

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CAROLINA BALTAR DAY

**Benefícios da atenção domiciliar ao idoso portador de dano crônico:
revisão sistemática da literatura**

**Porto Alegre
2010**

CAROLINA BALTAR DAY

Benefícios da atenção domiciliar ao idoso portador de dano crônico:
revisão sistemática da literatura

Este trabalho é requisito para a obtenção de conceito parcial na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Lisiane Paskulin

**Porto Alegre
2010**

RESUMO

Introdução: A atenção domiciliar vem sendo proposto como uma estratégia para a mudança do modelo assistencial e para a modificação no perfil de morbidade e mortalidade da população. **Objetivos:** Descrever os benefícios da atenção domiciliar ao idoso portador de dano crônico por meio de revisão sistemática da literatura.

Metodologia: A revisão foi realizada por meio do levantamento *on-line* dos dados na *database MEDLINE* do *PubMed*, utilizando-se os descritores *home care service*, *chronic disease* e *aged*. Estes descritores foram utilizados como *MESH terms* e ainda foram selecionados os limites *randomized controlled trial*, *english*, *humans*, *aged: 65 + years* e *publication date from 1990 to 2010*, disponibilizados pelo *PubMed*.

Resultados: Os nove artigos que compuseram a amostra versavam sobre investigações que recrutaram um total de 1825 participantes, com um tempo de seguimento que variou de três meses a dez anos. Houve prevalência do sexo masculino entre os pacientes estudados, e da IC como doença de base. Todos os estudos compararam a atenção domiciliar com outro tipo de atenção. A mortalidade foi menor em pacientes que receberam atenção domiciliar, porém, quanto a hospitalizações e média de dias de internação hospitalar, a atenção domiciliar apresentou resultados semelhantes aos de outro tipo de atenção. A capacidade funcional e a qualidade de vida dos pacientes também foi semelhante entre os que receberam cuidado domiciliar com aqueles que receberam outro cuidado. Quanto aos custos, a atenção domiciliar mostrou-se mais barata. **Conclusões:** Os artigos analisados não fornecem evidência unânimes dos benefícios do cuidado domiciliar quando comparados com outras modalidades de atenção. São necessários investigações mais específicas para confirmar os resultados para estas variáveis.

Descritores: *home care service*, *chronic disease*, *aged*, atenção domiciliar, danos crônicos, idosos.

ABSTRACT

Background: Home care service has been proposed as a strategy for changes to health care model and the modification in morbidity and mortality of the population.

Objectives: To describe the benefits of home care service to the elderly with chronic disease through systematic review of the literature.

Methodology: The review was conducted through the online survey data in the database MEDLINE from PubMed, using the keywords home care service, chronic disease and aged. These descriptors were used as MESH terms were also selected the limits randomized controlled trial, english, humans, aged: 65 years and publication date from 1990 to 2010, made available through PubMed.

Results: The nine articles that comprised the sample were about investigations that have recruited a total of 1825 participants, with a follow-up period ranging from three months to ten years. The prevalence among male patients, and HF as the underlying disease. All studies compared home care service with another kind of attention. Mortality was lower in patients receiving home care, but as for hospitalizations and mean days of hospitalization, home care service showed results similar to those of another kind of attention. The functional capacity and quality of life of patients was also similar among those receiving home care to those who received other care. Regarding costs, home care was more expensive.

Conclusions: The reviewed articles do not provide unanimous evidence of the benefits of home care compared with other modalities of care. More specific investigations are needed to confirm the results for these variables.

Keywords: home care service, chronic disease, aged, atenção domiciliar, danos crônicos, idosos.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 5 |
| 2 OBJETIVO | 8 |
| 3 CONTEXTO TEÓRICO | 9 |
| 3.1 Políticas públicas à pessoa idosa e a atenção domiciliar | 9 |
| 3.2 Atenção domiciliar | 11 |
| 4 MÉTODOS | 15 |
| 5 RESULTADOS | 17 |
| 5.1 Hospitalizações | 21 |
| 5.2 Custos | 22 |
| 5.3 Média de dias de internação hospitalar | 25 |
| 5.4 Capacidade funcional e qualidade de vida | 25 |
| 5.5 Mortalidade | 27 |
| 5.6 Sobrevida e risco para evento vital | 28 |
| 6 DISCUSSÃO | 30 |
| CONCLUSÕES | 35 |
| REFERÊNCIAS | 37 |
| ANEXO – Carta de aprovação no Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da UFRGS | 43 |

INTRODUÇÃO

O Brasil vem passando por um processo de transição demográfica associado ao aumento da expectativa de vida e declínio da taxa de fecundidade. Com isso ocorre o envelhecimento populacional. Esse se caracteriza pela redução da participação relativa de crianças e jovens, acompanhada do aumento do peso proporcional dos adultos e, particularmente, dos idosos ¹. Em 2008, enquanto as crianças de 0 a 14 anos de idade correspondiam a 26,47% da população total, o contingente com 65 anos ou mais de idade representava 6,53%. Em 2050, o primeiro grupo representará 13,15%, ao passo que a população idosa ultrapassará os 22,71% da população total ².

Com a transição demográfica tem-se também a transição epidemiológica, na qual se obtém uma modificação no perfil de morbidade e mortalidade da população. Neste contexto, as doenças próprias do envelhecimento tornam-se mais visíveis perante a sociedade. Uma consequência direta desta mudança de perfil é procura crescente do idoso por serviços de saúde, uma vez que a pessoa idosa tem internações hospitalares mais frequentes e ocupa leitos por mais tempo quando comparado à outras faixas etárias. De maneira geral, o idoso é acometido por doenças crônicas e múltiplas que exigem acompanhamento constante e cuidados permanentes ³.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são um importante problema de saúde pública da atualidade, gerando novos desafios para o sistema de saúde, como a elaboração de políticas de promoção à saúde e de prevenção de danos ocasionados por este grupo de doenças. Dentre as DCNT podemos citar as cardíacas e as cerebrovasculares, os cânceres, o diabetes, a hipertensão, as doenças auto-imunes, as lesões produzidas por acidentes e violências, entre outras ⁴. As DCNT no contexto da população adulta aumentam consideravelmente suas prevalências, incidências e mortalidades com o envelhecimento, sendo este, acompanhado naturalmente do declínio das funções biológicas da maioria dos órgãos, o que contribuem para o aumento da frequência de várias das DCNT ⁵.

A pessoa idosa (60 anos ou mais) é atendida em um sistema de saúde com escassez de estruturas de suporte qualificado e carente de profissionais com conhecimento sobre o processo de envelhecimento para atender as suas necessidades de saúde ⁶.

As políticas voltadas para a população idosa surgem vinculadas à implantação de estratégias de mudança de modelo assistencial, que visam alterar o modelo curativo para um modelo que atenda aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Este novo modelo valoriza o atendimento humanizado e integral à saúde, e é de fundamental importância à pessoa idosa, que necessita de assistência multidisciplinar, intersetorial e muitas vezes de maior complexidade.

Uma das estratégias que vem sendo propostas para a mudança do modelo de assistência é o atendimento domiciliar. Este atendimento configura-se como uma alternativa à internação hospitalar, que além de altos custos para o cuidado, apresenta uma abordagem tecnicista, sem considerar o contexto de vida dos clientes, suas relações familiares e valores socioeconômicos ⁷. Assim, a atenção domiciliar surge como uma alternativa de organização da atenção à saúde que contribui ativamente para a produção da integralidade e da continuidade do cuidado, da ampliação da autonomia dos usuários na produção de sua própria saúde ⁸.

No Brasil, existem diversas políticas apoiando a atenção no domicílio. A Política Nacional de Atenção Básica prevê que o SUS deve prover à pessoa idosa uma atenção humanizada com acompanhamento domiciliar compatível com suas necessidades ⁹. A diretriz de regionalização, explícita nessa política, preconiza que as unidades básicas de saúde (UBS), de acordo com suas áreas de abrangência, diversifiquem suas ofertas assistenciais, sendo um desses incrementos a atenção domiciliar ¹⁰.

A Lei nº10.424, de 15 de abril de 2002, acrescenta à Lei Orgânica de Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 a assistência domiciliar no SUS ¹¹. Em 2006 foi publicada a Resolução da diretoria colegiada (RDC) nº11, da Agência Nacional de Vigilância em Saúde (ANVISA). A mesma determina requisitos mínimos de funcionamento de serviços de atenção domiciliar nas modalidades de assistência e

internação domiciliar no SUS, e sistemas complementares ¹².

Apesar das políticas já estabelecidas, a atenção domiciliar tem sido feita de forma fragmentada, sendo ainda recentes as iniciativas hierarquizadas e regionalizadas. Além disso, a atenção domiciliar é pouco valorizada como um novo paradigma de cuidar e os estudos nacionais que mostrem os benefícios deste modelo ainda são incipientes ¹³.

Com a finalidade de apoiar a implementação desta modalidade de assistência será desenvolvida a presente investigação que tem como questão de estudo: quais os benefícios da atenção domiciliar a pessoas idosas portadoras de dano crônico? A motivação em realizar este estudo surge da experiência pessoal da autora no cuidado domiciliar à pessoa idosa e da vivência de alguns benefícios que ela acarreta, do grande interesse pelo cuidado à população idosa e por suas particularidades, e da carência de estudos nacionais que avaliem a intervenção de enfermagem no domicílio.

