

RELATÓRIO FINAL

Efetividade da atenção domiciliar para usuários com necessidade de reabilitação intensiva: uma Revisão Sistemática

COORDENADOR(A): Cristina Maria Rabelais Duarte

INSTITUIÇÃO: Núcleo de Informação, Políticas Públicas e Inclusão Social
(NIPPIS/FIOCRUZ&UNIFASE)

EIXO TEMÁTICO: Atenção Domiciliar

Brasil, abril/2023

FICHA TÉCNICA

CHAMADA CNPq/Decit/SCTIE/MS nº 16/2021

Título do projeto:

Efetividade da atenção domiciliar para usuários com necessidade de reabilitação intensiva: uma Revisão Sistemática

Eixo e Linha Temática de Pesquisa:

Eixo I Atenção domiciliar. Linha Temática IV: Revisão sistemática sobre a efetividade da atenção domiciliar para usuários com necessidade de reabilitação intensiva.

Instituições participantes:

Núcleo de Informação, Políticas Públicas e Inclusão Social / Fundação Oswaldo Cruz - Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto (NIPPIS/FIOCRUZ-UNIFASE)

Coordenação do projeto:

Cristina Maria Rabelais Duarte
Núcleo de Informação, Políticas Públicas e Inclusão Social (NIPPIS/FIOCRUZ&UNIFASE)

Equipe:

Daniele da Silva Garcez Novaes
Núcleo de Informação, Políticas Públicas e Inclusão Social (NIPPIS/FIOCRUZ&UNIFASE)

Dolores Maria Franco de Abreu
Núcleo de Informação, Políticas Públicas e Inclusão Social (NIPPIS/FIOCRUZ&UNIFASE)
Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ)

Maria Fernanda de Faria von Sydow Bittencourt
Núcleo de Informação, Políticas Públicas e Inclusão Social (NIPPIS/FIOCRUZ&UNIFASE)
Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto (UNIFASE)

Mariana Gabriel
Núcleo de Informação, Políticas Públicas e Inclusão Social (NIPPIS/FIOCRUZ&UNIFASE)
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP)

Silvia de Oliveira Pereira
Núcleo de Informação, Políticas Públicas e Inclusão Social (NIPPIS/FIOCRUZ&UNIFASE)
Recôncavo da Bahia (UFRB)

RESUMO EXECUTIVO

INTRODUÇÃO

A reabilitação pode ser concebida como um conjunto de ações e serviços destinados à atenção à saúde após a instalação de um dano ou enfermidade. Suas práticas compreendem um vasto campo de especialidades e especificidades e atravessam todos os níveis da atenção em saúde e linhas de cuidado, incluindo a atenção domiciliar (AD). No âmbito do SUS, a AD, uma modalidade de atenção que está vinculada às Redes de Atenção à Saúde (RAS), inclui práticas de reabilitação, adquirindo especial relevância quando se trata de cuidados intensivos pois envolvem o restabelecimento de funções e particularidades referentes à densidade tecnológica, à relação entre custo e efetividade, barreiras de acesso e satisfação do usuário. A sua relevância para o SUS tende a exigir aprofundamentos a partir de evidências científicas a fim de fortalecer a implementação de políticas específicas. Sendo assim, esta revisão sistemática buscou evidências existentes na literatura científica a partir do ano de 2006 sobre a efetividade da atenção domiciliar em usuários com necessidade de reabilitação intensiva, quanto a tempo de permanência, número de intercorrências, custo e experiência do usuário.

MÉTODO

Foi adotado um processo sistemático e transparente de revisão de literatura e organização das evidências coletadas, garantindo padrões de qualidade científica e relevância para a política informada por evidência disponível. O processo de seleção, elegibilidade e extração seguiu o protocolo de Revisão Sistemática elaborado e registrado previamente na plataforma PROSPERO, sendo realizado de forma independente por duas revisoras. Os resultados foram divididos e analisados em três tópicos, a saber: 1) Informações gerais e principais características dos artigos; 2) Reabilitação intensiva (RI) em assistência domiciliar; e 3) Resultados por comparadores analisados segundo os desfechos de interesse (número de intercorrências, tempo de permanência, custos e percepção do usuário).

RESULTADOS

1) Informações gerais e principais características dos artigos:

Dos 1488 estudos identificados na busca, 150 foram selecionados para a fase de elegibilidade, dos quais 31 foram incluídos e tiveram seus dados extraídos. Em relação à distribuição geográfica de produção dos estudos, 17 foram realizados na Europa, 10 na América do Norte, 01 na América do Sul (BR), 01 na Ásia, 01 no continente Australiano e 01 no Oriente Médio. A maioria dos estudos abordavam cuidados de reabilitação para os seguintes agravos: AVC, ortopédicos, respiratórios, neurológicos e outros de comprometimento da funcionalidade.

2) Reabilitação intensiva (RI) em assistência domiciliar:

De acordo com a categorização presente no Relatório Mundial sobre Deficiência, a categoria de reabilitação predominante nos estudos analisados foi a de terapia, sendo utilizadas diferentes abordagens de reabilitação. Os 31 estudos somaram uma diversidade de 19 tipos de profissionais e serviços envolvidos, não sendo encontrado um padrão para análise. Foram observadas diferentes frequências das sessões de reabilitação, sendo que 10 estudos apresentaram estratégias terapêuticas com frequência acima de 5 x/semana quando realizadas na AD. A maioria dos estudos usou equipamento para a reabilitação. Observou-se o acompanhamento por telemonitoramento como predominante para vítimas de AVC, assim como a utilização de aparelhagem eletrônica.

3) Resultados por comparadores analisados segundo os desfechos de interesse: Dos 31 estudo incluídos, 05 comparam a reabilitação domiciliar com a reabilitação hospitalar, 17 comparam diferentes intervenções na reabilitação domiciliar, e 09 analisam a reabilitação domiciliar sem nenhum comparador. Quanto ao tempo de permanência, apenas dois estudos observaram diferenças em relação a intervenção hospitalar versus domiciliar. O número de intercorrências foi apontado em todas as categorias, mas para a maioria não foi possível fazer inferências em relação ao tipo de intervenção aplicada. O custo mostrou-se menor, quando a RI é realizada na AD. A percepção dos usuários não foi abordada nos estudos que a reabilitação domiciliar foi comparada com a hospitalar, mas foi considerada positiva nos demais comparadores quanto ao aumento das visitas de profissionais, novas intervenções, e por aumentar a adesão do paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão sistemática demonstra que a reabilitação domiciliar pode ser aplicada em diferentes contextos e sugere vantagens interessantes tanto para o usuário quanto para o setor saúde. A reabilitação domiciliar mostrou-se efetiva, embora mais estudos sejam necessários para colaborar na sua implementação no SUS.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. OBJETIVOS	9
Objetivo geral:	9
Objetivo específico:	9
3. MÉTODOS E PROCEDIMENTOS.....	10
<i>Etapa 1: busca e seleção de evidências</i>	11
<i>Etapa 2: sistematização dos resultados dos estudos</i>	12
4. PLANO DE COMUNICAÇÃO	15
5. RESULTADOS	18
5.1. Informações gerais e principais características dos artigos	18
5.2. Caracterização da reabilitação intensiva na assistência domiciliar	28
5.3. Categorização dos estudos segundo os desfechos de interesse	34
5.3.1. Reabilitação domiciliar X reabilitação hospitalar	34
5.3.2. Reabilitação domiciliar x outros grupos de comparação	36
5.3.3. Reabilitação domiciliar sem nenhum comparador	38
6. CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O CONJUNTO DOS ESTUDOS.....	39
7. LIMITAÇÕES E LACUNAS.....	42
8. RECOMENDAÇÕES PARA O SUS	43
REFERÊNCIAS	44
APÊNDICE A – Glossário	49
APÊNDICE B – Plano de Comunicação	59
APÊNDICE C - descritores e operadores booleanos utilizados em cada base	79

1. INTRODUÇÃO

A partir do Modelo de História Natural da Doença (LEAVEL e CLARK, 1976), reabilitação pode ser compreendida como um conjunto de ações e serviços destinados à atenção à saúde após a instalação de um dano ou enfermidade. Suas práticas compreendem um vasto campo de especialidades e especificidades que envolvem a recuperação da saúde e o restabelecimento de funções voltadas para a melhoria da qualidade de vida das pessoas em diferenciadas condições e estados de saúde, e atravessam todos os níveis da atenção em saúde e linhas de cuidado, incluindo a atenção domiciliar.

No âmbito do SUS, a atenção domiciliar (AD) inclui práticas de reabilitação, uma modalidade de atenção à saúde que recebe as classificações AD 1, AD 2 e AD 3, conforme a densidade tecnológica requerida – intensidade do cuidado multiprofissional e uso de equipamentos (BRASIL, 2016). Está vinculada às Redes de Atenção à Saúde (RAS) e tem sido apontada como importante ferramenta para mudanças significativas no modelo de atenção à saúde com vistas à humanização e integralidade do cuidado mediante articulação direta entre profissionais, cuidadores familiares, território e pontos de atenção, além de possibilitar novas formas de racionalizar demandas e custos no sistema de saúde (SILVA et al, 2010, FEUERWERKER & MERHY, 2008).

As características da AD adquirem especial relevância quando se trata dos cuidados intensivos de reabilitação, possibilitando ruptura com a perspectiva da produção de cuidado especializado sob forte influência da medicina flexneriana (ALMEIDA, 2000), focalizada na “finalidade específica de recuperar os aspectos físicos, psíquicos ou sociais” (ROCHA, 2006, p.26), desvinculada das histórias de vida e vínculos dos sujeitos. O debate sobre cuidados intensivos de reabilitação em atenção domiciliar remete, assim, ao modelo de atenção à saúde envolvendo particularidades referentes à densidade tecnológica, à relação entre custo e efetividade e a barreiras de acesso, tal como assinalam Dias et al (2017). A sua relevância para o SUS tende a exigir aprofundamentos a partir de evidências científicas a fim de fortalecer a implementação de políticas específicas.

É nesse contexto que se insere o presente relatório, que apresenta os resultados finais do projeto de pesquisa Efetividade da Atenção Domiciliar para Usuários com Necessidade de

Reabilitação Intensiva: uma Revisão Sistemática, desenvolvido no âmbito da Chamada pública CNPQ/Decit/MS 016/2021.

Após a apresentação dos objetivos e procedimentos metodológicos, são apresentadas as atividades desenvolvidas como parte do Plano de Comunicação do projeto, seguidas dos resultados obtidos após a sistematização das evidências encontradas na literatura científica.

Devido à escassez da produção científica sobre o tema, verificada na etapa de elegibilidade, foram incluídos nos resultados estudos com diferentes desenhos metodológicos e que incluíam grupos variados de comparação ao atendimento prestando na atenção domiciliar, além de estudos sem grupos de comparação. Para preservar a qualidade da análise, os resultados foram segmentados por tipo de comparador (reabilitação domiciliar x reabilitação hospitalar; reabilitação domiciliar x outros comparadores; reabilitação domiciliar sem grupos de comparação).

Os resultados estão organizados em três subitens. O primeiro apresenta uma visão global dos estudos identificados. O segundo, elaborado em decorrência da diversidade de desenhos encontrados para a prestação de cuidados de reabilitação em atenção domiciliar, oferece um panorama das suas características mais evidentes, organizadas por tipo de comparador – categoria de reabilitação, tipo de acompanhamento, abordagens de reabilitação, equipamentos, frequência de estratégias de cuidados, tempo de sessão e equipe. O terceiro subitem apresenta os resultados organizados por desfechos de interesse definidos na Chamada Pública e por tipo de comparador.

Na sequência, são apresentadas algumas considerações gerais sobre o conjunto dos estudos levantados, limitações e lacunas identificadas, e recomendações para o SUS. Espera-se que o estudo, organizado de forma a proporcionar uma leitura o mais ágil possível, possa oferecer subsídios para a tomada de decisões em saúde.

2. OBJETIVOS

Objetivo geral¹:

Produzir Revisão Sistemática de evidências existentes na literatura científica a partir do ano de 2006 sobre a efetividade da atenção domiciliar em usuários com necessidade de reabilitação intensiva, quanto a tempo de permanência, número de intercorrências, custo e experiência do usuário.

Objetivo específico:

1. Descrever os resultados de estudos científicos sobre tempo de permanência em atenção domiciliar (AD) de usuários que necessitam de reabilitação intensiva (RI).
2. Sistematizar achados científicos que apresentem o número de intercorrências registradas em pacientes que fazem uso de RI por meio de AD.
3. Descrever achados científicos sobre os custos envolvidos na AD para pacientes que necessitam RI.
4. Sistematizar resultados de estudos científicos sobre percepções de usuários que recebem reabilitação intensiva por meio de atenção domiciliar.
5. Implementar estratégias de tradução do conhecimento produzido no estudo, considerando como públicos-alvo tomadores de decisão e população em geral.

¹ O objetivo originalmente apresentado no projeto submetido previa a revisão em período de 10 anos. Este prazo foi ampliado para levantamento a partir do ano de 2006, marco do início das políticas de atenção domiciliar, ano de publicação da Portaria 2.529 de 19 de outubro, que instituiu a internação domiciliar no âmbito do SUS, posteriormente revogada pela Portaria GMMS 2.029 de 24 de agosto de 2011, que institui a atenção domiciliar no âmbito do SUS.

3. MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

Trata-se de estudo secundário de elaboração de Revisão Sistemática de literatura, buscando responder à pergunta: As estratégias da assistência domiciliar intensiva para a reabilitação de pacientes complexos são efetivas quanto a tempo de permanência, número de intercorrências, custo e experiência do usuário?² O levantamento foi realizado a partir do ano de 2006, marco do início das políticas de atenção domiciliar, ano de publicação da Portaria 2.529 de 19 de outubro, que instituiu a internação domiciliar no âmbito do SUS.

Devido à diversidade de conceitos relacionados à temática, foi elaborado um glossário (Apêndice A), que foi utilizado também no plano de comunicação do projeto (Apêndice B).

O conceito de efetividade é tradicionalmente referido aos efeitos, em condições reais (não experimentais ou controladas) de determinada intervenção de saúde (CASTIEL, 1986; NITA *et al.*, 2010). Neste estudo, trata-se de avaliar o desempenho, em circunstâncias usuais ou “da vida real”, da atenção domiciliar para pacientes em reabilitação intensiva, quanto ao tempo de permanência ou de duração da intervenção, ao número de intercorrências, ao custo de implementação e sob a ótica da experiência do usuário.

A pergunta norteadora apresenta os seguintes elementos identificados para atender ao critério PICOT de restrição do tema em assistência domiciliar intensiva:

Quadro 1: Pergunta norteadora, segundo elementos identificados para atender ao critério PICOT

P (População)	Pacientes complexos crônicos e/ou agudizados
I (Intervenção)	Assistência domiciliar intensiva
C (Comparador)	Qualquer assistência ou nenhuma assistência
O (Desfecho - “Outcome”)	Reabilitação (reduzir tempo de permanência, hospitalizações, custos, e melhorar o estado geral)
T (Tipo de estudo)	Qualquer tipo de estudo

² A pergunta original inscrita na Chamada no 16/2021 – “Qual a efetividade da atenção domiciliar, em usuários com necessidade de reabilitação intensiva, quanto ao tempo de permanência, número de intercorrências, custo e experiência do usuário?” - foi aprimorada na primeira fase de desenvolvimento do projeto.

Foi adotado um processo sistemático e transparente de revisão de literatura e organização das evidências coletadas, garantindo padrões de qualidade científica e relevância para a política informada por evidência disponível. O protocolo elaborado previamente foi registrado na plataforma PROSPERO e pode ser acessado [clikando aqui](#).

