MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS

A ATENÇÃO DOMICILIAR COMO TECNOLOGIA DE SAÚDE EFETIVA NA DESOSPITALIZAÇÃO DE PACIENTES ANTICOAGULADOS

Nome do mestrando: Sati Jaber Mahmud

Porto Alegre

2017

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS

A ATENÇÃO DOMICILIAR COMO TECNOLOGIA DE SAÚDE EFETIVA NA DESOSPITALIZAÇÃO DE PACIENTES ANTICOAGULADOS

Nome do Mestrando: Sati Jaber Mahmud

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS no Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS do Grupo Hospitalar Conceição.

Orientadora: Estefânia Wittke

Co-orientador: Sérgio Antônio Sirena

Porto Alegre

2017

BANCA EXAMINADORA

TITULARES

Professor, Doutor, Marcelo Rodrigues Gonçalves, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Professora, Doutora, Claunara Schilling Mendonça, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Programa de Pós-graduação em avaliação de tecnologias para o SUS do Grupo Hospitalar Conceição.

Doutor Eduardo de Oliveira Fernandes, Serviço de Medicina Interna, Hospital Nossa Senhora da Conceição.

SUPLENTE

Professor, Doutor, Erno Harzheim, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, ao Grupo Hospitalar Conceição, pela oportunidade e pelo apoio na realização do mestrado profissional, bem como aos professores do Programa de Pós-graduação (PPG) em ATS, em especial, aos Professores, Dr. Julio Baldisseroto e Dra. Ananyr Fajardo, pela parceria, dedicação e condução do PPG. Aos colegas de trabalho da Gerência de Ensino e Pesquisa também agradeço pelo apoio e amizade e estendo à minha orientadora, Professora, Dra. Estefânia Wittke, pela disponibilidade, pela compreensão, pela parceria e pelo total apoio ao meu projeto de pesquisa desde o início da caminhada. Meu agradecimento, ainda, segue ao meu co-orientador, Professor, Dr. Sergio Antonio Sirena pela parceria, assim como à Professora Vânia Hirakata pelo apoio, pela acessibilidade e pela paciência em ensinar a análise estatística. Agradeço aos meus colegas de turma, pela alegria e pelo companheirismo, ao Farmacêutico Alberi Feltrin, pela parceria, pelo apoio e pelo auxílio nas ferramentas de busca de medicamentos, e ao estagiário de farmácia, Kevin Kaipper, pelo auxílio na coleta de dados. Ofereço meu agradecimento, também, à Aline Bianchi, minha Professora de português, pela parceria, disponibilidade e excelente revisão dos textos, e ao Rogério Farias Bitencourt, pela amizade e pelo apoio incondicional em todas as fases do projeto até o último dia, obrigado. A todos os meus colegas e amigos de trabalho do Programa de Atenção Domiciliar do GHC, sem os quais não seria possível o nascimento deste projeto, agradeço por tudo, bem como aos meus amigos, pelos momentos de reflexão e descontração. Enfim e com especial destaque, agradeço a toda minha família, em especial, à minha esposa, Gisa, pela paciência, compreensão, tolerância e motivação até o término da jornada e ao meu filho, Munir, iluminador e fonte de energia.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO 9

2 OBJETIVOS 10

2.1 Objetivo Geral 10

2.2 Objetivos Específicos 10

3 INTRODUÇÃO 11

3.1 Programa de Atenção Domiciliar: Experiência do Grupo Hospitalar Conceição (PAD/GHC) 12

4 REVISÃO DA LITERATURA 14

5 REFERÊNCIAS 18

6 ARTIGO 21

7 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS 35

APÊNDICE I – Ficha de Coleta de Dados Clínico-Epidemiológicos 37

ANEXO A - Índice de Comorbidade de Charlson (CHARLSON et al., 1987) 38

ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do HNSC/GHC 39

ANEXO C – Diretrizes para autores – normas para submissão de artigos na Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC) 40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD – Atenção Domiciliar

APS – Atenção Primária à Saúde

CID 10 – Classificação Internacional de Doenças

DM – Diabetes Mellitus

EMAD – Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar

EMAP – Equipe Multiprofissional de Apoio

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FA – Fibrilação Atrial

GHC – Grupo Hospitalar Conceição

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HBPM – Heparina de Baixo Peso Molecular

HNF – Heparina não Fracionada

HNSC – Hospital Nossa Senhora da Conceição

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

IC – Intervalo de Confiança

ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva

ICCharlson – Índice de Comorbidade de Charlson

IIQ – Intervalo Interquartílico

PAD – Programa de Atenção Domiciliar

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RP – Razão de Prevalências

SAD – Serviço de Atenção Domiciliar

SUS – Sistema Único de Saúde

TEP – Tromboembolismo Pulmonar

TEV – Tromboembolismo Venoso

TMP – Tempo Médio de Permanência

TVP – Trombose Venosa Profunda

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Características da amostra	26
Tabela 2 -	Análise bivariada e multivariada dos pacientes que reinternaram durante o acompanhamento do SAD	27
Tabela 3 -	Análise bivariada e multivariada dos pacientes que reinternaram em ≤30 dias, durante o acompanhamento do SAD	28
Tabela 4 -	Análise bivariada dos pacientes egressos da emergência que reinternaram em ≤30 dias	28

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo descrever as potencialidades da Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS) como tecnologia efetiva na desospitalização de pacientes anticoagulados, descrevendo as indicações da anticoagulação e avaliando os potenciais benefícios e complicações, como reinternações, sangramentos, tromboembolismo e mortalidade. Apresenta, como justificativa, proporcionar, aos pacientes elegíveis, um cuidado de saúde no local certo, possibilitando a redução de pacientes nas portas de urgência/emergência, do tempo de permanência e a otimização de leitos hospitalares. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, analítica, por meio de um estudo transversal. A pesquisa incluiu 429 pacientes anticoagulados, entre 2009 e 2016, em um Serviço de Atenção Domiciliar no município de Porto Alegre, RS. Dentre os principais resultados, as indicações de anticoagulação foram 178 (41,5%) pacientes por TVP, 65 (15,2%) por TEP e 155 (36,1%) por FA. Houve baixa taxa de reinternação geral e em até 30 dias de 16,8% e 9%, respectivamente. Entre as reinternações relacionadas à anticoagulação, apenas 3,3% (n=14) foram por sangramentos e 0,5% (n=2) por TEV. Os óbitos foram 1,4% (n=6), por causas não relacionadas à anticoagulação. Pacientes egressos da emergência apresentaram fator protetor para reinternação e o ICCharlson demonstrou ser um preditor para reinternação nas análises bivariada e multivariadas com significância estatística (IC=95%; P<0,05). No presente estudo, a Atenção Domiciliar apresentou grande potencial para desospitalização e baixa taxa de reinternação entre os pacientes anticoagulados, demonstrando uma alta qualidade assistencial e colocando-se como uma tecnologia em saúde substitutiva ou complementar para uma população elegível.

Palavras chave: serviços de assistência domiciliar; anticoagulantes; alta hospitalar; índice de gravidade de doença; readmissão do paciente.