O tema a ser estudado contribuirá para a implementação efetiva da atenção domiciliar no SUS, oferecendo subsídios para a prática assistencial domiciliar do enfermeiro no âmbito da saúde coletiva. Os estudos brasileiros apenas abordam relatos de experiência e a importância do tema, mas nenhum, até o momento, avalia a intervenção de enfermagem no atendimento domiciliar, por meio de estudos controlados randomizados ⁶. Deste modo será realizada uma revisão sistemática em base de dados internacional a fim de identificar que estratégias estão sendo utilizadas em outros países para oferecer atenção domiciliar ao idoso portador de dano crônico e quais os benefícios que esta atenção oferece.

2 OBJETIVO

Descrever os benefícios da atenção domiciliar ao idoso portador de dano crônico por meio de revisão sistemática da literatura.

3 CONTEXTO TEÓRICO

Serão abordadas no contexto teórico as políticas sociais à pessoa idosa e suas interfaces com a atenção domiciliar, bem como um referencial teórico sobre a atenção domiciliar e experiências internacionais.

3.1 Políticas públicas à pessoa idosa e a atenção domiciliar

Na década de 80, ocorreu em Viena, promovido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a Primeira Assembleia Mundial sobre Envelhecimento. Este evento foi precursor nas discussões relativas à atenção ao idoso. Nesta Assembléia, foi proposto o Plano Internacional sobre Envelhecimento, subsidiando os programas nacionais voltados para saúde das pessoas idosas ¹⁰.

No Brasil, a preocupação com políticas voltadas para o envelhecimento da população teve início na década de 90, a partir da Política Nacional do Idoso. Essa foi instituída pela Lei 8.842 de 4 de janeiro de 1994 e regulamentada pelo decreto 1.948 de 3 de julho de 1996 ⁸. Tem por finalidade resguardar os direitos sociais do idoso, proporcionando que ele desenvolva sua autonomia, integração e participação social efetiva ¹⁴.

Em 1999, foi estabelecida a Política Nacional de Saúde do Idoso, que tinha como diretrizes promover o envelhecimento saudável, manter a capacidade funcional do idoso, assistir suas necessidades de saúde, reabilitar as capacidades funcionais comprometidas, capacitar recursos humanos especializados e apoiar o desenvolvimento de cuidadores informais e de pesquisa. A diretriz referente a atenção às necessidades da saúde do idoso prevê a assistência domiciliar como um serviço alternativo à internação prolongada. Esta medida constituiu-se também, segundo esta política, como uma estratégia na minimização de custos de internação ¹⁵.

Em 2002, ocorreu em Madri, a Segunda Assembleia Mundial sobre Envelhecimento que resultou no Plano de Ação Internacional com três dimensões prioritárias: idoso e desenvolvimento, promoção da saúde e bem-estar na velhice e criação de um ambiente propício e favorável ao idoso ¹⁶.

No ano de 2003, foi aprovado, no Brasil, o Estatuto do Idoso, pela Lei Federal 10.741, que assegura os direitos dos idosos a educação, a cultura e à saúde. Ela também prevê o atendimento domiciliar – incluindo internação – para aqueles que necessitarem e estiverem impossibilitados de se locomover, incluindo idosos institucionalizados em asilos ou outros locais conveniados com o poder público, no meio rural e urbano ¹⁷.

Em 2006, o Ministério da Saúde, através da portaria nº 399/GM divulga “O Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS” e aprova suas diretrizes, contemplando o Pacto pela Vida. Neste, a saúde do idoso aparece como uma das prioridades pactuadas entre as três esferas de governo. Estabelece ainda a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), através da portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Esta substituindo a Política Nacional de Saúde do Idoso de 1999 ⁹.

A PNSPI, visando à integralidade da atenção, incluindo a atenção domiciliar, e define que a atenção à saúde da pessoa idosa terá como porta de entrada a atenção básica/Saúde da Família ⁶. Ressalta também a importância da implementação da avaliação individual e coletiva para determinar a pirâmide de risco funcional da população assistidas pelos serviços de saúde. De acordo com essa política, o idoso pode ser dependente ou independente. O dependente é o idoso frágil ou em situação de fragilidade, institucionalizado, acamado, hospitalizado recentemente, portador de doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional ou que vive situações de violência doméstica. O idoso independente é aquele capaz de realizar as atividades de vida diária, como tomar banho, vestir-se, usar o banheiro, alimentar-se, entre outras. Nesta perspectiva, a política estabelece dois grandes eixos norteadores para a integralidade de ações: o primeiro eixo pressupõe o enfrentamento de fragilidades da pessoa idosa, da família e do sistema de saúde. Já o segundo eixo volta-se para a promoção da saúde e da integração social, em todos os níveis de atenção ⁶.

3.2 Atenção domiciliar

A atenção domiciliar é definida como a atenção à saúde realizada no domicílio. É uma modalidade mais ampla que envolve a promoção e reabilitação da saúde e a prevenção e tratamento de doenças realizadas por meio de ações no domicílio. Este é um modelo recente no Brasil e, por isso, existem muitos termos para designá-lo tais como: *home health care*, *home care*, atendimento domiciliar, cuidado de saúde domiciliar, entre outros. Apesar da ascensão desta modalidade no país, ela ainda não está completamente inserida no SUS ¹⁸.

A atenção domiciliar começou a fazer parte das discussões das políticas de saúde brasileiras recentemente, devido ao aumento dos custos das internações hospitalares de pessoas idosas e da necessidade de alternativas para melhor utilização de recursos financeiros ¹⁹. Ela engloba políticas de saúde, de saneamento, habitação e educação, contemplando também ações educativas e assistenciais desenvolvidas por profissionais da saúde no domicílio, desenvolvendo cuidados de todos os níveis de complexidade, estando inseridas neste modelo, as modalidades de: atendimento, internação e visita domiciliar ¹⁸.

Os principais objetivos desta prática são: oferece maior rapidez na recuperação do paciente, afastar o risco de infecção hospitalar, otimizar a utilização de leitos hospitalares, reduzir os custos por dia de internação, proporcionar tranquilidade ao paciente por estar no meio familiar, prevenir e minimizar eventuais sequelas e reduzir internações por recidivas ²⁰.

O atendimento domiciliar é definido como atividades ambulatoriais, programadas e continuadas no domicílio. Este modelo ainda compreende ações voltadas para a prevenção de agravos à saúde e sua manutenção de forma a fortalecer os fatores benéficos ao indivíduo ¹². Dentro do contexto do SUS, este atendimento estrutura-se como uma estratégia de atenção à saúde com objetivo de enfatizar a autonomia do cliente no âmbito domiciliar ²¹. Envolve ações menos complexas, principalmente voltadas para as doenças crônicas, com intuito de prevenir doenças, complicações ou descompensações de patologias já existentes. É

um atendimento direcionado essencialmente a pacientes de alto custo e que utilizam desordenadamente os recursos dos serviços de saúde, com reinternações freqüentes por problemas evitáveis ²². Para outros autores também é denominada de assistência domiciliar ⁷.

Já a internação domiciliar é conceituada como o conjunto de atividades prestadas no domicílio, a pacientes com necessidades mais complexas de atenção. Os usuários devem dispor da atenção contínua de um cuidador capacitado e serem supervisionados por um membro da equipe de saúde. Este tipo de cuidado é direcionado para pacientes com agravos agudos ou crônicos agudizados, cuja assistência domiciliar possa evitar a internação hospitalar ²³. O termo Internação Domiciliar pode ser associado ao termo “hospital em casa”, pois envolve ações de saúde que requerem o deslocamento de parte da estrutura hospitalar ao domicílio de doente ²².

A visita domiciliar é definida como um conjunto de ações de saúde, realizadas por profissionais, voltadas para educação e orientação. Através dela são avaliadas as condições ambientais e físicas em que vivem o indivíduo e sua família ²⁴. Por meio das visitas domiciliar os profissionais identificam os problemas e as necessidades de saúde da população a ser assistida. Pode ser considerada uma forma de assistência domiciliar, pois oferece subsídios para execução dos demais conceitos desse modelo assistencial ¹⁸.

No Brasil, como já relatado, a RDC nº 11, da ANVISA regulamenta como será a prestação do serviço de atenção domiciliar, exigindo que o serviço esteja de acordo com as normas sanitárias; que tenha espaço físico adequado e profissionais habilitados; que desenvolva um plano de atenção domiciliar; e que realize avaliação de desempenho, mensalmente, através de indicadores como: taxa de mortalidade, taxa de internação após atenção domiciliar, taxa de infecção para internação domiciliar, taxa de alta da modalidade assistência domiciliar e da modalidade internação domiciliar ¹².

No Brasil, as iniciativas de atenção domiciliar vinculadas aos hospitais são orientadas para a desospitalização e destinadas à grupos específicos tais como

tratamento de feridas, portadores de distrofia muscular, pacientes portadores de HIV/AIDS, entre outros²⁵. No panorama nacional, são escassos os serviços públicos e privados de atenção domiciliar, apenas são conhecidos modelos e experiências bem sucedidas⁷.

