

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

**DESOSPITALIZAÇÃO DE CRIANÇAS DEPENDENTES DE
TECNOLOGIAS: POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES NA
PERSPECTIVA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL**

KASSIELY KLEIN

Porto Alegre

2018

KASSIELY KLEIN

**DESOSPITALIZAÇÃO DE CRIANÇAS DEPENDENTES DE TECNOLOGIAS:
POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES NA PERSPECTIVA DA EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL**

Trabalho apresentado como requisito para conclusão da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Professora Orientadora: Enf^a Dr^a Helena Becker Issi e Professoras Colaboradoras: Enf^a Dr^a Aline Cammarano Ribeiro e Enf^a Dr^a Neila Santini de Souza.

Porto Alegre

2018

CIP - Catalogação na Publicação

Klein, Kassiely
DESOSPITALIZAÇÃO DE CRIANÇAS DEPENDENTES DE
TECNOLOGIAS: POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES NA
PERSPECTIVA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL / Kassiely
Klein. -- 2018.
52 f.
Orientadora: Helena Becker Issi.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de
Clínicas de Porto Alegre, Residência Integrada
Multiprofissional em Saúde, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Saúde da Criança. 2. Equipe multiprofissional.
3. Alta do paciente . I. Becker Issi, Helena, orient.
II. Título.

RESUMO

As Crianças com Necessidades Especiais de Saúde são um grupo de crianças ou adolescentes que apresentam demandas de cuidados específicos, podendo ser temporários ou contínuos, dos setores da saúde, da educação e social, que vão além das demandas requeridas por outras crianças. Essa população exige dos profissionais de saúde e familiares um conhecimento ampliado, entretanto, nem sempre estes apresentam os saberes necessários e, muitas vezes, não estão qualificados e capacitados adequadamente para exercer o cuidado no domicílio com as mesmas. Por isso, essa população vem gerando diversos desafios aos profissionais de saúde, frente ao processo de desospitalização segura. Para isso se faz necessário a intervenção de uma equipe multiprofissional, com uma alta hospitalar planejada, levando em consideração diversos aspectos psicossociais, mediante: desejo da família de levar a criança para o domicílio; o preparo e capacitação dos familiares e responsáveis; as condições clínicas da criança; os encaminhamentos legais e o acesso a benefícios e auxílios; o acesso aos materiais e equipamentos que essa criança necessitará, bem como a estruturação da rede de saúde que essa família acessará pós-alta hospitalar. Nessa direção tem-se como objetivo conhecer e descrever as potencialidades e fragilidades no processo de desospitalização segura de crianças dependentes de tecnologias de saúde na perspectiva de uma equipe multiprofissional, visando à integralidade do trabalho interdisciplinar. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo exploratório descritivo, realizado na Pediatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, Brasil, com quinze participantes, em dois encontros, sendo que sete participaram do primeiro e oito participaram do segundo. Destes, dois eram médicos, duas nutricionistas, duas fisioterapeutas, duas assistentes sociais, duas educadoras físicas, duas farmacêuticas, uma enfermeira, uma fonoaudióloga, uma psicóloga. Para a coleta de dados foram desenvolvidas Dinâmicas de Criatividade e Sensibilidade, integrantes de um método de pesquisa denominado Método Criativo e Sensível. A análise dos dados foi realizada por meio da Análise de Conteúdo Temática. O projeto foi submetido para apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição com CAAE: 84912218.0.0000.5327. Nesta temática da “Experiência da desospitalização: da singularidade à totalidade”, emergiram os subtemas: *Construção do Processo de Desospitalização: desafios partilhados; Cuidado multiprofissional: da utopia à realidade; Comunicação eficiente: um desafio a ser alcançado; Família no processo de desospitalizar; Rede de apoio: familiar e de saúde*. O estudo possibilitou conhecer as potencialidades e fragilidades do processo de desospitalização de crianças com doenças crônicas dependentes de tecnologias para manutenção da vida, em uma perspectiva multiprofissional e promoção de segurança do paciente, em um hospital público e universitário. Considera-se que a desospitalização da criança junto a sua família é uma possibilidade de retomar a sua vida, a sua rotina normal. Os depoimentos dos profissionais reafirmam significar melhora na qualidade de vida para a criança e seus familiares, entretanto reconhecem que há fragilidades implicadas no processo de desospitalização segura da criança e sua família.

Descritores: Saúde da Criança; Equipe multiprofissional; Alta do paciente.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Produção artística da DCS	24
Figura 2 – Produção artística da DCS	25
Figura 3 – Produção artística da DCS	28
Figura 4 – Produção artística DCS	29
Figura 5 – Produção artística DCS	31
Figura 6 – Produção artística DCS	32
Figura 7 – Produção artística DCS	33
Figura 8 – Produção artística DCS	34

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização dos participantes de pesquisa.....	17
Quadro 2 – Planejamento das DCS Tempestade Criativa - Porto Alegre, 2018	19

LISTA DE SIGLAS

CDT – Crianças dependentes de tecnologias
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CRIANES – Crianças com necessidades especiais de saúde
CSHCN – *Children With Special Health Care Needs*
DCS – Dinâmicas de criatividade e sensibilidade
EGP – Enfermagem em gastroenterologia pediátrica
FQ – Fibrose quística
HCPA – Pediatria do Hospital de Porto Alegre
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MCS – Método Criativo e Sensível
MEC – Ministério da Educação
PICC – Cateter venoso central de inserção periférica
PRICA – Programa de reabilitação intestinal de crianças e adolescentes
QGD – Questão geradora do debate
SR – Sala de recuperação
TCLE – Termo de consentimento livre e esclarecido
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UTIP – Unidade de terapia intensiva pediátrica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 REVISÃO TEÓRICA	9
3 METODOLOGIA.....	13
3.1 TIPO DE ESTUDO	13
3.2 CAMPO DE ESTUDO	14
3.3 PARTICIPANTES	15
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	16
3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	16
3.6 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	17
3.7 COLETA DE DADOS	18
3.8 ANÁLISE DOS DADOS	19
3.9 ASPECTOS ÉTICOS	20
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
4.1 A EXPERIÊNCIA DA DESOSPITALIZAÇÃO: DA SINGULARIDADE À TOTALIDADE.....	22
4.1.1 A Construção do Processo de Desospitalização: desafios partilhados.....	22
4.1.2 Cuidado multiprofissional: da utopia à realidade.....	24
4.1.3 Comunicação eficiente: um desafio a ser alcançado	28
4.1.4 A Família no processo de desospitalizar	30
4.1.5 Rede de apoio: familiar e de saúde.....	33
CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	39
APÊNDICE A	44
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	45
ANEXO	47

1 INTRODUÇÃO

Com os avanços das tecnologias de saúde em pediatria, observou-se uma redução significativa na mortalidade infantil e aumento da sobrevivência de crianças fragilizadas clinicamente. Sendo assim observou-se o crescente número de crianças com doenças crônicas as quais muitas vezes necessitam de cuidados especiais de saúde para manter sua sobrevivência, esse determinado grupo pode ser classificado como Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES) (SILVA *et al.*, 2015).

As CRIANES são um grupo de crianças ou adolescentes que apresentam demandas de cuidados específicos podendo ser temporários ou contínuos dos setores da saúde, da educação e social, que vão além das demandas requeridas por outras crianças. Essa população exige dos profissionais de saúde e familiares um conhecimento ampliado, entretanto, nem sempre estes apresentam os saberes necessários e, muitas vezes, não estão qualificados e treinados adequadamente para exercer o cuidado com as mesmas (SILVEIRA *et al.*, 2017).

Na literatura brasileira as CRIANES são classificadas em seis tipos: Crianças com disfunção no desenvolvimento e funcional; Crianças em uso de tecnologias de saúde; Crianças que utilizam terapias medicamentosas contínuas; Crianças com cuidados habituais modificados; Crianças em cuidados mistos e por último Crianças com cuidados clinicamente complexos (GÓES; CABRAL, 2017). Este estudo apenas abordará a segunda classificação, sendo nesta pesquisa denominada de crianças dependentes de tecnologias – (CDT).

A CDT pode ser compreendida como a criança que faz uso de dispositivos médicos recorrente de uma situação ou agravo à saúde suprimindo a perda de uma determinada função vital do organismo, o qual necessita de cuidados especiais diários para manter a sobrevivência e evitar maiores complicações (MESMAN *et al.*, 2013). Já os dispositivos médicos são compreendidos como instrumento, aparelho ou artefato semelhante que se reserve a prevenir, diagnosticar, atenuar ou tratar a doença, ou que afete a estrutura ou função do corpo (GÓES; CABRAL, 2017).

Considerando a necessidade de cuidados especiais e continuados, e o uso de tecnologias para a sobrevivência, considera-se a desospitalização como possibilidade de estar em casa seguindo o tratamento, cujos cuidados ficam sob a responsabilidade de um familiar/cuidador. Assim, a desospitalização apresenta-se também como forma de proporcionar mais qualidade de vida à criança com doença crônica (PREDEBOM, 2017).

Por isso, essa população vem gerando diversos desafios aos profissionais de saúde, frente ao processo de desospitalização segura. Para isso se faz necessário a intervenção de

uma equipe multiprofissional, com uma alta hospitalar planejada, levando em consideração diversos aspectos psicossociais, mediante: desejo da família de levar a criança para o domicílio; o preparo e capacitação dos familiares e responsáveis; as condições clínicas da criança; os encaminhamentos legais e o acesso a benefícios e auxílios; o acesso aos materiais e equipamentos que essa criança necessitará, bem como a estruturação da rede de saúde que essa família acessará pós alta hospitalar (MORAES; CABRAL, 2012).

Tratando-se de um tema tão complexo que envolve a equipe multiprofissional, a estratégia mais efetiva seria de uma assistência pautada na interdisciplinaridade. Tal modalidade vem a contribuir de forma a unir os conhecimentos fragmentados possibilitando a construção de saberes e fornecendo condições necessárias para oferecer resolutividade na assistência prestada à saúde. O saber interdisciplinar tem a potencialidade de ampliar a integração entre os profissionais nas suas práticas, buscando a resolutividade dos problemas que afligem o paciente e família, proporcionando uma visão biopsicossocial (CARPES *et al.*, 2012).

Nesse sentido, a finalidade deste estudo é de contribuir para melhorias na assistência prestada a essa população, bem como favorecer o processo de desospitalização segura em pediatria. Pretende-se também embasar teoricamente a produção de protocolos para alta hospitalar, alertando o profissional de saúde quanto à importância de ter sua assistência pautada na interdisciplinaridade.

Cabe destacar que a escolha da temática desse estudo deu-se a partir da motivação e experiência profissional solicitada durante a atuação enquanto enfermeira residente em unidade de internação pediátrica, somada às dificuldades apontadas pela equipe multiprofissional em realizar alta hospitalar programada atendendo todas as demandas da criança e da família.

Portanto, para o desenvolvimento desse estudo, lançamos a seguinte questão de pesquisa:

Quais as potencialidades e fragilidades no processo de desospitalização de crianças dependentes de tecnologias de saúde na perspectiva de uma equipe multiprofissional?

Assim, os objetivos deste estudo são conhecer e descrever as potencialidades e fragilidades no processo de desospitalização segura de crianças dependentes de tecnologias de saúde na perspectiva de uma equipe multiprofissional, visando a integralidade do trabalho interdisciplinar.