ABSTRACT

The objective of this study was to describe the potential of home care in the Brazilian Unified Health System (SUS) as an effective technology in the dehospitalization of anticoagulated patients, describing potential benefits and complications such as rehospitalization, bleeding, thromboembolism and mortality. It aims to provide eligible patients with healthcare in the right place, making it possible to reduce patients in emergency rooms, length of stay and optimization of hospital beds. It is a quantitative and analytical research, carried out through a cross-sectional study. The study included 429 anticoagulated patients between 2009 and 2016 in a Home Care Service in the city of Porto Alegre, RS. Among the main results, anticoagulation was recommended for 178 (41.5%) patients with DVT, 65 (15.2%) with PE and 155 (36.1%) with AF. General readmission rate and readmission rate within 30 days were low, 16.8% and 9%, respectively. Among readmissions related to anticoagulation, only 3.3% (n = 14) were due to bleeding and 0.5% (n = 2) due to VTE. Deaths were 1.4% (n = 6), for reasons not related to anticoagulation. Emergency patients presented a protective factor for rehospitalization and Charlson Comorbidity Index (CCI) was shown to be a predictor for readmission in the bivariate and multivariate analyses with statistical significance (CI = 95%, P <0.05). In the present study, home care presented a great potential for dehospitalization and low rehospitalization among anticoagulated patients, demonstrating a high quality of care and standing out as a substitutive or complementary health technology for an eligible population.

Keywords: home care services; anticoagulants; patient discharge; severity of illness index; patient readmission.

1 APRESENTAÇÃO

Esta dissertação representa o produto final obtido a fim de atender o pré-requisito para conclusão de curso de pós-graduação, intitulado Mestrado Profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS, no Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS, do Grupo Hospitalar Conceição, em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

O estudo foi realizado entre os anos 2015 e 2017 e apresentado em 11 de agosto de 2017. A dissertação foi intitulada “A atenção domiciliar como tecnologia de saúde efetiva na desospitalização de pacientes anticoagulados” e organiza-se com objetivos, introdução, revisão da literatura, artigo, conclusões, considerações finais e anexos.

2 OBJETIVOS

Os objetivos serão descritos abaixo.

2.1 Objetivo Geral

Descrever as potencialidades da Atenção Domiciliar no cuidado de pacientes anticoagulados no domicílio em um período de 8 anos.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil etário, o sexo e o tempo médio de permanência dos pacientes na AD.
- Identificar a origem e a referência de Atenção Básica dos pacientes.
- Identificar e descrever as indicações de anticoagulação, as comorbidades mais frequentes e os medicamentos utilizados.
- Identificar e descrever o Índice de Comorbidade de Charlson e sua correlação na reinternação hospitalar em até 30 dias.
- Identificar e descrever as causas de reinternações hospitalares e as complicações relacionadas à terapia de anticoagulação, como eventos hemorrágicos, tromboembólicos e mortalidade.
- Identificar a modalidade de Atenção Domiciliar dos pacientes.

3 INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida e a melhora das condições sanitárias e econômicas aumentam a prevalência de condições crônico-degenerativas não transmissíveis. Esse processo de transição exige o desenvolvimento de políticas públicas em saúde capazes de responder às novas demandas (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012; BRASIL, 2013).

Nesse contexto, em 2011, o Ministério da Saúde cria o Programa Melhor em Casa e a Atenção Domiciliar (AD) surge como modelo de atenção em saúde, com potencialidade para cuidados de uma parcela importante da população, exercendo um papel essencial nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). Um dos eixos centrais da Atenção Domiciliar é a “desospitalização” tanto na fase pré como na pós-hospitalar, aumentando, consequentemente, a rotatividade de leitos, em especial, os de clínica médica, objetivando-se acelerar o processo de alta hospitalar, a ampliação da autonomia do usuário e a manutenção de cuidados contínuos em domicílio para pacientes elegíveis (BRASIL 2012; BRASIL, 2013; BRASIL, 2016).

Os Serviços de Atenção Domiciliar constituem uma estratégia importante de transição do cuidado dentro das Redes de Atenção à Saúde. Permitem a transferência dos pacientes entre diferentes serviços assistenciais, garantindo a coordenação e a continuidade do cuidado. Tal transição ocorre com o envolvimento de pacientes, familiares, cuidadores e profissionais de saúde (WEBER et al. 2017).

A AD possibilita a desinstitucionalização dos pacientes que estão internados em serviços secundários e terciários, além de evitar hospitalizações a partir de prontoatendimentos e de apoiar as equipes de atenção básica no cuidado àqueles pacientes que necessitam de atenção no domicílio, com um nível de complexidade acima do oferecido por essas equipes. Segundo a Portaria n° 825, de 2016, a AD é “modalidade de atenção à saúde integrada à Rede de Atenção a Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, paliação e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados. O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) oferece atenção complementar aos cuidados realizados na Atenção Básica e nos serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar por meio do gerenciamento das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e

Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP)(BRASIL, 2016). A AD é classificada em 3 modalidades: AD1, para pacientes com necessidade de menores frequência e complexidade de cuidados e de responsabilidade da APS; AD2 e AD3, para pacientes com maiores frequência e complexidade de cuidados, de responsabilidade do SAD.

Atualmente, os Serviços de Atenção Domiciliar, por meio de suas EMAD e EMAP, possuem uma cobertura de 54 milhões de pessoas em todo o território nacional, equivalente a 26% da população brasileira (BRASIL, 2017).

3.1 Programa de Atenção Domiciliar: Experiência do Grupo Hospitalar Conceição (PAD/GHC)

O PAD/GHC foi criado após pactuação com a Secretaria Municipal de Saúde, para atender moradores da Zona Norte, do município de Porto Alegre, em 2004. Tem como objetivo aumentar e aperfeiçoar o uso dos leitos hospitalares, diminuir os custos com a internação, diminuir o número de pacientes com infecção hospitalar, humanizar o cuidado do paciente, capacitar as famílias no cuidado, reduzir as reinternações hospitalares, bem como facilitar a transição para a Atenção Básica.

O PAD possui quatro (04) EMAD compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e assistentes sociais, com apoio de nutricionista, farmacêutico, auxiliar administrativo e motoristas. Tem sua sede no Hospital Nossa Senhora da Conceição, onde realiza suas atividades administrativas e de planejamento do cuidado dos pacientes. Cobre uma população adstrita de, aproximadamente, 405.000 habitantes e realiza, em média, 700 admissões domiciliares por ano. Podem ser incluídos, no Programa, pacientes que estão internados em qualquer ponto da RAS (Hospitais, Unidades de Prontoatendimento - UPA, Atenção Básica). Para inclusão, o paciente elegível deverá preencher os seguintes critérios de inclusão:

- ter um diagnóstico e terapêutica definidos;
- estar clinicamente estável;
- ter um cuidador (em caso de pacientes dependentes);
- residir na área de abrangência;
- assinar o termo de consentimento, que versa sobre o aceite do acompanhamento, as responsabilidades e as normas do serviço.

Os pacientes admitidos têm acesso a medicamentos (enterais e parenterais), insumos médico-hospitalares (materiais de curativo e coberturas especiais), dispositivos (cânulas de traqueostomia, cateteres, sondas), aparelhos portáteis (aspiradores de vias aéreas, nebulizadores, andadores) e fórmula de nutrição enteral industrializada, entre outros.

Após o acompanhamento atingir seu objetivo, o paciente recebe alta do Programa e é realizada a transição do cuidado para o Serviço de Atenção Básica de referência, por meio do relato do caso e a entrega do sumário de alta com o plano de seguimento, garantindo, assim, a continuidade do cuidado.