Em diversos países desenvolvidos a atenção domiciliar está incorporada no sistema de saúde. Nos Estados Unidos e em países europeus, a atenção domiciliar é uma prática comum que proporciona uma recuperação acelerada e promove redução de custos. É considerada, de modo específico, como uma alternativa humanizada e econômica de cuidado ao idoso portador de dano crônico²⁰.

No sistema de saúde canadense, o termo *home care* é a provisão de serviços de saúde e sociais com intuito de dar suporte ao paciente em seu domicílio. A atenção domiciliar faz parte do sistema de saúde canadense em grande parte das províncias²³. Na Coreia, entre 1994 e 1999, foi desenvolvido o programa de *Home Health Nursing Care* para verificar a possibilidade de alta precoce para pacientes internados e da redução de custos com hospitalizações. Na década 2000, este programa assume um papel importante no sistema nacional de saúde coreano. Esta modalidade, na perspectiva do setor público, realiza ações de saúde no domicílio, junto à família e a comunidade, direcionadas à pacientes com doenças crônicas que não estejam hospitalizados²⁷.

O *Home Care*, no sistema de saúde sueco, é um modelo de atenção à saúde prestado por profissionais para à pessoa em seu domicilio. Este modelo visa proporcionar qualidade de vida, melhorar o estado de saúde funcional e também substituir cuidados hospitalares, através de diversas atividades domiciliares, desde visitas preventivas até cuidados para pacientes terminais²⁸.

No Japão, os primeiros cuidados domiciliares iniciaram na segunda metade da década de 1970. Nesta época as visitas domiciliares realizadas por enfermeiras, mas apenas no ano 2000, foi implementada uma política governamental que assegurou um sistema de cuidado a longo prazo. O *home care*, no sistema de saúde japonês, é classificado em quatro tipos: *home care* para pessoas idosas; cuidados de alta tecnologia; cuidados terminais e cuidado de pacientes psiquiátricos. Onde

nos quatro tipos, o *home care* tem como objetivo apoiar a independência de cada idoso por meio de esforços da comunidade ²⁹.

4 MÉTODOS

Estudo do tipo revisão sistemática, realizado de acordo com a metodologia encontrada na publicação *Cochrane Handbook* produzida pela Colaboração Cochrane e no *Competency Demonstrations Report* produzido pelo *NHS Centre for Reviews and Disseminations*³⁰. A revisão sistemática foi feita em seis passos: formulação da questão norteadora, localização dos estudos, avaliação crítica dos estudos, coleta de dados, análise e apresentação dos dados e interpretação dos dados. A questão norteadora do presente estudo foi “quais os benefícios da atenção domiciliar ao idoso portador de dano crônico?”.

Para a localização dos artigos foi realizado um levantamento *on-line* dos dados na *database MEDLINE* do *PubMed* no mês de agosto de 2010. Na pesquisa de terminologias, através da *database MESH*, foram encontrados nove descritores para o termo *home care*, optando-se pelo descritor *home care service*. Este é descrito como serviço de enfermagem e saúde comunitária que prestam serviços múltiplos e coordenados para o paciente em seu domicílio. Este serviço de cuidado domiciliar é prestado por uma enfermeira, agência de cuidados, hospitais ou grupos comunitários com atenção profissional para prestação do cuidado.

Para o termo *chronic disease* foram encontrados dois descritores, e utilizado o descritor *chronic disease*, sendo designado para doenças que tem uma ou mais das seguintes características: são permanentes, deixam incapacidade residual, são causadas por alteração patológica não reversível, requerem treinamento especial do paciente para reabilitação, pode-se esperar que requeiram um longo período de supervisão, observação ou cuidado.

Para o termo *aged* foram encontrados oito descritores, optando-se pelo descritor *aged*, que é utilizado para se referir a pessoas com idade entre 65 anos e 79 anos, ele ainda pode se referir a pessoas com 80 anos e mais.

Os termos *home care service*, *chronic disease* e *aged* foram pesquisados como *MESH Terms*, localizando 569 artigos. Foram utilizados ainda os limites

randomized controlled trial, english, humans, aged: 65 + years e publication date from 1990 to 2010, disponibilizados pelo *PubMed*. O critério de exclusão foi o artigo não estar disponível de forma gratuita pelo Portal da Capes.

Foram identificados 32 estudos, que passaram por uma avaliação inicial. Esta consistiu na leitura dos títulos e resumos à procura de termos que identificassem o tema de pesquisa. Confirmou-se também nos resumos destes artigos se existiu uma intervenção específica relacionada à atenção domiciliar comparada com outro tipo de atenção realizada fora do domicílio. Foram excluídos 18 artigos que não preenchiam um ou mais dos critérios de inclusão, e cinco artigos que não estavam disponibilizados na íntegra. Optou-se por manter três artigos onde a média de idade dos participantes do estudo foi superior a 60 anos, mas que possuíam sujeitos na amostra com 53 anos e mais. Assim sendo os artigos que compuseram a amostra foram nove. Os artigos selecionados foram então lidos na íntegra de forma a identificar os benefícios da atenção domiciliar ao idoso portador do dano crônico.

Na coleta de dados, as variáveis identificadas foram: a população estudada, doença de base, local onde o estudo foi desenvolvido, a intervenção realizada e os desfechos encontrados. Estas variáveis coletadas foram agrupadas por semelhança. Os resultados dos estudos analisados foram interpretados de forma a determinar o nível de evidência encontrada e a aplicabilidade dos mesmos visando responder à questão de pesquisa, ou seja, identificar os benefícios da atenção domiciliar.

Foram respeitados os preceitos éticos referentes às citações e referências dos estudos utilizados. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (ANEXO).

5 RESULTADOS

Os nove artigos que compuseram a amostra versavam sobre investigações que recrutaram um total de 1825 participantes, com um tempo de seguimento que variou de três meses a dez anos. A distribuição dos estudos de acordo com as características das amostras investigadas e local de realização são descritas na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos estudos de acordo com as características das amostras investigadas e local de realização dos estudos.

| VARIÁVEL | N |
|--|----------|
| PREVALÊNCIA DO SEXO | |
| Masculino | 7 |
| Feminino | 2 |
| Total | 9 |
| CRITÉRIO DE INCLUSÃO > 60 ANOS | |
| Sim | 5 |
| Não | 0 |
| Total | 5 |
| DOENÇA DE BASE/CONDIÇÃO | |
| Insuficiência Cardíaca | 6 |
| Doença Pulmonar Crônica | 1 |
| Insuficiência Renal Crônica | 1 |
| Incapacidade Funcional | 1 |
| Total | 9 |
| LOCAL DE REALIZAÇÃO | |
| Estados Unidos | 2 |
| Hong Kong | 2 |
| Austrália | 2 |
| Suécia | 1 |
| Itália | 1 |
| Espanha | 1 |
| Total | 9 |

Fonte: Estudos utilizados para realização da presente revisão sistemática.

A prevalência do sexo masculino entre os pacientes foi maior em sete estudos^{31;32;33;34;35;36;37} e em dois estudos houve prevalência do sexo feminino^{38;39}. A idade

foi definida como critério de inclusão em cinco dos artigos que compuseram a amostra. Em dois artigos a amostra era formada por pessoas com 60 anos ou mais^{32;35} e nos outros três, 70 anos ou mais³⁸, 65 anos ou mais³⁶ e 75 anos ou mais, respectivamente³⁴. Quatro artigos não apresentaram idade como critério de inclusão, mas identificaram a idade média dos pacientes como de 63±12 anos³⁹, de 77±10 anos³¹, de 69±11 anos³³ e de 75±9 anos³⁷. Ainda em relação aos aspectos sociodemográficos destaca-se que quatro estudos descreveram o percentual de pacientes que viviam sozinhos, sendo o percentual médio de 39,8%^{33;35;37;38}.

A doença base ou condição dos pacientes randomizados nos estudos foram: Insuficiência Cardíaca (IC)^{31;34;35;36;37;39}, Doença Pulmonar Crônica³², Insuficiência Renal Crônica (IRC)³³ e incapacidade funcional de pacientes com danos crônicos³⁸. Dois estudos foram desenvolvidos nos Estados Unidos^{38;39}, dois em Hong Kong^{32;35}, dois na Austrália^{33;37}, um na Suécia³¹, um na Itália³⁵ e outro na Espanha³⁶.

Conforme o quadro 1, observa-se que a intervenção oferecida em todos os artigos caracterizou-se pela atenção domiciliar após alta hospitalar. As intervenções no domicílio foram: visitas de enfermeiros para avaliação clínica e orientações para educação em saúde^{31;32;33;39}, visitas multidisciplinares para prover cuidado hospitalar no domicílio^{34;36}, visitas de terapeutas ocupacionais para identificação de incapacidade funcional e orientação de ações para melhorar a segurança e eficiência na realização das atividades de vida diária³⁸ e visitas multidisciplinares para a avaliação clínica do paciente e fornecimento de orientações sobre a doença e tratamento^{33;37}.