2 REVISÃO TEÓRICA

Em consequência ao aumento das tecnologias, recursos terapêuticos e capacitação dos recursos humanos bem como a expansão e qualificação das unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica, houve um aumento da sobrevivência de crianças clinicamente instáveis. Sendo assim, esse avanço contribuiu no aumento de crianças com condições crônicas de saúde as quais necessitam de suporte de tecnologias para viver. Essa população foi primeiramente descrita na literatura internacional no ano de 1995 como *Children With Special Health Care Needs* (CSHCN) e no Brasil a partir de 1999 foram denominadas crianças com necessidades especiais de saúde (CRIANES), atualmente a terminologia melhor empregada é crianças e adolescentes com necessidades de atenção especial de saúde (CRIANES) (NEVES; SILVEIRA, 2013; ARRUÉ, 2018).

Na atualidade, as CRIANES representam quase um quarto da população infantil brasileira. No último censo populacional do IBGE, a incidência foi de 21,68% de crianças abaixo de 14 anos de idade com pelo menos um tipo de deficiência. Observou-se maior número de crianças com deficiência nas regiões cujas famílias apresentaram renda familiar baixa, revelando uma estreita relação com a condição de vida (CABRAL; MORAIS, 2015).

A classificação das CRIANES na literatura brasileira descreve da seguinte forma as demandas de cuidados: de Desenvolvimento – nesse primeiro grupo estão as crianças com disfunção neuromotora muscular, limitações funcionais e incapacitantes, em estimulação de desenvolvimento e funcional; Tecnológico - crianças que necessitam do suporte de tecnologias para sua sobrevivência como utilização de traqueostomia, gastrostomia, catéteres, entre outras; Medicamentoso - são crianças caracterizadas como farmacodependentes, que utilizam medicamentos contínuos como cardiotônicos, anticonvulsivantes, antiretrovirais, por exemplo; Habituais modificados - são as que dependem de modificações na forma habitual de cuidar no dia a dia; Cuidados mistos, há uma combinação de uma ou mais demandas, excluindo-se a tecnológica; e, por último, as que demandam cuidados clinicamente complexos, caracterizadas como a combinação de todas as anteriores (DE SOUZA ESTEVES *et al.*, 2016).

Com as mudanças no perfil epidemiológico, ocorre o aumento da expectativa de vida e condições crônicas de saúde, as quais cada vez mais exigem dos profissionais uma abordagem integral que contemple as múltiplas dimensões das necessidades de saúde dos pacientes e familiares, tornando a comunicação a ferramenta indispensável para a resolutividade das demandas em saúde (PREDUZZI *et al.*, 2013).

Uma das problemáticas apontadas é que a população de crianças em condições crônicas vem ocupando um grande quantitativo de leitos hospitalares e permanecendo por longos períodos de tempo internadas, estando mais vulneráveis às diversas implicações que uma internação prolongada pode ocasionar fato evidenciado na pesquisa de Parente e Silva (2017). Este estudo aponta que 48,1% das crianças internadas em leitos pediátricos de um hospital universitário são crianças com doenças crônicas, onde 25,2% dos casos possuíam internações prévias. Pode-se verificar ainda que essa população, além de ocupar quase metade dos leitos pediátricos, apresenta um número significativo de reinternações, idealizando-se a necessidade de uma alta hospitalar planejada e segura, proporcionando que as mesmas desenvolvam-se em ambiente domiciliar e familiar (PARENTE; SILVA, 2017).

Com a cronicidade, vem muitas vezes concomitante a necessidade de fazer-se uso de dispositivos tecnológicos em saúde, como é o caso das crianças dependentes de tecnologias (CDTs), pois o uso de dispositivos médicos como cateteres, sondas, colostomia, traqueostomia, entre outros, são dispositivos essenciais para suprir o comprometimento de uma ou mais funções do organismo, fazendo-se necessário a prestação de cuidados diferenciados e contínuos. Essa população por muitos anos era somente assistida em âmbito hospitalar, entretanto, com os avanços tecnológicos, tem-se possibilitado a desospitalização, na qual os procedimentos técnicos complexos, que antes eram realizados pela equipe hospitalar, agora passam a ser executados pelos familiares (GÓES; CABRAL, 2017).

Essa situação é causadora de muito estresse, insegurança e modificações na vida diária desse paciente/família, por isso espera-se que o processo de desospitalização seja elaborado de forma efetiva e eficaz, minimizando os riscos ao paciente e garantindo a confiança do familiar/ responsável para realizar os procedimentos necessários, estando esses preparados para agir frente à possibilidade de intercorrências, identificando possíveis situações de urgência e emergência (PREDEBON, 2017).

Para que a desospitalização ocorra de forma segura deve envolver-se nesse processo uma equipe multiprofissional cujo trabalho necessita caracterizar-se pela atuação em que os profissionais, dentro de cada especificidade, possam contribuir, objetivando o atendimento do maior número de demandas apresentadas pelo paciente. Pensa-se ainda em uma intervenção interdisciplinar, a qual possibilita a articulação de várias especialidades transpondo-se os limites dentro das equipes em que atuam, denotando conhecimentos e qualificações distintas (PREDUZZI *et al.*, 2013).

Uma das dificuldades encontradas no processo da desospitalização é a forma em que os métodos de trabalho estão organizados, pois na maioria das vezes as altas hospitalares são

realizadas no próprio dia durante visita clínica multiprofissional às unidades de internação, e em função disso, associada à ocorrência de falhas na comunicação. Diversos membros da equipe tomam conhecimento da alta apenas no dia em que o paciente retornará ao domicílio (MARQUES; ROMANO-LIEBER, 2014).

A falta de participação multiprofissional na visita diária ao paciente inviabiliza também o planejamento de forma interdisciplinar e, conseqüentemente, dificultando a atuação integrada no preparo do paciente para retorno ao domicílio, podendo ocasionar assim intercorrências onde os mesmos necessitam acessar outros serviços de saúde e até mesmo uma reinternação, gerando altos custos a saúde (MARQUES; ROMANO-LIEBER, 2014).

Ainda vivemos o desafio de quebrar o modelo de cuidado médico centrado onde o conceito de alta está fragmentado somente ao ato médico que configura a cessação de assistência prestada ao paciente seja ela hospitalar, ambulatorial ou domiciliar. Porém, esse processo para ocorrer com segurança requer um trabalho integrado, sendo melhor conceituado pelo Ministério da Saúde na portaria nº 3.390 de 30 de Dezembro de 2013, na qual alta hospitalar é entendida como transferência do cuidado, onde deverão ser realizadas orientações ao paciente e familiares diante da continuidade do tratamento, estimulando a autonomia e autocuidado, além disso realizar a articulação com os demais pontos da rede de atenção a saúde a qual esse paciente terá acesso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a).

Também, muitos profissionais têm a predisposição de trabalhar de forma isolada e independente dos demais, sendo esse o reflexo de uma formação acadêmica também distanciada e restrita a sua própria área de atuação (PREDUZZI *et al.*, 2013).

Sendo assim, idealiza-se para as ações de saúde uma assistência interprofissional e interdisciplinar, caracterizadas pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas (PAVIANI, 2008; PACHÊCO *et al.*, 2017). Este movimento vem a contribuir na resolubilidade dos serviços e a qualidade da atenção à saúde, pois possibilita evitar omissões ou duplicações de cuidados, ampliar e melhorar a comunicação entre os profissionais, bem como o reconhecimento das contribuições específicas de cada área e de suas fronteiras sobrepostas, com a flexibilização dos papéis profissionais (PREDUZZI *et al.*, 2013).

Pensando-se no plano de alta hospitalar esse se configura como a organização das atividades determinadas pelas condições específicas de cada paciente, sendo um processo de cunho multiprofissional, devendo ser planejado desde o momento da admissão, onde o paciente/família é o protagonista do seu autocuidado. Deste modo podendo ser identificadas suas potencialidades e fragilidades em ambiente hospitalar, para que assim, possam ser

trabalhadas para que a desospitalização ocorra de forma segura, certificando-se que no domicílio o paciente fará e terá todos os cuidados de saúde (COREN, 2010).

Os benefícios da desospitalização são incontestáveis, ainda mais tratando-se de CDTs, onde o ambiente domiciliar vem a favorecer seu crescimento e desenvolvimento, possibilitando uma interação social e participação do convívio familiar. Associado a isto, constata-se a redução dos riscos de infecções, cujas taxas apresentam-se diminuídas em ambiente domiciliar. Também se destaca como ponto positivo a desospitalização frente à melhoria dos fluxos internos da instituição, com a maior rotatividade, e disponibilização de leitos hospitalares para suprir as demais demandas de saúde da população pediátrica (CABRAL *et al.*, 2013; PREDEBON, 2017).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo exploratório descritivo. Estudos classificados como exploratórios têm como principal intuito o melhoramento de conceitos ou a descoberta de intuições e destinam-se a proporcionar maior proximidade com o problema abordado. É um tipo de pesquisa de planejamento moldável, a fim de considerar os mais diversos aspectos relacionados à temática estudada. Em geral, estas pesquisas envolvem três etapas: levantamento bibliográfico; entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e análise de exemplos que estimulem a compreensão. Estudos qualitativos concentram-se nos aspectos dinâmicos, holísticos e individuais dos fenômenos, buscando capturá-los em sua totalidade, dentro do contexto daqueles que os experimentam (POLIT; BECK, 2011).

As pesquisas descritivas têm por objetivo principal a descrição de particularidades, de uma população ou fenômeno ou estabelecer relações entre variáveis. São incluídas neste grupo as pesquisas com objetivo de levantar opiniões, atitudes e crenças de uma determinada população. Junto com os exploratórios, os estudos descritivos são os que habitualmente realizam os pesquisadores sociais, preocupados com a atuação prática (GIL, 2008).

Além disso, estudos qualitativos mostram-se apropriados para dar sentido à ótica dos envolvidos. Neste estudo foram desenvolvidas Dinâmicas de Criatividade e Sensibilidade (DCS), integrantes de um método de pesquisa denominado Método Criativo e Sensível – MCS (NEVES; CABRAL, 2008). Trata-se de um método de produção de dados em grupo, baseado no referencial de Paulo Freire, o qual enfatiza a singularidade do sujeito, e valorização dos saberes individuais para coletivização das experiências. Esse método possui como intuito a produção de conhecimento, partindo de um senso comum e saber científico (CABRAL, 1999).

As dinâmicas de criatividade e sensibilidade conjugam técnicas consolidadas de coleta de dados, entrevista coletiva, discussão de grupo e observação participante para produzir dados no espaço grupal de forma dinâmica, dialógica e interacional (SORATTO *et al.*, 2014).

3.2 CAMPO DE ESTUDO

A Pesquisa foi realizada em uma instituição pública e universitária, integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação (MEC) e vinculada academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). O estudo transcorreu mais especificamente na Unidade de Internação Pediátrica que é composta pelas alas 10º Norte e 10º Sul, inseridas na Pediatria do Hospital de Porto Alegre (HCPA), que conta com a atuação de diversos profissionais da saúde sendo eles: enfermeiros; técnicos de enfermagem; médicos; nutricionistas; fisioterapeutas; assistentes sociais; educadores físicos; fonoaudiólogas; psicólogas e farmacêuticos. Tratando-se de um hospital escola, há grande circulação de residentes médicos e da equipe multiprofissional, bem como acadêmicos de diversas áreas (HCPA, 2017).

As unidades de internação pediátricas 10º Norte e 10º Sul recebem pacientes de diversas especialidades, como: gastropediatria, pneumologia, genética, entre outras, além disso, apresentam grandes demandas em épocas sazonais de pacientes internados devido à bronquiolite. Enfermeiras das unidades 10º Norte e 10º Sul atendem os pacientes do Programa de Reabilitação Intestinal de Crianças e Adolescentes (PRICA) e os familiares nas orientações específicas nas unidades e em forma de “Sobreaviso”, quando recebem alta da Internação para a Casa de Apoio. Tais atividades integram a modalidade de “transição do cuidado” para o município de origem, após a alta hospitalar, procurando atender aos princípios da desospitalização segura (HCPA, 2017).