De modo geral, os resultados foram sistematizados a partir de categorias de análise surgidas nos próprios estudos, realizando-se agrupamentos quando eram necessárias sínteses, mantendo-se, na medida do possível, a fidelidade às abordagens dos estudos. No caso específico das categorias de reabilitação, foi utilizada a seguinte tipologia, definida no Relatório Mundial sobre Deficiência (OMS, 2012):

- Medicina de Reabilitação - estudos relacionados com a melhoria funcional por meio de diagnóstico e tratamento;
- Terapia - estudos relativos a atividades para restabelecer e compensar a perda de funcionalidade e/ou retardar a sua deterioração em todas as esferas de vida, cujas medidas incluem treinamentos, exercícios, educação, apoio, modificações no ambiente e disponibilização de recursos e tecnologia assistiva;
- Tecnologia Assistiva - estudos sobre dispositivos voltados para aumentar, manter ou melhorar a capacidade funcional, a exemplo de órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção, painéis de comunicação.

Etapas metodológicas:

Etapas 1: busca e seleção de evidências

A busca foi realizada em parceria com um bibliotecário da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), utilizando as bases de dados bibliográficas: Scopus, Web of Science, Embase, Portal regional BVS, Pubmed, Google scholar e Biblioteca digital brasileira de teses e dissertações. Os descritores e operadores booleanos utilizados em cada base estão apresentados no apêndice C.

Os resultados da busca foram exportados para o aplicativo RAYYAN e a seleção dos estudos foi realizada por pesquisadores independentes.

Inclusão: estudos em que a amostra é composta por pacientes complexos crônicos agudizados que recebam assistência domiciliar intensiva em reabilitação independentemente da patologia de base; estudos em que a AD intensiva foi utilizada como forma de intervenção para a reabilitação; artigos resultantes de pesquisa.

Exclusão³: Estudos em que a amostra é composta por pacientes hospitalizados e/ou que recebam assistência não-intensiva; estudos em que a AD intensiva não tenha sido utilizada como forma de intervenção para a reabilitação, ou em que isto não esteja claramente descrito; comentários, cartas ao editor, editoriais, resenhas, artigos de debate, protocolos e relatos de experiências.

Os pesquisadores realizaram a seleção dos estudos com base em leitura independente dos resumos. Após a exclusão dos estudos duplicados, os casos de divergência foram resolvidos a partir de consenso entre os pesquisadores. A fase de elegibilidade contou com a leitura dos trabalhos na íntegra, considerando os critérios de inclusão e exclusão. Os resultados dessa etapa foram registrados no RAYYAN.

Etapa 2: sistematização dos resultados dos estudos

Foi realizada a leitura dos textos completos e a extração dos dados registrada em planilha Excel®. A planilha contemplou dados da descrição geral do estudo, da PICOT, das características gerais dos estudos, da reabilitação em sistemas de saúde, dos desfechos, da avaliação da qualidade dos estudos, além das referências encontradas nas revisões sistemáticas incluídas e observações relevantes do revisor (quadro 1).

³ O protocolo originalmente registrado na Plataforma Próspero previa a exclusão de estudos que abordassem outras estratégias de assistência para reabilitação, que não a hospitalar. Entretanto, devido à escassez de estudos verificada na etapa de elegibilidade, revelou-se pertinente incluir estudos comparando a assistência domiciliar a outras estratégias de assistência ou a nenhuma assistência, ou seja, sem intervenção de comparação.

Quadro 2 - Itens contemplados na planilha de extração

Descrição geral do artigo	Pesquisador
	Título
	Ano
	Revista
	Autores
	País
	Financiamento
	Categorias de reabilitação (medicina de reabilitação / terapia / tecnologia assistiva)
PICOT	Atende aos critérios PICOT?
Características gerais do estudo	Objetivo
	Desenho do estudo
	Método
	Principais resultados
	Principais conclusões
	Limitações
Reabilitação em sistemas de saúde	Nível do estudo (municipal, estadual ou nacional) (local / regional / nacional)
	Setor analisado (público / privado / ambos / não relata)
	Modelo de sistema de saúde do local do estudo
	É uma ação isolada ou faz parte de uma política
	Observações importantes referente ao serviço de saúde
Desfecho	Perfil (patologia / idade / doenças associadas)
	Condição de saúde (crônico / agudo / crônico agudizado)
	Operacionalidade da assistência domiciliar intensiva para reabilitação (demanda equipamento específico / tipo de profissional / equipe)
	Qual reabilitação (intervenção)
	Conceito de “intensidade” e o que o autor considera de “reabilitação intensiva”
	Avalia efetividade
	Tempo de permanência
	Número e tipo de intercorrências
	Custo
	Experiência do usuário
	Resultados secundários em relação ao usuário
Comparação com a Assistência Hospitalar	
Avaliação de qualidade	Ferramenta da JBI utilizada e escore da avaliação
Referência	Referências das revisões bibliográficas incluídas
Observações	Observações gerais / comentários / lembretes

Paralelamente, os estudos foram submetidos à análise de qualidade, utilizando-se ferramentas da *JBIs critical appraisal tools* de acordo com o desenho metodológico de cada um.

Os resultados foram sistematizados, considerando-se:

- Informações gerais dos estudos e principais características da produção acadêmica levantada;
- Características da reabilitação intensiva em assistência domiciliar – categoria de reabilitação, tipo de acompanhamento, abordagens de reabilitação equipamentos, frequência de estratégias de cuidados, tempo de sessão e equipe, segundo tipo de grupo de comparação;
- Caracterização dos estudos, segundo tipos de grupos de comparação, de acordo com os desfechos de interesse – número de intercorrências, tempo de permanência, custos e percepção do usuário.

4. PLANO DE COMUNICAÇÃO

O Núcleo de Informação, Políticas Públicas e Inclusão Social (NIPPIS), fruto de cooperação entre o Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT/Fiocruz) e o Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto (UNIFASE), tem o compromisso de promover a inclusão social a partir da ampliação do acesso ao conhecimento baseado em evidências científicas, de forma a apoiar a tomada de decisão em diferentes contextos – desde a vida pessoal, familiar e comunitária até a formulação, execução e avaliação de políticas públicas.

O Plano de Comunicação desenvolvido para este projeto se baseia no conceito de Comunicação e Saúde (ARAÚJO & CARDOSO, 2007), que supera o entendimento da comunicação como sinônimo de “divulgação” e reconhece as ações deste campo como eixos estruturantes de políticas públicas. No âmbito da Saúde Pública, os processos de comunicação são essenciais para estruturar o debate sobre temas de interesse público e garantir, às pessoas, informações de qualidade e suficientes para a ampliação da participação social na formulação, execução e acompanhamento de políticas públicas. O NIPPIS reconhece, assim, que suas ações de comunicação devem estar alinhadas aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e participação social.

A partir de uma chuva de ideias (*brainstorming*) realizada entre as pesquisadoras e a equipe de comunicação do projeto, o Plano de Comunicação foi elaborado seguindo a metodologia canadense, apresentada pela *EasyTelling* no *Workshop Traduzindo Pesquisa em Impacto*, ofertado pelo Ministério da Saúde em 18 de maio de 2022. O Plano de Comunicação detalhado se encontra no apêndice B.

A presente revisão sistemática traz resultados de pesquisas e experiências de diferentes países, considerando tempo de permanência, número de intercorrências, custo e experiência do usuário nas estratégias de assistência domiciliar intensiva. A sistematização desses resultados foi utilizada como fonte para o desenvolvimento de diferentes estratégias de disseminação e divulgação, endereçadas para cada tipo de perfil da audiência, detalhadas no Plano de Comunicação (Apêndice B).

Considerando o tema do projeto, foram mapeados os seguintes potenciais usuários do conhecimento dos resultados gerados: técnicos do Ministério da Saúde; gestores e profissionais da área de internação domiciliar do Melhor em Casa; conselhos e conselheiros de saúde e dos direitos pessoas idosas; pessoas com deficiência entre outros; associações de pessoas com doenças crônicas e pacientes crônicos agudizados complexos; pesquisadores e estudantes. Para o desenvolvimento das mensagens-chave e aplicação das estratégias de disseminação, esses usuários do conhecimento foram divididos em três perfis: população, gestores e profissionais.

A partir dos resultados da pesquisa, foram produzidos conteúdos comunicacionais com informações sobre a atenção domiciliar e reabilitação intensiva e considerações sobre as possibilidades de aplicação no Sistema Único de Saúde. As mensagens-chave adotaram estratégias que facilitam a apropriação das evidências encontradas na pesquisa, podendo contribuir para o processo de tomada decisão.

O Plano de Comunicação foi dividido em três etapas:

Fase 1 – Iniciou-se com a aproximação da temática do projeto, tendo perdurado até a finalização da sistematização dos resultados. Incluiu:

- Desenvolvimento de glossário com termos-chave relacionados à temática do projeto;
- Apresentação do projeto em seminários organizados pelo Ministério da Saúde (Marco Zero e Parcial);
- Organização de roda de conversa “Reabilitação Intensiva na Atenção Domiciliar: experiências, práticas e reflexões”, com atores chave sobre a temática do projeto, durante o 13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva;
- Publicação de matéria de divulgação da Roda de Conversa, na página eletrônica do ICICT/Fiocruz, e divulgação no Instagram do ICICT, perfil institucional que tem mais de 7 mil seguidores

Fase 2 – Iniciada após a sistematização dos resultados, incluiu:

- Elaboração, com base no glossário desenvolvido, de vídeos curtos acessíveis (linguagem simples, LIBRAS, narração e legendas), gravado por integrantes da equipe, serem compartilhados nas redes sociais do ICICT/Fiocruz;
- Releases de divulgação da pesquisa;
- Submissão do trabalho no 19º Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar (CIAD 2023).
- Apresentação do projeto no seminário final organizado pelo Ministério da Saúde

Fase 3 – Iniciada após a finalização do projeto. Estão previstos:

- Gravação de vídeo curto sobre a temática do projeto, divulgado nas páginas eletrônicas institucionais do ICICT/Fiocruz;
- Apresentação em evento científico e submissão de artigo para periódico científico;
- Resumo executivo em linguagem simples.
- Realização de um episódio do programa Ecoar – Diálogos de Cidadania, sobre a temática do projeto

Os produtos audiovisuais estão sendo disponibilizados nas redes sociais institucionais no Instagram do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT/Fiocruz) e do Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto (UNIFASE). Ambos os perfis possuem mais de 8 mil e 12 mil seguidores, respectivamente. Para facilitar o acesso, os links das postagens serão reunidos em uma página online (LinkTree). Os vídeos produzidos também serão disponibilizados em um arquivo no Google Drive em acesso aberto, para que possam ser reproduzidos e compartilhados pelo público em geral e em estratégias do Ministério da Saúde.



O principal objetivo da disseminação da pesquisa foi informar formuladores de políticas, profissionais da saúde e população em relação às evidências disponíveis sobre a efetividade de estratégias da assistência domiciliar intensiva para a reabilitação de pacientes complexos. Espera-se que os resultados disseminados possam contribuir para embasar políticas públicas na atenção domiciliar do Sistema Único de Saúde (SUS). [?](#)

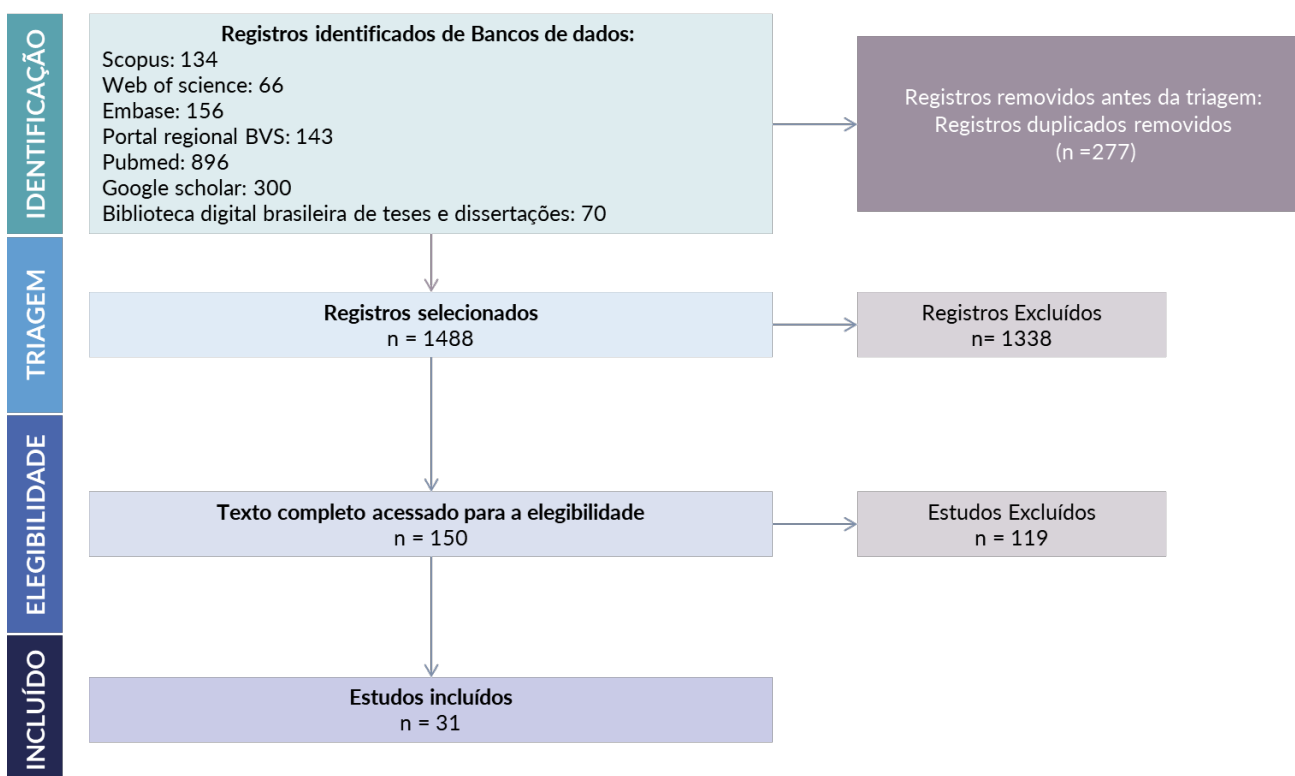
5. RESULTADOS

Conforme mencionado anteriormente, os resultados foram organizados em três tópicos, sempre dividindo os estudos segundo o tipo de grupo de comparação: 1) Informações gerais e principais características dos estudos; 2) Caracterização da reabilitação intensiva na assistência domiciliar; e 3) Categorização dos estudos segundo os desfechos de interesse (número de intercorrências, tempo de permanência, custos e percepção do usuário).

5.1. Informações gerais e principais características dos artigos

Dos 1488 estudos identificados na busca, 1338 foram excluídos após a leitura de título e resumo, ficando 150 para a fase de elegibilidade, dos quais 119 foram excluídos por não atenderem aos objetivos, e 31 foram incluídos e tiveram seus dados extraídos (figura 1).

Figura 1: Fluxograma do processo de seleção dos estudos.



O quadro 2 ilustra as características gerais dos 31 artigos incluídos e a numeração de referência adotada neste relatório.