Em relação ao grupo controle, em três estudos foi oferecida a permanência na instituição hospitalar para a continuidade dos cuidados necessários, entretanto os artigos não especificam como se deu este atendimento^{31;34;36}. Em uma investigação, o grupo controle não recebeu nenhum tipo de cuidado após a alta hospitalar³⁸ e em outros dois estudos, o grupo controle recebeu acompanhamento médico por meio de consultas no hospital ou no ambulatório, conforme a necessidade^{32;35;37}. Outra pesquisa utilizou a telemedicina como modelo assistencial aos pacientes que não receberam a intervenção domiciliar especializada³⁹ e outra, ainda, ofereceu, além das consultas médicas hospitalares, visitas domiciliares usuais de enfermeiras

comunitárias³³.

Quadro 1: Descrição dos estudos quanto aos objetivos e cuidados oferecidos aos grupos intervenção e controle

| ESTUDO | OBJETIVOS | INTERVENÇÃO | CONTROLE |
|----------------------|---|---|--|
| Mendonza et al, 2009 | Comparar a efetividade e os custos diretos com os cuidados de saúde de pacientes idosos com ICC. | Vistas domiciliares multidisciplinares. | Internação hospitalar em unidade de cardiologia. |
| Tibaldi et al, 2009 | Examinar a eficácia de um modelo de unidade de clínica médica de serviço hospitalar no domicílio para pacientes idosos com descompensação aguda de ICC. | Visitas domiciliares multidisciplinares, cuidado do tipo internação domiciliar. | Internação hospitalar |
| Gitlin et al, 2009 | Avaliar o efeito à longo prazo da intervenção domiciliar na mortalidade, após mostrar redução nas dificuldades funcionais e no que os benefícios aos sobreviventes diferem de acordo com o nível de risco de mortalidade inicial. | Atuação de terapeutas ocupacionais no domicílio. | Não recebeu nenhum cuidado. |
| Kwok et al, 2008 | Avaliar a efetividade e a custo-efetividade de um programa de suporte de enfermeiras comunitárias após alta hospitalar na prevenção de re-hospitalizações e melhora da capacidade funcional de pacientes idosos com ICC. | Visitas domiciliares de enfermeiras comunitárias. | Consultas médicas em hospitais ou em ambulatórios. |
| Patel et al, 2008 | Avaliar a viabilidade do cuidado domiciliar versus o cuidado usual em relação a qualidade de vida e ao custo em pacientes com agravamento de ICC. | Visitas domiciliares de enfermeiras. | Internação hospitalar. |
| Pearson et al, 2006 | Analisar o impacto a longo prazo do manejo de doenças crônicas em um grupo de pacientes com Insuficiência renal crônica. | Visitas domiciliares multidisciplinares. | Consultas médicas em hospitais ou em ambulatórios. |
| Inglis et al, 2006 | Examinar o impacto a longo prazo da intervenção domiciliar multidisciplinar e liderada por enfermeiros, relativo ao cuidado usual pós alta hospitalar em idosos com ICC. | Visitas domiciliares multidisciplinares. | Consultas médicas em hospitais ou em ambulatórios. |
| Kwok et al, 2004 | Avaliar a efetividade de um intensivo programa de suporte pós-alta de enfermeiras comunitárias na prevenção de re-hospitalizações de pacientes idosos com Doença Pulmonar Crônica. | Visitas domiciliares de enfermeiras comunitárias. | Consultas médicas em hospitais ou em ambulatórios. |
| Benetar et al, 2003 | Comparar resultados para pacientes que receberam cuidado domiciliar por telemedicina com os que receberam visitas domiciliares de enfermeiras. | Visitas domiciliares de enfermeiras. | telemedicina realizada por enfermeiras. |

No quadro 2, são apresentados os desfechos avaliados nos estudos e detalhado os resultados encontrados quanto à mortalidade, readmissões

hospitalares, tempo de permanência hospitalar (média de dias de internação), custos, sobrevida e risco para ocorrência de evento fatal, qualidade de vida, modificação no status funcional.

Quadro 2: Desfechos avaliados nos estudos e principais resultados obtidos

| Desfecho avaliado | Número de estudos avaliados e com desfechos significativos ou não | | | Resultados | |
|--|---|--------|--------|---|---|
| | Avaliados | p<0,05 | p>0,05 | Significativos | Não significativos |
| Hospitalizações | 7 | 2 | 5 | - Um estudo: maior taxa de hospitalizações com atenção domiciliar vs telemedicina. - Um estudo: menor taxa de hospitalizações com atenção domiciliar vs consultas médicas. | Não houve diferença no número de hospitalizações entre os grupos. |
| Custos | 6 | 5 | 1 | - Quatro estudos: menor na atenção domiciliar vs outro tipo de cuidado. - Um estudo: maior na atenção domiciliar vs telemedicina. | Não houve diferença nos custos para o sistema de saúde nos dois grupos. |
| Média de dias de internação hospitalar | 5 | 2 | 3 | - Um estudo: maior média de dias de hospitalizações com atenção domiciliar vs telemedicina. -Um estudo: menor taxa média de dias de hospitalizações com atenção domiciliar vs consultas médicas. | Não houve diferença na média de dias de internação hospitalar entre os grupos. |
| Capacidade Funcional | 5 | 0 | 5 | * Um estudo demonstrou maior independência para realização de atividades diárias em pacientes da intervenção domiciliar. | Nenhuma diferença foi encontrada nos escores dos instrumentos aplicados. |
| Qualidade de Vida | 5 | 1 | 4 | Um estudo: escores mais elevados em pacientes que receberam atenção domiciliar vs internação hospitalar. | Quatro estudos: nenhuma diferença foi encontrada nos escores dos instrumentos aplicados. |
| Mortalidade | 4 | 2 | 2 | Nos dois estudos: menor mortalidade em pacientes que receberam atenção domiciliar. | Nos dois estudos: taxas de mortalidade semelhante entre os grupos de intervenção domiciliar e controle. |
| Sobrevida | 3 | 2 | 1 | Em dois estudos: maior sobrevida em pacientes que receberam cuidado domiciliar do que nos que receberam outro tipo de atenção. | Em um estudo: a atenção domiciliar não teve impacto na sobrevida dos pacientes. |

* Apenas a independência dos pacientes foi significativo e não sua capacidade funcional.

5.1 Hospitalizações

Cinco estudos compararam admissões hospitalares nos grupos de pacientes que receberam cuidado domiciliar com grupos de pacientes que receberam cuidado hospitalar ou visitas usuais de enfermeiras comunitárias^{31;33;34;35;36}. Nas cinco investigações descritas a seguir, verifica-se que não houve diferença estatisticamente significativa nas readmissões entre o grupo de intervenção e o grupo controle.

Um estudo, que acompanhou pacientes com IC por um ano, constatou uma taxa de admissão hospitalar de 50% no grupo de cuidado hospitalar e de 40,5% ($p=0,42$) no grupo de intervenção domiciliar³⁶. Outros dois estudos, também com pacientes acometidos por IC, mas acompanhados por seis meses, constataram que, respectivamente, 57% e 17% dos pacientes do grupo de intervenção domiciliar e 46% e 34% dos pacientes do que receberam acompanhamento através de consultas médicas ou atendimento hospitalar foram readmitidos após a alta ($p=0,23$ e $p=0,19$ respectivamente)^{34;35}. Já em investigação realizada com pacientes com Insuficiência Renal Crônica, acompanhados por dois anos, foi demonstrado que 69% dos pacientes do grupo controle, que recebeu cuidado hospitalar e visitas usuais de enfermeiras, reinternaram enquanto que no grupo de intervenção domiciliar esta taxa foi de 65% ($p=0,23$)³³. Em outra investigação, com pacientes com Doença Pulmonar Crônica, foi identificado, após 6 meses, 62% de admissões no grupo que foi acompanhado por consultas médicas versus 76% de admissões no grupo de cuidado domiciliar ($p=0,08$)³¹.

Já outros dois estudos constataram que a diferença no número de admissões hospitalares foi estatisticamente significativa^{37;39}. Pacientes com IC foram acompanhados durante um ano, sendo constatadas readmissões mais frequentes no grupo que recebeu atenção domiciliar de enfermeiros do que no grupo de atenção por telemedicina, após 3 meses de segmento (24 vs 13 admissões [$p<0,01$]) e também após 6 meses de segmento (38 vs 63 admissões [$p<0,05$]). Após 1 ano, a diferença não foi significativa (75 vs 103 admissões [$p=0,12$])³⁹. Foi encontrada, após acompanhamento de pacientes com IC por sete anos, menor taxa de admissão

hospitalar no grupo que recebeu intervenção domiciliar do que no grupo controle, que recebeu cuidado através de consultas médicas após a alta no hospital ou no ambulatório ($2,04 \pm 3,23$ vs $3,66 \pm 7,62$ readmissões [$p < 0,05$])³⁷.

5.2 Custos

Seis artigos avaliaram custo como desfecho^{31;33;34;36;37;39}. Conforme o Quadro 3, verifica-se que quatro estudos demonstraram custos menores com pacientes que receberam intervenção domiciliar, sendo a diferença entre os grupos intervenção e controle estatisticamente significativa. Um apresentou menor custo no grupo controle, com diferença estatisticamente significativa. Outro estudo demonstrou menor custo no grupo intervenção, porém sem diferença estatisticamente significativa.