A Unidade de Internação Pediátrica 10º Norte é composta por trinta e dois leitos, sendo divididos em seis enfermarias e dois quartos de isolamento semi-privativo. Internam crianças de dois dias, pois é a unidade referência para neonatos em período de superlotação da UTI neonatal, até crianças de seis anos incompletos, neonatos com patologias pediátricas, crianças com necessidades de tecnologias mais complexas para a manutenção da vida, pois é a unidade referência para alta da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de pacientes pediátricos traqueostomizados dependentes de ventilação invasiva, além de crianças e adolescentes até dezessete anos que necessitam de isolamento ou tenham estatura menor que 110 cm, desde que permaneçam seguras e confortáveis nos berços. E também referência para o atendimento de pacientes portadores de fibrose cística com *Burkholderia cepacia*¹. Nesta unidade uma enfermeira realiza Consulta de enfermagem no Ambulatório da Fibrose cística.

¹ Grupo constituído por nove espécies de bactérias patogénicas oportunistas na fibrose quística (FQ), associadas a prognóstico mais reservado e a infecção cruzada entre os doentes. (CORREIA *et al.*, 2008).

Duas enfermeiras participam do Time de Cateter venoso central de inserção periférica – (PICC) da pediatria e institucional (HCPA, 2017).

Já a Unidade de Internação Pediátrica 10º Sul é composta por trinta e quatro leitos, sendo esses divididos em uma enfermaria de seis leitos para lactentes, três quartos de convênio, dois quartos privativos e doze semi-privativos. Interna crianças de vinte e oito dias até quatorze anos, e é referência para atendimento de pacientes pós transplante hepático e fibrose cística não portadores de *Burkholderiacepacia*. Enfermeiras desta Unidade desenvolvem Consulta de Enfermagem no Ambulatório de Fibrose Cística, Transplante Hepático Infantil e Ambulatório de Enfermagem em Gastroenterologia Pediátrica (EGP), com ênfase ao Programa PRICA (HCPA, 2017).

Pode-se observar que nestas unidades descritas acima, ocorre o atendimento de diversas crianças com problemas crônicos de saúde e que são dependentes de tecnologias de saúde, caracterizadas como CRIANES, considerando-se, assim, os locais apropriados para realização da presente investigação, frente às demandas encontradas.

3.3 PARTICIPANTES

Na pesquisa qualitativa, o objetivo na seleção de participantes é convidar para participar aqueles que viveram a experiência que é o foco do estudo, que estão predispostos a compartilhar sua experiência, a qual é diversificada o suficiente uns dos outros para garantir as possibilidades de riquezas e histórias singulares da vivência particular (POLIT; BECK, 2011; REINERS, 2012).

Nessa perspectiva, os participantes convidados foram membros das equipes assistenciais que integram a equipe multiprofissional pediátrica. Inicialmente, foram previamente convidados a participar da pesquisa, em encontro individual, com o propósito de expor detalhadamente o objetivo do estudo e apresentar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após foi lhes enviado o local, data e horário para participação nos encontros previamente agendados em número de dois. Foi estipulado o número de dois encontros, de modo a contemplar pelo menos uma representante de cada categoria profissional e a obtenção de maior riqueza possível de contribuições para o tema abordado.

Totalizaram quinze participantes, sendo que sete participaram do primeiro encontro e oito participaram do segundo encontro. Destes, dois eram médicos, duas nutricionistas, duas fisioterapeutas, duas assistentes sociais, duas educadoras físicas, duas farmacêuticas, uma enfermeira, uma fonoaudióloga, uma psicóloga. Inicialmente a proposta era que participassem

dois profissionais ou residentes de cada área de atuação, porém alguns não conseguiram se fazer presentes no dia, por motivos pessoais ou demandas dos serviços em que atuam. Houve predominância do sexo feminino, apenas um dos participantes era do sexo masculino. O horário escolhido para desenvolver os encontros foi no final da tarde, para facilitar a participação de um maior número de participantes. Os profissionais dos turnos da manhã e tarde foram contemplados na pesquisa, uma vez que alguns profissionais trabalham em turno integral. Não foi necessário que os mesmos participantes estivessem em todos os encontros, pois o método permite que participantes novos se incluam, visto que as dinâmicas possuem começo, meio e fim, não tendo continuidade posteriormente.

O número de participantes foi determinado frente à complexidade da realização da dinâmica grupal, cujo método preconiza que haja um número mínimo de cinco a seis e máximo de 10 participantes. Tal modalidade é estabelecida frente à necessidade de que todos expressem e compartilhem seus saberes sobre o tema, facilitando também a compreensão e transcrição dos dados (CABRAL, 1998).

Utilizou-se, para cada encontro realizado nas DCS, segundo Polit e Beck (2011, p. 358), um princípio norteador na seleção da amostra de participantes em estudos qualitativos:

[...] todos os participantes precisam ter experimentado o fenômeno, sendo capazes de expressar o que significa ter vivido essa experiência. Mesmo buscando participantes que tenham passado pela experiência alvo, também é preciso explorar a diversidade das experiências individuais.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os critérios de inclusão foram: desempenhar profissionalmente sua função há pelo menos um ano; ter vivenciado uma ou mais vezes o processo de desospitalização de crianças em uso de tecnologias de saúde.

Participaram neste estudo dois profissionais ou residentes de cada área de atuação profissional integrantes da equipe assistencial multiprofissional da unidade de internação pediátrica.

3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os critérios de exclusão foram: exercer função de cunho administrativo; profissionais com formação de nível técnico; profissionais impossibilitados de exercer suas funções devido a afastamento ou licenças. Diante dos critérios estabelecidos, não houve nenhuma exclusão.

3.6 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

O quadro a seguir foi construído com a finalidade de facilitar a compreensão, sendo possível visualizar a posição do participante enunciador no discurso, disponibilizando uma breve caracterização dos mesmos (GOMES, 2012). A codificação dos co-partícipes do estudo foi realizada conforme a ordem em que estes foram se manifestando nas gravações.

Quadro 1 – Caracterização dos participantes de pesquisa

P1	Médico	Mestrado completo + Pós Graduação	8 anos de formado 2 anos nos serviços
P2	Fonoaudióloga	Pós Graduação completa + uma em andamento	4 anos de formado 1 ano nos serviços
P3	Educadora Física	Mestrado completo + Pós Graduação em andamento	4 anos de formado 1 ano nos serviços
P4	Assistente Social	Duas pós graduações completas	33 anos de formado 22 anos nos serviços
P5	Farmacêutica	Mestrado completo + Pós Graduação em andamento	8 anos de formado 6 anos nos serviços
P6	Fisioterapeuta	Pós Graduações completas	21 anos de formado 6 anos nos serviços
P7	Nutricionista	Pós Graduação em andamento	1 anos de formado 1 ano nos serviços
P8	Enfermeira	2 Pós Graduações completas	30 anos de formado 23 anos nos serviços
P9	Médica	Pós Graduação em andamento	1 anos de formado 1 ano nos serviços
P10	Farmacêutica	Pós Graduação em andamento	2 anos de formado 1 ano nos serviços
P11	Nutricionista	Pós Graduação completa + Mestrado completo	11 anos de formado 6 anos nos serviços
P12	Ed. Física	Pós Graduação completa + Mestrado completo	17 anos de formado 6 anos nos serviços
P13	Fisioterapeuta	Pós Graduação completa + uma em andamento	3 anos de formado 1 ano nos serviços
P14	Assistente Social	Pós Graduação em andamento	1 ano de formado 1 ano nos serviços
P15	Psicóloga	Pós Graduação completa + pós em andamento	5 anos de formado 1 ano nos serviços

Fonte: Autora (2018)

3.7 COLETA DE DADOS

Os dados foram produzidos, transcritos e analisados a partir das DCS que foram desenvolvidas após o aceite do CEP, no período de dezembro 2017 a junho de 2018. A DCS aplicada neste estudo é denominada ‘Tempestade Criativa’, a qual caracteriza-se pela produção artística mediante uma analogia com os diversos componentes de uma tempestade (raios, chuva, nuvens, vento, entre outros). Além disso, pode ser usada para estimular a discussão dos participantes sobre determinado problema, buscando estratégias/soluções para serem implementadas nos locais de trabalho (ZAMBERLAN; NEVES, 2013; CRUZ *et al.*, 2017).

Durante a realização dos encontros utilizou-se gravador digital para gravação das discussões do grupo e, posteriormente, foi realizada sua transcrição pela pesquisadora. Foram realizados os registros fotográficos das produções artísticas produzidas pelo grupo e utilizados na etapa de produção dos dados para ilustrar os discursos dos participantes das DCS. Além disso, houve a participação de uma auxiliar de pesquisa, acadêmica do curso de enfermagem, que pesquisa sobre o tema abordado.

Para o desenvolvimento das DCS, preconizou-se as cinco etapas segundo Soratto *et al.*, 2014:

Etapa 1 – Acolhimento (cerca de 5 min), consistiu-se na apresentação dos participantes e do mediador do grupo, é feita a apresentação da temática proposta para o encontro e explicada como será realizada a dinâmica grupal para a produção dos dados da pesquisa;

Etapa 2 – Trabalho individual ou coletivo (cerca de 15 min): foi realizada a produção artística individual, por meio da DCS denominada tempestade criativa. Para seu desenvolvimento a pesquisadora lançou a seguinte questão geradora do debate (QGD): Quais são as potencialidades e fragilidades encontradas no processo de desospitalização de crianças em uso de tecnologias frente ao trabalho interdisciplinar?

Etapa 3 – Apresentação das produções artísticas (cerca de 10 min): ocorreu a apresentação verbal e exposição das produções artísticas individuais no espaço grupal, neste momento cada participante expos suas perspectivas por meio dos elementos da tempestade criativa (chuva, sol, raio, nuvem, vento), despertando a dimensão criativa e sensível, o que estava latente a partir de suas vivências na desospitalização de CDTs. Durante essa etapa a pesquisadora e a auxiliar de pesquisa registraram os assuntos dos quais foram codificados os temas geradores, tomando nota das palavras-chave;

Etapa 4 – Análise coletiva e discussão grupal (cerca de 30 min): momento em que ocorreu a análise coletiva e discussão grupal a partir da decodificação dos subtemas geradores;

Etapa 5 – Síntese temática e validação dos dados (cerca de 05 min): Houve o encerramento do encontro, a partir da síntese dos temas geradores produzidos no espaço grupal, sendo realizada a validação dos dados coproduzidos no grupo.

As dinâmicas tiveram a duração em torno de 60 min e foram realizadas na sala 1032 e 830 localizadas no 10º e 8º andar do hospital que serviu de cenário para o estudo.

Foi utilizada a orientação de Polit e Beck (2011) quanto à utilização de um guia de tópicos escritos para a condução das dinâmicas de criatividade e sensibilidade, a fim de garantir que todas as questões geradoras de debate fossem enfocadas, acrescidas da atitude por parte do pesquisador de encorajar que os participantes falassem livremente sobre todos os tópicos incluídos no roteiro (APÊNDICE A). As informações foram lançadas e arquivadas no computador para organização e controle da etapa de produção dos dados.

Para melhor visualização do planejamento da DCS, foi construído o quadro a seguir.

Quadro 2 – Planejamento das DCS Tempestade Criativa - Porto Alegre, 2018

DCS	Data/ Local Duração	Número de participantes	QGD	Materiais utilizados
Tempestade Criativa	24/05/2018 Sala: 1032 Duração aproximadamente 1:06:30	Uma pós graduanda; Uma acadêmica auxiliar de pesquisa; Sete participantes da pesquisa.	Quais são as potencialidades e fragilidades encontradas no processo de desospitalização de crianças em uso de tecnologias frente ao trabalho multiprofis- sional?	- Cartolinas coloridas - Pincel atômico - Tesoura - Papel pardo - Cola
	19/06/2018 Sala: 1032 Duração aproximadamente 1:10:05	Uma pós graduanda; Uma acadêmica auxiliar de pesquisa; Oito participantes da pesquisa.		- Caneta

Fonte: Autora (2018).

