

## BENEFÍCIOS DA ATENÇÃO DOMICILIAR AO IDOSO PORTADOR DE DANO CRÔNICO: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

BENEFITS OF HOME CARE TO THE ELDERLY WITH CHRONIC DISEASES: SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW

BENEFICIOS DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA A LOS ANCIANOS CON DAÑO CRÓNICO: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LITERATURA

Carolina Baltar Day<sup>I</sup>  
Lisiane Paskulin<sup>II</sup>

---

**RESUMO:** O estudo objetivou descrever os benefícios da atenção domiciliar ao idoso portador de dano crônico, por meio de revisão sistemática da literatura, realizada na base de dados *MEDLINE* do *PubMed*. Nove artigos compuseram a amostra, abrangendo um total de 1825 idosos, com seguimento de 3 meses a 10 anos e todos compararam a atenção domiciliar com outro tipo de atendimento. Houve prevalência do sexo masculino nas amostras estudadas e da insuficiência cardíaca como doença de base. Pacientes que receberam atenção domiciliar tiveram menor mortalidade. Quanto a hospitalizações, média de dias de internação hospitalar, capacidade funcional e qualidade de vida, a atenção domiciliar apresentou resultados semelhantes aos de outro tipo de atendimento. A atenção domiciliar revelou-se de menor custo. Os resultados encontrados não são unânimes, sendo necessários mais estudos para a eficácia dessas intervenções.

**Palavras-chave:** Serviços de assistência domiciliar; doença crônica; idoso; saúde do idoso.

**ABSTRACT:** The study aimed to describe the benefits of home care in elderly with chronic diseases through systematic review of the literature in the MEDLINE database from PubMed. Nine articles were included in the sample, covering a total of 1825 elderly, with a follow up period of 3 months to 10 years. All studies compared home care with other attention. There were more male in the studies samples and Heart Failure as basis disease. Mortality was lower in patients receiving home care, meanwhile for hospitalizations, mean day of hospitalization, functional capacity and quality of were also similar among those receiving home care to those who received other care. Regarding costs, the home care was less expensive. The results are not unanimous, further studies are necessary to the effectiveness of these interventions.

**Keywords:** Home care service; chronic disease; aged; health of the elderly.

**RESUMÉN:** El objetivo fue describir los beneficios de la atención domiciliar a los ancianos con daño crónico a través de revisiones sistemáticas de la literatura en la base de datos *MEDLINE* en *PubMed*. Nueve artículos compusieron la muestra, abarcando de 1825 ancianos, con un seguimiento de 3 meses a 10 años y todos compararon los cuidados en el hogar con otros tipos de atención. Hubo un predominio de varones en las muestras estudiadas y de la insuficiencia cardíaca como la enfermedad de base. Los pacientes que recibieron cuidados en el hogar tuvieron una menor mortalidad. En cuanto a los ingresos, el promedio de días de hospitalización, la capacidad funcional y la calidad de vida, la atención domiciliar presentó resultados similares a los de otro tipo de atención. La atención en el hogar fue de menor costo. Los resultados no son unánimes, siendo necesarios más estudios sobre la eficacia de esas intervenciones.

**Palabras clave:** Atención domiciliar; enfermedad crónica; anciano; salud del anciano.

---

## INTRODUÇÃO

A transição demográfica e epidemiológica caracteriza-se pelo aumento de usuários portadores de doenças crônicas não transmissíveis que necessitam de cuidados em todos os níveis de complexidade<sup>1</sup>. Sabe-se que sua incidência aumenta com o envelhecimento<sup>2</sup>. As políticas brasileiras voltadas para a

população idosa sugerem a implantação de estratégias específicas de mudança do modelo assistencial para esse grupo etário. Uma dessas estratégias é a atenção domiciliar (AD), que se configura como uma alternativa à internação hospitalar<sup>3</sup> e à organização da atenção à saúde<sup>4</sup>.

---

<sup>I</sup>Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: carolinabday@gmail.com.

<sup>II</sup>Professora Adjunta do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: paskulin@orion.ufrgs.br.