Nesse sentido, como um número significativo de pacientes anticoagulados ocupam leitos tanto na emergência como nas unidades de internação hospitalar, a AD apresenta-se como uma alternativa, com o potencial de auxiliar na diminuição do tempo de internação e, consequentemente, na redução da superlotação hospitalar. A realização do presente estudo é motivada pela escassez na literatura de trabalhos dessa natureza em serviços de AD no País.

4 REVISÃO DA LITERATURA

As indicações mais frequentes para anticoagulação são: trombose venosa profunda (TVP), tromboembolismo pulmonar (TEP), fibrilação atrial (FA), insuficiência cardíaca congestiva (ICC) grave, infarto agudo do miocárdio (IAM) e prótese mecânica valvar (SERRANO JUNIOR et al., 2013). Os fármacos anticoagulantes mais utilizados são os antagonistas da vitamina K (Varfarina) e as heparinas (heparina de baixo peso molecular – HBPM e heparina não fracionada – HNF) e, mais recentemente, o uso dos novos anticoagulantes orais (NACO), ainda pouco acessíveis à população assistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre as complicações relacionadas à terapia anticoagulante, a principal é o sangramento Além desta, também são encontradas alopécia, necrose cutânea, plaquetopenia, hepatotoxicidade, anorexia, urticária e leucopenia (RIBEIRO et al., 2012; SERRANO JUNIOR et al., 2013).

O tromboembolismo venoso (TEV) apresenta grande impacto na morbidade e na mortalidade da população em geral (SERRANO JUNIOR et al., 2013). Destacam-se, dentro deste evento, principalmente, a Trombose Venosa Profunda (TVP) e o Tromboembolismo Pulmonar (TEP). Estima-se que a taxa de incidência para TVP é de 50 casos por 100.000 habitantes/ano e, para TEP, de 70 casos por 100.000 habitantes/ano (CERRILLO et al., 2009). Também, o TEV pode ser diagnosticado em 10 a 20% dos pacientes com câncer (SIRAGUSA et al., 2005).

Segundo a base de dados do DATASUS, os eventos tromboembólicos venosos são responsáveis por cerca de 100 internações hospitalares/ano por 100.000 habitantes no município de Porto Alegre (BRASIL, 2017). No Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), tais eventos respondem por, aproximadamente, 35 internações/ano por 100.000 habitantes, tendo a emergência (GHC/Sistemas/Relatórios/Internações/Periodo, consulta em 03/07/2017) como principal porta de entrada. Tais dados podem ser subestimados devido ao sub-registro da Classificação Internacional de Doenças (CID – 10) e aos erros de preenchimento do procedimento no laudo de Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

O tromboembolismo venoso (TEV) pode apresentar-se, principalmente, como TVP e TEP. Dentre os principais fatores de risco para TEV, pode-se citar pessoas com mobilidade reduzida, idade superior a 55 anos, obesidade, trombofilias,

reposição hormonal, TEV prévio, neoplasias, insuficiência venosa periférica, uso de cateteres venosos, infarto agudo do miocárdio (IAM), infecções, paresia e paralisia de membros inferiores, acidente vascular encefálico (AVE), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), insuficiência cardíaca congestiva (ICC), síndrome nefrótica e gestação e puerpério (RIBEIRO et al., 2012).

A fibrilação atrial (FA), constitui outra importante causa de indicação para anticoagulação devido à redução de eventos isquêmicos cerebrovasculares. Estima-se uma prevalência de 3,5% na população geral, podendo chegar a 8% em idosos com idade superior a 80 anos (STEWART et al., 2014; MAGALHÃES et al., 2016; KIRCHHOF et al., 2016). A FA é responsável por cerca de 170 internações/ano por 100.000 habitantes, nos hospitais que atendem pelo SUS, no município de Porto Alegre, segundo o DATASUS (BRASIL, 2017). O HNSC registra em torno de 20 internações/ano por 100.000 habitantes em sua emergência (GHC Sistemas). A FA tem como principais fatores de riscos a hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabete mellitus (DM), doença valvar cardíaca, infarto do miocárdio e ICC (MAGALHÃES et al., 2016).

Diante da importância e do impacto que essas patologias causam na saúde da população e na otimização de leitos e recursos hospitalares, cada vez mais, faz-se necessário uma maior adesão dos profissionais médicos e instituições hospitalares na implementação do tratamento domiciliar. Desde 1988, começaram os primeiros estudos, na literatura, demonstrando a viabilidade e a segurança da anticoagulação com heparina no domicílio (STEIN et al., 2010). Nos anos seguintes, vários estudos foram publicados.

Bakker e colaboradores mostraram, em um pequeno grupo de 13 pacientes com TVP, a viabilidade de tratamento domiciliar com heparina de baixo peso molecular (HBPM) de uso subcutâneo duas vezes ao dia (BAKKER, 1988). Uma revisão sistemática (RS) comparou o tratamento de pacientes com trombose venosa profunda (TVP) em domicílio *versus* tratamento hospitalar. Esse estudo demonstrou maior efetividade do tratamento em domicílio, incluindo menor recorrência da TVP, tendência a menor taxa de mortalidade e redução de episódios de sangramentos maiores (OTHIENO et al., 2007), bem como que a anticoagulação domiciliar é custo-efetiva e preferida pelos pacientes. Outro estudo de 2014, comparando o tratamento de pacientes com TVP no domicílio e hospitalizados, demonstrou que pacientes tratados no domicílio apresentaram menores taxas de sangramentos e de

mortalidade na primeira semana de comparação. Tal estudo não mostrou diferença na recorrência de eventos tromboembólicos (LOZANO et al., 2014).

Um ensaio clínico randomizado, multicêntrico, avaliou pacientes com trombose venosa profunda tratados com heparina de baixo peso molecular em ambiente hospitalar e no domicílio. Foram analisados desfechos clínicos e de custos. Não houve diferença nos desfechos clínicos como TVP recorrente, embolia pulmonar ou sangramentos maiores. O tratamento domiciliar apresentou uma redução do custo de 56% comparado com o hospitalar (BOCCALON et al., 2000). Outro estudo avaliou a efetividade e o impacto econômico de pacientes com trombose venosa profunda anticoagulados no domicílio acompanhados por um serviço de anticoagulação de clínica farmacêutica. O mesmo demonstrou que a anticoagulação domiciliar é efetiva, segura e com custos menores (TILLMAN et al., 2000). Um estudo de coorte, realizado em 2003, comparou pacientes com TVP anticoagulados no domicílio com tratamento hospitalar, demonstrando menor custo e maior preferência dos pacientes na modalidade domiciliar (RODGER et al., 2003).

Uma coorte conduzida por Cerrillo e colaboradores acompanhou pacientes com diagnóstico de TEP não maciço, em uma emergência hospitalar, na cidade de Madrid, na Espanha. Foram acompanhados 30 pacientes em AD e 31 em internação hospitalar convencional e avaliados desfechos como sangramento maior e menor, recorrência de TEP e reinternação hospitalar por um período de 3 meses. Os pacientes em acompanhamento domiciliar não apresentaram nenhum sangramento maior, TEP recorrente ou óbito, demonstrando que pacientes com TEP não maciço e estáveis podem ser tratados na AD com segurança (CERRILLO et al., 2009).