3.8 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada por meio da Análise de Conteúdo Temática que segundo Gomes (2012), é subdividida em três etapas: (1ª etapa) leitura do material selecionado;

(2ª etapa) exploração do material; (3ª etapa) elaboração de uma síntese interpretativa. Abaixo as etapas estão listadas, na forma que foi aplicada nesta pesquisa.

- 1ª etapa: consolidou-se através da construção de uma visão do conteúdo compreendendo a singularidade dos materiais coletados, realizando propriamente a transcrição das falas;
- 2ª etapa: realizada a pré análise, explorando o material adquirido e conseqüentemente retomando os objetivos delineados do estudo;
- 3ª etapa: Apuração dos dados coletados a fim de poder retratar as diversas dimensões do estudo. E, por fim, os dados qualitativos foram aperfeiçoados, no sentido de conferir suporte à síntese interpretativa.

Utilizou-se como critério para o encerramento do trabalho de campo o processo de amostragem por saturação teórica, na qual a coleta de dados é interrompida quando constata-se que o trabalho de campo já não fornece novos elementos para aprofundar a teorização do objeto de pesquisa (RIBEIRO; VIDAL, 2018).

3.9 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido para apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), através da Plataforma Brasil qual possui o CAAE: 84912218.0.0000.5327. Foram e são respeitadas as diretrizes e normas para pesquisas envolvendo seres humanos, segundo a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Todos os profissionais participantes dos grupos foram convidados e aceitaram participar do estudo, receberam as informações sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, permanecendo uma via com o participante e outra com o pesquisador (APÊNDICE B). Os depoimentos verbalizados durante as dinâmicas foram gravados em áudio, posteriormente transcritos pela própria pesquisadora. As informações serão armazenadas por cinco anos e posteriormente destruídas, conforme legislação nacional específica regulamentadora de direitos autorais (BRASIL, 1998).

Os participantes foram informados quanto a não obrigatoriedade de sua participação e de que em qualquer momento poderiam solicitar sua exclusão ou esclarecimentos acerca da pesquisa, não implicando em qualquer dano para si. Igualmente, lhes foi assegurado o direito de sua privacidade e o acesso aos resultados obtidos, não incidindo em exposição pública de sua pessoa ou de sua identidade em nenhum momento da pesquisa, e que para garantia do

total anonimato seu nome foi substituído pela letra “P” de participante, seguido de número sequencial da ordem em que foram realizadas as entrevistas.

Os profissionais foram também informados dos benefícios indiretos que a pesquisa poderá gerar, visto que a mesma pretende contribuir para o processo de desospitalização seguro em pediatria de crianças dependentes de tecnologias de saúde, bem como embasar teoricamente a produção de um protocolo para alta hospitalar, contribuindo para a qualificação desse serviço de saúde.

Os riscos aos participantes foram considerados mínimos, e estavam relacionados a possível desconforto ao responder as questões geradoras do debate ou ao serem solicitados a expor suas opiniões durante a socialização das experiências. Os participantes foram esclarecidos que caso isso ocorresse teriam total liberdade de interromper a sua participação. Ressalta-se que em ambas DCS, não houve nenhuma manifestação deste teor.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Crianças com necessidades especiais de saúde, denominadas neste estudo como CRIANES, que utilizam tecnologias para manutenção da vida, requerem junto de sua família um olhar qualificado de uma equipe multiprofissional. Cada profissional da área da saúde apresenta um saber individualizado, no entanto, esses necessitam construir olhares que se visitem mutuamente e entrelacem saberes para um cuidado interdisciplinar compartilhado.

Nesse mundo do cuidado da desospitalização segura destas crianças, revelado a partir das DCS, emergiram significados que ao serem interpretados deram origem ao tema central do estudo, desmembrado em subtemas, a seguir explicitados.

4.1 A EXPERIÊNCIA DA DESOSPITALIZAÇÃO: DA SINGULARIDADE À TOTALIDADE

Nesta temática da experiência da desospitalização, emergiram os subtemas: Construção do Processo de Desospitalização: desafios partilhados; Cuidado multiprofissional: da utopia à realidade; Comunicação eficiente: um desafio a ser alcançado; Família no processo de desospitalizar; Rede de apoio: familiar e de saúde.

4.1.1 A Construção do Processo de Desospitalização: desafios partilhados

Os avanços das tecnologias em conjunto com o aprimoramento científico em saúde proporcionam a oportunidade do retorno ao lar de diversas CRIANES, que são caracterizadas pelas condições crônicas de saúde (CABRAL *et al.*, 2004; DRUCKER, 2007). O aumento de tecnologias disponíveis para manutenção da saúde da criança remete a uma potencialidade que significa a possibilidade de alta hospitalar para o domicílio, conforme o depoimento a seguir:

P4: *Pensando numa coisa positiva no sentido de aumento nos equipamentos tecnológicos...Então, hoje a gente tem recursos onde consegue-se ter essa possibilidade de retorno para casa.*

Essa possibilidade de retorno ao domicílio de uma criança hospitalizada com doença crônica dependente de tecnologia reverte-se em aspectos positivos decorrentes das implicações para a criança e família. A desospitalização possibilita a acolhida desta criança no

seio familiar, representando a retomada do vínculo familiar e social, com amigos, vizinhos e demais familiares; favorece a reinserção no processo de escolarização, para crianças em idade escolar; promove a segurança emocional da criança; diminui as chances de infecção, em função do afastamento do ambiente hospitalar; aumenta as repercussões benéficas do lazer e do lúdico aliados ao processo de crescimento e desenvolvimento da criança; todos esses aspectos incidem na melhora da qualidade de vida da criança e cuidadores familiares (PREDEBON, 2017).

Porém, a vivência do processo de desospitalização gera percepções e sentimentos ambíguos em familiares e profissionais atuantes nesse processo, pois existem diversas fragilidades intra e extra hospitalares a serem enfrentadas, muitas delas estando relacionadas com nosso frágil sistema de saúde e as condições precárias de vida dos pacientes. Tais fragilidades podem ser observadas nos discursos dos profissionais, como o transcrito a seguir:

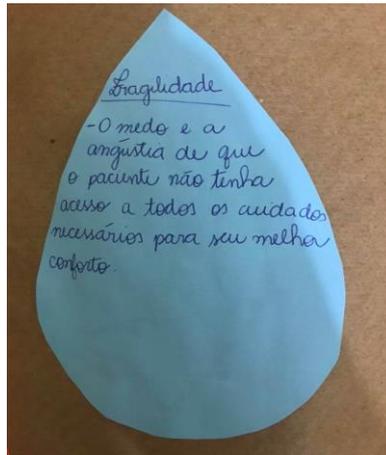
P15: *Pensando um pouco as questões das fragilidades sociais, a gente acaba não conseguindo dar conta, tem muitos pacientes que não se consegue fazer um preparo adequado, por que não têm mínimas condições de vida! Assim que vão para casa, infelizmente, eles não vão ter o que comer, então, isso para mim, no ponto de vista de alta, são problemas bem sérios.*

Estas considerações são semelhantes às encontradas no estudo de Predebom (2017) quando os cuidadores familiares são inquiridos sobre como é o seu contexto de cuidados e de acompanhamento pelas Unidades de Saúde de referência. Algumas famílias se consideram desassistidas pelos serviços de referência de seus municípios, inclusive referindo que nenhum médico ou enfermeiro, ou mesmo um agente de saúde, visitou-as no intuito de inteirar-se do caso ou mesmo oferecer-lhes algum tipo de suporte no que diz respeito aos cuidados prestados no domicílio.

Tais fragilidades percebidas geram angústia nos profissionais, suscitando preocupação com a perspectiva da alta, como pode-se constatar a seguir:

P9: *Tenho angústia deles não terem acesso a tudo o que eles precisam, então vai um pouco da fragilidade do nosso sistema de saúde, da falta de condições de oferecer para eles tudo o que eles precisam para ter um conforto e uma vida minimamente digna. Se fica um pouco angustiado de dar alta para esses pacientes.*

Figura 1 – Produção artística da DCS



Fonte: Procuração artística da DCS

Esses dados assemelham-se aos estudos de Rezende e Cabral (2010) e de Silveira e Neves (2012) os quais apontam que em nosso país, as CRIANES estão mais expostas a vulnerabilidade social devido sua condição de saúde, as quais requerem cuidados complexos e continuados, estando diretamente relacionados à escassez de políticas públicas voltadas a essa população.

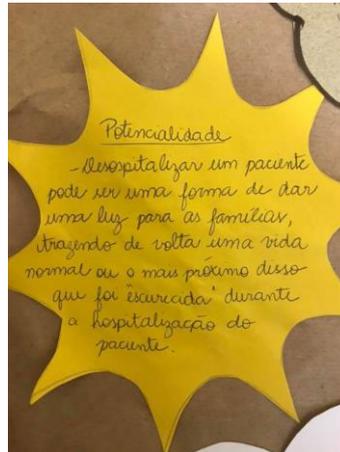
Além disso, a questão social e familiar é um fator determinante no processo de desospitalização e continuidade do cuidado. Pois, estudos demonstram que a assistência no domicílio pode diminuir custos hospitalares, porém aumentam-se os custos do cuidado em saúde na família o que pode causar uma dificuldade nesse processo (SIMÃO; MIOTO, 2016; SILVA *et al.*, 2017).

4.1.2 Cuidado multiprofissional: da utopia à realidade

Para a realização de uma desospitalização segura e efetiva sabe-se que são necessários diversos fatores, evidenciados nos discursos dos profissionais, sendo eles: a comunicação efetiva, o respeito entre as diversas áreas dos saberes, a realização de reuniões e encontros em que os profissionais possam planejar em conjunto as condutas a serem tomadas, e a disponibilidade de tempo para poder orientar a família, com maior frequência, no preparo para alta. Porém, o que se encontra na realidade está muito aquém do desejado, pois ainda há falhas na comunicação, o modelo hospitalar segue médico-centrado, os profissionais encontram-se sobrecarregados, não havendo protocolos institucionais instituídos para a facilitação desse processo. No entanto, a interdisciplinaridade é sinalizada como uma potencialidade, sendo importante para o cuidado da criança e família.

P3: *Uma equipe multiprofissional engajada e que toda a equipe esteja envolvida, que todo mundo saiba o que o colega faz. A questão da interdisciplinaridade que eu acho muito importante a gente sempre pensando no bem do paciente e trabalhando em conjunto.*

Figura 2 – Produção artística da DCS



Fonte: Procuração artística da DCS

A produção artística revelada na figura 2 suscita a compreensão da essência do ato de desospitalizar que encerra em si uma genuína potencialidade: a de possibilitar o resgate da vida o mais próximo possível do viver cotidiano da família, representado por um sol e, em sua metáfora de linguagem, relatado como luz, e que em oposição à hospitalização que tem diminuída esta luz, como um escurecimento na vida familiar, pode voltar a brilhar nesse movimento de voltar ao domicílio.

Estudo realizado por Neves *et al.* (2015) aponta ser de extrema importância o cuidado multiprofissional para as CRIANES, devido à fragilidade clínica e à complexidade do diagnóstico, sendo indicado um seguimento no acompanhamento após a alta hospitalar.

No depoimento de P3 fica também evidente que um fator gerador de confiabilidade no processo de desospitalizar recai sobre a comunicação efetiva inter equipes, que trabalham em prol de um objetivo partilhado, e onde cada profissional tenha a sua função definida e nela se engaje completamente, porém entrelaçando saberes num foco em conjunto estabelecido. Na visão interdisciplinar é isto que confere a necessária segurança ao processo.