Quadro 3: Avaliação de custo para o grupo intervenção e controle por artigo

| Estudo | Tipo de intervenção | Tipo de controle | Custo avaliado | | | | | |
|------------------------|--------------------------------------|--|--------------------------|--------------|-------------|---------------------|----------|----------|
| | | | Intervenção (I) | Controle (C) | <i>p</i> | | | |
| Tibaldi et al., 2009 | Visita domiciliar multiprofissional. | Internação hospitalar. | US\$2.604,46 | US\$3.027,78 | $p < 0,001$ | | | |
| Patel et al., 2008 | Visita domiciliar de enfermeiras. | Internação hospitalar. | €1.122 | €5.110 | $p = 0,05$ | | | |
| Mendonza et al., 2009 | Visita domiciliar multiprofissional. | Internação hospitalar. | €2541±2153 | €4502±2153 | $p < 0,001$ | | | |
| Benetar et al., 2003 | Visita domiciliar de enfermeiras. | Telemedicina. | US\$177.365 | US\$65.023 | $p < 0,02$ | | | |
| Pearson et al., 2006 * | Visita domiciliar multiprofissional. | Consultas médicas hospitalares ou ambulatoriais. | \$823±1642 | \$960±1376 | $p = 0,045$ | | | |
| Kwok et al., 2008 | Visita domiciliar de enfermeiras. | Consultas médicas hospitalares ou ambulatoriais. | Custo para saúde pública | | | Custo para paciente | | |
| | | | I | C | <i>p</i> | I | C | <i>p</i> |
| | | | HK\$ 10.186 | HK\$ 21.599 | >0,05 | HK\$ 513 | HK\$ 775 | 0,118 |

*Avaliado somente custos com hospitalizações

No estudo de Tibaldi et al. (2009), o custo total por cada paciente tratado no domicílio, por um período de 6 meses foi de US\$2.604,46 e para aqueles tratados no hospital foi de US\$3.027,78, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p < 0.001$). Para o cálculo destes valores, no grupo controle, foram considerados os custos hospitalares, que incluíram serviços médicos, exames, medicamentos e reabilitação. No grupo que recebeu intervenção domiciliar foram considerados os custos com médicos geriatras, enfermeiros, nutricionistas e assistentes sociais, de acordo com o tempo gasto por cada profissional com estes pacientes. Ainda foram considerados no grupo de atenção domiciliar, os custos com transporte de equipamentos e de pacientes do hospital para o domicílio e taxas administrativas ³⁴.

Patel et al. (2008), descreveu maiores custos médios no grupo que recebeu cuidado hospitalar do que no grupo de cuidado domiciliar realizados por enfermeiras (€5.110 vs €1.122 [$p = 0,05$]), sendo esta diferença estatisticamente significativa. Para o cálculo das despesas com o atendimento domiciliar foram considerados os custos da hora do profissional de enfermagem (visitas domiciliares e transportes) e do profissional médico (quando necessário), além dos custos com prescrições, encaminhamentos e outras tarefas realizadas, custos com exames laboratoriais e com a administração de diuréticos intravenosos. As despesas com o grupo que recebeu tratamento hospitalar foram obtidos no departamento financeiro do hospital ³¹.

Em pacientes com IC, acompanhados por um ano no estudo de Mendonza et al. (2009), que foram incluídos em dois grupos (um que recebeu cuidado domiciliar multidisciplinar e outro que recebeu cuidado em internação hospitalar) a média de custos foi menor naqueles admitidos no grupo de cuidado domiciliar do que naqueles de cuidado hospitalar (€2.541±2.153 vs €4.502±2.153 [$p < 0,001$]), sendo esta diferença estatisticamente significativa. No entanto, no decorrer do estudo (após 12 meses de seguimento) esta diferença não manteve-se estatisticamente significativa. Foram incluídos no cálculo dos custos de ambos os grupos, os custos com medicamentos, exames diagnósticos e transporte. No grupo de intervenção domiciliar ainda foram incluídos custos com as visitas domiciliares e com internações hospitalares ³⁶.

Benetar et al. (2003), randomizou pacientes com IC em um grupo que

forneceu atenção por telemedicina e em outro grupo que recebeu intervenção domiciliar por meio de visitas de enfermeiras, sendo estes pacientes acompanhados por um ano. Após três meses de seguimento do estudo, os custos com o grupo da telemedicina foi menor do que no grupo de intervenção domiciliar (\$65.023 vs \$177.365 [$p < 0,02$]). Após 6 e 12 meses, os custos com o cuidado realizado mais os custos com internações, também foram menores no grupo de telemedicina (\$223.638 vs \$500.343 [$p < 0,03$] e \$541.378 vs \$677.710 [$p < 0,16$] respectivamente), quando comparado ao grupo de atenção domiciliar. Porém, após 1 ano, esta diferença não foi significativa. Neste estudo não foram detalhadas as ações e os recursos que foram incluídos para cálculo dos custos com ambos os grupos ³⁹.

Na investigação de Pearson et al. (2006), foram avaliados somente o custos com hospitalizações de pacientes com Insuficiência Renal Crônica, acompanhados por sete anos e meio. Estes pacientes foram separados em um grupo que recebeu intervenção domiciliar (visitas domiciliares multiprofissionais) e em um grupo controle, no qual os pacientes recebiam cuidados através de consultas médicas hospitalares ou ambulatoriais. O custo médio total com hospitalizações encontrado foi menor no grupo de cuidado domiciliar do que no grupo controle (\$823±\$1.642 vs \$960±\$1.376 por paciente/ano [$p = 0,045$]), sendo esta diferença estatisticamente significativa ³³.

Os custo de cuidado de pacientes com IC, acompanhados por seis meses, também foram avaliados no estudo de Kwok et al. (2008). Estes pacientes foram randomizados em dois um grupos: um que recebeu visitas domiciliares de enfermeiras como intervenção e outro que recebeu consultas médicas em hospitais ou ambulatórios Neste estudo, a análise dos custos com a atenção designada para estes pacientes foi realizada na perspectiva dos custos para o sistema de saúde pública e na perspectiva dos custos para o paciente. Como custos de saúde pública, foram incluídos os valores das visitas de enfermeiras comunitárias, incluindo visita pré alta hospitalar; ligações para os pacientes a serem incluídos no estudo e horas destinadas às visitas. Também foram incluídos custos com especialistas e atendimentos de emergência (quando necessários), além de custos com internações hospitalares. Como custos para o paciente, foram incluídos os custos com cuidados médicos e visitas de enfermeiras, além da utilização de serviços sociais. Os custos

para saúde pública foram maiores no grupo controle do que no grupo intervenção (HK\$21.599 vs HK\$10.186) não sendo esta diferença estatisticamente significativa. Os custos para o paciente mantiveram-se maiores no grupo controle (HK\$775 vs HK\$513) porém, a diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,118$)³⁵.

5.3 Média de dias de internação hospitalar

A diferença na média de dias de internação hospitalares durante o período do estudo, entre o grupo que recebeu cuidado médico hospitalar ou ambulatorial e o grupo intervenção, que recebeu atenção no domicílio, não foi estatisticamente significativa em três estudos. Um destes, que avaliou pacientes com Doença Pulmonar Crônica descreveu um tempo médio de internação de $20,3\pm 25,3$ dias para o grupo intervenção versus $19,2\pm 25,6$ dias no grupo controle ($p=0,41$)³². Outro, com pacientes com IC, apresentaram um tempo médio de $25,3\pm 9,5$ dias no grupo controle versus $22,1\pm 12,2$ dias no grupo intervenção ($p=0,15$)³⁴. No estudo com pacientes com Insuficiência Renal Crônica foi demonstrado um tempo médio de $6,48\pm 11,56$ dias no grupo controle versus $5,88\pm 10,81$ dias no grupo de cuidado domiciliar ($p=0,29$)³³.

Diferenças significativas na média de dias de internação hospitalar entre o grupo intervenção e controle foi encontrada em dois artigos que avaliaram pacientes com IC. No primeiro, após um acompanhamento de 3 meses, encontrou-se um número de dias de internação menor no grupo que recebeu cuidado por telemedicina do que no grupo que recebeu a intervenção caracterizada por cuidado domiciliar (49,5 vs 105 dias [$p<0,01$])³⁹. No outro, a média de dias de internação foi maior no grupo que recebeu cuidado por consultas médico hospitalares/ambulatoriais do que no grupo de intervenção domiciliar. ($28,4\pm 53,4$ vs $14,8\pm 23,0$ dias [$p<0,05$])³⁷.

5.4 Capacidade funcional e qualidade de vida

Cinco artigos avaliaram a capacidade funcional dos pacientes randomizados, além da qualidade de vida destes ^{31;33;35;36;39}. O primeiro, que avaliou a qualidade de vida relacionado à saúde em 31 pacientes portadores de IC, em um período de um ano, por meio do *Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire*, do *Short Form (SF-36)* e do *EuroQol five-dimension questionnaire (EQ-5D)*, não observou nenhuma diferença nos resultados dos dois grupos após a intervenção ³¹.