Quadro 3 – Caracterização dos estudos incluídos

Número do estudo	Autores	Ano	Título	Objetivo	Desenho do estudo	Avaliação de qualidade
1	AUGUSTINE, M. R. <i>et al.</i>	2020	Implementation of Post-Acute Rehabilitation at Home: A Skilled Nursing Facility-Substitutive Model.	Descrever e avaliar serviços e resultados funcionais e, em seguida, identificar fatores associados à prestação de um pacote de cuidados pós-agudos (PAC) de 30 dias de reabilitação, médicos e serviços sociais fornecidos por meio do programa Rehabilitation at Home (RaH).	Estudo retrospectivo de braço único	Sem ferramenta disponível na JBI
2	BENDIXEN, R. M. <i>et al.</i>	2009	Cost effectiveness of a telerehabilitation program to support chronically ill and disabled elders in their homes.	Examinar os efeitos de um programa de telereabilitação - Programa de Monitorização das Atividades da Vida Diária (Low Activities of Daily Living [ADL] Monitoring Program-LAMP) da Administração de Veteranos (Veteran Administration - VA) sobre os custos dos cuidados de saúde.	Estudo comparativo retrospectivo de grupos pareados	Checklist for Economic Evaluations: 10/11
3	BERNOCCHI, P. <i>et al.</i>	2016	Home-based telesurveillance and rehabilitation after stroke: a real-life study	Os objetivos primários do estudo foram avaliar: (1) a viabilidade de implementação de um protocolo de reabilitação hospitalar em ambiente domiciliar com uma plataforma de telemedicina atualizada e (2) a eficácia (através de indicadores) na melhora das habilidades funcionais.	Estudo piloto	Checklist for Quasi-experimental Studies: 8/9
4	BONNEVIE, T.	2018	Home-based Neuromuscular Electrical Stimulation as an Add-on to Pulmonary Rehabilitation Does Not Provide Further Benefits in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Multicenter Randomized Trial	Avaliar o efeito adicional de um programa de estimulação elétrica neuromuscular domiciliar (EENM) como complemento à reabilitação pulmonar (RP), na capacidade funcional de indivíduos com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).	Estudo controlado randomizado - multicêntrico	Checklist for Randomized Controlled Trials: 10/13

Número do estudo	Autores	Ano	Título	Objetivo	Desenho do estudo	Avaliação de qualidade
5	BRUSCO N.K. <i>et al.</i>	2014	Economic evaluation of adult rehabilitation: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials in a variety of settings.	Esta revisão sistemática teve como objetivo responder às seguintes questões: para adultos que necessitam de reabilitação, existe uma diferença de custo do ponto de vista social se a reabilitação ocorrer em reabilitação hospitalar versus ambientes alternativos? Se existir uma diferença de custo, optar pelo programa mais barato afeta/compromete adversamente os resultados do estado funcional e da qualidade de vida do paciente?	Revisão sistemática com meta análise de avaliação econômica	Checklist for Systematic Reviews: 11/11
6	CONTRADA, M. <i>et al.</i>	2021	Stroke Telerehabilitation in Calabria: A Health Technology Assessment.	Avaliar a utilidade e viabilidade de uma ferramenta de Telereabilitação (<i>Telerehabilitation</i> -TR) bem conhecida e validada para pacientes pós-AVC que vivem em uma região italiana de baixa renda, como a Calábria.	Estudo de medidas repetidas	Sem ferramenta disponível na JBI
7	CUNNINGHAM, P. <i>et al.</i>	2016	Task-specific reach-to-grasp training after stroke: development and description of a home-based intervention.	Explicar o processo de desenvolvimento, descrever e justificar os componentes essenciais desta intervenção (treinamento específico de tarefas em casa) e relatar sua viabilidade e aceitabilidade entre sobreviventes de AVC e terapeutas.	Estudo piloto	Checklist for Quasi-experimental Studies: 4/9
8	DURAN, I. <i>et al.</i>	2020	Effect of an interval rehabilitation program with home-based, vibration-assisted training on the development of muscle and bone in children with cerebral palsy- A n observational study	Avaliar o efeito de um programa intensivo de reabilitação, incluindo fisioterapia, em combinação com 6 meses de treino caseiro, assistido por vibração, sobre o crescimento muscular e ósseo em crianças com paralisia cerebral.	Ensaio clínico	Checklist for Quasi-Experimental studies: 7/9

Número do estudo	Autores	Ano	Título	Objetivo	Desenho do estudo	Avaliação de qualidade
9	FALVEY, J. <i>et al.</i>	2021	Poor Recovery of Activities-of-Daily-Living Function Is Associated With Higher Rates of Postsurgical Hospitalization After Total Joint Arthroplasty.	Avaliar o impacto de maus resultados funcionais durante um episódio de Saúde Domiciliar (<i>Home Health - HH</i>) de atendimento sobre o risco de hospitalização para o paciente vítima de artroplastia total da articulação (<i>Total Arthroplasty of the Joint TJA</i>).	Estudo de coorte retrospectivo	Checklist for Cohort Studies: 4/11
10	GEHRING, K. <i>et al.</i>	2018	Feasibility of a home-based exercise intervention with remote guidance for patients with stable grade II and III gliomas; a pilot randomised controlled trial	Investigar a exequibilidade de uma intervenção de exercício domiciliar, orientada a distância, para pacientes com gliomas.	Estudo controlado randomizado	Checklist for Randomized Controlled Trials: 11/13
11	GLEYZE, P. <i>et al.</i>	2011	Comparison and critical evaluation of rehabilitation and home-based exercises for treating shoulder stiffness: prospective, multicenter study with 148 cases.	Avaliar a efetividade de exercícios individuais realizados como reabilitação clássica ou programa domiciliar na evolução clínica de pacientes com rigidez de ombro.	Estudo multicêntrico comparativo prospectivo	Sem ferramenta disponível na JBI
12	GÜELL, M.R. <i>et al.</i>	2008	Home vs hospital-based pulmonary rehabilitation for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a Spanish multicenter trial]. / Comparación de un programa de rehabilitación domiciliario con uno hospitalario en pacientes con EPOC: estudio multicéntrico español	Testar a hipótese de que um simples programa de Reabilitação Pulmonar (RP) domiciliar, sem supervisão, pode alcançar os mesmos resultados de um programa de reabilitação pulmonar hospitalar estruturado e intensivo.	Estudo controlado randomizado	Checklist for Randomized Controlled Trials: 10/13
13	GUILLÉN-CLIMENT S. <i>et al.</i>	2021	A usability study in patients with stroke using MERLIN, a robotic system based on serious games for upper limb rehabilitation in the home setting	Avaliar a usabilidade do sistema robótico MERLIN baseado em uma série de jogos para reabilitação de membros superiores em pessoas com acidente vascular cerebral no ambiente domiciliar	Estudo controlado longitudinal	Sem ferramenta disponível na JBI

Número do estudo	Autores	Ano	Título	Objetivo	Desenho do estudo	Avaliação de qualidade
14	HELD, J. P. <i>et al.</i>	2018	Autonomous rehabilitation at stroke patients home for balance and gait: Safety, usability and compliance of a virtual reality system	Estudar a segurança, usabilidade e aceitação do paciente de um sistema autônomo de telerreabilitação para equilíbrio e marcha (a plataforma REWIRE) no domicílio do paciente	Estudo de coorte	Checklist for Cohort Studies: 6/11
15	HOUSE, G. <i>et al.</i>	2016	A Rehabilitation First-Tournament Between Teams of Nursing Home Residents with Chronic Stroke.	Descrever o sistema de realidade virtual BrightArm Duo (Bright Cloud International Corp., Highland Park, NJ) e determinar seu benefício clínico para a manutenção da função da extremidade superior em residentes de casas de repouso que são crônicos pós-AVC	Estudo controlado longitudinal	Sem ferramenta disponível na JBI
16	JACKSON, J. C. <i>et al.</i>	2012	Cognitive and physical rehabilitation of intensive care unit survivors: results of the RETURN randomized controlled pilot investigation.	Testar a hipótese de que, em uma coorte de sobreviventes de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), uma abordagem de reabilitação "empacotada" combinando reabilitação cognitiva, física e funcional poderia ser desenvolvida e efetivamente entregue em casa usando a nova tecnologia de tele vídeo fornecida por assistentes sociais e resultaria em maior melhora na cognição e na funcionalidade. resultados na intervenção do que os participantes do controle.	Estudo controlado randomizado	Checklist for Randomized Controlled Trials: 13/13
17	LANGSTAFF, C. <i>et al.</i>	2014	Enhancing community-based rehabilitation for stroke survivors: creating a discharge link.	Investigar o impacto da melhoria do acesso a cuidados intensivos de reabilitação de acidentes vasculares cerebrais domiciliar em tempo útil no tempo de internação hospitalar e nas taxas de readmissão.	Estudo analítico transversal	Checklist for Analytical Cross Sectional Studies: 7/8

Número do estudo	Autores	Ano	Título	Objetivo	Desenho do estudo	Avaliação de qualidade
18	LEMONCELLO, R. <i>et al.</i>	2011	Phase I evaluation of the television assisted prompting system to increase completion of home exercises among stroke survivors.	Comparar a efetividade do sistema Comandos Assistidos por Televisão (<i>Television Assisted Prompting -TAP</i>) com a prática típica de exercícios, em relação à adesão, ao programa, satisfação e sobrecarga do cuidador.	Estudo randomizado de delineamento cruzado	Checklist for Randomized Controlled Trials: 9/13
19	LEVI <i>et al.</i>	2020	Intensive Inpatient vs. Home-Based Rehabilitation After Hip Fracture in the Elderly Population	Comparar pacientes operados de fraturas do colo do fêmur e submetidos a Reabilitação Domiciliar (Home-based Rehabilitation - HBR) com aqueles que foram reabilitados no Departamento de Geriatria de um hospital universitário terciário com Regime de internação (RI)	Estudo retrospectivo	Sem ferramenta disponível na JBI
20	LIU, H.; LOU V.W.Q.	2019	Functional recovery of older stroke patients discharged from hospital to home: The effects of cognitive status and different levels of therapy intensity	Determinar se e como a deficiência cognitiva interage com a intensidade da terapia para afetar as melhorias funcionais em doentes com AVC mais velhos durante uma intervenção pós-alta de oito semanas, realizada num ambiente comunitário.	Estudo de coorte	Checklist for Cohort Studies: 11/11
21	MAJOR, M. E. <i>et al.</i>	2021	Feasibility of a home-based interdisciplinary rehabilitation program for patients with Post-Intensive Care Syndrome: the REACH study.	Investigar a viabilidade de uma intervenção interdisciplinar domiciliar para pacientes com deficiências novas ou agravadas dentro de um dos domínios do PICS, iniciada imediatamente após a alta hospitalar e visando a recuperação (física) e a autogestão em comparação com os pacientes que recebem os cuidados habituais.	Estudo de coorte	Checklist for Cohort Studies: 11/11
22	MALLINSON, T. R. <i>et al.</i>	2011	A comparison of discharge functional status after rehabilitation in skilled nursing, home health, and medical rehabilitation settings for patients	Examinar as diferenças nos resultados dos pacientes após a substituição da articulação da extremidade inferior em três configurações de pacotes de cuidados pós-agudos.	Estudo de coorte multicêntrico prospectivo	Checklist for Cohort Studies: 5/11

Número do estudo	Autores	Ano	Título	Objetivo	Desenho do estudo	Avaliação de qualidade
			after lower-extremity joint replacement surgery.			
23	MATTERN-BAXTER, K.; McNEIL, S; MANSOOR, J.K.	2013	Effects of home-based locomotor treadmill training on gross motor function in young children with cerebral palsy: a quasi-randomized controlled trial.	Examinar se um protocolo de treino locomotor em esteira rolante (locomotor treadmill training - LTT) a curto prazo e intensivo de 6 semanas em casa em crianças pré-ambulatorias com paralisia cerebral inferior a 3 anos com níveis I e II do Sistema de classificação da função motora grossa (Gross Motor Function Classification System - GMFCS) poderia (1) melhorar as capacidades motoras brutas relacionadas com a postura em pé e a marcha, (2) diminuir a quantidade de apoio necessário para a marcha, e (3) aumentar a velocidade da marcha.	Estudo controlado quasi-randomizado	Checklist for Quasi-Experimental Studies: 9/9
24	NIELSEN <i>et al.</i>	2018	Intensive client-centred occupational therapy in the home improves older adults' occupational performance. Results from a Danish randomized controlled trial	Investigar os efeitos do exercício intenso e a longo prazo sobre o funcionamento físico e a mobilidade dos pacientes com AD em casa e explorar os seus efeitos sobre a utilização e os custos dos serviços sociais e de saúde.	Estudo controlado randomizado	Checklist for Randomized Controlled Trials: 11/13
25	PITKÄLÄ, K. H. <i>et al.</i>	2013	Effects of the Finnish Alzheimer disease exercise trial (FINALEX): a randomized controlled trial.	Investigar os efeitos do exercício intenso e a longo prazo sobre o funcionamento físico e a mobilidade dos pacientes com AD em casa e explorar os seus efeitos sobre a utilização e os custos dos serviços sociais e de saúde.	Estudo controlado randomizado	Checklist for Randomized Controlled Trials: 10/13

Número do estudo	Autores	Ano	Título	Objetivo	Desenho do estudo	Avaliação de qualidade
26	PRADO-JÚNIOR, R. M.	2022	Telemonitoramento da ventilação mecânica pela fisioterapia domiciliar	Identificar e comparar as variáveis ventilatórias e clínicas levantadas no telemonitoramento, associado às condutas fisioterapêuticas em pacientes com Ventilação Mecânica Domiciliar	Estudo de coorte prospectivo longitudinal	Checklist for Cohort Studies: 4/11
27	PUSSWALD, G. <i>et al.</i>	2014	A neuropsychological rehabilitation program for patients with Multiple Sclerosis based on the model of the ICF.	Avaliar um programa de reabilitação neuropsicológica específico para pacientes com esclerose múltipla de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) para poder atender mais adequadamente as necessidades individuais no nível de função da terapia, bem como de atividades e participação	Estudo controlado randomizado	Checklist for Randomized Controlled Trials: 11/13
28	RIZZI, M. <i>et al.</i>	2009	A specific home care program improves the survival of patients with chronic obstructive pulmonary disease receiving long term oxygen therapy.	Analisar a influência de um programa de atenção domiciliar (home care program - HC) nos resultados de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) que recebem oxigenoterapia de longa duração (long-term oxygen therapy - LTOT) em comparação com os resultados de pacientes que recebem tratamento padrão (standard care-SC)	Estudo de acompanhamento de 10 anos com 2 coortes paralelas	Checklist for Cohort Studies: 8/11
29	SVEEN, U. <i>et al.</i>	2020	Rehabilitation interventions after traumatic brain injury: a scoping review.	Identificar tópicos de pesquisa intervencionista em reabilitação de traumatismo cranioencefálico (TCE), (2) descrever possíveis lacunas de conhecimento e (3) descobrir outras necessidades de pesquisa de reabilitação intervencionista de TCE para pacientes e famílias.	Revisão de escopo	Sem ferramenta disponível na JBI

Número do estudo	Autores	Ano	Título	Objetivo	Desenho do estudo	Avaliação de qualidade
30	YU-YAHIRO, J. A. <i>et al.</i>	2009	Design and implementation of a home-based exercise program post-hip fracture: the Baltimore hip studies experience.	Descrever pela primeira vez uma intervenção de exercício em casa para doentes idosos frágeis com fratura de quadril e descrever a viabilidade deste programa de exercício.	Estudo controlado randomizado	Checklist for Randomized Controlled Trials: 10/13
31	ZAK, M	2006	Physical rehabilitation regimens designed to aid the in executing postural shifts safely and coping after incidental falls [Polish] Programy rehabilitacji przygotowujace osoby starsze do bezpiecznej zmiany pozycji i samodzielnego podnoszenia	Avaliar a efetividade dos regimes de reabilitação física na melhoria das capacidades individuais de idosos com fragilidade para executar mudanças posturais com segurança e enfrentamento após sofrer uma queda acidental.	Estudo controlado randomizado	Checklist for Randomized Controlled Trials: 9/13

27

Todos os 31 artigos foram submetidos à avaliação de qualidade, sendo utilizadas as ferramentas de avaliação do Instituto Joanna Briggs (JBI critical appraisal tools) que possibilita a verificação de diferentes desenhos de estudo. A avaliação da qualidade foi realizada por dois pesquisadores independentes. Os artigos foram avaliados e classificados por percentual de alcance da pontuação máxima do instrumento: abaixo de 50%, entre 50% e 75%, e acima de 75%. Dos 24 estudos avaliados, 16 alcançaram scores de pontuação na ferramenta acima de 75% (2, 3, 4, 5, 8, 10, 12, 16, 17, 20, 21, 23, 24, 25, 27, 30), quatro entre 50 e 75% (14, 18, 28, 31), e quatro abaixo de 50% (7, 9, 22, 26). Como foram utilizadas diferentes listas de verificação, as pontuações máximas variaram. Esses fatores, aliados à ausência de parâmetros de qualidade nos instrumentos, impossibilitou classificar os estudos em baixa, média ou alta qualidade. Não foi possível avaliar sete estudos (1, 6, 11, 13, 15, 19, 29) por não ter na JBI instrumento adequado. Os 24 estudos avaliados e suas respectivas pontuações encontram-se no Quadro 2, assim como os não avaliados.