Nesta perspectiva, também a investigação de Predebom (2017) esclarece que a programação de alta faz parte do planejamento estratégico de cuidado multidisciplinar e surge como uma ferramenta singular para o cuidado integral durante a hospitalização e após a alta hospitalar, tendo como finalidade o cuidado continuado e seguro da criança. A transição do

cuidado para o domicílio requer um planejamento de alta construído em equipe multidisciplinar - cada profissional com sua ênfase na realização de ações para a desospitalização - valorizando a participação da família, de modo a garantir o prosseguimento e a qualidade do cuidado.

A implementação de protocolos institucionais para melhoria do processo de desospitalização foi um tema amplamente abordado pelos participantes, visualizado como estratégia positiva, capaz de auxiliar na organização do fluxo desse processo. A criação destes mecanismos organizacionais é justificada com a finalidade de reconhecer as necessidades do paciente em vias de desospitalização, agilizando o processo de forma ordenada e segura, respeitando a singularidade de cada criança e sua família.

P14: *É imprescindível que a gente possa ter uma equipe coesa, que trabalha junto em busca dos mesmos objetivos, que tenha flexibilidade e sensibilidade possível para ver os aspectos individuais, e que é possível sim, seguir protocolos rígidos e técnicos, mas sabendo que cada criança vai ter suas necessidades e potencialidades.*

P1: *Protocolos tem que ser criados, por que uma vez eu li uma frase: “Protocolo são trilhas e não trilhos”. Pois eu tenho uma direção a seguir, os protocolos tornam os processos mais seguros para o paciente e para o profissional, [...] acho que cada paciente é único, [...] tem que ter coisas individualizadas, mas o “checklist” e o protocolo tornam isso (desospitalização) mais seguro.*

Na pesquisa realizada por Predebom (2017), também se evidenciou a necessidade de utilização de tecnologias leves-duras sustentadas por protocolos para a desospitalização de CDT. Esse instrumento tem a finalidade de orientar e balizar os diferentes profissionais na realização de suas funções assistenciais, gerenciais e educativas, garantindo a qualidade do cuidado.

Estudo realizado por Silva *et al.* (2005), que buscou avaliar a eficácia do protocolo de desospitalização na redução da média de permanência hospitalar e na qualidade e segurança das altas, demonstrou que não houve redução da média de permanência dos pacientes internados após a implementação do protocolo, porém houve redução da taxa de pacientes residentes com maior significância nas unidades abertas, sendo esses os principais pacientes cujas internações se prolongam na instituição. Ainda, foi observado que as taxas de reinternação obtiveram tempo menor ou igual a 30 dias, sugerindo eficácia na aplicação das orientações realizadas por meio de protocolos.

Além disso, o planejamento da alta hospitalar requer uma série de cuidados, pois a mesma deve ser projetada para a realidade extra-hospitalar deste núcleo familiar, exigindo dos profissionais atuantes um olhar sensível e ampliado para que as condutas sejam construídas

em conjunto com o paciente/família, estimulando a autonomia e o autocuidado. O depoimento a seguir explicita esta consideração:

P3: *Se precisa compreender como é a realidade desse paciente e tentar não fazer nada muito mirabolante ou a partir da nossa ótica, pensar sempre no contexto em que o paciente está inserido, e como vai ser a realidade dele após a alta, e como está sendo esse processo para ele e para família durante a desospitalização.*

Diante da complexidade da desospitalização dessa população, é recomendado que a equipe multiprofissional conheça o cotidiano das CRIANES e seus familiares, atentando para a necessidade de acompanhamento na rede primária de atenção à saúde, a fim de minimizar as reinternações. Para tanto, torna-se fundamental estimular o autocuidado e a autonomia dos pacientes e familiares, proporcionando maior qualidade de vida (NEVES *et al.*, 2015).

Os participantes apontaram que as altas hospitalares sem planejamento são fragilidades que dificultam o processo de desospitalização, visto que pode ocorrer receio da família de não estarem preparados para atender as demandas da criança no domicílio. Reiteram que as altas precipitadas impossibilitam a equipe multiprofissional de realizar orientações completas, inviabilizando o contato com a rede de saúde e a construção de uma rede de apoio em conjunto com a família.

P7: *O anúncio de uma alta breve às vezes é assustador para família, pois eles não sabem viver sem a enfermagem, não sabem administrar a dieta sozinhos, acho que isso é uma fragilidade.*

P10: *Uma fragilidade são as altas sem planejamento, que a gente não consegue fazer os encaminhamentos para onde gostaria e não se consegue preparar as famílias para ir para casa.*

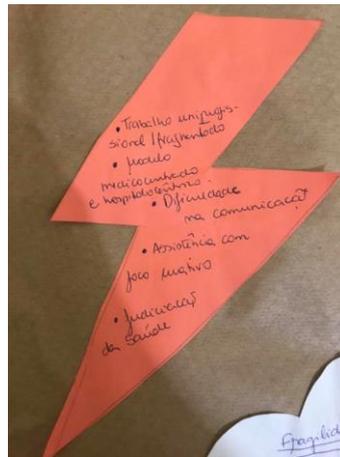
As altas hospitalares sem planejamento ocorrem muitas vezes devido a grande necessidade de rotatividade dos leitos, onde os serviços encontram-se lotados e os profissionais sobrecarregados, não havendo tempo para realização de orientações, expondo esses pacientes e familiares a riscos. Pode-se constatar na afirmação:

P8: *Precisa de um tempo (para dar orientações) que às vezes não se tem, por que precisa internar, porque a emergência está cheia, por que é bloco (bloco cirúrgico), SR (Sala de recuperação), porque é UTIP (Unidade de terapia intensiva pediátrica).*

O modelo médico centrado foi uma fragilidade apontada pelos participantes, visto que fragiliza as condutas enquanto equipe multiprofissional, em que as altas são realizadas sem o consentimento de todos os membros da equipe.

P8: *Se tem um modelo de saúde médico centrado, hospitalocêntrico, ainda trabalhamos apesar das interfaces de forma fragmentada, muitas vezes uniprofissional, ainda temos a assistência com foco curativo, enfim e tudo isso, sem dúvidas, influencia nessa questão de desospitalização.*

Figura 3 – Produção artística da DCS



Fonte: Procuração artística da DCS

P13: *A concordância entre todos os profissionais da equipe, eu acredito que todo mundo tem que dizer: “Esse paciente sim, está apto para ir embora, esta família está preparada para ficar com ele em casa”, e isso muitas vezes não acontece.*

Estudo realizado por Silva, Sena e Castro (2017) obteve resultados semelhantes, detectando que as principais fragilidades no processo de desospitalização referiram-se à falta de unanimidade em relação aos critérios de desospitalização entre os médicos e destes com os demais profissionais, os desafios da preparação do usuário para a alta e o incipiente processo de capacitação dos cuidadores e familiares.

4.1.3 Comunicação eficiente: um desafio a ser alcançado

Estratégias para qualificar a articulação e comunicação entre profissionais, pacientes, familiares e cuidadores nos diversos níveis de atenção dos serviços de saúde é primordial para efetivar, de modo competente e seguro, a continuidade do cuidado, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, assim como contribuir para evitar reinternações hospitalares

desnecessárias e reduzir custos dos cuidados de saúde (FLEMMING; HANEY, 2013; PULS; GUERRERO; ANDREW, 2014).

Também neste estudo, a comunicação foi uma das tecnologias leves do cuidado apontada como principal instrumento para a boa organização e eficácia do processo de desospitalização, porém nos relatos trazidos a mesma foi apontada como uma fragilidade:

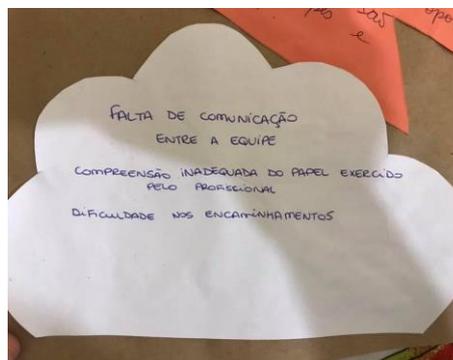
P13: *A comunicação é muito importante, só que ainda se tem uma comunicação que é frágil, ela é falha, não se consegue ter essa comunicação efetiva, e que é necessária para preparar e organizar tudo para o paciente ir embora.*

P8: *É uma grande fragilidade a comunicação entre membros da equipe. Há falta de comunicação com o paciente, com os familiares, dificuldade de comunicação com a rede intramuros e extramuros. Ainda se tem, apesar da residência e de todos os discursos!*

Conforme asseguram Weber *et al.* (2017), nos processos educativos fundamentais para instrumentalizar os cuidadores familiares acerca dos cuidados que necessitam realizar com a criança dependente de tecnologia no domicílio, a comunicação é a base para promover uma adequada compreensão. É fundamental que os profissionais de saúde envolvidos na transição do cuidado invistam na educação do paciente, da família ou dos cuidadores, assim como nos arranjos logísticos de ambientes e equipamentos, que atendam as necessidades e segurança dos pacientes.

P10: *E a fragilidade da equipe multiprofissional, eu coloquei: falta de comunicação; falha de comunicação; problemas de má interpretação, por que se fala uma coisa e é interpretada de outra, tanto entre profissionais, como profissional e usuário-família.*

Figura 4 – Produção artística DCS



Fonte: Procuração artística da DCS

A produção artística coletivizada reitera que a comunicação deficiente, tanto quando é escassa quanto quando é ineficaz, compromete a eficiência e eficácia do cuidado prestado.

Torna os processos truncados, resultando em dificuldades nos necessários encaminhamentos, tanto intra como para a rede de atenção em saúde, incidindo diretamente em prejuízos na segurança do paciente.

A comunicação no processo de desospitalização de CDTs se apresenta como uma ferramenta que auxilia no cuidado seguro e que exige um aprimoramento entre as pessoas envolvidas, sejam os profissionais da equipe multiprofissional ou os familiares/cuidadores, com o propósito de garantir a segurança em todo o processo (PREDEBOM, 2017).

Tratando-se da transição do cuidado do hospital para o domicílio e rede de atenção primária, na saúde há uma grande preocupação, por representar um momento crítico para a garantia da manutenção e da qualidade da assistência, sendo a comunicação um elemento primordial neste processo (MOREIRA *et al.*, 2017).

Porém, quando a equipe de profissionais das diversas disciplinas do conhecimento de saúde reconhece esta lacuna nos processos comunicacionais, esforços articulados podem imprimir uma nova visão sobre suas funções e a importância do compartilhar de ações para a transição do cuidado do hospital para o domicílio de crianças dependentes de tecnologias.

4.1.4 A Família no processo de desospitalizar

Os profissionais relataram sobre a importância da inserção da família no processo de desospitalização, sendo essa uma potencialidade, se trabalhada desde o início da internação, projetando-se os cuidados para o domicílio, proporcionando mais segurança às famílias e aos profissionais no momento da alta hospitalar.

P13: *A inclusão da família em todo o processo, desde que o paciente chega. A família entender o processo de saúde-doença desse paciente, entender o que está acontecendo e saber a progressão desse cuidado e desse paciente, para quando eles chegarem próximo à alta essa família se sentir segura para ir embora.*

As necessidades de aprendizagem dos familiares cuidadores na realização de um cuidar diferente surgem durante a hospitalização, por isso é necessário a mobilização dos profissionais para atender as demandas da família, exercendo o papel social de educadores (GÓES; CABRAL, 2017). Nesse sentido a família vem a ser importante no processo de aquisição de conhecimentos técnicos e científicos para atender as demandas da criança no domicílio, e para que isso ocorra de forma favorável é necessário que haja uma boa relação

entre equipe e familiares, permitindo um espaço de troca de saberes pautado na integralidade do cuidado (INÁCIO; PEIXOTO, 2017).