O segundo artigo avaliou 101 pacientes com IC por seis meses, utilizando os instrumentos *Index de Barthel* (escore de 0 a 100, quanto maior o escore maior a probabilidade de ser capaz de viver com um grau de independência após alta hospitalar) e *Atividades Instrumentais de Vida Diária* (escore de 0 a 14, quanto maior o escore maior a habilidade para desenvolver atividades diárias) para avaliar a capacidade funcional, a *Escala de Depressão Geriátrica* (escore de 0 a 30, quanto maior o escore maior o nível de depressão) para avaliar depressão e a *Escala de Nottingham* (escore de 0 a 38, quanto maior o escore melhor a qualidade de vida) para avaliar qualidade de vida. Os níveis de depressão e qualidade de vida foram melhores, de modo estatisticamente significativos, nos pacientes do grupo que recebeu visitas domiciliares multidisciplinares do que no grupo que recebeu cuidado em internação hospitalar (+1,48(1,86) vs +0,12(3,36) $p=0,02$; +1,09(2,57) vs +0,18(1,94) $p=0,046$ respectivamente). Quanto à capacidade funcional, pacientes do grupo controle tiveram melhores resultados, porém, não houve diferença estatisticamente significativa nos escores médios entre os grupos intervenção e controle (-1,95(9,61) vs -0,30(10,12) $p=0,40$ para o *Index de Barthel* e -0,95(1,97) vs -0,54(1,92) $p=0,29$ para o *Atividades Instrumentais de Vida Diária*) ³⁴.

O terceiro artigo avaliou 105 pacientes com ICC, por seis meses, quanto a sua capacidade funcional por meio do teste de caminhada de seis minutos, quanto a sua capacidade cognitiva, seu estado psicológico e suas dificuldades funcionais, por meio do *Abbreviated Mental Test*, pelo *General Health Questionnaire* e o *London Handicap Scale* (escore de 0 à 1, quanto maior o escore melhor a capacidade funcional) respectivamente. Este artigo constatou que não houve diferença estatisticamente significativa na capacidade funcional dos pacientes incluídos no grupo que recebeu visitas domiciliares de enfermeiras com os incluídos no grupo

que recebeu atendimento médico em consultório. Porém, no que se refere a independência dos pacientes, os do grupo de intervenção domiciliar tornaram-se menos limitados do que os do grupo controle (escore 0 vs 0,5 [$p < 0.005$]). Não houve diferença significativa nos escores relacionados a mobilidade, ocupação, orientação, vida social e econômica avaliados pelo London Handicap Scale ³⁵.

O quarto artigo avaliou, durante um ano, variações na capacidade funcional e qualidade de vida em 71 pacientes com IC por meio do *Index de Barthel* e do instrumento *Short Form (36) Health Survey*. O estudo constatou que a variação dos resultados nos dois instrumentos foi similar nos grupos de atenção domiciliar e de cuidado hospitalar ³⁶.

O último artigo utilizou itens de quatro instrumentos para avaliar a qualidade de vida de 216 pacientes portadores de IC. O item 21 do *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* e o item 70 do *Quality of Life Index-Cardiac Version* avaliaram como os pacientes percebem o efeito da doença em suas vidas. O *Hospital Anxiety and Depression Scale* avaliou a angústia psicológica manifestada por ansiedade e depressão e o *Heart Failure Self-Efficacy Scale 30* avaliou a *self-efficacy*, ou seja, a capacidade que o idoso tem para aderir ao tratamento. Após aplicação dos instrumentos no grupo de intervenção domiciliar e no grupo que recebeu cuidado por telemedicina, no início do estudo e após 3 meses de seguimento, os autores encontraram uma diferença entre os escores dos dois grupos que não foi estatisticamente significativa, porém os melhores resultados foram encontrados no grupo que recebeu cuidado por telemedicina ³⁹.

5.5 Mortalidade

Quatro estudos compararam a mortalidade dos pacientes que receberam atenção domiciliar com a dos que receberam cuidado hospitalar, consulta médica ou nenhum cuidado ^{34;36;37;38}. Em um destes estudos, no qual os pacientes tinham como doença base a IC e não tinham diferenças clínicas estatisticamente significativas, foi verificado que a taxa de mortalidade, após 6 meses de seguimento

do estudo, foi semelhante para pacientes que receberam atenção domiciliar e para os que receberam cuidado hospitalar, totalizando 15% do total da amostra ³⁴. Outro estudo compara os resultados referentes à mortalidade, por um ano, de um grupo de pacientes com IC, acompanhados por um ano, que recebeu cuidado hospitalar com os do grupo que recebeu cuidado domiciliar, sendo identificadas taxas semelhantes (8,8% vs 5,4% $p=0,67$)³⁶.

No terceiro estudo, com pacientes com IC, acompanhados por dez anos, foi verificado uma mortalidade maior no grupo controle, que recebeu acompanhamento por consultas médicas no hospital/ambulatório, do que no grupo que recebeu cuidado domiciliar (89% vs 77% $p=0,0006$), sendo esta diferença estatisticamente significativa ³⁷. O quarto artigo acompanhou por quatro anos pacientes com incapacidade funcional e verificou que, nos primeiros dois anos, o grupo controle, que não recebeu nenhum tipo de cuidado específico, apresentou maior mortalidade do que aquele que recebeu atenção domiciliar (13,2% vs 5,6% $p=0,02$) sendo esta diferença estatisticamente significativa. Porém, após quatro anos de acompanhamento, a diferença de mortalidade entre os grupos não foi significativa ³⁸.

5.6 Sobrevida e risco para evento vital

Em três dos nove artigos analisados, a sobrevida e/ou risco para evento vital foi analisada ^{33;37;38}. Dois artigos demonstraram uma sobrevida maior de pacientes que receberam cuidado domiciliar do que daqueles que receberam outro tipo de atenção. Um estudo, com pacientes com Insuficiência Renal Crônica, apenas relatou que o cuidado domiciliar não teve impacto na sobrevida dos pacientes ³³.

Em pacientes com IC, acompanhados por 10 anos, a sobrevida média foi quase duas vezes maior no grupo de atenção domiciliar do que no de cuidado usual (44 vs 22 meses) e o cuidado no domicílio foi associado à uma redução de 40% no risco de ocorrência de evento fatal após o tempo de seguimento do estudo ($p<0,0001$) ³⁷. Pacientes com dificuldades funcionais que receberam intervenção domiciliar por um ano e foram acompanhados por quatro anos, tiveram uma

sobrevida inicial de 3,5 anos. O efeito desta intervenção na sobrevida manteve-se estatisticamente significativo por dois anos ($p=0,02$) e o risco de morte foi 8 vezes mais alto no grupo controle, que não recebeu nenhum cuidado, do que no grupo que recebeu intervenção domiciliar³⁸.

6 DISCUSSÃO

Nos estudos avaliados verificou-se a prevalência de amostras do sexo masculino. Era esperado encontrar-se um maior número de mulheres, considerando a feminização do envelhecimento e que, com frequência, as mulheres vivem mais e com mais danos crônicos. No entanto, a doença de base estudada nestas pesquisas, com maior número de pacientes do sexo masculino em suas amostras, foi a IC, que é uma patologia prevalente em homens⁴⁰.

Sabe-se que a IC é uma condição com hospitalizações frequentes e com alto risco de morte associada. A incidência aumenta com a idade principalmente acima dos 50 anos⁴⁰. É possível que ela seja uma das mais estudadas em função das características citadas e por existirem várias intervenções profissionais que promovem auto cuidado destes pacientes.

Quanto ao local de realização, observa-se que todos os estudos foram realizados em países desenvolvidos, o que era esperado já que os mesmos enfrentam o processo de envelhecimento há mais tempo e vem buscando modalidades de atenção mais adequadas para o atendimento da população idosa. Esta mesma inferência também está relacionada à grande proporção de idosos morando sós.

Em relação ao desfecho mortalidade foi verificada diferença estatisticamente significativa na metade dos estudos nos quais esta variável foi estudada, sendo demonstrado em apenas dois estudos um número menor de óbitos entre pacientes que receberam cuidado domiciliar. Chama a atenção que os estudos que obtiveram resultados significativos estatisticamente, acompanharam estes pacientes por um tempo maior do que os estudos que não obtiveram resultados significativos. A média de tempo destes estudos, com resultados significativos e não significativos, foram seis anos e 1,5 anos respectivamente. Além disso, o número de pacientes que constituíram a amostra dos estudos com significância estatística foi aproximadamente 3,5 vezes maior do que os outros estudos (606 pacientes vs 172

pacientes, respectivamente).

Em meta-análise, que analisou 15 estudos quanto a efetividade de visitas domiciliares programadas na prevenção e promoção da saúde de idosos, as visitas domiciliares realizadas para o grupo controle estiveram associadas à redução da mortalidade (Odds ratio 0,76; IC 0,64 a 0,89) ⁴¹. Revisão sistemática com meta-análise, envolvendo 18 estudos, também identificou que visitas domiciliares reduzem a mortalidade ($p=0,004$) ⁴². Já em outra revisão sistemática mais recente, os autores identificaram que em seis estudos, que avaliaram a mortalidade de pacientes idosos com saúde precária que receberam visitas domiciliares e que não receberam esta intervenção, não houve diferença estatisticamente significativa de mortalidade entre os dois grupos ⁴³.