No Brasil, existem diversas políticas apoiando a AD<sup>5</sup>.

A Política Nacional de Atenção Básica prevê que o Sistema Único de Saúde (SUS) deve prover à pessoa idosa atenção humanizada com acompanhamento domiciliar<sup>6</sup>. Nesta política, a diretriz de regionalização preconiza que as unidades básicas de saúde, de acordo com suas áreas de abrangência, diversifiquem suas ofertas assistenciais, incluindo a AD<sup>7</sup>. A Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002, acrescenta à Lei Orgânica de Saúde de nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 a assistência domiciliar no SUS<sup>8</sup>. A Resolução da Diretoria Colegiada nº 11 de 2006, da Agência Nacional de Vigilância em Saúde, determina requisitos mínimos de funcionamento de serviços de AD nas modalidades de assistência e internação domiciliar no SUS, e sistemas complementares<sup>9</sup>.

Apesar de as políticas contemplarem a AD, esta tem sido fragmentada, sendo recentes as iniciativas hierarquizadas e regionalizadas. Artigos nacionais têm descrito alguns modelos e experiências bem sucedidas, porém são escassos estudos que mostrem os benefícios desta modalidade<sup>5</sup>. Diversos países desenvolvidos incorporaram a AD no sistema de saúde, como em grande parte das províncias do Canadá<sup>10</sup>, no Japão e na Suécia<sup>11,12</sup>. Nos Estados Unidos e em países europeus, a AD é uma prática comum para recuperação acelerada da saúde e redução de custos<sup>13</sup>. Na Coreia, o programa *Home Health Nursing Care* assume papel importante no sistema de saúde na década de 2000<sup>14</sup>.

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<sup>15</sup>. Espera-se o presente estudo possa contribuir para a implementação efetiva da AD no SUS, oferecendo subsídios para a prática assistencial domiciliar do enfermeiro no âmbito da saúde coletiva. O objetivo do mesmo foi descrever os benefícios da AD ao idoso portador de dano crônico por meio de revisão sistemática da literatura.

## METODOLOGIA

Revisão sistemática, realizado de acordo com a metodologia encontrada na *Cochrane Handbook* produzida pela Colaboração Cochrane e no *Competency Demonstrations Report* publicado pelo *Centre for Reviews and Disseminations*, em que ela deve ser realizada em sete passos: formulação da pergunta de pesquisa, localização dos estudos, avaliação crítica, coleta de dados, análise e apresentação dos dados, interpretação dos dados, aprimoramento e atualização da revisão<sup>16</sup>. Os descritores *home care service*, *chronic disease* e *aged* foram pesquisados como *Medical Subject Headings Terms* na base de dados MEDLINE do PubMed para identificação dos artigos, no mês de agosto de 2010.

Os 32 artigos encontrados foram submetidos à avaliação crítica quanto à presença dos critérios de inclusão: Estudos randomizados controlados, com participantes com média de idade de 60 anos ou mais, disponibilizado integralmente no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, publicados entre 1990 e 2010, em língua inglesa, com intervenção de AD realizada por enfermeiro, equipe multidisciplinar ou outro profissional, no âmbito comunitário ou durante transição da internação hospitalar para o domicílio, comparado com cuidados realizados em hospitais, ambulatórios e consultórios, ou com nenhum cuidado oferecido.

Os critérios de inclusão foram atendidos por nove artigos<sup>17-25</sup>. Na coleta de dados foram identificadas as variáveis: população estudada, doença de base, local de desenvolvimento do estudo, intervenção realizada e desfechos encontrados. Estas foram agrupadas por semelhanças e seus resultados interpretados de forma a determinar as contribuições encontradas e a aplicabilidade dos mesmos visando responder à questão de pesquisa.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os nove estudos<sup>17-25</sup> foram publicados em um período de 2003 a 2009 e abrangeram um total de 1825 idosos, com tempo de seguimento que variou de 3 meses a 10 anos. Verificou-se a prevalência do sexo masculino em sete estudos<sup>17,18,20-24</sup>, da insuficiência cardíaca como doença de base em seis<sup>17,18,20,21,23,25</sup> e a realização de todos<sup>17-25</sup> em países desenvolvidos. A distribuição dos estudos de acordo com as características das amostras investigadas e local de realização são descritas na Tabela 1.