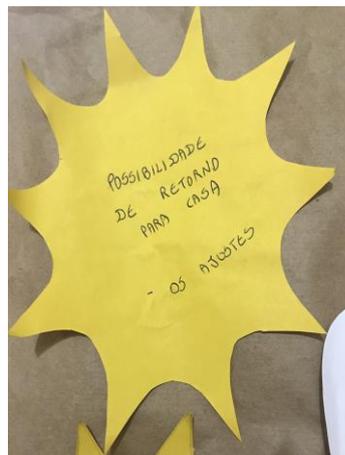
A preparação para alta deve ser construída em todo o processo de hospitalização, para que as informações não sejam transmitidas somente no momento derradeiro da alta, podendo assim serem planejadas junto com a família compondo as demandas de cuidados da criança voltadas à sua realidade biopsicossocial.

Conforme Minayo, Deslandes e Gomes (2016), a coordenação dessas ações é fundamental para pacientes dependentes de tecnologias, e os familiares necessitam de profissionais treinados para a compreensão do todo desta nova dinâmica de cuidados e recursos de apoio no momento da alta hospitalar para o domicílio. A transição do cuidado do hospital para o ambiente domiciliar se constitui em um período de vulnerabilidade e alto-risco para os pacientes pediátricos e suas famílias, pois ainda sabe-se muito pouco sobre as experiências exitosas de transição do hospital para casa.

Já como fragilidade foi apontada as dificuldades que as famílias enfrentam diante da compreensão e aceitação do processo de saúde e doença da criança, deparando-se não só com problemas financeiros, mas também problemas psicossociais, conforme explicitado no seguinte depoimento:

P4: *O sol às vezes queima e eu fiquei pensando os ajustes que essa família tem que fazer para levar essa criança para casa às vezes até ter condições financeiras e cognitivas para manter isso.*

Figura 5 – Produção artística DCS



Fonte: Procuração artística da DCS

O estudo de Lima e Ribeiro (2009) sobre a alta hospitalar de crianças em uso de ventilação mecânica para o domicílio, também apresentou dados semelhantes aos constatados

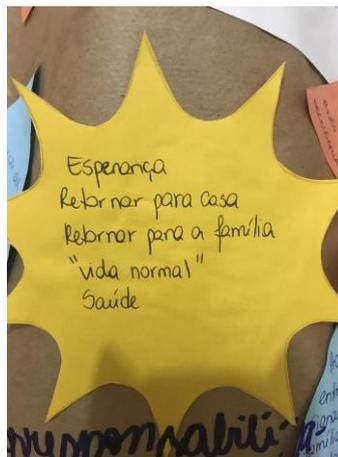
nesta investigação, onde ficou destacado que o tempo para a aceitação e adaptação da nova condição da criança dependerá de cada família, e que um tempo pré-determinado não poderá ser estabelecido para essa nova condição. .

Além disso, outros estudos apontaram que à frente do processo de aceitação e adaptação, a família, muitas vezes, precisará repensar em sua estrutura enquanto grupo, pois o cuidado à criança com necessidades especiais de saúde exigirá presença contínua de um cuidador (ANDRADE; TEODORO, 2012; ASSIS *et al.*, 2013).

E apesar das diversas dificuldades a serem enfrentadas a desospitalização é vista como uma estratégia para restabelecer uma vida normal:

P5: *No sol eu coloquei a palavra Esperança! Eu acho que a desospitalização traz uma esperança muito grande para família: "o retornar para casa, o retornar para família, a ideia de vida normal". Também, a questão de se sentir saudável, achar que está com saúde por estar em casa e não estar mais internado.*

Figura 6 – Produção artística DCS



Fonte: Procuração artística da DCS

Além da melhor qualidade de vida da criança e família tratando-se de condições emocionais, físicas e sociais, a desospitalização vem a contribuir na redução dos riscos de infecções ao paciente, por estar longe de ambientes potencialmente contaminados. Além disso, encontram-se potencialidades para os serviços de saúde, pois há redução dos custos com a hospitalização, a redução do tempo médio de permanência nas instituições e a redução do número de reinternações, quando planejada com segurança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b).

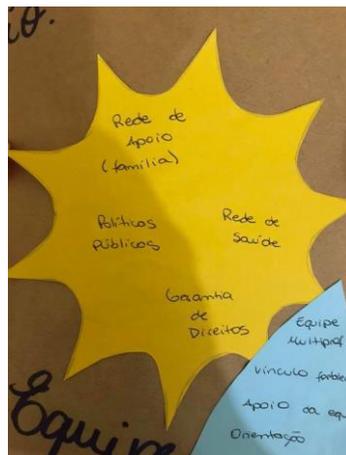
4.1.5 Rede de apoio: familiar e de saúde

A rede de apoio tanto familiar como de saúde foram fatores apontados como primordiais para a desospitalização segura e efetiva das CDTs, pois precisa-se de um cuidado continuado para a criança permanecer no domicílio, atendendo todas as suas demandas. Fica evidente nos seguintes discursos:

P2: *O que necessita ter para uma desospitalização segura e eficaz é a rede de apoio, então para família quanto mais pessoas puderem contar melhor e para os cuidadores a rede de saúde podendo garantir direitos para essas crianças.*

P3: *A rede de apoio é muito importante depois da alta, conhecer a rede de apoio para saber o que esse paciente vai ter após desospitalização, e que essa rede realmente funcione.*

Figura 7 – Produção artística DCS



Fonte: Procuração artística da DCS

Num sentido amplo, a figura 7 revela pontos estratégicos importantes a serem considerados como Rede de Apoio: o apoio à família; as Políticas Públicas; a Rede de Saúde; a Garantia de Direitos. A “Equipe multiprofissional” ocupa lugar de destaque, com ações que em essência se traduzem por: fortalecimento de vínculo, apoio da equipe e orientação.

No que concerne à rede de apoio, as famílias de CDTs necessitam de uma rede social e de apoio bem estabelecida. Caracteriza-se rede de apoio como um processo de interação entre pessoas ou grupos que estabelecem vínculos de amizade e de informação, favorecendo apoio material, emocional, afetivo, contribuindo para o enfrentamento das condições de saúde. (SILVA; BELLATO; ARAÚJO, 2013; NÖRNBERG, 2014).

Porém estudos realizados (NEVES; SILVEIRA, 2013; CABRAL; NEVES, 2015; BARBOSA *et al.*, 2016) indicam que a rede de apoio de famílias de crianças com

necessidades especiais de saúde é frágil e deficitária, onde os cuidados principais com a criança concentram-se em apenas um cuidador principal, que na maioria das vezes é a mãe, e restringindo-se à apenas alguns membros da família mais próximos. Mesmo contando com o apoio dos familiares, o cuidador principal fica sobrecarregado com os cuidados necessários à criança, gerando importante desgaste físico e emocional.

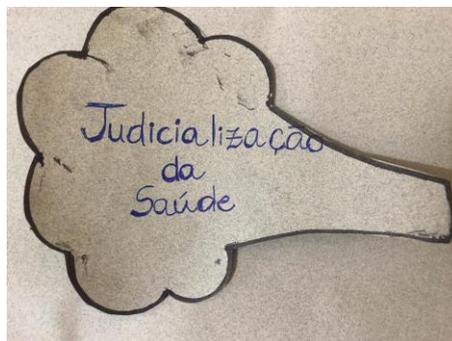
Além disso, estudo realizado com famílias de crianças em condição crônica, identificou que a rede social das famílias é composta basicamente por instituições de saúde de nível de atenção terciária, sendo que os serviços de atenção primária não foram citados como fazendo parte desta rede, embora deveriam se constituir na porta de entrada aos serviços de saúde de acordo com as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (NÓBREGA *et al.*, 2010).

Apesar da rede de saúde ser um fator relevante para a desospitalização, os participantes relatam as dificuldades que estamos enfrentando em relação à precarização da saúde pública, onde os serviços encontram-se cada vez mais frágeis, não estando preparados para atender essa demanda que está crescente. Ainda, a progressiva judicialização da saúde, que torna o processo de desospitalizar mais exaustivo e prolongado, aumentando a permanência das crianças nos hospitais. Pode-se constatar nos depoimentos a seguir:

P2: *É muito ruim a gente ter que judicializar para poder conseguir coisas que estão garantidas por direito.*

P14: *Como fragilidade eu coloquei a articulação com a rede, pois está se encarando um desmonte do SUS e uma crescente judicialização da saúde. É bem desesperador nosso trabalho não sendo concretizado, pois se ultrapassa os muros do hospital [...] Aí as crianças vão ter que ficar morando dentro do hospital e isso também é dinheiro público.*

Figura 8 – Produção artística DCS



Fonte: Procuração artística da DCS

A judicialização da saúde constitui um problema muito sério na temática da desospitalização de crianças com problemas crônicos de saúde dependentes de tecnologias para manutenção da vida, cuja manifestação foi coletivizada na DCS. Trata-se de um fenômeno recente tendo aproximadamente 10 anos, a qual pode ser entendida como a luta entre o usuário e o Estado, o usuário entende que lhe deve ser garantido como direito e o Estado lhe garante de maneira insatisfatória o que o cidadão gostaria que lhe fosse garantido, mas não encontra respaldo na lei. Segundo Netto *et al.* (2016) houve uma crescente busca de amparo pelo Poder Judiciário, por parte dos usuários do Sistema Único de Saúde para resolução de conflitos.

Reforçando, a fala abaixo corrobora com as deficiências apontadas:

P8: *Como fragilidades apontei as dificuldades dos financiamentos para a saúde, a desvalorização do Sistema Único de Saúde e do Sistema Único de Assistência Social, a falta de políticas públicas para esse perfil crescente de pacientes, tanto adultos como crianças com doenças crônicas dependentes de tecnologias.*

Com a finalidade de compreender e identificar a rede de apoio e social sob a ótica das famílias de crianças com condições crônicas, estudo demonstrou que apesar das dificuldades encontradas pelas famílias em relação ao Sistema Único de Saúde, visto que os atendimentos oferecidos são demorados e burocráticos, as famílias reconhecem a importância dos serviços públicos de saúde e os benefícios que esses proporcionam à criança e família (BARBOSA *et al.*, 2016).

Entretanto, outros estudos apontam que muitas famílias estão indo cada vez mais em busca de serviços privados de saúde para suprir as necessidades não atendidas pelos serviços públicos, ficando evidente a precarização da saúde e as dificuldades de acesso (BARBOSA *et al.*, 2016; BARBIERI *et al.*, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou conhecer as potencialidades e fragilidades do processo de desospitalização de crianças com doenças crônicas dependentes de tecnologias para manutenção da vida, em uma perspectiva multiprofissional e promoção de segurança do paciente, em um hospital público e universitário. Considera-se que a desospitalização da criança junto a sua família é uma possibilidade de retomar a sua vida, a sua rotina normal. Os depoimentos dos profissionais reafirmam significar melhora na qualidade de vida para a criança e seus familiares, entretanto reconhecem que há fragilidades implicadas no processo de desospitalização segura da criança e sua família.

Neste sentido, a desospitalização de CDT necessita de o aprimoramento das práticas de saúde, uma vez que, os profissionais ainda sentem-se inseguros na realização desse processo. Tal insegurança pode ser atribuída especialmente, além de fatores intrínsecos ao processo de cuidado multidisciplinar em si, à fragilidade do sistema público de saúde e a vulnerabilidade social que muitas crianças e suas famílias vivenciam.

A análise dos materiais qualitativos revelou como tema central: “A experiência da desospitalização: da singularidade à totalidade”, desdobrado em sub-temas, quais sejam: “Construção do processo de desospitalização: desafios partilhados; Cuidado multiprofissional: da utopia à realidade; Comunicação eficiente: um desafio a ser alcançado; Família no processo de desospitalizar; Rede de apoio: familiar e de saúde.