O número de hospitalizações, durante o seguimento dos estudos, assim como a média de dias de hospitalizações, foi semelhante para os pacientes que receberam cuidado domiciliar e para os que receberam outro tipo de atenção que não no domicílio na maioria dos estudos. A diferença entre estes valores foi estatisticamente significativa em dois estudos, mas somente em um destes o número de hospitalizações foi menor em pacientes que receberam intervenção domiciliar, sendo acompanhados por 10 anos. O tempo de seguimento deste estudo foi cinco vezes maior do que o tempo médio de seguimento dos estudos não significativos. No entanto, de acordo com resultados encontrados na literatura, visitas domiciliares não tem demonstrado efeito significativo sobre a frequência de hospitalizações e sobre a média de dias de internação ^{41;43}. A telemedicina, como cuidado oferecido ao grupo controle, apresentou menor número de internações hospitalares e menor tempo de permanência de hospitalizações. Este estudo foi realizado durante 1 ano, tempo este 10 vezes menor do que o estudo que apresentou menor número de hospitalizações e média de dias de internação no grupo de intervenção domiciliar. O número de pacientes acompanhados foi semelhante nos dois estudos.

No entanto, de acordo com a literatura, a telemedicina não tem efeito significativo sobre as taxas de internações hospitalares. Um estudo de revisão, que utilizou oito estudos de revisão, de revisão sistemática e de meta-análise, ao comparar os efeitos da telemedicina em diferentes situações de saúde (ou entre

tipos de telemedicina) não demonstrou resultados significativos na redução do número de hospitalizações ⁴⁴. O mesmo foi encontrado em uma meta-análise com 14 estudos randomizados controlados. Estes compararam telemedicina com cuidados multidisciplinares fora do domicílio, e demonstraram que o número de internações hospitalares, por qualquer tipo de doença, não obteve diferença estatisticamente significativa ⁴⁵. Revisão sistemática de estudos comparando o uso de tecnologias de comunicação com o contato direto com pacientes com danos crônicos por meio de atenção domiciliar, atenção primária e serviços de emergência identificou que ainda há pouca evidência sobre benefícios clínicos deste tipo de tecnologia em relação aos demais ⁴⁶.

Em relação à sobrevida, a maior parte dos estudos analisados demonstrou que esta foi maior em pacientes que receberam atendimento domiciliar. Estes estudos apresentaram resultados significativos, porém o tamanho da amostra e o tempo de seguimento dos estudos foram bastante semelhante a do estudo que não encontrou significância estatística em seus achados. Quanto às características dos sujeitos que compuseram a amostra nos dois grupos dos estudos com diferenças estatisticamente significativas, identificou-se uma maior proporção de pessoas morando sós e portadoras de danos crônicos quando comparadas com as do estudo que não encontrou diferença estatística significativa. Estes achados parecem reforçar que a sobrevida pode ser maior entre idosos com danos crônicos em acompanhamento domiciliar.

Nos estudos que avaliaram a qualidade de vida, apenas um artigo verificou melhora na qualidade de vida de pacientes que receberam cuidado domiciliar. Uma revisão, que identificou modelos de atenção ao idoso portador de dano crônico, demonstrou que a qualidade de vida é melhor em pacientes que recebem atenção domiciliar do tipo cuidado hospitalar no domicílio ⁴⁷. Em relação à capacidade funcional, os estudos avaliados não demonstraram evidências de que a atenção domiciliar proposta, de um modo geral, tenha melhorado a capacidade funcional dos idosos.

Meta-análise com 15 estudos identificou que a capacidade funcional, melhorou em pacientes idosos que receberam visitas domiciliares de modo

estatisticamente significativo, sendo demonstrado uma redução de 24% no risco de declínio na capacidade funcional ⁴². Outra meta-análise, também com 15 estudos, não reportou melhora significativa na capacidade funcional de pacientes que receberam atenção domiciliar. No entanto, os únicos dois estudos que mediram as atividades de vida diária, demonstraram melhora significativa nestes pacientes ⁴¹. Em uma revisão sistemática com 29 estudos, quatro destes avaliaram a capacidade funcional. Dos quatro estudos, três não encontraram diferenças estatisticamente significativas, mas um destes não era um estudo controlado randomizado. O quarto estudo demonstrou melhora na capacidade funcional de pacientes que receberam algum cuidado no domicílio, até um ano de segmento do estudo com diferenças estatisticamente significativas ⁴³.

Quanto aos custos da intervenção domiciliar quando comparados aos custos dos cuidados oferecidos ao grupo controle, na maior parte destes, o custo foi menor para aqueles que receberam intervenção domiciliar. Ressalta-se ainda que os estudos com resultados com diferenças estatisticamente significativas avaliaram aproximadamente sete vezes mais pacientes do que o estudo que não identificou significância estatística, em um tempo médio cinco vezes maior.

O custo foi menor no grupo controle em apenas um estudo que utilizou a telemedicina. A telemedicina desenvolvida por enfermeiras foi o cuidado oferecido, mas em um período inferior de seguimento e com menor número de pacientes quando comparado aos estudos que encontraram menor custo com cuidado domiciliar. Porém, não foram descritos no estudo que ações e recursos foram incluídos para cálculo de custos. Acredita-se que este resultado pode ser explicado, principalmente, pelo nível de complexidade de saúde dos pacientes admitidos neste tipo de programa.

A telemedicina foi dirigida a pacientes com doenças crônicas, porém que necessitavam de monitoramento de sinais vitais e recebiam orientações de saúde por telefone, apenas quando os sinais vitais estivessem alterados, ou quando sentissem necessidade de obter informações sobre sua saúde. No entanto, estes pacientes não necessitavam da utilização de outros recursos mais complexos, não existindo o custo com deslocamento do profissional especializado até o domicílio,

tornando o atendimento mais barato. Revisão sistemática que avaliou a custo-efetividade da telemedicina concluiu que existem poucas evidências de que a telemedicina é um modelo de atenção custo-efetivo em relação a outros tipos de atenção ⁴⁸.

7 CONCLUSÕES

Os artigos analisados não fornecem evidências unânimes dos benefícios do cuidado domiciliar quando comparados com outras modalidades de atenção. Em alguns dos estudos a atenção domiciliar contribuiu para a redução da mortalidade e para uma maior sobrevida em pacientes portadores de danos crônicos, além de apresentar menores custos para o cuidado destes pacientes. Quanto ao número de hospitalizações e tempo de internação, a atenção domiciliar apresentou os mesmos resultados que outro tipo de cuidado. Com exceção do cuidado oferecido por telemedicina, que apesar de ter demonstrado menos hospitalizações e menor tempo de internação, são necessários mais estudos para confirmar estes benefícios ao paciente portador de dano crônico. A qualidade de vida e a capacidade funcional destes pacientes foram semelhantes para todos os tipos de cuidado oferecido na maioria dos estudos. Salienta-se que a falta de evidências identificada na presente revisão sistemática, não significa que o cuidado domiciliar não tenha efeitos sobre a população idosa portadora de danos crônicos, considerando-se que foram vários os desfechos estudados, com grande diversidade amostral e comparando o cuidado no domicílio com diferentes intervenções. Assim, fazem-se necessários a realização de outras pesquisas para confirmar os resultados para cada um destes desfechos, de modo mais específico.

Acredita-se que os benefícios oferecidos pela atenção domiciliar já identificado neste estudo, podem contribuir para a implementação desta modalidade de cuidado no SUS e, também, na construção de indicadores de avaliação adequados à realidade nacional. Fornece ainda subsídios para a prática assistencial do enfermeiro, uma vez que comprova que atenção domiciliar pode ser melhor ou igual à outros tipos de cuidado, e que esta modalidade de cuidado necessita de menor custo para ser desenvolvido.

A atenção domiciliar é prevista pelo SUS, devendo ser oferecida por equipes que atuam em UBS e em ESF. No entanto, sabe-se que, apesar de ser previsto por Lei, estes serviços oferecem, em geral, visitas e atendimento domiciliar de modo não sistematizado. Apesar de não oferecerem todos os benefícios desta modalidade de

atenção, colaboram para uma abordagem integral da saúde dos idosos, permitem a identificação de problemas e da realidade em que a pessoa idosa está inserida, favorecendo a integração dos serviços de saúde.

Outras iniciativas de atenção domiciliar vinculadas a hospitais ou equipes específicas, ligadas à rede de maior e menor complexidade também podem implementar intervenções específicas para idosos portadores de dano crônico e avaliar estas ações.

Assim, este estudo colabora para a delimitação de futuras intervenções e pesquisas na área do envelhecimento e sua interface com a enfermagem, auxiliando na definição de melhores modelos assistenciais, população alvo e meio para avaliação de cuidados desenvolvidos. Os estudos que utilizaram delineamentos de qualidade referente a atenção domiciliar ao idoso no âmbito nacional ainda são escassos. Por isso sugere-se que sejam desenvolvidas investigações que avaliem os benefícios que o atendimento domiciliar pode proporcionar ao idoso portador de dano crônico no contexto do SUS, principalmente no que diz respeito à atuação dos enfermeiros da atenção básica nas comunidades brasileiras.