**TABELA 1:** Caracterização da amostra e local de realização dos estudos. Período 2003-2009.

Varáveis	f
<b>Prevalência do Sexo</b>	
Masculino	7
Feminino	2
Total	9
<b>Doença de base/condição estudada</b>	
Insuficiência Cardíaca	6
Doença Pulmonar Crônica	1
Insuficiência Renal Crônica	1
Incapacidade Funcional	1
Total	9
<b>Local de realização</b>	
Estados Unidos	2
Hong Kong	2
Austrália	2
Suécia	1
Itália	1
Espanha	1
<b>Total</b>	<b>9</b>

A intervenção (I) oferecida em todos os artigos caracterizou-se pela AD após alta hospitalar através de visitas domiciliares multidisciplinares (VDM)<sup>17,18,22,23</sup>, de visitas domiciliares de enfermeiras comunitárias (VDE)<sup>20,21,24,25</sup> e de intervenção de terapeutas ocupacionais (TO)<sup>19</sup>. Para o grupo controle (C), foi oferecido cuidado do tipo internação hospitalar (IH)<sup>17,18,21</sup>, consultas médicas hospitalares (CM)<sup>20,22-24</sup>, telemedicina (TM)<sup>25</sup> ou nenhum cuidado (NC)<sup>19</sup>.

Os desfechos avaliados nos nove artigos são: reinternação hospitalar (RH), custos, capacidade funcional (CF), qualidade de vida (QV), mortalidade, média de dias de internação hospitalar (MDI) e sobrevida. As variáveis analisadas e os desfechos encontrados em cada estudo são descritas na Figura 1.

Ordem do Estudo	Desfechos avaliados
Mendonza et al, 2009 <sup>17</sup>	Reinternações hospitalares, custos, capacidade funcional, qualidade de vida e mortalidade
Tibald et al, 2009 <sup>18</sup>	Reinternações hospitalares, capacidade funcional, média de dias de internação, mortalidade, custo e qualidade de vida.
Gitilin et al, 2009 <sup>19</sup>	Reinternações hospitalares, custos, qualidade de vida e capacidade funcional.
Kwok et al, 2008 <sup>20</sup>	Reinternações hospitalares, custos e média de dias de internação.
Pearson et al, 2006 <sup>22</sup>	Reinternações hospitalares, custos, qualidade de vida e capacidade funcional.
Patel et al, 2008 <sup>21</sup>	Reinternações hospitalares, custos, média de dias de internação, qualidade de vida e capacidade funcional.
Benetar et al, 2003 <sup>25</sup>	Reinternações hospitalares, média de dias de internação, sobrevida e mortalidade
Inglis et al, 2006 <sup>23</sup>	Média de dias de internação
Kwok et al, 2004 <sup>24</sup>	Sobrevida e mortalidade

**FIGURA 1:** Desfechos avaliados e resultados encontrados por estudo da amostra.

A RH foi analisada nos artigos<sup>17,18,20-23,25</sup>. Em cinco textos<sup>17,18,20-22</sup>, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos de intervenção e controle (40,5% vs 50% com  $p=0,42$ ; 57 vs 46 com  $p=0,23$ ; 17 vs 34 com  $p=0,29$ ; 65 vs 69 com  $p=0,23$  e 76 vs 62 com  $p=0,08$ , respectivamente). Em um estudo<sup>25</sup>, houve um maior número de RH no grupo que recebeu AD do que no grupo controle (63 vs 38 e  $p<0,05$ ) e em outro estudo<sup>23</sup>, o maior número de RH, em média, ocorreu no grupo controle, que recebeu atenção por CM ( $2,04 \pm 3,23$  intervenção vs  $3,66 \pm 7,62$  controle com  $p<0,05$ ), estes resultados foram estatisticamente significativos.

