porém a diferença entre os gêneros não teve significância estatística (Gargano et al. 2004).

O aumento de pessoas com idade superior a 60 anos de idade é uma das principais características da população mundial do século atual (Fernandes, 2005). Para os idosos, a assistência domiciliar tem crescido em relação aos outros tipos de assistência à saúde, representando 72% dos beneficiários (Haput, 1999; Bruce, 2002). O aumento da necessidade de cuidados domiciliares nessa faixa etária está associada a uma transição epidemiológica, na qual as doenças crônico-degenerativas estão mais incidentes nesta população (Daly, 2004). Isso faz com que os idosos necessitem de mais cuidados em seus lares, principalmente pela dificuldade de locomoção que muitos apresentam (Fabrício et al. 2004).

Ainda em relação ao perfil sociodemográfico da população, a maioria era casada (41,3%, n=74). Dados aproximados foram encontrados nos estudos de Brondani et al. (2013) e de Martelli et al. (2011), nos quais a população casada foi representada por 38,6% e 35%, respectivamente. Quando a escolaridade, 31,3% (n=56) tinham o segundo grau completo, apesar de 30,7% (n=55) não terem informação quanto a escolaridade ou no prontuário estava representado como “não se aplica”. Tal termo foi utilizado para pacientes muito jovens ou aqueles que apresentam doenças degenerativas ou incapacitantes desde o início da vida e que não tiveram oportunidade de frequentarem uma instituição de ensino. Os dados pesquisados em outros estudos não são concordantes, pois a maioria da população encontrada foi considerada de baixa escolaridade pelos seus autores (Brondani et al. 2013).

Neste estudo foi feito também um levantamento das localidades de origem dos pacientes, ou seja, de quais instituições eles foram encaminhados. Pode-se observar no Gráfico 1 (em resultados) que apenas 14,0% são internados sem o encaminhamento de outra instituição de saúde, sendo o restante encaminhados dos hospitais de diversos locais da cidade de Salvador – Bahia. Já em relação à abrangência do home care é bem ampla dentro da cidade, podendo até mesmo prestar os cuidados

em cidades próximas, como é o caso de Lauro de Freitas (BA) (6%). Isso reflete que pacientes residentes em qualquer bairro, independente de suas características socioculturais, podem ter acesso ao serviço, apesar de 40% serem da Pituba e da Barra.

A tabela comparativa entre pacientes em regime de gerenciamento e pacientes em internação domiciliar foi feita no intuito de mostrar a diferença da demanda dessas duas modalidades. Enquanto os pacientes em gerenciamento procuram o serviço de “home care”, principalmente para realização de curativos (67,9%) e administração de medicamentos venosos (41,5%), os pacientes em internação domiciliar necessitam muito mais do serviço para o manejo de dispositivos (38,1%) e em busca dos demais cuidados. Isso reflete que a internação domiciliar é um serviço mais completo e que necessita de mais recursos tecnológicos e humanos, para uma assistência multidisciplinar quando comparada com a assistência domiciliar.

As comorbidades que os pacientes apresentavam foram agrupadas em sistemas fisiológicos afetados. Com relação aos diagnósticos presentes nos pacientes do estudo, a maioria dos pacientes apresenta doenças neurológicas (68,7%) e doenças endocrinometabólicas (64,8%). É importante observar que esse quesito foi de resposta múltipla, ou seja, os pacientes poderiam possuir mais de uma doença a ser tratada.

Os agravos mais comuns dos usuários do PID em Montes Claros, foram a pneumonia (16,1%) e diabetes melito (6,6%) (Martelli et al. 2011). No estudo de Gargano et al. (2004), os principais agravos foram doenças respiratórias (35,5%) e complicações de neoplasias (12%). O estudo de Fabrício et al. (2004), se aproxima do resultado deste estudo, pois o diagnóstico mais prevalente foi o de doença neurológica (27%), seguida de neoplasia (17%).