Foram apontados elementos norteadores para a realização de uma desospitalização efetiva e eficaz. Na perspectiva intrínseca ao planejamento intrahospitalar, é necessário que haja uma equipe multiprofissional coesa trabalhando de forma interdisciplinar, estabelecendo metas, as quais devem ser planejadas individualmente, mantendo-se e respeitando-se os núcleos de saberes, porém numa construção compartilhada, para cada paciente e família, pensando-se em sua singularidade. Ainda, refletindo sobre esse processo foi levantada a necessidade da construção e aplicação de protocolos e *check-lists*, que podem auxiliar no reconhecimento das necessidades do paciente e família, podendo agilizar esse processo de forma ordenada e segura. Os profissionais relatam que a assistência prestada a CDTs ainda concentra-se no modelo biomédico dificultando ações em equipe multiprofissional, inviabilizando a alta hospitalar programada e projetada para as demandas do domicílio e da rede de atenção primária de saúde. Além disso, a sobrecarga dos profissionais e serviços de saúde também foi uma fragilidade apontada no processo de desospitalizar, pois há demanda de grande rotatividade dos leitos, impedindo a realização de orientações quantitativa e

qualitativamente suficientes pelos profissionais no momento da alta. Cabe destacar que a preparação para alta deve ser construída em todo o processo de hospitalização, para que as informações não sejam dadas somente no momento da alta, podendo assim construir junto com a família as demandas de cuidados da criança voltada à sua realidade biopsicossocial.

A comunicação foi uma tecnologia leve do cuidado sinalizada como crucial para uma desospitalização segura, porém essa foi mencionada como frágil perante os participantes da pesquisa. Os resultados do estudo enfatizam a importância de implementar ações para assegurar que os cuidados pós-alta sejam bem sucedidos, e a equipe como um todo necessita se organizar para manter o acompanhamento das crianças e suas famílias, enfatizando as medidas educativas. Nessa ótica, a comunicação deve ser aprimorada, não somente nos processos inter-hospitalares, como também extra-hospitalares, como no momento da transição do cuidado do paciente hospitalizado para a rede de saúde, ofertando mais segurança para a família e para os profissionais que terão que suprir futuramente as demandas dessa criança. A família foi um dos elementos citados como fundamental na preparação da desospitalização segura de CDT, mas para que isso ocorra de forma adequada é necessário que seja construída uma boa relação entre familiares e equipe, numa dimensão dialógica e ética. A rede familiar e de saúde foi apontada como uma potencialidade para que ocorra a desospitalização segura, porém a rede familiar dessas crianças encontra-se frágil, em que a mãe, na maioria das vezes, é a pessoa que atende todas as demandas da criança, sentindo-se sobrecarregada. Por outro lado, a rede de saúde encontra-se despreparada para atender as demandas existentes, e em consequência as famílias vão em busca de serviços privados, o que piora as condições socioeconômicas dessas famílias.

Dentre as limitações do estudo, destaca-se que o quantitativo de participantes representa uma amostra limitada para generalizações abrangentes de seus resultados, o que aponta para a necessidade de desenvolvimento de outros estudos, na mesma ou em outras instituições, podendo corroborar para o surgimento de novas potencialidades e fragilidades no processo de desospitalização de CDT. Tais estudos são fundamentais para aprimorar processos e estratégias desta natureza, em que a aproximação da rede hospitalar e a rede de atenção à saúde extra-hospitalar são iniciativas que requerem a adesão de equipes multiprofissionais.

Espera-se que o estudo subsidie estratégias para melhorar o processo de desospitalização segura das crianças em uso de tecnologias, instigando os profissionais e a rede de atenção a realizar protocolos e *check-lists* para a organização desse processo, bem como, aprimorar a comunicação e oportunizar mais momentos multiprofissionais para a

discussão de casos. Além disso, poderá vir a contribuir na iniciativa de desospitalizações programadas para que toda a equipe, em seus múltiplos saberes, possa realizar suas contribuições e orientações às famílias, proporcionando mais segurança aos envolvidos. Destaca-se também a realização mais recorrente da transição do cuidado junto aos profissionais na rede primária de atenção à saúde, na direção de preparar as famílias para as demandas que necessitam e ofertar um cuidado integral, seguro e qualificado, à criança e família.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Aline Abreu e; TEODORO, Maycoln Leôni Martins Família e autismo: uma revisão de literatura. **Contextos Clínic**, São Leopoldo, v. 5, n. 2, p. 133-142, dez. 2012.

ARRUÉ, Andréa Moreira. **Prevalência de crianças que necessitam de atenção especial à saúde em três municípios brasileiros**. 148 p. Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018.

ASSIS, Felipe Artur Gomes de *et al.* A família da criança com necessidades especiais de saúde: o processo de enfrentamento e adaptação. **Ciênc cuid saúde**, v. 12, n. 4, p. 736-743, 2013.

BARBIERI, Mayara Caroline *et al.* Rede de suporte da família da criança e adolescente com deficiência visual: potencialidades e fragilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 10, p. 3213-3222, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n10/1413-8123-csc-21-10-3213.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

BARBOSA, Thaís Araújo *et al.* Rede de apoio e apoio social às crianças com necessidades especiais de saúde. **Rev Rene**, v. 17, n. 1, p. 60-66, 2016. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/3240/324044160009/>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

BRASIL. Lei n° 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. **Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências**. Brasília: Diário Oficial da união, 1998.

CABRAL, Ivone Evangelista *et al.* A criança egressa da terapia intensiva na luta pela sobrevivência. **Rev. Bras Enferm.**, Brasília, v. 57, n.1, p. 35-9, 2004.

CABRAL, Ivone Evangelista. **Aliança de saberes no cuidado e estimulação da criança bebê**. Rio de Janeiro: Editora da Escola de Enfermagem Ana Nery, 1999.

CABRAL, Ivone Evangelista. O método criativo e sensível: alternativa de pesquisa na enfermagem. In: GAUTHIER, J. H. M. *et al.* **Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

CABRAL, Ivone Evangelista.; MORAES, Juliana Rezende Montenegro Medeiros de. Familiares cuidadores articulando rede social de criança com necessidades especiais de saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 68, n. 6, p. 1078-1085, 2015.

CABRAL, Ivone Evangelista; NEVES, Eliane Tatsch. Pesquisar com o método criativo sensível na enfermagem: fundamentos teóricos e aplicabilidade. (In): LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde da teoria a prática**. 1 ed. Porto Alegre: Moriá Editora, 2015. p. 325-350.

CABRAL, Patrícia Fernanda de Almeida *et al.* Percepção da criança e do adolescente em

estar dependente de tecnologia: aspectos fundamentais para o cuidado de enfermagem. **Rev Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 343-351, abr./jun., 2013.

CARPES, Adriana Dornelles *et al.* A construção do conhecimento interdisciplinar em saúde. **RevDisciplinarumScientia**, Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 13, n. 2, p. 145- 151, 2012.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Parecer COREN-SP CAT N° 023/2010**. Assunto Alto hospitalar. São Paulo, jun. 2010. Disponível em: <http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2010_23.pdf>. Acesso em: 20 set. 2017.

CORREIA, Susana *et al.* Infecção respiratória por bactérias do complexo cepacia: Evolução clínica em doentes com fibrose quística. **Rev Port Pneumol**, Lisboa, v. 14, n. 1, p. 5-26, fev. 2008.

CRUZ, Caroline Teixeira *et al.* Cuidado à criança com necessidades especiais de cuidados contínuos e complexos: percepção da enfermagem. **Rev Min Enferm.**, v. 21, p. e-1005, 2017. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1141>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

DE SOUZA ESTEVES, Joyce *et al.* Dúvidas de familiares sobre o cuidado de crianças com necessidades especiais de saúde dependentes de tecnologia. **Invest. educ. enferm**, Medellín, v. 33, n. 3, p. 547-555, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072015000300019&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 15 nov. 2018.

DRUCKER, Luciana Pellegrini. Rede de suporte tecnológico domiciliar à criança dependente de tecnologia egressa de um hospital de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 5, p. 1285-1294, 2007.

FLEMMING, M. O.; HANEY, T. T. Improving patient outcomes with better care transitions: the role for home health. **Cleve Clin J Med.**, v. 80(Suppl 1), 2013.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 8.ed. São Paulo, 2008.

GÓES, Fernanda Garcia Bezerra; CABRAL, Ivone Evangelista. Discursos sobre cuidados na alta de crianças com necessidades especiais de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 1, p. 163-171, jan./fev. 2017. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/2670/267049841022/>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 32. ed. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 79-108.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Serviço de Enfermagem Pediátrica**. 2017. Disponível em: <<https://www.hcpa.edu.br/content/view/437/655/>>. Acesso em: 17 out. 2017.

INÁCIO, Ana Luiza Rodrigues; PEIXOTO, Ana Paula Gomes Lima. A assistência de enfermagem e o cuidado familiar às crianças com necessidades especiais de saúde: uma revisão integrativa. **Rev. Aten. Saúde**, São Caetano do Sul, v. 15, n. 53, p. 87-94, jul./set., 2017. Disponível em:

<http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/4593/pdf>. Acesso em: 15 nov. 2018.

LIMA, Elizabete Clemente de; RIBEIRO, Nair Regina Ritter. A família cuidando o filho dependente de ventilação mecânica no domicílio. **Ciênc cuid saúde.**, v. 8(supl), p. 110-6, 2009.

MARQUES, Liete de Fátima Gouveia; ROMANO-LIEBER, Nicolina Silvana. Segurança do paciente no uso de medicamentos após a alta hospitalar: estudo exploratório. **Rev Saúde Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1431-1444, 2014. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/sausoc/2014.v23n4/1431-1444/pt>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

MESMAN, G.R. *et al.* The impact of technology dependence on children and their families. **J Pediatr Health Care**, v. 27, n. 6, p. 451-459, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES Romeu. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Melhor em Casa:** A segurança do hospital no conforto do seu lar. Brasília. 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/melhor_casa_seguranca_conforto_hospital.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. **Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).** 2013a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>. Acesso em: 05 out. 2017.

MORAES, J. R. M. M de.; CABRAL, I. E. A rede social de crianças com necessidades especiais de saúde na (in) visibilidade do cuidado de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 2, p. 01-08, mar./abr. 2012.

MOREIRA, Martha Cristina Nunes *et al.* Recomendações para uma linha de cuidados para crianças e adolescentes com condições crônicas complexas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 11, p. e00189516, 2017.

NETTO, Pedro Ribeiro de Sales *et al.* Judicialização da saúde e crise econômica: uma breve análise quanto à necessidade de ponderação de interesses em tempos de crise. **Rev Pat Tocantins**, v. 3, n. 4, 2016. Disponível em: <<https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/patologia/article/view/2922/9334>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

NEVES, Eliane Tatsch; CABRAL, Ivone Evangelista. A fragilidade clínica e a vulnerabilidade social das crianças com necessidades especiais de saúde. **Rev Gaúcha Enferm [Internet]**, v. 29, n. 2, p. 182-190, 2008. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5533>>. Acesso em: 17 nov. 2018.

NEVES, Eliane Tatsch; SILVEIRA, Andressa da. Desafios para os cuidadores familiares de crianças com necessidades especiais de saúde: contribuições da enfermagem. **Rev. enferm UFPE on line**, Recife, v. 7, n. 5, p. 1458-62, maio. 2013.

NEVES, Eliane Tatsch *et al.* Rede de cuidados de crianças com necessidades especiais de saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 399-406, 2015.

