






CUSTO E EFETIVIDADE DE MODALIDADES DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR PARA A POPULAÇÃO IDOSA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

COST AND EFFECTIVENESS OF HOME CARE SERVICES MODALITIES FOR THE OLDER POPULATION: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

COSTO Y EFECTIVIDAD DE LAS MODALIDADES DE SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA PARA LA POBLACIÓN MAYOR: REVISIÓN INTEGRADORA DE LA LITERATURA

 Kênia Lara Silva¹
 Edna Aparecida Barbosa Castro²
 Patricia Pinto Braga³
 Érika Guimarães Lage¹
 Roseli Lino de Souza¹

¹Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Aplicada. Belo Horizonte, MG - Brasil.

²Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, Faculdade de Enfermagem. Juiz de Fora, MG - Brasil.

³Universidade Federal de São João del Rei - UFSJ, Enfermagem. Divinópolis, MG - Brasil.

Autor Correspondente: Kênia Lara Silva
E-mail: kenialara17@gmail.com

Contribuições dos autores:

Análise Estatística: Kênia L. Silva; **Aquisição de Financiamento:** Kênia L. Silva; **Coleta de Dados:** Kênia L. Silva, Edna A. B. Castro, Patricia P. Braga, Érika G. Lage; **Conceitualização:** Kênia L. Silva, Patricia P. Braga; **Gerenciamento de Recursos:** Kênia L. Silva; **Gerenciamento do Projeto:** Kênia L. Silva, Edna A. B. Castro; **Investigação:** Kênia L. Silva, Edna A. B. Castro, Patricia P. Braga, Erika G. Lage; **Metodologia:** Kênia L. Silva, Edna A. B. Castro; **Redação - Preparação do Original:** Kênia L. Silva, Edna A. B. Castro, Patricia P. Braga, Erika G. Lage, Roseli L. Souza; **Redação - Revisão e Edição:** Kênia L. Silva, Edna A. B. Castro, Patricia P. Braga, Erika G. Lage, Roseli L. Souza; **Supervisão:** Kênia L. Silva, Edna A. B. Castro; **Validação:** Kênia L. Silva; **Visualização:** Kênia L. Silva, Roseli L. Souza.

Fomento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais - FAPEMIG.

Submetido em: 26/10/2020

Aprovado em: 28/04/2021

Editor Responsável:

 Tânia Couto Machado Chianca

RESUMO

Objetivo: analisar as modalidades de serviços de AD direcionadas ao público idoso, identificando a oferta de serviços no domicílio e seus resultados referentes aos custos e a efetividade. **Método:** revisão da literatura realizada nas bases de dados Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud* (IBECS) via Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), Medline via Pubmed, Scopus, Web of science, *Cumulative Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e Cochrane. Foram incluídos 16 estudos publicados no período de 2008 a 2017, submetidos à análise de conteúdo. **Resultados:** a análise evidenciou que há diferentes modalidades de serviços que podem ser ofertados para a população idosa, incluindo o cuidado no domicílio. As modalidades identificadas foram serviços de visitas domiciliares, internação domiciliar; serviços institucionais de longa permanência; serviços de suporte de longo prazo que associam cuidado no domicílio e cuidado comunitário e serviços institucionais de transição de cuidado. Essas modalidades variaram segundo as formas de organização, público-alvo, resultados alcançados e custos associados. Os serviços mais custo-efetivos para os idosos foram os que incluem intervenção no domicílio tanto para condições agudas quanto crônicas; internação domiciliar; serviços combinados de intervenção domiciliar e comunitária, instituições de transição de cuidado e instituições de longa permanência. **Conclusão:** a atenção domiciliar, especialmente aquelas que ofertam intervenções no domicílio, mostrou-se com melhores resultados capazes de reduzir os custos gerais para os sistemas de saúde e pode ser efetiva na medida em que responde às demandas por cuidados requeridas pelos idosos.

Palavras-chave: Assistência Domiciliar; Serviços de Assistência Domiciliar; Custos de Cuidados de Saúde; Custos e Análise de Custo; Gastos em Saúde; Idosos.

ABSTRACT

Objective: to analyze the modalities of AD services aimed at the older people, identifying the offer of services at home and its results regarding costs and effectiveness. **Method:** literature review carried out in the databases of *Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) and *Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud* (IBECS) via *Biblioteca Virtual da Saúde* (BVS), Medline via Pubmed, Scopus, Web of science, *Cumulative Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) and Cochrane. Sixteen studies published from 2008 to 2017 were included and submitted to content analysis. **Results:** the analysis showed that there are different types of services that can be offered to the older population, including home care. The modalities identified were home visiting services, home hospitalization; long-term institutional services; long-term support services that combine home and community care, and institutional care transition services. These modalities varied according to the forms of organization, target audience, results achieved, and associated costs. The most cost-effective services for the older adults were those that included home intervention for both acute and chronic conditions; home care; combined home and community intervention services, transitional care institutions, and long-term care facilities. **Conclusion:** home care, especially those that offer interventions at home, showed better results capable of reducing overall costs for health systems and can be effective as it responds to the demands for care required by older people.

Keywords: Home Care Agencies; Home Care Services; Health Care Costs; Costs and Cost Analysis; Health Expenditures; Aged.

RESUMEN

Objetivo: analizar las modalidades de los servicios de AD dirigidos al público anciano, identificando la oferta de servicios a domicilio y sus resultados en cuanto a costos y efectividad. **Método:** revisión de la literatura realizada en las bases de datos de *Literatura Latinoamericana y Caribeña en Ciencias de la Salud* (LILACS) e *Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud* (IBECS) vía *Biblioteca Virtual en Salud* (BVS), Medline vía Pubmed, Scopus, Web of science, *Cumulative Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) (CINAHL) y Cochrane. Se incluyeron 16 estudios publicados de 2008 a 2017, sometidos a análisis de contenido. **Resultados:** el análisis mostró que existen diferentes tipos de servicios que se pueden ofrecer a la población anciana, incluida la atención domiciliar. Las modalidades identificadas fueron servicios de visitas domiciliarias, atención domiciliar; servicios institucionales a largo plazo; servicios de apoyo

Como citar este artigo:

Silva KL, Castro EAB, Braga PP, Lage EG, Souza RL. Custo e efetividade de modalidades de serviços de atenção domiciliar para população idosa: revisão integrativa da literatura. REME - Rev Min Enferm. 2021[citado em _____];25:e-1374. Disponível em: _____ DOI: 10.5935/1415-2762-20210022

a largo plazo que combinan atención domiciliaria y atención comunitaria, y servicios de transición de atención institucional. Estas modalidades variaron según las formas de organización, público objetivo, resultados obtenidos y costos asociados. Los servicios más rentables para los ancianos fueron los que incluían intervención domiciliaria tanto para enfermedades agudas como crónicas; cuidados en el hogar; servicios combinados de intervención en el hogar y la comunidad, instituciones de atención de transición e instalaciones de atención a largo plazo. Conclusión: la atención domiciliaria, especialmente aquellos que ofrecen intervenciones en el hogar, ha demostrado tener mejores resultados capaces de reducir los costos globales para los sistemas de salud y puede ser eficaz en la medida en que responda a las demandas de atención que requieren las personas mayores.