No estudo de Brondani et al. (2013), realizado em pacientes dependentes de tecnologias, atendidos no serviço de internação domiciliar, no Rio Grande do Sul, os diagnósticos prevalentes foram o Acidente Vascular Encefálico (AVE) (26,3%) e as neoplasias (18%). Os resultados do trabalho diferem de alguns estudos da literatura, pois as condições encontradas podem estar relacionadas à epidemiologia específica de cada lugar, as quais revelam os principais agravos que acometem a população (Martelli et al. 2011). Podem estar relacionadas também ao tipo de seguro pagador da assistência, SUS ou seguro de saúde privado.

Dados da Organização Mundial da Saúde revelam que as doenças crônicas representarão, até 2020, um percentual de 60% em relação a outras doenças, sendo as causas principais de internações hospitalares. Os problemas neurológicos, muitos por serem de caráter crônico-degenerativo, debilitam o paciente, o que requer muita ajuda devido à evolução da doença. A prevalência elevada dessas doenças pode estar relacionada ao fato de a maioria dos pacientes serem idosos, coincidindo também com a alta prevalência de doenças crônico-degenerativas nessa faixa etária (Varela et al 2011). O home care, como uma forma de organização da atenção domiciliar, se constitui em um

importante serviço de saúde para a prestação de cuidados, visto que a atual demanda por serviços de atenção à saúde está relacionada ao aumento da incidência de doenças crônicas e suas complicações (Brasil, 2012).

Importante destacar a diferença entre os motivos de internação e as comorbidades presentes nos pacientes. As comorbidades que o paciente apresenta requerem uma série de cuidados específicos. Muitos pacientes necessitam do serviço de home care para a melhoria de sua qualidade de vida, necessitando de alguns cuidados multiprofissionais. Em nosso estudo, os motivos de internação domiciliar foram de resposta múltipla, a maioria dos pacientes internados necessitavam de fisioterapia, seja ela motora ou respiratória. Sendo assim, tanto os pacientes com alguma doença neurológica, quanto os que apresentam outro tipo de comorbidade, internaram-se em domicílio por necessitarem de múltiplos serviços.

Observa-se nesse estudo que 7,3% dos pacientes internados antes do ano de 2008 ainda estão no serviço, e que 5% estão desde o ano de 2009. Existe um paciente internado desde o ano de 2000, e dois desde 2004. Isso mostra que estes pacientes necessitam receber os cuidados em seu lar, sem que precisem de uma assistência especializada em hospitais. Devido à característica das comorbidades que os pacientes apresentam, eles não podem ter os seus cuidados negligenciados.

No estudo de Brondani et al (2013) o tempo médio de permanência dos pacientes do serviço foi de 49,05 dias. No estudo feito no PID em Montes Claros, Minas Gerais, 87,6% dos pacientes permaneceram internados por um período de 16 a 30 dias. Apesar de não ter sido feito uma média do tempo de internamento dos pacientes, visto que os pacientes analisados ainda estavam internados no serviço, pode-se observar que o tempo de permanência verificado neste estudo foi mais prolongado em relação aos outros trabalhos.

Essa inferência pôde ser feita pela observação da existência de pacientes que necessitam de cuidados há mais de cinco anos. Isso pode ser justificado pelas características clínicas da população, a qual apresenta 2 (28%) a 3 (20%) comorbidades, o que necessita de maior tempo internados em casa para receber os cuidados adequados. Novamente, podem estar relacionadas também ao tipo de seguro pagador da assistência, SUS ou seguro de saúde privado, já que a assistência domiciliar do SUS visa o atendimento de pacientes com necessidades mais pontuais de assistência. Dados publicados pelo Ministério da Saúde demonstraram que em uma pesquisa realizada em 2008 no Brasil, 25,4% da população afirmou ter duas ou mais doenças, o que apresenta semelhança com o número de comorbidades dos pacientes encontrados (Brasil 2011).