Como pode ser observado no Quadro 2, foram encontrados estudos com diferentes desenhos, sendo grande parte, 17 deles, estudos controlados randomizados (4, 10, 12, 16, 18, 24, 25, 27, 30, 31) e estudos de coorte (9, 14, 20, 21, 22, 26, 28).

As publicações dos artigos selecionados datam de 2006 a 2022, não havendo concentração em qualquer ano em particular. Dentro deste período, não foram encontrados artigos publicados nos anos de 2007, 2010, 2015 e 2017.

Em relação à distribuição geográfica de produção dos estudos, 17 foram realizados na Europa (3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 21, 24, 25, 27, 28, 29 e 31), 10 na América do Norte (1, 2, 9, 15, 16, 17, 18, 22, 23 e 30), 01 na América do Sul (BR) (26), 01 na Ásia (20), 01 no continente Australiano (05) e 01 no Oriente Médio (19).

Dez (10) de 31 artigos não informaram ou não tiveram financiamento (6, 7, 10, 18, 20, 22, 26, 27, 30, 31).

Quando analisadas as categorias de reabilitação, observou-se 01 (um) estudo na categoria medicina de reabilitação (22), nenhum estudo na categoria tecnologia assistiva e 30 (trinta) estudos na categoria terapia (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18,

19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31), sendo que esse último apresentou 10 estudos que abordavam a telereabilitação e o telemonitoramento (2, 3, 6, 10, 13, 14, 15, 16, 18, 26).

Em relação aos tipos de agravos, os estudos analisados dividiram-se em: pacientes vítimas de AVC (2, 3, 6, 7, 13, 14, 15, 17, 18, 20); pacientes ortopédicos (9, 11, 19, 22, 30); pacientes respiratórios (4, 12, 26, 28); pacientes neurológicos (8, 10, 23, 25, 27, 29); e outros com comprometimento de funcionalidade para a realização de tarefas cotidianas (1, 5, 16, 21, 24, 31).

5.2. Caracterização da reabilitação intensiva na assistência domiciliar

O quadro 4 ilustra a categorização dos estudos segundo características da reabilitação prestada no ambiente domiciliar, divididos por tipos de grupos de comparação.

Quadro 4 – Características da Reabilitação Intensiva em Atenção Domiciliar, segundo tipo de comparador

	Comparador hospitalar	Outros comparadores	Sem comparador
Categoria de reabilitação			
Medicina de reabilitação	22		
Terapia	4; 5; 12; 19	1; 2; 6; 10; 11; 16; 17; 18; 20; 21; 23; 25; 26; 27; 28; 30; 31	3; 7; 8; 9; 13; 14; 15; 24; 29
Tecnologia assistiva			
Tipo de acompanhamento do usuário			
Telemonitoramento		2; 6; 10; 16; 18	3; 13; 14; 15
Presencial	4; 5; 12; 19; 22	11; 17; 20; 21; 23; 25; 26; 27; 28; 30; 31	1; 7; 8; 9; 24; 29
Abordagens de reabilitação			
Acompanhamento de reabilitação por sistema eletrônico			13; 14; 15
Programa de Exercício com intensidade e repetições		6; 10; 11; 18; 20; 23; 25; 27; 30	8
Orientação prestada aos pacientes com avaliação de autogestão		2; 16; 21; 31	1; 3; 7; 24
Fisioterapia respiratória	4; 12	26; 28	
Não específica a abordagem da reabilitação utilizada	5; 19; 22	17	9; 29

Quadro 4 – Características da Reabilitação Intensiva em Atenção Domiciliar, segundo tipo de comparador (continuação)

	Comparador hospitalar	Outros comparadores	Sem comparador
Equipamento			
Aparelhagem eletrônica		2; 6; 18; 26	3; 13; 14; 15
Outros Equipamentos	4	16; 23; 27; 28; 30	1; 8
Não especificado	5; 12; 19; 22	10; 11; 17; 20; 21; 25	7; 9; 29
Nenhum equipamento		31	
Frequência de estratégias terapêuticas (intensividade)			
Diária	12	18; 26	7; 14; 15
5-6 x por semana	19	6; 16; 23; 30	1
Diferença frequências conforme etapas de tratamento	4	11	13
2-3 x por semana		10; 21; 25; 27; 31	24
Não especificado	5; 22	2; 17; 20; 28	3; 8; 9; 29
Tempo de sessão			
Não especificado tempo de prática	5; 22	2; 10; 17; 18; 26; 28	1; 3; 8; 9; 24; 29
Específica parcialmente		11	
Tempos crescentes ou decrescentes conforme fases	12	21	13; 15
Tempos distintos conforme especialista	19		
10-30 min		23; 27	
10-45 min	4		14
45 min		30	
50m-1h ou mais de prática		6; 7; 16; 20; 25; 31	7

Nota: as categorias mantiveram, na medida do possível, fidelidade às informações dos estudos.

Os estudos estão distribuídos da seguinte forma: dentre os estudos que utilizaram o comparador hospitalar, localizou-se 1 de Medicina de Reabilitação, 4 na categoria Terapia e não houve estudos na categoria Tecnologia Assistiva. Já, dentre os estudos que utilizaram outros comparadores, não foram identificados estudos na categoria Medicina de Reabilitação, 17 estudos estão na categoria Terapia e nenhum estudo na categoria Tecnologia Assistiva. Para o desfecho de interesse sem comparador, não foram localizados estudos em Medicina de Reabilitação, 9 estudos estão na categoria Terapia e não há estudos em Tecnologia Assistiva.

Em relação ao acompanhamento do usuário, observou-se duas possibilidades, o telemonitoramento ou aquele com a presença física da equipe. O telemonitoramento não foi encontrado em nenhum estudo com comparador hospitalar, mas foi identificado em cinco estudos com outros comparadores e em quatro estudos sem comparador.

Já o acompanhamento presencial foi identificado em cinco estudos com comparador hospitalar, em 11 estudos com outros comparadores e em seis estudos sem comparador.

Considerando a diversidade das práticas de reabilitação, bem como o seu detalhamento, realizou-se sua categorização, considerando também as características da reabilitação com os seguintes tópicos: abordagem de reabilitação; equipamentos; frequência de estratégias terapêuticas; e tempo de sessão⁴.

- **Abordagens de Reabilitação**

Nas atividades de reabilitação com acompanhamento de reabilitação por sistema eletrônico, há zero estudos com comparador hospitalar, zero estudos com outros comparadores e 3 estudos sem comparador.

No caso dos programas de exercício com intensidade e repetições, houve zero estudos com comparador hospitalar, 10 estudos com outros comparadores e 1 estudo sem comparador.

Nas abordagens que trabalham com orientação prestada aos pacientes com avaliação de autogestão, houve zero estudos com comparador hospitalar, 4 com outros comparadores e 4 sem comparador.

Em fisioterapia respiratória, 2 estudos com comparador hospitalar, 2 estudos com outros comparadores e zero estudos sem comparador.

Na subcategoria não apresenta a abordagem da reabilitação utilizada, 3 estudos com comparador hospitalar, 1 estudo com outros comparadores e 2 estudos sem comparador.

⁴ os resultados foram sistematizados a partir de categorias de análise apontadas nos próprios estudos, realizando-se, quando necessário, agrupamentos sintéticos, mantendo-se, a fidelidade às abordagens dos estudos.

- **Equipamentos**

Para a subcategoria aparelhagem eletrônica, compreendida como utilização de equipamentos eletrônicos, como TV, computadores, jogos de realidade virtual, monitores, plataformas digitais e etc, foram identificados zero estudos com comparador hospitalar, 4 estudos com outros comparadores e 4 estudos sem comparador.

Em outros equipamentos, como por exemplo oxímetro, faixas de resistência, esteira, degraus, houve 1 estudo com comparador hospitalar, 5 estudos com outros comparadores e 2 estudos sem comparador.

Em equipamento não declarado, 4 estudos com comparador hospitalar, 5 estudos com outros comparadores e 3 estudos sem comparador.

Em nenhum equipamento, zero estudos com comparador hospitalar, 1 estudo com outros comparadores e zero estudos sem comparador.

- **Frequência de estratégias terapêuticas**

Para a subcategoria frequência diária, houve 1 estudo com comparador hospitalar, 2 estudos com outros comparadores e 3 estudos sem comparador.

Com a frequência 5 a 6 vezes por semana, 1 estudo com comparador hospitalar, 4 estudos com outros comparadores e 1 estudo sem comparador.

Com diferentes frequências conforme a etapa do tratamento, 1 estudo com comparador hospitalar, 1 estudo com outros comparadores e 1 estudo sem comparador.

Com a frequência 2 a 3 vezes por semana, zero estudos com comparador hospitalar, 5 estudos com outros comparadores e 1 estudo sem comparador.

Com a frequência não especificada, 2 estudos com comparador hospitalar, 4 estudos com outros comparadores e 4 estudos sem comparador.

- **Tempo de sessão**

Para a subcategoria que não especifica tempo de prática, houve 2 estudos com comparador hospitalar, 6 estudos com outros comparadores e 6 estudos sem comparador.

A subcategoria que especifica parcialmente (quando a especificação do tempo de prática não engloba todas as intervenções ou fases do estudo), identificou-se zero estudos com comparador hospitalar, 1 estudo com outros comparadores e zero estudos sem comparador.

Com tempo crescente ou decrescente conforme fases, 1 estudo com comparador hospitalar, 1 estudo com outros comparadores e 2 estudos sem comparador.

Com tempos distintos conforme especialista, 1 estudo com comparador hospitalar, zero estudos com outros comparadores e zero estudos sem comparador.

Com 10 a 30 minutos, zero estudos com comparador hospitalar, 2 estudos com outros comparadores e zero estudos sem comparador.

Com 10 a 45 minutos, 1 estudo com comparador hospitalar, zero estudos com outros comparadores e 1 estudo sem comparador.

Com 45 minutos, zero estudos com comparador hospitalar, 1 estudo com outros comparadores e zero estudos sem comparador.

Com 50 minutos a 1 hora ou mais, zero estudos com comparador hospitalar, 6 estudos com outros comparadores e 1 estudo sem comparador.

- **Equipe**

Foram localizadas, nos artigos, tanto a identificação de profissionais nas equipes, quanto a classificação de equipes ou serviços sem discriminação da sua composição. Os profissionais identificados foram: assistente social; cuidador pessoal; enfermeira tutora; enfermeiro respiratório ou equipe respiratória; fisioterapeuta; fonoaudiólogo;

massoterapeuta; neuropsicólogo; pneumologista; psicólogo; terapeuta ocupacional; terapeuta virtual; treinadores. Os tipos de equipe ou serviços identificados foram: coordenadores do cuidado; equipe de tecnologia; equipe multidisciplinar; serviço de cuidado domiciliar e serviços de reabilitação pós-aguda. Cinco estudos não abordaram a equipe. A distribuição está apresentada no quadro 5.

Quadro 5 – Características dos profissionais / equipes de acompanhamento da reabilitação, segundo tipo de comparador

Tipo de profissional / equipe	Comparador hospitalar	Outros comparadores	Sem comparador
Assistente social		16; 17	
Cuidador pessoal		17; 18	
Enfermeira tutora			3
Enfermeiro respiratório ou equipe respiratória		26; 28	
Fisioterapeuta	4; 12; 19	6; 10; 11; 16; 17; 20; 25; 28; 31	3; 7; 13
Fonoaudiólogo		17; 18	
Massoterapeuta		11	
Neuropsicólogo		27	15
Pneumologista		28	
Psicólogo		16	
Terapeuta Ocupacional		2; 6; 17; 20	7; 24
Terapeuta virtual			14
Treinadores		30	
Coordenadores de cuidado		2	
Equipe de tecnologia		6	
Equipe multidisciplinar	4	21	1
Serviço de cuidado domiciliar		18; 21; 26	9
Serviços de reabilitação pós-aguda	22		
Não especificado	5	23	8; 29

5.3. Categorização dos estudos segundo os desfechos de interesse

Dos 31 estudos incluídos, 05 comparam a reabilitação domiciliar X reabilitação hospitalar (4, 5, 12, 19, 22), 17 comparam diferentes intervenções na reabilitação domiciliar (grupo intervenção X grupo controle) (2, 6, 10, 11, 16, 17, 18, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 31) e 09 analisam a reabilitação domiciliar sem nenhum comparador (1, 3, 7, 8, 9, 13, 14, 15, 29) (Quadro 6).

Quadro 6 – Estudo sistematizados segundo o tipo de comparador e abordagem dos desfechos

Desfechos		Comparador hospitalar	Outros comparadores	Sem comparador
Número de intercorrências	Aborda	4, 19, 22	6, 16, 18, 24, 26, 27, 28 e 31	1, 3, 7, 9, 14
	Não Aborda	5, 12	2,10, 11, 17, 20, 21, 23, 25, 30	8, 13, 15, 29
Tempo de permanência	Aborda	19, 22	2, 10, 11, 16, 17, 20, 21, 23, 27, 28, 30, 31	Nenhum
	Não Aborda	4, 5, 12	6, 18, 24, 25, 26	1, 3, 7, 8, 9, 13, 14, 15, 29
Custo	Aborda	5	2, 17, 25	9
	Não Aborda	4, 12,19, 22	6, 10, 11, 16, 18, 20, 21, 23, 24, 26, 27, 28, 30,31	1, 3, 7, 8, 13, 14, 15, 29
Percepção dos usuários	Aborda	Nenhum	6, 18, 21, 25, 30, 31	3, 13, 14, 15
	Não Aborda	4, 5, 12, 19, 22	2, 10, 11, 16, 17, 20, 23, 24, 26, 28	1, 7, 8, 9, 29

5.3.1. Reabilitação domiciliar X reabilitação hospitalar

Quanto ao número de intercorrências, dos cinco estudos avaliados, dois (05, 12) não abordaram este desfecho, um apontou não ter ocorrido intercorrência (22) e dois o relataram (4, 19). Destes, o estudo (4) aponta uma desistência em decorrência de desconforto nas

pernas, mas não aponta o grupo do participante, o (19) relata que os pacientes do grupo Regime de Internação (classic inpatient rehabilitation – RI) tiveram maior ocorrência de delirium (21,7 vs. 9,3%, $P = 0,016$) e doenças infecciosas (29,0 vs. 9,3%, $P < 0,001$) e os pacientes do grupo Reabilitação domiciliar (Home-based rehabilitation - HBR) tiveram mais úlceras de pressão (12,4 vs. 2,9%, $P = 0,007$). Nos 6 meses após o término do programa de reabilitação, 33% dos pacientes do grupo HBR foram ao pronto-socorro pelo menos uma vez em comparação com 15,2% no grupo IR ($P = 0,002$), não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na taxa de mortalidade em três meses (IR 8,0 vs. HBR 6,2%, $P = 0,799$).

Em relação ao tempo de permanência, três estudos não o relataram (04, 05, 12) e dois estudos apresentaram resultados (19, 22). O estudo (22) aponta que unidades de reabilitação de pacientes internados (inpatient rehabilitation facility – IRF) e unidades de enfermagem especializada (skilled nursing facility – SNF) apresentaram tempo de permanência semelhante, e as agências de saúde domiciliar (home health agency – HHA) apresentaram tempo de permanência maior, mas com menos minutos de terapia do que os anteriores. O estudo (19) observou período de reabilitação maior no grupo Regime de internação (classic inpatient rehabilitation – RI) quando comparado com a reabilitação domiciliar (Home-based rehabilitation - HBR), ($20,9 \pm 7,5$ dias vs. $15,6 \pm 4,0$, $P < 0,001$).