Palabras clave: *Agencias de Atención a Domicilio; Servicios de Atención de Salud a Domicilio; Costos de la Atención en Salud; Costos y Análisis de Costo; Gastos en Salud; Anciano.*

INTRODUÇÃO

O crescimento do número de pessoas idosas no mundo e no Brasil é uma realidade que demanda serviços de saúde e de políticas sociais. A oferta de serviços de saúde com resultados custo-efetivos para essa população é um desafio em diferentes partes do mundo, constituindo-se em questões globais.¹⁻³

Estima-se que em 2030 os idosos representem 1,4 bilhão da população mundial e em 2050 estes sejam 2,1 bilhões, quando uma em cada seis pessoas terá 65 ou mais anos. Em 2100, o planeta poderá atingir 3,1 bilhões de pessoas idosas, considerando-se taxa aproximada de 3% de crescimento por ano, o que é mais rápido do que nos grupos etários mais jovens.⁴ Na região das Américas, nas próximas três décadas, triplicará o número de pessoas com 60 anos ou mais com necessidades de cuidados prolongados, passando dos 8 milhões atuais para aproximadamente 30 milhões até 2050.⁵

O Brasil segue mantendo a tendência ao envelhecimento. Segundo a projeção do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE),⁵ estima-se que em 2060 esse seguimento representará 73,5 milhões na população. Nesse contexto, torna-se necessário um modelo de atenção à saúde do idoso que incorpore um conjunto de ações e serviços que busquem preservar a qualidade de vida e a participação social, centrado na pessoa, nas suas necessidades e características.⁶ Esse modelo indica a atenção domiciliar (AD) como uma das possibilidades assistenciais.⁶

A AD é uma alternativa assistencial de cuidado para ampliar o acesso da população idosa, especialmente das pessoas com incapacidades ou dependências, doenças crônicas e em situações de vulnerabilidade social e/ou âmbito de precárias condições sociais e econômicas.^{3,7,8} A AD é também uma oferta potencial para fortalecer vínculos, reduzir complicações relacionadas às comorbi-

dades, diminuir internações e proporcionar uma opção de morte digna para os idosos.⁸

A AD se organiza em diferentes modalidades. No sistema de saúde brasileiro prevalecem a assistência domiciliar ambulatorial com prestação de cuidado no domicílio por uma equipe multiprofissional por meio dos serviços de atenção domiciliar (SAD) e a internação domiciliar, adotadas por hospitais, empresas privadas ou operadoras de planos de saúde. A assistência domiciliar ambulatorial mostra-se mais difundida no país e a internação domiciliar concentrada em determinadas regiões.⁹

Apesar da sua expansão, nos últimos anos questiona-se se o domicílio é de fato o melhor lugar para envelhecer, devido à falta de recursos de apoio, escassez de cuidadores informais qualificados e possibilidade de abusos físicos, verbais e financeiros.² Assim, questiona-se quais os custos e a efetividade de modalidades de serviços de AD para atendimento à população idosa quando comparadas a outras modalidades de atenção?

O objetivo deste estudo foi analisar as modalidades de serviços de AD direcionadas ao público idoso, identificando a oferta de serviços e seus resultados referentes aos custos e à efetividade. O estudo justifica-se pela necessidade de produzir evidências sobre o custo-efetividade da atenção domiciliar, em especial para o público idoso. Apesar da crescente produção sobre o potencial dos serviços domiciliares como uma alternativa menos dispendiosa em relação a outras modalidades assistenciais, ainda são insuficientes as evidências sobre o benefício clínico e econômico dessa intervenção.

MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de revisão integrativa da literatura. A pergunta norteadora da revisão foi construída considerando-se o acrônimo PICO¹⁰ de forma adaptada, na qual foi utilizada a população (idosos); intervenção (atenção domiciliar); controle (outras modalidades de atenção) e resultado/*outcomes* (custos e efetividade). Assim, formulou-se a pergunta: quais os custos e a efetividade de modalidades de serviços de AD para atendimento à população idosa quando comparadas a outras modalidades de atenção?

Estratégia de busca

Os descritores adotados em português e em inglês foram, respectivamente: Assistência Domiciliar / Serviços de Assistência Domiciliar / Serviços Hospi-

talares de Assistência Domiciliar / Avaliação de Custo-Efetividade / Custos e Análise de Custo / Gastos em saúde / Análise Custo-Benefício / Análise Custo-Eficiência / Custos de Cuidados de Saúde / Tempo de Internação / *Home Nursing* / *Home Care Services* / *Home Care Services, Hospital-Based* / *Cost-Benefit Analysis* / *Health Expenditures* / *Health Care Costs* / *Costs and Cost Analysis* / *Length of Stay*.

As buscas foram realizadas nas bases de dados Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud* (IBECS) via Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), Medline via Pubmed, *Scopus*, *Web of science*, *Cumulative Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e *Cochrane*, conforme as estratégias de busca definidas com o auxílio de um bibliotecário, dispostas na Tabela 1.

A busca aconteceu entre os meses de agosto e setembro de 2018. Na estratégia, incluiu-se a recuperação de artigos do período de 10 anos - de 2008 a 2018 -, momento da realização da busca.

Crítérios de seleção e definição da amostra

Os critérios de inclusão definidos foram: abordar o custo e o tempo de permanência comparando a AD a

outros serviços de atenção; publicado nos idiomas português, inglês e espanhol nos últimos 10 anos.

Na primeira fase examinaram-se os artigos encontrados nas bases definidas após aplicação das estratégias de busca, tendo por base o título e o resumo. Nessa fase excluíram-se os registros duplicados. Na segunda, excluíram-se os artigos que, na leitura dos títulos ou resumo, não abordavam elementos de custo e efetividade na AD. Na terceira, excluíram-se os artigos que, após leitura na íntegra, não permitiam a comparação da AD com outras modalidades assistenciais. Finalmente, na quarta fase, foram excluídos os artigos que não tratavam especificamente das modalidades destinadas à população idosa.

No processo de análise para inclusão dos artigos, dois avaliadores analisaram os textos de forma independente. No caso de eventuais discordâncias, um terceiro avaliador foi incluído no processo e ele analisou os resultados dos dois primeiros avaliadores, decidindo pela inclusão ou não do artigo. O processo foi realizado de forma manual a partir de uma planilha *Excel*.