Quanto ao custo, os estudos<sup>17,18,21,22,25</sup> demonstraram diferença estatisticamente significativa en-

tre os grupos intervenção e controle, sendo menor na intervenção (€2541 ± 2153 vs €4502 ± 2153 com  $p<0,001$ ; US\$2.604,46 vs US\$3.027,78 com  $p<0,00$ ; \$823 ± 1642 vs \$960 ± 1376 com  $p=0,045$ ; €1.122 vs €5.110 com  $p=0,05$ ; US\$177.365 vs US\$65.023 com  $p<0,02$ , respectivamente). Um estudo<sup>17</sup> incluiu custos com medicamentos e exames diagnósticos em ambos os grupos, no de intervenção, ainda foram incluídos custos com as visitas domiciliares e com IH.

Ainda, outro estudo<sup>18</sup> considerou custos hospitalares no grupo controle e custos com o tempo gasto por profissional na intervenção domiciliar. Outra investigação<sup>22</sup> avaliou somente os custos com hospitalizações de pacientes com IRC nos dois grupos. Em outra pesquisa<sup>21</sup> foi considerado, para AD, os custos da hora dos profissionais de enfermagem e médicos, além de exames laboratoriais e administração de medicamentos. Para o grupo controle também foram considerados custos hospitalares. E uma investigação<sup>25</sup> não detalhou as ações e os recursos que foram incluídos como custos para ambos os grupos.

Um estudo<sup>20</sup> analisou os custos na perspectiva do sistema de saúde e do paciente, sendo menor no grupo intervenção em ambos os casos (HK\$ 10.186 vs HK\$ 21.599 com  $p>0,05$  e HK\$ 513 vs HK\$ 775 com  $p=0,11$ , respectivamente), não sendo estas diferenças estatisticamente significativas. Para o sistema de saúde, foram incluídos os custos das VDE, dos especialistas, dos atendimentos de emergência e das IH. Para o paciente, foram incluídos custos com cuidados médicos e visitas de enfermeiras, além da utilização de serviços sociais não cobertos pelo sistema de saúde. Verifica-se que todos os estudos<sup>17,18,20-22,25</sup> incluíram em seus cálculos os custos com VDE, com VDM e com IH daqueles pertencentes ao grupo de AD.

Quanto a MDI, verificou-se nos artigos<sup>18,22,24</sup> que não houve diferença estatisticamente significativa quanto à esta variável entre os grupos de intervenção e controle ( $22,1 \pm 12,2$  vs  $25,3 \pm 9,5$  com  $p=0,15$ ;  $5,88 \pm 10,81$  vs  $6,48 \pm 11,56$  com  $p=0,28$  e  $20,3 \pm 25,3$  vs  $19,2 \pm 25,6$  com  $p<0,29$  respectivamente). Um estudo<sup>25</sup> encontrou uma menor MDI no grupo controle do que no grupo intervenção (49,5 vs 105 com  $p<0,01$ ), e outro estudo<sup>23</sup> obteve uma menor MDI no grupo intervenção ( $14,8 \pm 23,0$  vs  $28,4 \pm 53,4$  com  $p<0,05$ ), sendo estes resultados estatisticamente significativos.

A CF e QV foram avaliadas nos estudos<sup>17,18,20,21,25</sup>. O primeiro estudo<sup>17</sup>, após utilização do *Index de Barthel (IB)* e do *Short Form (SF-36) Health Survey*, constatou que a variação dos resultados nos dois instrumentos não foi estatisticamente significativa entre os grupos ( $p>0,05$ ). A segunda investigação<sup>18</sup> utilizou os instrumentos *IB* e *Atividades Instrumentais de Vida Diária* para avaliar a CF, onde o grupo controle apresentou melhores resultados, porém, sem diferença

estatisticamente significativa ( $p=0,40$ ;  $p=0,29$ , respectivamente). Resultados melhores e estatisticamente significativos foram apresentados pelo grupo intervenção quanto à depressão e QV, avaliadas pela Escala de Depressão Geriátrica e Escala de *Nottingham* ( $p=0,02$ ;  $p=0,046$  respectivamente).