Outro fator que pode-se explicar esse tempo prolongado de internamento no home care, pelos dados que 41,9% da população estudada está internada por força de uma liminar judicial sobre os planos de saúde, e 22,3%, tem a liminar judicial como motivo do internamento. Muitos destes pacientes ainda tem a necessidade de continuarem recebendo os cuidados domiciliares, devido ao

caráter crônico e degenerativo da maioria das doenças, e brigam com seus planos para se manterem internados. Talvez por uma insegurança dos familiares e/ou cuidadores em dar seguimento aos cuidados dos pacientes, terminada a fase mais aguda de cada problema, a qual necessitava de uma ajuda especializada.

Com relação aos dispositivos em uso pelos pacientes, foi observado que 52,5% estavam em uso de gastrostomia como via de medicamentos e/ou de alimentação suplementar ou exclusiva, e 38,0% dos pacientes faziam uso de traqueostomia. No estudo de Brondani et al (2013), os dispositivos mais utilizados foram sondas para alimentação 73,7%, que incluíam sonda nasoenteral e gastrostomia, e 24,6% faziam uso de traqueostomia. No estudo de Gavazza et al. (2008) sobre atendimento domiciliar realizado com crianças e adolescentes, foi observado que 41,6% necessitava de dispositivos relacionados à deficiências do sistema respiratório (traqueostomia e oxigenoterapia). Em um trabalho de revisão feito com idosos no Estados Unidos, 75% da população necessitou de nutrição enteral, confirmando a necessidade da utilização de dispositivos para auxiliar na alimentação (Silver, 2002).

Quanto às classes de medicamentos utilizadas pelos pacientes, pode-se observar que quanto maior a idade, maior é o uso de medicação. De acordo com os nossos resultados, foi crescente a porcentagem do uso de dez ou mais classes de medicamentos para a idade. Dos pacientes jovens, 1,1% faziam uso de dez ou mais classes de medicamentos diferentes, os adultos 7,8% e os idosos 26,8%.

A partir dos 60 anos, ocorre o aumento da incidência de alguns distúrbios, levando o idoso a apresentar múltiplos sintomas e doenças, o que aumenta a necessidade de recursos de saúde, destacando-se entre eles o uso de medicamentos (Blanski, 2005; Carvalho, 2007). Devido à presença de doenças crônicas em idosos, há a necessidade de tratamento farmacológico e uso regular de medicamentos, facilitando assim a polifarmácia (Gomes, 2008), um dos principais problemas da terapia medicamentosa no idoso (Carvalho, 2007). O uso desnecessário de pelo menos um tipo de medicamento ou o uso de dois ou mais medicamentos está relacionado ao risco de interações medicamentosas ou reações adversas, podendo causar erros de medicação e aumentar a morbimortalidade (Secoli, 2010).

VII. CONCLUSÕES

1. Foi observada predominância de pacientes idosos, brancos, casados, com segundo grau escolar completo, ativos no mercado de trabalho, com doenças neurológicas, provenientes de hospitais, residentes na região da Pituba, necessitando de serviços relacionados a fisioterapia;
2. Grande parte dos pacientes necessitam de dispositivos que devem se manipulados por profissionais de saúde. Então se estes pacientes não estivessem no “home care”, estariam ocupando um leito hospitalar;
3. No estudo, observou-se que 4,5% dos pacientes estão em cuidados paliativos, mostrando que o “home care” além tratamento e cura, proporciona um fim de vida assistido no seu ambiente doméstico, havendo assim uma tentativa de reintegrar o paciente à sua vida normal para um melhor enfrentamento da sua doença e também da morte.
4. Aproximadamente metade dos pacientes assistidos pelo “home care” estão sob liminar judicial contra seu plano de saúde.
5. Novos trabalhos podem ser feitos nesta área a fim de conhecer o perfil clínico e epidemiológico de outras regiões para comparar se as necessidades dos pacientes são semelhantes, na tentativa de gerar melhorias a essa abordagem de cuidado.