Coleta e análise dos dados

Para extração dos dados dos artigos na íntegra, elaborou-se uma matriz de análise contendo as seguintes

Tabela 1 - Estratégias de busca por bases de dados, Belo Horizonte, 2020

Bases	Estratégias
LILACS, IBECS (BVS)	"Assistência Domiciliar" OR "Home Nursing" OR "Atención Domiciliaria de Salud" OR "Assistência Domiciliária" OR "Cuidados Domiciliares de Saúde" OR "Serviços de Assistência Domiciliar" OR "Home Care Services" OR "Servicios de Atención de Salud a Domicilio" OR "Cuidado Domiciliar" OR "Serviços de Cuidados Domiciliares" OR "Serviços Residenciais Terapêuticos" OR "Serviços Hospitalares de Assistência Domiciliar" OR "Home Care Services, Hospital-Based" OR "Servicios de Atención a Domicilio Provisto por Hospital" OR "Serviços de Assistência Hospitalar no Domicílio" OR "Assistência Domiciliar Oferecida por Hospital" OR "Serviços de Assistência Domiciliar Oferecida por Hospital" OR "Internação domiciliar") AND (tw: "Custos de Cuidados de Saúde" OR "Health Care Costs" OR "Costos de la Atención en Salud" OR "Custos de Cuidados Médicos" OR "Custos de Tratamento" OR "Cost-Effectiveness Evaluation" OR "Evaluación de Costo-Efectividad" OR "Avaliação de Custo-Efetividade" OR "Costs and Cost Analysis" OR "Costos y Análisis de Costo" OR "Custos e Análise de Custo" OR "Gastos em Saúde" OR "Health Expenditures" OR "Gastos en Salud" OR custeio OR despesas OR gastos OR "Análise Custo-Benefício" OR "Cost-Benefit Analysis" OR "Análisis Costo-Beneficio" OR "Análise de Custo-Benefício" OR "Análise de Custo-Efetividade" OR "Custo-Efetividade" OR "Dados de Custo-Benefício" OR "Cost Efficiency Analysis" OR "Análisis Costo-Eficiencia" OR "Análise Custo-Eficiência" OR "Custos de Cuidados de Saúde" OR "Health Care Costs" OR "Costos de la Atención en Salud") AND (tw: "Tempo de Internação" OR "Length of Stay" OR "Tiempo de Internación") AND (instance:"regional") AND (year_cluster:(("2014" OR "2016" OR "2015" OR "2013" OR "2017" OR "2018" OR "2012" OR "2011" OR "2010" OR "2009" OR "2008"))) AND (instance:"regional")) AND (instance:"regional")
MEDLINE (PUBMED) 	"Home Nursing"[Mesh:NoExp] OR "Home Care Services"[Mesh:NoExp] OR "Home Care Services, Hospital-Based"[Mesh]) OR ("Home Nursing"[Title/Abstract] OR "Home Care Services"[Title/Abstract] OR "Home Care Services, Hospital-Based"[Title/Abstract])) AND (((("Cost-Benefit Analysis"[Mesh]) OR "Costs and Cost Analysis"[Mesh:NoExp] OR "Health Care Costs"[Mesh:NoExp]) OR ("Cost-Benefit Analysis"[Title/Abstract] OR "Costs[Title/Abstract] AND Cost Analysis"[Title/Abstract] OR "Health Care Costs"[Title/Abstract] OR "Cost Efficiency Analysis"[Title/Abstract] OR "Cost-Effectiveness Evaluation"[Title/Abstract] OR "Health Expenditures"[Title/Abstract])) AND ("Length of Stay"[Mesh]) OR "Length of Stay")
SCOPUS, WEB OF SCIENCE, CINAHL e COCHRANE	"Home Nursing" OR "Home Care Services" OR "Home Care Services, Hospital-Based") AND ("Cost-Benefit Analysis" OR "Cost Efficiency Analysis" OR "Cost-Effectiveness Evaluation" OR "Health Expenditures" OR "Health Care Costs" OR "Costs And Cost Analysis") AND ("Length of Stay")

informações: características do participante, localização do estudo, tipo de estudo e técnicas de coleta e análise dos dados, modalidade de AD, componentes do custo, desfecho/efetividade, perspectiva da análise e principais achados do estudo. Os textos incluídos foram analisados criticamente considerando-se relevância, validade e confiabilidade¹⁰. Foram também categorizados segundo o nível de evidência.¹⁰

A análise foi construída considerando-se a questão norteadora do estudo e organizada em duas categorias: modalidades de serviços direcionadas para a população idosa e a atenção no domicílio e oferta dos serviços e as situações e condições de saúde da população idosa assistida no domicílio: aspectos relativos aos custos e efetividade. Procedeu-se, então, à comparação dos dados extraídos dos artigos incluídos e o conhecimento das autoras para sintetizar o conhecimento evidenciado e revelar os elementos que podem contribuir para as políticas e práticas na atenção domiciliar ao idoso.

A Figura 1 demonstra o fluxo do processo de revisão.

RESULTADOS

A Tabela 2 apresenta a síntese dos resultados.

Do total de 210 artigos encontrados, 77 foram excluídos por estarem duplicados em outras bases. Assim, restaram para leitura de títulos e resumos 133 artigos. Destes, 62 foram excluídos por não abordarem a temática da revisão, restando 71 para a etapa de coleta e análise dos dados. Destes, 19 foram excluídos na fase de leitura na íntegra por não abordarem dados de custo ou de efetividade. Dos 52 restantes, 16 abordavam especificamente modalidades de cuidados na AD tendo como público-alvo as pessoas idosas e foram então objeto de análise deste manuscrito. Os demais (36) tratavam de AD para diferentes públicos, mas não contemplavam modalidades assistenciais para a população idosa.

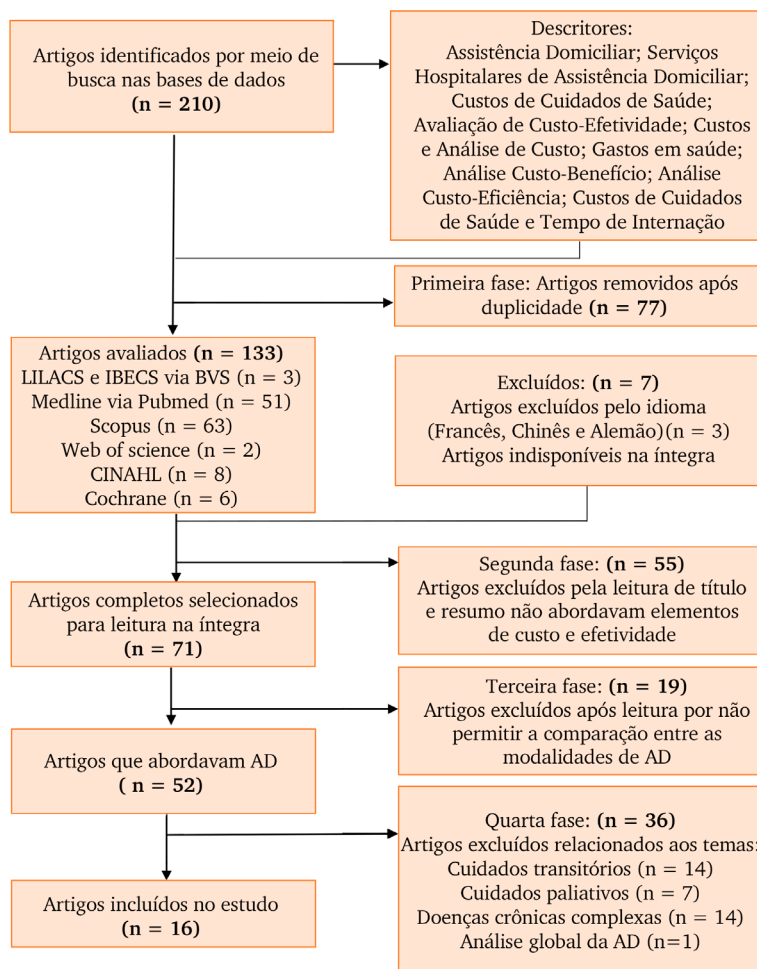


Figura 1 - Fluxograma de seleção dos artigos. Belo Horizonte, 2020
Fonte: elaborado pelos pesquisadores (autoria própria).