Outra coorte, retrospectiva, avaliou 307 pacientes com TEP não maciço, estáveis, em AD e 529 pacientes em internação hospitalar, avaliados em 7 dias e 3 meses, entre 2007 e 2011. Foram avaliados desfechos como sangramento maior, TEP recorrente, reinternação hospitalar e mortalidade. A mortalidade geral e por TEP foi menor na AD, em 7 dias e em 3 meses de seguimento, sendo estatisticamente significativo ($p<0,05$). O sangramento maior foi menor nos pacientes em AD e não houve diferença significativa nos demais desfechos, demonstrando que pacientes com TEP não maciço, clinicamente estáveis, podem ser tratados na AD com segurança (ELF, 2014).

Uma metanálise com 15 estudos, ensaios clínicos randomizados e coortes, avaliou 2.296 pacientes, comparando o tratamento domiciliar *versus* internação

hospitalar para TEP. Foram acompanhados 1.657 pacientes no tratamento domiciliar e analisados desfechos de recorrência para TEV, sangramento maior e mortalidade geral, concluindo-se não haver diferença entre AD e internação hospitalar para sangramentos e recorrência de TEV. A mortalidade geral foi maior na AD, porém, excluindo os pacientes com neoplasias, não houve diferença na mortalidade. Essa metanálise demonstrou a segurança do tratamento domiciliar para pacientes selecionados com TEP de baixo risco (ZONDAG et al., 2013).

Outro estudo relevante foi o SAFETY (*Standard versus atrial fibrillation-specific management strategy*), um ensaio clínico randomizado, multicêntrico, conduzido por Stewart e colaboradores na Austrália. O ensaio comparou o tratamento convencional, em pacientes tratados em ambulatórios hospitalares e na atenção primária, com o tratamento SAFETY, um atendimento domiciliar com enfermeiros especializados e equipe multidisciplinar de retaguarda, incluindo médicos. Foram avaliados desfechos de mortalidade e reinternação não planejada, mensurados como sobrevivência livre de eventos e proporção de dias de vida fora do hospital. O grupo SAFETY mostrou maior número de dias de vida fora do ambiente hospitalar, sem diferença na sobrevivência livre de eventos (STEWART et al., 2014).

Devido à escassez de estudos em anticoagulação domiciliar no Brasil e como o SAD possui um número importante de pacientes anticoagulados, propõe-se a realização deste estudo e a realização de avaliação de custos entre a Atenção Domiciliar e Hospitalar no SUS posteriormente.

5 REFERÊNCIAS

BAKKER, M; DEKKER, PJ; KNOT, EA, van BERGEN, PF; JONKER, JJ. **Home treatment for deep venous thrombosis with low-molecular-weight heparin.** Lancet.1988 Nov 12;2(8620):1142.

BOCCALON, H; ELIAS, A; CHALÉ, J-J; CADENE, A; GABRIEL, S. **Clinical Outcome and Cost of Hospital vs Home Treatment of Proximal Deep Vein Thrombosis With a Low-Molecular-Weight Heparin**. ArchIntern Med. 2000;160:1769-1773.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 de outubro de 2011. Seção 1, p. 44-46.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar** Vol I. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar** Vol II. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 de maio. 2013. Seção 1, p. 30.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. **Diario Oficial da União**, Poder Executivo, Brasilia, DF,26 de abril. 2016. Seção 1, p. 33-38.

BRASIL. **Programa Melhor em Casa**. Disponível em: http://sage.saude.gov.br/paineis/melhorCasa/corpao.php?uf_origem=BR-5570-06114067&cidade_origem=&uf_cidade=BR%20%20%C2%A0&no_estado=BRASIL&idPagina=32#grafico6). Acesso em 10 de julho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Informações em saúde (TABNET), Epidemiologia e Morbidade. Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=6926&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/ni. Acesso em 10 de julho de 2017.

CERRILLO, MR; ARCAYA, AA; DÍAZ, EF; CRUZ, AF. **A prospective study of the management of non-massive pulmonar embolism in the home.** European Journal of Internal Medicine. 20 (2009); 598-600.

CALLEGARI-JACQUES, Sidia M.; **Bioestatística: principios e aplicações**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

FLETCHER, Robert H; FLETCHER, Suzanne W; FLETCHER, Grant S. **Epidemiologia clínica: elementos essenciais** – 5ª ed. – Porto Alegre : Artmed, 2014.

ELF, JE; JÖGI, J; BAJC, M. **Home treatment of patients with small to medium sized acute pulmonary embolism.** J Thromb Thrombolysis, 2015 Feb; 39(2): 166-72.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Sistema interno de informações. GHC/Sistemas/Relatórios/Internações/Periodo. Acesso em 03/07/2017.

KIRCHHOF, P; BENUSSI, S; KOTECHA, D; AHLSSON, A; ATAR, D, et al. **2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS.** Eur Heart J. **2016** Oct 7;37(38):2893-2962. Epub **2016** Aug 27.

LOZANO, F; TRUJILLO-SANTOS, J; BARRÓN, M, et al. **Home versus in-hospital treatment of outpatients with acute deep venous thrombosis of the lower limbs**. J Vasc Surg. 2014 May; 59(5):1362-7.e1. Epub 2014 Jan 16.

MAGALHÃES, LP; FIGUEIREDO, MJO; CINTRA, FD; SAAD, EB; KUNIYOSHI, RR; TEIXEIRA, RA, et al. **II Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial**. Arq Bras Cardiol 2016; 106(4Supl.2):1-22.

OTHIENO, R; ABU AFFAN, M; OKPO, E. **Home versus in-patient treatment for deep vein thrombosis**. Cochrane Databases Syst Rev. 2007;(3):CD003076.

RIBEIRO, MTAM; FIUZA, TM; BARROS, HM, et al. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**/ Organizadores, Gustavo Gusso, José Mauro Ceratti Lopes – Porto Alegre: Artmed, 2012. 2v.

RODGER, MA; GAGNÉ-RODGER, C; HOWLEY, HE; CARRIER, M; COYLE, D; WELLS, PS.. **The outpatient treatment of deep vein thrombosis delivers cost savings to patients and their families, compared to inpatient therapy**. Thrombosis Research 112 (2003) 13-18.

SERRANO JUNIOR, CV; FENELON, G; SOEIRO, AM; NICOLAU, JC; PIEGAS, LS; MONTENEGRO, ST, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Diretrizes Brasileiras de Antiagregantes Plaquetários e Anticoagulantes em Cardiologia**. ArqBrasCardiol 2013; 101 (3Supl.3): 1-93.

SIRAGUSA, S; ARCARA, C; MALATO, R; ANATASIO, R; VALERIO, MR, et al. **Home therapy for deep vein thrombosis and pulmonar embolism in cancer patients.** Annals of Oncology 16 (Supplement 4):iv 136-iv 139, 2005.

STEIN, PD; HULL, RD; MATTA, F; WILLYERD, GL. **Modest Response in Translation to Home Management of Deep Venous Thrombosis.** Am J Med. 2010 Dec;123(12):1107-13.

STEWART, S; BALL, J; HOROWITZ, JD; MARWICK, TH; MAHADEVAN, G; WONG, C; ABHAYARATNA, WP; CHAN, YK; ESTERMAN, A; THOMPSON, DR; SCUFFHAM, PA; CARRINGTON, MJ. **Standard versus atrial fibrillation-specific management strategy (SAFETY) to reduce recurrent admission and prolong survival: pragmatic, multicentre, randomised controlled trial.** Lancet. 2015 Feb 28;385(9970):775-84.