VIII. SUMMARY

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF "HOME CARE" HOSPITALIZED PATIENTS IN SALVADOR (BAHIA, BRAZIL)

"Home care" is defined as a wide variety of health-related services, given at a patient's home. Many factors determine the search for alternatives to hospital care. Amongst them are the big pressure on hospital spots, which are each time more scarce in public health, the process of aging of the population, besides the bigger number of diseases and the high cost of maintenance of inpatient care. This paper allowed us to get to know the outpatient population, the indications for outpatient hospitalization, the main comorbidities, the scope of operation of "home care", so that these data could be compared with others from other places and make specific interventions in order to make it a better service. This was a cross section study, analyzing the electronic records of home care patients in Salvador, Bahia. The participants of the study were all hospitalized in the given date. The total of hospitalized patients was 179, out of which 90 (50.3%) were males and 89 (48.7%) were females. 16 (8.9%) were younger than 19 years old, 17 (9.5%) were 20-39 years old, 29 (16.2%) were 40-59 years old, 68 (38.0%) were 60-79 years old and 49 (27.4%) were 90 years or older. The currently working population were 67 (37.5%), whilst 57 (31.8%) were retired. As for the kind of assistance given, 53 (29.6%) patients were in care management and 126 (70.4%) were in actual home care. The neurological comorbidities affected 123 patients, out of which 64 were males and 59 were females. In second place, were endocrinologic diseases, present in 116 patients, 52 males and 64 females. The standards for health care have changes through the years according to the population's needs. From the gathered data, we observed that most of the population consisted in elderlies with chronic diseases. The "home care" assistance allows the clinical recovery of the patient in its own house's setting. Knowing the clinical and epidemiological features of this population is necessary, so that better care techniques can be developed.

Keywords: 1. Home care; 2. Domiciliar hospitalization; 3. Multidisciplinary care.

IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Blanski CRK, Lenardt MH. A compreensão da terapêutica medicamentosa pelo idoso. Revista Gaúcha de Enfermagem 2005 Agosto; 26 (2): 180-8.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para a atenção domiciliar no sistema único de saúde. Diário Oficial da União 2004.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar. Diário Oficial da União 30 Janeiro 2006.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Diário Oficial da União 2011.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar. Caderno de atenção domiciliar. Diário Oficial da União 2012. (v. 1).
6. Brondani CM, Ramos LH, Beuter M, Lampert MA, Seiffert MA, Bruinsma JL. Caracterização de pacientes dependentes de tecnologias de um serviço de internação domiciliar. Revista de Enfermagem UFSM 2013; 3 (esp): 689-99.
7. Bruce ML, McAvay GJ, Raue PJ, Brown EL, Meyers BS, Keohane DJ, et al. Major Depression in Elderly Home Health Care Patients. The American Journal of Psychiatry 2002 August; 159: 1367-74.
8. Carvalho MFC. A polifarmácia em idosos no município de São Paulo – Estudo SABE – saúde, bem-estar e envelhecimento. São Paulo. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] – Universidade de São Paulo; 2007.
9. Daly M P. Promoção da saúde e prevenção de doença. In: Adelman AM, Daly MP. Geriatria: 20 problemas mais comuns. Rio de Janeiro: Revinter; 2004: 37-46.