Tabela 2 - Caracterização dos estudos incluídos na revisão

Código	Tipo de estudo/nível evidência	Natureza dos cuidados demandados	Modalidade de AD	Cenário	Amostra	Resultados de custos e efetividade
I ¹¹	Metanálise (I)	Crônicos e agudos	Hospitalização domiciliária	12 países (Austrália, Canadá, Noruega, Suécia, Tailândia, Reino Unido, Chile, Espanha, Holanda, Itália, Nova Zelândia, Turquia)	4.746	Não reduziu a mortalidade, reinternação hospitalar ou funcionalidade. Redução média de 7 dias de internação. Melhorou a satisfação dos pacientes.
II ¹²	Coorte Retrospectiva (IV)	Cuidados agudos intensivos de maneira geral	Serviços de cuidado/atenção no domicílio com visitas domiciliares x Serviços de institucionalização de idosos	EUA	1.291	O modelo de intervenção no domicílio se mostrou menos efetivo que a institucionalização para tempo de internação, números de internação e procura de serviços de emergência. Os custos com o cuidado de longo prazo foram US\$ 4.582 mais altos para os residentes em asilos do que para os beneficiários de serviço de atenção domiciliar.
III ¹³	Longitudinal Quasi-experimental (III)	Condições crônicas ortogerátricas	Hospitalização domiciliária	Espanha	367	Não há diferenças significativas no ganho funcional entre pacientes da internação domiciliar e hospitalar. Custo médio do cuidado menor na hospitalização em casa em relação ao hospitalar.
IV ¹⁴	Coorte retrospectiva (IV)	Condições crônicas em geral	Instituição de longa permanência X serviços de suporte domiciliar de longo prazo combinados com serviços comunitários	EUA	84.883	Menores gastos imediatos, mas maiores gastos em longo prazo. As despesas mensais foram US\$ 3.833 mais altas para aqueles internados em uma instituição, por período prolongado, quando comparados com os serviços de suporte no domicílio.
V ¹⁵	Ensaio controlado randomizado (II)	Insuficiência cardíaca	Serviços de cuidado/atenção no domicílio com visitas domiciliares	Austrália	280	Redução significativa dos dias de hospitalização e custos dos cuidados em saúde.
VI ¹⁶	Ensaio clínico controlado randomizado (II)	Condições crônicas com dependência	Serviços de cuidado/atenção no domicílio com visitas domiciliares	Oeste da Austrália	750	Redução de 30% na procura por serviços de emergência. Redução de 31% no risco de admissão hospitalar não planejada. Redução do tempo de permanência em AD, aumento da independência funcional e da qualidade de vida do idoso. Economia média mínima de 30% em 2 anos.
VII ¹⁷	Coorte retrospectiva (IV)	Condições agudas com uso de antimicrobiano	Hospitalização domiciliária	Espanha	1.190	Os custos foram reduzidos em 80% para pacientes que receberam o tratamento no domicílio quando comparados com o tratamento no hospital.

Continua...

Continuação...

Tabela 2 - Caracterização dos estudos incluídos na revisão

Código	Tipo de estudo/nível evidência	Natureza dos cuidados demandados	Modalidade de AD	Cenário	Amostra	Resultados de custos e efetividade
VIII ¹⁸	Estudo descritivo, prospectivo (VI)	Condições crônicas com dependência	Instituições de longa permanência	Inglaterra	131	Redução das internações e melhora na qualidade de vida dos idosos.
IX ¹⁹	Caso controle, prospectivo, randomizado (IV)	Pós-operatório de artroplastia total de quadril	Casas de convalescência	Canadá	50	Redução de 28% nos custos. Redução de até 5 dias de permanência no hospital.
X ²⁰	Metanálise (I)	Demandas de Reabilitação	Programas de reabilitação no domicílio e na comunidade	Canadá	2.364	Custo total de assistência domiciliar mais baixo.
XI ²¹	Coorte retrospectiva (IV)	Fratura de quadril	Reabilitação por serviços domiciliares e comunitários	EUA	7.778	Redução da institucionalização de idosos de baixa renda. Para cada 1% do orçamento alocado aos serviços domiciliares e comunitários, há redução subsequente de 0,17% nos residentes de longa permanência. A alocação de serviços domiciliares e comunitários tem mais efeito do que o aumento geral de gastos per <i>capita</i> com serviços de longa permanência (asilos).
XII ²²	Ensaio clínico, controlado, randomizado (II)	Demandas de Reabilitação	Reabilitação domiciliar x Hospital dia de reabilitação	Inglaterra	89	Não há diferenças significativas entre os dois modelos. Análise de custo fornece evidências insuficientes para apoiar a hipótese de que a reabilitação é mais barata em um ambiente doméstico.
XIII ²³	Estudo retrospectivo (VI)	Insuficiência cardíaca	Visita domiciliar e telemonitoramento	Israel	196	O serviço de atenção domiciliar reduz a utilização dos serviços de saúde e os custos com os cuidados em saúde. Houve queda estatisticamente significativa no número mensal de internações (-55,8%), número total de dias de internação (-41,3%), número de visitas ao serviço de emergência. Tendência à redução geral de 20,7% dos custos em comparação às taxas mensais correspondentes para os seis meses antes da entrada no atendimento domiciliar.
XIV ²⁴	Coorte prospectiva (IV)	Multimorbidades e/ou paliativos	Serviços de cuidado/atenção no domicílio com visitas domiciliares	Espanha	261	Redução do número de admissões e tempo de permanência hospitalares, redução de complicações e internações prolongadas. Alta satisfação de pacientes e cuidadores. Redução de custos em 67,1%.

Continua...

Continuação...

Tabela 2 - Caracterização dos estudos incluídos na revisão

Código	Tipo de estudo/nível evidência	Natureza dos cuidados demandados	Modalidade de AD	Cenário	Amostra	Resultados de custos e efetividade
XV ²⁵	Ensaio clínico, randomizado (II)	Insuficiência cardíaca	Intervenção por meio de visitas domiciliares x intervenção clínica ambulatorial especializada	Austrália	280	Redução média de 2 dias na hospitalização por agudização. Custos menores para o grupo domiciliar.
XVI ²⁶	Ensaio clínico, controlado, randomizado (II)	Doença Pulmonar obstrutiva crônica	Hospitalização domiciliária	Itália	104	Menor taxa de reinternação e mais tempo até a readmissão dos pacientes hospitalizados em casa. Melhorias na depressão e nos escores de qualidade de vida. Não houve diferenças em resultados funcionais, cognitivos, nutricionais ou de sobrecarga do cuidador. O custo total médio foi de US \$ 1.175,9 para cada paciente tratado em casa e US \$ 1.390,9 para pacientes tratados no hospital.

Fonte: elaborada pelos pesquisadores (autoria própria).

Os 16 textos incluídos foram analisados criticamente considerando relevância, validade e confiabilidade.¹⁰ Nesta análise, eles foram categorizados segundo o nível de evidência¹⁰: dois referem-se a estudos nível I (revisão sistemática), cinco a estudos nível II (ensaios clínicos randomizados), um a estudos nível III (ensaio clínico sem randomização), seis a estudos nível IV (coorte ou caso controle bem conduzidos) e dois a estudos nível VI (estudos descritos e estudos qualitativos), indicando variação quanto à força das evidências analisadas.