Quanto ao custo, dos cinco estudos (4, 5, 12, 19, 22), somente um fez esta abordagem (5). Os autores encontraram evidências positivas, de alto nível, de que a reabilitação hospitalar era mais cara do que a reabilitação em casa. Na meta-análise realizada, quatro estudos (com 732 participantes após Acidente Vascular Cerebral – AVC - moderado a grave) forneceram evidências de alta qualidade de que a reabilitação hospitalar era mais cara em comparação com a reabilitação em casa ($\delta = 0,31$; IC 95%, 0,15–0,48). Um único estudo com um DMP (Diferenças médias padronizadas e Intervalo de Confiança de 95%) relatou uma diferença de custo de £ 6.770 (IC de 95%, £ 3.531 – £ 10.009) em favor da reabilitação em casa. Quatro estudos não puderam ser incluídos na meta-análise devido à heterogeneidade da coorte de pacientes ou relato insuficiente de resultados. Destes, um estudo relatou uma economia de custos de £ 1.995 por pessoa (DMP = 0,35; Intervalo de Confiança 95%, 0,09–. 61) a favor da reabilitação em casa quando comparada com a reabilitação hospitalar (para pacientes com

artroplastia total de quadril e joelho). Os outros três estudos não detectaram diferenças significativas no custo entre reabilitação em casa e reabilitação de pacientes internados para uma população com AVC).

Nenhum desses estudos abordou a percepção dos usuários.

5.3.2. Reabilitação domiciliar x outros grupos de comparação

Dos 17 estudos deste grupo, nove não abordaram intercorrências (02,10, 11, 17, 20, 21, 23, 25, 30), quatro estudos apontam que não houve intercorrência (06, 18, 24, 27) e quatro apontaram (16, 26, 28, 31). O estudo (31) aponta que três indivíduos do Grupo 1 (submetidos à reabilitação intensiva na intervenção avaliada) abandonaram o programa devido a contrair uma infecção, enquanto do Grupo 2 (submetidos a exercícios padrão), 2 foram transferidos para outra unidade médica e 1 teve infecção. O estudo (28) aponta que durante o seguimento, 24 pacientes necessitaram de ventilação mecânica domiciliar. A porcentagem de pacientes que necessitaram de ventilação mecânica foi maior no grupo de tratamento padrão (standard care -SC) do que no grupo do programa de atenção domiciliar (*Home care* - HC), embora essa diferença não tenha sido estatisticamente significativa (14,7% vs 7,4%, +- 2, 2,92, P, 0,08). Todos os pacientes que necessitaram de Ventilação Não Invasiva (non-invasive ventilation - NIV) faleceram antes do final do seguimento. As trajetórias lineares das exacerbações divergiram (P.001) ao longo do tempo, indicando um declínio no grupo HC (de 3,5 para 2,4 unidades por 10 anos) e um aumento no grupo tratamento padrão (de 4,3 para 5,9 unidades por 10 anos); pelo contrário, as tendências lineares para as visitas ao departamento de emergência foram diferentes (P 0,009) indicando um aumento (de 4,1 para 5,4 unidades por 10 anos) no grupo controle e uma emergência constante de 2 unidades durante os 10 anos no grupo intervenção. O estudo (16) relatou 1 evento adverso no grupo intervenção (pequena entorse de tornozelo enquanto participava de um exercício de caminhada). O estudo (26) observou menor frequência de intercorrências após Telemonitoramento (TM) (PRÉ TM 9,86 ± 12,29 (Média ± eIC95%) PÓS TM 0,14 ± 0,2 Média ± eIC95%).

Quanto ao tempo de permanência, dos 17 estudos avaliados, 05 não abordaram o desfecho tempo de permanência (06, 18, 24, 25, 26), 10 não relataram diferença entre as intervenções realizadas (02, 10, 16, 17, 20, 21, 23, 27, 28, 30), e 02 a relataram (11, 31), sendo

que o 11 aborda que a reabilitação clássica (T1) foi de 6 semanas a 5 meses, a reabilitação domiciliar sem supervisão (T2) foi de 6 a 12 semanas e a reabilitação domiciliar com supervisão (T3) foi de 6 a 12 semanas (de melhor evolução). O artigo 31 aponta que o grupo 1 (reabilitação intensiva com a intervenção avaliada) foi de 12 semanas (3 sessões de 50 min/sem) e o grupo 2 (exercícios padrão) foi de 12 semanas (2 sessões de 60 min/sem).

Somente três dos 17 estudos abordaram o custo (2, 17, 25). Nos que abordaram o custo, dois compararam uma intervenção com um tratamento padrão (2, 17) e um terceiro comparou a intervenção realizada em casa com aquela realizada em centros diurnos de reabilitação para adultos (25). Em dois estudos (2, 25) não foi observado diferença de custos entre os grupos de comparação. Entretanto, em um dos estudos que comparou intervenções na AD (17), houve uma economia líquida de 700 dólares por pessoa devido à redução de readmissões hospitalares.

Quanto à percepção dos usuários, foi abordada em seis dos 17 estudos (6, 18, 21, 25, 30, 31). Dos estudos citados, um comparava intervenções em diferentes locais de assistência, sendo uma na AD e outra em centros diurnos de reabilitação para adultos (25), outro comparava um grupo submetido à uma intervenção com um grupo sem intervenção (30) e os demais comparavam duas modalidades de intervenção na AD, uma nova terapia com um padrão (6, 18, 21, 31). Todos os estudos apontaram satisfação positiva para a nova terapia. Em um estudo (18) a satisfação foi registrada tanto por usuários quanto de cuidadores. Ambos consideraram positiva a experiência e recomendariam a intervenção para outras pessoas. Outro estudo (21) relatou satisfação com a intervenção e com o fato de ter aumentado o número de visitas dos profissionais de saúde. Com relação à frequência das visitas, apesar de muito satisfeitos com a intervenção, um estudo (30) identificou a insatisfação dos usuários quando esta era diminuída. Na percepção dos usuários de outro estudo (31), a capacidade de se levantar sozinho após uma queda melhorou após a intervenção. Um deles (25) apontou que exercício administrado na casa do usuário resulta numa melhor adesão e num efeito mais favorável em relação ao funcionamento.

5.3.3. Reabilitação domiciliar sem nenhum comparador

Sobre o número de intercorrências, nesse grupo de estudos, quatro não abordaram esse desfecho (08, 13, 15, 29), dois relataram não ter ocorrido intercorrência (07 e 14) e três estudos abordaram (01, 03, 09). O estudo (03) aponta que foram registrados, em dois pacientes, oito episódios de fibrilação atrial, o que exigiu uma mudança na terapia. No estudo (01), durante todo o período de avaliação do programa de reabilitação em casa, houve episódios de emergência, com e sem necessidade de hospitalização, transferência de pacientes para cuidados paliativos e óbitos. Os principais motivos de hospitalização incluíram insuficiência cardíaca, desconforto respiratório e estado mental alterado. O estudo (09) relatou readmissão hospitalar devido a revisão de substituição articular, arritmias cardíacas, doenças gastrointestinais, síncope e colapso.

Nenhum desses estudos abordou o tempo de permanência.

Somente um dos nove estudos analisou custos (9), apresentando valores médios no período de 60 dias de 6.340 dólares (\$ 4.387 – \$ 12.633) gastos com readmissão hospitalar de pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas.

Quatro dos nove estudos abordaram a percepção dos usuários, sendo esta considerada positiva em relação à intervenção realizada (3, 13, 14, 15). Em um dos estudos (3) a satisfação foi elevada em 100% dos usuários, apontando também uma relação considerada excelente com o profissional de saúde (enfermeiro-tutor) para a maioria deles (67%).

6. CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O CONJUNTO DOS ESTUDOS

Inicialmente, os estudos foram avaliados em relação aos contextos que a reabilitação intensiva domiciliar foi realizada. Em relação aos sistemas de saúde, os estudos não traziam nitidamente a informação, não sendo possível destacar se os estudos foram realizados em sistemas públicos ou privados de saúde; do mesmo modo o nível de gestão também não foi abordado.

Quanto ao agrupamento para as categorias referentes aos agravos, a maioria dos estudos aborda pacientes com AVC, com ações de reabilitação voltadas para usuários com este agravo. Valores percentuais aproximados foram utilizados para a sistematização de resultados quanto a agravos, a título de melhor percepção da análise apresentada, a seguir.

Observou-se o **acompanhamento** por telemonitoramento como predominante para vítimas de AVC, assim como a utilização de aparelhagem eletrônica na aplicação das estratégias de reabilitação intensiva, representando 22,5% de todos os estudos. Para os demais agravos, este tipo de acompanhamento representou apenas 6,5% do número de estudos.

A **categoria de reabilitação** predominante é a de terapia, representando, aproximadamente, 93,5% de todos os estudos, o qual, fracionado por agravo, resulta em: 29% para vítimas de **AVC**; 12,9% para ortopedia; 12,9% para questões **respiratórias**; 19,4% para **recuperações de funções**; e 19,4% para **outros agravos neurológicos**.

As **abordagens de reabilitação** se apresentaram distintas para os respectivos agravos de pacientes analisados nos estudos selecionados, com destaque para acompanhamento do usuário por sistema eletrônico apenas para pacientes vítimas de **AVC**.

A **abordagem de reabilitação** de terapia com exercício com nivelamento de intensidade e de repetições foi a mais utilizada de todas, e estava presente em 32,3% dos estudos - para pacientes vítimas de **AVC** (12,9%); vítimas de **outros agravos neurológicos** (12,9%); e de **agravos ortopédicos** (6,5%). Destes, houve apenas um estudo sem comparador, e os demais com outros comparadores não hospitalares.

Os 31 estudos somaram uma diversidade de 19 tipos de profissionais e serviços envolvidos como parte da **equipe** na atenção domiciliar para reabilitação intensiva, não sendo encontrado um padrão para análise por tipo de agravo, ou mesmo por tipo de comparador. Porém, ressalta-se que cerca de 38,7% dos estudos envolvem mais de um tipo de profissional e/ou serviço de assistência como equipe na reabilitação intensiva. A presença do fisioterapeuta é um destaque, estando presente em 48,4% de todos os estudos, e o terapeuta ocupacional está presente em 19,4% dos estudos.

A maioria dos estudos usou equipamento para a reabilitação (54,8%). A utilização de aparelhagem eletrônica é maior para pacientes vítimas de **AVC** (22,6%), dos quais 9,7% são estudos com comparadores não hospitalares e 12,9% sem comparador. Esse fato pode ser um dificultador para a sua implementação na atenção domiciliar, considerando as diferentes realidades e o aporte financeiro do país.

Em relação aos desfechos de interesse, observou-se poucos estudos que os abordavam como objetivo principal; a maioria os relatou de forma secundária, e, portanto, os achados devem ser interpretados com cautela, considerando os contextos dos diferentes estudos incluídos.

Quanto ao tempo de permanência, apenas dois estudos da categoria 1 observaram diferenças em relação a intervenção hospitalar versus domiciliar, sendo que um estudo apontou maior tempo para a realização em ambiente domiciliar (comparado com unidades de reabilitação e unidades de enfermagem especializada) em pacientes de reabilitação médica após cirurgia de substituição da articulação da extremidade inferior (22), e outro observou maior tempo no regime de internação hospitalar, sendo este em pacientes idosos após fratura de quadril (19). É importante sublinhar que essa variação relacionada aos agravos, condições do paciente e intervenções dificultam conclusões mais assertivas.

O número de intercorrências foi apontado em todas as categorias, mas para a maioria não foi possível fazer inferências em relação ao tipo de intervenção aplicada, ou seja, os achados não nos permitem afirmar se o número de intercorrências seria maior ou menor em ambientes domiciliares. No entanto, o estudo (19) observou maior ocorrência de delirium e doenças infecciosas nos pacientes que estavam em regime de internação hospitalar e mais

úlceras de pressão nos pacientes do grupo reabilitação domiciliar. Este fato sinaliza possíveis intercorrências que devem ser observadas em cada uma das modalidades apresentadas.

Quanto a custo, um estudo (5) da categoria 1 apontou a reabilitação hospitalar como mais cara do que a domiciliar; da categoria 2, apontou-se economia nos custos devido à redução de readmissões hospitalares e outro estudo apontou redução com readmissão hospitalar (17) ocasionada pela reabilitação realizada em domicílio. Na categoria 3, somente um estudo analisou custo com a mensuração de valores médios gastos com readmissão de pacientes ortopédicos (9), mas não deixou claro se houve redução.

A percepção dos usuários só foi abordada nas categorias 2 e 3, sendo positiva quando existia aumento das visitas de profissionais, novas intervenções, e também por aumentar a adesão do paciente. A reabilitação domiciliar mostrou-se efetiva, embora mais estudos sejam necessários para colaborar na sua implementação no SUS.

Apesar dos problemas relacionados a diversidade dos estudos incluídos e as limitações encontradas, os resultados demonstram que a reabilitação domiciliar é uma terapia de reabilitação presente em diferentes contextos e sugere vantagens significativas tanto para o paciente quanto para o setor saúde.

7. LIMITAÇÕES E LACUNAS

Como mencionado anteriormente, durante o processo de seleção dos estudos para a revisão sistemática, foram encontrados poucos estudos que compararam a atenção domiciliar com a atenção hospitalar, tendo sido necessário ampliar o escopo da revisão para incluir estudos que comparassem diferentes intervenções ou que analisassem intervenções sem comparador na atenção domiciliar. Esta opção, apesar de permitir o alcance de mais estudos, gerou algumas limitações e lacunas.

A pergunta da pesquisa proposta, por ser uma pergunta aberta, não tinha um comparador único e uma intervenção única, sendo necessária a busca entre vários estudos. Sendo assim, a avaliação da qualidade deve ser considerada com cautela devido às limitações causadas pela diversidade de desenhos de estudo. Alguns estudos também não tiveram a avaliação da qualidade realizada, uma vez que apresentaram um desenho não contemplado no rol de ferramentas críticas da JBI.

Os estudos abordaram diferentes tipos de reabilitação, não sendo possível estabelecer um padrão de análise específico para um tipo de reabilitação intensiva. Além disso, o conceito de reabilitação intensiva não estava bem estabelecido nos estudos.

Considerando os documentos norteadores utilizados, não foi possível estabelecer um parâmetro entre a reabilitação na atenção domiciliar realizada no âmbito da atenção primária do SUS e aquela realizada nos demais sistemas de saúde, pois a maioria dos estudos não traz informações sobre o sistema de saúde com base no qual eles foram realizados.

A diversidade de estudos também impossibilitou a metanálise para esta revisão sistemática, devido a heterogeneidade das intervenções e desenhos metodológicos nela incluídos.

Implicações para a pesquisa: necessidade de estudos robustos que comparem intervenções.

8. RECOMENDAÇÕES PARA O SUS

A partir da análise dos resultados encontrados nos estudos é possível destacar algumas estratégias de reabilitação domiciliar intensiva para o SUS, como a disponibilização e adequação de **equipe multidisciplinar**, de acordo com a complexidade do usuário. O acompanhamento do usuário por **telemonitoramento** é uma estratégia de reabilitação intensiva que poderia ser incorporada, assim como a **telereabilitação**, nos casos em que esta modalidade seja adequada e viável, facilitando e multiplicando o cuidado dos pacientes em AD, principalmente em lugares de difícil acesso ou nos serviços em que a equipe é reduzida. É importante também associar **diferentes serviços para a reabilitação intensiva do usuário**, como o ambulatorial, comunitário, domiciliar e o próprio hospitalar, a fim de **garantir uma reabilitação supervisionada**, visando potencializar os resultados alcançados.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.C. **Saúde e reabilitação de pessoas com deficiência: Políticas e Modelos Assistenciais.** Tese de doutorado. São Paulo: Unicamp, 2000. Mimeo. 253 p.

ARAÚJO, I; CARDOSO, J. M. **Comunicação e saúde.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2007.

AUGUSTINE, M. R.; DAVENPORT, C.; ORNSTEIN, K. A.; CUAN, M.; SAENGER, P.; LUBETSKY, S.; FEDERMAN, A.; DECHERRIE, L. V.; LEFF, B.; SIU, A. L. Implementation of Post-Acute Rehabilitation at Home: A Skilled Nursing Facility-Substitutive Model. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 68, n. 7, p. 1584–1593, jul. 2020.

BENDIXEN, R. M.; LEVY, C. E.; OLIVE, E. S.; KOB, R. F.; MANN, W. C. Cost effectiveness of a telerehabilitation program to support chronically ill and disabled elders in their homes. **Telemedicine journal and e-health: the official journal of the American Telemedicine Association**, v. 15, n. 1, p. 31–38, Jan. 2009. <https://doi.org/10.1089/tmj.2008.0046>.