TILLMAN, DJ; CHARLAND, SL; WITT, DM. **Effectiveness and Economic Impact Associated With a Program for Outpatient Management of Acute Deep Vein Thrombosis in a Group Model Health Maintenance Organization**. Arch Intern Med. 2000;160:2926-32.

WEBER, LAF; LIMA, MADS; ACOSTA, AM; MAQUES, GQ. **Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa**. Cogitare Enferm. (22)3: e47615, 2017

ZONDAG, W; KOOIMAN, J; KLOK, FA; DEKKERS, OM; HUISMAN, MV. **Outpatient versus inpatient treatment in patients with pulmonary embolism: a meta-analysis.** Eur Respir J. **2013** Jul;42(1):134-44.

6 ARTIGO

Título: A Atenção Domiciliar como tecnologia de desospitalização em pacientes anticoagulados

7 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados encontrados neste estudo, percebe-se que a população estudada é de pacientes de maior risco, na sua maioria, idosos com critérios de gravidade mais elevados, verificados pelo ICCharlson. Apesar disso, o estudo mostrou bons resultados, principalmente, no quesito de evitar reinternação em até 30 dias e na desospitalização direta da emergência, onde 54% dos pacientes permaneceram por ⩽3 dias. A literatura mostra que, mesmo após quase 20 anos dos primeiros estudos demonstrando a segurança para realizar anticoagulação no domicílio, a adesão dessa modalidade ainda é modesta em vários países (STEIN, 2010). Essa inércia pode ocorrer devido a diversos motivos envolvidos, como culturais, de gestão, de financiamento, de conhecimento, pouco ou nenhum acesso a tecnologia em algumas regiões e a outros fatores ainda não compreendidos.

Entre as dificuldades encontradas durante o estudo, sobressai o baixo registro do CID-10 na nota de alta médica. Embora o sumário de alta possibilite o registro de até quatro CID-10, só foi possível identificar os demais pacientes anticoagulados por meio da revisão de prontuário, prescrição, tempo de protrombina e banco de dados do SAD.

Nesse sentido, acredita-se que a Atenção Domiciliar pode contribuir, de forma significativa, na Rede de Atenção à Saúde, como uma tecnologia com potencial de auxiliar na desospitalização de pacientes anticoagulados, acelerando a liberação de leitos, diminuindo o tempo de permanência hospitalar, principalmente, na emergência, evitando reinternações com segurança e efetividade.

Dessa forma, espera-se que a realização deste estudo possa trazer benefícios reais para a população assistida, para o serviço, para a instituição e para o gestor municipal da seguinte maneira:

- População: por meio da análise dos resultados e das conclusões desta pesquisa, espera-se que os pacientes anticoagulados possam receber o melhor tratamento possível, no lugar certo, levando em consideração os achados encontrados no estudo. Espera-se que as vantagens e os benefícios encontrados na AD gerem mais uma evidência no auxílio da decisão clínica de anticoagular os pacientes elegíveis no domicílio.

- Serviço: o PAD/GHC poderá organizar a assistência de acordo com as reais necessidades dos pacientes. Com isso, o serviço poderá criar protocolos clínicos e

fluxos assistenciais com as unidades de emergência e internação hospitalar, contemplando um número maior de pacientes para anticoagulação domiciliar.

- Instituição: espera-se um impacto positivo na redução do tempo de permanência e na rotatividade de leitos hospitalares. A AD é uma política do Ministério da Saúde que está em franca expansão, com a implantação de novos serviços em um número significativo de municípios no Estado e no País. O GHC, na condição de hospital de ensino e pesquisa, conta com um serviço de referência na AD no Rio Grande do Sul. Dessa forma, oportunizará uma nova linha de pesquisa e contribuirá com a avaliação e implementação de novas tecnologias para o Sistema Único de Saúde (SUS).

- Gestor municipal: que o estudo possa contribuir na disseminação da prática e na ampliação da cobertura de AD, contemplando os demais hospitais públicos do município.

Assim, por meio do Grupo de Pesquisa em Atenção Domiciliar do GHC – GPAD/GHC, pretende-se continuar nessa linha de pesquisa em busca de novas respostas para a melhoria da saúde da população.

Por fim, este estudo pretende, além de satisfazer as exigências para a obtenção do titulo do Mestrado Profissional, divulgar seus resultados por meio do Programa de Pós-graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS do GHC e para os profissionais ligados à assistência e pesquisa. A entrega de um exemplar da dissertação será disponibilizada, ao Centro de Documentação do GHC, para consulta.

APÊNDICE I – Ficha de Coleta de Dados Clínico-Epidemiológicos

Dados pessoais:

Iniciais do nome:_____. Código do paciente:_____.

Data de nascimento:____/_____/_____. Idade:____anos. Sexo: M ( ) F( )

Data de internação:___/___/____ Data da alta:___/___/____

Perfil de patologias:

Indicação da anticoagulação: TVP ( ) TEP ( ) FA ( ) Prótese valvar ( ) Outro ( ) Qual?_____

Causa(s) secundária(s):

CID 10: 1)_____2)_____3)_____4)_____5)_____.

Escore do ICCharlson:_____

Reinternações hospitalares:

Houve reinternação durante o cuidado do PAD? ( )Sim ( )Não ( )Ignorado

Se sim, qual(is) o(s) motivo(s)? TEV ( ) Sangramentos ( ) Outro ( ) Qual?_____

Data:___/___/_____.

Óbito: ( )Sim ( )Não . Se sim, qual motivo:_____

Número de VDs:_____ **Tempo de permanência:**_____dias.

Referência na Atenção Básica do Município:

Unidade de saúde: _____UBS( ) ESF( )

Origem do paciente: ( )Emergência ( )Internação hospitalar ( )UPA ( )UBS ( )ESF

Medicamentos utilizados:

Varfarina: ( )Sim ( )Não

Enoxaparina: ( )Sim ( )Não

Femprocumona: ( )Sim ( )Não

Outro:_____

ANEXO A - Índice de Comorbidade de Charlson (CHARLSON et al., 1987)

Comormidades	Se Sim,
Infarto agudo do miocárdio	1 ponto
Insuficiência cardíaca congestiva	1 ponto
Doença vascular periférica	1 ponto
Doença cerebrovascular	1 ponto
Demência	1 ponto
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	1 ponto
Doença do tecido conjuntivo	1 ponto
Úlcera péptica	1 ponto
Doença hepática leve	1 ponto
Diabetes mellitus sem complicações	1 ponto
Diabetes mellitus com complicações crônicas	2 pontos
Hemiplegia	2 pontos
Doença renal moderada ou severa	2 pontos
Tumor sólido não metastático	2 pontos
Leucemia	2 pontos
Linfoma	2 pontos
Doença hepática moderada ou severa	3 pontos
Tumor sólido metastático	6 pontos
SIDA	6 pontos

SIDA= síndrome da imunodeficiência adquirida.

Escore total: _____

ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do HNSC/GHC

GHC
Grupo Hospitalar Conceição

HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.
Av. Francisco Trein, 596
CEP 91350-200 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357.2000
CNPJ: 92.787.118/0001-20

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO
(Unidade Pediátrica do Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.)