Modalidades de serviços direcionadas à população idosa e à atenção no domicílio

Os resultados indicaram diferentes modalidades de serviços que são ofertados para a população idosa, variando quanto a: formas de organização, público-alvo, resultados alcançados e custos associados.

A análise permitiu agrupar cinco modalidades de serviços com características distintas: serviços de visitas domiciliares e de outras intervenções no domicílio (*home based intervention*); internação domiciliar (*hospital at home*); serviços institucionais de longa permanência (*nursing home*); serviços de suporte de longo prazo que associam cuidado no domicílio e cuidado comunitário (*home and community-based services*) e serviços institucionais de transição de cuidado (*convalescent home e day hospital rehabilitation*). Citam-se também ações

de telemonitoramento e gerenciamento a distância, que não se constituem de uma modalidade específica, mas que se apresentaram nesta revisão, com uma oferta que se associa a diferentes modalidades.

Os serviços de visitas domiciliares e de outras intervenções no domicílio (*home based intervention*)^{12,15-16,19,20,22-25} incluem visitas domiciliares realizadas isoladamente por uma categoria profissional ou por equipe multiprofissional (Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Assistência Social e equipe médica). Em geral, as ações no domicílio consistem em fornecer orientações, prestar cuidado, gerenciar condições de saúde e elaborar planos de cuidado. Essa modalidade inclui atividades de prestações de cuidados por prazo determinado, geralmente por curto período de tempo, frente a quadros agudos ou para suporte domiciliar e gerenciamento da condição crônica^{12,23,25} em situação de reabilitação e restauração,^{15,16,19,20,22} podendo incluir ações paliativas.²⁴

A internação domiciliar constitui a segunda modalidade mais identificada nos estudos.^{11,13,17,26} Caracteriza-se pela prestação de serviços de elevada intensidade e complexidade de cuidados, em geral com transferência de aparato tecnológico e assistência multiprofissional prolongada no domicílio para pacientes em condições crônicas complexas, tal como acidente vascular cerebral (AVC)¹¹ ou doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC);²⁶ problemas ortogerátricos¹³ ou para tratamen-

to antimicrobiano.¹⁷ A principal característica dessa modalidade são visitas/atendimentos diários, em geral da equipe de Enfermagem.

Os serviços de suporte de longo prazo^{14,21} incluem ações domiciliares e comunitárias (*home and community-based services* - HCBS), com ações de cuidados pessoais e serviços de reabilitação no domicílio, gerenciamento de casos e de condições crônicas e acesso a serviços comunitários de assistência. São ofertados para pacientes vivendo em comunidade, com múltiplas condições de adoecimento prolongado ou após a ocorrência de um evento agudo,²¹ com foco na reabilitação e visando prevenir a transferência para um serviço institucional de longo prazo.

No que se refere às modalidades institucionais, foram identificadas duas com foco nas ações domiciliares: serviços domiciliares prolongados^{12,18} e serviços domiciliares de transição.^{19,22}

Os serviços institucionais de longa permanência ou de cuidados prolongados (*nursing home ou residential care home*)^{12,18} correspondem aos serviços conhecidos no Brasil como lar de idosos, casa de repouso ou instituição de longa permanência de idosos. São instituições para idosos dependentes e que necessitam de cuidados 24 horas. No contexto dos estudos analisados, essas instituições estão vinculadas ao sistema de saúde e contam com tipos distintos de assistência: para os idosos mais dependentes são ofertados os *nursing home*; para os idosos com mais independência há a opção dos *residential care home*. Estes últimos funcionam em casas com reduzido número de moradores para os quais há provisão de supervisão e auxílio nas atividades de vida diária e algum nível de assistência, como administração de medicamentos e transporte.

Os serviços institucionais de transição de cuidado (*convalescent home e day hospital rehabilitation*)^{19,22} correspondem a uma modalidade temporária de cuidados, num modelo domiciliar que combina serviços médicos e equipe de apoio para recuperação monitorada, em geral para reabilitação pós-procedimentos cirúrgicos. Oferecem, ainda, avaliação funcional, procedimentos médicos e de Enfermagem, assistência social e descanso por um turno ou ao longo de um dia, com transporte de ida e volta ao domicílio.

O telemonitoramento ou o gerenciamento a distância foi identificado como estratégia para a AD.^{15,23-25} São ações ofertadas a distância, por meio de contato telefônico associado a diferentes modalidades de cuidado, predominantemente como parte dos serviços de visita domiciliar ou de outros baseados em intervenção domiciliar de curta duração ou com prazo determinado.

Oferta dos serviços e as situações e condições de saúde da população idosa assistida no domicílio: aspectos relativos aos custos e efetividade

As diferentes modalidades de serviços incluídas nesta revisão ofertavam cuidados para a população idosa em distintas situações de adoecimento, seja por eventos agudos ou por condições crônicas.

Entre os eventos agudos citam-se o tratamento antimicrobiano parenteral¹⁹ e cuidado integrado para pacientes idosos após trauma agudo ortopédico.¹³ Ambos os estudos retratam a modalidade de internação domiciliar com visita diária da equipe de Enfermagem e com resultados clínicos e de ganho funcional tão eficazes quanto o ofertado tradicionalmente no hospital, além de redução de 80% dos custos com o modelo domiciliar.¹⁷

As condições crônicas assistidas no domicílio foram: AVC,¹¹ insuficiência cardíaca congestiva (ICC),^{15,23,25} e DPOC.²⁶ Foram relatadas, também, situações de múltiplas condições crônicas,²⁴ idosos com limitações funcionais e cognitivas,¹⁴ com diferentes graus de dependência funcional.^{12,18}

A modalidade prevalente é a intervenção domiciliar (*home based intervention*) por meio de visitas domiciliares associadas a telemonitoramento ou serviços que combinam ações domiciliares e ações comunitárias (*home and community based-services*). Este último está associado a menores custos quando destinado a eventos agudos e pós-agudos, mas há maiores custos quando ofertados a pacientes com demanda de cuidados prolongados. Apesar dessa diferença, estudo¹⁴ revelou que manter o paciente idoso no domicílio gera economia mensal de US\$ 3.833,00 quando comparada à permanência em instituição de cuidados prolongados.