BERNOCCHI, P.; VANOGLIO, F.; BARATTI, D.; MORINI, R.; ROCCHI, S.; LUISA, A.; SCALVINI, S. Home-based telesurveillance and rehabilitation after stroke: a real-life study. **Topics in Stroke Rehabilitation**, v. 23, n. 2, p. 106–115, abr. 2016. <https://doi.org/10.1080/10749357.2015.1120453>.

BONNEVIE, T.; GRAVIER, F.-E.; DEBEAUMONT, D.; VIACROZE, C.; MUIR, J.-F.; CUVELIER, A.; NETCHITAÏLO, M.; ROY, A.-L.; QUIEFFIN, J.; MARQUES, M.-H.; MÉDRINAL, C.; DUPUIS, J.; TARDIF, C. Home-based Neuromuscular Electrical Stimulation as an Add-on to Pulmonary Rehabilitation Does Not Provide Further Benefits in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Multicenter Randomized Trial. **Archives of physical medicine and rehabilitation**, v. 99, n. 8, p. 1462–1470, ago. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2018.01.024>.

BRASIL. PORTARIA Nº 825, DE 25 DE ABRIL DE 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html.

BRUSCO, N. K.; TAYLOR, N. F.; WATTS, J. J.; SHIELDS, N. Economic evaluation of adult rehabilitation: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials in a variety of settings. **Archives of physical medicine and rehabilitation**, v. 95, n. 1, p. 94–116.e4, Jan. 2014. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2013.03.017>.

CASTIEL, L. D. Considerações acerca da utilização da epidemiologia na avaliação dos sistemas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 2, n. 2, p. 184–190, 1986.

CONTRADA, M.; ARCURI, F.; TONIN, P.; PIGNOLO, L.; MAZZA, T.; NUDO, G.; PIGNATARO, M. L.; QUINTIERI, M.; IOZZI, A.; CERASA, A. Stroke Telerehabilitation in Calabria: A Health Technology Assessment. **Frontiers in neurology**, v. 12, p. 777608–777608, 2021. <https://doi.org/10.3389/fneur.2021.777608>.

CUNNINGHAM, P.; TURTON, A.J.; VAN WIJCK, F.; VAN VLIET, P. Task-specific reach-to-grasp training after stroke: development and description of a home-based intervention. *Clin Rehabil*, v. 30, n. 8, p. 731-40, ago. 2016

DIAS, J. F.; GROSSI, J. B.; COSTA, L. A.; FURTADO, S. R. C.; MANCINI, M. C.; SAMPAIO, R. F. Atenção domiciliar no âmbito da reabilitação e prática centrada na família: aproximando teorias para potencializar resultados. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, S. l., v. 28, n. 2, p. 206-213, 2017. DOI: 10.11606/issn.2238-6149.v28i2p206-213. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/128436>. Acesso em: 1 set. 2021.

DURAN, I.; MARTAKIS, K.; STARK, C.; SCHAFMEYER, L.; REHBERG, M.; SCHOENAU, E. Effect of an interval rehabilitation program with home-based, vibration-assisted training on the development of muscle and bone in children with cerebral palsy- An observational study. **Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism**, I. Duran, University of Cologne, Medical Faculty and University Hospital, Center of Prevention and Rehabilitation, Cologne, Germany, v. 33, n. 8, p. 1083–1092, 2020. <https://doi.org/10.1515/jpem-2020-0080>.

FALVEY, J.; BADE, M. J.; FORSTER, J. E.; STEVENS-LAPSLEY, J. E. Poor Recovery of Activities-of-Daily-Living Function Is Associated with Higher Rates of Postsurgical Hospitalization After Total Joint Arthroplasty. **Physical therapy**, v. 101, n. 11, nov. 2021. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzab189>.

FEUERWERKER, L.C.M, MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev Panam Salud Pública**. 2008;24(3):180-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892008000900004>.

GEHRING, K.; KLOEK, C. J.; AARONSON, N. K.; JANSSEN, K. W.; JONES, L. W.; SITSKOORN, M. M.; STUIVER, M. M. Feasibility of a home-based exercise intervention with remote guidance for patients with stable grade II and III gliomas: a pilot randomized controlled trial. **Clinical rehabilitation**, v. 32, n. 3, p. 352–366, mar. 2018. <https://doi.org/10.1177/0269215517728326>.

GLEYZE, P.; GEORGES, T.; FLURIN, P.-H.; LAPRELLE, E.; KATZ, D.; CLAVERT, P.; CHAROUSSET, C.; LÉVIGNE, C. Comparison and critical evaluation of rehabilitation and home-based exercises for treating shoulder stiffness: prospective, multicenter study with 148 cases. **Orthopaedics & traumatology, surgery & research: OTSR**, v. 97, n. 8, p. S182-94, dez. 2011.

GÜELL, M. R.; DE LUCAS, P.; GÁLDIZ, J. B.; MONTEMAYOR, T.; RODRÍGUEZ GONZÁLEZ-MORO, J. M.; GOROSTIZA, A.; ORTEGA, F.; BELLÓN, J. M.; GUYATT, G. [Home vs hospital-based pulmonary rehabilitation for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a Spanish multicenter trial]. **Archivos de bronconeumologia**, v. 44, n. 10, p. 512–518, out. 2008.

GUILLÉN-CLIMENT, S.; GARZO, A.; MUÑOZ-ALCARAZ, M. N.; CASADO-ADAM, P.; ARCAS-RUIZ-RUANO, J.; MEJÍAS-RUIZ, M.; MAYORDOMO-RIERA, F. J. A usability study in patients

with stroke using MERLIN, a robotic system based on serious games for upper limb rehabilitation in the home setting. **Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation**, S. Guillén-Climent, Maimonides Biomedical Research Institute of Cordoba (IMIBIC), Reina Sofia University Hospital, University of Cordoba, Córdoba, Spain, v. 18, n. 1, 2021. Disponível em: [["https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85101391137&doi=10.1186%2Fs12984-021-00837-z&partnerID=40&md5=e58cce8183676e84fdd176278db96cd8"](https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85101391137&doi=10.1186%2Fs12984-021-00837-z&partnerID=40&md5=e58cce8183676e84fdd176278db96cd8)], [["https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2010559441&from=export"](https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2010559441&from=export)], [["http://dx.doi.org/10.1186/s12984-021-00837-z"](http://dx.doi.org/10.1186/s12984-021-00837-z)].

HELD, J. P.; FERRER, B.; MAINETTI, R.; STEBLIN, A.; HERTLER, B.; MORENO-CONDE, A.; DUEÑAS, A.; PAJARO, M.; PARRA-CALDERÓN, C. L.; VARGIU, E.; ZARCO, M. J.; BARRERA, M.; ECHEVARRIA, C.; JÓDAR-SÁNCHEZ, F.; LUFT, A. R.; BORGHESE, N. A. Autonomous rehabilitation at stroke patients home for balance and gait: Safety, usability and compliance of a virtual reality system. **European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine**, v. 54, n. 4, p. 545–553, 2018.

HOUSE, G.; BURDEA, G.; POLISTICO, K.; GRAMPUROHIT, N.; ROLL, D.; DAMIANI, F.; KEELER, S.; HUNDAL, J. A Rehabilitation First-Tournament Between Teams of Nursing Home Residents with Chronic Stroke. **Games for health journal**, v. 5, n. 1, p. 75–83, fev. 2016.

JACKSON, J. C.; ELY, E. W.; MOREY, M. C.; ANDERSON, V. M.; DENNE, L. B.; CLUNE, J.; SIEBERT, C. S.; ARCHER, K. R.; TORRES, R.; JANZ, D.; SCHIRO, E.; JONES, J.; SHINTANI, A. K.; LEVINE, B.; PUN, B. T.; THOMPSON, J.; BRUMMEL, N. E.; HOENIG, H. Cognitive and physical rehabilitation of intensive care unit survivors: results of the RETURN randomized controlled pilot investigation. **Critical care medicine**, v. 40, n. 4, p. 1088–1097, abr. 2012.

KLIONSKY, D. J.; ABDELMOHSEN, K.; ABE, A.; ABEDIN, M. J.; ABELIOVICH, H.; ACEVEDO AROZENA, A.; ADACHI, H.; ADAMS, C. M.; ADAMS, P. D.; ADELI, K.; ADHIHETTY, P. J.; ADLER, S. G.; AGAM, G.; AGARWAL, R.; AGHI, M. K.; AGNELLO, M.; AGOSTINIS, P.; AGUILAR, P. V.; AGUIRRE-GHISO, J.; ... ZUGHAIER, S. M. Guidelines for the use and interpretation of assays for monitoring autophagy (3rd edition). **Autophagy**, v. 12, n. 1, p. 1–222, 2016.

LANGSTAFF, C.; MARTIN, C.; BROWN, G.; MCGUINNESS, D.; MATHER, J.; LOSHAW, J.; JONES, N.; FLETCHER, K.; PATERSON, J. Enhancing community-based rehabilitation for stroke survivors: creating a discharge link. **Topics in stroke rehabilitation**, v. 21, n. 6, p. 510–519, 2014. <https://doi.org/10.1310/tsr2106-510>.

LEAVELL, H. & CLARCK, E. G. *Medicina Preventiva*. São Paulo: Editora McGraw-Hill do Brasil Ltda, 1976. 744 p.

LEMONCELLO, R.; SOHLBERG, M. M.; FICKAS, S.; ALBIN, R.; HARN, B. E. Phase I evaluation of the television assisted prompting system to increase completion of home exercises among stroke survivors. **Disability and rehabilitation. Assistive technology**, v. 6, n. 5, p. 440–452, 2011.

LEVI, Y.; PUNCHIK, B.; ZIKRIN, E.; SHACHAM, D.; KATZ, D.; MAKULIN, E.; FREUD, T.; PRESS, Y. Intensive Inpatient vs. Home-Based Rehabilitation After Hip Fracture in the Elderly Population. **Frontiers in medicine**, v. 7, p. 592693–592693, 2020.

LIU, H.; LOU, V. W. Q. Functional recovery of older stroke patients discharged from hospital to home: The effects of cognitive status and different levels of therapy intensity. **Journal of Clinical Nursing**, Liu H; Department of Social Work & Social Administration, University of Hong Kong, Hong Kong, China., v. 28, n. 1-2, p. 47–55, 2019. <https://doi.org/10.1111/jocn.14617>.

MAJOR, M. E.; DETTLING-IHNENFELDT, D.; RAMAEKERS, S. P. J.; ENGELBERT, R. H. H.; VAN DER SCHAAF, M. Feasibility of a home-based interdisciplinary rehabilitation program for patients with Post-Intensive Care Syndrome: the REACH study. **Critical care (London, England)**, v. 25, n. 1, p. 279–279, ago. 2021. <https://doi.org/10.1186/s13054-021-03709-z>.

MALLINSON, T. R.; BATEMAN, J.; TSENG, H.-Y.; MANHEIM, L.; ALMAGOR, O.; DEUTSCH, A.; HEINEMANN, A. W. A comparison of discharge functional status after rehabilitation in skilled nursing, home health, and medical rehabilitation settings for patients after lower-extremity joint replacement surgery. **Archives of physical medicine and rehabilitation**, v. 92, n. 5, p. 712–720, maio 2011.

MATTERN-BAXTER, K.; MCNEIL, S.; MANSOOR, J. K. Effects of home-based locomotor treadmill training on gross motor function in young children with cerebral palsy: a quasi-randomized controlled trial. **Archives of physical medicine and rehabilitation**, v. 94, n. 11, p. 2061–2067, nov. 2013. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2013.05.012>.

NIELSEN, T. L.; ANDERSEN, N. T.; PETERSEN, K. S.; POLATAJKO, H.; NIELSEN, C. V. Intensive client-centred occupational therapy in the home improves older adults' occupational performance. Results from a Danish randomized controlled trial. **Scandinavian journal of occupational therapy**, v. 26, n. 5, p. 325–342, jul. 2019.

NITA, M. E. et al. **Avaliação de Tecnologias em Saúde**. 1a. ed. Porto Alegre: s.n.

PITKÄLÄ, K. H.; PÖYSTI, M. M.; LAAKKONEN, M.-L.; TILVIS, R. S.; SAVIKKO, N.; KAUTIAINEN, H.; STRANDBERG, T. E. Effects of the Finnish Alzheimer disease exercise trial (FINALEX): a randomized controlled trial. **JAMA internal medicine**, v. 173, n. 10, p. 894–901, maio 2013. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.359>.

PRADO JUNIOR, R. M. **Telemonitoramento da ventilação mecânica pela fisioterapia domiciliar**. 2022.

PUSSWALD, G.; MILDNER, C.; ZEBENHOLZER, K.; AUFF, E.; LEHRNER, J. A neuropsychological rehabilitation program for patients with Multiple Sclerosis based on the model of the ICF. **NeuroRehabilitation**, v. 35, n. 3, p. 519–527, 2014.

RIZZI, M.; GRASSI, M.; PECIS, M.; ANDREOLI, A.; TAURINO, A. E.; SERGI, M.; FANFULLA, F. A specific home care program improves the survival of patients with chronic obstructive

pulmonary disease receiving long term oxygen therapy. **Archives of physical medicine and rehabilitation**, v. 90, n. 3, p. 395–401, mar. 2009.

ROCHA, E. F. **Reabilitação de pessoas com deficiência: A intervenção em discussão**. São Paulo: Roca, 2006. 300 p.

SILVA, K.L. et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Revista de Saúde Pública online**. 2010, v. 44, n. 1, pp. 166-176. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000100018>. Epub 21 Jun 2010. ISSN 1518-8787. Acesso em: 1 Setembro 2021.

SVEEN, U.; GULDAGER, R.; SOBERG, H. L.; ANDREASSEN, T. A.; EGEROD, I.; POULSEN, I. Rehabilitation interventions after traumatic brain injury: a scoping review. **Disability and rehabilitation**, v. 44, n. 4, p. 653–660, fev. 2022.

YU-YAHIRO, J. A.; RESNICK, B.; ORWIG, D.; HICKS, G.; MAGAZINER, J. Design and implementation of a home-based exercise program post-hip fracture: the Baltimore hip studies experience. **PM & R: the journal of injury, function, and rehabilitation**, v. 1, n. 4, p. 308–318, abr. 2009. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2009.02.008>.

ZAK, M. Physical rehabilitation regimens designed to aid the frail elderly in executing postural shifts safely and coping after incidental falls. *Postepy Rehabilitacji*. v. 20. p.17-24, jan. 2006.

APÊNDICE A – Glossário

GLOSSÁRIO

Efetividade da atenção domiciliar para usuários com necessidade de reabilitação intensiva: uma Revisão Sistemática

COORDENADOR(A): Cristina Maria Rabelais Duarte

INSTITUIÇÃO: Núcleo de Informação, Políticas Públicas e Inclusão Social
(NIPPIS/FIOCRUZ&UNIFASE)

EIXO TEMÁTICO: Atenção Domiciliar

Brasil, abril/2023

FICHA TÉCNICA

CHAMADA CNPq/Decit/SCTIE/MS nº 16/2021

Título do projeto: Efetividade da atenção domiciliar para usuários com necessidade de reabilitação intensiva: uma Revisão Sistemática

Eixo e Linha Temática de Pesquisa: Eixo I Atenção domiciliar. Linha Temática IV: Revisão sistemática sobre a efetividade da atenção domiciliar para usuários com necessidade de reabilitação intensiva.