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.
Rua Domingos Rubbo, 20
CEP 91040-000 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357.4100
CNPJ: 92.787.126/0001-76

HOSPITAL FÊMINA S.A.
Rua Mostardeiro, 17
CEP 91420-001 - Porto Alegre - RS
Fone: 3314.8200
CNPJ: 92.893.134/0001-53

100% SUS

Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em 04 de abril de 2017, reavaliou o seguinte projeto de pesquisa:

Projeto: 16348 **Versão do Projeto:** **Versão do TCLE:**

Pesquisadores:
SERGIO ANTONIO SIRENA
ESTEFANIA INEZ WITTKE
SATI JABER MAHMUD

Título: Caracterização dos pacientes anticoagulados em um serviço de atenção domiciliar no SUS.

Documentação: Aprovada
Aspectos Metodológicos: Adequados
Aspectos Éticos: Adequados

Parecer final: Este projeto de pesquisa, bem como o(s) Termo(s) de Consentimento Livre e Esclarecido (se aplicável), por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais e complementares do Conselho Nacional de Saúde, especialmente a Resolução 466/12, obteve o parecer de APROVADO(S) neste CEP.

O Pesquisador responsável deve encaminhar dentro dos prazos estipulados, o(s) relatório(s) parcial(ais) e/ou final ao Comitê de ética em Pesquisa do GHC e o Centro de Resultados onde foi desenvolvida a pesquisa.

Porto Alegre, 04 de abril de 2017.

DANIEL DEMÉTRIO FAUSTINO DA SILVA
Coordenador-geral do CEP-GHC

ANEXO C – Diretrizes para autores – normas para submissão de artigos na Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC)

Objetivo e Política Editorial

A Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RB-MFC) é uma publicação científica trimestral da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), que tem como Missão: sensibilizar estudantes, profissionais e gestores da área da saúde sobre os temas científicos de interesse da Medicina de Famíla e Comunidade (MFC) e da Atenção Primária à Saúde (APS); possibilitar o intercâmbio entre instituições de ensino, serviços de saúde e movimentos sociais organizados; promover a divulgação da abordagem multi e interdisciplinar; servir como veículo de educação continuada e permanente em saúde, tendo como eixos temáticos a MFC e a APS.

A RBMFC tem como objetivo publicar artigos originais, perspecti-vas, debates e discussões sobre todos os aspectos da MFC e da APS, incluindo a prática clínica, a formação profissional, a organização dos serviços e as políticas públicas relacionadas à MFC e à APS.

Processo de avaliação pelos pares

Os artigos submetidos à RBMFC serão avaliados por membros de seus Conselhos Editorial e Científico, como também por pareceristas convidados *ad hoc*. O processo de avaliação por pares preservará a identidade dos autores e suas afiliações. Os artigos serão encaminhados inicialmente ao editor para triagem e avaliação preliminar e, posterior-mente, distribuídos aos pareceristas, em conformidade com as áreas de atuação e especialização dos mesmos, bem como com o tema tratado no artigo.

Todos os textos são submetidos à avaliação de dois consulto-res pareceristas – provenientes de instituição diferente daquela do(s) autor(es) –, em um processo cego, no qual os trabalhos são analisados em relação aos seguintes aspectos: adequação do título ao conteúdo; estrutura da publicação; clareza e pertinência dos objetivos; metodolo-gia; resultados e discussão; informações inteligíveis; citações e referên-cias adequadas às normas técnicas adotadas pela revista e pertinência à linha editorial da publicação. Os consultores preenchem o formulário de parecer, aceitando, recusando ou recomendando correções e/ou adequações necessárias. Todo parecer incluirá sua fundamentação. Esse processo de avaliação inicial dura, em média, dois meses.

No caso de solicitação de alterações no artigo, este poderá ser reencaminhado em até 60 dias, para nova avaliação dos consultores. O resultado final, então, é comunicado ao(s) autor(es). Se aprovado, o artigo é revisado ortográfica e gramaticalmente. As alterações eventual-mente realizadas são encaminhadas para aprovação formal dos autores, antes de serem encaminhados para publicação. Será realizada revisão ortográfica e gramatical dos resumos e títulos em língua inglesa e espanhola, por revisor especializado. Não serão admitidos acréscimos ou modificações após a aprovação da revisão final. Os artigos ficam, então, disponíveis para publicação em ordem de protocolo.

A partir de 2011, a RBMFC adotou a publicação de artigos *Ahead of Print*, ou seja, os textos completos dos artigos são publicados individualmente na edição eletrônica, intitulada como Artigos Aprovados, assim que são finalizados os seus procedimentos editoriais. Esses artigos se-rão publicados nas próximas edições impressas da RBMFC.

Os artigos devem destinar-se exclusivamente à RBMFC, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico. As contribuições podem ser apresentadas em português, inglês ou espanhol. Temas relevantes em MFC e APS, assim como anais de congressos da área, a critério do Editor, podem ser publicados como suplementos especiais.

Os artigos submetidos devem atender à Política Editorial da RBMFC e às Diretrizes abaixo, que seguem os Requisitos Uniformes para Manuscritos apresentados a Periódicos Biomédicos (*Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication*), acessíveis em http://www.icmje.org ou http://www.icmje.org/portuguese.pdf. Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. A pesquisa deve ter sido conduzida dentro dos padrões exigidos pelos órgãos de ética em pesquisa e aprovada pela comissão de ética da instituição onde a pesquisa foi realizada. Os conceitos e opi-niões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações, são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

Os artigos publicados são de propriedade da RBMFC, sendo veda-da a reprodução, mesmo que parcialmente em outros periódicos, seja no formato impresso ou eletrônico, bem como a tradução para outro idioma sem a autorização do Editor. Todo o conteúdo RBMFC está sob a licença CC-BY Creative Commons (Atribuição- Uso Não-Comercial).

Seções e Tipos de Trabalhos

- Editorial
- Debate
- Perspectiva
- Artigos Originais
- Comunicações Breves
- Artigos de Revisão
- Casos Clínicos
- Atualização
- Diretrizes
- Ensaios
- Relatos de Experiência
- Documentos da SBMFC
- Cartas ao Editor
- Comentários
- Espaço Aberto
- Memória
- Resumos apresentados em Congressos
- Notas das Sociedades Estaduais

O Editorial é de responsabilidade do editor da revista, podendo ser encomendado a terceiros. Os editoriais são limitados a 900 palavras e 10 referências.

A seção Debate é encomendada pelo editor. Trata-se de artigo teórico, que expresse a opinião qualificada de um especialista sobre um tema central da RBMFC, ou sobre um tema da atualidade, e que receberá críticas/comentários assinados de até outros três especialistas, também convidados pelo editor, apresentando uma réplica do autor principal. O

artigo deve ter, no máximo, 2.000 palavras; os textos dos debatedores e a réplica, o máximo de 1.000 palavras cada um.

A seção Perspectiva trata de artigos teóricos, que expressem a opinião qualificada do(s) autor(es) sobre temas centrais da MFC ou da APS. Visam estimular a discussão e "oxigenar" controvérsias sobre aspectos relevantes da MFC e APS. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens, destacando-se na introdução o assunto e sua importância. As referências citadas devem dar sustentação aos principais aspectos abordados no artigo. O artigo deve ter, no máximo, 2.000 palavras.