O terceiro estudo<sup>20</sup> avaliou a CF por meio do teste de caminhada de seis minutos e do *London Handicap Scale* e constatou que não houve diferença estatisticamente significativa ( $p>0,05$ ) em ambos os grupos. No que se refere à independência dos pacientes, os do grupo intervenção tornaram-se menos limitados do que os do grupo controle. O quarto estudo<sup>21</sup>, utilizando o *Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire*, o *Short Form (SF-36)* e o *EuroQol five-dimension questionnaire (EQ-5D)*, não observou nenhuma diferença na QV e CF de ambos os grupos após a intervenção.

O último estudo<sup>25</sup> utilizou os instrumentos *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* e o *Quality of Life Index-Cardiac Version*, o *Hospital Anxiety and Depression Scale* e o *Heart Failure Self-Efficacy Scale 30*, para avaliar como os pacientes percebem o efeito da doença em suas vidas, a angústia psicológica manifestada por ansiedade e depressão e a adesão ao tratamento. Os escores entre os dois grupos não apresentaram diferenças estatisticamente significativas ( $p>0,05$ ), porém, melhores resultados foram encontrados no grupo que recebeu cuidado por telemedicina.

No que se refere à mortalidade, dois estudos<sup>17,18</sup> não demonstraram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo controle e o de intervenção (5,4% vs 8,8% com  $p=0,67$ ; mortalidade de 15% da amostra com  $p>0,05$ )<sup>17,18</sup>. Já em outros estudos<sup>19,23</sup> a diferença de mortalidade entre os grupos intervenção e controle foi estatisticamente significativa (77% vs 89% com  $p=0,02$ ; 5,6% vs 13,2% com  $p=0,0006$  respectivamente).

Quanto à sobrevida e risco para evento vital, em um estudo<sup>22</sup> apenas foi relatado que o cuidado domiciliar não teve impacto na sobrevida dos pacientes. Em outra investigação<sup>23</sup>, a sobrevida média foi quase duas vezes maior no grupo de AD do que no de CM (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 ( $p<0,0001$ ). Maior sobrevida de pacientes do grupo intervenção do que nos do grupo controle foi identificado em outro estudo<sup>19</sup>, onde o efeito da AD na sobrevida manteve-se estatisticamente significativo por dois anos ( $p=0,02$ ) e o risco de morte foi oito vezes mais alto no grupo controle, que não recebeu nenhum cuidado.

Verificou-se a prevalência de amostras do sexo masculino na maioria dos estudos<sup>17,18,20-24</sup>. Esperava-se encontrar um maior número de mulheres, considerando que elas vivem mais e com mais danos crônicos<sup>26</sup>. As doenças de base estudadas nessas pesquisas,

com maior número de pacientes do sexo masculino em suas amostras, foi a IC, que é uma patologia prevalente em homens e sua incidência aumenta com a idade, principalmente acima dos 50 anos<sup>27</sup>. É possível também que ela seja mais estudada em função das características citadas e por existirem várias intervenções profissionais para promoção do auto cuidado destes pacientes. Observa-se que todos os estudos<sup>17-25</sup> foram realizados em países desenvolvidos, pois os mesmos enfrentam o processo de envelhecimento há mais tempo, possuindo uma grande proporção de idosos morando sós e buscando modalidades de atenção mais adequadas para o atendimento desta população.

Quanto à mortalidade foi verificada diferença estatisticamente significativa na metade dos estudos nos quais esta variável foi estudada<sup>19,23</sup>, sendo demonstrado em apenas dois estudos<sup>17,18</sup> um número menor de óbitos entre pacientes que receberam AD. Chama atenção que os estudos com resultados estatisticamente significativos acompanharam estes pacientes por um tempo maior do que os estudos que não obtiveram resultados significativos. O número de pacientes que constituíram a amostra dos estudos com significância estatística foi aproximadamente 3,5 vezes maior do que os outros (606 pacientes vs 172 pacientes, respectivamente). Duas metas análises, que avaliaram a efetividade de visitas domiciliares na promoção e prevenção de saúde dos idosos constataram que estas reduziram a mortalidade<sup>28,29</sup>. Revisão sistemática mais recente identificou em seis estudos, que avaliaram a mortalidade de pacientes idosos com saúde precária que receberam visitas domiciliares e que não receberam esta intervenção, que não houve diferença estatisticamente significativa de mortalidade entre os dois grupos<sup>30</sup>.