Destacam-se, no grupo das condições crônicas, as análises de custo de tratamento de idosos com ICC no domicílio^{15,23,25} cuja oferta se organiza com a visita domiciliar de uma enfermeira para elaboração e manutenção de um plano de cuidados que inclui avaliação da estabilidade clínica; avaliação do ambiente doméstico; aconselhamento de familiares/cuidadores; avaliação do apoio social e das habilidades de enfrentamento da doença; orientações sobre uso de medicação; estreitamento da ligação com o médico de família, entre outras atividades.¹⁵ Neste estudo, a AD foi associada à redução na duração da hospitalização recorrente e à sobrevivência mais prolongada livre de hospitalização dos pacientes dom ICC, o que contribuiu para a redução aproximada de um terço nos custos.¹⁵

O telemonitoramento é desenvolvido para assegurar uma comunicação contínua com o paciente, incluindo ligações domésticas combinadas (*combined house calls*) do médico e da enfermeira; conversas telefônicas e reu-

niões regulares da equipe realizadas pelo menos uma vez por mês.²³ Observa-se redução da utilização dos serviços, com diminuição estatisticamente significativa de 59,2% no número médio de hospitalizações no grupo de pacientes do atendimento domiciliar,²³ aumento da sobrevivência e redução dos custos diários com a assistência.²⁵

O telemonitoramento também é citado como uma estratégia do cuidado no domicílio para pacientes idosos com múltiplas condições crônicas graves, progressivas e potencialmente incapacitantes com a redução do número de admissões hospitalares; redução do tempo de permanência no hospital de 3.5 para um dia/mês.²⁴ Nas situações em que não foi possível a estabilização no domicílio, houve intervenções nas fases iniciais de exacerbação, reduzindo as complicações e internações prolongadas, alcançando 67,1% de redução de custos.²⁴

A internação domiciliar é referida como modalidade de AD para pacientes idosos com AVC¹¹ e DPOC.²⁶ Para os idosos com diferentes graus de dependência funcional^{12,18} a opção foi pelo serviço institucional de longa permanência (*home nursing*). Para idosos com AVC, a hospitalização domiciliar contribui com resultados na melhoria do *status* funcional e satisfação do paciente, redução do tempo de internação, sem apresentar, contudo, nesse estudo, efeitos sobre a mortalidade ou o percentual de reinternação.¹¹ Para pacientes idosos com DPOC, esse modelo foi capaz de reduzir reinternação (42 vs 87%), ampliar o tempo para readmissão, melhorar sintomas da depressão e aumentar escores de qualidade de vida. O custo total médio da internação apresentou variação de US\$ 214,00 favoráveis à AD.²⁶

Os serviços institucionais de longa permanência ou de cuidados prolongados^{12,18} destinam-se a idosos dependentes e que necessitam de cuidados 24 horas. Em geral, são serviços de elevado custo quando comparados a outras modalidades de atenção no domicílio, com piores indicadores de estado funcional dos pacientes.¹²

Sobressaem, entre os estudos, a oferta de reabilitação para distintas condições ortogerítricas^{13,16,20,22} e para fratura ou artroplastia de quadril^{19,21} em modalidades de serviços de intervenção domiciliar isolada ou combinada com serviços comunitários, internação domiciliar ou serviços institucionais de transição de cuidado.

A reabilitação no modelo de internação domiciliar para pacientes idosos com condições ortogerítricas¹³ apresenta custo menor com a mesma eficácia quando comparado com o paciente em internação hospitalar, sem diferenças significativas nos indicadores de ganho funcional. Por outro lado, a reabilitação pela estratégia combinada de serviços domiciliares e comunitários resulta em

benefícios para os idosos com fratura de quadril,²¹ culminando em menores taxas de institucionalização.

Em geral, a reabilitação para pacientes idosos é ofertada na modalidade de intervenção baseada no domicílio, com visitas e atendimentos domiciliares de curto ou longo prazo num programa denominado de 4R: *reablement* (capacitação/ajustamento); restauração, reabilitação e reativação.¹⁶ A associação combinada de recuperação da funcionalidade, restauração da capacidade de autocuidado, reativação da pessoa para retomar sua vida e reajustamento/capacitação para as rotinas do domicílio e da comunidade apresenta resultados positivos na recuperação dos pacientes e na redução de custos.¹⁶

Esse modelo de reabilitação é mais custo-efetiva que os modelos institucionais de transição de cuidado, em especial as casas de reabilitação/convalescência (*convalescent home*) e o hospital-dia.¹⁹ Em geral, a intervenção domiciliar, num programa de duas a nove visitas, foi capaz de reduzir até cinco dias de permanência no hospital comparativamente ao modelo de casa de convalescência. Nesse estudo, a média de custos totais foi de \$ 8.550 para os pacientes que receberam as visitas domiciliares e \$ 11.952 para o grupo de reabilitação convencional, representando redução de 28% nos custos.¹⁹ Ademais, houve ganho de custo-efetividade de 40% com redução no número de dias de internação (média de cinco dias por paciente); melhora na qualidade de vida do paciente atendido no domicílio; aumento da eficácia do tratamento (com menos recursos para utilizar no paciente); aumento da rotatividade e eficiência; e redução da lista de espera para novas cirurgias.

DISCUSSÃO

Os resultados desta revisão indicam que os serviços mais custo-efetivos para os idosos foram aqueles que incluem intervenção no domicílio (por exemplo, visitas domiciliares); internação domiciliar; serviços combinados de intervenção domiciliar e comunitária; de transição de cuidado e instituições de longa permanência, nesta sequência. Ressalta-se que as modalidades são ofertadas para condições distintas, o que tem implicações e variações no custo e na efetividade do cuidado.

Os serviços de internação domiciliar e aqueles com intervenção baseada no domicílio de forma predominante apresentaram menores custos e melhores resultados. Destaca-se a oferta da modalidade com poucas intervenções no domicílio, quase estritas à visita domiciliar, para as condições crônicas, em especial para ICC e para as condições ortogerítricas e que necessitam de reabilitação. A

redução de custos nessa modalidade se deve à característica do trabalho centrada quase exclusivamente na visita para avaliação de condições de saúde; levantamento de informações para o plano de cuidados ou prestação de assistência transitória e de baixa complexidade. Essa modalidade também se conjuga com outras estratégias, tais como o telemonitoramento e o gerenciamento a distância, cujos resultados se devem à identificação e à intervenção precoce frente aos riscos e à exacerbação/agudização das doenças.²⁷ Com isso, é esperado custo menor que em outras modalidades que atuam com um componente de tratamento e reabilitação, cujos gastos são maiores.

Os resultados indicam que a modalidade de serviços em instituições de longa permanência apresenta maiores custos e piores indicadores. Esse resultado corrobora os de outro estudo.²⁸ Há que se considerar que o perfil da população atendida nesses serviços é composto de idosos com alto grau de dependência, em geral com múltiplas condições crônicas, o que implica a ampliação de custos para o cuidado.

O perfil de pessoas idosas elegíveis aos serviços de cuidado no domicílio são as que exibem grau de dependência para o autocuidado relacionado a doenças crônicas; funcionalidade comprometida; com histórico de internação prévia; e que contam com um cuidador familiar. As ações ofertadas incluem cuidados pessoais relacionados às atividades básicas e instrumentais da vida diária e às orientações de profissionais de saúde, destacando-se os procedimentos de Enfermagem e outros que demandam o uso de alta tecnologia hospitalar - da rede de apoio ao diagnóstico ou a terapêuticas - e suporte comunitário. A visita domiciliar é uma estratégia adotada.^{8-9,29,30}

Estudo realizado no Canadá indica que a modalidade de atenção ao paciente idoso em instituições de longa permanência tem apresentado crescimento e que as intervenções de um enfermeiro de prática avançada são capazes de melhorar a qualidade dos cuidados e impactar nos custos em função da redução de medicamentos, quedas, ocorrência de úlceras por pressão, uso de restrições e transferências para serviços de emergência.³¹

A reabilitação é uma estratégia presente em diferentes modalidades destinadas à população idosa. Os modelos de programa de reabilitação incluídos nesta revisão demonstram redução de custos e resultados positivos na recuperação dos idosos, cuja intervenção no domicílio é uma modalidade que permite intervenção precoce; participação ativa do usuário; e formação e apoio continuado aos cuidadores para uma assistência holística e centrada na pessoa.²⁰