A seção Artigos Originais é composta por artigos resultantes de pesquisa científica, apresentando dados originais de descobertas com relação a aspectos experimentais ou de observação, voltados para investigações qualitativas ou quantitativas em áreas de interesse da MFC e APS. Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter introdução com objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões. Deve apresentar, no máximo, 3.500 palavras, excluindo resumos, figuras e referências. As figuras, limitadas a cinco no conjunto, devem incluir apenas os dados imprescindíveis. As referências bibliográficas, limitadas a cerca de 25, devem incluir ape-nas aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abor-dada. A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A Introdução deve ser curta, definindo o proble-ma estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. As fontes de dados, a população estudada, amostragem, critérios de seleção, procedimentos analíticos, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A seção Resultados deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito nas figuras. A Discussão deve incluir a apreciação dos autores sobre as limitações do estudo, a comparação dos achados com a literatura, a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas. Manuscritos baseados em pesquisa qualitativa podem ter outros formatos, admitindo-se Resultados e Discussão, em uma mesma seção, e Considerações Finais/Conclusões.

A seção Comunicações Breves inclui relatos curtos de achados de pesquisa que apresentem interesse para a MFC e APS, mas que não comportem uma análise mais abrangente e uma discussão de maior amplitude. Devem ter até 1.500 palavras (excluindo resumos, figuras e referências) e até 2 figuras e 10 referências. Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais.

A seção Artigos de Revisão inclui trabalhos que apresentam uma síntese atualizada do conhecimento disponível sobre temas da MFC e APS, buscando esclarecer, organizar, normalizar e simplificar as aborda-gens. Devem ter até 3.500 palavras, contendo introdução, desenvolvi-mento e conclusão. Subtipos:

1) Revisão sistemática e meta-análise, por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder à pergunta específica e de relevância para a MFC e APS. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram in-cluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de meta-análise);
2) Revisão narrativa/crítica: a revisão narrativa ou revisão crítica apresenta caráter descritivo-discursivo, dedicando-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da MFC e APS. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber. Não há limite de referências.

A seção Casos Clínicos tem como objetivo abordar questões clíni-cas ou teóricas relevantes ou inovadoras para o diagnóstico ou para o manejo clínico de problemas ou condições de saúde importantes para a MFC e APS. Os artigos submetidos à publicação nessa seção deverão obedecer às normas gerais para todos os artigos da RBMFC, incluindo os aspectos éticos. Devem respeitar o limite de 2.000 palavras e 15 refe-rências bibliográficas, além de serem estruturados em: Introdução, Des-crição do Caso Clínico, Discussão e Referências. A introdução deverá apresentar o problema em questão, com uma breve revisão da literatura sobre os aspectos clínicos e terapêuticos, ou o diagnóstico diferencial em relação ao caso apresentado. O relato deverá ser sucinto, evitando-se dados redundantes ou irrelevantes para o esclarecimento do pro-blema. A discussão deverá contrapor dados do caso apresentado (se-melhanças e diferenças) com casos da literatura. Relatos de casos que explorem os componentes do Método Clínico Centrado na Pessoa ou que discutam o papel de filtro (prevenção quaternária) do Médico de Família e de outros profissionais da APS são bem-vindos.

A seção Atualização consiste em uma breve apresentação de um artigo de impacto na área da MFC e APS, recentemente publicado na literatura nacional ou internacional. Deve ser elaborado preferencialmente por um especialista na respectiva área do conhecimento e deve conter comentários sobre limitações metodológicas, implicações para a prática clínica ou para a pesquisa, em um texto de até 800 palavras e até 3 referências bibliográficas não incluídas na publicação em foco.

A seção Diretrizes é composta por artigos estruturados dentro das normas da Associação Médica Brasileira para diretrizes clínicas, valida-dos pela SBMFC. Sua confecção, sob orientação da Diretoria Científica da SBMFC, é uma proposta de organizar e referendar o trabalho dos MFC no Brasil.

A seção Ensaios visa à divulgação de artigos com análise crítica e formulação de conhecimentos teóricos relevantes sobre um tema es-pecífico relacionado à MFC e APS. Deve ser apresentada em até 3.500 palavras, sem limites de referências. O texto deve ser organizado em tópicos para guiar os leitores quanto aos elementos essenciais do argu-mento desenvolvido.

A seção Relatos de Experiência é composta de artigos que relatem experiência inovadora em MFC e APS, acompanhada por reflexão teórica pertinente. Os textos devem ter até 3.500 palavras e 20 referências, com a seguinte estrutura: Introdução, Desenvolvimento e Conclusão.

A seção Documentos da SBMFC inclui documentos oficiais de colegiados oficiais ligados à SBMFC. Limite máximo de 2.500 palavras.

Em Cartas ao Editor, serão publicadas críticas a artigos publicados em números anteriores da revista ou nota curta, descrevendo critica-mente situações emergentes no campo temático da RBMFC. Opiniões de leitores, apontamentos de erros editoriais e sugestões sobre a revista são bem vindas. As cartas devem ter, no máximo, 600 palavras e 5 re-ferências.

A seção Comentários traz textos produzidos sob convite do editor, cujos autores comentam artigos recentemente publicados ou que serão publicados num futuro próximo. Os textos podem ter até 700 palavras e cinco referências. Observação: a seção para respostas, críticas ou co-mentários espontâneos aos artigos recentemente publicados é a "Cartas ao Editor".

A seção Espaço Aberto inclui textos de reflexão pessoal com maior liberdade formal, incluindo linguagens poética ou literária. *Entrevistas* com depoimentos de pessoas ou profissionais, cujas histórias de vida ou realizações sejam relevantes para a MFC ou APS, são publicadas também nessa seção. Os textos devem ter até 2.000 palavras.

A seção Memória, geralmente encomendada pelo editor, inclui tex-tos sobre profissionais ou fatos históricos que tiveram destacada con-tribuição para a MFC e a APS no Brasil e no mundo. Máximo de 900 palavras e 05 referências, pode incluir uma fotografia.

A seção Resumos apresentados em Congressos contém resumos científicos aprovados em congressos da SBMFC, publicados em suplementos especiais da RBMFC.

A seção Notas das Sociedades Estaduais é um espaço para apontamentos das Sociedades Estaduais ligadas à SBMFC.

Apresentação e Preparo dos Manuscritos

Os textos deverão ser formatados em DOC. O padrão de formatação exigido é Word for Windows – versão 6.0 ou superior –, página padrão A4, letra Arial (tamanho 11), espaçamento entre linhas 1,5 e nu-meração sequencial em todas as páginas. As notas de rodapé devem ser limitadas o máximo possível, assim como as ilustrações (ver abaixo) – que devem estar incluídas no próprio texto principal.

Serão consideradas como ilustrações: 1) tabelas (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.); 2) quadros (elementos demonstrativos com informações textuais); 3) gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações); 4) figuras (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagra-mas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que o miolo da revista é impresso em uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo esteja em cor, será convertido para tons de cinza. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático, quando deverá haver negociação prévia entre editor e autor(es). Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto. As ilustrações devem ser confeccionadas em programas digitais que permitam boas condições para editoração e reprodução.

Os arquivos DOC não devem conter nome e instituição de nenhum dos autores do artigo. Durante o processo de submissão até a publicação do artigo, a identificação de autoria é informação restrita ao Editor da RBMFC, sendo incluída somente no campo de cadas-tro de metadados, durante a submissão eletrônica.