As RH durante o seguimento dos estudos<sup>17,18,20-23,25</sup> foi semelhante para os que receberam AD e para os que receberam outro tipo de atenção. A diferença entre estes valores foi estatisticamente significativa em dois estudos<sup>23,25</sup>, mas somente em um estudo<sup>23</sup> as RH foram menores em pacientes que receberam intervenção domiciliar, e que foram acompanhados por 10 anos. Ressalta-se que o tempo de seguimento deste estudo foi cinco vezes maior que o tempo médio de seguimento dos estudos não significativos estatisticamente. A MDI também foi semelhante entre os grupos controle e intervenção nos três estudos que avaliaram este desfecho<sup>18,22,24</sup>. Resultados encontrados na literatura afirmam que visitas domiciliares não tem demonstrado efeito significativo sobre a frequência de hospitalizações e sobre a MDI em idosos<sup>28,30</sup>. O estudo em que a telemedicina foi oferecida ao grupo controle, apresentou menos RH e menor tempo de permanência no hospital, entretanto o tempo de duração deste estudo foi de 1 ano, o que pode ter influenciado seus resultados<sup>25</sup>.

Estudo de revisão, que comparou os efeitos da telemedicina em diferentes situações de saúde não demonstrou resultados significativos na redução das reinternações<sup>31</sup>. O mesmo foi encontrado em uma meta-análise que comparou telemedicina com cuidados multidisciplinares ambulatoriais, e demonstrou que o número de internações hospitalares, para qualquer tipo de doença, não obteve diferença estatisticamente significativa<sup>32</sup>. 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<sup>33</sup>.

A maior parte dos estudos demonstrou que a sobrevivência foi maior em pacientes que receberam AD<sup>19,23</sup>. Quanto às características dos sujeitos que compuseram a amostra nos dois grupos dos estudos com diferenças estatisticamente significativas<sup>19,23</sup>, identificou-se uma maior proporção de pessoas morando sós quando comparadas com as do estudo que não encontrou diferença estatística significativa<sup>22</sup>. Quanto à QV, apenas um artigo<sup>18</sup>, que comparou cuidado prestado por AD com cuidado prestado por IH, 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 QV foi melhor em pacientes que recebem atenção domiciliar<sup>34</sup>.

Em relação à CF, os estudos avaliados não demonstraram evidências de que a atenção domiciliar proposta tenha melhorado a CF dos idosos<sup>17,18,20,21</sup>. No entanto, o tempo de seguimento destes estudos variou de 6 meses a 1 ano, não sendo um tempo significativo para perceber-se um maior declínio funcional entre os idosos do grupo controle e do grupo de intervenção domiciliar. Em meta-análise, foi identificado que a CF melhorou em pacientes idosos que receberam visitas domiciliares de modo estatisticamente significativo, sendo demonstrada uma redução de 24% no risco de declínio na CF<sup>29</sup>. Outra, não reportou melhora significativa na CF dos que receberam atenção domiciliar<sup>28</sup>. Revisão sistemática, realizada com 29 estudos, avaliou a CF em quatro destes, onde um estudo demonstrou melhora na CF de pacientes que receberam algum cuidado no domicílio, até um ano de segmento do estudo, com diferenças estatisticamente significativas e três não encontraram tais diferenças, onde um deles não era estudo controlado randomizado<sup>30</sup>.