10. Fabrício SCC, Wehbe G, Nassur FB, Andrade JI. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2004 Setembro; 12 (5): 721-6.
11. Falcão HA. Home Care - uma alternativa ao atendimento da saúde. *Revista Virtual de Medicina* 1999 Julho; 2 (7).
12. Fernandes MGM, Fragoso KM. Atendimento domiciliário ao idoso na atenção primária à saúde. *Revista de Atenção Primária a Saúde* 2005 Julho; 8 (2): 173-180.
13. Gargano F, Silveira AES, Nesi A, Bülow AR, Rocha DS, Oliveira DM, et al. Internação domiciliar: uma experiência no sul do Brasil. *Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul* 2004 Abril; 48 (2): 90-94.
14. Gavazza CZ, Fonseca VM, Silva KS, Cunha SR. Utilização de serviços de reabilitação pelas crianças e adolescentes dependentes de tecnologia de um hospital materno-infantil no Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2008 Maio; 24 (5):1103-11.
15. Gomes HO, Caldas CP. Uso inapropriado de medicamentos pelo idoso: polifarmácia e seus efeitos. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto* 2008 Janeiro; 7: 88-99.
16. Haupt BJ, Jones A. The National Home and Hospice Care Survey: 1996 summary. *Vital Health Statistics* 1999; 13: 1-238.
17. Hensher M, Fulop N, Hood S, Ujah S. Does hospital-at-home make economic sense? Early discharge versus standard care for orthopaedic patients. *Journal of the Royal Society of Medicine* 1996 October; 89: 548-551.
18. Husain O. Hospital-at-home cost under attack. *Hospital Doctor* 1996 February; 1: 6.
19. Lacerda MR, Giacomozzi CM, Oliniski SR, Truppel TC. Atenção à saúde do domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saúde e Sociedade* 2006 Maio; 15 (2): 88-95.

20. Martelli DRB, Silva MS, Carneiro JA, Bonan PRF, Rodrigues LHC, Martelli-Júnior H. Internação domiciliar: o perfil dos pacientes assistidos pelo Programa HU em Casa. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 2011; 21 (1): 147-57.
21. Mendes JR. Assistência Domiciliar: Uma modalidade de assistência para o Brasil. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] – Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2000.
22. Monetta LA. Especialidade no atendimento domiciliário. São Paulo: Atheneu; 2000.
23. Munoz –Price LS. Long-Term Acute Care Hospitals. *Clinical Infectious Diseases* 2009 August; 49 (3): 438-443.
24. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília (DF): Organização Mundial da Saúde; 2003.
25. Richards SH, Coast J, Gunnell DJ, Peters TJ, Pounsford J, Darlow MA. Randomised controlled trial comparing effectiveness and acceptability of an early discharge, hospital at home with acute hospital care. *British Medical Journal* 1998 June; 316: 1796.
26. Secoli SR. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2010 Janeiro; 63 (1): 136-140.
27. Silver HJ, Wellman NS. Family caregiver training is needed to improve outcomes for older adults using home care technologies. *Journal of the American Dietetic Association* 2002; 102 (6): 831-61.
28. Strausbaugh LJ, Sukumar SR, Joseph CL. Infectious Disease Outbreaks in Nursing Homes: An Unappreciated Hazard for Frail Elderly Persons. *Clinical Infectious Disease* 2003 April; 36 (7): 870-6.
29. Tavolari CEL; Fernandes F; Medina P. O desenvolvimento do ‘Home Health Care’ no Brasil. *Revista de Administração em Saúde, São Paulo* 2000 Dezembro; 3 (9): 15-18.
30. Varela G, Varona L, Anderson K, Sansoni J. Alzheimer’s Care at Home: A focus on caregivers strain. *Prof Infirm* 2011; 64 (2): 113-17.

31. Vida em casa Home Care [homepage na internet]. A saúde suplementar no mundo [acesso em 23 de janeiro de 2013]. Disponível em: [http://: www.vidaemcasa.com.br/a-saude-suplementar-no-mundo/](http://www.vidaemcasa.com.br/a-saude-suplementar-no-mundo/).
32. Wilson A, Parker H, Wynn A, Jagger C, Spiers N, Jones J, et al. Randomised controlled trial of effectiveness of Leicester hospital at home scheme compared with hospital care. *British Medical Journal* 1999 December; 319: 1542-6.