Instituições participantes: Núcleo de Informação, Políticas Públicas e Inclusão Social / Fundação Oswaldo Cruz - Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto (NIPPIS/FIOCRUZ-UNIFASE)

Coordenação do projeto:

Cristina Maria Rabelais Duarte: Núcleo de Informação, Políticas Públicas e Inclusão Social (NIPPIS/FIOCRUZ&UNIFASE)

Equipe:

Daniele da Silva Garcez Novaes: Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT/FIOCRUZ)

Dolores Maria Franco de Abreu: Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT/FIOCRUZ)

Maria Fernanda de Faria von Sydow Bittencourt: Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto (UNIFASE)

Mariana Gabriel: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP)

Sílvia de Oliveira Pereira: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)



GLOSSÁRIO

- A**
1. ASSISTÊNCIA DOMICILIAR
 2. ATENÇÃO DOMICILIAR
 3. ATENÇÃO DOMICILIAR 1 (AD 1)
 4. ATENÇÃO DOMICILIAR 2 (AD 2)
 5. ATENÇÃO DOMICILIAR 3 (AD 3)
- C**
6. CUIDADO INTENSIVO DOMICILIAR
 7. CUIDADOR
- E**
8. EFETIVIDADE
- M**
9. MEDICINA DE REABILITAÇÃO
- R**
10. REABILITAÇÃO
- S**
11. SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR
 12. SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD)
 13. SERVIÇOS DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR
 14. SERVIÇOS DE SUPORTE DE LONGO PRAZO
 15. SERVIÇOS DE VISITAS DOMICILIARES E DE OUTRAS INTERVENÇÕES NO DOMICÍLIO
 16. SERVIÇOS INSTITUCIONAIS DE LONGA PERMANÊNCIA OU DE CUIDADOS PROLONGADOS
- T**
17. TECNOLOGIAS ASSISTIVAS
 18. TELEMONTORAMENTO
 19. TERAPIA

01 ATENÇÃO DOMICILIAR: modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados (Portaria nº 825/GM/MS/2016)

02 ASSISTÊNCIA DOMICILIAR (HOME NURSING - ATENCIÓN DOMICILIARIA DE SALUD): A prestação dos serviços na própria residência dos cidadãos. Um sistema de assistência domiciliar, desde o mais simples até o mais complexo, só pode ser concebido a partir da existência da rede de unidades de saúde que oferece a retaguarda hospitalar e ambulatorial para os pacientes (DeCS, 2017).

03 ATENÇÃO DOMICILIAR 1 (AD 1): usuário que, tendo indicação de AD, requeira cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais, uma vez que se pressupõe estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores. (Portaria nº 825/GM/MS/2016)

OBS: Responsabilidade das equipes de atenção básica

04 ATENÇÃO DOMICILIAR 2 (AD 2): usuário que, tendo indicação de AD, e com o fim de abreviar ou evitar hospitalização, apresente:

I - Afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação;

II - Afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal;

III - Necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário; ou

IV - Prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal. (Portaria nº 825/GM/MS/2016)



05 ATENÇÃO DOMICILIAR 3 (AD 3): usuário com qualquer das situações listadas na modalidade AD 2, quando necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar. (Portaria nº 825/GM/MS/2016)

OBS: O atendimento aos usuários elegíveis nas modalidades AD 2 e AD 3 é de responsabilidade do SAD

06 CUIDADO INTENSIVO DOMICILIAR: realizado em usuário com uma condição clínica delicada que necessita de estrutura e equipamentos essenciais à vida; um suporte técnico e atenção especializada de maior frequência e intensidade e um ambiente modificado para suportar toda a aparelhagem específica. (LIMA; VARGAS, 2004)

07 CUIDADOR: pessoa(s), com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta(s) para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá(ão) estar presente(s) no atendimento domiciliar. (Portaria nº 825/GM/MS/2016)

08 EFETIVIDADE: A melhoria observada no estado de saúde de uma população pela aplicação de uma tecnologia a um problema de saúde, em condições reais. (PANERAI; MOHR, 1989 APUD PORTELA, 2000)

Melhora alcançada na saúde, ou que se espera seja alcançada, em condições comuns da prática diária. É o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, atinge o nível de melhoria estabelecido como alcançável pelos estudos de eficácia (DONABEDIAN, 1990).

09 MEDICINA DE REABILITAÇÃO: A medicina de reabilitação está relacionada com a melhoria funcional por meio do diagnóstico e tratamento de condições de saúde, redução de deficiência e prevenção ou tratamento de complicações. (Relatório mundial sobre a deficiência, 2012)



10 REABILITAÇÃO: incapacidade funcional para atividades da vida diária (AVDs) e atividades da vida diária instrumentais (AVDIs); plegias; distúrbios fonoaudiológicos; necessidade de cuidados de reabilitação fisioterápica; adaptação de órteses e próteses em AD. (Melhor em Casa. Caderno de Atenção Domiciliar, v. 2/2016)

Recuperação das funções humanas ao maior grau possível, de uma pessoa ou pessoas que sofrem de uma doença ou lesão (DeCS), 2017.

11 SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR (HOME CARE SERVICES - SERVICIOS DE ATENCIÓN DE SALUD A DOMICÍLIO): Serviços de saúde comunitária e SERVIÇOS DE ENFERMAGEM que provêm serviços múltiplos e coordenados aos pacientes em seus domicílios. Estes serviços de assistência domiciliar oferecem a visita de enfermeiros, unidades de saúde, HOSPITAIS ou grupos comunitários organizados que utilizam equipe profissional especializada na área da saúde. (DeCS, 2017).

12 SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD): serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) (Portaria nº 825/GM/MS/2016)

13 SERVIÇOS DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR (HOSPITAL AT HOME): 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) ou doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), problemas ortogerátricos ou para tratamento antimicrobiano. A principal característica dessa modalidade é ter visitas/atendimentos diários, em geral da equipe de Enfermagem. (SILVA et al, 2021)



14 **SERVIÇOS DE SUPORTE DE LONGO PRAZO:** 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, com foco na reabilitação e visando prevenir a transferência para um serviço institucional de longo prazo. (SILVA et al, 2021)

15 **SERVIÇOS DE VISITAS DOMICILIARES E DE OUTRAS INTERVENÇÕES NO DOMICÍLIO (HOME BASED INTERVENTION):** visitas domiciliares realizadas isoladamente por uma categoria profissional ou por equipe multiprofissional (Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Assistência Social e equipe médica). 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 em situação de reabilitação e restauração podendo incluir ações paliativas. (SILVA et al, 2021). Na atenção primária, a visita domiciliar é uma das responsabilidades centrais do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF). (COSTA NETO, 2000)

16 **SERVIÇOS INSTITUCIONAIS DE LONGA PERMANÊNCIA OU DE CUIDADOS PROLONGADOS (NURSING HOME OU RESIDENTIAL CARE HOME):** 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. (SILVA et al, 2021)

17 **SERVIÇOS INSTITUCIONAIS DE TRANSIÇÃO DE CUIDADO (CONVALESCENTE HOME E DAY HOSPITAL REHABILITATION):** 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. (SILVA et al, 2021)

18 **TECNOLOGIAS ASSISTIVAS:** Um dispositivo de tecnologia assistiva pode ser definido como “qualquer item, parte de equipamento, ou produto, adquirido no comércio ou adaptado ou modificado, usado para aumentar, manter ou melhorar a capacidade funcional de pessoas com deficiência”. (Relatório mundial sobre a deficiência, 2012)

Exemplos comuns de dispositivos assistivos são:

- muletas, próteses, órteses, cadeiras de rodas e triciclos para pessoas com dificuldades de locomoção;
- próteses auditivas e implantes cocleares para pessoas com deficiência auditiva;
- bengalas brancas, lupas, dispositivos oculares, audiolivros e softwares para ampliação e leitura de tela para pessoas com deficiência visual;
- painéis de comunicação e sintetizadores de voz para pessoas com deficiência de fala;
- dispositivos como calendários diários com figuras simbólicas para pessoas com insuficiência cognitiva.

19 **TELEMONITORAMENTO OU GERENCIAMENTO A DISTÂNCIA:** foi identificado como estratégia para a AD. 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. (SILVA et al, 2021)

20 **TERAPIA:** A terapia cuida de restabelecer e compensar a perda de funcionalidade, bem como evitar ou retardar a deterioração da funcionalidade em todas as áreas de vida da pessoa. (Relatório mundial sobre a deficiência, 2012)

Medidas terapêuticas incluem:

- treinamento, exercícios e estratégias de compensação
- educação
- apoio e aconselhamento
- modificações no ambiente
- disponibilização de recursos e tecnologia assistiva.

9



REFERÊNCIAS

BRASIL> Ministério da Saúde. Portaria 825, de 25 de Abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília (DF): Diário Oficial da União; Seção 1, p.33.

COSTA NETO, M. M. Caderno de Atenção básica: programa saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

Descritores em Ciências da Saúde: DeCS [Internet]. ed. 2017. São Paulo (SP): BIREME / OPAS / OMS. 2017 [atualizado 2017 Mai; citado 2023 Mar 21]. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, Northfield, v. 114, p. 115-1118, nov., 1990.

Lima, Tatiane da Costa e Vargas, Mara Ambrosina de Oliveira Cuidado domiciliar intensivo: uma possível realidade do Sistema Único de Saúde? *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. 2004, v. 57, n. 6 [Acessado 25 Julho 2022], pp. 658-661. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000600004>>.

PORTELA, MC. Avaliação da qualidade em saúde. In: ROZENFELD, S., org. *Fundamentos da Vigilância Sanitária* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, pp. 259-269.

Relatório mundial sobre a deficiência / World Health Organization, The World Bank ; tradução Lexicus Serviços Linguísticos. - São Paulo : SEDPcD, 2012. 334 p

SILVA, K.L, et al. "Custo e efetividade de modalidades de serviços de atenção domiciliar para a população idosa: revisão integrativa da literatura." *Revista Mineira de Enfermagem* 25 (2021): 1-12.



APÊNDICE B – Plano de Comunicação

Plano de Comunicação

Efetividade da atenção domiciliar para usuários com necessidade de reabilitação intensiva: uma Revisão Sistemática

COORDENADOR(A): Cristina Maria Rabelais Duarte

INSTITUIÇÃO: Núcleo de Informação, Políticas Públicas e Inclusão Social (NIPPIS/FIOCRUZ&UNIFASE)

EIXO TEMÁTICO: Atenção Domiciliar

Equipe

Cristina Maria Rabelais Duarte

Núcleo de Informação, Políticas Públicas e Inclusão Social (NIPPIS - Icict/FIOCRUZ & UNIFASE)

Dolores Maria Franco de Abreu

Núcleo de Informação, Políticas Públicas e Inclusão Social (NIPPIS - Icict/FIOCRUZ & UNIFASE)

Silvia de Oliveira Pereira

Núcleo de Informação, Políticas Públicas e Inclusão Social (NIPPIS - Icict/FIOCRUZ & UNIFASE)
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)

Maria Fernanda de Faria von Sydow Bittencourt

Núcleo de Informação, Políticas Públicas e Inclusão Social (NIPPIS - Icict/FIOCRUZ & UNIFASE)
Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto (UNIFASE)

Mariana Gabriel

Núcleo de Informação, Políticas Públicas e Inclusão Social (NIPPIS - Icict/FIOCRUZ & UNIFASE)
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP)

Daniele da Silva Garcez Novaes

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/FIOCRUZ)

Apresentação

O Núcleo de Informação, Políticas Públicas e Inclusão Social (NIPPIS), fruto de cooperação entre o Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT/Fiocruz) e o Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto (UNIFASE), tem o compromisso de promover a inclusão social a partir da ampliação do acesso ao conhecimento baseado em evidências científicas, de forma a apoiar a tomada de decisão em diferentes contextos – desde a vida pessoal, familiar e comunitária até a formulação, execução e avaliação de políticas públicas.

Este Plano de Comunicação é desenvolvido a partir do conceito de Comunicação e Saúde (ARAÚJO & CARDOSO, 2007), que supera o entendimento da comunicação como sinônimo de “divulgação” e reconhece as ações deste campo como eixos estruturantes de políticas públicas. No âmbito da Saúde Pública, os processos de comunicação são essenciais para estruturar o debate sobre temas de interesse público e garantir às pessoas informações de qualidade e suficientes para a ampliação da participação social na formulação, execução e acompanhamento de políticas públicas. O NIPPIS reconhece, assim, que sua comunicação deve estar alinhada aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e participação social.

Apresentação

A partir de uma chuva de ideias (*brainstorming*) realizada entre as pesquisadoras e a equipe de comunicação do projeto, o Plano de Comunicação foi elaborado seguido a metodologia canadense apresentada pela EasyTelling no Workshop Traduzindo Pesquisa em Impacto, ofertado pelo Ministério da Saúde em 18 de maio de 2022.

1 **Objetivo da disseminação da pesquisa**

2 **Resultados aplicáveis**

3 **Audiência**

4 **Mensagens-chave**

5 **Estratégias de disseminação**

6 **Resultados da disseminação**

1

Objetivo da disseminação da pesquisa

Informar formuladores de políticas, profissionais da saúde e população em relação as evidências disponíveis sobre a efetividade de estratégias da assistência domiciliar intensiva para a reabilitação de pacientes complexos. Espera-se que os resultados disseminados possam contribuir para embasar políticas públicas na atenção domiciliar do Sistema Único de Saúde (SUS).



Crédito

Jonas Soares/FSNH

FONTE: [Prefeitura Nova Hamburgo](https://www.prefeitura.novahamburgo.rs.gov.br/)

2

Resultados aplicáveis

Esta revisão sistemática tratará resultados de pesquisas e experiências de diferentes países com reabilitação domiciliar, considerando o tempo de permanência, número de intercorrências, custo e experiência do usuário nas estratégias de assistência domiciliar intensiva. A sistematização desses resultados servirá como fonte para o desenvolvimento de diferentes estratégias, endereçadas para cada tipo de perfil da audiência.



Tempo de permanência



Número de intercorrências



Custo



Experiência do usuário

3

Audiência

Considerando o tema do projeto, foram mapeados os seguintes potenciais usuários do conhecimento dos resultados que serão gerados:

- Ministério da Saúde, gestores e profissionais da área de internação domiciliar do Melhor em Casa;
- conselhos e conselheiros de saúde e dos direitos pessoas idosas, pessoas com deficiência, entre outros;
- associações de pessoas com doenças crônicas e pacientes crônicos agudizados complexos;
- pesquisadores e estudantes.

Para o desenvolvimento das mensagens-chave e aplicação das estratégias de disseminação, esses usuários do conhecimento foram divididos em três perfis: população, profissionais e pesquisadores.

4

Mensagens-chave

A partir dos resultados da pesquisa, serão produzidos conteúdos comunicacionais com recomendações para o Sistema Único de Saúde e informações sobre a atenção domiciliar e reabilitação intensiva.

As mensagens-chave serão desenvolvidas conforme os perfis elencados neste Plano de Comunicação, adotando estratégias que facilitem a apropriação das evidências encontradas na pesquisa, podendo contribuir para o processo de tomada decisão.



População



Profissionais



Pesquisadores

5

Estratégias de disseminação

Cronograma

Etapa	Descrição	Atividade	Status
Etapa 1	• Aproximação da temática do projeto	Participação no Seminário Marco Zero	Executado
		Elaboração do plano de comunicação	Executado
		Participação no Seminário Parcial	Executado
		Glossário com verbetes	Executado
		Roda de conversa com atores-chave	Executado
		Matérias de divulgação da pesquisa	Executado
Etapa 2	• Após a sistematização dos resultados	Peças para redes sociais com os verbetes	Em finalização
		Matérias de divulgação da pesquisa	Em finalização
		Submissão em evento	Executado
		Participação no Seminário Final	Executado
Etapa 3	• Após a finalização do projeto	Vídeo institucional sobre os resultados da pesquisa	Em finalização
		Participação em eventos e submissão de artigo	Planejado
		Resumo executivo em linguagem simples	Planejado
		Produção de episódio do Ecoar – Diálogos de Cidadania	Planejado

6

Avaliar os resultados da disseminação

O principal objetivo da disseminação da pesquisa foi informar formuladores de políticas, profissionais da saúde e população em relação às evidências disponíveis sobre a efetividade de estratégias da assistência domiciliar intensiva para a reabilitação de pacientes complexos. Espera-se que os resultados disseminados possam contribuir para embasar políticas públicas na atenção domiciliar do Sistema Único de Saúde (SUS).