Serviços preventivos devidamente financiados, como os de reabilitação (*reablement*), podem proporcionar economias

de custos aos serviços de saúde, bem como melhorar a qualidade de vida dos pacientes idosos.¹ Sugere-se a implementação do modelo de reabilitação e restauração como parte das políticas públicas para a população idosa considerando a sua eficácia, o impacto positivo observado em vários países¹ e minimização de gastos pessoais.³² A reabilitação domiciliar apresenta 94% de probabilidade de redução de custos (em média, £2.061) quando comparada com a modalidade de AD padrão inespecífica para reabilitar idosos.³²

Os serviços de suporte de longo prazo constituem uma estratégia que se expandiu e que responde, com extensa rede de serviços de suporte financiados pelo governo, para reduzir as taxas de institucionalização de idosos.³³ Entretanto, apresenta uma série de desafios, a citar: o apoio limitado aos cuidadores familiares, força de trabalho com altas taxas de rotatividade, baixo recrutamento e retenção, além das preocupações com a qualidade do ambiente de trabalho, num cenário de escassez de trabalhadores diretos e de inovação e incorporação tecnológica.³³ A assistência tecnológica por robótica, dispositivos de monitoramento e auxílios adaptativos pode representar um elemento importante para aprimorar e manter a independência dos idosos no domicílio.³³

No âmbito brasileiro, a rede de cuidados ao idoso ainda apresenta desafios. Observa-se inexistência ou insuficiência de serviços transitórios em larga escala. Há, ainda, inespecificidade das intervenções domiciliares ofertadas. Em geral, a oferta de cuidado domiciliar se faz a demais grupos populacionais pelas equipes multidisciplinares de atenção domiciliar (EMAD) ou como parte dos serviços de atenção básica.⁷ Essa é uma possibilidade, contudo, os estudos indicam a necessidade de formação de equipes específicas e/ou atuação de profissionais especializados, tal como demonstrado com a estratégia de *reablement* ou para o cuidado a condições crônicas complexas, como o ICC, DPOC, AVC.

Uma possibilidade para a população idosa no Brasil pode ser combinar serviços domiciliares e comunitários, premissa já incluída no nosso modelo de sistema de saúde e de atenção primária.⁷ Manter idosos com condições crônicas e mobilidade reduzida em casa e em ambientes comunitários exige cooperação e integração entre os serviços e a criação de serviços de suporte de longo prazo capazes de apoiar os cuidados pessoais e os cuidados de saúde.^{7,34}

Há que se considerar que a atenção ao idoso no domicílio depende da estrutura familiar, da presença de cuidadores, da natureza das práticas de cuidados de longo prazo, além da acomodação às dificuldades de encargos financeiros e custos ocultos para os cuidadores.²

Os achados do estudo podem orientar as práticas e políticas para a atenção ao idoso no cenário brasileiro bem como subsidiar as decisões de gestores e contribuir para se pensar a oferta da AD à população idosa. Para tanto, os achados indicam a necessidade de destinação de financiamento específico para os serviços de suporte de longo prazo, seja nas modalidades de atenção prolongada no domicílio ou nas modalidades de institucionalização. Esses serviços destinados a idosos com limitações funcionais e doenças crônicas devem incluir apoio às atividades de vida diária; apoio aos cuidados para com a casa; tecnologias assistivas; gerenciamento de casos; cuidados institucionais temporários, proporcionando alívio para seus cuidadores habituais; alojamento com assistência de Enfermagem cobrindo tarefas domésticas e oferecimento de refeições, conforme necessário, entre outros.

Como limitações do estudo, reconhecemos que os resultados desta revisão não podem ser generalizados considerando-se a diversidade das metodologias dos artigos incluídos bem como a especificidade dos sistemas de saúde local dos cenários das pesquisas que fizeram parte desta revisão. Buscando minimizar essas dificuldades, previamente à análise em profundidade dos artigos incluídos foi feito criterioso estudo dos sistemas de saúde local dos cenários das pesquisas que compuseram esta pesquisa, o que permitiu interpretações contextualizadas dos achados. Estamos cientes de que evidências acerca dos custos para a família que envolvem a atenção domiciliar poderiam contribuir com conclusões mais completas acerca dos custos e efetividade do modelo de atenção em análise, sugerindo a necessidade de pesquisas futuras sobre esse tema.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que há diferentes modalidades de serviços que podem ser ofertados à população idosa que variam segundo as formas de organização, público-alvo, resultados alcançados e custos associados. Os serviços para os idosos que incluem cuidado no domicílio mais custo-efetivo, em ordem decrescente, são aqueles com intervenção temporária tanto para condições agudas quanto crônicas; internação domiciliar; serviços combinados de intervenção domiciliar e comunitária; instituições de transição de cuidado; e instituições de longa permanência.

Estes achados sinalizam que, no Brasil, para decisões acerca da oferta de cuidado no domicílio para idosos, é necessário analisar quais ofertas de fato poderão ser custo-efetivas à população. Para tanto, exige-se articulação efetiva entre serviços da rede, especialmente

a atenção primária, e investimento na oferta de serviços especializados, como, por exemplo, os específicos de reabilitação, que podem ser estratégias oportunas.

REFERÊNCIAS

1. Tessier A, Beaulieu MD, McGinn CA, Latulippe R. Effectiveness of reablement: a systematic review. *Health Policy*. 2016[citado em 2020 fev. 10];11(4):49-59. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4872552/>
2. Wang MS. Is home the best place for aging? the complex landscape of eldercare. *Soc Work Public Health*. 2019[citado em 2020 fev. 10];34(4):330-42. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/19371918.2019.1606753>
3. Veras R. Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016[citado em 2020 fev. 10];19(6):887-905. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.160205>
4. Pan American Health Organization. Plan of Action on the Health of Older Persons, including active and healthy aging: final report. 57th Directing Council of PAHO, 71st Session of the Regional Committee of who for the americas; 2019 Sep 30–Oct 4; Washington, DC. Washington, DC: PAHO; 2019[citado em 2020 fev. 10]. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=49691-cd57-inf-9-e-poa-older-persons&category_slug=cd57-en&Itemid=270&lang=en
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeção da população, 2018[citado em 2020 fev. 10]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?edicao=21830&t=downloads>
6. Veras RP, Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciênc Saúde Colet*. 2018[citado em 2020 fev. 10];23:1929-36. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>
7. Ferreira FPC, Bansi LO, Paschoal SMP. Serviços de atenção ao idoso e estratégias de cuidado domiciliares e institucionais. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014[citado em 2020 fev. 10];17(4):911-26. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13053>
8. Wachs LS, Nunes BP, Soares MU, Facchini LA, Thumé E. Prevalência da assistência domiciliar prestada à população idosa brasileira e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2016[citado em 2020 fev. 10];32(3):e00048515. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00048515>
9. Rajão FL, Martins M. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2020[citado em 2021 abr. 26];25(5):1863-77. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34692019>
10. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2018.
11. Alves M, Vieira MB, Costa J, Carneiro AV. Analysis of the Cochrane Review: early discharge hospital at home. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; 6: CD000356. *Acta Med Port*. 2017[citado em 2020 fev. 10];30(12):835-39. Disponível em: <https://doi.org/10.20344/amp.9791>
12. Blackburn J, Locher JL, Kilgore ML. Comparison of long-term care in nursing homes versus home health: costs and outcomes in Alabama. *Gerontologist*. 2016[citado em 2020 fev. 10];56(2):215-21. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geront/gnu021>