Quanto aos custos da AD comparados aos custos dos cuidados oferecidos ao grupo controle, na maior parte das investigações, o custo foi menor para os que receberam AD<sup>17,18,20,22</sup>. Ressalta-se ainda que os estudos com resultados com diferenças estatisticamente significativas<sup>17,18,20,22,25</sup> avaliaram aproximadamente

sete vezes mais pacientes que o estudo que não identificou significância estatística<sup>21</sup>, em um tempo médio de internação cinco vezes maior. O custo foi menor no grupo controle em apenas um estudo<sup>25</sup> 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. Talvez este resultado possa ser explicado pelo nível de complexidade de saúde dos pacientes crônicos admitidos neste tipo de programa, que necessitavam de monitoramento de sinais vitais e recebiam orientações de saúde por telefone, diante dos sinais vitais alterados, ou necessidade de obter informações sobre sua saúde. 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 o custo efetividade da telemedicina concluiu que existem poucas evidências de que a mesma é um modelo de atenção custo efetivo em relação a outros tipos de atenção<sup>35</sup>.

## CONCLUSÃO

Os artigos analisados não fornecem evidências unânimes dos benefícios da AD quando comparada com outras modalidades de atenção. Alguns estudos demonstraram contribuição da AD para redução da mortalidade e para maior sobrevivência em idosos portadores de danos crônicos, apresentando menores custos para realização do cuidado.

Como limitações deste estudo, destacam-se a escassez de estudos randomizados controlados sobre o tema, a grande diversidade amostral e a comparação da AD com diferentes intervenções.

Espera-se que os benefícios oferecidos pela AD identificados, neste estudo, possam contribuir para a implementação desta modalidade de cuidado no SUS e para construção de indicadores de avaliação adequados à realidade nacional. 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. Assim, sugere-se o desenvolvimento de investigações que avaliem os benefícios que a AD pode proporcionar ao idoso portador de dano crônico no contexto da rede de atenção do SUS.

## REFERÊNCIAS

1. Silva Junior JB, Gomes FBC, Cezário AC. Doenças e agravos não-transmissíveis: bases epidemiológicas. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999. p.289-309.