REFERÊNCIAS

- 1 OMS. Organização Mundial da Saúde. Ageing: [acesso em 29 março2010]. Disponível em: <http://www.who.int/topics/ageing/en/>
- 2 IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050: revisão 2008. Rio de Janeiro: Estudos e Pesquisa, 2008.
- 3 Lima-Costa MF, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. Caderno de Saúde Pública. 2003;19(3):700-701.
- 4 Silva Junior JB, Gomes FBC, Cezário AC, et al. Doenças e Agravos Não-transmissíveis: bases epidemiológicas. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999, p.289-309.
- 5 Lessa I. Epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis verus terceira idade. In: Lessa I. Epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. Rio de Janeiro: Hucitec, 1998, p.203-222.
- 6 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, Brasília (2006 out, 20); Sec. 1:142.
- 7 Rehem TCM, Trad LAB. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. Ciência e Saúde Coletiva. 2005;10:231-242.
- 8 Merhy EE, Feuerwrker LM. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. Revista Panamericana de Salud Publica. 2008;24(3):180-188.
- 9 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Dispõe sobre o Pacto pela saúde – Consolidação do SUS. Diário Oficial da União, Brasília (2006 fev, 23); Sec. 1:43.

- 10 Herédia VBM, De Lorenzi RS, Ferla AA. Envelhecimento, saúde e políticas sociais. In: Herédia VBM, et al. Envelhecimento, saúde e políticas públicas. Caxias do Sul: Educs, 2007. p.9-21.
- 11 Brasil. Presidência da República. Lei Nº 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (2002 abr, 16); Sec. 1:1.
- 12 Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC Nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar. Diário Oficial da União, Brasília (2006 jan, 30); Sec.1:1.
- 13 Freitas IBA, et al. Atendimento domiciliar ao idoso acamado: integralidade do cuidado a partir da experiência de uma unidade básica de saúde. In: Herédia VBM, et al. Envelhecimento, saúde e políticas públicas. Caxias do Sul: Educs, 2007. p.113-130.
- 14 Brasil. Presidência da República. Lei Nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União (1994 jan, 05); Sec. 1:76.
- 15 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1395, de 9 de dezembro de 1999. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso. Diário Oficial da União, Brasília (1999 dez. 13); Sec.1:20.
- 16 Organização das Nações Unidas. Plano de ação internacional sobre o envelhecimento. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. p.49
- 17 Brasil. Presidência da República. Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (2003 out, 03); Sec. 1:1.
- 18 Lacerda MR, Giacomozzi CM, Oliniski SR, et al. Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. Saúde e Sociedade. 2006;15(2):88-95.

- 19 Floriani CA, Schramm FR. Atendimento Domiciliar Ao Idoso: Problema Ou Solução? Cad Saúde Pública. 2004;20(4):986-994.
- 20 AMARAL NN, Cunha MCB, Labronici RHDD, et. al. Assistência Domiciliar à Saúde (Home Health Care): sua História e sua Relevância para o Sistema de Saúde Atual. Revista de Neurociência. 2001;9(3):111-117.
- 21 Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000. In: Lacerda MR, Giacomozzi CM, Oliniski SR, et al. Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. Saúde e Sociedade 2006;15(2):88-95.
- 22 Tavolari CEL, Lopes SCF, Barbosa MA. O desenvolvimento do “home health care” no Brasil. Revista de Administração em Saúde. 2000;3(9):15-18.
- 23 Brasil. Portaria MS N° 2.528 de 19 de outubro de 2006. Instirui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília (2006 out, 20); Sec. 1:145.
- 24 Souza CR, Lopes SCF, Barbosa MA. A contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliar. Revista da UFG [periódico na internet]. 2004 dez [acesso em 03 junho 2010]; 6(N° especial):[aproximadamente 3 p.]. Disponível em: http://www.proed.ufg.br/revista_ufg/familia/G_contexto.html.
- 25 Silva KL, Sena RR, Seixas CT, et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. Revista de Saúde Pública. 2006; 44(1):166-176.
- 26 WEALTH CANADA. Policy and Consultation Branch. National health expenditures in Canadá 1975-1996: fact sheets. In: Lacerda MR, Giacomozzi CM, Oliniski SR, et al. Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. Saúde e Sociedade 2006;15(2):88-95.
- 27 Ryu H, An J, Koabyashi M. Home health nursing care agenda based on health policy in Korea. Nursing and Health Sciences. 2005;7:92-8.
- 28 Thomé B, Dykes AK, Hallberg IR. Home care with regard to definition, care

- recipients, content and outcome: systematic literature review. *J Clin Nursing*. 2003;12:860–872.
- 29 Murashima S, Nagata S, Magilvy JK, et al. Home care nursing in Japan: a challenge for providing good care at home. *Public Health Nursing*. 2002;19(2):94-103.
- 30 Rother ET. Revisão sistemática versus revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo*. 2007;20(2):5-6.
- 31 Patel H, Shafazand M, Ekman I, et al. Home Care as an option in worsening chronic heart failure – A pilot study to evaluate feasibility, quality adjusted life years and cost-effectiveness. *Europ J Heart Failure*. 2008;10:675-681
- 32 Kwok T, Lum CM, Chan HS, et al. A randomized, controlled trial of an intensive community nurse-supported discharge program in preventing hospital readmissions of older patients with Chronic Lung Disease. *J Am Geriatr Soc*. 2004; 52:1240-46
- 33 Pearson S, Inglis SC, McLennan BA, et al. Prolonged effects of a home-based intervention in patients with chronic illness. *Arch Intern Med*. 2006;166:645-650
- 34 Tibald V, Isaia G, Scarafiotti C, et al. Hospital at home for elderly patients with acute descompensation of chronic heart failure. *Arch Intern Med*. 2009;169(17):1569-1575.
- 35 Kwok T, Lee J, Woo J, et al. A randomized controlled trial of a community nurse-supported hospital discharge programme in older patients with chronic heart failure. *J Clin Nursing*. 2008;17:109-117.
- 36 Mendonza H, Martín MJ, García A, et al. 'Hospital at home' care model as an effective alternative in the management of descompensated chronic heart failure. *Europ J Heart Failure*. 2009;11:1208-1213
- 37 Inglis SC, Pearson S, Treen S, et al. Extending the horizon in chronic heart failure: effects of multidisciplinary, home-based intervention relative to usual care. *Circulation*. 2006;114:2466-2473.

- 38 Gitlin LN, Hauck WW, Dennis MP, et al. Long-term effect on mortality of a home intervention that reduces functional difficulties in older adults: results from a randomized trial. *J Am Geriatr Soc.* 2009;57:476-481.
- 39 Benetar D, Bondmass M, Ghitelan J, et al. Outcomes of chronic heart failure. *Arch Intern Med.* 2003;163:347-352.
- 40 Ho KKL, Pinsky JL, Kannel WB, et al. The Epidemiology of Heart Failure: The Framingham Study. *JACC.* 1993; 22(4):6A-13A.
- 41 Elkan R, Kendrick D, Dewey M, et al. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal.* 2001;323:1-9.
- 42 Stuck AE, Egger M, Hammer A, et al. Home visit to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *JAMA.* 2002;287(8):1022-28.
- 43 Bouman A, Rossum EV, Nelemans P, et al. Effects of intensive home visiting programs for older people with poor health status: a systematic review. *BMC Health Services Research.* 2008;8(74):1-11.
- 44 Schmidt S, Schuchert A, Krieg T, et al. Home Telemonitoring in Patients With Chronic Heart Failure. *Dtsch Arztebl Int.* 2010;107(8):131-8.
- 45 Clark RA, Inglis SC, McAlister FA, et al. Telemonitoring or structured telephone support programmes for patients with chronic heart failure: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2007;334(7600):1-9
- 46 Currel R, Urquhart C, Wainwright P, et al. Telemedicine versus face to face patient care: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2000;10:1-35
- 47 Boulton C, Green AF, Boulton LB, et al. Successful models of comprehensive care for older adults with chronic conditions: evidence for the institute of medicine's "Retooling for an Aging America" report. *J Am Geriatr Soc.* 2009;57:2328-2337.

- 48 Whitten PS, Mair FS, Haycox A, et al. Systematic review of cost effectiveness studies of telemedicine interventions. *BMJ*. 2002;324:1434–37

ANEXO – Carta de aprovação do projeto no comitê de ética da escola de
enfermagem da UFRGS



COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CARTA DE APROVAÇÃO

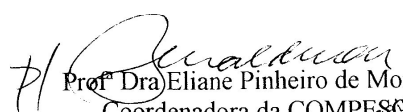
Projeto Docente: 005/2010 – TCC GRAD.
Versão Mês: 07/2010

Pesquisadores: Profa. Lisiane Manganelli Girardi Paskulin e Carolina Baltar Day

Título: BENEFÍCIOS DA ATENÇÃO DOMICILIAR AO IDOSO PORTADOR DE
DANO CRÔNICO: REVISÃO INTEGRATIVA

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos éticos e metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 16 de julho de 2010.


Prof. Dra Eliane Pinheiro de Moraes
Coordenadora da COMPESQ
Escola de Enfermagem - UFRGS