NÓBREGA, Vanessa Medeiros da *et al.* Rede e apoio social das famílias de crianças em condição crônica. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n. 3, p. 431-440, 2010. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a03.htm>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

NÖRNBERG, Pâmela Kath de Oliveira. **Vivências de cuidado familiar à criança dependente de tecnologias**: subsídios para a enfermagem. 77 p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande, 2014. Disponível em: <https://ppgenf.furg.br/images/05_Dissertacoes/2014/Pamela.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2018.

PACHÊCO *et al.* Caracterização e perfil epidemiológico de um serviço de psiquiatria infantil no Recife. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, 2017. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v20n2/v20n2a09.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

PARENTE, José Sávio Menezes; SILVA, Francisco Ranilson Alves. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes internados na clínica pediátrica em um hospital universitário. **Rev Med UFC**, Ceará, v. 57, n. 1, p. 10-14, abr. 2017.

PAVIANI, Jayme. **Interdisciplinaridade**: conceitos e distinções. Caxias do Sul: Educs, 2008.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PREDEBON, Caroline Maier. **O processo de desospitalização da criança crônica dependente de tecnologia: fatores e implicações sob a ótica da equipe de saúde e da família**. 105 p. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

PREDUZZI, Marina *et al.* Interprofessional education: training for healthcare Professional for team work focusing on users. **Rev. esc enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, ago. 2013.

PULS, Susan E.; GUERRERO, Kerrie S.; ANDREW, Dorothy A. Transition of care and the impact on the environment of care. **J Nurs Educ Pract.**, v. 4, n. 6, p. 30-36, 2014.

REINERS, Gina M. Understanding the Differences between Husserl's (Descriptive) and Heidegger's (Interpretive) Phenomenological Research. **J Nurs Care**, v. 1, n. 119, 2012.

REZENDE, Juliana Montenegro Medeiros; CABRAL, Ivone Evangelista. As condições de vida das crianças com necessidades especiais de saúde: determinantes da vulnerabilidade social na rede de cuidados em saúde as crianças com necessidades especiais de saúde. **R. pesq.: cuid. fundam. Online**, v. 2(Ed. Supl.), p. 22-25, 2010. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/773>>. Acesso em: 14 nov. 2018.

RIBEIRO, Krishina Day; VIDAL, Josep Pont. Uma análise da produção acadêmica sobre a evolução do fenômeno da judicialização da saúde no Brasil. **Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 239-261, abr./jun. 2018. Disponível em: <<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/493/548>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

SILVA, Alessandra Hoelscher da; BELLATO, Roseney; ARAÚJO, Laura. Cotidiano da família que experiência a condição crônica por anemia falciforme. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 15, n. 2, p. 437-46, jun. 2013.

SILVA, Iêda Zilmara de Queiroz Jorge da; TRAD, Leny A. Bomfim. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 25-38, set.2004/fev.2005.

SILVA, Kênia Lara; SENA, Roseni Rosângela de; CASTRO, Wesley Souza. A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n. 4, e67762, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n4/1983-1447-rgenf-38-04-e67762.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

SILVA, Rosane Meire Munhak *et al.* Busca ativa de crianças com necessidades especiais de saúde na comunidade: relato de experiência. **Rev. Enferm UFSM**, Santa Maria, v. 5, n. 1, p. 178-185, abr. 2015.

SILVA, Rosane Meire Munhak *et al.* Resolutividade na atenção à criança com necessidades especiais de saúde. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 23-37, abr. 2017.

SILVEIRA, Andressa da *et al.* Cuidado à criança com asma: o discurso de familiares. **J Nurs Health**, v. 7, n. 2, p. 127-136, 2017.

SILVEIRA, Andressa da; NEVES, Eliane Tatsch. Crianças com necessidades especiais de saúde: cuidado familiar na preservação da vida. **Cienc Cuid Saude**, v. 11, n. 1, p. 74-80, 2012.

SIMÃO, Vilma Margarete; MIOTO, Regina Celia Tamasso. O cuidado paliativo e domiciliar em países da América Latina. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 156-169, 2016.

SORATTO, Jacks *et al.* A maneira criativa e sensível de pesquisar. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 67, n. 6, p. 994-999, 2014.

WEBER, Luciana Andressa Feil *et al.* Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. e47615, jul. 2017.

ZAMBERLAN, Kellen Cervo; NEVES, Eliane Tatsch. Daily life of the nursing staff in the face of admitted children with special health care needs. **Journal of Nursing UFPE on line**, Recife, v. 7, n. 7, p. 4801-4803, jul. 2013. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4320/pdf_2970>. Acesso em: 15 jan. 2013.

APÊNDICE A

Roteiro de perguntas geradoras de debates a serem aplicadas no momento da realização da Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade.

1. Para desospitalização de crianças dependentes de tecnologias o que você considera imprescindível?
2. Na sua área quais são as maiores potencialidades e fragilidades encontradas frente a esse processo?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: DESOSPITALIZAÇÃO DE CRIANÇAS DEPENDENTES DE TECNOLOGIAS: POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES NA PERSPECTIVA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Pesquisador responsável: Kassily Klein, Helene Becker Issi, Neila Santini de Souza, Aline Cammarano Ribeiro.

Instituição/Departamento: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, nº 2350, Santa Cecília- Porto Alegre/ RS

Telefone: (51)-3359-8000

Local da coleta de dados: Serviço de Enfermagem Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) na Unidade de Internação Pediátrica 10N e 10S.

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é conhecer as potencialidades e fragilidades no processo de desospitalização segura de crianças dependentes de tecnologias frente à perspectiva de uma equipe multidisciplinar de saúde. A pesquisa está sendo realizada pelo Serviço de Enfermagem Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) nas Unidades de Internação Pediátrica.

Através do seu aceite da participação, os procedimentos envolvidos são os seguintes: participar de um encontro grupal, onde a coleta de dados será realizada através da dinâmica de criatividade e sensibilidade, denominada Tempestade criativa, qual contaremos com sua participação para discussão do tema e na produção conhecimento, os encontros serão gravados (voz), sendo que tal gravação somente será acessada pela pesquisadora e seu orientador, respeitando as questões de sigilo do participante. Estes encontros serão agendados no serviço, conforme a sua disponibilidade. A entrevista será gravada e a duração poderá variar de 40 a 60 minutos.

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são: desconforto pela sensibilidade da temática de pesquisa, e o tempo disponibilizado para a entrevista. Se ocorrer algum desconforto, a pesquisadora estará à disposição para auxiliá-lo, ou solicitar seu atendimento à Psicologia Organizacional da instituição, caso você prefira. Você poderá interromper a qualquer momento a entrevista e a mesma poderá ser concluída em outro momento.

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa não são diretos, mas relacionam-se a contribuições para um maior conhecimento sobre desospitalização segura em pediatria de crianças dependentes de tecnologias, bem como embasar teoricamente na produção de um protocolo para alta hospitalar contribuindo para o funcionamento desse serviço de saúde.

Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao vínculo. A participação no estudo não está associada a nenhum tipo de avaliação profissional ou de desempenho.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos, porém, poderá ser ressarcido por despesas decorrentes de sua participação, cujos custos serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Helena Becker Issi pelo telefone (51) 3359 8596, Kassiely Klein pelo telefone (55) 999324403 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _

ANEXO

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESHOSPITALIZAÇÃO SEGURA DE CRIANÇAS DEPENDENTES DE TECNOLOGIAS: FRAGILIDADES E POTENCIALIDADES NA PERSPECTIVA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Pesquisador: Helena Becker Issi

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 84912218.0.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.614.102

Apresentação do Projeto:

Para conhecer as potencialidades e fragilidades no processo de desospitalização segura de crianças em uso de tecnologias frente a perspectiva de uma equipe multiprofissional de saúde, as autoras propõem um estudo com abordagem qualitativa, do tipo exploratório descritivo utilizando o Método Criativo sensível que se caracteriza pela realização de Dinâmicas de Criatividade e Sensibilidade (DCS) que conjugam técnicas consolidadas de coleta de dados, entrevista coletiva, discussão de grupo e observação participante para produzir dados no espaço grupal de forma dinâmica, dialógica e interacional. A análise dos dados será feita através de Análise de Conteúdo Temática.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer as potencialidades e fragilidades no processo de desospitalização segura de crianças em uso de tecnologias frente a perspectiva de uma equipe multiprofissional de saúde.

Objetivo Secundário:

Descrever as potencialidades e fragilidades encontradas por cada categoria profissional e no seu conjunto na integralidade do trabalho interdisciplinar frente ao processo de desospitalização segura de crianças em uso de tecnologias.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 2.614.102

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Podem existir riscos e desconfortos considerados mínimos relativos aos participantes terem que expor suas opiniões podendo assim haver conflitos de ideias entre diferentes participantes.

Benefícios:

A pesquisa poderá contribuir para o processo de desospitalização seguro em pediatria de crianças dependentes de tecnologias, bem como embasar teoricamente na produção de um protocolo para alta hospitalar contribuindo para o funcionamento desse serviço de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de trabalho de conclusão da RIMS, projeto bem organizado que pretende ouvir 18 profissionais de saúde que atuam na internação pediátrica do HCPA sobre o processo de desospitalização de CRIANES. Os profissionais serão divididos em dois grupos, sendo ouvidos aqueles que desejarem participar do estudo, fora de seu horário de trabalho.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta TCLE.

Recomendações:

Nada a recomendar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências emitidas para o projeto no parecer 2.567.341 foram adequadamente respondidas pelos pesquisadores, conforme carta de respostas adicionada em 09/04/2018. Não apresenta novas pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (Projeto versão de 06/04/2018, TCLE versão de 06/04/2018 e demais documentos que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto.

Os pesquisadores devem atentar ao cumprimento dos seguintes itens:

- a) Este projeto está aprovado para inclusão de 18 participantes no Centro HCPA, de acordo com as informações do projeto ou do Plano de Recrutamento apresentado. Qualquer alteração deste número deverá ser comunicada ao CEP e ao Serviço de Gestão em Pesquisa para autorizações e atualizações cabíveis.
- b) Para que possa ser realizado, o projeto deve estar cadastrado no sistema WebGPPG em razão

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

**UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL**



Continuação do Parecer: 2.614.102

das questões logísticas e financeiras.

c) O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação final da Comissão Científica, através do Sistema WebGPPG.

d) Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.

e) Deverão ser encaminhados ao CEP relatórios semestrais e um relatório final do projeto.

f) A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e inesperados, ocorridos com pacientes incluídos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando envolver diretamente estes pacientes, deverá ser realizada através do Sistema GEO (Gestão Estratégica Operacional) disponível na intranet do HCPA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1060832.pdf	09/04/2018 19:29:35		Aceito
Outros	pendenciaum.docx	09/04/2018 19:29:04	Helena Becker Issi	Aceito
Outros	pendenciaois.docx	09/04/2018 19:28:21	Helena Becker Issi	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	06/04/2018 18:19:07	Helena Becker Issi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMOCONCENTIMENTO.pdf	06/04/2018 18:17:19	Helena Becker Issi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODEPESQUISAk.pdf	06/04/2018 18:17:06	Helena Becker Issi	Aceito
Outros	roteiro.pdf	06/04/2018 17:06:32	Helena Becker Issi	Aceito
Outros	autorizacao.pdf	09/03/2018 11:23:42	Helena Becker Issi	Aceito
Outros	delegacaofuncao.pdf	09/03/2018 11:21:52	Helena Becker Issi	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	18/01/2018 14:51:00	Helena Becker Issi	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	18/01/2018	Helena Becker Issi	Aceito

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F

Bairro: Santa Cecília

CEP: 90.035-903

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3359-7640

Fax: (51)3359-7640

E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 2.614.102

Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	14:49:44	Helena Becker Issi	Aceito
------------	----------------	----------	--------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 23 de Abril de 2018

Assinado por:
Marcia Mocellin Raymundo
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br