Os trabalhos que envolverem pesquisas com seres humanos deve-rão vir acompanhados da devida autorização do Comitê de Ética corres-pondente, na forma de “documento suplementar” (item 4 da submissão eletrônica).

Os trabalhos (“arquivos DOC”) devem obedecer à seguinte sequên-cia de apresentação:

1. Título em português e também em inglês e espanhol. Evitar títulos longos, utilizar no máximo 80 caracteres, incluindo espaços. Devem ser evitadas abreviaturas.
2. Resumo do trabalho em português e também em inglês (*abstract*) e espanhol (*resumen*), os quais devem ser estruturados no formato “Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões”, com, no máximo, 350 palavras. Excetuam-se os ensaios teóricos ou equivalentes, cujos resumos são no formato narrativo, que, neste caso, terão limite de 150 palavras. Devem ser evitadas abreviaturas no resumo.
3. Palavras-chave em português e também em inglês (*keywords*) e espanhol *(palabras clave*): mínimo de 3 e máximo de 5 palavras-chave ou descritores do conteúdo do trabalho, apresentados em português, inglês e espanhol de acordo com o DeCS – Descritores em Ciências da Saúde da BIREME – Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (http://decs.bvs.br/). Observação: a versão final do título, do resumo e das palavras-chave para os idiomas inglês e espanhol ficarão sob responsabilidade da própria Revista.
4. Texto principal, de acordo com a estrutura recomendada para cada seção da RBMFC e tipo de trabalho. Observação: a designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.
   4.1. Ilustrações (tabelas, quadros, gráficos e figuras) devem ser en-viadas junto ao texto principal, conforme a ordem de apareci-mento.
5. Referências: são de responsabilidade dos autores, deverão ser limitadas às citações do texto e numeradas segundo a sua ordem de aparecimento, de acordo com as regras propostas pelo Comi-tê Internacional de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors): Requisitos Uniformes para Manuscritos apresentados a Periódicos Biomédicos (*Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication*), acessíveis em http://www.icmje.org ou http://www.icmje.org/portuguese.pdf. As URLs para as referências devem ser informadas quando possível.

Exemplos:

Periódico

Valla VV. Educação popular e saúde diante das formas de se lidar com a saúde. Revista APS. 2000; (5): 46-53.

Livro

Birman J. Pensamento freudiano. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1994. 204p.

Capítulo de livro

Vasconcelos EM. Atividades coletivas dentro do Centro de Saúde. In: _____. Educação popular nos serviços de saúde. 3. ed. São Paulo: HUCITEC; 1997. p. 65-69.

Dissertação

Caldas CP. Memória dos velhos trabalhadores. [Dissertação]. Rio de Ja-neiro, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1993.

Evento

Mauad NM, Campos EM. Avaliação da implantação das ações de assis-tência integral à saúde da mulher no PIES/UFJF; 6º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 2000, Salvador. Salvador: Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva; 2000. p.328.

Documento eletrônico

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Anais do 3o Seminário Internacional de Filosofia e Saúde [CD-ROM]. Florianópolis: UFSC/PEN; 2006.

Barbosa MA, Medeiros M, Prado MA, Bachion MM, Brasil VV. Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. *Rev. Eletr. Enferm. 2004; 06 (1): [online] [acesso em 2006 Out 01]. Disponível em:* http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_1/f1_coletiva.html

Corona MBEF. O significado do "Ensino do Processo de Enfermagem" para o docente Improving palliative care for cancer [tese na Internet]. Ribei-rão Preto: USP/EERP; 2005 [acesso 2007 Jun 28]. Disponível em: *http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-06052005-100508/*

Submissão Eletrônica

A submissão de artigos para a RBMFC é feita apenas eletronicamente, e os textos deverão ser remetidos por meio da plataforma SEER, acessada em www.rbmfc.org.br. O cadastro no sistema e posterior acesso, por meio de login e senha, são obrigatórios para a submissão de trabalhos, bem como para acompanhar o processo editorial em curso.

Durante o processo de submissão eletrônica, o autor responsável, além de enviar o "arquivo DOC" do artigo, deverá informar ainda:

- A Seção da RBMFC a que se destina o artigo;
- O idioma do artigo;
- Os nomes completos, endereços eletrônicos e as filiações de todos os autores; e
- Eventuais conflitos de interesses dos autores.

Declaração de Autoria e responsabilidade dos autores

No Passo 1 da submissão eletrônica de artigos, os autores deverão concordar com a responsabilidade de autoria, marcando a primeira caixa de seleção das Condições para Submissão.

As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados; b) redação do artigo ou a sua revisão crítica; c) aprovação da versão a ser publicada.

Todo e qualquer trabalho a ser submetido, para que seja avaliado para publicação na RBMFC, obrigatoriamente deverá(ão) ser acompanhado(s) do(s) seguintes arquivo(s) complementares:

- DECLARAÇÃO assinada por todos os autores de que: a) o trabalho não foi publicado e nem está sendo submetido para publicação em qualquer outro periódico; b) que todos os autores do trabalho concordam que o mesmo seja avaliado para publicação na RBMFC.
- Formulário preenchido e assinado pelos autores referente ao possível "Conflito de interesses", que possa influir nos resultados.

Estes dois arquivos em formato pdf deverão ser postados no passo 4 do Processo de Submissão On-Line.

Após a aprovação do artigo, e antes da publicação final, todos os autores deverão especificar suas contribuições individuais na elaboração do artigo, enviando para o e-mail rbmfc@sbmfc.org.br uma "declaração de autoria e de responsabilidade", em formato pdf, com as assinaturas digitalizadas.

Exemplo de Declaração de Autoria e Responsabilidade:

"Declaro que participei de forma significativa na construção e formação deste estudo ou da análise e interpretação dos dados, como tam-bém na redação deste texto, tendo, enquanto autor, responsabilidade pública pelo conteúdo deste. Revi a versão final deste trabalho e aprovo para ser submetido à publicação. Declaro que nem o presente trabalho nem outro com conteúdo semelhante de minha autoria foi publicado ou submetido à apreciação do Conselho Editorial de outra publicação."

Observação: todos os autores de cada artigo receberão, após a publicação de seu trabalho, três exemplares da revista em que o seu estudo foi publicado.

Ética em Pesquisa

Os trabalhos que envolverem pesquisas com seres humanos deve-rão vir acompanhados da devida autorização do Comitê de Ética corres-pondente, na forma de "documento suplementar" (item 4 da submissão eletrônica).

Agradecimentos

Quando existirem agradecimentos a colaborador(es) que não se enquadra(m) na condição de autor(es), estes deverão compor um texto num arquivo DOC à parte, que deverá ser transferido na forma de "do-cumento suplementar" (item 4 da submissão eletrônica). Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomea-das nos agradecimentos.

Dúvidas e Esclarecimentos adicionais:

Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade – SBMFC Rodovia SC 401, km 04, Número 3854 Florianópolis (SC) – CEP: 88032-005
Tel.: +55 48 3231-0321
E-mail: rbmfc@sbmfc.org.br

Marcelo Marcos Piva Demarzo
Editor
demarzo@unifesp.br

David Matos Milhomens
Bibliotecário – CRB-14/1268
Secretário Executivo da RBMFC
david@sbmfc.org.br