13. Closa C, Mas MÀ, Santauegènia SJ, Inzitari M, Ribera A, Gallofré M. Hospital-at-home integrated care program for older patients with orthopedic processes: an efficient alternative to usual hospital-based care. *J Am Med Dir Assoc*. 2017[citado em 2020 fev. 10];18(9):780-4. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.04.006>
14. Newcomer RJ, Ko M, Kang T, Harrington C, Hulett D, Bindman AB. Health care expenditures after initiating long-term services and supports in the community versus in a nursing facility. *Med Care*. 2016[citado em 2020 fev. 10];54(3):221-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000491>
15. Maru S, Byrnes J, Carrington MJ, Chan YK, Thompson DR, Stewart S, et al. WHICH? Trial investigators. Cost-effectiveness of home versus clinic-based management of chronic heart failure: extended follow-up of a pragmatic, multicentre randomized trial cohort-The WHICH? Study *Int J Cardiol*. 2015[citado em 2020 fev. 10];201:368-75. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2015.08.066>
16. Lewin G, Allan J, Patterson C, Knuijan M, Boldy D, Hendrie D. A comparison of the home-care and healthcare service use and costs of older Australians randomised to receive a restorative or a conventional home-care service. *Heal Soc Care Community*. 2014[citado em 2020 fev. 10];22(3):328-36. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/hsc.12092>
17. González-Ramallo VJ, Mirón-Rubio M, Mujal A, Estrada O, Forné C, Aragón B, et al. Costs of outpatient parenteral antimicrobial therapy (OPAT) administered by Hospital at Home units in Spain. *Int J Antimicrob Agents*. 2017[citado em 2020 fev. 10];50(1):114-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2017.02.017>
18. Szczepura A, Nelson S, Wild D. In-reach specialist nursing teams for residential care homes: uptake of services, impact on care provision and cost-effectiveness. *BMC Health Serv Res*. 2008[citado em 2020 fev. 10];8(1):269. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-269>
19. Sigurdsson E, Siggeirsdóttir K, Jonsson H, Gudnason V, Matthiasson T, Jonsson BY. Early discharge and home intervention reduces unit costs after total hip replacement: results of a cost analysis in a randomized study. *Int J Health Care Finance Econ*. 2008[citado em 2020 fev. 10];8(3):181-92. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10754-008-9036-0>
20. Sims-Gould J, Tong CE, Wallis-Mayer L, Ashe MC. Reablement, reactivation, rehabilitation and restorative interventions with older adults in receipt of home care: a systematic review. *J Am Med Dir Assoc*. 2017[citado em 2020 fev. 10];18(8):653-63. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.12.070>
21. Blackburn J, Locher JL, Morrissey MA, Becker DJ, Kilgore ML. The effects of state-level expenditures for home-and community-based services on the risk of becoming a long-stay nursing home resident after hip fracture. *Osteoporos Int*. 2016[citado em 2020 fev. 10];27(3):953-61. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00198-015-3327-3>
22. Parker SG, Oliver P, Pennington M, Bond J, Jagger C, Enderby PM, et al. Rehabilitation of older patients: day hospital compared with rehabilitation at home. A randomised controlled trial. *Health Technol Assess*. 2009[citado em 2020 fev. 10];13(39):1-143. Disponível em: <https://doi.org/10.3310/hta13390>
23. Punchik B, Komarov R, Gavrikov D, Semenov A, Freud T, Kagan, et al. Can home care for homebound patients with chronic heart failure reduce hospitalizations and costs? *Plos ONE*. 2017[citado em 2020 fev. 10];12(7):e0182148. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182148>
24. Vilà A, Villegas E, Cruanyes J, Delgado R, Sabaté RA, Ortega J, et al. Program for the care of patients with multimorbidity. Cost-Effectiveness of a Barcelona home care program for individuals with multimorbidity. *J Am Geriatr Soc*. 2015[citado em 2020 fev. 10];63(5):1017-24. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jgs.13396>
25. Stewart S, Carrington MJ, Marwick TH, Davidson PM, Macdonald P, Horowitz JD, et al. Impact of home versus clinic-based management of chronic heart failure: the WHICH? (Which Heart Failure Intervention Is Most Cost-Effective & Consumer Friendly in Reducing Hospital Care) multicenter, randomized trial. *J Am Coll Cardiol*. 2012[citado em 2020 fev. 10];60(14):1239-48. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2012.06.025>
26. Aimonino RN, Tibaldi V, Leff B, Scarafioti C, Marinello R, Zanocchi M, et al. Substitutive "hospital at home" versus inpatient care for elderly patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: a prospective randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc*. 2008[citado em 2020 fev. 10];56(3):493-500. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01562>
27. Galvão CR, Pinochet LHC, Vieira MA, Miquelão R. Análise de indicadores de monitoramento de pacientes portadores de doenças crônicas: estratégia de redução de custos. *Mundo Saúde*. 2011[citado em 2020 fev. 10];35(4):427-37. Disponível em: http://bvsm.sau.br/bvs/artigos/analise_indicadores_monitoramento_pacientes_doencas_cronicas.pdf
28. Wiles J. Home as a new site of care provision and consumption. In: Andrews GJ, Phillips DR, editors. *Ageing and place: perspectives, policy, practice*. London, New York: Routledge; 2004[citado em 2020 fev. 10]. Disponível em: <https://doi.org/10.4324/9780203694510>
29. Neves ACOJ, Seixas CT, Andrade AM, Castro EAB. Atenção domiciliar: perfil assistencial. *Physis*. 2019[citado em 2020 fev. 10];29(2):e290214. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312019290214>
30. Moraes EN. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2018[citado em 2020 fev. 10]. Disponível em: <https://bibliodigital.unijui.edu.br:8443/xmlui/bitstream/handle/123456789/5574/aten%C3%A7%C3%A3o%20a%20saude%20do%20idoso.pdf?sequence=1>
31. Kilpatrick K, Tchouaket É, Jabbour M, Hains S. A mixed methods quality improvement study to implement nurse practitioner roles and improve care for residents in long-term care facilities. *BMC Nurs*. 2020[citado em 2020 fev. 10];19(1):1-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0395-2>
32. Bauer A, Fernandez JL, Henderson C, Wittenberg R, Knapp M. Cost-minimisation analysis of home care reablement for older people in England: a modelling study. *Heal Soc Care Community*. 2019[citado em 2020 fev. 10];27(5):1241-50. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/hsc.12756>
33. Thomas KS, Applebaum R. Long-term services and supports (LTSS): a growing challenge for an aging America. *Public Policy Aging Rep*. 2015[citado em 2020 fev. 10];25(2):56-62. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ppar/prv003>
34. Whitman DB. Unsolved mysteries in aging policy. *Public Policy Aging Rep*. 2015[citado em 2020 fev. 10];25(2):67-73. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ppar/prv006>