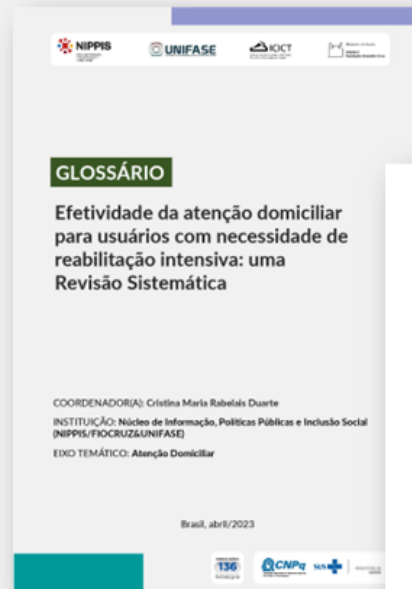


Produtos comunicacionais



Glossário

Produzido pela equipe de pesquisadoras do projeto, o Glossário reúne verbetes importantes para compreensão da tema da pesquisa. Este material pode ser usado por profissionais e gestores; e foi utilizado como base para construção dos produtos comunicacionais de tradução do conhecimento.





Roda de conversa com atores-chave

Durante 13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (Abrascão), em Salvador, foi realizado um encontro com profissionais, pesquisadores e estudantes da área de reabilitação. Promovido no formato de uma roda de conversa, foram apresentados os resultados parciais obtidos até o momento na pesquisa e os participantes foram encorajados a compartilhar suas experiências, práticas e reflexões sobre a atenção domiciliar. Estiveram presentes 17 pessoas, entre elas, representantes da REDESIM, do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação (PPGREAB), dos Comitês de Acessibilidade da Fundação Oswaldo Cruz e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).





Matérias de divulgação da pesquisa

A primeira matéria de divulgação da pesquisa se referiu à Roda de Conversa “Reabilitação Intensiva na Atenção Domiciliar: experiências, práticas e reflexões”, publicada no site institucional do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT/Fiocruz). A matéria completa pode ser acessada [clcando aqui](#). O evento também foi divulgado no Instagram do ICICT, perfil institucional que tem mais de 7 mil seguidores. A postagem original pode ser acessada [clcando aqui](#).

(Em andamento: matéria com os resultados)





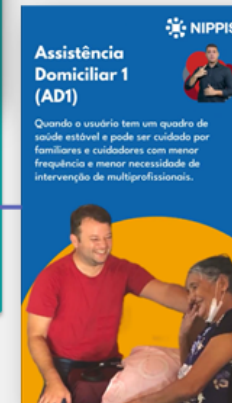
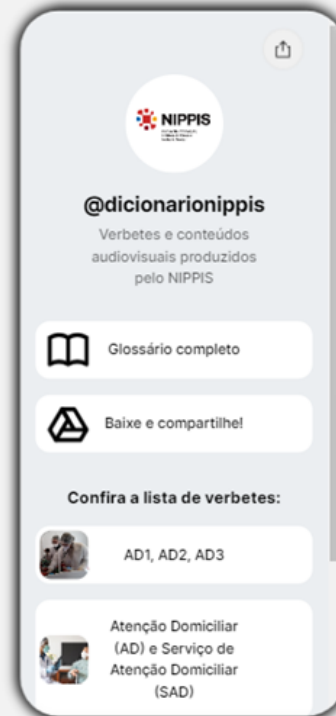
Peças para as redes sociais com verbetes

Baseado no Glossário, desenvolvido pela equipe de pesquisa, as peças podem ser publicadas em redes sociais digitais institucionais e replicadas por usuários. O conteúdo está sendo produzido em linguagem simples e com audiodescrição, legendas e LIBRAS.

Linktree*



Aponte a sua câmera para o QR CODE e acesse a LinkTree





Resumo Executivo

O resumo executivo reunirá as principais informações com infográficos atrativos para facilitem a comunicação dos resultados da pesquisa que sejam relevantes para os profissionais e gestores.

HEALTH INSURANCE OPTIONS

This infographic will help simplify the Health Insurance selecting process.

After completing the **COMPARE: Types of Health Insurance Plans** activity, free at ngpf.org > curriculum > insurance show what you've learned below.

THE "METALS"

Metal plans are health insurance offered through the ACA. They are called **Bronze, Silver, Gold, or Platinum** and represent how much you pay for insurance. The more you pay each month, the less you pay when you get care.

BRONZE **SILVER** **GOLD** **PLATINUM**

BRONZE PLANS HAVE: A higher or lower premium?
Less or more out-of-pocket costs?

PLATINUM PLANS HAVE: A higher or lower premium?
Less or more out-of-pocket costs?

PLATINUM PLANS HAVE: A higher or lower premium?
Less or more out-of-pocket costs?

A CATASTROPHIC PLAN

Low-cost insurance for those under 30 or with a hardship.

IT COVERS: Write your answer here
IT DOESN'T COVER: Write your answer here

THE ACRONYMS

Health insurance plans come in types:
HMO: Health Maintenance Organization
PPO: Preferred Provider Organization
EPO: Exclusive Provider Organization

DRAG THE PLAN TO ITS CORRECT DESCRIPTION:

HMO plans have low costs, limited network.
PPO plans have more options, higher costs.
EPO plans have limited network, no referrals.

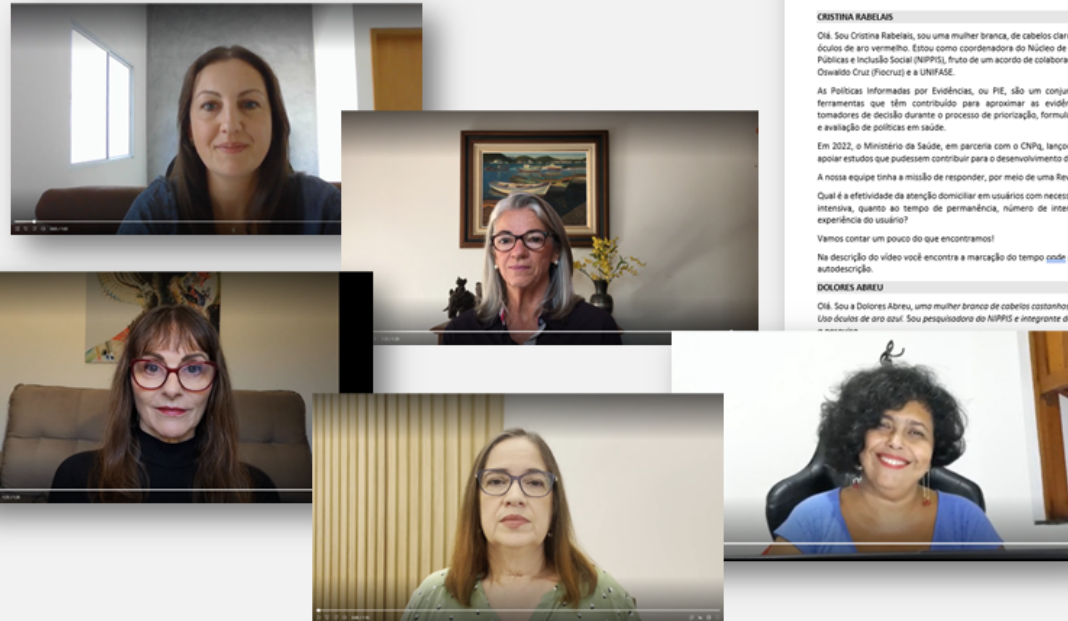
WHICH TYPE OF PLAN METAL AND TYPE OF PLAN WOULD YOU WANT, AND WHY?

Exemplo



Vídeo institucional sobre a pesquisa

Está sendo desenvolvido um vídeo com a participação das pesquisadoras apresentando os resultados em linguagem simples. O roteiro foi produzido com o objetivo do conteúdo pode ser editado em diferentes formatos (integral ou em vídeos curtos para redes sociais).



Roteiro para vídeo institucional - Chamada 016
VERSÃO DE 6 MINUTOS

CRISTINA RABEIAS

Olá, Sou Cristina Rabeias, sou uma mulher branca, de cabelos claros e compridos, e uso óculos de aro vermelho. Estou como coordenadora do Núcleo de Informação, Políticas Públicas e Inclusão Social (NIPPIS), fruto de um acordo de colaboração entre a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e a UNIFASE.

As Políticas Informadas por Evidências, ou PIE, são um conjunto de estratégias e ferramentas que têm contribuído para aproximar as evidências científicas dos tomadores de decisão durante o processo de priorização, formulação, implementação e avaliação de políticas em saúde.

Em 2022, o Ministério da Saúde, em parceria com o CNPq, lançou uma chamada para apoiar estudos que pudessem contribuir para o desenvolvimento da Atenção Domiciliar.

A nossa equipe tinha a missão de responder, por meio de uma Revisão Sistemática:

Qual é a efetividade da atenção domiciliar em usuários com necessidade de reabilitação intensiva, quanto ao tempo de permanência, número de intercorrências, custos e experiência do usuário?

Vamos contar um pouco do que encontramos!

Na descrição do vídeo você encontra a marcação do tempo onde pode escutar a nossa autodescrição.

DOLORES ABREU

Olá, Sou a Dolores Abreu, uma mulher branca de cabelos castanhos, na altura do ombro. Uso óculos de aro azul. Sou pesquisadora do NIPPIS e integrante do equipe que realizou

conjunto de dados em critérios pré-

rentes complexos e a que tiveram atenção, custos ou não. Também foi nos últimos 10



Participação em eventos e publicação de artigo científico

Foi realizado o mapeamento de revistas científicas e eventos para submissão de trabalhos relacionados à pesquisa.





População

Produção de episódio do Ecoar – Diálogos de Cidadania

O Ecoar – Diálogos de Cidadania é um informativo cultural produzido pelo NIPPIS. O programa é conduzido por apresentador com deficiência, Tuca Munhoz, e é transmitido ao vivo nos canais do YouTube da VideoSaúde Distribuidora da Fiocruz e da UNIFASE. O programa que estreou em outubro de 2021, soma mais de 3000 visualizações em seus 14 episódios. Integrantes da pesquisa participarão do 15º episódio que abordará sobre **Estratégias de cuidado na Atenção Domiciliar: como usar evidências científicas para pensar políticas públicas.**



ECOAR

Diálogos
de Cidadania



Contato: nippis@icict.fiocruz.br

APÊNDICE C - descritores e operadores booleanos utilizados em cada base

Estratégia de busca (geral):	("Intensive Rehabilitation" OR "Intensive Rehabilitant" OR "Intensive rehabilitants" OR "Intensive rehabilitate" OR "Intensive rehabilitating" OR "Intensives rehabilitations" OR "Intensive Rehabilitative" OR "Intensive rehabilitational" OR "Intensive rehabilitator" OR "Intensive rehabilitators" OR "Intensives rehabilitators") AND ("Home care services" OR "Care agence" OR "Care agency" OR "Care agencies" OR "Care agency" OR "Care agency" OR "home care services" OR "home health care" OR "Rehabilitation in the home" OR "home health nursing" OR "home care" OR "Homebound persons" OR "home health aides" OR "home nursing" OR Statistic OR Statistics OR Statistical OR Statically OR "House calls")
Scopus	(TITLE-ABS-KEY ("Intensive Rehabilitation" OR "Intensive Rehabilitant" OR "Intensive rehabilitants" OR "Intensive rehabilitate" OR "Intensive rehabilitating" OR "Intensives rehabilitations" OR "Intensive Rehabilitative" OR "Intensive rehabilitational" OR "Intensive rehabilitator" OR "Intensive rehabilitators" OR "Intensives rehabilitators") AND TITLE-ABS-KEY ("Home care services" OR "Care agence" OR "Care agency" OR "Care agencies" OR "Care agency" OR "Care agency" OR "home care services" OR "home health care" OR "Rehabilitation in the home" OR "home health nursing" OR "home care" OR "Homebound persons" OR "home health aides" OR "home nursing" OR statistic OR statistics OR statistical OR statically OR "House calls"))
Web of science	"Intensive Rehabilitation" OR "Intensive Rehabilitant" OR "Intensive rehabilitants" OR "Intensive rehabilitate" OR "Intensive rehabilitating" OR "Intensives rehabilitations" OR "Intensive Rehabilitative" OR "Intensive rehabilitational" OR "Intensive rehabilitator" OR "Intensive rehabilitators" OR "Intensives rehabilitators" (Todos os campos) and "Home care services" OR "Care agence" OR "Care agency" OR "Care agencies" OR "Care agency" OR "Care agency" OR "home care services" OR "home health care" OR "Rehabilitation in the home" OR "home health nursing" OR "home care" OR "Homebound persons" OR "home health aides" OR "home nursing" OR Statistic OR Statistics OR Statistical OR Statically OR "House calls" (Todos os campos)
Embase	'intensive rehabilitation' OR 'intensive rehabilitant' OR 'intensive rehabilitants' OR 'intensive rehabilitate' OR 'intensive rehabilitating' OR 'intensives rehabilitations'

	OR 'intensive rehabilitative' OR 'intensive rehabilitational' OR 'intensive rehabilitator' OR 'intensive rehabilitators' OR 'intensives rehabilitators') AND ('care agence' OR 'care agencies' OR 'care agency' OR 'home care services' OR 'home health care' OR 'rehabilitation in the home' OR 'home health nursing' OR 'home care' OR 'homebound persons' OR 'home health aides' OR 'home nursing' OR statistic OR statistics OR statistical OR stastically OR 'house calls')
Portal regional BVS	("Intensive Rehabilitation" OR "Intensive Rehabilitant" OR "Intensive rehabilitants" OR "Intensive rehabilitate" OR "Intensive rehabilitating" OR "Intensives rehabilitations" OR "Intensive Rehabilitative" OR "Intensive rehabilitational" OR "Intensive rehabilitator" OR "Intensive rehabilitators" OR "Intensives rehabilitators") AND ("Home care services" OR "Care agence" OR "Care agency" OR "Care agencies" OR "Care agency" OR "Care agency" OR "home care services" OR "home health care" OR "Rehabilitation in the home" OR "home health nursing" OR "home care" OR "Homebound persons" OR "home health aides" OR "home nursing" OR statistic OR statistics OR statistical OR stastically OR "House calls")
Pubmed	("intensive"[All Fields] OR "intensives"[All Fields]) AND ("rehabilitant"[All Fields] OR "rehabilitants"[All Fields] OR "rehabilitate"[All Fields] OR "rehabilitated"[All Fields] OR "rehabilitates"[All Fields] OR "rehabilitating"[All Fields] OR "rehabilitation"[MeSH Terms] OR "rehabilitation"[All Fields] OR "rehabilitations"[All Fields] OR "rehabilitative"[All Fields] OR "rehabilitation"[MeSH Subheading] OR "rehabilitation s"[All Fields] OR "rehabilitational"[All Fields] OR "rehabilitator"[All Fields] OR "rehabilitators"[All Fields]) AND (("care"[All Fields] AND ("agence"[All Fields] OR "agencies"[All Fields] OR "agency"[All Fields] OR "agency s"[All Fields] OR "agencys"[All Fields])) OR ("home care services"[MeSH Terms] OR ("home"[All Fields] AND "care"[All Fields] AND "services"[All Fields]) OR "home care services"[All Fields]) OR ("home health nursing"[MeSH Terms] OR ("home"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "nursing"[All Fields]) OR "home health nursing"[All Fields]) OR ("homebound persons"[MeSH Terms] OR ("homebound"[All Fields] AND "persons"[All Fields]) OR "homebound persons"[All Fields]) OR ("home health aides"[MeSH Terms] OR ("home"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "aides"[All Fields]) OR "home health aides"[All Fields]) OR ("home nursing"[MeSH Terms] OR ("home"[All Fields] AND "nursing"[All Fields]) OR "home nursing"[All Fields]) OR ("homebound persons"[MeSH Terms] OR ("homebound"[All Fields] AND "persons"[All Fields])

	OR "homebound persons"[All Fields] AND ("statistic"[All Fields] OR "statistics"[All Fields] OR "statistical"[All Fields] OR "statistically"[All Fields] OR "statistics"[All Fields])) OR "homebound persons/therapy"[MeSH Terms] OR "homebound persons/rehabilitation"[MeSH Terms] OR ("house calls"[MeSH Terms] OR ("house"[All Fields] AND "calls"[All Fields]) OR "house calls"[All Fields]))
Google scholar	"cuidados intensivos" AND "atenção domiciliar"
Biblioteca digital brasileira de teses e dissertações	"cuidados intensivos" AND "atenção domiciliar"