ANEXO II

HOSPITAL COUTO
MAIA/SES/BA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise clínico-epidemiológica dos pacientes internados em "home care"

Pesquisador: AUREA ANGELICA PASTE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 18306913.4.0000.0046

Instituição Proponente: Hospital Couto Maia/SES/BA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 351.874

Data da Relatoria: 10/06/2013

Apresentação do Projeto:

Análise clínico-epidemiológica dos pacientes internados em "home care"

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a população internada em um Home Care de Salvador, para conhecer o seu perfil clínico e epidemiológico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não haverá riscos para o paciente, no caso trata-se de uma avaliação a nível de prontuário devendo-se, pois, ter a pesquisa baseada neste prontuário.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trabalho de boa perspectiva para uma nova realidade no mundo moderno: o atendimento e acompanhamento domiciliar deste doentes pela equipe de saúde

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação estão adequados

Recomendações:

Recomenda-se que o questionário tenha uma validade a nível de direitos autorais. Todo questionário de pesquisa pode ser baseado em duas premissas: 1 - baseado em um questionário já existente e validado ou 2 - criado e validado pelo próprio pesquisador com validade

Endereço: Rua Rio São Francisco, s/n°

Bairro: Monte Serrat

CEP: 40.425-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3316-3467

Fax: (71)3316-3084

E-mail: hcm.cep@saude.ba.gov.br

HOSPITAL COUTO
MAIA/SES/BA



Continuação do Parecer: 351.874

documentada.

O colegiado recomenda a utilização do TCLE para todos os pacientes internados, com notificação de infecção em home care pela empresa SOS VIDA, no dia da realização da coleta de dados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conclui-se que o trabalho encontra-se em condições de sua execução, apenas considerar a recomendação.

Situação do Parecer:

Aprovado


Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Vide acima

SALVADOR, 07 de Agosto de 2013


Assinador por:
CLAUDILSON JOSÉ DE CARVALHO BASTOS
(Coordenador)

Endereço: Rua Rio São Francisco, s/n°

Bairro: Monte Serrat

CEP: 40.425-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3316-3467

Fax: (71)3316-3084

E-mail: hcm.cep@saude.ba.gov.br

ANEXO III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o(a) Sr(a) para participar dos estudos intitulados: “Análise clínico-epidemiológica dos pacientes internados em home care” e “Análise do uso de antibióticos em pacientes internados em home care”, que têm como objetivos traçar o perfil clínico e epidemiológico da população internada em home care e, avaliar o uso de antibióticos nos mesmos.

Este estudo já possui aprovação do Comitê de Ética do Hospital Couto Maia e o Sr(a) foi selecionado para participar do mesmo por se enquadrar no perfil populacional de interesse da pesquisa. Serão coletados dados do seu prontuário no dia do estudo para o preenchimento de um questionário específico especialmente montado para a avaliação de variáveis importantes para esta pesquisa.

A sua participação no estudo poderá trazer benefícios futuros de caráter societário através do enriquecimento da literatura científica sobre a utilização de antibióticos em home care, na medida em que serão obtidos muitos dados epidemiológicos referentes a este assunto. Os riscos decorrentes de sua participação são mínimos, pois será feita somente uma análise dos prontuários, na qual todas as informações serão avaliadas com o máximo de cuidado e responsabilidade.

A sua participação neste processo não traz complicações legais. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Se depois de consentir em sua participação o Sr(a) desistir de continuar na pesquisa, terá o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase do estudo, seja antes ou depois da coleta dos dados, independentemente do motivo e sem que haja nenhum prejuízo à sua pessoa. O(a) Sr(a) não terá nenhuma despesa nem receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo.

Para qualquer outra informação, o(a) Sr(a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço.

O(a) Sr(a) receberá uma cópia deste termo, na qual consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do CEP, podendo sanar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Assinatura do participante

Salvador: ____/ ____/ ____

Assinatura do orientando

Disnei Félix Barbosa Matos – Aluno de Graduação da Faculdade de Medicina da Bahia – UFBA,
Autor do Projeto, e-mail:disneiabbade@gmail.com, telefone: (71) 8127-0390.

Assinatura do orientando

Nathalie Meira Castro Aguiar – Aluna de Graduação da Faculdade de Medicina da Bahia – UFBA,
Autora do Projeto, e-mail: nathaliemeira@gmail.com, telefone: (71) 9287-6184.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Profa. Áurea Angélica Paste