2. Garcia ESS, Saintrain MVL. Perfil epidemiológico de uma população idosa atendida pelo Programa de Saúde da Família. *Rev enferm UERJ*. 2009; 17:18-23
3. Rehem TCM, Trad LAB. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Ciênc saúde coletiva*. 2005; 10:231-42.
4. Merhy EE, Feuerwkrer LM. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev panam salud publica*. 2008; 24:180-8.
5. Freitas IBA, Nazareth MS, FERLA AA. Atendimento domiciliar ao idoso acamado: integralidade do cuidado a partir da experiência de uma unidade básica de saúde. In: Herédia VBM, De Lorenzi RS, Ferla AA. *Envelhecimento, saúde e políticas públicas*. Caxias do Sul (RS): Educus, 2007. p.113-30.
6. Ministério da Saúde (Br). Portaria N° 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Dispõe sobre o Pacto pela saúde – Consolidação do SUS. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>. [citado em 28 mai 2010]
7. Herédia VBM, De Lorenzi RS, Ferla AA. Envelhecimento, saúde e políticas sociais. In: Herédia VBM, De Lorenzi RS, Ferla AA. *Envelhecimento, saúde e políticas públicas*. Caxias do Sul (RS): Educus; 2007. p.9-21.
8. Presidência da Republica (Br). Lei n° 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei n° 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. [citado em 29 mai 2010] Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/l10424.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10424.htm).
9. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC N° 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar. [citado em 3 jun 2010] Disponível em: [http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-domiciliar/ANVISA11.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-domiciliar/ANVISA11.pdf).
10. Ministério da Saúde (Br). Portaria MS n° 2.528 de 19 de outubro de 2006. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. [citado em 30 mai 2010] Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idoso.pdf>.
11. Thomé B, Dykes AK, Hallberg IR. Home care with regard to definition, care recipients, content and outcome: systematic literature review. *J clin nursing*. 2003; 12:860–72.
12. Murashima S, Nagata S, Magilvy JK, Fukui S, Kayama M. Home care nursing in Japan: a challenge for providing good care at home. *Public Health Nurs*. 2002; 19:94-103.
13. Amaral NN, Cunha MCB, Labronici RHDD, Oliveira ASO, Gabbai AA. Assistência domiciliar à saúde (home health care): sua história e sua relevância para o sistema de saúde atual. *Revista de Neurociência*. 2001; 9(3):111-7.
14. Ryu H, An J, Koabyashi M. Home health nursing care agenda based on health policy in Korea. *Nurs Health Sci*. 2005; 7:92-8.
15. Ministério da Saúde (Br). Portaria n° 2.528 de 19 de outubro de 2006. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. [citado em 30 mai 2010] Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idoso.pdf>.
16. Rother ET. Revisão sistemática versus revisão narrativa. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20:5-6.
17. Mendonza H, Martín MJ, García A, Arós F, Aizpuru F, Regalado De Los Cobos J, et al. 'Hospital at home' care model as an effective alternative in the management of decompensated chronic heart failure. *Eur J Heart Fail*. 2009; 11:1208-13
18. Tibald V, Isaia G, Scarafioti C, Gariglio F, Zanolchi M, Bo M, et al. Hospital at home for elderly patients with acute decompensation of chronic heart failure. *Arch Intern Med*. 2009; 169:1569-75.
18. Tibald V, Isaia G, Scarafioti C, Gariglio F, Zanolchi M, Bo M, et al. Hospital at home for elderly patients with acute decompensation of chronic heart failure. *Arch Intern Med*. 2009; 169:1569-75.
19. Gitlin LN, Hauck WW, Dennis MP, Winter L, Hodgson N, Schinfeld S. 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; 57:476-81.
20. Kwok T, Lee J, Woo J, Lee DT, Griffith S. A randomized controlled trial of a community nurse-supported hospital discharge programme in older patients with chronic heart failure. *J clin nursing*. 2008; 17:109-17.
21. Patel H, Shafazand M, Ekman I, Höjgård S, Swedberg K, Schaufelberger M. 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; 10:675-81.
22. Pearson S, Inglis SC, McLennan BA, Brennan L, Russell M, Wilkinson D, et al. Prolonged effects of a home-based intervention in patients with chronic illness. *Arch Intern Med*. 2006; 166:645-50.
23. Inglis SC, Pearson S, Treen S, Gallasch T, Horowitz JD, Stewart S. Extending the horizon in chronic heart failure: effects of multidisciplinary, home-based intervention relative to usual care. *Circulation*. 2006; 114:2466-73.
24. Kwok T, Lum CM, Chan HS, Ma HM, Lee D, Woo J. 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; 52:1240-6.
25. Benetar D, Bondmass M, Ghitelan J, Avitall B. Outcomes of chronic heart failure. *Arch Intern Med*. 2003; 163:347-52.
26. Aires M, Paskulin LMG, Morais EP. Capacidade funcional em idosos mais velhos: estudo comparativo em três regiões do estado do Rio Grande do Sul. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010; 18:[7 telas].
27. Ho KKL, Pinsky JL, Kannel WB, Levy D. The epidemiology of heart failure: the Framingham Study. *JACC*. 1993; 22:6A-13A.
28. Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair M, et al. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2001; 323:1-9.
29. Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visit to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and

- meta-regression analysis. *JAMA*. 2002; 287:1022-8.
30. Bouman A, Rossum EV, Nelemans P, Kempen GJM, Knipschild P. Effects of intensive home visiting programs for older people with poor health status: a systematic review. *BMC Health Services Research*. 2008; 8:1-11.
31. Schmidt S, Schuchert A, Krieg T, Oeff Ml. Home telemonitoring in patients with chronic heart failure. *Dtsch Arztebl Int*. 2010; 107:131-8.
32. Clark RA, Inglis SC, McAlister FA, Cleland JGF, Stewart S. Telemonitoring or structured telephone support programmes for patients with chronic heart failure: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2007; 334:1-9.
33. Currel R, Urquhart C, Wainwright P, Lewis R. Telemedicine versus face to face patient care: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2000; 10:1-35.
34. Boulton C, Green AF, Boulton LB, Pacala JT, Snyder C, Leff B. 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; 57:2328-37.
35. Whitten PS, Mair FS, Haycox A, May CR, Williams TL, Hellmich S. Systematic review of cost effectiveness studies of telemedicine interventions. *BMJ*. 2002; 324:1434-7.